

## Valutazione dei servizi del percorso nascita nella regione Marche Indagine campionaria

### 1.Introduzione

Negli ultimi 30 anni, nella nostra regione come nel resto d'Italia, l'Ostetricia ha acquisito progressivamente le caratteristiche di disciplina completamente autonoma, in cui il ruolo del medico ha assunto un ruolo dominante e le pratiche diagnostiche e terapeutiche cliniche, ma soprattutto laboratoristico-strumentali, sono enormemente aumentate.

Nel corso degli stessi anni, nelle Marche la dinamica demografica ha subito notevoli cambiamenti caratterizzati da una riduzione degli indici di fecondità e dall'innalzamento dell'età media al primo parto(1) (2) (3).

Contemporaneamente, s'è registrata una rilevante riduzione della mortalità materna, della natimortalità e della mortalità infantile (4) (5) (6) (7).

Per poter correttamente valutare quale sia la risposta della sanità pubblica rispetto a tali modifiche ed alle mutate esigenze della popolazione femminile durante il percorso nascita, la regione Marche tramite l'Osservatorio Materno Infantile della Rete Epidemiologica Marchigiana dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha deciso nel 2002 di partecipare all'indagine campionaria promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Pertanto, l'indagine si propone di:

- ◆ verificare 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.

### 2.Materiali e metodi

Lo studio ha riguardato un campione di donne residenti in tutta la nella 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:

- ◆ prima sezione: gravidanza
- ◆ seconda sezione: parto
- ◆ terza sezione: puerperio
- ◆ quarta sezione: primo anno di vita
- ◆ quinta sezione: dati socio-demografici.

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 Aziende AUSL regionali addestrato durante corsi di formazioni svolti presso l'ARS in collaborazione con i responsabili dell'indagine dell'ISS.

Le operatrici sociosanitarie che hanno somministrato i questionari sono state in totale n° 50 (ostetriche,

infermiere professionali, assistente sanitarie, puericultrici, assistenti sociali).

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

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

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 discussione.

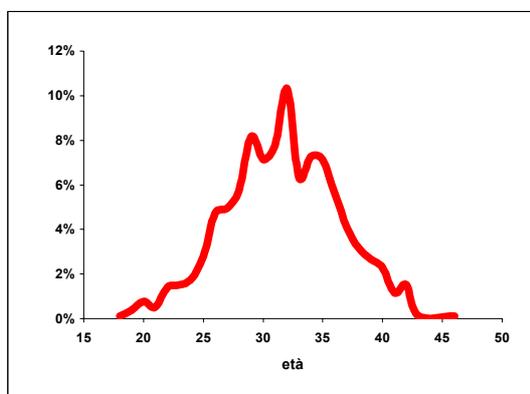
Sono state intervistate, in tutta la regione, 785 donne su 835 selezionate, con un tasso di rispondenza del 94%

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%).

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

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

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).



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.

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

#### 3.1 Gravidanza

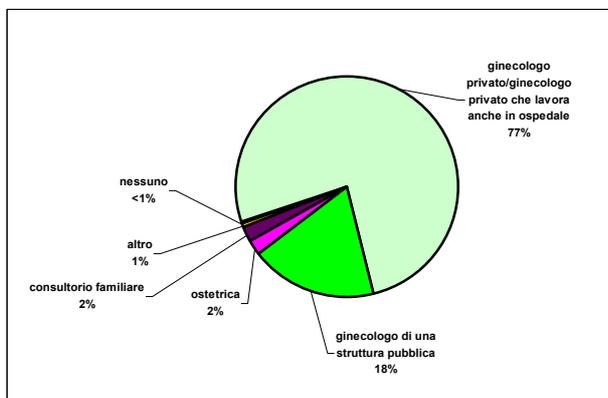
Dall'anamnesi ostetrica, risulta che il 53% del campione è costituito da donne al primo figlio, con un massimo ad Ancona (circa 60%) ed un minimo ad Ascoli Piceno (poco più del 44%).

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 (8) (9). 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 (77%), con un bassissimo ricorso al consultorio familiare (2%). 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).



