



# **il percorso nascita nella Regione Marche**

Lucilla Dubbini, Giovanna V. De Giacomi,  
Patrizia Carletti, Cristina Mancini

**Osservatorio Epidemiologico Regionale**  
in collaborazione con  
**l'Istituto Superiore di Sanità**

Un ricordo particolare va a **Margherita Marini**, ostetrica di Ascoli Piceno che ha partecipato con grande professionalità ed entusiasmo a questo lavoro e che ci ha improvvisamente lasciato appena conclusa l'indagine.

## **Prefazione**

*È con grande interesse che la regione Marche, attraverso l'Osservatorio Materno Infantile dell'ARS, ha aderito all'indagine campionaria promossa dall'Istituto Superiore di Sanità che si propone di valutare quale sia l'effettiva domanda di salute della popolazione femminile durante il percorso nascita e quale sia la risposta dei servizi a tali bisogni.*

*L'indagine che ha coinvolto un consistente numero di donne, sia marchigiane che immigrate, consente di trarre importanti suggerimenti per la pianificazione e la programmazione dell'assistenza sanitaria regionale nell'ambito della salute delle donne e dei bambini.*

*Questo momento storico vede la regione Marche particolarmente impegnata nella riorganizzazione di servizi con un lavoro volto a rendere la sanità pubblica sempre più vicina ai cittadini e rispondente alle loro aspettative e necessità.*

*Uno degli impegni prioritari investe la salute femminile ed infantile con l'intento di attuare pienamente il "progetto obiettivo materno-infantile", realizzando, da parte del sistema sanitario regionale, la presa in carico della donna in una fase importante della vita quale la maternità a partire dal consultorio familiare, servizio centrale per il conseguimento di tale risultato.*

**Augusto Melappioni**

Assessore alla Sanità



## **Presentazione**

*L'Agenzia Regionale Sanitaria ha partecipato all'indagine campionaria promossa dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità "Valutazione dei servizi del percorso nascita" con lo scopo di predisporre interventi appropriati in termini di efficacia ed efficienza da attuare da parte della sanità pubblica.*

*Le indicazioni scaturite dall'indagine sono state recepite nel Piano sanitario regionale 2003/2006 che elenca i principali obiettivi da perseguire per la costruzione del percorso nascita e le corrispondenti azioni che devono essere promosse.*

*Gli obiettivi specifici da perseguire entro un anno sono:*

- la demedicalizzazione della gravidanza fisiologica*
- l'assistenza psicologica pre e post parto alle giovani coppie*
- la promozione dell'allattamento al seno*
- la prevenzione del ricorso all'IVG.*

*Entro il 2006 ci si prefigge poi di:*

- diminuire la frequenza dei tagli cesarei, arrivando entro il triennio di validità del Piano sanitario regionale verso l'obiettivo OMS del 15-20%.*

*Le azioni da intraprendere per raggiungerli comprendono l'applicazione ed il monitoraggio del Progetto Obiettivo Materno Infantile e quindi:*

- il potenziamento del ruolo dei consultori e delle attività consultoriali (corsi di preparazione al parto e assistenza ostetrica nel puerperio)*
- la realizzazione di specifici programmi per le donne immigrate anche mediante l'intervento delle mediatrici linguistico-culturali.*

*Tenendo conto di quanto emerso dall'indagine presentata in questo rapporto, è indispensabile che venga concretamente realizzata, soprattutto dopo la dimissione dal punto nascita, momento in cui sono emersi maggiori problemi, la continuità assistenziale: offerta di controllo ostetrico, visite ostetriche a domicilio, sostegno nell'allattamento al seno e promozione del suo prolungamento nel tempo, protocolli di collaborazione tra tutte le figure professionali presenti sul territorio compresi i pediatri di libera scelta.*

*Durante tale periodo va promossa, attuata e adeguatamente monitorata da parte dei servizi l'offerta attiva con particolare riguardo ai soggetti più deboli e bisognosi della popolazione femminile.*

**Francesco Di Stanislao**

Direttore Agenzia Regionale Sanitaria

Gruppo di lavoro nazionale:

**Serena Donati, Michele Grandolfo** Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma;

Gruppo di lavoro regionale:

**Giancarlo Giacomucci, Silvia Sanchioni, Fariba Asgari, Roberta Stefani, Pierpaolo Pozzi** ASL1 Pesaro; **Anna Maria Caporaletti, Maria Pia Conti, Doriana Litargiro, Patrizia Tamburini, Simonetta Mariotti** ASL 2 Urbino; **Anna Rita Bernucci, Caterina Rebecchini, Rossana Rossi, Beatrice Rivelli, Mirella Straccini, Gundula Holub** ASL 3 Fano; **Cardenia Cingolani, Paola Bonvini, Barbara Fontana, Denebola Fattorini** ASL 4 Senigallia; **M.Teresa Gaetti, Antonella Clemente, Maria Massacesi, Stefania Schiaroli** ASL 5 Jesi; **Maria Rita Carletti, Gabriella Capitano, Laura Salati** ASL 6 Fabriano; **Stella Roncarelli, Bona Finocchil, Rita Gatti, Monia Fioretti, Patrizia Giaconi, M. Antonietta Saba, M.Vittoria Baccani, Francesca Di Maggio, Grazia Pompilio, Albina Pitinari, Libera Mastromatteo** ASL 7 Ancona; **Lucia Bonazza, M.Beatrice Cirilli, Emilia Bacaro, Piera Marconi** ASL 8 Civitanova Marche; **Mirella Staffolani, Sabrina Caldarelli, Mara Romagnoli, Sabrina Galanti, Maria Teresa Moreschi** ASL 9 Macerata; **Domenico Guerrini, Rosanna Moriconi, Fernanda Cesaretti** ASL 10 Camerino; **Silvana Fiacconi, Sandra Bracciotti, Daniela De Angelis, Rita Castelli** ASL 11 Fermo; **Luigina Ubaldi, Samuela Compagnoni, Caterina Lanciotti, Luana Verdecchia** ASL 12 San Benedetto del Tronto; **Margherita Marini, Manuela Marcucci, Stefania Martelli, Lituania Luzi** ASL 13 Ascoli Piceno.

### **ringraziamenti:**

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:

**Susanna Cimica, Dzenana Hazurovic, Miriam Aguilar Matamoros** REM ARS Regione Marche.

E per il contributo nell'inserimento dei dati: **Raffaella Gioacchini** ARS Regione Marche.

# INDICE

|   |         |
|---|---------|
| <b>1. Introduzione</b> .....                  | pag. 9  |
| <b>2. Materiali e metodi</b> .....            | pag. 13 |
| <b>3. Risultati ed analisi</b> .....          | pag. 15 |
| 3.1. Caratteristiche del campione.....        | pag. 16 |
| 3.2. Dati socio-demografici.....              | pag. 18 |
| 3.3. Gravidanza.....                          | pag. 23 |
| 3.4. Parto.....                               | pag. 39 |
| 3.5. Allattamento.....                        | pag. 48 |
| 3.6. Puerperio.....                           | pag. 55 |
| 3.7. 1° anno di vita del/la bambino/a.....    | pag. 65 |
| <b>4. Discussione</b> .....                   | pag. 73 |
| <b>5. Conclusioni e raccomandazioni</b> ..... | pag. 87 |
| <b>Bibliografia</b> .....                     | pag. 91 |





## 1. Introduzione

Fino a pochissimi decenni fa, l'ostetricia era caratterizzata nella nostra regione da un modello, rimasto sostanzialmente immutato negli anni, caratterizzato dalla prevalenza del parto a domicilio assistito dall'ostetrica che aveva precedentemente seguito la gravidanza; l'intervento del medico era limitato ai casi gravi e/o all'attuazione di alcune pratiche di sua esclusiva competenza, quali la sutura di lacerazioni perineali. L'ospedalizzazione per il parto era un evento molto raro, con l'eccezione delle grandi aree urbane. Negli ospedali non esistevano reparti autonomi di Ostetricia, ma sezioni aggregate alla Chirurgia con tutt'al più un medico responsabile.

Negli ultimi 30 anni, in ritardo notevole rispetto ai modelli europei occidentali ma anche a quelli nazionali, l'Ostetricia ha acquisito progressivamente le caratteristiche di disciplina completamente autonoma, in cui il ruolo ha assunto un ruolo dominante e le pratiche diagnostiche e terapeutiche cliniche, ma soprattutto laboratoristico-strumentali, sono enormemente aumentate.

Contemporaneamente, nella nostra regione, come nel resto d'Italia, la dinamica demografica ha subito notevoli cambiamenti caratterizzati da una riduzione marcata degli indici di fecondità e dall'innalzamento dell'età media al primo parto, espressione della tendenza sia a posticipare l'inizio della vita riproduttiva sia a recuperare la fecondità in età più avanzata.

Il tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente per 1000) nella regione Marche è stato 8,5 nel 2000, collocandosi tra i più bassi del paese (tasso di natalità globale in Italia nel 2000: 9,4) (1).

Il numero medio di figli per donna espresso come tasso di fecondità totale, è passato nella nostra regione da 2,03 nel 1960 (2) a 1,43 nel 1982 a 1,19 nel 1989, fino a raggiungere un minimo di 1,09 nel 1996 per poi risalire lievemente fino all'1,15 nel 1999 (3) (il tasso nazionale è passato da 2,41 nel 1960 (2) a 1,60 nel 1982 a 1,22 nel 1999 (3)).

L'età media delle donne al primo figlio in Italia è passata da 25,1 anni nel 1980 a 27,5 anni nel 1993 e a 28,2 nel 1996 (2).

Nel corso degli ultimi anni, poi, nelle Marche, come nel resto del paese, s'è registrata una rilevante riduzione della mortalità materna, della natimortalità e della mortalità infantile.

La mortalità materna in Italia è passata da 53,6 per 100.000 nati vivi nel 1970 a 5,6 per 100.000 nati vivi nel 1995 (4).

Nella nostra regione la natimortalità (numero di nati morti per 1000 nati vivi) nel 1995 è stata del 2,7 per 1000 (in Italia nel 1995 è stata del 4,2 per 1000) (5), dell'1,97 per 1000 nel 1998 e dell'1,79 per 1000 nel 1999 (6).

Il tasso di mortalità infantile nella regione Marche (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi nello stesso periodo) è passato da 11,6 per 1000 nati vivi nel 1980 a 4,2 per 1000 nati vivi nel 1998 (7) (in Italia i morti a meno di un anno di vita sono stati nel 1997 5,8 per mille nati vivi (5) ).

Tale tasso va in realtà disagregato in categorie di età più brevi: mentre nel periodo post-neonatale (da un mese ad un anno di vita) le morti sono da attribuirsi prevalentemente a cause ambientali, nel primo mese di vita le morti sono dovute per la maggior parte da fattori derivanti dalla gravidanza o dal parto.

La mortalità neonatale (morti entro 28 giorni dalla nascita) nelle Marche è stata del 4,7 per 1000 nel 1995 (in Italia nel 1994 è stata del 4,9 per 1000) (5), del 3,13 per 1000 nel 1998, del 2,93 per 1000 nel 1999 e del 2,13 per 1000 nel 2000 (Nelle regioni storicamente a minore mortalità neonatale come la Sardegna ed il Trentino tali valori sono stati rispettivamente del 3,20 per 1000 nel 1996 e del 3 per 1000 nel periodo 1991-96) (6).

Tutto questo è sicuramente da attribuire ad una migliorata assistenza ostetrica che ha consentito una precoce identificazione ed interventi adeguati dei casi a rischio. Sono tuttavia intervenuti a favorire tale tendenza numerosi altri fattori, quali: un generale miglioramento della qualità della vita associato ad una migliore alimentazione, un aumento dell'altezza media delle donne ed un minor numero di parti nelle fasce limite dell'età feconda (donne giovanissime ed anziane).

Durante lo stesso periodo di tempo, però, la maggiore attenzione rivolta da parte del mondo medico all'ostetricia ha portato ad un aumento esponenziale della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive durante la gravidanza ed il parto.

Nel 1996, sulla base di alcune reviews (8,9), un gruppo di lavoro dell'OMS

ha pubblicato un report (10) che identifica gli obiettivi dell'assistenza alla nascita fisiologica, indipendentemente dal paese o dalla regione geografica ed indipendentemente dalla sede, dalle caratteristiche o dal livello del luogo in cui avviene il parto. Il documento richiama esplicitamente le "Raccomandazioni sulla nascita" pubblicate sulla rivista Lancet nel 1985 prodotte dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (11).

Tali linee guida sostenevano, fra l'altro, l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita quale determinate nella riduzione degli esiti negativi, raccomandavano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, ponevano un limite massimo del 15% alla percentuale di tagli cesarei, consideravano non necessario ripeterli di routine nelle donne già cesarizzate, raccomandavano la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno. Il documento dell'OMS rileva come numerose delle procedure ivi elencate e giudicate per la loro frequenza inappropriate, vengano ancora comunemente ed ampiamente utilizzate.

Ancor più recentemente, nel 2002, in linea con la sua adesione ai principi della medicina basata su prove di efficacia, l'OMS ha pubblicato un manuale (12), nel quale vengono descritte le componenti di base del nuovo modello di assistenza WHO alle gravidanze fisiologiche, che include solo quegli interventi che si sono dimostrati efficaci in studi clinici randomizzati, manuale che verrà aggiornato periodicamente, per potervi includere tempestivamente i risultati della ricerca che si renderanno nel tempo progressivamente disponibili.

Nella regione Marche, così come in Italia e nel resto d'Europa, l'assistenza in gravidanza ed al parto ha visto negli anni l'aumento del ricorso a una serie di procedure la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche e non è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni fisiche ed è invece spesso associato principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte o alla loro organizzazione (13).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 (14), dopo aver stabilito nella premessa che "la tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura", individua una serie di

obiettivi da raggiungere cui corrispondono dettagliate azioni ed indicatori. Fra gli obiettivi principali relativi al percorso nascita ci sono: l'umanizzazione, la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell'allattamento al seno, favorire l'avvicinamento puerpera-neonato. Per conseguire tali risultati, il P.O.M.I. assegna un ruolo centrale al Consultorio Familiare.

La regione Marche tramite l'Osservatorio Materno Infantile della Rete Epidemiologica Marchigiana dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha deciso nel 2002 di partecipare ad un'indagine campionaria promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per:

- valutare quale sia l'effettivo bisogno di salute della popolazione marchigiana durante il percorso nascita,
- quale sia la disponibilità dei servizi in risposta a tali bisogni,
- la loro utilizzazione da parte delle donne,
- l'offerta attiva proposta,
- la continuità dell'assistenza,

in modo da poter definire interventi sanitari appropriati in termini di efficacia ed efficienza,

Il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS ha già condotto in precedenza in collaborazione con le regioni, sul territorio nazionale, indagini epidemiologiche per valutare l'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio (13,15). La presente indagine, rispetto alle precedenti, è stata estesa al 1° anno di vita del bambino.

## 2. Materiali e metodi

Lo studio ha riguardato un campione di donne residenti in tutta la regione Marche che avevano partorito da 1 anno alla data dell'intervista.

L'unità territoriale di base è stata considerata la Provincia. Per poter ottenere una precisione sufficiente delle stime, è stato previsto un campione di 200 donne per provincia per un totale di 800 in tutta la regione.

La selezione probabilistica del campione è stata effettuata su base temporale: in ogni provincia, sono state individuate le donne residenti che avevano partorito e registrato all'anagrafe la nascita a partire dal 15 febbraio 2001 per un periodo di tempo necessario per raggiungere la numerosità attesa (200) sulla base delle nascite dell'anno precedente.

Lo strumento di rilevazione dei dati è consistito in un questionario predisposto da operatori del Laboratorio di Biostatistica dell'ISS ed operatori provenienti dalle regioni partecipanti all'indagine durante un apposito corso svolto presso l'ISS.

Il questionario è stato organizzato in 5 sezioni:

1. prima sezione: gravidanza
2. seconda sezione: parto
3. terza sezione: puerperio
4. quarta sezione: primo anno di vita
5. quinta sezione: dati socio-demografici.

Le domande sono state formulate al fine di valutare:

- l'influenza di fattori psicosociali, economici e medici sul rischio ostetrico e/o neonatale
- le conoscenze, l'atteggiamento ed i comportamenti delle donne durante gravidanza, parto, puerperio e 1° anno di vita del bambino
- la disponibilità dei servizi e la loro utilizzazione da parte delle donne
- quanto l'esposizione a certi comportamenti e procedure durante il per-

corso nascita abbia conseguenze su determinati esiti.

Prima di essere somministrato, il questionario è stato sottoposto ad un pre-test per validarne la qualità.

L'indicazione era di effettuare l'intervista a domicilio e, soltanto quando ciò fosse stato impossibile, presso i Consultori o altre strutture AUSL.

Le interviste sono state effettuate da personale (per la quasi totalità donne) di tutte le AUSL regionali, addestrato durante corsi di formazioni svolti presso l'ARS in collaborazione con i responsabili dell'indagine dell'ISS.

Per ridurre al minimo il numero di "donne non trovate", le intervistatrici hanno provato a raggiungerle almeno tre volte al proprio domicilio prima di considerarle tali.

I questionari sono stati codificati ed i dati sono stati analizzati tramite il Software Epi Info, versione 6.0 e 2002.

L'analisi presentata in questo rapporto è prevalentemente di tipo descrittivo. Per poter individuare l'influenza di diversi fattori quali l'età, la parità, il livello di istruzione, l'attività lavorativa delle donne, etc. si sono utilizzati modelli di regressione logistica che hanno permesso di calcolare gli odds ratio aggiustati ed i relativi intervalli di confidenza al 95%. Tali modelli sono stati applicati agli esiti e relativi fattori di rischio considerati più importanti nei diversi periodi: gravidanza, parto e puerperio.

### **3. Risultati e analisi**

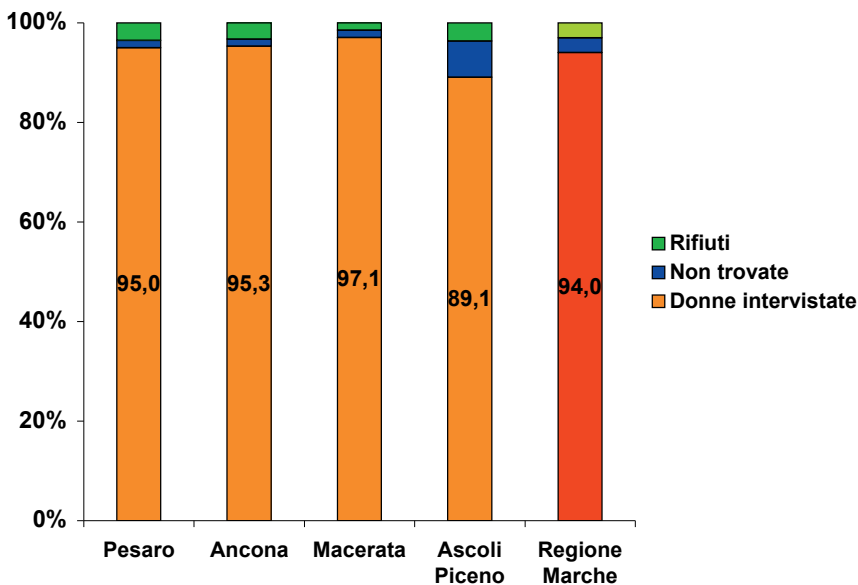
Le operatrici sociosanitarie che hanno somministrato i questionari sono state in totale 50 (ostetriche, infermiere professionali, assistente sanitarie, puericultrici, assistenti sociali).

