



**CONVEGNO
NAZIONALE
ANDRIA
2002**

**PERUGIA
14-15 ottobre 2002**

**PROMOZIONE
DELLA FISIOLOGIA
IN OSTETRICIA**

**"making pregnancy safer,
keeping birthnormal"
(OMS)**

ATTI DEL CONVEGNO

DATI NAZIONALI DALLE INDAGINI DELL' I.S.S. SULLA GRAVIDANZA

Serena Donati
Roma

POLITICHE PER LA NASCITA NEL 2000

ANALISI EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Valutazione dell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio attraverso indagini epidemiologiche

Nel lontano 1972 Archibald Cochrane scriveva nel suo storico testo: "l'assistenza medica alla donna gravida [...] consiste essenzialmente in una serie di metodi di *depistage* che, per una curiosa combinazione, si sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi" (Cochrane, 1972).

Da allora la necessità di individuare interventi sanitari appropriati in termini di efficacia ed efficienza per un evento di rilevanza sociale quale la gravidanza ha portato a dibattiti e alla pubblicazione di raccomandazioni e linee guida per l'assistenza ostetrica da parte di singoli ricercatori e di istituzioni a livello regionale, nazionale ed internazionale.

In Europa il processo di formalizzazione dei protocolli di assistenza sanitaria in gravidanza risale agli anni '50. Tali protocolli, caratterizzati da una grande variabilità nella quantità e nella periodicità degli esami, nonostante il continuo e rapido sviluppo della tecnologia inerente la cura prenatale, sono rimasti sorprendentemente quasi ovunque invariati nel tempo. Il numero medio di visite raccomandate in gravidanza in Europa tra il 1979 ed il 1984 era pari a 12 contro le 14 raccomandate dai protocolli del 1920 (WHO, 1985a).

Nel 1985 vennero pubblicate sulla rivista *Lancet* le "Raccomandazioni sulla nascita" prodotte dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (WHO, 1985b). Frutto di un pluriennale lavoro di ricerca e discussione da parte di un gruppo di studio multidisciplinare composto da medici, ostetriche, infermiere, epidemiologi, statistici, amministratori sanitari, psicologi, sociologi, antropologi, economisti ed utenti, le raccomandazioni incontrarono una forte resistenza nell'ambiente medico che continua tutt'oggi a contestarne la scientificità. Esse 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; raccomandano 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.

Neppure la revisione metanalitica di tutti gli studi clinici randomizzati controllati, pubblicati e non, inerenti l'uso della tecnologia nell'assistenza in gravidanza e nell'assistenza perinatale comparsa nel testo di Chalmers, Enkin e Keirse alla fine degli anni '80 (Chalmers *et al.*, 1989) ha potuto vincere le resistenze dei detrattori delle raccomandazioni OMS benché queste ultime siano state confermate dalle evidenze di epidemiologia clinica ostetrica (Chalmers, 1992).

Le resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia sono state e rimangono molto forti anche in Italia dove la comunicazione tra clinici ed epidemiologi è ancora difficile e troppo spesso conflittuale.

Nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, in quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati si è assistito ad un progressivo aumento nella frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive che dovrebbero essere riservate solo alla piccola quota di gravidanze e parti a rischio. Del resto non è mai stata dimostrata una relazione significativa tra l'aumento del numero di controlli medici in gravidanza e la diminuzione del tasso di mortalità perinatale che in Italia ha iniziato il suo *trend* in discesa molto prima dell'avvento dei moderni interventi ostetrici, verosimilmente grazie al generale miglioramento degli standard di vita associati ad una migliore alimentazione, ad un aumento dell'altezza media delle donne, a un minor numero di parti nelle donne giovanissime ed anziane e ad una riduzione del numero medio di figli per donna.

In Italia l'assistenza alla gravidanza viene fornita sia da strutture pubbliche (consultori familiari ed ambulatori territoriali ed ospedalieri) sia dal settore privato; l'assistenza al parto è quasi totalmente prestata presso istituti di ricovero pubblici e privati.

