

GRAVIDANZA E PARTO: una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile

Linda Laura Sabbadini
Direttore centrale delle indagini su condizioni e qualità della vita

Premessa

In Italia fino ad oggi sono state poco sviluppate indagini statistiche su gravidanza e parto e quando ciò è avvenuto le rilevazioni non coprivano l'intero territorio nazionale.

Per anni l'informazione statistica ufficiale si è basata solo su dati presenti nei certificati di assistenza al parto che non permettevano di ricostruire la storia della gravidanza, anche se erano la fonte di importanti informazioni su modalità, luogo e tipologia del parto.

Con l'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'Istat nel 1999-2000 su un campione di 60mila famiglie, viene affrontato il tema in modo complessivo: le informazioni rilevate permettono, infatti, di fare il punto sulla situazione della donna in gravidanza, durante il parto e dopo il parto. Il rapporto con i servizi, i corsi di preparazione al parto, il coinvolgimento dei futuri padri durante il parto, sono soltanto alcuni degli aspetti affrontati. Le domande sono state rivolte alle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni e si riferiscono quindi all'esperienza di 2milioni e 439mila donne.

Il campione è stato ampliato per garantire una maggiore solidità delle stime a livello regionale sulla base di una convenzione con Ministero della Sanità e Regioni. I contenuti relativi a gravidanza e parto sono stati progettati insieme al Dipartimento Pari Opportunità anche in virtù di quanto indicato dalla piattaforma della quarta Conferenza mondiale sulle donne di Pechino (1995) nel punto in cui viene affrontato il problema della salute riproduttiva nel più ampio contesto dell'uguaglianza di genere, dando indicazione ai Governi di prestare la massima attenzione al tema e di approntare tutte le misure necessarie perché le donne di tutto il mondo possano affrontare con serenità e sicurezza gli eventi cruciali della gravidanza e del parto. La raccolta di dati statistici e di informazioni dettagliate su tali argomenti viene considerata un'assoluta priorità per individuare i fattori economici e sociali che ostacolano la salute di donne e bambine nel mondo. "Solo così le politiche sociali – spiega il documento - in favore delle donne, i servizi materno infantili e di prevenzione potranno essere tarati sui reali bisogni femminili."

1. Gravidanze sempre più tardive

Negli ultimi anni si fanno sempre meno figli e sempre più tardi. L'età media delle donne al parto del primo figlio è aumentata da 25,2 anni nel 1981 a 28,2 nel 1996. Aumentano anche le gravidanze di donne di 35 anni e più: nel 1990 erano 65mila (pari all'11,5% del totale), nel 1996 sono diventate 81mila (il 15,5%).

L'aumento dell'età alla nascita dei figli incide sul comportamento delle donne nel corso della gravidanza e sulla loro esperienza durante il parto. Ma, come si vedrà, le differenze nei comportamenti delle donne delle diverse fasce di età non sono poi così elevate. Emerge complessivamente un'attenzione particolare delle donne nei confronti dell'esperienza della gravidanza e del parto, una nuova coscienza femminile e nello stesso tempo un nuovo protagonismo maschile.

2. I disturbi in gravidanza e le gravidanze a rischio

Il 60% delle donne ha avuto disturbi in gravidanza.

I disturbi più diffusi sono: nausea-vomito (49,9%), patologie venose (20,9%), minaccia di aborto (16%), minaccia di parto pretermine (12%), infezioni delle vie urinarie (9,3%) (Tav. 1). Il 4,5% delle donne ha sofferto di ipertensione, il 3,3% di gestosi e l'1,5% di diabete.

Tav. 1 – Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo i disturbi sofferti in gravidanza per età al parto - (quozienti per 100 donne della stessa età)

	Totale	fino a 24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40 anni e più
Nausea – vomito	49.9	49.4	51.1	51.3	43.9	51.8
Patologie venose	20.9	17.7	20.0	21.4	24.4	18.2
Minacce di aborto	16.0	13.3	15.9	17.5	14.4	16.3
Minacce di parto pretermine	12.0	7.1	12.6	12.7	13.5	9.2
Infezione vie urinarie	9.3	11.5	10.7	8.0	8.3	10.1
Ipertensione	4.5	3.2	4.3	4.6	5.6	4.1
Gestosi	3.3	2.9	4.4	2.7	2.9	3.7
Diabete	1.5	0.2	1.1	2.0	2.2	2.0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

Il 20,7% delle donne con disturbi è stata a letto nel periodo della gravidanza per più di 7 giorni. Il 15,7% è stato ricoverato durante la gravidanza. L'8,6% è stata ricoverata per meno di 7 giorni, il 4,7% tra 7 e 14 giorni, il 2,8% tra 15 e 30 giorni e l'1,9% per più di un mese (Tav.2). Sono soprattutto le donne di 40 anni e più ad avere lunghi periodi di permanenza a letto in gravidanza (28,9%).