L'indagine è stata coordinata localmente da 16 responsabili (1 per ogni AUSL o distretto; in alcuni casi la coordinatrice ha svolto anche il ruolo di intervistatrice): medici, psicologhe, ostetriche, psicopedagogiste.

Tutte coloro che sono state coinvolte nell'indagine hanno partecipato con grande entusiasmo all'iniziativa, che ha costituito un importante momento formativo e di riflessione sull'attività svolta e da svolgere.

**3.1 Caratteristiche del campione**

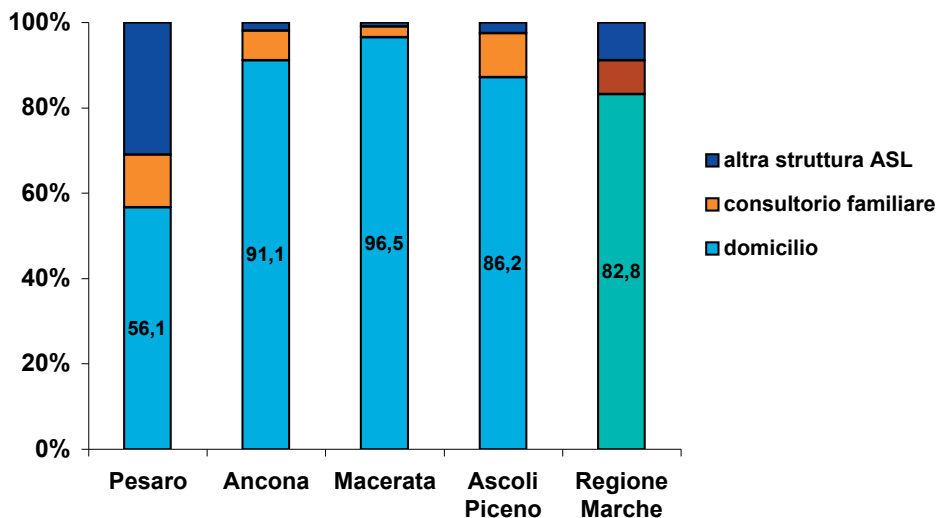
**Fig. 1. Proporzioni di risposta.**



Sono state intervistate, in tutta la regione, 785 donne su 835 selezionate, con un tasso di rispondenza del 94%. La percentuale di rifiuti è stata pari al 3%, con un minimo nella Provincia di Macerata (1,5%) ed un massimo nella provincia di Ascoli Piceno (3,6%). Le donne non trovate, considerate tali dopo il terzo tentativo infruttuoso, sono state del 3% in tutta la regione: la percentuale massima è stata registrata nella provincia di Ascoli Piceno (7,3%).

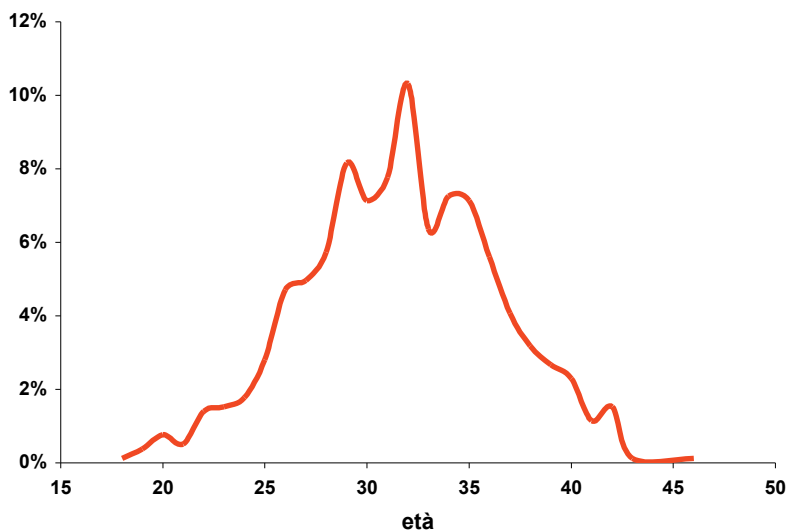


Fig. 2. **Luogo dell'intervista.**



Per l'82,8% le interviste sono state effettuate a domicilio delle donne con un massimo nella provincia di Macerata (96,5%) ed un minimo nella provincia di Pesaro (56,1%).

Il 16,7% è stato effettuato presso il consultorio familiare o presso altra struttura ASL (es. ambulatorio del distretto in occasione della visita per il richiamo vaccinale) con un massimo nella provincia di Pesaro (42,9%).

Fig.3. **Età delle donne intervistate.**

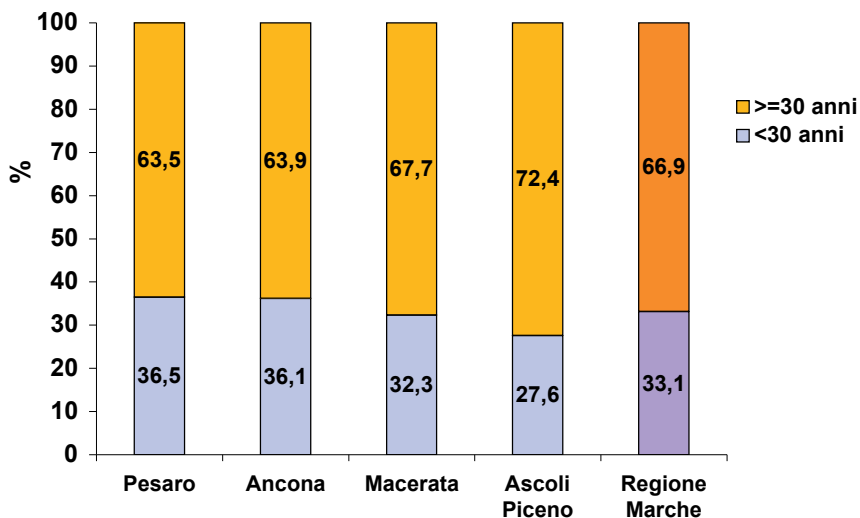
L'età delle donne intervistate va dai 18 ai 46 anni. L'età media è di 31,6 anni.

Il 10,3% delle donne ha 32 anni: 32 anni è la moda ed anche la mediana.

Considerando che le donne del campione avevano partorito circa un anno prima, il dato è in perfetto accordo con quanto risulta dalle Schede di Dimissione Ospedaliera della regione del 2001: età media delle donne al momento del parto 30,6, mediana 31 e moda 31 anni.

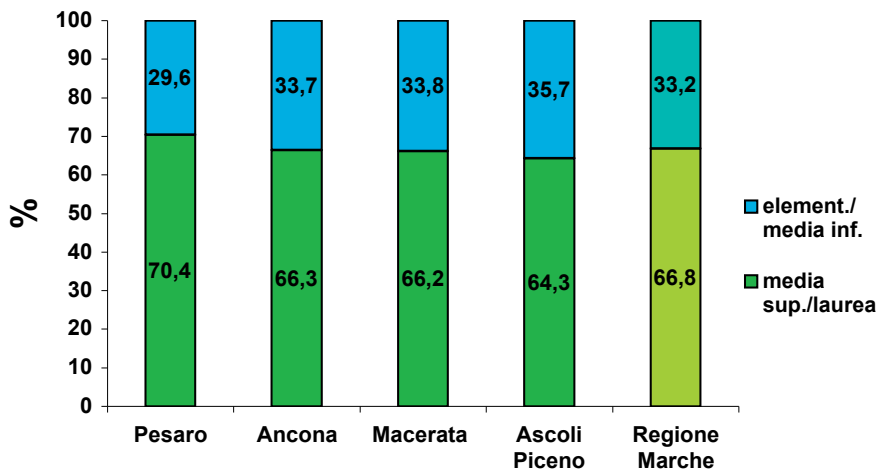
L'andamento regionale si colloca nella media italiana: nel nostro paese negli ultimi 30 anni, si è avuto un aumento dell'età media delle donne al primo parto (29 anni nel 1965 e 30 nel 1996 secondo l'ISTAT).

Fig. 4. **Classi di età delle donne.**



Suddividendo le donne partecipanti all'indagine per classi di età, si osserva come la percentuale di donne più giovani (età inferiore a 30 anni) sia massima nella provincia di Pesaro (36,5%) e minima nella provincia di Ascoli Piceno (27,6%).

Fig. 5. **Livello di istruzione.**



Mediamente nella regione è presente una netta prevalenza di donne con titolo di studio alto ( 66,8%): 51,8% con licenza di scuola media superiore e 15% con laurea.

**Tab. 1. Professione della donna. (1)**

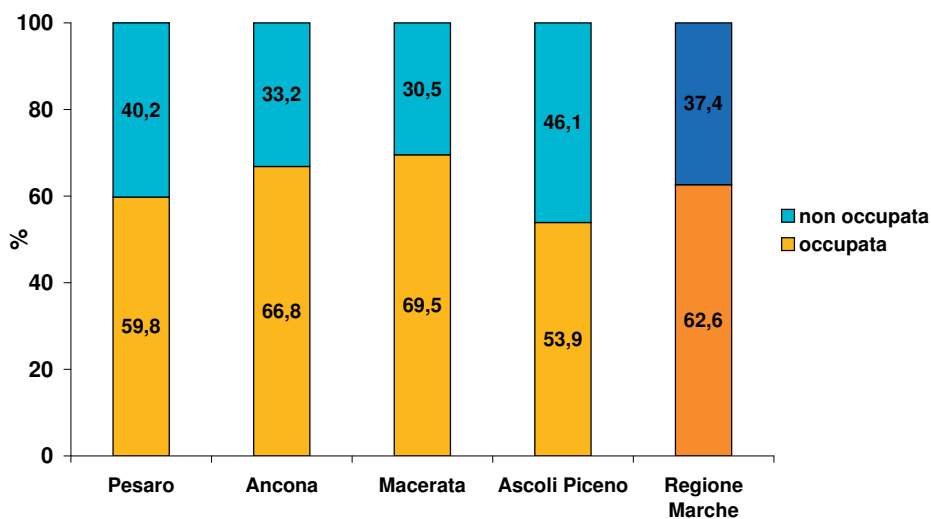
| Professione                   | Pesaro     |            | Ancona     |            | Macerata   |            | Ascoli Piceno |            | Regione Marche |            |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
|                               | n.         | %          | n.         | %          | n.         | %          | n.            | %          | n.             | %          |
| lavoro libero profess         | 8          | 4,2        | 10         | 5,0        | 4          | 2,0        | 5             | 2,6        | 27             | 3,5        |
| lavoro autonomo               | 17         | 9,0        | 12         | 5,9        | 21         | 10,7       | 20            | 10,4       | 70             | 9,0        |
| lavoro dip/ruoli dirigenziali | 12         | 6,3        | 15         | 7,4        | 21         | 10,7       | 6             | 3,1        | 54             | 6,9        |
| lavoro dip/ruoli esecutivi    | 76         | 40,2       | 98         | 48,5       | 91         | 46,2       | 73            | 37,8       | 338            | 43,3       |
| casalinga                     | 63         | 33,3       | 48         | 23,8       | 49         | 24,9       | 75            | 38,9       | 235            | 30,1       |
| studentessa                   | 2          | 1,1        | 6          | 3,0        | 4          | 2,0        | 3             | 1,6        | 15             | 1,9        |
| disoccupata                   | 11         | 5,8        | 13         | 6,4        | 7          | 3,6        | 11            | 5,7        | 42             | 5,4        |
| <b>totale</b>                 | <b>189</b> | <b>100</b> | <b>202</b> | <b>100</b> | <b>197</b> | <b>100</b> | <b>193</b>    | <b>100</b> | <b>781</b>     | <b>100</b> |

dati mancanti: 4

La condizione professionale delle intervistate riflette una diversa opportunità di accesso al mondo del lavoro nelle varie zone della regione.

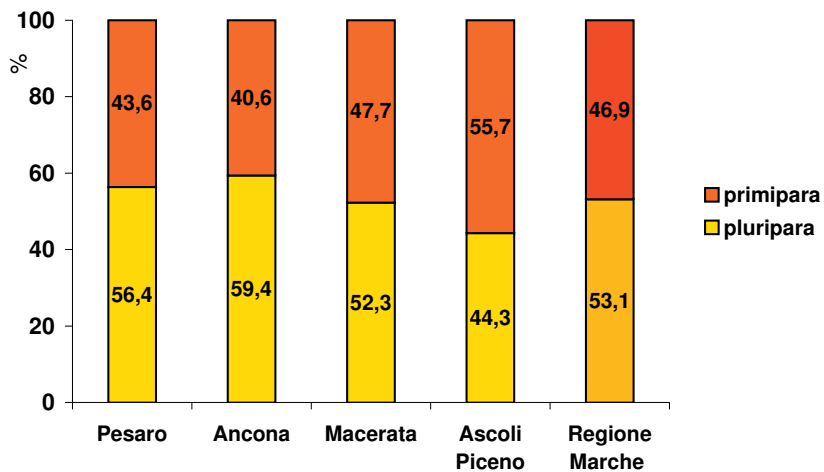
La percentuale di casalinghe, del 30% mediamente nella regione, varia dal 39% di Ascoli Piceno al 24% di Ancona.

Tra le occupate, la posizione professionale di gran lunga più frequente è quella di lavoratrice dipendente in ruoli esecutivi (43,3%).

Fig. 6. **Professione della donna. (2)**

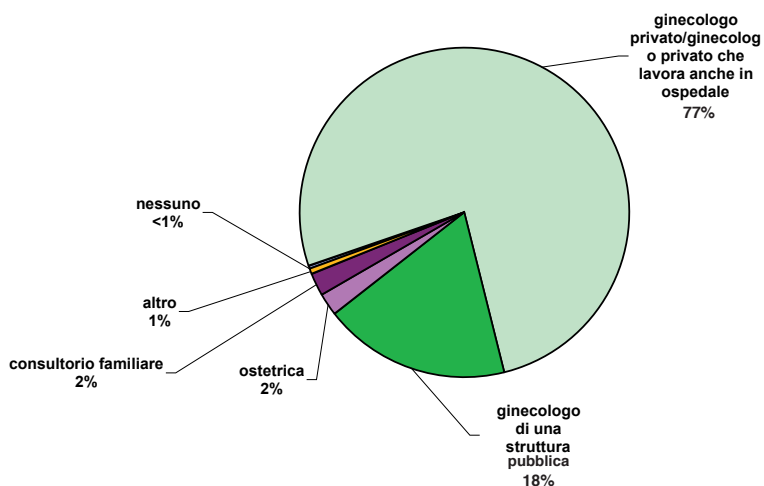
Considerando non occupate le casalinghe, le studentesse e le disoccupate ed occupate tutte le altre, si registra, a livello regionale, una percentuale del 62,6% di occupate con un minimo ad Ascoli Piceno (53,9%) ed un massimo a Macerata (69,5%).

Fig. 7. **Parità.**



Dall'anamnesi ostetrica, risulta che il 53% del campione è costituito da donne al primo figlio, con un massimo ad Ancona (circa 60%) ed un minimo ad Ascoli Piceno (poco più del 44%).

**Fig. 8. Figura professionale che ha seguito principalmente la donna in gravidanza.**



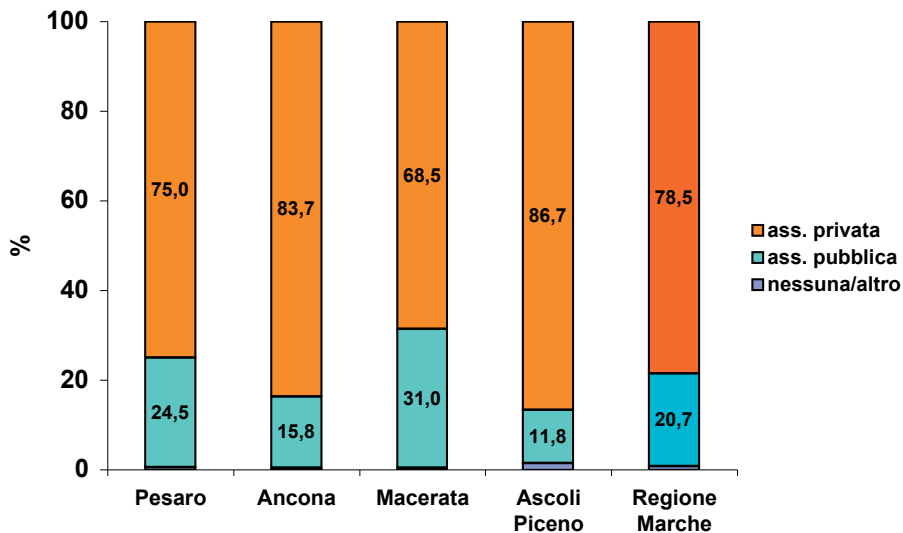
La percentuale di intervistate seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza è del 99,7%, quasi la totalità.

Le figure professionali a cui le donne si rivolgono più frequentemente per essere seguite durante la gravidanza sono il ginecologo privato che lavora anche in ospedale ed il ginecologo privato, che, complessivamente vengono scelti dal 77% delle intervistate.

Il ricorso al consultorio familiare nella regione è risultato nella regione molto basso: circa il 2%.

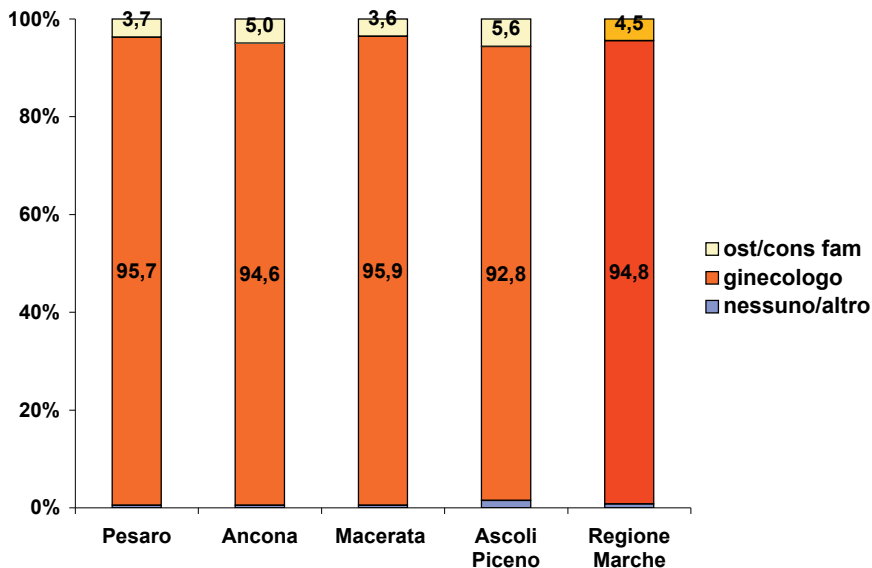


Fig. 9. Assistenza in gravidanza (1).



Prevalenza dell'assistenza privata (ginecologo privato, ginecologo privato che lavora anche in ospedale e ostetrica) e di quella pubblica (ginecologo di una struttura pubblica e consultorio familiare) nelle 4 province: il 78,5% ha usufruito dell'assistenza privata con un massimo ad Ascoli Piceno (86,7%) ed un minimo a Macerata (68,5%).

Fig. 10. Assistenza in gravidanza (2).



Nella regione si verifica una netta prevalenza del ricorso al ginecologo comunque inteso (privato, privato che lavora anche in ospedale, di una struttura pubblica) : circa il 95%, rispetto agli altri tipi di assistenza (ostetrica, consultorio familiare) senza rilevanti differenze fra le province (vedi anche Fig. 8).

