

INDAGINE CONOSCITIVA SUL PERCORSO NASCITA, 2002 ASPETTI METODOLOGICI E RISULTATI NAZIONALI

Michele Grandolfo, Serena Donati e Angela Giusti
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità
Michele Grandolfo, epidemiologo dirigente di ricerca
Direttore reparto Indagini Campionarie di Popolazione
tel 06/49902479, fax 06/49387069, e-mail migrando@iss.it

INTRODUZIONE E RAZIONALE DELL'INDAGINE

Dall'analisi dell'evoluzione dell'evento nascita attraverso le statistiche ufficiali emerge come in Italia il rischio di natimortalità si sia quasi dimezzato a partire dai primi anni '80, la quasi totalità delle donne entri in contatto con un operatore sanitario nei tempi raccomandati e riceva assistenza prenatale, la totalità dei parti venga assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pre-termine e quella di nati di peso inferiore ai 2500 grammi si sia stabilizzata intorno al 6%.

Tuttavia numerose indagini, condotte a livello nazionale al fine di valutare la qualità dell'assistenza al percorso nascita in Italia (1,2,3), mettono in luce aspetti critici relativi all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria rispetto ad un evento di tale rilevanza sociale.

Benché l'obiettivo principale di qualsiasi intervento di sanità pubblica dovrebbe essere quello di garantire un'assistenza non invasiva (secondo il modello della promozione della salute) alla gran parte delle gravidanze che sono fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio, in quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati si è assistito ad un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive estese alla totalità delle gravidanze.

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. Tale eccesso di medicalizzazione produce, inoltre, un effetto di creazione di dipendenza e perdita di controllo da parte delle donne sulla propria condizione, in una fase della loro vita in cui si esprime la loro potenza creativa al massimo livello e in cui, al contrario, sarebbe altamente auspicabile il loro coinvolgimento in processi di empowerment.

La percentuale di tagli cesarei, in continuo aumento nel nostro paese, 11.2% nel 1980 e 33.2% del 2000 (4,5), rappresenta la manifestazione più esasperata dell'eccesso di medicalizzazione del percorso nascita. Tuttavia anche altre procedure diagnostiche, ad esempio l'ecografia ostetrica, hanno subito un rapido ed importante aumento di frequenza nell'assistenza alla gestante. Benché gran parte delle gravidanze non abbiano caratteri di patologia grave, sono poche (15%) le donne che effettuano 3 ecografie come raccomandato dal protocollo del Ministero della Salute (6) mentre il 50% si sottopone a 4-6 esami ecografici e oltre il 30% a 7 o più.

A fronte di questo eccessivo ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche non sostenute dalle evidenze scientifiche, si registra una carenza di informazioni e conoscenze tra le donne che vengono ancora troppo spesso escluse dai processi decisionali e una carenza di counselling e sostegno in particolare sull'allattamento materno, espressione più compiuta di un efficace processo di empowerment, visto che il 95% delle donne desidera allattare al seno (1,2).

La maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono invece condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva e per una riduzione del fenomeno dell'"ostetricia difensiva".

La percentuale di donne che ha frequentato un corso di preparazione alla nascita si aggira intorno al 30% con forti differenze per area geografica. A livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi sono le meno istruite, quelle delle fasce d'età estreme, le casalinghe, le pluripare e quelle che risiedono al Sud Italia ovvero quelle che maggiormente si gioverebbero di questa opportunità di empowerment (7).

Anche le informazioni ed il sostegno offerte durante l'assistenza prenatale, intra partum e postnatale sono risultate in larga misura frammentarie e non adeguate denunciando un altro aspetto critico che riguarda la mancanza di continuità nell'assistenza al percorso nascita. La gran parte dei sistemi ufficiali in Europa vede infatti la gravidanza, il parto ed il periodo successivo alla nascita come tre situazioni cliniche separate che richiedono competenze diverse gestite da operatori e servizi separati che troppo spesso non sono in grado di comunicare tra loro.

In tale contesto, assumono particolare rilievo i vigenti riferimenti normativi rappresentati dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA, 8), che fanno esplicito riferimento al Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI, 9). Nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita il POMI identifica quali prioritari gli obiettivi di:

1. "umanizzazione" del percorso nascita, attraverso la promozione dei corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio e il parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, la promozione del rooming-in, e l'assistenza in puerperio.
2. favorire l'avvicinamento e contatto puerpera-neonato (anche patologico), attraverso il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica ed area pediatrico-neonatologica e l'adeguamento strutturale al fine di facilitare il rooming-in e l'allattamento al seno.
3. realizzare dimissioni protette e dimissioni precoci attraverso l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del bambino.
4. promuovere l'allattamento al seno, attraverso corsi pre-parto e di assistenza post-nascita.
5. incrementare, nel corso del triennio, la percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore) attraverso la qualificazione del personale e l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino.
6. verificare iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il terzo mese.

Alla luce dei risultati delle indagini precedenti e delle indicazioni programmatiche del POMI e dei LEA, l'ISS ha coinvolto in un processo formativo sulla metodologia delle indagini campionarie operatori/trici socio-sanitari/ie di 60 ASL di 15 Regioni e Province Autonome Italiane, con cui ha realizzato un'indagine nazionale sul percorso

nascita con l'obiettivo di valutare gli esiti materni e neonatali ad un anno dal parto. Tenendo conto delle procedure assistenziali offerte alle donne dai servizi coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, si è voluto verificare la corrispondenza delle pratiche attualmente operative e i risultati conseguiti, rispetto a quanto indicato dal POMI, al fine di fornire elementi conoscitivi e di riflessioni e per una migliore programmazione operativa delle attività attinenti al percorso nascita.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata realizzata nel 2002 in collaborazione con 60 ASL di 15 regioni e Province Autonome Italiane. La popolazione in studio era composta da campioni rappresentativi di donne che avevano partorito un anno prima nelle singole ASL che aderivano al progetto.

La selezione probabilistica del campione è stata effettuata su base temporale. Considerata la natalità media dell'anno precedente, è stato calcolato l'arco temporale necessario per ottenere il numero atteso di nascite. La dimensione raccomandata del campione per ASL era pari a 200 interviste. Nel caso di un singolo distretto, il numero di interviste raccomandato era pari a 100.

I comuni hanno fornito l'elenco nominativo dei nati nell'arco temporale considerato a partire dal 15 gennaio 2001 e tutte le madri delle unità campionarie selezionate sono state intervistate a domicilio da parte delle intervistatrici che hanno effettuato le visite domiciliari senza preavvisare le donne.

Le intervistatrici e i supervisor individuali all'interno di ogni singola ASL sono stati sottoposti ad un addestramento sulle modalità di somministrazione del questionario a domicilio delle donne ed hanno ricevuto copia di un manuale scritto per la conduzione dell'intervista.

Il questionario prevedeva domande chiuse e precodificate ed era organizzato in 5 sezioni, per le prime quattro le domande coprivano i tre aspetti di conoscenza, attitudine e pratica. Le aree tematiche delle 5 sezioni riguardavano: la gravidanza, il parto, il puerperio, il primo anno di vita del bambino e le informazioni socio-demografiche delle intervistate.

