

Anno 2013

GRAVIDANZA, PARTO E ALLATTAMENTO AL SENO

■ In Italia le donne fruiscono di un buon livello di assistenza durante la gravidanza: è quanto si rileva dai risultati dell'indagine sulla salute conclusa nel 2013, che fa riferimento a 2,7 milioni di donne (di cui il 18,2% straniere) che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione. Il 94,3% delle donne si sottopone alla prima visita entro il terzo mese di gravidanza (come raccomandato dai protocolli nazionali) analogamente a quanto avveniva nel 2000 e nel 2005.

■ Continua ad aumentare la medicalizzazione in gravidanza. Si incrementa la quota di donne che eccede nei controlli ecografici: il 37,6% ha fatto almeno 7 ecografie durante la gestazione (il 23,8% nel 2000 e il 28,9% nel 2005).

■ Migliora la consapevolezza delle donne fumatrici sui danni del fumo per il nascituro: il 74,1% smette di fumare nel periodo di gestazione (63,4% nel 2000), il 22,8% riduce le quantità e solo il 3% non modifica le proprie abitudini al fumo (6,8% nel 2000). L'89,2% delle donne più istruite smette di fumare contro il 65,2% di quelle che hanno al massimo la licenza di scuola media inferiore.

■ L'Italia resta il paese europeo con il più alto ricorso al taglio cesareo, con una quota pari al 36,3% secondo i dati del 2013, relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute. Una quota simile è stimata anche con l'indagine sulla salute del 2013, con forti differenze sul territorio, a svantaggio del Mezzogiorno.

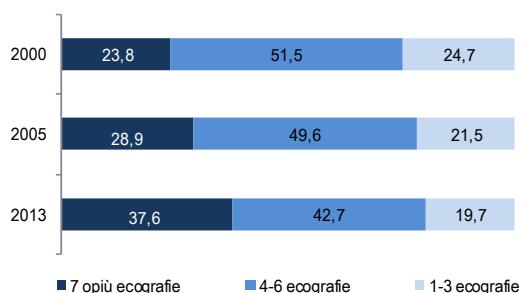
■ Anche nell'assistenza al parto spontaneo non mancano pratiche di medicalizzazione nella fase del travaglio o del parto; nel 32% dei casi riguardano la rottura artificiale delle membrane, nel 34,7% l'episiotomia e nel 22,3% la somministrazione di ossitocina per aumentare la frequenza e l'intensità delle contrazioni.

■ Aumentano, rispetto al 2005, le donne che allattano al seno (85,5% contro l'81,1%). Continua a crescere anche la durata media del periodo di allattamento: da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo al seno è pari a 4,1; il valore più alto si registra nella Provincia autonoma di Trento (5,0) e quello più basso in Sicilia (3,5).

■ Tra le cittadine straniere è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6% delle italiane), sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane).

Donne* per numero di ecografie in gravidanza.

Anni 2000, 2005, 2013



*Per 100 donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

Allattamento* al seno per ripartizione geografica.

Anni 2000, 2005 e 2013

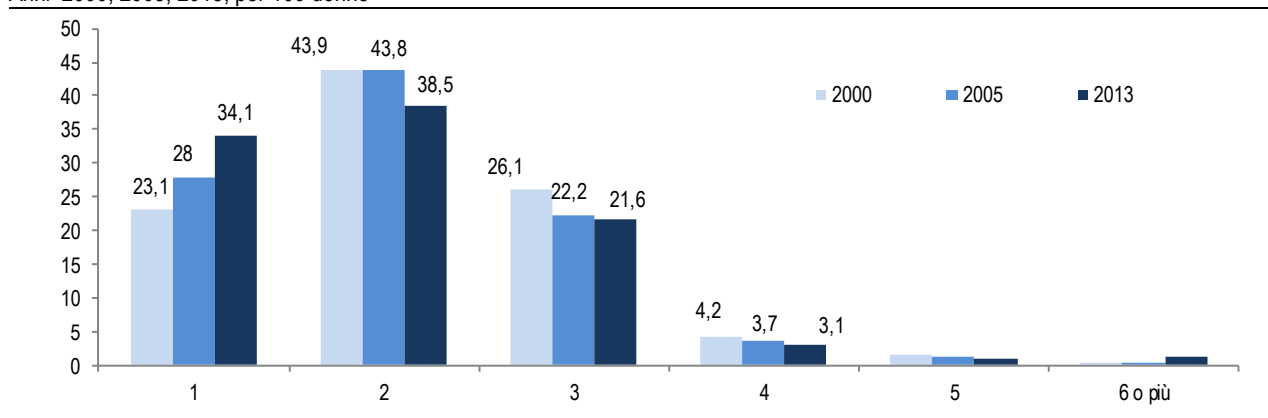
Ripartizione geografica	Donne che hanno allattato al seno			Numero medio mesi di allattamento al seno		
	2000	2005	2013	2000	2005	2013
Nord-ovest	81,1	80,3	85,9	5,8	7,6	8,5
Nord-est	86,6	86,0	88,5	6,7	7,2	8,6
Centro	84,9	81,9	86,7	6,3	7,6	9,1
Mezzogiorno	77,2	79,6	82,8	6,1	7,0	8,2
Totale	81,1	81,4	85,5	6,2	7,3	8,3

*Per 100 donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

E' buona l'assistenza in gravidanza, ma cresce ancora la medicalizzazione

In Italia le donne godono di un buon livello di assistenza in gravidanza. Oltre due donne su tre si sono sottoposte alla prima visita entro il secondo mese di gestazione e quasi la totalità (94,3%) l'ha effettuata entro il terzo mese, come raccomandato dai protocolli nazionali. In particolare cresce la percentuale di donne che effettuano la visita entro la fine del primo mese (dal 23,1% nel 2000, al 34,1% nel 2013) (Figura 1).

FIGURA 1. DONNE^(a) PER MESE IN CUI HANNO EFFETTUATO LA PRIMA VISITA IN GRAVIDANZA. Anni 2000, 2005, 2013, per 100 donne



(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

Le donne straniere, quelle più giovani e quelle con un basso livello d'istruzione tendono ad effettuare più tardi la prima visita. Si sono sottoposte a visita medica entro il terzo mese l'88,7% delle donne straniere contro il 95,5% delle italiane, il 91,0% delle donne più giovani e il 91,5% di quelle con titolo di studio più basso. Tra le donne con titolo di studio alto, tra quelle di oltre 35 anni al momento del parto e tra le donne residenti nel Nord, la percentuale di quante hanno fatto la prima visita medica entro il terzo mese di gestazione supera il 95% (Prospetto 1).

L'eccesso di medicalizzazione della gravidanza, già registrato nel 2000, si acuisce significativamente, con un aumento ulteriore del ricorso a prestazioni diagnostiche per immagini. Attualmente in Italia, il Sistema Sanitario Nazionale prevede l'esenzione per tre esami ecografici in caso di gravidanze fisiologiche¹, ma, nel complesso, l'80,3% delle donne ne ha fatte oltre 3, in aumento rispetto al dato già elevato del 2005 (78,5%) e del 2000 (75,3%). Aumenta soprattutto la percentuale di donne che si è sottoposta a 7 ecografie o più: dal 23,8% nel 2000 al 37,6% nel 2013 (Figura 2).

