

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Valutazione dell'attività di sostegno  
e informazione alle partorienti:  
indagine nazionale**

**Serena Donati, Silvia Andreozzi, Michele E. Grandolfo**  
*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**01/5**

Istituto Superiore di Sanità

**Valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale.**

Serena Donati, Silvia Andreozzi, Michele E. Grandolfo

2001, 93 p. Rapporti ISTISAN 01/5

Lo studio riporta i risultati di un'indagine campionaria svolta in Italia nel 1999 sulla valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti con particolare riguardo all'allattamento, alle cure al neonato, alla contraccezione in puerperio ed agli aspetti emozionali e psicologici riferiti dalle puerpere. L'indagine è stata ideata e realizzata dalle ostetriche di 23 punti nascita universitari di 12 Regioni italiane, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nei punti nascita. Sono state intervistate 1986 puerpere con un tasso di rispondenza del 95%. Tra gli aspetti maggiormente critici è emerso un forte ricorso all'assistenza privata (75% si è rivolto al ginecologo privato), una grande variabilità territoriale con frequente penalizzazione delle donne del Sud (28% di tagli cesarei al Nord, 26% al Centro e 46% al Sud), una carenza di informazioni e conoscenze tra le donne che vengono spesso escluse dai processi decisionali relativi all'assistenza, una mancanza di continuità nell'assistenza che richiede una migliore integrazione tra le attività ospedaliere e territoriali ed una progressiva *medicalizzazione* dell'evento nascita di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata. Gli autori concludono suggerendo l'attivazione di sistemi di sorveglianza a livello regionale in grado di revisionare i protocolli e monitorare le procedure, gli esiti ed il grado di soddisfazione delle partorienti.

*Parole chiave:* Gravidanza, Parto, Puerperio, Allattamento al seno, Contraccezione, Aspetti psicologici, Conoscenza Attitudine Pratica (CAP)

Istituto Superiore di Sanità

**Evaluation of the support and the information activities offered to pregnant women: a national survey.**

Serena Donati, Silvia Andreozzi, Michele E. Grandolfo

2001, 93 p. Rapporti ISTISAN 01/5 (in Italian)

This study reports the results of an Italian sampling survey carried out in 1999 on the evaluation of the support and the information activities offered to women who delivered, with specific regard to breast-feeding, neonatal care, post-natal period, contraception, and emotional and psychological aspects of care. The survey has been planned and implemented in order to improve the quality of care by the midwives of 23 university maternity hospitals in 12 Italian Regions in collaboration with the Istituto Superiore di Sanità. 1986 women have been interviewed. The response rate was 95%. Among the most critical aspects emerged a frequent utilisation of private antenatal care (75% of the sample referred to a private gynaecologist), a wide geographical variability with frequent penalisation of the women resident in Southern Italy (caesarean section accounts for 28% in the North, for 26% in the Centre and for 46% in the South), a lack of information and knowledge among women who are too often excluded from the decision-making process. Besides, the survey highlighted a lack in continuity of care (that needs a better integration between hospital and field activities) and a progressive medicalization of birth. The authors conclude suggesting the activation of a surveillance system at a regional level that should revise protocols and monitor procedures, outcomes and women's satisfaction degree.

*Key words:* Pregnancy, Delivery, Post-natal period, Breast-feeding, Contraception, Psychological aspects, Knowledge Attitude Practice (KAP)

Hanno collaborato: Berta Comitini, Rita Roascio, M. Raffaella Plata, Cinzia Preti, Daniela Zavarise, Rosaria Cappadona, Miriam Guana, Alba Ricchi, Giuseppina Tomasini, Luciana Molinari, Nadia Urli, M. Grazia Pellegrini, M. Cristina Bartoli, Gabriella Cangini, Anna Maria Di Paolo, Rosamaria Garofoli, Maria Valtorta, Antonella Di Matteo, Giuseppina Piacente, Maria Sallusto, M. Rosa Manfellotti, Maria Vicario, A. Giustina Savastio, Maria Vigliotti, Luisa Razza, Rosa Oro, Rosaria Taverna, Lucia Franco, Anna Salzano, Angelina Sicilia, Francesca Melis.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione tutte le studentesse del Diploma Universitario per Ostetrica che hanno partecipato all'indagine in qualità di intervistatrici e codificatrici e tutte le donne intervistate per la gentile e paziente collaborazione.

Il rapporto è disponibile online nel sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

© Istituto Superiore di Sanità 2001

# INDICE

<b>Introduzione</b> .....	1
<b>Materiali e Metodi</b> .....	3
<b>Risultati e discussione</b> .....	5
Dati socio-demografici.....	7
Gravidanza.....	9
Parto.....	15
Allattamento al seno.....	22
Cure al neonato.....	28
Contracezione in puerperio.....	30
Aspetti psicologici.....	34
<b>Conclusioni</b> .....	39
<b>Bibliografia</b> .....	41
<b>Allegato 1</b>	
Manuale per la conduzione dell'intervista.....	43
<b>Allegato 2</b>	
Questionario - Indagine conoscitiva per la valutazione dell'attività di sostegno e informazione delle partorienti da parte delle ostetriche nei punti nascita.....	57
<b>Allegato 3</b>	
Manuale per la codifica del questionario.....	71

# INTRODUZIONE

L'indagine conoscitiva relativa alla valutazione dell'attività di sostegno e informazione alle partorienti è nata grazie all'impegno delle ostetriche che avevano preso parte a due workshop organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) nel novembre 1998 e nel marzo 1999 per favorire il confronto su tematiche inerenti la progettazione e realizzazione di obiettivi educativi nell'ambito dei corsi di Diploma Universitario (DU) per ostetrica (1).

Parte del programma dei workshop riguardava la metodologia della ricerca nell'ambito della professione ostetrica ed aveva l'obiettivo di favorire l'acquisizione di strumenti metodologici di base per la realizzazione di indagini conoscitive su base campionaria.

La progettazione e realizzazione di un'indagine con il supporto tecnico scientifico del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS ha rappresentato un momento di valutazione della metodologia appresa durante i workshop da parte delle partecipanti.

L'argomento prescelto per l'indagine nasce dal desiderio delle ostetriche di acquisire maggiori informazioni sulle conoscenze, le attitudini ed i comportamenti delle donne che si ricoverano per partorire, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza nei punti nascita.

Le aree tematiche investigate riguardano il vissuto e la qualità percepita dell'assistenza relativamente alla gravidanza, al parto ed al primo puerperio con particolare riguardo all'allattamento, alle cure al neonato, alla contraccezione in puerperio ed agli aspetti emozionali e psicologici riferiti dalle puerpere.

In Italia, le statistiche ufficiali riguardanti le nascite (modello ISTAT D1 e D2) descrivono alcuni aspetti demografici ed epidemiologici a livello nazionale, ma poche sono le indagini volte a valutare la qualità dell'assistenza ricevuta durante la gravidanza, il parto ed il puerperio ed ancor meno quelle interessate a valutare il grado di soddisfazione espresso dalle donne.

La realtà italiana è caratterizzata, come in molti altri Paesi ad economia avanzata, da un generalizzato accesso all'assistenza prenatale, da parti assistiti nella quasi totalità da operatori sanitari, da un rischio di natimortalità quasi dimezzato rispetto ai primi anni '80, e da una percentuale di nati pretermine e di peso inferiore ai 2500 g stabilizzatasi intorno al 6% (2, 3).

A fronte di questi buoni indicatori, l'evento nascita è anche caratterizzato da una progressiva medicalizzazione (di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata), da una eccessiva parcellizzazione dei punti nascita, da una mancanza di continuità nell'assistenza pre- e post-natale e da una grande variabilità territoriale (4-10). Inoltre il livello di conoscenza ed il grado di consapevolezza delle donne rispetto alle procedure cui vengono esposte ed il loro livello di gradimento sono risultati spesso bassi (4, 6).

“Le raccomandazioni sulla nascita” prodotte dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), grazie ad un pluriennale lavoro di ricerca da parte di un gruppo di studio multidisciplinare, vennero pubblicate nel 1985 sulla rivista *Lancet* (11) ed incontrarono una forte resistenza in alcuni ambienti medici che continuano tutt'oggi a contestarne la scientificità nonostante le evidenze di epidemiologia clinica ostetrica ne abbiano confermato la veridicità (12, 13). Tali raccomandazioni sostengono l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita (libero accesso di una persona di fiducia in sala parto, sostegno emozionale dell'équipe di assistenza, ecc.) quale determinante nella riduzione degli esiti negativi; sollecitano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, la possibilità di scegliere la posizione durante travaglio e parto; definiscono ingiustificata l'esecuzione di routine di tricotomia, clistere ed episiotomia; pongono un limite massimo del 15% alla percentuale di cesarei e non considerano necessario

ripeterli di routine nelle donne già cesarizzate; raccomandano, infine, la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno.

Nel 1995-1996 il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS ha condotto un'indagine conoscitiva sui servizi e le procedure utilizzate dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio (4). L'indagine si proponeva di valutare le conoscenze, le attitudini ed i comportamenti delle donne nell'affrontare la gravidanza ed il parto; la disponibilità dei servizi e la loro utilizzazione da parte delle donne; il grado di consapevolezza delle intervistate rispetto alle procedure cui sono state esposte; il loro livello di gradimento rispetto al percorso gravidanza, parto e puerperio e l'influenza di fattori di carattere economico, psico-sociale e medico sul rischio ostetrico e/o neonatale. Lo studio, di tipo trasversale, ha riguardato un campione probabilistico di 9004 donne, residenti in 13 regioni italiane, intervistate entro due mesi dal parto. In generale è emersa una grande variabilità territoriale per quanto riguarda il ricorso ad alcune procedure assistenziali (quali il corso di preparazione alla nascita, la tricotomia, l'episiotomia, o il taglio cesareo), spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni fisiche e associata principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte ed alla loro organizzazione. Benché i principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale evidenzino una situazione generalmente buona, è emerso un ricorso eccessivo a procedure mediche quali l'ecografia a fronte di una scarsa informazione e partecipazione delle donne alle decisioni sulla nascita. Un altro elemento cruciale emerso dall'indagine è la mancanza di continuità nell'assistenza perché la gravidanza, il parto ed il periodo successivo alla nascita sono gestite da operatori e organizzazioni differenti che troppo spesso non comunicano tra loro. La mancata integrazione dei servizi rivolti al percorso nascita determina una frammentazione dell'assistenza spesso causa di ridotta efficacia e efficienza e di disorientamento per le donne esposte a comportamenti diagnostico terapeutici non sempre concordi.

Alla luce delle evidenze disponibili e della pratica assistenziale delle ostetriche che avevano partecipato ai workshop si è ritenuto opportuno programmare e realizzare un'indagine su base campionaria in 23 punti nascita distribuiti sull'intero territorio nazionale al fine di rilevare elementi organizzativi ed assistenziali suscettibili di miglioramento. L'indagine ha inoltre la finalità di approfondire quanto emerso dallo studio condotto nel 1996 (4) e, grazie alla natura universitaria di tutti i punti nascita coinvolti, offre l'opportunità di investigare la qualità dell'assistenza in centri di terzo livello presumibilmente più rispettosi della medicina basata sulle evidenze scientifiche.

## MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo trasversale, ha riguardato un campione random di donne che hanno partorito in ognuno dei 23 punti nascita che hanno aderito all'indagine. I punti nascita non sono stati selezionati con metodi di campionamento, ma si basano sulla adesione volontaria da parte delle ostetriche che avevano partecipato ai workshop "Le ostetriche coordinatrici didattiche: applicazioni del DM del 24 luglio 1996" presso l'ISS. Il campione non si può pertanto considerare rappresentativo dell'intera realtà nazionale. I 23 punti nascita che hanno aderito al progetto sono strutture universitarie distribuite sull'intero territorio nazionale (Messina, Catania, Salerno, Caserta, Foggia, Napoli, Chieti, Cagliari, Roma, Perugia, Bologna, Modena, Mantova, Parma, Ferrara, Brescia, Verona, Novara e Udine).

Al fine di poter raggiungere una precisione sufficiente delle stime è stato previsto un campione di circa 100 soggetti per punto nascita, permettendo così ad ogni referente di ricavare dall'indagine un quadro rappresentativo della propria realtà locale.

La selezione del campione è stata effettuata su base temporale: ogni singolo punto nascita si è impegnato ad intervistare tutte le donne che partorivano all'interno del periodo di tempo in cui si attendeva il numero di nascite corrispondente alla dimensione del campione. Il periodo di tempo richiesto è stato calcolato, per ogni punto nascita, in base al numero annuale di parti registrati durante lo stesso arco temporale nell'anno precedente.

La raccolta dei dati è stata effettuata dalle allieve ostetriche dei singoli DU opportunamente addestrate da parte delle ostetriche coordinatrici didattiche che avevano partecipato ai workshop ed ad un successivo incontro per la definizione delle procedure operative presso l'ISS e che hanno svolto sia il ruolo di referenti per l'indagine sia di supervisori per la raccolta dei dati.

Le intervistatrici sono state esposte ad una specifica formazione sulla metodologia delle indagini campionarie con particolare riferimento alla somministrazione dei questionari. Le procedure sono state riportate anche in un manuale per la conduzione dell'intervista (Allegato 1) che è stato distribuito durante l'addestramento a tutte le allieve in formazione.

Le puerpere sono state intervistate all'interno del punto nascita, in un luogo che potesse garantire la necessaria tranquillità e riservatezza, il pomeriggio prima della dimissione in modo da sfruttare tutta la durata della degenza ospedaliera. Gli orari delle interviste sono stati programmati in base alla routine dei singoli reparti in modo da non disturbare le donne durante impegni prefissati quali le visite mediche, quelle dei parenti o l'allattamento, e favorire la raccolta di dati di qualità.

Quotidianamente un'allieva ostetrica, appositamente incaricata dal supervisore, registrava, attraverso il registro della sala parto, tutte le donne ricoverate che avevano partorito e verificava, nel reparto di degenza, la data presunta della dimissione in modo da evitare o ridurre al minimo il numero di puerpere dimesse prima dell'intervista.

Lo strumento di rilevazione dei dati consiste in un questionario (Allegato 2) a domande chiuse e precodificate disegnato nelle sue parti principali in collaborazione con le coordinatrici didattiche durante i workshop presso l'ISS e successivamente testato sul campo. Il questionario è stato organizzato in cinque sezioni, per le prime quattro le domande coprono i tre aspetti di conoscenza, attitudine e pratica:

- *prima sezione*: storia ostetrica della donna con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto;
- *seconda sezione*: allattamento;
- *terza sezione*: contracccezione in puerperio;
- *quarta sezione*: aspetti psicologici;
- *quinta sezione*: caratteristiche socio-demografiche.

Il tempo medio di somministrazione è di circa 20 minuti.

La raccolta dei dati, iniziata il 1° novembre 1999 ha richiesto circa 45 giorni.

Le operazioni di codifica sono state effettuate nei singoli punti nascita ad opera delle allieve ostetriche addestrate dalle coordinatrici didattiche. Al fine di favorire le operazioni è stato prodotto anche un manuale per la codifica (Allegato 3) che è stato distribuito a tutte le allieve coinvolte.

Le operazioni di inserimento dei dati su supporto magnetico sono state effettuate presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS che ha proceduto anche ai normali controlli di qualità prima di analizzare i dati utilizzando il programma statistico BMDP (14).

L'analisi presentata in questo rapporto è di tipo descrittivo (frequenze assolute e percentuali). Nel caso del parto mediante taglio cesareo è stata utilizzata la regressione logistica per calcolare gli odds ratio aggiustati e i relativi intervalli di confidenza. I dati sono presentati divisi per area geografica: Nord, Centro (compresa la Sardegna) e Sud (compresa la Sicilia). L'intestazione delle tabelle corrisponde alla formulazione delle domande.

## RISULTATI

## E DISCUSSIONE

Su un totale di 2145 donne che hanno partorito nei periodi scelti, non sono state considerate elegibili 24 perché non parlavano italiano, 38 a causa di gravi patologie o morte del neonato e 14 per condizioni patologiche materne. Sono stati somministrati un totale di 1986 questionari su 2092 equivalenti ad un tasso di rispondenza del 95%.

La percentuale di rifiuti è stata pari al 3,4%, mentre l'1,6% delle donne elegibili non sono state intervistate perché non trovate a causa di una dimissione anticipata rispetto alla degenza prevista.

I dati analizzati nelle tabelle sono presentati divisi per area geografica. Il Nord contribuisce per il 41,3% delle interviste, il Centro, cui è stata aggregata la Sardegna, per il 13,5% ed il Sud, cui è stata aggregata la Sicilia, per il 45,1%. Benché i punti nascita per area geografica non siano stati scelti con procedura probabilistica, tuttavia la ripartizione delle intervistate per area geografica è risultata molto simile a quella del totale delle nascite nel 1996: 41% al Nord, 20% al Centro compresa la Sardegna e 40% al Sud compresa la Sicilia (15).

I 23 punti nascita che hanno aderito all'iniziativa sono distribuiti in 12 regioni dell'intero territorio nazionale: Sicilia, Puglia, Campania, Abruzzo, Sardegna, Lazio, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Veneto e Friuli-Venezia Giulia.

Di seguito sono elencate le città sede dei DU per ostetrica coinvolte nel progetto, il numero di interviste effettuate, il numero di donne che hanno rifiutato l'intervista ed il numero di donne non trovate per ogni singolo punto nascita (Tabella A).

A causa di fisiologiche fluttuazioni stagionali nel numero delle nascite non tutti gli ospedali coinvolti hanno intervistato le attese 100 donne. Nell'Ospedale San Gennaro di Napoli sono state intervistate solo 28 donne a causa della chiusura della sala parto a seguito di infezioni da salmonella rilevate durante il periodo della raccolta dei dati.

I questionari sono stati somministrati il pomeriggio prima della dimissione ospedaliera, per la gran parte in seconda o terza giornata. Le diverse distribuzioni percentuali per area geografica sono plausibilmente dovute alla diversa programmazione della degenza ospedaliera (Tabella B).

Tenendo conto che la dimissione è avvenuta il giorno dopo l'intervista la degenza mediana è risultata 3 giorni al Nord, 4 giorni al Centro e al Sud. Le percentuali di degenza inferiori o uguali a 4 giorni sono 91,0% al Nord, 78,5% al Centro e 53,4% al Sud. In media la degenza per parto spontaneo nei 23 punti nascita coinvolti è pari a 3 giorni (range 1-8 giorni), mentre in caso di taglio cesareo è in media pari a 5 giorni (range 3-10 giorni).

La Tabella C descrive le condizioni di salute del neonato registrate prima dell'intervista. Il 91% dei neonati erano in buone condizioni di salute, l'8% in condizioni discrete e solo il 2% erano affetti da patologia lieve o moderata dal momento che una patologia severa rappresentava un criterio di esclusione dall'indagine.



**Tabella A. Punti nascita che hanno aderito all'iniziativa**

<b>Punto Nascita</b>	<b>Interviste</b>	<b>Rifiuti</b>	<b>Non Trovate</b>
Messina	75	--	--
Catania	60	13	15
Foggia	87	3	--
Salerno	98	3	--
Caserta	92	--	--
Napoli Federico II	109	--	--
Napoli Incurabili	100	1	--
Napoli Loreto Mare	80	1	--
Napoli San Gennaro	28	--	--
Napoli Annunziata	97	--	--
Chieti	71	14	--
<i>Totale Sud</i>	897	35	15
Cagliari	80	--	--
Roma	88	6	--
Perugia	101	2	--
<i>Totale Centro</i>	269	8	---
Bologna	96	2	--
Modena	101	7	1
Ferrara	73	--	--
Parma	100	6	1
Brescia	85	3	1
Novara	89	--	--
Verona	111	1	3
Trieste	65	10	13
Udine	100	--	--
<i>Totale Nord</i>	820	29	19
<b>TOTALE</b>	<b>1986</b>	<b>72</b>	<b>34</b>

**Tabella B. Giornata di compilazione del questionario**

<b>Giornata</b>	<b>Nord</b>		<b>Centro</b>		<b>Sud</b>		<b>Totale</b>	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Prima	30	3,7	0	0,0	10	1,1	40	2,0
Seconda	506	61,9	41	15,2	147	16,6	694	35,2
Terza	208	25,4	173	64,3	316	35,7	697	35,4
Quarta	62	7,6	26	9,7	229	25,9	317	16,1
Quinta	9	1,1	28	10,4	123	13,9	160	8,1
Sesta-nona	3	0,3	1	0,4	59	6,7	63	3,2

dati mancanti: 15

**Tabella C. Condizioni di salute del neonato**

Condizioni	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Buone	738	90,3	246	91,4	812	90,6	1796	90,6
Discrete	57	7,0	21	7,8	70	7,8	148	7,5
Patologiche	22	2,7	2	0,7	14	1,6	38	1,9

dati mancanti: 4

## Dati socio-demografici

In Tabella 1 è riportata la distribuzione per età del campione, la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella 30-34 anni eccezion fatta per il Sud Italia dove il 35% del campione aveva un'età compresa tra 25 e 29 anni. Tra le partorienti (intervistate) il 41% al Nord, il 31% al Centro il 56% al Sud aveva meno di 30 anni.