**Tab. 2. Mese in cui è stata effettuata la prima visita.**

|                      | <b>Pesaro</b> |             | <b>Ancona</b> |           | <b>Macerata</b> |             | <b>Ascoli Piceno</b> |             | <b>Regione Marche</b> |             |
|----------------------|---------------|-------------|---------------|-----------|-----------------|-------------|----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|                      | n.            | %           | n.            | %         | n.              | %           | n.                   | %           | n.                    | %           |
| <b>entro 3° mese</b> | <b>180</b>    | <b>95,3</b> | <b>196</b>    | <b>97</b> | <b>187</b>      | <b>94,5</b> | <b>185</b>           | <b>94,4</b> | <b>748</b>            | <b>95,3</b> |

**dati mancanti: 5**

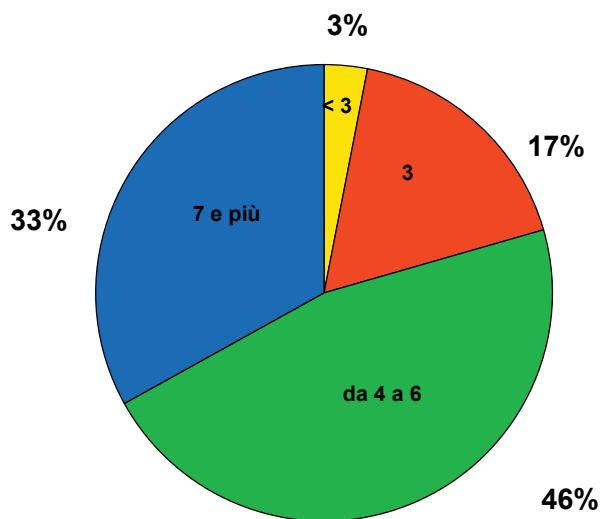
Uno dei principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale consiste nel tempo entro cui viene effettuata la prima visita ostetrica, raccomandata entro il terzo mese di gestazione (16).

La percentuale di donne che ha riferito di avere avuto un primo contatto con un operatore sanitario durante la gravidanza entro il 3° mese è pari al 95,3%.

Tali dati sono analoghi a quanto documentato da altre indagini nazionali (13) (15) ed europee (17).

Un dato di particolare rilevanza è che il 33% delle gravide che hanno effettuato controlli tardivi (32), è costituito da donne straniere.

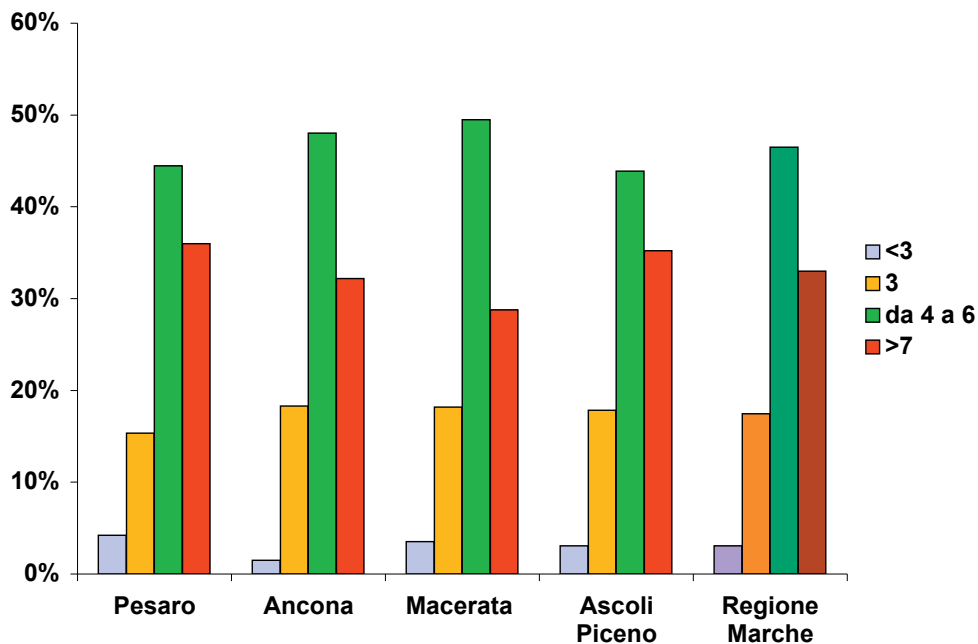
**Fig. 11. N. di ecografie eseguite in gravidanza (1).**



Il numero di ecografie raccomandato in una gravidanza non a rischio è di 3.

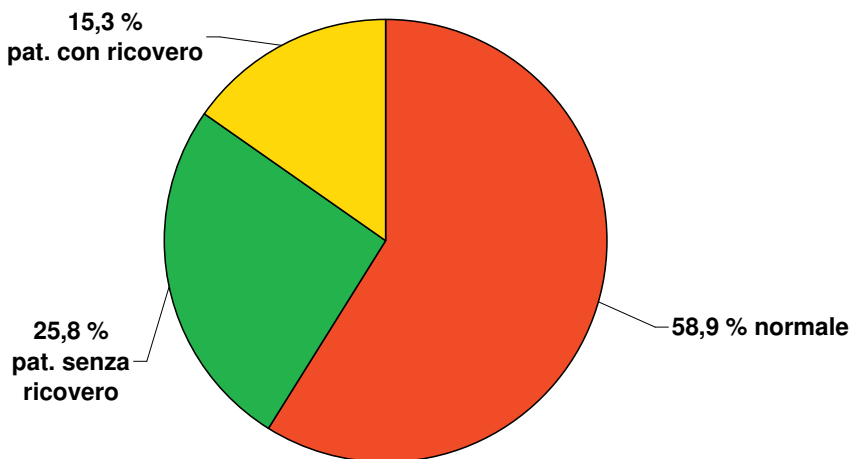
Dall'indagine risulta che il 79,5% delle donne intervistate ha eseguito 4 o più ecografie nel corso della gravidanza, il 33% ne ha eseguite più di 7.

Fig. 12. N. di ecografie eseguite in gravidanza (2).



Nella provincia di Pesaro il 36% delle donne ha eseguito in gravidanza 7 o più ecografie; la percentuale più bassa di elevato numero di esami ecografici si registra nella provincia di Macerata: 28,8%

Fig. 13. **Decorso della gravidanza.**



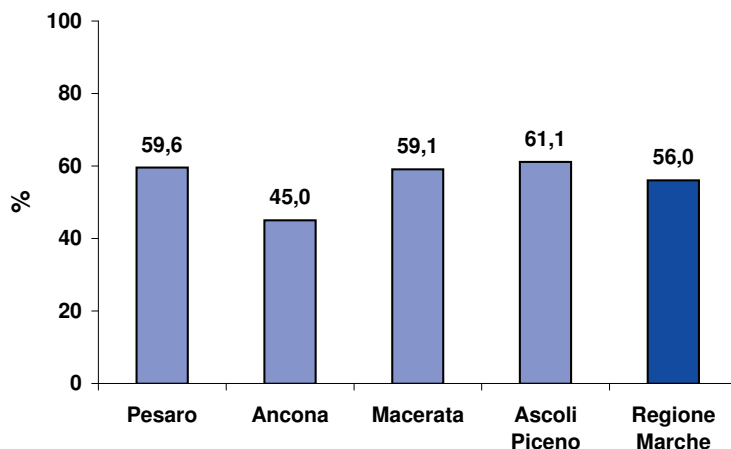
Il 59% circa delle intervistate ha riferito di avere avuto una gestazione normale.

Nel 26% vi sono stati problemi vari, da lievi a gravi, senza necessità di ricovero.

Il 15% delle donne è stato ricoverato durante la gravidanza.

E' interessante notare che il 75,7% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25,5% più di 7.

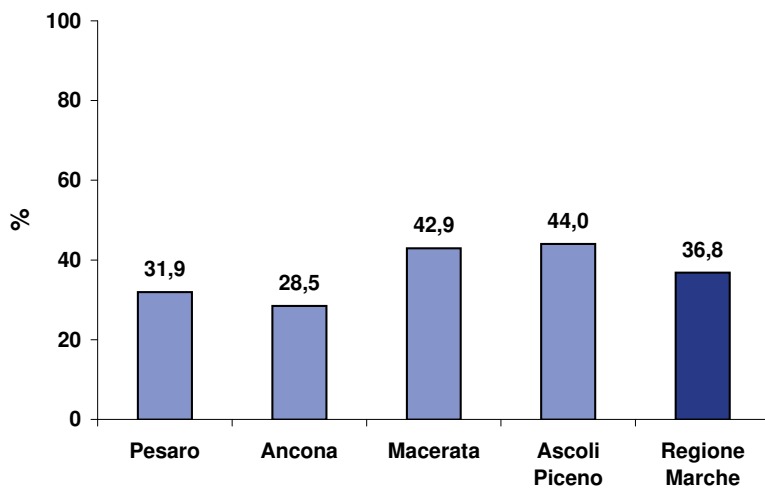
**Fig. 14. Adeguatezza dell'informazione ricevuta su travaglio e parto durante la gravidanza.**



Per verificare quanto le donne fossero informate e consapevoli della gestione dell'evento nascita, è stata loro posta una serie di domande relative all'adeguatezza delle informazioni ricevute in gravidanza su molti temi, tra cui il travaglio, il parto, i punti nascita disponibili, l'allattamento, la contraccezione, etc..

Al quesito se l'operatore sanitario che ha assistito la gravidanza abbia fornito informazioni sul travaglio e sul parto, il 56% circa delle donne intervistate ha riferito di averle ricevute adeguate, con oscillazioni da un minimo ad Ancona (44,6%) ad un massimo ad Ascoli Piceno (60,2%).

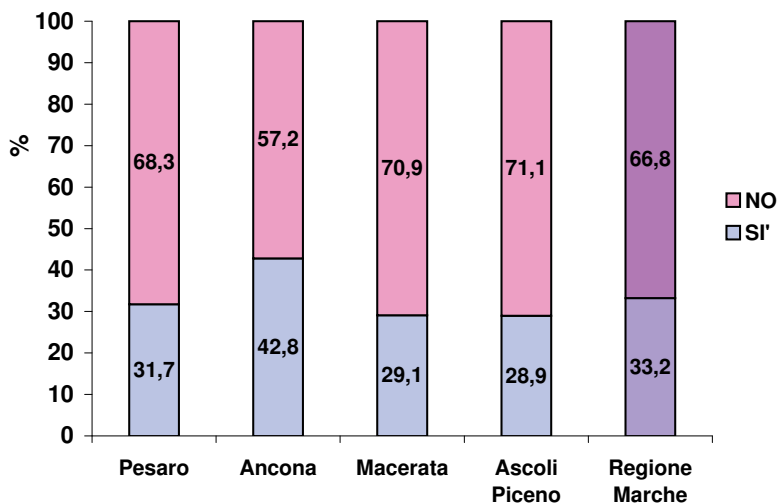
**Fig. 15. Adeguatezza dell'informazione ricevuta sui punti nascita disponibili.**



Le informazioni sui punti nascita disponibili, offerte da chi ha assistito la gravidanza, sono state considerate adeguate nel 36,8% dei casi, con valori più bassi a Pesaro e ad Ancona (31,9% e 28,5% rispettivamente).

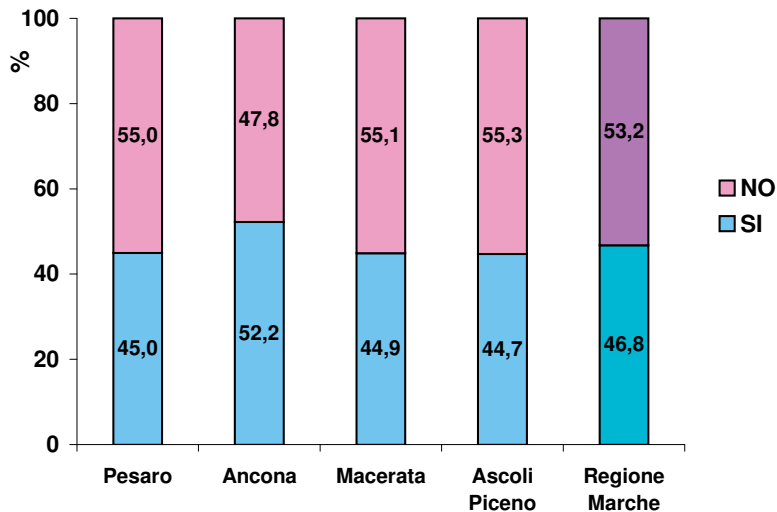


**Fig. 16. Partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza.**



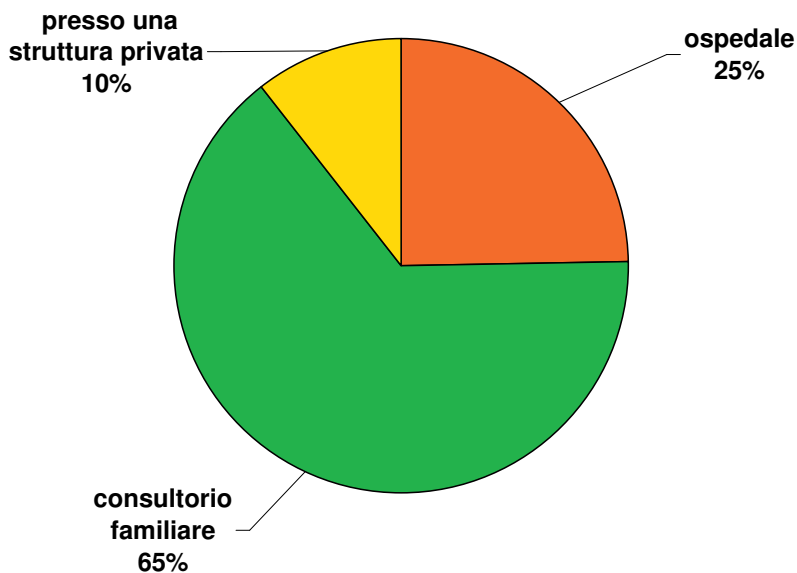
Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza sono state, nella regione, il 33,2%, con un minimo ad Ascoli Piceno (28,9%) ed un massimo ad Ancona (42,8%).

**Fig. 17. Partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita almeno una volta.**



Raggruppando le donne che hanno partecipato almeno una volta (durante l'ultima o in precedenti gravidanze) ad un corso di preparazione alla nascita, la media regionale è del 46,8% con un massimo ad Ancona (52,2%)

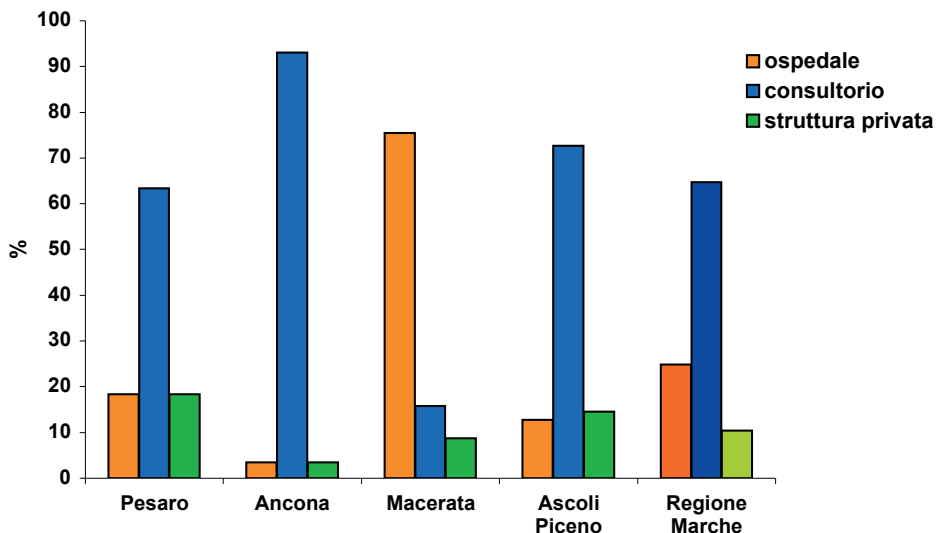
Fig. 18. **Luogo del corso di preparazione alla nascita (1).**



Nel 65% dei casi i corsi di preparazione alla nascita nella regione si sono svolti presso un consultorio familiare, nel 25% dei casi presso un ospedale e nel 10% presso una struttura privata.

Appare rilevante il fatto che il 22% di tutte le donne intervistate abbia partecipato ad un corso di preparazione alla nascita presso un consultorio familiare, nonostante soltanto poco più del 2% si sia rivolto al consultorio per farsi assistere nel corso dell'intera gravidanza.

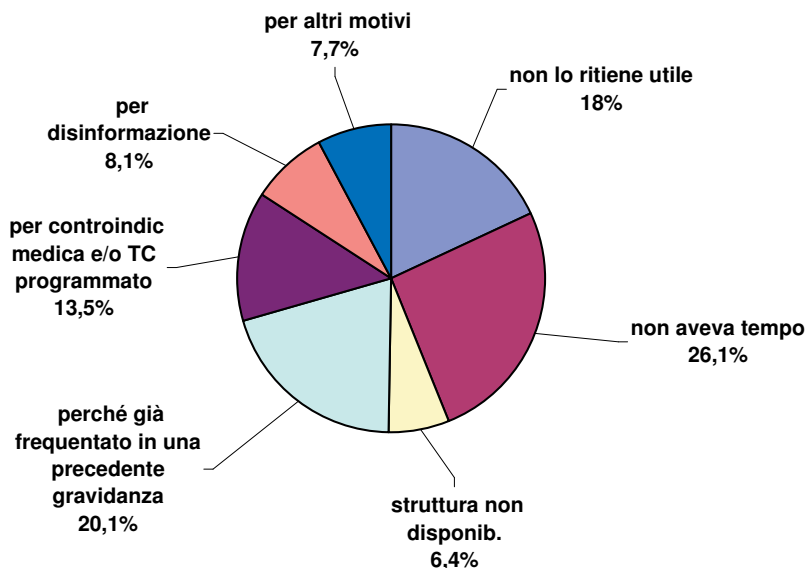
**Fig. 19. Luogo del corso di preparazione alla nascita (2).**



Nella provincia di Ancona il 93% dei corsi di preparazione alla nascita si sono svolti presso un Consultorio Familiare.

In tale provincia il 43% delle donne ha partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza ed il 40% di tutte le donne intervistate ad Ancona ha frequentato il Consultorio per il corso; ma soltanto il 4% è stata seguita dal Consultorio stesso durante la gestazione (fig. 9).

**Fig. 20. Motivi della mancata partecipazione al corso di preparazione alla nascita.**



Escludendo le donne che riferiscono di non avervi partecipato per averlo già frequentato in una precedente gravidanza, il motivo più frequentemente addotto relativamente alla mancata partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita è stato la mancanza di tempo (26,1%).

Seguono, il non ritenerlo utile (18%), la controindicazione medica e/o il taglio cesareo programmato (13,5%).

Un 8,1% delle donne riferisce di non essere a conoscenza dell'esistenza del corso e che nessuno l'ha informata in proposito.

Un 6,4% riporta di non averlo potuto frequentare per non aver trovato una struttura disponibile. La mancanza di una struttura disponibile è di una certa rilevanza soprattutto a Macerata ed a Pesaro dove rispettivamente il 10,1% ed il 9,3% delle donne intervistate riferisce di non aver potuto partecipare ad un corso per tale motivo.