¹ Le linee guida sulla gravidanza fisiologica del SNLG-ISS raccomandano 2 ecografie in caso di gravidanze fisiologiche. Linea guida 20. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2011, http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf

PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI ASSISTENZA IN GRAVIDANZA^(a) PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, ETÀ AL PARTO, TITOLO DI STUDIO, FIGURA PROFESSIONALE, DISTURBI GRAVI DURANTE LA GESTAZIONE. Anno 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche

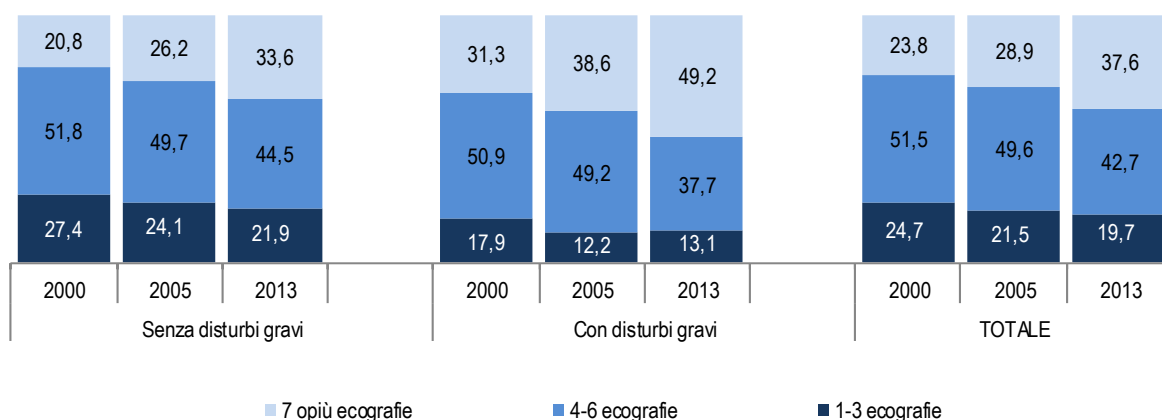
	Donne che hanno effettuato la prima visita entro il 3° mese di gravidanza	Donne che hanno effettuato fino a 3 ecografie	Donne che hanno effettuato 4-6 ecografie	Donne che hanno effettuato 7 o più ecografie
Ripartizione geografica				
Nord-ovest	96,0	21,1	42,7	36,2
Nord-est	95,5	22,8	46,9	30,3
Centro	92,2	21,6	43,9	34,5
Mezzogiorno	93,5	15,9	39,7	44,4
Età al parto (in classi)				
Fino a 24	91,0	25,6	41,5	32,9
25-29	93,7	22,1	39,6	38,2
30-34	94,4	17,6	42,4	40,1
35-39	95,8	18,4	45,2	36,5
40 e più	93,6	20,3	46,5	33,1
Titolo di studio				
Laurea	97,6	17,8	42,8	39,3
Diploma	94,8	18,7	42,5	38,9
Scuola dell'obbligo	91,5	22,9	43,0	34,1
Cittadinanza				
Italiana	95,3	15,8	42,8	41,5
Straniera	88,7	37,1	42,7	20,2
Figura professionale				
Ginecologo del consultorio	90,8	37,8	45,0	17,3
Ginecologo di una struttura pubblica	92,9	27,3	44,7	28,0
Ginecologo/a privato	95,6	12,9	41,9	45,2
Disturbi gravi durante la gestazione (b)				
No	93,4	21,9	44,5	33,6
Si	96,8	13,2	37,7	49,2
Totale	94,3	19,7	42,7	37,6

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

(b) Sono qui considerati come disturbi gravi in gravidanza minaccia di parto pretermine, minacce d'aborto, diabete, ipertensione, gestosi

L'eccesso del numero di ecografie non è dovuto solo a gravidanze con complicazioni che possono richiedere un monitoraggio più frequente o un approfondimento diagnostico: hanno effettuato almeno 7 ecografie il 49,2% delle donne che hanno avuto disturbi in gravidanza, ed il 33,6% di quelle che non hanno avuto tali disturbi. Il 37,7% delle donne con disturbi gravi ha eseguito tra le 4 e le 6 ecografie contro il 44,5% di quelle che hanno avuto una gravidanza fisiologica e solo il 21,9% delle gestanti senza disturbi in gravidanza dichiara di essersi sottoposta al massimo a 3 ecografie, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali (Figura 2).

FIGURA 2. DONNE^(a) PER NUMERO DI ECOGRAFIE EFFETTUATE IN GRAVIDANZA. Anni 2000, 2005 e 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche



(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

La figura professionale che segue la donna in gravidanza condiziona il livello di medicalizzazione. Le donne seguite da un ginecologo privato effettuano più spesso 7 o più controlli ecografici (45,2%), mentre le quote sono più contenute tra quante sono state seguite da un ginecologo del consultorio (17,3%) o di una struttura pubblica (28%) (Prospetto 1). Anche nel caso di gravidanze fisiologiche l'elevato ricorso a controlli ecografici è molto più alto nel privato (41,8%), rispetto al pubblico (18,5%).

Sono soprattutto le donne residenti nel Mezzogiorno a sottoporsi a 7 o più ecografie nel corso della gravidanza (44,4%) (Prospetto 1), a fronte del 30,6% di quelle residenti nel Nord-est (30,6%). Se si limita il confronto al ricorso al ginecologo privato, la quota di donne che fanno 7 e più ecografie nel Nord-est si attesta al 40,0%, e nel Mezzogiorno al 49,8%.

Il livello di medicalizzazione tra le donne straniere risulta, invece, più contenuto: il 20,2% ha effettuato 7 o più controlli ecografici contro il 41,5% delle italiane; il 71,3% si rivolge più spesso ad un ginecologo del consultorio o di una struttura pubblica (il 24,7% delle italiane).

Aumentano le donne che in gravidanza smettono di fumare

Sono ben noti i danni che il fumo comporta per lo sviluppo del feto durante la gravidanza soprattutto per il maggiore rischio di nascita di bambini sottopeso. Le donne mostrano di conoscere questi rischi e modificano responsabilmente i loro comportamenti: dal 2000 al 2013 è aumentata la quota di donne fumatrici che hanno smesso di fumare durante la gravidanza.

Nel 2013, il 20,5% delle donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti l'intervista, avevano l'abitudine di fumare prima della gravidanza ma, di queste, il 74,1% ha sospeso il consumo di tabacco una volta concepito il bambino, il 22,9% ha diminuito la quantità quotidiana, mentre solo il 3% non ha modificato le proprie abitudini. La percentuale più alta si osserva nel Nord-est: smette di fumare il 77,3% delle future mamme fumatrici (Prospetto 2).

Il livello di istruzione gioca un ruolo fondamentale nell'indurre la futura madre a sospendere il fumo durante la gravidanza: sono molto più numerose le donne laureate (82,9%) che smettono di fumare rispetto alle gestanti meno istruite (65,2%).