A fronte delle raccomandazioni della Società di Medicina Perinatale, permane un'estrema parcellizzazione dei punti nascita con un'elevata percentuale di ospedali che effettuano meno di 600 parti all'anno, inoltre i neonati a maggior rischio non afferiscono sempre ai punti nascita con elevato volume di attività ostetrica e dotati di strutture adeguate (Di Renzo *et al.*, 1990).

La frequenza del taglio cesareo, molto più alta di quanto raccomandato dall'OMS (WHO, 1985b), rappresenta un primato del nostro paese con forti differenze per area geografica, per punto nascita e tra strutture pubbliche e private.

In nome di una presunta eliminazione totale del "rischio", l'ostetricia ha finito per assumere sempre più le caratteristiche di una pratica medica difensiva: dove più si fa, più ci si ritiene erroneamente protetti da eventuali rischi di natura medico-legale.

Nonostante il recupero del "punto di vista femminile" e della possibilità decisionale per la donna nel rispetto della sua competenza biologica rappresenti una delle strade oggi proposte per limitare il rischio di una eccessiva invasività tecnologica, poche sono, nel nostro paese, le indagini volte a valutare la qualità dell'assistenza ricevuta dalle donne durante la gravidanza, il parto ed il puerperio ed ancor meno quelle interessate a valutare il loro grado di soddisfazione.

Al fine di presentare e discutere gli aspetti qualitativi dell'evento nascita in Italia faremo riferimento a due indagini campionarie condotte nel 1995-96 (Donati *et al.*, 1999) e nel 1999 (dati non pubblicati) dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con diversi operatori delle Aziende USL e con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

La prima indagine conoscitiva sui servizi e le procedure utilizzate dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio, realizzata nel 1995-96, si proponeva di valutare: le conoscenze, gli atteggiamenti e 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 ed intervistate entro due mesi dal parto. La seconda indagine, realizzata nel 1999, fa parte di un più ampio progetto volto a migliorare la qualità del sostegno, dell'informazione e dell'assistenza alle partorienti da parte delle ostetriche e di altro personale assistenziale di 23 punti nascita dell'intero territorio nazionale. Le allieve ostetriche dei Diplomi Universitari di Ostetricia, opportunamente addestrate, hanno somministrato un totale di 1776 questionari a campioni probabilistici di puerpere al momento della dimissione ospedaliera raccogliendo informazioni sulla qualità percepita rispetto all'assistenza ricevuta durante il ricovero.

Da un punto di vista socio-demografico, in analogia con i valori osservati a livello nazionale rispettivamente nel 1995 (ISTAT, 1998) e nel 1999 (ISTAT, 2000a) la maggior parte delle donne si colloca nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 34 anni con un'età media pari a 29 anni. Il 95% delle intervistate sono coniugate e circa il 50% sono primipare.

Il livello di istruzione del campione dell'indagine del '96 è più basso rispetto a quello del '99 (rispettivamente il 53% contro il 43% delle intervistate ha un titolo pari o inferiore al diploma di scuola media inferiore). Conseguentemente la percentuale di casalinghe, pari al 51% nel campione del '96, è risultata più bassa (41%) in quello del '99. La diversa appartenenza geografica delle intervistate nelle due indagini spiega il più basso livello di istruzione delle prime le quali risiedono prevalentemente al Sud (66%), il 16% al Centro e il 13% al Nord Italia, mentre le seconde risiedono nel 45% dei casi al Sud, nel 41% al Nord e nel 14% al Centro. La percentuale di donne straniere è risultata rispettivamente pari al 5% e all'1% nei due campioni.

Gravidanza

Rispettivamente il 99,5% ed il 98,8% delle intervistate nelle due indagini ha riferito di essere stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza analogamente a quanto avviene negli altri paesi dell'Unione Europea (Blondel, 1986). Da notare che nel 1981 le gravidanze assistite da personale sanitario in Italia risultavano essere il 90% (Blondel, 1986).

