7. IL PERCORSO DELLA MATERNITA'

Con questa sezione l'indagine Istat ha inteso dedicare attenzione a un particolare segmento dell'assistenza sanitaria preposto alla salute della donna e del bambino durante il percorso che conduce alla nascita. Come noto, si tratta di un insieme di prestazioni e di servizi erogati sia dalle strutture pubbliche specialistiche sanitarie, sia da strutture consultoriali socio sanitarie sia, infine, da strutture private.

La scelta dell'Istat di approfondire i numerosi aspetti del percorso nascita è motivata anche dal fatto che non tutte le regioni valorizzano i dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)[70]. Questo certificato, la cui compilazione è obbligatoria e stabilita da un decreto ministeriale[71], origina un flusso informatico nei confronti del quale vige un obbligo informativo, sistematico e periodico, da parte delle regioni, verso il Ministero competente e consente di dotarsi di un archivio regionale con i dati di tutte le donne residenti, ovunque partorienti, e del neonato, che sono di estrema rilevanza per la programmazione dell'area materno infantile.

La Valle d'Aosta si è dotata di questo flusso informativo dal 2002 e rilascia, periodicamente, delle pubblicazioni a carattere tematico[72] che commentano i dati riferiti alla totalità delle partorienti presso l'ospedale regionale - e dei nascituri - con finalità sia di carattere sanitario ed epidemiologico, sia di carattere socio demografico. Pertanto, nel redigere i commenti ai dati dell'indagine Istat 2005, si è deciso di dedicare maggiore attenzione a quegli aspetti non trattati dalle pubblicazioni già disponibili sul percorso nascita in Valle d'Aosta e di rinviare a queste per una trattazione completa ed esaustiva del fenomeno.

A differenza dei dati disponibili a livello regionale, riferiti quindi alla totalità delle donne partorienti, la salute 2005 Istat ha interessato *solo le donne valdostane con più di 15 anni che, nel 2005, hanno dichiarato una o più gravidanze negli ultimi 5 anni*[73]. Queste donne, in Valle d'Aosta, sul totale del campione regionale, ammontano a 83 unità. Il lettore ne tenga conto nella lettura dei risultati[74].

Nel capitolo non compaiono le Tabelle che analizzano l'effetto delle variabili sociali su quelle in studio (attraverso la misura dei Rapporti Standardizzati di Prevalenza o PRR) poiché l'esiguità del numero di casi non ha consentito l'emergere di associazioni significative di interesse.

Come documenta la Tabella che segue, il 59% delle intervistate al momento della rilevazione, escludendo le eventuali adozioni o affidi, ha avuto 2 figli negli ultimi 5 anni, mentre il 37% ne ha avuto solo 1. Percentuali intorno all'1% ciascuno riguardano le donne con un numero di figli da 3 a 5.

[70] Nel 2005 – ultimo dato disponibile – le regioni e le province autonome che hanno attivato il flusso informativo relativo al certificato di assistenza al parto sono 19 con una copertura del 92% sul totale dei parti avvenuti in Italia.
[71] La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n. 349 Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla natimortalità ed ai nati affetti da malformazioni" – costituisce la più ricca fonte a livello nazionale di informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico relative all'evento nascita e rappresenta uno strumento molto importante per la programmazione sanitaria nazionale.
[72] Vedi "Il percorso nascita in Valle d'Aosta" (varie edizioni), a cura del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta. Ultima edizione 1998-2006.
[73] Tale lasso temporale è motivato dal fatto che l'edizione precedente dell'indagine, nel 2005, risaliva al 2000.
[74] Ogni anno in Valle d'Aosta partoriscono circa 1000 donne.

Tabella - Numero di figli nati tra il 2000 e il 2005 da donne valdostane intervistate con età > 15 anni. Valori assoluti e prevalenze grezze percentuali.

Numero di figli con età < 6 anni	Valori assoluti (Prevalenze grezze %)
Uno	31 (37,35)
Due	49 (59,04)
Tre	1 (1,2)
Quattro	1 (1,2)
Cinque	1 (1,2)
Sei	1 (1,2)

Tra queste donne, l'età in assoluto più frequente alla nascita del primo, o unico, figlio è 27 anni (13%) ed entro questa età è compreso anche il 51% delle donne intervistate che ha dichiarato una gravidanza negli ultimi 5 anni. La seconda e terza età più frequente sono, rispettivamente, 22 anni (9,64%) e 32 anni (8,43%).

7.1 Il ricorso a esami per la diagnosi prenatale

Il questionario dell'indagine Istat formula una serie di domande attinenti al livello di conoscenza delle donne sull'esistenza di controlli diagnostici prenatali utili a riconoscere eventuali malattie del bambino o della mamma e, allo stesso tempo, ne saggia la propensione al ricorso.

Secondo le Linee Guida per i test genetici - approvate dal Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie della Presidenza dei Consiglio dei Ministri - le indicazioni prescrittive per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

- presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori (età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche);
- presenza di un rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione (malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologia genetiche).

In merito alla conoscenza di test per la diagnosi prenatale, il 96,9% delle donne valdostane dichiara di avere ricevuto informazioni. Oltre l'87% ha eseguito l'ecografia morfologica al 5° mese per la valutazione del processo di sviluppo del bambino e più del 48% ha fatto ricorso sia all'amniocentesi, sia al Tri-test.

In merito all'amniocentesi, occorre ricordare che questo esame è inserito nei livelli essenziali di assistenza (LEA) della maggior parte delle regioni italiane dal 35° anno di età. In Valle d'Aosta, invece, fino a marzo dell'anno cui la rilevazione si riferisce, il test poteva ancora essere eseguito dal 30° anno di età con il solo pagamento del ticket sanitario, successivamente però, i LEA regionali si sono conformati al limite di accesso prevalente consigliato di 35 anni[75].

[75] La nuova disposizione regionale consente l'accesso alla prestazione con il pagamento del ticket di 36,12 euro alle donne di età > o uguale a 35 anni, mentre per le altre, in relazione all'età, il costo per questa prestazione è di 60 euro; per le età precoci cui l'amniocentesi non è uno dei test raccomandati, il costo è di 80 euro.

Tabella - Ricorso a diverse tipologie di diagnosi prenatale in Valle d'Aosta tra le donne intervistate con età > 15 anni ed almeno una gravidanza tra il 2000 e il 2005.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Hanno ricevuto informazioni in merito alla diagnosi prenatale	96,9 (93,4 – 100,0)
Per la diagnosi prenatale ha fatto ricorso:	
All'ecografia morfologico fetale	87,3 (80,7 – 93,9)
All'amniocentesi	48,5 (38,5 – 58,6)
Al Tri-test	48,8 (38,7 – 58,8)
Al dosaggio alfa feto proteina	13,9 (6,7 – 21,1)
Al prelievo dei villi coriali	8,3 *
Ad altre tecniche	5,8 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In merito ai confronti geografici, la Valle d'Aosta mostra valori percentuali di donne informate sulla possibilità di controlli per la diagnosi prenatale e di ricorso all'ecografia morfologico fetale al quinto mese di gravidanza, superiori (e statisticamente significativi) rispetto a tutte le altre aree considerate, come mostrano le figure che seguono. Inoltre, la garanzia, protrattasi per molti anni, di accesso all'amniocentesi tramite il servizio pubblico a donne più giovani rispetto alle altre regioni, potrebbe spiegare la maggiore prevalenza (statisticamente significativa) al ricorso a questo test da parte delle valdostane intervistate (oltre il 48%), rispetto alle donne residenti nelle altre aree geografiche in studio, che non superano in ciascuna tripartizione il 30%.

Il maggiore ricorso delle valdostane ai test diagnostici specifici, come quelli sopra elencati, produce un conseguente minore ricorso a tutte le altre tecniche non specificate, mentre è pressoché conforme al resto d'Italia il ricorso al test dell'alfa feto proteina e ai villi coriali.

Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni che sono state informate in merito alla diagnosi prenatale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005

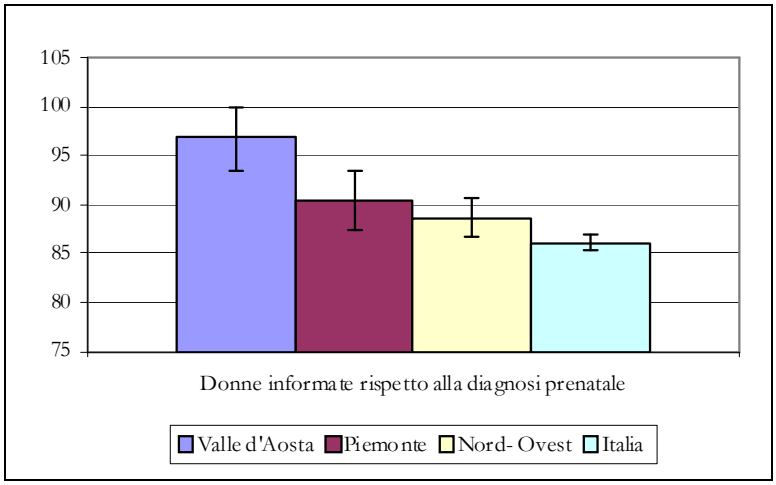


Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso all'ecografia morfologico fetale (5° mese) in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005

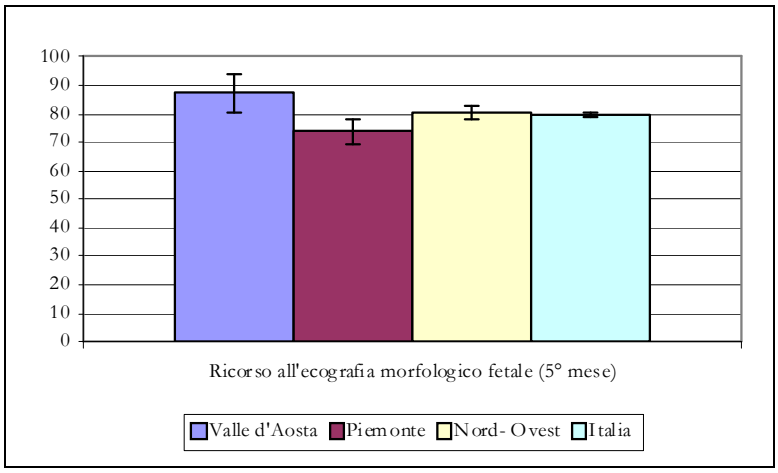


Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso all'amniocentesi in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005

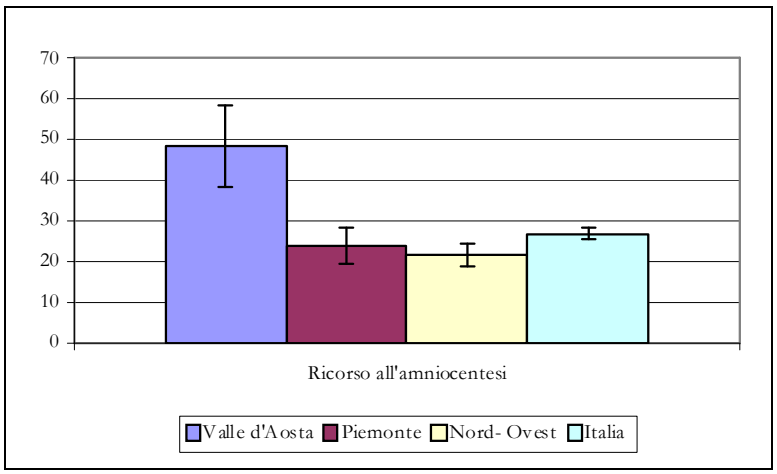


Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni. che hanno fatto ricorso al Tri test in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia. Prevalenze grezze per 100. Anno 2005

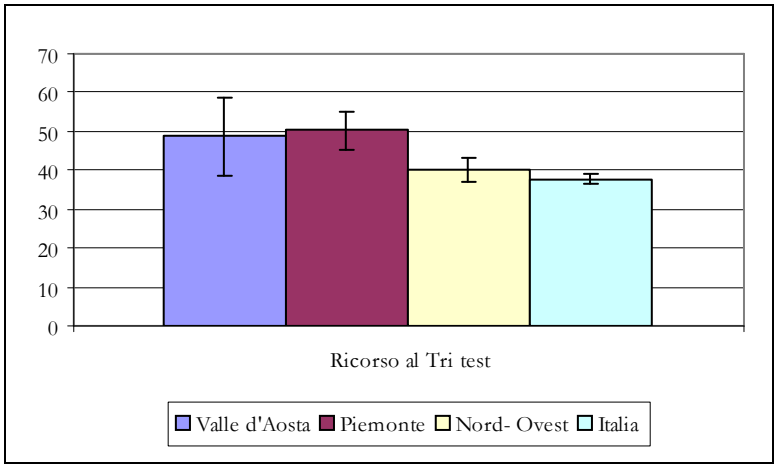


**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni.
che hanno fatto ricorso al dosaggio delle alfa feto proteine in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005**