**Tabella 1. Età della donna**

Fasce d'età	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
< 25	67	8,2	17	6,3	192	21,4	276	13,9
25 - 29	268	32,7	66	24,5	314	35,0	648	32,6
30 - 34	330	40,2	114	42,4	265	29,6	709	35,7
> 34	155	18,9	72	26,8	125	14,0	352	17,7

dati mancanti: 1

Il dato è in accordo con quanto osservato negli ultimi 20 anni in Italia dove si è avuta una maggiore concentrazione delle nascite tra le donne di età compresa tra 25 e 34 anni (la percentuale di nati vivi in questa fascia d'età nel 1965 era del 54% rispetto al 68% nel 1996) ed un aumento dell'età media al parto (29 anni nel 1965 e 30 nel 1996) ed in particolar modo dell'età media al primo figlio (25 anni nel 1965 contro i 28 anni del 1996) (16).

La quasi totalità delle donne intervistate (96%) è coniugata senza forti differenze per area geografica (Tabella 2).

**Tabella 2. Stato civile**

Stato civile	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Coniugata/convivente	778	94,9	254	94,4	868	96,9	1900	95,7
Nubile	28	3,4	9	3,3	20	2,2	57	2,9
Separata/divorziata	14	1,7	6	2,2	8	0,9	28	1,4

dati mancanti: 1

Il livello di istruzione delle intervistate e dei loro mariti presenta differenze per area geografica di appartenenza. Al Sud poco più del 50% delle donne e dei loro mariti hanno un titolo di studio alto (media superiore o laurea), al Centro tale percentuale supera il 70% ed al Nord è compresa tra il 65 ed il 70% (Tabella 3 e Tabella 4).

**Tabella 3. Titolo di studio della donna**

Titolo di studio	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno/elementare	20	2,4	2	0,7	90	10,0	112	5,6
Licenza media inferiore	228	27,8	60	22,3	340	37,9	628	31,6
Licenza media superiore	445	54,3	145	53,9	388	43,3	978	49,3
Laurea	126	15,4	62	23,0	79	8,8	267	13,5

dati mancanti: 1

**Tabella 4. Titolo di studio del marito**

Titolo di studio	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno/elementare	17	2,1	4	1,5	73	8,2	94	4,8
Licenza media inferiore	267	33,0	74	27,8	368	41,3	709	36,0
Licenza media superiore	383	47,3	126	47,4	356	39,9	865	44,0
Laurea	142	17,6	62	23,3	95	10,7	299	15,2

dati mancanti: 19

La condizione professionale delle intervistate riflette il diverso livello di istruzione e le diverse opportunità di accesso al mondo del lavoro per area geografica: la percentuale di casalinghe, pari al 23% al Nord ed al 28% al Centro, sale al 63% al Sud Italia (Tabella 5). Tra le attività professionali più frequenti citiamo in ordine di frequenza la condizione di impiegata (23%), di operaia/artigiana (10%) e di libero professionista/dirigente (8%).

**Tabella 5. Professione della donna**

Professione	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Casalinga	186	22,7	75	27,9	561	62,5	822	41,4
Studente-disocc.-pensionata	17	2,1	14	5,2	40	4,5	71	3,6
Impiegata	246	30,0	90	33,5	120	13,4	456	23,0
Commerciante	54	6,6	11	4,1	19	2,1	84	4,2
Operaia-artigiana	121	14,8	25	9,3	51	5,7	197	9,9
Libero professionista/dirigente	83	10,1	24	8,9	51	5,7	158	8,0
Insegnante	54	6,6	18	6,7	38	4,2	110	5,5
Operatore sanitario	59	7,2	12	4,5	17	1,9	88	4,4

Circa un terzo dei mariti è operaio e poco meno impiegato, a seguire la condizione professionale più frequente è quella di libero professionista/dirigente (Tabella 6). Come già sottolineato per la condizione professionale delle intervistate anche quella dei loro mariti risente dell'area geografica di appartenenza.

**Tabella 6. Professione del marito**

Professione	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Operaio	247	30,5	57	21,4	299	33,6	603	30,7
Impiegato	224	27,7	88	33,1	211	23,7	523	26,6
Commerciante	93	11,5	18	6,8	106	11,9	217	11,0
Libero professionista/dirigente	206	25,4	81	30,5	169	19,0	456	23,2
Insegnante	7	0,9	9	3,4	15	1,7	31	1,6
Studente-disocc.-pensionato	8	1,0	4	1,5	66	7,4	78	4,0
Militare	11	1,4	5	1,9	14	1,6	30	1,5
Operatore sanitario	14	1,7	4	1,5	11	1,2	29	1,5

dati mancanti: 19

Per quanto riguarda la nazionalità delle intervistate la quasi totalità è italiana, e solo l'1% straniera (Tabella 7).

**Tabella 7. Nazionalità**

Nazionalità	NORD		CENTRO		SUD		TOTALE	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Italiana	806	98,3	262	97,4	888	99,0	1956	98,5
Straniera	12	1,5	7	2,6	9	1,0	28	1,4
Nomade	2	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,1

## Gravidanza

Per quanto riguarda l'anamnesi ostetrica delle intervistate circa la metà del campione è al primo figlio e poco meno del 40% al secondo (Tabella 8). La percentuale di famiglie con 2 o più figli precedenti è maggiore al Sud (16%) rispetto al Centro (11%) ed al Nord (7%).

**Tabella 8. Numero figli precedenti**

Numero figli	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
0	468	57,1	134	49,8	421	46,9	1023	51,5
1	293	35,7	105	39,0	332	37,0	730	36,8
2	46	5,6	24	8,9	105	11,7	175	8,8
≥ 3	13	1,6	6	2,3	39	4,3	58	2,9

Circa l'8% delle intervistate ha riferito di aver praticato una o più interruzioni volontarie di gravidanza (Tabella 9) e circa il 19% uno o più aborti spontanei (Tabella 10).

**Tabella 9. IVG precedenti**

Numero IVG	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
0	746	91,0	254	94,4	833	92,9	1833	92,3
1	62	7,6	11	4,1	48	5,4	121	6,1
≥ 2	12	1,5	4	1,5	16	1,7	32	1,7

**Tabella 10. Aborti spontanei precedenti**

Numero aborti	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
0	657	80,1	216	80,3	731	81,5	1604	80,8
1	124	15,1	43	16,0	120	13,4	287	14,5
≥ 2	39	4,7	10	3,7	46	5,2	95	4,8

La percentuale di intervistate seguita da un operatore sanitario durante la gravidanza è risultata pari al 98,8% simile a quanto osservato nell'indagine del 1996 (4). Si tratta di valori analoghi a quelli riportati dagli altri Paesi europei dove la percentuale supera il 95% (17). Da notare che nel 1981 le gravidanze assistite da personale sanitario in Italia risultavano essere il 90% (17). Il numero di gravidanze che non ricevono alcuna assistenza, pur riguardando una porzione limitata di donne, dovrebbe comunque essere attentamente valutato al fine di identificare ed offrire uno standard minimo di assistenza anche a queste donne.

In analogia a quanto riportato nell'indagine del 1996 (4), la figura professionale scelta più di frequente dalle donne per essere seguite durante la gravidanza è, senza sostanziali differenze per area geografica, il ginecologo privato che lavora anche in ospedale il quale, insieme al ginecologo privato, viene citato dal 75% delle intervistate. Il ginecologo delle strutture pubbliche copre un 13% delle richieste, mentre il ricorso al consultorio familiare denuncia una disparità di accesso tra Nord (12,7%), Centro (3%) e Sud (4,2%) (Tabella 11).

**Tabella 11. Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?**

Figura professionale	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	9	1,1	1	0,4	14	1,6	24	1,2
Ginecologo privato	238	29,0	58	21,6	170	19,0	466	23,5
Ginecologo privato che lavora anche in ospedale	343	41,8	149	55,4	529	59,0	1021	51,4
Ginecologo di una struttura pubblica	102	12,4	45	16,7	103	11,5	250	12,6
Ostetrica	24	2,9	8	3,0	42	4,7	74	3,7
Consultorio familiare	104	12,7	8	3,0	38	4,2	150	7,6
Medico di base	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1

Uno dei principali indicatori di qualità dell'assistenza prenatale consiste nel timing della prima visita (intesa come primo contatto con un operatore sanitario durante la gravidanza) raccomandata entro il terzo mese di gestazione (18). La percentuale di donne che si è attenuta a questa raccomandazione è pari al 97% al Nord, al 95% al Centro ed all'86% al Sud, dove l'8% delle donne ha riferito di aver effettuato la prima visita di controllo oltre il

quinto mese e l'1% di non averne effettuata alcuna prima del parto (Tabella 12). Le variazioni per area geografica, come già accaduto nell'indagine del 1996 (4), sono molto più ampie di quelle attese in base alle caratteristiche della popolazione ed alla frequenza di eventi sanitari avversi. In letteratura i fattori associati a controlli prenatali tardivi o assenti sono la giovane età materna, l'elevata parità, il basso stato socio-economico ed il basso livello di istruzione, la migrazione, il risiedere in una zona rurale, l'essere nubili e l'aver una gravidanza non programmata o non desiderata (4, 19-21). Anche nel nostro studio i gruppi a maggior rischio di controlli prenatali assenti o tardivi si confermano essere le donne giovani, di bassa istruzione e le pluripare.

**Tabella 12. In quale mese di gravidanza ha effettuato la prima visita di controllo?**

Mese	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
1° - 3°	792	96,6	256	95,2	766	85,5	1814	91,4
4°	16	2,0	6	2,2	55	6,1	77	3,9
≥ 5°	6	0,7	6	2,2	67	7,5	79	4,0
Mai	6	0,7	1	0,4	8	0,9	15	0,8

dati mancanti: 1

Benché gran parte dei protocolli internazionali e nazionali raccomandino l'esecuzione di 3 ecografie in gravidanza, rispettivamente il 49% ed il 31% del campione, con punte massime al Centro-Sud, ne ha eseguite 4-6 e 7 o più (Tabella 13). Al momento della raccolta dei dati, il protocollo del Ministero della Sanità in vigore in Italia prevedeva per la gravidanza fisiologica l'esecuzione di 3 ecografie (22).

**Tabella 13. Quante ecografie ha eseguito?**

Numero ecografie	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuna	3	0,4	0	0,0	1	0,1	4	0,2
1 - 2	32	3,9	6	2,2	26	2,9	64	3,2
3	200	24,4	38	14,1	89	9,9	327	16,5
4 - 6	403	49,3	152	56,5	410	45,8	965	48,7
≥ 7	180	22,0	73	27,1	370	41,3	623	31,4

dati mancanti: 3

Un terzo del campione ha riferito di non aver sofferto di alcun disturbo durante la gravidanza. Tra quelle che hanno riferito uno o più problemi, il 70% ha riferito nausea/vomito, il 23% minaccia d'aborto, il 16% minaccia di parto pretermine, l'8% infezioni delle vie urinarie, il 7% ipertensione ed il 2% diabete (Tabella 14). Le percentuali sono sovrapponibili a quanto riportato dalle donne intervistate nell'indagine del 1996 (4).

**Tabella 14. Disturbi in gravidanza**

Disturbi	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	288	35,1	90	33,5	280	31,2	658	33,1
Nausea/vomito	371	45,2	132	49,1	434	48,4	937	47,2
Minaccia di aborto	112	13,7	39	14,5	158	17,6	309	15,6
Infezione delle vie urinarie	42	5,1	10	3,7	50	5,6	102	5,1
Diabete	9	1,1	6	2,2	17	1,9	32	1,6
Ipertensione	42	5,1	10	3,7	46	5,1	98	4,9
Minaccia parto pre-termine	98	12,0	30	11,2	78	8,7	206	10,4
Altra patologia lieve	68	8,3	18	6,7	51	5,7	137	6,9
Altra patologia grave	21	2,6	6	2,2	10	1,1	37	1,9

Anche la percentuale di donne (22%) costretta a letto per oltre una settimana durante la gravidanza è risultata analoga nelle due indagini italiane (Tabella 15).

**Tabella 15. Nel corso di questa gravidanza è dovuta stare a letto per più di una settimana?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	166	20,2	55	20,4	217	24,2	438	22,1
No	654	79,8	214	79,6	680	75,8	1548	77,9

Ha partecipato ad un corso di preparazione alla nascita il 29% del campione (il 23% nel campione del 1996) (4), rispettivamente il 43% delle intervistate al Nord, il 30% al Centro e il 16% al Sud. Tra le donne che non hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita i motivi addotti più frequentemente sono la mancanza di tempo (42%) ed il non ritenerlo utile (30%), anche in questo caso con notevoli diversità per area geografica (Tabella 18). Permane un 4% di donne che riferisce di non essere a conoscenza della loro esistenza ed un 6% che lamenta di non aver trovato una struttura disponibile, quest'ultima motivazione nell'indagine del 1996 era pari al 16%.

Tra le 583 donne che hanno riferito di aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, il 45% si è rivolto al consultorio familiare, il 45% all'ospedale ed il 10% ad una struttura privata. Frequentano maggiormente i corsi le donne giovani, quelle con istruzione medio-alta e le primigravide. Benché la domanda se il corso di preparazione alla nascita sia uno strumento efficace di prevenzione degli esiti negativi per la salute della donna e del feto non trovi risposte esaurienti in letteratura, tuttavia nello studio del 1996 partecipare ai corsi è risultato associato ad una riduzione del rischio di taglio cesareo, di mancato allattamento al seno durante il ricovero e di mancata informazione sulla contraccezione in puerperio (23).

**Tabella 16. Ha partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante questa gravidanza?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si, in ospedale	182	22,2	30	11,2	48	5,4	260	13,1
Si, in consultorio familiare	149	18,2	44	16,4	71	7,9	264	13,3
Si, in struttura privata	27	3,3	7	2,6	25	2,8	59	3,0
No, non lo ritiene utile	113	13,8	50	18,6	258	28,8	421	21,2
No, non aveva tempo	159	19,4	68	25,3	359	40,1	586	29,5
No, controindicazione medica	61	7,4	16	5,9	56	6,2	133	6,7
No, già frequentato precedente gravidanza	66	8,0	31	11,5	22	2,5	119	6,0
No, non ne era a conoscenza	23	2,8	7	2,6	32	3,6	62	3,1
No, struttura non disponibile	40	4,9	16	5,9	25	2,8	81	4,1

dati mancanti: 1

La Tabella 19 fa riferimento solo alle donne che avevano frequentato un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza, le quali riferiscono che ciò che avevano imparato si è rivelato vero nel 58% dei casi e parzialmente vero nel 39%.

**Tabella 17. Ciò che ha imparato si è rivelato:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Vero	215	60,4	47	58,0	75	52,1	337	58,0
In parte vero	132	37,1	30	37,0	62	43,1	224	38,5
Totalmente diverso	9	2,5	4	4,9	7	4,9	20	3,4

dati mancanti: 2 sul totale di 583

Tenendo conto che si tratta di parti effettuati in cliniche universitarie, tuttavia il 5% delle intervistate al Nord, il 24% al Centro e l'11% al Sud avrebbe desiderato partorire in strutture convenzionate o private; il 7% al Nord, il 16% al Centro e il 9% al Sud avrebbe preferito partorire a casa.

**Tabella 18. Dove avrebbe desiderato partorire?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
In struttura pubblica	718	87,6	190	70,6	715	79,8	1623	81,8
In struttura convenzionata	16	2,0	58	21,6	23	2,6	97	4,9
In struttura privata	25	3,0	6	2,2	77	8,6	108	5,4
A domicilio	61	7,4	15	5,6	81	9,0	157	7,9

dati mancanti: 1



Al momento del ricovero la gran parte del campione (85%) si è sentita “ben accolta” (Tabella 19) e circa la metà “tranquilla” (Tabella 20) con percentuali variabili tra le diverse aree geografiche.

**Tabella 19. Al momento del ricovero si è sentita:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ben accolta	720	88,6	233	86,6	693	77,5	1646	83,3
Spaesata	93	11,4	36	13,4	201	22,5	330	16,7

dati mancanti: 10

**Tabella 20. Al momento del ricovero si è sentita:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Tranquilla	472	59,1	184	68,4	401	45,4	1057	54,2
Intimorita	326	40,9	85	31,6	482	54,6	893	45,8

dati mancanti: 36

Il giudizio relativo alla qualità dell'accoglienza ricevuta nel reparto ostetrico è complessivamente positivo (il 33% la definisce “ottima”, il 53% “buona” ed il 12% “sufficiente”) nonostante si registrino differenze per area geografica a favore delle strutture del Centro-Nord (Tabella 21).

**Tabella 21. Ritiene che l'accoglienza ricevuta nel reparto ostetrico sia stata:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ottima	274	33,4	117	43,5	258	28,8	649	32,7
Buona	479	58,4	130	48,3	437	48,7	1046	52,7
Sufficiente	60	7,3	17	6,3	165	18,4	242	12,2
Carente	7	0,9	5	1,9	37	4,1	49	2,5

Rispettivamente il 28% delle intervistate al Nord, il 32% al Centro ed il 54% al Sud riferiscono di non aver ricevuto, prima del parto, sufficienti informazioni sulle modalità di assistenza al parto ed al puerperio in uso nella struttura dove hanno partorito. Tra quelle che hanno riferito di aver ricevuto le informazioni, le fonti più citate sono le strutture della ASL (32%, 379/1192), specialmente al Nord (41%, 244/592), e gli amici ed i parenti (28%, 355/1192), in particolar modo al Centro (32%, 59/183) e al Sud (41%, 170/417) (Tabella 22).

**Tabella 22. Prima del parto aveva avuto sufficienti informazioni sulle modalità di assistenza al parto ed al puerperio in uso nella struttura dove ha partorito?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	228	27,8	86	32,0	479	53,5	793	39,9
Sì, dalla ASL	244	29,8	44	16,4	91	10,2	379	19,1
Sì, da amici/parenti	126	15,4	59	21,9	170	19,0	355	17,9
Sì, dal consultorio familiare	90	11,0	8	3,0	27	3,0	125	6,3
Sì, dal corso preparazione	28	3,4	12	4,5	12	1,3	52	2,6
Sì, perché vi aveva già partorito	66	8,0	30	11,2	63	7,0	159	8,0
Sì, da personale sanitario privato	36	4,4	28	10,4	51	5,7	115	5,8
Sì, perché è operatrice sanitaria	2	0,2	2	0,7	3	0,3	7	0,4

dati mancanti: 1

## Parto

La Tabella 23 mostra la distribuzione delle intervistate secondo le modalità di espletamento del parto: il 36% del campione ha partorito mediante taglio cesareo con forti differenze tra Nord (28%), Centro (26%) e Sud (46%). Sul totale dei parti spontanei la percentuale di episiotomie è risultata maggiore al Sud (61%, 293/479) e al Centro (57%, 109/1192) rispetto al Nord (49%, 281/569).