Gran parte dell'assistenza prenatale in Italia è assicurata dal privato, specie nel Sud. Difatti in entrambe le indagini, il 75% delle intervistate riferisce di essere stata seguita dal ginecologo privato, circa il 15% dal ginecologo ospedaliero, ed il restante 10% dal consultorio familiare e dall'ostetrica mentre meno dell'1% si è rivolto al medico di base.

Il *timing* della prima visita (intesa come primo contatto con un operatore sanitario durante la gravidanza e raccomandata entro il primo trimestre di gestazione) rappresenta, insieme al numero di visite prenatali ed al numero di ecografie, un indicatore di qualità dell'assistenza prenatale. In entrambe le indagini il valore medio e mediano della prima visita è pari al 2° mese, il valore mediano del numero di controlli medici è pari a 9 e quello del numero di ecografie pari rispettivamente a 4 e 5 nei due campioni.

In definitiva la quasi totalità delle donne italiane in gravidanza entra in contatto con un operatore sanitario, come raccomandato, entro il terzo mese di gestazione. Tuttavia, le donne giovani, le pluripare, le meno istruite, le casalinghe e le residenti al Sud continuano a rappresentare i gruppi a maggior rischio di controlli prenatali assenti o tardivi in accordo con quanto riportato in letteratura (Blondel, 1986; Buekens, 1986; Brown, 1988; Buekens, 1990).

Nonostante la quasi totalità delle gravidanze prese in esame non abbiano presentato caratteri di patologia grave, il 69% del primo campione e l'80% del secondo hanno effettuato più di 3 ecografie (numero raccomandato da entrambi i protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Sanità in vigore durante la raccolta dei dati) (Ministero della Sanità, 1995; Ministero della Sanità, 1998). Le ecografie eseguite sono in media 5; il 12% delle intervistate nel '96 e il 23% nel '99 riferisce di averne eseguite 8 o più.

Benché l'obiettivo principale di qualsiasi intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita dovrebbe essere quello di garantire cure non invasive alla gran parte delle gravidanze che sono fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio, da questi dati emerge un problema di crescente sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche in gravidanza. Tutto ciò oltre ad indurre un aumento dei costi, può costituire un possibile incremento del rischio di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie. Inoltre le variazioni nelle pratiche assistenziali per area geografica, caratterizzate da una forte penalizzazione del Sud Italia, sono molto più ampie di quelle giustificabili in base alle differenti caratteristiche della popolazione e alla frequenza di eventi sanitari negativi.

Per quanto riguarda la partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, nel 1996 la percentuale di donne che non li aveva frequentati era pari al 77% e nel 1999 al 71%. I motivi più frequentemente addotti per la mancata partecipazione sono nell'ordine: la mancanza di tempo (25% e 30% rispettivamente nelle due indagini), il non ritenerlo utile (25% e 40%), ed il non aver trovato una struttura disponibile o non essere state informate circa questa opportunità (16% e 10%). Le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi di preparazione alla nascita sono quelle delle fasce d'età estreme, le meno istruite, le casalinghe, le pluripare e quelle che risiedono al Sud Italia.

Nella prima indagine sono state raccolte informazioni sul consumo di farmaci in gravidanza ed è emerso che il 75% delle intervistate ne aveva fatto uso. Sono risultate ovviamente a maggior rischio le donne con gravidanze patologiche, quelle costrette a letto per oltre una settimana e quelle ricoverate durante la gestazione. Anche l'età maggiore di 30 anni, l'istruzione elevata e l'essersi sottoposte a 4 o più esami ecografici sono fattori associati, in modo statisticamente significativo, al maggior utilizzo di farmaci in gravidanza (Donati *et al.*, 2000).

