

Salute materno-infantile

Gli indicatori della salute materno-infantile, nonostante i miglioramenti osservati nel tempo, rappresentano ancora un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato ciò dedicando la giornata mondiale della salute del 2005 alla salute materno-infantile e una serie di articoli su questa tematica sono stati pubblicati nel novembre 2006 sulla famosa rivista scientifica Lancet.

Gli autori di questo capitolo del Rapporto ritengono che sia necessario affrontare questo aspetto della sanità pubblica per un duplice motivo: a) esistono ormai numerosi studi in cui si evidenzia l'influenza dello stato di salute in età perinatale e infantile sulla salute successiva della persona; b) i principali indicatori della salute materno infantile permettono di valutare anche la qualità dell'assistenza sanitaria generale sul territorio.

Gli indicatori scelti e già segnalati nel rapporto 2005 sono: tasso di mortalità infantile, neonatale e postneonatale, tasso di abortività volontaria, rapporto di abortività spontanea, proporzione di parti cesarei.

In questo Rapporto non è stato possibile aggiornare i dati sulla mortalità infantile, neonatale e postneonatale in quanto i dati Istat sulle cause di morte dell'anno 2003 non sono ancora disponibili. Il ritardo è dovuto ad un passaggio di codifica delle cause dalla IX revisione dell'International Classification of Diseases alla X revisione.

Riguardo l'abortività volontaria per l'anno 2003 si conferma una stabilizzazione del fenomeno, associata ad un aumento della proporzione delle IVG relative a donne straniere.

Anche i livelli di abortività spontanea risultano essere molto simili a quelli dell'anno precedente. In entrambi i fenomeni risulta evidente una disomogeneità territoriale.

Continua l'aumento della proporzione dei parti cesarei che passa da 36,6% del 2003 a 38,0% del 2004, restando invariate le differenze regionali.

Per individuare possibili strategie per la loro riduzione è stata redatta una scheda sui casi della regione Umbria che presenta valori inferiori alla media nazionale.

Inoltre è stato dato rilievo alla situazione delle mamme lavoratrici con una scheda di approfondimento. Questo poiché la percentuale delle donne che lavorano è aumentata nel corso del tempo (ora pari a circa il 50% delle donne che hanno avuto un figlio) ed esistono evidenti difficoltà nel conciliare il lavoro con la vita familiare.

Infine una scheda è dedicata alla costituzione di un Osservatorio nazionale che si occupa di altri aspetti della salute della donna (per es. tumori, malattie cardiovascolari, menopausa).

Abortività volontaria

Significato. Nel 1978 fu approvata in Italia la Legge 194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie ad essa qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine l'IVG è consentita per gravi problemi di salute fisica o psichica. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private accreditate e autorizzate dalle regioni. Il tasso di abortività volontaria è l'indicatore più frequentemente usato a livello internazio-

le (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni). Permette di valutare l'incidenza del fenomeno che in gran parte dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più completa dell'IVG, è possibile calcolare questo indicatore specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita, cittadinanza. Si può inoltre utilizzare il tasso standardizzato per età al fine di eliminare l'effetto confondente di questa variabile.

Tasso di abortività volontaria

Numeratore	Interruzioni volontarie di gravidanza di donne in età 15-49 anni	
Denominatore	Popolazione femminile media residente di età 15-49 anni	x 1.000

Validità e limiti. L'indicatore viene elaborato con i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall'Istat, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. Per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il modello D12/Istat e l'invio al sistema informativo nazionale. Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull'andamento del fenomeno. Attualmente i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale. I limiti dell'indicatore possono essere rappresentati dal fatto che in alcuni casi viene calcolato utilizzando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (donne residenti e non) e al denominatore le donne residenti, provocando una

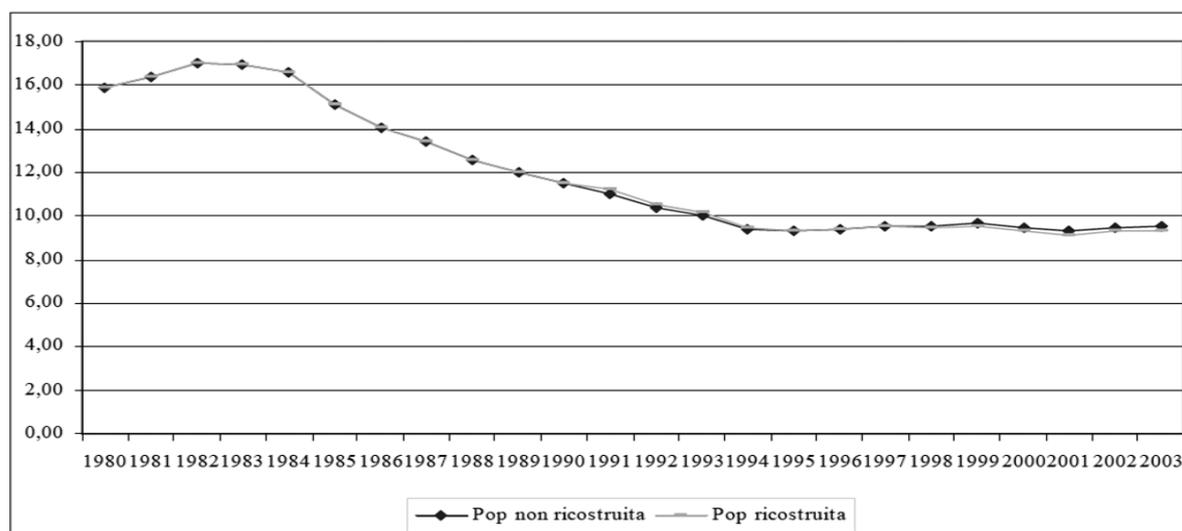
sovrastima o sottostima del fenomeno. Utilizzando invece le donne residenti sia al numeratore che al denominatore, vengono esclusi alcuni casi relativi principalmente alle donne straniere.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle tre regioni con indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Per un commento sul trend e sulle differenze territoriali si faccia riferimento al Rapporto Osservasalute 2005.

Grafico 1 - Tasso standardizzato di abortività volontaria – Anni 1980-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

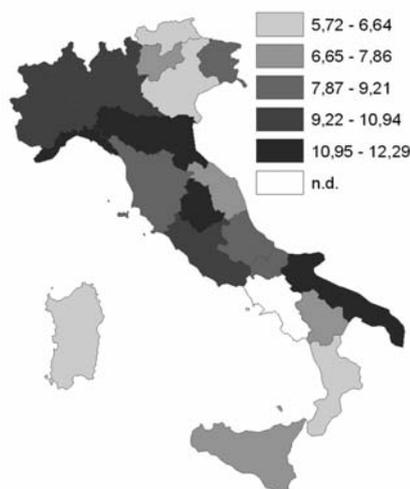
Tabella 1 - Tasso standardizzato di abortività volontaria per regione di residenza, calcolato con la popolazione intercensuaria ricostruita – Anni 1991-2003