Il ricorso al taglio cesareo è in costante aumento nel nostro Paese dove si è passati dall'11,2% del 1980 (24) al 27,9% nel 1996 (16). L'eccessivo ricorso al taglio cesareo, che ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi europei (25), superando di molto la soglia del 10-15% che, secondo le indicazioni dell'OMS, rappresenta la massima percentuale di parti per i quali è raccomandato il ricorso al taglio cesareo (11), ripropone la questione della maternità medicalizzata (26). Questo eccesso di tagli cesarei, in continuo aumento, non sembra tenere conto del maggiore rischio di mortalità materna stimato da 2 a 4 volte rispetto a quello ascrivibile al parto per via vaginale (27).

**Tabella 23. Il parto è stato:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Spontaneo con episiotomia	281	34,3	109	40,5	293	32,7	683	34,4
Spontaneo senza episiotomia	288	35,1	83	30,9	186	20,7	557	28,0
È stata utilizzata la ventosa	19	2,3	8	3,0	2	0,2	29	1,5
È stato utilizzato il forcipe	5	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,3
Taglio cesareo elettivo	107	13,0	33	12,3	245	27,3	385	19,4
Taglio cesareo d'emergenza	120	14,6	36	13,4	171	19,1	327	16,5

Il modello di regressione logistica (Tabella 24) mostra l'effetto corretto delle variabili che sono risultate associate al rischio di partorire con taglio cesareo. In accordo con i dati della letteratura internazionale, all'aumentare dell'età della madre il rischio di partorire mediante cesareo è maggiore (28). L'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita comporta un minor rischio di partorire mediante taglio cesareo. Al contrario il rischio è maggiore per le donne alla prima gravidanza e per quelle che hanno partorito al Sud Italia.

**Tabella 24. Variabili associate al taglio cesareo – modello di regressione logistica**

<b>Variabile</b>	<b>Modalità</b>	<b>OR*</b>	<b>IC 95%**</b>
Corso di preparazione alla nascita	<i>no</i>	1	
	<i>sì, in consultorio</i>	0,77	0,57 – 1,05
	<i>sì, in ospedale</i>	0,62	0,45 – 0,86
	<i>sì, in una struttura privata</i>	0,67	0,37 – 1,20
Età materna	<i>&lt; 25 anni</i>	1	
	<i>25-29 anni</i>	1,58	1,15 – 2,18
	<i>30-34 anni</i>	2,08	1,50 – 2,89
	<i>&gt; 34 anni</i>	3,06	2,12 – 4,41
Parità	<i>primipare</i>	1	
	<i>pluripare</i>	0,72	0,58 – 0,89
Assistenza in gravidanza	<i>ginecologo privato</i>	1	
	<i>ginecologo pubblico</i>	1,03	0,77 – 1,38
	<i>ostetrica</i>	0,63	0,36 – 1,08
	<i>consultorio familiare</i>	0,79	0,53 – 1,18
	<i>nessuna</i>	1,18	0,51 – 2,75
Area geografica	<i>Nord</i>	1	
	<i>Centro</i>	0,80	0,58 – 1,10
	<i>Sud</i>	2,39	1,91 – 2,98

\* odds ratio aggiustati per le variabili elencate nel modello.

\*\* intervallo di confidenza

Il 46% del campione riferisce di non aver ricevuto alcuna informazione circa il parto in analgesia epidurale, la percentuale è pari al 40% al Nord, al 32% al Centro e al 56% al Sud Italia (Tabella 25). Tra le donne che riferiscono di essere state informate (1066), le fonti più frequenti sono risultate nell'ordine: l'anestesista 32%, (specie al Centro, 44%), le amiche 21% e il ginecologo 20%.

**Tabella 25. Ha avuto informazioni riguardo il parto in analgesia epidurale?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No, da nessuno	329	40,2	87	32,3	500	55,9	916	46,2
Sì, dall'anestesista in ospedale	105	12,8	80	29,7	159	17,8	344	17,4
Sì, dal ginecologo in ospedale	110	13,4	32	11,9	74	8,3	216	10,9
Sì, dall'ostetrica in ospedale	64	7,8	11	4,1	16	1,8	91	4,6
Sì, durante il corso di preparazione alla nascita	79	9,6	21	7,8	31	3,5	131	6,6
Sì, dalle pazienti ricoverate	4	0,5	1	0,4	2	0,2	7	0,4
Sì, dalle amiche o da libri e riviste o da familiari	89	10,9	34	12,6	98	11,0	221	11,2
Sì, da operatori sanitari del settore privato	24	2,9	2	0,7	11	1,2	37	1,9
Sì, dal consultorio familiare	15	1,8	1	0,4	3	0,3	19	1,0

dati mancanti: 4

**Tabella 26. è stata sottoposta a qualche forma di analgesia/anestesia per il parto?**

Tipo parto	Anestesia	Nord		Centro		Sud		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Spontaneo e operativo ( <i>forcipe e ventosa</i> )	Nessuna	349	59,0	75	37,5	254	53,1	678	53,3
	Locale	196	33,1	99	49,5	216	44,6	511	40,1
	Epidurale	47	7,9	26	13,0	11	2,3	84	6,6
Cesareo	Epidurale	154	68,4	58	84,1	222	53,0	434	61,1
	Generale	71	31,6	11	15,9	194	47,0	276	38,6

dati mancanti: 3

La Tabella 26 riporta la distribuzione dei parti per tipo di parto e di terapia antalgica. Tra le donne che hanno partorito spontaneamente il 53% non è stata sottoposta ad alcuna terapia antalgica, il 40% ha avuto una anestesia locale e il 7% epidurale (in caso di episiotomia le percentuali corrispondenti sono 37%, 57% e 7%). In caso di taglio cesareo il 61% è stata sottoposta ad anestesia epidurale e il 39% ad anestesia generale. Risultano differenze non trascurabili per area geografica. Particolarmente evidente la differenza nell'uso dell'epidurale tra Nord (68%), Centro (84%) e Sud (53%) in caso di taglio cesareo.

Le tabelle che seguono fanno riferimento ad una serie di quesiti volti a valutare il coinvolgimento e la consapevolezza delle puerpere ed il loro livello di gradimento rispetto all'assistenza ricevuta. La percentuale di donne che ha riferito di essere stata assistita da persone che già conosceva è pari al 59% al Sud, 57% al Centro e al 30% al Nord (Tabella 27).

**Tabella 27. È stata assistita da persone che lei già conosceva?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	245	30,0	152	56,5	527	58,9	924	46,6
No	573	70,0	117	43,5	368	41,1	1058	53,4

dati mancanti: 4

Circa il 40% dell'intero campione, senza forti differenze per area geografica, non era a conoscenza del nome del personale di assistenza nei punti nascita (Tabella 28).

**Tabella 28. Era a conoscenza del nome di coloro che l'assistevano?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	508	62,0	163	60,6	529	59,1	1200	60,5
No	311	38,0	106	39,4	366	40,9	783	39,5

dati mancanti: 3

La Tabella 29 fa riferimento solo alle donne che avevano partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante la gravidanza ed evidenzia come rispettivamente il 19% al Nord, il 27% al Centro e il 30% al Sud riferisce che il personale che l'ha assistita durante il travaglio ed il parto non l'ha aiutata ad utilizzare quanto appreso durante il corso di preparazione alla nascita. Lo stesso quesito proposto alle donne nell'indagine del 1996 (4) aveva dato risultati sovrapponibili denunciando la mancata collaborazione ed integrazione dei servizi territoriali e dei punti nascita nell'assistenza alla gravidanza ed al parto.

**Tabella 29. Il personale che l'ha seguita durante il travaglio e durante il parto l'ha aiutata ad utilizzare quanto aveva appreso durante il corso di preparazione alla nascita?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	256	81,3	56	72,7	78	70,3	390	77,5
No	59	18,7	21	27,3	33	29,7	113	22,5

dati mancanti: 6 sul totale di 509

Il 41% delle intervistate residenti al Nord ed il 74% di quelle residenti al Centro e al Sud riferiscono che non è stato richiesto il loro parere sull'effettuazione di procedure quali clistere, tricotomia ed episiotomia (Tabella 30). La stessa domanda posta nell'indagine del 1996 aveva evidenziato un 89% di donne che affermavano di non essere state consultate riguardo il ricorso a tali procedure (4).

Anche l'opportunità di scegliere la posizione preferita al momento del parto (se spontaneo) è stata negata al 65% del campione (contro il 76% del campione intervistato nel 1996), in particolare al 48% delle intervistate residenti al Nord contro il 77% e 81% di quelle residenti al Centro ed al Sud rispettivamente (Tabella 31).

**Tabella 30. È stato richiesto il suo parere sull'effettuazione di qualche procedura (clistere, tricotomia, episiotomia, ecc.)?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	482	59,5	70	26,2	231	25,8	783	39,7
No	328	40,5	197	73,8	665	74,2	1190	60,3

dati mancanti: 13

**Tabella 31. Le è stato consentito di scegliere la posizione che lei preferiva al momento del parto?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	308	52,0	46	23,0	94	19,5	448	35,2
No	284	48,0	154	77,0	387	80,5	825	64,8

dati mancanti: 1 sul totale di 1274

Il desiderio di avere una persona di fiducia (amica, partner, ecc.) vicina durante il parto è stato espresso dal 91% delle intervistate al Nord, dall'88% al Centro e dal 68% al Sud (Tabella 32).

**Tabella 32. Avrebbe desiderato avere vicino una persona di fiducia durante il parto? (partner, amica, ecc.)**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	750	91,9	237	88,1	605	67,5	1592	80,4
No	66	8,1	32	11,9	291	32,5	389	19,6

dati mancanti: 5

Sul totale di quelle che avevano espresso questo desiderio, non hanno avuto tale opportunità rispettivamente il 24% al Nord, il 12% al Centro ed il 69% al Sud. L'alta percentuale registrata al Sud è in gran parte legata dalla indisponibilità organizzativa dei punti nascita a far accedere accompagnatori in sala travaglio e parto. La motivazione riferita più frequentemente (73%, 305/418) dalle intervistate che hanno partorito al Sud è che la struttura prescelta per il parto non lo permetteva, mentre il motivo più frequente riferito dalle donne che hanno partorito al Nord (78%, 138/178) e al Centro (59%, 17/29) è stato l'aver subito un taglio cesareo (Tabella 33).

Anche la Tabella 34 denuncia aspetti organizzativi, specialmente a carico delle strutture del Sud, che spesso contrastano con le aspettative ed i desideri espressi delle donne. Al 23% del campione (33% al Sud) non è stato permesso tenere vicino a sé il figlio in sala parto e al 16% è stato permesso, ma non come la donna avrebbe desiderato.

**Tabella 33. Ha avuto questa opportunità?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	572	76,3	207	87,7	187	30,9	966	60,7
No, perché la struttura non lo permetteva	29	3,9	3	1,3	305	50,4	337	21,2
No, perché ha subito un taglio cesareo	138	18,4	17	7,2	84	13,9	239	15,0
No, per imprevisti dell'ultimo minuto	11	1,5	7	3,0	10	1,7	28	1,8
No, perché non informata dell'opportunità	0	0,0	0	0,0	17	2,8	17	1,1
No, perché la persona scelta non ha voluto	0	0,0	2	0,8	2	0,3	4	0,2

dati mancanti: 6 sul totale di 1597

**Tabella 34. In sala parto le è stato consentito di tenere vicino a sé suo figlio/a?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	111	15,2	48	19,1	230	33,4	389	23,3
Sì, come desiderava	528	72,4	173	68,9	319	46,4	1020	61,2
Sì, ma non come desiderava	90	12,3	30	12,0	139	20,2	259	15,5

dati mancanti: 36 sul totale di 1704

Il parto è andato peggio di come la donna si aspettasse per il 32% del campione, mentre per il 38% è andato meglio ed il rimanente 30% riferisce di aver vissuto ciò che si aspettava (Tabella 35).

**Tabella 35. Come è andato il parto rispetto alle sue aspettative?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Meglio	296	36,2	90	33,7	371	41,5	757	38,3
Peggio	297	36,3	87	32,6	246	27,5	630	31,8
Come si aspettava	225	27,5	90	33,7	277	31,0	592	29,9

dati mancanti: 7

Potendo scegliere, l'84% delle intervistate (90% al Nord, 85% al Centro e 79% al Sud) riferisce che avrebbe preferito partorire spontaneamente (Tabella 36). Il dato contrasta con l'affermazione sempre più frequente che sostiene che parte dell'elevata incidenza di tagli cesarei nel nostro Paese sia dovuta al desiderio espresso dalle donne di non partorire spontaneamente.

Il 9% delle donne che hanno partorito spontaneamente avrebbe preferito il taglio cesareo e il 73% di quelle che hanno partorito con parto cesareo avrebbe preferito partorire spontaneamente. La preferenza verso il parto spontaneo è maggiore al Nord rispetto al Centro e al Sud (Tabella 36).

**Tabella 36. Potendo scegliere avrebbe preferito partorire:**

Parto effettuato	Preferenza	Nord		Centro		Sud		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Spontaneo	Spontaneo	553	93,3	178	89,4	420	87,7	1151	90,6
	Cesareo	40	6,7	21	10,6	59	12,3	120	9,4
Cesareo	Spontaneo	183	81,7	51	73,9	280	68,0	514	72,9
	Cesareo	41	18,3	18	26,1	132	32,0	191	27,1

dati mancanti: 10

Oltre il 90% delle donne residenti al Centro e al Nord e l'84% di quelle del Sud riferiscono di essersi sentite complessivamente ben accolte nel luogo in cui hanno partorito, pochissime sono quelle che hanno espresso un giudizio negativo, la gran parte al Sud (Tabella 37).

**Tabella 37. Complessivamente come si è sentita accolta nel luogo in cui ha partorito**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Bene	753	91,9	246	91,8	756	84,4	1755	88,5
Mediocrementemente	64	7,8	22	8,2	118	13,2	204	10,3
Male	2	0,2	0	0,0	22	2,5	24	1,2

dati mancanti: 3

Solo il 17% del campione riferisce di essere stato informato circa l'opportunità di effettuare una ginnastica specifica nel dopo parto al fine di "riabilitare" il perineo (Tabella 38).

**Tabella 38. Le è stato consigliato di effettuare una ginnastica specifica nel dopo parto per "riabilitare" il perineo?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	177	23,7	30	14,4	75	10,3	282	16,7
No	571	76,3	179	85,6	653	89,7	1403	83,3

dati mancanti: 301

In conclusione sembrano permanere pratiche e comportamenti diagnostico-terapeutici non sempre convalidati dall'evidenza scientifica quali l'eccessivo ricorso al taglio cesareo. Al contrario, il sostegno informativo ed emozionale, benché fortemente raccomandato dalle evidenze disponibili (11-13) non sembra sia stato adeguatamente adottato nella pratica ostetrica.



## Allattamento al seno

Benché la quasi totalità del campione sia stato esposto all'assistenza prenatale a partire dal primo trimestre di gravidanza, il 33% delle intervistate (21% al Nord, 40% al Centro e 43% al Sud) ha riferito di non aver ricevuto informazioni riguardo all'allattamento durante la gestazione (Tabella 39).

**Tabella 39. Durante la gravidanza ha ricevuto informazioni riguardo all'allattamento?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	169	20,7	108	40,3	382	42,6	659	33,2
No, si è basata sull'esperienza del precedente allattamento	26	3,2	12	4,5	25	2,8	63	3,2
Sì, dall'operatore sanitario che l'ha seguita in gravidanza	80	9,8	8	3,0	58	6,5	146	7,4
Sì, durante il corso di preparazione alla nascita	178	21,8	41	15,3	57	6,4	276	13,9
Sì, da libri e riviste	99	12,1	37	13,8	133	14,8	269	13,6
Sì, dalle amiche	12	1,5	4	1,5	26	2,9	42	2,1
Sì, da un familiare	18	2,2	6	2,2	57	6,4	81	4,1
Sì, da altri operatori	12	1,5	1	0,4	31	3,5	44	2,2
Sì, da più di una delle fonti citate	224	27,4	51	19,0	127	14,2	402	20,3

dati mancanti: 4

Tra le donne che avevano ricevuto informazioni durante la gravidanza, le fonti informative più frequentemente citate sono il corso di preparazione alla nascita, specie al Centro-Nord, e la consultazione di libri e riviste (Tabella 40). Gli operatori sanitari che hanno seguito le donne durante la gravidanza, sono stati citati come fonte informativa solo dall'11% del campione.

A conferma dell'efficacia degli interventi volti alla promozione dell'allattamento al seno durante la gravidanza, il 79% delle intervistate che avevano ricevuto informazioni si ritiene soddisfatto della loro qualità (Tabella 40) senza forti differenze per area geografica.

**Tabella 40. Le informazioni che ha ricevuto le sono sembrate adeguate?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	494	79,4	113	76,4	386	79,1	993	78,9
No	24	3,9	9	6,1	39	8,0	72	5,7
Non so	104	16,7	26	17,6	63	12,9	193	15,3

dati mancanti: 6 sul totale di 1264

La percentuale di donne che, avendo già avuto figli, riferisce di averli allattati al seno è pari al 67% (Tabella 41). Il 10% ha allattato al seno per non più di due mesi e il 54% (58% al Nord, 59% al Centro e 50% al Sud) per almeno 6 mesi (Tabella 42). Nel 1994 un'indagine dell'ISTAT riportava che il 70% delle donne con bambini di età inferiore ai 5 anni aveva allattato al seno e di queste il 29% per oltre 6 mesi (29).

**Tabella 41. Se ha già avuto figli, come li ha allattati?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Al seno	245	69,6	83	62,9	310	65,7	638	66,7
Artificialmente	52	14,8	24	18,2	88	18,6	164	17,2
Misto	55	15,6	25	18,9	74	15,7	154	16,1

dati mancanti: 7 sul totale di 963

**Tabella 42. Per quanti mesi?**

Mesi	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
1 – 2	20	8,2	8	9,6	33	10,7	61	9,6
3 – 5	83	33,9	26	31,3	121	39,4	230	36,2
≥ 6	142	57,9	49	59,0	153	49,8	344	54,2

dati mancanti: 26 sul totale di 793

La Tabella 43 descrive i motivi del mancato allattamento al seno riferiti dalle intervistate che avevano allattato artificialmente i loro precedenti figli.

**Tabella 43. Se non ha allattato al seno, per quale motivo?**

Motivo	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Disinformazione	2	4,0	3	12,5	6	7,1	11	7,0
Mancanza di sostegno	5	10,0	2	8,3	4	4,8	11	7,0
Problemi pratici	19	38,0	5	20,8	35	41,7	59	37,3
Problemi psicologici	2	4,0	0	0,0	12	14,3	14	8,9
Mancanza di latte	11	22,0	9	37,5	13	15,5	33	20,9
Controindicazioni mediche	10	20,0	4	16,7	13	15,5	27	17,1
Ragadi, capezzolo invertito, infiammazioni mammarie, ecc.	1	2,0	1	4,2	1	1,2	3	1,9

dati mancanti: 5 sul totale di 163

A fronte di un'ottima attitudine ad allattare al seno espressa dal 94% del campione (Tabella 44), solo il 79% (84% al Nord, 69% al Centro e 79% al Sud) ha allattato al seno durante il ricovero (Tabella 45) e, di queste, il 30% non ha potuto farlo entro 24 ore dal parto (Tabella 46) benché l'inizio precoce sia un fattore protettivo per la riuscita dell'allattamento al seno prolungato (12). Le differenze per area geografica sono, a tal proposito, marcate e la percentuale di donne che non ha potuto allattare prima delle 24 ore dal parto è pari al 14% al Nord, al 25% al Centro ed al 48% al Sud (Tabella 46). Altri studi condotti nel nostro Paese (30-32) hanno evidenziato come, benché quasi il 90% delle donne inizi ad allattare dopo il parto, solo il 65% continui oltre la seconda settimana e, al compimento del quinto mese di vita del bambino, la percentuale di allattamento esclusivo al seno si riduca al 10%.