Tavola 2 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista con episodi di allettamento e ricovero in gravidanza per età al parto - (quozienti per 100 donne della stessa età)

	TOTALE	Fino a 24 anni	25 - 29 anni	30 - 34 anni	35 - 39 anni	40 anni e più
A letto per più di 7 giorni	20.7	16.3	21.7	21.6	18.0	28.9
Ricovero in ospedale	15.7	15.8	16.9	15.1	14.4	18.9
Ricovero in ospedale per più di 7 giorni	7.4	4.9	8.4	8.0	5.0	11.2

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000' Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

3. Quale medico ha seguito la gravidanza

Il 99% delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni sono state seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza. Un dato elevato come negli altri paesi dell'Europa occidentale. La figura professionale preferita dalle donne è quella del ginecologo privato che lavora in una struttura pubblica (49,9%), segue il ginecologo privato (31,1%) e quello che lavora unicamente in una struttura pubblica (15,7%). E' stato seguito principalmente da un'ostetrica l'0,8% delle donne.

Le donne del Nord-est si rivolgono di più al ginecologo che lavora a tempo pieno nella struttura pubblica (27%) e a ginecologi privati che lavorano nel pubblico (51,1%). E' nel Sud e nelle Isole, invece, che emerge il ricorso maggiore a ginecologi privati (39,3% e 35,9%) e così anche tra le donne dirigenti, imprenditrici e libere professioniste (36,6%) (Tav. 3).

Il 25,3% delle donne si è rivolta ad una ginecologa. Questo tipo di scelta avviene più nel Nord-est e nel Centro del paese (31,3% e 33,1%) e meno nel Sud (18,2%), anche in conseguenza della presenza di ginecologhe nelle diverse aree del paese.

Tavola 3 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo la figura professionale che le ha seguite durante la gravidanza (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Ginecologo privato	Ginecologo privato che lavora in una struttura pubblica	Ginecologo che lavora solo in strutture pubbliche	Medico di famiglia	Ostetrica	Nessuno	Totale
Nord-ovest	26,7	55,4	14,4	1,6	0,8	1,0	100,0
Nord-est	20,0	51,1	27,0	1,8	0,1		100,0
Centro	31,3	52,6	12,9	2,0	1,1	0,1	100,0
Sud	39,3	46,5	10,4	1,7	1,1	1,0	100,0
Isole	35,9	41,4	18,6	1,1	1,8	1,2	100,0
ITALIA	31,1	49,9	15,7	1,7	0,8	0,7	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari' 1999-2000. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

4. L'assistenza prenatale: la prima visita medica, la prima ecografia

Nonostante non esista ancora un protocollo universale a cui fare riferimento è normalmente considerato importante avviare controlli entro i primi tre mesi della gravidanza.

La durata media e mediana della gravidanza alla prima visita è pari al secondo mese (Tav. 4). Soltanto lo 0,4% delle donne non ha effettuato visite durante tutto il periodo della gravidanza; il 23,9% ha effettuato la prima visita al primo mese, il 43,3% al secondo, il 25,7% al terzo; solo il 6% dopo il terzo mese.

I controlli prenatali tardivi o assenti sono solitamente associati ad una bassa età della donna e ad un suo basso livello di istruzione e di status socio economico. In effetti, il 13,2% delle donne con meno di 24 anni ha effettuato visite mediche solo dopo il terzo mese e il 15% di quelle con licenza elementare.

Il valore mediano della prima ecografia è pari al terzo mese. Il 12,9% delle donne hanno effettuato l'ecografia il primo mese, il 30,1% il secondo mese, il 41,7% il terzo mese. Sono sempre le donne più giovani e con titolo di studio più basso a fare ecografie più tardivamente.

5. Il numero di visite, ecografie e analisi del sangue: un eccesso di medicalizzazione?

Il numero medio di visite mediche durante la gravidanza è stato pari a 6,9, più alto tra le laureate (7,6) e più basso tra le donne con licenza elementare (5,8). Il 53,9% delle donne ha fatto 7 o più visite. Le donne che si rivolgono a ginecologi che lavorano solo in strutture pubbliche fanno meno visite delle altre.

Il numero medio di ecografie è stato 5,2 (Tav. 4). Una donna su quattro ne ha fatte addirittura 7 o più. Anche in questo caso sono le donne seguite da ginecologi in strutture pubbliche a farne di meno, mentre quelle seguite da ginecologi privati ne fanno di più. Se si considerano le analisi del sangue emerge che il 75,2% delle donne ne ha fatte 4 o più. Le punte più alte sono raggiunte nell'Italia centrale (86,5%) e nell'Italia insulare (81,4%).

Da questi dati sembra emergere una forte medicalizzazione della gravidanza e sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche. Il dato è elevato non solo per le donne in età avanzata e che hanno avuto gravidanze difficili, ma anche per coloro che hanno vissuto una gravidanza fisiologica. Infatti, chi ha avuto minaccia di parto pretermine ha fatto, in media, una visita in più (7,8 contro 6,8) e così chi ha avuto minacce d'aborto (7,6 contro 6,8).

Per il numero medio di ecografie il dato più elevato emerge nel Sud e nelle Isole (rispettivamente 5,5 e 5,8), mentre nel Nord-ovest si osserva il più alto numero medio di visite (7,4).

