



Rapporti

ISTISAN

12/39



**Percorso nascita: promozione e valutazione
della qualità di modelli operativi.
Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011**



ISSN 1123-3117

A cura di
L. Lauria, A. Lamberti, M. Buoncristiano,
M. Bonciani e S. Andreozzi

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Percorso nascita: promozione e valutazione
della qualità di modelli operativi.
Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011**

A cura di
Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano,
Manila Bonciani e Silvia Andreozzi

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

12/39

Istituto Superiore di Sanità

Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011.

A cura di Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Manila Bonciani e Silvia Andreozzi
2012, iii, 176 p. Rapporti ISTISAN 12/39

Il Ministero della Sanità, nel Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000, ha introdotto il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) come tematica di rilevanza strategica. L'Istituto Superiore di Sanità ha avuto il compito di aiutare le Aziende Sanitarie Locali (ASL) ad implementare le raccomandazioni del POMI nel proprio territorio per quanto attiene al percorso nascita e di valutare l'efficacia del programma implementato. Nell'ambito di questo progetto, in 25 ASL, sono state condotte nel 2008-2009 e nel 2010-2011 due indagini campionarie di popolazione per valutare l'assistenza pre- e post-natale prima e dopo l'inizio dell'implementazione del programma. Nonostante il persistere di una assistenza privata e medicalizzata, i risultati mostrano un generale miglioramento negli indicatori assistenziali in gravidanza e nel puerperio quali la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita, la quantità e la qualità delle informazioni ricevute, le visite domiciliari offerte dal consultorio familiare, l'organizzazione di gruppi di sostegno all'allattamento o di autoaiuto tra mamme, l'allattamento al seno. I consultori familiari e i corsi di accompagnamento alla nascita tendono a migliorare gli indicatori assistenziali del percorso nascita mettendo in evidenza l'opportunità di potenziare questi servizi e di dare un'adeguata formazione al personale sanitario coinvolto.

Parole chiave: Percorso nascita; Valutazione modelli assistenziali; Corsi di accompagnamento alla nascita; Consultori familiari

Istituto Superiore di Sanità

Pre- and post-natal assistance: promotion and assessment of operational models quality. The 2008-2009 and 2010-2011 surveys.

Edited by Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Manila Bonciani and Silvia Andreozzi
2012, iii, 176 p. Rapporti ISTISAN 12/39 (in Italian)

In the National Health Program 1998-2000, the Italian Ministry of Health introduced a plan to improve maternal and child health. The Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy) had the task of helping the Local Health Units (LHU) to implement the plan recommendations for pre- and post-natal assistance and evaluating the effectiveness of the implemented activities. Thus, in 25 LHU, two population-based follow-up surveys were conducted in 2008-2009 and in 2010-2011 before and after the programme implementation. Although a private and medicalized maternal assistance model persists, the results show a general improvement in pre- and post-natal care indicators as attendance to antenatal classes, information received by the mothers during and after pregnancy, counselling in puerperium offered by the public family care centres, and breastfeeding. The assistance by public family care centres and the attendance to antenatal classes have a positive effect on natal care indicators. It is worthy empowering these services and giving a suitable training to the involved health personnel.

Key words: Pregnancy assistance; Health care models evaluation; Antenatal classes; Family Care Centres

Il progetto è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (cap. 4393/2006-CCM).

Per informazioni su questo documento scrivere a: laura.lauria@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/39).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Premessa	iii
Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività <i>Michele Grandolfo</i>	1
Le indagini sul percorso nascita <i>Laura Lauria, Manila Bonciani, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Mauro Bucciarelli, Michele Grandolfo, Gruppo di lavoro sul percorso nascita</i>	25
Attività di implementazione del Progetto Obiettivo Materno Infantile realizzate e programmate nelle ASL aderenti al progetto <i>Gruppo di lavoro sul percorso nascita, Sonia Rubimarca, Silvia Andreozzi, Laura Lauria, Michele Grandolfo</i>	79
Corso di formazione sulla conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita <i>Piera Maghella, Maita Sartori</i>	129
Appendice A Gruppo di lavoro sul percorso nascita	145
Appendice B Questionario utilizzato nelle indagini sul percorso nascita	151
Appendice C Proposta di questionario sul percorso nascita come strumento per la conduzione di periodiche indagini territoriali volte alla auto-valutazione	171

PREMESSA

Questo rapporto costituisce il secondo di due rapporti dedicati ai risultati conclusivi del progetto: “Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi”, condotto dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute.

Nel primo rapporto (pubblicato nel 2011 come Rapporto ISTISAN 11/12), dopo aver descritto le basi epistemologiche, epidemiologiche e operative dell’attività dei consultori familiari secondo il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), e aver dato un quadro generale del fenomeno dell’immigrazione femminile in Italia e della relativa normativa sull’assistenza in gravidanza e nel puerperio, sono stati presentati i risultati di due indagini campionarie rivolte specificamente alla valutazione del percorso nascita delle donne immigrate.

In continuità con il primo, in questo secondo rapporto il primo capitolo è dedicato alle basi epistemologiche ed epidemiologiche, la progettazione operativa, l’implementazione e la valutazione delle attività relative al percorso nascita con particolare riferimento ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN).

Nel secondo capitolo vengono presentati i risultati di due indagini di popolazione sull’assistenza al percorso nascita con follow-up a 3, 6 e 12 mesi dal parto condotte con le stesse modalità ad un anno di distanza l’una dall’altra.

Tra la prima e la seconda indagine, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) partecipanti dovevano implementare attività e interventi assistenziali nel rispetto dei principi del POMI. Questa attività di implementazione che in alcuni casi, per problemi organizzativi e di tempistica è iniziata in ritardo, viene descritta nel terzo capitolo del rapporto insieme con una sintesi dei principali indicatori assistenziali per ciascuna ASL.

Il quarto capitolo del rapporto è dedicato all’attività di formazione che è stata organizzata in ISS nell’ambito del progetto. In particolare viene presentato un corso di formazione rivolto agli operatori sanitari coinvolti nella organizzazione e nella conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita realizzato con modalità strettamente interconnesse con i risultati delle indagini e con il progetto nel suo complesso per quanto riguarda sia contenuti che metodologia.

Il progetto è terminato ma ci auguriamo che tutto il lavoro fatto e anche questo rapporto possano continuare ad essere di stimolo alla riflessione e di aiuto nel perseguire gli obiettivi e i principi, sempre attuali, che lo hanno ispirato.

Si ringraziano tutti coloro che hanno partecipato a vario titolo alla realizzazione di questo progetto: le mamme, gli operatori sanitari, le istituzioni.

Angela Spinelli

*Direttore Reparto Salute della donna e dell’età evolutiva
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità*

PERCORSO NASCITA E CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA: BASI CONOSCITIVE, PROGETTAZIONE OPERATIVA, IMPLEMENTAZIONE E VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Michele Grandolfo*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

La salute della donna e dell'età evolutiva rappresentano aree di intervento privilegiate, non solo perché sono una cartina di tornasole per la qualità dei servizi socio-sanitari, tenendo conto dei paradigmi che vengono messi in gioco in questo settore, ma anche per l'alto valore aggiunto associato alla realizzazione di efficaci programmi di prevenzione e promozione della salute – basati sull'offerta attiva e sulla modalità dell'empowerment – per l'irradiamento che coinvolge l'intera comunità, essendo le donne i pilastri delle famiglie e gli/le adolescenti le generazioni che costruiscono il futuro.

Il percorso nascita, la prevenzione dei tumori femminili e gli/le adolescenti sono gli ambiti strategici del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (DM del 24 aprile 2000 pubblicato su *Gazzetta Ufficiale* n. 131 del 7 giugno 2000 ricompreso integralmente nell'accordo tra Governo, regioni e le province autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria pubblicato su *Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 23 gennaio 2002, p. 37), in cui sono espresse linee guida per la realizzazione di programmi di promozione della salute (1-2).

L'aspetto strategico è anche rappresentato dalla possibilità di sviluppare aree di ricerca-intervento satelliti (prevenzione dell'aborto, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, menopausa, ecc.).

Nonostante la formale adozione del POMI in molti piani sanitari regionali, poco o niente si è fatto per la sua implementazione, resa peraltro problematica dal continuo degrado della consistenza della rete consultoriale.

A livello ministeriale è stata posta l'esigenza di una eventuale revisione del POMI, ma è sembrato opportuno farla anticipare da una sperimentazione su larga scala e in tal senso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha proposto il relativo progetto al Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), che lo ha approvato e finanziato, con l'inclusione della realizzazione di una indagine multicentrica sul percorso nascita tra le donne straniere.

Il presente rapporto, assieme al Rapporto ISTISAN 11/12 del 2011 *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009* (3), è testimonianza dei risultati del progetto stesso.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

Strategie per la promozione della salute e la valutazione di impatto

Nel POMI il percorso nascita è considerato area strategica di intervento. Tale scelta deriva dalle innumerevoli possibilità di promozione della salute che si possono sviluppare in tale ambito.

Se la promozione della salute si deve intendere come l'insieme delle attività che hanno come obiettivo finale l'aumento della capacità di controllo sul proprio stato di salute da parte delle persone e delle comunità (Carta di Ottawa) (4), si pone l'esigenza, come per ogni attività umana, di valutare l'efficacia nella pratica e l'impatto di sanità pubblica delle strategie di promozione della salute.

Si parla, appunto, di strategie perché i programmi relativi hanno senso solo se applicati a livello di popolazione e la valutazione può essere effettuata solo a tale livello, mentre ha poco valore se effettuata in sezioni della stessa soggettivamente o opportunisticamente selezionate in quanto i fattori di selezione possono essere i determinanti dei risultati e degli esiti, piuttosto che le attività realizzate.

È fondamentale sviluppare strategie operative con la specificazione degli obiettivi di salute che si intende raggiungere, gli indicatori di esito, risultato e processo appropriati, i sistemi di monitoraggio e valutazione, la "popolazione bersaglio", le specifiche modalità di coinvolgimento (chi, come, quando, dove), le procedure di esecuzione delle attività, con il conseguente sviluppo del calcolo delle risorse umane ed economiche, oltre all'*assessment* dell'integrazione in rete dei servizi e delle istituzioni coinvolte, senza trascurare la identificazione di risorse presenti e disponibili nella comunità. Vanno inoltre verificate le eventuali necessità di aggiornamento professionale anche rispetto alla capacità di stare in rete. Infine, è necessario mettere a punto valide modalità di comunicazione perché sia noto alla comunità nel suo complesso, come sfondo comunicativo, il programma che si intende realizzare.

Gli indicatori di processo e di risultato (quante persone da coinvolgere – la popolazione bersaglio – sono state effettivamente coinvolte e quante attività hanno prodotto i risultati attesi) e i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per calcolarli sono strumenti costitutivi per monitorare l'implementazione del programma.

La strategia operativa deve prevedere e definire le procedure per stimare la prevalenza delle condizioni o l'incidenza degli eventi, che la strategia stessa ha l'obiettivo di modificare, nella sezione di popolazione bersaglio non raggiunta, oltre i fattori associati alla non accettazione.

Nello sviluppo della strategia operativa è necessario tenere a mente i due cardini che la sottendono: il cardine operativo e il cardine epidemiologico.

Cardine operativo: l'offerta attiva

Cardine operativo è l'offerta attiva. Offerta: ci si rivolge alla persona con rispetto, gentilezza, empatia, compassione (intesa nel senso etimologico del termine) e umiltà. Attiva: se la persona non accetta l'offerta ci si deve interrogare (anche prestando ascolto ai suggerimenti e alle opinioni della comunità) se si tratta di una scelta consapevole, che va rispettata e non stigmatizzata, quanto piuttosto la conseguenza dell'inadeguatezza della modalità dell'offerta (eccessiva standardizzazione e non modulazione sulle caratteristiche peculiari delle persone). Le indagini sui fattori di non accettazione saranno decisive per identificare quelli legati all'inadeguatezza dell'offerta. Si potranno così identificare gli errori, errori fecondi, da cui partire per delineare modalità alternative e/o aggiornamenti professionali.

È da tener presente che le competenze necessarie perché il coinvolgimento sia accettato sono anche necessarie per attivare, con la persona che ha accettato il coinvolgimento, il processo di riflessione e ripensamento sui vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità di appartenenza su cui si radicano le conoscenze, le attitudini e i comportamenti da mettere in discussione in relazione alle conoscenze scientifiche consolidate. Con l'avvertenza che le conoscenze sono scientifiche perché i metodi utilizzati per produrle permettono di calcolare la probabilità che siano sbagliate e tale consapevolezza sull'incertezza deve essere condivisa dall'operatore e dalla persona. La scelta consapevole verrà così effettuata confrontando le diverse alternative con i benefici e i rischi associati, il cui peso deve essere dato dalla persona, unica titolata a farlo.

Si può quindi concludere che un alto tasso di accettazione è prognostico dell'efficacia dell'azione di empowerment. Di qui la straordinaria importanza del tasso di rispondenza.

Cardine epidemiologico: la popolazione “bersaglio” e le sue articolazioni sociali

Nelle strategie della promozione della salute al cardine operativo dell'offerta attiva è strettamente associato e conseguente il cardine epidemiologico. Per la progettazione delle strategie è fondamentale la conoscenza della popolazione bersaglio e delle sue articolazioni sociali, nella consapevolezza che i fattori sociali sono generalmente le “cause dietro le cause”. Lo stretto legame tra i due cardini sta nel fatto che le persone più difficili da raggiungere sono quelle esposte a deprivazione sociale e, quindi, più esposte al rischio. Non raggiungerle o, se raggiunte, non coinvolgerle efficacemente nel percorso di empowerment comporta una modesta modifica degli indicatori di esito, cioè un modesto miglioramento delle condizioni di salute della comunità. È da tener presente che se le persone non raggiunte non migliorano il loro stato di salute, anche quelle raggiunte vengono coinvolte in modo non ottimale perché le competenze necessarie per un efficace coinvolgimento lo sono anche per attivare un efficace processo di empowerment.

Non è superfluo ricordare che la promozione della salute, intesa come recita la Carta di Ottawa, può essere perseguita solo se si cambiano i paradigmi epistemologici che sottendono i sistemi socio-sanitari: dal welfare basato sul paternalismo direttivo al welfare della partecipazione e dell'empowerment, il primo sostenuto da un modello biomedico, il secondo da un modello sociale di salute.

Si può riconoscere che l'offerta attiva è connessa al modello di welfare della partecipazione e dell'empowerment e il cardine epidemiologico al modello sociale di salute.

A rimarcare l'importanza dell'offerta attiva è opportuno riflettere sulla ridotta capacità di cercare salute da parte delle persone in condizioni di deprivazione sociale, non recuperata con la semplice facilitazione degli accessi. Se la promozione della salute produce competenze e consapevolezza, una sua manifestazione è proprio l'aumentata capacità di cercare salute, che quindi non si può dare per scontata ma è un effetto dell'intervento efficace.

La connessione tra offerta attiva e conoscenza epidemiologica della popolazione bersaglio è messa in evidenza nell'esempio di seguito descritto.

La non omogeneità della distribuzione del rischio fa sì che non ci sia relazione lineare tra livello di coinvolgimento della popolazione (tasso di rispondenza) e livello di riduzione dell'indicatore di esito: ipotizzando una popolazione di 10000 unità, di cui il 20% (2000) con rischio 5% e l'80% a rischio 0,5% di un definito evento di sofferenza, nelle due sezioni verranno prodotti 100+40 casi (tasso $14/1000 = 0,014$). Se l'intervento di promozione, efficace nell'annullare il rischio, coinvolge efficacemente il 10% della sezione più a rischio e il 90% di quella meno a rischio, dalla prima sezione si produrranno 90 casi residui (5% di 1800) e dalla seconda sezione 4 casi (0,5% di 800), per un totale di 94 casi. Il tasso di rispondenza totale è

$200+7200=7400$ su 10000, pari al 74%, mentre il numero di eventi residui è 94, con un tasso di 94 su 10000, cioè 0,0094, con una riduzione del tasso di incidenza pari a $[(0,0094-0,014)/0,014] \times 100 = -32,9\%$. A un tasso di rispondenza del 74% corrisponde una riduzione del tasso di incidenza di poco meno del 33%.

L'aumentata capacità di controllo sul proprio stato di salute significa un maggior controllo sui suoi determinanti e ciò implica una riduzione dei tassi di incidenza o prevalenza (indicatori di esito) degli eventi o condizioni di sofferenza, obiettivo finale della strategia.

Ma non è questo l'unico effetto (importante anche perché più facilmente misurabile). Ci sono altri effetti altrettanto se non più importanti di una efficace azione di promozione della salute: la già citata aumentata capacità di cercare salute e la maggiore disponibilità della persona di promuovere salute verso altre persone (è la cosiddetta *peer education*) che quindi fa emergere risorse preziose della comunità che possono essere utilmente sollecitate e valorizzate dagli operatori impegnati nella realizzazione del programma. È importante sottolineare che l'aumentata capacità di cercare salute non riguarda soltanto l'argomento in oggetto del programma ma si estende anche ad altri aspetti, come è nell'esperienza di chi opera sul campo: se l'operatore e il servizio si è accreditato come valido interlocutore vengono subito esposti a richieste di approfondimento o richieste di aiuto su altre tematiche o problemi che riguardano la stessa persona o altre connesse nelle sue relazioni familiari e sociali. La qual cosa è particolarmente preziosa quando si considerano condizioni di disagio, soprattutto nel caso in cui generalmente si ha timore, vergogna a esplicitare una richiesta di aiuto. Si realizza così la possibilità di far emergere l'iceberg del disagio che si può prendere in carico anche in termini di riferimento protetto a competenze specialistiche, se è il caso, mentre l'apertura di "sportelli" usualmente permette di considerare solo la punta dell'iceberg, peraltro con un forte rischio di stigmatizzazione.

Da queste considerazioni emerge l'importanza che gli operatori e i servizi impegnati nella promozione della salute abbiano una visione olistica della salute con risorse multidisciplinari organizzate in équipe. Con la finalità non solo di avere capacità di presa in carico dei problemi fatti emergere dall'aumentata capacità di cercare salute, ma anche per incardinare sul programma strategico prioritario, programmi satellite da questo supportati, con un enorme risparmio di risorse.

Si comprende allora un criterio di selezione delle priorità: l'area di intervento scelta prioritariamente deve avere caratteristiche tali da permettere di considerare diversi aspetti della salute.

I consultori familiari: servizi innovativi di integrazione socio-sanitaria

La sanità pubblica trova la sua ragione di esistere solo se è in grado di ridurre gli effetti sulla salute delle disuguaglianze sociali. Strategie efficaci sono tali se gli indicatori (di esito, di risultato e di processo) di salute non sono diversi per stratificazione sociale, come impone il dettato costituzionale.

Misurare la qualità della salute a livello individuale è impossibile in quanto non si dispone della prova controfattuale mentre lo è a livello di comunità, con opportuni indicatori.

Se esistono differenziali si può essere certi che la qualità della salute è, a parità di risorse, minore non solo per le persone più svantaggiate ma anche per le altre. La salute, quindi, è un bene comune ed è giustificato il finanziamento della sanità pubblica con la tassazione proporzionale al reddito.

Nella storia della sanità pubblica il più esaltante esempio è rappresentato dall'eradicazione del vaiolo. Per raggiungere l'obiettivo, nella fase finale è stato necessario investire risorse per occuparsi delle comunità nomadi somale e, attraverso il sistema di sorveglianza attivo, è stato possibile interrompere la residua circolazione dell'infezione, con l'ultimo caso segnalato nel 1977. Attesi due anni, nel dicembre 1979 il vaiolo venne dichiarato eradicato e si poté procedere alla sospensione della vaccinazione, non esente da rischi da complicazioni gravi. Così nei Paesi industrializzati, dove il vaiolo era un ricordo del passato, ma si continuava a investire risorse per la pratica vaccinale e a sopportare le complicità da vaccinazione, si poté capitalizzare l'investimento di risorse nei Paesi del terzo mondo eliminando i costi della vaccinazione e l'incidenza delle sue complicità.

Negli anni '70 del secolo scorso il conflitto sociale pose all'ordine del giorno il tema della salute come processo di autodeterminazione contestando l'approccio paternalistico direttivo e il modello biomedico di salute. La spinta più radicale venne dal movimento delle donne che, contestando alla radice le relazioni di potere, propose con intuizione geniale l'istituzione dei consultori familiari (realizzandone molti in forma autogestita) per rispondere alla esigenza di servizi innovativi in grado di comprendere i determinanti sociali della salute, con la composizione multidisciplinare dell'équipe consultoriale. E, come si è detto, nel promuovere il nuovo modello di salute, venne coerentemente sostenuta anche la necessità di relazioni basate sulla partecipazione e sulla promozione di competenze (nuovo modello di welfare) rigettando il paternalismo direttivo del tradizionale sistema sanitario.

Nel modello sociale di salute l'assunzione della competenza potenziale della persona e della comunità è fondamentale perché i determinanti sociali sono conoscibili solo se la persona (e la comunità) stessa è messa in grado di riconoscerli ed esprimerli, con l'arte della maieutica, attraverso la riflessione sui vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità di appartenenza. Così il nuovo modello di welfare basato sulla partecipazione e sull'empowerment risulta intimamente associato al nuovo modello di salute.

I consultori familiari, quindi, sono stati istituiti per rispondere all'esigenza di comprensione dei determinanti sociali (modello sociale di salute) con la équipe multidisciplinare e di impostare le relazioni in modo non paternalistico e non direttivo per promuovere l'autodeterminazione delle persone (modello di welfare partecipativo). Solo dopo un quarto di secolo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso coscienza che i servizi di "primary health care", con particolare riferimento all'area della "maternal & child health", dovessero avere tali caratteristiche (6).

Veniva così delineandosi una nuova definizione dinamica della salute come capacità di controllo autonomo del proprio stato di salute, sancita a livello internazionale solo un decennio dopo con la Carta di Ottawa (1986), che definisce in tal senso la promozione della salute (6).

Questa nuova visione esalta la priorità della promozione della salute, assegnando un ruolo attivo alle singole persone e alle comunità rispetto a quello passivo di adesione alle raccomandazioni e comandi degli esperti e delle autorità, caratteristico della visione tradizionale. Non manca un riflesso importante nell'attività di cura e riabilitazione dove la condizione di sofferenza tende a favorire un atteggiamento di delega, con il rischio di non valorizzare il ruolo decisivo della persona (alleanza terapeutica) nella gestione della propria salute.

I consultori familiari, quindi, si configurano come originali servizi innovativi adeguati all'impegno di realizzazione di strategie di promozione della salute, come precedentemente delineate. Dopo la legge nazionale 405/1975 che li istituisce, nell'arco di un decennio leggi regionali, peraltro non omogenee, li regolamentano. Tuttavia, se la legge nazionale e quelle regionali delineano i campi di attività, rimangono indeterminate le modalità di valutazione di impatto di sanità pubblica che, più appropriatamente, dovrebbero essere delineate in linee guida

operative. In assenza di indicazioni di strategie operative nel corso del primo decennio si sono evidenziati problemi che hanno offuscato ma non annullato le istanze innovative.

I problemi connessi con i consultori familiari sono:

– *Esterni*

- a. Forme sostanziali di emarginazione da parte dei tradizionali servizi sanitari, operanti spesso con modello di salute biomedico e con modalità paternalistico-direttive. Conseguente scarsità di risorse assegnate.
- b. Personale insufficiente per tipologia e per numero di ore.
- c. Numero limitato di consultori (con organico adeguato) per unità territoriale [la legge 34/1996 stabilisce un consultorio ogni 20 mila abitanti – uno ogni 10-15 mila per realtà rurali o disperse, uno ogni 25-30 mila per realtà urbane].
- d. Scarsità di offerta di servizi di secondo livello di ginecologia ambulatoriale e di terapia familiare.
- e. Assenza di indicazioni programmatiche, a livello regionale e, conseguentemente, a livello di ASL, con identificazione scientifica di obiettivi di salute misurabili e di indicatori di esito corrispondenti, di popolazione bersaglio e di azioni raccomandate con i relativi indicatori di risultato e di processo, sulla base dei quali disegnare la progettazione operativa e stimare i carichi di lavoro e le risorse necessarie. Conseguente assenza di valutazione scientifica.
- f. Quando esistente, un sistema di rilevazione delle attività secondo il modello utilizzato per registrare l'erogazione di prestazioni ambulatoriali tradizionali.

– *Interni*

- a. Modalità di lavoro, soprattutto da parte di alcune figure professionali, basata sull'offerta di prestazioni a richiesta.
Tale modalità porta a privilegiare, fino ad esaurire il tempo di lavoro disponibile, l'attività di cura, non limitandosi a quella di primo livello ma con tendenza ad espandersi al secondo livello (ginecologia ambulatoriale, psicoterapia), tale tendenza essendo favorita dall'assenza di servizi di secondo livello (per inciso, i professionisti potrebbero fare 18 ore nel consultorio per le attività di promozione della salute e di cura di prima istanza e completare l'orario in servizi ambulatoriali distrettuali o, eventualmente, ospedalieri). Questo modo di procedere rende molto difficile la valutazione della qualità in termini di sanità pubblica, promuove l'autoselezione della domanda e la settorializzazione e frammentazione degli interventi (proprio il contrario delle ragioni costitutive dei consultori – approccio olistico e équipe multidisciplinare). Il privilegiare l'attività di cura favorisce l'orientamento delle attività verso le specializzazioni o gli interessi del professionista, indipendentemente dalle priorità di sanità pubblica. Inoltre tale modalità di lavoro tende ad esaurire tutto il tempo di lavoro, riducendo, spesso ai minimi termini l'attività di promozione della salute, che, invece, dovrebbe essere priorità assoluta del servizio. Infine, in tali condizioni l'attività di promozione della salute si sviluppa secondo modelli operativi non validi: si coinvolge chi capita, chi ne fa richiesta, senza offerta attiva a tutta la popolazione da coinvolgere, e senza possibilità di valutare scientificamente la qualità in termini di sanità pubblica. In definitiva si promuove l'autoreferenzialità.
- b. La non esposizione alla sfida di farsi accettare e accreditare, come accade nell'offerta attiva, favorisce una regressione verso il tradizionale modello biomedico e la modalità comunicativa direttiva, in contrasto con le ragioni costitutive dei consultori.

La crisi dei consultori familiari cominciò a delinearsi già dai primi anni '80 e le proposte di riqualificazione formulate dall'ISS riguardavano principalmente le strategie operative efficaci a produrre impatto di sanità pubblica.

Commissioni nazionali, istituite dalla fine degli anni '80 presso il Ministero della Sanità, hanno costantemente concluso riconoscendo la importanza strategica dei consultori familiari e hanno raccomandato il loro potenziamento e riqualificazione, raccogliendo le proposte dell'ISS. Con conseguenze normative di tutto rilievo: dopo la prima commissione (1987-1989) Donat Cattin stanziò 25 miliardi per il potenziamento della rete consultoriale al Sud; dopo la seconda commissione (1995-1996) Guzzanti fece varare la legge 34/1996, che ha stanziato 200 miliardi per il potenziamento dei consultori familiari in tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di un consultorio ogni 20000 abitanti; la terza commissione (1998-2000) ha elaborato il Progetto Obiettivo Materno Infantile, varato a giugno 2000 (Bindi) e ripreso integralmente nei Livelli Essenziali di Assistenza, varati a gennaio 2002 (Sirchia).

Il POMI assegna un ruolo centrale ai consultori familiari e delinea con molto dettaglio non solo gli aspetti organizzativi, ma anche gli obiettivi da raggiungere, i corrispondenti indicatori di esito, con il seguito degli indicatori di risultato e di processo e le azioni da svolgere mediante offerta attiva (5).

Il percorso nascita: occasione esemplare per la promozione della salute

Il percorso nascita è prioritario proprio perché offre la possibilità di prendere in considerazione vari aspetti, dall'alimentazione (quella valida in gravidanza è valida per tutti e un tutte le fasi della vita), la procreazione responsabile (alla ripresa dei rapporti sessuali nella generalità dei casi si avverte il bisogno, perché si è completata la dimensione desiderata della famiglia o perché si ritiene opportuno distanziare le nascite, di avere competenze per ridurre il rischio di gravidanze indesiderate), l'igiene, la prevenzione vaccinale, la prevenzione del tumore del collo dell'utero mediante lo screening con il pap-test. E per molti di questi argomenti c'è una spontanea ricerca di informazione da parte delle donne come una spontanea attitudine a ridurre le condizioni di rischio. Le donne che fumano smettono di fumare e se non smettono riducono il numero di sigarette fumate, aumentano nella alimentazione il consumo di frutta e verdura, prestano maggiore attenzione all'igiene, e così via. La disponibilità a riflettere sui vissuti e a interrogarsi sulla adeguatezza dei comportamenti per aumentare la probabilità di successo della straordinaria impresa che stanno vivendo (avendo nella generalità dei casi loro stesse deciso di vivere – “si nasce perché donna lo vuole”) facilita e aumenta enormemente la possibilità dell'azione di promozione della salute. Si tratta di una avventura così impegnativa che mette alla prova profondamente il sistema delle relazioni coniugali e familiari e una accoglienza valida facilita l'espressione dell'eventuale disagio con conseguente presa in carico non stigmatizzante. È una avventura che fa emergere fragilità perché si esce dalla routine e si affrontano terreni inesplorati, ma è una avventura in cui si esprime una potenza ineguagliabile, quella di mettere al mondo una nuova vita, e come si conviene quando si decide di affrontare un'avventura si ha disponibilità a verificare e aumentare le proprie competenze per aumentare la probabilità di successo (ecco l'importanza dei corsi, incontri di accompagnamento alla nascita che devono iniziare non più tardi del quarto mese di gravidanza e prevedere almeno un incontro dopo il parto).

L'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio deve necessariamente essere improntata al potenziamento delle capacità e competenze e alla crescita della consapevolezza, anche per

meglio governare e tenere sotto controllo le fragilità. Ci si condanna all'insuccesso se l'assistenza si muove nella prospettiva di mettere sotto tutela le persone esaltando ed esasperando le fragilità, specificamente con la medicalizzazione, dannosa non solo per l'esplosione dell'inappropriatezza e l'aumento dei costi, molti dei quali a carico della donna, non solo per i potenziali e concreti rischi iatrogeni, ma anche e soprattutto per il portato di inibizione dell'espressione della competenza potenziale e sua svalorizzazione. Drammatico approccio perché nell'esogestazione, quando bisogna dare fondo alle proprie risorse, si arriva in condizioni di senso di impotenza, ci si mortifica e nei casi estremi si rischia la depressione.

Da queste considerazioni si comprende quanto sia fondamentale che l'assistenza nel percorso nascita sia di competenza dell'ostetrica, preferibilmente del consultorio familiare, unico servizio innovativo nello scenario del sistema sanitario, perché prioritariamente dedicato alla promozione della salute, con competenze multidisciplinari e non caratterizzato dal paternalismo direttivo.

Il percorso nascita: stato attuale e prospettive di miglioramento

L'ambito della nascita vede la donna esprimersi nella dimensione più alta della potenza e della competenza: quella creativa. Non c'è un momento più appropriato per investire nella promozione della salute del percorso della nascita. Si ha il massimo della disponibilità a riflettere sul proprio stato di salute, al fine di assicurare le migliori condizioni per la persona che nasce.

Così nell'indagine ISS del 1996 il 50% delle donne che fumavano smisero di farlo entrando in gravidanza e chi seguì a fumare ridusse mediamente della metà il numero di sigarette, dati confermati anche dalle indagini più recenti (7-8). Per inciso, tra quelle che hanno smesso, riprese a fumare entro due mesi dal parto il 50% di chi allattava artificialmente, il 22% di chi allattava in modo misto (complementare) e solo l'11% di chi allattava al seno in modo esclusivo o predominante. Piuttosto che condurre campagne con venature moralistiche e, talvolta, terroristiche contro il fumo di sigaretta in gravidanza e durante il puerperio, si avrebbero risultati straordinari nella lotta al tabagismo se si promuovesse efficacemente l'allattamento al seno, esclusivo almeno fino a sei mesi e, accompagnando lo svezzamento, anche fino a due anni e oltre. Si tratta, peraltro, di aiutare le donne a realizzare un loro ripetutamente dichiarato desiderio: almeno il 95% delle donne intervistate vuole allattare al seno.

Non va anche sottovalutata la generalizzata attenzione all'alimentazione, non solo in gravidanza ma anche durante il puerperio: generalmente aumenta il consumo di frutta e verdura, anche per la prevenzione dei difetti del tubo neurale, e in generale ci si orienta verso una dieta più equilibrata. Non c'è occasione migliore per promuovere consapevolezza e competenza sull'alimentazione, tenendo conto che generalmente è comunque la donna a gestire questo aspetto essenziale della vita quotidiana della famiglia.

Certo è sorprendente il risultato di una indagine pilota sull'acido folico, condotta nel 2006 dall'ISS, da cui risultava che se oltre il 90% delle donne lo assumeva in gravidanza, solo il 4% lo faceva nel periodo periconcezionale e di più le primipare che le pluripare. È un risultato paradossale che mette in evidenza una colossale mancata opportunità che non si è colta nella gravidanza precedente, tenendo conto che oltre il 70% delle gravidanze vengono programmate e che tra la decisione di realizzare il desiderio di fecondità e rimanere incinta non passano generalmente più di due mesi; per cui, sapendolo, si potrebbe iniziare ad assumere da allora acido folico, arricchendo contemporaneamente la dieta di vegetali. Non si comprende come si possa prescrivere l'acido folico senza promuovere efficacemente la consapevolezza della sua importanza preventiva e della modalità corretta (tempi, dosaggio e importanza dell'alimentazione) di assunzione.

Ma anche la procreazione consapevole rappresenta un tema verso il quale le donne hanno una potenziale disponibilità a riflettere, così come altri argomenti, come, per esempio, le

vaccinazioni. Le indagini dell'ISS confermano che se gli argomenti citati vengono considerati nell'attività di counselling durante il percorso della nascita o nei corsi di accompagnamento alla nascita (vere palestre per l'empowerment, se ben condotti) le donne "esposte" utilizzano di più con il loro partner alla ripresa dei rapporti sessuali (generalmente entro due mesi dal parto) i metodi della procreazione consapevole e vaccinano più tempestivamente i figli (9, 10).

Il problema generale della nascita nel nostro Paese è la clamorosa contraddizione tra la modestissima azione di informazione e di counselling sui temi indicati e sugli altri attinenti al percorso nascita da parte di chi segue la gravidanza, così come durante i pochi giorni di permanenza nel centro nascita e l'eccesso di esami e indagini spesso inutili e potenzialmente dannosi, non fosse altro che per il rischio di falso positivo. Tale rischio, quando si ha a che fare con una indagine che può contare su una sensibilità e una specificità (nella pratica effettiva) entrambe del 95%, è pari al 50%, cioè uno su due rilevati positivi dal test sono falsi positivi, se la prevalenza della condizione che si vuole investigare è del 5% nella popolazione; mentre è pari all'84%, cioè sono falsi cinque su sei positivi al test, se la prevalenza della condizione è dell'1%.

L'indagine citata dell'ISS del 2002 (9) ha evidenziato che le ostetriche e i consultori familiari, che seguivano però complessivamente meno del 10% delle gravidanze, fornivano informazioni più adeguate rispetto ai ginecologi. Così come nei corsi di accompagnamento alla nascita condotti dai consultori familiari pubblici si svolgevano attività e si fornivano informazioni in modo più adeguato rispetto a quelli condotti negli ospedali o da privati. Purtroppo ai corsi partecipavano le donne più istruite e quelle occupate, a causa della mancanza dell'offerta attiva, per la scarsità delle risorse umane nei consultori e a causa della mancanza dei consultori stessi, soprattutto al Sud. È superfluo dire che le donne che non frequentavano i corsi sono quelle che ne avrebbero avuto più bisogno, a dimostrazione di quanto sarebbe fondamentale che le attività consultoriali fossero riqualificate e orientate secondo le indicazioni del POMI.

Per non parlare del modo in cui si partorisce: ancora una volta l'eccesso di parti con taglio cesareo ha ormai superato ogni livello di decenza e la comunità dei tecnici si dovrebbe interrogare sul perché si operi in così clamorosa contraddizione rispetto all'evidenza delle prove scientifiche – è utile ricordare che la pretesa autorevolezza dei tecnici rispetto alla cultura sapienziale delle donne sapienti (*sages femmes*) dovrebbe trovare fondamento sul rigoroso riferimento alle prove scientifiche. La conferma che non c'è giustificazione medica per "l'epidemia" dei tagli cesarei, senza uguali nel resto del mondo industrializzato, è la maggiore prevalenza al Sud, dove si registrano indicatori di salute neonatale peggiori, nei centri nascita più piccoli (con un chiaro gradiente) e in quelli convenzionati e, ancora di più, in quelli privati. Quando necessario, non più del 15% dei casi, il taglio cesareo è salvavita. Il rischio associato a tale procedura (aumento di due volte della mortalità neonatale e di tre volte quella materna) è ampiamente compensato dal rischio corrispondente all'indicazione medica (11, 12). Quando il taglio cesareo non è indicato significa consumare più risorse preziose con maggior danno per la salute.

Se si riuscirà nel nostro Paese a realizzare un sistema di sorveglianza attivo sulla mortalità materna, come l'ISS sta proponendo da tempo, si può scommettere qualunque cifra che tale sistema, se condotto scientificamente, rivelerà l'effetto nefasto dell'indebita epidemia. Gli studi preliminari in tal senso condotti dall'ISS lo confermano (13, 14).

Anche in caso di parto vaginale le pratiche non raccomandate sono prevalenti nel nostro Paese, dall'induzione all'episiotomia, per finire con l'epidurale (oggi di gran moda): molto al di là di quanto ci si aspetterebbe tenendo conto delle indicazioni scientificamente fondate. Non è solo la donna che paga le conseguenze di modalità operative che non trovano giustificazione scientifica, anche le persone che nascono, come si è accennato, subiscono un insulto alla loro salute (dal taglio cesareo all'epidurale e al taglio del cordone ombelicale quando è ancora

pulsante), così come devono subire una violenza inusitata quando non viene permesso con tempestività il contatto pelle-pelle, essenziale per l'avvio dell'allattamento al seno, per non parlare della costrizione al nido, dell'allattamento a ore, delle "aggiunte" e così via. In definitiva, la generalizzazione di pratiche raramente necessarie e, talvolta, salvavita, appare ormai aver superato ogni limite.

Non c'è giustificazione scientifica perché esperti di patologia seguano gravidanze e parti fisiologici. L'ostetrica ha tale competenza, riconosciuta dalle norme; agisce in completa autonomia, essendo sua competenza professionale riconoscere la condizione di rischio e in tal caso richiedere l'intervento dell'esperto di patologia, ma seguitando ad operare per assicurare lo sviluppo e la valorizzazione della competenza della donna e della persona che nasce.

Non c'è nessuna giustificazione giuridica che impedisca che le ostetriche possano prescrivere (analisi e farmaci, secondo protocolli specifici) quanto è necessario per il follow-up di una gravidanza, di un parto e di un puerperio fisiologici (come è loro consentito in Francia). Le indagini dell'ISS dimostrano che quando la nascita è presa in carico, in tutto o in parte, dai consultori familiari pubblici e dalle ostetriche, si ha la maggiore esposizione alle pratiche raccomandate dalle conoscenze scientifiche disponibili e dalle norme attualmente vigenti. Si ha anche una minore esposizione a quelle non raccomandate.

Un cenno all'allattamento al seno, giusto per dire che il solo fatto che centri nascita che si possono fregiare del titolo UNICEF "ospedali amici dei bambini" siano meno del cinque per cento sul territorio nazionale, esprime in modo sintetico la follia della non promozione, non sostegno e non protezione dell'allattamento al seno.

Non si fa abbastanza in termini di informazione e sostegno per valorizzare e sviluppare la competenza delle donne e delle persone che nascono, ma si fa troppo in termini di pratiche inutili e, talvolta, dannose, contro ogni evidenza scientifica. Cioè a dire che proprio nella circostanza in cui sarebbe massima la resa dell'investimento per la promozione della salute, non solo non si fa abbastanza ma, all'opposto, si opera impedendo l'espressione della competenza, con effetti disastrosi per la persona che nasce (che purtroppo ha solo il pianto e non è in grado di inveire con impropri, né adire alle vie legali).

È noto che tale operazione di inibizione mortifica la persona e rischia di indurla in depressione, quando si ha successo nell'induzione del senso di inadeguatezza e di incompetenza (col biasimo delle vittime), come accade nel molto studiato fenomeno del "mobbing".

Ed ecco il biasimo delle vittime: si afferma che sono le donne che chiedono il taglio cesareo, trascurando di menzionare quali informazioni vengono fornite, soprattutto sui rischi delle varie alternative, e non menzionando con quale approccio, che non è difficile immaginare "terroristico", vengono fornite informazioni su una sola delle alternative.

Un cenno alla cosiddetta medicina difensiva. Se si espropria la donna della sua competenza, si induce senso di inadeguatezza, non la si informa adeguatamente, non si costruisce una alleanza, non ci si deve meravigliare che parta una richiesta risarcitoria quando si presenta un danno. Peraltro va ricordato che nelle vertenze davanti al magistrato intervengono medici legali che contribuiscono a valutare i processi decisionali a partire dall'accaduto e non dalla valutazione delle probabilità di rischio assunte per le diverse alternative che si offrivano nel processo decisionale e della modalità della condivisione delle scelte sulla base del "peso", assegnato dalla persona e solo da lei, alle eventuali conseguenze negative delle scelte in alternativa.

E si afferma che sono le donne a non voler allattare al seno. E meno male che non ci si azzarda a dire che sono le persone che nascono a non volere il latte materno (ma qualche sconsiderato c'è pure).

Le indagini dell'ISS (3, 7, 9, 15) e l'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT (16) smentiscono clamorosamente la legittimità del biasimo delle vittime. Le donne preferiscono di gran lunga il parto vaginale, sia che abbiano partorito spontaneamente (90%), sia che abbiano avuto il taglio cesareo

(70%). Le stesse percentuali si hanno considerando donne con esperienza di parto precedente, spontaneo o con cesareo. Le stesse indagini confermano che il 95% delle donne desidera allattare al seno.

In sintesi, la medicalizzazione non è solo l'espressione di una indebita espansione di un mercato che specula sulla salute, quanto soprattutto un tentativo subdolo di espropriazione della persona della capacità di controllo sul proprio stato di salute. Solo in questa luce può divenire comprensibile che si accetti di esporsi a pratiche inutili e dannose come è il taglio cesareo, quando non sono date le condizioni che lo rendono necessario (non più del 10-15% dei parti, nel qual caso è salvavita). Come diviene comprensibile che venga più o meno esplicitamente ostacolato l'avvio e il proseguimento dell'allattamento al seno, impedendo alla persona nata di essere immediatamente a contatto pelle-pelle con la mamma in modo da poter esplicare la sua competenza a cercare il seno e attaccarsi.

L'aspetto più paradossale e inaccettabile è l'induzione del senso di inadeguatezza e incompetenza: le donne che smettono di allattare o non iniziano non avendo motivi per farlo non dicono che sono state consigliate da qualcuno ma dichiarano che il loro latte era insufficiente o non buono a dispetto della fisiologia, delle prove scientifiche e, prima ancora, nonostante Darwin.

Non contenti del livello di medicalizzazione raggiunto in Italia, oggi si fa sempre più insistente l'offerta di anestesia epidurale, non esente da rischi, nuova forma di espropriazione (al di là delle condizioni in cui può essere indicata e tenendo conto della scelta consapevole della donna, nel qual caso è inaccettabile che non venga resa disponibile gratuitamente) del senso di competenza e produzione del senso di inadeguatezza. Sono disponibili, nella prospettiva del parto attivo, interventi efficaci per il controllo del dolore: dalla conduzione della gravidanza alla modalità del travaglio e del parto.

I corsi di accompagnamento alla nascita

Certo, non solo per quanto detto, i corsi di accompagnamento alla nascita hanno un ruolo fondamentale. Va comunque detto che il vantaggio della partecipazione al corso si ha soprattutto se le pratiche della sala travaglio e della sala parto permettono alla donna di mettere in atto le competenze acquisite.

È interessante l'evoluzione della terminologia: dai corsi di psicoprofilassi ostetrica, ai corsi di preparazione al parto, quindi ai corsi di preparazione alla nascita, oggi ai corsi di accompagnamento alla nascita e infine si arriverà agli incontri di accompagnamento alla nascita che si sviluppano lungo tutto l'arco della gravidanza e successivamente dopo il parto, anche per consolidare la forte alleanza per il sostegno dell'allattamento al seno. L'evoluzione della terminologia testimonia un passaggio sempre più marcato da modelli direttivi a modelli di grande partecipazione e coinvolgimento su tutti gli aspetti, da quelli fisici a quelli psico-relazionali e sociali, che l'evento della nascita mette profondamente in gioco, con la sempre maggiore attenzione al coinvolgimento del partner.

Nelle indagini dell'ISS già citate i corsi di accompagnamento alla nascita risultano sistematicamente associati, soprattutto quelli organizzati dai consultori familiari, a una minore esposizione alle procedure e pratiche non appropriate e a migliori esiti immediati e a distanza, *in primis* la maggiore persistenza dell'allattamento al seno (17).

Si è detto della promozione della salute: i corsi di accompagnamento alla nascita, soprattutto se estesi al puerperio, sono momenti centrali del processo di empowerment, e la loro efficacia è tanto maggiore quanto minore è l'approccio direttivo che spesso si esprime in "lezioni" frontali. La qualità percepita dell'informazione ricevuta e delle attività svolte nei corsi è nettamente maggiore rispetto a chi ha assistito la gravidanza.

L'evoluzione della terminologia da una parte ha tenuto conto dell'ampiezza e della complessità dell'evento nascita, dall'altra della necessità di un approccio non direttivo ma partecipato, come il modello della promozione della salute, secondo la Carta di Ottawa, impone.

Ma quali donne partecipano ai corsi? Qui si pone la grande sfida della sanità pubblica. Ai corsi partecipano di più le donne più istruite e le donne occupate (il lavoro favorisce livelli di socializzazione e senso di autonomia), a testimonianza di una carente offerta attiva. Certo, se mancano i servizi come i consultori familiari sul territorio e con le competenze professionali previste, *in primis* le ostetriche, non si può offrire alcunché, per questo non meraviglia che nel Sud siano poche le donne che hanno questa opportunità. Peraltro va detto che mentre al Centro Nord quasi il 50% di tutti i corsi vengono organizzati dai reparti ostetrici degli ospedali (anche se mediamente meno efficaci, forse per eccesso di direttività e di riduzionismo biologico, come sembrano far pensare i risultati delle indagini dell'ISS), al Sud solo i consultori familiari, quando esistono e con le professionalità adeguate, offrono questa opportunità, mentre gli ospedali svolgono un ruolo assolutamente marginale, d'altronde coerentemente con gli eccessi di taglio cesareo che vi occorrono.

Sono prevalentemente le primipare che partecipano ai corsi, rispettando una esigenza di priorità, vista la scarsità delle risorse, ma sempre le indagini dell'ISS testimoniano che la partecipazione a corsi nella gravidanza precedente mantiene il suo valore di empowerment (e sarebbe strano che così non fosse, se l'approccio è corretto).

Meriterebbe una riflessione a parte la estrema varietà di modelli di corsi sia per estensione temporale, sia per le modalità di svolgimento, per gli argomenti trattati e per le professionalità coinvolte (per esempio, desta sorpresa la scarsa attenzione dedicata alla sessualità, soprattutto la ripresa dei rapporti sessuali e la procreazione responsabile, quando dalla seconda metà degli anni '80 l'ISS e le relazioni che i Ministri della Sanità/Salute presentano al parlamento sulla applicazione della legge 194/1978 raccomandano questo tema per perseguire l'obiettivo della riduzione del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza) (18, 19). Inoltre, la valutazione dell'efficacia effettuata da parte di chi organizza i corsi si limita prevalentemente alla rilevazione del grado di soddisfazione delle partecipanti, certamente necessaria ma non sufficiente.

Sarebbe auspicabile un processo di riflessione che coinvolga tutte le esperienze più significative per una elaborazione degli obiettivi minimi che comunque debbono essere raggiunti nella popolazione di riferimento e del sistema di valutazione e degli indicatori corrispondenti, di esito, di risultato e di processo, specifici per stratificazione sociale. Tale riflessione dovrebbe fornire contributi sui meccanismi possibili di offerta attiva, per ridurre gli attuali processi di autoselezione. Si avrebbe come conseguenza la necessità di delineare il set minimo di temi da prendere in considerazione e indicazioni generali sullo svolgimento temporale dei corsi, comprendendo anche il puerperio. Tra gli indicatori più importanti non vi è dubbio debba essere considerata la prevalenza di allattamento esclusivo al seno al rientro a casa e a tre e a sei mesi di vita, oltre alla prevalenza di allattamento comunque al seno all'anno di vita.

L'accentuazione dell'allattamento al seno non sta soltanto per gli innumerevoli benefici per la mamma e per la persona nata, quanto perché, stante il desiderio delle mamme di allattare al seno (così si esprime il 95% delle donne al parto), la possibilità di realizzare tale desiderio è la migliore dimostrazione sintetica di un efficace processo di empowerment che si esprime nella riconquista di consapevolezza e competenza.

Sarebbe altresì auspicabile una sperimentazione sul campo dei modelli di offerta attiva e di valutazione su sufficiente larga scala per poter riflettere, sulla base dei risultati, sulle modalità di svolgimento dei corsi al fine di formulare linee di indirizzo condivise.

Il Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS si candida a coordinare questo processo e la sperimentazione, nel caso riceva finanziamenti sufficienti allo scopo.

Perché fare tutto ciò? Perché è prescritto dal POMI (2000) e dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA; 2002) che integralmente lo incorpora. Il richiamo nel POMI e nei LEA alla Legge 34/1996 che stabilisce l'esistenza di un consultorio ogni 20000 abitanti in media, fa riferimento alla necessità che le risorse siano adeguate (il POMI indica anche l'organico raccomandato per i consultori familiari) perché possano essere realizzati i progetti strategici (uno dei quali riguarda proprio la nascita), nei quali l'offerta attiva a tutta la popolazione interessata è l'aspetto centrale. Sono chiaramente descritti obiettivi, indicatori, azioni e servizi dedicati. La realizzazione del POMI dovrebbe essere una obbligazione visto che il POMI e i LEA sono norme vigenti e chi ha responsabilità di governo, di amministrazione e di direzione di servizi dovrebbero applicarle e risponderne dei risultati. Altrimenti non è chiaro cosa si intende per Stato di diritto e chi risponde dell'impiego delle risorse pubbliche, che derivano dalle tasse delle cittadine e dei cittadini che a loro volta si aspettano un ritorno in termini di qualità percepita e misurabile quantitativamente, perché possano giudicare chi amministra la cosa pubblica e chi governa.

Il POMI, come si è detto, rappresenta il termine di riferimento normativo sia riguardo gli obiettivi che devono essere perseguiti, dalla offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita alla demedicalizzazione dell'intero percorso, dalla offerta attiva dell'assistenza in puerperio al sostegno dell'allattamento al seno. Delinea le azioni raccomandate, i risultati da ottenere e gli obiettivi da raggiungere, con il corredo dei corrispondenti indicatori. Inoltre, sceglie una opzione strategica sul ruolo centrale dei consultori familiari, per i quali indica la necessità e la modalità del loro potenziamento e riqualificazione per svolgere le attività raccomandate.

Il percorso della nascita quindi si presta molto bene per valutare se i servizi socio-sanitari operano secondo lo spirito di aumentare le competenze delle persone oppure se agiscono inducendo senso di incompetenza. Indagini periodiche con recupero dell'informazione attraverso un'intervista alla mamma sui servizi con cui ha interagito e le esposizioni (indagini, patologie insorte o preesistenti, corsi frequentati e tipo di assistenza) durante la gravidanza, sulle modalità del travaglio-parto, anche con l'ausilio della cartella ostetrica e sugli esiti del parto sia riguardo alla sua salute sia riguardo alla salute del nato/a e sulla modalità di avviamento dell'allattamento al seno, permettono di formulare ipotesi esplorative sui fattori di rischio di esposizione alle pratiche inutili, e sui fattori favorevoli l'esposizione a quelle raccomandate, sulla loro influenza su alcuni esiti, il più importante dei quali è l'allattamento al seno.

Ogni attività umana viene intrapresa per un qualche obiettivo il cui raggiungimento viene sempre verificato, considerando l'insuccesso elemento di riflessione e stimolo per tentare strade alternative. Un esempio stimolante e molto istruttivo viene dall'esperienza quotidiana delle donne quando si occupano dell'alimentazione dei propri cari (che non chiamano clienti, utenti, consumatori e, tanto meno, pazienti). Entrano in ansia se a tavola non sono presenti tutti i componenti della famiglia previsti. Si preoccupano di chiedere se quanto preparato abbia saziato e sia piaciuto e si preoccupano di verificare sul medio periodo se il regime alimentare faccia persistere in buono stato di salute, il tutto in condizioni, per la maggior parte delle famiglie, di scarsità di risorse. E quando emergono elementi di insoddisfazione da parte dei propri cari, si danno da fare, intanto confrontando le esperienze tra pari o traendo spunti da riviste o ricettari, per migliorare la qualità. Cioè a dire: non è tanto importante mettere qualcosa a tavola, quanto che sia assicurata la qualità, in termini di sazietà, nutrizione e piacere. La meravigliosa e ricchissima cucina mediterranea nasce proprio dall'applicazione, con il meccanismo descritto, dalla scienza delle donne che si arricchisce costantemente attraverso il meccanismo del *trial and error*, che è, per l'appunto, l'approccio scientifico. Se la cultura sapienziale delle donne ha prodotto la dieta mediterranea, oggi si pagano, in termini di salute, le conseguenze delle informazioni fuorvianti su nuovi modelli alimentari, proposti per finalità di mercato, con la promessa illusoria di migliore qualità e migliore salute, come nei tempi recenti si è visto fare

dalla Nestlè nei Paesi del terzo e quarto mondo, propagando il latte artificiale, con conseguenze disastrose, anche a causa della non disponibilità dell'acqua potabile.

Basterebbe seguire il modello dell'organizzazione delle attività (che riguarda anche l'igiene e il decoro della casa) in cui si lavora per obiettivi. Si è sempre alla ricerca di migliorare la qualità percepita e reale con grande attenzione al parere dei propri cari, per identificare errori e apportare con intelligenza creativa innovazioni. Basterebbe seguire questo modello nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, finanziati (compresi gli stipendi) dalle tasse e dai contributi sanitari (oltre che dagli ignobili ticket, come se fossero i cittadini a decidere delle diagnosi e delle terapie), avendo cura di assicurare qualità, verificata con opportuni indicatori, e non di assicurare semplicemente prestazioni.

Offerta attiva, implementazione e valutazione dei corsi

La prima questione della valutazione riguarda l'equità nel godimento dei diritti di salute. Le indagini condotte in Italia mostrano che le donne più istruite e le donne occupate frequentano di più i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) rispetto alle donne meno istruite e alle casalinghe. Si è in presenza di un chiaro esempio di carenza di offerta attiva. Un primo indicatore è la frequenza di partecipazione ai CAN (indicatore di processo), specifica per livello di istruzione e per stato occupazionale, tra le donne che partoriscono residenti nel territorio di riferimento dei servizi in cui si organizzano i corsi stessi. È da tener presente che non si tratta solo di una questione, peraltro centrale, di equità, perché in caso di autoselezione non si può escludere che nella valutazione di efficacia il fattore di selezione sia il vero determinante degli esiti positivi, piuttosto che il corso stesso.

Si pone quindi il problema delle modalità dell'offerta attiva.

In primo luogo si tratta di identificare le occasioni utili per intercettare le donne in gravidanza, all'inizio della stessa, oppure intercettarle prima della gravidanza:

- donne che si sposano (pubblicazioni in comune), donne che frequentano corsi prematrimoniali;
- donne che partoriscono, soprattutto in caso di primo figlio (centro nascita);
- donne (in età feconda con desiderio di avere figli) che effettuano il pap-test per screening;
- donne (in età feconda con desiderio di figli) assistite da medici di medicina generale;
- donne (in età feconda con desiderio di figli) assistite da ginecologi, ostetriche;
- donne che si rivolgono in farmacia per acquistare un test di gravidanza;
- donne che contattano il medico di famiglia nei primi tre mesi dal concepimento;
- donne che contattano uffici della ASL per l'esenzione dal ticket o i consultori per ritirare il libretto di gravidanza (pratica attivata in Toscana e in Piemonte);

In questi casi va richiesta la collaborazione attiva a proporre la possibilità e, in caso di adesione, recuperare un recapito telefonico per l'invito a partecipare ai corsi. Perché funzioni è assolutamente necessario che i corsi inizino, non oltre il quarto mese di gravidanza, con i primi incontri dedicati alle raccomandazioni.

Per inciso, un medico di famiglia con circa 1000 assistiti/e dovrebbe vedere non più di 10 assistite (meno di una al mese) che entra in gravidanza in un anno. Potrebbe chiedere loro se sono interessate ad essere contattate dal consultorio familiare per essere informate sui servizi offerti e, in caso affermativo, recuperare il recapito telefonico che il consultorio familiare registrerà contattando il medico una volta al mese.

È importante definire una politica di priorità, che privilegi le donne al primo figlio, ma non trascurando altre donne con necessità di sostegno.

Un primo indicatore è costituito dalla percentuale di partorienti, residenti nel bacino di riferimento del servizio che organizza il corso, che hanno frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, specifico per parità e per livello di istruzione.

Se il corso viene gradito è più probabile che la frequenza agli incontri risulti elevata e la percentuale di donne iscritte che abbandonano dopo i primi incontri e quella delle donne che hanno partecipato a più del 70% degli incontri, sempre specifici per livello di istruzione, sono altri due indicatori di risultato utilizzabili.

La percentuale di donne che sono accompagnate dal partner, soprattutto negli incontri in cui è particolarmente raccomandata la loro presenza, è un altro indicatore.

La percentuale di donne partecipanti al corso che esprimono gradimento complessivo al corso stesso, da apprezzare con un questionario di gradimento (dovrebbe essere superiore all'80%) è un indicatore importante di risultato che sarebbe opportuno arricchire, periodicamente, con un questionario di valutazione (pre- e post-test) di modificazione di conoscenze e attitudini e comportamenti, con cui valutare l'efficacia della comunicazione.

Poiché è essenziale che il corso preveda almeno un incontro dopo la nascita al fine di consolidare l'alleanza per l'assistenza in puerperio e per il sostegno dell'allattamento al seno, la percentuale delle partecipanti che frequenta l'incontro dopo il parto è un altro indicatore prezioso per apprezzare il gradimento.

Se il corso ha prodotto crescita di consapevolezza e di competenze, indicatori di risultato importanti saranno costituiti dalle percentuali di donne partecipanti con non più di 3 ecografie in caso di gravidanza a basso rischio, con parto con taglio cesareo e, tra quelle che hanno partorito spontaneamente, con episiotomia e con richiesta di epidurale. Sempre al parto è importante apprezzare la percentuale delle donne che hanno potuto avere il contatto pelle-pelle immediatamente e hanno potuto attaccare al seno entro due ore dal parto. La percentuale di donne allattanti al seno in modo esclusivo alla dimissione e al rientro a casa costituiscono gli indicatori più importanti di esito. Tutti gli indicatori citati di risultato e di esito, soprattutto per quanto attiene all'aderenza alle procedure raccomandate e alla non esposizione a quelle non raccomandate, vanno confrontati con campioni adeguati di donne che non hanno partecipato ai corsi.

Come si è detto, la promozione della salute se ben condotta con una strategia scientifica, produce riduzione di incidenza o di prevalenza di eventi o condizioni negativi o aumento di prevalenza di condizioni positive (per es. allattamento al seno). Un altro effetto di un buon programma è l'aumento della capacità delle persone coinvolte di cercare salute (effetto di empowerment) per questioni attinenti la nascita o per altre questioni; un ulteriore effetto è una aumentata capacità delle persone coinvolte efficacemente nel programma di farsi parte dirigente con altre persone non coinvolte (comunicazione-educazione tra pari). Nel caso della nascita, le donne partecipanti ai corsi si trovano a condividere nel centro nascita l'esperienza con altre donne e potrebbero sostenerle e sollecitarle ad accogliere (garantendo la qualità, a partire dall'accoglienza) l'invito per una visita (a domicilio o in consultorio) durante il primo mese di puerperio. Da ciò si può costruire un altro indicatore di risultato molto prezioso.

I servizi territoriali debbono assicurare almeno una visita in puerperio (più visite se con la donna si condivide una maggiore necessità di sostegno) al fine di rafforzare l'alleanza, per cui in caso di bisogno ci sia disposizione a rivolgersi al consultorio. Ma è anche necessario promuovere, sostenendone le iniziative al riguardo, la formazione di gruppi spontanei e auto-organizzati per lo scambio di esperienze e sostegno reciproco e per la conquista di visibilità pubblica (dai luoghi per l'allattamento al seno e al cambio dei pannolini, alla formulazione di proposte di miglioramento dei servizi da avanzare alle autorità comunali e a quelle socio-sanitarie). Si verrà a creare anche l'opportunità di rompere condizioni di isolamento percepito. Tali gruppi possono anche offrire opportunità di sostegno ad altre donne che lo richiedessero, direttamente o per il tramite dei consultori. La realizzazione di tali esperienze e il numero di persone/famiglie coinvolte costituisce un indicatore importante della qualità dei corsi.