In conclusione, nonostante per i Paesi industrializzati sia stato proposto un tasso di allattamento al seno, esclusivo e duraturo, pari al 50% (33), in Italia sembra persistere una carenza incentivazione non solo dell'inizio dell'allattamento al seno, ma anche della sua continuazione con conseguente sostegno al reddito mercato dei latti formulati (34).

**Tabella 44. Durante la gravidanza pensava di fare un allattamento:**

Tipo di allattamento	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Al seno	786	96,1	251	94,0	822	91,9	1859	93,9
Artificiale	17	2,1	7	2,6	33	3,7	57	2,9
Misto (al seno/artificiale)	15	1,8	9	3,4	39	4,4	63	3,2

dati mancanti: 7

**Tabella 45. Come ha allattato il suo bambino fino ad oggi?**

Tipo di allattamento	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Al seno	683	83,5	184	68,7	704	78,5	1571	79,2
Artificiale	48	5,9	19	7,1	83	9,3	150	7,6
Misto (al seno/artificiale)	87	10,6	65	24,3	110	12,3	262	13,2

dati mancanti: 3

**Tabella 46. Se ha allattato durante il ricovero, dopo quanto tempo ha attaccato al seno il bambino per la prima volta dopo il parto?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Subito	391	50,8	71	28,5	110	13,5	572	31,2
Dopo poche ore	274	35,6	116	46,6	317	39,0	707	38,6
Il giorno dopo	79	10,3	57	22,9	298	36,7	434	23,7
Dopo più di due giorni	25	3,3	5	2,0	88	10,8	118	6,4

dati mancanti: 5 sul totale di 1836

Circa il 60% delle intervistate riferisce di aver avuto qualche problema durante l'allattamento al seno. Il dolore dovuto alle contrazioni uterine in risposta alla suzione, le ragadi, il capezzolo invertito, le infiammazioni locali, le difficoltà di posizione e la paura di non avere sufficiente latte sono le cause citate più di frequente (Tabella 47). Si tratta, per la gran parte, di complicazioni minori suscettibili di miglioramento attraverso consigli pratici, ma soprattutto attraverso un sostegno psicologico alla donna che allatta al seno.

**Tabella 47. Durante l'allattamento al seno ha avuto problemi?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No, nessuno	350	45,5	94	37,8	335	41,3	779	42,6
Sì, difficoltà di posizione	99	12,9	49	19,7	142	17,5	290	15,8
Sì, paura di non avere sufficiente latte	89	11,6	19	7,6	98	12,1	206	11,3
Sì, dolore durante l'allattamento	172	22,4	71	28,5	227	28,0	470	25,7
Sì, difficoltà di attaccamento al seno	27	3,5	7	2,8	10	1,2	44	2,4
Sì, altro	32	4,2	9	3,6	0	0,0	41	2,2

dati mancanti: 6 sul totale di 1836

Per quanto riguarda l'assistenza all'allattamento da parte dello staff ospedaliero il 34% delle puerpere residenti al Nord, il 43% di quelle del Centro e il 47% di quelle del Sud hanno riferito di aver ricevuto assistenza solo a seguito di richiesta in caso di bisogno (Tabella 48).

**Tabella 48. L'assistenza all'allattamento da parte del personale è stata:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Regolarmente offerta in termini di aiuto e sostegno	346	43,4	95	36,1	350	39,9	791	40,8
Solo su richiesta in caso di bisogno	267	33,5	113	43,0	408	46,5	788	40,7
Entrambe le precedenti	184	23,1	55	20,9	120	13,6	359	18,5

dati mancanti: 32 sul totale di 1970

La percentuale di donne che ha riferito di non essere stata aiutata da nessuno per l'allattamento durante il ricovero è pari all'11% al Nord, al 26% al Centro e al 35% al Sud (Tabella 49). Le figure professionali citate più di frequente, quale sostegno per l'allattamento, sono l'infermiera professionale, l'ostetrica e la puericultrice (Tabella 49) in maniera variabile a causa della diversa disponibilità e dei diversi ruoli di tali figure all'interno dei singoli punti nascita.

**Tabella 49. Quale figura professionale l'ha aiutata maggiormente per l'allattamento?**

Figura professionale	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	89	11,1	67	25,5	309	35,0	465	23,9
L'ostetrica	292	36,4	41	15,6	91	10,3	424	21,8
L'infermiera professionale	224	27,9	115	43,7	142	16,1	481	24,7
Il ginecologo	2	0,2	0	0,0	17	1,9	19	1,0
Il pediatra	6	0,7	8	3,0	134	15,2	148	7,6
Le puericultrici	184	22,9	28	10,6	174	19,7	386	19,8
Tutto il personale	2	0,2	3	1,1	1	0,1	6	0,3
Le allieve ostetriche	2	0,2	1	0,4	15	1,7	18	0,9
Non so	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1

dati mancanti: 21 sul totale di 1970

La Tabella 50 evidenzia come aspetti organizzativi quali la collocazione del nido e gli orari di accesso al nido abbiano ostacolato l'allattamento al seno per il 18% delle puerpere e come l'atteggiamento degli operatori del nido e del reparto lo abbia ostacolato rispettivamente nel 9% e nel 7% dei casi.

**Tabella 50. Nella sua esperienza i seguenti aspetti dell'organizzazione della struttura dove ha partorito hanno favorito, ostacolato o non hanno influito sull'allattamento al seno?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<b>Collocazione del nido</b>								
favorito	239	34,0	26	15,0	413	46,9	678	38,6
ostacolato	147	20,9	29	16,8	137	15,6	313	17,8
non ha influito	316	45,0	118	68,2	331	37,6	765	43,6
dati mancanti: 21								
<b>Orario del nido</b>								
favorito	271	38,5	28	16,2	404	45,9	703	40,0
ostacolato	133	18,9	48	27,7	127	14,4	308	17,5
non ha influito	299	42,5	97	56,1	349	39,7	745	42,4
dati mancanti: 21								
<b>Atteggiamento operatori del reparto</b>								
favorito	466	58,6	107	41,0	416	47,3	989	51,1
ostacolato	46	5,8	10	3,8	76	8,6	132	6,8
non ha influito	283	35,6	144	55,2	387	44,0	814	42,1
dati mancanti: 25								
<b>Atteggiamento operatori del nido</b>								
favorito	421	60,0	125	47,9	477	54,3	1023	55,5
ostacolato	83	11,8	20	7,7	65	7,4	168	9,1
non ha influito	198	28,2	116	44,4	337	38,3	651	35,3
dati mancanti: 21								

Per quanto riguarda l'area delle conoscenze, rispettivamente il 78% delle intervistate del Nord, il 57% di quelle del Centro e il 39% di quelle del Sud era consapevole dell'opportunità di iniziare l'allattamento al seno entro la prima ora dal parto (Tabella 51); circa l'80% riferisce di sapere cosa sia il colostro (Tabella 52) e di queste l'80% lo ritiene sufficiente come alimento nei primi giorni di vita (Tabella 53).

**Tabella 51. In base alle sue conoscenze quando sarebbe opportuno iniziare l'allattamento al seno?**

Inizio allattamento	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Entro la prima ora	638	77,9	154	57,2	350	39,1	1142	57,6
Dopo 4 ore	89	10,9	57	21,2	228	25,4	374	18,9
Dopo 24 ore	25	3,1	21	7,8	143	16,0	189	9,5
Con la montata lattea della terza giornata	11	1,3	5	1,9	46	5,1	62	3,1
Non so	56	6,8	32	11,9	129	14,4	217	10,9

dati mancanti: 2

**Tabella 52. Sa cos'è il colostro?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	758	92,4	248	92,2	731	81,5	1737	87,5
No	62	7,6	21	7,8	166	18,5	249	12,5

**Tabella 53. Ritiene che sia sufficiente come alimento nei primi giorni di vita?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	598	78,9	185	74,6	616	84,3	1399	80,5
No	68	9,0	27	10,9	54	7,4	149	8,6
Non so	92	12,1	36	14,5	61	8,3	189	10,9

Solo il 15% delle intervistate (7,3% al Nord 18,6% al Centro e 21,3% al Sud) riferisce di non concordare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel sostenere che "si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento al seno, anche prima che sia lasciata la sala parto" (Tabella 54).

**Tabella 54. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che "si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento al seno, anche prima che sia lasciata la sala parto", lei:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
È d'accordo	626	76,5	163	60,6	525	58,5	1314	66,2
Non è d'accordo	60	7,3	50	18,6	191	21,3	301	15,2
Non sa, non ha elementi per giudicare	132	16,1	56	20,8	181	20,2	369	18,6

dati mancanti: 2

Il 57% delle intervistate, senza forti differenze per area geografica, ritiene si possa allattare senza introdurre altro cibo per i primi sei mesi di vita del neonato (Tabella 55).

**Tabella 55. Per quanto tempo una donna può allattare il suo bambino senza introdurre altro cibo?**

Tempo di allattamento	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Un mese	6	0,7	0	0,0	10	1,1	16	0,8
Due mesi	49	6,0	16	5,9	56	6,2	121	6,1
Tre-cinque mesi	160	19,5	48	17,8	144	16,1	352	17,7
Sei mesi	485	59,2	160	59,5	493	55,0	1138	57,4
Finché la mamma ha latte	42	5,1	13	4,8	60	6,7	115	5,8
Non so	77	9,4	32	11,9	133	14,8	242	12,2

dati mancanti: 2

Circa il 57% delle intervistate ritiene che le informazioni ricevute in ospedale siano sufficienti per farla sentire autonoma e sicura nell'allattamento al seno al momento del

rientro a casa, il 26% non le ritiene sufficienti ed il 18% non sa esprimersi in merito (Tabella 56).

**Tabella 56. Ritiene che le informazioni ricevute in ospedale siano sufficienti per farla sentire autonoma e sicura nell'allattamento?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	466	57,7	143	53,2	506	56,9	1115	56,7
No	163	20,2	88	32,7	256	28,8	507	25,8
Non so	179	22,2	38	14,4	128	14,4	345	17,5

dati mancanti: 19

## Cure al neonato

Circa il 60% delle intervistate aveva già accudito altri neonati in precedenza (Tabella 57). Il 60% delle intervistate del Nord, il 47% di quelle del Centro e il 39% di quelle del Sud riferiscono di aver potuto prestare cure al loro bambino/a durante la degenza ospedaliera così come avrebbero desiderato (Tabella 58).

**Tabella 57. Ha già accudito altri neonati?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	484	59,0	172	64,2	596	67,0	1252	63,3
No	336	41,0	96	35,8	294	33,0	726	36,7

dati mancanti: 8

**Tabella 58. Durante la degenza ha avuto modo di prestare delle cure a suo figlio?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	245	29,9	116	43,1	354	39,5	715	36,0
Si, come desiderava	489	59,6	125	46,5	350	39,1	964	48,6
Si, ma non come desiderava	86	10,5	28	10,4	192	21,4	306	15,4

dati mancanti: 1

Poco più del 40% delle intervistate del Nord e del Centro e il 28% di quelle del Sud hanno riferito che non avrebbero desiderato avere il bambino/a sempre in camera con loro durante la degenza ospedaliera (Tabella 59). Queste percentuali, tutt'altro che trascurabili, lasciano spazio a diverse interpretazioni. Una migliore assistenza ospedaliera alle puerpere ed al neonato, sia in termini quantitativi che qualitativi, potrebbe verosimilmente ridurre la percentuale di donne che dichiarano di non desiderare sempre il bambino/a in camera con loro, tuttavia è ragionevole immaginare che una quota di donne continui ad esprimere questa preferenza anche in condizioni di assistenza ottimali. A tutt'oggi non tutti i punti nascita

garantiscono la libera scelta della donna la quale deve adattarsi agli aspetti strutturali e logistici dell'ospedale. Sul totale dei 23 punti nascita in cui è stata condotta l'indagine, due sono privi di nido ed il rooming-in è conseguentemente obbligatorio, 13 non lo offrono neppure in caso di richiesta e dei 9 che lo offrono, 5 lo fanno a tempo determinato. Ancora una volta le donne residenti al Sud sono quelle maggiormente penalizzate nella possibilità di scelta.

**Tabella 59. Avrebbe desiderato avere il bambino sempre in camera con lei?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	397	48,6	86	47,5	584	65,1	1067	56,3
No	350	42,8	80	44,2	248	27,6	678	35,8
Non so	70	8,6	15	8,3	65	7,2	150	7,9

dati mancanti: 3 sul totale di 1898

Quasi il 70% del campione si ritiene soddisfatto della quantità di informazioni riguardo lo stato di salute del bambino/a ricevute durante il ricovero (Tabella 60).

**Tabella 60. Ritene che durante la degenza le siano state fornite informazioni sufficienti riguardo lo stato di salute del bambino?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	570	69,8	187	69,5	612	68,3	1369	69,1
No	247	30,2	82	30,5	284	31,7	613	30,9

dati mancanti: 4

Circa un 20% afferma di non aver ricevuto informazioni quotidiane sulle condizioni di salute del figlio, mentre gli operatori citati più spesso, dalle donne che ne avevano ricevute, sono il pediatra e la puericultrice (Tabella 61).

**Tabella 61. Chi le ha dato quotidianamente le informazioni sulla salute del suo bambino?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	166	20,4	71	26,4	201	22,5	438	22,2
Pediatra	310	38,0	132	49,1	433	48,5	875	44,3
Puericultrice	220	27,0	52	19,3	169	18,9	441	22,3
Ostetrica	68	8,3	8	3,0	55	6,2	131	6,6
Fisioterapista	10	1,2	0	0,0	5	0,6	15	0,8
Ginecologo	4	0,5	1	0,4	6	0,7	11	0,6
Marito/parenti	1	0,1	0	0,0	10	1,1	11	0,6
Allieve ostetriche	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1
Infermiere professionale	35	4,3	5	1,9	12	1,3	52	2,6

dati mancanti: 10



Come già richiesto per quanto riguarda l'allattamento, anche nella sfera delle cure al neonato non tutte le intervistate riferiscono di sentirsi autonome: il 24% delle neomamme non si sente in grado di applicare le cure al moncone ombelicale (Tabella 62) ed il 37% ritiene di non aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa (Tabella 63).

**Tabella 62. Si sente in grado di applicare le cure al moncone ombelicale?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	639	78,3	210	78,1	659	73,5	1508	76,1
No	177	21,7	59	21,9	238	26,5	474	23,9

dati mancanti: 4

**Tabella 63. Ritiene di aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	542	66,3	161	59,9	555	61,9	1258	63,4
No	276	33,7	108	40,1	342	38,1	726	36,6

dati mancanti: 2

Nell'ottica più "moderna" di una dimissione precoce e di una assistenza domiciliare alle puerpere, oltre il 70% delle intervistate (il 56% nell'indagine del 1996) specie al Nord, riterrebbero utile poter usufruire di visite ostetriche a domicilio nelle prime settimane dopo il parto (Tabella 64).

**Tabella 64. Riterrebbe utile poter usufruire di visite ostetriche a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	646	79,0	191	71,0	588	65,6	1425	71,9
No	172	21,0	78	29,0	308	34,4	558	28,1

dati mancanti: 3

## Contracezione in puerperio

Per quanto riguarda la pregressa storia contraccettiva del campione preso in esame, il 69% aveva fatto uso di un metodo anticoncezionale in passato in modo continuativo (59% al Sud, 73% al Centro e 77% al Nord). I metodi utilizzati più spesso sono la pillola (53%, 715/1360), il profilattico (15%, 200/1360) ed il coito interrotto (13%, 170/1360) con notevoli differenze per area geografica (Tabella 65).

**Tabella 65. In passato ha usato metodi per non rimanere incinta, in modo continuativo?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si, ormonali (pillola, iniettabili, impianti)	377	46,0	130	48,5	208	23,2	715	36,0
Si, meccanici (spirale)	26	3,2	3	1,1	14	1,6	43	2,2
Si, di barriera (profilattico, diaframma)	80	9,8	23	8,6	97	10,8	200	10,1
Si, naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale)	43	5,2	11	4,1	57	6,4	111	5,6
Si, coito interrotto	27	3,3	17	6,3	126	14,1	170	8,6
Si, più di un metodo	78	9,5	13	4,9	30	3,3	121	6,1
No, non ne avevo bisogno	131	16,0	49	18,3	184	20,5	364	18,3
No, sono contraria	58	7,1	22	8,2	180	20,1	260	13,1

dati mancanti: 2

Durante la gravidanza oltre la metà del campione (52% al Nord, 67% al Centro e 71% al Sud) non è stata informata circa la contraccezione da utilizzare in puerperio.

Tra le donne che hanno riferito di essere state informate sull'argomento, il 43% (319/740) aveva ricevuto informazioni dall'operatore sanitario che l'aveva seguita in gravidanza, il 33% (246/740) attraverso il corso di preparazione alla nascita ed il 17% (122/740) attraverso la lettura di libri e riviste (Tabella 66).

**Tabella 66. Durante la gravidanza è stata informata circa la contraccezione da utilizzare in puerperio?**

Donne che hanno partecipato al corso	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuno	114	31,8	35	46,1	65	45,1	214	36,7
Operatore Sanitario	80	22,3	5	6,6	15	10,4	100	17,2
Corso di prepar. alla nascita	141	39,4	37	48,7	51	35,4	229	39,3
Familiari	23	6,5	4	5,2	13	9,0	40	6,9
<b>Donne che non hanno partecipato al corso</b>								
Nessuno	312	67,5	144	77,0	574	76,3	1030	69,5
Operatore Sanitario	104	22,5	18	9,6	97	12,9	219	14,8
Corso di prepar. alla nascita (precedente gravidanza)	7	1,5	7	3,7	73	0,4	87	5,9
Familiari	39	8,4	18	9,6	88	10,4	145	9,8

dati mancanti: 1

Anche se non tutte le donne che hanno frequentato corsi di preparazione alla nascita hanno ricevuto informazioni sulla contraccezione (39% al Nord, 49% al Centro e 35% al Sud), risulta una netta differenza nelle percentuali di chi non ha ricevuto alcuna informazione durante la gravidanza tra chi ha frequentato e chi non ha frequentato i corsi (37% contro 70%). Anche durante la degenza ospedaliera dopo il parto, sono poche, circa il

25% con differenze per area geografica, le donne che hanno riferito di essere state informate circa la contraccezione da utilizzare in puerperio (Tabella 67). Tra quelle che hanno avuto questa opportunità l'81% ritiene di essere stata informata in maniera esauriente (Tabella 68). Percentuali analoghe di intervistate hanno riferito di non aver ricevuto alcuna informazione sulla ripresa dei rapporti sessuali e solo il 28% delle puerpere del Nord e il 16% di quelle del Centro e del Sud hanno riferito di averle ricevute in maniera soddisfacente (Tabella 69).

**Tabella 67. Dopo il parto è stata informata circa la contraccezione da utilizzare in puerperio?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No, da nessuno	567	69,1	223	83,2	697	77,7	1487	74,9
Sì, dal medico	111	13,5	26	8,6	72	8,0	206	10,4
Sì, dall'ostetrica	93	11,3	6	2,2	31	3,5	130	6,5
Sì, da libri/riviste	42	5,1	14	5,2	47	5,2	103	5,2
Sì, dalle amiche	3	0,4	1	0,4	12	1,3	16	0,8
Sì, dai familiari	4	0,5	1	0,4	14	1,6	19	1,0
Sì, dalle allieve ostetriche	0	0,0	0	0,0	24	2,7	24	1,2

dati mancanti: 1

**Tabella 68. Le eventuali informazioni ricevute le sembrano:**

Informazioni	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Esaurienti	208	82,5	36	80,0	158	79,0	402	80,9
Non esaurienti	44	17,5	9	20,0	42	21,0	95	19,1

dati mancanti: 1 sul totale di 498

**Tabella 69. Dopo il parto ha ricevuto informazioni sulla ripresa dei rapporti sessuali?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì, in maniera soddisfacente	227	27,7	44	16,4	144	16,1	415	20,9
Sì, in maniera non soddisfacente	84	10,2	11	4,1	42	4,7	137	6,9
No, da nessuno	509	62,1	213	79,5	711	79,3	1433	72,2

dati mancanti: 1

La scarsa informazione offerta alle donne durante la gravidanza e dopo il parto circa la problematica della contraccezione in puerperio mal si concilia con i bisogni delle donne che solo nel 13% dei casi riferiscono di non aver intenzione di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali (Tabella 70). Il 24% non sa ancora se utilizzerà un anticoncezionale, mentre tra quelle che affermano di avere intenzione di farlo (1240 donne), il 44% pensa di utilizzare la pillola ed il 35% il profilattico (Tabella 70).