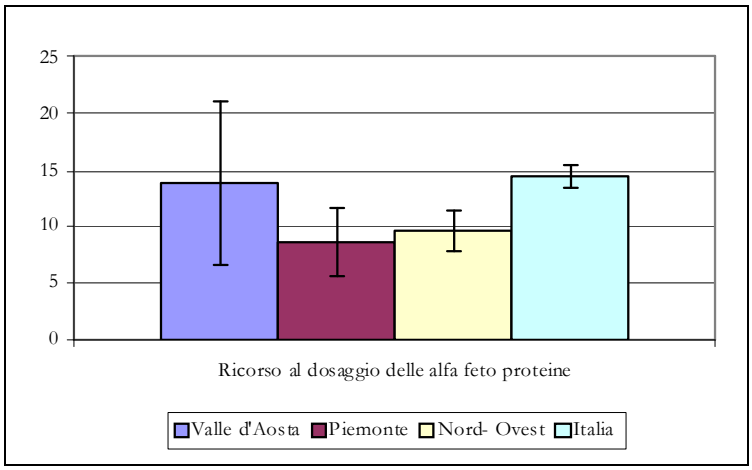
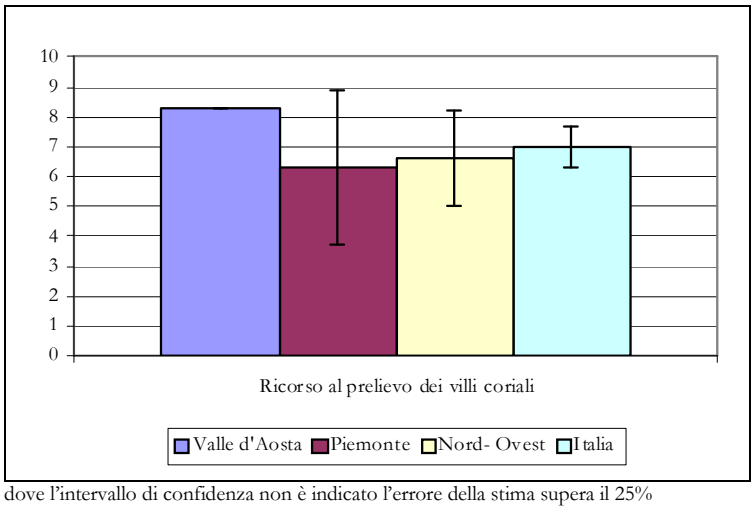
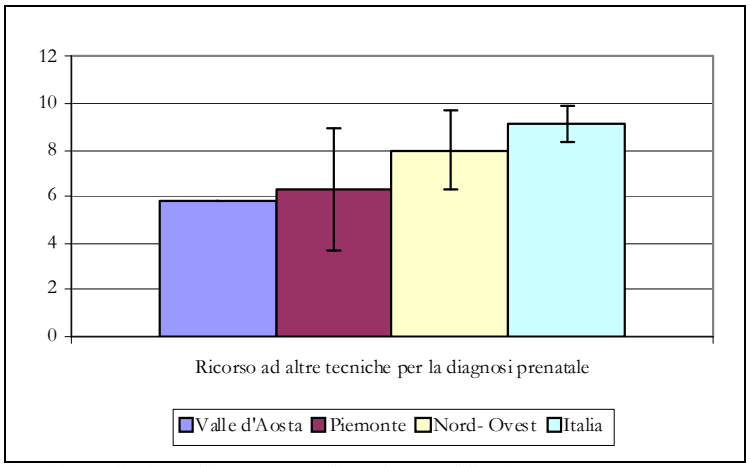


**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni.
che hanno fatto ricorso al test del prelievo dei villi coriali in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005**



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

**Figura - Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni.
che hanno fatto ricorso ad altre tecniche per la diagnosi prenatale in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005**



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

7.2 Il ricorso a visite ed ecografie

La maggior parte delle linee guida italiane, quelle internazionali e le raccomandazioni elaborate dall'OMS sulle cure prenatali, prevedono una serie di controlli clinici periodici finalizzati non solo all'accertamento del buon decorso della gravidanza – prevenendo, identificando e curando ogni condizione che possa minacciare la salute della mamma o del bambino – ma anche ad aiutare la donna a vivere serenamente, come un'esperienza positiva, la gravidanza e il parto.

In sintesi: si raccomanda una prima visita entro la 12ma settimana e, successivamente, dei controlli periodici ogni 45 giorni circa. Non esiste invece sugli esami clinici e di laboratorio un accordo univoco e non è possibile, data la variabilità clinica e i diversi orientamenti, prevedere un elenco rigido di esami al quale attenersi.

In merito alle ecografie, le linee guida ne consigliano tre: una per trimestre, secondo tempi preordinati.

Dalla 38ma settimana è previsto che la programmazione delle visite e degli accertamenti clinico strumentali e di laboratorio venga valutata in base al quadro clinico e alle modalità organizzative della struttura dove avverrà il parto.

In conformità a queste indicazioni l'indagine Istat ha voluto accertare la reale prassi seguita dalle donne che avevano avuto uno o più figli negli ultimi cinque anni. Le domande sono riferite alla gravidanza dell'ultimo figlio nato.

Nel 2005, in Valle d'Aosta, il 97,8% delle donne intervistate esegue una visita entro la 12ma settimana, come raccomandato, e solo il 2,2% compie il primo controllo oltre i termini consigliati. Il 57,6% prosegue la gestazione sottoponendosi a un numero di visite compreso tra 4 e 6 per l'intera durata della gravidanza, come da standard indicato dalle linee guida.
Non è dato sapere, invece, se il 40,5% di donne che esegue un numero di visite superiore a quello consigliato (oltre 7) appartiene a protocolli concordati oltre la 38ma settimana di gestazione con la struttura dove avverrà il parto.

In merito alle ecografie, solo il 12,6% ne fa da 1 a 3 (come previsto). Più della metà ne esegue da 4 a 6 e, 1 donna su 4 ne dichiara 7 o più, con un evidente soprautilizzo delle prestazioni diagnostiche in gravidanza. Non vi è evidenza inoltre, in letteratura, che il numero di ecografie si correli con il decorso della gravidanza stessa[76].

Tabella - Ricorso a visite ed ecografie in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

Mese di gravidanza alla prima visita	
1° mese	34,0 (24,3 – 43,6)
2° mese	48,1 (38,1 – 58,2)
3° mese	15,7 (8,2 – 23,3)
4° e più	2,2 *
Mai	* *
Numero di visite in gravidanza	
1 - 3 visite	1,9 *
4 - 6 visite	57,6 (47,7 – 67,6)
7 e più visite	40,5 (30,6 – 50,5)

[76] Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – ottobre 2003.

Mese di gravidanza della prima ecografia	
1° mese	26,9 (17,9 – 36,0)
2° mese	45,5 (35,4 – 55,5)
3° mese	19,6 (11,4 – 27,8)
4° e più	8,0 *
Mai	* *
Numero di ecografie	
1 - 3 ecografie	12,8 (5,9 – 19,8)
4 - 6 ecografie	61,5 (51,8 – 71,3)
7 e più ecografie	25,7 (16,7 – 34,6)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

In merito ai controlli clinici, 3 valdostane intervistate su 4 (75,3%) vengono seguite principalmente da un ginecologo privato, indipendentemente che si tratti di un medico operante solo nel privato (32,7%) o di uno specialista presente anche nella struttura ospedaliera pubblica (42,6%). Solo il 6,4% dichiara di essere stata seguita prevalentemente da un'ostetrica.

La verifica a questo dato si ottiene dall'elevata prevalenza di donne che hanno risposto di non essere state assistite prevalentemente da un consultorio pubblico, che è pari al 74% circa.

Tabella – Medico e struttura di riferimento principale prescelti durante la gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

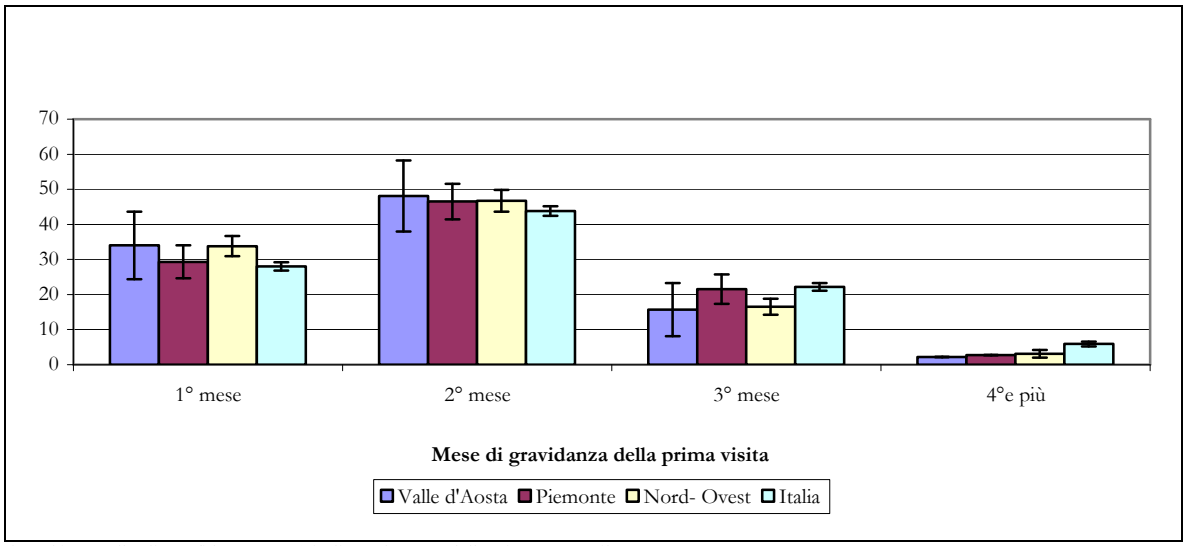
Medico che ha seguito la gravidanza	
Ginecologo della strutture pubblica	18,3 (10,3 – 26,3)
Ginecologo privato	32,7 (23,2 – 42,2)
Ginecologo privato che lavora anche in ospedale	42,6 (32,6 – 52,6)
Medico di famiglia	* *
Ostetrica	6,4 *
È stata assistita prevalentemente presso un consultorio pubblico?	
No	73,9 (65,1 – 82,7)
Sì	26,1 (17,1 – 35,1)

* la bassa numerosità del campione in questo strato non consente il calcolo di una stima attendibile

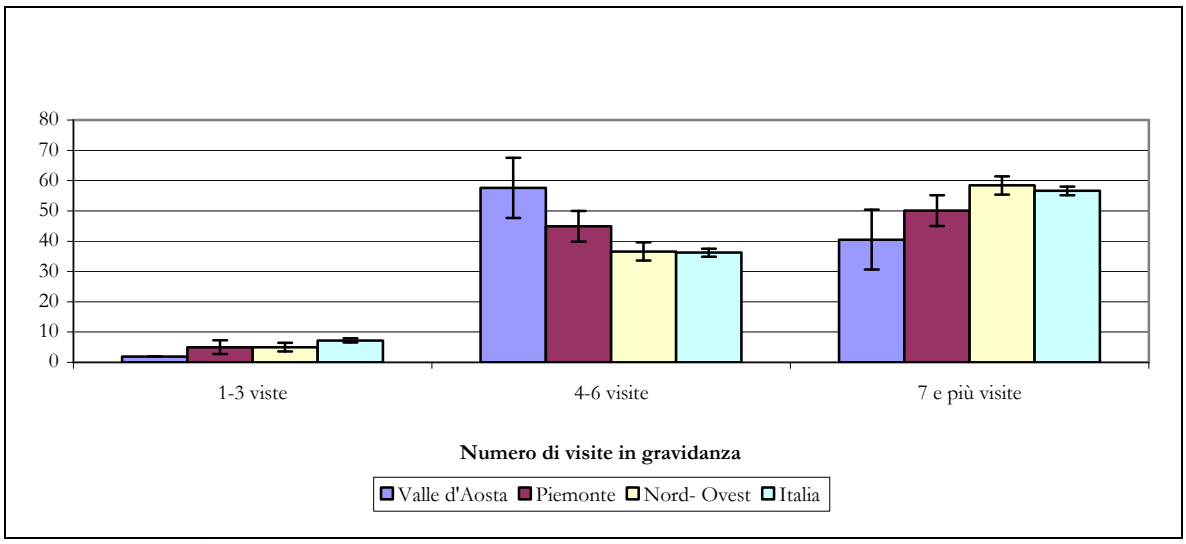
I confronti tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche mostrano comportamenti sostanzialmente conformi, ad eccezione che: per il numero di visite comprese tra 4 e 6, che in Valle d'Aosta è superiore al Nord-Ovest e alla media nazionale (in modo statisticamente significativo); al ricorso all'ostetrica che, seppure basso in tutte le aree, in Valle d'Aosta registra le prevalenze più elevate (non statisticamente significative); per una più elevata propensione, rispetto al Nord-Ovest e all'Italia, (statisticamente significativa) ad eseguire precocemente, secondo le indicazioni raccomandate dalle linee guida nazionali ed internazionali, la prima ecografia entro i primi tre mesi di gestazione.

