Nascere a Roma oggi

Nascere a Roma oggi

Il Melograno è un'associazione di promozione sociale per una nuova cultura della maternità, della nascita e della prima infanzia.

Dal 1983, a Roma, è un punto di riferimento per le donne e le coppie che desiderano vivere da protagoniste la nascita del figlio nel rispetto delle proprie scelte, della propria individualità, della propria cultura.

Il Melograno di Roma è uno dei centri affiliati all'Associazione Nazionale Il Melograno Centri Informazione Maternità e Nascita

www.melogranoroma.org
www.melograno.org

Il Melograno
Centro Informazione Maternità e Nascita

Via Saturnia, 4/a - 00183 Roma
Tel: 06 70475606 - info@melogranoroma.org

Le mamme di Roma

I luoghi del parto

Come si nasce e si partorisce

Il percorso nascita, dalla gravidanza all'allattamento

IL MELOGRANO
Centro Informazione
Maternità e Nascita

Melograno Salute
PREVENZIONE DIAGNOSI CURA

IL MELOGRANO
psicologia clinica

IL MELOGRANO
Centro Informazione
Maternità e Nascita

Indice

pg. 1 Introduzione - Romana Prosperi Porta
Presidente Associazione Il Melograno - Roma

pg. 2 **Le mamme di Roma**

Analisi e commento dati
La maternità delle donne straniere

pg. 6 **I luoghi del parto**

Analisi e commento dati
Casa del Parto "Acqualuce" di Ostia
Il parto a casa

pg. 10 **Come si nasce e si partorisce**

Analisi e commento dati
Nascita attiva
La libertà di scegliere
La mortalità materna

pg. 16 **Il percorso nascita, dalla gravidanza all'allattamento**

Analisi e commento dei dati
La continuità assistenziale nel percorso nascita
Ospedali&Comunità Amici dei Bambini
La nascita dalla parte del neonato

pg. 21 Conclusioni

pg. 22 Postfazione - Michele Grandolfo
Epidemiologo, già dirigente di ricerca Istituto Superiore di Sanità

pg. 24 Appendice
I punti nascita di Roma
I nuovi Municipi

pg. 28 Riferimenti bibliografici

Coordinamento editoriale:
Silvia Squillaci, Il Melograno

Ricerca, elaborazione, analisi dati:
Lisa Francovich, Istat

Grafica:
Fiorella Foglia

Stampa:
Grafica Internazionale

Hanno collaborato mettendo a disposizione il loro sapere, la loro competenza e la loro passione:
Ivana Arena (Ostetrica)
Serena Donati (Istituto Superiore di Sanità)
Ornella Fantini (Ostetrica)
Rita Gentile (Capo Ostetrica Ospedale Grassi Ostia)
Michele Grandolfo (Epidemiologo, già dirigente di ricerca Istituto Superiore di Sanità)
Laura Lauria (Istituto Superiore di Sanità)
Lorena Milana (Il Melograno)
Rosa Mordenti (giornalista)
Gabriella Pacini (Ostetrica)
Raffaella Scalisi (Il Melograno)
Angela Spinelli (Istituto Superiore di Sanità)
Maria Chiara Terzulli (Ostetrica, Il Melograno di Mentana)
Maria Edoarda Trillò (Associazione Culturale Pediatri)

Ringraziamo Laura, Giulia e Giuseppe per aver voluto condividere le immagini della nascita dei loro bimbi

Il Report è scaricabile gratuitamente dal sito internet www.melogranoroma.org

Roma, maggio 2013

IL MELOGRANO
Centro Informazione
Maternità e Nascita

Nascere a Roma oggi

«Il parto è evento rivelatore di ogni società…»[1] il cui grado di civiltà può essere misurato proprio a partire da come accoglie e si prende cura della nascita di una nuova persona.

Quest'anno la sede romana dell'associazione Il Melograno compie trent'anni di attività: da sempre siamo accanto alle donne e alle coppie in tutto il percorso che va dalla gravidanza ai primi anni di vita del bambino, accompagnandole e sostenendole nell'affrontare l'attesa, il parto, il puerperio, l'allattamento e la cura del figlio.