**Tabella 70. Pensa di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì, ormonali (pillola, iniettabili, impianti)	177	21,6	85	31,7	287	32,0	549	27,7
Sì, meccanici (spirale)	36	4,4	12	4,5	44	4,9	92	4,6
Sì, di barriera (profilattico, diaframma)	225	27,4	61	22,8	146	16,3	432	21,8
Sì, naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale)	50	6,1	18	6,7	55	6,1	123	6,2
Sì, coito interrotto	12	1,5	4	1,5	18	2,0	34	1,7
Sì, sterilizzazione	4	0,5	2	0,7	4	0,4	10	0,5
No, non ne ho bisogno	35	4,3	11	4,1	44	4,9	90	4,5
No, sono contraria	42	5,1	16	6,0	115	12,8	173	8,7
Non so	239	29,1	59	22,0	184	20,5	482	24,3

dati mancanti: 1

L'89% delle donne che hanno intenzione di utilizzare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali pensa di coinvolgere il marito nella scelta del metodo, senza significative differenze tra primipare e pluripare (Tabella 71).

**Tabella 71. Pensa di coinvolgere suo marito?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	464	92,6	159	87,4	471	85,5	1094	88,6
No	29	5,8	23	12,6	67	12,2	119	9,6
Non so	8	1,6	0	0,0	13	2,3	21	1,7

dati mancanti: 7 sul totale di 1241

La Tabella 72 evidenzia come il 30% delle intervistate (39% al Sud e 22% al Centro e al Nord) non conosca il periodo fertile del ciclo, che può essere considerato un buon indicatore delle conoscenze di base della fisiologia della riproduzione.

**Tabella 72. In base alle sue conoscenze quale è il periodo del mese in cui è più facile restare incinta?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Subito prima delle mestruazioni	44	5,4	12	4,5	64	7,2	120	6,1
Subito dopo le mestruazioni	128	15,6	44	16,4	263	29,5	435	22,0
Circa a metà ciclo	637	77,8	209	78,0	541	60,7	1387	70,1
Durante le mestruazioni	9	1,1	0	0,0	10	1,1	19	1,0
Non so	1	0,1	3	1,1	13	1,5	17	0,9

dati mancanti: 8

La Tabella 73 descrive la percentuale di donne che hanno una conoscenza corretta riguardo quattro domande inerenti la contraccezione in puerperio. Il 28% del campione non sa che durante l'allattamento al seno è possibile rimanere incinta, il 54% ritiene possibile rimanere incinta solo dopo la comparsa del capoparto, il 47% ritiene che per usare la pillola non occorre sospendere l'allattamento al seno ed il 26% ritiene indispensabile sospendere l'allattamento al seno per usare il profilattico e/o la spirale (Tabella 75).

**Tabella 73. Intervistate che hanno risposto correttamente ad alcuni quesiti sulla contraccezione in puerperio**

Quesiti	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Durante l'allattamento al seno è possibile rimanere incinta	667	81,5	211	78,7	546	60,9	1424	71,8
È possibile rimanere incinta solo dopo il capoparto	481	58,8	136	50,7	297	33,1	914	46,1
Per usare la pillola occorre sospendere l'allattamento al seno	435	53,2	148	55,2	457	51,0	1040	52,5
Per usare il profilattico e/o spirale occorre sospendere l'allattamento al seno	667	81,5	210	79,8	594	66,3	1471	74,2

dati mancanti: 8

In conclusione, a fronte di una buona pratica (il 69% aveva usato un contraccettivo in modo continuativo) e di una buona attitudine (il 41% pensa di utilizzarne alla ripresa dei rapporti sessuali e il 24% non sa ancora esprimersi in merito) i livelli di conoscenza inerenti alla fisiologia riproduttiva e alla contraccezione sono ancora bassi specie tra le donne più giovani, meno istruite, primipare e residenti nel meridione. Nonostante ciò nei 4-5 giorni di degenza media, scarsa e frammentaria è l'attività organizzata di informazione alle puerpere prima della dimissione.

## Aspetti psicologici

Per il 63% del campione, l'assistenza ricevuta durante la degenza nel punto nascita ha riguardato sia l'aspetto fisico sia quello psicologico, mentre per il 32% (23% al Nord e 41% al Sud) essa è stata rivolta esclusivamente all'aspetto fisico (Tabella 74).

**Tabella 74. Ritiene che l'assistenza ricevuta abbia interessato:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
L'aspetto fisico	184	22,5	81	30,2	364	40,8	629	31,8
L'aspetto psicologico	38	4,6	9	3,4	54	6,0	101	5,1
Entrambi	596	72,9	178	66,4	475	53,2	1249	63,1

dati mancanti: 7

Il 45% del campione (39% al Centro ed al Nord e 53% al Sud) riferisce di non aver avuto modo di ricevere attenzione e sostegno psicologico dal personale del reparto, tra quelle che

hanno riferito di averlo ricevuto le figure professionali maggiormente citate sono state le ostetriche e le infermiere (Tabella 75).

**Tabella 75. Ha avuto modo di ricevere attenzione e sostegno psicologico dal personale del reparto?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	315	38,5	104	38,7	473	52,8	892	45,0
Sì, dai medici	50	6,1	17	6,3	84	9,4	151	7,6
Sì, dalle ostetriche	239	29,2	74	27,5	124	13,8	437	22,0
Sì, dalle infermiere	80	9,8	26	9,7	94	10,5	200	10,1
Sì, dalle puericultrici	12	1,5	5	1,9	5	0,6	22	1,1
Sì, da tutti	106	13,0	42	15,6	59	6,6	207	10,4
Sì, dalle allieve ostetriche	16	2,0	1	0,4	51	5,7	68	3,4
Sì, dalla psicologa	0	0,0	0	0,0	6	0,7	6	0,3

dati mancanti: 3

Il sostegno psicologico richiesto non sembra riguardare condizioni di franca patologia dal momento che solo il 3% delle intervistate riferisce di essersi sentita per lo più depressa da quando ha partorito (Tabella 76) e solo il 5% ritiene che la nascita del bambino/a potrebbe creare delle difficoltà nel suo rapporto di coppia (Tabella 77).

**Tabella 76. Complessivamente, da quando ha partorito si è sentita:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Per lo più felice	562	68,5	170	63,4	537	59,9	1269	64,0
Per lo più depressa	24	2,9	1	0,4	36	4,0	61	3,1
A momenti felice e a momenti depressa	234	28,5	97	36,2	323	36,0	654	33,0

dati mancanti: 2

**Tabella 77. Ritiene che la nascita del bambino possa cambiare il suo rapporto di coppia?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	199	24,4	52	19,4	246	27,5	497	25,1
Sì, lo arricchirà	572	70,1	197	73,5	608	67,9	1377	69,5
Sì, potrebbe creare delle difficoltà	45	5,5	19	7,1	42	4,7	106	5,4

dati mancanti: 6

Si tratta globalmente di una popolazione di donne sane che richiedono attenzione e sostegno nell'affrontare, durante l'ospedalizzazione, esperienze nuove ed impegnative quali il travaglio ed il parto, l'allattamento al seno e le cure al neonato. Ad esempio, rispettivamente il 20% ed il 29% delle intervistate ha riferito che durante la degenza le sue

scelte o le sue opinioni non sono state prese in considerazione o solo parzialmente dagli operatori del reparto (Tabella 78). Inoltre, circa il 20% delle intervistate ha riferito di aver ricevuto, durante la degenza, informazioni contraddittorie su uno o più aspetti relativi alla sua salute e/o a quella del bambino, di queste circa la metà ha riferito che questa mancata concordanza è stata motivo di agitazione (Tabella 79).

**Tabella 78. Ritiene che durante tutta la degenza le sue scelte o le sue opinioni siano state prese in considerazione dagli operatori della struttura?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	88	10,8	57	21,3	252	28,2	397	20,0
Sì	492	60,1	138	51,5	377	42,1	1007	50,8
Sì, ma solo in parte	238	29,1	73	27,2	266	29,7	577	29,1

dati mancanti: 5

**Tabella 79. Le è capitato, durante la degenza ospedaliera, di ricevere informazioni contraddittorie su uno o più aspetti relativi alla sua salute e/o a quella del bambino?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No	678	82,9	214	79,6	689	77,0	1581	79,8
Sì, e la cosa mi ha messo in agitazione	73	8,9	22	8,2	124	13,9	219	11,0
Sì, ma la cosa non mi ha preoccupato	67	8,2	33	12,3	82	9,2	182	9,2

dati mancanti: 4

Meno del 10% ha sentito costantemente violato il suo bisogno di privacy durante il ricovero (Tabella 80) e circa l'80% ritiene adeguata la durata della degenza ospedaliera (Tabella 81).

**Tabella 80. Durante la degenza il suo bisogno di privacy è stato:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sempre rispettato	558	68,1	143	53,2	477	53,2	1178	59,3
Non sempre rispettato	244	29,8	114	42,4	321	35,8	679	34,2
Mai rispettato	17	2,1	12	4,5	99	11,0	128	6,4

dati mancanti: 1

**Tabella 81. La durata della degenza le è sembrata:**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Troppo lunga	65	7,9	17	6,3	172	19,2	254	12,8
Troppo breve	90	11,0	30	11,2	33	3,7	153	7,7
Giusta	664	81,1	222	82,5	689	77,1	1575	79,5

dati mancanti: 4

La Tabella 82 riporta la qualità dell'assistenza percepita e riferita dalle intervistate rispetto alle diverse figure professionali operanti nel punto nascita. Globalmente il giudizio è positivo specie per le ostetriche e per i ginecologi.

**Tabella 82. In base alla sua esperienza durante il ricovero, definisca la qualità dell'assistenza garantita dai diversi operatori:**

<b>Pediatra</b> (dati mancanti: 4)	<b>Nord</b>		<b>Centro</b>		<b>Sud</b>		<b>Totale</b>	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
qualificata	418	53,2	139	51,7	469	52,5	1026	52,7
sufficiente	115	14,6	43	16,0	157	17,6	315	16,2
incompleta	22	2,8	13	4,8	21	2,4	56	2,9
non so	230	29,3	74	27,5	246	27,5	550	28,2
<b>Ginecologo</b> (dati mancanti: 2)								
qualificata	645	78,8	200	74,6	707	78,8	1552	78,2
sufficiente	121	14,8	51	19,0	157	17,5	329	16,6
incompleta	20	2,4	8	3,0	16	1,8	44	2,2
non so	33	4,4	9	3,4	17	1,9	59	3,0
<b>Ostetrica</b> (dati mancanti: 2)								
qualificata	746	91,1	233	86,9	644	71,8	1623	81,8
sufficiente	54	6,6	25	9,3	152	16,9	231	11,6
incompleta	8	1,0	5	1,9	25	2,8	38	1,9
non so	11	1,3	5	1,9	76	8,5	92	4,6
<b>Infermiera</b> (dati mancanti: 3)								
qualificata	592	78,3	187	69,8	451	50,3	1230	62,0
sufficiente	193	23,6	63	23,5	342	38,2	598	30,2
incompleta	14	1,7	11	4,1	74	8,3	99	5,0
non so	20	2,4	7	2,6	29	3,2	56	2,8
<b>Puericultrice</b> (dati mancanti: 101)								
qualificata	469	65,7	169	63,1	485	54,1	1123	59,8
sufficiente	153	21,4	62	23,1	261	29,1	476	25,3
incompleta	58	8,1	17	6,3	66	7,4	141	7,5
non so	34	4,8	20	7,5	84	9,4	138	7,3

La quasi totalità del campione, senza differenze per area geografica, pensa di ricevere sostegno da parte del marito o da altre persone una volta rientrata a casa (Tabella 83) e circa il 90% ritiene sia utile svolgere indagini conoscitive tramite interviste alle donne che hanno partorito per conoscere il loro giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta (Tabella 84).

**Tabella 83. Una volta tornata a casa pensa di ricevere sostegno da suo marito o da altre persone?**

<b>Risposta</b>	<b>Nord</b>		<b>Centro</b>		<b>Sud</b>		<b>Totale</b>	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì	787	96,3	262	97,8	859	95,8	1908	96,3
No	30	3,7	6	2,2	38	4,2	74	3,7

dati mancanti: 4



**Tabella 84. Pensa sia utile svolgere indagini conoscitive tramite interviste alle donne che hanno partorito per conoscere il loro giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta?**

Risposta	Nord		Centro		Sud		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Si	693	84,6	262	97,8	827	92,3	1782	89,9
No	36	4,4	3	1,1	22	2,5	61	3,1
Non so	90	11,0	3	1,1	47	5,2	140	7,1

dati mancanti: 3

La forte differenza tra Sud (59%), Centro (82%) e Nord (86%) in termini di conoscenza della legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza (Tabella 85) è verosimilmente giustificata dalla più alta prevalenza di casalinghe al Sud rispetto al Centro-Nord. Difatti tra le donne che svolgono un'attività professionale extra domestica la percentuale di quelle che non conoscono la legge è pari al 9% (16% al Sud), contro il 49% (54% al Sud) tra le casalinghe.

**Tabella 85. Conosce la legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza?**

Condizione occupazionale	Conoscenza	Nord		Centro		Sud		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Casalinga	Si	123	60,6	54	60,7	278	46,3	455	51,0
	No	80	39,4	35	39,3	323	53,7	438	49,0
Lavoratrice	Si	579	94,0	166	92,7	248	83,8	993	91,0
	No	37	6,0	13	7,3	48	16,2	98	9,0

dati mancanti: 2

## CONCLUSIONI

La realizzazione di questa indagine da parte delle coordinatrici didattiche dei DU e da parte delle allieve ostetriche rappresenta un grande successo non solo per l'aspetto didattico e formativo, ma anche per il contributo conoscitivo apportato dallo studio.

L'elevato tasso di rispondenza, pari al 96%, e la coerenza interna dei dati, testimoniano la validità e la praticabilità dell'impostazione metodologica seguita, la buona disponibilità da parte delle donne ad essere intervistate e l'alta qualità dell'indagine. Queste considerazioni gettano una luce positiva sulla professionalità del personale ostetrico coinvolto, per la prima volta, in attività di ricerca e fa ben sperare nella possibilità di realizzare efficaci programmi di intervento che verranno progettati sulla base dei risultati di questa indagine.

Un ultimo commento va riservato alla consapevolezza acquisita da parte delle ostetriche circa l'esperienza realizzata attraverso l'esecuzione dell'indagine che ha rappresentato un prolungamento del processo di formazione.

Entrando nel merito dei risultati, l'indagine ha evidenziato un miglioramento di alcuni aspetti relativi all'assistenza alla gravidanza, parto e puerperio, rispetto a quanto emerso dall'indagine condotta nel 1996 (4). Tuttavia sono anche emersi alcuni aspetti critici che richiedono un miglioramento delle modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza alla madre ed al neonato durante il percorso nascita.

Le statistiche ufficiali e le indagini epidemiologiche hanno descritto, negli ultimi 30 anni, un'evoluzione delle caratteristiche sanitarie dell'evento nascita in Italia grazie alla quale il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato rispetto ai primi anni '80, oltre il 95% delle donne ricevono assistenza pre-natale, la totalità dei parti viene assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore ai 2500 g si è stabilizzata intorno al 6%. Tuttavia la realtà italiana appare anche caratterizzata da un forte ricorso all'assistenza privata, verosimilmente a causa dell'inadeguatezza delle strutture pubbliche, specialmente al Sud Italia. Il 75% delle intervistate (71% al Nord e 78% al Sud) ha riferito di essere stata seguita da un ginecologo privato durante la gravidanza (Tabella 11).

Un altro elemento critico, emerso dai risultati di questa ed altre indagini condotte nel nostro Paese (2, 4, 5, 6, 8, 9), riguarda la grande variabilità territoriale caratterizzata da frequente penalizzazione delle donne residenti al meridione rispetto al Centro ed al Nord. L'incidenza di tagli cesarei, pari al 28% al Nord e al 26% al Centro, è risultata pari al 46% al Sud (Tabella 23). Benché solo il 29% del campione abbia partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, la percentuale per le donne del Nord Italia è pari al 44% contro il 16% delle donne residenti al Sud (Tabella 16). Rispettivamente, il 16% delle intervistate al Nord, il 10% al Centro e il 73% al Sud hanno dovuto rinunciare per indisponibilità della struttura ad avere vicino una persona di fiducia durante il parto (Tabelle 32 e 33). Anche gli aspetti relativi al coinvolgimento delle donne nei processi decisionali e alla loro opportunità di accesso alle conoscenze presentano diversità per area geografica. Rispettivamente al 48% e al 41% delle donne residenti al Nord, e all'88% e al 74% di quelle residenti al Sud non è stato consentito scegliere la posizione preferita al momento del parto e non è stato richiesto alcun parere sull'effettuazione di procedure quali clistere, tricotomia ed episiotomia.

La mancanza di continuità nell'assistenza rappresenta un altro elemento cruciale. Difatti, la gran parte dei sistemi ufficiali in Europa vede la gravidanza, il parto ed il periodo successivo alla nascita come tre situazioni cliniche separate che richiedono competenze diverse gestite da operatori e organizzazioni separate che troppo spesso non sono in grado di comunicare tra loro. Il 40% delle intervistate (28% al Nord, 54% al Sud), durante la gravidanza, non aveva ricevuto sufficienti informazioni sulle modalità di assistenza al parto ed al puerperio in uso nella struttura prescelta per il parto (Tabella 22). Il 23%, con le abituali differenze per area geografica, ha riferito che il personale che l'ha seguita durante il

travaglio e il parto non l'ha aiutata ad utilizzare quanto appreso durante il corso di preparazione alla nascita (Tabella 29). Rispettivamente il 33% e il 63% del campione, durante la gravidanza, non hanno ricevuto informazioni riguardo l'allattamento al seno e riguardo la contraccezione da utilizzare in puerperio (Tabelle 39 e 66). La necessità di una migliore integrazione delle attività ospedaliere e territoriali è stata sottolineata anche nelle "raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio ed al neonato" prodotte nel 1999 grazie ad un lavoro multidisciplinare di neonatologi, pediatri, ginecologi, ostetriche ed epidemiologi (35).

Si è inoltre registrata una carenza di informazione e conoscenze tra le donne che, ancora troppo spesso, vengono escluse dai processi decisionali. Al contrario, la maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva. Inoltre l'esclusione delle donne dai processi decisionali può essere all'origine delle ragioni di tutela medico-legale quale determinante dell'eccesso di medicalizzazione della nascita di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata. Il progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche di non provata evidenza scientifica e che spesso non trovano giustificazione in termini di indicazioni mediche (2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 25) viene confermato dalla presente indagine. Il 49% del campione ha eseguito 4-6 ecografie ed il 31% 7 o più (Tabella 13), il 36% ha subito un taglio cesareo (Tabella 23), e solo il 31% ha potuto attaccare al seno il bambino immediatamente dopo il parto (Tabella 48). Sarebbe pertanto opportuno privilegiare l'impiego di procedure e tecnologie diagnostiche che abbiano superato il vaglio dell'evidenza di efficacia. Al momento, solo una piccola parte dei test largamente utilizzati in gravidanza sono stati sottoposti ad un simile controllo e la maggior parte di quelli valutati mediante trial randomizzati non sono risultati efficaci (13). Non andrebbe, inoltre, sottovalutato il rischio iatrogeno di tale uso indiscriminato, in termini di successivi eventi a catena indotti dall'aumento delle false positività dei test di screening, in caso di applicazione indiscriminata a tutte le gravidanze.