PROSPETTO 2. DONNE CHE HANNO SMESSO DI FUMARE DURANTE LA GRAVIDANZA PER ETÀ AL PARTO, TITOLO DI STUDIO, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anni 2000, 2005 e 2013, per 100 donne che fumavano prima della gravidanza

	2000		2005		2013	
	Donne che fumavano prima della gravidanza (a)	Donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza (b)	Donne che fumavano prima della gravidanza (a)	Donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza (b)	Donne che fumavano prima della gravidanza (a)	Donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza (b)
Età al parto (in classi)						
Fino a 24	26,3	60,9	28,5	76,6	26,8	69,3
25-29	25,3	67,5	25,1	72,5	23,7	73,1
30-34	23,4	61,5	19,9	73,5	20,4	77,5
35-39	28,4	61,5	20,2	62,9	16,6	75,5
40 e più	19,6	69,4	18,5	57,2	18,0	63,0
Titolo di studio						
Laurea	23,1	67,5	15,4	78,6	14,6	82,9
Diploma	23,7	71,5	20,3	77,8	21,5	77,2
Scuola dell'obbligo	27,0	54,5	26,1	63,2	23,5	65,2
Ripartizione geografica						
Nord-ovest	26,8	64,0	20,6	73,1	21,3	74,1
Nord-est	25,9	67,3	22,0	68,3	22,6	77,3
Centro	27,9	65,0	27,4	71,4	22,8	73,6
Mezzogiorno	22,4	60,3	20,2	69,9	17,4	71,9
Totale	25,0	63,4	22,0	70,7	20,5	74,1

(a) Per 100 donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

(b) Per 100 donne che hanno fumavano prima della gravidanza

In presenza di lavori pesanti o nocivi una donna su due interrompe il lavoro al terzo mese

La tutela della gravidanza sul lavoro è rilevante per la salute della madre e del feto, in particolare se la donna è impiegata in mansioni nocive o pesanti (nel 2013 il 25,4% delle donne occupate prima della gravidanza). Questo tipo di attività è svolto più frequentemente dalle donne più giovani (39,8%), meno istruite (42,2%), straniere (37,9%) e residenti nel Nord (in particolare nel Nord est, 31,9%) (Prospetto 3). In particolare le donne con basso titolo di studio ricoprono in maggioranza mansioni che richiedono sollevamento di carichi e di pesi (71,2%), così come quelle con diploma (59,4%).

Nel 2013 il 62,4% delle donne occupate in attività pesanti o potenzialmente nocive per la gravidanza ha interrotto il lavoro entro il terzo mese di gravidanza (il 68,0% nel 2005).

Tra le donne occupate che dichiarano di non svolgere un lavoro con mansioni pesanti o nocive circa il 40% lascia il lavoro entro il sesto mese (quota simile al 2005), il 26,7% al settimo mese, in osservanza del periodo di astensione obbligatorio (salvo flessibilità) e solo meno dell'8% aspetta l'ultimo mese di gravidanza. Nel tempo si rileva una progressiva posticipazione dell'astensione dal lavoro dalla fine del settimo alla fine dell'ottavo mese: nel 2000 il 10,9% lasciava il lavoro all'ottavo mese, la quota sale al 21% nel 2005 e si attesta al 27,6% nel 2013, anche come effetto della flessibilità del congedo di maternità dopo l'ottavo mese.

PROSPETTO 3. DONNE^(a) OCCUPATE IN LAVORI PESANTI O POTENZIALMENTE NOCIVI PRIMA DELLA GRAVIDANZA, CHE HANNO INTERROTTO IL LAVORO ENTRO IL TERZO MESE DI GRAVIDANZA, PER ETÀ AL PARTO, TITOLO DI STUDIO, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E CITTADINANZA. Anno 2013

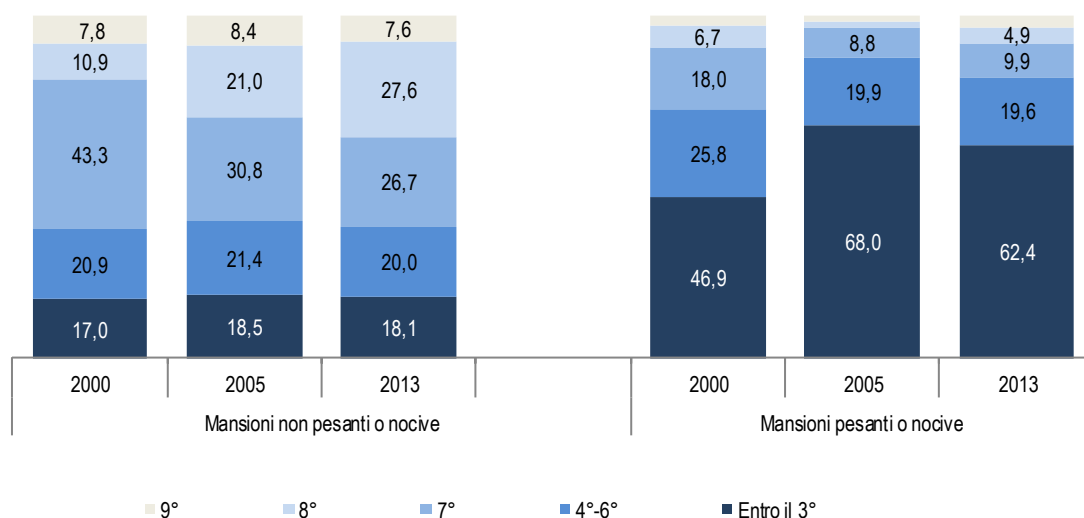
	Donne occupate in mansioni pesanti o nocive prima della gravidanza (b)	Donne che dovevano sollevare carichi/pesi (c)	Donne occupate in mansioni pesanti o nocive che hanno interrotto entro il 3° mese (c)
Età al parto (in classi)			
Fino a 24	39,8	50,1	47,3
25-29	30,9	65,9	60,1
30-34	24,1	56,7	65,9
35-39	21,8	57,9	63,8
40 e più	22,8	38,0	64,5
Titolo di studio			
Laurea	16,3	28,7	63,4
Diploma	24,2	59,4	63,2
Scuola dell'obbligo	42,2	71,2	60,7
Ripartizione geografica			
Nord-ovest	26,2	59,2	55,6
Nord-est	31,9	58,4	66,5
Centro	23,9	53,2	65,1
Mezzogiorno	19,3	56,7	32,0
Cittadinanza			
Italiana	23,5	58,5	64,3
Straniera	37,9	52,5	54,8
Totale	25,4	57,3	62,4

(a) Per 100 donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

(b) Per 100 donne lavoratrici prima della gravidanza

(c) Per 100 donne occupate in lavori pesanti o nocivi

FIGURA 3. DONNE^(a) OCCUPATE PRIMA DELLA GRAVIDANZA PER TIPO DI MANSIONI SVOLTE E MESE DI GESTAZIONE IN CUI HANNO SMESSO DI LAVORARE. Anni 2000, 2005, 2013