Le classi di farmaci utilizzate più di frequente sono gli ematologici (51%), i nutrizionali (25%), i tocolitici (20%) ed i farmaci contro la minaccia d'aborto (12%). L'utilizzo di questi ultimi rappresenta un altro esempio di condotta medica che persiste nella pratica clinica nonostante

l'evidenza scientifica ne abbia ampiamente dimostrato l'inefficacia. Difatti, nonostante le prime segnalazioni riferite a tale incongruenza nel nostro paese risalgano alla fine degli anni '80 (Chianale et al., 1990; Kasilo et al., 1988; De Vigan et al., 1999), i comportamenti prescrittivi non sembrano aver subito sostanziali modifiche.

Parto

Oltre l'80% delle donne intervistate nel 1999 ha riferito di essersi sentita ben accolta sia al momento del ricovero nel punto nascita che nel reparto ostetrico.

La percentuale di donne che ha riferito che avrebbe preferito partorire a domicilio è stata pari al 6% nell'indagine del '96 ed all'8% in quella del '99.

Per quanto riguarda le modalità di espletamento del parto, il ricorso al taglio cesareo è in consistente aumento nel nostro paese: si è difatti passati dall'11,2% del 1980 (ISTAT, 1980) al 27,9% nel 1996 (ISTAT, 2000b). Il problema dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo, che ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi europei (Basevi & Cerrone, 1996) superando di molto la soglia del 10-15% che, secondo le raccomandazioni OMS (WHO, 1985a), garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e per il feto (Chalmers, 1992), ripropone la questione della maternità medicalizzata (Livi et al., 1993). 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 (Petitti et al., 1982).

Nelle due indagini conoscitive rispettivamente il 25% ed il 36% dei parti è avvenuto mediante taglio cesareo. Nella seconda indagine l'84% delle intervistate riferisce che, potendo scegliere, avrebbe preferito partorire spontaneamente. Il modello di regressione logistica (Tab. 1) mostra l'effetto corretto delle variabili che sono risultate associate al rischio di partorire con taglio cesareo.

Tabella 1.- Variabili associate al taglio cesareo (modello di regressione logistica*)

Variabile	Modalità	OR**	IC 95%
Corso di preparazione alla nascita	<i>no</i>	1	
	<i>sì, in consultorio</i>	0,60	0,50 - 0,72
	<i>sì, in altra struttura pubblica</i>	0,78	0,64 - 0,96
	<i>sì, in una struttura privata</i>	0,86	0,64 - 1,15
	<i>sì, in una precedente gravidanza</i>	0,75	0,58 - 0,97
Età materna (<i>incremento di rischio per anno</i>)		1,06	1,05 - 1,07
Parità	<i>pluripare</i>	1	
	<i>primipare</i>	2,42	2,13 - 2,75
Assistenza in gravidanza	<i>ginecologo</i>	1	
	<i>consultorio familiare</i>	0,81	0,65 - 1,01
	<i>ostetrica</i>	0,51	0,26 - 1,00
Patologie insorte in gravidanza***	<i>no</i>	1	
	<i>sì</i>	1,34	1,17 - 1,54
Struttura dove è avvenuto il parto	<i>pubblica/convenzionata</i>	1	
	<i>privata</i>	1,93	1,54 - 4,00
Patologie preesistenti la gravidanza ****	<i>no</i>	1	
	<i>sì</i>	2,48	1,21 - 1,82
Area geografica	<i>centro-nord</i>	1	
	<i>sud</i>	1,47	1,31 - 1,66

* sono state escluse dal modello le donne che avevano avuto un precedente taglio cesareo.

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

*** donne con: diabete, ipertensione, minaccia di parto pretermine e insufficienza placentare (patologie che potrebbero rappresentare un'indicazione al taglio cesareo).