Il bisogno di privilegiare la promozione della salute e del benessere della madre e del neonato ha portato alla revisione del percorso nascita in un'ottica di maggiore tutela della fisiologia degli eventi legati alla gravidanza al parto e al puerperio ripensando le modalità assistenziali. Il dibattito in corso sulla "dimissione precoce" (entro 48-72 ore di vita del neonato) giustificata da presunti vantaggi economici e socioculturali ha evidenziato possibili rischi (riammissioni per patologie neonatali, problemi nell'allattamento al seno, ecc.) legati a dimissioni affrettate senza la garanzia di una adeguata prosecuzione dell'assistenza. Questa "nuova cultura" dell'assistenza domiciliare al puerperio ha registrato una maggiore diffusione anche tra le donne che partoriscono difatti la percentuale di quelle che riterrebbero utile poter usufruire di visite ostetriche a domicilio nelle prime settimane dopo il parto è salita dal 56% nell'indagine del '96 (4) al 72% (Tabella 64).

In Italia, la revisione critica dei protocolli di assistenza alla gravidanza al parto ed al puerperio, volta a migliorare le modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza alla madre e al neonato durante il percorso nascita, è un fenomeno relativamente recente che ha potuto esprimersi attraverso pubblicazioni scientifiche solo negli anni '90 (3-10, 23, 25, 26, 30-32, 34). Tuttavia, alla luce di queste considerazioni, sarebbe auspicabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza a livello regionale in grado di revisionare i protocolli e monitorare le procedure, gli esiti e il grado di soddisfazione delle partorienti al fine di rendere quanto più possibile omogenei gli interventi dei singoli operatori nei diversi punti nascita dell'intero territorio nazionale. Osservatori regionali, grazie alla valutazione e al confronto tra le diverse realtà territoriali, potrebbero stimolare il miglioramento della qualità delle prestazioni e delle procedure assistenziali in ambito ostetrico e favorire la diffusione delle raccomandazioni risultate più efficaci, anche alla luce delle consolidate evidenze scientifiche.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bedetti C, Donati S. Workshop Le ostetriche coordinatrici didattiche: applicazione del DM del 24 luglio 1996. *Notiziario Ist Super Sanità* 1999;12(8):5-7.
2. Istituto Nazionale di Statistica. *Nascita. Caratteristiche sociali e demografiche. Anno 1995.* Annuario 4. Roma: ISTAT; 1998.
3. Di Renzo GC, Bevilacqua G (Ed.). *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza ospedaliera perinatale.* Milano: Società Italiana di Medicina Perinatale; 1990.
4. 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* 1999;35:289-296.
5. Di Renzo G, Mandolesi F, Minelli L, Clerici G. Nascere in Italia. *Epidemiol Prev* 1996;20:94-95.
6. Gori G, Stabile T, Scandellari G, *et al.* Confronto tra due indagini condotte negli ospedali italiani nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS sulla nascita. In: Biscontin S, Rigetti A (Ed.). *Atti del Convegno "Per una ecologia della nascita"*. Pordenone: Coop Service Noncello; 1992. p. 77-104.
7. Signorelli C. L'incremento dei tagli cesarei in Italia: un problema ostetrico e di sanità pubblica. *Agenzia Sanitaria Italiana* 1996;30:10-11.
8. Dubini V, Fattorini G, Gori G. L'assistenza alla gravidanza: protocolli ed orientamenti in Italia. *Epidemiol Prev* 1996;20:63-65.
9. Di Lallo D. L'assistenza alla gravidanza: una valutazione epidemiologica. *Epidemiol Prev* 1996;20:60-62.
10. Basevi V, Cerrone L, Gori G. Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epidemiol Prev* 1994;18:194-99.
11. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-437.
12. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (Ed.). *Effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford: Oxford University Press; 1989.
13. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:709-710.
14. BMDP Statistical Software, Inc, Los Angeles, (CA): 1990.
15. Istituto Nazionale di Statistica. *La fecondità regionale nel 1996.* Informazioni 11. Roma: ISTAT; 2000.
16. Istituto Nazionale di Statistica. *Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1996.* Annuario 5. Roma: ISTAT; 2000.
17. Blondel B. Antenatal care in the countries of the European Community over the last twenty years. In: Kamisky M, Bréart G, Buckens P, *et al.* (Ed.). *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries.* Oxford: Oxford Medical Publications; 1986. p. 3-15.

18. Buekens P. Variations in provision and update of antenatal care. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1990;4(1):187-205.
19. Buekens P. Determinants of prenatal care. In: Kamisky M, Bréart G, Buckens P, *et al.* (Ed.). *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1986. p. 16-25.
20. Brown S (Ed.). *Prenatal care: reaching mothers, reaching infants*. Washington (DC): Institute of Medicine/National Academy Press; 1988.
21. Stengel B, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminsky M. Pregnant immigrant women: occupational activity, antenatal care and outcome. *Int J Epidemiol* 1986;15:533-539.
22. Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 10 settembre 1998. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 245, 20 ottobre 1998.
23. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanità*, 2000;36(4):465-468.
24. Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario di statistiche demografiche*. Roma: ISTAT; 1980.
25. Basevi V, Cerrone L. Correlazione tra mortalità perinatale, tassi di taglio cesareo e prodotto interno lordo nelle regioni italiane, 1991. *Epidemiol Prev* 1996;20:99-101.
26. Livi C, Dubini V, Torricelli F. Maternità medicalizzata. In: Geddes M. *La salute degli italiani 1993*. Roma: La Nuova Scientifica; 1993. p. 51-74.
27. 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.
28. Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D. Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991;77:493-497.
29. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagini multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94. Argomenti 2*. Roma: ISTAT; 1996.
30. Manfredi Selvaggi TM, Tozzi AF, Carrieri MP, Binkin N, *et al.* Quanto è praticato oggi l'allattamento al seno in Italia. *Minerva Pediatr* 1995;47:451-55.
31. Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, Salomone L, Siracusano MF. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1998;17:25-9.
32. D'Argenio P, Intorcchia M, Palombi E, Clemente M. Troppo presto arriva il biberon. *Occhio Clinico Pediatria* 1998;2:20-2.
33. Freed GL. Breast-feeding. *JAMA* 1993;269:243-5.
34. Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M. Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni ACP* 1998;5:10-3.
35. Rapisardi G, *et al.* Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Bollettino Società Italiana di Medicina Perinatale* 2001;1(3):6-19.

## **ALLEGATO 1**

Manuale per la conduzione dell'intervista

*Istituto Superiore  
di Sanità*

*Federazione Nazionale  
del Collegio delle Ostetriche*

**m a n u a l e**  
per la conduzione  
dell'*I*ntervista

progetto grafico *andrea salinetti*

*I***NDAGINE CONOSCITIVA**  
per la valutazione dell'attività di sostegno & informazione delle partorienti  
da parte delle *O*stetriche nei Punti Nascita

## INTRODUZIONE

---

La finalità di questo studio consiste nel raccogliere informazioni da un campione di donne che partoriranno nei punti nascita che partecipano al progetto per valutare l'attività informativa e di sostegno alle puerpere garantita dagli operatori sanitari con particolare riferimento all'allattamento, alla contraccezione in puerperio, alle cure del neonato ed agli aspetti psicologici.

La selezione del campione viene effettuata su **base temporale**.

Ogni singolo punto nascita si impegna ad intervistare tutte le donne che partoriscono all'interno del periodo in cui si presuppone si verifichi l'aspettato numero di nascite sulla base della loro incidenza annuale.

Al fine di garantire un'adeguata analisi statistica delle eventuali modificazioni registrate nel pre e nel post-test si è calcolata la **dimensione adeguata** del campione per punto nascita che è risultata pari a **100 interviste**. In tal modo è possibile apprezzare in maniera statisticamente significativa modificazioni che siano pari ad almeno il 20%. Modificazioni di conoscenze, attitudini e comportamenti inferiori al 20% sono difatti considerate troppo modeste per gli obiettivi del progetto e pertanto la loro significatività statistica risulta di scarso interesse.

In base alla numerosità mensile dei parti per punto nascita viene definito l'arco temporale durante il quale **tutte le donne che partoriscono** debbono essere intervistate.

Dal **1 Novembre 1999** tutti i punti nascita intervisteranno tutte le donne che partoriscono nella loro struttura per il numero di giorni stabilito. Anche nel caso in cui il numero finale fosse superiore o inferiore alle 100 interviste vanno comunque intervistate tutte le donne che partoriscono nell'arco di giorni prestabilito.

Lo strumento di rilevazione dei dati consiste in:

- ◆ un **QUESTIONARIO** standard che verrà somministrato alle donne selezionate per l'indagine, nel luogo del parto, da una intervistatrice appositamente addestrata.

Il questionario è stato organizzato in **cinque sezioni**, per ognuna delle quali le domande coprono i **tre aspetti di conoscenza, attitudine e pratica**:

PRIMA SEZIONE	Storia ostetrica della donna con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto.
SECONDA SEZIONE	Allattamento.
TERZA SEZIONE	Cure al neonato.
QUARTA SEZIONE	Contracezione in puerperio.
QUINTA SEZIONE	Aspetti psicologici.

Il questionario prevede **domande chiuse e precodificate**. Il tempo medio di somministrazione è di circa 20 minuti.

Le puerpere verranno intervistate all'interno del punto nascita il giorno della dimissione, in un luogo che possa garantire la necessaria tranquillità e riservatezza, da parte di personale appositamente addestrato.



Ogni giorno l'intervistatrice incaricata di tale ruolo da parte del supervisore dovrà registrare con accuratezza tutte le donne ricoverate che hanno partorito nella struttura (ricorrendo ai registri dell'accettazione del pronto soccorso ostetrico e/o ai registri della sala parto). Tenuto conto della degenza media per parto spontaneo e per taglio cesareo si potrà così programmare il numero di interviste da effettuare quotidianamente. Si consiglia, comunque, di verificare nel reparto di degenza la data presunta di dimissione delle singole puerpere in modo da evitare o ridurre al minimo il numero di donne dimesse senza aver partecipato all'indagine.

La scelta del giorno della dimissione per la somministrazione del questionario è funzionale alla necessità di sfruttare tutta la durata della degenza ospedaliera, ma nel caso in cui il giorno della dimissione fosse troppo caotico e pieno di impegni per la donna sarà opportuno anticipare l'intervista al giorno precedente. In base alla routine dei singoli reparti (orario visite mediche, visite dei parenti, allattamento, ecc.) sarebbe opportuno programmare in anticipo gli orari per le interviste in modo da non disturbare le donne e raccogliere dati di qualità.

Le risposte prescelte dalle intervistate vanno segnate facendo una **croce sull'opzione scelta**, come è evidenziato nell'esempio:

**1.** Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?  
(una sola risposta)

- 1) nessuno
- 2) ginecologo privato
- 3) ginecologo privato che lavora anche in ospedale
- 4) ginecologo di una struttura pubblica
- 5) ostetrica
- 6) consultorio familiare
- 7) altro (specificare) \_\_\_\_\_

In caso di **errore** scrivere "no" accanto alla/e risposte segnate erroneamente e "sì" accanto a quella corretta.

**7.** Ciò che ha imparato durante il corso rispetto al parto, la degenza e l'allattamento si è rivelato:

- no  1) vero
- 2) in parte vero
- sì  3) totalmente diverso

**Si ritiene opportuno sottolineare che dalla qualità e completezza delle informazioni raccolte dipende la possibilità che lo studio fornisca indicazioni di interesse sanitario.**

## **P**ROCEDURE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO

### **Durante l'intervista**

- ▶ L'intervista verrà effettuata nel punto nascita. Sarà necessario identificare in anticipo un luogo idoneo per l'intervista, ovvero, un ambiente in cui la donna possa rispondere ai quesiti nel rispetto della sua privacy, senza la presenza di altre persone e senza fretta.
- ▶ Prima di iniziare l'intervista presentarsi alla donna, mostrare un tesserino di riconoscimento e spiegare che la finalità dello studio è acquisire direttamente dalle donne informazioni su come hanno vissuto l'esperienza del parto e del puerperio nel punto nascita e sul loro grado di soddisfazione al fine di formulare proposte per il miglioramento dell'assistenza alle mamme e ai neonati.
- ▶ Specificare che si tratta di questionari anonimi e che le informazioni raccolte durante l'intervista saranno tutelate dal segreto professionale.
- ▶ Prima di iniziare l'intervista, spiegare alla donna che potrà richiedere eventuali approfondimenti su qualsiasi argomento presente nel questionario e che questi verranno forniti solo al termine dell'intervista in modo da non interromperla.
- ▶ A tale proposito avere cura di annotare, durante l'intervista, gli eventuali quesiti della donna e rispondere alla fine del questionario in base alle proprie conoscenze, oppure indirizzare la donna ad un servizio del territorio dove personale specializzato possa garantire informazioni più approfondite.
- ▶ Rispettare l'ordine delle domande e porle in maniera comprensibile fornendo eventuali spiegazioni di merito che tengano conto, di volta in volta, del livello di istruzione della donna. Le domande non devono essere necessariamente lette così come sono scritte, ma spetta all'intervistatrice scegliere il linguaggio più efficace per comunicare con l'intervistata senza stravolgere il significato dei quesiti.
- ▶ Dedicare la stessa attenzione e tempo a tutte le domande presenti nel questionario, senza privilegiarne alcune rispetto ad altre.
- ▶ Non dare l'impressione che ci possa essere una risposta giusta e condivisibile alla domanda posta. Rimanere sempre neutrali evitando di influenzare le risposte anche qualora l'intervistata lo richiedesse più o meno esplicitamente.
- ▶ Nel caso in cui alcuni quesiti risultassero poco graditi perché troppo personali, o per altri motivi, difendere la posizione dell'intervistata attribuendo la responsabilità della scelta delle domande ai ricercatori dell'ISS. Cercare, tuttavia, di convincere la donna della necessità di fornire l'informazione richiesta.
- ▶ Non saltare alcun quesito e, una volta ultimata l'intervista prima di lasciare la donna, controllare sempre che sia stata riportata la risposta per ogni domanda del questionario.

- ▶ Nel caso in cui qualcosa abbia compromesso la qualità dell'intervista (ad esempio presenza di altre persone, scarso interesse da parte della donna, sensazione che l'intervistata non abbia risposto sinceramente ad alcuni quesiti o altro), scrivere sempre le vostre impressioni nella parte finale del questionario riservata alle osservazioni dell'intervistatrice.
- ▶ In caso di domande aperte (cioè senza risposte elencate nel questionario), o ogniqualvolta sia necessario scrivere qualcosa per esteso (anche il nome dell'intervistatrice), scrivere **stam-patello** in maniera leggibile!
- ▶ In caso di rifiuto da parte della donna a partecipare all'indagine, insistere gentilmente per poter raccogliere le informazioni socio-anagrafiche della donna in modo che sia possibile, in una fase successiva, caratterizzare l'insieme dei rifiuti.

### Dopo l'intervista

---

- ▶ Dopo aver terminato l'intervista controllare, appena possibile, che il questionario sia stato interamente compilato. Nel caso in cui mancassero una o più risposte, cercare di ricordare quanto affermato dall'intervistata.
- ▶ Dopo ogni intervista depennare dalla lista delle donne da contattare il nominativo della donna intervistata.
- ▶ Conservare in maniera ordinata e sicura i questionari compilati fino alla loro consegna al responsabile dell'indagine.
- ▶ Registrare le donne non trovate e gli eventuali rifiuti nell'apposito diario giornaliero.
- ▶ Una volta somministrato un primo nucleo di 5 questionari, verificare la qualità dell'informazione raccolta con il coordinatore locale dello studio e presentare eventuali dubbi o problemi riscontrati sul campo.
- ▶ Ultimata la somministrazione dei questionari, questi dovranno essere consegnati al coordinatore locale insieme ad una scheda riepilogativa dell'attività svolta in cui dovranno essere riportati:
  1. il numero delle donne da intervistare;
  2. il numero delle donne intervistate;
  3. il numero di interviste non effettuate specificando le donne non trovate ed i rifiuti;
  4. osservazioni e valutazioni dell'indagine da parte delle intervistatrici.

## IL QUESTIONARIO

Il questionario è articolato in cinque sezioni principali:

- ◆ storia ostetrica della donna con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto;
- ◆ allattamento;
- ◆ cure al neonato;
- ◆ contraccezione in puerperio;
- ◆ aspetti psicologici.

Ogni pagina del questionario ha una parte, a destra della linea a zigzag, riservata alla codifica delle informazioni. Tale spazio deve essere **lasciato in bianco** in modo da permettere la successiva operazione di codifica.

**Ogni domanda**, ad eccezione di quelle escluse da risposte precedenti, **deve avere risposta** anche quando sembra superflua. Infatti, se una risposta viene lasciata in bianco, i codificatori non saranno in grado di capire se il dato è mancante perché la domanda non è stata posta dall'intervistatrice o se l'intervistatrice non ha scritto nulla perché la risposta è apparentemente ovvia. Questo risulta particolarmente vero quando la risposta è "no" o "zero" (esempio "precedenti figli": nel caso in cui la donna non ne abbia avuti, occorre scrivere "zero" e **non lasciare in bianco**).

### SEZIONI SPECIFICHE E MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Rispettare le indicazioni operative poste tra parentesi in alcune domande ad es. "una sola risposta", "tutte le risposte sono possibili" ecc.

In caso si richieda di specificare l'opzione "altro" scrivere per esteso quanto riportato dall'intervistata.

## Pagina 1

---

Le informazioni relative:

- ◆ al numero della scheda (es. da 001 a 100),
- ◆ al nome dell'Ospedale (es. I Clinica Ostetrica Policlinico Umberto I)
- ◆ alle condizioni di salute del neonato (buone, discrete, patologiche secondo il parere del neonatologo)

vanno segnate negli appositi spazi prima di iniziare l'intervista con la donna.

Ogni intervistatrice deve verificare le condizioni di salute del neonato ed in caso di morte neonatale e/o gravi condizioni di patologia la donna non deve essere intervistata.

Tuttavia il numero della scheda, la data di compilazione, il nome dell'ospedale, le condizioni di salute del neonato e la sezione relativa ai dati socio-demografici debbono comunque essere compilate utilizzando i dati reperibili nella cartella clinica.

## **Anamnesi ostetrica**

### **Domanda 1**

Anche se la donna è stata seguita da più di un operatore sanitario durante la gravidanza, la donna deve dare una sola risposta scegliendo l'operatore che ha rappresentato il punto di riferimento più importante.

### **Domanda 3**

Se la donna riferisce di essersi sottoposta a 8 o più di 8 ecografie scrivere comunque il numero 8.

### **Domanda 4**

La donna può citare tutte le possibili risposte alla domanda.

## **P**agina 2 \_\_\_\_\_

### **Domanda 6**

È possibile una sola risposta, in caso di risposta negativa scegliere tra le prime tre opzioni in base alla motivazione, in caso di risposta affermativa scegliere tra le ultime tre in base al luogo dove il corso è stato frequentato.

### **Domanda 9**

Occorre raccogliere una risposta per ognuna delle due colonne di risposte quindi la donna deve specificare se si sia sentita ben accolta o spaesata e tranquilla o intimorita.

### **Domanda 11**

La seconda opzione di risposta (ASL) riguarda le informazioni veicolate attraverso specifici opuscoli o depliant, ma anche quelle relative ad informazioni verbali date da operatori sanitari operanti nelle strutture della ASL. Il Consultorio Familiare ha la dignità di una qualifica a se stante (risposta 4) per valutare il suo contributo specifico.

## **P**agina 3 \_\_\_\_\_

### **Domanda 14**

Raccogliere solo l'informazione relativa al tipo di anestesia praticata durante il parto a prescindere dal fatto che la donna abbia partorito spontaneamente o con taglio cesareo.

### **Domanda 16**

Secondo una normativa nazionale gli operatori sanitari dovrebbero esibire un tesserino di riconoscimento.

■ *Domanda 18*

Si intende appurare se la donna sia stata informata ed è stato discusso con lei il ricorso a procedure quali il clistere, la tricotomia, l'episiotomia, l'amniorexi, ecc.

■ *Domanda 20*

Ci si riferisce ad una persona di fiducia (partner, madre, amica ecc.) scelta dalla donna aldilà degli operatori sanitari operanti nella struttura al momento del parto.