Tavola 4 - Visite, ecografie e analisi del sangue effettuate durante la gravidanza dalle donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista

Numero medio visite durante la gravidanza	6,9
Numero mediano visite durante la gravidanza	7,0
Mese mediano prima visita	2° mese
Numero medio ecografie durante la gravidanza	5,2
Numero mediano ecografie durante la gravidanza	5
Mese mediano prima ecografia	3° mese
% donne che hanno fatto 4 o più esami del sangue	75,2

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

6. I tipi di analisi svolti in gravidanza

Un dato importante emerge riguardo ai tipi di analisi svolte dalla donna prima o durante la gravidanza. L'82,5% ha svolto il toxo test, il 78,6% il Rubeo test, l'80,6% il fattore Rh, il 66% l'epatite B e il 65,1% l'HIV. Livelli più bassi, al disotto del 50%, sono quelli relativi a citomegalovirus (44,3%), herpes virus (43,5%) e microcitemia (42,6%) (Tav. 5).

Le donne più giovani si sottopongono meno frequentemente a tutti i tipi di analisi (fino a 24 anni il 69,7% ha svolto il toxo test, il 67,1% il Rubeo test). Anche il titolo di studio ha una grande influenza: ha svolto il toxo test l'88,3% delle laureate e il 56,9% delle donne con licenza elementare, il Rubeo test l'83,2% delle laureate e il 54,6% di quelle con licenza elementare.

Le impiegate effettuano più frequentemente analisi in gravidanza, mentre le casalinghe lo fanno meno frequentemente. Da un punto di vista territoriale si evidenzia un ricorso molto più elevato ai

controlli sulla microcitemia nell'Italia insulare (68,3%) dove è più diffuso il fenomeno. Il Sud presenta valori sistematicamente più bassi nei controlli rispetto a tutti gli esami considerati.

Tavola 5 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista per tipo di esame eseguito prima e/o durante la gravidanza, classe di età e ripartizione geografica di residenza (quozienti per 100 donne della stessa età)

	Microcitemia	Toxo-test	Rubeo test	HIV	Herpes Virus	Citomegalo virus	Epatite B	Fattore RH	Altro
ETA' AL PARTO									
fino a 24 anni	40,7	69,7	67,1	55,1	38,8	32,5	55,2	70,9	22,6
25-29	45,5	80,5	78,2	65,4	42,3	42,8	63,6	80,9	27,7
30-34	40,0	85,6	80,9	66,6	43,4	44,9	69,3	82,6	33,4
35-39	44,7	87,6	82,3	69,2	47,9	52,8	69,7	82,9	36,9
40 e +	43,2	83,8	78,0	59,7	52,6	52,0	68,7	75,5	37,2
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA									
Nord-ovest	38,8	88,5	83,7	69,6	35,7	42,5	62,8	82,5	32,7
Nord-est	25,5	88,5	80,3	70,1	44,3	43,2	62,8	77,1	25,7
Centro	43,5	91,7	80,2	73,0	51,2	55,7	76,5	84,8	34,8
Sud	44,1	69,3	71,2	52,7	40,5	38,2	61,3	77,4	28,1
Isole	68,3	79,3	80,8	66,3	53,3	46,6	71,9	82,6	37,0
TOTALE	42,6	82,5	78,6	65,1	43,5	44,3	66	80,6	31,1

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

7. La diagnosi prenatale: informazione e utilizzo

Il 16,9% delle donne non è stato informato da nessuno circa la possibilità della diagnosi prenatale. La proporzione delle donne non informate raggiunge il 24,3% nelle Isole e il 21,3% nel Sud, mentre si abbassa all'11,3 % nel Nord-ovest. L'informazione sulla diagnosi prenatale è maggiore tra le donne con titolo di studio più alto. La scarsa informazione riguarda il 30,1% delle donne con licenza elementare, il 24,8% delle operaie, il 22,3% delle casalinghe. Le più informate risultano le impiegate; le giovani fino a 24 anni sono le meno informate (29,9%). Al crescere dell'età aumenta l'informazione. Solo il 4,4% delle donne che hanno partorito a 40 anni e più non ha ricevuto informazioni sulla diagnosi prenatale. Il 72,1% delle donne si è sottoposto all'ecografia morfologico-fetale, il 34% al tri-test, il 23,6% all'amniocentesi, il 19,8% al dosaggio dell'alfafetoproteina, il 5,8% al prelievo dei villi coriali.

Le donne in età più avanzata ricorrono più frequentemente all'amniocentesi e al prelievo dei villi coriali, mentre il tri-test è più utilizzato dalle 30-34enni (Tav. 6).

Tavola 6 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo l'informazione sulla diagnosi prenatale e le tecniche utilizzate per età al parto (quozienti per 100 donne della stessa età)

ETA' AL PARTO	Informata su diagnosi prenatale	Dosaggio alfa fetoproteine	Prelievo villi coriali	Amniocentesi	Ecografia morfologico-fetale	Tri-test	Altro
fino a 24 anni	70,1	12,1	5,5	11,8	67,2	28,7	5,5
25 - 29 anni	77,2	14,9	4,0	14,6	70,6	32,9	8,4
30 - 34 anni	87,8	21,3	4,5	20,0	74,0	38,6	8,9
35 - 39 anni	89,8	28,7	10,5	52,9	74,1	29,6	7,3
40 anni e più	95,6	31,6	17,3	54,2	72,6	27,4	10,7
TOTALE	83,1	19,8	5,8	23,6	72,1	34,0	8,2

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

8. La partecipazione ai corsi di preparazione al parto: coinvolti anche i padri

Il 30,4% delle donne ha partecipato ad un corso di preparazione al parto; il 15,7% presso un ospedale, il 10,8% presso un consultorio e il 3,9% presso una struttura privata.