Regioni	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Piemonte	11,90	11,20	11,07	10,81	9,87	9,22	9,73	9,99	10,34	10,63	10,39	10,75	10,54
Valle d'Aosta	12,91	11,73	11,37	9,10	8,03	11,20	10,85	10,50	10,89	11,22	10,41	10,63	10,78
Lombardia	10,47	9,88	9,28	8,96	8,76	8,78	9,08	9,06	9,45	9,15	9,47	9,41	10,10
Trentino-Alto Adige	7,27	6,78	6,52	6,05	5,99	6,14	6,16	6,41	6,11	6,04	6,06	6,35	6,33
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,99</i>	<i>5,59</i>	<i>5,50</i>	<i>4,80</i>	<i>4,47</i>	<i>5,09</i>	<i>4,76</i>	<i>5,58</i>	<i>5,36</i>	<i>4,91</i>	<i>4,93</i>	<i>5,04</i>	<i>5,40</i>
<i>Trento</i>	<i>8,56</i>	<i>8,02</i>	<i>7,54</i>	<i>7,34</i>	<i>7,54</i>	<i>7,24</i>	<i>7,60</i>	<i>7,28</i>	<i>6,89</i>	<i>7,20</i>	<i>7,22</i>	<i>7,70</i>	<i>7,26</i>
Veneto	6,59	6,35	6,02	5,36	5,55	5,67	5,74	5,67	6,15	6,06	6,20	6,62	6,47
Friuli-Venezia Giulia	9,80	8,92	8,62	7,80	7,44	7,48	7,58	7,63	7,91	7,48	7,65	7,74	7,94
Liguria	12,43	11,97	11,27	11,50	10,48	11,32	11,02	11,45	11,29	11,32	11,48	11,60	12,29
Emilia-Romagna	12,77	11,77	11,62	9,94	10,20	10,54	10,42	10,66	10,72	10,68	10,59	11,01	10,96
Toscana	12,52	12,09	11,44	11,06	10,13	10,15	10,15	10,21	9,69	10,14	9,40	9,33	9,21
Umbria	14,52	14,21	12,53	12,08	11,60	12,00	11,64	11,22	11,20	11,61	11,86	11,89	11,21
Marche	8,80	8,54	8,29	6,77	6,36	7,64	7,73	7,69	7,50	7,36	7,36	7,69	7,86
Lazio	13,04	12,31	12,40	10,92	10,04	9,80	10,86	10,96	11,33	10,72	10,85	11,31	10,94
Abruzzo	12,16	10,88	10,90	10,26	9,90	10,27	10,38	10,00	9,91	9,59	8,85	9,39	9,02
Molise	15,03	15,02	14,09	12,99	12,84	12,25	12,37	10,39	10,85	10,22	8,46	9,30	8,17
Campania	9,86	9,62	8,99	9,05	9,39	9,25	9,03	9,06	9,28	8,82	8,47	9,00	-
Puglia	19,90	18,55	18,21	16,43	16,57	15,98	15,30	14,63	14,15	13,60	13,31	12,56	12,07
Basilicata	14,04	13,69	13,29	11,40	13,20	10,86	10,63	10,13	9,89	8,65	9,17	8,42	7,52
Calabria	8,69	7,51	7,42	7,29	7,88	8,94	9,37	9,04	8,55	8,30	7,16	7,20	6,64
Sicilia	8,72	7,70	7,30	6,92	7,29	7,98	8,18	8,08	8,29	7,86	7,24	7,49	7,44
Sardegna	8,42	8,64	7,55	7,51	7,91	7,03	6,78	6,23	6,19	6,15	5,84	5,73	5,72
Italia	11,20	10,54	10,14	9,48	9,35	9,37	9,49	9,43	9,54	9,30	9,13	9,29	9,29

Nota: la standardizzazione è stata effettuata utilizzando come popolazione tipo la popolazione media residente al Censimento del 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Anno 2006.

Tasso standardizzato di abortività volontaria per regione di residenza (per 1.000 donne di età 15-49 anni). Anno 2003



I dati presentati dal Ministro della Salute in occasione della Relazione al Parlamento riferiti all'anno 2004 indicano un numero di IVG pari a 138.123. A seguito del Censimento della popolazione condotto nel 2001, l'Istat ha effettuato la ricostruzione della popolazione residente intercensuaria tra gli anni 1992 e 2001. Questo ha comportato una modifica dei tassi di abortività volontaria essendo cambiata la popolazione al denominatore.

Inoltre per il tasso standardizzato è stata considerata come popolazione tipo la popolazione del 2001 a sostituzione di quella del 1991. Si riportano quindi i nuovi tassi standardizzati per gli anni 1991-2003 (tabella 1) e il grafico in serie storica contenente sia i nuovi tassi che quelli precedentemente calcolati (grafico 1). Da questo si deduce che le differenze tra i due non risultano essere consistenti, segnale che la popolazione ricostruita e quella utilizzata precedentemente (stimata dall'Istat), non differiscono in maniera significativa.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi effettuata e che fa riferimento anche al Rapporto Osservasalute 2005, ha evidenziato un cambiamento nel modello di abortività a partire da metà degli anni Novanta. Mentre prima erano le donne meno giovani, coniugate e con figli ad avere un ricorso più elevato all'interruzione volontaria di gravidanza, ora sono le donne più giovani, nubili, senza figli e molto spesso straniere ad avere i tassi di abortività volontaria più elevati. Questo cambiamento dovrebbe riflettersi anche nelle politiche a sostegno della famiglia, indirizzando attività di prevenzione all'aborto verso i soggetti che ne fanno maggior utilizzo.

Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute (2006), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2004. Dati provvisori 2005. Roma: Ministero della Salute, 2006. www.ministerosalute.it.

Abortività spontanea

Significato. La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione spontanea della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. Altri paesi adottano differenti definizioni; attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) indica con aborto spontaneo "l'espulsione o l'estrazione dal corpo materno di un embrione o di un feto con peso uguale o inferiore a 500 grammi" il che corrisponde ad un periodo di gestazione massimo di 20-22 settimane. Sebbene i fattori biologici (quali età della donna e dell'uomo, parità, patologie) siano tuttora considerati i più importanti determinanti della frequenza del fenomeno, in alcuni studi si è evidenziato che questo evento può essere associato a specifiche esposizioni lavorative o ambientali.

re a 500 grammi" il che corrisponde ad un periodo di gestazione massimo di 20-22 settimane. Sebbene i fattori biologici (quali età della donna e dell'uomo, parità, patologie) siano tuttora considerati i più importanti determinanti della frequenza del fenomeno, in alcuni studi si è evidenziato che questo evento può essere associato a specifiche esposizioni lavorative o ambientali.

Rapporto di abortività spontanea

Numeratore	Aborti spontanei di donne in età 15-49 anni	
		x 1.000
Denominatore	Nati vivi da donne di età 15-49 anni	

Validità e limiti. I dati sono rilevati dall'Istat che raccoglie i casi per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono pertanto rilevati. Le statistiche ufficiali dell'Istat sul fenomeno hanno il pregio di ricostruire la serie storica dell'aborto spontaneo in tutto il territorio nazionale, anche se non consentono uno studio su specifici fattori di rischio, ad esclusione delle usuali informazioni di natura socio-demografica. Non è possibile effettuare confronti con altri paesi in quanto non risulta che abbiano registri nazionali sull'abortività spontanea.

L'indicatore maggiormente diffuso in letteratura e qui utilizzato è il rapporto di abortività spontanea riferito ai soli nati vivi. In realtà l'indicatore più corretto da un punto di vista metodologico è la proporzione di abortività che considera al denominatore tutti i casi a rischio di aborto spontaneo, ovvero il totale delle gravidanze dato dalla somma dei nati vivi, nati morti, aborti spontanei e solo una parte delle interruzioni volontarie della gravidanza (in quanto queste ultime potrebbero aver evitato degli aborti spontanei, avendo agito prima che questi potessero verificarsi).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle tre regioni con indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Il trend del rapporto standardizzato mostra un debole andamento crescente fino a metà degli anni '90, seguito da una fase di stabilizzazione. Per ulteriori approfondimenti sull'andamento temporale del fenomeno si veda il Rapporto Osservasalute 2004 pagg. 208-211. Le differenze territoriali sono abbastanza marcate: il

Centro e il Nord-Est seguono l'andamento nazionale con valori più elevati della media, mentre il Mezzogiorno con valori inferiori. Peculiare è il trend del Nord-Ovest che dal 1996 al 2001 ha visto diminuire notevolmente l'indicatore: da 149,10 aborti spontanei per 1000 nati vivi a 109,61. Quindi in genere i valori più elevati si sono osservati al Nord, eccetto a partire dalla seconda metà degli anni Novanta quando è il Centro a prevalere sul resto d'Italia. Il Sud presenta sempre i valori più bassi, anche se le differenze tra le varie ripartizioni si sono assottigliate nel corso del tempo. Tali andamenti possono in parte essere spiegati dalle differenze territoriali dell'età media al parto, come si evidenzia dalla differenza tra rapporti grezzi e standardizzati. Considerando il dettaglio regionale, valori particolarmente elevati nel 2003 si osservano nel Lazio, in Toscana e Basilicata. Come evidenziato in numerosi studi, l'età avanzata della donna è un fattore associato a un rischio di abortività spontanea più elevato. I rapporti di abortività spontanea specifici per età crescono al crescere dell'età della donna, ad esclusione delle giovanissime (<20 anni) che hanno valori superiori delle donne di età 20-29 anni. In particolare un rischio significativamente più elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni, quando il valore dell'indicatore supera del 64% quello riferito alla classe d'età precedente, e si quadruplica nelle donne sopra i 39 anni. Questi valori non mostrano grandi modifiche nel tempo.