Indicatori importanti per valutare esiti a distanza sono in primo luogo l'allattamento al seno in modo esclusivo a tre mesi e a sei mesi e l'allattamento al seno comunque a 12 mesi, da apprezzare con interviste telefoniche o con visite domiciliari, anche su base campionaria, se consentito dalle donne (la percentuale di consensi è un altro indicatore di accreditamento).

Sono stati presentati esempi di indicatori e altri se ne potrebbero identificare tenendo conto delle peculiarità del corso che si organizza o di particolari interessi da valutare. È comunque sempre opportuno identificare l'indicatore esplicitando sempre la definizione del numeratore e quella del denominatore e la modalità di rilevazione dell'informazione per costruire l'indicatore.

Messa a punto dei carichi di lavoro

Riguardo la progettazione operativa, è necessario formulare, alla luce della popolazione di riferimento del territorio di competenza, quanti corsi fare in relazione a quante donne coinvolgere in ogni corso, quale successione temporale, con quali orari e con quale durata per ogni incontro, quale impegno di quali figure professionali con quali modalità di interazione secondo la logica dell'équipe, come svolgere e condurre gli incontri, quali argomenti principali far emergere nel processo maieutico su cui sviluppare la presa di coscienza, e la competenza.

Sulla base di tali elementi si può formulare una ipotesi di carichi di lavoro e delle risorse necessarie. I corsi si sviluppano con la disponibilità di strutture e infrastrutture e strumenti didattici che vanno acquisiti. Il servizio consultoriale è impegnato anche in altri progetti strategici e satellite, oltre che nell'accoglienza e presa in carico della richiesta spontanea e, soprattutto, dalla richiesta attivata nell'azione di promozione della salute (bisogni di salute insoddisfatti e condizioni di disagio che hanno finalmente trovato l'ambiente adatto per essere espressi). La stima dei carichi di lavoro permette di valutare la fattibilità del programma e la eventuale necessità di risorse aggiuntive se ne è data la possibilità.

Per avere un'idea di prima approssimazione dei carichi di lavoro per figura professionale, in relazione alla realizzazione del progetto "Percorso Nascita", avendo trascurato l'offerta attiva di counselling prematrimoniale e di counselling alle donne che entrano in gravidanza (per tali attività si applica una analoga procedura), si riporta un calcolo orientativo nell'ipotesi di un consultorio che opera in un bacino territoriale di 20000 abitanti e formulando una ipotesi di impegno delle figure professionali previste dal POMI. La numerosità delle popolazioni bersaglio in una comunità di 20000 abitanti è così ipotizzabile:

- Donne in età feconda (15-49 anni, 25% popolazione totale)	5000
- Matrimoni/anno (0,48% popolazione totale)	90-100
- Nascite (1% popolazione totale)	200
di cui prime nascite	100
- Adolescenti in una fascia di età annuale (1% popolazione totale)	200
- Donne di età 25-64 anni (30% popolazione totale)	6000

Supponendo 200 nascite attese per anno, di cui 100 da primipare, per le due fasi del progetto si possono ipotizzare in prima approssimazione i seguenti carichi di lavoro:

- *Gravidanza*
Offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita
obiettivo: 80% delle primipare:
80 donne
6 corsi (non più di 15 donne per corso) con 10 incontri di 2 ore quindi 20 ore per corso per un totale su base annua di 120 ore
+20% (per programmazione e valutazione)
Totale 144 ore/anno.

In sintesi:

	Ostetrica	Ginecologo/a	Assistente sociale	Psicologo/a	Pediatra	Assistente sanitario/a
%*	75	35	20	30	30	20
Ore	108	50	28,8	43,2	43,2	28,8

* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/ore

- *Puerperio*

Visite in puerperio

obiettivo: 80% di tutte le donne che partoriscono in un anno

160 puerpere, 50% in consultorio, 50% a domicilio.

1) in consultorio, 80 visite, 1 h ciascuna per un totale di 80 h:

per il 50% (40) si ipotizza la necessità di una seconda visita, per un totale di 40 h

per il 25% delle seconde visite (10) si ipotizza una terza visita, per un totale di 10 h

subtotale 1: 130 h/anno

2) a domicilio: 80 visite di 2 h ciascuna per un totale di 160 h

anche in questo caso si ipotizzano, con analoghe percentuali, seconde e terze visite per un totale di 80 h e 20 h, rispettivamente

subtotale 2: 260 h/anno

Totale: 390 h/anno,

+20% per programmazione e valutazione:

Totale 470 h/anno

In sintesi:

	Ostetrica	Ginecologo/a	Assistente sociale	Psicologo/a	Pediatra	Assistente sanitario/a
%*	80	30	60	30	20	80
Ore	376	141	282	141	94	376

* percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/ore

Sommando:

Progetto	Ostetrica	Ginecologo/a	Assistente sociale	Psicologo/a	Pediatra	Assistente sanitario/a
CAN	108	50	29	43	43	29
Visite in puerperio	376	141	282	141	94	376
Ore/anno	484	291	311	184	137	405
Ore/sett.*	12,1	7,3	7,8	4,6	3,4	10,1

*considerando 40 settimane effettivamente disponibili

Si tratta di organizzare i corsi che è raccomandabile inizino almeno dal quarto mese di gravidanza e, quindi, è necessario che si svolgano in parallelo con adeguata sfasatura, con impegno in giorni fissi della settimana lavorativa, allo scopo di verificare non solo quanto

tempo di lavoro viene assorbito ma anche come è articolato nel corso della settimana, allo scopo di assicurare la svolgibilità delle altre attività.

Di seguito viene riportato un esempio di valutazione di carichi di lavoro per corsi/incontri di accompagnamento alla nascita nel distretto delle Eolie (Tabella 1).

Tabella 1. Ipotesi di carichi di lavoro per assistenza al percorso nascita nel Distretto delle Eolie (2003)

Comune	Popolazione totale	Donne 15-49 anni	Nati 2003
Lipari	10554	2694	100
Lipari			89
Vulcano			3
Stromboli			2
Alicudi			1
Panarea			2
Filicudi			3
Malfa	852	222	9
S. Marina	809	212	8
Leni	645	149	7
Totale	12860	3277	124

Tenendo conto della ripartizione della popolazione e, conseguentemente delle nascite, è possibile organizzare incontri (corsi) di accompagnamento alla nascita solo nell'isola di Lipari, con una possibile affluenza solo delle residenti nell'isola. Un mese sì e un mese no inizia il ciclo di incontri con arruolamento delle gravidanze tra il 3° e il 4° mese, ogni ciclo inizia con i primi due incontri nei primi due mesi, uno al mese e i successivi 6 incontri nei successivi 3 mesi, due al mese; dopo il parto è previsto un incontro assieme alle frequentanti il corso successivo in occasione del loro penultimo (settimo) incontro. Ogni incontro può essere della durata di 2 ore, auspicabilmente il pomeriggio. Nei primi due mesi gli incontri potrebbero essere previsti per i primi mercoledì e nei successivi tre mesi il 2° e il 4° giovedì di ogni mese.

Il 2° corso inizia il 3° mese e per i primi due mesi gli incontri saranno tenuti sempre il 1° mercoledì mentre gli altri incontri, due al mese per i tre mesi successivi, saranno sempre il 1° e il 3° giovedì di ogni mese. Il 3° corso si sviluppa come il 1° corso (1° mercoledì per i primi 2 mesi e 2° e 4° giovedì per i tre mesi successivi).

In condizioni di regime il consultorio familiare sarà impegnato:

Gennaio	1 ^a settimana: MER (1° incontro 1° corso)	GIO (3° incontro 6° corso)
	2 ^a settimana: GIO (7° incontro 5° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (4° incontro 6° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (8° incontro 5° corso)	
Febbraio	1 ^a settimana: MER (2° incontro 1° corso)	GIO (5° incontro 6° corso)
	2 ^a settimana: nessun incontro	
	3 ^a settimana: GIO (6° incontro 6° corso)	
	4 ^a settimana: nessun incontro	
Marzo	1 ^a settimana: MER (1° incontro 2° corso)	GIO (7° incontro 6° corso)
	2 ^a settimana: GIO (3° incontro 1° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (8° incontro 6° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (4° incontro 1° corso)	
Aprile	1 ^a settimana: MER (2° incontro 2° corso)	
	2 ^a settimana: GIO (5° incontro 1° corso)	

	3 ^a settimana: nessun incontro	
	4 ^a settimana: GIO (6° incontro 1° corso)	
Maggio	1 ^a settimana: MER (1° incontro 3° corso)	GIO (3° incontro 2° corso)
	2 ^a settimana: GIO (7° incontro 1° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (4° incontro 2° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (8° incontro 1° corso)	
Giugno	1 ^a settimana: MER (2° incontro 3° corso)	GIO (5° incontro 2° corso)
	2 ^a settimana: nessun incontro	
	3 ^a settimana: GIO (6° incontro 2° corso)	
	4 ^a settimana: nessun incontro	
Luglio	1 ^a settimana: MER (1° incontro 4° corso)	GIO (7° incontro 2° corso)
	2 ^a settimana: GIO (3° incontro 3° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (8° incontro 2° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (4° incontro 3° corso)	
Agosto	1 ^a settimana: MER (2° incontro 4° corso)	
	2 ^a settimana: GIO (5° incontro 3° corso)	
	3 ^a settimana: nessun incontro	
	4 ^a settimana: GIO (6° incontro 3° corso)	
Settembre	1 ^a settimana: MER (1° incontro 5° corso),	GIO (3° incontro 4° corso)
	2 ^a settimana: GIO (7° incontro 3° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (4° incontro 4° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (8° incontro 3° corso)	
Ottobre	1 ^a settimana: MER (2° incontro 5° corso)	GIO (5° incontro 4° corso)
	2 ^a settimana: nessun incontro	
	3 ^a settimana: GIO (6° incontro 4° corso)	
	4 ^a settimana: nessun incontro	
Novembre	1 ^a settimana: MER (1° incontro 6° corso)	GIO (7° incontro 4° corso)
	2 ^a settimana: GIO (3° incontro 5° corso)	
	3 ^a settimana: GIO (8° incontro 4° corso)	
	4 ^a settimana: GIO (4° incontro 5° corso)	
Dicembre	1 ^a settimana: MER (2° incontro 6° corso)	
	2 ^a settimana: GIO (5° incontro 5° corso)	
	3 ^a settimana: nessun incontro	
	4 ^a settimana: GIO (6° incontro 5° corso)	

Risultano impegnate 39 settimane di cui 9 prime settimane di mese con un incontro sia il mercoledì che il giovedì e tre prime settimane con un solo incontro il mercoledì. Nelle rimanenti 27 settimane è previsto un solo incontro il giovedì. Poiché è previsto che un singolo incontro duri 2 ore si ha:

- 9 settimane con 4 h/settimana = 36 h
- 3 settimane + 27 settimane con 2 h/settimana = 60 h
- Totale generale = 96 h/anno

Se nascono a Lipari circa 8 bambini al mese e si ipotizza una adesione di circa il 50-60% (prevalentemente primipare), a ogni corso dovrebbero partecipare circa 10 donne.

Nel centro nascita di Lipari dove dovrebbero aversi non più di 2 nascite a settimana, sono sufficienti 2 ore a settimana per un colloquio con le partorienti.

Totale visite al centro nascita: 50 visite per un totale di 100 h/anno.

Nel puerperio sarebbe auspicabile offrire (*offerta anticipata durante le visite in reparto e, per quelle frequentanti gli incontri di preparazione alla nascita all'ultimo incontro, assieme all'invito di fare un incontro collettivo entro il mese dalla nascita con le donne frequentanti il corso successivo al penultimo incontro [7° Giovedì]*) incontri a domicilio (2 h/incontro) entro il 1° mese dalla nascita e un incontro in consultorio (1 h/incontro) attorno al 3° mese. Sarebbe importante avere come obiettivo coinvolgere in queste visite individuali almeno l'80% delle nascite, cioè circa 160 incontri, 80 in consultorio per un totale di 80 ore/anno, e 80 a domicilio per un totale di 160 ore/anno, per un totale $2 \text{ h} \times 80 + 1 \text{ h} \times 80 = 240 \text{ h/anno}$, che se contato su 40 settimane dovrebbe comportare 6 h/settimana (si potrebbe risparmiare risorse rinunciando agli incontri in consultorio individuali per le partecipanti agli incontri di accompagnamento alla nascita, visto che una volta partorito hanno un incontro collettivo con le gravide del corso successivo al loro penultimo incontro).

Da analizzare dove vengono effettuate le vaccinazioni e il possibile utilizzo di questo importante momento.

Per le donne che non frequentano il corso di accompagnamento alla nascita si potrebbe offrire almeno 2 incontri (invitandole in consultorio e, in casi estremi con visita domiciliare) uno verso il 3°-4° mese e uno verso il 7°-8° mese della gravidanza, con l'offerta di counselling su procedure raccomandabili e allattamento al seno. Si tratta di non più di 40 donne/anno (immaginando un tasso di accettazione almeno dell'80%) con la previsione di 80 ore/anno, quindi 2 ore a settimana su 40 settimane.

In sintesi, i carichi di lavoro a Lipari (dove nasce l'80% dei bambini del distretto) sono:

- Incontri accompagnamento alla nascita
totale generale = 96 h/anno
- Incontri al centro nascita
totale visite al centro nascita: 50 visite per un totale di 100 h/anno
- Incontri in puerperio
totale $2 \text{ h} \times 80 + 1 \text{ h} \times 80 = 240 \text{ h/anno}$
- Offerta incontri in gravidanza alle donne non frequentanti gli incontri: 80 ore/anno
- Totale generale sull'anno: $96+100+240+80 = 516$

Calcolando l'anno su 40 settimane si ha $516/40 = 12,9 \text{ h/settimana}$.

A Salina sono attesi circa 15 nati/anno e supponendo una accettazione di 12 si possono ipotizzare 2 incontri in gravidanza e 2 dopo il parto, andando a Salina una volta ogni 2 mesi in un punto di riferimento (es. Malfa) e incontrare tutte le donne impegnate nel percorso nascita. Per Salina si hanno 6 giorni/anno.

Per le altre isole si possono ipotizzare una visita ogni 4-6 mesi (3-2 visite/anno per un totale di 15-10 gg/anno).

Ipotesi di argomento per gli incontri sono:

- fisiologia della riproduzione e misure raccomandate in gravidanza;
- travaglio/parto;
- luogo del parto;
- alimentazione (rivisitazioni abitudini alimentari);
- allattamento;
- contraccezione;
- cure del bambino (vaccinazioni, svezzamento, ecc.);
- norme tutela nascita.

Nella Tabella 2 si riporta lo schema di svolgimento temporale delle attività.

Bibliografia

1. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale del 24/4/2000. Progetto Obiettivo Materno Infantile. *Gazzetta Ufficiale* n. 131 Suppl. Ord. n. 89 del 7/6/2000.
2. Accordo Conferenza Stato-Regioni 22 novembre 2001: Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (Repertorio n. 1318). *Gazzetta Ufficiale* n. 19 Suppl. Ord. n.14 del 23/1/2002. p. 37
3. Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
4. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, 21 November 1986*. Geneva: WHO; 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1).
5. Grandolfo M. Consultori familiari secondo il progetto obiettivo materno infantile: basi epistemologiche, epidemiologiche e operative. In Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
6. WHO Department of Making Pregnancy Safer. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html; ultima consultazione 01/08/2012.
7. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35(2):289-296.
8. Lauria L, Lamberti A, and Grandolfo M. Smoking behaviour before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *The Scientific World Journal* 2012;2012: Article ID 154910, 9 pages.
9. Grandolfo ME, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf> ultima consultazione 15/6/2012.
10. Grandolfo ME, Donati S, Giusti A, Medda E. La nascita: una sfida per i sistemi socio-sanitari e per le professioni ostetriche. In: Giambanco V (Ed.). *Epidemiologia e Sanità*. Cento (FE): Editeam, 2004. p. 27-37.
11. EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report – better statistics for better health for pregnant women and their babies. EURO-PERISTAT; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com; ultima consultazione 23/04/2012.
12. Senatore S, Donati S, Andreozzi S. (Ed.). *Studio della cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/6).
13. Donati S, Senatore S, Ronconi A; Regional maternal mortality working group. Maternal mortality in Italy: a record-linkage study. *BJOG* 2011;118(7):872-9
14. Donati S, Senatore S, Ronconi A; Regional Maternal Mortality Working Group. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91(4):452-7.).
15. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth - Issue in Perinatal Care* 2003; 30(2):89-93.
16. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari" – 2005*. Roma: ISTAT; 2007.

17. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2000; 36(4):465-78.
18. Donati S, Grandolfo ME. Il sostegno alla ripresa della vita sessuale delle donne che partoriscono, un argomento orfano di interesse. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2003; 39(2):235-41.
19. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991 (Rapporti ISTISAN 91/25).

LE INDAGINI SUL PERCORSO NASCITA

Laura Lauria (a), Manila Bonciani (a), Anna Lamberti (a), Marta Buoncristiano (a),
Mauro Bucciarelli (a), Michele Grandolfo (a)*, Gruppo di lavoro sul percorso nascita (b)
(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Roma*
(b) *I componenti del Gruppo di lavoro sono elencati in Appendice A*

Introduzione

Il progetto “Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi”, prende avvio in un contesto assistenziale in cui, a fronte di un modello operativo predominante di tipo direttivo e tendente alla medicalizzazione dell’evento nascita, con conseguente induzione nelle donne di un atteggiamento di passivo affidamento, cerca di farsi spazio un altro modello che persegue obiettivi di “umanizzazione”, attraverso un approccio sociale di assistenza volto a far emergere e a migliorare le competenze e le conoscenze delle donne stesse in tema di maternità e i cui principi base hanno ispirato il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) (1).

Il progetto ha previsto l’esecuzione di alcune indagini campionarie delle quali due, una qualitativa e una quantitativa sono state rivolte specificatamente alla valutazione dell’assistenza al percorso nascita delle donne straniere in quanto identificata come problematica specifica emergente, e i cui risultati sono già stati oggetto di un Rapporto ISTISAN (2). Inoltre, parte centrale del progetto è stata la conduzione di una indagine di popolazione con follow-up a 3, 6 e 12 mesi dopo il parto, rivolta invece a tutte le partorienti residenti nelle aree interessate, Aziende Sanitarie Locali (ASL) o distretti, ripetuta con le stesse caratteristiche ad un anno di distanza dalla prima indagine. Tra la prima e la seconda indagine i servizi interessati si sono impegnati a modificare le attività assistenziali e ad implementare sul proprio territorio nuovi interventi, secondo quelli che sono i principi del POMI, effettuando a tale scopo anche attività di formazione del personale, così come descritto nella quarta parte di questo rapporto.

Gli obiettivi del progetto sono stati, da una parte, quelli di valutare l’assistenza al percorso nascita, promuovere le pratiche assistenziali raccomandate e ridurre l’esposizione delle donne a pratiche assistenziali inappropriate, e dall’altra quello di valutare l’efficacia delle attività implementate in termini di indicatori di processo, di risultato e di esito.

Non sempre, però, è stata rispettata la tempistica tra implementazione delle attività ed esecuzione della seconda indagine, fasi che a volte si sono temporalmente sovrapposte determinando l’impossibilità di poter effettuare una piena valutazione di efficacia. Il secondo obiettivo quindi risulta solo parzialmente perseguibile.

Inoltre, l’arco temporale interessato alle indagini, tra il 2008 e il 2012, è più ampio del previsto in quanto le ASL partecipanti sono partite con la prima indagine in momenti diversi e, a volte, si è verificato un ulteriore ritardo anche nell’avvio della seconda indagine.

In questo capitolo riportiamo i risultati ottenuti nelle due indagini.

Le attività implementate e programmate dalle ASL sono invece riportate nel terzo capitolo di questo rapporto insieme con i principali indicatori assistenziali a livello di singola ASL.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

Metodi

Il progetto è stato proposto nel 2007 alle 20 Regioni italiane delle quali 11 hanno accettato di partecipare. Le Regioni partecipanti al progetto erano, all'epoca, divise in 79 ASL, delle quali 25 hanno aderito allo studio.

Le donne partorienti e residenti in queste ASL, o in alcuni casi distretti, costituiscono la popolazione target, circa 50000 ogni anno. Base di campionamento sono stati i registri dei nati residenti presso le anagrafi comunali o l'anagrafe sanitaria e i registri dei centri nascita. È stata stabilita una numerosità campionaria di almeno 120 donne per ciascuna ASL sulla base di un livello di precisione voluto di circa ± 10 punti percentuali per prevalenze del 50%, con un livello di confidenza del 95%. Il protocollo dello studio ha previsto il reclutamento delle donne su base temporale: dall'inizio dell'indagine a ciascuna ASL è stato raccomandato di reclutare tutte le partorienti residenti elegibili in un arco di tempo sufficiente ad ottenere almeno 120 eventi. I criteri di esclusione sono stati: malattie gravi della madre o del bambino, infezione attiva con febbre $> 38^{\circ}\text{C}$, donne con perdite ematiche > 1000 cc.

Le donne sono state intervistate da personale addestrato tramite un questionario (Appendice B), preferibilmente in ospedale dopo il parto oppure telefonicamente a casa entro pochi giorni dal parto. Il disegno dello studio ha stabilito, inoltre, di ripetere l'intervista alle stesse donne dopo 3, 6 e 12 mesi dal parto. Alla fine di ciascuna intervista alle donne è stato chiesto quindi il consenso ad essere ricontattata per l'intervista successiva. Il primo questionario è stato strutturato in 4 sezioni, la gravidanza, il parto, il post-parto e le caratteristiche socio-demografiche delle donne. Nelle interviste di follow-up sono stati affrontati temi quali: l'assistenza post-ospedaliera e problemi insorti dopo il parto, il tipo di allattamento e il sostegno ricevuto, le abitudini al fumo, la contraccezione, le informazioni ricevute e, infine, una serie di domande volte a dare una indicazione sullo stato generale di in-soddisfazione psico-fisica della donna.

In questo capitolo riportiamo le analisi descrittive dei dati separatamente per le due indagini e per cittadinanza. I modelli di regressione logistica per lo studio delle associazioni sono stati invece applicati ai dati complessivi, introducendo sempre la variabile "anno" per distinguere le due indagini. Al fine di rendere il campione rappresentativo della popolazione totale delle ASL da cui i singoli campioni provengono, le analisi descrittive e multivariate sono state pesate con il reciproco della frazione di campionamento per ogni ASL. Nei modelli di regressione logistica utilizzati si è inoltre tenuto conto della struttura auto-correlata dei dati. È stata condotta inoltre un'analisi non pesata per valutare l'effetto complessivo degli interventi effettuati a livello di ASL su quello che è il principale indicatore di esito: la prevalenza di allattamento al seno. A ciascuna ASL è stato fornito un software creato *ad hoc* presso L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'immissione dei dati, per effettuare semplici analisi descrittive e per poter aggiornare costantemente il database gestito in ISS. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando il software STATA versione 11.

Risultati

Partecipanti e rispondenza

Hanno aderito allo studio le 25 ASL indicate in Tabella 1.

Sono state contattate complessivamente 3699 partorienti nell'indagine del 2008-2009 e 3594 nell'indagine del 2010-2011 con un tasso di rispondenza del 96 e 95%. Sono state re-intervistate l'85% delle donne a 3 mesi in entrambe le indagini, il 78% e l'83% a 6 mesi e il 77% e l'79% a 12 mesi (Tabella 2).

Tabella 1. ASL partecipanti al progetto per area geografica

Area geografica	ASL partecipante
Nord	ASL Aosta, ASL 3 Torino, ASL 1 Cuneo, ASL Alessandria, ASL 2 Savonese, ASS 6 Pordenone, ASL Parma
Centro	ASL 10 Firenze, ASL 5 Pisa, ASL 6 Livorno, ASL 8 Arezzo, ASL 3 Foligno, ASL 4 Prato
Sud+Isole	ASL Sassari, ASL Oristano, ASL Sanluri, ASL Lanusei, ASL Cagliari, ASL 3 Lagonegro, ASL 1 Venosa, ASL Foggia, ASL Bari, ASL Taranto, ASL Matera, ASP Enna

Tabella 2. Tassi di rispondenza al parto e al follow-up – Indagini 2008-2011

Indagine	Al parto		A 3 mesi	A 6 mesi	A 12 mesi
	contattate n.	rispondenza n. (%)	re-intervistate n. (%)	re-intervistate n. (%)	re-intervistate n. (%)
2008-2009	3699	3531 (96%)	2990 (85%)	2830 (78%)	2733 (77%)
2010-2011	3594	3411 (95%)	2916 (85%)	2837 (83%)	2685 (79%)

Nella seconda indagine una ASL non ha eseguito il follow-up a 3 mesi e per un'altra ASL si è in fase di acquisizione dei dati del follow-up a 12 mesi. Nella Tabella 3 sono riportati, per ciascuna delle ASL partecipanti, il numero di donne partorienti reclutate nelle due indagini e la cittadinanza; complessivamente il 10,8% del campione è di cittadinanza straniera.

Tabella 3. Numerosità campionaria per centro nascita e per cittadinanza – Indagini 2008-2011

ASL	Indagine 2008-2009			Indagine 2010-2011			Totale		
	italiane	straniere	totale	italiane	straniere	totale	italiane	straniere	totale
	%	%	n.	%	%	n.	%	%	n.
Alessandria	79,3	20,7	184	79,4	20,6	199	79,4	20,6	383
Aosta	86,9	13,1	122	76,7	23,3	120	81,8	18,2	242
Arezzo	88,7	11,3	53	84,9	15,1	53	86,8	13,2	106
Bari	98,4	1,6	124	97,5	2,5	122	98,0	2,0	246
Cagliari	98,3	1,7	115	97,6	2,4	127	97,9	2,1	242
Cuneo	79,3	20,7	121	84,8	15,2	112	82,0	18,0	233
Enna	97,1	2,9	136	100,0	0,0	138	98,5	1,5	274
Firenze	88,0	12,0	125	89,6	10,4	125	88,8	11,2	250
Foggia	97,6	2,4	124	97,5	2,5	118	97,5	2,5	242
Foligno	77,5	22,5	160	83,9	16,1	161	80,7	19,3	321
Lagonegro	93,3	6,7	120	90,8	9,2	120	92,1	7,9	240
Lanusei	100,0	0,0	116	94,1	5,9	118	97,0	3,0	234
Livorno	88,9	11,1	225	82,1	17,9	274	85,2	14,8	499
Matera	91,9	8,1	74	95,0	5,0	100	93,7	6,3	174
Oristano	96,5	3,5	344	97,2	2,8	178	96,7	3,3	522
Parma	70,1	29,9	144	75,5	24,5	143	72,8	27,2	287
Pisa	89,2	10,8	259	89,3	10,7	253	89,3	10,7	512
Pordenone	84,3	15,7	140	88,6	11,4	88	86,0	14,0	228
Prato	60,2	39,8	113	65,6	34,4	122	63,0	37,0	235
Sanluri	98,3	1,7	120	99,2	0,8	121	98,8	1,2	241
Sassari	97,2	2,8	109	90,4	9,6	114	93,7	6,3	223
Savona	90,2	9,8	51	85,5	14,5	145	86,7	13,3	196
Taranto	98,0	2,0	203	96,7	3,3	120	97,5	2,5	323
Torino	92,6	7,4	121	89,2	10,8	120	90,9	9,1	241
Venosa	94,5	5,5	128	96,7	3,3	120	95,6	4,4	248
Totale	89,6	10,4	3531	88,7	11,3	3411	89,2	10,8	6942

La proporzione di donne straniere varia da poco più dell'1% (Sanluri) al 37,0% (Prato). La presenza di donne straniere è tendenzialmente più elevata nelle ASL del centro-nord e meno nelle ASL del sud e delle isole.

L'età media delle partorienti italiane è di 3 anni più elevata rispetto alle partorienti straniere, 32 anni e 29 anni rispettivamente, confermando quanto rilevato dall'analisi dei CeDAP (3); ha più di 34 anni il 35,4% delle italiane e il 15,1% delle straniere. Le donne non coniugate (nubili, separate, divorziate, vedove) sono rispettivamente il 23,9% e il 29,3%; hanno una istruzione inferiore o uguale agli 8 anni il 27,0% delle italiane e il 46,5% delle straniere; le primipare sono il 53,9% e il 50,1% rispettivamente, mentre le donne non occupate sono il 29,4% delle italiane e il 52,8% delle straniere. Tra le partorienti straniere rispetto alle italiane quindi vi è una maggiore frequenza di donne più giovani, non coniugate, con istruzione inferiore, con più figli e non occupate. Considerando le differenze nelle caratteristiche campionarie tra le due indagini, queste risultano minime per le italiane mentre per le straniere si rileva, nell'indagine del 2010-2011 rispetto all'indagine del 2008-2009, una maggiore frequenza di donne con età superiore ai 34 anni (11,6% vs 18,7%), nubili (23,3% vs 31,0%), con istruzione inferiore (42,1% vs 51,0%) e non occupate (49,0% vs 56,6%) (Tabella 4).

Tabella 4. Caratteristiche socio-demografiche (%) delle donne intervistate per cittadinanza – Indagini 2008-2011

Variabili	Italiane			Straniere		
	2008-2009 (n. 3165)	2010-2011 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-2009 (n. 366)	2010-2011 (n. 397)	Totale (n. 753)
Età						
<30	27,2	26,8	27,0	57,6	56,2	56,9
30-34	39,0	36,2	37,6	30,9	25,2	28,0
>34	33,8	37,0	35,4	11,6	18,7	15,1
Età media	32	32	32	28	29	29
Stato civile						
Coniugata	76,5	75,7	76,1	74,0	67,3	70,7
Nubile	21,1	22,3	21,7	23,3	31,0	27,1
Altro	2,4	2,0	2,2	2,7	1,7	2,2
Istruzione						
≤Media inferiore	27,9	25,9	27,0	42,1	51,0	46,5
≥Media superiore	72,2	74,0	73,1	57,9	49,0	53,5
Parità						
Primipara	54,1	53,7	53,9	50,7	49,5	50,1
Pluripara	45,9	46,3	46,1	49,3	50,5	49,9
Occupazione						
Non occupata	28,2	30,5	29,4	49,0	56,6	52,8
Occupata	71,8	69,5	70,6	51,1	43,4	47,2

In occasione di una gravidanza e della nascita di un bambino, la condizione lavorativa delle donne italiane e straniere si modifica in modo diverso. Prima della gravidanza risultano occupate il 70,6% delle donne italiane e il 47,2% delle straniere. A 3 mesi dal parto quasi il 20,1% delle donne straniere ha già ripreso a lavorare vs l'11,8% delle italiane. Entro 6 e 12 mesi le differenze per cittadinanza si annullano (Tabella 5).

Tabella 5. Stato occupazionale delle donne intervistate al follow-up

Cittadinanza	Prima della gravidanza		A 3 mesi dal parto		A 6 mesi dal parto		A 12 mesi dal parto	
	n.	% occupate	n.	% occupate	n.	% occupate	N	% occupate
Italiane	6189	70,6	5320	11,8	5135	34,1	4917	65,8
Straniere	753	47,2	586	20,1	532	29,8	501	60,6

Assistenza in gravidanza

Il 92,2% delle donne italiane intervistate ha partorito in una struttura pubblica e circa il 5,8% in una struttura convenzionata; mentre la quasi totalità delle straniere, 97,0%, si è rivolta ad una struttura pubblica (Tabella 6).

Tabella 6. Tipologia del centro nascita (%) dove è avvenuto il parto

Luogo del parto	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Pubblico	91,5	92,8	92,2	97,8	96,2	97,0
Convenzionato	8,3	3,4	5,8	1,7	2,4	2,1
Privato	0,1	3,8	2,0	0,6	1,4	1,0

La maggioranza delle donne italiane si è rivolta al ginecologo privato (44,7%) o al ginecologo ospedaliero a pagamento (33,8%) per essere assistita nella gravidanza; solo l'11,0% si è rivolta al Consultorio Familiare (CF). Molto diversa è l'assistenza ricevuta dalle donne straniere, le quali si sono rivolte in maggioranza al CF (52,2%) e nel 23,1% dei casi al ginecologo privato o ospedaliero a pagamento. Per le straniere, inoltre, tra le due indagini si rileva un netto aumento di donne assistite da CF (43,4% vs 61,1%), a fronte di una riduzione di donne assistite dal ginecologo di altra struttura pubblica (Tabella 7).

Tabella 7. Personale sanitario (%) che ha seguito principalmente la gravidanza

Personale sanitario	Italiane			Straniere		
	2008-2009 (n. 3165)	2010-2011 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-2009 (n. 366)	2010-2011 (n. 387)	Totale (n. 753)
Medico di famiglia	0,7	0,3	0,5	1,7	0,9	1,3
CF	11,0	10,9	11,0	43,4	61,1	52,2
Ostetrica di struttura pubblica (no CF)	1,1	1,1	1,1	6,1	4,2	5,2
Ostetrica di struttura privata	1,5	1,7	1,6	0,6	0,6	0,6
Ginecologo privato	46,0	43,4	44,7	12,4	14,1	13,2
Ginecologo ospedaliero (a pagamento)	32,4	35,1	33,8	10,8	9,0	9,9
Ginecologo di struttura pubblica (no CF)	7,3	7,5	7,4	24,9	10,1	17,5

Il 14,2% delle italiane e l'11,1% delle straniere ha dichiarato che, nel corso della gravidanza, sono insorti problemi gravi che hanno richiesto una o più settimane di allettamento o ricovero. Non si rilevano variazioni negli anni (Tabella 8).

Tabella 8. Livello di gravità (%) di eventuali problemi di salute insorti nel corso della gravidanza

Problema di salute	Italiane			Straniere		
	2008-2009 (n. 3165)	2010-2011 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-2009 (n. 366)	2010-2011 (n. 387)	Totale (n. 753)
Nessuno	66,8	67,7	67,3	72,2	72,1	72,1
Lieve	19,3	17,7	18,5	16,3	17,2	16,8
Grave	13,9	14,5	14,2	11,5	10,7	11,1

Il numero di ecografie effettuate in gravidanza risulta eccessivo, considerando che il numero raccomandato nella recente linea guida sulla gravidanza fisiologica (4) è di 2 ecografie e che il Servizio Sanitario Nazionale ne offre gratuitamente 3. In particolare le italiane effettuano mediamente circa 7 ecografie per gravidanza e ne effettuano 8 se durante la gravidanza insorgono problemi gravi; le donne straniere ne effettuano circa 5 e, se insorgono problemi gravi, ne effettuano circa 6, quindi 2 ecografie in meno rispetto alle italiane. Solo il 9,4% delle italiane e il 43,6% delle straniere, in linea con le raccomandazioni, effettuano fino ad un massimo di 3 ecografie (Tabelle 9 e 10).

Tabella 9. Ecografie (%) effettuate in gravidanza dalle donne intervistate

N. ecografie	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
≤3	9,5	9,3	9,4	46,2	40,9	43,6
4-5	26,4	22,9	24,6	26,4	29,2	27,8
>5	64,2	67,8	66,0	27,4	29,9	28,6
N. medio (DS)	6,7 (2,6)	6,9 (2,7)	6,8 (2,7)	4,7 (2,3)	5,1 (2,8)	4,9 (2,6)

Tabella 10. Ecografie (%) effettuate in gravidanza dalle donne intervistate che hanno avuto problemi gravi di salute

N. ecografie	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 460)	2010-11 (n. 398)	Totale (n. 858)	2008-9 (n. 39)	2010-11 (n. 38)	Totale (n. 77)
≤3	3,2	7,7	5,5	33,8	11,9	23,2
4-5	20,4	14,4	17,3	21,8	33,5	27,5
>5	76,5	78,0	77,2	44,4	54,6	49,4
N. medio (DS)	7,8 (3,0)	7,9 (3,6)	7,9 (3,3)	5,5 (2,9)	6,0 (2,4)	5,8 (2,6)

I fattori che aumentano in modo significativo il rischio di effettuare più di 4 ecografie in gravidanza per le italiane sono: avere una occupazione, essere primipara, non essere seguita da CF/ostetrica e l'insorgenza di problemi di salute durante la gravidanza; per le straniere sono:

essere primipara, di età più avanzata, non essere seguita da CF/ostetrica, l'insorgenza di problemi di salute durante la gravidanza, risiedere nel Sud/isole e provenire dall'Europa dell'Est o dal Centro/Sud America (Tabella 11).

Tabella 11. Fattori associati con l'effettuare in gravidanza più di 4 ecografie

Variabili	Italiane (n. 6189)				Straniere (n. 753)			
	n.	% ecog>4	OR	IC 95%	n.	% ecog>4	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1683	76,2	1		328	26,5	1	
≥Media superiore	4450	80,8	1,19	0,95-1,48	415	48,1	1,32	0,88-2,00
Stato occupazionale								
Non occupate	1899	76,0	1		424	35,1	1	
Occupate	4234	81,0	1,29	1,10-1,52	319	41,1	1,38	0,96-2,00
Stato civile								
Coniugate	4724	79,6	1		545	38,7	1	
Nubili/sep/div/ved	1409	79,5	1,06	0,87-1,30	198	36,2	0,93	0,61-1,41
Parità								
Primipare	3222	84,8	1		372	46,1	1	
Pluripare	2802	73,6	0,48	0,41-0,57	360	29,9	0,51	0,34-0,76
Età								
<30 anni	1670	79,5	1		433	32,9	1	
30-34 anni	2302	79,2	1,05	0,84-1,30	192	45,7	1,59	1,06-2,38
>34 anni	2156	80,1	1,12	0,87-1,44	118	42,5	1,25	0,80-1,97
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	5330	84,6	1		332	56,8	1	
CF/ostetrica	798	47,7	0,17	0,12-0,23	409	24,6	0,27	0,15-0,49
Problemi di salute in gravidanza								
No	4091	77,3	1		547	33,3	1	
Sì	2033	84,2	1,57	1,26-1,96	195	50,2	2,04	1,61-2,59
Ripartizione geografica								
Nord	1478	75,8	1		317	39,2	1	
Centro	1599	75,7	0,94	0,49-1,69	317	31,1	1,07	0,50-2,26
Sud/isole	3056	83,4	1,60	0,88-2,89	109	61,3	2,25	1,15-4,41
Anno di indagine								
2008-9	3135	79,0	1		360	35,8	1	
2010-11	2998	80,0	1,10	0,92-1,32	383	40,2	1,61	0,87-3,00
Area di provenienza								
Est Europa					427	46,7	1	
Asia					115	19,0	0,30	0,18-0,51
Africa					123	29,1	0,53	0,31-0,91
Centro/Sud America					75	58,6	1,38	0,78-2,44

Corsi di accompagnamento alla nascita

La letteratura scientifica internazionale esistente sui Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) è vasta e valuta l'impatto su diversi indicatori assistenziali, che vanno dall'acquisizione di nuove conoscenze alla capacità di controllo del dolore e dei livelli di ansia, dall'allattamento al seno all'adeguamento al ruolo genitoriale, ecc. (5-8). Alcuni di questi studi hanno confrontato modalità standard di conduzione dei CAN con modalità più interattive, e, considerandoli dal

punto di vista metodologico, comprendono studi clinici randomizzati controllati, studi osservazionali, studi di valutazione prima-dopo.

L'ISS ha condotto uno studio osservazionale sul percorso nascita nel 1995-1996 e un altro nel 2002: entrambi hanno evidenziato associazioni significative tra la partecipazione ai CAN e la riduzione del rischio di alcune pratiche assistenziali inappropriate (9-11). I risultati, per quanto non sempre coerenti su tutti gli indicatori di impatto, evidenziano comunque un'efficacia dei corsi su cui si rimanda alla letteratura specifica. Qui ricordiamo che nella linea guida prodotta sulla gravidanza fisiologica (4), sulla base della letteratura revisionata, è stata inserita la seguente raccomandazione relativamente ai CAN: "Alle donne in gravidanza deve essere offerta la possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra le partecipanti e i conduttori dei corsi. Le donne chiedono e devono ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento al seno, cura del bambino, genitorialità". Inoltre, i CAN sono stati identificati nel POMI (1), come uno degli strumenti operativi importanti attraverso cui è possibile attivare processi di empowerment nella donna. La loro utilità è strettamente legata ad una modalità di offerta attiva dei corsi che sia in grado di raggiungere anche le fasce di popolazione più disagiate dal punto di vista socio-economico e culturale, le quali possono trarre maggior vantaggio da questo tipo di servizio.

I risultati di questo studio mostrano come abbiano partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita durante l'attuale gravidanza il 39,5% delle donne italiane e il 23,3% delle donne straniere. Le percentuali salgono rispettivamente a 53,6% e 29,0% se consideriamo la partecipazione ad un CAN anche durante una precedente gravidanza. Considerando solo le primipare, hanno partecipato ad un CAN il 59,3% delle italiane e il 38,4% delle straniere. Tra le due indagini si rileva un netto aumento della partecipazione sia per le italiane che per le straniere. Il CAN a cui le donne hanno partecipato durante l'attuale gravidanza è stato organizzato per il 76,1% delle italiane e il 79,2% delle straniere dal CF, mentre per il 24,0% e il 20,8% rispettivamente dall'ospedale o da privati. È stato richiesto un ticket al 13,4% delle italiane e al 16,6% delle straniere. Nella seconda indagine si rileva un netto aumento dei corsi organizzati dal CF e una riduzione dei CAN con richiesta del ticket (Tabella 12).

Tabella 12. Partecipazione (%) al CAN nell'attuale/precedente gravidanza per struttura organizzativa e richiesta ticket

Partecipazione al CAN	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Attuale gravidanza	37,3	41,5	39,5	20,5	26,1	23,3
Attuale/precedente gravidanza	50,6	56,5	53,6	25,3	32,6	29,0
Primipare	(n. 1659)	(n. 1590)	(n. 3249)	(n. 184)	(n. 193)	(n. 377)
Attuale gravidanza	% 55,1	63,4	59,3	35,8	41,0	38,4
	n. 1170	1295	2465	76	101	177
<i>di cui:</i>						
organizzato da CF	72,8	78,8	76,1	76,2	81,6	79,2
organizzato da ospedale/privati	27,2	21,2	24,0	23,8	18,4	20,8
<i>di cui:</i>						
con pagamento ticket	21,8	6,2	13,4	30,3	5,5	16,6

Tra le donne che non hanno partecipato ai CAN, la motivazione principale è stata la mancanza di tempo sia per le italiane, 41,0%, che per le straniere, 33,0%. Tale motivazione mostra un netto incremento tra le due indagini. Un'alta percentuale di donne straniere, 25,0%,

non ha partecipato perché non ne conosceva l'esistenza, ma si evidenzia per questo indicatore un netto miglioramento tra le due indagini, dal 34,7% al 14,3% (Tabella 13). L'organizzazione di CAN, in orari il più possibile compatibili con gli impegni lavorativi delle donne, potrebbe favorirne l'effettiva fruibilità per tutte.

Tabella 13. Motivo (%) della non partecipazione ai CAN da parte delle donne intervistate

Motivo	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1606)	2010-11 (n. 1283)	Totale (n. 2889)	2008-9 (n. 273)	2010-11 (n. 264)	Totale (n. 537)
Non sapeva che esistessero	6,8	7,2	7,0	34,7	14,3	25,0
Non ha ricevuto un invito a partecipare	5,3	3,8	4,6	7,9	2,5	5,3
Non lo ritiene utile	20,5	22,1	21,3	14,5	23,4	18,7
Non ha trovato una struttura disponibile	3,9	2,1	3,0	0,3	1,1	0,7
Per problemi di tempo	36,1	46,3	41,0	26,0	40,7	33,0
Perché a pagamento	0,2	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2
Altro	27,2	18,5	23,0	16,5	17,7	17,1

La fonte di informazione principale sull'esistenza dei CAN è stata per le italiane l'ambito amicale/familiare, 38,0%; mentre per le straniere è stato il CF, 55,8%. Si nota un chiaro miglioramento da un anno all'altro dell'informazione fornita dal CF che viene citato dal 23,0% e dal 39,4% delle italiane e dal 51,4% e dal 59,2% delle straniere nelle due indagini rispettivamente (Tabella 14).

Tabella 14. Principale fonte di informazione (%) sull'esistenza dei CAN riportata dalle donne che hanno partecipato al corso

Fonte di informazione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1169)	2010-11 (n. 1295)	Totale (n. 2464)	2008-9 (n. 76)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 177)
Libri/riviste	2,5	3,3	2,9	6,2	0,0	2,8
Amiche/familiari	42,4	34,2	38,0	11,8	14,3	13,2
Medico pubblico (no CF)	2,9	1,8	2,3	0,8	4,7	3,0
Medico privato	9,5	8,3	8,8	11,6	4,9	7,9
Ostetrica/infermiera (no CF)	9,0	6,3	7,6	9,7	10,3	10,0
CF	23,0	39,4	31,8	51,4	59,2	55,8
Altro	10,7	6,7	8,5	8,5	6,5	7,4

Circa il 70% dei CAN inizia dal 7° mese di gravidanza in poi. Non si rilevano differenze particolari per cittadinanza. Per le straniere si registra un aumento, tra le due indagini, della frequenza di inizio dei CAN tra il quarto e il sesto mese di gravidanza (dal 23,1% al 31,4%). Un inizio più anticipato dei corsi sarebbe auspicabile data la possibilità di poter trattare argomenti non direttamente collegati al parto, quali contraccezione, genitorialità, vaccinazioni, ecc. (Tabella 15).

Il 79,3% delle italiane e il 75,4% delle straniere ha frequentato almeno il 70% degli incontri programmati dai CAN. Nel tempo, la frequenza di partecipazione non è variata (Tabella 16).

Tabella 15. Mese di gravidanza (%) in cui le donne hanno iniziato il CAN

Mese	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1169)	2010-11 (n. 1295)	Totale (n. 2464)	2008-9 (n. 76)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 177)
≤3	2,3	6,4	4,5	2,8	2,3	2,5
4-6	25,8	23,0	24,3	23,1	31,4	27,7
≥7	71,9	71,6	71,2	74,2	66,3	69,8

Tabella 16. Frequenza (%) con cui le donne hanno partecipato al CAN

Frequenza incontri	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1169)	2010-11 (n. 1295)	Totale (n. 2464)	2008-9 (n. 76)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 177)
70% o più degli incontri previsti	79,9	78,8	79,3	74,4	76,2	75,4
30-70% degli incontri previsti	15,1	15,6	15,4	15,9	12,3	14,2
Meno del 30% degli incontri previsti	5,1	5,6	5,3	9,7	11,0	10,4

Gli argomenti più trattati nei CAN sono quelli relativi al travaglio, al parto e all'allattamento al seno con oltre il 90% di citazioni; quelli meno trattati sono la contraccezione, le vaccinazioni e la normativa. La trattazione di questi ultimi argomenti, con l'esclusione della normativa per le straniere, risulta comunque in aumento tra le due indagini. La partecipazione ad un CAN dovrebbe essere un'occasione importante per dare informazioni non solo sull'evento nascita ma anche su aspetti quali ad esempio la contraccezione da usare alla ripresa dei rapporti sessuali, argomento che ha una forte valenza preventiva (Tabella 17).

Tabella 17. Argomenti (%) trattati nei CAN

Argomenti trattati nei CAN	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1170)	2010-11 (n. 1295)	Totale (n. 2465)	2008-9 (n. 76)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 177)
Lavoro sul corpo	85,0	80,6	82,6	78,8	60,8	68,7
Tecniche di rilassamento	92,1	86,4	89,0	91,7	68,5	78,7
Informazioni su travaglio e parto	98,2	98,8	98,5	97,5	88,4	92,5
Informazioni su punti nascita disponibili	74,6	82,7	79,0	74,7	77,6	76,3
Informazioni su allattamento	95,3	96,8	96,1	92,5	93,3	93,0
Informazioni su contraccezione	57,5	70,6	64,6	63,5	85,9	76,2
Informazioni su cure neonatali	87,6	90,7	89,2	91,1	90,6	90,8
Informazioni sulle vaccinazioni	55,6	65,9	61,2	66,9	70,5	68,9
Informazioni sulla normativa	53,5	67,1	60,8	58,2	50,0	53,6
Informazioni sull'assistenza in puerperio	88,2	91,8	90,1	88,9	81,9	85,0

In generale, se gli argomenti sono stati trattati, la maggioranza delle donne, più dell'80%, li ha giudicati adeguatamente trattati. Per contraccezione, vaccinazioni e normativa, gli argomenti meno trattati, il giudizio di adeguatezza è dato con frequenza minore, dal 60-70% delle donne. Tendenzialmente, il giudizio di adeguatezza è dato con frequenza minore per i corsi organizzati

da ospedale/privati rispetto a quelli organizzati da CF. La percentuale di donne che hanno giudicato adeguatamente trattati almeno 7 dei 10 argomenti sono il 61,4% se il corso è stato organizzato da CF e il 39,9% se il corso è stato organizzato da ospedale/privati. Il giudizio di adeguatezza è migliorato tra le due indagini soprattutto per i corsi organizzati da CF. L'attività consultoriale riguardante l'offerta di CAN quindi, appare migliorata sia nel volume che nella qualità (Tabella 18).

Tabella 18. Argomenti (%) trattati e considerati adeguatamente trattati nei CAN per struttura organizzativa – donne italiane

Argomenti trattati nei CAN	CAN organizzati da CF			CAN organizzati da Ospedale/privati		
	2008-9	2010-11	totale	2008-9	2010-11	totale
Lavoro sul corpo	86,5	87,4	87,0	81,8	80,3	81,1
Tecniche di rilassamento	86,4	89,4	88,0	83,3	77,0	80,4
Informazioni su travaglio e parto	95,3	97,1	96,3	94,1	93,7	93,9
Informazioni su punti nascita disponibili	83,7	85,6	84,8	75,1	83,1	79,0
Informazioni su allattamento	92,1	92,9	92,6	89,2	89,5	89,3
Informazioni su contraccezione	65,5	73,1	70,1	64,2	73,2	69,0
Informazioni su cure neonatali	85,9	87,3	86,7	80,5	81,9	81,2
Informazioni sulle vaccinazioni	62,7	73,1	69,0	58,6	59,8	59,2
Informazioni sulla normativa	63,7	71,4	68,4	60,5	60,3	60,4
Informazioni sull'assistenza in puerperio	86,6	90,8	89,0	83,3	82,6	83,0
% che considera adeguatamente trattati almeno 7 argomenti	55,2	66,1	61,4	38,5	41,4	39,9

La quasi totalità, 96-97%, delle donne che ha frequentato un corso di accompagnamento alla nascita, indipendentemente dalla cittadinanza, lo consiglierebbe ad una amica (Tabella 19).

Tabella 19. Consiglierebbe ad un'amica di partecipare a un CAN (%) (donne che hanno partecipato ad un CAN nell'attuale gravidanza)

Risposte	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1170)	2010-11 (n. 1295)	Totale (n. 2465)	2008-9 (n. 76)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 177)
Sì	96,6	97,6	97,3	99,6	93,2	96,0
No	2,2	1,1	1,5	0,0	5,2	2,9
Non so	1,2	1,2	1,2	0,4	1,7	1,1

Con un modello logistico applicato alle primipare, sono stati valutati i fattori potenzialmente associati con la partecipazione ai CAN. Tra le italiane la partecipazione è significativamente più frequente per le donne con livello di istruzione elevato, che svolgono un'attività lavorativa, coniugate, di età più avanzata, seguite da CF o da ostetrica, residenti al Nord. Inoltre, a parità di altre caratteristiche, si rileva un significativo aumento di partecipazione tra la prima e la seconda indagine. Per le straniere, le associazioni hanno la stessa direzione per quanto si raggiunga la significatività statistica solo per i fattori età e stato occupazionale; altro fattore fortemente associato per le straniere è l'area di provenienza. Le donne africane sono quelle che frequentano di meno, mentre le sudamericane frequentano molto di più rispetto alle donne provenienti dall'Europa dell'Est (Tabella 20).

Tabella 20. Fattori associati con la partecipazione ai CAN – primipare

Variabili	Italiane (n. 3301)				Straniere (n. 381)			
	n.	% CAN	OR	IC 95%	n.	% CAN	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	779	36,9	1		142	32,4	1	
≥Media superiore	2463	66,3	2,45	2,00-2,99	231	42,4	1,07	0,55-2,06
Stato occupazionale								
Non occupate	831	41,5	1		202	32,5	1	
Occupate	2411	65,1	1,52	1,16-2,00	171	44,5	1,50	1,10-2,05
Stato civile								
Coniugate	2251	61,3	1		258	37,7	1	
Nubili/sep/div/ved	991	55,1	0,74	0,60-0,91	115	39,7	0,95	0,50-1,83
Età								
<30 anni	1167	48,5	1		258	29,3	1	
30-34 anni	1231	65,1	1,44	1,21-1,71	81	52,7	2,39	0,83-6,87
>34 anni	841	65,4	1,51	1,07-2,15	34	64,3	4,47	1,71-11,73
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	2829	57,3	1		173	40,3	1	
CF/ostetrica	411	72,4	2,19	1,40-3,41	199	37,3	1,21	0,53-2,74
Ripartizione geografica								
Nord	790	74,8	1		165	46,9	1	
Centro	865	72,9	0,88	0,53-1,45	157	32,4	0,48	0,21-1,05
Sud/isole	1587	44,7	0,33	0,23-0,46	51	31,7	0,47	0,21-1,03
Anno di indagine								
2008-9	1653	55,1	1		181	35,8	1	
2010-11	1589	63,4	1,44	1,15-1,81	192	41,0	1,47	0,63-3,45
Area di provenienza								
Est Europa					235	37,7	1	
Asia					47	37,9	1,35	0,73-2,48
Africa					44	25,0	0,41	0,21-0,79
Centro/Sud America					46	56,4	2,30	1,22-4,35

Acido folico

L'assunzione di acido folico in periodo periconcezionale, cioè da 1-2 mesi prima del concepimento e per tutto il primo trimestre di gravidanza, viene raccomandato alle donne che programmano una gravidanza o che non ne escludono attivamente la possibilità (4), date le evidenze scientifiche che lo associano ad una riduzione del rischio di importanti malformazioni congenite. In Italia, la diffusione capillare di raccomandazioni e di informazioni su questa vitamina è iniziata dopo il 2000 e infatti, solo pochi anni fa, la prevalenza di assunzione di acido folico in periodo periconcezionale era stimata essere circa il 4%.

Nell'indagine ISS sul percorso nascita delle straniere del 2009 (2), siamo arrivati a stime di prevalenza del 22,1% per le italiane e del 6,4% per le straniere. Una stima corretta della prevalenza dovrebbe basarsi sul numero di gravidanze programmate; noi non abbiamo questo dato, ma possiamo contare su una stima approssimativa ricavata dai risultati della stessa indagine ISS sopra citata che ci dice che circa il 70-80% di tutte le gravidanze sono programmate o comunque non escluse. C'è da attendersi per il futuro, quindi, una evoluzione del fenomeno e un ulteriore aumento delle prevalenze di assunzione di acido folico.

I risultati di questo studio mostrano prevalenze di assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale del 23,2% tra le italiane e dell'8,6% tra le straniere.

Questo dato mostra un miglioramento per le italiane che passano dal 20,9% al 25,4% nelle due indagini, mentre non emergono differenze per le straniere, dal 9,1% all'8,2%. Per le straniere si registra, invece, un aumento dell'assunzione di acido folico in gravidanza, dal 54,1% al 71,1% (Tabella 21).

Tabella 21. Assunzione (%) di acido folico in occasione della gravidanza

Assunzione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
In periodo periconcezionale	20,9	25,4	23,2	9,1	8,2	8,6
A gravidanza iniziata	73,7	70,3	72,0	54,1	71,1	62,6
Nessuna	5,4	4,3	4,8	36,8	20,7	28,7

Tra le italiane l'assunzione di acido folico in periodo periconcezionale è significativamente più frequente per le donne con livello di istruzione elevato, che svolgono un'attività lavorativa, coniugate, primipare, di età più avanzata, ed è inoltre più frequente nella seconda indagine rispetto alla prima. Per le straniere si hanno le stesse tendenze, anche se non sempre si raggiunge la significatività statistica, con l'eccezione della ripartizione geografica, che, al contrario delle italiane, mostra un odds ratio non significativo maggiore di 1 nelle regioni del Centro-Sud, e dell'anno di indagine con un odds ratio non significativo minore di 1 nel 2010-2011. Le donne africane si distinguono per la bassa assunzione di acido folico, mostrando un odds ratio di molto inferiore a 1 rispetto alle donne dell'Europa dell'Est (Tabella 22).

La minore assunzione di acido folico tra le donne pluripare merita qualche considerazione. La maggioranza delle donne che hanno più figli, infatti, è probabilmente già venuta in contatto con questa vitamina, considerando che la diffusione delle informazioni, come già sottolineato, è in atto da più di 10 anni e che le stime attuali di assunzione di acido folico in gravidanza sono intorno al 95% (2).

Una possibile interpretazione del risultato ottenuto è che, anche se l'acido folico viene prescritto in gravidanza, non venga contestualmente data una corretta informazione sulla sua utilità e sulle corrette modalità di assunzione alle donne che non escludono una eventuale successiva gravidanza.

D'altra parte è anche possibile che le donne senza figli, più giovani, abbiano una maggiore predisposizione alla ricerca autonoma di informazioni anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche per la comunicazione.

L'ISS sta proseguendo un'attività di approfondimento di alcuni argomenti specifici legati al percorso nascita, uno dei quali è appunto l'assunzione di acido folico, seguendo alcune indagini pilota oggetto di tesi sperimentali di laurea.

Da questi approfondimenti, oggetto di comunicazioni a congressi (12), emerge come l'assunzione corretta di acido folico sia associata alle informazioni ricevute e come sia scarsa l'informazione specifica sulla modalità corretta di assunzione fornita da chi assiste la gravidanza.

Tabella 22. Fattori associati con l'assunzione di acido folico in periodo periconcezionale

Variabili	Italiane (n. 6290)				Straniere (n. 765)			
	n.	% folico	OR	IC 95%	n.	% folico	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1705	15,9	1		331	5,5	1	
≥Media superiore	4484	25,9	1,37	1,10-1,70	422	11,3	1,95	0,87-4,38
Stato occupazionale								
Non occupate	1926	15,9	1		431	6,8	1	
Occupate	4263	26,2	1,34	1,09-1,65	322	10,6	1,43	1,00-2,05
Stato civile								
Coniugate	4768	24,9	1		552	9,9	1	
Nubili/sep/div/ved	1421	17,6	0,60	0,48-0,76	201	5,7	0,48	0,25-0,90
Parità								
Primipare	3249	26,9	1		377	10,3	1	
Pluripare	2828	18,9	0,51	0,44-0,59	364	6,7	0,64	0,28-1,44
Età								
<30 anni	1688	14,9	1		441	7,5	1	
30-34 anni	2325	23,5	1,61	1,28-2,03	194	9,0	1,29	0,55-3,04
>34 anni	2170	29,3	2,47	1,93-3,15	118	12,2	1,51	0,39-5,79
Ripartizione geografica								
Nord	1487	27,5	1		323	6,0	1	
Centro	1603	25,7	0,90	0,47-1,72	320	10,7	1,98	0,80-4,94
Sud/isole	3099	19,9	0,75	0,48-1,17	110	9,3	2,03	0,63-6,58
Anno di indagine								
2008-9	3165	20,9	1		366	9,1	1	
2010-11	3024	25,3	1,30	1,06-1,59	387	8,2	0,84	0,53-1,35
Area di provenienza								
Est Europa					432	11,4	1	
Asia					116	8,2	0,89	0,63-1,26
Africa					126	0,8	0,08	0,01-0,60
Centro/Sud America					76	8,4	0,75	0,23-2,45

Assistenza ospedaliera

Più del 90% delle donne ha partorito tra la 37^a e la 41^a settimana di gestazione. Circa il 6% ha partorito prima della 37^a settimana e circa il 2-3% oltre la 41^a settimana. Non si rilevano differenze sostanziali tra le due indagini o per cittadinanza (Tabella 23).

Tabella 23. Settimana gestazionale (%) al momento del parto

Settimane gestazionali	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
≤ 36	5,9	5,9	5,9	6,9	3,7	5,3
37-41	91,9	91,5	91,7	90,2	94,2	92,2
≥42	2,2	2,6	2,4	2,9	2,1	2,5

L'indicatore più eclatante e indicativo della eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita in Italia è la percentuale di parti con Taglio Cesareo (TC) che risulta essere la più elevata in Europa, dove varia dal 14-15% nei Paesi Bassi e in Slovenia al 38% in Italia (13).

Il TC rappresenta una pratica chirurgica salvavita importantissima nelle gravidanze a rischio (si stimano in circa il 15% i tagli cesarei appropriati), ma è inappropriata nelle gravidanze fisiologiche senza indicazioni cliniche che giustifichino questo tipo di intervento, tenendo conto che aumentano i rischi per la madre (14), che non ci sono evidenze che migliorino gli esiti neonatali (15, 16), che le donne indicano a grande maggioranza di preferire il parto spontaneo (17), e che maggiori costi economici e organizzativi si riversano sul sistema sanitario.