Le figure che seguono illustrano queste differenze.

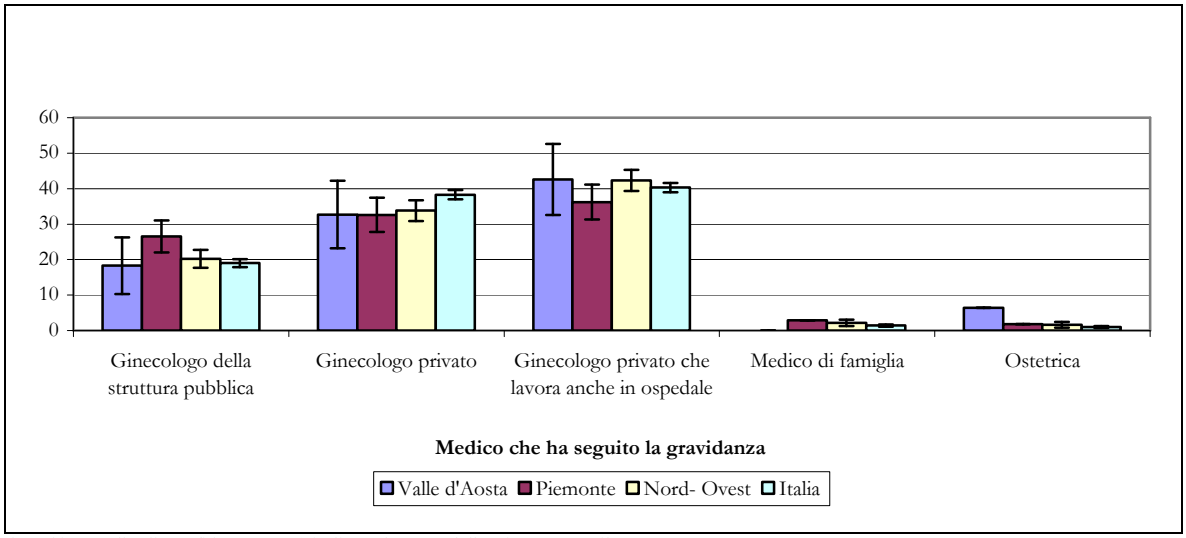
Figura - caratteristiche del ricorso a visite ed ecografie in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100
Anno 2005



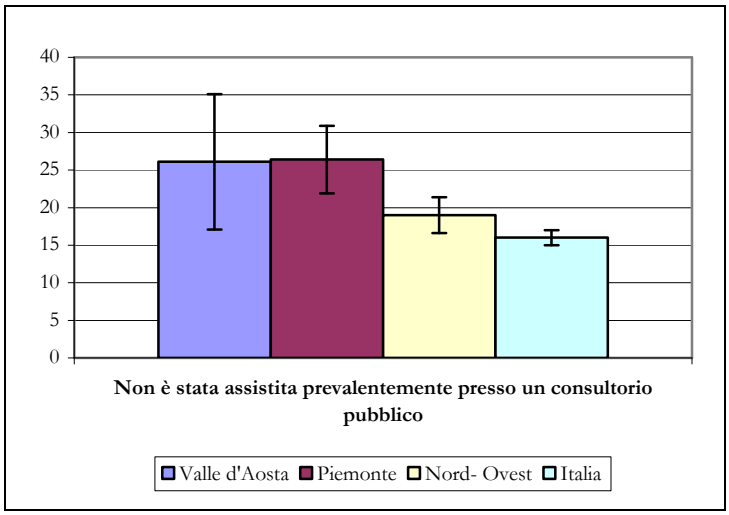
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

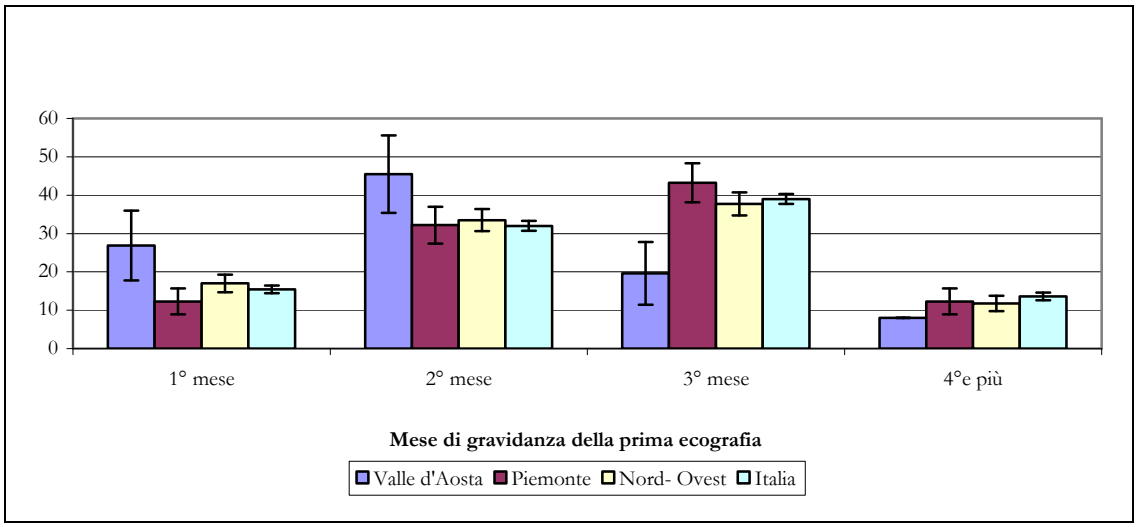


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

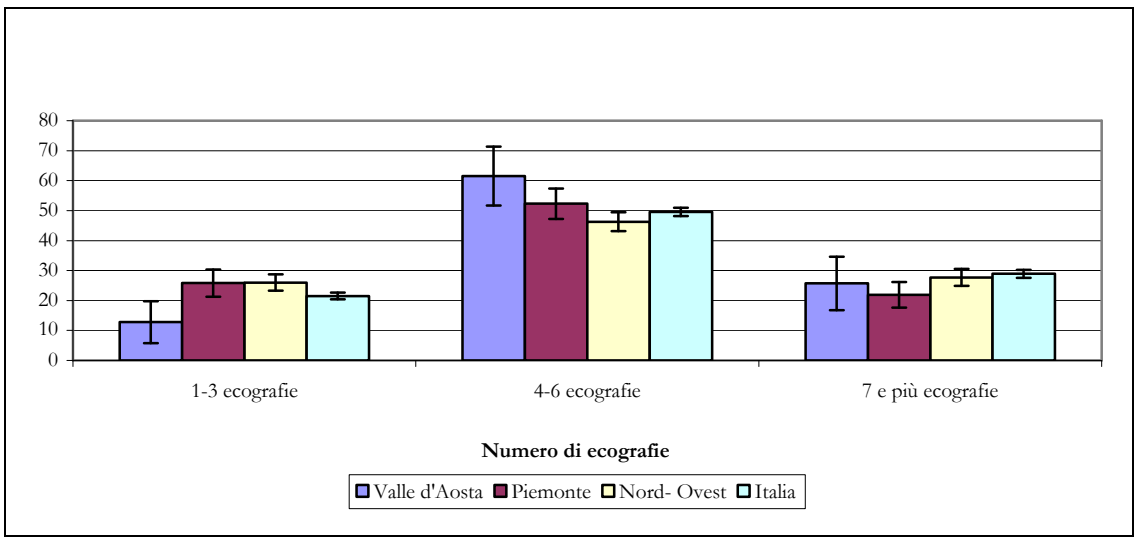


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%





dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



7.3 Disturbi e costrizioni a letto

Questa sezione dedica attenzione alla percentuale di donne che hanno dichiarato disturbi durante l'ultima gravidanza - inclusa la minaccia di aborto - dandone descrizione anche attraverso la gravità, presunta dalla costrizione a letto a casa o in ricovero, a tutela della gravidanza stessa e del nascituro.

In Valle d'Aosta, su 83 donne intervistate, nel 2005, oltre un terzo (38%) ha dichiarato di avere avuto disturbi durante l'ultima gravidanza. La minaccia di aborto o di parto pre-termine costituisce quasi la metà delle cause riferite. A seguire, la causa più frequentemente riportata è l'ipertensione gravidica.

Tabella - Disturbi riferiti in gravidanza da donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Disturbi in gravidanza	38,4 (28,5 – 48,3)
Disturbi dovuti al diabete in gravidanza	3 *
Disturbi dovuti all'ipertensione in gravidanza	6,9 *
Gestosi in gravidanza	3,2 *
Minaccia di parto pre-termine in gravidanza	7,5 *
Minaccia di aborto in gravidanza	8,4 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Tra le sole donne che hanno riferito disturbi, il 13,7% è stata costretta a letto per più di una settimana per un ricovero. Di queste, solo il 5,7% ha visto protrarsi la degenza oltre la settimana[77].

Tabella - Costrizione a letto durante la gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Costretta a letto per più di una settimana/ricovero in ospedale durante la gravidanza	13,7 (6,5 – 20,8)
Ricovero per più di una settimana per proteggere il bambino	5,7 *
Ricovero per almeno un giorno per proteggere il bambino	12,9 (5,9 – 19,9)

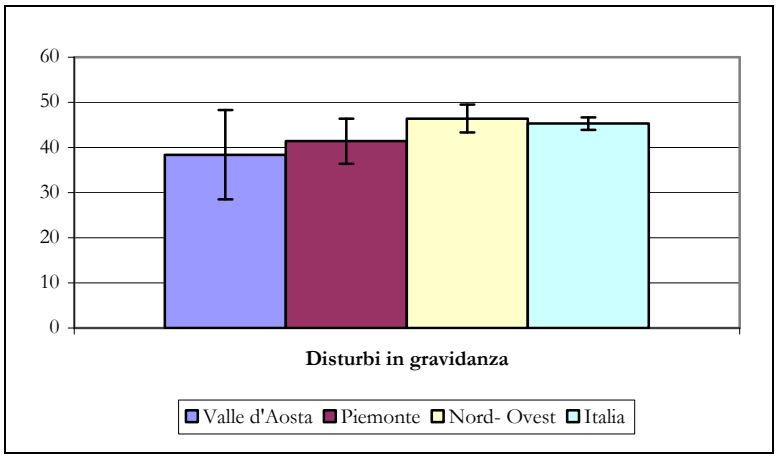
* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

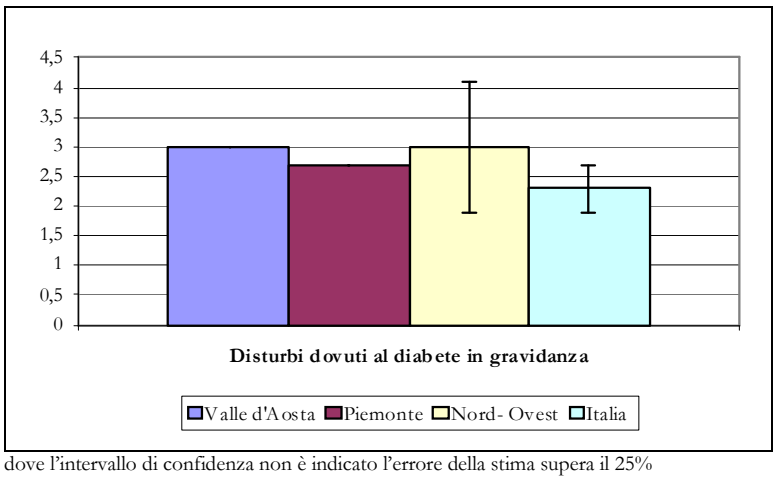
In merito ai confronti geografici, alcune differenze, per altro statisticamente non significative, si osservano in Valle d'Aosta per: una maggiore prevalenza di ipertensione gravidica e un maggiore ricorso al ricovero superiore ad una settimana. Per contro, una minore prevalenza, anche se non statisticamente significativa, si osserva tra le donne valdostane per la minaccia d'aborto e, rispetto al Nord-Ovest e alla media italiana, per la minaccia di parto pre-termine.