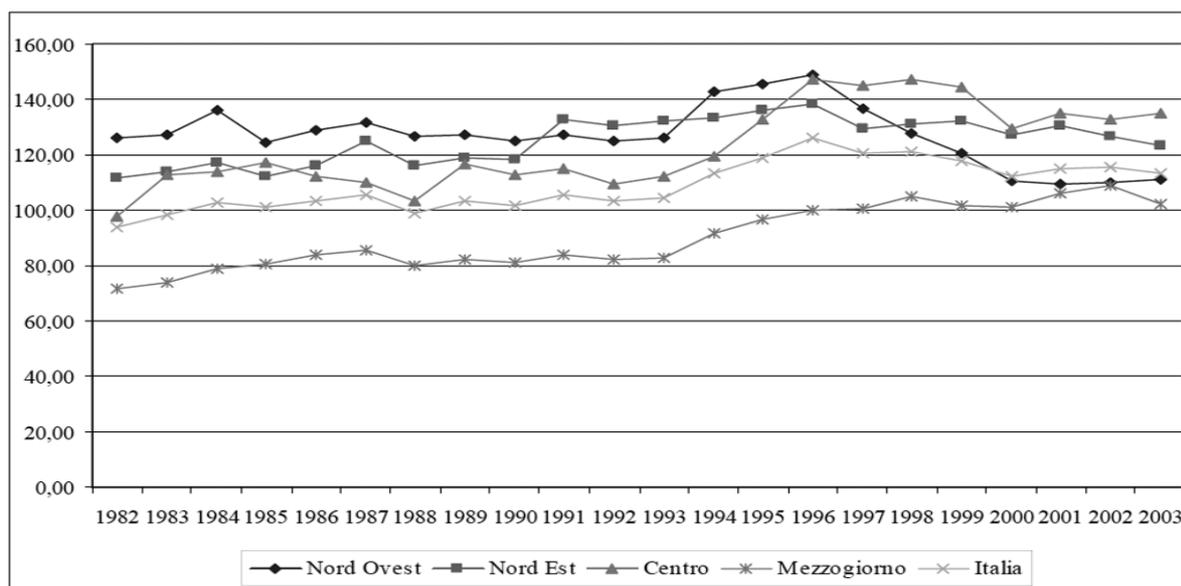
L'aumento del rapporto di abortività spontanea può essere attribuibile a vari fattori, quali una diagnosi più precoce della gravidanza, una migliorata notifica dell'evento, l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare al primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto. I dati di fonte amministrativa Istat, come tutti i flussi routinari, non possono fornire dati su tutti questi aspetti.

Tabella 1 - Rapporto standardizzato e rapporti di abortività spontanea per classi di età e per regione di residenza della donna - Anno 2003

Regioni	Classi di età							Rapporto std	
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Piemonte	190,2	94,7	83,3	90,6	140,1	381,0	870,7	113,0	102,5
Valle d'Aosta	290,4	51,5	72,6	111,7	232,3	227,8	4066,0	132,9	106,5
Lombardia	187,0	110,7	98,1	100,4	153,1	405,2	934,1	126,7	115,7
Trentino-Alto Adige	72,7	95,9	83,9	113,2	171,0	420,5	989,4	129,0	109,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>71,8</i>	<i>72,1</i>	<i>85,0</i>	<i>97,8</i>	<i>157,0</i>	<i>414,4</i>	<i>736,4</i>	<i>117,3</i>	<i>99,1</i>
<i>Trento</i>	<i>74,1</i>	<i>124,3</i>	<i>82,8</i>	<i>130,6</i>	<i>185,4</i>	<i>427,0</i>	<i>1333,1</i>	<i>141,6</i>	<i>121,2</i>
Veneto	178,6	131,9	105,2	113,6	174,5	470,8	1272,9	142,5	129,6
Friuli-Venezia Giulia	187,3	115,4	95,6	116,6	184,7	451,7	1207,8	142,9	124,2
Liguria	188,4	110,1	89,7	79,7	143,2	291,2	397,5	112,3	103,5
Emilia-Romagna	159,4	110,2	100,0	108,7	180,9	430,4	1075,0	137,4	121,0
Toscana	149,0	138,3	115,8	108,5	188,6	468,4	1167,9	148,8	133,9
Umbria	64,0	80,6	85,4	90,0	140,8	396,2	781,9	110,8	96,8
Marche	161,7	74,4	83,2	99,5	155,7	407,2	706,2	117,7	101,8
Lazio	227,8	145,5	118,2	134,2	218,8	548,1	1417,7	171,4	150,2
Abruzzo	103,1	91,1	84,3	83,1	133,3	399,9	772,2	106,8	97,1
Molise	286,7	94,1	68,0	77,9	130,9	355,9	368,8	100,0	94,4
Campania	88,8	84,1	79,1	91,0	149,9	367,6	734,0	103,9	96,5
Puglia	123,9	83,1	78,8	92,7	163,1	373,7	899,5	109,4	99,2
Basilicata	158,5	114,1	117,0	116,5	170,1	548,1	1429,8	145,9	131,7
Calabria	106,2	81,5	81,0	102,9	164,1	401,0	696,0	113,8	102,4
Sicilia	108,7	88,1	92,4	105,4	191,8	424,7	1028,9	124,0	112,2
Sardegna	123,2	94,5	91,0	87,8	164,8	343,1	759,6	126,2	104,3
Italia	135,7	100,9	93,3	103,4	169,3	422,0	969,1	127,6	113,1

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione tipo i nati vivi in Italia al Censimento del 1991.

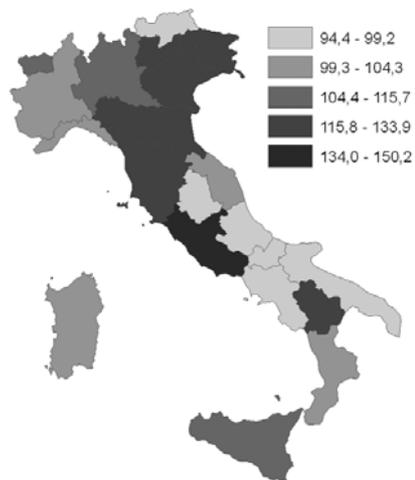
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. "Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo", per gli aborti spontanei. "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita", per i nati vivi. Solo per la provincia di Roma i dati sui nati vivi derivano dalla fonte Agenzia della Sanità Pubblica della regione Lazio. Anno 2005.

Grafico 1 - Rapporto standardizzato di abortività spontanea per ripartizione di residenza della donna - Anni 1982-2003

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione tipo i nati vivi in Italia al 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. "Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo", per gli aborti spontanei. "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita", per i nati vivi. Solo per la provincia di Roma i dati sui nati vivi derivano dalla fonte Agenzia della Sanità Pubblica della regione Lazio. Anno 2005.

Rapporto standardizzato di abortività spontanea per regione.
Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Per comprendere meglio l'influenza dei fattori ambientali e lavorativi sull'aborto spontaneo sono necessari studi condotti ad hoc su popolazioni di specifici settori lavorativi e/o su particolari fattori di esposizione. Infine è importante che le donne in gravidanza esposte ad attività lavorative associate a un maggior rischio di abortività siano trasferite ad altre mansioni nei primi mesi di gravidanza, come indicato dal Decreto Legge n. 151 del 26 marzo 2001 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della Legge 8 marzo 2000 n. 53).

Parti cesarei

Significato. La proporzione di parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in molti paesi occidentali, ed in Italia in particolare sono stati raggiunti valori tra i più elevati al mondo. Sebbene una parte dell'incremento possa essere attribuita a cambiamenti demografici e a miglioramenti delle tecnologie sanitarie, importanti determinanti di questa crescita

sembrano essere rappresentati da fattori non clinici. In situazioni di sovra-utilizzazione, le proporzioni più basse di parto cesareo sembrano rappresentare una migliore qualità dell'assistenza, in termini di appropriato uso delle procedure. La proporzione di parti cesarei viene per questo considerata un indicatore della qualità dell'assistenza.

Percentuale di parti cesarei

Numeratore	Numero di parti cesarei (DRG 370-371)	
		_____ x 100
Denominatore	Numero totale di parti (DRG 370-375)	

Validità e limiti. La proporzione di parti cesarei è registrata con buona precisione ed è verosimile perciò che le differenze osservate rappresentino vere differenze nella performance delle strutture piuttosto che errori di codifica.

Come già discusso nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute (Rapporto Osservasalute 2004, pag. 211-215, Rapporto Osservasalute 2005, pag. 202-203), e ampiamente documentato in letteratura, per poter effettuare confronti tra strutture di ricovero o per valutare comparativamente l'utilizzazione della procedura nella popolazione residente in ciascuna regione, sarebbe necessario considerare la diversa distribuzione dei fattori di rischio del parto cesareo ed in particolare la presenza di un precedente taglio cesareo.

Nel Rapporto Osservasalute 2005 il contributo di Susan Meikle (vedi pag. 204) riferito all'esperienza statunitense ("A National Estimate of evidence of Elective Primary Cesarean Delivery Rate" *Obstetrics & Gynecology*, July 2005;105(4):751-756) sottolineava l'importanza di distinguere le donne che hanno ricevuto un precedente taglio cesareo da quelle in cui la procedura viene praticata per la prima volta, essendo il pregresso cesareo un forte determinante di un successivo parto chirurgico.