Il processo della codifica dei dati è stato effettuato presso le ASL che hanno realizzato l'indagine a seguito di un addestramento dei referenti che hanno ricevuto un manuale scritto per la codifica del questionario fornito dall'ISS. Alcune ASL hanno effettuato anche le operazioni di inserimento ed analisi dei dati utilizzando il software EPI-INFO, predisposto dall'ISS.

L'ISS ha proceduto comunque al controllo della codifica ed all'inserimento dei dati per la totalità dei questionari.

Le operazioni di pulizia e di analisi uni e multivariata dei dati sono in corso presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute.

RISULTATI

Hanno aderito all'indagine 60 ASL delle seguenti Regioni e Province Autonome: Piemonte (1 ASL), Lombardia (3 ASL), Trento (intera provincia), Bolzano (intera provincia), Emilia Romagna (2 ASL), Marche (intera regione), Toscana (intera regione), Umbria (intera regione), Lazio (5 ASL), Campania (6 ASL), Puglia (2 ASL), Basilicata (1 ASL), Calabria (1 ASL), Sicilia (3 ASL), Sardegna (3 ASL).

Sono stati somministrati 7640 questionari con un tasso di rispondenza dell'87%.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche del campione, l'età mediana delle donne all'intervista è pari a circa 32 anni, la percentuale di casalinghe varia dal 26% al 73% con valori più bassi al Nord e al Centro. La percentuale di donne con livello di istruzione maggiore o uguale alla scuola media superiore varia dal 36% al 74% (più alta al Centro-Nord). I mariti/partner hanno un livello di istruzione sistematicamente più basso (Tabella E.1).

Assistenza in gravidanza

L'assoluta prevalenza delle donne (circa il 75%) è stata seguita da un ginecologo privato e la percentuale di donne seguite dal consultorio familiare varia del 2.3% al 17.3%. Oltre il 90% ha effettuato la 1° visita entro il 3° mese di gravidanza. Il numero medio di ecografie varia da 4.7 a 6.5 con i valori maggiori al Sud. Durante l'assistenza prenatale meno della metà delle donne ha ricevuto informazioni adeguate sull'allattamento al seno e sulla contraccezione, meno di un terzo sulle cure neonatali e sulle normative che tutelano la gravidanza. Circa un terzo delle intervistate al Centro Nord e meno del 15% al Sud ha partecipato a corsi di preparazione alla nascita. Durante i corsi oltre l'80% ha ricevuto informazioni adeguate sull'allattamento materno e oltre il 75% sulle cure neonatali, ma meno della metà è stata adeguatamente informata sulla contraccezione da utilizzare dopo il parto e sulle vaccinazioni. Circa il 65% delle gravidanze ha avuto un decorso fisiologico e meno del 10% ha presentato problemi gravi (Tabella A.1-A.4).

In particolare,

Le donne assistite in gravidanza hanno ricevuto migliori informazioni se assistite dall'ostetrica o dal consultorio familiare rispetto ai ginecologi (privati o pubblici). Considerando un punteggio somma per giudizio di adeguatezza delle informazioni ricevute (su travaglio e parto, punti nascita disponibili, allattamento, contraccezione, cure neonatali, vaccinazioni e normative: 1 se adeguate, 0 se non adeguate o non trattate) il punteggio medio e la percentuale di intervistate con punteggi uguali o superiori a 5 per figura professionale risulta:

Figura professionale	% assistite	Punteggio medio	% con punteggio ≥ 5	OR	95% C.I.
Ginecologo privato	27.0	2.96	24.8	1	
Gin.priv. che lavora in osp.	47.9	2.66	19.9	0.76	0.66-0.86
Ginecologo pubblico	16.2	2.40	19.0	0.71	0.60-0.85
Ostetrica	2.2	4.18	51.8	3.26	2.37-4.50
Consultorio familiare	5.7	3.33	32.8	1.48	1.18-1.85

Il ricorso al servizio pubblico (ginecologo pubblico o consultorio familiare) per l'assistenza in gravidanza è maggiore per le più giovani, le meno istruite, le casalinghe, le pluripare senza esperienza di TC precedente e per le residenti al Nord rispetto al Centro e al Sud (Tabella 1).

Il ricorso al consultorio familiare o all'ostetrica è maggiore per le più giovani, le meno istruite, le casalinghe, le primipare e le pluripare senza esperienza di TC pregresso, in caso di gravidanza con decorso fisiologico e in caso di residenza al Nord rispetto al Centro e al Sud (Tabella 2).

Il numero medio di ecografie varia da 4.8 a 5.0 al Nord, da 5.0 a 5.8 al Centro e da 5.5 a 6.5 al Sud. La percentuale di donne che ha dichiarato di aver effettuato un numero di ecografie minore o uguale a 3 durante la gravidanza varia da 27.0 a 29.4 al Nord, da 15.2 a 25.2 al Centro e da 6.6 a 16.8 al Sud.

Le donne con gravidanza a decorso fisiologico hanno effettuato in media 5.3 ecografie, quelle con decorso lievemente patologico 6.0 ecografie e quelle con decorso patologico grave 6.3. Il numero medio di ecografie per tipo di gravidanza e per ripartizione geografica è il seguente:

Gravidanza	Nord	Centro	Sud
Fisiologica	4.6	5.2	5.9
Patologica lieve	5.2	6.0	6.6
Patologica Grave	6.0	6.2	7.0

Fattori associati a una maggiore esposizione a ecografie sono: l'età = 30a, l'istruzione elevata, la gravidanza patologica e la residenza al Centro e, soprattutto, al Sud rispetto al Nord; fattori associati a una minore esposizione sono la condizione di casalinga, di pluripara e l'essere stata assistita dal consultorio familiare/ostetrica (Tabella 3).

Delle 2291 donne che hanno partecipato a corsi di preparazione alla nascita il 35.7% lo ha frequentato in ospedale, il 57.0% presso il consultorio familiare e il 7.3% presso servizi privati. La distribuzione percentuale delle donne che hanno partecipato ai corsi per sede e area geografica è la seguente:

Area geografica	Sede del corso		
	Ospedale	CF	Privato
Nord	41.9	50.1	8.0
Centro	36.7	57.5	5.9
Sud	17.1	69.5	13.5

Considerando un punteggio somma per giudizio di adeguatezza delle attività e informazioni ricevute durante il corso (lavoro sul corpo, tecniche di rilassamento e respirazione, informazioni su travaglio e parto, punti nascita disponibili, allattamento, contraccezione, cure neonatali, vaccinazioni, normative, incontri in puerperio) il punteggio medio e la percentuale di intervistate con punteggi ≥ 7 per sede del corso di preparazione alla nascita risultano:

Sede del corso	N	% frequentanti	Punteggio medio	% con punteggio ≥ 7	OR	95% C.I.
Ospedale	818	35.7	5.9	39.6	1	
Consultorio familiare	305	57.0	6.8	57.4	2.05	1.72-2.45
Privato	168	7.3	6.1	42.3	1.12	0.80-1.56

La qualità delle informazioni e delle attività è risultata migliore nel caso dei corsi organizzati dai consultori familiari.