È nel Nord-ovest che le donne frequentano di più corsi di preparazione al parto (45,5%) e, in particolare, in Piemonte (49,5%). È invece nel Sud che le donne li frequentano meno (10,5%) (Tav. 7). I corsi sono più frequentati dalle donne laureate (47,2%) o diplomate (38,6%), molto meno da chi ha la licenza media (23,3%) o elementare (3,8%).

Tavola 7 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista per tipo di struttura nella quale hanno partecipato ad un corso di preparazione al parto e area geografica di residenza (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Hanno partecipato al corso	presso un ospedale	presso un consultorio	presso strutture private
Nord-ovest	45,5	33,1	8,9	3,4
Nord-est	41,6	22,9	15,3	3,4
Centro	39,0	13,7	18,0	7,3
Sud	10,5	2,8	5,4	2,3
Isole	18,7	4,0	10,7	4,0
ITALIA	30,4	15,7	10,8	3,9

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

I corsi di preparazione al parto sono più seguiti dalle impiegate (47,3%) e dalle dirigenti, imprenditrici e libere professioniste (42,8%), meno dalle operaie (32,7%) e meno di tutte dalle casalinghe (16%). Tra le donne che hanno frequentato il corso di preparazione al parto quasi la metà lo ha fatto con il proprio partner. Nel 13,3% dei casi la presenza del partner è stata assidua, nel 6,6% il futuro padre è stato presente spesso e nel 27,6% solo qualche volta. La presenza dei futuri padri è stata maggioritaria nel Nord-ovest (61,2%) e minoritaria nel Sud (28,6%). E' sempre il Piemonte a presentare i valori più alti di coinvolgimento del partner (75,5%). I mariti delle donne impiegate sono i più coinvolti nei corsi (55,6%).

Tavola 8 – Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista e non hanno partecipato a corsi di preparazione al parto secondo il motivo per il quale non hanno partecipato e l'area geografica di residenza - (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Già frequentato durante un'altra gravidanza	Non è utile	Non c'è struttura disponibile/non è nelle vicinanze	Problemi di tempo	Non ne conoscevo l'esistenza	Altro	Totale
Nord-ovest	32,6	22,1	8,7	23,5	2,5	10,5	100,0
Nord-est	36,3	16,0	7,8	21,0	3,9	15,1	100,0
Centro	36,5	13,6	14,3	22,2	2,1	11,3	100,0
Sud	11,0	15,4	33,0	21,6	10,1	8,9	100,0
Isole	11,0	20,3	30,0	18,0	8,7	12,0	100,0
ITALIA	22,7	17,2	21,4	21,4	6,3	10,9	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

Ma per quale motivo il 69,6% delle donne che ha sperimentato un parto negli ultimi cinque anni non ha partecipato a corsi di preparazione? In primo luogo perché la donna aveva già frequentato un corso per un'altra gravidanza (22,7%), in secondo luogo perché non esisteva una struttura

disponibile (21,4%), o per mancanza di tempo (21,4%). Il 17,2% delle donne inoltre non lo ha ritenuto utile, mentre il 6,3% non ne conosceva proprio l'esistenza (Tav. 8). La scarsa informazione è maggiore per le donne con la licenza elementare (17,2%) e lo stesso vale per la percezione di inutilità dei corsi (24,3 %). Tra le laureate che non hanno frequentato corsi di preparazione al parto è maggiore la presenza di coloro che avevano già frequentato un corso in precedenza (34,2 %), ma anche di quelle che dichiarano di avere avuto scarsa disponibilità di tempo (25,7%)

9. Il fumo in gravidanza

Il 25,7% delle donne (circa 625.000 unità) aveva l'abitudine di fumare prima della gravidanza; una volta concepito il bambino, il 62% delle fumatrici ha sospeso il consumo di tabacco durante la gestazione, il 29,6% ne ha diminuito la quantità quotidiana, solo il 7,4% ha continuato a fumare come prima e una quota irrisoria (1%) dichiara di aver aumentato la quantità quotidiana di sigarette: la gravidanza innesca quindi nella maggioranza dei casi comportamenti responsabili modificando lo stile di vita materno, anche se una percentuale piuttosto elevata di donne (il 38%) che fumava prima del concepimento continua a farlo durante la gravidanza anche se spesso in maniera ridotta. Nel Sud d'Italia le percentuali sono più sfavorevoli: il 55% delle donne che fumavano smette di fumare in gravidanza, il 26,1% diminuisce la quantità e il 17% non modifica le proprie abitudini. Al contrario, le percentuali più favorevoli si osservano al Nord, in particolare nell'Italia nord orientale, dove il 70,5% delle future mamme, fumatrici prima della gravidanza, sospende il fumo, il 27,7% ne diminuisce la quantità e soltanto l'1,8% non modifica le proprie abitudini. Il livello di istruzione gioca un ruolo fondamentale nell'indurre la futura madre a sospendere il fumo durante la gravidanza: sono molto più numerose le donne diplomate o laureate che smettono di fumare durante le gestazione rispetto alle gestanti meno istruite.

Nel complesso, dunque, le donne manifestano un elevato grado di consapevolezza dell'estrema rischiosità del fumo durante la gravidanza e, nella gran parte dei casi, modificano le loro abitudini rispetto al fumo (Tav. 9).