D'altra parte, anche considerando solo i tagli cesarei "primari" è di fondamentale importanza, per fare confronti, considerare la diversa possibile distribuzione di altri determinanti clinici e socio-demografici del taglio cesareo, applicando corretti modelli di risk adjustment.

Un recente studio mostra ad esempio che in regione Emilia-Romagna per operare corretti confronti tra strutture è necessario implementare modelli di controllo del confondimento ("Risk adjustment for inter-hospital comparison of primary cesarean section rates: need, validity and parsimony" MP Fantini, E Stivanello, B Frammartino, AP Barone, D Fusco, L Dallolio, P Cacciari, C A Peducci-BMC Health Services Research 2006, 6:100).

Valore di riferimento/Benchmark. Non è noto quale sia la proporzione di taglio cesareo corrispondente alla qualità ottimale delle cure. Sono stati però fissati dei

benchmark con l'obiettivo generale di ridurre la proporzione dei tagli cesarei. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera come ideale una proporzione di taglio cesareo non superiore al 15%.

Il Parlamento italiano sta esaminando un disegno di legge (www.ministerosalute.it) che propone di promuovere una maggiore tutela dei diritti della gestante e del neonato, garantendo un'appropriata assistenza all'intero percorso-nascita, da parte del SSN, riducendone l'eccessiva medicalizzazione e il sovrautilizzo di prestazioni diagnostiche e procedure terapeutiche.

Descrizione dei risultati

Nel 2004, a livello nazionale, la proporzione di tagli cesarei sul totale dei parti è del 38 % con valori stabili o in tendenziale aumento in tutte le regioni. Tutte le regioni presentano un valore superiore al 20% (tabella 1 e grafico 1).

I dati mostrano ancora un forte gradiente Nord-Sud (vedi anche i dati relativi al periodo 1998-2003 su Rapporto Osservasalute 2004 e 2005 sopra citati).

Nella Provincia Autonoma di Bolzano e in regione Friuli Venezia Giulia si registrano i valori più bassi (circa il 23%), mentre la regione Campania continua ad avere il valore più alto (59%), seguita da Sicilia e Basilicata (50%), Molise (49%), Puglia (45,8%) e Calabria (43,7%).

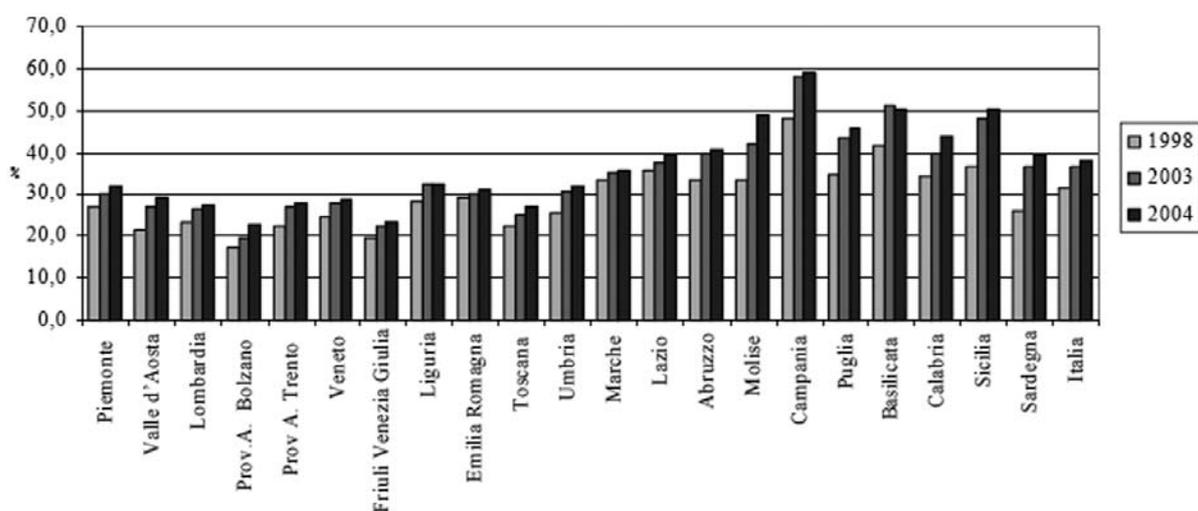
Confrontando le proporzioni di TC del 1998 (anno di riferimento del precedente Rapporto Osservasalute) con quelle del 2004 (tabella 1 e grafico 1) si registra a livello nazionale un aumento dell'utilizzo di questo intervento pari a 6 punti percentuali. L'aumento a livello regionale presenta valori molto variabili, da +15,5 punti percentuali del Molise all' 1,9 dell'Emilia-Romagna. La situazione nazionale dal 2003 al 2004 è aumentata di 1,4 punti percentuali (tabella 1 e grafico 2), guardando poi i valori delle regioni il Molise (6,8), la Calabria (4,0) e la Provincia Autonoma di Bolzano (3,6) hanno i valori più alti, la Basilicata il valore più basso (-0,7 punti percentuali).

Tabella 1 - Percentuale di tagli cesarei per regione (Variazione percentuale) - Anni 1998-2004, 2003-2004

Regioni	1998	2003	2004	Variazione 1998-2004	Variazione 2003-2004
Piemonte	26,9	30,2	32,2	5,3	2,0
Valle d'Aosta	21,5	27,2	29,5	8,0	2,3
Lombardia	23,3	26,6	27,5	4,2	0,9
Bolzano-Bozen	17,3	19,5	23,1	5,8	3,6
Trento	22,4	27,0	28,0	5,6	1,0
Veneto	24,5	27,9	28,8	4,3	0,9
Friuli-Venezia Giulia	19,9	22,4	23,3	3,4	0,9
Liguria	28,5	32,3	32,7	4,2	0,4
Emilia-Romagna	29,3	30,4	31,2	1,9	0,8
Toscana	22,5	25,3	26,8	4,3	1,5
Umbria	25,4	30,6	31,9	6,5	1,3
Marche	33,2	35,4	35,5	2,3	0,1
Lazio	35,5	37,5	39,4	3,9	1,9
Abruzzo	33,5	39,6	40,7	7,2	1,1
Molise	33,5	42,2	49,0	15,5	6,8
Campania	48,0	57,9	59,0	11,0	1,1
Puglia	35,0	43,5	45,8	10,8	2,3
Basilicata	41,8	51,2	50,5	8,7	-0,7
Calabria	34,2	39,7	43,7	9,5	4,0
Sicilia	36,6	47,9	50,4	13,8	2,5
Sardegna	26,0	36,7	39,4	13,4	2,7
Italia	31,4	36,6	38,0	6,6	1,4
Deviazione standard	7,5	9,6	9,8		
Coefficiente di variazione	25,5	27,6	26,8		

Nota: per il 2004 abbiamo l'informazione relativa ai parti cesarei per cittadine con residenza estera o sconosciuta pari al 22,9 %.

Fonti dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Anni 1998, 2003 e 2004. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di tagli cesarei per regione - Anni 1998, 2003 e 2004

Fonti dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute – Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Anni 1998, 2003 e 2004. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dal momento che la proporzione di TC si presenta molto alta, sforzi tesi a comprendere e controllare questo fenomeno intrapresi sia a livello nazionale sia

in varie regioni, devono essere perseguiti ovunque.

Il disegno di legge sopra citato dimostra una forte volontà programmatica in tal senso e fornisce indicazioni per l'implementazione di appropriati percorsi-nascita.

I parti cesarei in Umbria

Dott. Marsilio Francucci, Dott.ssa Margherita Tockner, Dott. Giuseppe Vallesi, Prof.ssa Liliana Minelli

Il taglio cesareo (TC) rappresenta una procedura potenzialmente soggetta a sovrautilizzo, l'OMS indica come valore di riferimento un tasso pari al 15%¹ e l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) afferma che valori più bassi rappresentano una migliore qualità dell'assistenza².

Mentre negli Stati Uniti il ricorso al TC ha ormai assunto un trend in diminuzione, in tutte le regioni italiane si assiste ad un costante aumento³; il tasso italiano nel 2003 è stato del 36,9% ed è il più elevato nell'Unione Europea⁴, nonostante il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003/2005 avesse posto come obiettivo il 20%.