**** donne con: infertilità, sieropositività HIV, amputazione del collo dell'utero, ipertensione, diabete e miopia grave

Dal modello sono state escluse le donne che avevano già subito un precedente taglio cesareo perché nel nostro paese questo rappresenta un'indicazione a ripetere tale procedura nelle successive gravidanze. In accordo con i dati della letteratura internazionale, all'aumentare dell'età materna il rischio di partorire mediante cesareo è maggiore (Gordon *et al.*, 1991). L'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, specie se in consultorio familiare, comporta un minor rischio di subire un taglio cesareo (OR=0,60). Al contrario il rischio si raddoppia per le donne alla prima gravidanza e per quelle che hanno partorito in una casa di cura privata. Tenendo conto della minor prevalenza fisiologica di gravidanze a rischio nelle strutture private rispetto alle pubbliche, l'odds ratio pari a 1,9 di partorire mediante cesareo nelle cliniche private assume una valenza ancora maggiore. Infine si conferma la maggiore tendenza al cesareo nelle regioni del Sud Italia (OR=1,47).

La Tabella 2 mostra il modello di regressione logistica relativo all'indagine effettuata nel 1999 e conferma il maggior rischio all'aumentare dell'età materna, in caso la donna sia al primo figlio, nel caso in cui non abbia frequentato un corso di preparazione al parto e nel caso sia residente al Sud Italia.

Tabella 2.- Variabili associate al taglio cesareo – modello di regressione logistica

Variabile	Modalità	OR*	IC 95%
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>< 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>> 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.

Il sostegno informativo ed emozionale, benché fortemente raccomandato dalle evidenze disponibili (WHO, 1985b; Chalmers *et al.*, 1989), non sembra aver determinato sostanziali modificazioni nella pratica ostetrica (Tab. 3). Rispettivamente il 55% ed il 21% delle intervistate nelle due indagini hanno partorito in una struttura che non permetteva l'accesso di una persona di fiducia in sala parto. La migliore percentuale registrata nel 1999 è probabilmente la sommatoria di un miglioramento nella qualità dell'assistenza di alcuni punti nascita e di una maggiore percentuale di donne che hanno partorito al Nord Italia rispetto al campione del 1996, a conferma delle importanti differenze tra le diverse aree geografiche del paese. Oltre il 60% delle neo-mamme ha riferito di non aver potuto scegliere la posizione che avrebbe preferito al momento del parto e di non essere stata consultata riguardo l'effettuazione di procedure quali clistere, tricotomia ed episiotomia. Inoltre il 22% delle donne, che in entrambi i campioni avevano frequentato un corso di preparazione alla nascita, ha affermato che il personale presente in sala parto non le ha aiutato ad applicare quanto avevano appreso durante la gravidanza.

Pratiche e comportamenti diagnostico-terapeutici non convalidati dall'evidenza scientifica, quali l'uso routinario di tricotomia, clistere ed episiotomia (Tab. 3) (WHO, 1985b; Chalmers *et al.*, 1989), permangono in particolar modo nei punti nascita del Sud.

Tabella 3.- Informazioni riguardanti il parto

Variabile	Modalità	Indagine 1995-96 (%)	Indagine 1999 (%)
Accesso in sala parto di una persona di fiducia	<i>no</i>	55	21
Scelta della posizione preferita al parto	<i>no</i>	76	65
Tricotomia	<i>sì</i>	89	non rilevato
Clistere	<i>sì</i>	60	non rilevato
Episiotomia	<i>sì</i>	67	36
Richiesta del parere su queste procedure	<i>no</i>	89	60
Aiuto in sala parto nell'applicare quanto appreso nel corso	<i>no</i>	22	23

Post-partum e puerperio

Benché la soddisfazione espressa dalle donne rispetto all'esperienza della gravidanza, parto e puerperio sia globalmente positiva, tuttavia alcune informazioni emerse dalle indagini sottolineano la necessità di una pratica ostetrica più attenta alle reali esigenze di salute e di assistenza della donna e del bambino. Nella Tabella 4 vengono riassunti alcuni valori percentuali relativi ad aspetti organizzativi dei punti nascita, ad attitudini delle donne e alle loro opportunità di accesso all'informazione durante il ricovero.