Fattori associati a una maggiore partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita sono l'età = 30a, l'istruzione superiore, l'essere stata assistita in gravidanza dal consultorio familiare o dall'ostetrica; fattori associati a una minore partecipazione sono la condizione di casalinga, di pluripara soprattutto con precedente esperienza di TC, la gravidanza patologica e la residenza al Sud (Tabella 4).

Assistenza al parto

Oltre il 90% delle intervistate ha partorito negli ospedali pubblici con l'eccezione della Campania dove la percentuale di parti nel pubblico è stata pari al 62%. Il taglio cesareo è stato utilizzato con frequenza variabile dal 21% al 47% con percentuali maggiore al Sud Italia. Al Centro-Nord oltre il 70% delle donne ha potuto avere una persona di sua scelta vicina durante il parto contro il 30-50% delle residenti al Sud. La degenza media presenta un range da 3.6 a 5.7 giorni. Durante il ricovero nei punti nascita oltre il 75% ha allattato al seno in modo completo (allattamento esclusivo più predominante). La percentuale di mamme che ha potuto attaccare al seno il/la bambino/a entro 2 ore dal parto varia dal 19% al 75% con percentuali maggiori al Nord. Sempre durante la degenza ospedaliera circa tre quarti dalle mamme ha ricevuto informazioni adeguate sull'allattamento e le cure

neonatali, mentre generalmente scarsa è risultata l'informazione sulla contraccezione, sulla ripresa dei rapporti sessuali, sui riferimenti territoriali e sulle normative che tutelano la maternità (Tabella B.1-B.5).

In particolare,

Il parto in struttura privata o convenzionata (10.1%) è più frequente in caso di istruzione superiore, casalinga, taglio cesareo, preferenza per il parto cesareo, e residenza al Sud rispetto al Nord; è meno frequente in caso di assistenza pubblica, pluriparità, gravidanza patologica, frequentazione di un corso di preparazione alla nascita in ospedale, peso alla nascita > 4000 g, età gestazionale > 40 sett., e residenza al Centro rispetto al Nord.

Fattori associati a un maggior ricorso al parto con TC sono l'età =30a, la gravidanza patologica, la pluriparità con esperienza di TC precedenti, l'età gestazionale =36 sett., il peso alla nascita <2500 g o =4000 g, la gemellarità, il parto in struttura privata o convenzionata e la residenza al Centro o al Sud. Fattori associati a un minor ricorso sono: la pluriparità senza esperienza di TC precedente, la partecipazione a corsi di preparazione alla nascita (nell'attuale gravidanza o nella precedente) l'età gestazionale =41 sett. e l'assistenza in gravidanza da parte della struttura pubblica (Tabella 5).

Delle 5144 intervistate che hanno partorito spontaneamente il 91.9% esprime la preferenza verso il parto spontaneo, mentre delle 2446 che hanno partorito con TC esprime analoga preferenza il 70.2%. Al Nord le corrispondenti percentuali sono 94.0% e 72.6%, al Centro 93.2% e 75.7%, al Sud 87.9% e 62.9.

Fattori associati alla maggiore preferenza del parto con TC sono l'età = 30a, la gravidanza patologica, il peso alla nascita =4000 g, la gemellarità, l'aver partorito in una struttura privata o convenzionata, l'aver partorito mediante TC e la residenza al Sud rispetto al Nord. Fattori associati ad una minore preferenza verso il TC sono l'assistenza pubblica, l'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita nell'attuale o nella precedente gravidanza e la maggiore istruzione (Tabella 6).

Fattori associati a una maggiore prevalenza di attaccamento al seno dopo 2 ore dal parto sono: lo stato di casalinga, l'età gestazionale =36 sett., il peso alla nascita <2500 g, la gemellarità, il parto operativo o con TC, sia con anestesia generale che con anestesia epidurale, il non aver avuto informazioni adeguate nell'allattamento in reparto, la preferenza verso il parto con TC e la residenza al Centro o al Sud. Fattori associati ad una prevalenza minore di attaccamento al seno oltre 2 ore sono: l'aver avuto un'assistenza pubblica, l'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita nell'attuale o nella precedente gravidanza, la possibilità del rooming-in e la pluriparità (Tabella 7).

Fattori associati a una maggiore prevalenza di allattamento esclusivo al seno in reparto sono: la maggiore istruzione, la pluriparità e l'aver partecipato a corsi di preparazione alla nascita nell'attuale o nella precedente gravidanza. Fattori associati a una minore prevalenza di allattamento esclusivo al seno sono: l'età =30a, la gravidanza patologica, l'età gestazionale =36 sett., il basso peso (<2500 g) alla nascita, la gemellarità, il TC con anestesia epidurale, il non aver avuto informazioni adeguate sull'allattamento in reparto, l'aver attaccato al seno dopo 2 h dal parto, l'aver partorito in struttura privata o convenzionata e la residenza nell'Italia centrale (Tabella 8).

Puerperio e primo anno di vita

Al rientro a casa oltre il 25% delle donne ha riferito di aver avuto problemi inerenti l'allattamento. Circa il 60% delle intervistate è stata invitata ad effettuare una visita in puerperio, prevalentemente presso l'ospedale dove aveva partorito. Meno del 15% delle puerpere ha ricevuto una visita domiciliare eccezion fatta per la Toscana dove il 27% è stato visitato a domicilio dopo il parto.

La proporzione di donne allattanti al seno in maniera completa oltre il 4° mese varia dal 18% al 56%. La percentuale di mamme comunque allattanti al seno a 6 mesi di vita del bambino è compresa in un range del 31-68%. La percentuale di bambini svezzati entro il 4° mese di vita varia dal 16% al 51%.

Per quanto riguarda la ripresa della vita sessuale, circa il 70% delle donne dichiara di aver ripreso i rapporti entro il 2° mese dal parto. Oltre il 40% ha riferito di aver avuto problemi alla ripresa e circa il 70% ha riferito di aver utilizzato un metodo contraccettivo.

Con riferimento alla salute dei bambini, circa il 5% ha presentato problemi di salute gravi nel 1° anno di vita, dal 30 al 40% è stato portato al pronto soccorso e dal 10 al 20% è stato ricoverato in ospedale (Tabelle C.1-C.3, D.1-D.5).

In particolare,

Fattori associati a una maggiore prevalenza di allattamento completo al seno oltre tre mesi dalla nascita sono: l'età =30a, l'istruzione superiore, l'aver partecipato ai corsi di preparazione alla nascita, specie se in CF, l'aver potuto usufruire del rooming-in e l'aver allattato in maniera esclusiva in reparto, l'aver potuto usufruire di visite domiciliari, l'aver partecipato a incontri in puerperio. Fattori associati ad una minore prevalenza di allattamento esclusivo al seno oltre 3 mesi sono il parto con TC, la gemellarità, l'aver avuto problemi per l'allattamento al rientro a casa e risiedere al Centro o al Sud (Tabella 9).

Fattori associati a una maggiore prevalenza di allattamento comunque al seno oltre 5 mesi sono: l'età =30a, l'istruzione superiore, la partecipazione a un corso di preparazione alla nascita in CF (più debolmente l'averlo frequentato in ospedale o in una precedente gravidanza), l'aver allattato in modo esclusivo in reparto, l'aver usufruito di visite domiciliari e l'aver partecipato a incontri in puerperio. Fattori associati a una minore prevalenza sono la pluriparità, il parto con TC, l'allattamento al seno dopo 2 h, la gemellarità, l'aver avuto problemi al rientro a casa per l'allattamento e la residenza al Centro e al Sud (Tabella 10).