In questi anni il nostro impegno si è concentrato affinché nei luoghi del parto fossero assicurati tutti i diritti delle madri e dei loro bambini: il rispetto delle scelte personali, dell'individualità e delle diversità, l'assecondare i ritmi fisiologici del corpo femminile, il diritto alla vicinanza e alla conoscenza tra madre e figlio nell'immediato dopo-parto, il diritto alla presenza di persone amiche, il diritto ad un ambiente accogliente ed intimo.

Nello stesso tempo il nostro lavoro si è indirizzato affinché maturasse un'accoglienza e un riconoscimento sociale della nascita come "bene comune", come evento che ha importanza per tutta la collettività e che non deve essere vissuto nella solitudine e nell'isolamento.

In questi trent'anni a Roma, come in tutta Italia, molte cose sono cambiate ma molto resta ancora da fare.

Questo report nasce da qui: dalla necessità di fare il punto per delineare il lavoro e le sfide che ci aspettano. Partendo dai dati che sono a nostra disposizione (su dove e come si nasce, su quali informazioni e quali servizi ci sono per le donne che mettono al mondo un figlio, sulle caratteristiche dei punti nascita romani) abbiamo provato a restituire una fotografia il più possibile corrispondente alla realtà, mettendo in luce i punti di forza e i punti di debolezza presenti nel Percorso Nascita a Roma, evidenziando le buone pratiche e accogliendo diversi punti di vista.

Romana Prosperi Porta
Presidente Associazione
Il Melograno Centro Informazione Maternità e Nascita di Roma

[1] F. Pizzini *La costruzione sociale della gravidanza e del parto* in Bucchi M. Neresini F. (a cura di) *Sociologia della salute*, Carocci, Roma 2001, p. 241

Le mamme di Roma

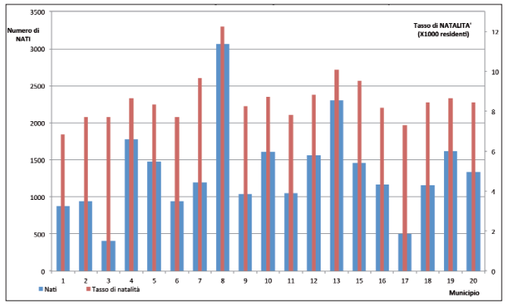
Roma è il comune che ha in assoluto il numero più elevato di nuovi nati in tutta Italia: i dati più recenti[2] mostrano 25.477 nati iscritti all'Anagrafe cittadina, che su una popolazione di quasi tre milioni di abitanti corrisponde ad un tasso di natalità pari all'8,8 per mille, un po' al di sotto del livello regionale pari a 9,4 per mille abitanti nel Lazio e inferiore al dato nazionale del 9,1 per mille[3].

Negli ultimi dieci anni a Roma il numero dei nuovi nati complessivamente è rimasto abbastanza stabile, con qualche oscillazione e comunque con un lieve aumento, dell'1,2%, dal 2001[4] .

Nello specifico la distribuzione dei nati nel comune di Roma per municipio[5] nel 2011 **(Grafico 1)** mette in risalto alcune importanti differenze territoriali: **l'8° municipio spicca per avere il record di numero di nascite** in assoluto, ma anche del tasso (per 1000 residenti) delle nascite, ovvero del loro peso relativo sulla popolazione, assestandosi come il municipio più prolifico, con un incremento negli ultimi dieci anni del **38,5%** (Censis, 2013); seguono, tra i municipi più prolifici, il 13° (+14,6% dal 2001) e il 6° (+9,8% dal 2001). Mentre il meno prolifico (in termini relativi) è il 1° seguito dal 17°.

Il basso numero di nati del 3° municipio è legato alla sua bassa estensione territoriale, mentre il suo tasso è in linea con la media comunale.