Tavola 9 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo il cambiamento di abitudine al fumo durante la gravidanza per area geografica di residenza

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	% fumatrici prima della gravidanza (a)	Hanno sospeso (b)	Hanno diminuito (b)	Hanno aumentato (b)	Non hanno modificato l'abitudine (b)	Totale
Nord-ovest	24,5	59,7	34,3	3,3	2,8	100,0
Nord-est	26,0	70,5	27,7	0,0	1,8	100,0
Centro	30,7	63,6	34,9	0,0	1,5	100,0
Sud	23,3	55,5	26,1	1,1	17,3	100,0
Isole	26,0	64,5	21,9	0,4	13,3	100,0
ITALIA	25,7	62,0	29,6	1,0	7,4	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

(a) Per 100 donne in gravidanza. Della stessa area geografica

(b) Per 100 fumatrici prima della gravidanza

10. Gravidanze e lavori pesanti

Il 56,1% delle donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni, svolgeva un'attività lavorativa prima della gravidanza: di queste, il 44% ha smesso di lavorare entro il sesto mese, il 38,7% lo ha fatto al settimo mese, il 10,2% all'ottavo e il 7% al nono mese. Il 23,6% delle donne che

lavorava, pari a 323mila unità, svolgeva mansioni pesanti o nocive; tale percentuale sale al 33,3% nel Nord-est e al 26,3% nel Nord-ovest: le donne addette a queste mansioni erano nella metà dei casi fornite di titolo di studio elementare o medio. Tre quarti di queste donne addette a mansioni pesanti o nocive non ha modificato il tipo di lavoro in relazione alla gravidanza: si tratta in particolare di braccianti, operaie, commesse, infermiere, cameriere.

11. Si partorisce nelle strutture pubbliche

Ben il 92,4% delle donne italiane che hanno partorito negli ultimi cinque anni ha portato regolarmente a termine la gravidanza e ha partorito al nono mese, meno dell'1% ha partorito al settimo mese, a dimostrazione dell'efficacia dei controlli avvenuti durante la gravidanza.

La maggior parte delle donne italiane, l'88,9%, partorisce in una struttura pubblica; seguono, a grande distanza, le strutture private accreditate (6%) e quelle private (4,8%). Soltanto lo 0,3% ha partorito in casa. Il ricorso alla struttura pubblica è maggiore al Nord e al Centro – nel Nord Est raggiunge il 95,2% - e molto più basso nell'Italia Meridionale (80,7%): il ricorso all'assistenza sanitaria privata per il parto è maggiore al Sud per la minor offerta di strutture ospedaliere pubbliche sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo (Tav. 10).

La scelta del tipo di struttura ospedaliera in cui partorire non è influenzata dal titolo di studio ma lo è moltissimo dalla condizione sociale e professionale della partoriente: se ben l'11,2% delle dirigenti, imprenditrici e libere professioniste partorisce in una struttura del tutto privata, vi fa ricorso solo l'1,9% delle operaie e il 5% delle casalinghe.

Tavola 10 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo il tipo di struttura utilizzata per esami, diagnosi prenatale e parto (percentuale di riga)

	Pubblica	Privata accreditata	Privata	Casa	Totale
Esami durante la gravidanza	74,1	19,5	6,4	-	100,0
Diagnosi prenatale	65,9	15,7	18,3	-	100,0
Parto	88,9	6,0	4,8	0,3	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

12. Troppi parti cesarei

Negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista i parti sono stati spontanei nel 69,4% dei casi, cesarei nel 28,6%, con l'uso della ventosa nel 1,5% e del forcipe nello 0,4%. Colpisce il dato dell'elevato ricorso al taglio cesareo, passato dall'11,2% del 1980 al 27,9% del 1996 secondo le statistiche demografiche. L'indagine Istat che qui si presenta consente una stima relativa alla media degli ultimi cinque anni e rileva una quota di tagli cesarei decisamente molto elevata, superiore di oltre 13 punti percentuali alla quota massima del 15% di cesarei fissata nel 1985 dal WHO¹ Il ricorso al cesareo è maggiore al Sud con punte del 35% nell'Italia meridionale e del 38% nell'Italia insulare. La Calabria (41,4%), la Sicilia (39,9%) e la Campania (39,3%) raggiungono i livelli più alti; le regioni del Nord, Trentino Alto Adige in testa, presentano le percentuali più basse (Tav. 11).

¹ World Health Organization "Appropriate Technology for Birth" The Lancet 1985

Tavola 11 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni secondo il tipo di parto e l'area geografica di residenza (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	TIPO DI PARTO				TOTALE
	Spontaneo	Cesareo	Forcipe	Ventosa	
Nord-ovest	77,9	19,8	0,4	1,9	100,0
Nord-est	71,0	26,2	0,3	2,4	100,0
Centro	72,4	26,1	0,4	1,0	100,0
Sud	63,5	35,0	0,6	0,9	100,0
Isole	59,8	38,1	0,3	1,9	100,0
ITALIA	69,4	28,6	0,4	1,5	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

L'elevarsi dell'età media della madre non giustifica l'alto numero di parti cesarei. Infatti, tra le donne che hanno partorito tra i 25 e 29 anni, i cesarei raggiungono il 26,7% e tra quelle tra 30 e 34 anni il 28,7%; percentuali, comunque, di molto superiori al 15% raccomandato dall'OMS (Tav. 12).