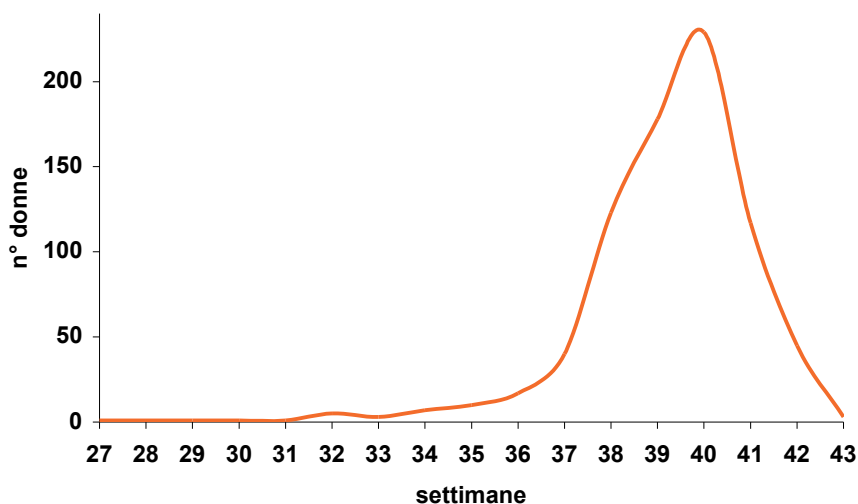
Tab. 3. **Gradimento del corso di preparazione alla nascita.**

|                   | Pesaro     |            | Ancona     |            | Macerata   |            | Ascoli Piceno |            | Regione Marche |            |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
|                   | n.         | %          | n.         | %          | n.         | %          | n.            | %          | n.             | %          |
| si                | 148        | 78,3       | 170        | 84,2       | 152        | 76,8       | 149           | 76,0       | 619            | 78,9       |
| no                | 25         | 13,2       | 22         | 10,9       | 16         | 8,1        | 27            | 13,8       | 90             | 11,5       |
| non sa/dato manc. | 16         | 8,5        | 10         | 5,0        | 30         | 15,2       | 20            | 10,2       | 76             | 9,7        |
| <b>totale</b>     | <b>189</b> | <b>100</b> | <b>202</b> | <b>100</b> | <b>198</b> | <b>100</b> | <b>196</b>    | <b>100</b> | <b>785</b>     | <b>100</b> |

Per valutare il gradimento del corso è stato chiesto alla donna se consiglierebbe ad un'amica di parteciparvi: il 78,9% delle donne ha risposto sì.

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita almeno una volta, hanno risposto sì per il 93,7% (340/363); quelle che non hanno mai partecipato per il 67,6% (279/413).

Fig. 21. **Epoca gestazionale al momento del parto.**



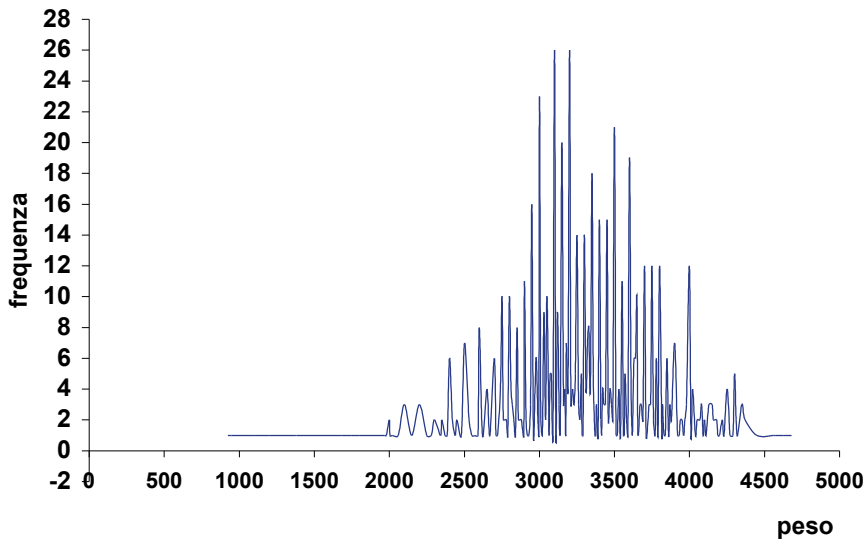
La settimana gestazionale media al momento del parto è stata di 39 settimane (mediana 40), con un minimo di 27 ed un massimo di 43.

In accordo con i dati nazionali (ISTAT) la quota di parti avvenuti ad un'epoca gestazionale inferiore a 37 settimane è del 6% (inferiore a 33 settimane: 1,3%).

La percentuale di parti a più di 41 settimane è invece risultata del 6,2%, dato leggermente superiore a quello nazionale (ISTAT).

Globalmente, nella nostra indagine i parti a termine, tra le 37 e le 41 settimane, sono stati l'87,8%.

Fig. 22. **Peso alla nascita.**



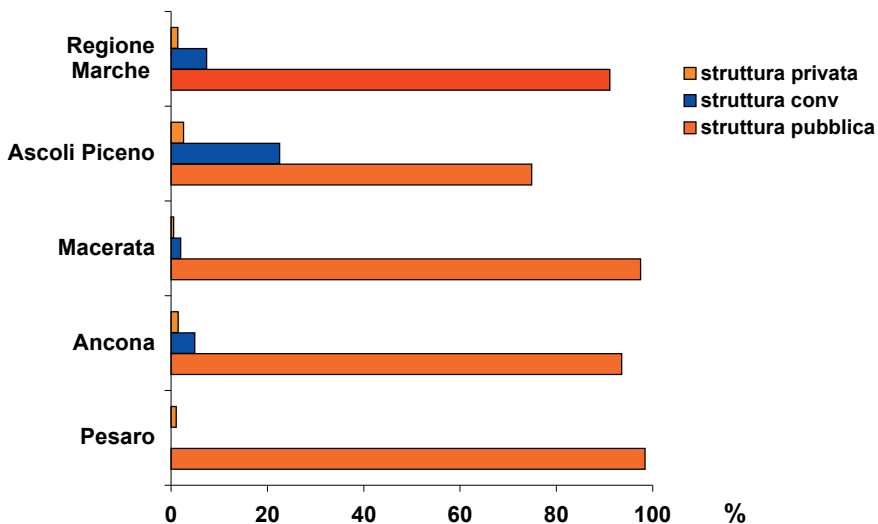
Il peso medio neonatale è stato di 3.283 grammi, con un minimo di 925 ed un massimo di 4.680. La mediana è di 3280, la moda di 3100.

La percentuale di neonati di basso peso, inferiore a 2.500 grammi è stata del 5,8% (dato medio italiano secondo l'ISTAT: 6%).

La percentuale di gravidanze gemellari è stata del 3,3%.

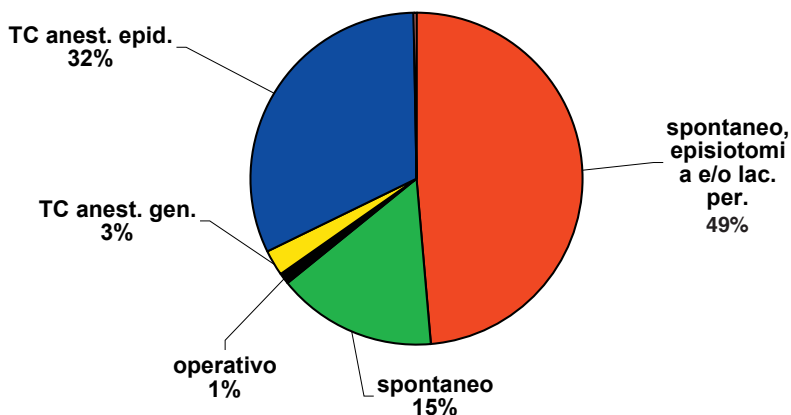


Fig. 23. **Luogo del parto.**



Il 91% delle donne ha partorito presso una struttura pubblica; l'8,8% in una struttura convenzionata o privata con un minimo a Pesaro (1,1%) ed un massimo ad Ascoli Piceno (25,2%).

Un solo parto è stato effettuato a domicilio, nessuno in casa di maternità.

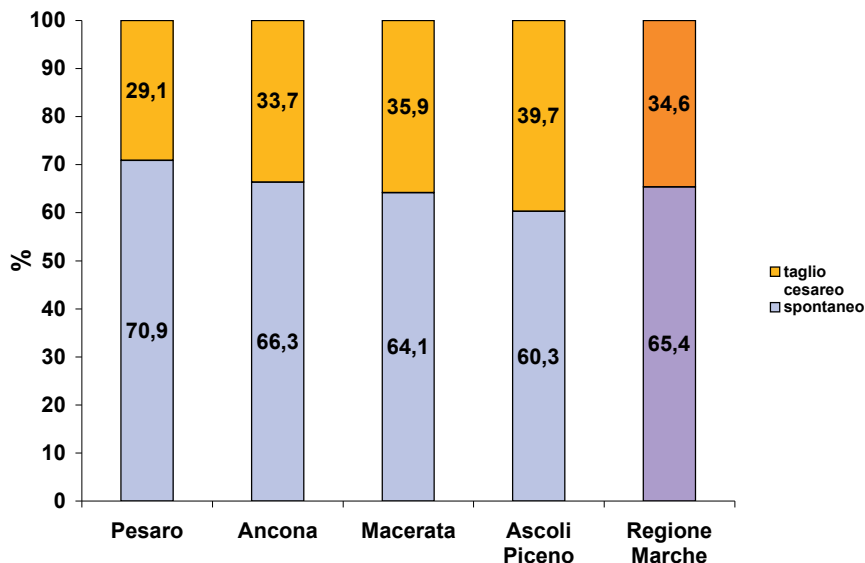
Fig. 24. **Tipologia del parto.**

La modalità di parto più frequente risulta essere il parto spontaneo con episiotomia e/o lacerazione perineale e sutura: 48,7% (rispettivamente 42% episiotomia e 6,7% lacerazione perineale con sutura), seguita dal taglio cesareo in anestesia epidurale (32%), dal parto spontaneo senza episiotomia né lacerazione perineale (15,4%) ed infine dal taglio cesareo in anestesia generale (2,5%).

In tutta la regione sono stati segnalati 9 parti operativi (ventosa e/o forcipe) per una percentuale pari all'1,1% dei parti totali.

Esaminando le differenze tra le varie province, il ricorso al taglio cesareo in anestesia peridurale è minimo a Pesaro (25,9%) e massimo a Macerata (35,3%), provincia in cui l'uso dell'anestesia generale è molto basso (0,5%).

Fig. 25. **Tipo di parto (spontaneo vs taglio cesareo).**

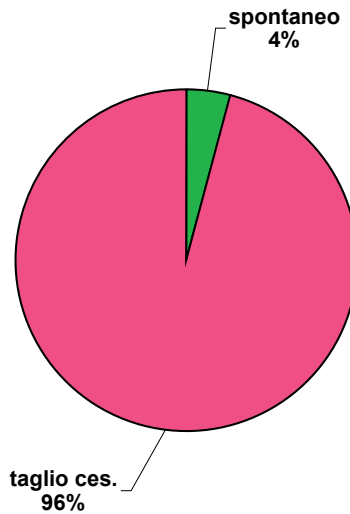


La percentuale dei parti effettuati tramite taglio cesareo, è, nella regione, del 34,5%.

Ciò è in accordo con i dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) regionali relativi al 2001 che danno un valore percentuale per il taglio cesareo del 34%.

Il valore più alto si registra ad Ascoli Piceno (39,7%), il più basso a Pesaro (29,1%).

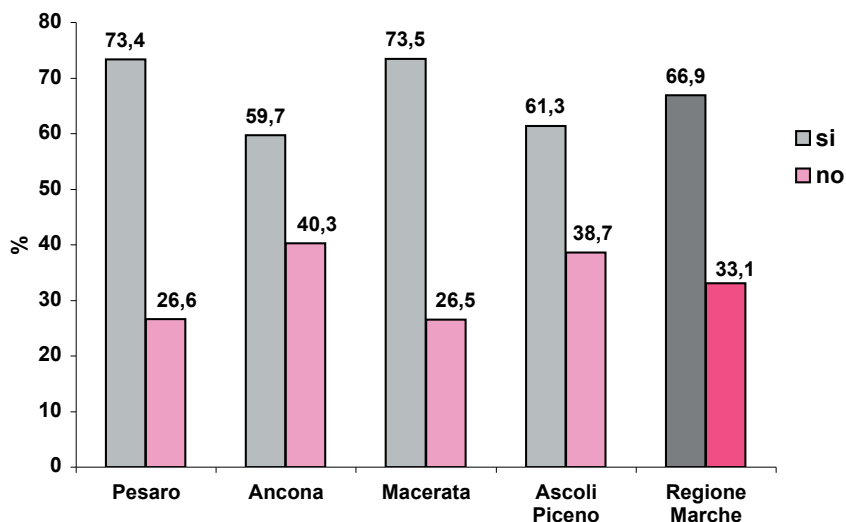
La percentuale di tagli cesarei è stata del 39,1% nelle strutture private e del 34,2% nelle strutture pubbliche (dati SDO 2001: 39,1% nelle strutture private e 33,9% nelle strutture pubbliche).

**Fig. 26. Tipo di parto nelle donne già cesarizzate.**

Il 96% delle donne precedentemente cesarizzate ripete lo stesso tipo di parto: pertanto il pregresso taglio cesareo costituisce ancora, nella nostra regione, un'indicazione assoluta a ripeterlo.

Reciprocamente, un terzo delle indicazioni per un nuovo taglio cesareo è costituito dal taglio cesareo precedente.

Fig. 27. **Opportunità di avere vicino una persona di fiducia durante il parto.**



Nel POMI il libero accesso di una persona di fiducia in sala parto è raccomandato quale azione molto importante per raggiungere l'obiettivo dell'umanizzazione della nascita.

Il 66,9% delle donne riferisce di aver avuto l'opportunità di avere vicino a sé una persona di fiducia durante il parto. Nelle diverse province, si va dal 59,7% di Ancona al 73,5% di Macerata ed al 73,4% di Pesaro.

Il 68,2% delle donne che non ha avuto una persona vicina lo ha motivato con il fatto di essere stata sottoposta a taglio cesareo.

Le donne che hanno partorito spontaneamente hanno avuto tale opportunità nell'86,9% dei casi.

Le strutture che non hanno permesso l'accesso della persona di fiducia in sala parto sono risultate essere mediamente nella regione il 2,7% (1,1% a Pesaro, 5,4% ad Ancona, 1,5% a Macerata, 2,6% ad Ascoli Piceno).

Tab. 4. **Tipo di parto preferito.**

|                        | <b>Pesaro</b> |            | <b>Ancona</b> |            | <b>Macerata</b> |            | <b>Ascoli Piceno</b> |            | <b>Regione Marche</b> |            |
|------------------------|---------------|------------|---------------|------------|-----------------|------------|----------------------|------------|-----------------------|------------|
| <b>parto preferito</b> | n.            | %          | n.            | %          | n.              | %          | n.                   | %          | n.                    | %          |
| taglio cesareo         | 21            | 11,2       | 22            | 10,9       | 32              | 16,4       | 37                   | 19,2       | 112                   | 14,4       |
| spontaneo              | 167           | 88,8       | 179           | 89,1       | 163             | 83,6       | 156                  | 80,8       | 665                   | 85,6       |
| <b>totale</b>          | <b>188</b>    | <b>100</b> | <b>201</b>    | <b>100</b> | <b>195</b>      | <b>100</b> | <b>193</b>           | <b>100</b> | <b>777</b>            | <b>100</b> |

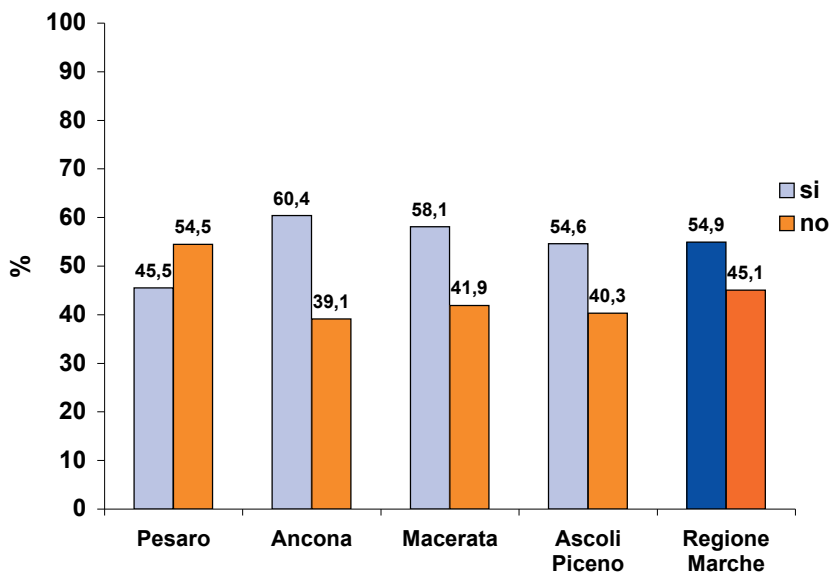
dati mancanti: 8

Un'argomentazione che viene portata a favore del taglio cesareo è la presunta preferenza materna per questo tipo di parto. Nell'indagine è stata posta una domanda precisa in proposito.

L'84,7% delle donne intervistate ha dichiarato che, potendo, avrebbe scelto di partorire con parto spontaneo, indipendentemente dal parto cui effettivamente è andata incontro.

Fra coloro che hanno avuto un parto spontaneo, il 94% circa avrebbe preferito partorire spontaneamente, fra quelle che hanno subito taglio cesareo, circa il 70%.

Fig. 28. **Rooming-in**



Tab. 5. **Donne che avrebbero desiderato il rooming-in e indisponibilità della struttura**

| Pesaro |     | Ancona |     | Macerata |     | Ascoli Piceno |      | Regione Marche |     |
|--------|-----|--------|-----|----------|-----|---------------|------|----------------|-----|
| n.     | %   | n.     | %   | n.       | %   | n.            | %    | n.             | %   |
| 16     | 8,5 | 13     | 6,4 | 13       | 6,6 | 20            | 10,2 | 62             | 7,9 |

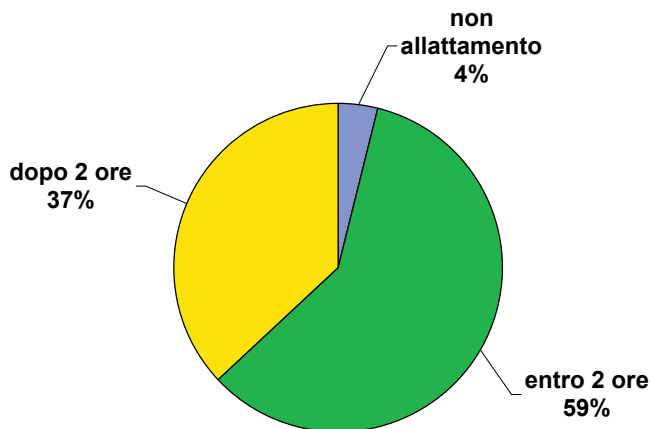
Durante il ricovero ospedaliero il rooming-in (la possibilità per la donna di avere sempre il bambino con sé) è stato effettuato nel 54,9% dei casi (con un massimo ad Ancona: 60,4% ed un minimo a Pesaro: 45,5%) (fig. 28).

Nel 7,9% dei casi la donna lo avrebbe desiderato ma la struttura non lo prevedeva (nel 10,2% ad Ascoli Piceno e nel 6,4% ad Ancona).