Le figure che seguono illustrano quanto appena commentato.

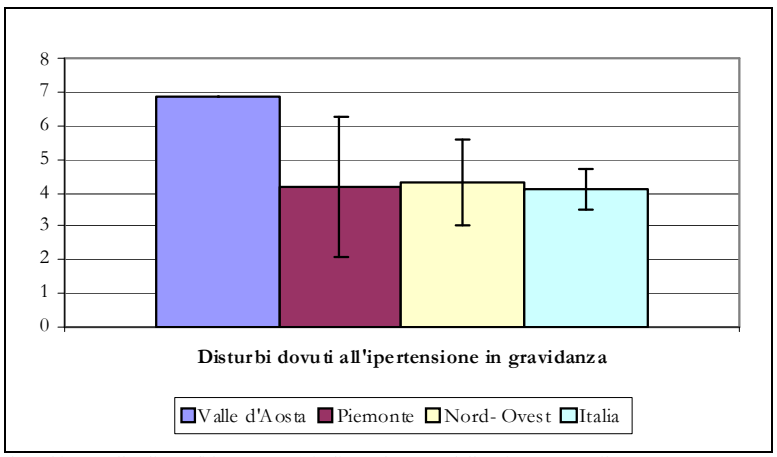
[77] Per ogni approfondimento relativo alle cause che hanno indotto il ricovero in gravidanza, la durata e gli esiti, vedi "Il percorso nascita in Valle d'Aosta", a cura del Servizio sanità ospedaliera dell'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione autonoma Valle d'Aosta. Ultima edizione disponibile.

Figura - Disturbi in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100 - Anno 2005.
Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di 0-5 anni.

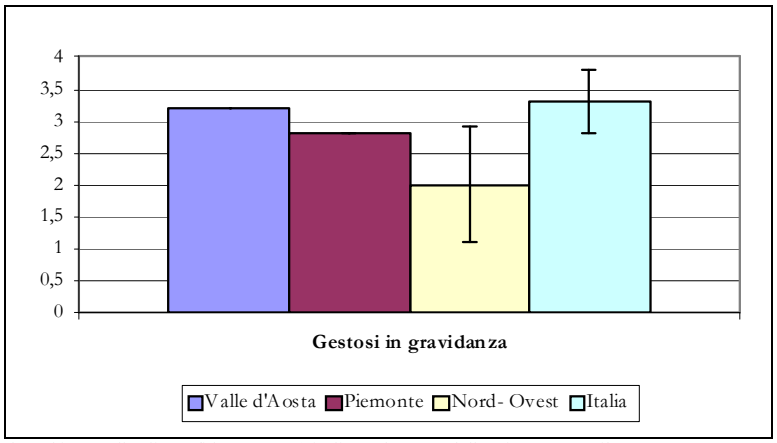




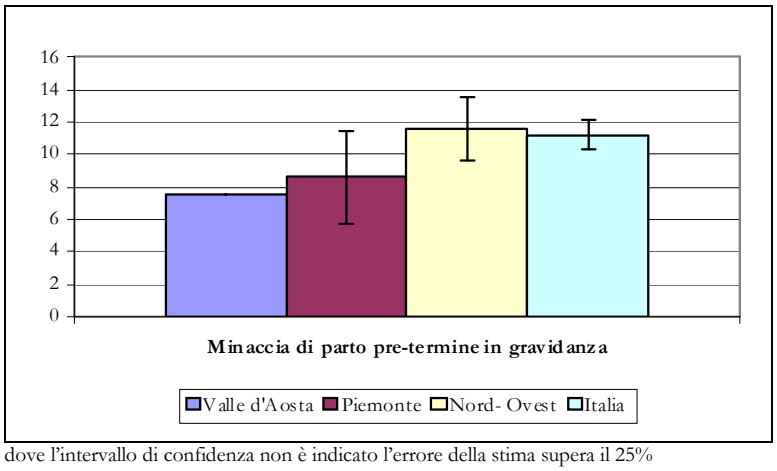
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



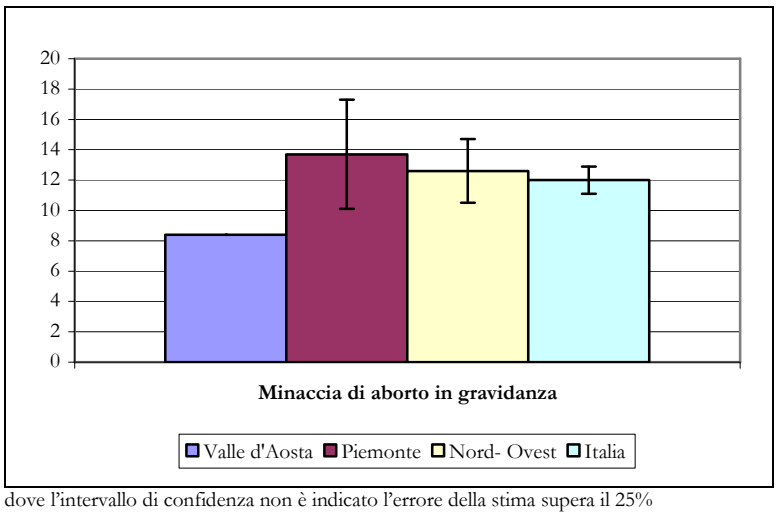
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



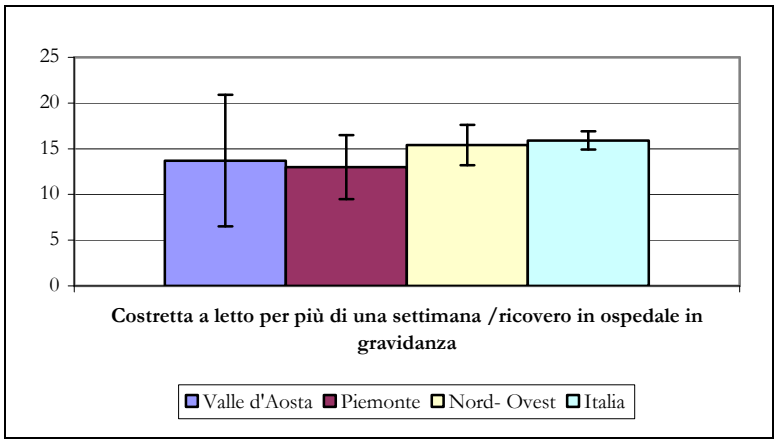
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

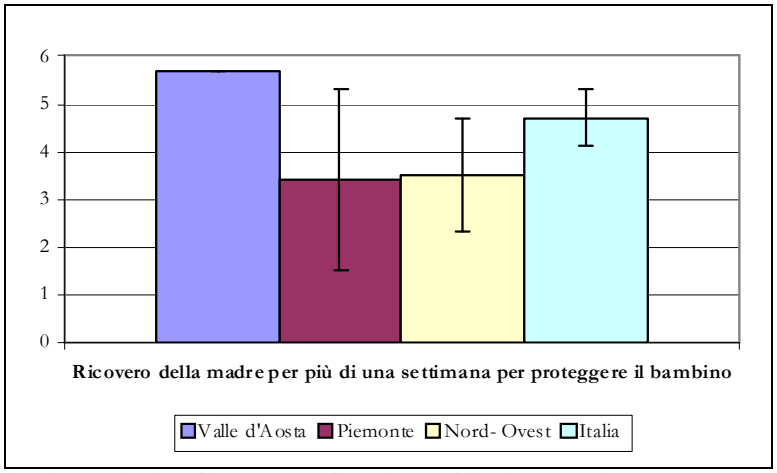


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

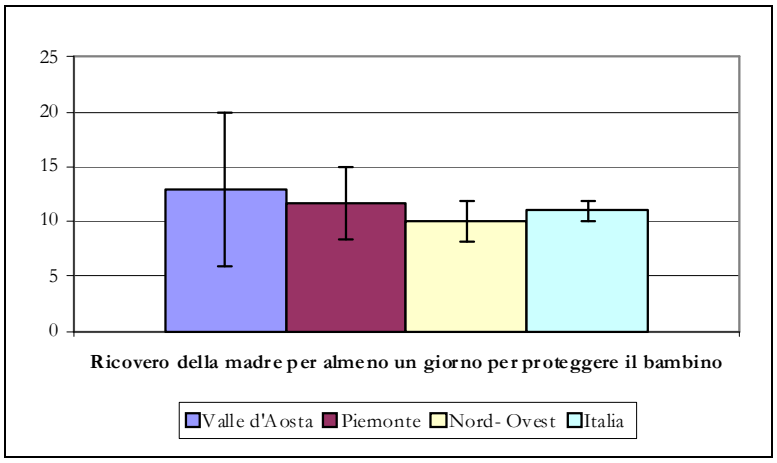


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%





dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



7.4 Preparazione e protezione in gravidanza

L'atteggiamento con cui una donna si prepara alla nascita del proprio figlio, e il senso di responsabilità che caratterizza alcuni stili di vita protettivi, costituiscono un'importante informazione per le politiche di sanità pubblica.

Nella sezione che segue, sono esaminati alcuni aspetti relativi: alla partecipazione ai corsi di preparazione al parto, all'attitudine al fumo da parte delle donne fumatrici, alla mansione esercitata nelle

donne occupate[78], all'eventuale trasferimento ad una mansione più protettiva della gravidanza e alla sospensione dell'attività per maternità.

Data l'esiguità dei casi in studio, le stime riportate non possono essere assunte come generalizzabili e le percentuali riportate vanno quindi considerate con molta cautela.

Ciò detto, la tabella e le figure sottostanti evidenziano come circa due terzi delle donne abbiano partecipato ad almeno un corso di preparazione al parto, valori che pongono la Valle d'Aosta sopra la media italiana e in media con le regioni circostanti.

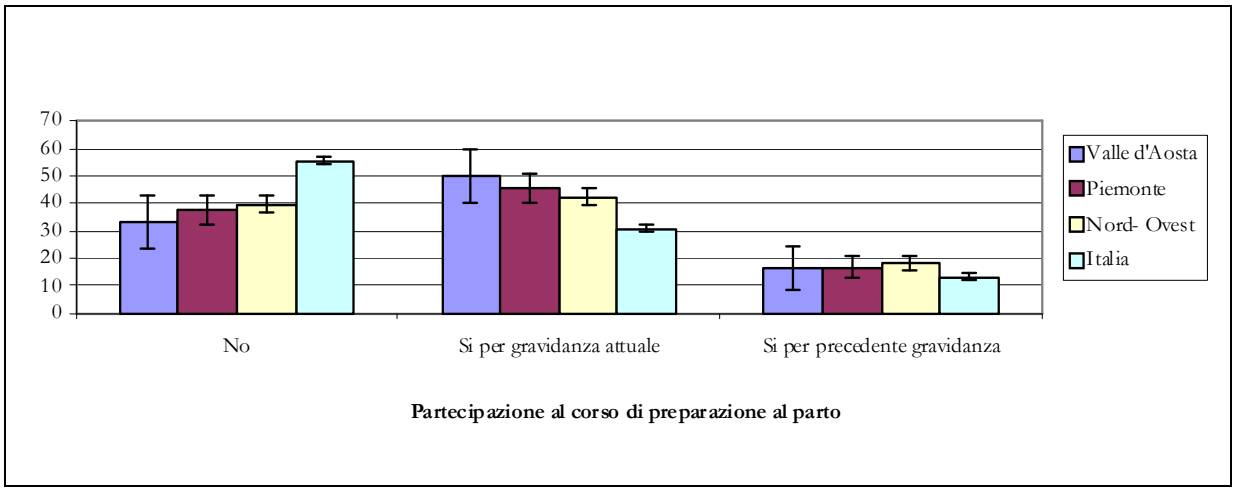
Oltre l'80% delle donne non fumava prima della gravidanza, mentre il 15% fumava ed ha smesso durante la gestazione; una situazione simile al resto dell'Italia.