Tabella 4.- Informazioni riguardanti il post-partum e il puerperio

Variabile	Modalità	Indagine 1995-96 (%)	Indagine 1999 (%)
Tempo trascorso con il bambino dopo il parto	<i>come desiderato</i>	40	61
Desiderio di avere il bambino sempre in camera	<i>sì</i>	64	54
Desiderio di allattare al seno	<i>sì</i>	93	94
Allattamento al seno durante il ricovero	<i>sì</i>	92	92
Attaccamento al seno dopo il parto	<i>subito</i>	17	31
	<i>dopo poche ore</i>	50	39
	<i>dopo 1 o più giorni</i>	33	30
Collocazione del nido	<i>hanno favorito l'allattamento al seno</i>	43	39
Orari del nido		40	40
Atteggimento degli operatori		58	51
Informazioni sulle cure del bambino per il rientro a casa	<i>no</i>	23	37
Informazioni sulla contraccezione in puerperio	<i>no</i>	40	63
Visite domiciliari in puerperio	<i>ritenute utili</i>	56	72
Conoscenza della legge sulle donne lavoratrici	<i>no</i>	31	27

* i valori percentuali sono stati calcolati sul 1'89% del campione perché in 2 punti nascita non esiste nido.

A fronte di un'ottima attitudine rispetto all'allattamento al seno espressa da oltre il 90% delle intervistate, tra le donne che hanno allattato, circa il 30% (specie le residenti al Sud e le donne sottoposte a taglio cesareo) non ha potuto farlo entro 24 ore dal parto benché l'inizio precoce sia un fattore protettivo per la riuscita dell'allattamento al seno prolungato (Chalmers, 1992). Anche la collocazione del nido, i suoi orari di apertura e l'atteggiamento degli operatori del nido e del reparto hanno favorito l'allattamento al seno, secondo quanto riferito dalle intervistate, in percentuali che non raggiungono il 60%.

Nell'indagine del '99 solo il 57% delle intervistate ha risposto di sentirsi autonoma e sicura nell'allattamento grazie alle informazioni ricevute in ospedale.

Secondo i dati dell'ISTAT del 1994, in Italia il 70% delle donne con bambini di età inferiore ai 5 anni hanno allattato al seno e di queste il 29% per oltre 6 mesi (ISTAT, 1996).

Ulteriori studi condotti nel nostro paese (Manfredi Selvaggi *et al.*, 1995; Conti Nibali *et al.*, 1998; D'Argenio *et al.*, 1998) 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% (Freed, 1993), in Italia sembra persistere una carente incentivazione non solo dell'inizio dell'allattamento al seno, ma anche della sua continuazione con conseguente sostegno al redditizio mercato dei latti formulati (Bonati *et al.*, 1998).

Nei campioni di donne intervistate il desiderio di avere il bambino sempre in camera durante il ricovero (*rooming-in*) si attesta intorno al 50-60%, tuttavia non tutti i punti nascita offrono l'opportunità della scelta alla 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 nel 1999, due sono privi di nido ed il *rooming-in* è conseguentemente obbligatorio, 13 non lo offrono neppure su richiesta e dei 9 che lo garantiscono 5 lo fanno a tempo determinato. Ancora una volta le donne residenti al Sud sono quelle maggiormente penalizzate nella possibilità di scelta.

Nonostante la degenza media si attesti sui 4-5 giorni, scarsa è l'attività organizzata di informazione e sostegno alle puerpere prima della dimissione, specie per le donne meno istruite, per le più giovani, per quelle alla prima gravidanza e per le residenti al Sud Italia. Rispettivamente un terzo e poco meno della metà delle neo-mamme riferiscono di non aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino una volta rientrate a casa, e di non essere state informate circa la contracccezione in puerperio.

Circa il 30% riferisce di non conoscere i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza, tuttavia la percentuale scende al 10% se si considerano solo le donne che svolgono un lavoro extradomestico.

Nella più "moderna" ottica di una dimissione precoce e di una assistenza domiciliare alle puerpere rispettivamente il 56% ed il 72% delle intervistate riterrebbe utile usufruire di visite ostetriche a domicilio durante il puerperio benché tale opportunità non sia ancora stata sperimentata dalla maggior parte delle donne italiane.