Tavola 12 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo il tipo di parto e l'età al momento del parto (quozienti per 100 donne della stessa età)

ETA' AL PARTO	TIPO DI PARTO				TOTALE
	Spontaneo	Cesareo	Forcipe	Ventosa	
Fino a 24	71,8	27,0	0,8	0,4	100,0
25-29	69,9	26,7	0,4	3,0	100,0
30-34	70,4	28,7	0,2	0,8	100,0
35-39	63,7	33,4	1,1	1,9	100,0
40 e più	70,5	29,5	-	-	100,0
TOTALE	69,4	28,6	0,4	1,5	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

L'alto livello di parti cesarei è da mettere in relazione con un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza che già emerge, come si è visto, dai risultati sul numero di visite ed accertamenti diagnostici in gravidanza. La percentuale di cesarei che viene praticata nelle strutture private raggiunge il 50%, quasi il doppio di ciò che avviene nelle strutture pubbliche che pure presentano livelli elevati (27,3%) o in quelle private accreditate (30,6%) (Tav. 13).

Tavola 13 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo il tipo di parto e la struttura utilizzata (percentuali per colonna)

TIPO DI PARTO	Pubblica	Privata accreditata	Privata	Casa
Spontaneo	70,9	64,8	48,6	100,0
Cesareo	27,3	30,6	50,0	
Forcipe	0,3	1,8	-	
Ventosa	1,5	2,8	1,4	
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. *Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori*

I corsi di preparazione al parto rappresentano un fattore di protezione rispetto al taglio cesareo anche perché permettono alle donne di crescere in consapevolezza. Infatti, il 22,7% delle donne che hanno frequentato un corso di preparazione al parto ha fatto un parto cesareo rispetto al 31,2% che non ha partecipato ad alcun corso di preparazione. Un ulteriore elemento su cui riflettere riguarda il travaglio. Le donne hanno avuto il travaglio nel 74,4% dei casi.

Tra coloro che hanno avuto il travaglio lo hanno avuto indotto il 28% delle donne (il 20,4% delle quali con farmaci locali o generali, il 6% con amniorexis e l'1,7% da altro).

13. Il parto con anestesia

Complessivamente il 63,3 % delle partorienti non è stato sottoposto a nessun tipo di anestesia. Nel 10% dei casi l'anestesia è stata locale, nel 16% generale e nel 10,6% epidurale: quest'ultima viene maggiormente utilizzata per le ultraquarantenni (15,3%) e per le 35-39enni (16,5%). Si fa maggior ricorso all'epidurale nell'Italia centrale (14,8%) e settentrionale (Nord-ovest 10,6% e Nord-est 12,1%), mentre al Sud è più praticata l'anestesia generale (20,9%). Inoltre, il ricorso all'epidurale è risultato più frequente per le laureate (14,7%) e per le donne dirigenti, imprenditrici e libere professioniste (19,9%) La maggior parte dei parti cesarei è avvenuta sotto anestesia generale nel 55,4% dei casi, epidurale nel 44,6% e locale nel 17,1%. Soltanto per l'11,2% dei parti spontanei è stata fatta l'anestesia; il 7,2% locale, il 3,7% epidurale.

14. Si sceglie la posizione durante il parto?

Secondo alcune ricerche la posizione sul lettino ostetrico non sempre è indicata per facilitare il parto naturale. I metodi più usati in alternativa alla posizione tradizionale sono la sedia ostetrica, la posizione accovacciata, in acqua o su un fianco. Nel caso del parto spontaneo, solo il 26,3% delle donne ha potuto decidere autonomamente la posizione in cui partorire, ciò indipendentemente dall'età della partorienti (Tav. 14).

Tavola 14 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo l'area geografica di residenza e il modo in cui è avvenuto il parto (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Scelta autonomamente la posizione	MODALITA' DEL PARTO						TOTALE
		Lettino ostetrico	Sedia ostetrica	Accovacciata	In acqua	Sul fianco	Altro	
Nord-ovest	41,2	85,6	7,6	2,2				
Nord-est	33,3	86,7	10,5	1,5	0,3	0,3	0,8	100,0
Centro	24,7	88,6	7,6	2,1	1,6	0,1	-	100,0
Sud	11,0	88,6	10,0	-	-	0,0	1,4	100,0
Isole	16,7	92,8	6,5	0,2	-	0,5	-	100,0
ITALIA	26,3	87,9	8,6	1,3	0,6	0,2	1,4	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