Fattori protettivi verso il ricorso al pronto soccorso sono l'età =30a, l'istruzione superiore, la pluriparità, l'allattamento al seno oltre 5 mesi, le visite domiciliari in puerperio e la residenza al Centro o al Sud; la frequentazione del nido aumenta il rischio di ricorso al pronto soccorso (Tabella 11).

Fattori associati a un minor rischio di ricovero in ospedale sono: l'istruzione superiore, lo stato di casalinga, l'aver allattato al seno comunque per oltre 5 mesi. Fattori associati a un maggior rischio di ricovero sono: la pluriparità, l'età gestazionale = 36 sett. e il peso alla nascita < 2500 g (Tabella 12).

Conclusioni

Sinteticamente, i risultati dell'indagine mostrano da una parte un eccesso di ecografie e di prevalenza di parti con

TC, soprattutto al Centro-Sud, molto superiore a quanto raccomandato a livello nazionale e internazionale e a quanto osservato in tutti i paesi industrializzati; mostrano, dall'altra, una grave carenza di informazioni, counselling e sostegno offerto alle donne su tutti gli aspetti dell'evento complesso della nascita e, in particolare, sulla procreazione responsabile e l'allattamento materno. Ulteriore elemento critico è rappresentato dalla scarsa offerta attiva di visite e incontri in puerperio, dalla bassa prevalenza dell'allattamento al seno oltre i 3 mesi e dalla precocità dello svezzamento. Riguardo l'informazione, counselling e sostegno sulla procreazione responsabile va rilevato che l'offerta attiva di tali attività è raccomandata dalla seconda metà degli anni ottanta in tutte le relazioni annuali dei Ministri della Salute presentate al Parlamento, relative all'applicazione della legge 194/78 (10). Riguardo la promozione dell'allattamento al seno, è difficile trovare ancora esplicite argomentazioni contrarie a tale pratica, ma nei fatti poco si fa per la promozione, secondo le indicazioni dell'OMS, dell'UNICEF, delle Società Scientifiche Nazionali e Internazionali e delle Autorità Nazionali. E' soprattutto durante il puerperio che manca una sistematica offerta attiva di informazioni, counselling e sostegno su tutti gli aspetti complessi, e in particolare sull'allattamento materno, riguardanti questa fase delicata e importante del percorso della nascita. I risultati dell'indagine confermano l'importanza delle indicazioni programmatiche del POMI, riprese integralmente dai LEA, sia per quanto attiene l'offerta attiva dei corsi preparazione alla nascita, delle visite in puerperio e di tutte le attività connesse alla promozione dell'allattamento materno, sia per quanto riguarda il ruolo centrale dei consultori familiari (e, nel contesto dell'equipe, delle ostetriche) per lo svolgimento di tali attività. L'evento nascita rappresenta una formidabile occasione per i servizi socio-sanitari di verificare la propria capacità di favorire l'empowerment delle donne in una fase della loro vita in cui si esprime al massimo livello la loro potenza creativa.

Ma l'eccesso di medicalizzazione, oltre all'aumento dei costi (la maggior parte dei quali a carico delle donne) e del rischio di problemi iatrogeni, produce una deprecabile condizione di dipendenza e perdita di controllo del proprio stato (cioè esattamente il contrario dell'obbiettivo della promozione della salute).

Al contrario, il prolungamento dell'allattamento materno, tenendo conto che il 95% delle mamme vuole allattare al seno, rappresenta la migliore misura sintetica di un efficace processo di empowerment.

Dai risultati dell'indagine i consultori familiari si dimostrano, nonostante le notevoli difficoltà organizzative ed operative, validi nel prevenire l'eccesso di medicalizzazione e nel promuovere l'allattamento materno. Vanno quindi potenziati secondo le indicazioni del POMI, della legge 34 del 1996 e dei LEA.

E' necessario che tutte le professionalità coinvolte nel percorso della nascita prendano atto che il continuo incremento delle pratiche inappropriate può far esplodere, fino al punto di non sostenibilità, tutti gli aspetti connessi con la "medicina difensiva". D'altronde, è di tutta evidenza che l'applicazione di procedure in modo indifferenziato rappresenta la più seria minaccia al mantenimento e miglioramento della professionalità.

Il falso dilemma della incomunicabilità tra clinici ed epidemiologi nasconde il vero problema del mancato riconoscimento dell'importanza e, quindi, dell'utilizzo di meccanismi sistematici di controllo di qualità (autovalutazione e valutazione esterna - condizione necessaria per l'aggiornamento professionale continuo) che pongano i professionisti tra pari, attori nella verifica degli errori (se non ci fossero non ci sarebbe bisogno di professionalità, ma basterebbero le macchine) e della qualità, alla luce di quanto programmato a livello nazionale, regionale e aziendale e dei conseguenti indicatori di qualità.

Tali momenti di valutazione hanno lo scopo di identificare le aree problematiche su cui impostare l'attività di formazione continua (ECM), nella consapevolezza che programmazione, valutazione ed ECM o stanno assieme o non stanno. Il contributo degli epidemiologi consiste in primo luogo nell'offrire metodologie valide per l'esercizio della valutazione tra professionisti evitando il ruolo di saccenti parlanti dalla "Turris Eburnea". In secondo luogo gli epidemiologi dovrebbero contribuire alla programmazione ed implementazione (con il contributo ed il coinvolgimento dei professionisti) dei sistemi di sorveglianza da cui ricavare gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione da effettuare eventualmente in conferenze di servizio. In terzo luogo gli epidemiologi dovrebbero contribuire alle indagini di approfondimento in stretta collaborazione con i professionisti.

In una visione di sanità pubblica, la programmazione operativa non può non partire dai vigenti riferimenti normativi: i LEA con l'esplicito riferimento al POMI. Questi riferimenti normativi forniscono le indicazioni per le attività raccomandate, sul ruolo dei servizi territoriali e ospedalieri in stretta integrazione e sugli obiettivi da raggiungere.

Esistono, quindi, le condizioni perché venga promossa la correzione della tendenza attuale, con opportuni sistemi di monitoraggio e valutazione a livello locale, regionale e nazionale, e con il coinvolgimento di tutti gli attori sulla scena (stakeholders professionali, amministratori, politici, rappresentanti della società civile).

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano Mauro Bucciarelli per la trattazione informatica dei dati, Silvia Cascini per la codifica dei dati, Alessandra Gruer, Alessia Borzi e Silvia Andreozzi per la redazione dei testi, delle tabelle e dei grafici.