Tabella - Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

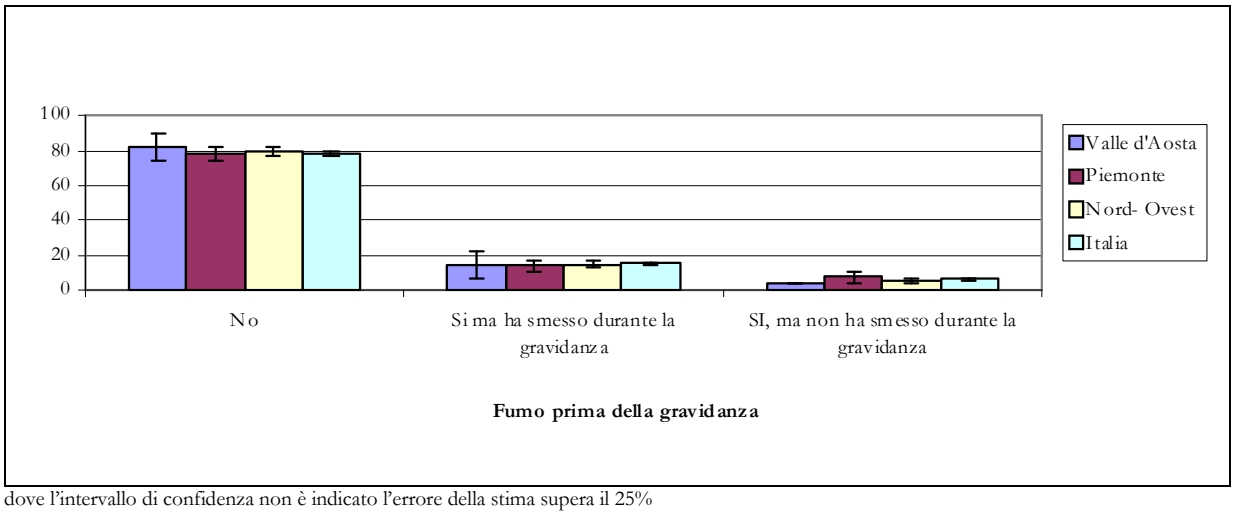
Partecipazione al corso di preparazione al parto	
No	33,4 (23,8 – 43,0)
Sì, per gravidanza attuale	50,0 (39,9 – 60,1)
Sì, per precedente gravidanza	16,6 (8,9 – 24,3)
Fumo prima della gravidanza	
No	81,5 (73,8 – 89,3)
Sì, ma ha smesso durante la gravidanza	14,8 (7,4 – 22,2)
Sì, ma non ha smesso durante la gravidanza	3,7 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Figura Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%
Anno 2005



[78] Nella presente indagine sono 66 su 83. Su queste è condotta l'analisi.



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

All'inizio dell'ultima gravidanza, quasi il 78% delle donne valdostane interessate dall'indagine Istat è occupata. Di queste, un quarto dichiara di svolgere mansioni pesanti o nocive per il buon proseguimento della gestazione, tali per cui, il 15% circa, ha avuto un trasferimento ad un ruolo più adeguato e maggiormente protettivo.

Poiché il tipo di mansione svolta, e la conseguente nocività per la gravidanza, potrebbero influire sulla decorrenza del congedo per maternità, è stato chiesto di indicare il mese di gestazione coincidente con la sospensione dall'attività lavorativa. Quasi 3 valdostane su 4 hanno interrotto il lavoro tra il quarto e l'ottavo mese, mentre meno di 1 su 4 lo ha fatto entro i primi tre mesi. Infine, solo l'1,9% ha beneficiato del possibile prolungamento fino all'ottavo mese per fruire di un mese ulteriore dopo la nascita del bambino, così come consentito dalla legge nazionale[79].

Tabella - Condizione lavorativa prima della gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta per genere.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

	Prevalenze grezze % (Intervalli di confidenza al 95%)
Attività lavorativa prima della gravidanza	77,9 (69,7 – 86,2)
Mansioni pesanti sul lavoro	25,1 (14,9 – 35,2)
Trasferimento ad altro ruolo più adeguato	14,8 *
Mese di interruzione lavoro:	
Entro il terzo mese	23,2 (13,3 - 33,1)
Fra il quarto e l"ottavo mese	74,9 (65,0 – 84,8)
Al nono mese	1,9 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

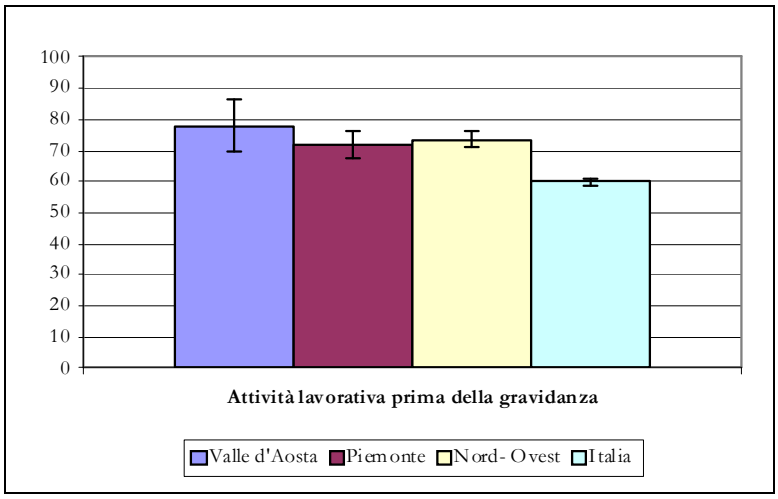
Le figure che seguono pongono a confronto la Valle d'Aosta con le altre aree geografiche in studio evidenziando eventuali peculiarità rispetto le variabili di interesse.

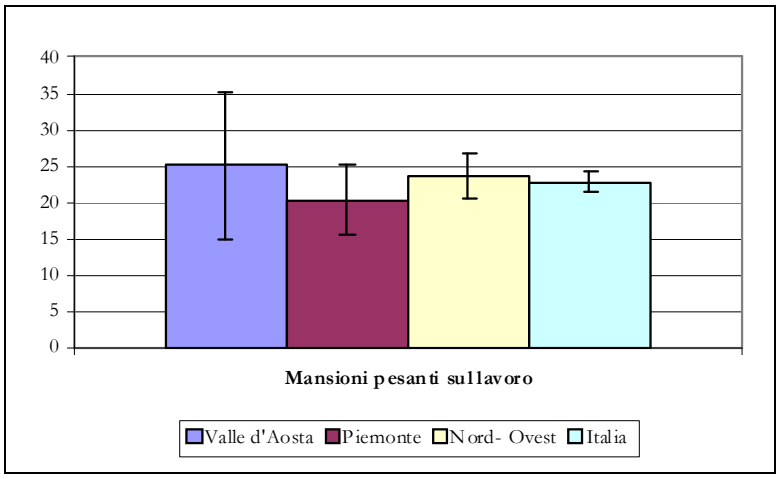
Una prima differenza (statisticamente non significativa) sembrerebbe caratterizzare la Valle d'Aosta in merito alla più elevata prevalenza di donne che vengono trasferite a ruoli maggiormente protettivi per tutela della gravidanza, rispetto al Piemonte e al Nord-Ovest.
L'altra, attiene il diverso andamento che sembra caratterizzare in Valle d'Aosta rispetto al Piemonte, Nord-Ovest e Italia, i mesi di gestazione coincidenti con la sospensione dal lavoro da parte delle donne

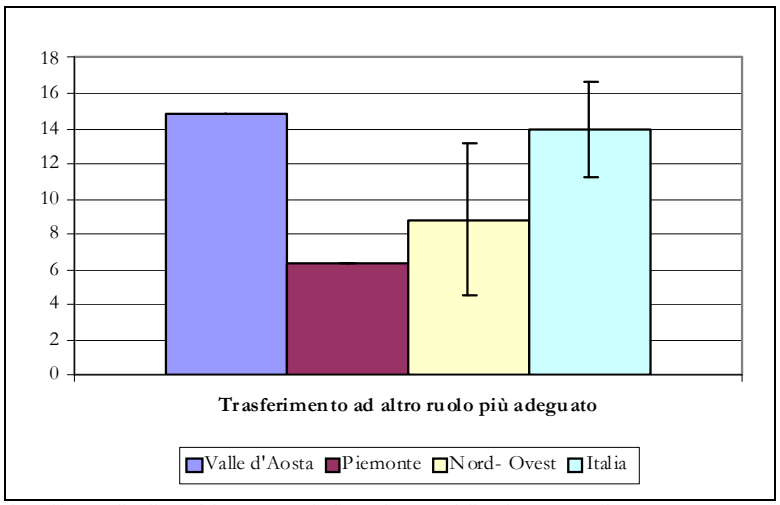
[79] Legge 53 dell'8 marzo 2000, art.3.

intervistate. Il diagramma mostra, infatti, come in Valle d'Aosta vi sia una prevalenza minore di sospensioni al terzo mese e superiore al quinto tra le donne sottoposte all'indagine Istat nelle ripartizioni geografiche considerate.

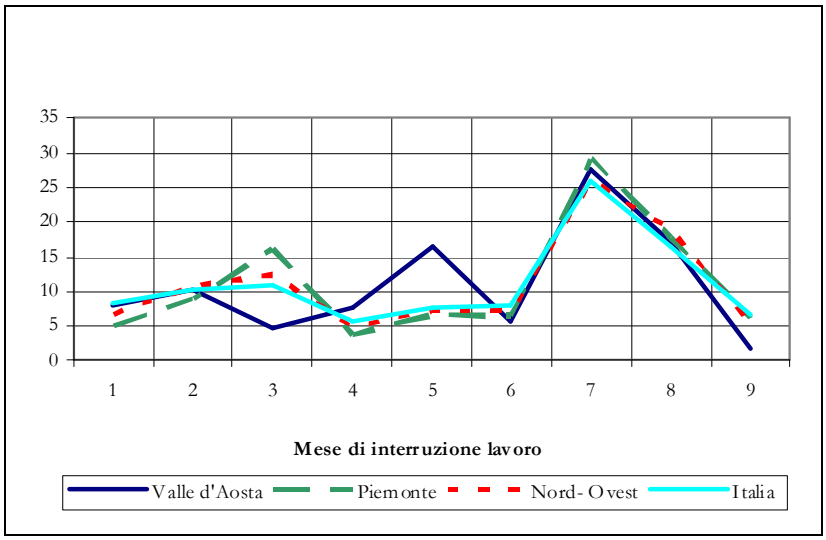
Figura Preparazione e protezione in gravidanza in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005







dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



7.5 Le caratteristiche del parto

Il momento della nascita rappresenta una fase qualificante dell'intero percorso nascita, non solo sotto il profilo clinico assistenziale, ma anche sotto il profilo umano. Sono state quindi rivolte alle donne una serie di domande attinenti a questa fase conclusiva della gravidanza relative: alla presenza di un famigliare durante il travaglio e il parto, all'anestesia, al tipo di parto e, infine, alla possibilità di tenere con loro il bambino, già in sala parto.

Sia durante il travaglio, sia in sala parto, la persona più frequentemente presente alle partorienti valdostane è il marito, rispettivamente, nel 66% dei casi per il travaglio e nel 77% per il parto.

La maggioranza di esse, pari al 64%, sia che abbia partorito spontaneamente, sia attraverso un parto cesareo, o non ha avuto anestesia, o ha ricevuto la sola anestesia locale, mentre circa un terzo (32,6%) ha acconsentito all'anestesia epidurale o spinale[80].

Uno degli indicatori più importanti sulla salute riproduttiva - utilizzato tra gli altri dall'OMS e dalla Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia - è la percentuale delle nascite che si verifica con taglio cesareo. Numerosi organismi istituzionali[81] hanno inserito il parto con taglio cesareo tra gli indicatori di efficacia e appropriatezza che costituiscono il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" - di cui al Decreto ministeriale 12 dicembre 2001 - che pone un limite massimo compreso tra il 15% e il 20%. La tendenza nel nostro Paese è pressoché ovunque quella di un progressivo aumento della frequenza dei parti cesarei[82], con una elevata variabilità regionale. Anche la letteratura scientifica internazionale è lontana dal giustificare l'entità del fenomeno e l'OMS definisce corretto un tasso massimo di tagli cesarei del 15%.

In Valle d'Aosta nel 2005, nel 77% circa dei casi, i parti, in maggioranza a termine[83], sono stati spontanei e solo il 7% è un cesareo programmato durante la gravidanza. Nonostante ciò, se a questi ultimi si aggiungono i parti cesarei non programmati (16,2%), il totale supera il 22% e quindi eccede, seppure di poco, la quota raccomandata[84].