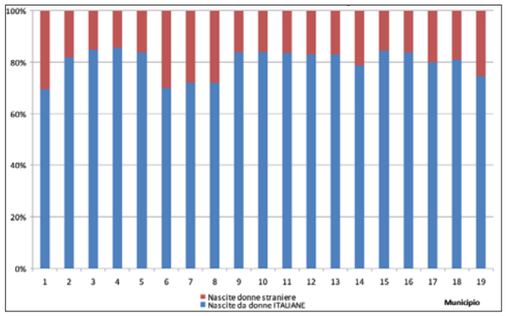
Grafico 1 - Nati e tasso di natalità per municipio - Comune di Roma, 2011



Fonte: Elaborazione da Open Data del Comune di Roma

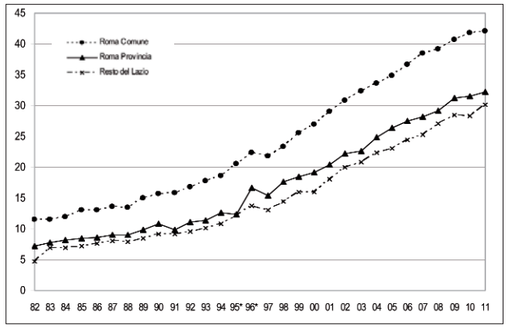
[2] Open Data nel sito del Comune di Roma: http://dati.comune.roma.it/
[3] Istat - Demografia in cifre - http://demo.istat.it
[4] Istat - Demografia in cifre - http://demo.istat.it
[5] Si è scelto di mantenere la suddivisione in 19 municipi, nonostante sia stata recentemente superata con l'accorpamento di alcuni di essi, per lasciare un livello di analisi più dettagliato ed anche perché la conoscenza del territorio in termini delle nuove aggregazioni non è ancora entrata nel sentire comune e risulterebbe ostica per chi ancora non ha familiarizzato con i nuovi numeri dei municipi. Nella tavola in appendice sono invece riportati i dati relativi ai nuovi municipi

Grafico 2 - Composizione percentuale dei nati per nazionalità e municipio - Comune di Roma, 2011



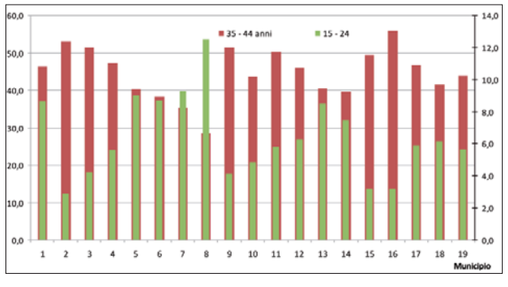
Fonte: Elaborazione da Open Data del Comune di Roma

Grafico 3 - Percentuale dei nati (singoli) da donne ≥ 35 anni - Roma comune, provincia e resto del Lazio. Anni 1982-2011



Fonte: Di Lallo D. et alii, 2013, da dati Istat

Grafico 4 - Percentuale dei nati da donne di 15-24 anni e 35-44 anni per municipio - Comune di Roma, 2011



Fonte: Elaborazione da Open Data del Comune di Roma

Un dato che occorre mettere in evidenza riguarda la rilevante consistenza di nascite da donne di nazionalità non italiana, provenienti per la maggior parte da paesi a forte pressione migratoria (Europa dell'Est, Filippine, Bangladesh, Perù, Cina, Egitto). In tutto il comune di Roma, nel 2011, sono state complessivamente 5.145, pari al **20%** delle nascite.

Questo numero negli anni è andato visibilmente crescendo: nel 2008 erano 4.280, pari al 16,8% su tutte le donne partorienti a Roma e nel 2004 erano 3.612 pari al 14,3 %[6].

Il loro peso percentuale è aumentato di 12,2 punti percentuali dal 2001 al 2011 (Censis, 2013).

La diversa presenza nei municipi dei nati da donne di nazionalità non italiana, riflette la distribuzione della popolazione "straniera" sul territorio comunale **(Grafico 2)**.

Nel **1°** e nel **6°** municipio l'incidenza percentuale delle nascite da donne straniere raggiunge il **30%** e nel 7° e 8° municipio il 28%, mentre il municipio con minore incidenza di nascite straniere è il 4°. Considerando il trend degli ultimi dieci anni il maggior incremento si è avuto nei municipi 8° (+21%) e 7° (+19,5) (Censis, 2013).

Un altro dato importante riguarda **l'età delle madri** alla nascita del figlio. La distribuzione nelle diverse classi mostra una prevalenza (il 48,2%) delle madri nella fascia di età compresa tra 25 e 34 anni, ma ben il 42,6% delle nascite è da madre di età compresa tra i 35 e i 45 anni e solo il 7,1% da madri di 15-24 anni **(Grafico 4)**.