Anche in Umbria si è verificato un costante aumento dei parti cesarei (25,4% nel 1998 e 30,6% nel 2003) e la loro riduzione nelle donne a basso rischio è stata posta come obiettivo nel Piano Sanitario Regionale 2003/2005. Nell'ambito del Documento di Valutazione sui Determinanti di Salute e sulle Strategie del Servizio Sanitario Regionale (DVSS), finalizzato alla valutazione degli esiti di salute e alla verifica degli obiettivi del piano, è stato proposto un approfondimento basato su due strumenti:

- l'analisi dei Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) relativi al 2004;
- il calcolo di tre indicatori sviluppati dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) utilizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative al periodo 2001-2004;
- tasso di parti cesarei (*percentuale dei parti con TC sul totale dei parti*);
- tasso di parti cesarei primitivi (*percentuale dei parti con TC sul totale dei parti in donne senza pregresso cesareo*);
- tasso di parti vaginali dopo TC, senza complicanze (*percentuale di donne con pregresso cesareo che sono andate incontro ad un parto per via vaginale*).

L'analisi dei CeDAP rivela che negli 11 punti nascita regionali, tutti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, sono stati effettuati 7620 parti: il 65,7% per via vaginale, l'1,6% per via vaginale operativa, il 31% mediante TC. Distinguendo i parti cesarei d'elezione (TCe) da quelli in travaglio, per i quali difficilmente è ipotizzabile una riduzione, si evidenzia che i TCe rappresentano il 61,7%, valore superiore al 56,9% registrato in Emilia-Romagna nello stesso anno⁵.

Analizzando la modalità del parto in relazione alla cittadinanza ed alla scolarità, si rileva che:

- nelle donne con cittadinanza italiana è più frequente il ricorso al taglio cesareo (31,5% versus 28,7%), così come al TCe, 18,9% rispetto al 15,0% delle straniere, mentre in queste ultime è più frequente il parto cesareo in travaglio (13,7% e 12,6%).
- le donne con bassa scolarità sono sottoposte a parto cesareo con maggiore frequenza (32,6%) rispetto a quelle con diploma di scuola media superiore (30,5%) e alle laureate (30,6%).

Tabella 1 - Parti per tipologia e punto nascita della regione Umbria - Anni 2001-2004

Ospedali	Totale parti	Donne senza pregresso TC				Donne con pregresso TC			
		Vaginali Numero	%	Cesarei Numero	%	Cesarei Numero	%	Vaginali Numero	%
Città di Castello	2.355	1.501	63,74	636	27,01	215	9,13	3	0,13
Gubbio	1.256	839	66,80	270	21,50	147	11,70	0	0,00
Castiglione del Lago	1.505	998	66,31	347	23,06	160	10,63	0	0,00
Assisi	2.799	2.271	81,14	306	10,93	175	6,25	47	1,68
Marsciano	1.388	1.106	79,68	155	11,17	127	9,15	0	0,00
Foligno	2.989	2.393	80,06	403	13,48	115	3,85	78	2,61
Spoleto	1.662	1.210	72,80	265	15,94	174	10,47	13	0,78
Orvieto	1.448	1.033	71,34	316	21,82	92	6,35	7	0,48
Narni	2.150	1.373	63,86	538	25,02	219	10,19	20	0,93
A.O. di Perugia	6.791	4.873	71,76	1242	18,29	526	7,75	150	2,21
A.O. di Terni	3.719	2.665	71,66	716	19,25	320	8,60	18	0,48
Umbria	28.064	20.264	72,21	5.194	18,51	2.270	8,09	336	1,20

Fonte dei dati e anno di riferimento: SDO regione Umbria. Anno 2006.

L'analisi delle SDO ha evidenziato (tabella 1) che in Umbria nel periodo considerato sono stati effettuati 28.064 parti: parti vaginali in donne non sottoposte a TC (72,2 %), TC primitivi (18,5%) e TC secondari (8,1%). I parti vaginali dopo pregresso TC sono stati soltanto 336, l'1,2% di tutti i parti ed il 12,9% dei parti in donne sottoposte a precedente TC.

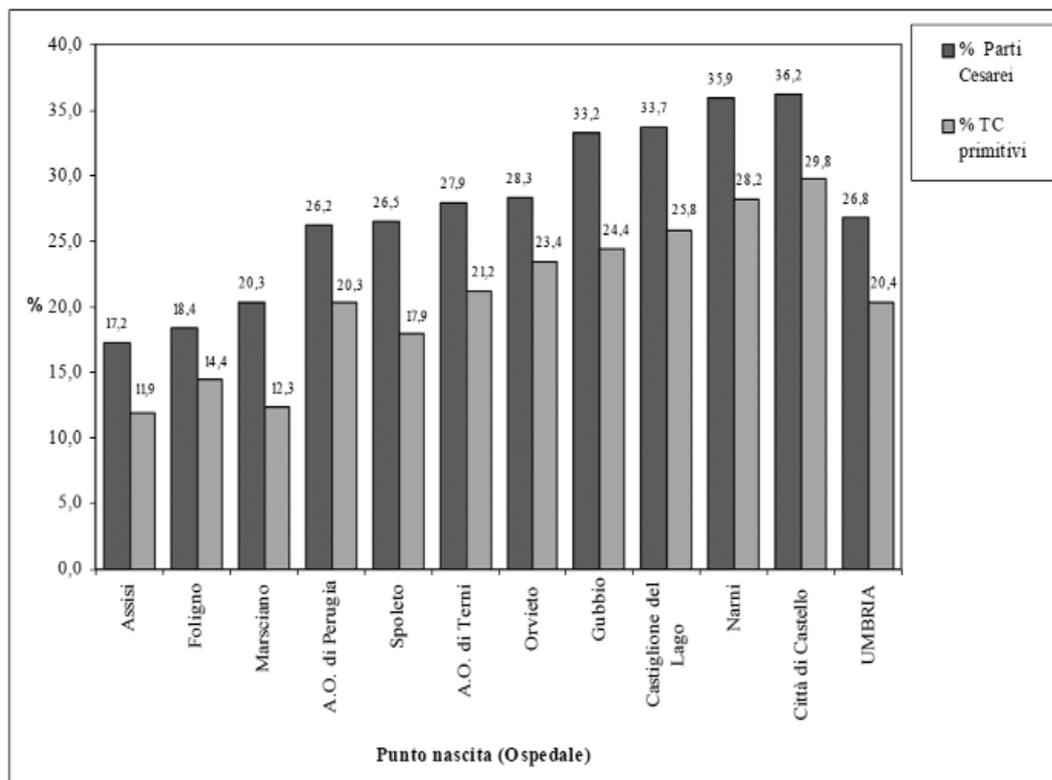
Nel grafico 1 vengono analizzati il *tasso complessivo di parti cesarei* ed il *tasso dei TC primitivi*, entrambi calcolati prendendo in esame solo le donne a basso rischio, poiché dal denominatore sono escluse le pazienti con fattori di rischio quali: presentazione anomala, gravidanza pretermine, morte fetale e gravidanza plurima.

I TC primitivi costituiscono una componente importante rappresentando il 69,6% dei parti cesarei complessivi con variazioni dal 55% (punto nascita Marciano) al 77,8% (punto nascita Foligno).

Il grafico mostra che:

- l'andamento dei due tassi è sostanzialmente sovrapponibile;
- è presente una certa variabilità del ricorso al TC nei diversi punti nascita regionali, verosimilmente non imputabile ad eventuali differenze legate all'aumento dell'età media della madre al primo parto o alla diversa presenza di fattori di rischio nella popolazione afferente agli ospedali (case mix), ma in gran parte attribuibile ad un diverso comportamento clinico come segnalato anche in letteratura²;
- tre punti nascita raggiungono valori in linea con l'obiettivo previsto dal PSN 2003/25 e due di essi sono vicini al 15% fissato dall'OMS (best practice); in tutti e tre i casi il tasso di TC primitivi è inferiore al 15%.