In conclusione, dall'analisi dell'evoluzione dell'evento nascita attraverso le statistiche ufficiali e dalla valutazione attraverso le indagini epidemiologiche l'assistenza alla gravidanza nel nostro paese è risultata generalmente buona: il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni '80, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, 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 2500g si è stabilizzata intorno al 6%. Tuttavia la realtà italiana è risultata anche caratterizzata dal forte ricorso all'assistenza privata (legata spesso all'inadeguatezza delle strutture pubbliche, in modo particolare al Sud), dalla progressiva medicalizzazione dell'evento nascita di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata, dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita, dalla mancanza di continuità nell'assistenza alla

nascita e da grande variabilità territoriale (Gori *et al.*, 1991; Di Renzo *et al.*, 1996; ISTAT, 1998; Donati *et al.*, 1999).

A fronte di un generalizzato accesso all'assistenza prenatale, come in molti altri paesi ad economia sviluppata, si registra un 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 (Chalmers *et al.*, 1989; Chalmers, 1992; Terzian & Regalia, 1992; Grimes, 1993; Di Lallo & Bertollini, 1994; Basevi *et al.*, 1994; Basevi, 1996; ISTAT, 1998; Ministero della Sanità, 1998; Donati *et al.*, 1999). Sarebbe opportuno che tutte le procedure e le tecnologie diagnostiche venissero obbligatoriamente validate mediante *trial* clinici controllati prima della loro applicazione su larga scala. 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 (Chalmers, 1992). 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.

Si è inoltre registrata una carenza di informazione e conoscenze tra le donne che vengono ancora troppo spesso escluse dai processi decisionali. 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 con conseguente riduzione dei costi dell'assistenza e maggior soddisfazione delle donne.

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. Difatti le donne e non adeguatamente informate e prive di una relazione interattiva con il medico sono meno disposte a comprendere ed accettare un fallimento e ricorrono più spesso al magistrato e l'ostetricia finisce per assumere le caratteristiche di una pratica difensiva. Negli USA l'elevata frequenza di casi di "responsabilità professionale del medico" sembra essere la principale motivazione dell'incremento del taglio cesareo (Signorelli, 1996).

La mancanza di continuità nell'assistenza rappresenta un altro elemento cruciale. 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 cliniche diverse gestite da operatori e organizzazioni separate, che troppo spesso non sono in grado di comunicare tra loro.

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 ed 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. Una speciale attenzione andrebbe dedicata alle fasce di popolazione caratterizzate da deprivazione sociale, in particolar modo alla popolazione immigrata e nomade, per le quali attualmente le misure essenziali di assistenza non risultano essere adeguatamente garantite.