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 una sovrautilizzazione delle procedure diagnostiche in gravidanza che, come da molti autori sottolineato, oltre ad indurre un aumento non giustificato dei costi, rappresenta una assistenza inappropriata. 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 (10).

Per attenerci solo ai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Sanità del 1995 e del 1998 (11), 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.

Il Progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" (G.U. 7-6-2000) prevede i corsi di preparazione alla nascita fra le azioni fondamentali da intraprendere per raggiungere alcuni obiettivi cruciali del percorso nascita quali l'umanizzazione, 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 vari esiti: la modalità del parto, l'allattamento, le cure al la/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 adottati 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 è da ripensare l'organizzazione dei corsi stessi in modo da adeguarli in termini di orario e di giorni alle effettive esigenze delle donne gravide in quel particolare territorio. Buona parte di coloro, poi, che hanno risposto di non aver frequentato i corsi per controindicazione medica e/o taglio cesareo programmato e perché non li ritengono utili, non sono state sufficientemente informate relativamente ai contenuti ed alle 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.

Partecipazione al corso (sì vs no): modello di regressione logistica (*)			
Variabile	Modalità	Odds ratio	Intervallo di confidenza (95%)
<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, figura professionale che l'ha principalmente seguita in gravidanza.

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.

Per quanto riguarda il tipo di assistenza in gravidanza (pubblica o privata), all'analisi, non è risultata associazione statisticamente significativa tra tale variabile e la frequenza dei corsi.

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

Quindi, 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 poi 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.

### 3.2 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 Schede di Dimissione Ospedaliera 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) (12) (13).

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 avevano già subito un precedente taglio cesareo perché questo ha rappresentato un'indicazione quasi assoluta a ripetere tale procedura: nel nostro campione il 96% delle donne precedentemente cesarizzate. Reciprocamente, un terzo delle indicazioni per un nuovo taglio cesareo è costituito dal taglio cesareo precedente.

<b>Tipo di parto (cesareo vs spontaneo): modello di regressione logistica (*)</b>			
<b>Variabile</b>	<b>Modalità</b>	<b>Odds ratio</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 avevano 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.

Un rischio molto minore hanno poi le pluripare rispetto alle donne alla prima gravidanza. 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.

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

Un'argomentazione che oggi viene sempre più spesso portata a favore del taglio cesareo è la preferenza materna per questo tipo di parto. In letteratura si trovano molti studi in proposito, anche se non è ben chiaro cosa debba intendersi per "richiesta materna" (14) (15) (16) (17).

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, è risultato che la stragrande maggioranza delle donne intervistate (85%), indipendentemente dal parto cui effettivamente è andata incontro, avrebbe preferito partorire con parto spontaneo.

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 (18). 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, invece, le informazioni fornite dagli operatori in gravidanza relativamente al travaglio ed al parto sono risultate poco soddisfacenti o addirittura assenti nel 43,7% dei casi.

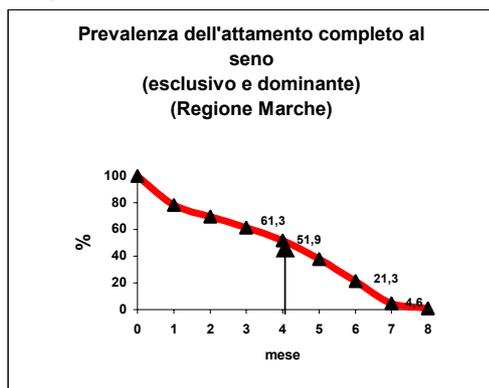
### 3.3 Allattamento

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. Tuttavia, soltanto il 59,1% delle donne intervistate ha attaccato al seno il/la proprio/a bambino/a entro 2 ore dal parto.

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 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% 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 50%.



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. E' evidente come una più adeguata informazione durante la gravidanza, una migliore assistenza ed un maggiore sostegno, 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</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.

Infine, per quanto riguarda la variabilità territoriale, non vi sono differenze statisticamente significative tra le donne residenti nelle diverse province.