Su questo tema scottante, così come sulla gravidanza fisiologia, sono state recentemente prodotte linee guida come richiesto specificamente nel piano sul percorso nascita e sulla riduzione del TC approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel gennaio 2011 (18).

Per il 64,5% delle donne italiane il parto è stato spontaneo, il 15,0% ha partorito con TC urgente e il 20,5% con TC elettivo. Per le straniere i parti spontanei sono stati il 72,0%, il 14,3% e il 13,7% sono stati TC urgenti ed elettivi rispettivamente. La minore frequenza di parti con TC tra le straniere potrebbe essere effetto solo di confondimento dovuto all'età, essendo più giovani delle italiane, e all'area geografica, essendo le straniere poco presenti nelle regioni del Sud dove come è noto si effettuano molti più TC che nel Centro-Nord. Tra la prima e la seconda indagine si rileva per le straniere una riduzione dei parti spontanei e un aumento dei TC elettivi (Tabella 24).

Tabella 24. Tipo di parto (%)

Modalità parto	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Parto spontaneo	62,4	62,2	62,3	71,0	66,6	68,8
Parto operativo (forcipe/ventosa)	2,7	1,7	2,2	3,0	3,3	3,2
<i>Totale parto spontaneo</i>	<i>65,1</i>	<i>63,9</i>	<i>64,5</i>	<i>74,0</i>	<i>69,9</i>	<i>72,0</i>
TC urgente	14,6	15,4	15,0	15,5	13,2	14,3
TC elettivo	20,3	20,7	20,5	10,5	16,9	13,7
<i>Totale TC</i>	<i>34,9</i>	<i>36,1</i>	<i>35,5</i>	<i>26,0</i>	<i>30,1</i>	<i>28,0</i>

Dal modello logistico per analizzare i fattori associati con il tipo di parto sono state escluse le donne con precedente TC.

Tra le italiane il parto con TC è significativamente più frequente per le donne di età più avanzata, primipare, non seguite da CF/ostetrica, che non hanno partecipato ad un CAN, che hanno avuto problemi di salute in gravidanza e residenti nelle regioni del Sud. Per le straniere si hanno le stesse tendenze delle italiane per quanto riguarda le variabili di tipo socio-demografico. Risalta l'effetto del tipo di assistenza e della partecipazione ai CAN che, nelle straniere scompare del tutto. Il parto con TC sembra essere più probabile per le donne sudamericane rispetto alle donne dell'Est Europa, anche se non si raggiunge la significatività (Tabella 25).

Tabella 25. Fattori associati con il tipo di parto (escluse le pluripare con precedente TC)

Variabili	Italiane (n. 5260)				Straniere (n. 673)			
	n.	% TC	OR	IC 95%	n.	% TC	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1393	26,0	1		296	16,0	1	
≥Media superiore	3867	25,5	1,03	0,80-1,33	377	26,6	1,22	0,68-2,17
Stato occupazionale								
Non occupate	1543	25,6	1		379	23,0	1	
Occupate	3717	25,6	0,94	0,73-1,22	294	20,3	0,76	0,53-1,09
Partecipazione CAN								
No	2283	30,4	1		468	18,5	1	
Si	2959	22,0	0,59	0,49-0,70	200	28,4	0,90	0,64-1,3
Parità								
Primipare	3214	34,6	1		370	30,7	1	
Pluripare	1937	10,4	0,17	0,14-0,20	292	11,0	0,19	0,12-0,31
Età								
<30 anni	1534	24,5	1		400	15,8	1	
30-34 anni	1977	23,7	1,35	1,15-1,59	171	27,7	3,08	2,11-4,52
>34 anni	1743	28,9	2,32	1,83-2,94	102	33,1	4,74	2,35-9,54
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4550	27,0	1		297	24,4	1	
CF/ostetrica	704	17,3	0,69	0,56-0,86	374	20,0	1,10	0,74-1,63
Problemi di salute in gravidanza								
No	3529	22,4	1		495	20,3	1	
Si	1723	32,5	1,58	1,32-1,90	177	25,5	1,27	0,81-2,01
Ripartizione geografica								
Nord	1316	22,8	1		287	25,0	1	
Centro	1429	18,6	0,74	0,54-1,01	293	16,2	0,69	0,34-1,40
Sud/isole	2515	31,3	1,32	1,12-1,56	93	33,8	1,96	0,74-5,18
Anno di indagine								
2008-2009	2686	25,6	1		326	21,2	1	
2010-2011	2574	25,7	1,07	0,90-1,27	347	22,2	1,14	0,79-1,63
Area di provenienza								
Est Europa					396	21,3	1	
Asia					106	15,2	1,15	0,45-2,95
Africa					104	24,4	1,44	0,70-2,96
Centro/Sud America					64	39,5	1,85	0,91-3,77

Nella Figura 1 sono state riportate le distribuzioni cumulative della settimana gestazionale per tipo di parto per tutte le donne intervistate. Il grafico permette di leggere sull'asse delle ordinate, per ciascuna settimana gestazionale riportata in ascissa, la percentuale cumulativa di parti effettuati fino a quella settimana. Si rileva ad esempio che entro le 38 settimane gestazionali, si sono verificati circa il 20% dei parti spontanei, circa il 40% dei TC urgenti e circa il 60% dei TC elettivi.

Questo grafico mette in evidenza una criticità e cioè che il TC elettivo tende ad essere effettuato in settimana gestazionale troppo precoce, considerando che, in assenza di particolari condizioni cliniche, si raccomanda di programmare il TC non prima della 39^a settimana per evitare complicazioni al bambino.

Tra le pluripare, le donne che hanno avuto un precedente TC sono il 32,8% delle italiane e il 21,2% delle straniere. La prevalenza di donne con precedente TC mostra un aumento tra le due indagini, per entrambe le cittadinanze (Tabella 26).

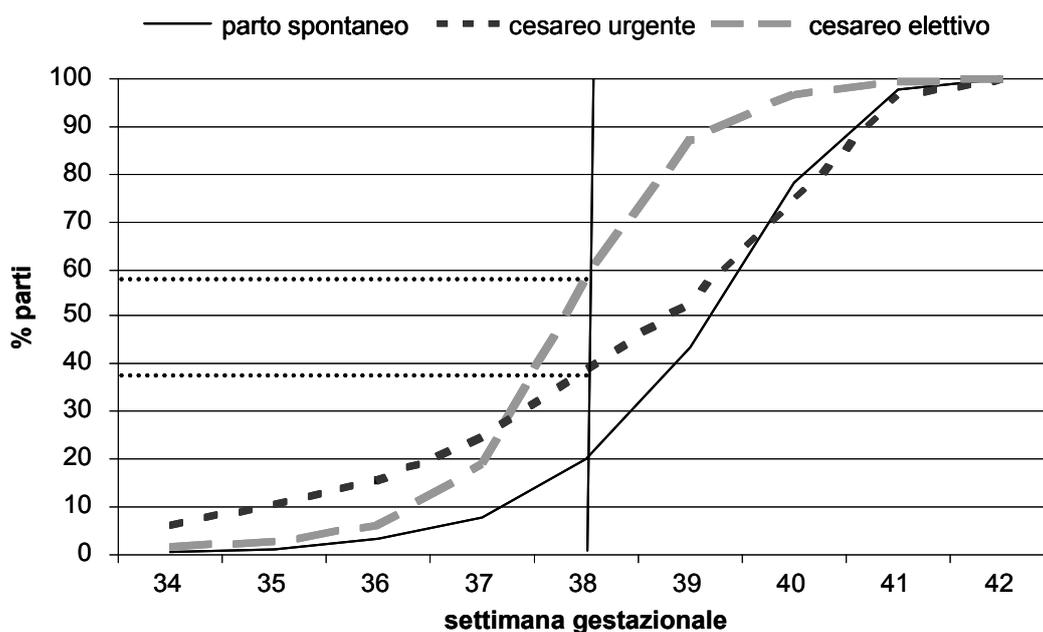


Figura. 1. Distribuzione cumulativa della settimana gestazionale per tipo di parto

Tabella 26. Modalità (%) di parto effettuato nella precedente gravidanza – pluripare

Modalità del parto	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1449)	2010-11 (n. 1379)	Totale (n. 2828)	2008-9 (n. 177)	2010-11 (n. 187)	Totale (n. 364)
Spontaneo	68,7	66,0	67,3	82,1	75,7	78,8
TC	31,3	34,0	32,8	18,0	24,3	21,2

Potendo scegliere, hanno dichiarato di preferire il parto spontaneo il 94,7% delle primipare italiane che hanno partorito effettivamente con il parto spontaneo e il 78,1% delle primipare che, invece, hanno partorito con TC; per le straniere le percentuali di preferenza per lo spontaneo sono simili, 94,5% e 78,2% rispettivamente (Tabella 27).

La preferenza per il parto spontaneo è stata dichiarata dal 96,0% delle pluripare italiane che hanno avuto 2 parti spontanei, dal 59,3% di coloro che hanno avuto 2 TC, dal 91,8% di coloro che hanno avuto il precedente parto con TC e l'attuale spontaneo e dall'82,2% delle donne con attuale TC e precedente spontaneo. Tra le due indagini la preferenza per lo spontaneo tende ad aumentare in particolare per le italiane. Il 19,4% delle donne italiane e il 12,8% delle donne straniere che hanno partorito con lo spontaneo ha dichiarato che il travaglio è stato indotto. Solo per le straniere l'induzione del travaglio sembra essere diminuita tra le due indagini. L'episiotomia è stata praticata al 43,6% delle italiane e al 45,6% delle straniere che hanno partorito con lo spontaneo. Si rileva per questa pratica una diminuzione tra la prima e la seconda indagine per entrambe le cittadinanze (Tabella 28).

Tabella 27. Preferenza (%) dichiarata per il parto spontaneo per modalità di parto attuale/precedente effettuato

Tipo di parto effettuato			Italiane			Straniere		
			2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Primipare								
	Spontaneo		93,5	96,0	94,7	95,2	93,9	94,5
	Cesareo		78,0	78,2	78,1	70,6	84,1	78,2
Pluripare	Parto attuale	Parto precedente						
	Spontaneo	Spontaneo	95,8	96,3	96,0	98,4	94,8	96,7
	Spontaneo	Cesareo	88,3	96,4	91,8	100	100	100
	Cesareo	Spontaneo	75,7	88,9	82,2	98,1	88,7	92,7
	Cesareo	Cesareo	56,1	62,0	59,3	23,2	41,5	34,6

Tabella 28. Insorgenza (%) travaglio ed episiotomia – parti spontanei

Interventi praticati	Italiane			Straniere			
	2008-9 (n. 2030)	2010-11 (n. 1951)	Totale (n. 3981)	2008-9 (n. 258)	2010-11 (n. 272)	Totale (n. 530)	
Insorgenza travaglio (%)							
	Insorto spontaneamente	81,7	79,6	80,6	84,2	90,5	87,3
	Indotto	18,3	20,4	19,4	15,8	9,5	12,8
Episiotomia (%)							
	Sì	45,5	41,7	43,6	54,4	36,3	45,6
	No	53,4	56,7	55,1	43,0	62,2	52,3
	Non so	1,2	1,6	1,4	2,6	1,5	2,1

È stata praticata l'anestesia epidurale al 16,9% delle italiane e al 4,9% delle straniere che hanno partorito con parto spontaneo, con una tendenza all'aumento tra le due indagini per entrambe le cittadinanze. Se consideriamo solo i parti con TC, si rileva un uso prevalente di anestesia spinale, 61,7% nelle italiane e 60,6% nelle straniere, seguita dalla epidurale, 28,8% e 25,9% italiane e straniere rispettivamente. Si rileva inoltre una tendenza alla riduzione dell'uso dell'epidurale in favore della spinale tra le due indagini (Tabella 29).

Tabella 29. Tipo di anestesia somministrata (%)

Tipo di anestesia	Parti spontanei					
	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2030)	2010-11 (n. 1951)	Totale (n. 3981)	2008-9 (n. 258)	2010-11 (n. 272)	Totale (n. 530)
Locale	41,6	40,7	41,2	32,2	49,3	40,3
Generale	0,3	0,7	0,5	0,2	0	0,1
Epidurale	14,0	19,7	16,9	3,3	6,6	4,9
Spinale	0,6	0,8	0,7	0	0,6	0,3
Non specificata	0,8	0,3	0,5	7,4	1,8	4,8
No	42,7	37,8	40,2	56,8	41,7	49,7

segue

continua

Tipo di anestesia	Parti con TC					
	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1131)	2010-11 (n. 1073)	Totale (n. 2204)	2008-9 (n. 103)	2010-11 (n. 115)	Totale (n. 218)
Locale	1,1	2,1	1,6	0,0	4,8	2,6
Generale	5,3	5,6	5,5	9,3	2,6	5,7
Epidurale	35,2	22,8	28,8	27,9	24,1	25,9
Spinale	55,2	67,6	61,7	59,5	61,5	60,6
Non specificata	2,7	1,8	2,2	3,3	7,0	5,3
No						

La ragione principale del ricorso al TC è, per le donne italiane, l'aver avuto un precedente TC, 31,4%; per le straniere le ragioni principali sono la sofferenza del bambino, 24,1%, e il precedente TC, 23,3%. Appare particolarmente elevata la percentuale di donne che dichiara altre ragioni da quelle specificate in tabella, 28,3% delle italiane e 20,9% delle straniere (Tabella 30).

Tabella 30. Motivi (%) che hanno determinato il ricorso al TC

Causa del ricorso al TC	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1131)	2010-11 (n. 1073)	Totale (n. 2204)	2008-9 (n. 103)	2010-11 (n. 115)	Totale (n. 218)
Sofferenza fetale	13,9	16,7	15,3	25,0	23,4	24,1
Malposizionamento fetale	14,6	11,5	13,0	19,7	21,6	20,7
Macrosomia	3,1	3,2	3,1	3,8	4,6	4,2
Sofferenza materna	8,0	8,0	8,0	5,5	5,0	5,2
Pregresso TC	31,0	31,9	31,4	20,6	25,7	23,3
Altre cause	28,2	28,4	28,3	22,7	19,5	20,9
Non so	1,4	0,4	0,9	2,8	0,3	1,4

La relazione avuta con il personale che ha assistito durante il travaglio/parto è stata giudicata soddisfacente o molto soddisfacente dalla grande maggioranza delle donne e per tutte le figure professionali (>92%). Soprattutto le italiane, ma anche le straniere, tendono comunque a dare una valutazione più positiva sulla relazione avuta con il personale ostetrico (Tabella 31).

L'85,7% delle italiane e l'88,2% delle straniere dichiara di essere stata aiutata a mettere in pratica quanto appreso durante il CAN dal personale che ha seguito il travaglio e il parto.

Complessivamente l'esperienza del parto è stata giudicata buona/ottima dall'82,4% delle italiane e dall'83,9% delle straniere senza grosse variazioni tra le due indagini (Tabella 32).

Il giudizio dato dalle donne sull'esperienza del parto risulta associato con il tipo di parto e l'anestesia. In particolare, due aspetti risaltano di questa associazione: il primo è che un giudizio positivo è dato con minore frequenza se il parto è avvenuto con TC o se è stato un parto operativo rispetto ai parti spontanei con o senza anestesia; il secondo è che tra i parti spontanei non migliora il giudizio se è stata praticata l'anestesia epidurale (Tabella 33).

Tabella 31. Giudizio (%) della donna sulla assistenza sanitaria ricevuta durante il travaglio e il parto per personale sanitario

Giudizio della donna	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 735)
Personale ostetrico						
Soddisfacente	95,8	96,8	96,3	96,1	91,1	93,7
Non soddisfacente	4,2	3,2	3,7	3,9	8,9	6,3
Personale infermieristico						
Soddisfacente	91,9	92,5	92,2	94,4	90,0	92,3
Non soddisfacente	8,1	7,5	7,8	5,6	10,0	7,7
Personale medico						
Soddisfacente	92,8	94,3	93,6	95,2	91,0	93,1
Non soddisfacente	7,2	5,7	6,4	4,8	9,0	6,9

Tabella 32. Giudizio(%) delle donne sull'esperienza del parto

Giudizio della donna	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 735)
Ottima	45,6	49,7	47,7	43,5	43,3	43,4
Buona	35,6	33,9	34,7	41,5	39,6	40,5
Soddisfacente	13,7	11,7	12,7	10,2	14,1	12,2
Insoddisfacente	3,1	3,5	3,3	3,8	2,2	3,0
Pessima	2,1	1,2	1,6	1,0	0,8	0,9

Tabella 33. Esperienza del parto giudicata ottima (%) per tipo di parto/anestesia e cittadinanza

Cittadinanza	Spontaneo senza anestesia	Spontaneo con anestesia locale	Spontaneo con epidurale	Operativo	TC urgente	TC elettivo
Italiane	56,5	54,1	52,4	36,5	30,7	39,7
Straniere	52,4	44,0	50,6	32,6	24,0	37,6

Anche per quanto riguarda il dolore percepito a 24 ore dal parto, si rileva una associazione con il tipo di parto/anestesia. Circa l'8-9% delle donne, italiane e straniere, che hanno partorito con parto spontaneo senza anestesia, ha dichiarato di percepire un dolore terribile/atroce; le percentuali salgono al 14,2% e al 27,3% per italiane e straniere rispettivamente, se il parto spontaneo è stato effettuato con anestesia epidurale; e arrivano al 21,4% e 34,0% rispettivamente per italiane e straniere se il parto è avvenuto con TC elettivo (Tabella 34).

In Tabella 35 sono riportati gli indicatori ospedalieri post-parto relativi alle pratiche considerate come favorevoli all'allattamento al seno e cioè il contatto pelle-pelle, il rooming-in e l'attaccamento al seno entro 2 ore dal parto. Tra le italiane queste pratiche sono state citate dal 68,7%, 53,7% e 56,8% delle donne rispettivamente; per le straniere i corrispondenti valori sono: 76,7%, 75,5% e 62,2%. Non si rilevano differenze tra le due indagini tranne che per il rooming-in tra le straniere che si è ridotto dal 79,8% al 71,3%.

Tabella 34. Percezione del dolore (%) come terribile/atroce a distanza di 24H dal parto per tipo di parto

Cittadinanza	Spontaneo senza anestesia	Spontaneo con anestesia locale	Spontaneo con epidurale	Operativo	TC urgente	TC elettivo
Italiane	9,3	12,1	14,2	16,1	19,9	21,4
Straniere	8,4	14,9	27,3	10,6	20,3	34,0

Tabella 35. Indicatori ospedalieri post-parto (%)

Variabili ospedaliere	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Contatto pelle-pelle						
Si	69,8	67,6	68,7	76,4	77,0	76,7
Rooming-in 24 ore						
Si	54,0	53,3	53,7	79,8	71,3	75,5
Allattamento entro 2 ore dal parto						
Si	56,9	56,7	56,8	63,6	60,9	62,2

Assistenza nel puerperio

Nelle prime settimane dopo il parto è stata offerta una visita domiciliare dal centro nascita al 32,6% delle donne italiane e al 37,5% delle straniere; dal CF al 61,5% delle italiane e al 65,6% delle straniere. Tra le due indagini si rileva un aumento dell'offerta da parte del CF. Complessivamente, indipendentemente dalla struttura, almeno una visita in puerperio è stata proposta al 66,9% delle italiane e al 71,4% delle straniere (Tabella 36).

Tabella 36. Offerta di visita domiciliare (%) per tipo di servizio

Offerta di una visita domiciliare	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Da parte del centro nascita	31,1	33,9	32,6	37,9	37,1	37,5
Da parte del CF	54,5	67,9	61,5	52,9	77,4	65,6
<i>Almeno una visita da centro nascita o da CF</i>	61,2	72,2	66,9	60,3	82,3	71,4

Se una visita domiciliare è stata offerta, è stata accettata dal 61,3% delle italiane e dal 65,5% delle straniere. I livelli di accettazione sono maggiori se la visita viene offerta dal centro nascita. Se la visita è stata accettata, è stata effettuata l'osservazione della poppata e/o il counselling sull'allattamento al seno al 75,9% delle italiane e al 77,6% delle straniere (Tabella 37).

Tabella 37. Accettazione della visita domiciliare (%) offerta dal centro nascita o dal CF e conseguente osservazione della poppata e/o counselling sull'allattamento

Accettazione della visita domiciliare	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1716)	2010-11 (n. 1990)	Totale (n. 3706)	2008-9 (n. 167)	2010-11 (n. 246)	Totale (n. 413)
Offerta dal centro nascita	68,4	63,1	65,5	68,9	73,9	71,5
Offerta dal CF	59,0	55,9	57,2	68,3	58,2	62,1
Offerta da centro nascita e/o CF	64,0	59,2	61,3	71,4	61,3	65,5
<i>conseguente osservazione poppata e/o counselling allattamento</i>	77,3	74,8	75,9	84,6	72,2	77,6

I fattori che aumentano in modo significativo la probabilità di offerta di una visita domiciliare sono: l'istruzione bassa, la giovane età, l'insorgenza di problemi in gravidanza, essere seguita da CF/ostetrica, la partecipazione ai CAN e la residenza nel Nord Italia; tra le straniere i fattori significativi sono: essere seguita da CF/ostetrica e aver partecipato ai CAN. Si rileva inoltre per entrambe le cittadinanze un aumento dell'offerta di visite domiciliari tra la prima e la seconda indagine (Tabella 38).

I fattori che aumentano in modo significativo la probabilità di accettare una visita domiciliare per le donne italiane sono: essere primipara, essere seguita da CF/ostetrica e aver partecipato ad un CAN. Per le straniere l'unico fattore significativamente associato è l'area geografica di residenza, con una minore probabilità di accettazione per chi risiede al Sud; inoltre, pur non raggiungendo la significatività, si evidenzia comunque una minore propensione all'accettazione della visita da parte delle donne asiatiche (Tabella 39).

Tra le italiane i problemi più frequentemente insorti al rientro a casa sono stati quelli legati all'allattamento, 33,4%, al dolore ai punti di sutura, 27,5%, e poi all'organizzazione della casa e della vita familiare (rispettivamente 24,7% e 18,3%). Problemi di incontinenza urinaria sono stati indicati dall'8,3% delle donne. In generale le straniere dichiarano meno problemi rispetto alle italiane, per le quali si rileva comunque una riduzione nelle frequenze tra la prima e la seconda indagine (Tabella 40).

Nelle prime settimane dopo il parto si sono rivolte spontaneamente ai servizi sociosanitari il 43,2% delle italiane e il 55,6% delle straniere, in particolare al CF il 27,9% delle italiane e il 40,4% delle straniere. Tra le due indagini si è ridotta la quota di donne italiane e straniere che ha dichiarato di non sapere dove andare (Tabella 41).

L'85,6% delle italiane e l'82,1% delle straniere ha iscritto il bambino al pediatra di libera scelta entro 15 giorni dalla nascita; per le straniere si rileva un miglioramento tra la prima e la seconda indagine. Al momento dell'intervista, cioè a 3 mesi dal parto, risultano non aver ancora effettuata l'iscrizione l'1,8% delle italiane e il 4,2% delle straniere (Tabella 42).

Tabella 38. Fattori associati con l'offerta di una visita domiciliare

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% offerta visita	OR	IC 95%	n.	% offerta visita	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1417	66,8	1		238	73,0	1	
≥Media superiore	3872	67,0	0,80	0,66-0,98	330	70,3	0,71	0,31-1,61
Stato occupazionale								
Non occupate	1607	64,3	1		320	74,5	1	
Occupate	3682	68,0	0,99	0,81-1,20	248	68,4	0,82	0,53-1,27
Età								
<30 anni	1417	69,2	1		327	69,8	1	
30-34 anni	1994	65,3	0,76	0,61-0,93	150	71,6	1,21	0,61-2,39
>34 anni	1874	66,9	0,82	0,62-1,08	91	77,4	1,56	0,66-3,69
Parità								
Primipare	2810	68,0	1		296	72,4	1	
Pluripare	2390	65,4	0,98	0,75-1,28	264	70,5	1,13	0,77-1,68
Problemi di salute in gravidanza								
No	3508	66,2	1		408	71,0	1	
Si	1773	68,4	1,21	0,99-1,49	159	72,8	0,97	0,56-1,68
Tipo parto								
Spontaneo	3428	69,2	1		413	70,0	1	
TC	1859	62,6	0,85	0,70-1,04	154	75,6	1,45	0,75-2,78
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4600	65,1	1		262	60,5	1	
CF/ostetrica	684	78,6	1,73	1,18-2,55	306	80,0	2,51	1,69-3,72
Partecipazione CAN								
No	2357	57,6	1		391	66,5	1	
Si	2912	74,2	1,93	1,59-2,35	174	83,2	2,46	1,61-3,77
Ripartizione geografica								
Nord	1234	81,1	1		228	82,1	1	
Centro	1423	67,7	0,47	0,16-1,41	252	65,0	0,34	0,10-1,17
Sud/isole	2632	60,6	0,41	0,18-0,97	88	66,6	0,42	0,15-1,12
Anno di indagine								
2008-9	2690	61,2	1		271	60,3	1	
2010-11	2599	72,2	1,75	1,04-2,96	297	82,5	3,13	0,59-16,5
Area di provenienza								
Est Europa					343	73,6	1	
Asia					83	59,9	0,62	0,21-1,82
Africa					75	81,0	1,08	0,66-1,75
Centro/Sud America					64	76,3	0,77	0,39-1,49

Tabella 39. Fattori associati con l'accettazione di una visita domiciliare

Variabili	Italiane				Straniere			
	N	% visita accettata	OR	IC 95%	N	% visita accettata	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1008	53,7	1		185	61,3	1	
≥Media superiore	2799	63,9	1,10	0,86-1,41	246	69,6	0,75	0,38-1,48
Stato occupazionale								
Non occupate	1119	54,6	1		250	65,9	1	
Occupate	2688	63,9	0,94	0,70-1,27	181	65,4	0,91	0,50-1,66
Età								
<30 anni	1041	59,9	1		247	63,1	1	
30-34 anni	1425	61,2	0,98	0,84-1,15	112	70,4	1,29	0,72-2,32
>34 anni	1338	62,8	1,11	0,93-1,33	72	65,8	1,17	0,67-2,04
Parità								
Primipare	2085	66,7	1		232	67,7	1	
Pluripare	1657	54,1	0,65	0,55-0,76	193	62,6	0,77	0,45-1,32
Problemi di salute in gravidanza								
No	2496	61,5	1		307	65,7	1	
Sì	1305	60,9	1,04	0,86-1,27	123	65,9	0,75	0,47-1,20
Tipo parto								
Spontaneo	2531	63,0	1		308	64,7	1	
TC	1274	57,9	0,91	0,78-1,07	122	69,5	1,14	0,57-2,26
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	3246	59,5	1		179	67,5	1	
CF/ostetrica	558	70,4	1,55	1,09-2,21	252	64,6	0,99	0,54-1,80
Partecipazione CAN								
No	1513	48,7	1		281	61,8	1	
Sì	2278	69,1	1,78	1,33-2,39	148	72,5	1,52	0,94-2,44
Ripartizione geografica								
Nord	1016	77,9	1		192	81,8	1	
Centro	1068	62,6	0,52	0,12-2,23	178	55,8	0,37	0,07-2,01
Sud/isole	1723	51,1	0,37	0,12-1,09	61	46,4	0,18	0,03-0,94
Anno di indagine								
2008-9	1792	64,0	1		183	71,4	1	
2010-11	2015	59,2	0,87	0,62-1,22	248	61,6	0,97	0,45-2,07
Area di provenienza								
Est Europa					266	67,8	1	
Asia					51	46,4	0,52	0,26-1,03
Africa					61	75,1	1,42	0,76-2,65
Centro/Sud America					50	79,5	1,74	0,56-5,47

Tabella 40. Problemi insorti (%) nel periodo successivo al rientro a casa

Problemi insorti al rientro a casa	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Dolore ai punti di sutura	29,6	25,6	27,5	25,9	24,9	25,4
Problemi con l'allattamento	34,7	32,2	33,4	22,7	26,2	24,4
Incontinenza urinaria	9,4	7,2	8,3	6,1	3,9	5,0
Problemi nell'accudimento del bambino	8,3	7,7	8,0	10,3	8,8	9,5
Problemi di organizzazione della casa	26,3	23,1	24,7	17,2	20,3	18,8
Problemi di organizzazione della vita familiare	19,7	17,0	18,3	14,9	14,9	14,9
Problemi nella relazione con il partner	8,2	6,0	7,0	6,7	4,2	5,4

Tabella 41. Ricorso spontaneo ai servizi socio-sanitari (%) nelle prime settimane dopo il parto

Ricorso ai servizi socio-sanitari	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Sì, CF	27,8	28,1	27,9	41,1	39,7	40,4
Sì, ospedale	11,1	8,9	10,0	13,2	12,5	12,9
Sì, altra struttura	6,3	4,3	5,3	2,0	2,6	2,3
<i>Totale</i>	<i>45,2</i>	<i>41,3</i>	<i>43,2</i>	<i>56,3</i>	<i>54,8</i>	<i>55,6</i>
No, non sapeva dove andare	9,4	6,5	7,9	7,5	3,3	5,4
No, non sapeva della loro disponibilità	45,4	52,2	48,9	36,2	41,8	39,0

Tabella 42. Momento dell'iscrizione del neonato al pediatra di libera scelta (%)

Momento dell'iscrizione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Non ancora iscritto	1,7	1,8	1,8	4,5	4,0	4,2
Entro 7 giorni dalla nascita	66,7	69,0	67,9	54,5	73,3	63,9
Entro 14 giorni dalla nascita	18,2	17,2	17,7	24,0	12,3	18,2
Entro 21 giorni dalla nascita	4,9	4,7	4,8	7,9	2,9	5,4
Entro un mese dalla nascita	5,4	4,3	4,8	6,9	5,5	6,2
Oltre un mese dalla nascita	3,1	3,0	3,0	2,2	2,0	2,1

Contracezione

Sono state fornite informazioni sulla contraccezione da adottare nei mesi successivi al parto al 59,1% delle donne italiane e al 62,7% delle donne straniere. Nella seconda indagine le donne appaiono più informate (Tabella 43).

Alla ripresa dei rapporti sessuali, ha scelto di utilizzare un metodo di procreazione responsabile il 72,4% delle italiane e il 71,1% delle straniere. Si rileva una leggera riduzione delle donne che scelgono di utilizzare un metodo di contraccezione tra la prima e la seconda indagine.

Tabella 43. Informazioni sulla contraccezione ricevute (%) durante la gravidanza e scelta contraccettiva nei mesi successivi al parto

Informazioni e scelta contraccettiva	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Ha ricevuto informazioni sulla contraccezione	55,2	62,7	59,1	53,5	72,0	62,7
Ha scelto di utilizzare un metodo di procreazione consapevole per evitare la gravidanza:						
<i>No, è contraria</i>	17,0	17,3	17,2	11,8	14,2	13,0
<i>No, non pensa di essere a rischio di gravidanza</i>	6,8	7,2	7,0	10,5	11,8	11,2
<i>No, non è informata</i>	3,3	3,6	3,5	5,1	4,4	4,7
<i>Sì</i>	72,9	71,9	72,4	72,6	69,6	71,1

Il metodo prevalentemente scelto è il profilattico/diaframma per entrambe le cittadinanze, 44,6% e 46,2%, seguito dai metodi ormonali, 28,4% e 24,7% rispettivamente per italiane e straniere (Tabella 44).

Tabella 44. Metodo contraccettivo adottato (%) nei mesi successivi al parto

Contraccettivi	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1867)	2010-11 (n. 1851)	Totale (n. 3718)	2008-9 (n. 183)	2010-11 (n. 199)	Totale (n. 382)
Naturali	19,6	14,8	17,1	25,1	13,0	19,1
Di barriera	45,4	43,9	44,6	43,2	49,4	46,2
Meccanici	1,7	1,4	1,5	2,0	3,0	2,5
Ormonali	25,1	31,6	28,4	21,2	28,3	24,7
Altro	8,2	8,4	8,3	8,6	6,4	7,5

Tra le italiane, aver ricevuto informazioni sui metodi di contraccezione da utilizzare alla ripresa dei rapporti sessuali è risultato significativamente più probabile per le donne più istruite, primipare, seguite da CF, che hanno partecipato ai CAN, residenti nelle regioni del Centro Italia. Tra le straniere aver ricevuto informazioni è risultato più probabile per coloro che hanno partecipato ai CAN e residenti nelle regioni del Centro Italia. L'attività informativa risulta aumentata tra la prima e la seconda indagine per entrambe le cittadinanze (Tabella 45).

L'ISS è dalla prima metà degli anni ottanta che, con riferimento all'attività di sorveglianza delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), oggetto di relazioni al Parlamento presentate annualmente dai Ministri della Sanità che si sono succeduti, sottolinea l'importanza di dare informazioni sui metodi di procreazione responsabile soprattutto in occasione del percorso nascita come importante intervento di prevenzione, concetto ribadito in un rapporto ISTISAN dedicato proprio all'epidemiologia e prevenzione dell'aborto (19).

Tabella 45. Fattori associati con l'aver ricevuto informazioni sulla contraccezione da adottare alla ripresa dei rapporti sessuali

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% informate	OR	IC 95%	n.	% informate	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1416	51,4	1		240	66,1	1	
≥Media superiore	3883	61,7	1,28	1,11-1,46	331	60,0	0,86	0,57-1,30
Stato occupazionale								
Non occupate	1609	52,4	1		320	59,3	1	
Occupate	3690	61,8	1,05	0,92-1,21	251	66,5	1,11	0,75-1,64
Stato civile								
Coniugate	4118	58,0	1		419	59,9	1	
Nubili/sep/div/ved	1181	62,5	1,10	0,95-1,28	152	70,0	1,35	0,87-2,09
Parità								
Primipare	2820	63,5	1		299	65,2	1	
Pluripare	2390	53,5	0,69	0,61-0,78	264	59,5	0,93	0,63-1,38
Età								
<30 anni	1417	57,8	1		329	61,2	1	
30-34 anni	2002	60,8	1,00	0,86-1,17	149	61,4	1,34	0,86-2,09
>34 anni	1876	58,3	0,94	0,81-1,11	93	70,8	1,56	0,89-2,74
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4608	57,6	1		261	58,1	1	
CF/ostetrica	686	68,2	1,27	1,06-1,52	310	66,4	1,26	0,86-1,85
Partecipazione CAN								
No	2364	49,0	1		392	57,8	1	
Sì	2915	67,1	1,79	1,58-2,03	176	73,9	2,17	1,40-3,36
Ripartizione geografica								
Nord	1241	55,5	1		231	53,6	1	
Centro	1424	71,2	1,94	1,64-2,29	252	72,9	1,86	1,21-2,85
Sud/isole	2634	53,4	1,05	0,90-1,22	88	51,4	0,92	0,53-1,58
Anno di indagine								
2008-9	2702	55,2	1		274	53,5	1	
2010-11	2597	62,7	1,63	1,45-1,83	297	72,2	2,09	1,45-3,03
Area di provenienza								
Est Europa					343	63,5	1	
Asia					83	70,0	0,94	0,52-1,70
Africa					78	47,8	0,90	0,52-1,57
Centro/Sud America					64	61,0	1,26	0,68-2,33

I risultati qui riportati, in continuità con quanto detto, confermano come l'aver ricevuto informazioni sulla contraccezione sia il fattore più importante associato con l'utilizzo di un metodo di procreazione responsabile, sia per le italiane che per le straniere. Tra le italiane, l'utilizzo di un metodo di contraccezione è inoltre più probabile per le donne più istruite, pluripare e non coniugate. Riguardo alle straniere, l'uso di un metodo di contraccezione è significativamente più frequente tra le donne asiatiche (Tabella 46).

Tabella 46. Fattori (%) associati con la scelta di utilizzare un metodo di procreazione responsabile

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% uso contracc.	OR	IC 95%	n.	% uso contracc.	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1396	70,3	1		232	75,9	1	
≥Media superiore	3820	74,3	1,18	0,99-1,42	324	69,6	0,93	0,58-1,49
Stato occupazionale								
Non occupate	1584	72,6	1		311	64,6	1	
Occupate	3632	73,5	0,95	0,76-1,18	245	78,5	1,61	0,88-2,96
Età								
<30 anni	1397	73,5	1		322	73,3	1	
30-34 anni	1972	74,5	1,00	0,83-1,20	144	72,9	0,91	0,60-1,37
>34 anni	1844	71,9	0,87	0,74-1,03	90	69,0	0,59	0,25-1,39
Parità								
Primipare	2778	73,0	1		290	73,7	1	
Pluripare	2356	73,6	1,24	1,06-1,43	258	70,5	0,87	0,52-1,44
Stato civile								
Coniugate	4053	72,2	1		410	69,9	1	
Nubili/sep/div/ved	1163	76,7	1,30	1,07-1,59	146	78,6	1,08	0,69-1,68
Ricevute informazioni								
Sì	3120	80,0	1		349	82,0	1	
No	1273	63,2	0,42	0,32-0,55	207	55,6	0,25	0,12-0,50
Anno di indagine								
2008-9	2653	74,1	1		266	74,8	1	
2010-11	2563	72,4	0,85	0,63-1,15	290	70,2	0,61	0,34-1,11
Area di provenienza								
Est Europa					336	66,7	1	
Asia					81	87,2	3,35	1,37-8,16
Africa					75	67,2	1,50	0,85-2,64
Centro/Sud America					61	75,4	1,92	0,92-4,00

Stanchezza, disagio e supporto ricevuto dopo il parto

Circa la metà delle donne italiane, 51,2%, e il 45,3% delle straniere, a 3 mesi dal parto, dichiarano di non riuscire a riposare abbastanza. Le percentuali rimangono simili se la domanda è riferita a 6 e 12 mesi per le italiane, mentre per le straniere si riducono a circa il 41% (Tabella 47).

Tabella 47. Donne (%) che dichiarano di non riuscire a riposare secondo il bisogno nelle tre interviste di follow-up per cittadinanza

Cittadinanza	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Italiane	51,7	50,8	51,2	50,5	48,9	49,7	53,1	47,1	50,0
Straniere	44,9	45,7	45,3	39,1	44,0	41,8	44,5	38,4	41,1

Sulla base della valutazione di come sono cambiate 7 condizioni di vita in seguito alla nascita del bimbo (vedi questionario follow-up 3 mesi, domanda n. 23), è stato creato un punteggio dato dal numero di condizioni peggiorate. Sia le italiane che le straniere, riportano a 3 mesi un numero di condizioni peggiorate leggermente più elevato rispetto a quanto riportato a 6 e 12 mesi. Le italiane tendenzialmente riportano un maggior numero di condizioni peggiorate rispetto alle straniere (Tabella 48).

Tabella 48. Numero di condizioni di vita peggiorate (%) riportate dalla madre nelle tre interviste di follow-up per cittadinanza

N. condizioni peggiorate	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 2590)	2010-11 (n. 2545)	Totale (n. 5135)	2008-9 (n. 2513)	2010-11 (n. 2171)	Totale (n. 4684)
Italiane									
0	8,6	9,4	9,0	13,2	14,6	13,9	12,6	14,5	13,5
1	19,0	19,6	19,3	20,5	18,7	19,6	20,1	18,8	19,5
2	39,4	38,9	39,1	36,4	37,9	37,2	35,9	41,3	38,5
3	22,3	22,5	22,4	18,9	19,8	19,4	20,8	18,8	19,8
4	6,9	6,7	6,8	7,5	5,9	6,7	6,9	3,9	5,4
5+	3,9	3,0	3,4	3,5	3,1	3,3	3,7	2,8	3,2
Straniere									
	2008-9 (n. 78)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)	2008-9 (n. 240)	2010-11 (n. 292)	Totale (n. 532)	2008-9 (n. 220)	2010-11 (n. 237)	Totale (n. 457)
0	18,9	13,5	16,2	22,9	20,8	21,7	19,2	25,3	22,2
1	21,1	20,3	20,7	23,4	25,6	24,6	19,1	20,7	19,9
2	31,6	36,0	33,9	32,4	28,1	30,0	33,9	33,4	33,7
3	19,8	24,3	22,1	13,1	18,6	16,2	17,5	15,9	16,7
4	6,4	3,0	4,7	7,0	4,5	5,6	4,7	3,3	4,0
5+	2,2	2,9	2,6	1,3	2,5	2,0	5,5	1,4	3,5

Un punteggio superiore a 3, cioè 4 o più condizioni peggiorate, è stato assunto come indicatore di una percezione di condizione di disagio.

Secondo la definizione data, a 3 mesi dal parto il 10,2% delle italiane e 7,3% delle straniere percepisce uno stato di disagio. A 6 mesi e 12 mesi le percentuali corrispondenti rimangono sostanzialmente uguali sia per le italiane che per le straniere. Si rileva una riduzione delle donne che dichiarano 4 o più condizioni peggiorate tra la prima e la seconda indagine, più accentuata a 12 mesi (Tabella 49).

Tabella 49. Donne(%) che dichiarano una condizione di disagio (4 o più condizioni di vita peggiorate)

Cittadinanza	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Italiane	10,8	9,7	10,2	11,0	9,0	9,9	10,6	7,6	9,0
Straniere	8,6	5,8	7,2	8,3	7,0	7,5	10,3	5,1	7,4

La percezione di uno stato di disagio a 3 mesi dal parto è stata analizzata con modello di regressione logistica. Tra le italiane, i fattori che risultano significativamente associati con questa condizione sono l'età più avanzata, il parto con TC, la non partecipazione a gruppi di sostegno nel puerperio e il non allattare in modo completo al seno. Per le straniere, fattori significativamente associati sono la partecipazione a gruppi di sostegno in puerperio e la provenienza dai paesi asiatici. L'effetto negativo della partecipazione ai gruppi di sostegno per le straniere potrebbe essere dovuto ad un fenomeno di selezione di donne che partecipano proprio perché in particolari condizioni di disagio.

Come per le italiane, anche per le straniere l'allattamento completo al seno a 3 mesi e il parto spontaneo mostrano frequenze di percezione di disagio minori, pur non raggiungendo mai la significatività statistica (Tabella 50).

Tabella 50. Fattori associati con la percezione di una condizione di disagio a 3 mesi dal parto

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% disagio	OR	IC 95%	n.	% disagio	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1401	9,0	1		235	8,3	1	
≥Media superiore	3840	10,6	1,14	0,88-1,48	327	6,3	1,04	0,59-1,82
Stato occupazionale a 3 mesi								
Non occupate	1521	10,3	1		282	7,8	1	
Occupate rientrate al lavoro	52	10,2	0,84	0,62-1,15	92	10,7	0,71	0,32-1,61
Occupate non ancora rientrate al lavoro	284	10,2	0,87	0,70-1,08	188	4,4	0,46	0,16-1,36
Età								
<30 anni	1406	6,8	1		321	7,4	1	
30-34 anni	1980	11,9	1,85	1,34-2,55	149	7,8	1,08	0,53-2,20
>34 anni	1852	11,1	1,69	1,24-2,31	92	5,5	0,67	0,17-2,64
Tipo parto								
Spontaneo	3397	9,1	1		407	5,9	1	
TC	1842	12,2	1,34	1,00-1,78	154	11,1	2,20	0,68-7,13
Partecipazione CAN								
No	2334	9,6	1		386	8,2	1	
Sì	2887	10,7	1,22	0,97-1,55	173	5,0	0,60	0,24-1,51
Partecipazione gruppi di sostegno								
No	4487	10,7	1		489	6,8	1	
Sì	682	7,1	0,63	0,45-0,88	70	10,7	2,06	1,05-4,05
Allattamento completo al seno a 3 mesi								
No	2156	11,4	1		223	9,7	1	
Sì	3075	9,3	0,81	0,67-0,98	339	5,3	0,59	0,25-1,39
Anno di indagine								
2008-9	2649	10,8	1		266	8,6	1	
2010-11	2592	9,7	0,88	0,67-1,16	296	5,9	0,63	0,23-1,73
Area di provenienza								
Est Europa					339	4,0	1	
Asia					81	13,3	3,19	1,22-8,35
Africa					75	6,8	1,48	0,41-5,39
Centro/Sud America					64	10,9	2,67	0,62-11,5

A 3 mesi dal parto il 69,8% delle donne italiane dichiara che il proprio partner partecipa alla gestione del bambino in modo significativo, mentre per il 26,7% delle donne la partecipazione del partner è modesta (Tabella 51).

Tabella 51. Partecipazione del marito (%) alla cura/gestione del bambino – donne italiane

Partecipazione del marito	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
	(n. 2712)	(n. 2608)	(n. 5320)	(n. 2590)	(n. 2545)	(n. 5135)	(n. 2513)	(n. 2404)	(n. 4917)
Sì, in maniera significativa	68,7	70,8	69,8	69,4	69,3	69,3	66,3	70,7	68,6
Sì, in maniera modesta	27,5	26,1	26,7	26,3	27,4	26,8	30,0	25,9	27,9
No, affatto	3,9	3,1	3,5	4,3	3,4	3,8	3,8	3,3	3,5

Le donne straniere dichiarano in generale una minore partecipazione del partner alle cure del bambino, anche se si rileva un miglioramento tra la prima e la seconda indagine. A 6 e 12 mesi dal parto, le risposte sulla partecipazione del partner sono simili a quelle date ai 3 mesi (Tabella 52).

Tabella 52. Partecipazione del marito (%) alla cura/gestione del bambino – donne straniere

Partecipazione del marito	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
	(n. 2712)	(n. 2608)	(n. 5320)	(n. 2590)	(n. 2545)	(n. 5135)	(n. 2513)	(n. 2404)	(n. 4917)
Sì, in maniera significativa	50,3	67,2	58,8	52,5	62,4	58,0	52,4	61,3	57,3
Sì, in maniera modesta	40,0	26,3	33,1	37,8	27,8	32,2	33,5	26,2	29,5
No, affatto	9,8	6,4	8,1	9,8	9,8	9,8	14,1	12,4	13,2

Per quanto riguarda l'aiuto ricevuto in casa nelle prime settimane di vita del bambino, il 55,5% delle italiane indica il partner, il 31,7% indica i nonni del bambino, mentre il 5,7% dichiara di non aver ricevuto aiuto da nessuno. Anche per le straniere l'aiuto in casa è stato dato principalmente dal partner, 54,4%, seguito dai nonni del bambino, 17,2%; rispetto alle donne italiane, vengono citati di più i parenti, 8,0%, e la voce "nessuno", 12,4% (Tabella 53).

Tabella 53. Figura (%) che ha maggiormente aiutato in casa la madre durante le prime settimane di vita del bambino

Da chi ha ricevuto aiuto	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Nessuno	5,6	5,8	5,7	11,7	13,2	12,4
Marito/partner	54,1	56,8	55,5	53,3	55,5	54,4
Nonni del bambino	33,6	30,1	31,7	18,6	15,9	17,2
Figli maggiori	1,2	0,7	0,9	0,9	0,7	0,8
Altri parenti	3,3	3,6	3,5	10,3	5,8	8,1
Amici	0,1	0,5	0,3	4,0	0,6	2,3
Collaboratrici domestiche	0,9	0,9	0,9	0,0	1,9	1,0
Altro	1,3	1,7	1,5	1,3	6,4	3,9

Le donne, italiane e straniere, dichiarano a 3 mesi di ricevere un supporto significativo soprattutto dal marito, 77,0% e 62,7% rispettivamente. I valori si riducono leggermente se la domanda è riferita a 6 e a 12 mesi. Le donne italiane sono tendenzialmente più supportate delle straniere anche da parenti e amici (Tabelle 54 e 55).

Tabella 54. Tipo di supporto ricevuto (%) – donne italiane

Supporto	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 2590)	2010-11 (n. 2545)	Totale (n. 5135)	2008-9 (n. 2513)	2010-11 (n. 2404)	Totale (n. 4917)
Dal marito									
Significativo	77,6	76,5	77,0	73,1	71,2	72,1	67,5	72,8	70,2
Modesto	19,7	20,5	20,1	23,8	25,5	24,7	28,7	24,2	26,4
Nulla	2,7	3,0	2,9	3,1	3,3	3,2	3,9	3,0	3,4
Da altri parenti									
Significativo	60,4	61,1	60,8	55,5	51,4	53,3	55,2	57,0	56,1
Modesto	27,3	26,1	26,7	29,8	28,6	29,2	29,5	26,5	27,9
Nulla	12,3	12,8	12,5	14,7	20,0	17,5	15,3	16,6	15,9
Da amici									
Significativo	13,5	14,5	14,0	10,2	13,3	11,9	10,5	14,7	12,7
Modesto	31,2	27,7	29,4	24,7	23,3	24,0	23,4	25,6	24,5
Nulla	55,3	57,8	56,6	65,1	63,4	64,2	66,1	59,7	62,8

Tabella 55. Tipo di supporto ricevuto (%) – donne straniere

Supporto	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)	2008-9 (n. 240)	2010-11 (n. 292)	Totale (n. 532)	2008-9 (n. 220)	2010-11 (n. 281)	Totale (n. 501)
Dal marito									
Significativo	56,4	68,9	62,7	57,2	63,6	60,8	54,5	65,9	60,8
Modesto	36,8	23,9	30,3	35,4	25,7	30,0	31,8	21,9	26,3
Nulla	6,8	7,2	7,0	7,4	10,7	9,2	13,7	12,2	12,8
Da altri parenti									
Significativo	31,1	32,1	31,6	32,4	27,8	29,8	25,4	33,4	29,9
Modesto	32,3	24,6	28,4	27,8	25,3	26,4	31,5	22,6	26,5
Nulla	36,6	43,3	40,0	39,8	46,9	43,8	43,1	44,0	43,6
Da amici									
Significativo	8,5	9,8	9,2	8,8	10,0	9,5	5,9	12,2	9,4
Modesto	19,2	19,7	19,5	23,0	14,8	18,3	20,0	14,6	17,0
Nulla	72,2	70,5	71,3	68,2	75,2	72,2	74,0	73,2	73,6

Problemi di salute dopo il parto

Entro 3 mesi dal parto ha avuto necessità di ricorrere al pronto soccorso o al ricovero ospedaliero, a causa di problemi di salute del bambino, l'11,4% delle italiane e il 15,2% delle straniere; le percentuali si riducono a 8,0% e 11,5% a 6 mesi e risalgono a 13,3% e 14,8% a 12 mesi rispettivamente per italiane e straniere (Tabella 56). Problemi di salute del bambino sembrano presentarsi quindi con frequenza maggiore nelle straniere. Un'analisi più dettagliata mostra, però, come queste differenze siano dovute soprattutto al maggiore ricorso delle straniere al pronto soccorso (dati non riportati in tabella).

Tabella 56. Problemi di salute (%) che hanno determinato il ricorso al pronto soccorso o il ricovero in ospedale

Problemi di salute	A 3 mesi dal parto			A 6 mesi dal parto			A 12 mesi dal parto		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Del bambino									
Italiane	11,9	10,9	11,4	8,1	7,9	8,0	11,8	14,7	13,3
Straniere	14,7	15,6	15,2	12,4	10,8	11,5	15,5	14,2	14,8
Della madre									
Italiane	6,9	5,3	6,1	3,7	3,8	3,8	4,5	4,8	4,6
Straniere	6,6	4,5	5,5	1,5	5,8	3,9	0,8	4,3	2,7

Il maggiore ricorso al pronto soccorso, ma non al ricovero ospedaliero, da parte delle straniere potrebbe essere indicativo non di maggiori problemi di salute per i bambini di madri straniere, quanto di un uso non appropriato di questo servizio di emergenza. Al contrario, la frequenza di ricorso al pronto soccorso o all'ospedale per problemi di salute della madre a 3 e a 6 mesi è simile per cittadinanza, mentre a 12 mesi è lievemente più alta per le italiane, 4,6% vs 2,7%.

Sulla base delle variabili relative ai ricoveri ospedalieri del bambino nei 3 follow-up, è stata creata una variabile unica per identificare i bambini che entro l'anno di vita hanno avuto almeno un ricovero ospedaliero. Il modello logistico applicato alle donne che hanno completato il follow-up mostra come il ricovero risulti significativamente più frequente per i parti avvenuti con TC, per i parti avvenuti entro le 36 settimane e per chi a 12 mesi non allatta al seno (Tabella 57).

Tabella 57. Fattori associati con almeno un ricovero del bambino in ospedale entro il 1° anno di vita – donne che hanno completato il follow-up

Variabili	n.	% 1+ ricoveri in ospedale	OR	IC 95%
Livello istruzione				
≤Media inferiore	1397	10,0	1	
≥Media superiore	3580	9,8	0,95	0,57-1,61
Stato occupazionale				
Non occupate	1611	10,0	1	
Occupate	3366	9,8	1,00	0,76-1,32
Età				
<30 anni	1432	9,8	1	
30-34 anni	1851	10,2	1,15	0,72-1,85
>34 anni	1692	9,3	1,03	0,68-1,56
Parità				
Primipare	2663	10,6	1	
Pluripare	2230	8,8	0,81	0,64-1,03
Tipo parto				
Spontaneo	3278	8,7	1	
TC	1697	12,0	1,31	1,04-1,63
Settimana gestazionale				
37-41	4590	9,4	1	
<37	265	18,9	2,00	1,40-2,87
>41	122	7,5	0,82	0,30-2,24
Partecipazione gruppi di sostegno in puerperio				
No	4255	10,2	1	
Sì	659	7,8	0,80	0,30-2,23

segue

continua

Variabili	n.	% 1+ ricoveri in ospedale	OR	IC 95%
Allattamento al seno a 12 mesi				
No	3244	10,6	1	
Sì	1733	8,4	0,83	0,70-0,98
Cittadinanza				
Italiana	4555	9,9	1	
Straniera	422	9,6	1,12	0,57-2,20
Ripartizione geografica				
Nord	1231	9,0	1	
Centro	1394	8,9	0,94	0,69-1,29
Sud/isole	2352	10,8	1,18	0,92-1,51
Anno di indagine				
2008-9	2601	9,4	1	
2010-11	2376	10,3	1,14	0,79-1,64

Vaccinazioni obbligatorie

A 3 mesi dal parto, il 9,2% delle donne italiane e il 7,9% delle straniere non ha ancora sottoposto il bambino alle vaccinazioni obbligatorie. A 6 mesi i bambini non ancora sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie si riducono a circa il 2% (Tabelle 58 e 59).

Tabella 58. Bambini (%) sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie – donne italiane

Vaccinazioni	3 mesi			6 mesi		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 2590)	2010-11 (n. 2545)	Totale (n. 5135)
No, per problemi di tempo	4,9	5,5	5,2	0,2	0,8	0,5
No, per condizioni di salute del bambino	2,6	3,4	3,0	0,2	0,2	0,2
No, sono contraria	1,2	0,9	1,0	1,2	0,9	1,0
Sì, presso la ASL	88,5	87,2	87,8	96,3	95,1	95,7
Sì, presso il pediatra	2,7	3,1	2,9	2,2	3,1	2,6

Tabella 59. Bambini (%) sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie – donne straniere

Vaccinazioni	3 mesi			6 mesi		
	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)	2008-9 (n. 240)	2010-11 (n. 292)	Totale (n. 532)
No, per problemi di tempo	3,3	6,6	5,0	1,0	0,0	0,4
No, per condizioni di salute del bambino	2,0	1,1	1,5	0,0	1,0	0,5
No, sono contraria	0,8	2,1	1,4	1,0	1,4	1,2
Sì, presso la ASL	89,5	88,8	89,1	94,1	95,2	94,7
Sì, presso il pediatra	4,5	1,4	2,9	3,9	2,4	3,1

Assistenza e allattamento al seno

L'allattamento al seno rappresenta un argomento di sanità pubblica importante sul quale si misurano la qualità di un sistema assistenziale e l'efficacia di interventi volti a promuovere un'alimentazione corretta del bambino. Il latte materno rappresenta il migliore alimento per un bambino, per questo istituzioni nazionali e internazionali, come l'OMS, l'Unicef, l'Unione Europea e il Ministero della Salute (1, 20, 21), sono concordi e attivi nel raccomandarlo secondo le seguenti modalità: allattamento "esclusivo" al seno fino a 6 mesi di vita; allattamento al seno fino a due anni e oltre secondo il desiderio della madre e del bambino. Le modalità di alimentazione osservate in questo studio sono le seguenti:

- allattamento esclusivo: solo latte materno;
- allattamento predominante: allattamento materno con aggiunta di liquidi non nutritivi (es. acqua, tisane);
- allattamento complementare: latte materno+latte di formula o altri cibi;
- allattamento artificiale: no latte materno.

Gli interventi attraverso i quali è possibile promuovere l'allattamento al seno sono diversi e fanno riferimento a tutte e 3 le fasi assistenziali di un percorso nascita:

- l'assistenza in gravidanza, ad esempio con informazioni corrette date dal singolo operatore sanitario che segue la gravidanza o con una informazione strutturata tramite l'organizzazione dei corsi di accompagnamento alla nascita o ancora la divulgazione di materiale informativo, ecc;
- l'assistenza in ospedale, di nuovo attraverso la trasmissione di informazioni corrette, il sostegno all'allattamento, l'attenzione verso quelle pratiche ospedaliere che sono riconosciute come favorevoli l'allattamento al seno, quali l'osservazione della poppata, il rooming-in, il contatto pelle a pelle, l'attaccamento al seno entro 2 ore dal parto, ecc;
- l'assistenza nel puerperio, con l'organizzazione di gruppi di sostegno dell'allattamento al seno, di gruppi di auto-aiuto, di visite domiciliari, ecc.

Di seguito riportiamo i risultati delle indagini sulle prevalenze di allattamento al seno e su una serie di indicatori che permettono di descrivere e valutare quanto il sistema assistenziale favorisca o meno la promozione dell'allattamento al seno.

Nelle donne italiane e straniere che hanno avuto altri figli, circa il 90% dichiara di aver allattato al seno il figlio nato dalla precedente gravidanza. Più specificamente, il 64,8% delle italiane dichiara di aver allattato per più di 3 mesi e il 23,7 % per meno di 3 mesi; tra le straniere i valori corrispondenti sono rispettivamente 68,7% e 20,2% (Tabella 60).

Tabella 60. Pluripare e allattamento al seno del figlio nato dalla precedente gravidanza

Allattamento	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1449)	2010-11 (n. 1379)	Totale (n. 2828)	2008-9 (n. 177)	2010-11 (n. 187)	Totale (n. 364)
Sì, per più di 3 mesi	62,8	67,0	64,8	66,1	71,3	68,7
Sì, per meno di 3 mesi	27,1	20,3	23,7	24,0	16,4	20,2
No	10,2	12,8	11,4	9,9	12,3	11,1

Dichiarano di aver ricevuto informazioni e consigli sull'allattamento durante la gravidanza il 29,3% delle italiane e il 45,0% delle straniere. Per entrambi i gruppi si rileva un miglioramento tra una indagine e l'altra.

Il 96,5% delle italiane e il 95,7% delle straniere ha dichiarato che era loro intenzione, prima del parto, di allattare al seno (Tabella 61).

Tabella 61. Il professionista sanitario (%), durante la gravidanza, ha fornito informazioni sull'allattamento

Informazioni	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Sì	26,8	31,7	29,3	41,8	48,2	45,0
No	73,2	68,3	70,7	58,3	51,8	55,0
Intenzione, prima del parto, di allattare al seno sì	97,4	95,6	96,5	98,4	93,0	95,7

Il 60,9% di donne italiane e il 42,8% di straniere, ha ricevuto opuscoli per la promozione dell'allattamento al seno. La maggioranza dichiara di averli letti e di averli trovati interessanti. L'attività di diffusione degli opuscoli è aumentata tra le due indagini (Tabella 62).

Tabella 62. Ricezione e lettura di opuscoli (%) per la promozione dell'allattamento al seno

Opuscoli	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Non ricevuti	42,2	36,2	39,1	64,1	50,3	57,2
Ricevuti ma non letti	3,6	4,3	4,0	5,2	9,1	7,2
Letti ma ritenuti non interessanti/utili	8,7	7,1	7,8	6,2	5,2	5,7
Letti e ritenuti interessanti/utili	45,5	52,5	49,1	24,5	35,4	29,9

Il motivo del mancato allattamento al seno mostra una diversa distribuzione tra italiane e straniere, per quanto il numero delle straniere sia basso.

Il 10,5% delle italiane e il 45,0% delle straniere che non allattano al seno in reparto dichiarano di farlo per scelta personale; il 45,9% delle italiane e il 28,1% delle straniere non allattano per problemi di salute propri o del bambino; è alta la percentuale di donne che indica la voce altro: 29,9% e 21,7% italiane e straniere rispettivamente; il rimanente 16,7% delle italiane e il 5,2% delle straniere dichiara l'insorgenza di problemi durante l'allattamento (Tabella 63).

Tabella 63. Motivo del mancato allattamento al seno (%)

Motivi	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 317)	2010-11 (n. 292)	Totale (n. 609)	2008-9 (n. 30)	2010-11 (n. 44)	Totale (n. 74)
Per scelta personale	10,5	10,6	10,5	4,8	61,2	45,0
Per problemi insorti durante l'allattamento	18,2	15,3	16,7	9,4	3,5	5,2
Per problema di salute della madre	14,7	15,8	15,3	13,9	7,1	9,1
Per problemi di salute del bambino	28,2	27,0	27,6	36,5	12,0	19,0
Altro	28,4	31,3	29,9	35,4	16,2	21,7

Alla dimissione dall'ospedale è stata consegnata una prescrizione medica per acquistare latte artificiale al 13,4% delle italiane e al 27,4% delle straniere; questa percentuale per le straniere si è ridotta tra la prima e la seconda indagine, dal 31,5% al 23,4% (Tabella 64).