L'indagine non sarebbe stata possibile senza l'essenziale e altamente qualificato contributo delle coordinatrici e coordinatori locali (regionali e aziendali):

Giovanna GUALA (Torino); Marisa LANZI e Wilma PILONI (Milano); Ancilla PERSICO (Bergamo); Michela BERLANDA e Silvano PIFFER (Trento); Angelo MORESE (Bolzano); Silvana BORZARI (Modena); Guido FUSCHINI (Bologna); Veronica CASOTTO, Marina CUTTINI e Irene GENOVESE (Regione Toscana); Lucilla DUBBINI e Giovanna DE GIACOMI (Regione Marche); Marina TOSCHI (Regione Umbria); Cinzia TELLARINI, Italo D'ASCANIO, Maria Edoarda TRILLO', Anna Rita BELLOMO, Giovanna MAREGLIA (Roma); Giovanna ROSSI (Latina); Angela MAFFEO (Caserta); Maria Pia AVERSANO (Benevento); Maria Teresa PINI, Giuseppina DI LORENZO (Napoli); Anna Luisa CAIAZZO, Rosa CASTIELLO (Salerno); Pierluigi CAMBOA, Giuseppe PELUSO (Lecce); Aurelio COPPOLA (Potenza); Letizia CIMMINELLI (Cosenza); Antonella MONASTRA, Emanuela PECORAINO, Giuseppa RESTIVO (Palermo); Marilina LIUZZO (Enna); Osvaldo ERNANDEZ (Trapani); Michelina CAPRA (Nuoro); Eralda LICHERI (Oristano); Clara MELIS (Cagliari). Il ringraziamento è esteso alle coordinatrici aziendali delle Regioni e Province Autonome Toscana, Marche, Umbria, Trento e Bolzano.

L'indagine è stata realizzata grazie all'entusiasmo e alla competenza di tutte le intervistatrici coinvolte a livello

locale.

Un ultimo, ma più importante, ringraziamento va alle donne che hanno accettato di essere intervistate, permettendo l'acquisizione di conoscenze che si auspica siano utili per il miglioramento dei servizi impegnati nel percorso della nascita.

BIBLIOGRAFIA

1. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann Ist Super Sanità 1999;35:289-296.
2. Donati S., Andreozzi S., Grandolfo M.E. Valutazione delle attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale Rapporti ISTISAN 01/5 Istituto Superiore di Sanità. Available at www.iss.it
3. ISTAT. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000. Istituto Nazionale di Statistica 2002
4. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) Annuario di statistiche demografiche. Roma: 1980 Istituto Nazionale di Statistica.
5. Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - sistema informativo sanitario - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO; 2000. Available at www.ministerosalute.it
6. Ministero della Sanità (1998), DM 10/9/98. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 245 del 20/10/98
7. Baglio G, Spinelli A, Donati S., Grandolfo M.E., Osborn John. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. Ann. Ist. Super. Sanità, vol.36, n. 4 (2000), 465-78
8. Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n.19 del 23 gennaio 2002 - Serie generale, pag. 37. Available at www.ministerosalute.it
9. D.M. 24-4-2000 Progetto Obiettivo Materno Infantile - Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 Available at www.ministerosalute.it
10. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, et al. Epidemiologia dell'interruzione volontaria della gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione. Rapporti Istisan 91/25. Istituto Superiore di Sanità, Roma, 1991.

TAB 1 Fattori associati al ricorso all'assistenza pubblica

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	620	28,9	1		1	
≥ 30 anni	930	19,6	0,60	0,53-0,67	0,65	0,57-0,74
Istruzione						
≤ media inf	808	29,6	1		1	
≥ med sup	742	17,8	0,52	0,46-0,58	0,61	0,54-0,69
Occupazione						
Occupata	685	17,6	1		1	
Casalinga	865	29,0	1,92	1,71-2,15	1,79	1,58-2,04
Storia riproduttiva						
Primipare	738	21,2	1		1	
Plurip no TC prec	636	24,7	1,22	1,08-1,37	1,19	1,04-1,36
Plurip sì TC prec	176	21,3	1,00	0,83-1,21	1,00	0,83-1,22
Gravidanza						
Fisiologica	997	22,4	1		1	
Patologica	553	22,8	1,02	0,91-1,15	1,09	0,96-1,23
Area geografica						
Nord	491	32,6	1		1	
Centro	619	18,1	0,46	0,40-0,53	0,42	0,37-0,49
Sud	440	22,4	0,60	0,51-0,69	0,41	0,35-0,48

TAB 2 Fattori associati al ricorso al consultorio o all'ostetrica

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	236	11,0	1		1	
≥ 30 anni	323	6,8	0,59	0,50-0,70	0,65	0,54-0,78
Istruzione						
≤ media inf	274	10,0	1		1	
≥ med sup	285	6,9	0,66	0,55-0,78	0,73	0,61-0,88
Occupazione						
Occupata	261	6,7	1		1	
Casalinga	298	10,0	1,55	1,30-1,84	1,51	1,25-1,84
Storia riproduttiva						
Primipare	290	8,3	1		1	
Plurip no TC prec	225	8,7	1,05	0,88-1,26	1,07	0,88-1,30

Plurip sì TC prec	44	5,3	0,62	0,45-0,86	0,67	0,48-0,93
Gravidanza						
Fisiologica	385	8,6	1		1	
Patologica	174	7,2	0,82	0,68-0,98	0,87	0,72-1,05
Area geografica						
Nord	178	11,8	1		1	
Centro	245	7,2	0,58	0,47-0,71	0,55	0,45-0,68
Sud	136	6,9	0,55	0,44-0,70	0,44	0,34-0,56

TAB 3 Fattori associati all'esecuzione di più di 3 ecografie in gravidanza

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	1717	80,1	1		1	
≥ 30 anni	3838	80,9	1,05	0,93-1,20	1,12	0,97-1,29
Istruzione						
≤ media inf	2176	79,7	1		1	
≥ med sup	3379	81,2	1,10	0,97-1,24	1,13	0,98-1,29
Occupazione						
Occupata	3171	81,2	1		1	
Casalinga	2384	79,87	0,92	0,81-1,03	0,86	0,75-0,99
Storia riproduttiva						
Primipare	2896	83,2	1		1	
Plurip no TC prec	1967	76,2	0,65	0,57-0,74	0,63	0,55-0,72
Plurip sì TC prec	692	83,6	1,03	0,84-1,26	0,84	0,68-1,04
Assistenza gravidan						
ginecologo	5208	82,3	1		1	
Consultorio fam./ost.	347	62,1	0,350	0,29-0,42	0,39	0,32-0,47
Gravidanza						
Fisiologica	3445	77,2	1		1	
Patologica	2110	86,8	1,94	1,69-2,23	1,91	1,66-2,19
Area geografica						
Nord	1084	72,0	1		1	
Centro	2723	79,7	1,53	1,33-1,76	1,44	1,25-1,67
Sud	1748	88,8	3,09	2,58-3,70	3,23	2,67-3,91

TAB 4 Fattori associati alla frequenza di corsi di preparazione alla nascita

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	603	28,4	1		1	
≥ 30 anni	1499	31,9	1,18	1,05-1,32	1,59	1,39-1,83
Istruzione						
≤ media inf	504	18,6	1		1	
≥ med sup	1598	38,8	2,77	2,47-8,11	1,98	1,73-2,27
Occupazione						
Occupata	1570	40,5	1		1	
Casalinga	532	18,1	0,32	0,29-0,36	0,52	0,46-0,60
Storia riproduttiva						
Primipare	1652	47,9	1		1	
Plurip no TC prec	397	15,5	0,20	0,18-0,23	0,17	0,14-0,19
Plurip sì TC prec	53	6,5	0,08	0,06-0,10	0,07	0,05-0,10
Assistenza gravidanza						
Ginecologo	1701	32,2	1		1	
Consultorio/ostetrica	401	26,1	0,75	0,66-0,85	1,79	1,45-2,22
Gravidanza						
Fisiologica	1476	33,4	1		1	
Patologica	626	26,0	0,70	0,63-0,78	0,68	0,60-0,78
Area geografica						
Nord	566	37,6	1		1	
Centro	1330	39,2	1,07	0,94-1,21	1,02	0,88-1,17
Sud	206	10,7	0,20	0,17-0,24	0,24	0,20-0,29