Nelle donne con una precedente gravidanza, solo poco più dell'8% ha indicato un parto cesareo, indipendentemente se programmato o meno.

[80] Si ricorda che nel Gennaio 2007, la Commissione nazionale sui LEA ha promosso il "controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale tramite procedure analgesiche" tra i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale.
[81] Anche la Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute.
[82] Passata dall'11,2% del 1980 hanno superato recentemente il 40%.
[83] L'89,9% delle donne ha dichiarato il nono come mese di gestazione al parto. L'8,6% ha indicato l'ottavo e solo l'1,7% il settimo.
[84] Dalla pubblicazione "Il percorso nascita in Valle d'Aosta 1998-2006" risulta che nel 2005 i parti cesarei, d'elezione o in travaglio, sono stati il 22,52 % dato che conferma il valore risultante dall'indagine Istat.

In merito invece all'umanizzazione del momento della nascita del bambino, è elevata, e prossima al 79%, la percentuale delle valdostane a cui è stato consentito di tenere accanto a sé il neonato già in sala parto.

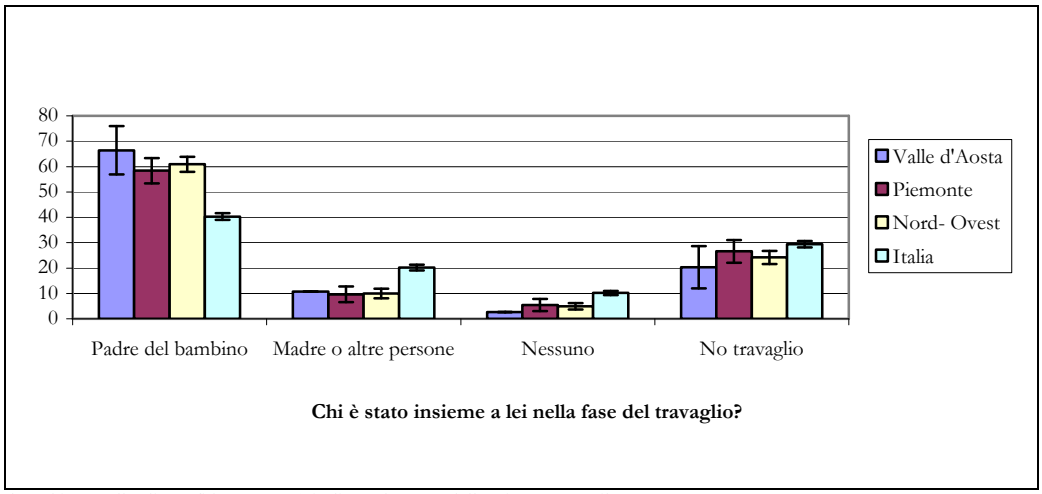
Tabella - Le caratteristiche del parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

Chi è stato insieme a lei nella fase del travaglio?	
Padre del bambino	66,4 (56,9 – 75,8)
Madre o altre persone	10,7 *
Nessuno	2,7 *
No travaglio	20,3 (12,0 – 28,5)
Chi ha assistito al parto	
Padre del bambino	77,0 (68,6 – 85,4)
Madre o altre persone	1,6 *
Nessuno	21,4 (13,0 – 29,8)
Anestesia prima del parto	
No/locale	64,0 (54,4 – 73,7)
Epidurale/spinale	32,6 (23,0 – 42,1)
Generale	3,4 *
Tipo di parto	
Spontaneo	76,8 (68,4 – 85,2)
Cesareo non programmato	16,2 (8,6 – 23,8)
Cesareo programmato	7,0 *
Altro	* *
Come è stato il suo precedente parto?	
Spontaneo	48,5 (38,4 – 58,6)
Cesareo non programmato	4,8 *
Cesareo programmato	3,6 *
Altro	* *
Nessun precedente	43,2 (33,2 – 53,2)
In sala parto le è stato consentito di tenere vicino a sé suo figlio appena nato?	
No	21,4 (13,0 – 29,8)
Sì	78,6 (70,4 – 86,8)

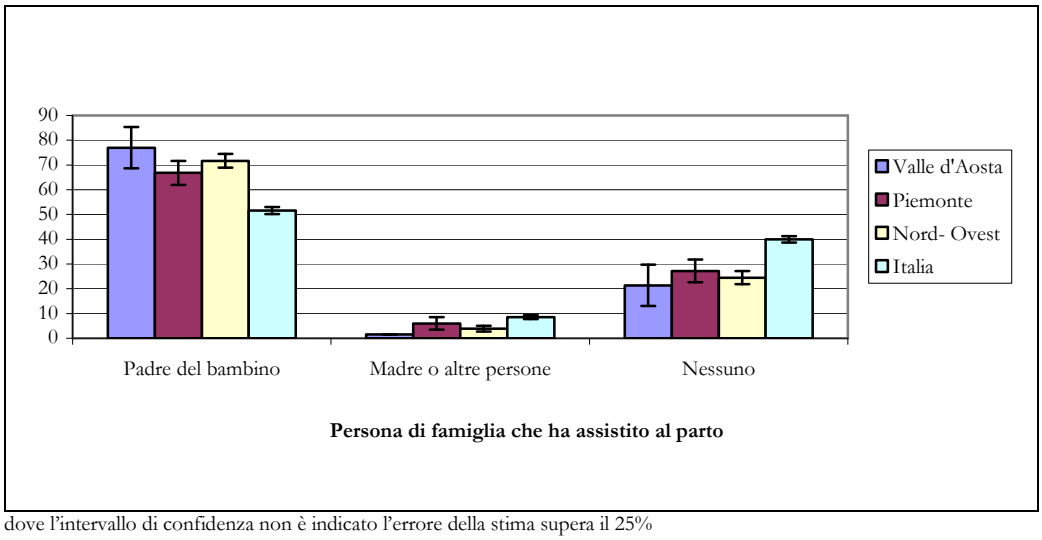
* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

I confronti geografici non evidenziano variazioni di rilievo tra la Valle d'Aosta e le altre aree a confronto per i fenomeni appena descritti, tranne il caso della presenza di famigliari al momento del parto, che è più frequente in Valle d'Aosta rispetto alla media italiana, come dimostrano le figure che seguono.

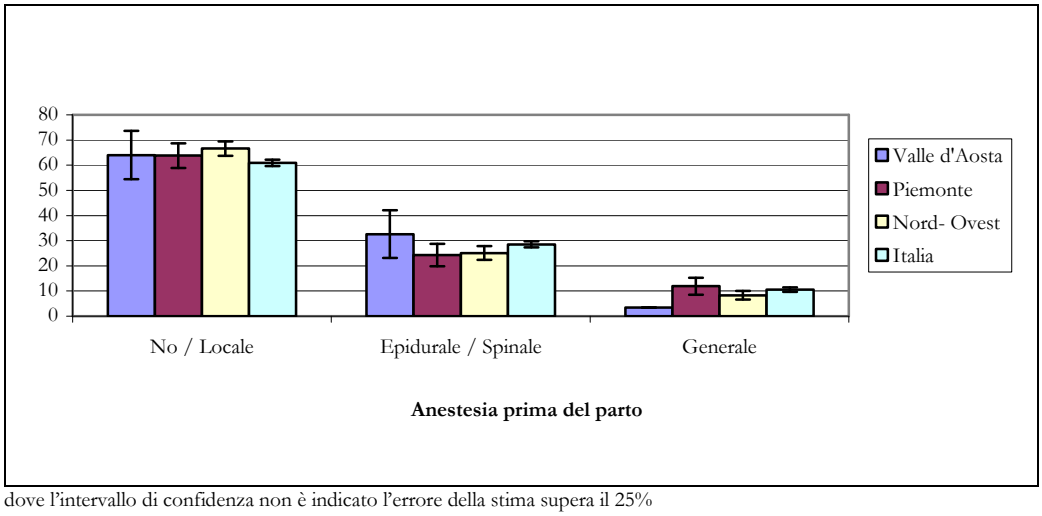
Figura Le caratteristiche del parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005



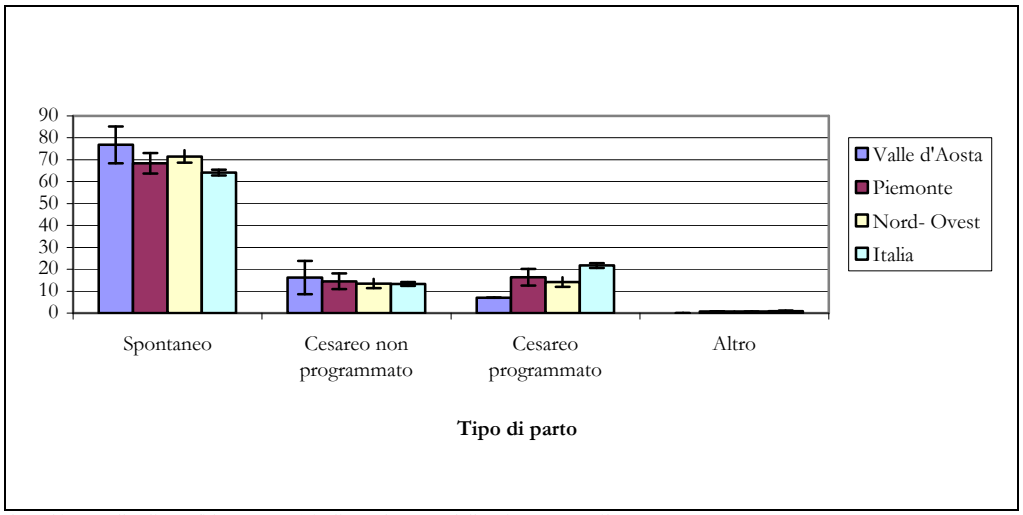
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



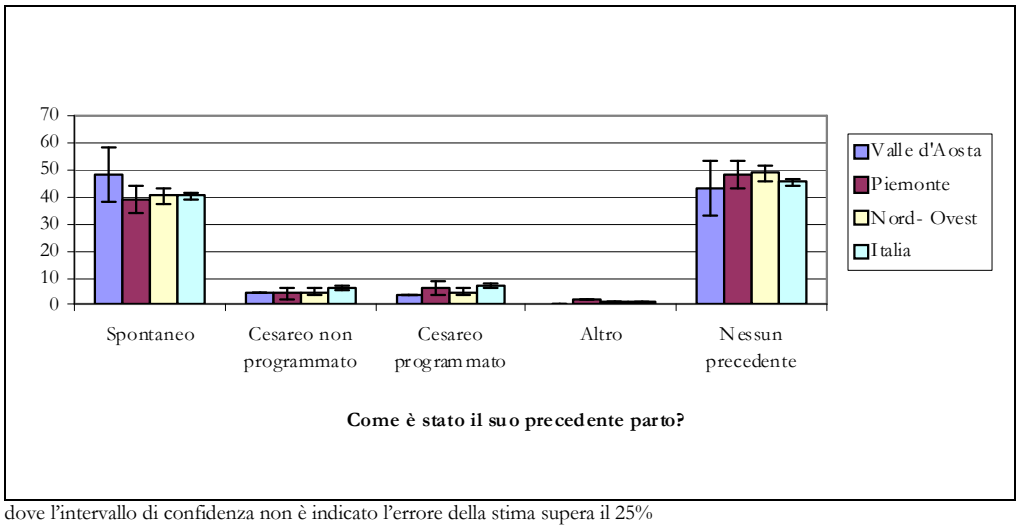
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



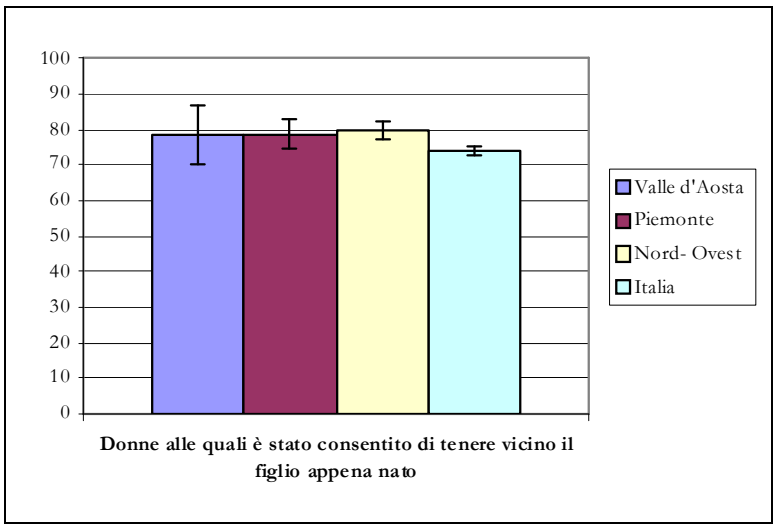
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



7.6 I disturbi post partum

Nonostante si tratti di un fenomeno piuttosto diffuso, permane ancora in molte donne una certa reticenza nel riferire un disagio psicologico o dei problemi di salute, nelle fasi che seguono il parto, per cui è verosimile che le informazioni riferite nascondano una sottostima del fenomeno. L'indagine Istat sulla salute del 2005 esplora alcuni di questi aspetti con alcune domande dedicate.