Tabella 64. Rilascio di prescrizione medica (%) per l'acquisto di latte artificiale alla dimissione dall'ospedale

Prescrizione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
Sì	13,6	13,1	13,4	31,5	23,4	27,4
No	86,4	86,9	86,7	68,5	76,6	72,6

Dichiarano di aver avuto problemi nell'allattamento al seno in reparto, il 26,9% delle donne italiane e il 30,0% delle straniere. Anche per questo indicatore si registra una riduzione tra le due indagini, soprattutto per le straniere (Tabella 65).

Tabella 65. Problemi durante l'allattamento in reparto (%)

Problemi	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 3165)	2010-11 (n. 3024)	Totale (n. 6189)	2008-9 (n. 366)	2010-11 (n. 387)	Totale (n. 753)
No	71,8	74,3	73,1	63,1	76,6	70,0
Sì	28,2	25,7	26,9	36,9	23,4	30,0

Tra le donne che hanno avuto problemi con l'allattamento in reparto, il 19,9% delle italiane e il 32,4% delle straniere ha risolto da sola il problema; il 40,8% e il 37,7% si è invece fatta aiutare da operatori sanitari. Si rileva per entrambe le cittadinanze un aumento del ricorso all'aiuto di operatori sanitari tra le due indagini e una riduzione delle donne che hanno risolto da sole (Tabella 66).

Tabella 66. Come sono stati risolti i problemi durante l'allattamento in reparto (%)

Modalità	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 929)	2010-11 (n. 779)	Totale (n. 1708)	2008-9 (n. 128)	2010-11 (n. 101)	Totale (n. 229)
Risolti da sola	20,0	19,9	19,9	38,4	23,3	32,4
R risolti con aiuto di amici/parenti	3,5	3,2	3,4	2,9	0,9	2,1
Risolti con aiuto di operatori sanitari	38,6	43,1	40,8	29,5	50,1	37,7
Risolti da altri	1,1	1,3	1,2	0	2,2	0,9
Non risolti, ma proseguito con l'allattamento	28,4	26,3	27,4	23,1	20,4	22,0
Non risolti e interrotto allattamento	8,4	6,1	7,3	6,2	3,2	5,0

Sono state fornite informazioni sull'allattamento durante la degenza in reparto al 66,9% delle italiane e al 74,6% delle straniere; non si rilevano variazioni tra le due indagini. L'osservazione della poppata in reparto è stata effettuata al 67,6% delle italiane e al 70,2% delle straniere. Per le straniere, l'osservazione della poppata risulta aumentata tra le due indagini (Tabella 67).

Tabella 67. Donne (%) che hanno ricevuto informazioni sull'allattamento in reparto

Variabili ospedaliere	Italiane			Straniere		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Informazioni in reparto su allattamento al seno	66,3	67,5	66,9	75,3	73,9	74,6
Effettuata osservazione poppata	67,9	67,2	67,6	59,8	80,8	70,2

Nei primi mesi dopo il parto, hanno avuto problemi di allattamento il 37,7% delle italiane e il 25,6% delle straniere. La figura principale di riferimento per i problemi nell'allattamento è il pediatra di libera scelta, consultato dal 40% circa delle donne di entrambe le cittadinanze. A seguire c'è l'ostetrica di CF, citata dal 17,7% delle italiane e dal 24,4% delle straniere (Tabella 68).

Tabella 68. Problemi (%) nell'allattamento al seno nei primi mesi di vita del bambino e figura di riferimento consultata

Problemi	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Problemi nell'allattamento						
Si	38,7	36,7	37,7	23,4	27,9	25,6
Se ha avuto problemi, chi ha consultato						
Pediatra di libera scelta	39,6	41,6	40,6	33,9	45,8	40,3
Pediatra ospedaliero	14,7	10,9	12,8	12,1	6,2	8,9
Pediatra privato	4,6	6,9	5,7	0,8	1,7	1,3
Ostetrica di CF	16,9	18,5	17,7	30,4	19,4	24,4
Ostetrica ospedaliera	2,1	2,5	2,3	1,6	8,6	5,4
Ginecologo di CF	0,0	0,1	0,1	0,0	2,5	1,4
Ginecologo ospedaliero	0,6	0,7	0,7	0,8	0,0	0,3
Ginecologo privato	0,6	1,0	0,8	0,0	2,7	1,5
Infermiera di CF	3,4	4,1	3,8	5,1	3,0	4,0
Infermiera ospedaliera	1,4	0,9	1,1	0,8	0,0	0,3
Familiari/amici	1,4	1,1	1,3	0,8	2,3	1,6
Nessuno	8,0	7,2	7,6	7,9	7,1	7,5
Altro	6,7	4,5	5,6	5,9	0,7	3,0

Hanno partecipato a gruppi di sostegno dell'allattamento al seno il 12,2% delle donne italiane e l'11,2% delle donne straniere. Hanno partecipato a incontri di auto aiuto con altre mamme il 17,8% delle italiane e il 14,1% delle straniere. Si rileva per entrambi gli indicatori un leggero aumento tra una indagine e l'altra (Tabella 69).

A sostenere la donna nell'allattamento al seno, una volta rientrata a casa, è stato il marito/partner per il 30,7% delle italiane e il 26,5% delle straniere. Il 35,2% delle straniere vs il 27,1% delle italiane dichiara di non aver ricevuto alcun sostegno (Tabella 70).

Tabella 69. Partecipazione (%) a gruppi di sostegno dell'allattamento e a incontri tra mamme

Partecipazione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
A gruppi di sostegno dell'allattamento	11,4	13,0	12,2	10,2	12,1	11,2
A incontri con altre mamme	16,8	18,7	17,8	12,9	15,2	14,1

Tabella 70. Figura di sostegno (%) avuta dalla donna nell'allattamento al seno una volta a casa

Figura di sostegno	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Nessuna	27,3	26,9	27,1	31,4	38,9	35,2
Marito/partner	32,2	29,4	30,7	26,5	26,4	26,5
Amici/parenti	14,2	13,2	13,7	13,1	13,1	13,1
Pediatra	4,8	5,3	5,0	2,6	4,1	3,3
Ginecologo	0,2	0,4	0,3	0,7	0,0	0,3
Ostetrica	5,0	6,4	5,7	6,2	7,1	6,7
CF	8,3	10,4	9,4	11,4	6,6	9,0
Altro	4,4	2,7	3,5	1,1	1,8	1,5
Non allattava al seno	3,6	5,4	4,6	7,0	2,0	4,5

La ragione principale per la quale al bambino è stato somministrato latte artificiale entro i 3 mesi è la mancanza di latte per circa il 33% delle donne di entrambe le cittadinanze. Risaltano in modo significativo le ragioni di lavoro per le straniere, 22,1% vs il 2,4% delle italiane. La ragione principale per cui è stato somministrato latte artificiale entro 6 e entro 12 mesi è sempre la mancanza di latte per entrambe le cittadinanze. A 6 e 12 mesi le ragioni di lavoro mostrano una differenza per cittadinanza più attenuata rispetto ai 3 mesi (Tabelle 71 e 72).

Tabella 71. Motivo (%) per cui al bambino è stato somministrato latte artificiale – donne italiane

Motivi	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 1164)	2010-11 (n. 1056)	Totale (n. 2220)	2008-9 (n. 1250)	2010-11 (n. 1178)	Totale (n. 2428)	2008-9 (n. 1437)	2010-11 (n. 1272)	Totale (n. 2709)
Non aveva latte	33,9	33,5	33,7	39,9	43,9	42,0	43,2	43,1	43,1
Latte non nutriente	6,1	5,0	5,5	7,6	6,3	6,9	8,8	6,4	7,6
Il bambino non cresceva	16,9	17,0	17,0	12,9	12,7	12,8	10,2	11,7	11,0
Il bambino non si attaccava	7,0	8,4	7,8	5,2	6,4	5,8	4,0	6,2	5,1
Ragadi/mastite/dolore	5,0	5,6	5,3	3,6	3,9	3,8	3,0	2,3	2,7
Problemi di salute della mamma	6,0	6,6	6,3	5,2	5,7	5,5	3,8	4,3	4,0
Problemi di salute del bambino	4,3	5,3	4,8	3,3	3,8	3,6	3,3	2,1	2,7
Prendeva farmaci	1,5	0,7	1,1	1,1	0,5	0,8	1,0	1,4	1,2
Ripresa lavoro	3,3	1,6	2,4	6,1	4,6	5,3	7,0	7,1	7,1
Stanchezza	2,7	3,4	3,0	2,4	3,1	2,7	5,1	6,0	5,5
Altro	13,3	12,9	13,1	12,6	9,1	10,8	10,4	9,5	9,9

Tabella 72. Motivo per cui al bambino è stato somministrato latte artificiale – donne straniere

Motivi	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 103)	2010-11 (n. 118)	Totale (n. 221)	2008-9 (n. 109)	2010-11 (n. 123)	Totale (n. 232)	2008-9 (n. 132)	2010-11 (n. 129)	Totale (n. 261)
Non aveva latte	42,4	25,1	33,4	36,1	53,3	45,3	36,8	44,1	40,5
Latte non nutriente	5,3	2,6	3,9	3,3	5,6	4,5	1,8	2,3	2,0
Il bambino non cresceva	11,4	11,4	11,4	14,0	7,5	10,5	13,6	5,2	9,4
Il bambino non si attaccava	3,1	3,2	3,1	3,2	5,2	4,3	1,9	6,0	4,0
Ragadi/mastite/dolore	3,0	3,4	3,2	1,3	0,8	1,0	3,2	2,0	2,6
Problemi di salute della mamma	2,6	3,2	2,9	1,6	5,2	3,5	2,3	2,7	2,5
Problemi di salute del bambino	4,1	6,2	5,2	2,8	5,4	4,2	1,7	1,4	1,6
Prendeva farmaci	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,4	2,7	1,6
Ripresa lavoro	15,3	28,5	22,1	9,7	5,2	7,3	11,1	11,4	11,3
Stanchezza	5,8	1,4	3,5	7,8	3,5	5,5	6,4	4,3	5,3
Altro	7,1	15,2	11,3	19,9	8,2	13,7	20,8	17,8	19,3

A consigliare il latte artificiale è stato soprattutto il pediatra; per le straniere si tratta di una decisione presa autonomamente nel 24,1% dei casi vs il 7,7% delle italiane. La stessa domanda posta a 6 e 12 mesi mostra come aumenti il riferimento al pediatra di libera scelta per entrambe le cittadinanze (Tabelle 73 e 74).

Tabella 73. Chi (%) ha consigliato alla donna la somministrazione di latte artificiale – donne italiane

Chi ha dato consigli	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 1164)	2010-11 (n. 1056)	Totale (n. 2220)	2008-9 (n. 1250)	2010-11 (n. 1178)	Totale (n. 2428)	2008-9 (n. 1437)	2010-11 (n. 1272)	Totale (n. 2709)
Pediatra libera scelta	50,0	52,9	51,5	63,0	63,7	63,4	70,7	60,5	65,7
Pediatra ospedaliero	32,1	30,1	31,1	22,3	19,2	20,7	13,0	12,1	12,6
Pediatra privato	5,4	5,6	5,5	3,8	5,4	4,6	3,2	5,3	4,2
Ostetrica	0,5	1,4	0,9	0,5	1,4	0,9	0,4	0,5	0,4
Ginecologo	0,1	0,8	0,4	0,0	0,8	0,5	0,4	1,3	0,7
Infermiera	0,5	0,6	0,5	0,1	0,7	0,4	0,1	0,3	0,2
Familiari/amici	0,6	0,4	0,5	0,5	1,0	0,7	0,6	1,0	0,8
Decisione autonoma	8,8	6,7	7,7	8,4	6,7	7,5	10,0	17,7	13,8
Altro	2,1	1,5	1,8	1,4	1,2	1,3	1,7	1,4	1,5

Tabella 74. Chi (%) ha consigliato alla donna la somministrazione di latte artificiale – donne straniere

Chi ha dato consigli	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9 (n. 103)	2010-11 (n. 118)	Totale (n. 221)	2008-9 (n. 109)	2010-11 (n. 123)	Totale (n. 232)	2008-9 (n. 132)	2010-11 (n. 129)	Totale (n. 261)
Pediatra libera scelta	36,5	37,1	36,8	50,6	38,9	44,3	67,5	42,9	55,3
Pediatra ospedaliero	28,2	23,9	26,0	17,4	13,0	15,1	9,2	5,0	7,1
Pediatra privato	1,3	1,4	1,4	1,1	5,7	3,5	0,7	6,6	3,6
Ostetrica	0,5	1,4	1,0	0,7	5,3	3,2	0,0	0,0	0,0
Ginecologo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	1,5
Infermiera	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,8	0,0	0,0	0,0
Familiari/amici	0,4	19,6	10,3	0,0	23,1	12,4	7,1	20,1	13,6
Decisione autonoma	32,1	16,6	24,1	27,1	12,0	19,0	13,1	19,4	16,2
Altro	0,9	0,0	0,4	3,1	0,5	1,7	2,4	2,9	2,6

Tipo di allattamento

A pochi giorni dal parto allattano al seno il 91,7% delle italiane e il 90,1% delle straniere; allattano in modo esclusivo al seno il 59,9% delle italiane, senza variazioni tra le due indagini, e il 67,8% delle straniere con una riduzione dal 72,8% al 61,6% tra le due indagini.

A 3 mesi dal parto allattano al seno il 72,3% delle italiane e il 68,1% delle straniere; allattano in modo esclusivo al seno il 49,3% delle italiane e il 49,7% delle straniere; non si rilevano variazioni significative tra le due indagini. A 6 mesi dal parto le donne che allattano al seno si riducono al 56,4% delle italiane e al 59,5% delle straniere; allattano in modo esclusivo al seno il 6,4% delle italiane e il 7,7% delle straniere; non si rilevano variazioni significative tra le due indagini. A 12 mesi dal parto allattano al seno il 32,5% delle italiane e il 32,7% delle straniere; tra la prima e la seconda indagine si rileva, sia tra le italiane che tra le straniere, una riduzione delle donne che non allattano al seno (Tabella 75).

Tabella 75. Tipo di allattamento (%) – analisi pesata

Allattamento al seno	al parto			a 3 mesi			a 6 mesi			a 12 mesi		
	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.
Italiane												
n.	3165	3024	6189	2712	2608	5320	2590	2545	5135	2513	2404	4917
Esclusivo	59,6	58,5	59,9	49,6	49,0	49,3	7,7	5,6	6,4	0,7	0,7	0,7
Predom.	7,7	6,8	7,3	6,7	7,7	7,3	2,1	1,2	1,6	0,2	0,2	0,2
Complement.	24,4	26,5	24,6	15,1	15,6	15,4	47,0	49,7	48,4	29,9	33,1	31,6
No seno	8,2	8,2	8,3	28,6	27,7	27,7	43,2	43,9	43,6	69,2	66,0	67,5
Straniere												
n.	366	387	753	278	308	586	240	292	532	220	281	501
Esclusivo	72,8	61,6	67,8	50,5	48,8	49,7	7,4	7,9	7,7	0,0	1,8	1,0
Predom.	4,1	2,7	3,3	6,3	6,7	6,5	0,5	1,9	1,3	0,3	0,0	0,1
Complement.	19,4	20,1	18,9	12,1	11,7	11,9	51,1	50,2	50,6	29,2	33,5	31,5
No seno	3,8	15,7	9,9	31,0	32,9	31,9	40,9	40,1	40,5	70,5	64,7	67,3

Questa situazione di stabilità delle prevalenze di allattamento al seno tra la prima e la seconda indagine nasconde in realtà situazioni molto diversificate con prevalenze, ad esempio, di allattamento esclusivo/predominante al seno a 3 mesi che variano a livello di ASL da -14,8 a +22,5 punti percentuali (vedi Allegato al terzo capitolo).

Subito dopo il parto, l'allattamento esclusivo al seno tra le italiane è significativamente più frequente per le donne occupate, pluripare, che hanno avuto un parto spontaneo; pur non raggiungendo la significatività, appaiono inoltre fattori importanti l'essere stata seguita da CF e l'aver partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita.

Tra le straniere l'allattamento esclusivo al seno è più frequente per le donne più giovani, coniugate, che hanno partorito con parto spontaneo. Le donne asiatiche hanno una minore probabilità di allattare in modo esclusivo al seno (Tabella 76).

A 3 mesi dal parto le donne che allattano in modo esclusivo al seno sono più frequentemente di istruzione superiore, occupate non ancora rientrate al lavoro, di età più avanzata, pluripare, hanno partorito con parto spontaneo, sono state seguite da CF, hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita, in ospedale hanno avuto la possibilità di avere il bimbo sempre con loro, hanno partecipato a gruppi di sostegno in puerperio e hanno partecipato a gruppi di incontro tra mamme.

Tabella 76. Fattori associati con allattamento esclusivo al seno in reparto

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% allatt. esclusivo	OR	IC 95%	n.	% allatt. esclusivo	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1620	59,3	1		324	66,6	1	
≥Media superiore	4406	60,1	0,91	0,63-1,30	416	68,8	0,97	0,58-1,61
Stato occupazionale								
Non occupate	1891	55,3	1		423	67,2	1	
Occupate	4187	61,8	1,31	1,02-1,68	317	68,5	1,16	0,72-1,87
Età								
<30 anni	1653	58,4	1		433	68,7	1	
30-34 anni	2287	60,8	0,99	0,81-1,21	191	72,7	1,01	0,69-1,46
>34 anni	2133	59,8	0,95	0,72-1,24	116	55,6	0,50	0,25-0,98
Parità								
Primipare	3188	55,7	1		373	63,7	1	
Pluripare	2782	64,1	1,59	1,38-1,83	356	72,4	1,82	0,96-3,44
Stato civile								
Coniugate	4680	59,4	1		543	71,6	1	
Nubili/sep/div/ved	1398	61,3	1,17	0,92-1,49	197	58,7	0,67	0,45-0,99
Tipo parto								
Spontaneo	3926	66,4	1		521	72,4	1	
TC	2150	47,8	0,49	0,38-0,63	215	56,1	0,49	0,31-0,78
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	5282	58,9	1		332	69,0	1	
CF/ostetrica	790	66,1	1,25	0,97-1,61	406	66,9	0,92	0,49-1,73
Partecipazione CAN								
No	2808	55,2	1		521	66,8	1	
Si	3248	63,9	1,34	0,95-1,90	213	70,6	1,51	0,89-2,59
Anno di indagine								
2008-2009	3115	61,0	1		358	73,8	1	
2010-2011	2963	58,8	0,90	0,71-1,14	382	61,8	0,59	0,27-1,28
Area di provenienza								
Est Europa					424	73,4	1	
Asia					114	56,9	0,43	0,22-0,83
Africa					123	66,1	0,70	0,40-1,22
Centro/Sud America					76	69,6	0,98	0,45-2,13

Per le straniere le variabili associate con l'allattamento esclusivo al seno sono tendenzialmente le stesse delle italiane, tranne che per lo stato occupazionale. Le straniere occupate infatti, e in particolare le donne che entro i 3 mesi sono già rientrate al lavoro, hanno una minore probabilità di allattare. Le donne asiatiche in particolare, ma anche le donne africane, a 3 mesi dal parto allattano meno frequentemente in modo esclusivo al seno (Tabella 77).

A 6 mesi dal parto le donne italiane che allattano al seno sono più frequentemente di istruzione superiore, occupate non ancora rientrate al lavoro, di età più avanzata, coniugate, hanno partorito con parto spontaneo, hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita, hanno partecipato a gruppi di sostegno in puerperio e hanno partecipato a gruppi di incontro tra mamme.

Tabella 77. Fattori associati con allattamento esclusivo al seno a 3 mesi dal parto

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% allatt. esclusivo	OR	IC 95%	n.	% allatt. esclusivo	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1414	42,0	1		239	39,9	1	
≥Media superiore	3878	51,8	1,21	0,96-1,53	332	57,7	1,38	0,94-2,04
Stato occupazionale a 3 mesi								
Non occupate	1538	41,8	1		288	63,7	1	
Occupate	647	45,1	1,05	0,74-1,48	93	18,2	0,19	0,09-0,41
rientrate a lavoro								
Occupate non ancora rientrate al lavoro	3107	53,4	1,31	1,07-1,61	190	51,0	0,46	0,21-1,01
Età								
<30 anni	1416	42,7	1		328	48,0	1	
30-34 anni	1998	50,3	1,13	0,93-1,38	150	53,9	1,28	0,75-2,18
>34 anni	1874	53,0	1,24	0,99-1,55	93	46,8	1,02	0,63-1,65
Parità								
Primipare	2820	45,5	1		299	48,1	1	
Pluripare	2384	53,4	1,57	1,38-1,78	264	50,9	1,40	0,88-2,24
Stato civile								
Coniugate	4108	50,1	1		418	53,8	1	
Nubili/sep/div/ved	1184	46,6	0,93	0,71-1,22	153	39,3	0,86	0,56-1,32
Tipo parto								
Spontaneo	3430	54,1	1		414	49,6	1	
TC	1860	40,3	0,65	0,56-0,75	156	50,0	1,01	0,62-1,66
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4600	48,4	1		262	47,7	1	
CF/ostetrica	687	54,3	1,21	0,99-1,47	309	50,9	1,30	0,89-1,91
Partecipazione CAN								
No	2356	41,1	1		392	47,9	1	
Sì	2916	55,7	1,38	1,18-1,63	176	53,5	1,05	0,55-1,99
Rooming-in								
No	2401	42,6	1		149	41,8	1	
Sì	2891	54,9	1,35	1,00-1,82	422	51,8	1,93	0,78-4,73
Partecipazione gruppi sostegno								
No	4539	47,2	1		498	47,5	1	
Sì	683	65,4	1,58	1,02-2,45	70	66,4	2,27	0,69-7,41
Partecipazione a gruppi di autoaiuto mamme								
No	4187	46,8	1		480	46,1	1	
Sì	1057	61,7	1,34	0,99-1,81	89	69,5	1,75	0,59-5,15
Anno di indagine								
2008-9	2701	49,6	1		274	50,5	1	
2010-11	2591	49,0	0,97	0,80-1,19	297	48,5	1,02	0,55-1,90
Area di provenienza								
Est Europa					344	62,4	1	
Asia					83	17,3	0,23	0,06-0,89
Africa					77	49,1	0,56	0,35-0,91
Centro/Sud America					64	57,1	0,84	0,37-1,94

Per le straniere le variabili associate con l'allattamento al seno sono tendenzialmente simili alle italiane. In particolare si osserva il ruolo protettivo svolto dalla partecipazione al CAN e ai

gruppi di sostegno per le straniere. Le donne asiatiche a 6 mesi dal parto allattano meno frequentemente al seno (Tabella 78).

Tabella 78. Fattori associati con l'allattamento al seno (esclusivo + predominante + complementare) a 6 mesi dal parto

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% allatt. al seno	OR	IC 95%	n.	% allatt. al seno	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1367	47,5	1		220	48,2	1	
≥Media superiore	3768	59,3	1,33	1,05-1,68	312	67,3	1,34	0,87-2,06
Stato occupazionale a 3 mesi								
Non occupate	1485	49,5	1		264	70,0	1	
Occupate	1681	54,9	1,06	0,87-1,28	135	36,0	0,31	0,17-0,55
rientrate a lavoro								
Occupate non ancora rientrate al lavoro	1969	62,3	1,37	1,15-1,63	133	66,1	0,60	0,33-1,11
Età								
<30 anni	1354	49,5	1		298	58,5	1	
30-34 anni	1951	55,8	1,08	0,93-1,26	141	58,3	0,96	0,58-1,59
>34 anni	1827	61,6	1,43	1,21-1,69	93	60,7	1,19	0,64-2,21
Parità								
Primipare	2727	54,6	1		274	59,6	1	
Pluripare	2320	57,8	1,30	1,08-1,57	250	58,4	0,97	0,65-1,44
Stato civile								
Coniugate	3992	57,3	1		395	65,0	1	
Nubili/sep/div/ved	1143	52,7	0,85	0,67-1,07	137	43,1	0,57	0,30-1,10
Tipo parto								
Spontaneo	3331	60,6	1		372	59,8	1	
TC	1802	48,1	0,65	0,57-0,73	159	57,3	0,63	0,29-1,36
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4465	55,5	1		244	59,5	1	
CF/ostetrica	664	60,8	1,23	1,02-1,48	287	58,4	1,10	0,64-1,89
Partecipazione CAN								
No	2259	47,5	1		353	54,3	1	
Sì	2854	62,9	1,40	1,14-1,71	175	67,8	1,46	0,87-2,45
Rooming-in								
No	2315	52,5	1		154	53,2	1	
Sì	2820	59,4	1,06	0,83-1,35	378	60,9	1,63	0,60-4,45
Partecipazione gruppi sostegno								
No	4219	54,2	1		422	57,2	1	
Sì	643	74,0	1,67	1,08-2,58	59	77,2	3,76	1,77-7,96
Partecipazione a gruppi di autoaiuto mamme								
No	3876	53,4	1		402	57,0	1	
Sì	1010	71,1	1,47	1,07-2,03	79	72,1	0,85	0,42-1,71
Anno di indagine								
2008-9	2590	56,7	1		240	58,6	1	
2010-11	2545	55,9	0,97	0,83-1,14	292	59,0	1,31	0,99-1,74
Area di provenienza								
Est Europa					317	66,0	1	
Asia					68	20,9	0,18	0,04-0,93
Africa					86	72,0	1,57	0,70-3,54
Centro/Sud America					58	78,6	1,80	0,65-5,04

A 12 mesi dal parto le donne italiane che allattano al seno sono più frequentemente occupate non ancora rientrate al lavoro, di età più avanzata, hanno partorito con parto spontaneo, hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita e hanno partecipato a gruppi di sostegno in puerperio. Le donne straniere che allattano al seno sono più frequentemente non occupate, di età più avanzata, hanno partorito con parto spontaneo; inoltre si rileva un aumento della probabilità di allattare al seno nella seconda indagine rispetto alla prima. Per le straniere le variabili associate con l'allattamento al seno sono tendenzialmente simili alle italiane (Tabella 79).

Tabella 79. Fattori associati con allattamento comunque al seno a 12 mesi dal parto

Variabili	Italiane				Straniere			
	n.	% allatt.	OR	IC 95%	n.	% allatt.	OR	IC 95%
Livello istruzione								
≤Media inferiore	1326	29,0	1		207	27,3	1	
≥Media superiore	3591	33,3	1,03	0,83-1,30	294	34,8	0,79	0,44-1,42
Stato occupazionale a 3 mesi								
Non occupate	1146	28,0	1		183	43,8	1	
Occupate	3085	32,6	1,04	0,86-1,26	260	26,2	0,44	0,24-0,79
rientrate al lavoro								
Occupate non ancora rientrate al lavoro	686	37,2	1,26	0,99-1,60	58	27,3	0,46	0,14-1,52
Età								
<30 anni	1304	26,4	1		284	28,0	1	
30-34 anni	1870	32,3	1,24	0,96-1,60	134	34,6	1,57	1,12-2,21
>34 anni	1737	36,4	1,52	1,17-1,98	83	36,9	1,63	0,86-3,06
Parità								
Primipare	2606	31,7	1		261	28,5	1	
Pluripare	2223	32,9	1,06	0,86-1,29	233	35,4	1,12	0,77-1,63
Stato civile								
Coniugate	3824	33,1	1		361	36,9	1	
Nubili/sep/div/ved	1093	29,3	0,83	0,60-1,16	140	18,9	0,60	0,34-1,08
Tipo parto								
Spontaneo	3223	34,6	1		356	32,5	1	
TC	1692	27,6	0,78	0,66-0,91	145	28,5	0,39	0,24-0,64
Assistenza								
Ginecologo (no CF)	4265	31,9	1		224	35,0	1	
CF/ostetrica	645	34,2	1,16	0,91-1,48	277	28,8	0,74	0,48-1,14
Partecipazione CAN								
No	2150	26,2	1		331	29,8	1	
Sì	2744	36,7	1,44	1,20-1,73	166	34,4	1,16	0,46-2,90
Rooming-in								
No	2188	29,7	1		138	28,8	1	
Sì	2729	34,2	1,08	0,91-1,28	363	32,2	1,11	0,80-1,53
Partecipazione gruppi sostegno								
No	3986	31,2	1		384	30,8	1	
Sì	615	42,7	1,45	1,04-2,04	57	31,1	0,97	0,41-1,28
Partecipazione a gruppi di autoaiuto mamme								
No	3654	31,3	1		367	30,1	1	
Sì	971	38,8	1,00	0,74-1,35	74	35,3	1,11	0,54-2,30
Anno di indagine								
2008-2009	2513	30,4	1		220	28,8	1	
2010-2011	2404	33,9	1,17	0,93-1,49	281	33,3	1,64	1,16-2,34
Area di provenienza								
Est Europa					293	38,5	1	
Asia					80	7,1	0,14	0,03-0,64
Africa					73	47,5	1,18	0,56-2,49
Centro/Sud America					53	33,6	0,88	0,26-2,99

Solo per le pluripare riportiamo in Tabella 80 le prevalenze di allattamento al seno a 12 mesi, secondo le modalità di allattamento del figlio precedente definite come “non allattato al seno”, “allattato al seno per meno di 3 mesi” e “allattato al seno per più di 3 mesi”. I risultati, sia per le italiane che per le straniere, mostrano come l’allattamento al seno a 12 mesi del figlio attuale sia più frequente per le donne che hanno allattato per più di 3 mesi il figlio precedente.

Tabella 80. Allattamento al seno a 12 mesi dell’ultimo figlio e allattamento al seno figlio precedente – pluripare

Figlio precedente	Ultimo figlio			
	Italiane		Straniere	
	n.	% allattamento al seno a 12 mesi	n.	% allattamento al seno a 12 mesi
Non allattato al seno	226	14,8	27	14,6
Allattato meno di 3mesi	493	22,8	42	27,4
Allattato più di 3 mesi	1454	39,5	161	41,9

Tipo di allattamento – analisi non pesata

I problemi di tempistica tra lo svolgimento delle indagini e l’implementazione del programma per alcune ASL, già descritti nell’introduzione, non ci permettono di effettuare una valutazione complessiva dell’efficacia degli interventi su indicatori di esito quali le prevalenze di allattamento al seno. Dati questi limiti, possiamo valutare se e come siano cambiate le percentuali di allattamento al seno tra le due indagini attraverso una analisi non pesata (supponendo che quanto osservato sia effetto degli interventi, seppure parziali o condotti solo in alcune ASL) ed escludendo le due ASL che non hanno completato tutti i follow-up. L’analisi non pesata significa che i campioni di tutte le ASL hanno lo stesso peso e la valutazione dell’intervento viene fatta in maniera indipendente dal fatto che la ASL rappresentata sia piccola o grande. Dall’analisi non pesata, utilizzando nei modelli di regressione le stesse variabili di aggiustamento considerate nell’analisi pesata, è possibile verificare come il tipo di allattamento per le italiane tenda a migliorare nella seconda indagine: aumenta la percentuale di allattamento esclusivo al seno sia al momento del parto, dal 57,0% al 63,1% (OR aggiustato =1,21; IC 95%: 1,09-1,35), che a 3 mesi dopo il parto, dal 50,5% al 53,5% (OR aggiustato =1,05; IC 95%: 0,94-1,18); si rileva inoltre un aumento delle percentuali di allattamento comunque al seno a 6 mesi dal 57,1% al 58,9% (OR aggiustato=1,06; IC 95%: 0,96-1,18), e a 12 mesi dal 32,3% al 37,1% (OR aggiustato =1,22; IC 95%: 1,08-1,38). Per le straniere si rileva un miglioramento evidente solo a 12 mesi con una percentuale di allattamento al seno che passa dal 32,7% al 42,4% (OR aggiustato =1,64; IC 95%: 1,10-2,43) (Tabella 81).

Nell’intervista effettuata a 12 mesi dal parto, tra le donne che per un periodo hanno allattato in modo esclusivo al seno, il 24,2% delle italiane nella prima indagine e il 17,4% nella seconda dichiarano di aver smesso entro il primo mese dal parto; i corrispondenti valori per le straniere sono 24,9% e 14,1% rispettivamente (Tabella 82).

La durata di allattamento esclusivo al seno è stata analizzata con un modello di regressione di COX che ha confermato una riduzione significativa del rischio di interruzione di allattamento esclusivo al seno nella seconda indagine rispetto alla prima: italiane RR=0,86 (IC95%: 0,80-0,93); straniere RR=0,80 (IC95%: 0,63-1,00) (dati non riportati in tabella).

Tabella 81. Tipo di allattamento (%) – analisi non pesata

Allattamento al seno	al parto			a 3 mesi			a 6 mesi			a 12 mesi		
	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.	2008-9	2010-11	Tot.
Italiane												
n.	3165	3024	6189	2712	2608	5320	2590	2545	5135	2513	2404	4917
Esclusivo	57,0	63,1	59,9	50,5	53,5	52,0	9,2	7,1	8,2	0,7	0,4	0,6
Predom.	13,4	7,5	10,6	7,2	6,7	7,0	1,9	1,3	1,6	0,2	0,1	0,1
Complement.	21,5	21,8	20,6	14,4	14,2	14,3	46,0	50,6	48,2	31,4	36,6	34,0
No seno	8,2	7,6	7,9	28,0	25,6	26,8	42,9	41,1	42,0	67,7	62,9	65,3
Straniere												
n.	366	387	753	278	308	586	240	292	532	220	281	501
Esclusivo	71,0	66,4	68,6	53,5	51,7	52,5	8,0	10,0	9,1	0,0	1,1	0,6
Predom.	5,0	3,4	4,4	6,5	8,1	7,4	1,3	2,4	1,9	0,5	0,0	0,2
Complement.	18,0	18,2	18,2	13,1	14,2	13,7	52,1	51,2	51,6	32,2	41,3	37,3
No seno	5,9	11,6	8,8	26,9	26,0	26,4	38,6	36,3	37,3	67,3	57,6	61,8

Tabella 82. Mese (%) di interruzione dell'allattamento esclusivo al seno – domanda posta al follow-up dei 12 mesi

Mese di interruzione	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 1679)	2010-11 (n. 1532)	Totale (n. 3211)	2008-9 (n. 165)	2010-11 (n. 177)	Totale (n. 342)
Entro 1° mese	24,2	17,4	21,0	24,9	14,1	19,3
2°-3°	15,5	15,0	15,4	13,9	11,9	12,9
4°-5°	30,0	27,8	29,0	31,5	29,9	30,7
6°	23,1	31,1	26,9	24,2	35,6	30,1
>6°	8,2	8,7	8,7	5,4	8,5	7,0

Fumo prima, durante e dopo la gravidanza

Nella tabella seguente sono riportate le prevalenze di donne che hanno dichiarato di fumare al momento dell'intervista, stimate come rapporto tra il numero di fumatrici e il totale delle donne intervistate a ciascun follow-up.

Il 24,4% delle donne italiane e il 14,6% delle donne straniere era fumatrice prima della gravidanza; le prevalenze scendono rispettivamente al 7,5% e 5,6% durante la gravidanza e risalgono fino all'11,6% e 9,3% a 12 mesi (Tabella 83).

Tabella 83. Prevalenza fumatrici (%)

Cittadinanza	Prima della gravidanza	Durante la gravidanza	A 3 mesi dal parto	A 6 mesi dal parto	A 12 mesi dal parto
Italiane	24,4	7,5	9,2	11,3	11,6
Straniere	14,6	5,6	6,1	9,1	9,3

Il 69,5% delle fumatrici italiane dichiara di aver smesso durante la gravidanza. Questa percentuale tende a diminuire con l'aumentare del numero di sigarette fumate. Per le fumatrici che continuano a fumare in gravidanza si rileva comunque una tendenza a diminuire il numero di sigarette (Tabella 84).

Tabella 84. Abitudine (%) al fumo prima e durante la gravidanza – totale italiane

Sigarette fumate prima della gravidanza (n.)	Abitudine al fumo durante la gravidanza				
	n.	Ha smesso	n. di sigarette al giorno		
			≤5	6-10	10+
≤ 5 sigarette al giorno	539	84,6	15,2	0,2	-
tra 6 e 10 sigarette al giorno	547	68,4	23,6	8,0	-
più di 10 sigarette al giorno	441	52,9	27,1	13,9	6,2
Totale fumatrici	1527	69,5	21,7	7,0	1,8

L'analisi seguente si riferisce alle sole donne che hanno completato il follow-up.

Tra le italiane fumatrici, che in gravidanza avevano smesso, è stata riportata una ripresa del fumo del 18,5% entro 3 mesi, del 28,5% entro 6 mesi e del 30,5% entro 12 mesi (Tabella 85). Rispetto a quanto riportato in letteratura (circa di 70-80% di ripresa entro 6-12 mesi), l'astinenza dal fumo appare più duratura.

Tabella 85. Ripresa (%) dell'abitudine al fumo (donne che hanno completato il follow-up)

Cittadinanza	Fumatrici prima della gravidanza n.	Fumatrici che hanno smesso in gravidanza n.	Ripresa fumo entro 3 mesi dal parto %	Ripresa fumo entro 6 mesi dal parto %	Ripresa fumo entro 12 mesi dal parto %
Italiane	1107	767	18,5	28,5	30,5
Straniere	78	49	10,2	23,5	29,5

Tra le italiane fumatrici prima della gravidanza, il rischio di continuare a fumare anche durante la gravidanza è significativamente più elevato per le donne con livello di istruzione basso, non coniugate, pluripare, forti fumatrici (>10 sigarette) e residenti al Nord (Tabella 86).

Tra le donne che hanno smesso di fumare in gravidanza, la ripresa del fumo entro 12 mesi dal parto è significativamente più frequente per coloro che sono non occupate, pluripare, giovani, che erano forti fumatrici e che non allattano al seno (Tabella 87).

Per ulteriori approfondimenti sulla tematica fumo e allattamento al seno, si rimanda all'articolo pubblicato da Lauria *et al.*(22).

Tabella 86. Fattori associati con l'abitudine al fumo durante la gravidanza – donne italiane

Variabili	Modalità	Fumatrici prima della gravidanza (n. 1534)			
		n.	% che continua a fumare in gravidanza	OR	IC 95%
Livello di istruzione	≤Media inferiore	567	43,8	1	
	≥Media superiore	949	22,2	0,39	0,30-0,50
Stato occupazionale	Non occupate	495	35,7	1	
	Occupate	1021	27,8	0,88	0,65-1,18
Stato civile	Coniugate	955	24,9	1	
	Nubili/sep/div/ved	561	38,7	1,73	1,24-2,42
Parità	Primipare	921	27,6	1	
	Pluripare	563	34,9	1,52	1,23-1,86
Età	<30 anni	563	31,4	1	
	30-34 anni	541	26,7	0,89	0,68-1,15
	>34 anni	412	33,7	1,20	0,94-1,53
Tipo fumatrice	Fino a 10 sigarette	1079	23,4	1	
	Più di 10 sigarette	436	47,3	3,00	2,49-3,63
Ripartizione geografica	Nord	339	36,2	1	
	Centro	396	29,4	0,70	0,47-1,04
	Sud/isole	781	28,8	0,55	0,37-0,82
Anno di indagine	2008-9	760	31,3	1	
	2010-11	756	29,5	1,00	0,77-1,30

Tabella 87. Fattori associati con la ripresa del fumo entro 12 mesi dal parto – donne italiane che hanno completato il follow-up

Variabili	Modalità	Fumatrici prima della gravidanza che hanno smesso durante la gravidanza (n. 767)			
		n.	% che riprende a fumare entro 12 mesi	OR	IC 95%
Livello di istruzione	≤Media inferiore	234	38,7	1	
	≥Media superiore	530	26,9	0,81	0,50-1,32
Stato occupazionale a 12 mesi	Non occupate	159	44,5	1	
	Occupate rientrate a lavoro	493	28,3	0,62	0,32-1,19
	Occupate non ancora rientrate al lavoro	112	21,1	0,40	0,17-0,94
Stato civile	Coniugate	521	29,0	1	
	Nubili/sep/div/ved	243	33,1	1,31	0,86-1,99
Parità	Primipare	506	27,4	1	
	Pluripare	242	37,4	2,09	1,20-3,65
Età	<30 anni	274	35,0	1	
	30-34 anni	298	30,4	0,86	0,59-1,25
	>34 anni	192	24,1	0,54	0,33-0,90
Allattamento al seno	No	532	35,6	1	
	Sì	232	17,4	0,35	0,21-0,59
Tipo fumatrice	Fino a 10 sigarette	597	26,5	1	
	Più di 10 sigarette	166	44,5	2,46	1,43-4,22
Anno di indagine	2008-9	392	32,1	1	
	2010-11	372	28,9	0,98	0,61-1,56

Conclusioni

I limiti di questo studio, già descritti e dovuti ai problemi di tempistica che si sono verificati in alcune delle ASL partecipanti, rendono impossibile una valutazione piena dell'efficacia degli interventi sulle modalità di assistenza al percorso nascita, che necessiterebbe di tempi più lunghi di quelli entro cui questo studio si è dovuto concludere. Per questo proponiamo in questo rapporto un questionario ridotto che possa essere utilizzato sul territorio per successive valutazioni. Inoltre, il tipo di interventi in cui le singole ASL si sono impegnate, così come descritto nel capitolo dedicato, sono diversi e vanno dall'aver effettuato un'azione complessiva ad ampio raggio su tutto il percorso nascita, all'aver privilegiato l'attività assistenziale in gravidanza o quella in puerperio, oppure all'aver svolto un'azione mirata a migliorare un indicatore di esito quale l'allattamento al seno. Dati gli interventi non standardizzati e considerando i diversi livelli assistenziali di partenza delle ASL, non si può prescindere da una valutazione che ciascuna ASL dovrà fare a livello locale per evitare che l'efficacia di interventi eccellenti e l'inefficacia di interventi inutili si confondano e vengano annullati in una analisi complessiva.

Nonostante questi problemi, i risultati delle indagini qui riportati registrano cambiamenti importanti in alcuni degli indicatori considerati, soprattutto relativi all'assistenza in gravidanza e in puerperio, ma al contempo, registrano una stabilità di altri indicatori, in particolare quelli ospedalieri, che mettono in evidenza una diversa sensibilità dei vari settori assistenziali verso il cambiamento. Le resistenze maggiori al cambiamento si hanno sul tipo di assistenza in gravidanza, che per le italiane rimane soprattutto privata e a pagamento, così come permane l'abitudine ad effettuare un numero eccessivo di ecografie rispetto al numero raccomandato, 2 secondo la recente linea guida sulla gravidanza fisiologica (4), e un numero eccessivo di parti con TC in contrasto con quanto raccomandato anche dalla recente linea guida sul TC (15).

I risultati mostrano come l'essere seguita dal CF risulti sempre associato con una generale riduzione della medicalizzazione dell'assistenza in gravidanza e dell'evento nascita. Il CF inoltre diventa comunque una struttura di riferimento importante dopo la nascita osservando ad esempio, l'alta percentuale di donne che si rivolgono spontaneamente a questa struttura in caso di problemi una volta rientrata a casa. Confrontando le due indagini, il ruolo di continuo supporto alla donna dato dal CF nel suo percorso verso la maternità risulta essersi rafforzato. Si è evidenziato un aumento del numero di corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dal CF, un aumento dei servizi assistenziali offerti nel puerperio e anche un aumento delle citazioni del CF come fonte informativa sull'esistenza dei CAN e sulla contraccezione alla ripresa dei rapporti sessuali.

A volte gli indicatori assistenziali mostrano un miglioramento per le straniere ma non per le italiane, come ad indicare l'effetto di una azione specifica di offerta attiva rivolta alle fasce di popolazione più fragili dal punto di vista sociale. È il caso ad esempio della percentuale di donne straniere che indicano la non conoscenza dell'esistenza dei CAN come motivo della non partecipazione che passa dal 34,7% al 14,3% tra le due indagini.

Il miglioramento riguarda non solo il volume di attività offerto, ma anche la qualità, come si deduce dai giudizi espressi dalle donne sui singoli argomenti affrontati durante i corsi. D'altra parte, una delle attività più importanti effettuate nell'ambito del progetto è stata proprio quella della formazione del personale sanitario coinvolto a vario titolo nella organizzazione e conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita. Si è investito molto sui corsi di accompagnamento alla nascita in quanto gli studi osservazionali condotti dall'ISS hanno rilevato sempre importanti associazioni con migliori indicatori di esito del percorso nascita (2, 9, 10). Inoltre, anche se deboli, e a dispetto delle difficoltà metodologiche, tuttavia evidenze di efficacia sono emerse anche dagli studi clinici randomizzati controllati, evidenze che hanno

portato all'inserimento di una nota specifica sulla importanza di partecipare ai corsi di accompagnamento alla nascita nella recente linea guida sulla gravidanza fisiologica (4). Già nel POMI, i corsi erano stati identificati come strumento operativo fondamentale di attivazione di processi di conoscenza in grado di far emergere e migliorare le competenze delle donne per metterle così in grado di effettuare scelte consapevoli.

I risultati di questo studio confermano come la partecipazione ai CAN sia generalmente associata a migliori performance di una serie di indicatori di risultato e di esito, come il minore ricorso al TC, l'accettazione di una visita domiciliare, l'essere informata sui metodi di procreazione responsabile e allattare al seno. Mostrano anche come la partecipazione ai CAN e altre opportunità assistenziali siano però più frequentemente colte da donne che appartengono ad un livello socio-culturale più elevato, mettendo così in evidenza una criticità e sottolineando una potenzialità di miglioramento che è quella di operare secondo una logica di offerta attiva per migliorare in generale la qualità dell'assistenza e per ridurre il divario tra fasce sociali di popolazione.

Forti differenze nell'assistenza al percorso nascita si rilevano anche tra le ASL del Nord e del Sud del Paese: il percorso assistenziale per una donna del Sud appare più medicalizzato e l'azione dei servizi consultoriali meno incisiva, come mostrato dal maggiore numero di ecografie e di tagli cesarei e dalla minore offerta di corsi di accompagnamento alla nascita, di visite domiciliari e di accettazione delle visite se offerte. La medicalizzazione dell'evento nascita per una gravidanza fisiologica non significa maggiore sicurezza, ma al contrario può significare maggiore esposizione a pratiche potenzialmente rischiose come ad esempio al TC che, come mostrano evidenze scientifiche, aumenta il rischio di mortalità materna di circa 3 volte (14), non migliora gli esiti per il neonato (16) e, come mostrato dai risultati del presente studio, viene effettuato in settimana gestazionale troppo precoce rispetto alle 39 raccomandate in assenza di indicazioni cliniche specifiche. Anche il perdurare di pratiche come l'episiotomia, effettuata su circa il 45% dei parti spontanei, non trova giustificazioni cliniche, considerando che dovrebbe essere praticata solo in casi selezionati e che non ci sono chiare evidenze della sua efficacia nel ridurre problematiche post-parto come lacerazioni perineali e incontinenza.

A fronte di questo ricorso eccessivo ad interventi medici in assenza di indicazioni cliniche, diversificato a livello territoriale, le donne dichiarano, a grandissima maggioranza e senza differenze per cittadinanza, la loro preferenza per il parto spontaneo e per l'allattamento al seno. È significativo rilevare come anche le donne che hanno sperimentato entrambi i tipi di parto, spontaneo e TC, esprimano in grande maggioranza, più dell'80%, una preferenza per il parto spontaneo. Questi risultati sembrano indicare l'esistenza di una pressione esercitata da parte del sistema assistenziale, il quale in alcuni casi impone, attraverso l'adozione di specifici protocolli operativi, mentre in altri induce, più o meno apertamente, scelte non coerenti con le preferenze della donna, in un ambito come quello del percorso nascita in cui invece proprio la donna dovrebbe poter esprimere capacità di scelta ed essere aiutata a sviluppare questa sua competenza.

Se guardiamo nell'insieme quale sia stata l'attenzione dei servizi coinvolti verso la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno secondo le modalità e la tempistica raccomandata (20, 21) (esclusivo al seno fino a 6 mesi e comunque anche fino a 2 anni o anche più secondo quanto desiderato dalla madre e dal bambino), si rileva in generale un miglioramento nelle informazioni e nel sostegno forniti durante tutto il percorso nascita; possiamo imputare, almeno in parte, a questi miglioramenti l'aumento delle prevalenze non pesate di allattamento al seno e la riduzione al follow-up delle prevalenze di allattamento artificiale registrati tra le due indagini. Va tenuto conto del fatto che i cambiamenti registrati, anche se lievi, sono relativi ad un solo anno, quindi un arco temporale molto breve.

Le ragioni per cui l'allattamento al seno viene raccomandato e promosso sono ben note, ma vogliamo qui sottolineare un ulteriore aspetto che è emerso da questo studio: le donne fumatrici che durante la gravidanza hanno smesso, se al follow-up allattano al seno, hanno un tasso di ripresa del fumo significativamente più basso delle donne che non allattano. La promozione dell'allattamento al seno può avere quindi effetti positivi indiretti di sanità pubblica per tutta la popolazione (22). I miglioramenti comunque riguardano soprattutto le donne italiane e poco le straniere. Emergono maggiori difficoltà di tipo sociale per le donne straniere che pure iniziano con prevalenze di allattamento al seno più elevate rispetto alle italiane, ma che non riescono a mantenere al follow-up questo vantaggio, molto spesso per motivi di lavoro. D'altra parte anche il sostegno familiare su cui possono contare risulta ridotto rispetto a quello riferito dalle donne italiane.

In conclusione, possiamo affermare che molto è stato fatto dalle ASL che hanno partecipato al progetto e molto resta da fare. Questo progetto è terminato, ma ribadiamo l'importanza di continuare a lavorare nell'ottica di una programmazione e pianificazione delle attività anche a livello locale, che non si basi su principi di autoreferenzialità quanto piuttosto su un processo iterativo continuo di valutazione e aggiustamento degli interventi, attraverso l'uso di indicatori di processo, di risultato e di esito e avendo definito obiettivi chiari da perseguire. I temi del superamento di un modello assistenziale eccessivamente medicalizzato e della necessità di migliorare l'appropriatezza degli interventi nel percorso nascita rimangono attuali. Il Ministero della Salute, nel 2011, ha promosso un Piano nazionale approvato dalla Conferenza Stato Regioni finalizzato alla promozione e al miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC (18).

Il piano si articola nei seguenti 10 punti:

1. razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno;
2. carta dei servizi per il percorso nascita;
3. integrazione territorio-ospedale per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita;
4. sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul TC da parte del SNLG-ISS;
5. programma di implementazione delle linee guida;
6. elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
7. procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
8. formazione degli operatori;
9. monitoraggio e verifica delle attività;
10. istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita, un Comitato per il Percorso Nascita (CPN).

Appare evidente come queste indicazioni siano coerenti con quanto il POMI ha raccomandato dal 2000.

Per finire, una nota che dovrebbe collocarci all'avanguardia nel contesto internazionale e che riguarda la valutazione critica dei risultati raggiunti nel programma "Safe motherhood" dell'OMS, nella quale si sottolinea l'importanza di predisporre servizi caratterizzati da un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute e sostenuto da modalità operative basate sull'offerta attiva, operanti mediante relazioni di comunicazione secondo il modello della presa di coscienza delle donne" (23, 24). Il modello dei CF, così come rappresentati dal POMI, corrisponde a quello indicato nella nota, un motivo in più quindi per riflettere sull'importanza di potenziarli.

Bibliografia

1. Ministero della Sanità. Decreto ministeriale del 24/4/2000. Progetto Obiettivo Materno Infantile. *Gazzetta Ufficiale* n. 131 Suppl. Ord. n. 89 del 7/6/2000.
2. Lauria L, Andreozzi S (Ed.). *Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/12).
3. Boldrini R, Di Cesare M, Tamburini C (Ed.). *Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita Anno 2009*. Roma: Ministero della Salute. 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1731_allegato.pdf. ultima consultazione 15/06/2012.
4. SNLG-ISS. *Gravidanza fisiologica. Linea Guida 20*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlgiss.it./lgn_gravidanza_fisiologica_2010. Ultima consultazione 15/06/2012.
5. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD002869.
6. Schmied V, Myors K, *et al*. Preparing expectant couples for newparent experiences: a comparison of two models of antenatal education. *J Perinat Educ* 2002;11:20-7.
7. Maestas LM. The effect of prenatal education on the beliefs and perceptions of childbearing women: 2000 Virginia Larsen Research Grant winner. *Int J Childbirth Educ* 2003;18:17-21.
8. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 2009;116:1167-76.
9. Spinelli A, Baglio G, *et al*. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13:94-101.
10. Grandolfo M, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>; ultima consultazione 15/06/2012.
11. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 1999; 35(2):289-96.
12. Petruccielli E, Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A, Andreozzi S, Carbone P. Conoscenze, Attitudini e Comportamenti delle donne primipare e pluripare sulla prevenzione dei difetti del tubo neurale. In: Taruscio D, Granata O, Carbone P (Ed.). *Convegno. Prevenzione primaria delle malformazioni congenite. Network Italiano Promozione Acido Folico. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 24 novembre 2011. Riassunti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011 (ISTISAN Congressi 11/C6).
13. EURO-PERISTAT. *European Perinatal Health Report – better statistics for better health for pregnant women and their babies*. EURO-PERISTAT; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com; ultima consultazione 23/04/2012.
14. Senatore S, Donati S, Andreozzi S (Ed.). *Studio della cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/6).
15. SNLG-ISS. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19*. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it./lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne; Ultima consultazione 15/06/2012.

16. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Caesarean section*. Manchester: NICE; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57163/57163.pdf>; ultima consultazione 17/10/2012.
17. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth* 2003;30:89-93.
18. Italia. Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". (Rep. Atti n. 137/CU) (11A00319). *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 13 del 18 gennaio 2011.
19. Grandolfo ME, Spinelli A, Donati S, Pediconi M, Timperi F, Stazi MA, Andreozzi S, Greco V, Medda E, Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991 (Rapporti ISTISAN 91/25).
20. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva: WHO, Division of Child Health and Development; 1998. (WHO/CHD/98.9).
21. Cattaneo A, Macaluso A, Di Mario S, Ronfani L, Materassi P, Quintero Romero S, Milinco M, Knowles A. *EU Project on promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action* (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www2.burlo.trieste.it/documenti/newblueprintit.pdf>; ultima consultazione 01/08/2012.
22. Lauria L, Lamberti A, and Grandolfo M. Smoking behaviour before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *ScientificWorldJournal* 2012;2012:154910.
23. World Health Organization. Department of Making Pregnancy Safer. *Making a difference in countries strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*. Geneva: WHO; 2006.
24. WHO Department of Making Pregnancy Safer. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311/en/index.html; ultima consultazione 01/08/2012.

ATTIVITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE REALIZZATE E PROGRAMMATE NELLE ASL ADERENTI AL PROGETTO

Gruppo di lavoro sul percorso nascita (a), Sonia Rubimarca (b), Silvia Andreozzi (b), Laura Lauria (b), Michele Grandolfo (b)*

(a) I componenti del Gruppo di lavoro sono elencati in Appendice A

(b) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

In questo capitolo sono presentate le attività che ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL) ha implementato e programmato sul proprio territorio nell'ambito del progetto "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" al fine di migliorare e orientare l'assistenza nel rispetto dei principi stabiliti dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Il protocollo dello studio ha previsto alcuni interventi standard che hanno coinvolto allo stesso modo tutte le ASL (*vedi* capitolo "Corso di formazione sulla conduzione dei Corsi di accompagnamento alla nascita") ma si è lasciato anche che ciascuna ASL, con il supporto continuo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), interpretasse le modalità di realizzazione degli interventi secondo le proprie sensibilità e possibilità agendo a livello organizzativo, formativo e comunicativo, seppure vincolate dalla limitazione delle risorse dedicate ai servizi territoriali che ha condizionato la completezza della realizzazione del programma.

Inoltre, le attività implementate in ciascuna ASL risentono del diverso livello di coinvolgimento nello studio dei servizi territoriali; in alcuni casi, ad esempio, è stata coinvolta un'area vasta, in altre un distretto. Si è scelto quindi di far descrivere liberamente a ciascuna ASL il proprio lavoro senza far riferimento ad una griglia per standardizzare la modalità di presentazione. Questa impostazione da un lato, e il diverso livello di dettaglio con il quale ciascuno ha deciso di illustrare le proprie attività dall'altro, si riflette in una certa variabilità delle relazioni. D'altra parte, la chiave di lettura non deve essere quella di una valutazione comparativa della qualità delle attività svolte dalle varie ASL quanto piuttosto un approccio volto a ricercare suggerimenti, stimoli e motivazioni per continuare a migliorarsi attraverso l'esperienza di chi condivide principi e obiettivi. Spetta alle singole ASL il compito di valutare criticamente le attività implementate nel proprio territorio in funzione di quanto emerge dall'osservazione degli indicatori assistenziali nelle due indagini del 2008-2009 e del 2010-2011 riportati in allegato al capitolo.

Il continuo processo di identificazione degli obiettivi, di attivazione degli interventi e conseguente valutazione di efficacia dovrebbe rappresentare un atteggiamento culturale prima che professionale di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso assistenziale al fine di migliorare e promuovere la salute delle donne e dei bambini.

Corrediamo questo capitolo con un questionario ridotto rispetto a quello usato nel Progetto (Appendice C), al fine di fornire alle ASL uno strumento per la conduzione di periodiche indagini territoriali volte alla auto-valutazione della qualità dell'attività svolta e del raggiungimento di obiettivi specifici. Su richiesta verrà fornito un CD con il software per il caricamento dei dati e per effettuare semplici analisi descrittive.

* dal 2010 collabora come esperto esterno

ASL Alessandria

È stato istituito un Coordinamento Aziendale per Revisione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) a cui partecipano tutti i Distretti dell'ASL: Tortona, Novi Ligure, Alessandria, Casale Monferrato, Ovada, Acqui Terme e Valenza.

Le azioni effettuate dal coordinamento sono state:

- confronto sulle realtà esistenti;
- revisione dell'organizzazione alla luce dell'esperienza effettuata con la sperimentazione con l'ISS e la successiva formazione (Roma, febbraio 2011);
- condivisione di ipotesi su un modello unico per l'ASL.

I primi incontri di confronto delle esperienze hanno portato alla stesura di una scheda descrittiva che andrà riveduta e completata dai componenti del gruppo, naturalmente con il supporto dei colleghi della propria sede se hanno suggerimenti e informazioni, ed è stata realizzata valutando i seguenti criteri (in parte già noti e in parte emersi dalla ricerca):

- *Quando si inizia:* importanza di anticipare, nelle sedi dove ancora non avviene, l'inizio almeno alla 14^a-16^a settimana.
- *Strategie:* distribuzione della agenda della gravidanza; utilizzo del test integrato; comunicazione alle partecipanti che viene il rilasciato permesso da consegnare sul posto lavoro.
- *Destinatari:* necessità di offrire alcuni incontri a tutti, alcuni riservati alle donne e altri specifici per le coppie.
- *Tipologia di incontro:* necessità di distinguere le tipologie di incontro a seconda della metodologia di conduzione e i destinatari.
- *Metodologia di conduzione:* dal confronto con l'ISS emerge la necessità che si utilizzino tecniche attive (lavori in piccoli gruppi, utilizzo di schede, materiale da dare a disposizione dei partecipanti per costruire cartelloni, *brainstorming*, *role playing*, informazioni utili su cartoncini, eventuali CD video-audio, lavoro corporeo e rilassamento).
- *Conduttori:* si concorda che la conduzione di ogni corso deve essere affidata ad un UNICO operatore – possibilmente un'ostetrica del Consultorio Familiare (CF) o ad un piccolo gruppo se si è in grado di condividere la metodologia – che attiva il gruppo, ne cura la sua formazione e lo segue in tutto il percorso, utilizzando la metodologia di conduzione sopra descritta.
- *Incontri a tema:* gli incontri condotti con uno stile di “lezione frontale” sui vari argomenti verranno indicati come incontri a tema tenuti da pediatri di libera scelta, pediatri ospedalieri, ginecologi, avvocati, assistenti sociali.
In particolare il gruppo delle assistenti sociali dei CF si sono coordinate per organizzare incontri a tema sulla legislazione e pari opportunità con il supporto dell'ASL di Prato che ha partecipato alla formazione con l'ISS.
- *Materiale divulgativo:* si avverte la necessità della stesura di un opuscolo informativo (da realizzarsi), che potrà contribuire a rafforzare nella donna la consapevolezza di essere loro le “protagoniste” del percorso facendo intendere le finalità del CAN (accompagnamento ed empowerment) e non creando l'equivoco che il CAN sia costituito solo dalle “lezioni frontali”.
- *Materiale didattico:* si concorda anche di valutare l'opportunità di condividerlo (in uno dei prossimi incontri del gruppo) ed eventualmente predisporre di nuovi.

- *Incontri di coppia*: si ritiene importante incrementarli e valorizzarli (come da indicazione ISS), offrendo (possibilmente anche nelle sedi dove attualmente non avviene):
 - visita sala parto;
 - incontri su sessualità, vita di coppia con metodologia attiva;
 - apertura a tutti degli incontri a tema.