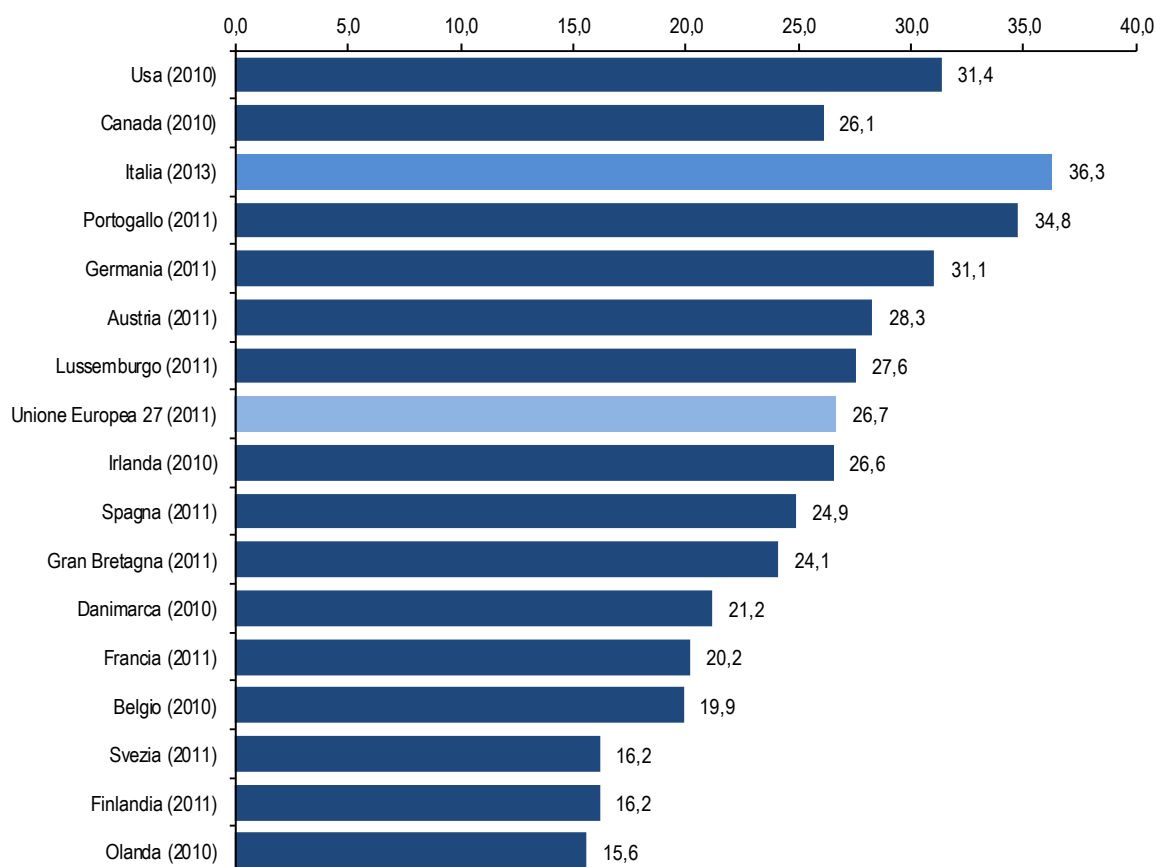


(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

L'Italia si conferma il paese europeo con più tagli cesarei

L'Italia è il paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo dell'Unione europea: la percentuale è pari al 36,3% nel 2013, oltre il doppio di quella raccomandata dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti percentuali rispetto alla mediaUe27 (26,7% nel 2011). Anche Stati Uniti e Canada hanno percentuali di tagli cesarei più basse dell'Italia (rispettivamente 31,4% e 26,1% nel 2010) (Figura 4).

FIGURA 4. PERCENTUALE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA, NEGLI STATI UNITI E IN CANADA. Anni 2010- 2013



Fonti: Per l'Italia "Ministero della salute - Schede di dimissione ospedaliera 2013". Per gli altri paesi fonte OCSE: Health database. Per il dato (EU27) European Health for all database WHO.

Nel 2010 e nel 2012, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno emanato opportune linee guida sul ricorso al taglio cesareo² e il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 invitava a contenerne il ricorso al di sotto del 20%³ del totale dei parti.

I risultati dell'indagine del 2013 confermano, invece, l'elevato ricorso al taglio cesareo, con una stima pari al 35,3%⁴, sostanzialmente stabile rispetto al 2005 (35,0%). Il ricorso al cesareo è diffuso in modo molto eterogeneo sul territorio, con valori più elevati nel Mezzogiorno (45,2%) (Figura 5). Il trend temporale evidenzia che il distacco del Mezzogiorno comincia dopo il 1995 e si acuisce sempre più fino al 2008, assestandosi ad oltre il 50%. A partire dal 2010, si avvia in quest'area una lenta flessione, che interessa però anche il Nord-est (Figura 6).

² SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole-parte seconda. Linea guida 22 Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2012; Disponibile all'indirizzo: <http://www.snlgiss>.

³ Ministero della Salute, Schema di piano sanitario nazionale 2011-2013.

⁴ La stima campionaria è compresa nell'intervallo 33,7% - 36,9%

FIGURA 5. DONNE CHE HANNO PARTORITO CON TAGLIO CESAREO NEI CINQUE ANNI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anni 2000, 2005, 2013, per 100 donne della stessa ripartizione geografica

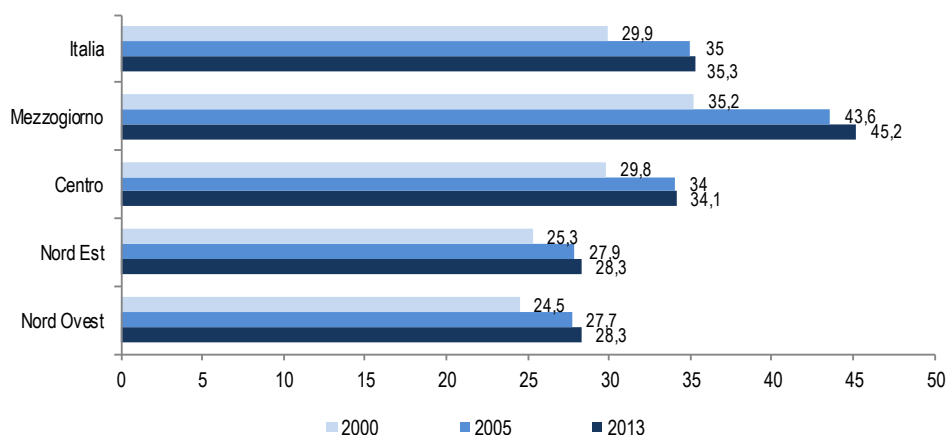
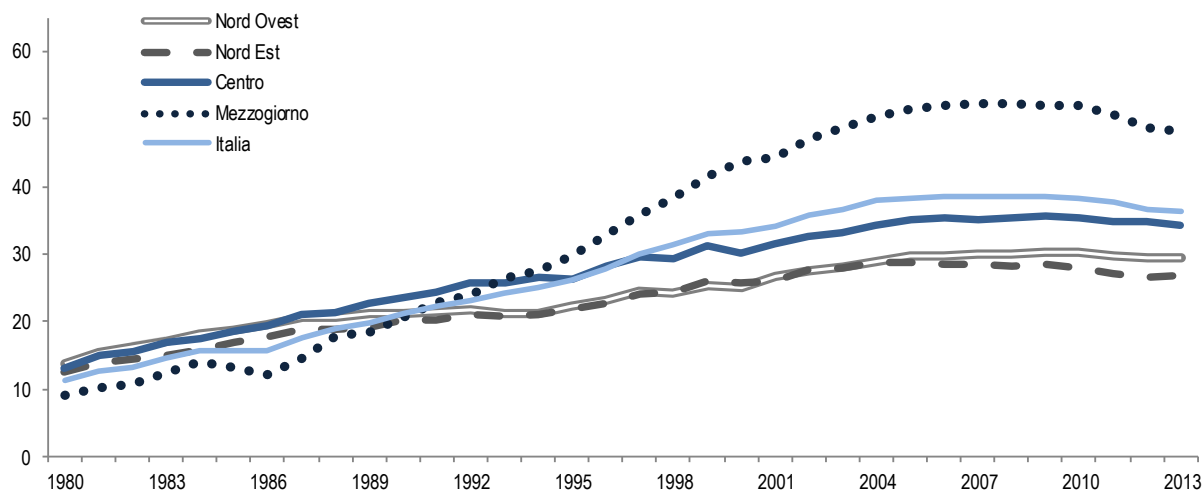