Si sceglie di più in Piemonte (57,8% dei casi), in Trentino Alto Adige (50%), in Emilia Romagna(48,6%) e in Toscana (36,8%). Nel Sud è quasi impossibile scegliere; solo un esiguo 11% dichiara di aver avuto tale possibilità; tale percentuale è lievemente più alta nelle Isole (16,7%). Ancora una volta, sono le donne laureate (39,4%) a scegliere più frequentemente e quelle con titolo di studio più basso di meno (24,8% delle donne con licenza media e 11,1% di quelle con licenza elementare). Inoltre, le donne che seguono i corsi di preparazione al parto decidono più di frequente la posizione in cui partorire (38,2% contro il 20,4% che non hanno seguito corsi); le stesse che, probabilmente per il loro maggiore livello di istruzione, la maggiore informazione e coscienza sulle dinamiche del parto, sono in grado di meglio manifestare ai medici le loro esigenze e, in qualche

modo, di ottenerne il rispetto. Nell'87,9 % dei casi il parto è avvenuto sul tradizionale lettino ostetrico, nell'8,6% sulla sedia ostetrica, nell'1,3% accovacciata, nello 0,6% in acqua, nello 0,2% dei casi su un fianco e nell'1,4% in altra posizione. Solo il 12,1% delle donne partorisce, quindi, in posizioni diverse da quelle tradizionali, una conferma in più della scarsa apertura delle strutture sanitarie nei confronti di tecniche diverse da quelle tradizionali. Sulla sedia ostetrica hanno partorito circa 150mila donne; l'utilizzo di questa tecnica è più diffuso nell'Italia Nord orientale, dove il 10,5% delle donne vi ha fatto ricorso.

15. La vicinanza di familiari o amici al momento del parto o del travaglio: un nuovo protagonismo maschile

Per quanto riguarda il sostegno e la presenza di familiari o amici al momento del parto, la cui importanza è sottolineata sia nelle linee guida del WHO sia nel "Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato" (DCPM 19 maggio 1995 - Carta dei servizi pubblici sanitari), emerge una consistente presenza del padre del bambino accanto alla sua compagna; nel 59,5% dei casi il padre è stato più vicino alla donna nel momento del parto. Ciò è avvenuto particolarmente per le donne con più di 30 anni. Il padre è vicino nella quasi totalità dei casi nel Nord-Ovest (81,7%), nel 77,3% dei casi nel Nord-Est, nel 62,6% al Centro, nel 31,5% al Sud e nel 51,5% nelle isole. Le regioni in cui il padre è meno presente sono Campania (28,3%) e Puglia (26,8%). In Campania il 49,2% delle donne non ha avuto nessun familiare o amico vicino al momento del parto.

Al secondo posto tra coloro che la donna ha avuto più vicini al momento del parto si colloca la madre (7,2%) più presente nel caso che a partorire sia una donna giovane (12,5% e 9,4% rispettivamente per le fasce "meno di 24 anni" e "25-29 anni") (Tav. 15).

Tavola 15 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo l'area geografica di residenza e la presenza di altra persona al momento del parto (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	PERSONA VICINA AL MOMENTO DEL PARTO							TOTALE
	Padre del bambino	Madre della donna	Suocera	Amica	Altro parente	Altro	Nessuno	
Nord-ovest	81,7	3,6	0,3	0,1	1,4	0,1	12,8	100,0
Nord-est	77,3	4,1	-	0,6	1,1	0,8	16,2	100,0
Centro	62,6	5,9	-	0,5	3,1	2,4	25,4	100,0
Sud	31,5	14,9	1,1	1,2	2,7	0,7	47,9	100,0
Isole	51,5	9,1	2,3	0,2	3,0	0,4	33,5	100,0
ITALIA	59,5	8,0	0,7	0,6	2,2	0,8	28,2	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

Per il complesso del Paese, il 28,2% delle donne non ha avuto nessuno vicino al momento del parto. Nel 54% di questi casi ciò è avvenuto per imposizione della struttura sanitaria, nel 19,2% per motivi personali, nel 18,7% per esigenze imposte dalla situazione, nel 6% perché nessuno se la sentiva di assisterla e nel 2% perché non c'era nessuno che poteva farlo.

Le motivazioni sono molto diverse tra Nord e Sud: nel Nord ovest solo il 32% delle partorienti ha segnalato, tra i motivi, il divieto della struttura, mentre al Sud è ben il 65,7%. Una conferma in più della relativa impreparazione delle strutture sanitarie nel Sud ad accogliere una richiesta sempre più diffusa da parte delle donne e che è diventata una routine in altre parti del Paese (Tav.16).

Tavola 16 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista che erano sole al momento del parto secondo il motivo e l'area geografica di residenza (quozienti per 100 donne della stessa area geografica)

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	MOTIVI PER CUI ERA SOLA AL MOMENTO DEL PARTO					TOTALE
	Motivi personali	Esigenze imposte dalla struttura	Esigenze imposte dalla situazione	Nessuno poteva assisterla	Nessuno si sentiva di assisterla	
Nord-ovest	19,4	32,0	34,8	10,8	3,0	100,0
Nord-est	16,6	34,1	42,4	1,4	5,5	100,0
Centro	25,2	39,6	28,2	0,2	6,8	100,0
Sud	17,3	65,7	10,3	0,9	5,7	100,0
Isole	20,1	61,3	7,9	2,3	8,4	100,0
ITALIA	19,2	54,0	18,7	2,2	6,0	100,0

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

16. I problemi del dopo parto

I problemi del dopo parto che le donne si trovano ad affrontare sono legati soprattutto alla sfera psicologica: il 31,2% ha dichiarato di aver avuto problemi di depressione di breve durata (con un'incidenza maggiore nel Nord Ovest, 41%, minore nel Centro-Sud, 25%). Il 4,2% ha accusato problemi di depressione maggiormente protratti nel tempo. Meno diffusi sono i problemi strettamente medici, ginecologici, al seno, di cicatrizzazione della ferita, che si sono presentati complessivamente per l'11% circa delle donne (Tav.17).