TAB 5 Fattori associati al parto con taglio cesareo

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	569	27,2	1		1	
≥ 30 anni	1591	34,3	1,40	1,25-1,57	1,60	1,39-1,85
Istruzione						
≤ media inf	873	32,8	1		1	
≥ med sup	1287	31,7	0,95	0,86-1,05	0,94	0,82-1,08

Occupazione						
Occupata	1224	32,0	1		1	
Casalinga	936	32,3	1,02	0,92-1,13	0,94	0,82-1,08
Gravidanza						
Fisiologica	1167	26,9	1		1	
Patologica	984	41,5	1,93	1,73-2,14	1,76	1,55-2,01
Storia riproduttiva						
Primipare	1121	32,8	1		1	
Plurip no TC prec	351	14,0	0,33	0,29-0,38	0,27	0,24-0,32
Plurip sì TC prec	688	85,9	12,45	10,08-15,39	11,66	9,32-14,59
Assistenza gravidan						
privato	1754	33,7	1		1	
pubblico	406	26,8	0,72	0,63-0,82	0,74	0,63-0,87
Corso prep nascita						
No	1351	36,2	1		1	
sì	809	27,0	0,65	0,59-0,72	0,84	0,74-0,97
Età gestazionale						
37-40 sett	1518	31,4	1		1	
≤36 sett	318	65,2	4,09	3,36-4,98	2,18	1,69-2,83
≥41 sett	324	23,2	0,66	0,57-0,76	0,91	0,78-1,06
Peso alla nascita						
2500-3999 g	1745	29,6	1		1	
<2500 g	279	70,5	5,68	4,54-7,09	3,11	2,33-4,15
≥4000 g	136	31,6	1,10	0,89-1,36	1,65	1,28-2,11
Gemellarità						
No	1991	30,6	1		1	
Sì	169	74,5	6,60	4,87-8,93	4,12	2,89-5,89
Luogo del parto						
Pubblico	1850	30,5	1		1	
Privato/convenzi.	310	47,4	2,06	1,75-2,42	1,78	1,46-2,16
Area geografica						
Nord	376	25,3	1		1	
Centro	1012	30,2	1,28	1,11-1,46	1,31	1,11-1,55
Sud	772	40,9	2,04	1,76-2,37	1,89	1,56-2,30

TAB 6 Fattori associati alla preferenza del parto TC

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	272	13.1	1		1	
≥ 30 anni	718	15.6	1.22	1.05-1.42	1.27	1.07-1.50
Istruzione						
≤ media inf	454	17.2	1		1	
≥ med sup	536	13.3	0.74	0.64-0.85	0.83	0.71-0.97
Occupazione						
Occupata	517	13.6	1		1	
Casalinga	473	16.4	1.25	1.09-1.43	1.08	0.92-1.27
Storia riproduttiva						
Primipare	505	14.9	1		1	
Plurip no TC prec	253	10.1	0.64	0.55-0.75	0.78	0.65-0.93
Plurip sì TC prec	232	29.3	2.36	1.97-2.83	1.02	0.83-1.26
Assistenza gravidan						
privato	818	15.8	1		1	
pubblico	172	11.4	0.69	0.58-0.82	0.75	0.62-0.90
Gravidanza						
Fisiologica	553	12.8	1		1	
Patologica	437	18.5	1.55	1.35-1.78	1.27	1.09-1.47
Corso prep nascita						
No	679	18.4	1		1	
sì	311	10.4	0.52	0.45-0.60	0.69	0.59-0.82
Età gestazionale						
37-40 sett	719	14.9	1		1	
≤36 sett	101	21.2	1.53	1.21-1.93	0.87	0.65-1.16
≥41 sett	170	12.3	0.79	0.66-0.95	1.00	0.82-1.22
Peso alla nascita						
2500-3999 g	825	14.1	1		1	
<2500 g	88	22.5	1.77	1.38-2.27	0.95	0.69-1.30
≥4000 g	77	18.0	1.34	1.03-1.73	1.46	1.11-1.94
Gemellarità						
No	927	14.4	1		1	
Sì	63	28.3	2.35	1.74-3.17	1.44	1.02-2.03
Luogo del parto						
Pubblico	827	13.7	1		1	
Privato/convenzi.	163	25.2	2.12	1.75-2.57	1.45	1.17-1.79
Tipo parto						
Spontaneo	355	7.8	1		1	
Cesareo	635	29.7	4.99	4.32-5.75	3.95	3.33-4.67
Area geografica						
Nord	166	11.2	1		1	

Centro	403	12.1	1.09	0.90-1.33	0.93	0.76-1.14
Sud	421	22.5	2.30	1.89-2.79	1.45	1.16-1.81

TAB 7 Fattori associati al non attaccamento al seno entro 2 ore

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	982	50.1	1		1	
≥ 30 anni	2147	49.4	0.97	0.87-1.07	0.99	0.87-1.12
Istruzione						
≤ media inf	1278	52.2	1		1	
≥ med sup	1851	48.0	0.84	0.76-0.93	1.01	0.90-1.14
Occupazione						
Occupata	1655	45.9	1		1	
Casalinga	1474	54.5	1.41	1.28-1.56	1.22	1.08-1.38
Assistenza gravidan						
privato	2519	51.4	1		1	
pubblico	610	43.3	0.72	0.64-0.81	0.83	0.72-0.95
Corso prep nascita						
No	1882	54.8	1		1	
sì	1247	43.4	0.63	0.57-0.70	0.87	0.77-0.98
Storia riproduttiva						
Primipare	1573	50.8	1		1	
Pluripare	1556	48.5	0.91	0.83-1.01	0.87	0.78-0.98
Gravidanza						
Fisiologica	1946	47.2	1		1	
Patologica	1183	54.1	1.32	1.19-1.46	1.04	0.93-1.17
Età gestazionale						
37-40 sett	2241	48.8	1		1	
≤36 sett	286	75.3	3.20	2.51-4.06	2.00	1.51-2.65
≥41sett	602	45.2	0.87	0.77-0.98	1.02	0.89-1.17
Peso alla nascita						
2500-3999 g	2691	48.0	1		1	
<2500 g	227	77.5	3.72	2.81-4.92	1.79	1.28-2.50
≥4000 g	211	51.1	1.13	0.93-1.38	1.18	0.95-1.47
Gemellarità						
No	2984	48.8	1		1	
Sì	145	76.7	3.46	2.46-4.87	1.83	1.23-2.70
Tipo parto						
Spontaneo	1803	41.3	1		1	
Operativo	38	51.4	1.50	0.94-2.38	1.22	0.74-2.00
TC anest. epidurale	778	63.2	2.44	2.14-2.78	2.11	1.83-2.45
TC anest. generale	510	80.1	5.70	4.66-7.00	4.23	3.40-5.25
Rooming in						
No	1980	59.9	1		1	
sì	1149	38.3	0.41	0.37-0.46	0.46	0.42-0.52
Inf. allatt. in rep						
Adeguate	2106	46.0	1		1	
Non adeguate	1023	59.2	1.70	1.52-1.91	1.52	1.35-1.72
Luogo del parto						
Pubblico	2797	49.0	1		1	
Privato/convenzi.	332	55.9	1.32	1.11-1.57	1.10	0.91-1.34
Area geografica						
Nord	432	30.8	1		1	
Centro	1553	49.5	2.21	1.93-2.52	1.87	1.62-2.16
Sud	1144	64.9	4.16	3.58-4.83	2.95	2.48-3.51
Preferenza parto						
Spontaneo	2564	47.2	1		1	
TC	565	64.4	2.02	1.75-2.35	1.25	1.06-2.16