In Valle d'Aosta, tra le donne intervistate, queste percentuali sono molto basse e la scarsa numerosità del campione rende le stime poco affidabili; tali percentuali vanno quindi considerate con molta cautela.

Hanno dichiarato problemi di natura ginecologica conseguenti al parto il 6% delle valdostane, al pari quasi di quelle che hanno riferito problemi al seno, come la mastite. Una percentuale appena superiore (9,5%), lamenta problemi nella cicatrizzazione delle ferite indotte dal parto.

La depressione, sia essa di breve, o di lunga durata, è certamente più presente tra le valdostane intervistate: se il 3% riferisce di averne sofferto per mesi, una quota molto superiore, prossima ad 1 su 4 ammette di avere avuto episodi depressivi di breve durata che hanno interessato anche solo pochi giorni.

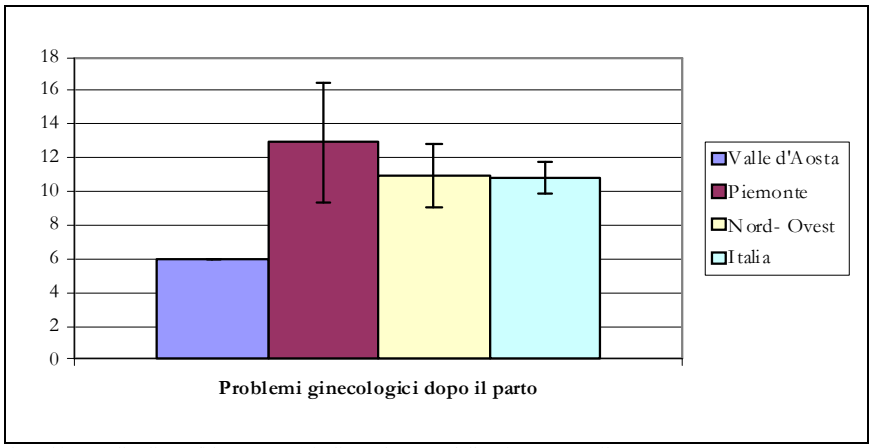
Tabella - Disturbi dopo il parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

Problemi ginecologici	
No	94,0 (89,2 – 98,7)
Sì	6,0 *
Problemi al seno (mastite, ecc.)	
No	93,2 (88,2 – 98,2)
Sì	6,8 *
Problemi di cicatrizzazione di ferite	
No	90,6 (84,7 – 96,4)
Sì	9,5 *
Problemi di depressione di breve durata (qualche giorno)	
No	76,2 (67,6 – 84,7)
Sì	23,8 (15,1 – 32,6)
Problemi di depressione duratura	
No	96,9 (93,5 – 100,0)
Sì	3,1 *

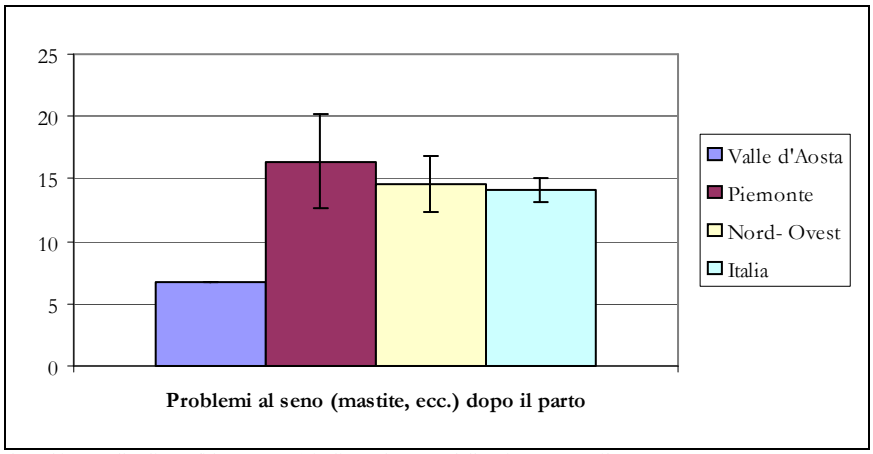
* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

Dai confronti geografici emerge una prevalenza inferiore (anche se non statisticamente significativa) di valdostane con problemi di salute rispetto le donne residenti nelle altre aree in studio, mentre una lieve eccedenza, sempre non significativa, sembra osservarsi nelle depressioni post partum di lunga durata tra le valdostane rispetto, soprattutto, le piemontesi e le donne del Nord-Ovest.

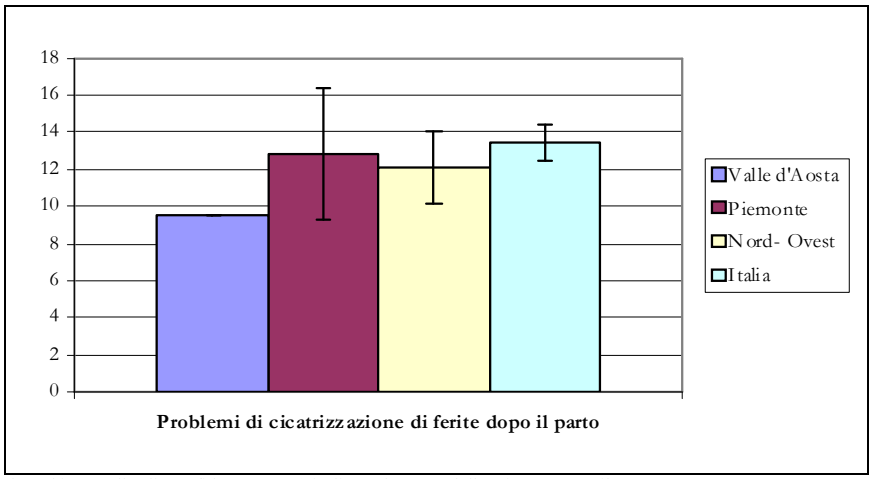
Figura - Disturbi dopo il parto in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100 - Anno 2005.
Donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di 0-5 anni.



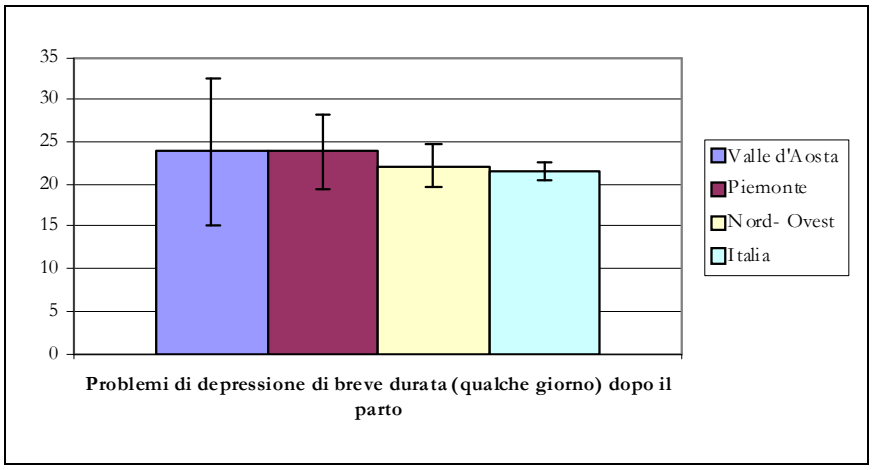
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

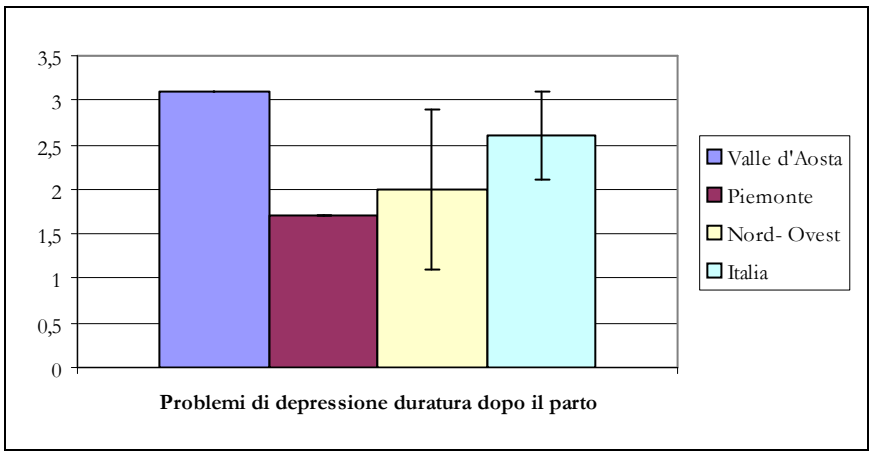


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%





dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

7.7 Peso alla nascita e allattamento

Il peso alla nascita può essere considerato un indicatore della qualità di vita del periodo della gravidanza: condizioni di vita favorevoli (alimentazione corretta, astensione dal fumo di sigaretta, riduzione degli sforzi fisici) e monitoraggio della salute del feto attraverso il rispetto delle linee guida, facilitano il concludersi della gravidanza nel periodo fisiologico, oltre che la nascita di bambini "a termine".

Nel 2005 in Valle d'Aosta, quasi l'84% dei neonati è classificato normopeso (ossia superiore a 2500 gr) e il 16% ha un peso inferiore.

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, sono numerose le linee guida che ne raccomandano l'adozione. L'OMS ne raccomanda l'uso esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino, specie se prematuro o sottopeso, mantenendo il latte materno come alimento principale fino al primo anno di vita, pur introducendo gradualmente cibi complementari. Suggerisce, inoltre, di proseguire l'allattamento fino ai due anni e oltre, se il bambino si dimostra interessato e la mamma lo desidera.
I vantaggi dell'allattamento materno sono sia fisici (assunzione di nutrienti e anticorpi), sia psicologici (rafforzamento del legame affettivo con la mamma) e numerose regioni, tra le quali la Valle d'Aosta, hanno attivamente promosso questa prassi nelle proprie strutture pubbliche, sia ospedaliere, sia territoriali e consultoriali.

Nel 2005 in Valle d'Aosta, solo il 7% delle mamme non ha scelto l'allattamento al seno, di cui il 4% per problemi di salute, denotando un'elevata percentuale (93%) di valdostane che ha allattato (78,4%) o che hanno l'allattamento ancora in corso (14,6%).

Quasi il 30% ha seguito le indicazioni dell'OMS che invitano a un allattamento materno esclusivo fino al 6° mese, mentre più della metà (51,7%) ha proseguito oltre i 6 mesi di vita del bambino. Nel 66% dei casi l'allattamento al seno è stato consentito, da subito, dalla struttura in cui è avvenuto il parto.