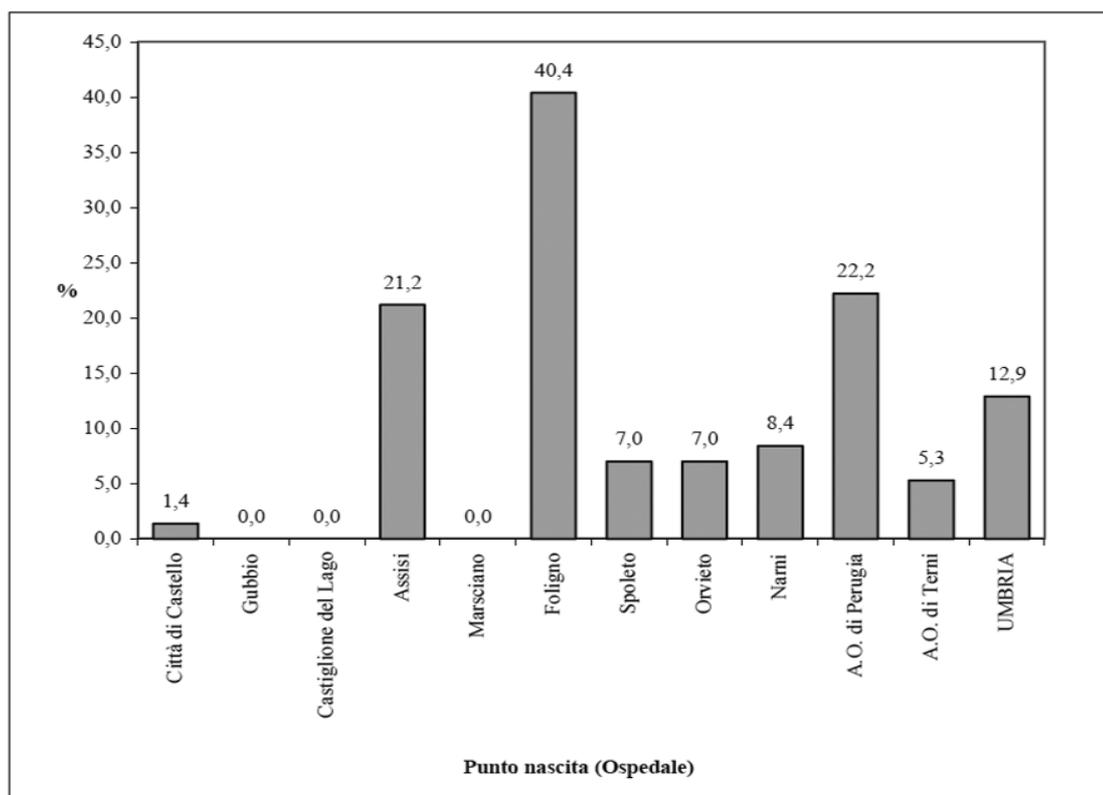
Grafico 1 - Percentuale di parti cesarei e percentuale di parti cesarei primitivi, per punto nascita – Anni 2001-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: SDO regione Umbria. Anno 2006.

L'analisi dei parti vaginali dopo TC (grafico 2) evidenzia valori da 0% a 40,4% e fa emergere un diverso approccio negli 11 punti nascita regionali.

Confrontando i tre indicatori si evidenzia che il ricorso al parto vaginale dopo TC non è inversamente proporzionale al tasso totale di parti cesarei: dei tre presidi con performance migliore, in due casi la percentuale di parti vaginali dopo TC è elevata, mentre nell'altro è pari a 0.

Grafico 2 - Percentuale di parti vaginali dopo TC, senza complicanze, per punto nascita – Anni 2001-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: SDO regione Umbria. Anno 2006.

L'analisi dei dati con i professionisti ha permesso di evidenziare che gli elementi che hanno consentito di raggiungere i migliori risultati sono interventi come i corsi di preparazione al parto durante la gravidanza, il monitoraggio ante-partum e durante il travaglio (da effettuarsi usando meno tecnologia possibile e compatibile con la sicurezza), l'offerta del parto in analgesia, l'informazione corretta alle donne sui rischi e benefici delle diverse modalità del parto.

I dati dei parti vaginali dopo TC vanno interpretati con cautela: in letteratura è riportato che questa procedura è potenzialmente sottoutilizzata e pertanto tassi più alti potrebbero rappresentare una migliore qualità². Tuttavia, non tutti gli autori concordano rispetto al rapporto rischio-beneficio del parto vaginale dopo cesareo e per tale motivo questo dato non sarà di facile interpretazione fino a quando non saranno disponibili analisi più dettagliate ed indicatori di esito per la madre (rottura uterina, durata della degenza) e per il neonato (mortalità neonatale e traumi).

Al momento attuale le iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre il ricorso al TC nelle donne a basso rischio dovrebbero essere concentrate sull'indicazione ai parti cesarei primitivi.

Parimenti, è necessario sostenere un cambiamento culturale che coinvolga sia gli operatori sanitari che le donne e che consideri l'utilizzo delle tecnologie un supporto inserito in un approccio umanizzato al parto e alla nascita, che rimangono, prima di tutto, eventi fisiologici.

Per promuovere comportamenti clinici appropriati (Evidence Based Obstetrics) e per favorire interventi centrati sul benessere materno e feto-neonatale, a livello regionale sono state adottate iniziative volte a:

- sviluppare il monitoraggio degli indicatori, applicare il risk adjustment e valutare gli esiti dei parti cesarei e vaginali, per la madre e per il neonato;
- favorire la raccolta sistematica di ulteriori elementi, quali: precedente storia ostetrica (parità), età gestazionale, presentazione, modalità del travaglio e del parto, numero dei feti attraverso lo sviluppo di link informatici tra i vari database (SDO, CedAP, Anagrafe assistiti) con l'obiettivo di definire meglio le caratteristiche delle donne assistite. A tale riguardo si ritiene utile la classificazione proposta da Robson⁶, che individua 10 categorie mutuamente esclusive che quantificano altrettante sottopopolazioni, entro le quali è possibile analizzare la frequenza di ricorso al parto cesareo. Ciò consentirebbe di rilevare se la variabilità è ascrivibile ad una diver-

sa composizione della popolazione e di identificare le classi nelle quali una riduzione del ricorso al taglio cesareo si tradurrebbe in una riduzione del tasso totale di interventi.

- costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare per la condivisione e l'implementazione di una linea guida sul TC e incoraggiare l'attivazione dell'audit clinico;
- supportare la scelta delle donne garantendo informazioni corrette e complete sui rischi e benefici delle diverse modalità del parto.

Riferimenti bibliografici

1. WHO, Appropriate technology for birth. Lancet, 1985 Aug 24;2(8452):436-7.
2. Department for Health and Human Services – Agency for Healthcare Research and Quality; Inpatients Quality Indicators: Technical Specifications. Giugno 2002, (http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_technical_specs_v30.pdf).
3. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto osservasalute 2005, Ed. Prex, Dicembre 2005. (<http://www.osservasalute.it/>).
4. Istituto Nazionale di Statistica, Gravidanza, Parto, Allattamento al seno 2004-2005. Roma: ISTAT, Giugno 2006. (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060605_00/testointegrale.pdf).
5. Regione Emilia-Romagna, La nascita in Emilia-Romagna, 2° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP), Dicembre 2005, (http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2004.pdf).
6. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2001;15:179-94.

L'interazione maternità-lavoro

Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Sabrina Prati

Contesto

L'interazione maternità-lavoro è sicuramente un elemento di criticità per le neo-madri. Se è vero, da un lato, che le donne e le madri sono sempre più istruite e sempre più inserite nel mondo del lavoro, dall'altro, la conciliazione del lavoro extra-domestico con il lavoro familiare può risultare difficile e indurre ad optare per l'uno o l'altro dei due ruoli: lavoratrice o madre.

La partecipazione delle neo-madri al mercato del lavoro rivela comportamenti estremamente differenziati per area di residenza, titolo di studio e numero di figli avuti. Lavorano il 63,2% delle neo-madri residenti al Centro-Nord e solo il 32,5 delle donne del Mezzogiorno. Lavora il 76% delle donne laureate e solo il 32% di quelle con una licenza media o elementare. Infine le neo-madri al primo figlio sono in prevalenza occupate (57%) mentre questa proporzione scende al 44,7% per le donne con 2 o più figli.

Metodi

L'indagine campionaria sulle nascite è stata effettuata dall'Istat su un campione pari al 10% di tutte le nascite verificatesi in un anno. Sono state intervistate con la tecnica CATI (Computer Assisted Telephone Interview) circa 50.000 madri, ad una distanza media dalla nascita dei figli di 18-21 mesi. Ad un terzo delle intervistate è stato somministrato un modulo di approfondimento sulle variazioni nella loro condizione professionale prima e dopo la nascita dei figli. Sono state realizzate finora due edizioni dell'indagine, nel 2002 e nel 2005. I risultati del presente lavoro si riferiscono alla prima edizione, non essendo ancora disponibili i dati più recenti.

Risultati e Discussione

Le madri che lavorano fuori casa hanno nella maggioranza dei casi un impiego nel settore privato (69% contro il 31% nel pubblico). Per l'82% delle madri si tratta di un lavoro a tempo indeterminato, mentre il 14% lavora con un contratto a tempo determinato e il 4% è senza contratto, con un lavoro occasionale o stagionale. A titolo indicativo si consideri che dai dati sulle forze di lavoro riferiti al 2001, ha un lavoro permanente l'88,1% delle donne (considerate nel complesso) e il 91,7% degli uomini.