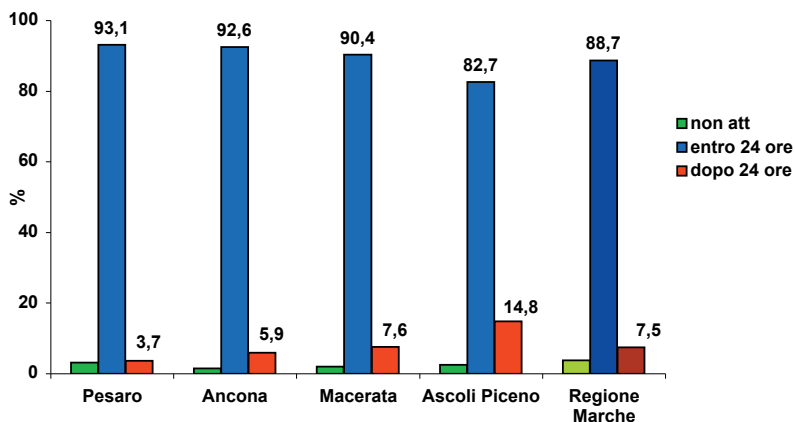
Mediamente, nella Regione, il desiderio di avere con sé il bambino durante il ricovero (indipendentemente dal fatto che lo si sia potuto effettivamente realizzare) è stato manifestato dal 62,8% delle intervistate.

**3.5 Allattamento**

**Fig. 29. Inizio dell'allattamento entro 2 ore dal parto.**



**Fig. 30. Inizio dell'allattamento entro 24 ore dal parto.**



Mediamente, nella regione, il 96,2% delle donne ha attaccato al seno il/la bambino/a dopo la nascita.

Il 59,1% delle donne lo ha fatto entro 2 ore dalla nascita (dato pressoché omogeneo nel territorio regionale) e l'88,7% lo ha fatto entro le 24 ore.

Percentuali più elevate di allattamento tardivo (dopo le 24 ore) sono state riscontrate nella provincia di Ascoli Piceno (14,8%).



**Tab. 6. Allattamento in reparto.**

|                        | Pesaro     |            | Ancona     |            | Macerata   |            | Ascoli Piceno |            | Regione Marche |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
|                        | n.         | %          | n.         | %          | n.         | %          | n.            | %          | n.             | %          |
| <b>Tipo di allatt.</b> |            |            |            |            |            |            |               |            |                |            |
| esclusivo              | 134        | 70,9       | 146        | 72,3       | 100        | 50,5       | 141           | 71,9       | 521            | 66,4       |
| predominante           | 22         | 11,6       | 27         | 13,4       | 57         | 28,8       | 20            | 10,2       | 126            | 16,1       |
| misto                  | 23         | 12,2       | 26         | 12,9       | 36         | 18,2       | 25            | 12,8       | 110            | 14,0       |
| artificiale            | 10         | 5,3        | 3          | 1,5        | 5          | 2,5        | 10            | 5,1        | 28             | 3,6        |
| <b>totale</b>          | <b>189</b> | <b>100</b> | <b>202</b> | <b>100</b> | <b>198</b> | <b>100</b> | <b>196</b>    | <b>100</b> | <b>785</b>     | <b>100</b> |

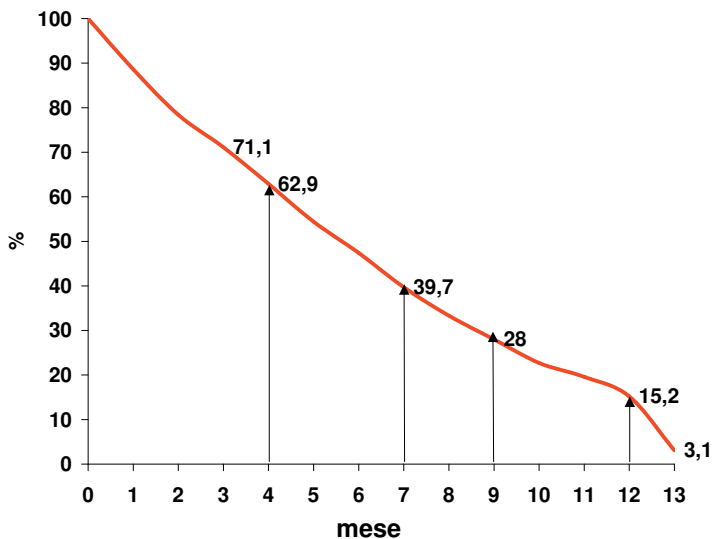
**Tab. 7. Allattamento al rientro a casa**

|                        | Pesaro     |            | Ancona     |            | Macerata   |            | Ascoli Piceno |            | Regione Marche |            |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
|                        | n.         | %          | n.         | %          | n.         | %          | n.            | n.         | n.             | %          |
| <b>tipo di allatt.</b> |            |            |            |            |            |            |               |            |                |            |
| esclusivo              | 129        | 68,3       | 128        | 63,4       | 103        | 52,0       | 134           | 68,4       | 494            | 62,9       |
| predominante           | 6          | 3,2        | 21         | 10,4       | 36         | 18,2       | 19            | 9,7        | 82             | 10,4       |
| misto                  | 42         | 22,2       | 43         | 21,3       | 45         | 22,7       | 35            | 17,9       | 165            | 21,0       |
| artificiale            | 12         | 6,3        | 10         | 5,0        | 14         | 7,1        | 8             | 4,1        | 44             | 5,6        |
| <b>totale</b>          | <b>189</b> | <b>100</b> | <b>202</b> | <b>100</b> | <b>198</b> | <b>100</b> | <b>196</b>    | <b>100</b> | <b>785</b>     | <b>100</b> |

Oltre il 96% delle donne ha attaccato il\la proprio\ bambino\ al seno subito dopo la nascita,. Nell'82,5% dei casi si è trattato di allattamento al seno completo (66,4% esclusivo e 16,1% predominante).

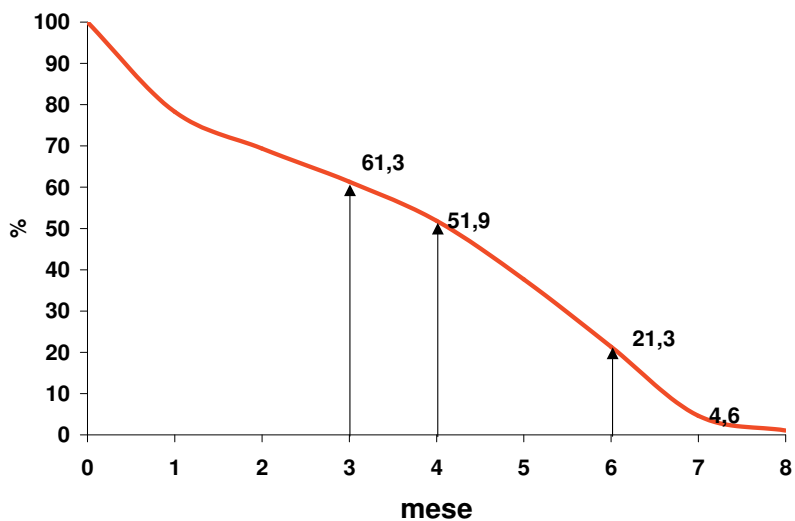
Al rientro a casa, tale percentuale si è immediatamente ridotta di circa 9 punti (è passata al 73,3%) a favore dell'allattamento misto o artificiale.

**Fig. 31. Prevalenza dell'allattamento totale al seno (esclusivo, dominante e misto).**



Nonostante la buona propensione all'allattamento, evidenziata dal fatto che oltre il 96% delle donne ha attaccato al seno il\la bambino\la dopo il parto (tab.6), soltanto il 63% continua ad allattare oltre il 3° mese ed il 40% oltre il 6° mese.

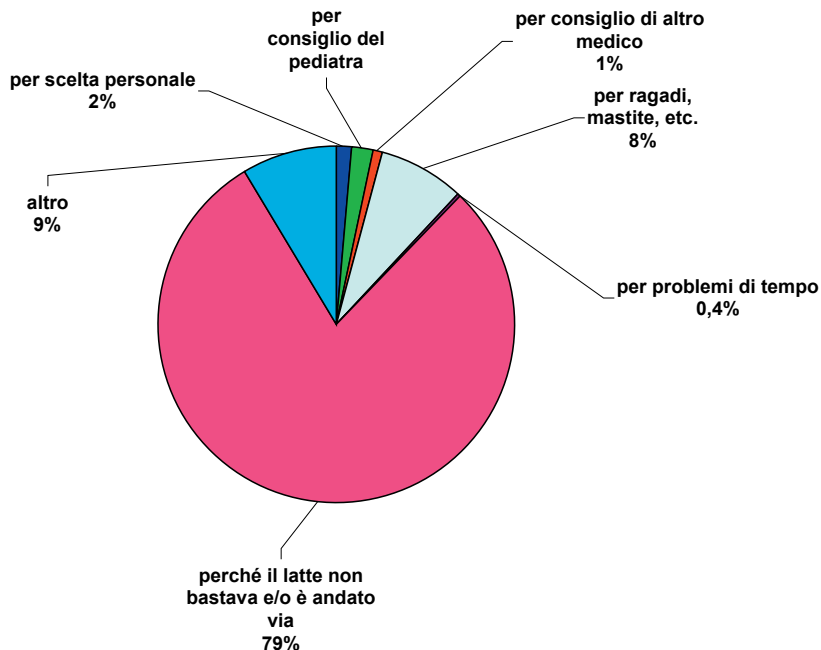
**Fig. 32. Prevalenza dell'allattamento completo al seno (esclusivo e dominante).**



Per quanto riguarda la prevalenza dell'allattamento esclusivo e dominante, soltanto il 52% circa delle donne prosegue ad allattare oltre i 3 mesi.

Il 61,3% del campione ha praticato l'allattamento completo fino al 3° mese compiuto, il 21,3% fino al 6° mese compiuto.

**Fig. 33. Motivi del mancato allattamento al seno o interruzione prima del 3° mese.**



Nel 79,1% dei casi le donne che non hanno allattato o hanno smesso di farlo prima del 3° mese, riferiscono che il latte non bastava o è andato via, nel 7,8% riportano problemi al seno e/o al capezzolo quali mastiti e ragadi.

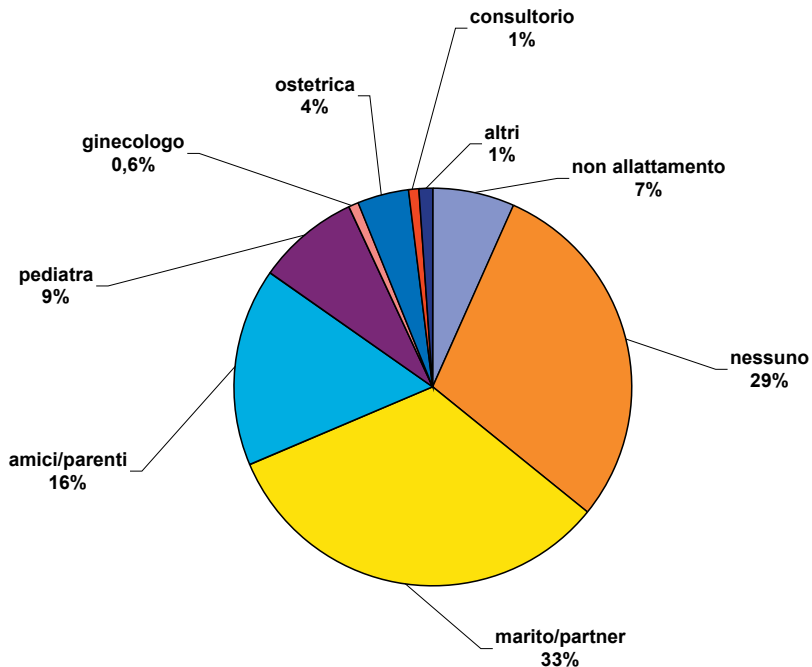
**Tab. 8. Adeguatezza delle informazioni ricevute sull'allattamento.**

|                                       | <b>Pesaro</b> | <b>Ancona</b> | <b>Macerata</b> | <b>Ascoli Piceno</b> | <b>Regione Marche</b> |
|---------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| <b>Informazioni adeguate</b>          | %             | %             | %               | %                    | %                     |
| da chi ha assistito la gravidanza     | 38.6%         | 33.2%         | 42.9%           | 44.4%                | 39.7%                 |
| al corso di preparazione alla nascita | 79.3%         | 88.2%         | 94.6%           | 87.7%                | 87.1%                 |
| nel punto nascita                     | 70.9%         | 65.3%         | 84.3%           | 73.5%                | 73.6%                 |

Se si va ad indagare la qualità dell'informazione fornita in gravidanza sull'allattamento, il quadro non è molto incoraggiante: meno del 40% delle intervistate riferisce di aver ricevuto informazioni adeguate in tal senso.

L'informazione relativa all'allattamento, inoltre, è stata riferita come inadeguata nel 13% dei casi circa ai corsi di preparazione alla nascita e in oltre il 26% dei casi nei punti nascita.

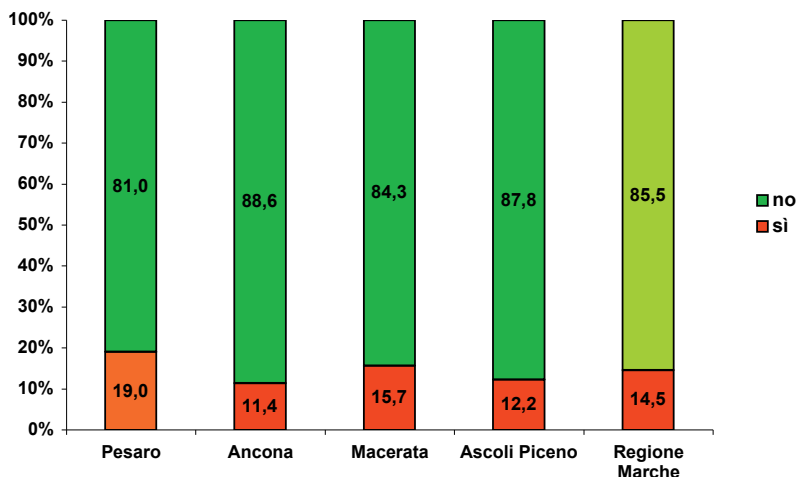
Fig. 34. **Sostegno nell'allattamento a domicilio.**



Poco meno di un terzo delle donne (29,2%) riferisce di non aver ricevuto sostegno da nessuno nell'allattamento a casa.

Il 48,6% di esse è stato aiutato dalla rete degli amici e dei parenti, l'8,5% dal pediatra, il 4,2% dall'ostetrica, lo 0,6% dal ginecologo e meno dell'1% s'è rivolto al consultorio.

Fig. 35. **Visite ostetriche a domicilio nelle prime settimane dopo il parto.**



Nonostante un sostegno maggiore ed un'assistenza adeguata nel puerperio siano considerati essenziali sia nel prolungamento dell'allattamento al seno che nella riduzione notevole di tutte le problematiche materne e/o neonatali, soltanto il 14,5% delle intervistate mediamente nella regione ha potuto usufruire di visite ostetriche a domicilio dopo il parto (13% attraverso il servizio pubblico, 1,5% attraverso quello privato).

La percentuale minima di visite domiciliari la si è avuta nella provincia di Ancona (11,4%), la massima a Pesaro (19%).

Tab. 9. **Invito ad effettuare visite di controllo dopo il parto.**

|                                      | Regione Marche |            |
|--------------------------------------|----------------|------------|
|                                      | n.             | %          |
| <b>Invito alle visite post-parto</b> |                |            |
| no                                   | 203            | 30,5       |
| presso consultorio familiare         | 49             | 7,4        |
| presso ambulatorio ospedaliero       | 292            | 43,9       |
| presso struttura privata             | 102            | 15,3       |
| altro                                | 19             | 2,9        |
| <b>totale</b>                        | <b>665</b>     | <b>100</b> |

Fra le donne che non hanno ricevuto alcuna visita domiciliare, il 43,9% (292/665) riferisce di essere stato invitato a recarsi presso l'ambulatorio ospedaliero per un controllo in puerperio, il 15,3% presso una struttura privata e solo il 7,4% presso il consultorio.

Il 30,5% (203/665) non ha ricevuto alcun invito.



Tab. 10. **Incontri con altre donne in gruppi organizzati dopo la nascita.**

| <b>Incontri con altre donne</b> | <b>Regione Marche</b> |            |
|---------------------------------|-----------------------|------------|
|                                 | n.                    | %          |
| no                              | 733                   | 93,4       |
| presso consultorio familiare    | 24                    | 3,1        |
| presso ambulatorio ospedaliero  | 9                     | 1,1        |
| presso struttura privata        | 6                     | 0,8        |
| altro/dati mancanti             | 13                    | 1,7        |
| <b>totale</b>                   | <b>785</b>            | <b>100</b> |

Soltanto il 5% delle donne nella regione, senza rilevanti differenze tra le diverse province, ha partecipato ad incontri organizzati con altre mamme dopo la nascita.

Tab. 11. **Ripresa dei rapporti sessuali ed informazione.**

|                                       | Pesaro |      | Ancona |      | Macerata |      | Ascoli Piceno |      | Regione Marche |      |
|---------------------------------------|--------|------|--------|------|----------|------|---------------|------|----------------|------|
|                                       | n.     | %    | n.     | %    | n.       | %    | n.            | %    | n.             | %    |
| <b>Ripresa rapporti sessuali</b>      |        |      |        |      |          |      |               |      |                |      |
| rapp sess. entro 2 mesi dal parto     | 123    | 66,5 | 130    | 64,7 | 126      | 64,0 | 125           | 64,4 | 504            | 64,6 |
| problemi ripresa rapp sessuali        | 89     | 48,1 | 92     | 45,8 | 68       | 34,5 | 76            | 39,2 | 330            | 42,3 |
| Inf rip rapp punto nascita - ADEGUATA | 33     | 17,8 | 41     | 20,4 | 59       | 29,9 | 63            | 32,5 | 196            | 25,1 |
| Inf rip rapp punto nascita - NESSUNA  | 133    | 71,9 | 137    | 68,2 | 125      | 63,5 | 120           | 61,9 | 515            | 66,0 |

Il 64,6% delle donne nella regione, riferisce di avere ripreso i rapporti sessuali entro 2 mesi dal parto e il 42,3% racconta di avere avuto problemi alla ripresa dei rapporti.

Soltanto il 25% riferisce di avere avuto informazioni adeguate in proposito al punto nascita.

Il 66% dichiara di non aver ricevuto alcuna informazione.

Tab. 12. **Contracezione ed informazione.**

|  | Pesaro |      | Ancona |      | Macerata |      | Ascoli Piceno |      | Regione Marche |      |
|--|--------|------|--------|------|----------|------|---------------|------|----------------|------|
|  | n.     | %    | n.     | %    | n.       | %    | n.            | %    | n.             | %    |
| <b>Contracezione ed informazione</b>         |        |      |        |      |          |      |               |      |                |      |
| esigenza contraccezione                      | 130    | 70,3 | 135    | 67,2 | 118      | 59,9 | 134           | 69,1 | 516            | 66,2 |
| inf. adeg. da chi ha assistito la gravidanza | 79     | 41,8 | 83     | 41,3 | 82       | 41,8 | 94            | 49,0 | 338            | 43,3 |
| inf adeg ai corsi di prep nasc               | 21     | 35,0 | 42     | 49,0 | 31       | 58,0 | 35            | 64,0 | 129/<br>257    | 50,2 |
| inf adeg al punto nascita                    | 25     | 13,2 | 36     | 17,9 | 51       | 26,0 | 54            | 28,1 | 166            | 21,3 |

Il 66,2% del campione riferisce di avere scelto di utilizzare un mezzo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali, esprimendo con ciò una forte esigenza di contraccezione.