FIGURA 6. PERCENTUALE DI PARTI CESAREI PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anni 1980-2013



Fonte: Anni 1980-1998: Rilevazione delle nascite da fonte stato civile. Dal 1999: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute, schede di dimissione ospedaliera.

A livello regionale, la quota più elevata di parti cesari si registra in Campania (56,6%⁵), seguono Sicilia (42,5%), Puglia (41,7%) e Lazio (39%). All'opposto si trovano le Province autonome di Trento (20,6%) e Bolzano (21,7%) e la Toscana (26,4%).

Continua ad aumentare l'età media al parto: da 30,6 anni del 2000 a 32,0 anni nel 2013. Resta leggermente più bassa al Mezzogiorno (31,3) rispetto al Nord (32,2). Per le donne straniere l'età media al parto è di 29,6 anni. All'aumentare dell'età al parto cresce anche il ricorso al taglio cesareo, con una quota massima del 47,2% tra le over40; ma anche per le donne con meno di 25 anni, la percentuale è elevata e pari al 30,1% (Prospetto 3).

E' nota l'associazione tra i disturbi più gravi che si possono verificare in gravidanza ed il ricorso al parto cesareo (44,9%), in particolare per le donne con gestosi (68,4%) o che hanno sofferto di ipertensione in gravidanza (52,2%). Tenendo conto della bassa diffusione di queste patologie, l'alto livello di parti cesarei rimane comunque un segnale di eccessiva medicalizzazione.

⁵ La stima campionaria è compresa nell'intervallo 51,5% - 61,7% pertanto non è significativamente diversa dalla quota delle SDO.

PROSPETTO 4. DONNE CHE HANNO PARTORITO CON TAGLIO CESAREO NEI CINQUE ANNI PRECEDENTI L'INTERVISTA PER ETÀ AL PARTO, STRUTTURA IN CUI È AVVENUTO IL PARTO, DISTURBI GRAVI DURANTE LA GESTAZIONE. Anno 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche

	Cesareo	Cesareo programmato (a)	Cesareo non programmato (a)
Età al Parto (in classi)			
Fino a 24	30,1	57,5	42,5
25-29	32,4	56,3	43,7
30-34	34,1	63,8	36,2
35-39	37,7	63,4	36,6
40 e più	47,2	69,4	30,6
Struttura			
Struttura pubblica	33,4	60,1	39,9
Struttura privata accreditata	48,6	71,0	29,0
Struttura privata	64,6	81,3	18,7
Disturbi gravi durante la gestazione(b)			
No	32,0	65,0	35,0
Si	44,9	56,5	43,5
Cittadinanza			
Italiana	37,1	62,6	37,4
Straniera	27,1	59,6	40,4
Parità			
Un figlio	33,8	44,8	55,2
Due o più figli	36,5	75,0	25,0
Totale	35,3	62,2	37,8

(a) Per 100 donne con parto cesareo

(b) Sono qui considerati come disturbi gravi in gravidanza minaccia di parto pretermine, minacce d'aborto, diabete, ipertensione, gestosi

La percentuale di parti cesarei è particolarmente alta nelle strutture private: 64,6% contro 33,4% delle strutture pubbliche.

La maggioranza di parti cesarei sono di tipo programmato (il 62,2% contro il 37,8% di quelli non programmati). E' soprattutto nel Mezzogiorno (69,4%) e tra le donne che partoriscono in strutture private (64,6%), che più spesso il parto con taglio cesareo è programmato. La quota dei cesarei programmati aumenta al crescere dell'età al parto e per le donne che hanno avuto disturbi gravi in gravidanza, ma questi fattori non sono sufficienti a spiegarne l'ampio ricorso.

Tra le primipare la quota di cesarei è poco più bassa della media (33,8%), mentre tra le donne che hanno avuto più di un figlio si attesta al 36,5%. Tale quota raggiunge il 96,5% tra le donne che hanno già partorito con taglio cesareo.

Elevata la medicalizzazione anche nel caso di parto spontaneo

Il parto definito spontaneo (pari al 64,7% dei casi), non è di per sé anche "naturale" cioè privo di qualsiasi intervento medico. Al contrario, l'intervento medico durante il travaglio e il parto è frequente e si concretizza in alcune procedure assistenziali non sempre considerate dalla letteratura internazionale affidabili o raccomandabili. Nel 1985 l'OMS ha rilasciato un documento con raccomandazioni per una adeguata assistenza in gravidanza, durante il travaglio e il parto, nonché una "practical guide" nel 1996 dove espressamente si dichiara che alcune pratiche sono suggerite solo in casi particolari e non sistematicamente, al fine di garantire una nascita sicura per madre e bambino. Tra tali pratiche ricorrono la "rottura artificiale delle membrane", eventualmente da realizzare solo in uno stadio avanzato del travaglio; "il monitoraggio elettronico fetale" da eseguire solo in situazioni particolari e nel travaglio indotto; "l'uso sistematico dell'episiotomia" da evitare, così come "la somministrazione di routine di farmaci durante il travaglio" anch'essa da evitare se non per casi specifici.

Il livello di intervento medico complessivo è alto: il 72,7% delle donne hanno riferito almeno una delle procedure assistenziali.

Le donne che hanno avuto un parto spontaneo riferiscono di aver subito la rottura artificiale delle membrane (delle acque) (32%) e l'episiotomia in un terzo dei casi (34,7%), il monitoraggio cardiaco fetale continuo nel 45,2% e le pressioni sul ventre in fase espulsiva (tra cui la manovra di Kristeller) nel 22,3% (Prospetto 5). La somministrazione di ossitocina (farmaco che aumenta la frequenza e l'intensità delle contrazioni) viene dichiarata dal 22,3% delle donne, ma una quota affatto trascurabile (14,2%) dichiara di non sapere se le sia stata o meno somministrata. L'uso di forcipe o ventosa si assesta a livelli molto bassi (4,3%).