Si è esaminata poi l'offerta attiva con le seguenti considerazioni:

- l'agenda di gravidanza è un ottimo strumento; in tutte le sedi le donne vengono informate, alla consegna, dell'esistenza dei CAN, in alcune viene proposto e si prende un numero di telefono per contattarle successivamente; si ritiene di poter usare come metodologia comune questa pratica;
- al momento non esistono esperienze diffuse per l'offerta degli esami preconcezionali e dell'assunzione dell'acido folico; finora si è provato con le seguenti azioni (non in modo continuativo né sistematico e pertanto non si sono ottenuti risultati soddisfacenti):
 - volantini dei CF distribuiti presso le farmacie, i laboratori analisi, i negozi specifici;
 - richiesta all'anagrafe dei nominativi delle coppie che fanno le pubblicazioni di matrimonio (difficile perché occorre il consenso informato);
- si ritiene di dover individuare modalità più agili e trovare strategie utili per rispettare le norme sulla privacy (ad esempio lasciare un prestampato da compilare con i dati per essere contattati e la richiesta di consenso agli sportelli ASL di scelta e revoca del medico di base e a quelli CUP (Centri Unici di Prenotazione) e laboratori analisi;
- è difficile raggiungere le coppie di fatto per il preconcezionale.

Il confronto sulle attività dopo-parto ha evidenziato:

- la presenza di incontri in tutte le sedi con qualche differenza;
- la necessità di offrire almeno 1-2 incontri di gruppo e promuovere gruppi di allattamento materno o Leche League o altri gruppi (es. "Mamme in cerchio"), più vari incontri a tema a seconda delle realtà non necessariamente in CF (es. "Nati per leggere" in biblioteca);
- la possibilità di incrementare lo sportello all'allattamento con alcune ore di libero accesso e, se più funzionale all'organizzazione di quel CF, su appuntamento;
- l'utilità di organizzare gruppi di massaggio per favorire l'accesso alle donne che in alcune sedi partecipano poco;
- favorire l'offerta attiva presso il punto nascita con opuscolo informativo da inserire nell'agenda del neonato (già attivato nella maggior parte delle sedi);
- individuare i nuovi nati con richiesta di firma del consenso informato per poter contattare i genitori che si presentano allo sportello di scelta e revoca del medico/pediatra (metodo già sperimentato in occasione della ricerca e rivelatosi molto efficace).

Si è dedicato un piccolo spazio al tema dell'acquaticità sottolineando il gradimento delle donne che vi partecipano nel pre-parto e anche per i neonati e la presenza di letteratura che ne sostiene l'efficacia. Si sottolinea la difficoltà ad offrire a tutti questa opportunità per scelte diverse del territorio e carenza di risorse.

Si ribadisce che per i CAN per le donne straniere è più funzionale organizzare incontri con la presenza delle mediatrici culturali, con gruppi di donne gravide e con figli piccoli insieme.

Si concorda di effettuare un incontro per:

- condividere il materiale e le tecniche di conduzione;
- stabilire dei criteri per coinvolgere i Punti Nascita nella progettazione dei corsi, in modo da concordare sugli aspetti più salienti (allattamento, contatto pelle-pelle, episiotomia, cesarei).

Contemporaneamente, come progetto-pilota nel CF, del Distretto di Novi Ligure dopo la formazione residenziale di 2 ostetriche all'ISS (Roma, febbraio 2011) ha avuto luogo un

momento di condivisione locale che ha interessato trasversalmente tutti gli operatori del CF e del punto nascita di riferimento.

È in corso invece un'attività più estesa di confronto tra il Coordinamento dei CF della ASL e tutti i Punti Nascita dell'ASL e dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera di Alessandria.

Si è concordato inoltre di condividere con le ASL di Torino (TO3) e Cuneo (ASLCN1), anch'esse partecipanti al progetto sul percorso nascita, e i 3 distretti della ex ASL22 di Alessandria le seguenti azioni:

- organizzazione di un evento/incontro a dicembre 2011 con le 3 ASL che hanno partecipato al progetto per discutere dei risultati emersi dalle indagini;
- organizzazione di quattro sessioni di un corso di formazione di 4 giornate a cui potranno accedere gli operatori delle 3 ASL che si occupano di CAN;
- confronto delle esperienze e conseguente elaborazione di una proposta relativa ai contenuti e alle tecniche, che sarà realizzata dal presente gruppo.

ASL 1 Cuneo

L'attività di implementazione del POMI relativamente al percorso nascita nel nostro territorio si è articolata su 3 obiettivi: umanizzazione, allattamento al seno e formazione del personale.

Gli interventi identificati e attuati per ciascuno di questi obiettivi sono stati:

- *Umanizzazione*
 - ambulatorio della gravidanza fisiologica: istituito nel 2003, negli ultimi due anni è stato potenziato con l'inserimento di altre due ostetriche;
 - inserimento di una psicologa a progetto (30 ore settimanali) per le gravide in difficoltà, per le famiglie, per gli adolescenti;
 - CAN e corsi post-parto: sono aumentati passando da un nuovo corso al mese con 20 donne circa ciascuno a due nuovi corsi al mese con pari numero di donne;
 - sperimentazione di un incontro nei CAN e post-parto dedicato al fit walking, sull'importanza del cammino (istituiti corsi di formazione per il personale) per la prevenzione dell'incremento del peso in gravidanza e dell'obesità;
 - convenzione con Cooperativa di mediazione interculturale per la presenza di mediatrice di lingua araba in CF e di altre lingue all'occorrenza, al fine di: favorire l'accesso ai CAN alle donne extracomunitarie, consegnare l'agenda della gravidanza, accompagnare alla visita dal ginecologo, agli accertamenti e al bilancio di salute previsto alla 36^a settimana in ospedale, e accompagnare al percorso IVG.
 - traduzione in lingua di opuscoli informativi;
 - distribuzione in CF dell'agenda della gravidanza elaborata dalla Regione Piemonte a tutte le donne gravide residenti o domiciliate nell'ASL CN1: momento utile per illustrare il percorso nascita. Durante la consegna viene fatta una breve consulenza e vengono presentate le attività del CF per la gravida, incentivando soprattutto l'assunzione dell'acido folico e la partecipazione ai CAN.
 - corsi di massaggio infantile con richieste raddoppiate dal 2010 al 2011;
 - presentazione delle attività consultoriali ai Medici di Medicina Generale (MMG), con incontro con le équipe territoriali e distribuzione di opuscoli informativi. L'incontro ha l'obiettivo di sensibilizzare all'importanza dell'assunzione dell'acido folico e alla partecipazione ai CAN delle loro utenti;

- consegna alla neomamma alla dimissione dal punto nascita dell'agenda della salute, nella quale viene inserita una paginetta con la descrizione e gli orari delle attività che il CF dedica ai bambini (corso di massaggio, spazio bimbo, sostegno all'allattamento, ecc.), invitandola a parteciparvi.
- *Promozione dell'allattamento al seno*
 - promozione dell'allattamento al seno nei CAN: ogni corso di accompagnamento alla nascita prevede due incontri sull'argomento, uno svolto da una assistente sanitaria e uno da un pediatra, ambedue formatori con corso OMS 18 ore;
 - ambulatorio per l'allattamento: aperto settimanalmente in tutte le tre sedi consultoriali. Personale formato è tuttavia presente nei CF tutti i giorni per rispondere alle eventuali richieste.
- *Formazione del personale*
 - corso di formazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) 18 ore sull'allattamento al seno per il personale sanitario. Per ogni anno 2008/2009/2010 sono stati fatti 4 corsi di formazione con un totale di 240 operatori formati;
 - corso di formazione "mamme libere dal fumo". Sono stati organizzati tre incontri di presentazione del programma in Regione Piemonte nel 2009. Quattro corsi di formazione in ASL nel corso del 2010 e quattro nel 2011 con un totale di 160 operatori formati;
 - corso di formazione interculturale sul percorso nascita con le mediatrici per il personale dei CF nel 2009;
 - corso di formazione su percorso nascita.

ASL 3 Torino

Nell'ASL TO3 le due indagini si sono svolte nel Distretto di Venaria, che comprende 6 comuni con circa 60.000 abitanti. Il Distretto è transitato nell'ASL TO3 (500.000 abitanti) nel 2009. All'epoca le attività materno-infantili territoriali esistenti nel distretto, svolte con competenza e professionalità da operatrici dedicate, sono risultate quantitativamente non sufficienti per la popolazione di riferimento. Inoltre non erano previsti interventi di promozione alla salute, né strategie di offerta attiva. Il controllo di gestione aziendale registrava una minima parte delle attività svolte e non erano in uso strumenti per verificare l'efficacia delle attività.

Le aperture dei CF, negli anni progressivamente ridotte, risultavano drammaticamente insufficienti. I CAN erano tenuti saltuariamente in un'unica sede e gestiti completamente da una sola ostetrica. Le donne in gravidanza residenti nell'area frequentavano i CAN negli ospedali dove intendevano partorire. L'implementazione è quindi partita contestualmente alla prima indagine e sta ancora proseguendo.

La riorganizzazione qualitativa e quantitativa delle attività materno-infantili territoriali è pensata secondo la metodologia indicata nella normativa nazionale (POMI) e regionale (DGR 34-8769 "Percorso nascita" del 2008; DGR 38-11960 "Agenda della Gravidanza" del 2009; documento "Profilo assistenziale per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio" del 2008 elaborato dalla Regione Piemonte) con il coinvolgimento dell'équipe di lavoro.

L'implementazione ha riguardato:

- *Offerta attiva*
 - L'offerta delle attività dei CF e consultori pediatrici, compresi i CAN, avviene attraverso:
 - la consegna, presso i consultori di zona, dell'Agenda della Gravidanza (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/component/content/article/266-lagenda->

- di-gravidanza.html) della Regione Piemonte, a tutte le donne residenti in gravidanza. La consegna è accompagnata da una breve consulenza e presentazione della carta dei servizi del percorso nascita aziendale da parte del personale sanitario. All'interno dell'Agenda è presente una pagina informativa sui CAN e la prescrizione sanitaria per poter accedere al corso in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- la diffusione di materiale informativo presso:
 - punti di prenotazione di visite ed esami;
 - studi pediatri di libera scelta;
 - studi dei medici di base;
 - studi privati degli specialisti ginecologi ;
 - uffici prenotazioni dell'ASL;
 - l'affissione di Cartelloni informativi presso:
 - l'ufficio anagrafe dei comuni del Distretto;
 - gli studi pediatri di libera scelta;
 - gli studi dei medici di base;
 - gli studi privati degli specialisti ginecologi;
 - gli uffici prenotazioni dell'ASL;
 - le parrocchie;
 - il contatto telefonico: le neo mamme vengono contattate telefonicamente dagli operatori dei consultori pediatrici per una breve consulenza telefonica sui servizi disponibili sul territorio; l'elenco dei nuovi nati viene fornito a cadenza settimanale dalle anagrafi comunali e dai centri di neonatologia dei Punti Nascita di riferimento del territorio;
 - la consegna di una Lettera informativa e di volantini di presentazione delle attività (da gennaio 2011) agli sportelli dei CUP ai neo-genitori all'atto della scelta del pediatra di base.
- *Lavoro di équipe*
Gli incontri periodici dell'équipe di conduzione degli incontri di accompagnamento alla nascita sono stati formalizzati e inseriti nella programmazione delle attività. L'obiettivo è mantenere costante il confronto sulle modalità operative, individuare strategie di miglioramento del lavoro, condividere le procedure assistenziali con particolare attenzione alle evidenze scientifiche aggiornate, e all'utilizzo di nuovo materiale (es. linee guida ministeriali sull'assistenza alla gravidanza fisiologica e per l'informazione alle donne sul taglio cesareo; genitori più, nati per leggere, prevenzione degli incidenti domestici).
- *Riorganizzazione delle attività assistenziali*
Le attività materno infantili territoriali sono state implementate e riorganizzate. In particolare hanno interessato i seguenti aspetti:
- Ambulatorio per l'assistenza gravidanza fisiologica;
 - Assistenza alla gravidanza fisiologica da parte di una équipe di ostetriche secondo le indicazioni del "Profilo assistenziale per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio";
 - Visite domiciliari in puerperio per madre bambino;
 - Aumento delle sedi per l'attività di sostegno allattamento al seno;
 - Aumento dell'attività di puericultura: valutazione dell'accrescimento, sostegno per l'accudimento del neonato: le capacità, i bisogni, le espressioni (pianto, sonno/veglia) i segni di salute;
 - Aumento dei corsi e delle sedi di massaggio infantile.

- **CAN**
Sono aumentati i corsi effettuati (da 1 a 2 corsi settimanali) ed è stato previsto il coinvolgimento delle infermiere pediatriche e delle puericultrici. Viene effettuato, inoltre, un incontro post-parto con le ostetriche e il personale dei consultori pediatrici.
- *Formazione e diffusione dati dello studio ISS*
 - Il Dipartimento Materno Infantile ha organizzato il corso di formazione “Organizzare e condurre Incontri di Accompagnamento alla Nascita” rivolto agli operatori dei consultori e dei punti nascita dell’ASL. Il corso si è articolato in quattro edizioni e coinvolge circa 130 operatori di diverse professionalità. Ad una delle edizioni hanno partecipato operatrici dell’ASL di Alessandria, coinvolte nell’indagine ISS, e operatrici di altre ASL della provincia di Torino. Durante il corso sono stati presentati i dati dell’indagine ISS nazionali, regionali e locali.
 - Il disegno e i dati dell’indagine ISS sono stati presentati al Coordinamento Regionale dei Consultori della Regione Piemonte. Sono stati messi a confronto i dati nazionali con i dati delle tre ASL piemontesi che hanno partecipato allo studio.
 - In occasione della Settimana Nazionale Allattamento al Seno sono stati organizzati 2 incontri pubblici in cui sono stati presentati i dati dell’indagine ISS sull’allattamento.
- *Interventi a livello aziendale*
 - *Mappatura CAN nell’ASL TO3.* La mappatura delle caratteristiche dei CAN svolti in ASL è stata effettuata con l’ausilio di un questionario elaborato in collaborazione con il gruppo di Promozione alla Salute dell’azienda.
 - *Costituzione di un gruppo operativo aziendale per la revisione dell’attività dei CAN.* Il gruppo pluriprofessionale ha il mandato di elaborare la progettazione strategica dell’offerta dei CAN, alla luce dei dati dell’indagine ISS e della mappatura aziendale, e di individuare gli indicatori di processo, risultato ed esito per la valutazione, insieme agli strumenti di raccolta e registrazione degli eventi.
 - *Proposta Progetto Obiettivo per specialisti pediatri.* È stato proposto come Progetto Obiettivo ai Medici Pediatri la “Promozione dell’assunzione dell’acido folico in periodo periconcezionale per le gravidanze successive”. Il progetto prevede la consegna degli opuscoli del Ministero della Salute con breve consulenza alle mamme durante la seduta vaccinale dei loro bambini.
 - *Collaborazioni con Gruppi di Auto Mutuo Aiuto fra mamme.* Sono state avviate collaborazioni con Associazioni di Mamme per il sostegno in puerperio.
 - *Locandine sul percorso nascita.* Sono state elaborate o aggiornate locandine informative sui CAN, i punti di sostegno all’allattamento materno, il massaggio infantile, le attività dei CF e consultori pediatrici.
 - *Aggiornamento sito Internet dell’ASL.* Sono state aggiornate le informazioni sul sito dell’ASL dedicate alle attività materne infantili territoriali.
 - *Promozione Assunzione Acido Folico.* Locandine e poster prodotti dal Ministero della Salute sulla promozione dell’assunzione dell’acido folico sono state distribuite capillarmente in ASL e sul territorio.

ASL Aosta

Recentemente siamo stati certificati *Baby Friendly Hospital*. Dopo la conduzione della prima indagine sul percorso nascita, nel nostro territorio sono state implementate le seguenti attività:

- *Formazione*
 - È stato organizzato un incontro con tutto il personale del materno infantile per la restituzione e la discussione dei risultati dell'indagine.
 - Si è partecipato al corso di formazione sulla conduzione dei CAN, organizzato dall'ISS nel 2011.
- *CAN*
 - Il gruppo di lavoro sui CAN si è occupato di rivedere il numero degli incontri e i contenuti degli stessi, utilizzando le indicazioni emerse dal progetto sul percorso nascita e più specificamente dalla partecipazione al corso di formazione sulla conduzione dei CAN organizzato dall'ISS;
 - Sono stati rivisti e aggiornati i libretti che vengono dati alle donne che partecipano ai CAN.
- *Promozione allattamento al seno*

Sono stati acquistati TV per proiettare il video sull'allattamento in reparto e negli spazi dedicati alle donne gravide.
- *Sperimentazione su “offerta attiva dei CAN” e sul puerperio*

In un distretto dell'ASL è attualmente in atto una sperimentazione sull'offerta attiva dei CAN e sulla presa in carico e il sostegno della diade madre-bambino dopo la dimissione dal punto nascita, in accordo con le indicazioni emerse dal progetto sul percorso nascita. La sperimentazione avrà termine a fine anno 2011.

ASS 6 Pordenone

L'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 “Friuli Occidentale” (ASS6), in collaborazione con i Reparti di Ostetricia dei tre Punti Nascita presenti nella provincia di Pordenone (Azienda Ospedaliera sede di Pordenone, Azienda Ospedaliera sede di San Vito al Tagliamento e Casa di Cura San Giorgio), ha aderito alle due indagini proposte e organizzate dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS al fine di essere aiutata ad implementare le raccomandazioni del POMI nel proprio territorio per quanto attiene il percorso nascita.

A seguito dei primi risultati delle ricerche, aprile 2010, l'ASS6 ha attivato con decreto del Direttore Generale il progetto “Percorso nascita in area vasta”, conformemente al POMI nazionale. Attraverso tale progetto si stanno riorganizzando l'offerta delle attività proposte nel percorso nascita dai CF e dagli Ospedali, sia in termini di valutazione e miglioramento della qualità che di offerta integrata dei servizi. L'integrazione dei servizi faciliterà le donne gravide nell'essere informate, già dal momento della prima visita, di tutte le attività riservate a loro e ai loro partner sia durante tutto il corso della gravidanza che dopo il parto. Potranno usufruire di percorsi facilitati e di continuità delle cure che ospedale e territorio stanno definendo in protocolli e Linee Guida condivisi e integrati. È in fase di studio la possibilità che ad ogni donna gravida venga consegnata l'Agenda della gravidanza, che traduce le indicazioni delle Linee Guida, definisce i contenuti informativi e descrive gli interventi di provata efficacia che devono essere offerti come auspicato dal Ministero della Salute.

Entrando più specificamente nel dettaglio del progetto “Percorso nascita di area vasta”, tre sono gli obiettivi su cui si stanno organizzando i servizi:

1. offerta attiva del percorso nascita;
2. percorsi facilitati per gravide e puerpere;
3. integrazione dei servizi.

Tali obiettivi si pongono come risultati:

- *A breve termine*
 - incremento delle conoscenze “di base” di tutti i professionisti attori nel percorso nascita, mantenendo le diverse peculiarità;
 - creazione di politiche di supporto alle nuove famiglie e miglior accesso alle risorse offerte dai servizi.
- *A medio termine*
 - integrazione nel sistema di relazione tra i servizi;
 - riduzione dei fattori di rischio e potenziamento dei fattori protettivi a favore della donna e del suo sistema familiare;
 - aumento del senso critico delle donne/coppie rispetto al proprio benessere psicofisico;
 - sviluppo dell’atteggiamento di empowerment delle donne e delle giovani coppie finalizzato a stimolare stili di vita di promozione della salute e di adeguato esercizio della funzione materna e paterna.
- *A lungo termine*
 - espansione della consapevolezza della salute da parte della popolazione a partenza dalla “finestra di plasticità psichica” che si “apre” nell’adulto nel momento della nascita del figlio;
 - miglioramento della salute e aumento della qualità della vita del neonato e della sua famiglia;
 - riduzione delle segnalazioni al Tribunale per i Minori di casi multiproblematici con minori già in età scolare;
 - aumento della gestione di casi multiproblematici in fase perinatale;
 - riduzione delle richieste di mediazione familiare sulla genitorialità nei contenziosi tra ex coniugi con figli molto piccoli da parte del Tribunale Ordinario.

Le azioni attuate sono state:

- Organizzazione di 2 giornate di formazione per tutto il personale dei CF, finalizzate ad affrontare il tema della valutazione dei CAN. La formazione si è focalizzata su:
 - analisi della situazione del servizio offerto nei CAN (*situazione osservata*) “stabilendo l’adozione in via ordinaria del metodo della verifica e della revisione della qualità e della quantità delle prestazioni al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori” (DL.vo n. 502/1992);
 - analisi della letteratura più recente nel campo e di ricerche e indicazioni ministeriali (*situazione attesa*).

La metodologia proposta fa riferimento al Modello Procee-Proced di Green. Questo modello prevede un’attenta analisi della situazione osservata, che durante i lavori delle due giornate è stata attuata attraverso l’analisi dei risultati delle due ricerche svolte con l’ISS, dei dati epidemiologici, dell’attività di servizio nonché delle evidenze scientifiche relative ai vari argomenti trattati.

Questa analisi ha permesso di proporre un unico modello di CAN, uguale per tutti i cinque CF presenti nella provincia di Pordenone che storicamente organizzano e gestiscono i corsi. Il modello unico è connesso a linee guida che garantiscono la validità scientifica dei contenuti proposti e la valutazione di questa attività di promozione alla salute. Alcuni incontri prevedono la presenza di personale del Dipartimento di Prevenzione e il personale dei Punti Nascita.

- Organizzazione di un corso di formazione annuale per il personale dei CF e dei Punti Nascita sulla Teoria dell’Attaccamento finalizzato alla creazione di un “linguaggio

comune” e alla definizione di linee guida ospedale-territorio che attraverso Schede di Osservazione e Schede di Segnalazione garantiscono la continuità delle cure. Il risultato di quest’azione è stata l’elaborazione di linee guida ospedale-territorio.

Le azioni in programma e in corso sono:

- offerta attiva dei servizi del percorso nascita: condivisione e “costruzione” di brochure e locandine o Agenda Gravidanza e successiva “informatizzazione” dell’offerta dei servizi;
- percorsi facilitati: estensione anche ai punti nascita e ai CF privati convenzionati della prassi in atto nei CF pubblici relativa all’utilizzo della “Scheda degli appuntamenti di monitoraggio di gravidanza”, che viene consegnata alla donna alla 1^a visita con tutti gli appuntamenti fissati, comprese le ecografie e la visita alla 36^a-37^a settimana presso il punto nascita in cui intende partorire;
- organizzazione delle attività del percorso nascita (visite ambulatoriali, Incontri di Accompagnamento alla nascita, incontri dopo parto, corsi di massaggio del bambino, visite domiciliari) nelle agende elettroniche tra CF, punti nascita, CF privati convenzionati, farmacie, MMG, pediatri di libera scelta;
- costruzione di protocolli di intesa, sia per i percorsi di salute che per le situazioni a rischio sanitario, psicologico e sociale tra CF pubblici, CF privati convenzionati, punti nascita, Dipartimento di prevenzione, Dipartimento di salute mentale, Dipartimento per le dipendenze, MMG, pediatri di libera scelta;
- organizzazione di due incontri pubblici (aprile 2010, maggio 2011) finalizzati alla diffusione dei risultati a tutti gli operatori dei servizi dell’Area Vasta Materno Infantile e delle due Aziende Sanitarie di riferimento che ai cittadini interessati.

ASL 2 Savonese

Dopo la prima indagine condotta in collaborazione con l’ISS, nel nostro territorio sono state effettuate le seguenti attività:

- incontro con gli MMG e i pediatri di libera scelta, in piccoli gruppi a seconda della sede di competenza (Albisola Capo, Albisola Mare, Stella e Sassello), per illustrare il progetto e consegnare manifesti (grandi o medi a seconda dello spazio disponibile) e brochure da sistemare negli ambulatori, al fine di informare sulle attività del CF in merito al percorso nascita;
- consegna dei manifesti e delle brochure e relativa attività di informazione presso tutte le farmacie del territorio;
- affissione dei manifesti in punti strategici di ritrovo del territorio quali: ingresso di scuole elementari, materne e nidi, sede dei servizi sociali territoriali, comuni, bar, latterie, negozi di alimentari, ingresso ospedale, ingresso reparto, associazioni di volontariato, piscine;
- invio delle gravide al CF da parte del personale del CUP in occasione della prenotazione dell’ecografia e/o da parte del personale infermieristico in occasione del prelievo ematico, attraverso la consegna delle brochure;
- accordo con i servizi anagrafe dei comuni per l’invio immediato tramite fax, della comunicazione di registrazione di nascita di neonato residente con stato di famiglia allegato al CF;
- accordo con i punti nascita più vicini per la segnalazione telefonica di ogni nuovo nato residente;

- collaborazione con l'assistente sociale presente nel reparto di ostetricia dell'ospedale più vicino (ospedale S. Paolo Savona) per informare dei servizi del CF le puerpere residenti nel nostro territorio e consegnare loro le brochure (assistente sociale presente per un altro progetto);
- pubblicazione dell'articolo sul progetto in corso e delle attività offerte dal percorso nascita nel giornale locale (Albisola informa), di cui viene fatta distribuzione porta-porta a carico della amministrazione comunale;
- invio a tutti gli specialisti in ginecologia e ostetricia della provincia di Savona, tramite l'Ordine dei Medici, della lettera illustrante il progetto e il percorso nascita del CF, insieme alla brochure;
- organizzazione di varie riunioni tra gli operatori del percorso nascita ospedale e territorio (soprattutto con le ostetriche) per iniziare una collaborazione volta a migliorare i CAN secondo gli indicatori suggeriti dall'ISS e a prevedere nei CAN una parte svolta sul territorio e una parte svolta nell'ospedale scelto dalla donna per partorire (progetto in corso non ancora attivo);
- potenziamento dell'offerta di incontri rivolti alle gravide fin dall'inizio della gravidanza, insieme alle puerpere, su argomenti indicati dal progetto e con metodologia interattiva (1 al mese);
- messa a disposizione della possibilità di un sostegno a domicilio per le puerpere da parte di una consulente in allattamento, se necessario nelle 24 ore successive alla dimissione, su chiamata telefonica (comunicazione della disponibilità di un cellulare di riferimento durante i corsi o al punto nascita);
- offerta attiva del percorso nascita da parte del CF alle puerpere residenti durante le interviste attivate al punto nascita a 24 ore dal parto, attraverso l'accesso al reparto di ostetricia dell'ospedale vicino del pediatra consulente in allattamento ogni 2-3 giorni per le interviste;
- programmazione e realizzazione di un corso base in allattamento di 20 ore al personale ospedaliero e territoriale operante nel percorso nascita dell'ASL, condotto con metodologia interattiva (previste 2 edizioni con 20-25 partecipanti);
- incontri sulle attività del percorso nascita con gli educatori del nido;
- attività di consulenza specifica individuale del pediatra offerta in relazione al divezzamento, mirata a sostenere l'allattamento complementare e l'attività di educazione e promozione dell'allattamento complementare, attraverso il confronto e il dibattito in piccoli gruppi;
- attività di ricerca e reperimento materiali di aggiornamento sui temi cruciali da proporre ai genitori (articoli di esperti, documenti OMS/UNICEF, Raccomandazioni, video didattici) con proposte di lettura e/o visione guidata e discussione in gruppi;
- attività di sostegno allattamento anche fuori orario per casi particolari.

ASL Parma

Gli enti e le istituzioni di Parma hanno effettuato una scelta politica e si sono impegnati nell'organizzare un percorso specifico rivolto ai primi protagonisti dell'evento nascita, i genitori e il bambino, al fine di promuovere e favorire il benessere familiare.

A questo scopo, il percorso nascita è stato istituzionalmente collocato all'interno del "Piano di Zona", coinvolgendo l'SSN, la rete dei Servizi Sociali e le Associazioni di Volontariato (Futura). Sul piano organizzativo, il percorso vede la stretta collaborazione del Territorio (CF,

pediatri di libera scelta), punti nascita (Azienda Ospedaliera Universitaria e Unità Operative dell'ASL) e Servizi Sociali.

Il personale ha effettuato incontri di programmazione e formazione congiunta e sono stati definiti e rimodulati alcuni progetti.

In particolare, è stato preordinato un incontro mensile rivolto alle donne che sono all'inizio della gravidanza, che costituisce occasione per presentare il modello assistenziale basato su prove di efficacia che il servizio pubblico mette in atto durante la gravidanza. L'incontro offre inoltre l'opportunità di approfondire, attraverso discussioni di gruppo, le questioni inerenti l'alimentazione, la diagnosi prenatale e i rischi legati all'attività lavorativa.

I CAN costituiscono un percorso teso alla promozione della salute e del benessere materno-fetale, verso un'intensa esperienza di maternità e una profonda relazione con il bambino. Non tutte le future mamme hanno però la possibilità di frequentare un corso completo (per impegni di lavoro, per difficoltà di lingua, per scelta personale); si sono quindi predisposti, in collaborazione con il Centro per le Famiglie, incontri preordinati a cadenza quindicinale sulle tematiche del parto (scelta del luogo, dolore in travaglio, modalità del parto) e dell'allattamento.

Il progetto "Dimissione Appropriata della madre e del bambino", già attivo dal 2000, consente alle mamme e al loro bambino una dimissione precoce dall'ospedale accompagnata da una visita domiciliare a breve termine da parte dell'ostetrica del CF (entro 48 ore dalla dimissione) e del pediatra di libera scelta (entro le 72 ore). L'obiettivo è quello di incentivare e sostenere l'allattamento al seno come obiettivo di salute e sostenere la relazione madre bambino.

Si è valorizzato inoltre il ruolo di ogni operatore attraverso corsi di formazione per condividere comportamenti e informazioni da dare alle madri, anche in momenti e luoghi diversi, durante tutto il periodo dell'allattamento.

L'ambulatorio per l'allattamento è una costante che consente alle mamme di avere l'ostetrica quale punto di riferimento per i temi legati ai primi periodi dopo il parto.

Per valorizzare le competenze genitoriali e sostenere la mamma è stato attivato un percorso "Primi tempi", che si configura come una serie di 5 incontri preordinati (uno ogni 15 giorni) su tematiche specifiche. Ai genitori che intendono partecipare si consiglia l'iscrizione preliminare, ma sono in ogni caso accolte le adesioni dell'ultimo momento. I gruppi di incontri tra neo-genitori rappresentano un luogo ideale in cui fare emergere quelli che sono i vissuti e gli eventuali aspetti problematici legati alla transizione alla genitorialità (maternità).

Gli incontri con i neo-genitori rivestono un duplice obiettivo. Il primo, finalizzato al potenziamento dei servizi offerti alle famiglie, si propone di garantire una continuità nell'accompagnare i genitori dal periodo prenatale (per il quale i servizi sono ormai consolidati sul territorio e nella "cultura della nascita") fino ai primi mesi dopo la nascita, periodo che si configura come una vera e propria transizione del ciclo di vita e che, come tale, presenta alcune criticità. Il secondo obiettivo è quello di utilizzare questi incontri come "laboratori" nei quali indagare i vissuti e le eventuali difficoltà dei genitori, in modo da delineare alcune linee guida a partire dalle quali strutturare gli eventuali servizi futuri.

Il ruolo principale degli operatori (psicologhe e ostetriche) in questi incontri è quello di favorire uno scambio di esperienze e di narrazioni di esperienze tra i genitori, in modo tale che essi possano costruire le risposte ai loro dubbi a partire dalla condivisione delle risorse di tutti.

Le iniziative sono pubblicizzate con regolarità attraverso manifesti e "volantini", nonché giornali e TV della città. Nel caso del progetto "Primi Tempi", i genitori ricevono una lettera informativa insieme a quella delle vaccinazioni, in modo da raggiungere l'intera popolazione potenzialmente interessata al progetto.

ASL 4 Prato

La partecipazione all'indagine sul percorso nascita è stata un'occasione per soffermarci a riflettere sul nostro lavoro. Durante le interviste, i colloqui con le mamme hanno messo in luce delle carenze del servizio. Ci siamo interrogate su come colmare tali carenze e su come trasmettere conoscenze per facilitare le innumerevoli scelte che i futuri/neo genitori si trovano ad affrontare, scelte operate nel campo della promozione e salvaguardia della salute di mamma e bambino.

Di conseguenza abbiamo cercato di modificare il nostro operato a partire dal primo incontro con la donna in gravidanza che avviene in genere alla 5/9 settimana per la consegna del protocollo (previsto dalla Regione Toscana).

Le modifiche apportate al primo incontro hanno riguardato:

- fornire maggiori indicazioni riguardo all'assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale;
- trasmettere corrette informazioni sui percorsi e servizi che l'azienda mette a disposizione per il percorso nascita: CAN, sostegno all'allattamento, consulenze ecc., con i relativi orari e numeri telefonici;
- valorizzare le capacità intrinseche della donna/coppia, dando spazio e risalto alle emozioni legate all'attesa.

Sono stati apportati anche dei cambiamenti riguardo ai CAN, in particolare:

- è stato rivisto il luogo e attrezzata una palestra dove si svolgono i CAN;
- sono stati aggiornati i contenuti degli incontri, tenendo presenti le carenze emerse con l'intervista;
- quando si parla di rientro a casa dopo il parto, si danno informazioni sulla contraccezione;
- due incontri sono completamente dedicati all'allattamento al seno e stiamo verificando la possibilità di far partecipare a questi incontri anche i futuri padri e nonni;
- sono stati introdotti esercizi e visualizzazioni per il pavimento pelvico;
- vengono distribuiti nuovamente orari e numeri telefonici del CF da utilizzare per informazioni e/o consulenze.

Infine il punto nascita aziendale, ospedale Misericordia e Dolce, alla dimissione dopo il parto:

- informa tutte le mamme sui servizi del CF;
- segnala al CF tutti i casi che necessitano di un supporto particolare, sia clinico che psicosociale.

ASL 5 Pisa

Il Progetto promosso dall'ISS ha costituito una occasione di confronto sulle attività realizzate nell'ambito del percorso nascita e in particolare nell'ambito dei CAN riguardo alla loro organizzazione, ai contenuti e allo stile della conduzione.

Sono stati condotti a tal fine specifici audit e rassegne di morbilità e mortalità (M&M) con il personale dei CF, in cui sono state individuate le azioni di miglioramento da implementare nei singoli CF di zona a partire dalla presentazione dei dati emersi dalla indagine.

Per quanto riguarda le azioni realizzate nel territorio aziendale della ASL 5 di Pisa esse hanno riguardato:

- revisione del percorso e riorganizzazione degli incontri CAN attraverso l'introduzione di incontri dedicati ad argomenti quali:

- la contraccezione;
- la gestione del dolore;
- la realizzazione di incontri post-parto;
- stesura di procedure specifiche relative ai CAN;
- stesura di linee guida sulla genitorialità e sulla attività in collaborazione con la pediatria di base e ospedaliera aziendale (zona Valdera);
- produzione e diffusione di materiale informativo sul percorso nascita (guida neomamme);
- counselling per le donne gravide tabagiste (zona Valdera);
- ambulatori per la gravidanza fisiologica, gestiti in autonomia dalle ostetriche (un ambulatorio per zona).

In tale contesto volto a migliorare la qualità del servizio, ci siamo mossi nella logica di migliorare e implementare le attività del percorso nascita contribuendo attivamente ad una maggiore collaborazione con la realtà Ospedaliera aziendale.

Ciò ha consentito di sviluppare all'interno dei CF attività di sostegno al puerperio a partire da:

- visite post-parto presso il CF programmate da Ospedale;
- attività di sostegno in puerperio anche in situazioni di maggiore complessità sul versante psico-sociale, con la possibilità di intervento anche domiciliare;
- promozione e sostegno dell'allattamento al seno anche attraverso consulenze individuali;
- attività di massaggio al neonato.

Tutto ciò è stato condiviso e approvato con la stesura di un Protocollo di percorso nascita in un'ottica di integrazione Territorio-Ospedale.

Infine sono stati organizzati incontri con la Giunta Società della salute (zona Valdera) e gruppi di lavoro tematici con l'obiettivo di pervenire a incontri con la cittadinanza e si è partecipato ad un Gruppo regionale per la gravidanza fisiologica.

ASL 6 Livorno

Sono state coinvolte nel progetto tre Zone dell'Azienda USL 6 (Livornese, Bassa Val di Cecina, Val di Cornia), mentre è stata esclusa la Zona Elba in quanto la situazione di forte instabilità delle risorse dell'Unità Funzionale Attività Consultoriali, non garantiva di poter portare avanti la progettualità prevista.

Il percorso nascita è il settore delle attività consultoriali che in questi anni è stato maggiormente potenziato, con un'offerta che va dal periodo preconcezionale al post-parto, fino al primo anno di vita del bambino. Il progetto dell'ISS ha rappresentato un'occasione importante per acquisire informazioni utili per la programmazione e per migliorare ulteriormente il percorso, in particolare differenziando l'offerta per raggiungere le fasce più deboli e a rischio e sviluppando l'integrazione con il punto nascita.

Parallelamente all'indagine conoscitiva, infatti, è iniziata in tutte le Zone la progettualità per migliorare la presa in carico delle gestanti e delle puerpere, con particolare attenzione alle gestanti primipare, che è ancora in corso. La realizzazione si trova a diversi livelli tra Zona e Zona per le differenti condizioni di partenza.

Sono state effettuate le seguenti azioni:

- Con il Sistema Informativo aziendale sono state concordate e attuate alcune modifiche all'applicativo aziendale, in modo da rilevare i dati necessari a monitorare l'andamento del progetto, in particolare il numero di donne seguite dal CF nei vari momenti del percorso (n.

gestanti seguite dal CF, n. puerpere seguite, n. gestanti partecipanti ai CAN). Delle donne viene rilevata anche la parità e se sono italiane o straniere.

- Particolare rilevanza è stata data alla consegna del libretto di gravidanza, che costituisce un importante momento di approccio al Servizio con possibilità di orientamento, informazione e consulenza e che già da anni è stata affidata alla professione dell'ostetrica a sottolineare l'importanza che tale figura professionale ha nel percorso nascita. Tutti i libretti regionali di gravidanza attualmente vengono consegnati dalle ostetriche del CF con prenotazione contestuale del CAN, consulenza e orientamento ai servizi. La consegna del libretto, infatti, è un'occasione di contatto con tutte le donne e quindi può essere utile per promuovere tutto il percorso, compresa la parte di competenza ospedaliera, favorendone l'accesso per tutte. È stata definita anche una procedura specifica per la corretta consegna del libretto.
- È stato elaborato un depliant informativo sul percorso nascita, optando per una scelta di opuscolo unico per CF e ospedale contenente l'offerta complessiva. L'opuscolo dal titolo "Aspetti un bambino...aspettiamolo insieme" viene consegnato e illustrato alle donne al momento del ritiro del libretto di gravidanza. Tutte le informazioni sono inoltre presenti sul sito aziendale e sul sito Informafamiglie del Comune di Livorno.
- È stato organizzato nel 2009 con l'Unità Operativa Professione Ostetrica un percorso formativo congiunto per le ostetriche dei CF e dei punti nascita che ha portato alla definizione di procedure condivise per garantire la continuità assistenziale Ospedale-Territorio.
- È iniziata la riorganizzazione dei CAN con rimodulazione degli incontri: in particolare è stato anticipato l'inizio dell'offerta a partire dai primi mesi di gravidanza, coinvolgendo l'intera équipe del CF, compreso lo psicologo e l'assistente sociale. Nel percorso si integrano gli operatori del punto nascita e i pediatri di libera scelta.
- Sono stati attivati "spazi-mamma" con spazi dedicati per il puerperio e il sostegno all'allattamento al seno ad accesso spontaneo o su prenotazione dell'appuntamento, tramite agenda informatizzata, direttamente dal punto nascita.
- È stata definita un'offerta diversificata e flessibile sia per le gestanti che nel post-parto per andare incontro alle diverse esigenze delle donne: ad esempio sono partiti sperimentalmente piccoli gruppi esperenziali sulla genitorialità con donne migranti e mediatrici culturali, il Gruppo delle mamme altrove, uno spazio pensato per dar voce a donne che voce non hanno, per ascoltare, ma anche per apprendere, attraverso i racconti, i vissuti, le angosce e le speranze, modi diversi di essere madri e di allevare i figli.
- Il sostegno per l'allattamento materno viene attuato nell'ambito di una progettualità condivisa con il Comitato Italiano Unicef, attraverso varie metodologie: consulenze individuali, consulenze telefoniche, offerta attiva, attivazione di gruppi, interventi di comunità, formazione di *peer counsellor*. In particolare è stata recentemente attivata formalmente una collaborazione con l'Associazione "Mamma amica" costituita da mamme *peer counsellor*.
- Sono stati definiti gli accordi per la segnalazione tempestiva di situazioni a rischio psico-sociale tra le diverse Unità Operative e Unità funzionali per consentire una precoce presa in carico.
- Sono state implementate attività di sostegno alla neogenitorialità, in particolare nelle situazioni a rischio socio-sanitario. In particolare si è voluto potenziare i "luoghi dell'incontro", con interventi di sostegno alla genitorialità effettuati in modo da dar vita ad una rete di rapporti umani e uno scambio di conoscenze e di vissuti (gruppi post-parto, gruppi per il massaggio infantile).

ASL 8 Arezzo

Dopo il primo incontro di verifica avvenuto ad aprile del 2009 e che per la nostra realtà lavorativa si è dimostrato estremamente proficuo e stimolante, abbiamo iniziato con delle modifiche nella programmazione dei CAN e degli incontri post-parto e nella realizzazione di nuovi opuscoli informativi sulle attività offerte dal CF per il percorso nascita:

– *CAN*

Prima della partecipazione al progetto sul percorso nascita, i CAN iniziavano alla 29^a settimana di gravidanza e duravano circa 2 mesi, con 1 incontro a settimana. Successivamente sono stati modificati e, sinteticamente, si articolano nel seguente modo:

- incontro verso la 14^a-15^a settimana (ostetrica);
- incontro tra la 21^a-23^a settimana (psicologa e ostetrica);
- incontro alla 29^a settimana e di seguito, uno a settimana, per la durata di 2 mesi circa (ostetrica, psicologa e pediatra).

Durante gli incontri, in relazione all'epoca gestazionale, vengono sviluppati molteplici aspetti riguardanti la gravidanza, l'evento parto, l'allattamento, il neonato e tutto quello che è dato di sapere alle donne, alla coppia e al nuovo nucleo familiare che si formerà.

Le figure professionali che fanno parte di tale percorso sono, oltre all'ostetrica che è la figura prevalente, la psicologa (per due incontri) e il pediatra di libera scelta.

Due degli incontri del corso sono dedicati ad accompagnare le gestanti nei punti nascita da loro scelti garantendo una continuità assistenziale tra CF e punti nascita di riferimento, essendo la nostra zona priva di un suo punto nascita dal 2006.

Malgrado il maggior impegno che ne è derivato, i nostri corsi sono sempre rimasti 10 per anno, con una media di 13 donne a corso.

Per quanto riguarda l'adesione dobbiamo dire che, malgrado molte donne svolgano una attività lavorativa, è stata da subito soddisfacente. Le donne ritengono utile e necessario avere una buona consapevolezza del loro stato di "gravidanza", intesa come evento fisiologico, quindi sano e da vivere con serenità ed entusiasmo.

Si sottolinea l'impostazione flessibile dei CAN che, pur affrontando tutti gli argomenti previsti, non sono legati ad un programma rigido, ma seguono un percorso che può modificarsi in base alle richieste delle donne stesse. Anch'esse sono parte integrante nella conduzione dei corsi.

– *Incontri post-parto*

Gli incontri post-parto vengono effettuati dopo che tutte le donne del gruppo pre-parto hanno partorito.

Il gruppo di puerpere con i loro bambini si rivede in un primo incontro con l'ostetrica. Questo incontro è finalizzato a rivisitare i vissuti della nascita raccontando ognuna la propria esperienza. Un secondo incontro avviene insieme all'ostetrica e alla psicologa per parlare degli aspetti legati a questo delicato momento di ricomposizione del nuovo nucleo familiare.

Il cambiamento che abbiamo apportato si riferisce ad incontri successivi a quelli pre-esistenti e che vedono coinvolte in prima linea le mamme con i loro bambini in una sorta di sostegno reciproco. L'ostetrica insieme alla psicologa fanno da corollario a questa esperienza che ha visto da subito coinvolte e partecipi tutte le donne. Durante questi incontri che avvengono al CF si affrontano tematiche che stanno a cuore alle donne, cercando di garantire loro un supporto.

Successivamente su espressa richiesta delle donne avvengono altri incontri che danno vita ad un vero e proprio auto-aiuto fra mamme. Ne è esempio reale "Mammestate", che si è

formato a giugno del 2010 e che ha dato vita a molteplici incontri che hanno visto aumentare al suo interno il numero delle partecipanti venute a conoscenza di questa iniziativa. Per merito delle ideatrici (neo-mamme anch'esse), si continuano ad organizzare giornate a tema che affrontano i tanti aspetti legati alla crescita del nuovo nucleo familiare.

– *Assistenza puerperale domiciliare*

Il fiore all'occhiello del nostro CF è l'assistenza puerperale domiciliare, che viene offerta a tutte le donne, anche pluripare, che risiedono nei 7 Comuni della Valtiberina. È una realtà nazionale, purtroppo non molto diffusa, soprattutto perché richiede un notevole impegno di personale ma che il nostro CF può garantire. Nel 2010 su 253 Libretti di Gravidanza consegnati abbiamo effettuato 194 visite puerperali domiciliari e 328 visite ambulatoriali a sostegno dell'allattamento. Per la nostra piccola realtà zonale è stato un buon risultato.

L'assistenza puerperale domiciliare viene garantita con una visita nei primi giorni dopo la dimissione ospedaliera e, in caso di necessità, con una seconda visita.

La visita comporta una accurata osservazione dello stato di benessere o meno della madre e del bambino, con l'ascolto dei bisogni della puerpera. Vengono forniti consigli e rassicurazioni e viene inoltre sempre controllata una poppata.

Il servizio è finalizzato al raggiungimento dell'autonomia nella cura del neonato da parte della mamma e alla promozione e sostegno all'allattamento al seno.

Negli orari di apertura del CF (dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.00) e senza alcuna prenotazione, le puerpere possono venire con i bambini per qualsiasi necessità e rassicurazione (controllo crescita, controllo della poppata e altro).

– *Opuscoli informativi*

Il momento della consegna del Libretto Protocollo Gravidanza Fisiologica della Regione Toscana rappresenta un approccio fondamentale e una opportunità unica per far conoscere e comprendere a tutte le gravide l'importanza del percorso nascita. Le informazioni che vengono date sono molteplici e il nostro intento è quello di trasmetterghele con interesse e curiosità: gli opuscoli che abbiamo prodotto raccolgono sinteticamente ed efficacemente tutte le informazioni date. Questi opuscoli sono tradotti anche in varie lingue (albanese, rumeno, cinese, arabo).

Durante i CAN consegniamo alle gestanti opuscoli informativi sull'allattamento al seno e depliant informativi che riguardano consigli sulla gestione del neonato realizzati con la collaborazione del pediatra di base.

ASL 10 Firenze

A seguito del progetto promosso dall'ISS, che ha visto coinvolti la Zona/Distretto Mugello e il Comune di Scandicci della Zona/Distretto Nord Ovest, è stato possibile procedere ad una rivisitazione del percorso nascita, promuovere e quindi stabilizzare sul territorio le seguenti buone pratiche:

- La consegna del libretto-ricettario regionale è effettuato esclusivamente dalle ostetriche in tutti i CF dell'Azienda. Il libretto è consegnato a tutte le donne residenti o con domicilio sanitario e alle Straniere Temporaneamente Presenti (STP); per le altre donne viene applicato il protocollo nazionale.

Nel corso del colloquio vengono illustrati tutti i servizi (consultoriali e ospedalieri) del percorso nascita e le modalità di accesso; viene raccolta l'anamnesi familiare, sociale e

clinica di competenza dell'ostetrica; la donna viene informata sulle normative a tutela della maternità. L'ostetrica, previo consenso, provvede a prenotare tutte le visite di controllo e le tre ecografie ostetriche previste dal protocollo regionale; nel caso lo desideri, la donna viene presa immediatamente in carico dal CF. Insieme al libretto sono inoltre consegnati depliant informativi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, sui CAN e corsi post-parto, sul servizio di visite in puerperio e sull'allattamento al seno.

- È stata istituita nella ASL la Struttura di diagnosi prenatale che ha accentrato tutte le attività ambulatoriali riguardanti la diagnostica prenatale. Particolare attenzione è stata riservata alla realizzazione di alcuni percorsi assistenziali dal complesso impegno professionale, come quello delle gravidanze multiple, della poliabortività, del trattamento dell'aborto spontaneo, della riduzione della incidenza al taglio cesareo, dello screening delle anomalie cromosomiche e della gravidanza ad alto rischio, istituendo ambulatori speciali e dedicati. I principali obiettivi perseguiti dal centro sono stati:
 - la integrazione tra ospedale e territorio, facendo ruotare presso gli ambulatori sia medici territoriali che ospedalieri;
 - il coinvolgimento diretto e la implementazione professionale della figura della ostetrica, delineando un ruolo specifico in ambito della diagnostica prenatale;
 - la conduzione multidisciplinare dei casi complessi, grazie alla collaborazione con specialisti di varia estrazione, dal genetista allo psicologo al chirurgo.

Attualmente il centro di diagnosi prenatale della Azienda Sanitaria Firenze rappresenta un modello portato ad esempio a livello regionale e nazionale, nonché uno dei rari casi di struttura dedicata alla diagnostica prenatale a gestione non universitaria.

- L'accesso alle visite ostetrico-ginecologiche nel percorso nascita (visite preconcezionali, visite in gravidanza, visite post-parto) è previsto per tutte le donne residenti o non residenti, previo appuntamento presso i presidi consultoriali, senza necessità di richiesta medica. Per eventuali urgenze non è previsto appuntamento. Alla donna che richiede di essere seguita in gravidanza dal CF vengono fissati gli appuntamenti già alla consegna del libretto.
- È stata attivata una procedura per la "gravidanza normale", che prevede l'esclusiva presa in carico da parte della ostetrica. Tale procedura non è ancora diffusa su tutto il territorio.
- Le tre ecografie previste dal protocollo regionale per la gravidanza fisiologica vengono garantite sul territorio. Gli appuntamenti sono fissati dall'ostetrica al momento della consegna del libretto di gravidanza. I controlli ecografici di 2° e 3° livello vengono effettuati nel Centro di Diagnosi Prenatale Aziendale.
- Tutte le informazioni sui CAN vengono fornite al momento della consegna del libretto, cui viene allegato anche un depliant illustrativo. Per l'iscrizione le donne possono rivolgersi di persona o per telefono all'ostetrica del presidio consultoriale di riferimento. Da quest'anno è stata adottata in tutta l'azienda la procedura che prevede l'inizio del CAN alla 16^a settimana gestazionale con applicazione di tutte le indicazioni dell'ISS. I corsi sono condotti dall'ostetrica e sono anche previsti incontri con specialisti fra cui pediatra di famiglia, ginecologo, psicologo, assistente sociale e dietista. Inoltre sono organizzati incontri dedicati alle coppie e incontri nel post-parto.
- Nell'assistenza puerperale vengono garantite le visite domiciliari e/o ambulatoriali e sono stati infatti attivati in tutti i CF ambulatori al puerperio con orario dedicato. Alle puerpere primipare e alle donne di fasce deboli viene offerta attivamente la visita domiciliare. Le informazioni sul servizio sono fornite al momento della consegna del libretto e durante il CAN. Al momento delle dimissioni dai punti nascita aziendali tutte le puerpere vengono segnalate al presidio consultoriale di riferimento, che provvede a contattarle telefonicamente. È attivo un progetto finanziato dalla Regione Toscana che prevede

l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi per garantire anche in questa struttura la presa in carico delle puerpere che hanno partorito. In casi di particolare disagio la presa in carico in puerperio da parte del CF avviene già prima delle dimissioni della donna, con il coinvolgimento delle professionalità e dei servizi opportuni.

- La promozione dell'allattamento al seno avviene attraverso il corso di accompagnamento alla nascita, in occasione dei controlli ambulatoriali durante la gestazione, e continua durante l'assistenza domiciliare e/o ambulatoriale nel puerperio, negli incontri post-parto e in ogni contatto con l'ostetrica. Tutto il personale ostetrico è stato formato con corsi conformi alle direttive OMS-UNICEF, così come tutto il personale dei CF, dei punti nascita e i pediatri di famiglia.
- Sono stati formati 3 gruppi di auto-aiuto per l'allattamento al seno che si sono costituiti in associazioni. Le donne hanno ricevuto un percorso formativo secondo le indicazioni OMS e UNICEF tenuto dalle nostre ostetriche formatrici. Sono stati organizzati incontri con la popolazione per la loro presentazione, con ampia partecipazione e visibilità sulla stampa.

ASL 3 Foligno

La partecipazione al progetto sul percorso nascita ha dato l'opportunità agli operatori del Dipartimento Materno Infantile transmurale (DMI) ospedalieri e territoriali di avviare una riflessione congiunta sulla qualità dell'assistenza erogata. L'analisi e la discussione dei questionari hanno rappresentato fin dall'inizio una base di partenza qualificata per la valutazione delle pratiche assistenziali correnti, offrendo spunto per una migliore programmazione delle attività e per un miglioramento e omogeneità delle procedure assistenziali.

L'utilizzo del questionario proposto ha rappresentato, inoltre, una linea guida sulla quale strutturare i CAN approfondendo i 10 punti che ne determinano la qualità.

Gli operatori hanno avuto l'opportunità di confrontarsi circa le tematiche citate in appositi incontri di lavoro tra professionisti di diversa professionalità e provenienza.

L'azienda si è focalizzata su alcune aree principali:

- *Formazione*

La formazione, che ha interessato tutto il personale del DMI, è stata rivolta agli operatori territoriali e ospedalieri coinvolti nel percorso nascita e ha riguardato:

- ascolto in blues, lavoro di formazione e promozione degli interventi a sostegno della genitorialità del nucleo madre bambino;
- prevenzione della depressione post-parto;
- la genitorialità come percorso di vita;
- coppia sana e coppia abusante;
- allattamento al seno.

- *Puerperio*

Estensione delle visite domiciliari e in ospedale durante il puerperio.

In questo periodo l'offerta delle visite domiciliari da parte delle ostetriche territoriali è avvenuta in modo uniforme su tutto il territorio, con un aumento di attività rispetto alla situazione di partenza. Nelle situazioni più complesse viene attivata un'equipe multidisciplinare socio-sanitaria.

- *ASL distretti /enti locali*

Protocolli di raccordo con gli Enti locali per la prevenzione IVG e il sostegno alle famiglie durante il percorso nascita.

Sul percorso nascita sono confluiti interessi che hanno coinvolto oltre all'azienda anche la maggior parte degli enti locali. Da tale sinergia è scaturito un progetto di durata biennale che prevede interventi dal momento dell'accoglienza/accesso ai servizi fino alla presa in carico dei bisogni della coppia genitoriale. Si tratta di interventi integrati, gestiti da équipes miste e sostenuti da adeguate professionalità di tipo specialistico.

Sono previste come prioritarie le seguenti azioni:

- interventi di sostegno alla genitorialità sia nei momenti precedenti al parto che al momento della nascita;
 - interventi volti alla prevenzione dell'abbandono alla nascita e a sostegno delle gestanti e delle madri in difficoltà.
- *Progetto studio-ricerca “Sostenere la famiglia emergente”*
Il progetto ha coinvolto gli operatori sociali e sanitari del CF ed è stato di supporto alle risorse della famiglia e alla prevenzione della depressione materna post-parto. È stata condotta una ricerca-intervento longitudinale sulle donne e i loro partner che spontaneamente hanno richiesto di partecipare ai CAN. Obiettivo generale della ricerca è stato sostenere la famiglia emergente nella fase di transizione da diade coniugale a triade familiare, con la finalità ultima di aiutare il nucleo familiare ad attivare le proprie risorse e prevenire situazioni di disagio psicologico ed esiti negativi nel processo evolutivo familiare. Hanno partecipato 192 donne e 116 uomini nella fase prenatale e 88 donne 40 uomini nella fase post natale.
- *Programmazione di incontri e convegni sulla divulgazione dei risultati del progetto sul percorso nascita.*

ASL Bari

La ASL BA è attualmente tra le più grandi ASL di Italia: comprende 39 CF e 6 punti nascita.

Il primo intervento, alla partenza del progetto “Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi”, è stato quello di convocare tutti i Direttori dei punti nascita e gli operatori dei CF per illustrarne gli obiettivi e verificare quali azioni e applicazioni del POMI erano in atto o da rafforzare, in una logica di cooperazione, potenziamento delle risorse, individuazione di strategie comuni e valorizzazione delle sinergie.

Sono seguite riunioni periodiche con i Dirigenti ASL e operatori territoriali e ospedalieri.

È stato costituito un Gruppo di lavoro formato dai referenti del progetto e un operatore per ciascuna delle figure professionali presenti in CF e ciascun punto nascita (individuate tra chi aveva già una formazione specifica).

Il Gruppo di lavoro, che si è riunito con incontri mensili, ha avuto l'obiettivo di:

- elaborare un modello operativo che potesse essere condiviso e poi utilizzato su tutto il territorio;
- elaborare proposte migliorative in ambito territoriale e ospedaliero;
- divulgare i dati dell'indagine sul percorso nascita;
- monitorare l'offerta attiva.

Gli interventi del Gruppo di lavoro, sono stati:

- ricognizione delle strutture esistenti con la relativa dotazione di personale, in particolare:
 - ricognizione delle attività dei CF relative al percorso nascita;
 - ricognizione della formazione professionale specifica già acquisita dagli operatori;

- individuazione dei CF con una già consolidata attività e quindi nelle migliori condizioni di partecipare al progetto (1° gruppo);
- valutazione delle problematiche dei CF privi di un'attività consolidata e loro eventuale risoluzione (2° gruppo);
- programmazione delle attività da intraprendere e/o modificare;
- monitoraggio costante delle attività ed eventuali modifiche del programma;
- validazione degli indicatori di verifica e loro applicabilità nelle varie realtà territoriali;
- collegamenti con il punto nascita territorialmente competente;
- proposta di un corso di formazione rivolto a tutti gli operatori della ASL BA, sottoposta al vaglio dei Dirigenti responsabili aziendali della formazione;
- analisi dei diversi “Diari della Gravidanza”, adottati da molte regioni italiane, al fine di elaborare un “Libretto Unico della Gravidanza” per la Regione Puglia;
- promozione dei Centri Pubblici per lo screening ecografico e adesione alle *Linee guida SIEOG* della Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica;
- elaborazione di un protocollo comune di incontri per i CAN.

L'offerta attiva dei CAN da parte dei CF del territorio, coordinati con il punto o i punti nascita di riferimento, dovrà prevedere:

- assistenza in gravidanza: monitoraggio della gravidanza fisiologica e screening delle gravidanze a rischio, con adozione di protocolli condivisi col reparto di Ostetricia del Presidio Ospedaliero;
- incontri in fase preconcezionale;
- incontri al I-II-III trimestre di gestazione per dare informazioni sulle varie fasi della gravidanza, sugli esami da eseguire, anche in ordine alla diagnostica prenatale, per elaborazione delle valenze psicologiche e di coppia sulla gravidanza nella promozione dell'attaccamento sicuro;
- informazione sulla tutela della maternità in campo lavorativo e sociale;
- corso di preparazione al parto;
- promozione dell'allattamento materno;
- avvio della donna al punto nascita nel quale deve partorire, previa programmazione del ricovero;
- assistenza alla puerpera nei casi di dimissione precoce e protetta;
- visita domiciliare alla puerpera entro 10 giorni dal parto da parte delle ostetriche consultoriali e seconda visita presso il CF o a domicilio entro 40-50 giorni dalla nascita del bambino;
- incontri in puerperio con sollecitazione della scelta contraccettiva post-parto;
- breve corso sul massaggio neonatale;
- valutazione dell'allattamento al seno alla dimissione, a tre e sei mesi del bambino;
- incontri di approfondimento e confronto sulla genitorialità fino ai 3 anni del bambino.

Nei punti nascita ove non era consuetudine l'uso del partogramma nel travaglio di parto, è stata raccomandata e introdotta tale pratica.

È stata ribadita la figura della ostetrica quale elemento di riferimento nel parto fisiologico.

Nell'ottica della riduzione del ricorso al taglio cesareo, in alcuni punti nascita si è provveduto a esaminare la casistica operatoria dei singoli operatori e a promuovere l'adesione alle linee guida per l'assistenza al parto fisiologico.

ASL Foggia

La partecipazione al progetto sul percorso nascita è stata l'occasione per svolgere nella nostra ASL le seguenti attività:

- organizzazione di incontri di informazione con gli operatori di tutti i CF e con i referenti dei punti nascita interessati;
- organizzazione di incontri di programmazione delle attività con gli operatori dei CF coinvolti nel progetto;
- illustrazione del progetto agli MMG e richiesta della loro collaborazione per l'invio delle donne all'inizio della gravidanza;
- offerta attiva dei CAN, degli incontri dopo parto e delle visite domiciliari alle primipare;
- elaborazione e firma di un Protocollo d'intesa tra la ASL FG e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia, finalizzato all'attivazione di una continuità dell'assistenza.