Lavorano in proprio il 18% delle madri (il 21,6% delle donne e il 31,6% degli uomini nel complesso). Dell'82% delle madri che lavorano alle dipendenze, il 33,2% lavora part-time; in questo caso si tratta di un valore molto superiore a quello di tutte le donne part-timers (16,9%, e solo il 3,5% degli uomini lavora a tempo parziale).

Per quanto riguarda il settore di attività economica, il 33,6% lavora nel pubblico impiego (pubblica amministrazione, istruzione, sanità ed altri servizi sociali), il 23,6% si occupa di una attività commerciale (all'ingrosso e al dettaglio, alberghi e ristoranti), il 22,1% ha un impiego nei servizi (intermediazione, noleggio e altre attività professionali, trasporti e comunicazioni, altri servizi pubblici sociali), il 18,1% nell'industria e solo il 2,5% nel settore agricolo.

Il punto di incontro potenziale tra lavoro e famiglia dovrebbe vedere le donne, e le coppie, perfettamente in grado di poter scegliere in base alle loro aspettative e ai loro progetti di vita: familiare e professionale. Conciliare scelte riproduttive e lavorative significa non dover subordinare una scelta all'altra. Dai risultati dell'indagine condotta dall'Istat sulle neomamme emerge, tuttavia, che il diritto di scegliere è solo teorico per molte donne.

Quando la conciliazione è improponibile: le neomadri che perdono o lasciano il lavoro

Ci sono donne che perdono il lavoro dopo la nascita dei figli (il 6% di tutte quelle che lavoravano in gravidanza è stata licenziata, in alcuni casi il loro contratto è terminato oppure è cessata l'attività del datore di lavoro).

Più numerose sono le donne che decidono di abbandonare il lavoro (il 14% di chi lavorava in gravidanza), o per via degli orari inconciliabili con i nuovi impegni familiari o per potersi dedicare completamente alla famiglia. Ma questa scelta è in alcuni casi destinata ad avere pesanti conseguenze sulla condizione socioeconomica della famiglia; nelle famiglie con figli due redditi sono spesso necessari. Quando entrambi i genitori lavorano, è il 16% delle famiglie che si è trovato a dover fronteggiare delle situazioni di difficoltà economiche dopo la nascita del bambino. Quando le madri sono casalinghe, al contrario, questa proporzione sale al 26%. Infine, tra le donne che risultano in cerca di occupazione ben il 37% ha dichiarato di avere avuto problemi economici dopo la nascita del bambino.

Lasciare il lavoro, è nell'intenzione di molte madri, una scelta momentanea. Si è visto, infatti, che tra tutte le donne che hanno svolto un'attività lavorativa nel corso della loro vita, ma che non lavorano né all'intervista né in gravidanza, il 71% desidera tornare a lavorare in futuro. Tuttavia, un'interruzione nell'attività lavorativa può

comportare un rischio elevato di non reinserirsi nel mondo del lavoro, o di rimanerne a lungo al di fuori. Questo è ancora più vero in presenza di minori opportunità di lavoro come accade nel Mezzogiorno, in cui risiedono prevalentemente le donne che non lavorano.

A livello regionale ci sono delle differenze evidenti nella percentuale di donne che hanno lasciato o perso il lavoro a seguito della nascita di un figlio (vedi grafico 1). I valori più alti (oltre il 27% a fronte di una media nazionale pari al 20%) si riscontrano nella PA di Bolzano e in alcune regioni del Sud (Molise, Campania, Basilicata, Sardegna).

Rischi più contenuti si riscontrano, al contrario, per le donne residenti in Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria, che presentano una percentuale inferiore al 17%. Le ragioni di queste differenze territoriali sono molteplici e sono verosimilmente riconducibili alle diverse opportunità del mercato del lavoro per le donne, nella distribuzione di servizi per l'infanzia sul territorio, nelle differenze culturali nei confronti dell'accudimento dei bambini piccoli da parte di persone diverse dalla madre.

I disagi delle neo-madri che continuano a lavorare

L'indagine consente di dare voce alle neo-madri lavoratrici, chiedendo loro una valutazione soggettiva sull'esistenza o meno di disagi sul lavoro o di ostacoli che si frappongono alla conciliazione dei tempi del lavoro con quelli familiari e, più in generale, di vita. Il 35,7% delle madri che lavorano dichiara di avere delle difficoltà nel conciliare la vita lavorativa con quella familiare. Gli aspetti più critici del lavoro svolto risultano in particolare: "la rigidità nell'orario di lavoro" (nel senso di non poter entrare più tardi o uscire anticipatamente se necessario, o usufruire di ore di permesso privato, ecc.) e lo "svolgere turni, lavorare la sera o nel fine settimana".

Riferiscono difficoltà di conciliazione superiori alla media le madri con età più elevata e con più figli (il 44% delle quarantenni ha problemi di conciliazione) e con un'istruzione più elevata (il 44% delle laureate), che lavorano a tempo indeterminato (il 38%) e full-time (47%). Inoltre, i problemi nella conciliazione sono minori per le madri che possono usufruire delle reti di aiuto informale: il 31,8% delle madri che lasciano i bambini ai nonni contro il 38,7% di chi ricorre agli asili nido e il 43,6% di chi li affida a una baby sitter.

Lo stress causato dalle crescenti difficoltà induce alcune donne a diminuire la loro disponibilità verso gli impegni di lavoro, lo dichiara il 41% delle intervistate che hanno continuato a svolgere lo stesso lavoro dopo la nascita dei figli, pur avendo avuto delle variazioni nella loro condizione lavorativa. Tale minore disponibilità riguarda principalmente la riduzione dell'orario di lavoro e la partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento.

Quasi un quarto delle neo-madri lavoratrici (il 24%), infine, ha dichiarato che i colleghi o i superiori hanno fatto loro pesare la nascita del bambino.

Le strategie di conciliazione

In ogni caso, tutte le neo-mamme che lavorano si trovano a dover affrontare il problema di trovare un equilibrio tra i due ruoli. Che strategie usano?

Il part-time

Utilizzano il part-time, il 43% delle madri che risiedono al Nord e al Centro e il 31% di quelle del Mezzogiorno. Lo utilizzano soprattutto se hanno due o più figli (43%), se hanno un titolo di studio medio-basso e se lavorano nel settore privato (48,4%) e nel ramo dei servizi e del commercio (55%).

La motivazione prevalente per lavorare a tempo parziale è di avere più tempo da dedicare ai figli e alla famiglia. Tale obiettivo sembra in parte raggiunto se l'81% delle neo-madri part-timers dichiara di non avere difficoltà nel conciliare famiglia e lavoro, mentre solo il 47% delle neo-madri che lavorano a tempo pieno si esprime in questo modo. Il part-time è dunque, sicuramente, un importante strumento di conciliazione, soprattutto se *volontario* e *reversibile*.

Esiste, infatti, una quota di part-time "subito" e non scelto che rappresenta per le donne un ripiego rispetto ad una occupazione a tempo pieno difficile da trovare. Questo è vero soprattutto per le donne del Mezzogiorno e per quelle in posizioni professionali medio-basse.

L'astensione per maternità e i congedi parentali

Utilizzano lo strumento dell'astensione facoltativa dal lavoro e i congedi parentali, più al Nord (81% delle neo-madri) che al Sud (66%). Le donne del Sud, inoltre, tendono ad anticipare il rientro al lavoro; circa il 65% di loro rientra al lavoro entro i 6 mesi di vita del bambino, contro il 33% delle madri del Nord.

Alla domanda "avrebbe voluto restare a casa ulteriormente?" il campione delle madri si spacca esattamente a metà, esprimendo nel 50% dei casi il desiderio di protrarre più a lungo l'assenza dal lavoro e, per l'altro 50%, quello di tornare al lavoro.

Anche in questo caso esiste un netto gradiente Nord-Sud. In particolare il 54% delle madri del Mezzogiorno, che come si è detto tendono ad anticipare il rientro al lavoro, in realtà dichiara che avrebbe voluto restare a casa più a lungo.

Quando si richiedono alle donne le motivazioni per non aver protratto il periodo di astensione dal lavoro più a lungo emerge un comportamento diversificato per titolo di studio.

La motivazione prevalente è per tutte le madri *“per esigenze economiche”*, tuttavia le donne laureate che hanno indicato questo motivo sono il 39%, contro il 51% delle diplomate e il 63% delle donne con basso titolo di studio. Il secondo motivo indicato dalle madri è *“il mio lavoro richiedeva la mia presenza”*: si sono espresse in questo modo il 31% delle laureate, il 24% delle diplomate e il 16% delle donne che hanno frequentato la scuola dell’obbligo. Queste due motivazioni rimandano al valore che le donne attribuiscono al loro lavoro: è necessario al benessere economico della famiglia e al tempo stesso le interessa, le coinvolge e le rende indipendenti.