Ma le informazioni adeguate al riguardo sia da parte di chi ha assistito la gravidanza, che al corso di preparazione alla nascita, che soprattutto al punto nascita (21,3%), sono risultate largamente insufficienti.

Il 70,7% delle donne riferisce di non aver avuto alcuna informazione in proposito al punto nascita.

Tab. 13. **Tipo di mezzo contraccettivo scelto alla ripresa dei rapporti.**

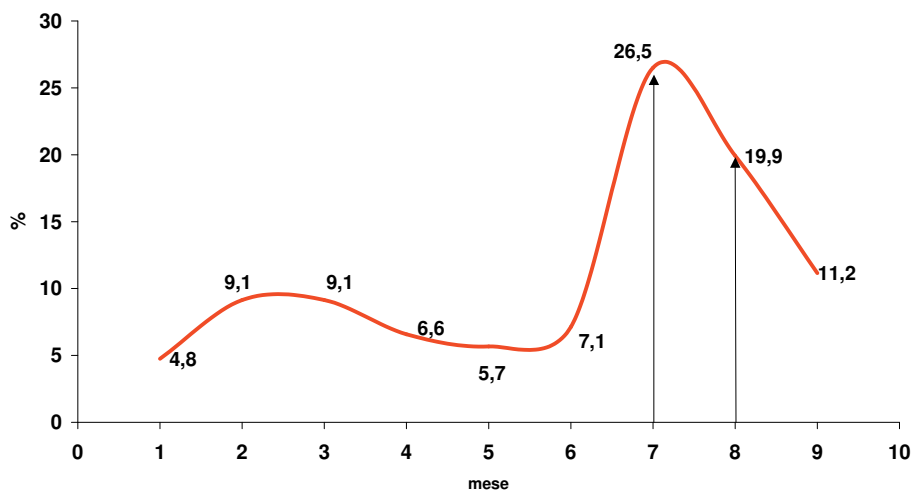
| Tipo di contraccettivo | Regione Marche |            |
|------------------------|----------------|------------|
|                        | n.             | %          |
| nessuno                | 258            | 32,9       |
| pillola                | 94             | 12,0       |
| IUD                    | 6              | 0,8        |
| profilattico           | 227            | 28,9       |
| metodi naturali        | 68             | 8,7        |
| coito interrotto       | 104            | 13,2       |
| altro                  | 19             | 2,4        |
| non app                | 9              | 1,1        |
| <b>totale</b>          | <b>785</b>     | <b>100</b> |

Il 32,9% del campione non ha utilizzato un contraccettivo alla ripresa dei rapporti (di questo gruppo il 62% ha riferito di averlo fatto per scelta, mentre il 33% perché non si riteneva a rischio di gravidanza ed il 5% per scarsa informazione).

Il metodo contraccettivo più utilizzato è il profilattico (28,9%).

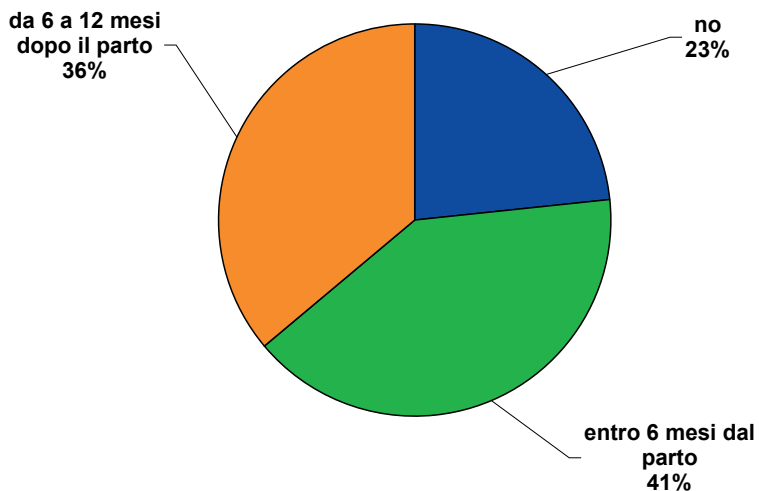
Il 21,9% delle donne si avvale di mezzi a bassa efficacia (coito interrotto e metodi naturali), in un periodo quale il puerperio in cui l'ovulazione è molto irregolare.

**Fig. 36. Mese di sospensione dell'attività lavorativa.**



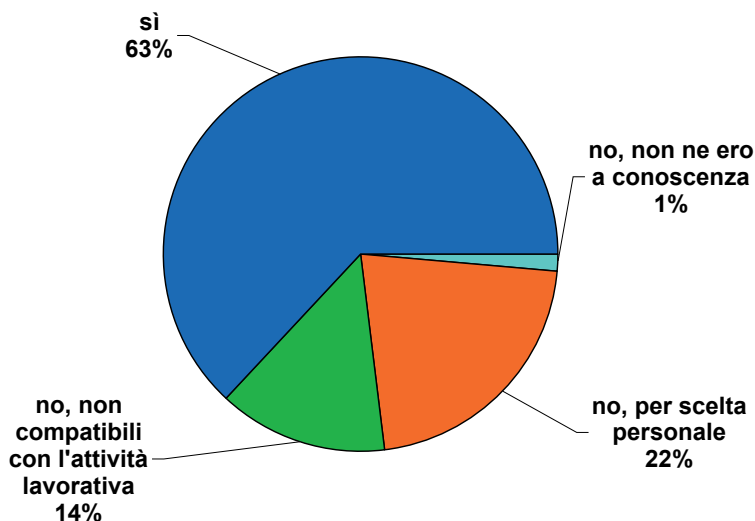
Alle donne che avevano un'occupazione extradomestica prima del parto è stato chiesto a che mese di gestazione hanno sospeso l'attività lavorativa: il 42,4% l'ha interrotta prima dei 7 mesi, la maggioranza, cioè il 46,4%, al 7° e 8° mese.

Infine l'11,2% al 9° mese: il 79% di questo ultimo gruppo è costituito da libere professioniste e lavoratrici autonome.

**Fig. 37. Ripresa dell'attività lavorativa dopo il parto.**

Il 23% delle donne precedentemente occupate riferisce di non aver ancora ripreso l'attività lavorativa al momento dell'intervista, il 41% lo ha fatto entro i primi 6 mesi del parto, il resto (36% delle donne con occupazione extradomestica) successivamente.

**Fig. 38. Riduzioni dell'orario lavorativo per allattamento.**



Il 63% delle donne che hanno ripreso a lavorare dopo il parto, ha usufruito delle riduzioni dell'attività lavorativa previste per legge, il 36% non ne ha usufruito per scelta o perché incompatibili col proprio lavoro. L'1,4% riferisce di non averne usufruito per mancata conoscenza di tale diritto.

Fra coloro che hanno usufruito delle riduzioni d'orario, il 71% lo ha fatto per meno di 7 mesi, il 29% da 7 a 12 mesi dopo il parto.

Tab. 14. **Fruizione dei permessi di paternità da parte del marito.**

|               | <b>Regione Marche</b> |            |
|---------------|-----------------------|------------|
|               | n.                    | %          |
| no            | 703                   | 90,6       |
| si            | 64                    | 8,2        |
| non applicab. | 9                     | 1,2        |
| <b>totale</b> | <b>776</b>            | <b>100</b> |

dati mancanti: 9

Tab. 15. **Conoscenza delle leggi che regolamentano i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza.**

|               | <b>Regione Marche</b> |            |
|---------------|-----------------------|------------|
|               | n.                    | %          |
| no            | 142                   | 18,3       |
| si            | 636                   | 81,7       |
| <b>totale</b> | <b>778</b>            | <b>100</b> |

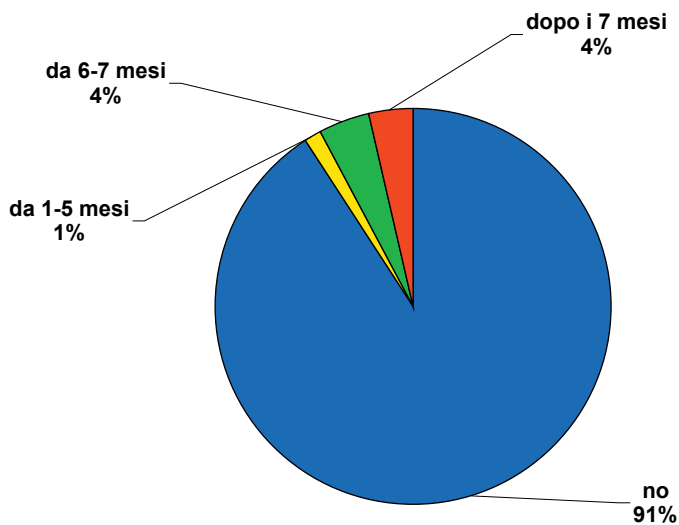
dati mancanti: 7

La fruizione da parte dei padri dei permessi di paternità è piuttosto bassa (8%).

Per quanto riguarda il livello di informazione relativo alle leggi che regolamentano i loro diritti nel periodo gravidanza-parto-allattamento, la maggioranza delle donne, quindi non solo quelle con occupazione extradomestica, ha riferito di esserne a conoscenza.



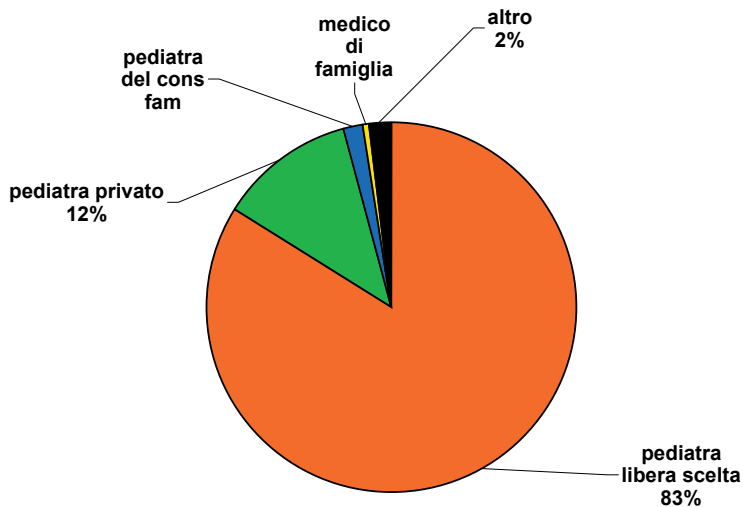
Fig. 39. **Frequenza del nido da parte del/la bambino/a.**



L'utilizzo del nido è risultato ovunque molto basso, inferiore al 10%.  
La maggioranza dei/delle bambini/e ha iniziato a frequentarlo dall'età di 6 mesi.

1° anno di vita del/la bambino/a

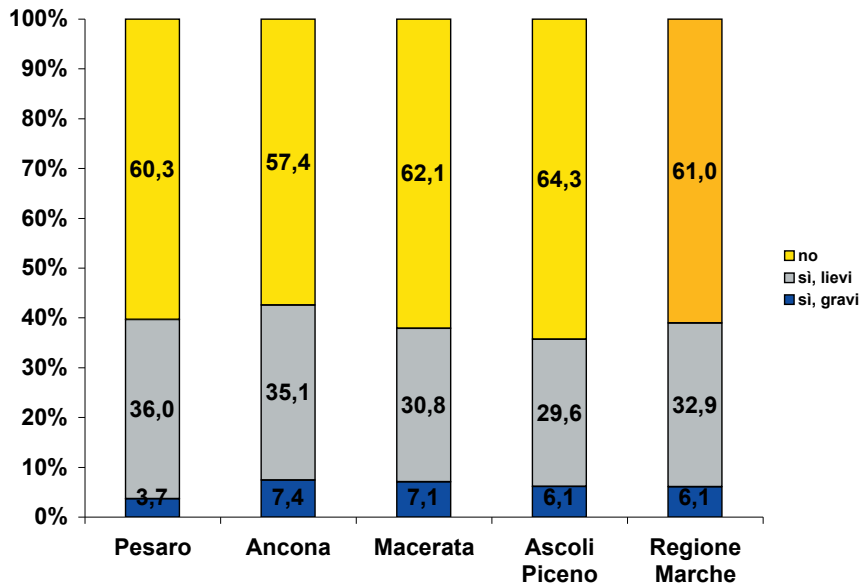
Fig. 40. **Da chi è stato seguito il/la bambino/a nel 1° anno di vita.**



L'83% dei/delle bambini/e è stato seguito nel 1° anno di vita dal pediatra di libera scelta, il 12% dal pediatra privato.

Il ricorso al pediatra del consultorio familiare è risultato molto basso.

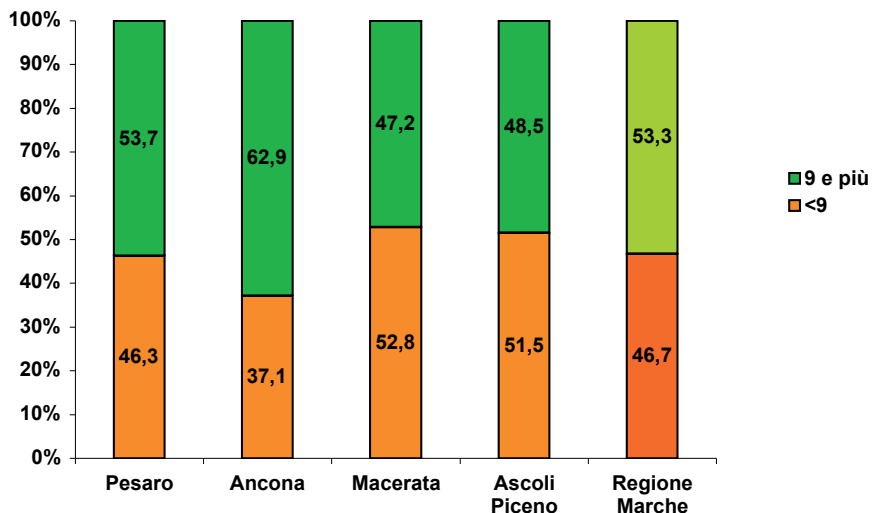
Fig. 41. **Problemi di salute del/la bambino/a nel 1° anno di vita.**



Il 61% dei neonati non ha avuto problemi di salute nel 1° anno di vita. Poco più del 6% ha avuto problemi gravi.

Il problema di salute più frequente, sul totale dei nati/e, è stato l'infezione delle vie aeree superiori.

Fig. 42. **Controlli di salute del/la bambino/a nel 1° anno di vita.**



Durante il 1° anno di vita i/le bambini/e hanno effettuato in media 7,5 controlli sanitari (mediana. 9).

Il 53,3 del totale dei nati/e ha effettuato un numero di controlli uguale o superiore a 9.

**Tab. 16. Accesso al pronto soccorso durante il primo anno di vita.**

|               | Pesaro     |            | Ancona     |            | Macerata   |            | Ascoli Piceno |            | Regione Marche |            |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
|               | n.         | %          | n.         | %          | n.         | %          | n.            | %          | n.             | %          |
| Si            | 44         | 23,3       | 89         | 44,1       | 65         | 33,0       | 43            | 22,1       | 241            | 30,8       |
| No            | 145        | 76,7       | 113        | 55,9       | 132        | 67,0       | 152           | 77,9       | 542            | 69,2       |
| <b>totale</b> | <b>189</b> | <b>100</b> | <b>202</b> | <b>100</b> | <b>197</b> | <b>100</b> | <b>195</b>    | <b>100</b> | <b>783</b>     | <b>100</b> |

dati mancanti: 2

Il 30,8% dei/delle bambini/e è stato portato 1 o più volte al Pronto Soccorso durante il ° anno di vita.

La causa più frequente di ricorso al Pronto Soccorso è dovuta a traumi non necessitanti il ricovero ospedaliero (5,4%).

Tab. 17. **Ricovero in ospedale durante il primo anno di vita.**

|                  | <b>Pesaro</b> |            | <b>Ancona</b> |            | <b>Macerata</b> |            | <b>Ascoli Piceno</b> |            | <b>Regione Marche</b> |            |
|------------------|---------------|------------|---------------|------------|-----------------|------------|----------------------|------------|-----------------------|------------|
| <b>Ric. Osp.</b> | n.            | %          | n.            | %          | n.              | %          | n.                   | %          | n.                    | %          |
| Si               | 33            | 17,5       | 46            | 22,8       | 34              | 17,2       | 39                   | 19,9       | 152                   | 19,4       |
| No               | 156           | 82,5       | 156           | 77,2       | 164             | 82,8       | 156                  | 79,6       | 632                   | 80,5       |
| <b>totale</b>    | <b>189</b>    | <b>100</b> | <b>202</b>    | <b>100</b> | <b>198</b>      | <b>100</b> | <b>196</b>           | <b>100</b> | <b>785</b>            | <b>100</b> |

Poco più del 19% dei/delle bambini/e è stato/a ricoverato/a in ospedale uno o più volte nel corso del 1° anno di vita.

La causa più frequente di ricovero è stata la bronchiolite (2,2%).

**Tab. 18. Copertura vaccinale.**

|                             | Regione Marche |            |
|-----------------------------|----------------|------------|
|                             | n.             | %          |
| <b>Copertura vaccinale</b>  |                |            |
| no, per problemi di tempo   | 1              | 0,1        |
| no per probl.salute bambino | 4              | 0,5        |
| no, sono contraria          | 4              | 0,5        |
| si, presso ASL              | 772            | 98,8       |
| Ssi, presso pediatra        | 0              | 0,0        |
| <b>totale</b>               | <b>781</b>     | <b>100</b> |

dati mancanti: 4

Il 98,8% dei bambini/e è stato vaccinato e tutti/e presso le AUSL.

**Tab. 19. Epoca della vaccinazione**

|                           | Regione Marche |            |
|---------------------------|----------------|------------|
|                           | n.             | %          |
| <b>Epoca vaccinazione</b> |                |            |
| Entro 90 giorni           | 519            | 68,3       |
| Dopo 90 giorni            | 241            | 31,7       |
| <b>Totale</b>             | <b>760</b>     | <b>100</b> |

dati mancanti: 25

Il 68,3% dei/delle bambini/e è stato vaccinato entro 90 giorni dalla nascita.

Tab. 20. **Epoca di iscrizione al pediatra di libera scelta.**

| <b>Iscrizione al pediatra</b> | <b>Regione Marche</b> |            |
|-------------------------------|-----------------------|------------|
|                               | n.                    | %          |
| No                            | 23                    | 3          |
| Entro una settimana           | 470                   | 60,4       |
| Dopo 1 settimana              | 285                   | 36,6       |
| <b>Totale</b>                 | <b>778</b>            | <b>100</b> |

dati mancanti: 7

Il 97% del campione ha iscritto il/la proprio/a bambino/a al pediatra di libera scelta ed il 60,4% lo ha fatto entro una settimana dalla nascita.



## 4. Discussione

L'indagine ha consentito di valutare l'effettiva domanda di salute da parte delle donne durante il percorso nascita e le caratteristiche dei servizi offerti nella regione Marche.