Tavola 17 - Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista secondo l'età al momento del parto ed il tipo di disturbi dopo il parto (quozienti per 100 donne della stessa età)

ETA' AL PARTO	Ginecologici	Al seno	Cicatrizzazione delle ferite	Depressione di breve durata	Depressione di lunga durata	Altro
Fino a 24	15,2	9,1	9,2	26,4	4,5	3,5
25-29	10,8	12,8	14,0	33,9	5,3	5,6
30-34	10,6	11,2	11,4	29,7	4,1	4,9
35-39	10,0	9,1	11,6	36,7	2,0	7,0
40 e più	11,4	8,3	10,0	17,4	3,6	4,8
TOTALE	11,1	11,0	11,9	31,2	4,2	5,3

Indagine multiscopo: 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000'. . Media settembre-dicembre 1999 - dati provvisori

17. In sintesi.....

L'indagine evidenzia nel nostro paese una marcata **consapevolezza delle donne** rispetto ai temi affrontati. I controlli svolti durante la gravidanza, la partecipazione ai corsi di preparazione al parto, la scelta della posizione da assumere durante la nascita sono soltanto alcuni degli aspetti che testimoniano questa crescita della coscienza femminile. Rimane, però, un segmento di donne con basso livello di istruzione che ha ancora difficoltà di accesso alle informazioni. Queste donne, pur essendo seguite da un medico, non conoscono, per esempio, le tecniche di diagnosi prenatale, non sanno che esistono corsi di preparazione al parto e hanno una generale difficoltà nel rapporto con i medici e le strutture.

Si rileva, inoltre, un **umentato interesse e un forte coinvolgimento dei partner**: tra le donne che seguono corsi di preparazione al parto la metà lo fa con il proprio compagno; più della metà delle donne ha il proprio partner vicino al momento del parto. L'immagine dell'uomo che cammina

nervosamente in attesa del “lieto evento”, diviso fisicamente dalla propria compagna, non corrisponde più alla realtà.

Una **situazione contraddittoria** emerge per quanto riguarda il ricorso a **strutture sanitarie e medici**. Pur essendo evidenti i progressi compiuti (il 99% delle donne è seguita da un medico, il 92,4% dei parti è avvenuto al nono mese, la diagnosi prenatale è di routine anche se non ancora a livelli soddisfacenti), emerge un **eccesso di medicalizzazione della gravidanza**, come dimostrato, tra l'altro, dal numero elevato di ecografie e di parti cesarei. Sembra che in Italia esista un estensivo ed indiscriminato ricorso ai test diagnostici, che vengono applicati senza particolari differenze alle donne con gravidanze a rischio e a tutte le altre.

Le raccomandazioni sulla nascita redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 sostengono l'importanza del supporto psicologico per le donne al momento del parto. Parlano di libero accesso di una persona di fiducia in sala parto come fattore determinante per la riduzione degli esiti negativi, raccomandano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, sostengono la possibilità di scegliere la posizione durante travaglio e parto; pongono un limite massimo del 15% alla percentuale di tagli cesarei; raccomandano, infine, la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno. Non sembra che queste raccomandazioni siano ancora completamente seguite in Italia sebbene, soprattutto per ciò che riguarda il sostegno psicologico di familiari e amici al momento del parto, si siano fatti notevoli passi in avanti. Esistono, tuttavia, marcate differenze territoriali: **nel Sud le strutture non recepiscono ancora le richieste provenienti dalle donne**, al contrario di quanto avviene in alcune parti del Centro-nord. Basta pensare alla “vicinanza” tra i partner in un momento così importante per la vita di coppia e per la donna che è quasi impossibile al Sud ed è entrato quasi a far parte della normalità nel Centro-nord del paese.

**Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista
secondo il tipo di struttura utilizzata per esami durante la gravidanza e ripartizione geografica**

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Struttura pubblica	Struttura privata accreditata	Struttura privata	Totale
Nord-ovest	86,4	9,9	3,7	100
Nord-est	89,0	7,5	3,4	100
Centro	80,8	10,9	8,3	100
Sud	55,2	36,6	8,2	100
Isole	59,1	31,8	9,1	100
ITALIA	74,1	19,5	6,4	100

**Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista
secondo il tipo di struttura utilizzata per esami di diagnosi prenatale e ripartizione geografica**

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Struttura pubblica	Struttura privata accreditata	Struttura privata	Totale
Nord-ovest	78,1	6,8	15,0	100
Nord-est	78,7	7,2	14,1	100
Centro	62,7	10,8	26,5	100
Sud	54,8	28,0	17,2	100
Isole	52,4	26,5	21,0	100
ITALIA	65,9	15,7	18,3	100

**Donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni precedenti l'intervista
secondo il tipo di struttura in cui è avvenuto il parto e ripartizione geografica**

RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Struttura pubblica	Struttura privata accreditata	Struttura privata	Casa	Totale
Nord-ovest	93,6	4,7	1,3	0,4	100
Nord-est	95,2	2,8	1,9	0,1	100
Centro	91,8	2,8	4,0	1,3	100
Sud	80,7	10,7	8,6	0	100
Isole	85,4	6,7	7,9	-	100
ITALIA	88,9	6,0	4,8	0,4	100