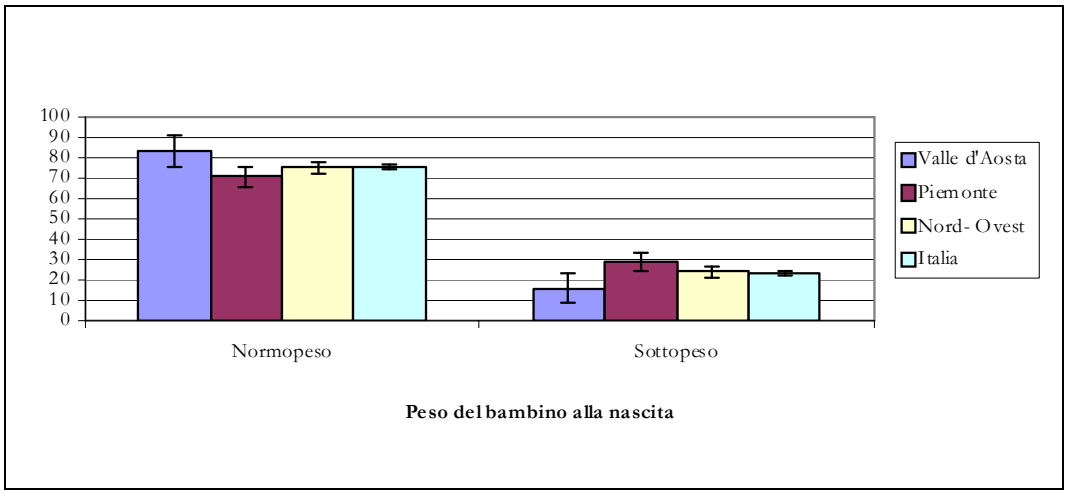
Tabella - Le caratteristiche dell'allattamento in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta.
Prevalenze grezze percentuali ed intervalli di confidenza al 95%.
Anno 2005

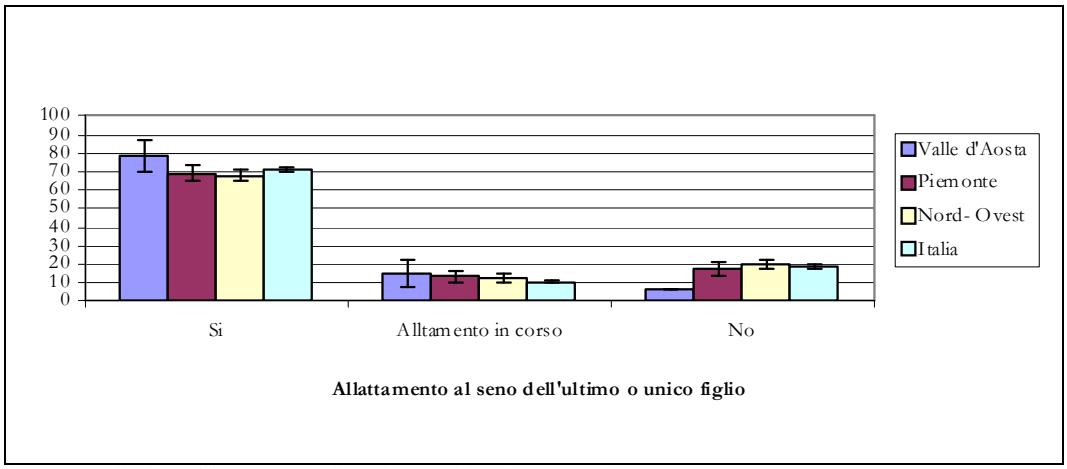
Peso del bambino alla nascita	
Normopeso	83,7 (76,4 – 91,1)
Sottopeso	16,3 (8,6 – 23,9)
Allattamento al seno	
Sì	78,4 (70,2 – 86,7)
Allattamento in corso	14,6 (7,2 – 21,9)
No	7,0 *
Ha allattato il suo precedente bambino?	
Sì	51,3 (41,2 – 61,4)
No	5,6 *
Non ha avuto altri figli	43,2 (33,2 – 53,2)
Motivo principale di non allattamento al seno	
Ha allattato	93,0 (87,9 – 98,1)
Non ha allattato per problemi di salute	4,1 *
Non ha allattato per problemi pratici	2,9 *
Durata allattamento al seno	
Da 4 a 6 mesi	28,8 (18,3 – 39,3)
Fino a 3 mesi	19,5 (10,2 – 28,8)
Oltre 6 mesi	51,7 (40,2 – 63,2)
Dopo quanto tempo dalla nascita la struttura ha permesso di far attaccare al seno il bambino per provare ad allattarlo?	
Subito	66,4 (56,9 – 75,8)
Dopo poche ore/entro il primo giorno	28,4 (19,2 – 37,6)
Il giorno dopo	4,2 *
Dopo più di due giorni	1,1 *

* la bassa numerosità del campione in questo strato non permette il calcolo di una stima attendibile

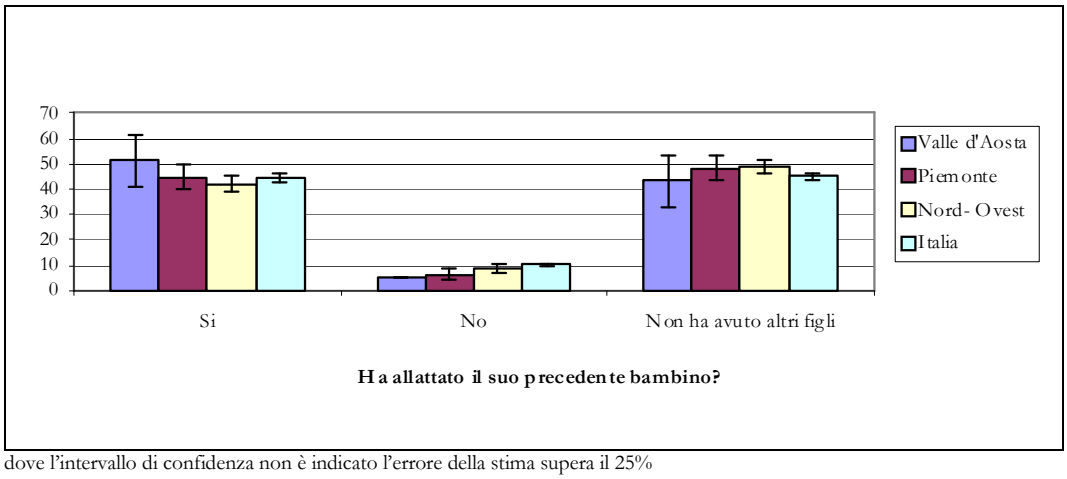
Dai confronti geografici emerge che in Valle d'Aosta si assiste a una prevalenza superiore e statisticamente significativa rispetto al Piemonte, di bambini normopeso, un maggiore ricorso all'allattamento al seno in percentuale superiore al resto d'Italia, con differenze però non significative.

Figura - Le caratteristiche dell'allattamento in donne di età superiore o uguale ai 15 anni e con figli di età compresa tra 0-5 anni in Valle d'Aosta, Piemonte, Nord-Ovest e Italia.
Prevalenze grezze per 100.
Anno 2005

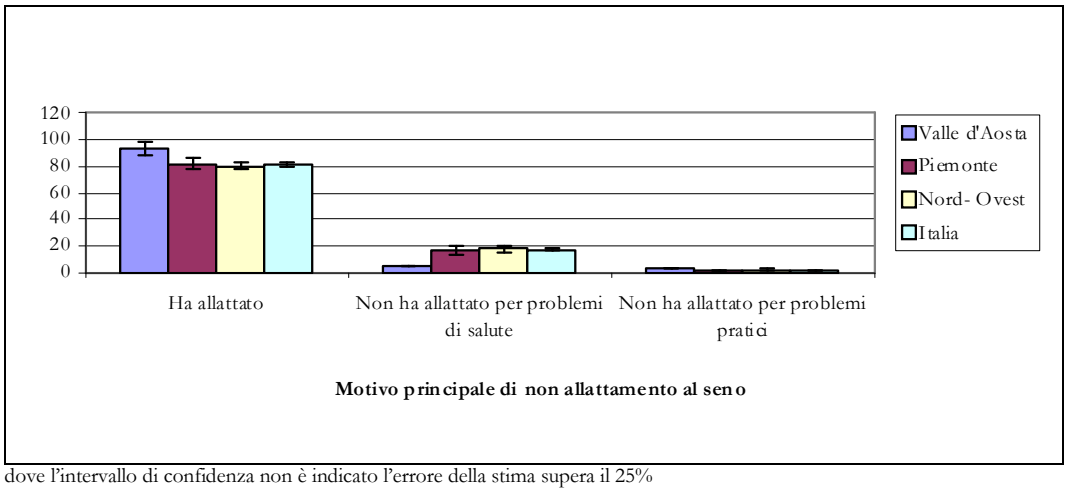




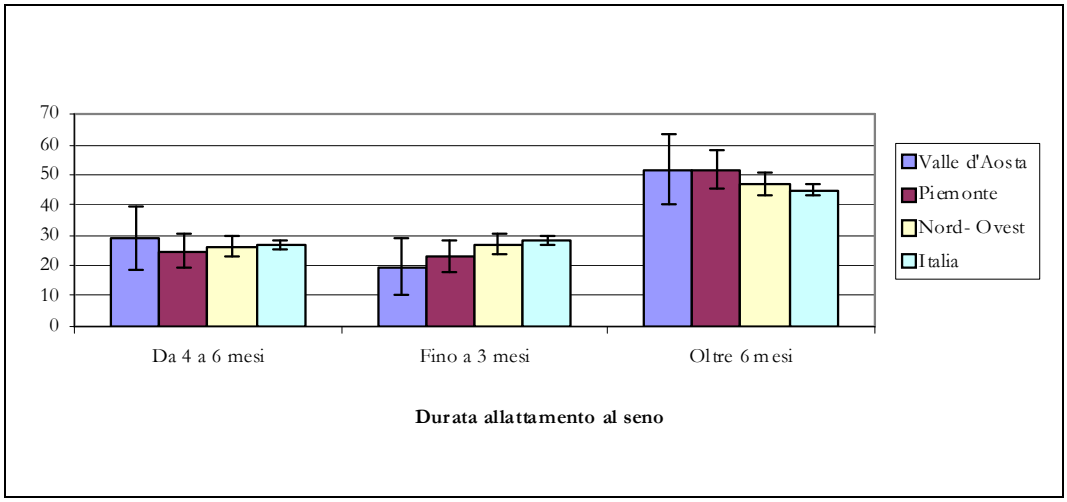
dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

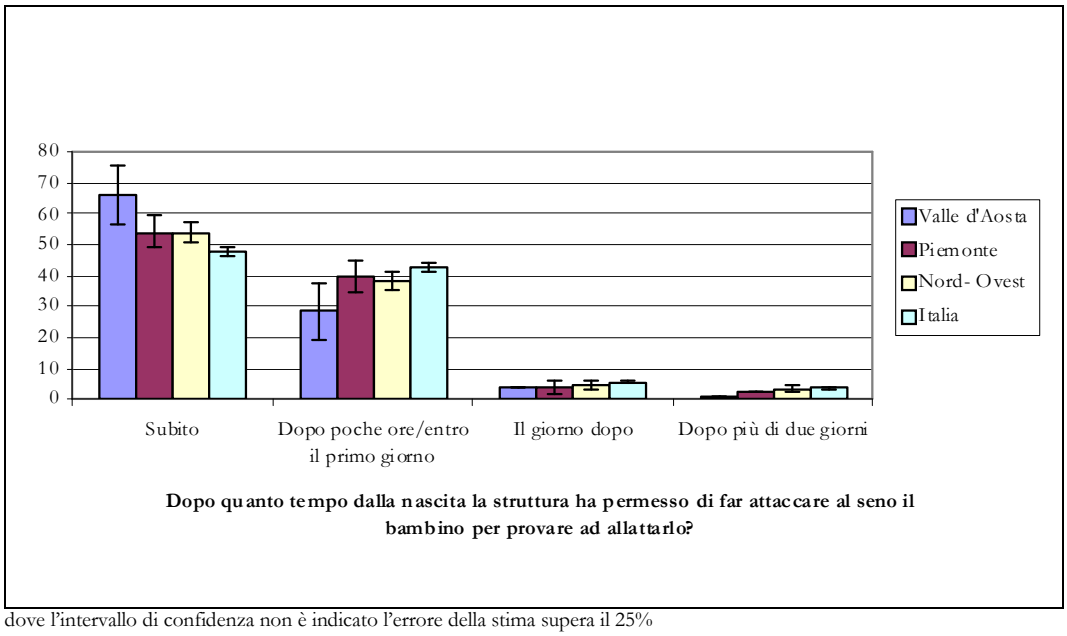


dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%



dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%





dove l'intervallo di confidenza non è indicato l'errore della stima supera il 25%

CONCLUSIONI

Il quadro complessivo che emerge dai dati che si riferiscono alla gravidanza è positivo: nella maggior parte dei casi gli indicatori selezionati si collocano nella media, e talvolta anche sopra la media nazionale.
Nel complesso, le donne valdostane dimostrano un elevato livello d'informazione sulle possibilità di diagnosi prenatale che, di conseguenza, porta ad un elevato ricorso a test di diagnosi prenatale, quali l'amniocentesi o l'ecografia.

In generale, il ricorso all'ecografia in gravidanza è superiore e più precoce, rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida.

Il ricorso al parto cesareo è elevato, ma si tratta di una condizione diffusa in tutta Italia, mentre la presenza di un famigliare al momento del parto, così come l'attenzione all'allattamento al seno, sembrano essere ben radicate, sia tra le donne, sia tra gli operatori.

È invece da segnalare un minore utilizzo, in confronto ad altre aree italiane, del consultorio.