### 4.1 Gravidanza

Per quanto riguarda i principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale, i risultati sono soddisfacenti, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre,

Dalla letteratura risulta che i fattori maggiormente legati a controlli prenatali tardivi sono la giovane età materna, l'elevata parità, il basso stato socio-economico, la condizione di immigrate, la residenza in zone rurali, l'essere nubili (16,17). Nel presente studio, il pur esiguo numero di donne che hanno effettuato controlli tardivi è risultato costituito per il 56,3% da gravide di età  $\leq 30$  anni, per il 56% da pluripare, per il 59% da non occupate e per il 33% da straniere. Quest'ultimo dato è particolarmente rilevante, poiché le donne straniere costituiscono l'8% del campione. Il rischio relativo per tali donne di effettuare un controllo tardivo in gravidanza è quindi, rispetto alle marchigiane, di 4.41 (limiti di confidenza al 95%: 2.48-7.84).

È stato riscontrato un forte ricorso all'assistenza privata (78,5%), con un ricorso al consultorio familiare molto basso (2%).

È presente una elevata medicalizzazione della gravidanza, come testimoniato dall'alto numero di ecografie eseguite anche in gravidanze normali ed a basso rischio. Il 75,7% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25,5% più di 7.

Ciò evidenzia un sovrautilizzo delle procedure diagnostiche in gravidanza che, come da molti autori sottolineato (8), oltre ad indurre un aumento non giustificato dei costi, rappresenta una assistenza inappropriata.

Cochrane fin dal 1972 ha posto l'accento sulle procedure cliniche introdotte nell'assistenza alla gravidanza ed al parto senza valutazione sufficiente (18).

Per essere utile, un test di screening dovrebbe essere usato per identificare problemi di salute rilevanti per i quali siano disponibili forme efficaci di tratta-

mento; poche delle attività di screening che caratterizzano l'assistenza ostetrica rispettano questi criteri (19).

Da una revisione sistematica dell'efficacia clinica, del rapporto costi-efficacia e del punto di vista delle donne relativamente all'utilizzo in gravidanza dell'ecografia, emerge come sia sopravvalutata l'utilità di tale esame come strumento di screening nelle gravidanze fisiologiche ed a basso rischio. Una serie di lavori elenca le indicazioni circoscritte per l'esecuzione di un esame ecografico di routine entro la 12° settimana e tra la 18° e la 22°, e la conclusione è che non vi sono sufficienti studi, ed i livelli di prova di efficacia sono insufficienti per raccomandarne o escluderne l'esecuzione nel terzo trimestre di gravidanza, in assenza di fattori di rischio e di segni clinici di sospetto. Inoltre viene sottolineato come sia indispensabile informare la donna circa le possibilità reali di diagnosi ed i limiti dell'esame. Il precoce riconoscimento delle malformazioni fetali può offrire ai genitori l'opportunità di interrompere la gravidanza, ma non modifica i tassi di mortalità perinatale o di morbosità neonatale (20, 21).

L'OMS ha di recente pubblicato un manuale, nel quale vengono descritte le componenti di base del nuovo metodo di assistenza WHO alle gravidanze fisiologiche, che include solo quegli interventi che si sono dimostrati efficaci in studi clinici controllati randomizzati. Nello schema a quattro visite proposto per le gravidanze non a rischio non è previsto alcun esame ecografico (22).

Per attenerci solo ai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Sanità del 1995 e del 1998 (23), il numero raccomandato di ecografie in una gravidanza non a rischio è di 3.

Quindi, l'eccesso di esami strumentali, più che rispondere a criteri rigorosi di appropriatezza ed efficacia, finisce soltanto per fornire una risposta fittizia alla gravida ed al medico che hanno bisogno di rassicurazioni in merito all'esito della gestazione.

I primi corsi di preparazione al parto risalgono a circa 70 anni fa e dall'iniziale proposta di Read (24) fino ad alcuni anni fa, sono stati caratterizzati da uno schematismo piuttosto rigido e limitato, che si proponeva di insegnare tecniche di rilassamento e/o respirazione per aiutare le donne a sopportare meglio i dolori del travaglio.

Durante gli ultimi anni, la struttura è divenuta progressivamente più duttile ed allargata. L'insegnamento di metodiche psico-fisiche di profilassi ostetrica (che sono le più varie) è inserito in un contenitore più ampio ed articolato che prevede la progressiva acquisizione di una gestione diretta dell'evento nascita da

parte della donna, cui vengono fornite informazioni dettagliate sul percorso che si trova ad affrontare ed indicazioni pratiche relative alle strutture a disposizione, al loro funzionamento ed ai servizi offerti. Inoltre, l'interesse inizialmente centrato sul momento del travaglio si è esteso a tutta la gravidanza (abitudini di vita, alimentazione, cure personali, etc), al parto ed al post-partum (prime cure alla/al neonata/o, contraccezione, altre problematiche del puerperio). Tanto che attualmente non si parla più di psicoprofilassi ma preferibilmente di corsi di preparazione alla nascita, sottolineandone l'aspetto di promozione attiva della salute materna e neonatale.

Molto si è discusso sull'efficacia di questi corsi, andando da valutazioni riduttive del loro esito in termini di riduzione della percezione del dolore in travaglio, ad una valutazione più ampia che dà importanza al loro effetto complessivo sul miglioramento della salute materna e neonatale attraverso l'accrescimento delle competenze materne (25).

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (14) prevede i corsi di preparazione alla nascita fra le azioni fondamentali da intraprendere per raggiungere alcuni obiettivi cruciali del percorso nascita quali l'umanizzazione e l'incremento della percentuale di allattamento al seno entro le 24 ore e della promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese.

In questa indagine s'è voluto valutare la prevalenza della partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita, le caratteristiche delle donne che vi partecipano, il grado di soddisfazione e quali siano le effettive esigenze relativamente al servizio offerto ed infine l'effetto dei corsi su esiti quali: la modalità del parto, l'allattamento, le cure alla/al neonata/o, le problematiche del puerperio.

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza costituiscono il 33% del campione indagato; tale percentuale sale al 47%, considerando la partecipazione almeno una volta ad un corso anche in occasione di una precedente gravidanza. Indagando sui motivi addotti per la non partecipazione, oltre alla mancanza di informazione ed alla difficoltà di accesso alle strutture, il più frequente è costituito da un problema di tempo. Forse l'organizzazione dei corsi stessi deve essere ripensata in modo da adeguarli in termini di orario alle effettive esigenze delle donne gravide in quel particolare territorio. È risultato, inoltre che buona parte di coloro che hanno risposto di non aver frequentato i corsi per controindicazione medica e/o taglio cesareo programmato o perché non li ritengono utili, non erano state sufficientemente informate sui contenuti e sulle modalità dei corsi stessi.

Per indagare quali siano le caratteristiche delle donne che in gravidanza partecipano ad un corso di preparazione alla nascita, si è utilizzato il seguente modello di regressione logistica, che mostra l'effetto corretto delle variabili che sono associate alla partecipazione ai corsi.

| <b>Partecipazione al corso (sì vs no): modello di regressione logistica (*)</b> |                       |                        |                                       |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Variabile</b>  | <b>Modalità</b>       | <b>Odds ratio (OR)</b> | <b>Intervallo di confidenza (95%)</b> |
| <b>Età</b>  | <25 anni              | 1                      |                                       |
|   | 25-29 anni            | 2,16                   | 0,98-4,80                             |
|   | >=30 anni             | 3,11                   | 1,43-6,74                             |
| <b>Parità</b>   | primipara             | 1                      |                                       |
|   | pluripara             | 0,21                   | 0,14-0,31                             |
| <b>Titolo di studio</b>   | elementare/media inf. | 1                      | 1                                     |
|   | media superiore       | 2,08                   | 1,40-3,11                             |
|   | laurea                | 3,22                   | 1,89-5,49                             |
| <b>Professione</b>  | non occupata          | 1                      |                                       |
|   | occupata              | 1,48                   | 1,01-2,16                             |
| <b>Provincia</b>  | Pesaro                | 1                      |                                       |
|   | Ancona                | 1,65                   | 1,02-2,67                             |
|   | Macerata              | 0,94                   | 0,57-1,55                             |
|   | Ascoli Piceno         | 1,16                   | 0,69-1,94                             |

*\*dal modello sono state escluse le donne che non hanno partecipato per aver già frequentato un corso di preparazione alla nascita durante una gravidanza precedente.*

Il modello riporta gli OR aggiustati, con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%, relativi alle variabili considerate: frequenza al corso (variabile dipendente), età, parità, livello di istruzione della donna, occupazione.

Per quanto riguarda l'età, risulta che le donne di età inferiore ai 25 anni, hanno assai minore probabilità di frequentare un corso di preparazione alla nascita rispetto alle donne di età superiore.

Le donne alla prima gravidanza hanno maggiore probabilità di partecipare ai corsi.

L'istruzione elevata è fortemente associata ad una maggiore partecipazione.

La condizione lavorativa ha pure un effetto: le donne occupate hanno propensione maggiore a frequentare i corsi rispetto alle non occupate.

Infine, per ciò che concerne la variabilità intraregionale, le donne residenti in Ancona hanno maggiori probabilità di partecipare ai corsi rispetto a quelle residenti nelle altre province.

In sintesi: soltanto un terzo delle donne gravide partecipano ai corsi di preparazione alla nascita e si tratta delle meno giovani, delle più istruite e con maggiori contatti sociali. Ne risultano escluse quindi le fasce meno protette e teoricamente più a rischio di esiti negativi.

Una considerazione particolare va fatta a proposito delle donne straniere la cui partecipazione ai corsi è davvero esigua: tra tutte le partecipanti ad un corso di preparazione alla nascita l'1,2% è costituito da immigrate e, viceversa, soltanto il 5% delle immigrate intervistate ha partecipato ad un corso.

#### **4.2 Parto**

Nell'87% dei parti spontanei è stato possibile l'accesso di una persona scelta dalla donna in sala parto.

Pertanto, la grande maggioranza dei punti nascita, ha recepito almeno questa fra le raccomandazioni OMS ripresa dal Progetto Obiettivo Materno Infantile come azione da mettere in atto nel percorso di demedicalizzazione del parto, per raggiungere l'obiettivo umanizzazione.

Tuttavia, soltanto nel 55% dei casi è stato possibile il permanere del/la neonato/a accanto alla madre dopo il parto, altra azione fortemente raccomandata nel POMI ("attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino"). Inoltre, permane un 8% di donne che lo avrebbe desiderato, ma non ha potuto usufruire del rooming-in perché la struttura non lo prevedeva.

La percentuale di parti che si verificano con taglio cesareo è inserita tra gli indicatori di efficacia ed appropriatezza selezionati dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute italiano.

La prevalenza del taglio cesareo, che corrisponde perfettamente a quanto rilevato dalle SDO regionali del 2001, è molto alta: più del 34%.

Negli ultimi anni la frequenza del taglio cesareo nella nostra Regione è passata dal 12,7% del 1980 al 33,3% del 2000 con un incremento percentuale del

162,2% ( in Italia, mediamente, la percentuale di cesarei è stata rispettivamente dell'11,2% nel 1980 e del 33,2% nel 2000) (26, 27). Quindi le Marche si collocano nella media nazionale che ha portato l'Italia al primo posto tra i paesi europei per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo(28), superando di molto la soglia del 15% che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre ed il bambino (11).

Il taglio cesareo costituisce la manifestazione più esasperata, anche se non la sola, della medicalizzazione dell'evento nascita.

Per molte delle indicazioni proposte, tra cui la potenziale protezione del pavimento pelvico, con conseguente riduzione delle patologie associate alla sua alterazione (incontinenza, prolasso, etc.) in base a recenti e ampi studi di sorveglianza sulla popolazione femminile, è stato dimostrato che, se un tale effetto protettivo esiste, è immediato, ma a lungo termine si annulla (29, 30). Non si tiene invece sufficientemente conto, in caso di indicazione inappropriata, dei possibili rischi (anche se negli ultimi anni si sono molto ridotti rispetto al passato) di mortalità e morbilità materna associati al taglio cesareo (31, 32, 33, 34, 35 , 36, 37, 38, 39) ed anche quelli relativi alla salute infantile (40, 41,42).

Nel seguente modello di regressione logistica vengono analizzate le variabili associate nel nostro campione al taglio cesareo. Dal modello sono state escluse le donne che hanno già subito un precedente taglio cesareo perché questo ha rappresentato un'indicazione quasi assoluta a ripetere tale procedura (fig.26).

| <b>Tipo di parto (cesareo vs spontaneo): modello di regressione logistica (*)</b> |                            |                        |                                       |
|---|----------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Variabile</b>  | <b>Modalità</b>            | <b>Odds ratio (OR)</b> | <b>Intervallo di confidenza (95%)</b> |
| <b>Età</b>  | <25 anni                   | 1                      |                                       |
|   | 25-29 anni                 | 0,63                   | 0,29-1,35                             |
|   | >=30 anni                  | 1,32                   | 0,85-2,60                             |
| <b>Parità</b>   | primipara                  | 1                      |                                       |
|   | pluripara                  | 0,25                   | 0,16-0,39                             |
| <b>Titolo di studio</b>   | elementare/media inferiore | 1                      | 1                                     |
|   | media superiore            | 0,96                   | 0,63-1,47                             |
|   | laurea                     | 1,27                   | 0,72-2,26                             |
| <b>Professione</b>  | non occupata               | 1                      |                                       |
|   | occupata                   | 0,90                   | 0,60-1,33                             |
| <b>Assist in gravidanza</b>   | privata                    | 1                      |                                       |
|   | pubblica                   | 0,81                   | 0,51-1,28                             |
| <b>Corso di prep al parto</b>   | no                         | 1                      |                                       |
|   | sì                         | 0,75                   | 0,51-1,11                             |
| <b>Settimana gestaz.</b>  | >=37 settimane             | 1                      |                                       |
|   | <37 settimane              | 6,06                   | 2,89-12,69                            |
| <b>Provincia</b>  | Pesaro                     | 1                      |                                       |
|   | Ancona                     | 1,23                   | 0,73-2,09                             |
|   | Macerata                   | 1,32                   | 0,77-2,24                             |
|   | Ascoli Piceno              | 1,37                   | 0,79-2,38                             |

\* dal modello sono state escluse le donne che hanno avuto un precedente taglio cesareo

In questo modello, in accordo con i dati della letteratura (43), il rischio di partorire mediante taglio cesareo è maggiore nelle donne più giovani (<25 anni) ed in quelle di età più avanzata (>30 anni) rispetto alla fascia 25-30 anni.

Il rischio sestuplica se il parto è avvenuto a meno di 37 settimane di gravidanza.

L'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita offre una protezione nei confronti del parto con cesareo. Le pluripare hanno un rischio molto più basso rispetto alle donne alla prima gravidanza.

Non c'è invece associazione significativa tra parto effettuato con taglio cesareo e titolo di studio, professione della donna e tipo di assistenza in gravidanza.

Quanto al confronto tra le diverse province, sembra esserci un rischio maggiore nel risiedere nelle altre 3 rispetto a Pesaro.

Un'argomentazione che oggi viene sempre più spesso portata a favore del taglio cesareo è la preferenza materna per questo tipo di parto, anche se non è ben chiaro cosa debba intendersi per "richiesta materna". Sembra infatti che siano piuttosto i medici ad utilizzare le presunte preferenze delle donne per giustificare le loro propensioni (44,45). Infatti, le decisioni delle madri sulle procedure ostetriche non possono essere considerate autentiche manifestazioni di libera volontà, in quanto le donne ricevono un'informazione incompleta, spesso esprimono le loro preferenze mentre sono in preda al dolore e ad uno stato di ansia. La scelta del taglio cesareo non deriva da un atteggiamento positivo, fondato su un'accurata informazione sui rischi e benefici, ma è spesso finalizzata ad evitare effetti negativi, quali un'assistenza molto scadente in travaglio, compresa la mancanza di controllo del dolore. E questo avviene prevalentemente per le donne socialmente emarginate e in tutti quei casi in cui la distanza sociale con il medico riduce il potere decisionale delle partorienti (46).

Quando, per valutare l'effettiva preferenza delle donne relativa al tipo di parto nella nostra realtà locale, nell'intervista è stata posta una domanda precisa in proposito, i risultati (tab. 4) mostrano che la stragrande maggioranza delle donne intervistate (86%), indipendentemente dal parto cui effettivamente è andata incontro, avrebbe preferito partorire con parto spontaneo.

Tra i fattori associati all'incremento di interventi medici durante il travaglio di parto alcuni autori segnalano l'assenza di un effettivo coinvolgimento delle donne



(47). La comunicazione tra donne e professionisti è un obiettivo molto importante da raggiungere, se si vuole far sì che le donne possano fare scelte informate utilizzando strumenti efficaci(48). Quindi, il potere decisionale della donna e la sua capacità di gestire in prima persona l'evento nascita assieme agli operatori sanitari che l'assistono, dipende in larga misura dalla sua consapevolezza e dalla qualità delle informazioni ricevute.

Nella nostra indagine, le informazioni fornite dagli operatori durante la gravidanza relativamente al travaglio ed al parto sono risultate poco soddisfacenti o addirittura assenti in oltre il 44% dei casi.

### **4.3 Allattamento**

Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile è enfatizzato l'obiettivo della promozione dell'allattamento al seno intesa sia come incremento della percentuale di allattamento precoce, sia come aumento della pratica dell'allattamento oltre il 3° mese, per i suoi effetti benefici sulla salute del bambino/a.

E' ormai da tempo stabilito come l'inizio precoce dell'allattamento al seno sia un fattore di riuscita estremamente importante per l'allattamento al seno prolungato (8). Tuttavia, soltanto il 59,1% delle donne intervistate ha attaccato al seno il/la proprio/a bambino/a entro 2 ore dal parto.

Da tempo, nei paesi industrializzati, è raccomandata la promozione dell'allattamento esclusivo e duraturo (49), nonostante persista una carente incentivazione non solo del suo inizio ma anche della sua continuazione (50).

Nonostante la stragrande maggioranza delle donne intervistate abbia manifestato propensione ad allattare, come dimostra il fatto che il 96% di esse ha attaccato al seno la/il bambina/o dopo il parto e che oltre l'82% ha iniziato subito con l'allattamento esclusivo o dominante, già al rientro a casa il 9% di queste ultime è passata al misto o artificiale.

Successivamente, il 63% circa ha continuato ad allattare dopo il 3° mese; se poi si considera l'allattamento completo cioè l'esclusivo ed il dominante, tale percentuale si riduce, a 4 mesi dal parto, a circa il 52%.

I motivi del mancato allattamento al seno o dell'interruzione prima del 3° mese sono risultati nel 79% dei casi la mancanza di latte e nell'8% la comparsa di problemi quali ragadi, mastiti, etc. È evidente come una più adeguata informazione durante la gravidanza, una migliore assistenza ed un maggiore sostegno

nel puerperio, potrebbero ridurre considerevolmente le rinunce e gli abbandoni dovuti a questi motivi.