Le azioni successive all'avvio del progetto sono state:

- elaborazione e diffusione di locandine e brochure divulgative dei servizi offerti dai CF;
- produzione e diffusione su emittenti televisive private di spot 30" in motion graphic;
- ostruzione e messa in rete del sito internet www.percorsonascitafoggia.it;
- elaborazione di un "Diario della gravidanza" da distribuire alle gravide seguite in CF;
- programmazione e realizzazione il 23 e 24 maggio 2011 dell'evento formativo "La nascita oggi: un percorso da condividere", rivolto agli operatori dei CF e dei punti nascita e finalizzato alla riorganizzazione dei modelli operativi;
- partecipazione al corso di formazione sulla conduzione dei CAN organizzato dall'ISS nel 2011;
- programmazione e realizzazione in due edizioni (25-27 maggio 2011 e 24-26 ottobre 2011) del progetto formativo aziendale "La conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita", rivolto alle ostetriche, agli psicologi, ai ginecologi e ai pediatri di tutti i CF della ASL FG.

La strutturazione dei CAN è stata modificata nei contenuti e nella metodologia secondo le conoscenze acquisite durante la formazione ed è così configurata:

- numero incontri: 10 + 1 alla quinta settimana dopo il parto;
- impegno orario per incontro: 2 ore;
- numero partecipanti per gruppo: 11/14;
- in ogni incontro il gruppo è attivato con brainstorming, ascolto attivo, discussione e tecniche di rilassamento;
- il primo incontro avviene alla 16 settimana di gestazione;
- le figure professionali coinvolte negli incontri sono soprattutto ostetrica e psicologa. altre figure coinvolte sono assistente sociale, ginecologo e pediatra.

È stata promossa l'offerta attiva a tutte le puerpere del sostegno all'allattamento al seno tramite contatti telefonici, visite domiciliari e consultoriali.

ASL Taranto

L'inserimento della ASL Taranto nel progetto dell'ISS su "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" ha rappresentato per gli operatori di terra jonica

una occasione di riflessione, di confronto e di revisione delle attività che da tempo vengono svolte nell'ambito delle Unità Operative di Assistenza Consultoriale e presso le Strutture Complesse di Ginecologia e Ostetricia.

Sentirsi partecipi di un processo di cambiamento e di miglioramento delle prestazioni erogate ha favorito la possibilità di incontro fra operatori dei servizi consultoriali e dei servizi ospedalieri, ha creato le condizioni per avviare percorsi virtuosi di integrazione tra territorio e ospedale e, soprattutto, ha ampliato l'offerta attiva dei servizi finalizzati al raggiungimento delle fasce più deboli della popolazione.

Le attività hanno riguardato le seguenti aree:

– *Formazione*

Una attenzione particolare e propedeutica a qualunque tipo di intervento è stata posta alla organizzazione di momenti di formazione attraverso i quali favorire una ulteriore crescita professionale, individuale e di gruppo, degli operatori impegnati nella costruzione di percorsi operativi coerenti con il POMI.

Sono stati previsti, e in parte realizzati, i seguenti corsi e/o momenti formativi e di aggiornamento:

- “Dopo la nascita”, corso di formazione rivolto alle ostetriche, agli psicologi, ai pediatri e ai ginecologi con l'obiettivo di rivedere e riorganizzare l'attività dei CAN nel post-parto. Tale corso ha rappresentato la tappa finale di una attività formativa intrapresa quattro anni fa attraverso l'organizzazione di due edizioni del corso “Metodologia per condurre e tenere corsi di accompagnamento alla nascita”, che hanno coinvolto tutti gli operatori presenti nelle équipe consultoriali (ostetriche, ginecologi, pediatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, pedagogisti, sociologi e avvocati);
- “Massaggio infantile: il tocco gentile”, corso esperienziale sulla comunicazione psicotattile mirato a favorire, nell'ambito delle attività consultoriali del post nascita, l'avvio di incontri informativi sul massaggio infantile. Tale scelta ha avuto l'obiettivo di promuovere e sostenere lo stato di benessere del bambino, favorendo il legame di attaccamento e cioè il vincolo emotivo/affettivo che lega il bambino e i suoi genitori. Detto percorso formativo si è inserito in un variegato contesto di numerosi progetti consultoriali a sostegno della genitorialità;
- “La dimissione precoce-protetta dopo il parto e il puerperio a domicilio”, corso rivolto alle ostetriche, sia consultoriali che ospedaliere, finalizzato all'avvio di un progetto sperimentale che coinvolgerà gli operatori del comune di Taranto e il punto nascita del Presidio Ospedaliero SS. Annunziata, rivolto alle gestanti che affrontano la prima gravidanza. Dopo la sperimentazione, l'Azienda intende ampliare l'offerta attiva del servizio di puerperio non solo nei Distretti Socio Sanitari n. 3 e 4 di Taranto, ma anche nei restanti cinque della provincia jonica;
- “La formazione sull'allattamento al seno per operatori sanitari”, avente lo scopo di aumentare la sensibilità degli operatori impegnati nel percorso nascita in ordine alla promozione dell'allattamento al seno. Tale momento formativo che ha già coinvolto, in due precedenti edizioni, operatori consultoriali, ospedalieri e pediatri di libera scelta; nella attuale edizione sarà rivolto soprattutto agli operatori sanitari dei punti nascita aziendali, con l'obiettivo di raggiungere tutte le figure coinvolte nel percorso nascita;
- “Il counselling ostetrico antitabagico secondo il programma nazionale Mamme Libere dal Fumo”, corso in due edizioni con il quale sono state formate quasi l'80% delle ostetriche in servizio nella Azienda tarantina.

Al fine di promuovere la conoscenza delle attività svolte nei CF e all'interno del percorso nascita, è prossima l'attivazione di una serie di incontri su "Il consultorio e il percorso nascita", rivolto ai/alle mediatori/trici interculturali in fase di assunzione presso la ASL e agli operatori impegnati nei front-office aziendali, nelle Porte Uniche di Accesso (PUA) e nei servizi URP. Il progetto formativo è la premessa all'avvio di una serie di attività che saranno realizzate presso gli spazi presenti nel territorio (piazze, mercati, esercizi pubblici, enti e associazioni di volontariato), in cui si incontrano spontaneamente anche uomini e donne immigrate. Sarà diffuso e distribuito materiale informativo tradotto in più lingue e saranno organizzati momenti informativi che possano facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte della popolazione immigrata.

A conclusione di tutta l'attività avviata per il progetto "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" è prevista la realizzazione di un evento rivolto sia agli operatori che alla cittadinanza, in cui saranno resi noti i risultati dell'indagine ISS, con la messa a confronto dei dati nazionali, regionali e locali e sarà promossa la campagna di promozione all'allattamento al seno che la ASL di Taranto intende avviare nel corso del 2012.

Linguaggi comuni, condivisione di obiettivi, percorsi integrati, offerta attiva dei servizi, confronto sui risultati raggiunti. Ci stiamo lavorando con entusiasmo, confortati da un attento, sensibile supporto da parte della direzione aziendale.

- *Produzione di materiale informativo sulle attività avviate nel percorso nascita, aggiornamento sito internet ASL e, perché no, ... siamo su Facebook*

Parallelamente alla riorganizzazione dei servizi consultoriali e ospedalieri attivati nel percorso nascita, si sta curando la produzione di materiale informativo (brochure, opuscoli, locandine) per meglio pubblicizzare le attività svolte e per facilitare l'offerta attiva dei servizi stessi. In particolare, con la collaborazione del personale della Struttura di Comunicazione e Informazione Istituzionale aziendale, si sta predisponendo la campagna promozionale dell'allattamento al seno, che si prevede di presentare in occasione di una iniziativa pubblica itinerante che coinvolgerà ciascuno dei sette Distretti Socio Sanitari, al fine di raggiungere tutta la popolazione residente nella provincia jonica (da Avetrana a Ginosola). Parte del materiale prodotto sarà tradotto nelle lingue più diffuse tra gli immigrati presenti sul territorio (inglese, francese, rumeno, albanese, ucraino, cinese, polacco, russo).

Tutto il materiale informativo prodotto, oltre a essere a disposizione della utenza presso i servizi consultoriali e ospedalieri, sarà inviato, con lettera di presentazione del percorso nascita aziendale, in tutti quei luoghi dove è possibile incontrare donne in gravidanza e giovani coppie (farmacie, studi ginecologici, ambulatori degli MMG, punti prelievo, CUP, centri famiglia comunali e parrocchie dove si tengono i corsi prematrimoniali, servizi sociali comunali).

Si sta procedendo, infine, ad un graduale aggiornamento del sito internet dell'ASL Taranto circa le sedi e le équipe consultoriali, e si stanno attivando link di approfondimento sui servizi con particolare riferimento a quelli del percorso nascita.

Il CF tarantino del quartiere Paolo VI ha attivato un proprio account nel social network di *Facebook*. Ha aperto una pagina dal titolo "Consultorio?Io ci vado... e tu?", dalla quale periodicamente lancia informazioni sul funzionamento dei CF, avvia confronti sui CAN, sull'allattamento al seno, sulla contraccezione, sullo screening dei tumori del collo dell'utero, sul sostegno psicologico e sociale. Affronta anche le tematiche che coinvolgono più specificatamente gli adolescenti, quali la procreazione responsabile e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

– CAN

Nella ASL Taranto sono presenti 7 unità operative di assistenza consultoriale per un numero complessivo di 18 CF. In molti CF, i CAN sono attivi da oltre quindici anni, in pochi altri, per mancanza di personale e di attrezzature, i corsi non sono mai decollati.

Con la collaborazione del gruppo pluriprofessionale aziendale che si sta occupando del piano di riordino regionale dei CF, e di alcuni operatori individuati fra quelli che hanno accumulato una più lunga e consistente esperienza nella gestione dei CAN, sono stati realizzati incontri con tutte le équipe consultoriali.

Gli obiettivi che l'Azienda si propone sono:

- garantire l'offerta dei CAN in ogni unità operativa consultoriale;
- riorganizzare i corsi per renderli coerenti e scientificamente validi secondo gli obiettivi del POMI;
- definire un modello operativo unico, condiviso da tutte le équipe;
- produrre strumenti informativi e di raccolta dei dati relativi alle attività svolte e alla tipologia di utenza che frequenta i corsi, per avviare, con modalità condivise, il momento della valutazione attraverso la costruzione di indicatori di processo e di risultato;
- attivare o migliorare le modalità di offerta attiva per raggiungere soprattutto il target di popolazione più a rischio;
- promuovere l'empowerment delle donne e delle coppie.

Durante gli incontri gli operatori hanno evidenziato positività e criticità che hanno caratterizzato le diverse modalità operative con le quali sono stati realizzati i corsi negli anni precedenti. Una particolare attenzione è stata rivolta a quegli aspetti che spesso hanno impedito l'attivazione o la continuità dei corsi stessi.

È stato quindi definito un modello operativo unico, condiviso dalle unità operative consultoriali così caratterizzato:

- ogni corso inizia almeno al quinto mese di gravidanza;
- si prevedono 12/14 incontri, tenuti sia al mattino che al pomeriggio, per favorire la partecipazione anche dei papà;
- ogni incontro ha la durata media di 2 ore e vi possono partecipare 10/12 gestanti;
- durante il primo incontro viene distribuito alle gestanti un calendario contenente le date e gli orari di svolgimento del corso al fine di offrire alle donne/coppie una pianificazione già prestabilita di partecipazione alle attività previste;
- ogni incontro è tematico ed è condotto da uno o più operatori, secondo la propria specifica competenza professionale;
- le informazioni relative alla conduzione di ciascun gruppo seguono un flusso circolare, in modo che ogni operatore sia sempre informato sul contenuto degli altri incontri e sulle dinamiche del gruppo;
- il metodo di conduzione del gruppo è attivante e l'attenzione degli operatori è sempre posta ai bisogni dei partecipanti, seguendo modalità non direttive e nel pieno rispetto della soggettività;
- vengono coinvolte attivamente le mamme in attività corporee sulle posizioni del travaglio-parto e dell'allattamento, per favorire una maggiore conoscenza della propria corporeità e delle proprie risorse personali;
- si creano le condizioni per promuovere sempre una comunicazione empatica indispensabile per creare nel gruppo un clima di coinvolgimento e di interazione, di mutuo-aiuto, vicinanza e incoraggiamento, e rendere così il corso uno spazio e un tempo nel quale le donne/coppie possano esprimere liberamente le loro idee, le loro emozioni, i loro bisogni;

- sin dal primo incontro gli operatori dedicano uno specifico momento all'accoglienza e alla costruzione di un rapporto che faciliti la comunicazione all'interno del gruppo e tra il gruppo e gli operatori; tale modalità, che si fonda su processi di comunicazione non basati su modelli direttivi ma di empowerment, viene mantenuta per tutti gli altri incontri;
- prima, durante e dopo ogni corso gli operatori sono a disposizione per attività di consulenza individuale e/o di coppia e il gruppo è informato di tale possibilità fin dal primo incontro;
- la partecipazione di altre figure parentali come, ad esempio i nonni, è possibile soprattutto quando si affrontano temi come quello dell'evento critico della nascita, evento che rimette in discussione il funzionamento dell'intero sistema familiare e che richiede, per essere affrontato e superato, la messa in moto di meccanismi di adattamento e di *problem solving*; tutti sono coinvolti: i coniugi che diventano genitori, i genitori anziani che diventano nonni;
- un incontro del corso si svolge presso il punto nascita: il gruppo di gestanti, accompagnate dalla ostetrica del CF, si confronta con gli operatori ospedalieri nella sala travaglio, nella sala parto e nel nido, espone dubbi e preoccupazioni, si informa;
- al termine di ogni corso viene rilasciato un attestato di partecipazione che la gestante presenta all'operatore ospedaliero al momento della compilazione della cartella di ricovero. Questo apparentemente banale atto amministrativo rappresenta un reale passaggio di consegne e di presa in carico fra CF e punto nascita;
- un momento conclusivo, prima del parto, viene dedicato ai saluti di fine corso: l'esperienza di gruppo ha creato le condizioni per la nascita di amicizie fra le gestanti e fra le coppie stesse, ci si scambia indirizzi e ci si dà appuntamento agli incontri del dopo parto;
- la somministrazione di un questionario consente, infine, di fare una prima valutazione del livello di gradimento dei servizi offerti.

L'analisi delle risposte ai questionari sollecita le équipes consultoriali, periodicamente, a confrontarsi sull'andamento delle attività, sulla individuazione di problemi emersi durante la conduzione dei gruppi e a rivedere, migliorandola, l'organizzazione dei corsi.

A Castellaneta è in fase di attivazione la prima esperienza di CAN integrato tra CF e punto nascita: operatori ospedalieri e consultoriali collaboreranno insieme nella gestione di incontri sia presso il CF che presso il punto nascita.

Il CAN così pensato e concretamente attivato diventa un momento centrale del processo di empowerment della donna e della coppia genitoriale.

– *Attività di assistenza in puerperio*

Al termine dell'attività di formazione su "La dimissione precoce-protetta dopo il parto" (marzo 2012), che ha coinvolto le ostetriche consultoriali e ospedaliere, è stato avviato un progetto sperimentale che prevede l'offerta attiva di assistenza domiciliare in puerperio, rivolta alle donne che affrontano la prima gravidanza. Al momento della dimissione dal reparto di ostetricia del P.O. SS. Annunziata di Taranto, alle primipare viene presentato il servizio di puerperio, sia domiciliare che di consulenza presso le sedi consultoriali.

Gli operatori del punto nascita comunicano tempestivamente alle ostetriche territoriali l'elenco dei nuovi nati ed, in particolare, soprattutto di quelle puerpere che presentano situazioni di particolare disagio sociale, psicologico e sanitario.

Nell'arco delle 48 ore dal parto, l'ostetrica, competente per territorio, garantisce la visita a domicilio finalizzata all'ascolto, alla valutazione dei bisogni, al sostegno all'allattamento al seno, alla presa in carico della diade madre-bambino.

La sperimentazione, della durata di sei mesi, ha consentito di ampliare l'offerta attiva di tale servizio a tutte le puerpere e, gradualmente, di estenderlo a tutto il territorio della provincia jonica.

– *Gruppi post-parto e corsi di massaggio infantile*

Dopo il lavoro di analisi condotto con le équipes è emersa la necessità di recuperare tempo e risorse da dedicare al post parto. È stata incrementata l'attività, passando dall'unico incontro che veniva prima realizzato a più momenti che si sviluppano lungo i primi mesi di vita del bambino.

Quando tutte le gestanti, che hanno partecipato ad un CAN, hanno partorito, a distanza di circa 15/20 giorni dalla nascita dell'ultimo bambino, viene organizzato un primo incontro, in genere gestito dalla ostetrica e dalla psicologa. Le neo-mamme raccontano al gruppo l'esperienza del parto, con emozione condivisa e scoperta reciproca.

Gli incontri proposti variano a seconda delle esigenze del gruppo, ma, in sintesi, hanno l'obiettivo di:

- offrire uno spazio emotivo di restituzione dell'esperienza del parto;
- sostenere l'allattamento al seno;
- supportare la genitorialità per attivare competenze, modalità affettive e relazionali orientate ad un sano sviluppo psico-motorio del bambino;
- sostenere la coniugalità per affrontare i compiti di sviluppo che sono tipici della fase del ciclo vitale della famiglia quando nasce un bambino (conciliare le esigenze del piccolo nato con quelle della coppia, ridefinire modalità comunicative, stabilire confini chiari tra il sistema coniugale e quello genitoriale).

In modo particolare, a sostegno dell'allattamento al seno, molte mamme, che hanno partecipato a corsi precedenti, collaborano con gli operatori e sono presenti agli incontri raccontando la loro esperienza, le loro difficoltà e dando dimostrazione diretta di come si allatta. Si avvia e si consolida così un processo di auto-aiuto che supera per positività qualunque altro intervento a sostegno dell'allattamento al seno.

Sono previsti anche corsi di massaggio infantile e incontri, realizzati anche in collaborazione con i pediatri di libera scelta, per presentare il progetto "Nati per leggere".

Le mamme e i papà si confrontano, condividono le esperienze e trovano insieme risposte e soluzioni ai problemi che si presentano. Con i loro bambini crescono nella genitorialità. Gli operatori spesso si limitano ad accompagnare, a supportare tale processo e a far emergere le risorse presenti nella coppia (empowerment).

– *Ambulatorio di sostegno all'allattamento al seno*

In ogni CF è garantita la presenza di operatori che hanno frequentato corsi conformi alle direttive OMS-UNICEF.

Quotidianamente le ostetriche (ed i pediatri se presenti nelle équipes) sono disponibili per attività di consulenza su tutti gli aspetti che riguardano l'allattamento al seno. Non è prevista alcuna prenotazione; è garantito il libero accesso nelle giornate e negli orari stabiliti da ciascuna struttura consultoriale.

L'offerta attiva viene garantita da una ampia diffusione di materiale informativo presso i punti nascita, gli uffici dell'anagrafe sanitaria, dove è possibile effettuare la scelta del pediatra, gli studi degli MMG, i CUP aziendali, i nidi pubblici e privati, i servizi sociali comunali, le parrocchie.

– *MMG, pediatri di libera scelta e CF*

Nel Distretto Socio Sanitario n. 4 della città di Taranto sono state condotte una serie di interviste agli MMG e pediatri di libera scelta. L'intervista è stata strutturata per indagare tre aree:

- livello di conoscenza dei servizi offerti dai CF, in particolare in relazione al percorso nascita;
- proposte di collaborazione e integrazione con le équipe consultoriali;
- strategie adottate, nel rapporto con l'utenza, circa l'individuazione e segnalazione ai servizi territoriali di situazioni riconosciute a rischio sociale e/o socio-sanitario.

I risultati di tale lavoro di ricerca sono stati finalizzati a consolidare rapporti di collaborazione che spontaneamente si sono strutturati nel corso del tempo e a ripensare a nuove modalità di integrazione.

Molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare. Quando gli operatori sono coinvolti attivamente in un processo di cambiamento non si torna indietro e, anche se a piccoli passi, si va, pur con fatica e impegno continuo, a mettere in rete risorse umane, strutturali ed economiche. Tutti gli operatori prendono coscienza di far parte di un unico percorso in cui ciascuno fa la propria parte. Integrazione e condivisione, programmazione e formazione congiunta sono la risposta appropriata per superare la dicotomia tra ospedale e territorio e offrire attivamente servizi a tutela della salute delle donne, dei bambini, della famiglia nel suo complesso.

ASL Matera

“Care mamme, cari papà” è il modo più originale di comunicarvi quello che stiamo realizzando con i neogenitori.

Tutti gli operatori si sono dati un obiettivo alla volta che per quest'anno è stato quello di raggiungere più coppie possibili.

Grazie all'esperienza formativa in ISS, ormai è di routine lavorare con piccoli gruppi all'interno dei CAN; la formazione ricevuta ci ha dato l'opportunità di valutare sul campo la ricchezza di tale strumento. Infatti, i neo-papà si trovano subito a loro agio e danno una reale mano d'aiuto alle compagne, partecipando di più al momento del travaglio e del parto; sono molto convinti dell'allattamento al seno che sostengono al di sopra delle aspettative.

Le gravide di ogni CAN hanno realizzato dei poster per il concorso “Marilyn Liuzzo” del convegno AGITE che si è tenuto a Roma il 24-26 novembre 2011.

Gli operatori, negli ultimi sei mesi, hanno realizzato in collaborazione con il Servizio di Prevenzione ed Educazione alla Salute dell'Azienda, una guida per le coppie partecipanti ai CAN.

Stiamo lavorando con più attenzione per l'integrazione delle donne migranti e stiamo registrando un numero crescente di iscrizioni ai CAN.

ASL 1 Venosa

La rete dei CF dell'Area Nord dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) (che ricomprende la ASL 1 di Venosa) dedica molta attenzione all'evento nascita, programmando attività e percorsi nel rispetto delle indicazioni dettate dalle linee guida regionali DGR 214 del 9.2.2010, dalle linee guida aziendali e dalle linee dell'ISS di Roma - Progetto “Il percorso

nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi”, voluto dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Reparto Salute della donna e dell’età evolutiva.

Nei nostri CF vengono programmate e implementate una serie di attività che assicurano alla donna in gravidanza un idoneo percorso che le consente di accedere con facilità ai nostri servizi, garantendo un sostegno costante alla coppia attraverso un livello efficiente di assistenza e di monitoraggio della salute della madre e del bambino prima, durante e dopo il parto. Si tratta di azioni complesse in adesione ai principi solidaristici di efficienza integrata territorio-ospedale e di qualità, che hanno basi su un percorso di umanizzazione, prevenzione, comunicazione pubblica della salute e di stili di vita salutari. Attività messe in campo con una programmazione di équipe che ha avuto un lungo e soddisfacente iter informativo e formativo, riscuotendo il parere favorevole delle donne, delle amministrazioni comunali, della popolazione, delle istituzioni e una lodevole risonanza sia interna che esterna.

La rete dei CF dell’ex ASL 1 di Venosa nel 2007 ha aderito e candidato un suo progetto. L’esperienza, che ha visto il coinvolgimento dei CF di Lavello, Melfi, Rapone, Rionero e Venosa, ha dato risultati positivi e soddisfacenti, gratificando gli operatori, le donne e le famiglie che hanno partecipato. Dopo vari incontri di orientamento e di organizzazione, gli operatori hanno espresso la loro convinzione che tale processo non poteva che qualificare l’attività consultoriale. Il progetto candidato ha inteso smantellare pratiche obsolete e non appropriate, ha rivisitato, riprogrammato e ricalibrato interventi e attività. Ci hanno aiutato in questo difficile compito l’ISS, le stesse donne che hanno partecipato attivamente all’attività consultoriale, le ostetriche, gli psicologi, le assistenti sociali, che da tempo chiedevano un rinnovamento, e l’Azienda, che ha creduto in questa nuova modalità operativa. La formazione, i ripetuti incontri, la sensibilità e l’esperienza hanno creato un buon clima e il progetto si è avviato.

Gli obiettivi enunciati progetto sono stati raggiunti:

- abbiamo potenziato l’integrazione tra i servizi sociali dei comuni e dei CF, al fine di rendere fruibile l’accesso ai CAN (vere palestre per l’empowerment, se ben condotti);
- abbiamo iniziato un difficile percorso di sensibilizzazione e informazione, attraverso i medici di base, le farmacie, i laboratori di analisi, i negozi, ecc.;
- abbiamo attivato un processo d’integrazione tra ospedale e territorio, che è stato uno dei punti qualificanti dell’operatività del Dipartimento Materno-Infantile;
- abbiamo formato il personale per l’espletamento delle attività e attivato i CAN;
- abbiamo organizzato eventi pubblici sul territorio di appartenenza, corsi per la promozione dell’allattamento al seno, corsi di gravidanza in acqua, baby party (festa della nascita), corsi post-parto, corsi di ginnastica pre- e post-parto, visite puerperali a domicilio, potenziato i corsi genitori; abbiamo realizzato schede, opuscoli informativi educativi e prodotto cortometraggi su temi di salute;
- abbiamo ideato deilaboratori informativi e creativi di supporto alle attività;
- abbiamo raccolto dati ed esperienze e pubblicato le attività svolte;
- abbiamo coinvolto la stampa regionale con la pubblicazione di vari articoli sulle nostre iniziative;
- abbiamo costruito il raccordo tra i diversi servizi, che ci ha consentito l’elaborazione di una connessione tra quadri epidemiologici differenti.

L’attenzione, la supervisione e la guida dell’ISS sicuramente ci hanno fatto crescere tutti insieme. L’indagine sul percorso nascita ci ha permesso di raccogliere informazioni sulle donne che hanno partorito nel territorio di applicazione del programma, per valutare l’utilizzo dei servizi e le modalità e gli esiti del parto; con loro abbiamo riformulato e modificato il progetto e abbiamo stilato le nuove linee guida dei CF, tenendo presente le indicazioni del POMI. La

costruzione di buone pratiche ha permesso l'implementazione di nuovi servizi e, lavorando tutti insieme, ci siamo riappropriati del concetto di lavoro di équipe che nel tempo stava sparendo.

Tutto ciò ha rilanciato la nostra immagine, ridando al servizio una nuova possibilità per affermare che i CF dell'ASP di Potenza, in tema maternità e paternità consapevole, coniugalità e genitorialità, sono centro di riferimento per la promozione e la tutela del benessere della donna, dell'uomo e della famiglia, attraverso servizi e prestazioni offerti all'interno di percorsi specifici, in ottemperanza della DGR n.214 del 9.2.2010 "Linee guida dei Consultori Familiari".

Gli obiettivi generali del progetto della rete dei CF sono stati:

- offrire alla donna in gravidanza un percorso idoneo che faciliti l'assistenza e la prepari ad una nuova relazione;
- aiutare la coppia nel periodo della gravidanza ad affrontare consapevolmente e con un'adeguata e idonea preparazione le diverse fasi della gravidanza del parto e del post-parto;
- fornire alla donna una preparazione psicofisica specifica per il travaglio e per il parto;
- promuovere l'allattamento al seno;
- favorire la partecipazione ai corsi delle gravide a rischio psico-socio-sanitario;
- creare le premesse per un valido rapporto madre-figlio;
- offrire colloqui informativi sulla gravidanza (assistenza, servizi disponibili, facilitazioni relative ai congedi lavorativi, esenzioni, ecc.);
- promuovere consapevolezza e competenza sull'alimentazione della gravida e del neonato;
- offrire sostegno psicologico individuale e di coppia e alle gestanti con facoltà di partorire in anonimato, come da legislazione vigente;
- individuare le gravidanze problematiche e a rischio psico-sociale e sanitario: tale attività va offerta attivamente nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare riferimento alle donne immigrate e/o tra comunitarie e/o nomadi, avendo particolare cura di garantire il rispetto delle specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato operanti sul territorio;
- realizzare una operatività congiunta tra servizi ospedalieri e territoriali sui diversi aspetti della paternità e della maternità responsabile, per garantire un sostegno costante alla coppia attraverso un livello efficiente di assistenza e il monitoraggio della salute e del benessere della madre e del bambino;
- dare continuità nell'assistenza alla puerpera e al neonato attraverso interventi di sostegno psico-fisico, di vigilanza rispetto a fattori di rischio e di educazione alla salute;
- rimuovere le eventuali cause che la inducono la donna ad interrompere la gravidanza;
- offrire sostegno e presa in carico sanitario e psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG;
- privilegiare l'accesso ai servizi consultoriali e pubblici;
- ridurre per quanto possibile i tempi d'attesa e i disagi della gestante;
- promuovere la partecipazione attiva alla programmazione e alla valutazione delle attività a loro dedicate.

Gli obiettivi specifici perseguiti sono stati:

- offrire consulenze psico-socio-sanitarie;
- attivare i CAN;
- attivare i corsi di gravidanza in acqua;
- attivare il corso di ginnastica dolce pre-parto;
- attivare il corso di ginnastica dolce post-parto;
- potenziare i baby party;
- attivare i corsi promozione e incentivazione dell'allattamento al seno;

- attivare i percorsi facilitanti il contatto madre-bambino;
- attivare le visite domiciliari puerperali;
- attivare i corsi post-parto;
- potenziare i corsi per genitori;
- potenziare e riprogrammare l'attività di educazione alla salute sul territorio e nelle scuole di ogni ordine e grado.

Le sedi consultoriali coinvolte sono state:

- CF di Lavello;
- CF di Melfi;
- CF di Rapone;
- CF di Rionero;
- CF di Venosa.

Il progetto ha previsto tre fasi:

- *Prima fase*

Volta alla progettazione e ricerca ha contemplato:

- *Progettazione delle attività percorso nascita:*

- incontri presso la Regione Basilicata con il responsabile scientifico del progetto per presentazione e messa a punto della programmazione;
- incontri con gli operatori dei CF;
- incontri con i referenti aziendali.

- *Ricerca e basi epistemologiche ed epidemiologiche:*

- incontri di studio e progettazione aziendale e consultoriale;
- incontri di sensibilizzazione e di programmazione degli interventi aziendali;
- attività di studio e ricerca, reperimento dati territoriali e preparazione della relazione epidemiologica per l'ISS.

- *Attività di studio e progettazione:*

- stesura della bozza di progetto.

- *Seconda fase*

Volta all'informazione, sensibilizzazione e definizione del progetto ha incluso:

- sensibilizzazione e programmazione degli interventi;
- presentazione del progetto ai componenti del Comitato di Dipartimento Materno-infantile;
- progettazione delle azioni congiunte con altri dipartimenti aziendali;
- incontri con i referenti aziendali;
- incontri con gli operatori dei CF per la stesura del progetto;
- incontro con le donne e referenti locali;
- incontro con gli Enti Locali;
- stesura definitiva del progetto;
- presentazione all'ISS per candidatura al finanziamento;
- corso di formazione e addestramento del personale per l'indagine;
- corso di formazione CAN per gli operatori.

- *Terza fase*

Ha riguardato l'espletamento delle attività nei CF dell'area Nord di Potenza (ex Asl N.1 Venosa) sono state offerte e realizzate le seguenti azioni:

- *indagini:*

- interviste a 240 puerpere che hanno partorito presso Ospedale di Melfi;
- proseguimento dell'indagine con interviste a tre mesi, sei mesi, nove mesi;

- consulenze sociale;
- consulenze psicologiche;
- consulenze ginecologiche;
- consulenze ostetriche;
- consulenze pediatriche anche telefoniche;
- visite domiciliari puerperali;
- CAN;
- corsi di gravidanza in acqua;
- corsi di ginnastica dolce pre-parto;
- corsi di ginnastica dolce post-parto;
- baby party;
- spazio mamme: corsi post-parto;
- corsi per genitori al sostegno della coniugalità e della genitorialità;
- attività di educazione alla salute sul territorio e nelle scuole di ogni ordine e grado;
- attività di promozione e sostegno dell'allattamento al seno, assistenza al lattante con consulenze anche telefoniche alle mamme, in particolar modo nel periodo delicato che va dalla dimissione ospedaliera alla presa in carico da parte del pediatra di libera scelta; bilanci di salute; distribuzione di materiale illustrativo; adozione dell'opuscolo ministeriale sui vantaggi dell'allattamento al seno e dimostrazioni pratiche;
- incontri di informazione/educazione per promuovere stili di vita corretti e una corretta alimentazione in gravidanza e puerperio (in raccordo con il SIAN);
- sportello per informazioni e consulenze di natura legale e sociale alla donna, alla coppia, ai neo-genitori;
- percorso per l'individuazione precoce della depressione post-parto da parte del personale sanitario e sociale, con relativa presa in carico;
- incontri dedicati all'informazione/educazione per promuovere una sessualità responsabile e la prescrizione della contraccezione;
- spazio e laboratori per immigrate con tutoring sociosanitario di gravide immigrate;
- tutoring sociosanitario per minori;
- tutoring sociosanitario per le donne in grave disagio psicosociale, con rapporti diretti con l'Ospedale di Melfi;
- informazioni sulla donazione del sangue cordone ombelicale;
- partecipazione al progetto dell'ISS "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" per la sperimentazione sul campo dei modelli di offerta attiva e di valutazione sulle modalità di svolgimento delle attività, al fine di formulare linee di indirizzo condivise;
- attivazione e realizzazione della ricerca e indagine biennale sulle partorienti dell'Ospedale di Melfi, interviste al parto, a tre, a sei e a nove mesi;
- partecipazione ad Incontri per l'Analisi del progetto con l'ISS;
- partecipazione alla formazione presso ISS;
- organizzazione di seminari di audit interno per aggiornamento del personale;
- distribuzione di materiale informativo sui CF;
- realizzazione di materiale informativo cartaceo, quale la guida informativa "La prima settimana";
- produzione di cortometraggi video: "L'allattamento nel tempo tra riti e realtà", "Ambiente e salute", "L'infanzia";
- realizzazione di alcuni eventi pubblici: Mamme e carrozzine, baby party, festa della mamma, festa del papà, La nascita, Respirando Respirano, L'allattamento nel Tempo, Noi e i nostri piccoli figli, ecc.;

- pubblicazione delle attività tramite stampa regionale e nazionale, l'ufficio stampa aziendale, e siti Internet.

Hanno collaborato al progetto Comuni, associazioni, volontariato, parrocchie, scuole, ospedale, Distretti Sanitari di Base, territorio in genere (farmacie, ecc.).

ASL 3 Lagonegro

Gli operatori del Gruppo di lavoro percorso nascita stanno sviluppando operativamente tutte le attività afferenti al programma, sia con la partecipazione organizzativa che con l'integrazione tra le varie figure professionali sanitarie e sociali interne ed esterne all'Azienda e con le altre istituzioni del territorio (Comuni, MMG, scuole).

Si è provveduto, nel corso di questo periodo a :

- favorire la collaborazione attiva e continuativa all'interno dell'Azienda tra le Unità Operative Territoriali e ospedaliere coinvolte nel percorso nascita e all'esterno con le strutture pubbliche (scuole, tribunale per i minorenni, associazioni di volontariato, parrocchie, MMG, pediatri di libera scelta);
- elaborare materiale cartaceo (consenso informato, diario settimanale dell'indagine sul percorso nascita) e formare il personale sanitario (in primis le ostetriche) sulla base dell'indagine conoscitiva promossa dall'ISS e realizzata mediante la somministrazione dell'apposito questionario;
- realizzare degli incontri periodici per monitorare con le ostetriche la corretta gestione delle schede CedAP.
- attuare degli incontri operativi tra i componenti del gruppo di coordinamento delle attività territoriali e i responsabili delle Unità Operative di Pediatria ospedaliera e territoriale e di Ginecologia e ostetricia ospedaliera e territoriale per il monitoraggio del percorso;
- continuare la distribuzione capillare sul territorio del materiale informativo relativo al percorso nascita (manifesti, brochure, volantini);
- realizzare la vaccinazione profilattica di 20 puerpere sieronegative per la rosolia, nell'ambito del protocollo d'intesa tra l'Unità Organizzativa di Supporto (UOS) Percorso nascita e l'UOS Centro vaccinale in accordo con l'obiettivo fissato dalla ASP di Potenza (di cui l'ASL 3 ora fa parte insieme con la ASL 1 di Venosa e ASL 2 di Potenza) riguardo alla copertura vaccinale della rosolia;
- svolgere CAN nei territori distrettuali;
- aggiornare il registro cartaceo per i bilanci di salute dei bambini, e avviare la realizzazione della cartella clinica informatica e la banca dati digitale pediatrica;
- monitorare il percorso IVG;
- mantenere contatti con le amministrazioni locali dei Comuni e le parrocchie per il reclutamento delle coppie neoformate;
- invitare coppie presso il CF per il counselling preconcezionale;
- realizzare le visite in puerperio;
- preparare la settimana mondiale per l'allattamento al seno;
- far partecipare al corso di formazione presso lo ISS in Roma (febbraio 2011), denominato "La conduzione dei Corsi di accompagnamento alla nascita", tre ostetriche dell'area materno-infantile per un importante aggiornamento;
- partecipare a diversi incontri per la costituzione e il funzionamento del Dipartimento Materno-Infantile;

- partecipare a eventi formativi aziendali qualificanti, quali ad esempio il corso “Parto pretermine e P-prom” tenutosi a Potenza, Ospedale S. Carlo, in data 27/05/2011.

Punti di forza di questo percorso sono:

- il lento, ma progressivo superamento delle “ataviche” diffidenze tra operatori ospedalieri e territoriali, da sempre chiusi in compartimenti stagni;
- il tentativo di adozione di linguaggi, comportamenti, linee guida e protocolli comuni a tutta l’area materno-infantile;
- lo sforzo di “mettere in rete” in un progetto comune le risorse umane e strutturali a disposizione;
- la riduzione del 10% del tasso di tagli cesarei dall’inizio del percorso ad oggi;
- il miglioramento della capacità di accoglienza delle gestanti nelle strutture aziendali, con particolare riguardo verso le extracomunitarie.

ASP Enna

Durante il periodo di attuazione dell’indagine sul percorso nascita il personale dei CF dell’ASP (Azienda Sanitaria Provinciale) di Enna è stato impegnato nella promozione e nella programmazione delle attività inerenti l’offerta attiva, la formazione, la conduzione dei CAN e la diffusione di materiale informativo.

In particolare:

- è stata curata la diffusione del materiale “Allattamento materno” proposto dall’ISS nei reparti di Ginecologia, Pediatria e Neonatologia dei Presidi Ospedalieri Aziendali;
- si è incrementata l’offerta attiva dei CAN, dei corsi di massaggio infantile, del sostegno all’allattamento materno e alla genitorialità, di visite domiciliari in puerperio;
- negli ambulatori di consulenza ginecologica consultoriale sono state fornite, alle donne in età fertile, informazioni sul ruolo della prevenzione preconcezionale delle patologie materne e fetali (vaccinazioni, assunzione di folati, dietologia, ecc.);
- nel settembre 2010 è stato organizzato il corso di formazione “La conduzione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita”, rivolto a tutti gli operatori dei CF e al personale ospedaliero (ginecologi, pediatri, ostetrici) per un numero di 40 partecipanti;
- la diffusione e l’analisi dei dati risultanti dalla prima fase delle interviste dell’indagine è stata svolta all’interno di tale corso e ha permesso di evidenziare le maggiori criticità e di ipotizzare le aree su cui focalizzare le attività, tenendo conto delle risorse umane, temporali e materiali;
- a seguito del corso sono stati formati 3 *Quality Group* multiprofessionali e rappresentativi di ciascuna realtà territoriale dell’ASP, che durante il primo trimestre 2011 si sono occupati di:
 - elaborare i contenuti del materiale informativo per i CAN, il massaggio infantile e il sostegno, all’allattamento materno, nonché le modalità di diffusione di tale materiale presso gli MMG, i pediatri di libera scelta, i presidi ospedalieri (reparti di ginecologia, neonatologia, pediatria), i poliambulatori, le farmacie, ecc.;
 - ridefinire i CAN attraverso la individuazione di linee guida comuni e condivise (tempi, propedeutica degli incontri, contenuti) per tutti i CF;
 - individuare le evidenze scientifiche a cui riferirsi e da rendere disponibili nei CF;

- è stata organizzata la seconda sessione del corso “Conduzione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita: confronto e verifica” nel dicembre 2011, con gli stessi relatori e partecipanti del precedente.
- è iniziata la prima fase di integrazione territorio-ospedale per la condivisione di linee guida comuni nel percorso nascita (studio ed elaborazione di un quaderno unico di gravidanza).

ASL Sassari

Nella nostra realtà abbiamo puntato sull’aggiornamento delle competenze, garantendo a tutti gli operatori che effettuano i CAN un’adeguata formazione. In particolare sono state analizzate le difficoltà emerse da parte degli operatori delle varie équipes, con proposte di soluzioni adeguate.

Tutti gli operatori dei CF e degli ospedali della Provincia coinvolti nel percorso nascita hanno effettuato un corso base per la promozione dell’allattamento al seno.

Una pediatra consultoriale ha acquisito la qualifica di consulente professionale in allattamento materno (*International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC*).

A livello interno al servizio consultoriale sono aumentati il numero dei CAN offerti, tanto da coprire tutta la richiesta, arrivando ad una percentuale del 40% dei parti della nostra Provincia.

Ai CAN è sempre seguito l’incontro in puerperio per la promozione e il sostegno dell’allattamento con la partecipazione di tutti gli operatori e l’offerta di eventuali incontri individuali o di coppia, qualora dovessero emergere problematiche particolari.

È stata fatta anche un’offerta precoce del sostegno all’allattamento anche a domicilio.

Restano ancora difficoltà a raggiungere e sensibilizzare le primigravide del ceto sociale basso e per tale motivo si sta procedendo a contattare i Servizi Sociali dei Comuni e i medici di famiglia per sensibilizzarli al problema e lavorare in rete.

Si è aperto un dialogo con le strutture ospedaliere con la finalità di garantire una migliore continuità assistenziale.

Si è creata una buona collaborazione con i ginecologi privati finalizzata all’invio delle donne nei nostri CAN.

È stato attivato un servizio di diagnostica ecografica interno al servizio consultoriale, finalizzato a garantire gli esami previsti in gravidanza.

È stata attuata una ridefinizione della programmazione dei CAN con inizio dal 4° mese di gravidanza (da gennaio 2012).

È in fase di allestimento grafico il materiale informativo sulla attività dei CF nell’ambito del percorso nascita.

ASL Lanusei

L’attività della ASL ha riguardato le seguenti aree:

- *Preparazione e diffusione di opuscoli informativi*

In occasione della prima indagine ISS sono stati progettati e realizzati dei nuovi opuscoli informativi che dessero alle donne l’opportunità di conoscere meglio i servizi dei CF, in particolare l’organizzazione dei CAN, la presa in carico della donna in gravidanza e il sostegno all’allattamento.

Tali opuscoli sono stati diffusi seguendo la modalità dell'offerta attiva, nei punti di maggior accesso alle donne target (centri prelievo della ASL e convenzionati esterni, farmacie, ambulatori degli MMG, ambulatori ostetrici ospedalieri, studi ginecologici, centro nascita, parrocchie dove si tengono i corsi prematrimoniali, servizi sociali dei comuni, sito web aziendale).

– *Formazione*

Dal 15 al 17 giugno 2009 è stato tenuto il corso di formazione “La conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita” con la dott.ssa Pierina Maghella, al quale hanno partecipato tutti gli operatori dei CF e una rappresentanza di tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita, allo scopo di uniformare le modalità operative.

Il 24 ottobre, il 14 novembre e il 28 novembre 2009 si sono tenuti i corsi di formazione aziendali “Genitori Più”, rivolti agli operatori del materno-infantile, dei Servizi di igiene pubblica e degli MMG, e si è usata questo importante momento di confronto per informare i partecipanti dell'indagine ISS e dell'implementazione dei CAN secondo una metodologia attivante e con un'équipe multidisciplinare.

Da questo confronto è emersa l'esigenza di creare dei gruppi di lavoro interdisciplinari con tutte le figure del materno-infantile (CF, centro nascita, pediatria e nido), igiene pubblica, MMG.

Si sono costituiti 4 gruppi che dal 1° dicembre 2009 all'11 febbraio 2010, con incontri settimanali, hanno elaborato 4 progetti, finalizzati al raggiungimento di una maggiore integrazione territorio/ospedale: “Percorso nascita”, Libretto pediatrico, “Promozione delle 7 azioni efficaci per la salute del bambino” e “Promozione dell'allattamento al seno”. Tutti i progetti sono stati formalmente deliberati in data 13/04/2010 dalla direzione aziendale.

Il 20 maggio 2010 il Gruppo di lavoro ha partecipato all'incontro/confronto “La nascita in Italia”, tenuto a Cagliari, con il dott. Michele Grandolfo e i rappresentanti dei punti delle altre ASL della Regione Sardegna che partecipano al progetto.

Nel 2010 è stato organizzato dalla ASL un corso di formazione sull'allattamento, “Corso 20 ore OMS/UNICEF per operatori sanitari di promozione e pratica sull'allattamento al seno”. Il corso è stato seguito sia da operatori del territorio che da quelli ospedalieri.

Nel gennaio/febbraio 2011 un'ostetrica, un'assistente sanitaria e uno psicologo hanno partecipato a Roma ai corsi organizzati dall'ISS sulla “Metodologia della conduzione dei CAN”.

– *Incontri pubblici e convegni*

I dati della prima indagine sono stati illustrati e analizzati in occasione della presentazione dei quattro progetti aziendali alla presenza della Direzione e degli operatori del materno-infantile (CF, centro nascita, pediatria e nido), igiene pubblica, MMG.

Il gruppo che si occupa dello screening del cervico-carcinoma, di cui il CF fa parte, organizza annualmente in tutti i comuni della ASL, con la collaborazione dei servizi sociali dei comuni, delle assemblee pubbliche per la sensibilizzazione delle donne; in questo contesto sono state presentati e offerti i servizi rivolti alle donne e alle famiglie dai CF.

– *Organizzazione del lavoro interno*

Da questa esperienza ne è conseguito un cambiamento sostanziale dell'organizzazione del lavoro degli operatori.

I CAN vengono fatti non più a richiesta, ma sono state messe in atto strategie volte al coinvolgimento del maggior numero possibile di donne; si è prestata inoltre maggiore attenzione alle fasce sociali più deboli (coinvolgimento dei servizi sociali dei comuni e

provincia) e delle immigrate con l'integrazione del servizio di mediazione culturale della provincia.

Si è cambiata l'organizzazione e la metodologia della conduzione dei CAN, passando a una metodologia attivante, anticipando al 4°-5° mese l'inizio dei corsi e aumentando i temi trattati per via del coinvolgimento di tutta l'équipe (ginecologo, ostetrica, pediatra, assistente sanitaria, psicologo, assistente sociale).

Ci si confronta periodicamente sulle criticità e la possibile risoluzione delle stesse.

Attualmente sono in corso degli incontri con l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia programmati al fine di discutere, risolvere le criticità che sono state rilevate dagli operatori e sottoscrivere delle linee guida condivise sulla presa in carico della gravida e sui CAN.

ASL Oristano

In seguito alla partecipazione al progetto sul percorso nascita, la ASL di Oristano ha sviluppato nuovi strumenti e effettuato nuove attività come di seguito elencati:

- *CAN*
 - Protocollo su modalità di accesso, numero di incontri, contenuti, metodologia, operatori coinvolti nei CAN, e un questionario di valutazione sulla acquisizione dei contenuti da parte delle gestanti;
 - scheda di Collegamento tra MMG, laboratori analisi, ginecologi ospedalieri e CF per offerta attiva dei CAN;
 - corso di formazione sulla conduzione dei CAN;
 - corso di formazione su parto attivo e parto in acqua;
 - due edizioni del corso OMS di 40 ore "Allattamento al seno. Corso pratico di counselling";
 - quattro edizioni del corso "Genitori più";
 - produzione di locandine e manifesti sui CAN;
 - esecuzione dei CAN.
- *Assistenza al neonato e alla famiglia*
 - scheda di collegamento tra maternità e CF per offerta attiva dell'assistenza nel post-nascita;
 - produzione di locandine distribuite nei punti nascita e negli uffici anagrafe comunali su assistenza post-nascita da parte dei CF;
 - visite in CF o a domicilio per l'assistenza al neonato e alla famiglia;
 - incontro di gruppo con i neonati nati nello stesso mese, residenti e/o domiciliati nella stessa zona.
- *Costituzione di un Gruppo di sostegno da mamma a mamma e attività svolte dal Gruppo*
 - corso di formazione di 20 ore sull'allattamento materno per *peer counsellor*;
 - attivazione dello "Spazio mamma" settimanale;
 - incontri a tema sulla "genitorialità";
 - incontro con le gravide dei CAN;
 - festa annuale in occasione della Settimana per l'Allattamento Materno (SAM).
- *Monitoraggio continuo sul CAN e sull'assistenza al neonato e alla famiglia con indicatori di processo e di risultato*
 - diario mensile distrettuale riferito ai nuovi nati residenti e/o domiciliati;

- schede semestrali riassuntive dell'andamento, nel tempo, della partecipazione all'offerta attiva dei CAN da parte di MMG, laboratori, ecc., e all'offerta attiva dell'assistenza post-nascita da parte di ospedali, anagrafe comunale, anagrafe assistiti, ecc.;
- schede semestrali riassuntive dell'andamento, nel tempo, dell'assistenza fornita dai CF sia durante la gravidanza che dopo.

ASL Sanluri

Le attività finalizzate al miglioramento dell'assistenza al percorso nascita, implementate dalla ASL 6 Sanluri nel suo territorio di competenza, a seguito della prima indagine effettuata in collaborazione con l'ISS, sono le seguenti:

- Con l'obiettivo di favorire l'integrazione professionale, istituzionale e gestionale, nonché in generale un processo di integrazione tra ospedale-territorio, sono stati organizzati e realizzati degli incontri con:
 - gli MMG del territorio,
 - i sindaci e i servizi sociali dei comuni,
 - la provincia del Mediocampidano,
 - gli operatori delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, CF.In particolare è stato organizzato un incontro di sensibilizzazione (evento con ECM) il 20/11.2010 per il sostegno all'allattamento al seno, in cui sono stati presentati i dati della prima indagine effettuata nella nostra ASL che sono stati messi a confronto con quelli nazionali. A tale incontro hanno partecipato tutti gli operatori di cui sopra (MMG, pediatri di libera scelta, assistenti sociali, sindaci ecc.) e le neo-mamme che hanno preso parte alle interviste e ancora le associazioni di donne che sostengono l'allattamento al seno. Durante tale incontro sono state diffuse delle brochure a tutti gli MMG, pediatri di libera scelta, specialisti del poliambulatorio.
- Sono stati implementati gli incontri per le puerpere che hanno bimbi di età 0-3 mesi, 3-6 mesi, 6-12 mesi.
- È aumentato il numero delle donne partecipanti ai CAN: nel 2009 le gravide partecipanti erano 285, nel 2010 sono state 321.
- È aumentato il numero delle coppie partecipanti ai CAN: nel 2010 le coppie partecipanti erano 144, su 321 donne partecipanti (circa il 50% dei partner).
- È stato attivato il servizio di assistenza domiciliare integrata e protetta, con l'obiettivo generale di assicurare alla puerpera e al neonato un rientro a casa precoce in un contesto non ospedalizzato, ma allo stesso tempo tutelato da una o più visite domiciliari, e con l'obiettivo specifico di favorire e sostenere l'allattamento al seno, rafforzare nella coppia le capacità relazionali come genitori, favorire l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali per tutte le puerpere e in particolare per coloro che presentano il maggiore rischio sociale o socio – sanitario, soprattutto in un periodo in cui non sono accettabili i 'vuoti assistenziali'. Tali visite domiciliari, effettuate dall'ostetrica, nel 2009 sono state 162.
- Sono state predisposte e diffuse delle brochure presso MMG, pediatri di libera scelta, poliambulatori.
- Si è rafforzato il lavoro di programmazione e valutazione delle attività legate al percorso clinico-organizzativo aziendale "percorso nascita".

ASL Cagliari

Un gruppo di lavoro operativo, formalmente nominato con Delibera aziendale n. 908 del 29 luglio 2009 e composto da 12 operatori multi professionali, si è costituito nell'ottobre del 2008 con il compito di elaborare e attuare le azioni indicate nel progetto "Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi". Da tale data si è riunito con periodicità mensile, svolgendo un lavoro di coordinamento e di continuo confronto con tutti gli operatori consultoriali coinvolti nel progetto, riguardanti 5 Distretti per complessivi 15 CF.

Obiettivi principali del progetto sono stati:

- raggiungere un numero maggiore di primigravide aderenti ai CAN;
- omogeneizzare l'attività dei 15 CF rispetto a modalità, inizio, durata e contenuti dei CAN, attraverso linee guida condivise;
- promuovere e sostenere l'allattamento;
- produrre materiale informativo per diffondere la conoscenza dei CF e dei CAN sul territorio;
- formare congiuntamente tutti gli operatori consultori ali;
- favorire delle azioni di integrazione territorio/punti nascita per percorsi strutturati rivolti alle gestanti;
- monitorare i risultati attraverso la creazione di apposite schede di raccolta dati, in relazione agli indicatori inseriti nel progetto;
- favorire la partecipazione delle coppie agli incontri nel post-parto.

Il materiale prodotto è stato:

- brochure informativa sui CF;
- brochure descrittiva sui contenuti dei CAN;
- cartellina di accompagnamento alla nascita per l'integrazione territorio/punti nascita;
- linee guida per gli operatori sui CAN;
- scheda di gradimento sui CAN da distribuire alle donne nel post-nascita;
- scheda di monitoraggio degli indicatori, con scheda riepilogativa annuale;
- materiale per convegno (schede partecipazione, locandine, attestati partecipazione);
- brochure informativa sul percorso nascita.

Il materiale in preparazione è il seguente:

- cartellina per le gestanti da consegnare al primo ingresso in CF, contenente l'agenda della gravidanza, le linee guida sui CAN e le informazioni socio-sanitarie;
- aggiornamento del sito Internet con il calendario dei CAN nei 15 CF;
- terza indagine nei punti nascita nella primavera del 2012;
- pubblicazione sul lavoro di 4 anni del gruppo, dalla sua costituzione alla fine del mandato.

Per quanto riguarda la collaborazione con enti e istituzioni, un sottogruppo ha curato i rapporti con i punti nascita, con i quali si è riunito più volte al fine di studiare e condividere percorsi assistenziali strutturati per le gestanti;

È iniziata una collaborazione con l'ambulatorio Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) per l'assistenza alle gravide straniere.

Il 20 novembre 2009 si è svolto il Convegno "Il sogno del figlio meraviglioso: la nascita tra passato presente e futuro" la cui relatrice principale è stata l'antropologa Nadia Maria Filippini, Docente dell'Università Ca' Foscari di Venezia. L'evento ha consentito un confronto e una condivisione ampia del progetto con i professionisti dei CF e dei centri nascita (aziendali,

universitari e delle strutture accreditate), le associazioni dei genitori e la popolazione e in tale occasione sono stati presentati i dati della prima indagine. I lavori del mattino sono stati rivolti agli operatori consultoriali, agli operatori dei punti nascita e agli operatori socio-sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti nel percorso nascita. I lavori pomeridiani sono stati estesi alle associazioni di volontariato e al pubblico.

La formazione, per decisione unanime del gruppo, ha riguardato tutti gli operatori dei CF e ciò ha rappresentato un punto di forza in quanto ha consolidato le équipes e gli operatori in toto.

- 20 maggio 2010: seminario “La nascita in Italia”, giornata di confronto tra un esperto dell’ISS, i 15 CF della ASL Cagliari, i rappresentanti dei punti nascita aziendali e i rappresentanti delle altre ASL della Regione Sardegna partecipanti al progetto, per una analisi e una valutazione dei primi dati dell’indagine.
- 11-12 ottobre 2010: corso di formazione “Trasformazioni della famiglia. La famiglia e il sostegno alla genitorialità”. Il corso ha affrontato le tematiche sociali alla base delle scelte di maternità ed esaminato il contesto familiare e ambientale delle nuove tipologie di famiglie.
- gennaio/febbraio 2011: corso di formazione rivolto alle ostetriche del gruppo di progetto, svoltosi presso ISS Roma, “Metodologia della conduzione dei CAN”, per un approfondimento delle tematiche.
- febbraio/aprile 2011: corso di formazione “La conduzione dei gruppi di accompagnamento alla nascita”, che ha riproposto a tutti i professionisti consultoriali della ASL Cagliari un training approfondito sulle modalità di formazione dei gruppi dei corsi nascita, la rilevazione e il soddisfacimento dei bisogni.