PROSPETTO 5. PROCEDURE ASSISTENZIALI DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO, PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, TITOLO DI STUDIO E CITTADINANZA. Anno 2013, per 100 donne che hanno avuto un parto spontaneo, con le stesse caratteristiche

	Almeno una pratica	Rottura artificiale delle membrane*	Monitoraggio cardiaco fetale continuo	Somministrazione di ossitocina*	Pressioni sul ventre	Episiotomia
Ripartizione geografica						
Nord-ovest	73,9	35,0	45,1	29,1	19,9	35,8
Nord-est	73,7	33,2	50,7	27,6	19,5	27,0
Centro	73,3	31,8	47,6	21,8	21,3	34,2
Mezzogiorno	70,0	28,4	39,4	11,9	26,9	39,5
Istruzione						
Laurea	76,6	32,1	46,8	29,3	20,4	37,8
Diploma	74,9	32,9	47,7	23,7	22,9	36,8
Scuola dell'obbligo	65,7	30,7	39,7	14,5	22,3	28,6
Cittadinanza						
Italiane	75,8	33,8	46,5	24,9	23,5	37,8
Straniere	60,3	25,4	40,0	12,4	17,0	22,4
Struttura						
Ospedale pubblico	72,7	32,6	45,6	22,8	22,0	34,6
Struttura privata	71,3	25,7	41,0	17,3	23,2	35,6
Totale	72,6	32,1	45,2	22,3	22,1	34,6

*Pratiche di "induzione del parto"

In aumento l'allattamento al seno e la sua durata

L'allattamento al seno è rilevante per la salute del bambino e anche della madre. Nella dichiarazione congiunta di OMS/UNICEF (1989), che stabilisce "i dieci passi" da attuare per promuovere, proteggere e sostenere l'allattamento al seno". In particolare, l'OMS raccomanda l'allattamento esclusivo al seno fino a sei mesi e continuato anche oltre l'anno, se la mamma e il bambino lo desiderano. Tali raccomandazioni sono state recepite nell'ambito di uno specifico accordo tra Ministero della Salute e Regioni nel 2007, e sono state attivate diverse campagne di sensibilizzazione a sostegno dell'allattamento al seno, rivolte agli operatori e a tutte le future mamme. Nel 2013 allatta al seno l'85,5% delle donne che hanno avuto figli nei cinque anni precedenti la rilevazione, (81,1% del 2005).

La durata media del periodo di allattamento passa da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Il numero medio di mesi di allattamento esclusivo è pari a 4,1⁶.

6 L'indicatore è calcolato per differenza tra l'ultimo mese di allattamento al seno dichiarato dalla madre e il mese in cui è stato introdotto uno degli alimenti che modifica sostanzialmente l'alimentazione del bambino tanto da non poter più, secondo le definizioni dell'OMS, parlare di allattamento esclusivo. Se oltre al latte materno viene introdotta stabilmente e con regolarità uno dei seguenti alimenti: acqua, soluzione glucosata, camomilla, tisane e succhi di frutta, latte artificiale o di origine animale, cibi semi-solidi o solidi, non si può più definire allattamento materno esclusivo.

Anche grazie all'attività di promozione rafforzata nell'ultimo decennio, si osservano risultati positivi per l'allattamento materno: il periodo complessivo di allattamento al seno si allunga indipendentemente dell'età della madre e su tutto il territorio nazionale.

La maggiore diffusione dell'allattamento al seno si osserva nel Nord-est (88,5%), mentre nel Mezzogiorno si registra la quota più bassa (82,8%), ma solo per effetto della minore percentuale di donne che allatta in Sicilia (71,1%), come già evidenziato nelle precedenti rilevazioni del 2000 e del 2005 (Prospetto 6),.

■ La durata media dell'allattamento è più alta nel Centro Italia (9,1 mesi) e tocca il minimo nel Mezzogiorno (8,2 mesi). E' differenziata sul territorio anche la durata media dell'allattamento esclusivo, che è bassa nel Mezzogiorno (3,9 mesi) e più elevata nel Nord-est (4,3 mesi), in particolare il valore più alto si registra nella Provincia autonoma di Trento (5,0) e quello più basso in Sicilia (3,5).

PROSPETTO 6. DONNE^(a) PER ALLATTAMENTO AL SENO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anni 2000, 2005 e 2013, per 100 donne della stessa area geografica

Ripartizione geografica	Donne che hanno allattato al seno			Numero medio mesi di allattamento al seno			Numero medio mesi di allattamento esclusivo al seno
	2000	2005	2013	2000	2005	2013	2013
Nord-ovest	81,1	80,3	85,9	5,8	7,6	8,5	4,2
Nord-est	86,6	86,0	88,5	6,7	7,2	8,6	4,3
Centro	84,9	81,9	86,7	6,3	7,6	9,1	4,2
Mezzogiorno	77,2	79,6	82,8	6,1	7,0	8,2	3,9
Totale	81,1	81,4	85,5	6,2	7,3	8,3	4,1

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

Il livello d'istruzione influisce sensibilmente sulla pratica dell'allattamento al seno: allattano in proporzione maggiore le donne che hanno un titolo di studio più alto (89%) (86,4% nel 2005); la quota tra le meno istruite è invece sensibilmente più bassa della media (82,2%) benché in forte crescita rispetto al 2005 (76,1%). La durata dell'allattamento al seno cresce con il livello di istruzione. L' 89,4% delle cittadine straniere allatta al seno (contro l'84,6% delle italiane), e per periodi più lunghi (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane), con un periodo di allattamento esclusivo leggermente più prolungato delle italiane (4,8 contro 4,4 mesi in media).

PROSPETTO 7. DONNE^(a) CHE HANNO ALLATTATO AL SENO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA E TITOLO DI STUDIO Anno 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche

Ripartizione geografica	Titolo di studio			TOTALE
	Laurea	Diploma	Scuola dell'obbligo	
Nord-ovest	87,2	85,2	85,8	85,9
Nord-est	93,9	87,9	84,8	88,5
Centro	88,6	85,3	87,3	86,7
Mezzogiorno	88,0	85,3	77,5	82,8
Italia	89,0	85,8	82,2	85,5

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

Secondo l'OMS provare ad attaccare al seno il bambino subito dopo il parto è un fattore importante per favorire l'allattamento al seno, ridurre la mortalità infantile e proteggere il bambino dal rischio di infezioni. L'indicatore che rileva il "precoce avvio dell'allattamento al seno" considera il numero di bambini con meno di 24 mesi che siano stati attaccati al seno entro la prima ora ed è pari al 39,3% delle donne con figli minori di sei anni (Prospetto 8).

L'attacco precoce al seno è una pratica maggiormente diffusa nel Nord Italia, e tra chi ha istruzione elevata. Non sembra avere un impatto sulla durata media dell'allattamento esclusivo, ma ne ha sulla propensione ad allattare: chi ha attaccato il bambino precocemente dopo il parto, allatta al seno in una proporzione pari al 94,8%, contro l'84,1% di chi non lo ha fatto.