Nel seguente modello di regressione logistica vengono analizzate le variabili indipendenti che sono risultate associate alla prosecuzione dell'allattamento al seno completo (esclusivo e dominante) oltre il 3° mese.

| <b>Allattamento completo oltre i 3 mesi (sì vs no): modello di regressione logistica</b> |                            |                        |                                       |
|--|----------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Variabile</b>   | <b>Modalità</b>            | <b>Odds ratio (OR)</b> | <b>Intervallo di confidenza (95%)</b> |
| <b>Età</b>   | 25-29 anni                 | 1                      |                                       |
|  | <25 anni                   | 0,53                   | 0,28-1,02                             |
|  | >=30 anni                  | 0,7                    | 0,49-0,99                             |
| <b>Parità</b>  | primipara                  | 1                      |                                       |
|  | pluripara                  | 1,74                   | 1,26-2,40                             |
| <b>Titolo di studio</b>  | elementare/media inferiore | 1                      | 1                                     |
|  | media superiore            | 1,56                   | 1,12-2,16                             |
|  | laurea                     | 2,57                   | 1,59-4,15                             |
| <b>Parto</b>   | spontaneo                  | 1                      |                                       |
|  | taglio cesareo             | 0,8                    | 0,58-1,10                             |
| <b>Allatt entro 2 ore</b>  | no                         | 1                      |                                       |
|  | sì                         | 1,38                   | 1,01-1,89                             |
| <b>Rooming-in</b>  | no                         | 1                      |                                       |
|  | sì                         | 1,46                   | 1,08-1,97                             |
| <b>Provincia</b>   | Pesaro                     | 1                      |                                       |
|  | Ancona                     | 1,08                   | 0,71-1,65                             |
|  | Macerata                   | 0,8                    | 0,52-1,21                             |
|  | Ascoli Piceno              | 0,81                   | 0,53-1,25                             |

Per quanto riguarda l'età, risulta che le donne più giovani e quelle di età più elevata hanno minore probabilità di proseguire l'allattamento oltre i 3 mesi.

Le pluripare hanno maggiore probabilità di allattamento prolungato rispetto alle primipare.

Il livello di istruzione gioca un rilevante ruolo protettivo sulla prosecuzione dell'allattamento.

L'aver partorito tramite taglio cesareo comporta invece un maggior rischio di non allattare.

Gioca invece nettamente a favore di una prosecuzione dell'allattamento l'aver attaccato il /la bambino /a al seno entro 2 ore dal parto e l'averlo/a avuto accanto a sé durante il ricovero in ospedale.

Non è stata riscontrata invece associazione significativa tra prosecuzione dell'allattamento oltre il 3° mese ed altre variabili: tipo di assistenza in gravidanza (pubblica o privata), partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita, informazioni adeguate sull'allattamento al corso, informazioni adeguate sull'allattamento al punto nascita, luogo del parto.

Il mancato allattamento o la sospensione prima dei 3 mesi sono legati solo in parte trascurabile ad esigenze e scelte personali (organizzazione della vita familiare e/o lavorativa, problemi di salute, etc.), mentre nell'87% dei casi dipendono da cause che potrebbero essere efficacemente rimosse con un maggiore sostegno psicologico e con semplici consigli pratici. Invece, le informazioni relative all'allattamento sia durante la gravidanza che, anche se in misura minore, dopo il parto sono state considerate in grande percentuale inadeguate da parte delle donne.

Il 30% delle donne intervistate ha dichiarato di non essere stata sostenuta da nessuno nell'allattamento una volta rientrata a casa: in parte forse ciò è da attribuirsi al fatto di sentirsi sufficientemente autonome e sicure, ma in parte ciò esprime anche una situazione di abbandono e solitudine. Quanto al resto, in oltre la metà dei casi ha funzionato nel sostegno la rete familiare (marito o partner, parenti, amici) e solo per il 15% globalmente hanno contribuito gli operatori sanitari.

#### **4.4 Puerperio e contraccezione**

Durante il puerperio è risultata maggiormente evidente la discontinuità dell'assistenza durante il percorso nascita.

La percentuale di visite domiciliari effettuate dopo il parto, anche se con mi-

nime differenze nell'ambito del territorio regionale, è stata generalmente molto bassa e non ha mai superato il 20%.

Un terzo delle donne riferisce di non essere stata invitata a recarsi presso una struttura sanitaria per un controllo in puerperio e soltanto l'8% è stata invitata a farlo presso un consultorio.

Nelle note in calce ai questionari molte intervistatrici hanno riportato le osservazioni fatte dalle donne in proposito che lamentano questo abbandono totale da parte dei servizi appena avvenuto il parto.

Ormai in molti punti nascita si sta sperimentando la dimissione precoce, cioè entro 48-72 di vita del neonato/a, ma tale azione rischia di produrre più rischi che vantaggi se non c'è la garanzia di un'adeguata prosecuzione dell'assistenza.

Il momento del parto costituisce un'occasione cruciale per attuare la prevenzione del ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza.

Infatti, dalle statistiche ufficiali risulta che, nonostante negli anni sia proporzionalmente maggiormente aumentata la percentuale di donne nubili sul totale di donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza, le donne che ricorrono all'aborto legale nelle Marche (come nel resto d'Italia), continuano ad essere in prevalenza coniugate (più del 50%), pluripare (56%) ed appartenenti alle classi di età 25-34 anni (51).

Eppure, nonostante il 65% delle donne riprenda i rapporti sessuali entro 2 mesi dal parto, il 75% del campione riferisce di non aver avuto informazioni adeguate sulla ripresa dei rapporti al punto nascita.

Inoltre, a fronte di una buona propensione delle donne relativamente all'utilizzo di un metodo contraccettivo alla ripresa dei rapporti, largamente insufficienti sono risultate le informazioni adeguate relative alla contraccezione ricevute sia durante la gravidanza da parte di chi l'ha assistita ai corsi di preparazione alla nascita, sia al punto nascita dopo il parto.

Fra coloro che non hanno usato nessun tipo di contraccezione alla ripresa dei rapporti, il 38% ha dichiarato di avere operato tale scelta o perché non si riteneva a rischio di gravidanza o perché scarsamente informata in proposito.

Tra le donne che hanno scelto di usare un contraccettivo, poi, un terzo si è rivolta a mezzi di bassa efficacia quali il coito interrotto ed i metodi naturali, il cui controllo della fecondità è reso ancor più difficile in puerperio per l'alterazione della funzionalità ovarica.

Inoltre, non è da sottovalutare la particolare problematicità della contraccezione durante l'allattamento, argomento su cui esiste un'ampia letteratura (52,53, 54, 55), nonché linee guida recentemente elaborate dall'OMS (56).

E' incomprendibile che si perda una grande opportunità nell'assistenza prenatale e nel puerperio di offrire consulenza e sostegno riguardo la ripresa dei rapporti sessuali e la procreazione responsabile venendo meno alla realizzazione di quella prevenzione efficace dell'interruzione volontaria della gravidanza raccomandata fin dalla legge 194 e più volte ribadita nel P.O.M.I., tutte leggi richiamate infine nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. (57)



## 5. Conclusioni e proposte

Spesso, quando ci si propone di umanizzare il percorso nascita, si sostiene che occorre innanzitutto ridurre la percentuale dei tagli cesarei. L'eccessivo ricorso al taglio cesareo è la manifestazione più evidente della medicalizzazione. Tuttavia se ci si pone come obiettivo primario la riduzione dei parti effettuati con tali modalità senza intervenire prima su altri aspetti determinanti, si rischia di produrre l'effetto opposto: accrescere ulteriormente gli interventi medici inappropriati durante il travaglio sia di tipo farmacologico che operativo (anche strumentale), e causare comportamenti paradossali quali il non effettuare un cesareo quando ce n'è realmente bisogno.

L'incremento della percentuale di parti spontanei deve invece scaturire da una serie di atteggiamenti e comportamenti adottati fin dalla gravidanza. L'assistenza ostetrica a tutte le gravidanze ha lo scopo di consentire di individuare quella piccola quota di gravidanze a rischio in modo da predisporre per esse interventi appropriati, ma non deve far sì che tutte le gestazioni vengano trattate come eventi patologici.

Si tratta di recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale che la migliorata assistenza ostetrica negli anni ha portato.

Per una pratica ostetrica meno invasiva è essenziale l'aumento della consapevolezza e delle conoscenze delle donne, come ampiamente evidenziato da precedenti indagini nazionali (48).

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, che vanno quindi incentivati. Tuttavia, è anche necessario che vengano organizzati in modo da far fronte alle reali esigenze della popolazione femminile (troppe donne hanno affermato di non avervi preso parte per problemi di tempo) e che, soprattutto sia data la possibilità a tutte le donne di parteciparvi, tenendo conto in ogni diversa realtà territoriale delle peculiari caratteristiche della zona. Attualmente, come emerge chiaramente dai risultati dell'indagine, ai corsi accedono le donne più istruite, con occupazione extradomestica e di età più avanzata, cioè una categoria di parto-

rienti fortemente selezionata e già orientata in partenza verso la demedicalizzazione della gravidanza, il parto naturale e l'allattamento al seno.

Inoltre, è praticamente nulla la presenza delle donne straniere. La partecipazione di donne provenienti da altri paesi avrebbe il duplice effetto di garantire una migliore e più adeguata assistenza ad esse e di costituire nello stesso tempo un prezioso arricchimento per le donne italiane, offrendo loro la possibilità di sperimentare percorsi diversi provenienti da altre culture. È indispensabile, per arrivare efficacemente alle donne immigrate, utilizzare strategie mirate e dotare gli operatori di strumenti professionali quali le competenze interculturali e la possibilità di avvalersi della mediazione linguistico-culturale. Esperienze in tal senso effettuate in altre realtà nazionali si sono dimostrate estremamente efficaci (58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67).

Un aspetto cruciale che emerge poi dai risultati dell'indagine è la mancanza di continuità nell'assistenza durante il percorso nascita, evidenziata già durante la gravidanza dalla scarsità delle informazioni fornite dagli operatori su travaglio e parto e sui punti nascita disponibili, e drammaticamente evidente nel puerperio quando le donne, una volta dimesse dall'ospedale, si trovano troppo spesso abbandonate dai servizi nel momento in cui devono affrontare i problemi connessi all'allattamento ed alla ripresa dei rapporti sessuali.

La gravidanza, il parto ed il puerperio restano situazioni separate, gestite da strutture ed operatori diversi, che non comunicano tra loro.

Un efficace rimedio potrebbe essere costituito dal conferire finalmente ai consultori il loro vero ruolo di prevenzione nell'area della salute della donna e dell'età evolutiva. Attualmente, invece, come i dati emersi dall'indagine hanno chiaramente mostrato, i consultori familiari hanno perso ogni funzione in tal senso, tanto che le donne, pur partecipando ai corsi di preparazione alla nascita organizzati al loro interno, non vi afferiscono né per l'assistenza in gravidanza né in puerperio. A distanza di 28 anni dalla loro legge istitutiva (n. 405/75), i consultori sono presenti in misura largamente inferiore a quanto previsto (vedi legge 34/96) ed hanno perso nel tempo tutte le loro caratteristiche, limitandosi, nel migliore dei casi, ad essere i luoghi in cui vengono svolte le campagne di screening del carcinoma cervico-vaginale e mammario o a fornire sporadicamente attività di cura di tipo specialistico.

Ridare impulso ai consultori, come del resto ampiamente sottolineato nel Proget-



to Obiettivo Materno Infantile, rappresenta quindi un obiettivo di primaria importanza per garantire, in collaborazione con i punti nascita, la continuità dell'assistenza fin dall'inizio della gravidanza (non solo attraverso i corsi di preparazione alla nascita che comunque vanno ivi svolti ed implementati). E per continuare a farlo soprattutto nel puerperio, momento in cui l'abbandono da parte delle strutture sanitarie è stato denunciato con più forza dalle donne.

Gli obiettivi che ci si propone debbono essere ben definiti e vanno realizzati attraverso azioni quantificabili e misurabili con indicatori precisi, così come è dettagliatamente previsto nel P.O.M.I.

Altro punto nodale, strettamente legato ai precedenti è l'offerta attiva. Se si vuole attuare un'efficace opera di prevenzione non ci si può limitare ad interventi volti all'utenza spontanea.

Rispetto ad altre situazioni, il percorso nascita offre momenti preziosi per arrivare a tutte le fasce di popolazione perché tutte le donne, nel corso della gestazione, prima o poi afferiscono ad una struttura sanitaria. Esiste tutta una serie di punti nei quali è possibile intercettare le donne in gravidanza: l'ambulatorio del medico di base, lo sportello per ottenere il certificato di esenzione dal ticket, le farmacie, etc... È veramente imperdonabile non approfittare di tali occasioni per proporre attivamente quanto i servizi offrono.

Altro momento in cui tutte le donne possono essere raggiunte è quello della nascita. Dall'indagine risulta molto bassa la percentuale di visite domiciliari effettuate attualmente in puerperio. In ogni punto nascita dovrebbe essere proposta l'assistenza ostetrica e pediatrica a domicilio dopo il parto. Tale visita dovrebbe essere volta innanzitutto a garantire un'adeguata assistenza materna nel postpartum ed a promuovere l'allattamento al seno ma dovrebbe riguardare anche le problematiche connesse allo sviluppo psico-fisico del neonato/a, ai bilanci di salute, all'alimentazione, alla procreazione responsabile, all'educazione alla salute (compresa la prevenzione oncologica).

La promozione della salute richiede strategie operative volte a raggiungere chi è a rischio, cioè chi ha maggiore probabilità di produrre quegli esiti negativi che si vuol prevenire e, "poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti"(14).



## Bibliografia

- (1) demo.ISTAT. Indicatori Demografici 2001
- (2) ISTAT (2000a), La fecondità regionale nel 1996. Informazioni 11, Roma, Istituto Nazionale di Statistica
- (3) ISTAT – Servizio Popolazione e cultura
- (4) ISTAT (1998°), Nascita, caratteristiche sociali e demografiche. Anno 1995. Annuario 4. Roma, Istituto Nazionale di Statistica
- (5) ISTAT – Servizio “Sanità e assistenza”
- (6) M.P. Catalani, C. Flumini, R. Freddara, L. Pellegrini. Sistema Regionale di sorveglianza della natalità e mortalità perinatale della Regione Marche – Società Italiana di Neonatologia – Marche
- (7) www.mortalità.ISS
- (8) Chalmers I, Enkin M, Keirse JNC (Ed). Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 1989
- (9) Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99:709-10
- (10) WHO. Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.24.Geneva: WHO; 1996
- (11) WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7
- (12) “WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model” (WHO/RHR/01.30. Gèneva;WHO; 2002
- (13) Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L’assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità, vol.35, n.2 1999:289-96
- (14) Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al “Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000” G.U. 7-6-2000
- (15) Donati s, Grandolfo ME, Patriarca V, Spinelli A. Analisi epidemiologica dell’evento nascita e valutazione dell’assistenza a gravidanza, parto e puerperio. Tendenze nuove, gennaio/febbraio 2001:31-45
- (16) Buekens p. Determinants of prenatal care. In: Kaminskj M, Brèart G, Buckens P, et al. (ed.). Perinatal care delivery system: description ed evaluation in European community countries. Oxford: Oxford Medical Publications; 1986
- (17) Stengel B, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminskj M. Pregnant immigrant women: occupational activity, antenatal care and outcomer. Int J Epidemiol 1986; 15:533-39
- (18) Cochrane A (1972), Effectiveness and efficiency. London, The Nuffield Provincial Hospital Trust. in «L’inflazione medica». Milano, Feltrinelli, 1978
- (19) Murray W,Enkin MD. The need for evidence-based obstetrics [Editorial]. Evidence-Based Medicine. 1996 July-Aug;1:132

- (20) Alberta Clinical Practice Guideline working group for Prenatal Ultrasound . First trimester. Edmonton, AB: The Alberta Clinical Practice Guidelines; 1998
- (21) Bricker I et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. *Health Technology Assessment* 2000;4 (16):1-195
- (22) Department of reproductive health and research RHR, World Health Organization, WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. WHO/RHR/01.30.Gèneva:WHO;2002
- (23) Ministero della Sanità (1998),DM 10/9/98 Gazzetta Ufficiale-Serie Generale n.245 del 20/10/98
- (24) Read,G D 1933, *Natural Childbirth*, W. Heinemann, London
- (25) *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol.36, n.4 (2000), pp 465-478
- (26) ISTAT, *Annuario di statistiche demografiche*. Roma, Istituto nazionale di Statistica (1980)
- (27) Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria – Sistema Informativo Sanitario – Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2000
- (28) Basevi V, Cerrone L. Correlazione tra mortalità perinatale, tassi di taglio cesareo e prodotto interno lordo nelle regioni italiane, 1991. *Epidemiolo Prev* 1996;20:99-101
- (29) MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70
- (30) Rortveit G, Hannestad YS, Dalveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study.*Obstet Gynecol* 2001;98:1004-10)
- (31) (Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whalley P. In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 6-11
- (32) Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:777-80
- (33) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Report of the RCOG Working party on Prophylaxis Against Thromboembolism in Gynaecology and Obstetrics. London: RCOG Press; 1995
- (34) Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean section: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1569-74
- (35) Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H , Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:332-4
- (36) Hall M, Bewley s. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776
- (37) National Institute of Clinical Excellence, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Service and Public Safety. *Why mothers die 1997-1999:*

- the confidential enquiries into maternal deaths in the UK. London:RCOG press, 2001
- (38) Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with great number of cesarean delivery and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976-80
- (39) Smail F, Hofmery GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001: issue 3)
- (40) Corke BC, Datta S, Ostheimer GW, Weiss JB, Alper MH. Spinal anaesthesia for cesarean section: the influence of hypotension on neonatal outcome. *Anaesthesia* 1982; 37: 658-62
- (41) Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress Syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 81:392-5
- (42) Haas DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11: 196-8
- (43) Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D, Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991, 77: 493-97)
- (44) Hopkins K, Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51:725-740
- (45) Potter J, Berquò E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323: 1155-58
- (46) Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for cesarean section in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324: 942
- (47) Johanson R, Newburn M, Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002; 324:93-107
- (48) Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. Rapporti ISTISAN 01/5. Roma: Istituto Superiore di sanità; 2001
- (49) Freed GL, Breast-feeding. *JAMA* 1993; 269:243-5
- (50) Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M. Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni ACP* 1998; 5:10-3
- (51) "Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza" 31 luglio 2002
- (52) AAP Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; 93 (1): 137-50
- (53) Erwin P To use or not to use combined oral contraceptives during lactation. *Fam Pla perspect* 1994; 26 (1) 26-33
- (54) Institute for reproductive health. Guidelines: breastfeeding, family planning, and the lactational Amenorrhoea Method, 1994
- (55) Bellagio, Italy. Press release, Dec. 1995 family planning method endorsed. Family

- Health International, World Health Organisation, reproductive Health
- (56) WHO Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2<sup>nd</sup> ed. Geneve 2000
- (57) D.P.C.M. 29 novembre 2001: "definizione dei livelli essenziali di assistenza", in supplemento ordinario n. 26 alla G.U. n. 33 dell'8 febbraio 2002
- (58) Balboni P., Parole comuni, culture diverse. Venezia, Marsilio, 1999
- (59) Bischoff, A. e Loutan, L., Due lingue, un colloquio, pubblicato a cura del Dipartimento Opere Sociali del Cantone Ticino, 1999
- (60) Castiglioni, M., La mediazione linguistico-culturale, Milano, F. Angeli, 1997
- (61) Castiglioni, M., Medico – paziente immigrato: un rapporto difficile, in "Rivista Vanvitelli", marzo 1993
- (62) Crinali e Associazione per una Libera Università delle Donne, Atti del Convegno Mediazione Culturale. Milano, 4 aprile 1998
- (63) Fiorucci, M., La mediazione culturale, Roma, Armando, 2000
- (64) Pizzini F. (a cura di), Asimmetrie comunicative: differenze di genere nell'interazione medico-paziente. Milano, Angeli, 1990
- (65) Pizzini F., L'Altro: immagine e realtà. Incontro con la sociologia dei paesi arabi. Milano, Angeli, 1996
- (66) Taviani A., Comunicare con il paziente extracomunitario. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1991
- (67) Bestetti G., Sguardi a confronto, Milano, F. Angeli, 2000.



Questa pubblicazione  
è stata stampata  
da \_\_\_\_\_  
nel mese di ottobre 2003

grafica e fotocomposizione  
Mario Carassai