ALLEGATO. Principali indicatori assistenziali al percorso nascita per ASL di residenza e per area geografica di residenza, indagini 2008-9 e 2010-11
Tabella A1. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) - donne italiane

ASL	Seguita da CF/ostetrica %		Ecografie n.medio		Partecipazione CAN attuale gravidanza %		Abitudine al fumo prima della gravidanza %		Interrotto fumo in gravidanza %		Ripreso fumo a 12 mesi dal parto (tra chi aveva smesso) %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	11,6	14,6	6,1	5,8	47,6	43,0	31,5	30,4	50,0	61,7	37,5	45,0
Aosta	33,7	27,5	5,9	6,5	40,4	51,1	19,8	25,0	57,1	45,5	33,3	14,3
Arezzo	6,4	11,1	5,8	6,0	55,3	77,8	23,4	26,7	63,6	58,3	14,3	28,6
Bari	5,7	12,6	6,8	5,9	29,5	18,5	18,9	15,1	87,0	83,3	20,0	27,3
Cagliari	20,4	13,7	7,4	8,2	29,2	34,7	22,1	24,2	72,0	63,3	23,1	31,3
Cuneo	25,0	27,4	4,9	5,1	46,9	52,7	28,1	23,2	48,2	59,1	0,0	25,0
Enna	8,3	8,0	6,2	6,6	31,1	26,8	25,8	31,2	76,5	83,7	50,0	44,4
Firenze	23,6	22,3	6,7	6,3	66,4	63,6	20,0	33,0	54,6	56,8	20,0	50,0
Foggia	4,1	11,3	6,5	6,4	31,4	42,6	25,6	21,7	67,7	80,0	25,0	26,3
Foligno	5,6	3,7	7,1	7,5	44,4	57,0	19,4	26,7	70,8	77,8	41,7	38,9
Lagonegro	8,0	3,7	7,8	7,4	14,7	3,7	19,6	24,8	81,8	85,2	29,4	19,0
Lanusei	7,8	6,3	5,8	6,8	22,6	25,2	23,3	23,4	70,4	69,2	14,3	11,8
Livorno	22,5	18,2	7,2	7,8	55,5	53,3	21,5	30,7	72,1	66,7	54,8	55,9
Matera	5,9	2,1	7,0	8,3	42,7	54,7	30,9	40,0	71,4	89,5	25,0	27,6
Oristano	5,8	11,6	7,2	7,6	27,1	36,4	23,5	20,8	75,3	62,9	28,6	35,3
Parma	16,8	13,9	7,3	7,7	55,0	54,6	22,8	16,7	72,7	76,5	23,1	8,3
Pisa	16,9	16,1	6,5	6,7	42,4	44,4	25,5	18,6	67,8	83,3	13,8	16,7
Pordenone	12,7	9,0	6,3	6,8	39,8	39,7	12,7	21,8	80,0	76,5	42,9	0,0
Prato	8,8	12,5	6,5	6,2	50,8	57,5	25,0	30,0	70,6	66,7	45,5	25,0
Santluri	28,8	21,0	6,3	6,1	33,1	41,5	25,4	20,8	60,0	48,0	38,9	8,3
Sassari	11,3	11,7	7,4	7,3	25,5	30,1	32,1	35,0	64,7	61,1	23,1	31,6
Savona	21,7	12,9	6,7	7,2	56,5	65,3	30,4	13,7	78,6	52,9	45,5	22,2
Taranto	3,0	6,9	6,4	6,7	10,1	22,4	28,1	33,6	69,6	82,1	53,9	-
Torino	16,1	19,6	6,1	6,0	59,8	57,0	27,7	19,6	48,4	66,7	40,0	14,3
Venosa	1,7	6,9	7,3	7,4	23,1	40,5	23,1	26,7	85,7	61,3	38,9	26,7
TOTALE	13,6	13,8	6,7	6,9	37,3	41,5	23,9	24,8	68,7	70,5	31,5	31,9

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A2. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – donne italiane

ASL	Assunto acido folico in periodo periconcezionale %		Parto con taglio cesareo %		Dichiara preferenza per il parto spontaneo %		Effettuata episiotomia (solo parti spontanei) %		Travaglio indotto (solo parti spontanei) %		Anestesia epidurale (solo parti spontanei) %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	28,8	24,1	29,5	35,4	83,7	78,1	34,3	28,7	20,4	25,7	16,0	19,5
Aosta	17,9	20,7	32,4	28,3	81,0	85,9	11,4	13,6	19,7	16,7	23,4	21,5
Arezzo	10,6	6,7	29,8	22,2	89,4	90,9	39,4	35,3	12,1	20,0	14,3	20,7
Bari	19,7	43,7	45,9	58,8	81,8	88,3	48,5	37,5	30,8	4,1	12,9	10,2
Cagliari	25,7	33,1	35,4	46,0	83,2	85,5	51,4	53,7	15,1	22,4	47,1	35,8
Cuneo	18,8	17,9	32,3	23,2	89,1	87,2	14,1	13,7	18,8	16,4	7,8	4,2
Enna	11,4	9,4	37,9	37,0	82,6	85,9	56,3	64,4	17,3	23,0	1,3	0,0
Firenze	16,4	17,9	21,8	22,3	94,5	94,8	17,4	20,9	16,3	16,1	5,1	7,8
Foggia	11,6	10,4	36,4	32,2	82,0	90,2	58,7	56,4	26,7	21,8	18,2	53,5
Foligno	19,4	19,3	32,3	32,6	90,5	85,9	47,0	47,3	24,1	18,7	2,4	8,8
Lagonegro	7,1	18,4	55,4	52,3	65,1	72,9	74,0	82,7	14,0	17,3	0,0	0,0
Lanusei	17,2	21,6	28,7	33,3	86,6	93,5	67,1	54,1	6,1	2,7	8,0	4,1
Livorno	39,5	51,1	27,5	30,2	93,0	91,9	35,2	36,3	16,6	22,9	2,8	11,4
Matera	19,1	28,4	38,2	29,5	74,5	90,0	63,4	60,6	26,2	26,9	0,0	0,0
Oristano	20,5	20,2	32,0	34,7	89,9	91,7	42,7	44,6	27,1	31,3	18,7	33,0
Parma	28,7	32,4	27,0	38,0	78,9	88,3	58,9	47,8	18,1	29,9	9,6	15,2
Pisa	11,3	24,8	31,6	25,7	87,5	90,8	39,5	36,4	16,6	12,7	16,1	26,1
Pordenone	33,1	30,8	23,7	30,8	88,0	82,1	44,4	39,6	13,3	24,5	17,1	14,3
Prato	23,5	26,3	14,7	16,3	97,0	95,0	25,9	17,9	13,8	29,9	0,0	6,1
Sanluri	22,0	26,7	34,8	38,3	90,7	90,4	73,3	61,1	11,7	12,3	5,7	10,3
Sassari	17,9	16,5	48,1	50,5	87,3	85,9	49,1	41,2	16,4	9,8	0,0	0,0
Savona	23,9	25,8	41,3	24,2	82,2	93,6	33,3	31,9	22,2	16,0	3,7	14,0
Taranto	15,1	13,8	58,8	56,0	78,5	69,8	70,7	76,0	23,2	33,3	9,6	50,0
Torino	33,0	36,5	27,7	29,9	84,4	84,0	38,3	33,3	24,7	20,0	6,4	9,7
Venosa	8,3	5,2	62,8	55,2	76,5	75,5	55,6	55,1	13,3	18,0	0,0	3,4
TOTALE	20,9	25,3	34,9	36,0	85,4	87,2	45,5	41,7	18,3	20,4	14,0	19,7

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A3. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – donne italiane

ASL	Contatto pelle a pelle %		Rooming-in %		Attaccamento al seno entro 2 ore dal parto %		Intenzionata ad allattare al seno prima del parto %		Insorgenza di problemi nell'allatt. in reparto %		In gravidanza ricevuto info sull'allattamento %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	73,8	74,8	89,0	88,0	71,3	79,1	93,2	96,2	52,5	35,3	46,5	52,7
Aosta	91,4	93,5	84,0	92,4	79,0	80,4	94,2	94,6	30,6	37,7	29,1	28,4
Arezzo	78,7	82,2	70,2	93,3	78,7	75,6	100,0	97,8	38,3	16,7	46,8	20,0
Bari	77,1	78,2	91,8	88,2	59,0	73,1	94,3	97,5	29,5	37,6	48,8	57,6
Cagliari	68,5	71,8	18,6	33,9	38,1	52,4	99,1	97,6	23,2	21,7	26,6	34,7
Cuneo	66,7	80,9	76,0	89,5	64,6	75,8	91,7	91,6	40,0	26,4	17,7	28,7
Enna	50,0	71,7	90,9	95,7	65,9	65,9	94,7	93,5	25,8	19,7	29,6	26,8
Firenze	80,9	80,4	71,8	69,6	87,3	79,5	98,2	95,5	37,3	35,1	35,5	49,6
Foggia	69,4	69,6	58,7	45,2	42,0	31,3	100,0	75,7	22,6	19,6	19,8	21,7
Foligno	83,9	73,3	91,9	93,3	87,9	85,2	100,0	99,3	33,1	35,6	49,2	42,2
Lagonegro	55,9	59,2	98,2	97,3	94,6	89,9	98,2	99,1	16,2	12,0	37,5	38,5
Lanusei	68,7	68,5	9,5	44,1	56,5	64,9	97,4	99,1	30,4	20,7	24,4	30,6
Livorno	75,0	70,5	56,5	63,1	69,0	69,3	99,5	97,3	26,1	23,9	38,0	29,8
Matera	88,1	81,9	92,7	99,0	61,8	73,7	98,5	100,0	20,3	14,0	26,9	16,8
Oristano	6,6	12,7	18,7	16,8	72,7	69,9	98,2	97,7	34,4	32,4	22,4	22,0
Parma	65,0	66,0	89,1	88,0	65,4	68,5	99,0	94,4	41,0	38,6	20,8	30,6
Pisa	80,9	67,9	37,7	35,8	44,4	38,1	97,4	99,1	24,2	20,7	26,5	23,9
Pordenone	80,5	84,4	88,1	92,3	83,1	93,6	94,9	97,4	29,7	33,8	14,4	37,2
Prato	82,4	92,5	91,2	95,0	86,8	80,0	100,0	100,0	18,2	38,0	25,0	55,0
Sanluri	63,6	34,5	6,8	6,7	86,3	80,0	100,0	98,3	36,6	26,9	28,0	41,7
Sassari	80,2	73,8	2,8	4,9	17,9	19,4	98,1	97,1	16,0	10,9	15,1	17,5
Savona	78,3	75,8	17,4	17,7	58,7	75,8	93,5	62,9	53,3	37,2	50,0	52,0
Taranto	44,4	37,9	0,5	0,9	27,6	12,9	96,5	92,2	28,1	20,6	25,1	28,1
Torino	71,4	73,8	73,2	76,6	69,6	79,4	97,3	95,3	44,6	40,4	39,3	31,8
Venosa	62,8	64,3	3,3	6,0	6,6	16,4	97,5	98,3	20,7	19,3	15,7	36,8
TOTALE	69,8	67,6	54,0	53,3	56,9	56,7	97,4	95,6	28,2	25,7	26,8	31,7

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A4. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – donne italiane

ASL	Durante la grav. ha ricevuto opuscoli sull'allattamento %		In reparto ha ricevuto info sull'allattamento %		Osservazione della poppata in reparto %		Ultimo figlio allatt. al seno per più di 3 mesi (solo pluriipare) %		Offerta una visita domiciliare dal centro nascita %		Offerta una visita domiciliare dal consultorio fam. %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	64,1	73,1	84,0	79,4	75,4	64,9	54,9	70,2	68,6	72,6	62,7	69,7
Acosta	82,5	64,4	82,2	97,7	93,1	100,0	69,2	68,6	92,0		95,0	
Arezzo	68,1	73,3	80,9	73,3	80,9	75,6	38,9	75,0	4,3	0,0	97,9	100,0
Bari	47,5	45,4	68,9	76,5	63,1	19,3	52,2	74,0	4,3	23,7	8,6	3,2
Cagliari	55,8	50,0	58,0	54,5	57,5	64,2	55,8	60,0	17,2	27,1	42,4	34,6
Cuneo	52,1	69,2	66,0	85,0	72,8	78,0	68,2	70,0	55,7	71,8	73,1	74,7
Enna	34,9	59,1	47,7	58,7	38,2	51,8	42,9	46,2	8,0	20,7	92,0	97,0
Firenze	74,6	86,5	78,0	75,5	88,2	80,0	82,4	72,2	42,9	34,8	95,2	94,7
Foggia	62,0	56,5	38,8	36,5	33,9	38,3	67,2	63,8	13,0	29,7	42,9	92,2
Foligno	47,6	64,4	82,3	78,5	89,5	68,2	77,2	78,5	32,3	9,4	66,7	53,8
Lagonegro	54,6	30,6	97,3	89,0	100,0	99,1	67,8	50,0	77,5	85,5	77,3	80,7
Lanusei	40,9	50,5	40,9	74,8	76,5	87,4	77,6	69,6	36,4	90,0	40,9	97,8
Livorno	79,5	81,2	80,0	84,2	82,5	80,3	75,3	70,0	45,2	32,9	92,5	94,4
Matera	65,7	72,0	58,5	53,3	61,2	55,9	66,7	81,6	0,0	24,7	12,3	49,4
Oristano	50,5	71,7	45,9	28,5	18,0	14,5	70,1	81,8	23,0	35,8	55,5	95,2
Parma	57,4	68,5	50,5	68,2	50,5	67,6	72,2	74,4	79,5	68,4	76,5	85,4
Pisa	63,3	70,7	88,2	83,8	88,0	87,0	56,5	79,1	32,2	35,5	40,6	54,4
Pordenone	80,5	76,9	89,8	93,6	90,7	93,6	74,6	76,9	40,6	55,9	51,5	45,6
Prato	26,5	60,0	83,8	87,5	73,5	88,8	65,2	67,6	16,4	27,0	5,0	89,2
Sanluri	82,2	81,7	89,0	89,0	87,8	90,6	75,4	60,4	41,7	36,8	47,0	54,7
Sassari	57,6	49,0	57,6	43,7	75,5	51,5	51,2	52,1	9,0	7,0	62,3	79,1
Savona	50,0	72,4	63,0	60,2	54,4	53,2	52,2	80,0	26,7	52,8	44,4	79,8
Taranto	44,7	60,5	48,7	43,5	70,5	69,4	58,8	45,6	24,7	2,3	23,0	11,4
Torino	77,7	65,4	74,1	75,7	54,5	78,3	72,1	62,5	19,6	23,4	76,8	77,4
Venosa	40,5	70,7	54,2	74,8	90,0	81,6	58,0	67,3	75,0	83,7	92,8	95,2
TOTALE	57,8	63,8	66,3	67,5	67,9	67,2	62,8	67,0	31,1	33,9	54,5	67,9

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A5. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – donne italiane

ASL	Se offerta dal centro nascita, accettata visita %		Se offerta dal consultorio familiare, accettata visita %		Se visita dom. accettata, effett. counselling su allatt. al seno %		Partecipato a gruppi di sostegno dell'allatt. al seno %		Partecipato a incontri tra mamme in gruppi organizz. %		Insorgenza problemi nell'allatt. primi mesi di vita %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	62,9	54,4	48,4	35,9	75,8	86,8	9,0	18,9	25,5	29,5	43,2	35,4
Aosta	96,7		96,8		77,9		5,2		15,0		38,5	
Arezzo	50,0		100,0	100,0	93,6	93,3	0,0	75,6	48,9	73,3	42,6	17,8
Bari	100,0	81,8	66,7	33,3	50,0	100,0	0,0	5,4	0,0	3,3	50,0	31,2
Cagliari	93,3	72,4	63,9	64,9	83,3	73,1	11,5	6,7	16,1	15,4	48,8	46,1
Cuneo	72,7	64,7	77,2	69,8	78,7	75,0	6,5	4,4	21,5	27,1	33,3	35,3
Enna	60,0	32,1	54,8	27,5	95,1	97,2	13,6	13,3	23,2	16,4	36,0	9,7
Firenze	93,3	89,7	73,0	81,1	82,1	88,1	27,9	12,5	31,7	25,0	30,1	29,5
Foggia	58,3	51,9	35,9	38,6	85,7	96,9	6,5	11,1	9,8	18,7	40,0	26,7
Foligno	70,0	54,6	66,1	68,3	90,7	95,4	26,9	29,1	32,3	42,2	43,0	34,2
Lagonegro	98,8	77,8	97,1	89,1	92,4	100,0	6,3	0,0	8,1	0,0	29,4	52,0
Lanusei	25,0	77,8	16,7	38,6	87,5	89,9	2,3	0,0	0,0	0,0	40,9	30,0
Livorno	77,4	67,6	80,8	84,3	92,6	90,2	48,9	51,4	51,1	38,4	37,6	43,7
Matera	0,0	59,1	71,4	52,3	100,0	83,3	1,8	8,0	5,3	18,0	25,0	25,8
Oristano	58,3	66,1	55,5	54,8	60,9	73,6	0,0	0,0	5,8	4,9	50,5	44,8
Parma	77,1	83,6	87,2	93,9	80,0	91,1	3,8	7,1	16,7	21,4	54,0	53,1
Pisa	14,1	28,8	17,5	24,4	83,3	90,0	8,6	8,5	11,2	11,6	32,6	36,1
Pordenone	58,5	55,3	55,8	51,6	81,3	55,0	5,9	3,0	11,9	23,5	41,6	42,7
Prato	90,0	60,0	66,7	48,5	100,0	71,4	37,7	23,3	23,0	13,5	43,3	36,5
Sanluri	75,0	79,1	87,0	95,3	79,2	98,6	6,1	0,9	19,1	41,9	40,7	42,6
Sassari	28,6	16,7	4,2	14,7	100,0	90,0	2,6	3,6	10,3	9,4	23,1	31,3
Savona	83,3	93,9	100,0	79,8	95,2	94,1	6,7	10,7	15,6	28,2	55,8	41,5
Taranto	52,6	0,0	20,6	50,0	40,0	60,0	6,5	3,4	5,2	6,8	15,1	29,9
Torino	68,2	84,0	79,1	87,8	91,6	93,2	20,5	20,2	36,6	33,0	50,0	37,7
Venosa	76,4	77,0	75,6	71,0	89,6	95,7	13,2	19,0	17,9	35,3	22,6	26,7
TOTALE	68,4	63,1	59,0	55,9	84,2	86,3	11,4	13,0	16,8	18,7	38,7	36,7

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A6. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – Italiane

ASL	In reparto allatt. esclusivo/predomin. al seno %		A 3 mesi dal parto allatt. esclusivo/ predomin. al seno %		A 6 mesi dal parto allatt. esclusivo/ predomin. al seno %		A 6 mesi dal parto allatt.comunque al seno %		A 12 mesi dal parto allatt.comunque al seno %		Iscrizione al PLS entro 15 giorni dalla nascita %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	63,5	63,6	49,0	61,2	12,2	5,5	46,7	51,8	27,6	34,9	81,4	85,1
Aosta	78,2	91,7	59,6	80,0	14,4	22,1	60,8	48,8	25,5	32,1	75,0	75,0
Arezzo	83,0	80,0	57,5	80,0	10,6	4,4	57,5	77,8	42,6	57,8	83,0	77,8
Bari	72,5	79,0	44,3	64,5	4,7	5,6	45,3	43,8	25,0	17,4	90,0	89,1
Cagliari	47,8	50,4	59,8	50,5	6,4	3,9	62,8	58,3	31,0	28,9	81,6	91,5
Cuneo	58,3	76,3	51,9	52,8	11,8	4,8	51,5	48,4	23,0	31,6	94,9	94,4
Enna	58,8	50,0	36,8	35,6	0,0	3,1	36,6	35,9	18,0	20,9	68,8	75,6
Firenze	88,2	77,7	75,5	71,4	12,2	6,4	75,7	64,2	33,3	31,8	86,8	87,5
Foggia	86,7	83,5	54,4	61,5	1,3	3,3	53,8	59,6	31,1	24,1	82,6	83,5
Foligno	75,8	83,0	68,8	72,7	9,9	9,9	70,4	70,3	50,0	42,9	85,0	94,9
Lagonegro	97,3	99,0	65,8	66,2	0,9	0,0	63,6	54,8	10,6	28,9	37,8	48,1
Lanusei	86,1	85,5	65,9	71,1	21,1	15,2	67,1	68,5	52,6	46,8	67,1	58,9
Livorno	90,3	78,4	72,0	66,7	30,3	25,9	69,2	63,5	33,5	46,6	99,5	97,7
Matera	86,6	95,7	75,0	76,4	9,4	2,3	78,1	74,2	55,4	40,5	95,0	97,8
Oristano	83,3	81,5	62,1	51,5	8,1	4,9	59,3	56,7	32,5	35,0	72,0	69,5
Parma	80,8	72,9	70,5	57,1	9,5	7,2	71,6	58,8	32,4	43,3	93,5	85,7
Pisa	45,1	41,5	54,3	61,7	17,3	4,0	55,9	53,3	31,0	27,3	91,5	89,8
Pordenone	82,8	84,4	53,5	52,9	0,0	0,0	48,9	65,1	36,7	50,9	86,1	79,4
Prato	80,6	81,3	52,5	60,8	20,7	0,0	60,3	64,0	41,7	29,1	98,4	98,7
Sanluri	86,1	63,9	53,0	52,1	13,8	7,0	53,5	64,0	31,9	51,8	80,9	77,8
Sassari	82,1	88,8	53,9	58,8	7,0	1,2	56,3	58,3	17,1	41,9	75,6	75,3
Savona	48,9	73,3	53,3	74,2	4,4	32,8	51,1	75,4	39,5	50,4	71,1	72,6
Taranto	18,3	12,9	36,4	21,6	4,6	1,2	33,6	25,9	21,0	42,5	91,6	85,2
Torino	81,5	80,2	61,6	72,0	17,9	10,3	61,6	74,8	34,8	42,5	95,5	98,1
Venosa	54,1	71,7	53,1	59,4	15,3	0,0	41,2	56,1	30,6	41,2	83,7	92,5
TOTALE	68,4	66,0	56,3	56,7	9,8	6,4	56,7	55,9	30,4	36,9	84,9	86,2

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

Tabella A7. Indicatori del percorso nascita per ASL: indagini del 2008-9 (Ind.1) e del 2010-11 (Ind.2) – donne italiane

ASL	Ricevuto info su contraccezione nei mesi dopo il parto %		Ha scelto di utilizzare un metodo di contraccezione %		A 3 mesi dal parto peggiorate almeno 4 su 7 condizioni di vita %		A 6 mesi dal parto peggiorate almeno 4 su 7 condizioni di vita %		A 12 mesi dal parto peggiorate almeno 4 su 7 condizioni di vita %	
	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2	Ind.1	Ind.2
Alessandria	53,9	65,4	77,8	71,8	16,3	8,9	14,7	3,2	13,9	3,2
Aosta	52,0		79,6		9,1		9,5	4,8	5,4	3,8
Arezzo	78,7	100,0	36,2	68,9	4,3	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0
Bari	31,4	48,4	55,7	63,4	17,1	7,5	15,6	17,1	15,6	16,3
Cagliari	66,7	58,9	94,2	77,1	14,0	13,1	16,7	12,0	16,7	8,5
Cuneo	38,0	56,9	63,3	71,4	6,5	12,5	7,4	1,6	6,7	3,6
Enna	46,4	37,8	68,6	59,3	16,8	9,6	15,5	6,9	15,7	7,5
Firenze	73,6	81,3	69,5	90,1	7,5	6,3	15,2	11,0	12,6	6,7
Foggia	44,6	56,0	51,1	67,0	10,9	10,0	13,9	4,3	6,8	2,4
Foligno	65,6	78,6	81,7	73,5	6,5	5,1	4,9	3,0	3,8	2,2
Lagonegro	28,8	62,3	37,8	49,3	1,0	0,0	1,9	0,0	0,0	2,4
Lanusei	55,7	71,1	66,7	70,0	2,3	3,3	3,9	2,2	2,6	1,1
Livorno	58,1	78,7	81,7	72,7	7,0	8,8	5,4	7,0	7,1	3,8
Matera	48,3	62,9	66,7	50,6	8,5	8,0	9,5	8,2	9,3	7,2
Oristano	47,6	52,7	70,7	87,7	5,6	7,9	4,3	3,2	6,6	3,7
Parma	46,8	62,2	75,7	76,5	13,0	17,4	15,7	18,6	17,9	19,9
Pisa	68,3	57,8	66,3	65,8	4,1	11,5	6,2	9,3	9,5	7,9
Pordenone	56,4	58,8	69,3	67,2	12,9	5,9	10,9	4,8	5,6	15,4
Prato	77,1	89,2	85,3	67,6	13,1	6,8	5,2	4,0	10,0	8,9
Sanluri	46,1	77,8	77,5	82,1	4,6	4,3	4,5	3,5	4,5	2,7
Sassari	57,7	58,8	84,9	82,7	7,7	7,1	8,5	15,5	12,3	10,8
Savona	60,0	76,6	60,0	78,2	11,1	11,5	6,7	14,2	18,6	11,8
Taranto	39,6	54,6	63,6	58,0	18,2	12,5	21,1	17,7	14,5	
Torino	58,0	69,2	79,5	84,1	17,9	8,4	11,6	5,6	6,3	2,8
Venosa	54,1	77,4	52,2	61,0	14,3	4,7	5,9	2,1	0,0	1,0
TOTALE	55,2	62,7	72,9	71,9	10,8	9,7	11,0	9,0	10,6	6,7

* Ciascun indicatore, in caso di dati mancanti, è stato calcolato sul totale effettivo di donne con informazione presente

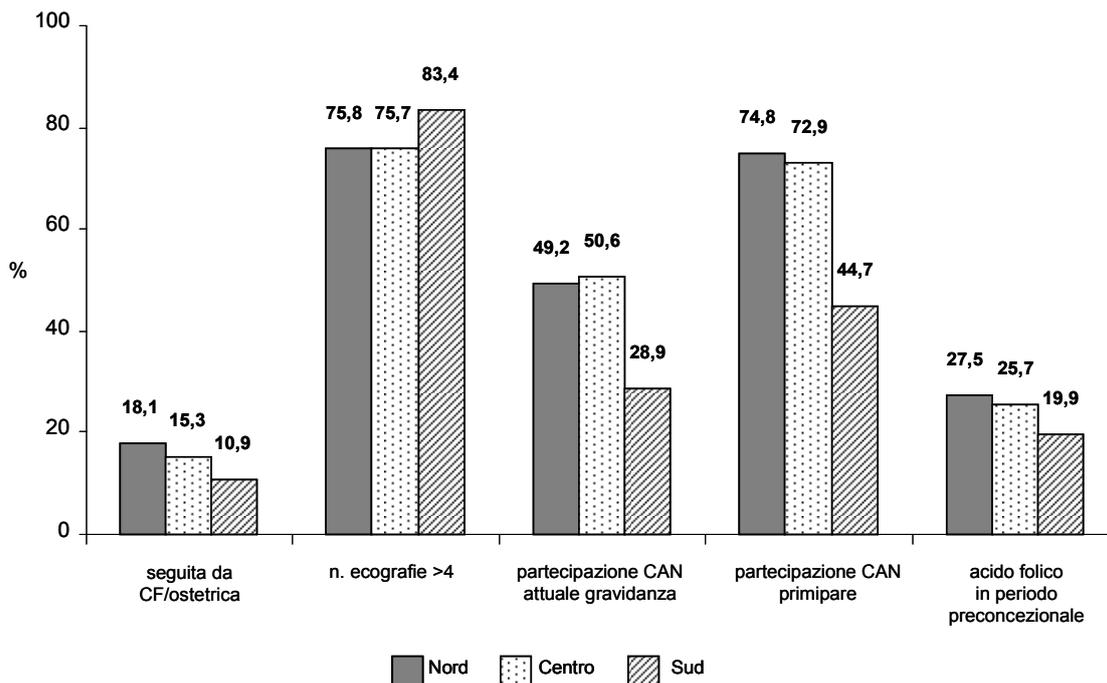


Figura A1.1. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

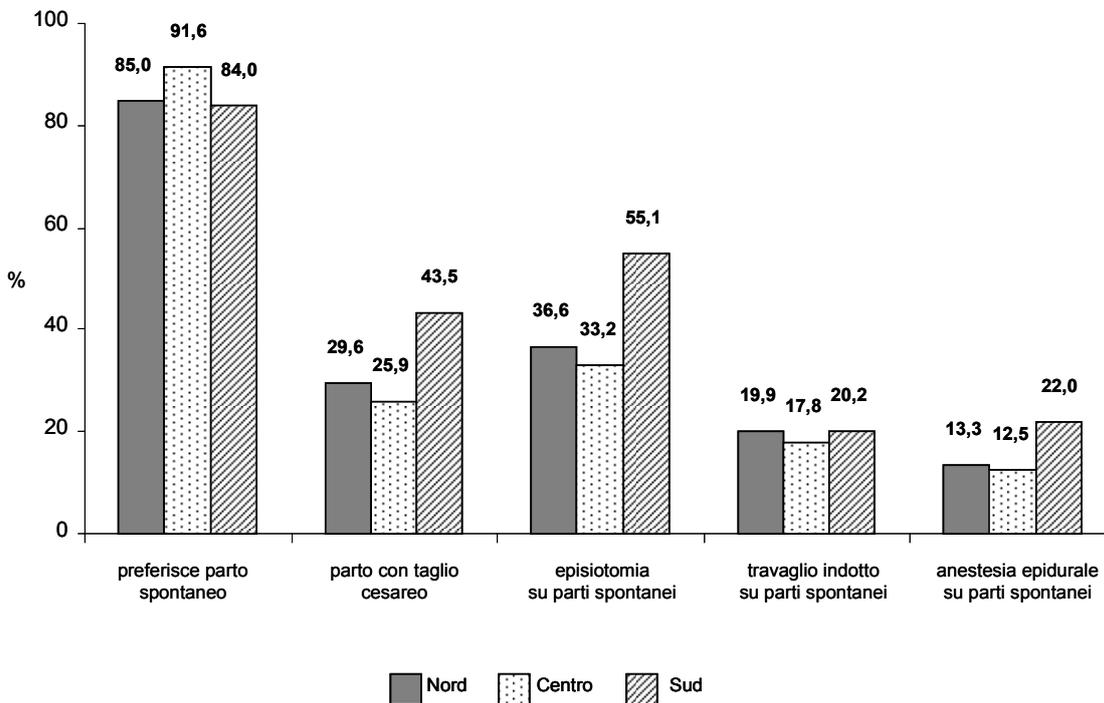


Figura A1.2. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

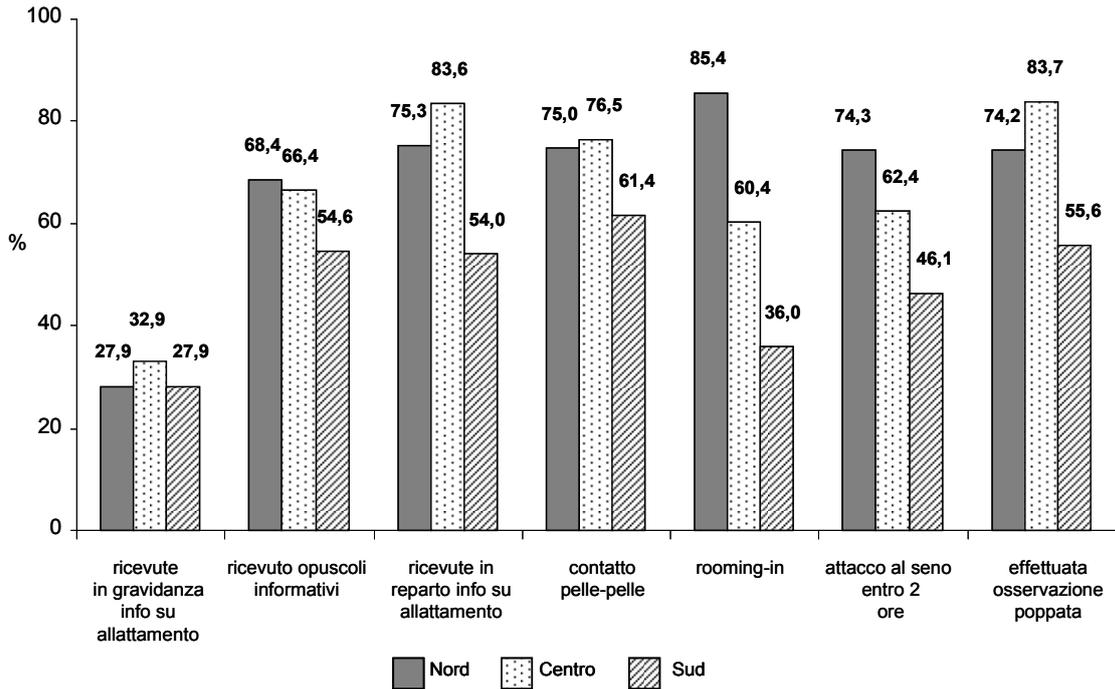


Figura A1.3. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

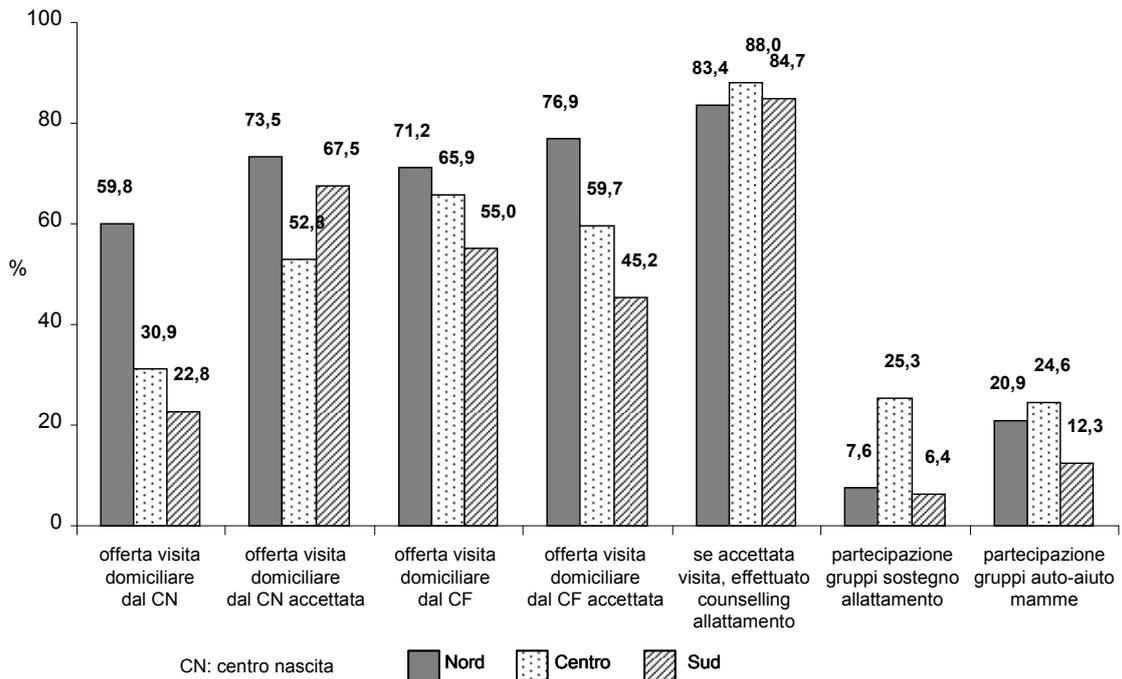


Figura A1.4. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

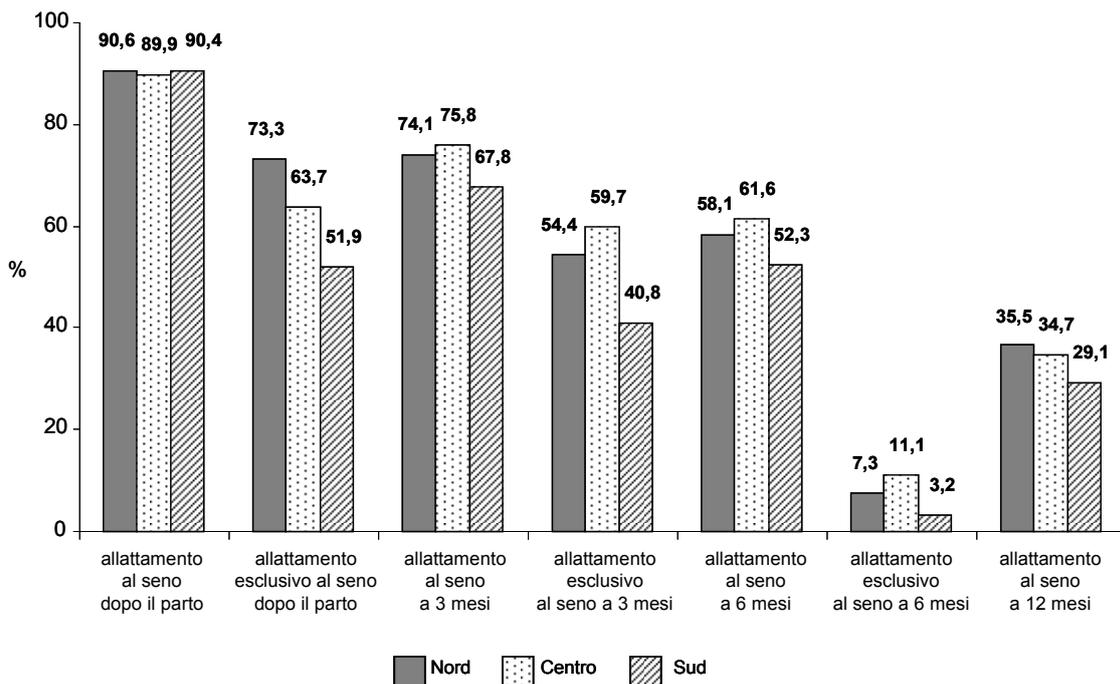


Figura A1.5. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

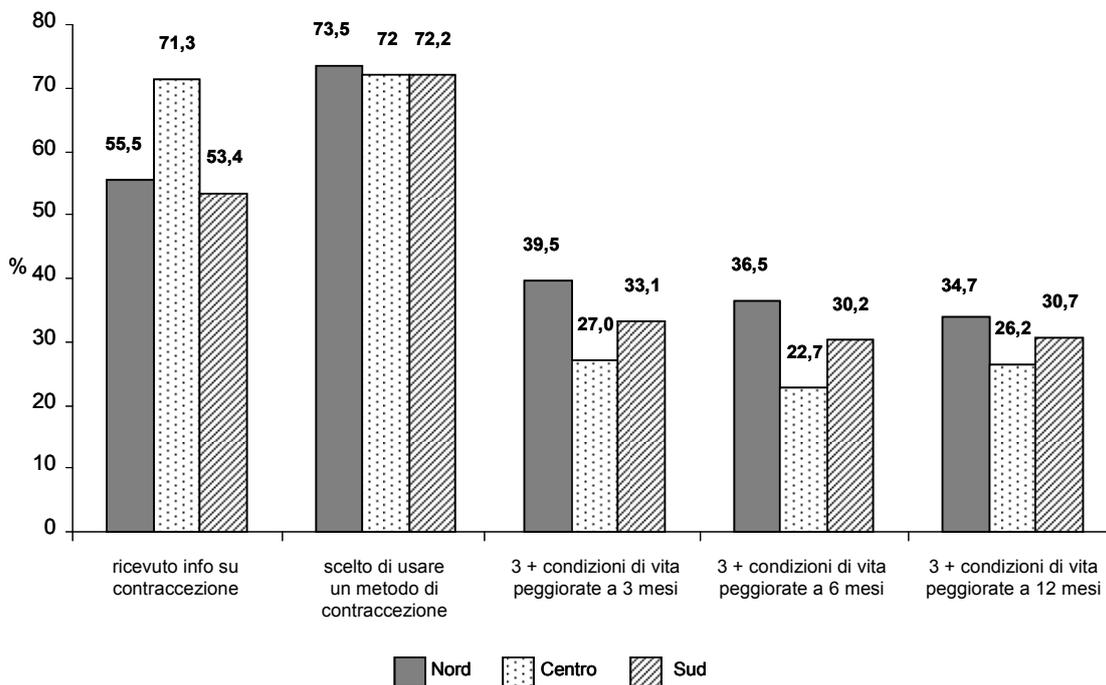


Figura A1.6. Indicatori assistenziali al percorso nascita per area di residenza (%)

CORSO DI FORMAZIONE SULLA CONDUZIONE DEI CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Piera Maghella (a), Maita Sartori (b)

(a) *MIPA (Movimento Internazionale Parto Attivo) Centro Studi, Brescia*

(b) *ASLTO3, Torino*

I Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) sono un importante strumento di salute pubblica ed empowerment. Creano le condizioni affinché la donna e la coppia in attesa di un bambino possano compiere scelte consapevoli e responsabili.

La partecipazione ai CAN è associata con i più importanti indicatori di salute del percorso nascita: riduzione dei parti cesarei, aumento e persistenza dell'allattamento esclusivo al seno fino a 6 mesi dopo la nascita. Il progetto "Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi" ha previsto, per gli operatori delle Aziende Sanitarie coinvolte, un corso di formazione con l'obiettivo di migliorare la qualità e promuovere la valutazione dei CAN secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Il corso si è svolto presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dopo la prima indagine realizzata nell'ambito del progetto.

Sono state organizzate 3 edizioni di 5 giorni, per un numero di 40 ore complessive di formazione ciascuna, con la partecipazione di rappresentanti delle 25 ASL di 11 Regioni coinvolte nel Progetto. Il corso ha avuto un accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina) dal Ministero della Salute. Le edizioni si sono svolte nei primi due mesi del 2011: 17-21 gennaio, 14-18 febbraio, 21-25 febbraio.

Ogni ASL ha individuato da 3 a 4 operatori coinvolti in diversa misura nell'organizzazione e conduzione dei CAN, la maggior parte dei quali ha anche partecipato attivamente al Progetto. Complessivamente sono stati 79 gli operatori di diverse professioni: 51 ostetriche, 9 psicologi, 8 ginecologi, 4 pediatri, 3 assistenti sanitarie, 1 assistente sociale, 1 infermiera pediatrica, 1 infermiera professionale, 1 sociologa.

I docenti e i facilitatori sono stati:

- 2 consulenti dell'ISS

Piera Maghella, educatrice perinatale, *International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC)*, esperta nell'organizzazione e conduzione dei CAN

Maita Sartori, ginecologa, esperta in organizzazione dei servizi del Percorso Nascita secondo l'EBM e la continuità assistenziale.

- 2 esperti dell'ISS

Michele Grandolfo, ideatore e curatore del Progetto, fisico delle popolazioni umane

Laura Lauria, statistica e curatrice del Progetto.

Obiettivi del corso

Gli obiettivi generali sono stati:

- coinvolgere operatori delle 25 ASL attive nel progetto in una riflessione sulle modalità assistenziali emerse dai dati dell'indagine e insieme a loro trovare strategie per migliorarne le aree critiche attraverso la promozione dei CAN;

- fornire ai partecipanti gli strumenti per individuare, con la propria équipe, azioni di miglioramento dei CAN con particolare attenzione all’offerta attiva, alla scelta delle informazioni appropriate, alla gestione dei gruppi in un clima accogliente e attivante e alla valutazione.

Obiettivi formativi specifici sono stati:

- leggere e interpretare i dati dell’indagine per evidenziare le aree migliorabili;
- individuare gli obiettivi dei CAN e relativi indicatori di valutazione secondo le raccomandazioni del POMI;
- confrontare le modalità e i programmi dei CAN delle realtà presenti;
- elaborare proposte di miglioramento dei CAN e di progettazione strategica locale;
- definire l’appropriatezza delle informazioni da proporre negli incontri e le modalità per favorirne la comprensione;
- sperimentare e acquisire la metodologia di coinvolgimento dei partecipanti agli incontri;
- favorire la diffusione dei dati nelle realtà di provenienza.

Articolazione del corso

Il corso ha sviluppato contemporaneamente il *cosa* (contenuti) e il *come* (metodologia).

Contenuti

Durante il corso è stato illustrato il Progetto e il metodo utilizzato per condurre la ricerca. Sono stati forniti i dati dell’indagine per gravidanza, parto, allattamento e primo anno di vita del bambino. Ai partecipanti, in piccoli gruppi, è stato chiesto di leggere i dati, evidenziare le aree stridenti, ovvero le aree migliorabili e tradurle in obiettivi misurabili secondo gli indicatori di salute (Tabella 1).

Molta attenzione e pratica è stata dedicata alla definizione di obiettivi precisi, semplici e puliti, all’identificazione di strumenti e strategie per raggiungerli e valutarli.

Ampio spazio è stato dedicato a sviluppare gli indicatori di processo, risultato, esito e gli standard di riferimento.

I dati sono stati confrontati con le linee guida EBM (*Evidence Based Medicine*) internazionali e nazionali. È stato ricordato come il legame tra livello di evidenza degli studi scientifici e forza delle raccomandazioni per l’assistenza rappresenti un passaggio indispensabile per scegliere le informazioni appropriate da diffondere durante i CAN. L’efficacia dei CAN nel processo di empowerment delle donne è stato uno dei contenuti analizzati nel corso.

È stato illustrato l’uso di siti web nazionali e internazionali per la ricerca delle informazioni EBM.

La distanza fra le raccomandazioni, i desideri delle donne e la consuetudine dell’assistenza ha attivato nei gruppi un confronto denso di riflessioni. La difficoltà del trasferimento delle raccomandazioni nella pratica clinica e le ricadute sanitarie e culturali sono state affrontate più volte. Di seguito sono riportate alcune affermazioni sulle quali i gruppi hanno concordato:

- Il cambiamento richiede una chiara scelta di campo tra consuetudine o appropriatezza. Tale scelta influenza i protocolli clinici, l’assistenza e la conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita.
- L’empowerment delle donne e delle coppie contribuisce a promuovere il cambiamento delle organizzazioni e del singolo professionista.

Tabella 1. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi - Indagine ISS

Standard di riferimento	Aree stridenti
Gravidanza e CAN	
<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica: 80% delle gravidanze • Assunzione di acido folico 0,4 mg al giorno (almeno 1 mese prima della gravidanza continuando nei primi 3 mesi di gravidanza) • 1 ecografia 19^a-21^a settimana gestazione per gravidanza a basso rischio, efficace la misurazione sinfisi-fondo dalla 20^a settimana di gestazione • Offerta attiva: informare tutte le donne all'inizio della gravidanza dei corsi e dei servizi • Partecipazione ai CAN: 80% delle primipare e favorire la partecipazione alle donne non occupate e con bassa scolarità • Inizio precoce degli incontri: almeno dalla 16^a settimana di gestazione • Partecipazione a più del 70% degli incontri • Gradimento: 80% delle donne dichiara il buon gradimento al corso 	<ul style="list-style-type: none"> • Troppe gravidanze seguite dal ginecologo • Bassa assunzione di acido folico in periodo periconcezionale • Troppe ecografie • Difetto di offerta attiva • Poche informazioni in gravidanza sull'allattamento • Bassa partecipazione ai CAN di donne con bassa scolarità, non occupate, straniere
Parto	
<ul style="list-style-type: none"> • Induzioni 10% • Episiotomia 5% • Taglio cesareo 10%-15% 	<ul style="list-style-type: none"> • Troppe induzioni • Troppe episiotomie • Troppi cesarei • Poco sostegno all'esperienza del dolore
Allattamento e puerperio	
<ul style="list-style-type: none"> • Pelle a pelle e prima poppata in sala parto 80% di tutti i neonati • Allattamento esclusivo 90% alla dimissione • Allattamento esclusivo 80% a 3 mesi • Allattamento esclusivo 60% a 6 mesi • Allattamento complementare: 60% a 12 mesi • Visite a domicilio in puerperio: 80% di tutte le donne che partoriscono in un anno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadeguati pelle a pelle e prima poppata • Poca osservazione della poppata • Poco allattamento esclusivo alla dimissione e a 3 mesi • Eccessiva riduzione allattamento esclusivo/completo a 6 mesi • Troppe prescrizioni di latte artificiale • Troppi problemi di allattamento nei primi tre mesi • Troppi disagi per la sutura • Poco sostegno nel puerperio • Disagio nel puerperio per stanchezza

Efficacia dei CAN

La letteratura scientifica basata su disegni di studio che si trovano in cima alla scala di validità delle evidenze (Figura 1) (quali le revisioni sistematiche e i trial clinici randomizzati) e i risultati di varie indagini osservazionali di popolazione dell'ISS (1-6) sono concordi nel sostenere che i CAN sono un efficace strumento di empowerment.

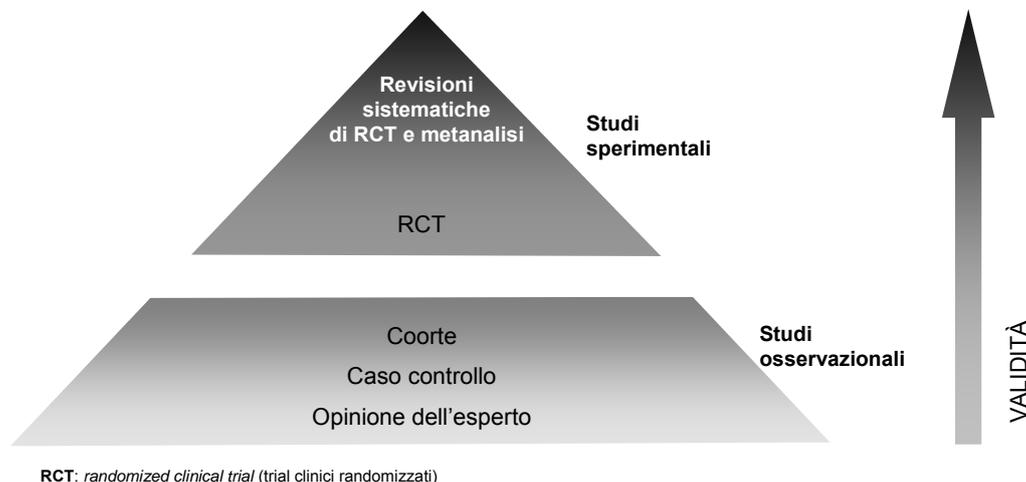


Figura 1. Scala di validità della evidenza scientifica degli studi

In definitiva le donne che frequentano un corso:

- sono a minor rischio di avere un taglio cesareo;
- sono a minor rischio di ripetere un cesareo aumentando la possibilità di un parto spontaneo;
- scelgono più facilmente il luogo del parto;
- richiedono meno frequentemente l'uso di analgesici preferendo utilizzare prima altre strategie di contenimento del dolore (movimento, massaggio, sostegno emotivo);
- si recano in ospedale in travaglio attivo;
- allattano in sala parto, in modo esclusivo e per più tempo (6 mesi, 2 anni);
- hanno più informazioni sulla contraccezione nel dopo e 40% di probabilità in più di usare un anticoncezionale efficace;
- sono a minor rischio di vivere disagi emotivi dopo la nascita;
- smettono più facilmente di fumare e riprendono in minor misura o non riprendono.

Ai partecipanti è stata fornita una griglia per la descrizione dei CAN nella propria realtà. Il confronto ha evidenziato un'estrema variabilità per durata dei corsi, modalità di svolgimento, destinatari e professionalità coinvolte (Tabella 2).

Alla luce dei diversi contenuti approfonditi durante la formazione, è stata sperimentata la progettazione strategica di un corso e di singoli incontri. Il lavoro in équipe ha individuato formule organizzative differenziate per un precoce coinvolgimento di donne e coppie, strategie di adattamento ai bisogni del gruppo, la scelta degli argomenti da proporre, l'adozione della metodologia attivante, l'utilizzo di spazi e materiali e gli strumenti di valutazione a breve, medio e lungo termine.

Tabella 2. Offerta minima e massima dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN)

Inizio CAN	Numero incontri	Frequenza incontri	A chi	Da chi	Incontri dopo	Assistenza domiciliare	Offerta attiva
CAN con offerta minima							
30 ^a -32 ^a settimana	6	1 a settimana	Donne	Ostetrica	No	No	No
CAN con offerta massima							
12 ^a settimana	15 (3 prima della 19 ^a settimana 12 nel 3° trimestre)	1 o 2 a settimana	Donne e coppie, papà e nonni	Ostetrica Ginecologo Pediatra Psicologo Ass. sanitaria Inf. pediatr. Ass. sociale Igienista Nutrizionista Avvocato	2-4	1 o 2 visite	Materiale informativo e contatto telefonico
13 ^a settimana	16	2 a settimana	Donne e coppie	Ostetrica psicologa	4	Offerta alle donne del CAN	Volantini distribuiti al CUP e centri prelievo
13 ^a settimana inizio corso acquaticità + 28 ^a settimana inizio incontri informativi		1 a settimana	Donne	Ostetrica	per 9 mesi dopo	Su richiesta	Agenda della gravidanza

Dalla sintesi delle 25 ASL Indagine ISS – formazione 3 edizioni 2011

Della metodologia di conduzione sono stati approfonditi i principi teorici della gestione dei gruppi, le evidenze scientifiche che affermano che “per essere efficaci gli incontri devono utilizzare una modalità interattiva ed informale” (*Linea Guida 20*) (3) e le preferenze delle donne. Il corso di formazione ha utilizzato la metodologia attivante per consentire al gruppo di sperimentare le diverse strategie. In itinere sono stati previsti diversi momenti di osservazione, riflessione e feed-back metodologici. L’alternanza fra modalità di esposizione e modalità di coinvolgimento è stata ripetutamente sollecitata. Il gruppo ha avuto la possibilità di confrontarsi sulle strategie efficaci già utilizzate nelle loro realtà, sulle nuove sperimentate nella formazione e su quelle indicate per contenere alcune difficoltà di conduzione.

Le docenti e i partecipanti delle tre edizioni hanno elaborato i “10 PASSI per gli incontri di accompagnamento alla nascita” (riportati in seguito vedi riquadro a pag. 145) come stimolo per l’implementazione e la diffusione dei CAN.

Metodologia

Le strategie metodologiche utilizzate sono state:

- Preparazione dello spazio con la disposizione delle sedie a cerchio per le attività col gruppo allargato.
- Preparazione di sedie e tavoli per le attività in sottogruppi.

- Definizione delle regole organizzative e dello stare insieme (*contratto d'aula*) scritte su un cartellone sempre esposto.
- Presentazioni professionali (nome, professione, provenienza, ruolo nel Progetto) e personali (“perché porto il nome che ho” e “cosa mi piace del luogo da cui vengo”).
- Suddivisione in quattro sottogruppi di osservazione con l’ausilio di una griglia preparata:
 - a. strategie utilizzate;
 - b. interazione del gruppo;
 - c. setting e materiale utilizzato;
 - d. contenuti e progressione

Durante la giornata i sottogruppi hanno beneficiato di momenti di condivisione delle reciproche osservazione e di un feed-back col gruppo allargato al termine della giornata.

Il lavoro in sottogruppi è stata la strategia predominante della formazione. Per variarne la costituzione sono state utilizzate diverse modalità (per numero dato, per iniziale di nome, per numero di scarpe, per mese di nascita, per segno zodiacale, per immagini omogenee, per professione, per équipe, per argomenti, per bigliettini colorati, ecc.). I sottogruppi ricevevano lo stimolo di discussione scritto, materiale di consultazione, fogli grandi per la sintesi, un tempo di elaborazione. Ogni sottogruppo riportava la sintesi del lavoro svolto al resto del gruppo in plenaria. Ogni produzione è diventata patrimonio del gruppo con l’affissione del cartellone sulle pareti, la consegna di copie a ciascun partecipante e l’utilizzo delle fotografie.

- Preparazione delle simulate per approfondire alcuni argomenti e gli effetti della comunicazione (es. quali informazioni e come offrirle nel primo colloquio in gravidanza). Le simulate hanno offerto molto spunti di riflessione. I ruoli sono stati attribuiti casualmente per estrazione e gli attori sono stati invitati, alla fine della discussione, a togliersi dal ruolo interpretato.
- Individuazione di metafore per facilitare la comprensione di alcuni argomenti: metafore quali la “preparazione di una pietanza” o di “una nave mercantile in viaggio” per illustrare le fasi della progettazione strategica, la tipologia e il ruolo degli indicatori; la metafora “dell’arciere e del bersaglio” per descrivere l’offerta attiva.
- Ideazione di puzzle preparati (cartoncini colorati e plastificati) con titoli o definizioni da comporre per favorire la produzione in gruppo di “mappe concettuali” per alcuni argomenti.
- Messa a punto di strategie per fissare gli aspetti essenziali del corso attraverso:
 - simulazione di situazioni reali di confronto, come in “piazza”, “davanti alla macchinetta del caffè”, “3 cose di oggi che direi al telefono ad un’amica o collega”.
 - visualizzazione, con un gomito, del filo conduttore a cui appendere i cartoncini con il titolo degli argomenti o le metafore utilizzate e che rappresenta una simpatica strategia per evidenziare, legare tra loro e ricordare i contenuti sviluppati insieme nel gruppo (Figura 2).
 - visualizzazione di slide con la sintesi degli argomenti e delle attività trattate il giorno precedente e la documentazione fotografica sono state strategie utilizzate.

Nel riquadro “Riflessioni dei partecipanti” sono riportate le riflessioni dei partecipanti sugli effetti della metodologia utilizzata.



Figura 2. Filo conduttore degli argomenti trattati

RIFLESSIONI DEI PARTECIPANTI sulla metodologia usata

La metodologia è stata sperimentata costantemente ed ha permesso più dialogo e conoscenza tra di noi.

Interazione fra gruppi sempre diversi in un clima di libertà di espressione, rispetto ed equilibrio.

Condivisione delle regole organizzative e dello stare insieme, ribadite e osservate ha garantito più sicurezza e responsabilità.

Alternanza di contenuti, interazione di gruppo e allenamento a riportare sono stati elementi costanti e graditi.

Appreziate la disposizione degli spazi, l'accoglienza e le modalità di presentazione sia professionale che personale.

Del lavoro in sottogruppi, con stimoli scritti e un tempo dato, è stata efficace e arricchente la condivisione delle sintesi, la riflessione e verifica.

L'interazione fra pari (discenti e docenti) è stata molto apprezzata.

Per attivare il gruppo e sviluppare gli argomenti è stato preparato tanto materiale con sensibilità e creatività.

Il gruppo è diventato omogeneo, verso un obiettivo comune.

Valutazione

I partecipanti sono stati periodicamente stimolati a dare una valutazione dell'andamento del corso rispetto agli obiettivi con modalità differenti:

- confronto in piccoli gruppi, sull'aderenza degli obiettivi del mandato istituzionale e le aspettative personali;
- autovalutazione iniziale (obiettivi del corso e strumenti posseduti) tramite la raffigurazione su assi cartesiani (Figura 3a);
- considerazione a metà del percorso formativo su "a che punto siamo rispetto agli obiettivi e alle aspettative iniziali del corso", con bigliettini anonimi individuali (vedi riquadro a pag. 142);
- autovalutazione finale tramite la raffigurazione su assi cartesiani (obiettivi raggiunti, strumenti acquisiti/rafforzati) (Figura 3b);
- questionario di valutazione finale del corso in forma anonima;
- valutazione del corso e dei docenti/facilitatori tramite questionario nominativo ECM (Tabella 3).

A distanza di tempo (6 mesi) le docenti hanno inviato alle partecipanti delle tre edizioni la richiesta di un feed-back informale.

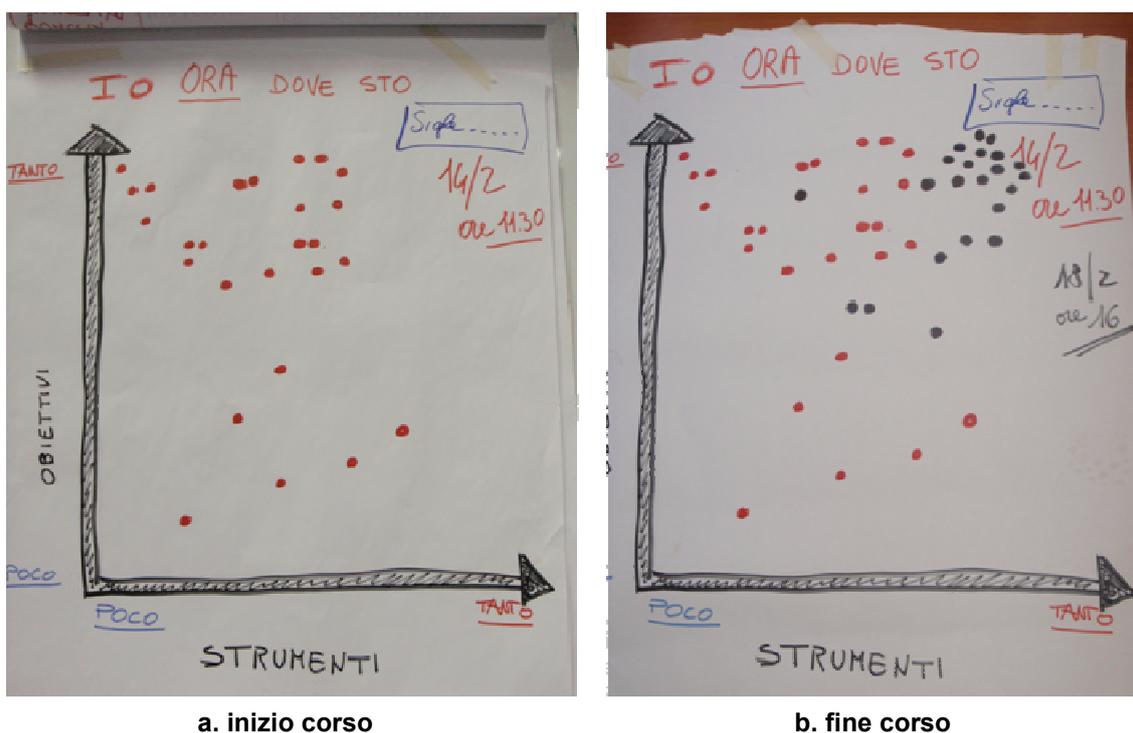


Figura 3. Rappresentazione grafica di autovalutazione all'inizio (a) e alla fine del corso (b)

Tabella 3. Sintesi valutazione secondo i criteri ECM delle 3 edizioni del corso

Valutazione evento formativo	1 ^a edizione 26 partecipanti ECM	2 ^a edizione 25 partecipanti ECM +1 non ECM	3 ^a edizione 25 partecipanti ECM +1 non ECM
Rilevanza^a			
Abbastanza rilevante	1	0	6
Rilevante	5	6	4
Molto rilevante	20	19	15
Qualità^b			
Soddisfacente	0	0	3
Buona	8	3	6
Eccellente	18	22	16
Efficacia^c			
Abbastanza efficace	0	2	4
Efficace	11	5	10
Molto efficace	15	18	11
Risposte esatte pre-test	82%	41%	69%
Risposte esatte post-test	98%	100%	99%
Valutazione qualità docenti	104 valutazioni	78 valutazioni	78 valutazioni
Qualità^d			
Soddisfacente	16	0	12
Molto soddisfacente	88	78	66

^a su una scala da non rilevante a molto rilevante;

^b su una scala da scarsa a eccellente;

^c su una scala da inefficace a molto efficace;

^d su una scala da poco soddisfacente a molto soddisfacente

Nel riquadro di seguito le considerazioni a metà del percorso formativo su “a che punto siamo rispetto agli obiettivi e alle aspettative iniziali del corso”, acquisite tramite bigliettini anonimi individuali.

CONSIDERAZIONI DEI PARTECIPANTI a metà corso

Destrutturata ma in fase di ristrutturazione.

Sto ricaricando energia.

Non in grado di formare altri colleghi.

Mi sento a metà strada, piacevole confusione, fiduciosa che arriverà la chiarezza anche in tempi diversi

Rafforzato il concetto della programmazione e obiettivi.

Rimodulare gli obiettivi sulla base delle risorse disponibili individuando gli indicatori opportuni.

Mi sento in grado di utilizzare le riflessioni e gli strumenti emersi qui per migliorare il mio lavoro.

Preoccupata per la resistenza di alcuni rispetto alla metodologia rispetto all'offerta attiva ma in grado di modificare il mio modo di lavoro.

Ho molta confusione, con energia da riportare.

Preoccupata di non riuscire a trasmettere al team a casa pur avendo appreso molto qui.

A metà del guado, alcune con resistenze, alcune bisognose di un salvagente, voglia di andare avanti, mollando i freni? O non siamo pronti?

In working progress, riflessione una volta da sola. Dubbio rispetto alla direzione. Vorremmo tutte le ricette scritte.

segue

continua

Come una donna in gravidanza che frequenta un corso, sento che ho lasciato uscire fuori le mie competenze che erano diventate un po' confuse.

È aumentato il coinvolgimento.

Sempre più consapevole del mio lavoro, più serena.

Intuisco l'importanza dello spazio per riflettere sul lavoro con strumenti razionali e dello spazio per le mie emozioni.

Avanti rispetto all'inizio, più attrezzata, con più prospettive.

Aspettative superate, ho raggiunto gli obiettivi, ho imparato molte cose, dovrò lavorare molto.

Ho preso coscienza che stiamo andando in una direzione, che i miei obiettivi sono condivisi.

Ok più forte sui contenuti e strumenti, meno demotivata sugli obiettivi, in fase meditativa sulla mia situazione lavorativa, triste per il distacco.

Alla raccolta degli stimoli ricevuti per poterli mettere in pratica nelle nostre realtà.

Arricchita negli stimoli, spero di sapere e poter sviluppare almeno in parte tutto ciò che mi è stato dato.

Non avrei mai creduto di poter toccare il cielo con un dito, grazie a tutti voi. L'unità d'Italia è anche questo!

In questi primi giorni sono aumentati gli obiettivi e gli strumenti rispetto all'inizio, avrò molto da lavorare per riportare tutti ciò che ho appreso al lavoro.

Mi rimetterò al lavoro con gli aggiornamenti e gli stimoli ricevuti.

Devo/posso cambiare salvando ciò che di buono c'è creando alternative prima scartate.

Inaspettatamente alcuni strumenti acquisiti mi hanno rinnovato il desiderio di focalizzare nuovamente alcuni obiettivi.