PROSPETTO 8. DONNE^(a) PER TEMPO INTERCORSO PER ATTACCARE IL BAMBINO AL SENO DOPO IL PARTO E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2013, per 100 donne della stessa area

Ripartizione geografica	Tempo intercorso per attaccare al seno il bambino dopo il parto						Totale
	Entro la prima ora	Dopo un'ora e entro le prime 3 ore	Dopo 3 ore e entro le prime 24 ore	Dopo le prime 24 ore	Non sa, non ricorda	Mai attaccato al seno	
Nord-ovest	40,8	24,5	16,1	9,3	3,5 (b)	5,7	100
Nord-est	52,0	21,0	15,5	6,1	1,7	3,6	100
Centro	36,4	28,1	20,9	6,9	3,2(b)	4,4	100
Mezzogiorno	22,9	26,6	26,7	10,9	4,6	8,3	100
Italia	36,0	25,3	20,6	8,8	3,4	5,9	100

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

(b) Errore relativo della stima uguale o superiore al 25%

L'OMS/UNICEF nelle linee guida sull'allattamento materno raccomanda di allattare al seno in maniera esclusiva i bambini almeno nei primi sei mesi. L'indicatore principale proposto dall'OMS tiene conto del numero di bambini di 0-5 mesi che hanno assunto solo latte materno nelle ultime 24 ore escluso qualsiasi altro alimento, anche acqua o tisane. Sulla base di tale definizione per l'Italia la prevalenza si assesta al 42,7% nel 2013 (Prospetto 9).

PROSPETTO 9- BAMBINI DA 0 A 12 MESI PER TIPO DI ALLATTAMENTO: ESCLUSIVO, ESCLUSIVO O PREDOMINANTE, ALLATTAMENTO MATERNO COMBINATO CON ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE. Anno 2013, per 100 bambini della stessa età

Età del bambino in mesi	% allattamento esclusivo	% allattamento esclusivo o predominante	% allattamento materno e alimentazione complementare
0-1	48,7	51,9	33,8 (a)
2-3	43,9	47,9	
4-5	38,6	41,7	32,0
<6	42,7	46,2	32,3
6-12	5,5	6,2	31,9

(a) Vengono considerate insieme le due classi di età in mesi (0-3 mesi).

La quota di bambini allattati in modo esclusivo o predominante, ovvero bambini che oltre al latte materno assumono anche altri liquidi non nutritivi (es. acqua, camomilla, tisane non zuccherate), declina al passare dei mesi, passando da circa il 50% a circa il 40% a 4-5 mesi.

L'allattamento "complementare" che prevede oltre al latte materno un'alimentazione che include qualsiasi altro alimento o bevanda (latte artificiale, latte di origine animale, cibi solidi e semisolidi, ecc.) riguarda in media oltre il 30% dei bambini fino a un anno.

Dopo il sesto mese, sia l'allattamento esclusivo che quello predominante quasi si annullano, per effetto dell'introduzione dell'alimentazione solida o semisolida, che permette un ampliamento del ventaglio dei nutrienti in un momento in cui non è più raccomandato mantenere l'esclusività del latte materno; prima del sesto mese l'alimentazione complementare invece interferisce con l'indicazione OMS/UNICEF di offrire al bambino esclusivamente latte materno.

Poiché l'allattamento al seno costituisce un fattore protettivo contro infezioni e batteri anche per bambini più grandi, l'OMS suggerisce di prolungare l'allattamento al seno anche dopo il primo compleanno.

Considerando l'indicatore suggerito dell'"allattamento continuato" tra i 12 e i 15 mesi, circa una donna su 5 continua ad allattare (19,3%).

Il percorso nascita ha un evidente effetto sulla possibilità di allattare al seno: allattano in proporzione minore le donne che hanno avuto un parto cesareo (81,1% contro 87,9%) o un parto pretermine (72,2% contro l'86,6%), anche perché in questi casi più difficilmente si verificano le condizioni favorevoli per iniziare l'allattamento (allattamento precoce e vicinanza del bambino alla madre durante la degenza) (Prospetto 10).

Anche per la durata dell'allattamento e la pratica dell'allattamento esclusivo si osservano percentuali più basse tra quante non hanno avuto un parto naturale.

Il "rooming in", pratica che prevede che il bambino sia lasciato in stanza con la madre 24 ore su 24 dal momento del parto fino alla dimissione, è raccomandata dall'OMS fin dal 1989. I vantaggi riguardano vari aspetti della salute materno-infantile: favorire il legame madre-bambino, ridurre lo stress del neonato (i bambini piangono meno) e anche favorire l'allattamento al seno.

In Italia, nel 2013, quasi la metà (49,1%) delle donne che hanno partorito nei 5 anni precedenti l'indagine ha usufruito del "rooming in", così come definito dall'OMS. La pratica è più diffusa al Nord (in particolare Nord est) e poco al Sud. Sono rari i casi di chi non ha potuto avere vicino il bambino, per lo più per motivi di salute della madre o del neonato (5,3%) o perché la struttura dove ha partorito non lo permetteva (8,8%).

PROSPETTO 10. DONNE^(a) PER ALLATTAMENTO AL SENO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO, DURATA DELL'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO PER ALCUNI ASPETTI DEL PARTO E DEL POST-PARTO, TITOLO DI STUDIO E CITTADINANZA. Anno 2013, per 100 donne con le stesse caratteristiche

	Allattamento al seno		Allattamento esclusivo al seno
	Donne che hanno allattato al seno	Numero medio mesi di allattamento al seno	Numero medio mesi
Tempo intercorso per attaccare il bambino al seno per la prima volta dopo il parto			
Entro la prima ora	94,1	8,8	4,3
Dopo un'ora e entro le prime 3 ore	91,8	7,9	4,2
Dopo 3 ore e entro le prime 24 ore	89,2	8,2	4,1
Dopo le prime 24 ore	86,6	7,5	3,9
Rooming in			
No	74,6	7,9	3,9
Parziale	86,3	8,0	4,3
Si	88,0	8,6	4,0
Tipo di parto			
Spontaneo	87,9	8,4	4,3
Cesareo	81,1	8,0	3,8
Parto pretermine			
Si	72,2	8,3	4,4
No	86,6	8,3	4,1
Titolo di studio			
Laurea	89,0	8,9	4,5
Diploma	85,8	8,1	4,4
Scuola dell'obbligo	82,2	8,2	4,6
Cittadinanza			
Italiana	84,6	8,1	4,16
Straniera	89,4	9,2	4,51
Totale	85,5	8,3	4,12

(a) Donne che hanno avuto un figlio nei cinque anni precedenti la rilevazione

L'impatto delle pratiche post-parto, viste distintamente tra chi ha e non ha avuto un taglio cesareo, rimangono significative: l'attacco precoce al seno, l'esclusività del latte materno nei primi giorni di vita e infine il servizio di "rooming in" sono fattori che favoriscono l'allattamento materno, sia in termini di numero maggiore di donne che allattano sia in termini di durata complessiva dell'allattamento in entrambi i due gruppi di donne. In tutti i casi i livelli di allattamento al seno sono sempre inferiori tra chi ha avuto un parto cesareo rispetto a chi lo ha avuto spontaneo.

La quota di donne che allatta non varia a seconda che si tratti di primipare o meno; invece l'allattamento viene protratto mediamente più a lungo per i figli successivi al primo: la durata complessiva di allattamento passa da 8,4 a 9 mesi in media, e il tempo medio di allattamento esclusivo da 4 a 4,2 mesi in media.