## *P*agina 4

---

■ *Domanda 22*

In caso di risposta affermativa, la donna deve specificare se, a suo avviso, il tempo durante il quale le è stato consentito di abbracciare e tenere vicino il suo bambino le sia sembrato adeguato o troppo breve.

■ *Domanda 24*

La domanda intende appurare le modalità del parto preferite dalla donna in assoluto prima di partorire e non in base all'esperienza appena fatta.

## ■ *Allattamento*

■ *Domanda 28*

La donna deve scegliere al massimo due risposte identificando le due fonti informative più importanti in base alla sua esperienza.

## *P*agina 5

---

■ *Domanda 30*

Nel caso in cui la donna abbia allattato al seno o misto specificare per quanti mesi ha attaccato il bambino al seno, se per oltre 8 mesi scrivere comunque il numero 8.

■ *Domanda 31*

L'intervistata deve scegliere una sola risposta, come sempre, quella che ritiene sia stata più importante nella sua esperienza. Con "disinformazione" si fa riferimento ai casi in cui la donna riferisce di non essere stata informata circa l'importanza dell'allattamento al seno o addirittura spinta ad allattare artificialmente. Con "mancanza di sostegno" si fa riferimento ai casi in cui la donna ha deciso di non allattare perchè , specie in caso di difficoltà, non si è sentita aiutata e sostenuta dagli operatori sanitari e/o da parenti e amici. Con "problemi pratici" si fa riferimento alla mancanza di tempo ad esempio a causa del lavoro.

■ *Domanda 42*

Occorre verificare che si sia segnata una risposta (ha favorito, ha ostacolato, non ha influito) per ognuna delle 4 domande (collocazione, orari del nido, atteggiamento degli operatori del reparto e del nido).

■ *Cure al neonato*

■ *Domanda 45*

La domanda fa riferimento non solo a chi ha già avuto figli, ma anche a quei casi in cui la donna per altri motivi (per parentela, o per lavoro es. baby sitter) si è occupata di un neonato.

■ *Domanda 46*

Anche in questo caso, come per la domanda 22, la donna deve esprimere un suo giudizio personale per definire se le opportunità offerte di occuparsi del suo bambino durante la degenza siano state adeguate al suo desiderio o meno.

■ *Domanda 47*

Questa domanda va posta a prescindere dalla opportunità o dalla scelta o meno di effettuare il rooming in. Ci interessa registrare cosa la donna desiderava in assoluto a prescindere da quanto è poi accaduto nella realtà.

■ *Domanda 48*

Si fa riferimento alle informazioni che vengono abitualmente garantite quotidianamente alle mamme da parte dei neonatologi o da altro personale qualificato.

■ *Domanda 52*

Si fa riferimento all'opportunità di essere destinataria di un programma di visite domiciliari in puerperio. Molte donne potrebbero non sapere di cosa si tratta per cui occorre spiegarne il significato e le modalità al momento di porre la domanda.

■ *Contracezione in puerperio*

■ *Domanda 53*

Per modo continuativo si intende l'uso per un periodo di almeno 6 mesi. Spesso le donne considerano metodi contraccettivi solo la pillola e la spirale per cui occorre chiedere come e cosa faceva per non rimanere incinta e/o citare anche le altre possibilità specie il profilattico ed il coito interrotto che in quanto metodi "maschili" vengono difficilmente riferiti dalle intervistate.

■ *Domanda 54*

È possibile una sola risposta per cui l'intervistata deve scegliere la fonte informativa che è stata più importante nella sua esperienza.

■ *Domanda 55*

Anche in questo caso ( come per le domande 22 e 46) se la risposta è affermativa si richiede all'intervistata di esprimere un giudizio soggettivo di soddisfazione o meno rispetto alle informazioni ricevute.

■ *Domanda 56*

Come in altri casi ,dovendo scegliere una sola risposta, occorre invitare la donne ad identificare la fonte informativa risultata di maggiore utilità ed efficacia nella sua esperienza.

■ *Domanda 57*

Per "esaurienti" si intende in grado di soddisfare le sue personali esigenze conoscitive.

■ *Domanda 58*

Anche in questo caso vale quanto detto sui metodi contraccettivi alla domanda 53.

## *P*agina 9

---

■ *Domanda 61*

Come per la domanda 42 occorre accertarsi di aver segnato una risposta (vero, falso o non so) per ognuno dei quattro quesiti.

### *Aspetti psicologici*

■ *Domanda 62*

Chiediamo alla donna se ritiene che gli operatori sanitari si siano interessati esclusivamente alla sua salute fisica o si siano preoccupati anche degli aspetti psicologici dell'evento nascita.

## *P*agina 10

---

■ *Domanda 70*

Come per le domande 42 e 61 accertarsi di aver segnato una risposta (qualificata, sufficiente, incompleta, non so) per ognuna delle 5 opzioni. Nel caso in cui l'intervistata riferisca di non essere entrata in contatto con uno degli operatori citati, ad esempio la puericultrice, non barrare alcuna risposta e scrivere una nota spiegando quanto riferito dalla donna.



■ *Domanda 72*

Nel caso in cui la donna rispondesse “no” ricordarsi di informarla circa la normativa solo una volta ultimata l’intervista.

*P*agina 11 \_\_\_\_\_

■ *Dati socio-demografici*

Per titolo di studio, come per l’età, si intende quello compiuto per cui, ad esempio, occorre avere conseguito il diploma di terza media per avere la licenza media inferiore e non solo aver frequentato i tre anni delle scuole medie. Ricordarsi di segnare il titolo di studio dell’intervistata e del suo marito/partner.

Il nome dell’intervistatrice va scritto in maniera leggibile come pure tutte le eventuali osservazioni relative alle singole interviste.



La finalità di questo studio consiste nel raccogliere informazioni da un campione di donne che partoriranno nei punti nascita che partecipano al progetto per valutare l'attività informativa e di sostegno alle puerpere garantita dagli operatori sanitari con particolare riferimento all'allattamento, alla contraccezione in puerperio, alle cure del neonato ed agli aspetti psicologici.

La selezione del campione viene effettuata su **base temporale**.

Ogni singolo punto nascita si impegna ad intervistare tutte le donne che partoriscono all'interno del periodo in cui si presuppone si verifichi l'aspettato numero di nascite sulla base della loro incidenza annuale.

Al fine di garantire un'adeguata analisi statistica delle eventuali modificazioni registrate nel pre e nel post-test si è calcolata la **dimensione adeguata** del campione per punto nascita che è risultata pari a **100 interviste**. In tal modo è possibile apprezzare in maniera statisticamente significativa modificazioni che siano pari ad almeno il 20%. Modificazioni di conoscenze, attitudini e comportamenti inferiori al 20% sono difatti considerate troppo modeste per gli obiettivi del progetto e pertanto la loro significatività statistica risulta di scarso interesse.

In base alla numerosità mensile dei parti per punto nascita viene definito l'arco temporale durante il quale **tutte le donne che partoriscono** debbono essere intervistate.

Dal **1 Novembre 1999** tutti i punti nascita intervisteranno tutte le donne che partoriscono nella loro struttura per il numero di giorni stabilito. Anche nel caso in cui il numero finale fosse superiore o inferiore alle 100 interviste vanno comunque intervistate tutte le donne che partoriscono nell'arco di giorni prestabilito.

Lo strumento di rilevazione dei dati consiste in:

- ◆ un **QUESTIONARIO** standard che verrà somministrato alle donne selezionate per l'indagine, nel luogo del parto, da una intervistatrice appositamente addestrata.

Il questionario è stato organizzato in **cinque sezioni**, per ognuna delle quali le domande coprono i **tre aspetti di conoscenza, attitudine e pratica**:

PRIMA SEZIONE	Storia ostetrica della donna con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto.
SECONDA SEZIONE	Allattamento.
TERZA SEZIONE	Cure al neonato.
QUARTA SEZIONE	Contracezione in puerperio.
QUINTA SEZIONE	Aspetti psicologici.

Il questionario prevede **domande chiuse e precodificate**. Il tempo medio di somministrazione è di circa 20 minuti.

Le puerpere verranno intervistate all'interno del punto nascita il giorno della dimissione, in un luogo che possa garantire la necessaria tranquillità e riservatezza, da parte di personale appositamente addestrato.

Ogni giorno l'intervistatrice incaricata di tale ruolo da parte del supervisore dovrà registrare con accuratezza tutte le donne ricoverate che hanno partorito nella struttura (ricorrendo ai registri dell'accettazione del pronto soccorso ostetrico e/o ai registri della sala parto). Tenuto conto della degenza media per parto spontaneo e per taglio cesareo si potrà così programmare il numero di interviste da effettuare quotidianamente. Si consiglia, comunque, di verificare nel reparto di degenza la data presunta di dimissione delle singole puerpere in modo da evitare o ridurre al minimo il numero di donne dimesse senza aver partecipato all'indagine.

La scelta del giorno della dimissione per la somministrazione del questionario è funzionale alla necessità di sfruttare tutta la durata della degenza ospedaliera, ma nel caso in cui il giorno della dimissione fosse troppo caotico e pieno di impegni per la donna sarà opportuno anticipare l'intervista al giorno precedente. In base alla routine dei singoli reparti (orario visite mediche, visite dei parenti, allattamento, ecc.) sarebbe opportuno programmare in anticipo gli orari per le interviste in modo da non disturbare le donne e raccogliere dati di qualità.

Le risposte prescelte dalle intervistate vanno segnate facendo una **croce sull'opzione scelta**, come è evidenziato nell'esempio:

- 1.** Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?  
(una sola risposta)
- 1) nessuno
  - 2) ginecologo privato
  - 3) ginecologo privato che lavora anche in ospedale
  - 4) ginecologo di una struttura pubblica
  - 5) ostetrica
  - 6) consultorio familiare
  - 7) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

In caso di **errore** scrivere "no" accanto alla/e risposte segnate erroneamente e "sì" accanto a quella corretta.

- 7.** Ciò che ha imparato durante il corso rispetto al parto, la degenza e l'allattamento si è rivelato:
- no  vero
  - 2) in parte vero
  - sì  totalmente diverso

**Si ritiene opportuno sottolineare che dalla qualità e completezza delle informazioni raccolte dipende la possibilità che lo studio fornisca indicazioni di interesse sanitario.**

### Durante l'intervista

- ▶ L'intervista verrà effettuata nel punto nascita. Sarà necessario identificare in anticipo un luogo idoneo per l'intervista, ovvero, un ambiente in cui la donna possa rispondere ai quesiti nel rispetto della sua privacy, senza la presenza di altre persone e senza fretta.
- ▶ Prima di iniziare l'intervista presentarsi alla donna, mostrare un tesserino di riconoscimento e spiegare che la finalità dello studio è acquisire direttamente dalle donne informazioni su come hanno vissuto l'esperienza del parto e del puerperio nel punto nascita e sul loro grado di soddisfazione al fine di formulare proposte per il miglioramento dell'assistenza alle mamme e ai neonati.
- ▶ Specificare che si tratta di questionari anonimi e che le informazioni raccolte durante l'intervista saranno tutelate dal segreto professionale.
- ▶ Prima di iniziare l'intervista, spiegare alla donna che potrà richiedere eventuali approfondimenti su qualsiasi argomento presente nel questionario e che questi verranno forniti solo al termine dell'intervista in modo da non interromperla.
- ▶ A tale proposito avere cura di annotare, durante l'intervista, gli eventuali quesiti della donna e rispondere alla fine del questionario in base alle proprie conoscenze, oppure indirizzare la donna ad un servizio del territorio dove personale specializzato possa garantire informazioni più approfondite.
- ▶ Rispettare l'ordine delle domande e porle in maniera comprensibile fornendo eventuali spiegazioni di merito che tengano conto, di volta in volta, del livello di istruzione della donna. Le domande non devono essere necessariamente lette così come sono scritte, ma spetta all'intervistatrice scegliere il linguaggio più efficace per comunicare con l'intervistata senza stravolgere il significato dei quesiti.
- ▶ Dedicare la stessa attenzione e tempo a tutte le domande presenti nel questionario, senza privilegiarne alcune rispetto ad altre.
- ▶ Non dare l'impressione che ci possa essere una risposta giusta e condivisibile alla domanda posta. Rimanere sempre neutrali evitando di influenzare le risposte anche qualora l'intervistata lo richiedesse più o meno esplicitamente.
- ▶ Nel caso in cui alcuni quesiti risultassero poco graditi perché troppo personali, o per altri motivi, difendere la posizione dell'intervistata attribuendo la responsabilità della scelta delle domande ai ricercatori dell'ISS. Cercare, tuttavia, di convincere la donna della necessità di fornire l'informazione richiesta.
- ▶ Non saltare alcun quesito e, una volta ultimata l'intervista prima di lasciare la donna, controllare sempre che sia stata riportata la risposta per ogni domanda del questionario.

- ▶ Nel caso in cui qualcosa abbia compromesso la qualità dell'intervista (ad esempio presenza di altre persone, scarso interesse da parte della donna, sensazione che l'intervistata non abbia risposto sinceramente ad alcuni quesiti o altro), scrivere sempre le vostre impressioni nella parte finale del questionario riservata alle osservazioni dell'intervistatrice.
- ▶ In caso di domande aperte (cioè senza risposte elencate nel questionario), o ogniqualvolta sia necessario scrivere qualcosa per esteso (anche il nome dell'intervistatrice), scrivere **stampatello** in maniera leggibile!
- ▶ In caso di rifiuto da parte della donna a partecipare all'indagine, insistere gentilmente per poter raccogliere le informazioni socio-anagrafiche della donna in modo che sia possibile, in una fase successiva, caratterizzare l'insieme dei rifiuti.

## Dopo l'intervista

---

- ▶ Dopo aver terminato l'intervista controllare, appena possibile, che il questionario sia stato interamente compilato. Nel caso in cui mancassero una o più risposte, cercare di ricordare quanto affermato dall'intervistata.
- ▶ Dopo ogni intervista depennare dalla lista delle donne da contattare il nominativo della donna intervistata.
- ▶ Conservare in maniera ordinata e sicura i questionari compilati fino alla loro consegna al responsabile dell'indagine.
- ▶ Registrare le donne non trovate e gli eventuali rifiuti nell'apposito diario giornaliero.
- ▶ Una volta somministrato un primo nucleo di 5 questionari, verificare la qualità dell'informazione raccolta con il coordinatore locale dello studio e presentare eventuali dubbi o problemi riscontrati sul campo.
- ▶ Ultimata la somministrazione dei questionari, questi dovranno essere consegnati al coordinatore locale insieme ad una scheda riepilogativa dell'attività svolta in cui dovranno essere riportati:
  1. il numero delle donne da intervistare;
  2. il numero delle donne intervistate;
  3. il numero di interviste non effettuate specificando le donne non trovate ed i rifiuti;
  4. osservazioni e valutazioni dell'indagine da parte delle intervistatrici.

## IL QUESTIONARIO

Il questionario è articolato in cinque sezioni principali:

- ◆ storia ostetrica della donna con particolare riguardo all'ultima gravidanza e parto;
- ◆ allattamento;
- ◆ cure al neonato;
- ◆ contraccezione in puerperio;
- ◆ aspetti psicologici.

Ogni pagina del questionario ha una parte, a destra della linea a zigzag, riservata alla codifica delle informazioni. Tale spazio deve essere **lasciato in bianco** in modo da permettere la successiva operazione di codifica.

**Ogni domanda**, ad eccezione di quelle escluse da riposte precedenti, **deve avere risposta** anche quando sembra superflua. Infatti, se una risposta viene lasciata in bianco, i codificatori non saranno in grado di capire se il dato è mancante perché la domanda non è stata posta dall'intervistatrice o se l'intervistatrice non ha scritto nulla perché la risposta è apparentemente ovvia. Questo risulta particolarmente vero quando la risposta è "no" o "zero" (esempio "precedenti figli": nel caso in cui la donna non ne abbia avuti, occorre scrivere "zero" e **non lasciare in bianco**).

### SEZIONI SPECIFICHE E MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Rispettare le indicazioni operative poste tra parentesi in alcune domande ad es. "una sola risposta", "tutte le risposte sono possibili" ecc.

In caso si richieda di specificare l'opzione "altro" scrivere per esteso quanto riportato dall'intervistata.

## Pagina 1

---

Le informazioni relative:

- ◆ al numero della scheda (es. da 001 a 100),
- ◆ al nome dell'Ospedale (es. I Clinica Ostetrica Policlinico Umberto I)
- ◆ alle condizioni di salute del neonato (buone, discrete, patologiche secondo il parere del neonatologo)

vanno segnate negli appositi spazi prima di iniziare l'intervista con la donna.

Ogni intervistatrice deve verificare le condizioni di salute del neonato ed in caso di morte neonatale e/o gravi condizioni di patologia la donna non deve essere intervistata.

Tuttavia il numero della scheda, la data di compilazione, il nome dell'ospedale, le condizioni di salute del neonato e la sezione relativa ai dati socio-demografici debbono comunque essere compilate utilizzando i dati reperibili nella cartella clinica.

## Anamnesi ostetrica

### Domanda 1

Anche se la donna è stata seguita da più di un operatore sanitario durante la gravidanza, la donna deve dare una sola risposta scegliendo l'operatore che ha rappresentato il punto di riferimento più importante.

### Domanda 3

Se la donna riferisce di essersi sottoposta a 8 o più di 8 ecografie scrivere comunque il numero 8.

### Domanda 4

La donna può citare tutte le possibili risposte alla domanda.

## Pagina 2

---

### Domanda 6

È possibile una sola risposta, in caso di risposta negativa scegliere tra le prime tre opzioni in base alla motivazione, in caso di risposta affermativa scegliere tra le ultime tre in base al luogo dove il corso è stato frequentato.

### Domanda 9

Occorre raccogliere una risposta per ognuna delle due colonne di risposte quindi la donna deve specificare se si sia sentita ben accolta o spaesata e tranquilla o intimorita.

### Domanda 11

La seconda opzione di risposta (ASL) riguarda le informazioni veicolate attraverso specifici opuscoli o depliant, ma anche quelle relative ad informazioni verbali date da operatori sanitari operanti nelle strutture della ASL. Il Consultorio Familiare ha la dignità di una qualifica a se stante (risposta 4) per valutare il suo contributo specifico.

## Pagina 3

---

### Domanda 14

Raccogliere solo l'informazione relativa al tipo di anestesia praticata durante il parto a prescindere dal fatto che la donna abbia partorito spontaneamente o con taglio cesareo.

### Domanda 16

Secondo una normativa nazionale gli operatori sanitari dovrebbero esibire un tesserino di riconoscimento.



■ *Domanda 18*

Si intende appurare se la donna sia stata informata ed è stato discusso con lei il ricorso a procedure quali il clistere, la tricotomia, l'episiotomia, l'amniorexi, ecc.

■ *Domanda 20*

Ci si riferisce ad una persona di fiducia (partner, madre, amica ecc.) scelta dalla donna aldilà degli operatori sanitari operanti nella struttura al momento del parto.

## **P**agina 4 \_\_\_\_\_

■ *Domanda 22*

In caso di risposta affermativa, la donna deve specificare se, a suo avviso, il tempo durante il quale le è stato consentito di abbracciare e tenere vicino il suo bambino le sia sembrato adeguato o troppo breve.

■ *Domanda 24*

La domanda intende appurare le modalità del parto preferite dalla donna in assoluto prima di partorire e non in base all'esperienza appena fatta.

### **Allattamento**

■ *Domanda 28*

La donna deve scegliere al massimo due risposte identificando le due fonti informative più importanti in base alla sua esperienza.

## **P**agina 5 \_\_\_\_\_

■ *Domanda 30*

Nel caso in cui la donna abbia allattato al seno o misto specificare per quanti mesi ha attaccato il bambino al seno, se per oltre 8 mesi scrivere comunque il numero 8.