BIBLIOGRAFIA

- Basevi V, Cerrone L (1996), Correlazione fra mortalità perinatale, tassi di taglio cesareo e prodotto interno lordo nelle regioni italiane, 1991. *Epidemiol Prev*, 20, 99-101.
- Basevi V, Cerrone L, Gori G (1994), Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epidemiol Prev*, 18, 194-199.
- Blondel B (1986), Antenatal care in the countries of the European Community over the last twenty years. In: Kamisky M, Breart G, Buekens P et al., eds, *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 3-15.
- Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M (1998), Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni ACP*, 5, 10-13.
- Brown S, ed. (1988), *Prenatal care: reaching mothers, reaching infants*. Washington DC, Institute of Medicine/National Academy Press.
- Buekens P (1986), Determinants of prenatal care. In: Kamisky M, Breart G, Buekens P et al., eds, *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 16-25.
- Buekens P (1990), Variations in provision and update of antenatal care. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 4, 187-205.
- Chalmers B (1992), WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol*, 99, 709-710.
- Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds (1989), *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press.
- Chianale MP, Gho E, Rovere F, Ostino G, Borga AD, Maggiorotti P et al. (1990), La gravidanza: la prescrizione ed il ricorso ai servizi sanitari. Studio epidemiologico nel territorio delle UU.SS.LL. di Torino. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica*, 4, 5-17.
- Cochrane A (1972), *Effectiveness and efficiency*. London, The Nuffield Provincial Hospital Trust. (Trad. it.: *L'inflazione medica*. Milano, Feltrinelli, 1978)
- Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, Salomone L, Siracusano MF (1998), La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino*, 17, 25-9.
- D'Argenio P, Intorcchia M, Palombi E, Clemente M (1998), Troppo presto arriva il biberon. *Occhio Clinico Pediatria*, 2, 20-22.
- De Vigan C, De Walle HE, Cordier S, Goujard J, Knill Jones R, Ayme S, Calzolari E, Bianchi F (1999), Therapeutic drug use during pregnancy: a comparison in four European countries. OECM Working Group. Occupational exposures and congenital anomalies. *J Clin Epidemiol*, 52, 977-982.
- Di Lallo D, Bertollini R (1994), L'efficacia in ostetricia. *Epidemiol Prev*, 18, 86-93.
- Di Renzo G, Mandolesi F, Minelli L, Clerici G (1996), *Nascere in Italia*. *Epidemiol Prev*, 20, 94-95.
- Di Renzo GC, Bevilacqua G, eds (1990), *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza ospedaliera perinatale*. Milano, Società Italiana di Medicina Perinatale.
- Donati S, Baglio G, Spinelli A, Grandolfo ME (2000), Drug use in pregnancy among Italian women. *Eur J Clin Pharmacol*, 56, 323-328.
- Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità*, 35, 289-296.
- Freed GL (1993), Breast-feeding. *JAMA*, 269, 243-245.
- Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D (1991), Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 77, 493-497.
- Gori G, Stabile T, Scandellari G et al. (1991), 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, Rìgetti A, eds, *Per una ecologia della nascita. Atti del Convegno*. Pordenone, 1991, 77-104.
- Grimes DA (1993), Technologies follies. The uncritical acceptance of medical innovation. *JAMA*, 269, 3030-3032.

- ISTAT (1980), *Annuario di statistiche demografiche*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (1996), *Stili di vita e condizioni di salute. Indagini multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94. Argomenti 2*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (1998), *Nascita. Caratteristiche sociali e demografiche. Anno 1995. Annuario 4*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2000a), *Popolazione e movimento anagrafico. Anno 1998. Annuario 11*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2000b), *Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1996. Annuario 5*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- Kasilo O, Romero M, Bonati M, Tognoni G (1988), Information on drug use in pregnancy from the viewpoint regional drug information centre. *Eur J Clin Pharmacol*, 35, 447-453.
- Livi C, Dubini V, Torricelli F (1993), *Maternità medicalizzata*. In: *La salute degli italiani 1993*. Roma, La Nuova Scientifica, 51-74.
- Manfredi Selvaggi TM, Tozzi AF, Carrieri MP, Bonikin N et al. (1995), Quanto è praticato oggi l'allattamento al seno in Italia. *Minerva Pediatrica*, 47, 451-455.
- Ministero della Sanità (1995), DM 6/3/95. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 87 del 13/4/95*.
- Ministero della Sanità (1998), DM 10/9/98. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 245 del 20/10/98*.
- Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whalley P (1982), In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstet Gynecol*, 59, 6-11.
- Signorelli C (1996), L'incremento dei tagli cesarei in Italia: un problema ostetrico e di sanità pubblica. *Agenzia Sanitaria Italiana*, 30, 10-11.
- Terzian E, Regalia A (1992), Né arte né scienza: stereotipi ed ambiguità dei modelli di assistenza ostetrica. In: Sbisà M, ed, *Come sapere il parto*. Torino, Rosenberg e Sellier, 81-116.
- WHO (1985a), *Having a baby in Europe. Report on a study. (Public Health in Europe, 26)*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office For Europe.
- WHO (1985b), *Appropriate technology for birth. Lancet*, 2, 436-437.