Nella scala dell'età evolutiva mi sento come un bimbo in fasce... ho tanto da lavorare.

Credo di essere ad un punto di partenza per arrivare ai miei obiettivi, sono appagata e felice di essere stata tra voi. Fantastici.

Convinta che il lavoro per progetti e indicatori sia la strada giusta. Porta alla valutazione del proprio lavoro per poter raddrizzare poi nel caso non raggiungessimo l'obiettivo.

In Allegato al capitolo sono riportate le valutazioni date tramite questionario anonimo finale dalle partecipanti di una delle tre edizioni del corso.

Considerazioni

Le tre edizioni si sono differenziate per:

- tipologia dei partecipanti (professioni, esperienza di conduzione nei CAN, ruolo nell'organizzazione sanitaria, anzianità di servizio, realtà regionali e rappresentatività di genere);
- aspettative individuali;
- conoscenza degli strumenti di conduzione dei CAN;
- conoscenza delle realtà e organizzazione locale dei CAN;
- presenza di operatori della stessa équipe nel corso di formazione;
- partecipazione diretta al progetto ISS e conoscenza della metodologia, dei dati nazionali e locali;
- sedi del corso di formazione;
- alberghi per il soggiorno che hanno determinato in maniera diversa l'aggregazione del gruppo fuori dal corso.

Aree fragili

Le aziende sanitarie hanno investito sull'operatività (importante aspetto) e meno sulla progettazione dei CAN e sul trasferimento della formazione in loco. Infatti non sempre gli operatori individuati per la partecipazione al corso ricoprivano nell'azienda di provenienza ruoli adeguati agli scopi dichiarati dalla formazione dell'ISS.

Per le docenti è stato necessario adeguare di volta in volta la programmazione del corso in base a:

- la conoscenza dei dati dell'indagine;
- l'individuazione delle aree migliorabili;
- la familiarità con la progettazione per obiettivi precisi e la valutazione sul raggiungimento degli stessi;
- la programmazione della valutazione;
- diversi livelli di conoscenza dell'appropriatezza dell'assistenza e degli standard di riferimento;
- la confidenza con la ricerca delle evidenze (forza e fonti);
- la conoscenza e pratica della metodologia interattiva;
- la fiducia nella possibilità del cambiamento dell'assistenza;
- la fiducia nel loro ruolo di facilitatori nelle rispettive realtà;
- la possibilità di dare continuità al progetto;
- la disponibilità ad allontanarsi dal proprio modello;
- il ruolo delle diverse professionalità nei CAN.

Aree di forza

I partecipanti hanno dimostrato un'alta motivazione alla partecipazione al corso di formazione e grande interesse al miglioramento dell'attività dei CAN.

L'attenzione è stata alta e la partecipazione attiva, con disponibilità alla condivisione e al confronto.

Tutti i gruppi hanno dimostrato importanti competenze tecniche, umane ed esperienziali.

La partecipazione diretta alle interviste ha agevolato la comprensione dello scopo e dei risultati del progetto/indagine.

L'eterogeneità delle professioni presenti ha reso ricca l'analisi critica delle diverse modalità organizzative e dei contenuti dei CAN.

I professionisti si sono confrontati sulle modalità necessarie per verificare l'efficacia dei corsi nelle rispettive realtà.

Il supporto degli esperti ISS è stato prezioso nell'affrontare alcuni argomenti tecnici (indicatori, limiti di confidenza, odds ratio).

La grande quantità di materiale cartaceo distribuito dall'organizzazione e quello prodotto e condiviso dai gruppi ha arricchito il patrimonio di conoscenze di tutti.

La co-conduzione delle docenti ha facilitato l'adattamento della metodologia alle necessità dei gruppi (progettazione vs effettivo lavoro svolto).

La metaformazione (sperimentare la conduzione di un corso durante la formazione) ha esplicitato e valorizzato i contenuti teorici.

L'alternanza continua e mirata di strategie di conduzione ha valorizzato le conoscenze e la partecipazione e favorito la coesione del gruppo.

Tra le strategie utilizzate sono state particolarmente apprezzate il filo conduttore, la presentazione del lavoro svolto il giorno precedente, la chiarezza dei contenuti e le numerose metafore e l'interazione in piccoli gruppi.

I partecipanti hanno espresso la necessità di mantenere una rete di confronto nel tempo.

Ogni gruppo ha partecipato alla sintesi di raccomandazioni attraverso la definizione dei 10 passi per la conduzione dei CAN.

Proposte operative scaturite dal corso

Durante le tre edizioni del corso sono scaturite alcune proposte operative:

- Diffondere il decalogo per l'implementazione dei CAN
Le docenti e i partecipanti hanno elaborato un decalogo per l'implementazione dei CAN.

10 PASSI per gli incontri di accompagnamento alla nascita

1. Promuovere salute nel percorso nascita. Attivare e sostenere le competenze della mamma, del bambino, del papà o del nucleo familiare.
2. Formazione comune degli operatori coinvolti. Integrazione territorio-ospedale-gruppi di donne alla pari. Definire raccomandazioni scritte esplicitando obiettivi e modalità di svolgimento. L'ostetrica è figura centrale di riferimento.
3. Offerta attiva: informare tutte le donne all'inizio della loro gravidanza degli incontri e dei servizi. Facilitare la partecipazione delle donne al primo figlio, non occupate, con bassa scolarità e straniere.
4. Iniziare precocemente in gravidanza con incontri periodici a tema nei primi due trimestri e nell'ultimo con cadenza settimanale. Gli incontri devono prevedere orari accessibili per coinvolgere anche i papà e le famiglie.
5. Continuare gli incontri dopo la nascita favorendo anche iniziative di auto-mutuo-aiuto.
6. Offrire informazioni basate sulle aggiornate evidenze scientifiche su gravidanza, parto, allattamento, cura del bimbo e genitorialità.
7. Adottare una metodologia interattiva dove il gruppo condivide, produce, sperimenta, si sente competente in un'atmosfera accogliente, rispettosa, non giudicante.
8. Utilizzare gli spazi nella comunità: consultori, scuole, biblioteche, farmacie, sale comunali, circoscrizioni, associazioni, ospedali, mercati o altro.
9. Valutare periodicamente secondo gli indicatori di esito, risultato e processo.
10. Condividere pubblicamente e periodicamente i dati delle valutazioni

Nei mesi successivi alla formazione ISS, i "10 PASSI" nel contenuto e nell'ordine sono stati presentati e discussi con circa 1.000 operatori del settore nei corsi di formazione sull'organizzazione e conduzione dei CAN tenuti dalle docenti Maghella e Sartori in varie realtà italiane e presentati durante le riunioni di revisione dell'attività dei CAN del coordinamento dei Consultori Familiari dell'Assessorato Sanità Regione Piemonte.

- Ricevere dall'ISS un questionario (in forma ridotta rispetto a quello utilizzato per l'indagine del Progetto) e programma di elaborazione per la raccolta annuale degli indicatori.
- Organizzare sul proprio territorio incontri pubblici per la diffusione dei dati del Progetto.

- Condividere le azioni, le strategie e il materiale utilizzato nell'implementazione. Organizzare un successivo incontro a distanza di tempo.
- Creare un forum di discussione e scambio tra gli operatori coinvolti nella formazione.

I corsi di formazione hanno rafforzato nei partecipanti e docenti l'impegno a migliorare l'accompagnamento al percorso nascita con riflessioni e interventi in ambito biopsicosociale e con una continua valutazione.

La responsabilità legata al cambiamento richiede un alto coinvolgimento personale con motivazione, curiosità e rispetto delle regole etiche.

Il cambiamento necessita sempre una chiara scelta di campo tra la consuetudine e l'appropriatezza delle informazioni e delle cure nell'interesse della salute della donna e del bambino.

Richiede attenzione e disponibilità alle relazioni con le donne, i loro cari e tra colleghi di professionalità diverse.

Il cambiamento può essere faticoso ma è necessario e possibile.

Bibliografia

1. Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 2010;117:921-8.
2. Schrader McMillan A, Barlow J, Redshaw M. *Birth and beyond: a review of the evidence about antenatal education*. London: Department of Health; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_110371.pdf; ultima consultazione 17/10/2012.
3. Sistema Nazionale per le Linee Guida. *Gravidanza fisiologica – aggiornamento 2011. Linea guida 20*. Roma: SNLG-ISS; 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf; ultima consultazione 17/10/2012.
4. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13:94-101.
5. M, Donati S, Giusti A. *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>; ultima consultazione 15/06/2012.
6. Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. Presentato al Convegno *Il Percorso Nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile – POMI*; Istituto Superiore di Sanità, Roma, 28 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf; ultima consultazione 17/10/2012.

ALLEGATO. Alcune valutazioni finali riportate dai partecipanti ad una edizione del corso

Domanda: Com'è andata?

Secondo le mie aspettative.

Sensazione di essere stata "curata", ho ricevuto attenzione.

Mi sento carica, molto carica.

Il corso è stato intenso e mi sento meno confusa.

Non mi ero prefissa aspettative specifiche ma sicuramente questo corso ha raggiunto molti obiettivi che dopo tanti anni di lavoro mi serviranno per creare quasi una "nuova professione".

E' stata un'esperienza ricca, bella e stimolante.

Molto bene, sento di aver ricevuto molti strumenti per lavorare meglio e sto pensando come fare per coinvolgere le mie colleghe in consultorio.

Molto bene, benissimo (scritto su più questionari).

È stato molto interessante, coinvolgente (scritto su più questionari)

Domanda: Cosa hai trovato utile?

Suggerimenti, fotografie, disponibilità del conduttore.

Il confronto, il metodo, i chiarimenti di statistica.

Confronto con le altre realtà lavorative, strategie e materiali sperimentati direttamente, il filo conduttore, i sottogruppi, i feed-back, il riepilogo della giornata precedente.

La spiegazione sull'utilizzo delle evidenze scientifiche.

Tutto è stato utile perché rivedere i concetti e imparare nuove strategie mi dà la carica di tornare nella mia realtà e ripartire... carica.

I lavori di gruppo, i confronti ma in modo particolare "uscire dal ruolo" e incominciando...

Strategie di conduzione, lavoro e chiarimento sugli indicatori e gli obiettivi, norme di statistica e siti Internet EBM.

Prendere coscienza che il lavoro che faccio è molto importante, fa parte di un grande progetto ed è condiviso.

Condividere, lavorare con gli operatori delle altre asl per uniformare i can di tutta Italia.

La conduzione: ho imparato tanto.

Tutto il corso mi è stato e mi sarà utile per migliorare le mie prestazioni professionali, ma soprattutto mi ha permesso di fare delle riflessioni personali su ciò che dovrò migliorare.

Condivisione, EBM, multi professionalità, informazioni statistiche

Piera è stata un'ottima dimostrazione di reale integrazione tra i tanti aspetti.

Forti sentimenti di appartenenza ad un servizio utile come il CF.

L'incontro, il confronto la condivisione con realtà diverse (scritto su più questionari)

I lavori di gruppo (scritto su più questionari)

Tutto ciò che è stato trattato è stato utile (scritto su più questionari)

Domanda: Cosa hai trovato difficile?

Il confronto fra le realtà.

Molto impegnativo ma interessante.

Comprendere la parte statistica e gli indicatori.

La comprensione degli indicatori di esito, risultato e processo.

Più che difficile è stato impegnativo inizialmente sentirmi adeguata rispetto alle competenze di un gruppo spiccatamente di ostetriche.

Uscire dai miei schemi.

Sarà difficile il trasferimento in sede del lavoro fatto (condivisione dei contenuti con il PN e la direzione aziendale).

Faticosa la permanenza in aula (seduti sulla sedia) e grazie per le pause caffè.
Gli argomenti di statistica, anche se molto interessanti (scritto su più questionari)
Nulla (scritto su più questionari).

Domanda: Cosa ti è mancato?

La presenza al corso di altri operatrici sanitarie con le quali mi confronto nel quotidiano.
In nessun momento ho avuto l'impressione che mancasse qualcosa.
Alcune pause di riflessione in più in sottogruppi più omogenei dal punto di vista lavorativo (realtà simili).
Sarebbe stato importante che TUTTE le mie colleghe avessero potuto partecipare.
Non riesco a pensare che ci possa essere di meglio!
Nulla (scritto su più questionari).

Domanda: Le tue aspettative sono state soddisfatte?

10 superate 14 completamente 2 abbastanza 0 poco 0 per niente

Domanda: Come ti sei sentita/o nel gruppo?

A volte integrata a volte un po' meno.
Dopo il primo impatto subito bene.
Ottima accoglienza sentendo subito una rispetto reciproco, buon clima.
Molte bene, integrata fin dall'inizio perché si è subito percepito la disponibilità di tutti ad accogliere gli altri.
Non conoscevo nessuno, ho fatto molte amicizie, mi sono sentita accolta, ascoltata, molto bene.
Libera, stimolata.
Come tutti i gruppi con Maghella non ci si può sentire che realmente bene e con l'aiuto di Maita è stato un super bene.
Dentro al gruppo, parte del gruppo, amalgamata.
Inizialmente un poco impaurita, per timidezza.
Molto bene, forse è stato un poco numeroso per approfondire la conoscenza di tutti che avrei voluto.
Bene, ho sentito un clima accogliente e rispettoso anche tra noi.
Bene, integrata, accolta (scritto su più questionari)

Domanda: Com'è stata l'organizzazione e l'ambiente?

Molto efficace, tutti molto gentili.
Stanza ottima come spazio, temperatura ok, un poco scomode le sedie e i piani di appoggio, ma nel contesto è positivo.
L'organizzazione ottima, alcune difficoltà per la stanza dove abbiamo lavorato.
Sereni.
L'organizzazione è stata ottima sotto tutti i profili e l'ambiente nonostante qualche difficoltà è stato reso personale dall'esposizione dei nostri tanti lavori
Perfetta l'organizzazione, adatto l'ambiente.
L'aver avuto tutto organizzato ha reso più semplice la partecipazione al corso.
L'organizzazione è stata accurata e l'ambiente confortevole (anche l'accoglienza di operatori di supporto come la segreteria organizzativa)
Adeguata, soddisfacente (scritto su più questionari)
Eccellente (scritto su più questionari)

Domanda: Cosa miglioreresti?

Probabilmente farei partecipare come conduttori tutte le figure dell'équipe. Il lavoro sull'équipe, con l'équipe e nonostante l'équipe è la carta vincente e auspicabile perché siamo mente, corpo, anima, cuore, pancia...

Ridurre il tempo occupato da argomenti non inerenti.

Il dopo ... e ora il nostro gruppo??

Nulla (scritto su più questionari)

Altro

Spero di poter riprovare tutto nuovamente grazie.

Vorrei e sento il bisogno di ripetere questa esperienza estremamente arricchente. un incontro futuro?

La formazione è troppo importante per lavorare bene!

Mi è dispiaciuto perdere una facilitatrice a metà corso (Maita era presente nei primi giorni).

Sono arrivata che ero un bruco, ora parto e mi sento una farfalla. Grazie.

Ringraziamenti (scritto su più questionari)

APPENDICE A
Gruppo di lavoro sul percorso nascita

Gruppo di lavoro sul percorso nascita

Di seguito vengono riportati, per ogni ASL, i responsabili e referenti del progetto e i loro collaboratori.

ASL Alessandria

Responsabili e referenti territoriali: Massacane Roberto, Servetti Pierfranco

Collaboratori: Patrizia Bagnasco, Licia Baima, Giuditta Bisio, Lucia Bisio, Vanna Ferlito, Rosella Grillo, Nicoletta Gualco, Patrizia Linardon, Maria Rosaria Mascolo, Anna Maria Montanari, Angela Palmisano, Maria Grazia Piccione, Annamaria Prato, Gaetana Ragonesi, Marina Suppa, Costanza Vittoria, Paola Zacco

ASL 1 Cuneo

Responsabili e referenti territoriali: Graziella Romani, Paola Ravaschietto

Collaboratori: Silvia Gentile, Antonella Falcinelli, Anna Paola Pili

ASL 3 Torino

Responsabili e referenti territoriali: Maita Sartori

Collaboratori: Marina Barbin, Silvia Bertazza, Anna Lisa Dugaro, Isabella Marangon, Santina Marchese, Paola Ostengo, Mattia Pizzo, Vittorina Trivero, Pina Russotto, Germana Silvestri, Cristina Vair

ASL Aosta

Responsabili e referenti territoriali: Marisa Bechaz

Collaboratori: Wilma Abram, Erika Arlian, Carla Crescini, Rosilda Cuaz, Agnese Dondeynaz, Marina Marmo, Linda Martignene, Nadia Minerdo, Laura Nicoletta, Lina Pasqualotto, Stefania Perego, Beatrice Vallet, Enrico Ventrella

ASS 6 Pordenone

Responsabili e referenti territoriali: Tiziana Martuscelli, Elodia Del Pup

Collaboratori: Alesandra Azzariti, Alessandra Centazzo, Anna Frare, Rita Giust, Paola Marzinotto, Annamaria Palcic, Enza Scarpino, Marilena Tumiotto

ASL 2 Savonese

Responsabili e referenti territoriali: Marina Astengo

Collaboratori: Ornella Granese, Giuliana Panero, Antonella Pizzorno, Daniela Susanetto

ASL Parma

Responsabili e referenti territoriali: Paola Salvini, Cristiana Damini

Collaboratori: Sara Angella, Francesca Gatti, Valentina Sirocchi, Marilena Toscani, Elisa Violante

ASL 4 Prato

Responsabili e referenti territoriali: Pietro Calò, Mariagloria Marradi

Collaboratori: Lachheb Abzeghani, Cristina Alba, Giulia Cecconi, Caterina Ciolini, Cristina Anna Epifani, Carla Maria Fantugini, Patrizia Pini, Rosetta Pirillo, Caterina Rosati, Zuo Yan, Li Ziwen

ASL 5 Pisa

Responsabili e referenti territoriali: Grazia Fazzino, Giuseppina Trimarchi

Collaboratori: Maria Badalassi, Luana Barsotti, Maria Teresa Fantozzi, Marta Lupetti, Maddalena Porta

ASL 6 Livorno

Responsabili e referenti territoriali: Rosa Maranto, Milli Caschili

Collaboratori: Gianna Battini, Serena Bellucci, Silvia Domenici, Emanuela Falchi, Maria Favaro, Anna Maria Maccario, Maria Cristina Malfetti, Rosanna Modesti, Donatella Pagliacci, Alessandra Panattoni, Catia Pescini, Annalisa Salvato, Laura Servi, Vanna Soldateschi, Daniela Vaccai

ASL 8 Arezzo

Responsabili e referenti territoriali: Brunella Santangelo, Giuliana Allegrini

Collaboratori: Daniela Butteri, Patrizia Martini, Patrizia Roselli

ASL 10 Firenze

Responsabili e referenti territoriali: Carla Bondi, Grazia Innocenti, Maria Rosa Giovacchini

Collaboratori: Patrizia Cavini, Letizia Ciuoffo, Barbara Fanti, Elisabetta Giovagnini, Anna Iadicicco, Patrizia Misuri, Marco Pulini, Cristina Ticci

ASL 3 Foligno

Responsabili e referenti territoriali: Annunziata Di Marco

Collaboratori: Carla Caponecchi, Gabriella Cenci, Nazzareno Cruciani, Erminia Guglielmo, Paola Langelì, Maria Antonietta Leonardi, Oronza Orlando, Anna Rita Petruccioli, Francesca Pinchi, Emilia Torchetti

ASL Bari

Responsabili e referenti territoriali: Giulia Caradonna, Rosa Guagliardo

Collaboratori: Maria Baldassare, Grazia De Santis, Anna Garcea, Serafina Gismondi, Giuseppina Fusco, Antonella Locoro, Sonia Mazzotta, Laura Rotola, Antonella Sannicandro, Sabrina Sarra, Giuseppina Varesano

ASL Foggia

Responsabili e referenti territoriali: Anna Michelina D'Angelo, Marianna Di Portogallo

Collaboratori: Daniela Campanozzi, Amalia De Paola, Filomena Di Chiara, Caterina Forcella, Ida Gaita, Stefania Gramazio, Maria Grieco, Angiola Morra, Annunziata Pecora, Grazia Petrone, Anna Maria Telesca, Anna Tibollo, Angela Trecca

ASL Taranto

Responsabili e referenti territoriali: Silvia Sabato

Collaboratori: Lucia Aiello, Barbara Caliendo, Pasqua Ceci, Elena De Donato, Giuseppa De Franciscis, Mariarosaria Di Lena, Anna Maria Epifani, Maria Giuseppa Felino, Carmela Minosa, Anna Pascarella, Anna Passiatore, Silvia Tursi, Delfina Viviana Zagaria (ASL Taranto);

ASL Matera

Responsabili e referenti territoriali: Rita Corina

Collaboratori: Michela Bottegaro, Antonella Cantarella, Chiara Carlucci, Rosa Di Pede, Concetta Quintano, Anna Venezia

ASL 1 Venosa

Responsabili e referenti territoriali: Battistina Pinto

Collaboratori: Sabrina Abruzzese, Giulia Giuratrabocchetti, Incoronata Mazzucca, Raffaella Montereale, Wienda Murano, Carmela Muscio, Alessia Paniello, Wanda Petagine, Angela Pinto

ASL 3 Lagonegro

Responsabili e referenti territoriali: Francesco Curzio

Collaboratori: Teresa Chiappetta, Luisa Comitino, Maddalena Di Noia, Domenico Iadanza, Rosa Pangaro, Elisabetta Pansa, Carla Sanna

ASL 4 Enna

Responsabili e referenti territoriali: Roberto Licenziato, Gianna Codetta Raiteri

Collaboratori: Antonina Bommarito, Giuseppe Calabrese, Filomena Carlucci, Grazia D'Angelo, Erika Di Pasqua, Carmela Figliolio, Domenica Li Volsi, Giuseppa Lo Bello

ASL 1 Sassari

Responsabili e referenti territoriali: Marcello Cabiddu

Collaboratori: Maria Caterina Canu, Anna Carvone, Sabina Porcu, Maddalena Tedde

ASL 4 Lanusei

Responsabili e referenti territoriali: Margherita Serra

Collaboratori: Mirella Depau, Gina Orrù, Francesca Sairu, Giovanna Uras

ASL 5 Oristano

Responsabili e referenti territoriali: Maria Antonietta Grimaldi

Collaboratori: Rosina Caddeo, Marina Oggiano, Savina Ortu, Carmen Pinna, Maria Franca Pischedda, Alessandra Piu, Ornella Putzu, Stefania Tatti

ASL 6 Sanluri

Responsabili e referenti territoriali: Marina Manca, Claudia Collu

Collaboratori: Paolo Cannas, Rosa Caria, Ofelia Limongelli, Cinzia Porceddu, Sergio Salis, Bibiana Secci, Eurilla Sequi, Marino Serpi

ASL 8 Cagliari

Responsabili e referenti territoriali: Silvana Sanna, Anna Maria Onano, Flora Donatella Delfino

Collaboratori: Silvio Ardau, Fernanda Bertolino, Lucia Carta, Maria Rita Contu, Maria Annunziata Esposito, Maria Giuseppina Gregorio, Susanna Marongiu, Eliana Mele, Lucia Melis, Rita Raspa, Daniela Tuveri, Carmela Zoroddu

APPENDICE B
Questionario utilizzato
nelle indagini sul percorso nascita

Istituto Superiore di Sanità

QUESTIONARIO sul PERCORSO NASCITA

Numero scheda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di compilazione	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Regione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo dell'intervista		
<input type="checkbox"/> 1 centro nascita (specificare _____)	<input type="checkbox"/> 4 intervista telefonica	
<input type="checkbox"/> 2 a domicilio	<input type="checkbox"/> 5 rifiuto	
<input type="checkbox"/> 3 consultorio	<input type="checkbox"/> 6 non trovata	<input type="text"/>
Luogo del parto		
Centro nascita ASL di residenza:	<input type="checkbox"/> 1 pubblico <input type="checkbox"/> 2 convenzionato <input type="checkbox"/> 3 privato	
Centro nascita fuori ASL di residenza:	<input type="checkbox"/> 4 pubblico <input type="checkbox"/> 5 convenzionato <input type="checkbox"/> 6 privato	<input type="text"/>
Data del parto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

PRIMA SEZIONE - GRAVIDANZA

1	Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?	
	<input type="checkbox"/> 1 medico di famiglia <input type="checkbox"/> 2 consultorio familiare <input type="checkbox"/> 3 ostetrica di struttura pubblica (che non sia consultorio) <input type="checkbox"/> 4 ostetrica di struttura privata (a pagamento) <input type="checkbox"/> 5 ginecologo/a privato (a pagamento) <input type="checkbox"/> 6 ginecologo/a che lavora in ospedale (a pagamento) <input type="checkbox"/> 7 ginecologo/a di una struttura pubblica (che non sia consultorio)	<input type="text"/>
2	Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza?	
	<input type="text"/> numero <input type="text"/> <input type="text"/> non ricordo	<input type="text"/>
3	Ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza?	
	<input type="checkbox"/> 1 Sì, presso un ospedale <input type="checkbox"/> 2 Sì, presso un consultorio familiare, su invito <input type="checkbox"/> 3 Sì, presso un consultorio familiare, con accesso spontaneo <input type="checkbox"/> 4 Sì, presso una struttura privata <input type="checkbox"/> 5 No, perchè lo aveva già frequentato durante un'altra gravidanza <input type="checkbox"/> 6 No, perchè non sapeva che esistessero <input type="checkbox"/> 7 No, perchè non ha ricevuto un invito a partecipare <input type="checkbox"/> 8 No, perchè non lo ritiene utile <input type="checkbox"/> 9 No, perchè non ha trovato una struttura disponibile <input type="checkbox"/> 10 No, per problemi di tempo <input type="checkbox"/> 11 No, perchè a pagamento/ticket <input type="checkbox"/> 12 No, per altro motivo (specificare _____)	<input type="text"/>
4	Le è stato richiesto un pagamento/ticket per frequentare il corso?	
	<input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="text"/>

Questionario sul percorso nascita

Pagina 1

5	<p>Se ha partecipato al corso, da chi è stata informata principalmente?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 libri/riviste <input type="checkbox"/> 2 amiche/familiari <input type="checkbox"/> 3 medico pubblico (che non sia del consultorio) <input type="checkbox"/> 4 medico privato <input type="checkbox"/> 5 personale non medico (ostetrica, infermiera, ecc. che non sia del consultorio) <input type="checkbox"/> 6 consultorio familiare <input type="checkbox"/> 7 altro (specificare _____) </p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																		
6	<p>Se ha partecipato, in quale mese di gravidanza ha iniziato il corso?</p> <p>___ mese</p>	<input type="checkbox"/>																																																																		
7	<p>Lei ha partecipato:</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 al 70% o più degli incontri previsti <input type="checkbox"/> 2 al 30-70% degli incontri previsti <input type="checkbox"/> 3 a meno del 30% degli incontri previsti </p>	<input type="checkbox"/>																																																																		
8	<p>In base alla sua esperienza, esprima un giudizio sulla qualità delle attività cui ha preso parte durante il corso di accompagnamento alla nascita:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">adeguata</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non adeguata</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non trattato</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non ricorda</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 lavoro sul corpo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 tecniche di rilassamento</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 informazioni su travaglio e parto</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 informazioni su punti nascita disponibili</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 informazioni sull'allattamento</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 informazioni sulla contraccezione</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7 informazioni sulle cure neonatali</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8 informazioni sulle vaccinazioni</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9 informazioni sulle normative</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 informazioni sull'assistenza in puerperio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		adeguata	non adeguata	non trattato	non ricorda		<input type="checkbox"/> 1 lavoro sul corpo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 tecniche di rilassamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 informazioni su travaglio e parto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4 informazioni su punti nascita disponibili	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5 informazioni sull'allattamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 informazioni sulla contraccezione	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7 informazioni sulle cure neonatali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8 informazioni sulle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 informazioni sulle normative	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 informazioni sull'assistenza in puerperio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	adeguata	non adeguata	non trattato	non ricorda																																																																
<input type="checkbox"/> 1 lavoro sul corpo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 2 tecniche di rilassamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 3 informazioni su travaglio e parto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 4 informazioni su punti nascita disponibili	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 5 informazioni sull'allattamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 6 informazioni sulla contraccezione	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 7 informazioni sulle cure neonatali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 8 informazioni sulle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 9 informazioni sulle normative	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
<input type="checkbox"/> 10 informazioni sull'assistenza in puerperio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>																																																															
9	<p>Consiglierebbe a un'amica di partecipare a un corso di accompagnamento alla nascita?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 non so </p>	<input type="checkbox"/>																																																																		
10	<p>Lei fumava prima della gravidanza?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 non fumava <input type="checkbox"/> 2 Sì, non più di 5 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 3 Sì, da 6 a 10 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 4 Sì, meno di 20 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 5 Sì, più di 20 sigarette al giorno </p>	<input type="checkbox"/>																																																																		
11	<p>Ha fumato durante la gravidanza? (solo se prima della gravidanza fumava)</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 ha smesso <input type="checkbox"/> 2 Sì, non più di 5 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 3 Sì, da 6 a 10 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 4 Sì, meno di 20 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 5 Sì, più di 20 sigarette al giorno </p>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<p><i>Questionario sul percorso nascita</i></p>		<p><i>Pagina 2</i></p>																																																																		

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

12	Ha assunto un supplemento di acido folico in occasione della gravidanza? <input type="checkbox"/> 1 Sì, in periodo periconcezionale <input type="checkbox"/> 2 Sì, a gravidanza iniziata <input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/>
13	Ha avuto problemi nel corso della gravidanza? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, patologie lievi <input type="checkbox"/> 3 Sì, patologie gravi, con allattamento per una o più settimane, senza ricovero <input type="checkbox"/> 4 Sì, patologie gravi, con ricorso al pronto soccorso <input type="checkbox"/> 5 Sì, patologie gravi, con ricovero all'ospedale	<input type="checkbox"/>
14	Lavorava prima della gravidanza? <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No Se sì, quando ha interrotto? <input type="checkbox"/> 1 prima dell'inizio della gravidanza <input type="checkbox"/> 2 nel I trimestre <input type="checkbox"/> 3 nel II trimestre <input type="checkbox"/> 4 nel III trimestre Se sì, intende riprendere? <input type="checkbox"/> 1 Sì, al <input type="text"/> mese <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SECONDA SEZIONE - PARTO		
15	A che età gestazionale ha partorito? <input type="text"/> settimane	<input type="text"/>
16	Il parto è stato: <input type="checkbox"/> 1 spontaneo <input type="checkbox"/> 2 è stato utilizzato il forcipe <input type="checkbox"/> 3 è stata utilizzata la ventosa <input type="checkbox"/> 4 cesareo d'urgenza <input type="checkbox"/> 5 cesareo elettivo	<input type="checkbox"/>
17	Se ha avuto una precedente gravidanza, come è stato il parto? <input type="checkbox"/> 1 spontaneo <input type="checkbox"/> 2 è stato utilizzato il forcipe <input type="checkbox"/> 3 è stata utilizzata la ventosa <input type="checkbox"/> 4 cesareo d'urgenza <input type="checkbox"/> 5 cesareo elettivo	<input type="checkbox"/>
18	In relazione a quest'ultimo parto, come avrebbe preferito partorire? <input type="checkbox"/> 1 con parto spontaneo <input type="checkbox"/> 2 con parto cesareo	<input type="checkbox"/>
<i>Questionario sul percorso nascita</i> <i>Pagina 3</i>		

Spazio riservato alla codifica - lasciare in bianco

19	Il travaglio è: <input type="checkbox"/> 1 insorto spontaneamente <input type="checkbox"/> 2 indotto	□																								
20	E' stata praticata l'episiotomia? <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> 3 non so	□																								
21	E' stata praticata l'anestesia? <input type="checkbox"/> 1 Sì, locale <input type="checkbox"/> 2 Sì, generale <input type="checkbox"/> 3 Sì, epidurale <input type="checkbox"/> 4 Sì, spinale <input type="checkbox"/> 5 Sì, ma non so quale <input type="checkbox"/> 6 No	□																								
22	Se ha fatto ricorso al taglio cesareo, qual è stata la ragione? <input type="checkbox"/> 1 sofferenza del bambino <input type="checkbox"/> 2 sofferenza della madre <input type="checkbox"/> 3 il bambino era posizionato male <input type="checkbox"/> 4 il bambino era troppo grande <input type="checkbox"/> 5 precedente taglio cesareo <input type="checkbox"/> 6 altro (specificare _____) <input type="checkbox"/> 7 non so	□ □																								
23	Se ha fatto ricorso al taglio cesareo, come si è sentita? <input type="checkbox"/> 1 contenta <input type="checkbox"/> 2 sollevata <input type="checkbox"/> 3 delusa/dispiaciuta <input type="checkbox"/> 4 rassegnata <input type="checkbox"/> 5 arrabbiata	□																								
24	Il personale che l'ha seguita durante il travaglio e il parto, l'ha aiutata a mettere in pratica quanto aveva appreso durante il corso di accompagnamento alla nascita? <small>(solo per le donne che hanno partecipato al corso, vedi domanda 3)</small> <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No	□																								
25	Come valuta la relazione avuta con il personale che l'ha assistita durante il travaglio e il parto? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">molto soddisfacente</th> <th style="text-align: center;">soddisfacente</th> <th style="text-align: center;">così così</th> <th style="text-align: center;">deludente</th> <th style="text-align: center;">molto deludente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>personale ostetrico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>personale infermieristico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>personale medico</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </tbody> </table>		molto soddisfacente	soddisfacente	così così	deludente	molto deludente	personale ostetrico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	personale infermieristico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	personale medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	□ □ □
	molto soddisfacente	soddisfacente	così così	deludente	molto deludente																					
personale ostetrico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																					
personale infermieristico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																					
personale medico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																					
26	Esprima un giudizio complessivo di soddisfazione su questa esperienza: <input type="checkbox"/> 1 ottima <input type="checkbox"/> 2 buona <input type="checkbox"/> 3 soddisfacente <input type="checkbox"/> 4 insoddisfacente <input type="checkbox"/> 5 pessima	□																								
Questionario sul percorso nascita		Pagina 4																								

Spazio riservato alla codifica - lasciare in bianco

35	<p>Ha avuto problemi nell'allattamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, risolti da sola <input type="checkbox"/> 3 Sì, risolti grazie all'aiuto di amici/parenti <input type="checkbox"/> 4 Sì, risolti grazie all'aiuto di operatori sanitari (specificare _____) <input type="checkbox"/> 5 Sì, risolti da altri (specificare _____) <input type="checkbox"/> 6 Sì, non risolti ma proseguito con l'allattamento <input type="checkbox"/> 7 Sì, non risolti e interrotto l'allattamento</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
36	<p>Chi l'ha seguita durante la gravidanza, le ha fornito informazioni e/o consigli sull'allattamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
37	<p>Ha ricevuto e letto opuscoli per la promozione dell'allattamento al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No, non li ho ricevuti <input type="checkbox"/> 2 No, non li ho letti nonostante li abbia ricevuti <input type="checkbox"/> 3 Sì, li ho letti ma non li ho trovati interessanti/utili <input type="checkbox"/> 4 Sì, li ho letti e li ho trovati interessanti/utili</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
38	<p>Durante la degenza in reparto, le sono state fornite informazioni in relazione all'allattamento al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
39	<p>In reparto è stata effettuata l'osservazione della poppata?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
40	<p>Ha altri figli?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì, n. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
41	<p>Se ha avuto altri figli, l'ultimo lo ha allattato al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì, per più di 3 mesi <input type="checkbox"/> 2 Sì, per meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> 3 No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

6	<p>Alla dimissione dall'ospedale, le è stata consegnata una prescrizione medica per acquistare il latte artificiale?</p>	<input type="checkbox"/>																		
	<p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>																			
7	<p>Nelle ultime 24 ore, suo figlio/a:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 è stato allattato al seno</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 ha bevuto latte artificiale</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 ha bevuto latte vaccino</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5 ha preso cibi solidi o semisolidi</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6 altro (specificare _____)</td> <td>Sì <input type="checkbox"/> 1</td> <td>No <input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 è stato allattato al seno	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2 ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 ha bevuto latte artificiale	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4 ha bevuto latte vaccino	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5 ha preso cibi solidi o semisolidi	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 6 altro (specificare _____)	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 è stato allattato al seno	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
<input type="checkbox"/> 2 ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi diversi dal latte	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
<input type="checkbox"/> 3 ha bevuto latte artificiale	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
<input type="checkbox"/> 4 ha bevuto latte vaccino	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
<input type="checkbox"/> 5 ha preso cibi solidi o semisolidi	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
<input type="checkbox"/> 6 altro (specificare _____)	Sì <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2																		
8	<p>Se non allatta al seno in modo esclusivo, predominante, complementare, a che mese ha smesso rispettivamente:</p> <p>se non ha mai allattato codice "0", se ha allattato per <= un mese codice "1"</p> <table border="0"> <tr> <td>esclusivo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>predominante</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>complementare</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	esclusivo	<input type="checkbox"/>	predominante	<input type="checkbox"/>	complementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
esclusivo	<input type="checkbox"/>																			
predominante	<input type="checkbox"/>																			
complementare	<input type="checkbox"/>																			
9	<p>Se al bambino è stato somministrato latte artificiale, qual è il motivo principale?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 non aveva più latte <input type="checkbox"/> 2 il latte non era più nutriente <input type="checkbox"/> 3 il bambino cresceva poco <input type="checkbox"/> 4 il bambino non si attaccava bene <input type="checkbox"/> 5 problemi di salute della mamma (ragadi, mastite, dolore, ecc) <input type="checkbox"/> 6 problemi di salute della mamma (malattie) <input type="checkbox"/> 7 problemi di salute del bambino <input type="checkbox"/> 8 prendeva dei farmaci <input type="checkbox"/> 9 doveva riprendere il lavoro <input type="checkbox"/> 10 era stanca <input type="checkbox"/> 11 altro motivo (specificare _____) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
10	<p>Se al bambino è stato somministrato latte artificiale, da chi è stata consigliata?</p> <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 pediatra di libera scelta <input type="checkbox"/> 2 pediatra dell'ospedale <input type="checkbox"/> 3 pediatra privato <input type="checkbox"/> 4 ostetrica consultorio <input type="checkbox"/> 5 ostetrica ospedale <input type="checkbox"/> 6 ginecologo del consultorio <input type="checkbox"/> 7 ginecologo ospedale <input type="checkbox"/> 8 ginecologo privato <input type="checkbox"/> 9 infermiera del consultorio <input type="checkbox"/> 10 infermiera ospedale <input type="checkbox"/> 11 familiari/amici <input type="checkbox"/> 12 decisione autonoma della madre <input type="checkbox"/> 13 altro (specificare _____) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
11	<p>In questi primi mesi di vita ha avuto problemi nell'allattamento?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì (specificare _____) <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
<p>Questionario sul percorso nascita a 3 mesi di vita</p>		<p>Pagina 2</p>																		

Spazio riservato alla codifica - lasciare in bianco

12	<p>Se ha avuto problemi nell'allattamento, chi ha consultato?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 pediatra di libera scelta <input type="checkbox"/> 2 pediatra dell'ospedale <input type="checkbox"/> 3 pediatra privato <input type="checkbox"/> 4 ostetrica consultorio <input type="checkbox"/> 5 ostetrica ospedale <input type="checkbox"/> 6 ginecologo del consultorio <input type="checkbox"/> 7 ginecologo ospedale <input type="checkbox"/> 8 ginecologo privato <input type="checkbox"/> 9 infermiera del consultorio <input type="checkbox"/> 10 infermiera ospedale <input type="checkbox"/> 11 familiari/amici <input type="checkbox"/> 12 nessuno <input type="checkbox"/> 13 altro (specificare _____)</p>	<p>□ □ □</p>
13	<p>Ha partecipato a gruppi per il sostegno dell'allattamento al seno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p>□</p>
14	<p>Ha partecipato a incontri con altre mamme in gruppi organizzati dopo la nascita?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p>□</p>
15	<p>In base alla sua esperienza, da chi è stata maggiormente sostenuta nell'allattamento al seno una volta rientrata a casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 non allattava al seno al rientro a casa <input type="checkbox"/> 2 da nessuno <input type="checkbox"/> 3 dal proprio marito/partner <input type="checkbox"/> 4 da amici e parenti <input type="checkbox"/> 5 dal pediatra <input type="checkbox"/> 6 dal ginecologo <input type="checkbox"/> 7 dall'ostetrica <input type="checkbox"/> 8 dal consultorio familiare <input type="checkbox"/> 9 altro (specificare _____)</p>	<p>□ □</p>
16	<p>Quando ha iscritto il bambino al pediatra di libera scelta?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 non l'ha ancora iscritto <input type="checkbox"/> 2 entro 7 giorni dalla nascita <input type="checkbox"/> 3 entro 14 giorni dalla nascita <input type="checkbox"/> 4 entro 21 giorni dalla nascita <input type="checkbox"/> 5 entro un mese dalla nascita <input type="checkbox"/> 6 oltre un mese dalla nascita</p>	<p>□</p>
17	<p>Ha ricevuto informazioni sulla contraccezione da adottare nei mesi successivi al parto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>	<p>□</p>

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

18	<p>Alla ripresa dei rapporti sessuali ha scelto di utilizzare un metodo di procreazione consapevole per evitare la gravidanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No, è contraria <input type="checkbox"/> 2 No, non pensa di essere a rischio di gravidanza in questo periodo <input type="checkbox"/> 3 No, non è informata <input type="checkbox"/> 4 Sì</p> <p>Se sì quale?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 metodi naturali (Ogino-Knaus, Billings, temperatura basale) <input type="checkbox"/> 2 di barriera (profilattico, diaframma) <input type="checkbox"/> 3 meccanici (spirale) <input type="checkbox"/> 4 ormonali (pillola, cerotto) <input type="checkbox"/> 5 altro (specificare _____)</p>	□																
19	<p>Suo marito/partner partecipa alle cure/gestione del bambino?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì, in maniera significativa <input type="checkbox"/> 2 Sì, in maniera modesta <input type="checkbox"/> 3 No, affatto</p>	□																
20	<p>Chi l'ha aiutata maggiormente in casa durante le prime settimane di vita del bambino?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 nessuno <input type="checkbox"/> 2 marito/partner <input type="checkbox"/> 3 nonni <input type="checkbox"/> 4 figli maggiori <input type="checkbox"/> 5 altri parenti <input type="checkbox"/> 6 amici <input type="checkbox"/> 7 collaboratrici domestiche <input type="checkbox"/> 8 altro _____</p>	□□																
21	<p>In questo periodo ha ricevuto supporto:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">significativo</th> <th style="text-align: center;">modesto</th> <th style="text-align: center;">nullo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>marito</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>altri parenti</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>amici</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>		significativo	modesto	nullo	marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	□
	significativo	modesto	nullo															
marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
22	<p>Quanto riesce a riposare ogni giorno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 meno di quanto avrei bisogno <input type="checkbox"/> 2 quanto ho bisogno</p>	□																
23	<p>In quali delle seguenti affermazioni si identifica?</p> <p>da quando c'è il bimbo...</p> <p>la mia vita è cambiata: <input type="checkbox"/> 1 in meglio <input type="checkbox"/> 2 in peggio <input type="checkbox"/> 3 è uguale a prima</p> <p>mi sento serena: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>mi sento stanca: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>il tempo per me stessa: <input type="checkbox"/> 1 è aumentato <input type="checkbox"/> 2 è diminuito <input type="checkbox"/> 3 è come prima</p> <p>l'attenzione nei miei confronti: <input type="checkbox"/> 1 è aumentata <input type="checkbox"/> 2 è diminuita <input type="checkbox"/> 3 è come prima</p> <p>mi sento compresa da chi mi sta accanto: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>chi mi sta accanto mi aiuta: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p>	□ □ □ □ □ □ □																
<p><i>Questionario sul percorso nascita a 3 mesi di vita</i></p>		<p><i>Pagina 4</i></p>																

Spazio riservato alla codifica - lasciare in bianco

24	<p>Attualmente sta fumando? (solo per le fumatrici)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, non più di 5 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 3 Sì, da 6 a 10 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 4 Sì, meno di 20 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 5 Sì, più di 20 sigarette al giorno</p>	<input type="checkbox"/>
25	<p>Se fuma, a che mese dopo il parto ha ripreso a fumare?</p> <p><input type="checkbox"/> mese</p>	<input type="checkbox"/>
26	<p>In questo periodo ha avuto necessità di ricorrere ai servizi sanitari?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, al pronto soccorso per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 3 Sì, al pronto soccorso per problemi di salute del bambino <input type="checkbox"/> 4 Sì, all'ospedale per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 5 Sì, all'ospedale per problemi di salute del bambino</p>	<input type="checkbox"/>
27	<p>Se prima della gravidanza lavorava, ha ripreso a lavorare?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, dopo <input type="checkbox"/> mesi dal parto</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28	<p>Il bambino è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie per legge (Polio, Tetano, Difterite, Epatite B)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No, per problemi di tempo <input type="checkbox"/> 2 No, per condizioni di salute del bambino <input type="checkbox"/> 3 No, sono contraria <input type="checkbox"/> 4 Sì, presso la ASL <input type="checkbox"/> 5 Sì, presso il pediatra di fiducia</p>	<input type="checkbox"/>
29	<p>Data della 1ª dose delle vaccinazioni obbligatorie</p> <p>1ª dose <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> gg <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> mm <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> dia</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ACCONSENTE AD ESSERE RICHIAMATA PER ORGANIZZARE LA SUCCESSIVA INTERVISTA QUANDO IL SUO BAMBINO AVRÀ COMPIUTO 6 MESI DI VITA?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No</p>		
EVENTUALI OSSERVAZIONI		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Nome dell'intervistatrice _____</p>		
<p><i>Si ringrazia per la collaborazione</i></p>		
<p><i>Questionario sul percorso nascita a 3 mesi di vita</i></p>		<p><i>Pagina 5</i></p>

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

5	<p>Se al bambino è stato somministrato latte artificiale, da chi è stata consigliata?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 pediatra di libera scelta <input type="checkbox"/> 2 pediatra dell'ospedale <input type="checkbox"/> 3 pediatra privato <input type="checkbox"/> 4 ostetrica consultorio <input type="checkbox"/> 5 ostetrica ospedale <input type="checkbox"/> 6 ginecologo del consultorio <input type="checkbox"/> 7 ginecologo ospedale <input type="checkbox"/> 8 ginecologo privato <input type="checkbox"/> 9 infermiera del consultorio <input type="checkbox"/> 10 infermiera ospedale <input type="checkbox"/> 11 familiari/amici <input type="checkbox"/> 12 decisione autonoma della madre <input type="checkbox"/> 13 altro (specificare _____)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																
6	<p>Suo marito/partner partecipa alle cure/gestione del bambino?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sì, in maniera significativa <input type="checkbox"/> 2 Sì, in maniera modesta <input type="checkbox"/> 3 No, affatto</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																
7	<p>In questo periodo ha ricevuto supporto:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">significativo</td> <td style="text-align: center;">modesto</td> <td style="text-align: center;">nullo</td> </tr> <tr> <td>marito</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>altri parenti</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>amici</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </table>		significativo	modesto	nullo	marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<p><input type="checkbox"/></p>
	significativo	modesto	nullo															
marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
8	<p>Quanto riesce a riposare ogni giorno?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 meno di quanto avrei bisogno <input type="checkbox"/> 2 quanto ho bisogno</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																
9	<p>In quali delle seguenti affermazioni si identifica?</p> <p>da quando c'è il bimbo...</p> <p>la mia vita è cambiata: <input type="checkbox"/> 1 in meglio <input type="checkbox"/> 2 in peggio <input type="checkbox"/> 3 è uguale a prima</p> <p>mi sento serena: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>mi sento stanca: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>il tempo per me stessa: <input type="checkbox"/> 1 è aumentato <input type="checkbox"/> 2 è diminuito <input type="checkbox"/> 3 è come prima</p> <p>l'attenzione nei miei confronti: <input type="checkbox"/> 1 è aumentata <input type="checkbox"/> 2 è diminuita <input type="checkbox"/> 3 è come prima</p> <p>mi sento compresa da chi mi sta accanto: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p> <p>chi mi sta accanto mi aiuta: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																
10	<p>Attualmente sta fumando? (solo per le fumatrici)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, non più di 5 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 3 Sì, da 6 a 10 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 4 Sì, meno di 20 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 5 Sì, più di 20 sigarette al giorno</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																
11	<p>Se fuma, a che mese dopo il parto ha ripreso a fumare?</p> <p><input type="checkbox"/> mese</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

12	<p>In questo periodo ha avuto necessità di ricorrere ai servizi sanitari, per problemi di salute urgenti?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, al pronto soccorso per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 3 Sì, al pronto soccorso per problemi di salute del bambino <input type="checkbox"/> 4 Sì, ricoverata in ospedale per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 5 Sì, il bambino è stato ricoverato in ospedale </p>	<input type="checkbox"/>
13	<p>Se a tre mesi non aveva ripreso il lavoro, ha ripreso ora a lavorare?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, dopo <input type="checkbox"/> mesi dal parto </p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	<p>Il bambino è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie per legge (Polio, Tetano, Difterite, Epatite B)?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 No, per problemi di tempo <input type="checkbox"/> 2 No, per condizioni di salute del bambino <input type="checkbox"/> 3 No, sono contraria <input type="checkbox"/> 4 Sì, presso la ASL <input type="checkbox"/> 5 Sì, presso il pediatra di fiducia </p>	<input type="checkbox"/>
15	<p>Data della 1ª dose delle vaccinazioni obbligatorie</p> <p>1ª dose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">gg mm aa</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>ACCONSENTE AD ESSERE RICHIAMATA PER ORGANIZZARE LA SUCCESSIVA INTERVISTA QUANDO IL SUO BAMBINO AVRÀ COMPIUTO 12 MESI DI VITA?</p> <p> <input type="checkbox"/> 1 Sì <input type="checkbox"/> 2 No </p>		
EVENTUALI OSSERVAZIONI		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Nome dell'intervistatrice _____</p>		
<p><i>Si ringrazia per la collaborazione</i></p>		
<p><i>Questionario sul percorso nascita a 6 mesi di vita</i></p>		<p><i>Pagina 3</i></p>

Spazio riservato alla codifica - lasciare in bianco

5	Suo marito/partner partecipa alle cure/gestione del bambino? <input type="checkbox"/> 1 Sì, in maniera significativa <input type="checkbox"/> 2 Sì, in maniera modesta <input type="checkbox"/> 3 No, affatto	□																
6	In questo periodo ha ricevuto supporto: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">significativo</th> <th style="text-align: center;">modesto</th> <th style="text-align: center;">nullo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>marito</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>altri parenti</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>amici</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>		significativo	modesto	nullo	marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	□
	significativo	modesto	nullo															
marito	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
altri parenti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
amici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3															
7	Quanto riesce a riposare ogni giorno? <input type="checkbox"/> 1 meno di quanto avrei bisogno <input type="checkbox"/> 2 quanto ho bisogno	□																
8	In quali delle seguenti affermazioni si identifica? da quando c'è il bimbo... la mia vita è cambiata: <input type="checkbox"/> 1 in meglio <input type="checkbox"/> 2 in peggio <input type="checkbox"/> 3 è uguale a prima mi sento serena: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima mi sento stanca: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima il tempo per me stessa: <input type="checkbox"/> 1 è aumentato <input type="checkbox"/> 2 è diminuito <input type="checkbox"/> 3 è come prima l'attenzione nei miei confronti: <input type="checkbox"/> 1 è aumentata <input type="checkbox"/> 2 è diminuita <input type="checkbox"/> 3 è come prima mi sento compresa da chi mi sta accanto: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima chi mi sta accanto mi aiuta: <input type="checkbox"/> 1 più di prima <input type="checkbox"/> 2 meno di prima <input type="checkbox"/> 3 come prima	□ □ □ □ □ □ □																
9	Attualmente sta fumando? (solo per le fumatrici) <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, non più di 5 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 3 Sì, da 6 a 10 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 4 Sì, meno di 20 sigarette al giorno <input type="checkbox"/> 5 Sì, più di 20 sigarette al giorno	□																
10	Se fuma, a che mese dopo il parto ha ripreso a fumare? <input type="text"/> mese	□																
11	In questo periodo ha avuto necessità di ricorrere ai servizi sanitari, per problemi di salute urgenti? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, al pronto soccorso per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 3 Sì, al pronto soccorso per problemi di salute del bambino <input type="checkbox"/> 4 Sì, ricoverata in ospedale per miei problemi di salute <input type="checkbox"/> 5 Sì, il bambino è stato ricoverato in ospedale	□																
12	Se a sei mesi non aveva ripreso il lavoro, ha ripreso ora a lavorare? <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sì, dopo <input type="text"/> mesi dal parto	□□□																

Spazio riservato alla codifica - Lasciare in bianco

APPENDICE C
Proposta di questionario sul percorso nascita
come strumento per la conduzione di periodiche indagini
territoriali volte alla auto-valutazione

QUESTIONARIO ridotto sul PERCORSO NASCITA

Il presente questionario è una versione ridotta del questionario usato per le indagini sul percorso nascita condotte in collaborazione con l'ISS tra il 2009 e il 2011. Lo proponiamo come strumento semplificato per una verifica nel tempo della qualità dell'assistenza al percorso nascita da attuarsi attraverso la pianificazione e realizzazione di indagini nel territorio di propria competenza. Nel questionario sono state inserite le domande che permettono di costruire i principali indicatori assistenziali. Il questionario viene fornito contestualmente con un CD contenente un programma per l'immissione dei dati su supporto elettronico e per la produzione di tabelle descrittive delle variabili.

Distretto – Centro nascita

N. scheda

Data di compilazione gg mm aa

Luogo dell'intervista

- 1 Centro nascita
 2 Intervista telefonica
 3 Consultorio familiare
 4 Non trovata
 5 Rifiuta l'intervista

Data del parto gg mm aa

Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza?

- 1 Medico di famiglia
 2 Consultorio familiare
 3 Ostetrica (che non sia consultorio)
 4 Ginecologo (che non sia consultorio)

Quante ecografie ha eseguito durante la gravidanza?

- 1 ≤3
 2 4-5
 3 >5
 4 Non ricordo

Ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza?

- 1 Sì, presso un ospedale
 2 Sì, presso un CF, su invito
 3 Sì, presso un CF, con accesso spontaneo
 4 Sì, presso struttura privata
 5 No, già frequentato
 6 No, altro motivo

In quale mese di gravidanza ha iniziato il corso?

- 1 ≤4
 2 5°-6°
 3 ≥7°

Consiglierebbe a un'amica di partecipare ad un corso di accompagnamento alla nascita?	
<input type="checkbox"/> 1 Sì	
<input type="checkbox"/> 2 No	
<input type="checkbox"/> 3 Non so	<input type="checkbox"/>
Ha assunto acido folico?	
<input type="checkbox"/> 1 Sì, da prima del concepimento	
<input type="checkbox"/> 2 Sì, a gravidanza iniziata	
<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/>
Il parto è stato:	
<input type="checkbox"/> 1 Spontaneo	
<input type="checkbox"/> 2 Cesareo d'urgenza	
<input type="checkbox"/> 3 Cesareo elettivo	<input type="checkbox"/>
È stata praticata l'anestesia?	
<input type="checkbox"/> 1 Sì, locale	
<input type="checkbox"/> 2 Sì, generale	
<input type="checkbox"/> 3 Sì, epidurale/spinale	
<input type="checkbox"/> 4 Sì, ma non so quale	
<input type="checkbox"/> 5 No	<input type="checkbox"/>
Esprima un giudizio complessivo di soddisfazione sull'esperienza del parto	
<input type="checkbox"/> 1 Buona/ottima	
<input type="checkbox"/> 2 Soddisfacente	
<input type="checkbox"/> 3 Insoddisfacente	<input type="checkbox"/>
Quale era la sua intenzione prima del parto rispetto all'allattamento?	
<input type="checkbox"/> 1 Al seno sicuramente	
<input type="checkbox"/> 2 Al seno preferibilmente	
<input type="checkbox"/> 3 Non al seno	<input type="checkbox"/>
Quanto tempo dopo il parto ha attaccato il bambino al seno per la prima volta?	
<input type="checkbox"/> 1 Entro 2 ore	
<input type="checkbox"/> 2 Dopo più di due ore	
<input type="checkbox"/> 3 Mai perché ho deciso di non allattarlo al seno	
Come ha alimentato suo figlio nelle ultime 24 ore?	
<input type="checkbox"/> 1 Al seno in modo esclusivo (solo latte materno)	
<input type="checkbox"/> 2 Al seno in modo predominante (latte materno+ acqua/tisane o altri liquidi non nutritivi)	
<input type="checkbox"/> 3 Al seno in modo complementare (latte materno+ latte artificiale)	
<input type="checkbox"/> 4 Non al seno	<input type="checkbox"/>
Chi l'ha seguita durante la gravidanza, le ha fornito informazioni e/o consigli sull'allattamento?	
<input type="checkbox"/> 1 Sì	
<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/>
Ha altri figli? (oltre l'ultimo nato)	
<input type="checkbox"/> 1 Sì	
<input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/>

Età	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cittadinanza		
<input type="checkbox"/> 1 Italiana		
<input type="checkbox"/> 2 Altro		<input type="text"/>
Stato Civile		
<input type="checkbox"/> 1 Coniugata		
<input type="checkbox"/> 2 Nubile		
<input type="checkbox"/> 3 Separata/Divorziata/Vedova		<input type="text"/>
Occupazione		
<input type="checkbox"/> 1 Occupata		
<input type="checkbox"/> 2 Casalinga		
<input type="checkbox"/> 3 Studentessa		
<input type="checkbox"/> 4 Disoccupata		
<input type="checkbox"/> 5 Altro		<input type="text"/>
Scolarità		
<input type="checkbox"/> 1 Elementare		
<input type="checkbox"/> 2 Media Inferiore		
<input type="checkbox"/> 3 Media Superiore		
<input type="checkbox"/> 4 Laurea		<input type="text"/>
DA COMPILARSI A 3 MESI DI VITA		
Data di compilazione	gg <input type="text"/>	mm <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>
Luogo dell'intervista		
<input type="checkbox"/> 1 Centro nascita		
<input type="checkbox"/> 2 Intervista telefonica		
<input type="checkbox"/> 3 Consultorio familiare		
<input type="checkbox"/> 4 Non trovata		
<input type="checkbox"/> 5 Rifiuta l'intervista		<input type="text"/>
Le è stata offerta, dal consultorio familiare, una visita domiciliare o è stata invitata a un incontro al consultorio nelle prime settimane dopo il parto?		
<input type="checkbox"/> 1 Sì, ha accettato la visita		
<input type="checkbox"/> 2 Sì, ma non ha accettato la visita		
<input type="checkbox"/> 3 No		<input type="text"/>
Le è stata offerta, dal centro nascita in cui ha partorito, una visita domiciliare o è stata invitata a un incontro nel centro nascita nelle prime settimane dopo il parto?		
<input type="checkbox"/> 1 Sì, ha accettato la visita		
<input type="checkbox"/> 2 Sì, ma non ha accettato la visita		
<input type="checkbox"/> 3 No		<input type="text"/>
Se ha accettato la visita, durante l'incontro è stata effettuata l'osservazione della poppata e/o counselling sull'allattamento al seno?		
<input type="checkbox"/> 1 Sì		
<input type="checkbox"/> 2 No		<input type="text"/>

Come ha alimentato suo figlio nelle ultime 24 ore?

- 1 Al seno in modo esclusivo (solo latte materno)
- 2 Al seno in modo predominante (latte materno+ acqua/tisane o altri liquidi non nutritivi)
- 3 Al seno in modo complementare (latte materno+ latte artificiale e/o altri cibi)
- 4 Non al seno

In questi primi mesi di vita ha avuto problemi nell'allattamento al seno?

- 1 Sì, risolti da sola
- 2 Sì, risolti grazie all'aiuto di operatori sanitari
- 3 Sì, non risolti ma proseguito con l'allattamento
- 4 Sì, non risolti e interrotto l'allattamento
- 5 No
- 6 Non allatta al seno

Ha partecipato a gruppi di sostegno dell'allattamento al seno?

- 1 Sì
- 2 No

Ha partecipato a incontri con altre mamme in gruppi organizzati dopo la nascita?

- 1 Sì
- 2 No

DA COMPILARSI A 6 MESI DI VITA

Data di compilazione gg mm aa

Luogo dell'intervista

- 1 Centro nascita
- 2 Intervista telefonica
- 3 Consultorio familiare
- 4 Non trovata
- 5 Rifiuta l'intervista

Come ha alimentato suo figlio nelle ultime 24 ore?

- 1 Al seno in modo esclusivo (solo latte materno)
- 2 Al seno in modo predominante (latte materno+ acqua/tisane o altri liquidi non nutritivi)
- 3 Al seno in modo complementare (latte materno+ latte artificiale e/o altri cibi)
- 4 Non al seno

In questi primi mesi di vita ha avuto problemi nell'allattamento?

- 1 Sì, risolti da sola
- 2 Sì, risolti grazie all'aiuto di operatori sanitari
- 3 Sì, non risolti ma proseguito con l'allattamento
- 4 Sì, non risolti e interrotto l'allattamento
- 5 No
- 6 Non allatta al seno

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, ottobre-dicembre 2012 (n. 4) 12° Suppl.