■ *Domanda 31*

L'intervistata deve scegliere una sola risposta, come sempre, quella che ritiene sia stata più importante nella sua esperienza. Con "disinformazione" si fa riferimento ai casi in cui la donna riferisce di non essere stata informata circa l'importanza dell'allattamento al seno o addirittura spinta ad allattare artificialmente. Con "mancanza di sostegno" si fa riferimento ai casi in cui la donna ha deciso di non allattare perchè, specie in caso di difficoltà, non si è sentita aiutata e sostenuta dagli operatori sanitari e/o da parenti e amici. Con "problemi pratici" si fa riferimento alla mancanza di tempo ad esempio a causa del lavoro.

### ■ Domanda 42

Occorre verificare che si sia segnata una risposta (ha favorito, ha ostacolato, non ha influito) per ognuna delle 4 domande (collocazione, orari del nido, atteggiamento degli operatori del reparto e del nido).

### ■ Cure al neonato

#### ■ Domanda 45

La domanda fa riferimento non solo a chi ha già avuto figli, ma anche a quei casi in cui la donna per altri motivi (per parentela, o per lavoro es. baby sitter) si è occupata di un neonato.

#### ■ Domanda 46

Anche in questo caso, come per la domanda 22, la donna deve esprimere un suo giudizio personale per definire se le opportunità offertele di occuparsi del suo bambino durante la degenza siano state adeguate al suo desiderio o meno.

#### ■ Domanda 47

Questa domanda va posta a prescindere dalla opportunità o dalla scelta o meno di effettuare il rooming in. Ci interessa registrare cosa la donna desiderava in assoluto a prescindere da quanto è poi accaduto nella realtà.

#### ■ Domanda 48

Si fa riferimento alle informazioni che vengono abitualmente garantite quotidianamente alle mamme da parte dei neonatologi o da altro personale qualificato.

#### ■ Domanda 52

Si fa riferimento all'opportunità di essere destinataria di un programma di visite domiciliari in puerperio. Molte donne potrebbero non sapere di cosa si tratta per cui occorre spiegarne il significato e le modalità al momento di porre la domanda.

### ■ Contracezione in puerperio

#### ■ Domanda 53

Per modo continuativo si intende l'uso per un periodo di almeno 6 mesi. Spesso le donne considerano metodi contraccettivi solo la pillola e la spirale per cui occorre chiedere come e cosa facevano per non rimanere incinta e/o citare anche le altre possibilità specie il profilattico ed il coito interrotto che in quanto metodi "maschili" vengono difficilmente riferiti dalle intervistate.

■ *Domanda 54*

È possibile una sola risposta per cui l'intervistata deve scegliere la fonte informativa che è stata più importante nella sua esperienza.

■ *Domanda 55*

Anche in questo caso ( come per le domande 22 e 46) se la risposta è affermativa si richiede all'intervistata di esprimere un giudizio soggettivo di soddisfazione o meno rispetto alle informazioni ricevute.

■ *Domanda 56*

Come in altri casi ,dovendo scegliere una sola risposta, occorre invitare la donne ad identificare la fonte informativa risultata di maggiore utilità ed efficacia nella sua esperienza.

■ *Domanda 57*

Per "esaurienti" si intende in grado di soddisfare le sue personali esigenze conoscitive.

■ *Domanda 58*

Anche in questo caso vale quanto detto sui metodi contraccettivi alla domanda 53.

## *P*agina 9

---

■ *Domanda 61*

Come per la domanda 42 occorre accertarsi di aver segnato una risposta (vero, falso o non so) per ognuno dei quattro quesiti.

### ■ *Aspetti psicologici*

■ *Domanda 62*

Chiediamo alla donna se ritiene che gli operatori sanitari si siano interessati esclusivamente alla sua salute fisica o si siano preoccupati anche degli aspetti psicologici dell'evento nascita.

## *P*agina 10

---

■ *Domanda 70*

Come per le domande 42 e 61 accertarsi di aver segnato una risposta (qualificata, sufficiente, incompleta, non so) per ognuna delle 5 opzioni. Nel caso in cui l'intervistata riferisca di non essere entrata in contatto con uno degli operatori citati, ad esempio la puericultrice, non barrare alcuna risposta e scrivere una nota spiegando quanto riferito dalla donna.

■ *Domanda 72*

Nel caso in cui la donna rispondesse “no” ricordarsi di informarla circa la normativa solo una volta ultimata l’intervista.

**P**agina 11 \_\_\_\_\_

■ *Dati socio-demografici*

Per titolo di studio, come per l’età, si intende quello compiuto per cui, ad esempio, occorre avere conseguito il diploma di terza media per avere la licenza media inferiore e non solo aver frequentato i tre anni delle scuole medie. Ricordarsi di segnare il titolo di studio dell’intervistata e del suo marito/partner.

Il nome dell’intervistatrice va scritto in maniera leggibile come pure tutte le eventuali osservazioni relative alle singole interviste.

## **ALLEGATO 2**

Questionario - Indagine conoscitiva per la valutazione dell'attività di sostegno e informazione delle partorienti da parte delle ostetriche nei punti nascita

## INDAGINE CONOSCITIVA

### per la valutazione dell'attività di sostegno & informazione delle partorienti da parte delle Ostetriche nei Punti Nascita

Spazio riservato alla codifica  
Lasciare in bianco

NUMERO DELLA SCHEDA

DATA DI COMPILAZIONE   gg   mm   aa

Giornata di compilazione del questionario rispetto alla data del parto

Ospedale \_\_\_\_\_

Condizioni di salute del neonato al momento della compilazione del questionario

- 1) buone
- 2) discrete
- 3) patologiche (*specificare*) \_\_\_\_\_

## ANAMNESI OSTETRICA

1. Da quale figura professionale è stata seguita principalmente durante la gravidanza?  
(una sola risposta)

- 1) nessuno
- 2) ginecologo privato
- 3) ginecologo privato che lavora anche in ospedale
- 4) ginecologo di una struttura pubblica
- 5) ostetrica
- 6) consultorio familiare
- 7) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

2. In quale mese di gravidanza ha effettuato la prima visita di controllo?

Mese

3. Quante ecografie ha eseguito durante questa gravidanza? (*se più di 8, scrivere 8*)

Numero ecografie

4. Ha avuto dei disturbi durante questa gravidanza?  
(tutte le risposte sono possibili)

- 1) no
- 1) sì, nausea/vomito
- 1) sì, minaccia d'aborto
- 1) sì, infezioni delle vie urinarie
- 1) sì, diabete
- 1) sì, ipertensione
- 1) sì, minaccia di parto pre-termine
- 1) sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

5. Nel corso di questa gravidanza è dovuta stare a letto per più di una settimana?

- 1) no
- 2) sì

**6.** Ha partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante questa gravidanza?

(una sola risposta)

- 1) no, non lo ritiene utile
- 2) no, non aveva tempo
- 3) no, per altri motivi (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 4) sì, presso un ospedale
- 5) sì, presso un consultorio familiare
- 6) sì, presso una struttura privata

**7.** Ciò che ha imparato durante il corso rispetto al parto, la degenza e l'allattamento si è rivelato:

- 1) vero
- 2) in parte vero
- 3) totalmente diverso

**8.** Dove avrebbe desiderato partorire?

- 1) in una struttura pubblica
- 2) in una struttura convenzionata
- 3) in una struttura privata
- 4) a domicilio

**9.** Al momento del ricovero si è sentita (*una risposta per ogni colonna*):

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1) ben accolta | 1) tranquilla |
| 2) spaesata    | 2) intimorita |

**10.** Ritiene che l'accoglienza ricevuta nel reparto ostetrico sia stata:

- 1) ottima
- 2) buona
- 3) sufficiente
- 4) carente

**11.** Prima del parto aveva avuto sufficienti informazioni sulle modalità di assistenza al parto ed al puerperio in uso nella struttura dove ha partorito?

- 1) no
- 2) sì, dalla ASL (ospedale, ambulatori, opuscoli, ecc.)
- 3) sì, da amici, parenti
- 4) sì, dal consultorio familiare
- 5) sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**12.** Il parto è stato:

- 1) spontaneo con episiotomia
- 2) spontaneo senza episiotomia
- 3) è stata utilizzata la ventosa
- 4) è stato utilizzato il forcipe
- 5) taglio cesareo elettivo
- 6) taglio cesareo d'urgenza

**13.** Ha ricevuto informazioni riguardo il parto in analgesia epidurale?

*(una sola risposta)*

- 1) no, da nessuno
- 2) sì, dall'anestesista in ospedale
- 3) sì, dal ginecologo in ospedale
- 4) sì, dall'ostetrica in ospedale
- 5) sì, altro *(specificare)* \_\_\_\_\_

**14.** È stata sottoposta a qualche forma di analgesia/anestesia per il parto?

- 1) no, nessuna
- 2) sì, generale
- 3) sì, epidurale
- 4) sì, locale

**15.** È stata assistita da persone che lei già conosceva?

- 1) no
- 2) sì

**16.** Era a conoscenza del nome di coloro che l'assistevano?

- 1) no
- 2) sì

**17.** Il personale che l'ha seguita durante il travaglio e durante il parto l'ha aiutata ad utilizzare quanto aveva appreso durante il corso di preparazione al parto?

- 1) no
- 2) sì

**18.** È stato richiesto il suo parere sull'effettuazione di qualche procedura

*(clistere, tricotomia, episiotomia, ecc.)?*

- 1) no
- 2) sì

**19.** Le è stato consentito di scegliere la posizione che lei preferiva al momento del parto?

- 1) no
- 2) sì

**20.** Avrebbe desiderato avere vicino una persona di fiducia durante il parto

*(partner, amica, ecc.)?*

- 1) no
- 2) sì

**21.** Se sì, ha avuto questa opportunità?

- 1) sì
- 2) no, perché la struttura prescelta non lo permetteva
- 3) no, altro *(specificare)* \_\_\_\_\_





- 30.** Se non ha allattato al seno, per quale motivo? (*una sola risposta*)
- 1) per disinformazione
  - 2) per mancanza di sostegno
  - 3) per problemi pratici
  - 4) per problemi psicologici
  - 5) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 31.** Durante la gravidanza pensava di fare un allattamento:
- 6) al seno
  - 7) artificiale
  - 8) misto (al seno/artificiale)
- 32.** Come ha allattato il suo bambino fino ad oggi?
- 1) al seno
  - 2) artificialmente
  - 3) misto (al seno/artificiale)
- 33.** Se ha allattato durante il ricovero, dopo quanto tempo ha attaccato al seno il bambino per la prima volta dopo il parto?
- 1) subito
  - 2) dopo poche ore
  - 3) il giorno dopo
  - 4) dopo più di due giorni
- 34.** Durante l'allattamento al seno ha avuto problemi?
- 1) no, nessuno
  - 2) sì, difficoltà di posizione
  - 3) sì, paura di non avere sufficiente latte
  - 4) sì, dolore durante l'allattamento (ragadi, contrazioni uterine, ecc.)
  - 5) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 35.** L'assistenza all'allattamento da parte del personale è stata:
- 1) regolarmente offerta in termini di aiuto e sostegno
  - 2) solo su richiesta in caso di bisogno
  - 3) entrambe le precedenti
- 36.** Quale figura professionale l'ha aiutata maggiormente per l'allattamento? (*una sola risposta*)
- 1) nessuno
  - 2) l'ostetrica
  - 3) l'infermiera professionale
  - 4) il ginecologo
  - 5) il pediatra
  - 6) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**37.** In base alle sue conoscenze, quando sarebbe opportuno iniziare l'allattamento al seno?

- 1) entro la prima ora
- 2) dopo 4 ore
- 3) dopo 24 ore
- 4) con la montata latte della terza giornata
- 5) non so

**38.** Sa cos'è il colostro?

- 1) no
- 2) sì

**39.** Se sì, ritiene che sia sufficiente come alimento nei primi giorni di vita?

- 1) no
- 2) sì
- 3) non so

**40.** Per quanto tempo una donna può allattare il suo bambino senza introdurre altro cibo?

- 1) un mese
- 2) due mesi
- 3) sei mesi
- 4) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 5) non so

**41.** Nella sua esperienza i seguenti aspetti dell'organizzazione della struttura dove ha partorito hanno favorito, ostacolato o non hanno influito sull'allattamento al seno?

*favorito    ostacolato    non hanno influito*

- 1) la collocazione del nido rispetto al reparto
- 2) gli orari di accesso al nido
- 3) l'atteggiamento degli operatori del reparto
- 4) l'atteggiamento degli operatori del nido

**42.** Ritiene che le informazioni ricevute in ospedale siano sufficienti per farla sentire autonoma e sicura nell'allattamento?

- 1) no
- 2) sì
- 3) non so

**43.** L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che "si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento al seno, anche prima che sia lasciata la sala parto" lei:

- 1) è d'accordo
- 2) non è d'accordo
- 3) non sa, non ha elementi per giudicare

**44.** Ha già accudito altri neonati?

- 1) no
- 2) sì

**45.** Durante la degenza ha avuto modo di prestare delle cure a suo figlio?

- 1) no
- 2) sì, come desiderava
- 3) sì, ma non come desiderava

**46.** Avrebbe desiderato avere il bambino sempre in camera con lei?

- 1) no
- 2) sì
- 3) non so

**47.** Ritiene che durante la degenza le siano state fornite informazioni sufficienti riguardo lo stato di salute del bambino?

- 1) no
- 2) sì

**48.** Chi le ha dato le informazioni quotidianamente? (*una sola risposta*)

- 1) pediatra
- 2) puericultrice
- 3) ostetrica
- 4) nessuno
- 5) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**49.** Si sente in grado di applicare le cure al moncone ombelicale?

- 1) no
- 2) sì

**50.** Ritiene di aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa?

- 1) no
- 2) sì

**51.** Riterrebbe utile poter usufruire di visite ostetriche a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?

- 1) no
- 2) sì

**52.** In passato ha usato metodi per non rimanere incinta in modo continuativo?  
(almeno 6 mesi)

- 1) sì, ormonali (pillola, iniettabili, impianti)
- 2) sì, meccanici (spirale)
- 3) sì, di barriera (profilattico, diaframma)
- 4) sì, naturali (ogino -knaus, billings, temperatura basale)
- 5) sì, coito interrotto
- 6) sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 7) no, non ne avevo bisogno
- 8) no, sono contraria

 

**53.** Durante la gravidanza è stata informata circa la contraccezione da utilizzare in puerperio? (*una sola risposta*)

- 1) no, da nessuno
- 2) sì, dall'operatore sanitario che mi ha seguita in gravidanza
- 3) sì, durante il corso di preparazione alla nascita
- 4) sì, da libri/riviste
- 5) sì, dalle amiche
- 6) sì, da un familiare

**54.** Dopo il parto ha ricevuto informazioni sulla ripresa dei rapporti sessuali?

- 1) sì, in maniera soddisfacente
- 2) sì, in maniera non soddisfacente
- 3) no, da nessuno

**55.** Dopo il parto è stata informata circa la contraccezione in puerperio? (*una sola risposta*)

- 1) no, da nessuno
- 2) sì, dal medico
- 3) sì, dall'ostetrica
- 4) sì, da libri/riviste
- 5) sì, dalle amiche
- 6) sì, dai familiari
- 7) sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

**56.** Le eventuali informazioni ricevute le sembrano:

- 1) esaurienti
- 2) non esaurienti

**57.** Pensa di usare un contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali? (*una sola risposta*)

- 1) sì, ormonali (pillola, depo -provera, impianti)
- 2) sì, meccanici (spirale)
- 3) sì, di barriera (profilattico, diaframma)
- 4) sì, naturali (ogino -knaus, billings, temperatura basale)
- 5) sì, altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- 6) no, non ne ho bisogno
- 7) no, sono contraria
- 8) non so

**58.** Se sì, pensa di coinvolgere suo marito nella scelta?

- 1) sì,
- 2) no
- 3) non so

**59.** In base alle sue conoscenze quale è il periodo del mese in cui è più facile restare incinta?

- 1) subito prima delle mestruazioni
- 2) subito dopo le mestruazioni
- 3) circa a metà ciclo
- 4) durante le mestruazioni

**60.** Secondo le sue conoscenze quali delle seguenti affermazioni sono esatte e quali sbagliate?

*vero falso non so*

- 1) durante l'allattamento al seno è impossibile rimanere incinta
- 2) è possibile rimanere incinta solo dopo la prima mestruazione dopo il parto (capo parto)
- 3) per usare la pillola occorre sospendere l'allattamento al seno
- 4) per usare il profilattico e/o la spirale occorre sospendere l'allattamento al seno

1 2 3

1 2 3

1 2 3

1 2 3

## ASPETTI PSICOLOGICI

**61.** Ritiene che l'assistenza ricevuta abbia interessato:

- 1) l'aspetto fisico
- 2) l'aspetto psicologico
- 3) entrambi

**62.** Ritiene che durante tutta la degenza le sue scelte o le sue opinioni siano state prese in considerazione dagli operatori sanitari della struttura?

- 1) no
- 2) sì
- 3) sì, ma solo in parte

**63.** Complessivamente, da quando ha partorito si è sentita:

- 1) per lo più felice
- 2) per lo più depressa
- 3) a momenti felice e a momenti depressa

**64.** Ritiene che la nascita del bambino possa cambiare il suo rapporto di coppia?

- 1) no
- 2) sì, lo arricchirà
- 3) sì, potrebbe creare delle difficoltà

**65.** Ha avuto modo di ricevere attenzione e sostegno psicologico dal personale del reparto?

- 1) no
- 2) sì, (*specificare da chi*) \_\_\_\_\_

**66.** Durante la degenza il suo bisogno di privacy è stato:

- 1) sempre rispettato
- 2) non sempre rispettato
- 3) mai rispettato

**67.** La durata della degenza le è sembrata:

- 1) troppo lunga
- 2) troppo breve
- 3) giusta

**68.** Le è capitato, durante la degenza ospedaliera, di ricevere informazioni contraddittorie su uno o più aspetti relativi alla sua salute e/o a quella del bambino?

- 1) no
- 2) sì e la cosa mi ha messo in agitazione
- 3) sì, ma la cosa non mi ha preoccupato

**69.** In base alla sua esperienza durante il ricovero definisca la qualità dell'assistenza garantita da diversi operatori:

	<i>qualificata</i>	<i>sufficiente</i>	<i>incompleta</i>	<i>non so</i>	
1) pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ginecologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ostetrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) infermiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) puericultrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**70.** Una volta tornata a casa pensa di ricevere sostegno da suo marito o da altre persone?

- 1) no
- 2) sì

**71.** Conosce la legge che regola i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza?

- 1) no
- 2) sì

**72.** Pensa che sia utile svolgere indagini conoscitive tramite interviste alle donne che hanno partorito per conoscere il loro giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta?

- 1) no
- 2) sì
- 3) non so

## DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

ETÀ COMPIUTA

### STATO CIVILE:

- 1) coniugata/convivente
- 2) nubile
- 3) separata/divorziata

### PROFESSIONE:

- 1) casalinga
- 2) studentessa
- 3) impiegata
- 4) commerciante
- 5) operaia
- 6) libero professionista
- 7) insegnante
- 8) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

### PROFESSIONE DEL MARITO:

- 1) operaio
- 2) impiegato
- 3) commerciante
- 4) libero professionista
- 5) altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

### TITOLO DI STUDIO

- |                               | <i>suo</i>               | <i>del marito/partner</i> |   |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|---|
| 1) nessuno/licenza elementare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |   |
| 2) licenza media inferiore    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |   |
| 3) licenza media superiore    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |   |
| 4) laurea                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Precedenti figli

Precedenti aborti spontanei

Precedenti IVG

*Si ringrazia per la collaborazione*

NOME INTERVISTATRICE \_\_\_\_\_

EVENTUALI OSSERVAZIONI

---

---

---



## **ALLEGATO 3**

Manuale per la codifica del questionario

*Istituto Superiore  
di Sanità*

*Federazione Nazionale  
dei Collegi delle Ostetriche*

**m a n u a l e**

per la codifica del

**Q**uestionario

progetto grafico *Sandra Sinetti*

**I**NDAGINE CONOSCITIVA  
per la valutazione dell'attività di sostegno & informazione delle partorienti  
da parte delle **O**stetriche nei Punti Nascita