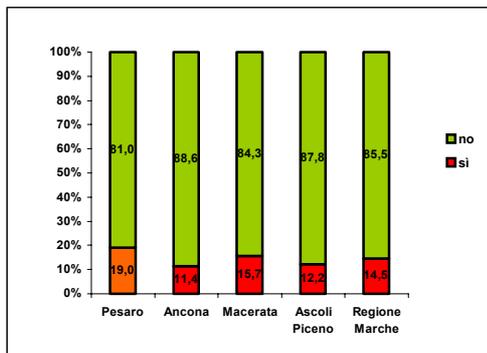
Il mancato allattamento o la sospensione prima dei 3 mesi sono legati solo in parte trascurabile ad esigenze e scelte personali (organizzazione della vita familiare e/o lavorativa, problemi di salute, etc.), mentre nell'87% dei casi dipendono da cause che potrebbero essere efficacemente rimosse con un 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.

Un terzo circa 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.

### 3.4 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 minime 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 loro 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 aumentata maggiormente 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 (19).

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 sia durante la gravidanza, anche 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 (20) (21) (22) (23), nonché linee guida recentemente elaborate dall'OMS (24).

E' incomprensibile 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 Progetto obiettivo materno-infantile, tutte leggi richiamate infine nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (25).

#### **4. Conclusioni**

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.

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 partorienti 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. E' 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 (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35).

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.

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 ca. cervico-vaginale e mammario o a fornire sporadicamente attività di cura di tipo specialistico.

Ridare impulso ai consultori, come del resto ampiamente sottolineato nel Progetto 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 manifestato 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 Progetto obiettivo materno-infantile.

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... E' 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 la bassissima 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"(dal Progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" – G.U. 7-6-2000).

## 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](http://www.mortalità.ISS)
- (8) 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
- (9) Stengel B, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminskj M. Pregnant immigrant women: occupational activity, antenatal care and outcomer. Int J Epidemiol 1986; 15:533-39
- (10) 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
- (11) Ministero della Sanità (1998), DM 10/9/98 Gazzetta Ufficiale-Serie Generale n.245 del 20/10/98
- (12) ISTAT, Annuario di statistiche demografiche. Roma, Istituto nazionale di Statistica (1980)
- (13) Ministero della Salute – Direzione generale della programmazione sanitaria – Sistema Informativo Sanitario – Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2000
- (14) Hopkins K, Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51:725-740
- (15) 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
- (16) 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
- (17) Johanson R, Newburn M, Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002; 324:93-107
- (18) 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
- (19) “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
- (20) AAP Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93 (1): 137-50
- (21) Erwin P To use or not to use combined oral contraceptives during lactation. Fam Pla perspect 1994; 26 (1) 26-33
- (22) Institute for reproductive health. Guidelines: breastfeeding, family planning, and the lactational Amenorrhea Method, 1994
- (23) Bellagio, Italy. Press release, Dec. 1995 family planning method endorsed. Family Health International, World Health Organisation, reproductive Health
- (24) WHO Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva 2000
- (25) 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
- (26) Balboni P., Parole comuni, culture diverse. Venezia, Marsilio, 1999
- (27) Bischoff, A. e Loutan, L., Due lingue, un colloquio, pubblicato a cura del Dipartimento Opere Sociali del Cantone Ticino, 1999
- (28) Castiglioni, M., La mediazione linguistico-culturale, Milano, Angeli, 1997
- (29) Castiglioni, M., Medico – paziente immigrato: un rapporto difficile, in “Rivista Vanvitelli”, marzo 1993
- (30) Crinali e Associazione per una Libera Università delle Donne, Atti del Convegno Mediazione Culturale. Milano, 4 aprile 1998
- (31) Fiorucci, M., La mediazione culturale, Roma, Armando, 2000
- (32) Pizzini F. (a cura di), Asimmetrie comunicative: differenze di genere nell’interazione medico-paziente. Milano, Angeli, 1990
- (33) Pizzini F., L’Altro: immagine e realtà. Incontro con la sociologia dei paesi arabi. Milano, Angeli, 1996
- (34) Taviani A., Comunicare con il paziente extracomunitario. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1991
- (35) Bestetti G., Sguardi a confronto, Milano, F. Angeli, 2000.