TAB 8 Fattori associati alla prevalenza di allattamento esclusivo in reparto

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	1357	69.3	1		1	
≥ 30 anni	3009	69.2	1.00	0.89-1.12	0.90	0.79-1.02
Istruzione						
≤ media inf	1663	68.0	1		1	
≥ med sup	2703	70.1	1.10	0.99-1.23	1.15	1.02-1.30
Occupazione						
Occupata	2485	69.0	1		1	
Casalinga	1881	69.6	1.03	0.93-1.15	1.05	0.93-1.19
Storia riproduttiva						
Primipare	1999	64.4	1		1	
Pluripare	2367	73.8	1.54	1.39-1.72	1.59	1.41-1.79
Assistenza gravidan						
privato	3379	69.0	1		1	
pubblico	987	70.1	1.05	0.93-1.20	0.93	0.81-1.07
Corso prep nascita						

No	2333	67.9	1		1	
sì	2033	70.8	1.14	1.03-1.28	1.12	0.99-1.27
Gravidanza						
Fisiologica	2968	72.0	1		1	
Patologica	1398	64.0	0.69	0.62-0.77	0.77	0.68-0.86
Età gestazionale						
37-40 sett	3211	69.9	1		1	
≤36 sett	205	54.0	0.50	0.41-0.62	0.83	0.65-1.06
≥41 sett	950	71.3	1.07	0.94-1.22	1.05	0.91-1.21
Peso alla nascita						
2500-3999 g	3932	70.2	1		1	
<2500 g	140	47.8	0.39	0.31-0.49	0.69	0.52-0.91
≥4000 g	294	71.4	1.06	0.85-1.32	1.02	0.81-1.29
Gemellarità						
No	4283	70.0	1		1	
Sì	83	43.9	0.34	0.25-0.45	0.54	0.39-0.75
Tipo parto						
Spontaneo	3160	72.4	1		1	
Operativo	49	66.2	0.75	0.46-1.22	0.98	0.59-1.61
TC anest. epidurale	766	62.2	0.63	0.55-0.72	0.83	0.72-0.97
TC anest. generale	391	61.6	0.61	0.51-0.73	0.92	0.76-1.11
Rooming in						
No	2193	66.4	1		1	
sì	2173	72.4	1.33	1.19-1.48	1.08	0.96-1.21
Inf. allatt. in rep						
Adeguate	3286	71.8	1		1	
Non adeguate	1080	62.5	0.66	0.58-0.74	0.71	0.63-0.81
Attaccamento al seno						
Entro 2 ore	2446	77.0	1		1	
Dopo 2 ore	1920	61.4	0.48	0.43-0.53	0.57	0.50-0.64
Luogo del parto						
Pubblico	3968	69.5	1		1	
Privato/convenzi.	398	67.1	0.90	0.75-1.07	0.87	0.72-1.06
Preferenza parto						
Spontaneo	3812	70.2	1		1	
TC	554	63.2	0.73	0.63-0.85	0.91	0.77-1.07
Area geografica						
Nord	1072	76.4	1		1	
Centro	2084	66.4	0.61	0.53-0.71	0.70	0.60-0.81
Sud	1210	68.6	0.68	0.58-0.79	0.89	0.75-1.07

TAB 9 Fattori associati all'allattamento completo al seno > 3 mesi

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	725	39.1	1		1	
≥ 30 anni	1896	46.0	1.33	1.19-1.49	1.30	1.14-1.47
Istruzione						
≤ media inf	895	38.8	1		1	
≥ med sup	1726	47.1	1.40	1.26-1.56	1.25	1.11-1.40
Occupazione						
Occupata	1593	46.2	1		1	
Casalinga	1028	40.8	0.80	0.72-0.89	0.93	0.83-1.06
Storia riproduttiva						
Primipare	1247	42.5	1		1	
Pluripare	1374	45.3	1.12	1.01-1.24	1.05	0.92-1.19
Assistenza gravidan						
privato	2019	43.6	1		1	
pubblico	602	44.8	1.05	0.93-1.18	1.08	0.94-1.23
Corso prep nascita						
No	1285	39.6	1		1	
Sì gravidanza prec	406	49.9	1.52	1.30-1.77	1.10	0.92-1.31
Sì ospedale	317	46.7	1.33	1.13-1.58	1.19	0.98-1.45
Sì consultorio	556	50.6	1.56	1.36-1.79	1.33	1.12-1.57
Sì privato	57	41.9	1.10	0.78-1.56	0.98	0.67-1.43
Gemellarità						
No	2586	44.6	1		1	
Sì	35	20.6	0.32	0.22-0.47	0.40	0.27-0.59
Tipo parto						
Spontaneo	1946	46.9	1		1	
TC	675	38.9	0.75	0.67-0.84	0.86	0.76-0.97
Rooming in						
No	1291	41.3	1		1	
sì	1330	46.7	1.24	1.12-1.38	1.10	0.98-1.22
Attaccamento al sen						
Entro 2 ore	1472	47.9	1		1	
Dopo 2 ore	1149	39.7	0.72	0.65-0.79	0.95	0.84-1.06
allatt escl in						

reparto						
No	537	30.7	1		1	
Sì	2084	49.4	2.20	1.96-2.48	1.78	1.57-2.02
Prob allatt a casa						
No	2221	50.7	1		1	
Sì	400	25.1	0.32	0.29-0.37	0.32	0.28-0.37
Visite domiciliari						
No	2211	42.9	1		1	
Sì	410	50.1	1.33	1.15-1.55	1.31	1.11-1.54
Incontri in puerper						
No	2284	42.4	1		1	
Sì	337	58.2	1.90	1.59-2.26	1.54	1.26-1.88
Area geografica						
Nord	697	51.2	1		1	
Centro	1317	44.0	0.75	0.66-0.85	0.79	0.69-0.92
Sud	607	37.2	0.57	0.49-0.66	0.72	0.60-0.85