I congedi parentali rappresentano sicuramente uno strumento validissimo per consentire alle madri e ai padri con figli piccoli di conciliare il tempo delle cure con quello del lavoro. Tuttavia, i principi paritari che hanno ispirato la nostra normativa sono al momento del tutto disattesi quando si considerano le madri e i padri. Solo il 7% dei padri, infatti, *ha usufruito di un periodo di congedo parentale entro i primi due anni di vita del bambino, un altro 4% intende usufruirne in futuro.*

Le reti formali e informali per la cura dei bambini

Si avvalgono di una rete di aiuti per la cura dei bambini e l’alleggerimento dei carichi di lavoro domestico.

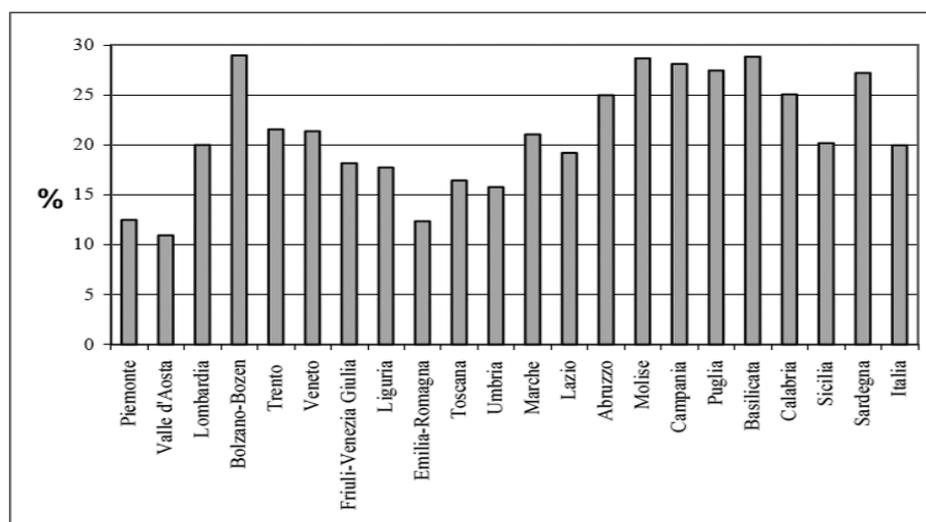
La peculiarità del nostro paese è ravvisabile nel ricorso intenso alla rete di aiuti informale e alla solidarietà inter-generazionale. Sei bambini su dieci sono affidati ai nonni *quando la madre lavora*. Questo avviene principalmente per la carenza di servizi per l’infanzia: solo due bambini su dieci frequentano un asilo nido pubblico o privato nei primi due anni di vita.

L’analisi territoriale rivela che, sebbene il modello di affidamento sia lo stesso nelle ripartizioni, tuttavia il Mezzogiorno si distingue per la carenza di asili nido: i bambini che frequentano un nido pubblico sono solo il 6% nel Mezzogiorno, mentre sono il 13% al Centro e il 15% al Nord.

Il piacere e l’onere della cura dei nipoti grava sui nonni in maniera decrescente passando dai primogeniti ai bambini di ordine successivo. L’impegno richiesto ai nonni è quasi dimezzato per *i bambini del terzo ordine o più (36%), rispetto ai primogeniti (60%).*

Questo fenomeno si spiega, in parte, anche con il progressivo avanzare dell’età dei nonni all’aumentare dell’ordine di nascita dei bambini; tra un primogenito e un terzogenito ci possono essere anche più di dieci anni di distanza. In secondo luogo, l’opportunità di usufruire di un asilo pubblico aumenta per i bambini con altri fratelli.

Grafico 1 - Percentuale di donne che hanno lasciato o perso il lavoro a seguito della nascita di un figlio per regione - Anno 2002



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine campionaria sulle nascite. Anno 2002.

Conclusioni

Diminuire lo stress lavorativo delle madri con figli piccoli potrebbe essere un obiettivo perseguibile in diverse maniere, non necessariamente alternative tra loro: favorire la conciliazione dei tempi di vita lavorativi e familiari, promuovere e incentivare l'astensione facoltativa dal lavoro e il ricorso ai congedi parentali da parte dei padri, facilitare e sostenere il reinserimento nel mercato del lavoro da parte delle donne che desiderano tornare o lavorare dopo la "pausa" dei figli piccoli.

Riferimenti bibliografici

<http://www.demo.istat.it/altridati/nascite2002/index.html>.

CNEL (2004), Atti del convegno Maternità e partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Tra vincoli e strategie di conciliazione, Documenti n. 49, Roma.

Istat (2002), Forze di lavoro, Media 2001, Annuario n. 7, Roma.

Istat (2006), L'indagine campionaria sulle nascite: obiettivi, metodologia e organizzazione, Metodi e Norme n. 28, Roma.

O.N.Da.: un nuovo Osservatorio nazionale sulla salute della donna

Dott.ssa Francesca Merzagora

La salute femminile come scrive la filosofa Nicla Vassallo pur essendo una salute “delicata” passa per lo più inosservata: molti studi dimostrano quanto le donne siano svantaggiate nella tutela della loro salute e quanti fattori agiscano negativamente sulla loro salute: doppio lavoro, stress, scarsa partecipazione femminile negli studi clinici controllati, propensione tipicamente femminile ad occuparsi prima delle necessità degli altri che delle proprie e scarsità di potere economico e sociale.

Da qui l'idea di costituire (con Alberto Costa e Gilberto Corbellini) O.N.Da, un Osservatorio nazionale sulla salute della donna presieduto da Francesca Merzagora che si occupi delle problematiche e delle tematiche che si declinano principalmente al femminile: malattie cardiovascolari (ritenute erroneamente appannaggio solo del sesso maschile), oncologia (oltre al tumore al seno il tumore al collo dell'utero e al polmone in rapido aumento a causa del vizio di fumo di sigarette), malattie neurodegenerative (l'Alzheimer colpisce dopo i 65 anni prevalentemente le donne), patologie psichiche (i disturbi del comportamento alimentare sono tipicamente femminili e riguardano ragazze giovani che esprimono un disagio affettivo pesante), malattie a trasmissione sessuale (e non solo l'Aids), tematiche riproduttive (infertilità, fecondazione medicalmente assistita, problematiche della gravidanza) e infine menopausa e osteoporosi (un'età delicata da vivere però serenamente).

L'obiettivo dell'Osservatorio è diffondere una cultura della salute di genere, ancora poco sentita in Italia e promuovere tra l'altro il ruolo sociale della donna nella valorizzazione della ricerca scientifica e nell'innovazione tecnologica, nonché dell'istruzione e dell'educazione in ambito medico-sanitario, allo scopo di migliorare le opportunità di sviluppo di nuove cure e di metodi di prevenzione che le nuove biotecnologie applicate alla salute prefigurano per i cittadini.

Il miglioramento della salute femminile dipende anche dall'avanzamento delle conoscenze scientifiche: l'universo femminile può strategicamente influenzare le aspettative e gli atteggiamenti a livello sociale, politico ed economico nei riguardi della scienza e della tecnologia.

Il Comitato scientifico di O.N.Da presieduto da Cinzia Caporale, include specialisti di grande spessore quali C. Vergani, W. Ricciardi, M. Luisa Brandi, U. Veronesi, M.G. Modena, E. Cattaneo, Giovanni Apolone, Gianna Schelotto, Patrizia Colarizi, Isabella Coghi e Ariana Albini oltre all'avv. M. De Tilla, a Nicla Vassallo, Laura Pellegrini e Salvatore Carrubba.

Attraverso una serie di ricerche sulla condizione della salute delle italiane, un ciclo di conferenze a tema in tutta Italia, convegni e tavole rotonde e attraverso il sito di O.N.Da: www.ondaosservatorio.it, l'Osservatorio sta coinvolgendo le *Istituzioni* (impegnate nel delicato compito di reperire e allocare le risorse peraltro sempre più scarse), la *classe medica* (che occorre far avvicinare maggiormente alle donne), la *popolazione femminile* (che grazie alla capacità di fare rete può fungere da motore per avviare e promuovere a tutti i livelli il necessario cambiamento culturale), l'*Università* (coinvolta in vari progetti di ricerca) e infine il mondo delle *imprese* (ora più sensibile ai temi della salute femmi-