Glossario

Allattamento al seno

Per allattamento al seno si intende che il bambino assume o ha assunto il latte per suzione al seno. Non si tratta di allattamento al seno se il bambino assume il latte materno esclusivamente attraverso biberon o altri strumenti (come può accadere nei reparti ospedalieri di neonatologia): tale tipo di allattamento è sì materno, ma non al seno.

Allattamento esclusivo

Si considera *esclusivo* l'allattamento del bambino se include solo latte materno, senza alcuna somministrazione di altri liquidi, nemmeno acqua, tè o tisane non zuccherate. Sono invece ammissibili gocce e sciroppi (ad esempio vitamine, minerali., ecc.).

Allattamento predominante

Si considera *predominante* l'allattamento materno esclusivo a cui si affianca la somministrazione anche di acqua o altri liquidi non nutritivi (tè, tisane, ecc...), ma non latte artificiale o altri liquidi nutritivi.

Allattamento complementare

Si considera *complementare* l'allattamento al seno affiancato dalla somministrazione di altri nutrienti importanti quali latte artificiale o di origine animale, cibi solidi o semisolidi.

Altri liquidi

Tra "Altri liquidi" vanno considerate tutte le bevande zuccherate o con aggiunta di miele o altri dolcificanti.

Cibi solidi o semisolidi

Normale alimentazione di un adulto o di un bambino e tutti gli alimenti per la prima infanzia, come gli omogeneizzati, i brodi vegetali e le pappe preparate in casa, con farine specifiche, riso, pastine ecc.

Disturbi gravi

Disturbi legati alla gravidanza stessa, insorti durante la gravidanza oppure aumentati sensibilmente in gravidanza. Si considerano disturbi gravi in gravidanza: *minaccia di parto pretermine*, *minacce d'aborto*, *diabete*, *ipertensione*, *gestosi*. La gestosi è una malattia che compare esclusivamente in gravidanza. In genere si manifesta con un gonfiore generalizzato, che deriva da un'eccessiva ritenzione di liquidi e di sali nell'organismo, ed un incremento di peso eccessivo. Se non viene diagnosticata in tempo può peggiorare facendo comparire aumento della pressione arteriosa, cefalea intensa, alterazioni della vista, dolori di stomaco, rigonfiamenti alle caviglie, alle mani e alle palpebre, un ulteriore aumento di peso, presenza nelle urine di albumina.

Donne lavoratrici prima della gravidanza

Donne che avevano un lavoro al momento in cui sono rimaste incinte. Per attività lavorativa si intende qualsiasi mansione dalla quale l'intervistata ha ricavato o ricaverà una specifica retribuzione (sia in denaro sia in beni o servizi). Sono compresi lavori di qualunque natura, stabili, precari, con o senza contratto, stagionali e non, part time e non, ecc.

Episiotomia

Si intende un piccolo intervento che viene praticato durante il parto. Si tratta di una incisione chirurgica del perineo e della vagina, praticata per allargare l'orifizio vaginale e facilitare il passaggio del feto. Viene praticato nel momento finale del travaglio e richiede dei punti di sutura in anestesia locale.

Gravidanza fisiologica

Quella senza eventi patologici, quali diabete, ipertensione, minaccia di aborto, malformazioni del feto, e senza tutte quelle patologie che possono presentarsi sia nella madre che nel feto.

Interruzione del fumo in gravidanza

Si considera l'esposizione diretta al fumo di tabacco durante la gravidanza tra le donne che fumavano prima del concepimento. La sospensione può essere stata anche temporanea, con ripresa a fumare dopo la nascita del bambino", ovvero dopo il parto o dopo la conclusione dell'allattamento al seno.

Latte artificiale

Latte in polvere o liquido derivato da latte vaccino, o anche da altri prodotti non animali come ad esempio la soia, nel caso di latte anallergico. La materia prima viene profondamente lavorata, aggiungendo e togliendo sostanze per rendere il prodotto quanto più possibile simile al latte materno.

Latte di origine animale

Latte di mucca, di asina o capra.

Liquidi non zuccherati

Principalmente acqua, ma anche tisane ed infusi (di finocchio ad esempio) senza aggiunta di zucchero né miele.

Mansioni pesanti o potenzialmente nocive

Si intendono tutte le occupazioni che possono mettere a rischio la salute della mamma o del bambino (ad esempio esposizione ad alte dosi di radiazioni, solventi chimici, metalli; ambienti di lavoro poco salubri per alte temperature o elevato tasso di umidità, ecc.).

Monitoraggio cardiaco continuo del feto (Cardiotocografia)

Il monitoraggio del battito cardiaco fetale, chiamato anche cardiotocografia, è un esame che registra la frequenza del battito cardiaco del bambino e le sue variazioni, rivelando anche le eventuali contrazioni dell'utero. Si intende il monitoraggio applicato in maniera continua per molte ore, durante il travaglio e il parto, senza toglierlo e in alcuni casi anche senza dare la possibilità alla donna di alzarsi o di muoversi liberamente.

Parità

Si considera l'ordine di nascita del figlio. A seconda della loro parità 9, le donne vengono classificate in *nullipare* finché non hanno avuto figli, *primipare* al loro primo parto, ed in *pluripare*, che hanno già avuto parti in precedenza.

Parto cesareo

Intervento chirurgico per mezzo del quale il ginecologo procede all'estrazione del feto. Il parto cesareo **programmato** ricorre quando la data del parto è stata concordata prima del travaglio, **non programmato** se le condizioni della madre o del feto ne pongano l'indicazione durante lo svolgimento del parto stesso.

Parto pretermine

Sulla base della durata della gestazione un parto si definisce: *fortemente pre-termine* (prima della 32^a settimana), *pre-termine* (tra la 32^a e la 36^a settimana), *a termine* (tra la 37^a e la 42^a settimana), *post-termine* dopo la 42^a settimana.

Parto spontaneo (o vaginale)

Parto che avviene con espulsione vaginale del feto. Si definisce **operativo** quando nell'ambito di un parto spontaneo è stato utilizzato anche il forcipe o la ventosa.

Pressioni sul ventre (manovra di Kristeller)

Si tratta di una manipolazione che ha lo scopo di facilitare l'uscita del feto durante il parto in fase espulsiva avanzata, attraverso spinte sulla pancia a livello del fondo dell'utero.

Procedure assistenziali durante il travaglio e il parto

Tra le attività assistenziali durante il travaglio e il parto sono state considerate: la rottura artificiale delle membrane, il monitoraggio cardiaco fetale continuo, somministrazione di ossitocina, pressioni sul ventre, episiotomia e ventosa o forcipe. Le procedure a cui sono state sottoposte le donne sono riferite direttamente dalle intervistate e le risposte sono condizionate dal grado di consapevolezza e dalle informazioni che le donne stesse hanno ricevuto.

Rottura artificiale delle membrane (delle acque)

Le membrane che contengono il liquido amniotico e proteggono il feto possono essere incise durante il travaglio o il parto, attraverso una rottura strumentale o artificiale (amnioressi).

Somministrazione di ossitocina

L'ossitocina è un ormone che contribuisce insieme ad altri all'avanzamento del travaglio e al parto, favorendo le contrazioni. Durante queste fasi, il personale sanitario può decidere di somministrare alla donna ossitocina sintetica con l'intento di velocizzare il parto.