TAB 10 Fattori associati all'allattamento comunque al seno > 5 mesi

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	1001	53.8	1		1	
≥ 30 anni	2455	59.2	1.23	1.09-1.39	1.27	1.12-1.44
Istruzione						
≤ media inf	1209	52.3	1		1	
≥ med sup	2247	60.8	1.56	1.38-1.75	1.28	1.13-1.44
Occupazione						
Occupata	2069	59.4	1		1	
Casalinga	1387	54.9	0.85	0.76-0.96	0.96	0.85-1.08
Storia riproduttiva						
Primipare	1695	57.4	1		1	
Pluripare	1761	57.6	1.06	0.95-1.19	0.90	0.79-1.03
Assistenza gravidan						
Privato	2652	56.9	1		1	
Pubblico	804	59.6	1.11	0.96-1.27	1.18	1.03-1.35
Corso prep nascita						
No	1734	53.1	1		1	
Sì gravidanza prec	514	62.9	1.46	1.22-1.75	1.16	0.97-1.40
Sì ospedale	413	60.2	1.29	1.06-1.56	1.17	0.96-1.43
Sì consultorio	716	64.7	1.62	1.37-1.90	1.36	1.15-1.62
Sì privato	79	57.7	1.22	0.82-1.80	1.08	0.74-1.58
Gemellarità						
No	3396	58.2	1		1	
Sì	60	34.9	0.38	0.28-0.51	0.49	0.35-0.69
Tipo parto						
Spontaneo	2545	59.7	1		1	
TC	911	52.2	0.73	0.64-0.82	0.84	0.74-0.96
Rooming in						
No	1751	55.7	1		1	
Sì	1705	59.6	1.21	1.08-1.36	1.01	0.90-1.13
Attaccamento al sen						
Entro 2 ore	1908	61.8	1		1	
Dopo 2 ore	1548	53.0	0.68	0.61-0.77	0.91	0.81-1.02
Allattam. in reparto						
Altro	754	42.7	1		1	
Esclusivo	2702	63.7	2.54	2.25-2.87	1.91	1.69-2.16
Prob allatt a casa						
No	2867	65.1	1		1	
Sì	589	36.7	0.25	0.22-0.28	0.30	0.27-0.34
Visite domiciliari						
No	2922	56.4	1		1	
Sì	534	64.6	1.42	1.19-1.70	1.37	1.16-1.62
Incontri in puerper						
No	3037	56.0	1		1	
Sì	419	72.0	2.11	1.67-2.67	1.61	1.30-2.00
Area geografica						
Nord	874	64.2	1		1	
Centro	1741	57.6	0.85	0.73-0.98	0.80	0.69-0.93
Sud	841	51.8	0.77	0.65-0.91	0.76	0.64-0.91

TAB 11 Fattori associati al ricorso al pronto soccorso nel 1° anno di vita

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	659	33.0	1		1	
≥ 30 anni	1286	29.3	0.84	0.75-0.94	0.86	0.76-0.97
Istruzione						

≤ media inf	777	31.4	1		1	
≥ med sup	1168	29.9	0.93	0.83-1.04	0.87	0.77-0.98
Occupazione						
Occupata	1149	31.4	1		1	
Casalinga	796	29.2	0.90	0.81-1.00	1.00	0.88-1.13
Storia riproduttiva						
Primipare	1017	32.5	1		1	
Pluripare	928	28.5	0.83	0.74-0.92	0.86	0.76-0.96
Allattam seno > 5 m						
No	870	31.8	1		1	
Sì	1075	29.5	0.90	0.81-1.00	0.88	0.79-0.98
Visite domiciliari						
No	1693	30.7	1		1	
Sì	252	29.2	0.93	0.80-1.09	0.89	0.74-1.05
Incontri in puerper						
No	1734	30.0	1		1	
Sì	211	34.7	1.24	1.04-1.47	1.07	0.89-1.29
Asilo nido						
No	1710	29.6	1		1	
Sì	235	38.4	1.48	1.25-1.76	1.47	1.23-1.76
Area geografica						
Nord	535	37.6	1		1	
Centro	958	30.4	0.73	0.64-0.83	0.73	0.63-0.88
Sud	452	24.9	0.55	0.47-0.64	0.54	0.46-0.63

TAB 12 Fattori associati al ricovero in ospedale nel 1° anno di vita

Variabile	N	%	OR _{gr}	LC (95%)	OR _{agg}	LC (95%)
Età						
< 30 anni	305	15.3	1		1	
≥ 30 anni	654	14.0	0.97	0.84-1.13	0.92	0.79-1.08
Istruzione						
≤ media inf	418	17.0	1		1	
≥ med sup	541	13.9	0.79	0.69-0.90	0.79	0.68-0.91
Occupazione						
Occupata	557	15.3	1		1	
Casalinga	402	14.87	0.96	0.84-1.11	0.86	0.74-1.01
Storia riproduttiva						
Primipare	428	13.7	1		1	
Pluripare	531	16.3	1.23	1.07-1.41	1.27	1.09-1.47
Età gestazionale						
37-40 sett	685	14.9	1		1	
≤36 sett	96	24.1	1.82	1.43-2.32	1.35	1.02-1.80
≥41 sett	178	13.1	0.86	0.72-1.03	0.91	0.76-1.09
Peso alla nascita						
2500-3999 g	819	14.5	1		1	
<2500 g	87	28.7	2.38	1.83-3.08	1.93	1.42-2.60
≥4000 g	53	12.8	0.87	0.64-1.17	0.86	0.64-1.16
Allattam seno > 5 m						
No	479	17.6	1		1	
Sì	480	13.2	0.71	0.62-0.82	0.76	0.66-0.87
Visite domiciliari						
No	846	15.4	1		1	
Sì	113	13.1	0.83	0.68-1.03	0.87	0.70-1.08
Incontri in puerper						
No	875	15.2	1		1	
Sì	84	13.8	0.89	0.70-1.14	1.02	0.79-1.32
Area geografica						
Nord	214	15.0	1		1	
Centro	476	15.2	1.01	0.85-1.20	1.05	0.88-1.26
Sud	269	14.9	0.99	0.81-1.20	0.94	0.76-1.15

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

Tabella A.1

Tabella A.2

Tabella A.3

Tabella A.4

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA				
gravidanza				
	Fisiologica	Con patologie lievi	Con patologie gravi	Con ricovero
N.	%	%	%	%

PIEMONTE	185	24,3	34,1	13,5	0,5	16,8	10,8
LOMBARDIA	481	18,7	46,4	7,1	1,3	16,4	10,2
BOLZANO	374	24,6	24,9	27	2,4	11,2	9,9
TRENTO	384	19	37	17,7	1,6	11,5	13,3
EMILIA R.	179	38,6	24	7,3	1,1	17,9	11,2
TOSCANA	1685	23,2	43,2	13,8	1,1	15,6	12,1
MARCHE	785	15,5	42	6,8	1,2	20,7	13,9
UMBRIA	486	22,3	41	7,8	1	16,9	10,9
LAZIO	688	15,4	45,8	4,4	1,5	22,8	10,2
SARDEGNA	489	11,9	46,6	5,9	1,8	19,4	14,3
CAMPANIA	816	14,1	34,9	3,4	0,6	36,4	10,5
PUGLIA	415	5,8	45,5	3,6	0,7	34,7	9,6
BASILICATA	190	9	46,8	3,6	0	30	11,1
CALABRIA	137	16,1	54	6,6	2,2	19,7	1,5
SICILIA	346	11	48,8	4,6	0	28,3	7,2

[visualizza le altre tabelle](#)