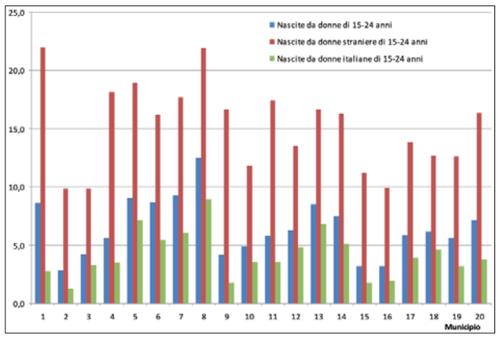
Osservando le differenze tra municipi si nota come **la presenza di nascite da madri giovani è maggiore** in quelli in cui **vi sono più donne straniere**, come prevedibile considerando la loro tendenza (differenziata a seconda del paese di provenienza) ad avere i figli prima della media italiana.

Il 16° municipio è quello con la più alta percentuale (49,5%) di nascite da donne non giovanissime (35-44 anni), seguito dal 2° e 3° municipio (53% e 51,5% rispettivamente). Mentre **i municipi con mamme più giovani risultano essere, nell'ordine, l'8° (12,5%), il 7° (9,3%) e il 5° (8,7%).**

Se tra le donne italiane, a livello comunale, la percentuale di nascite da donne giovani (15-24 anni) sul totale delle nascite da donne italiane incide per il 3,7%, tra le donne straniere incide per il **16,4%.**

[6] I numeri di Roma – Statistiche per la città – Ufficio statistico del Comune di Roma n.1/2009

Grafico 5 - Percentuale dei nati da donne di 15-24 anni per municipio e nazionalità - Comune di Roma, 2011



Fonte: Elaborazione da Open Data del Comune di Roma

Possiamo, infine, analizzare un ultimo dato, fornito dall'Istat[7], relativo allo **stato civile delle madri** in relazione alla loro età, differenziata in un maggior numero di classi rispetto ai dati del Comune **(Tabella 1)**. Un dato interessante è l'aumento negli ultimi dieci anni delle **madri nubili**, che nel 2001 erano l'11,4% del totale mentre nel 2011 diventano il 28,7%, diminuendo nello stesso tempo le madri coniugate che dal 74,8% del 2001 passano al 65,9% del 2011[8].

[7] Istat - Demografia in cifre - http://demo.istat.it

[8] Occorre specificare che nei dati del 2001 c'è un 12,5% di nati in cui non è indicato lo stato civile della madre, mentre nel 2011 il dato manca nel 2,6% del totale dei nati

Tabella 1 - Percentuale dei nati per stato civile e classe di età della madre al parto. Comune di Roma, 2011

STATO CIVILE DELLA MADRE	Classi di età della madre										
	Meno di 18	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 e oltre	Non indicato	Totale
Nubile	0,2	0,6	3,3	5,9	8,3	7,9	2,3	0,2	0,0	0,0	28,7
Coniugata	0,0	0,1	2,3	9,4	22,4	24,0	7,0	0,7	0,1	0,1	65,9
Divorziata	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	0,5	0,1	0,0	0,0	1,7
Vedova	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Non indicato	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	2,6	3,5
Totale	**0,2**	**0,6**	**5,7**	**15,7**	**31,3**	**32,8**	**9,9**	**1,0**	**0,1**	**2,6**	**100,0**

Fonte: Elaborazione da Istat, Demografia in cifre

CONTRIBUTI

La maternità delle donne straniere

Angela Spinelli, Laura Lauria e Michele Grandolfo, Istituto Superiore di Sanità

Anche a Roma, come nel resto del Paese, il fenomeno dell'immigrazione femminile è in costante evoluzione e il suo peso nell'ambito dell'assistenza al percorso nascita è rilevante se si considera che la maggioranza delle donne immigrate è in età riproduttiva.
Nel 2009 è stata condotta un'indagine multicentrica a livello nazionale sulla nascita tra le donne straniere (Lauria L. e Andreozzi S., a cura di, 2011) che ha coinvolto la maggior parte dei centri nascita con importante presenza di partorienti di cittadinanza straniera. In particolare a Roma sono stati coinvolti l'Ospedale Grassi e il S. Pietro Fatebenefratelli.
I dati di seguito riportati sono riferiti ai parti in questi ospedali e non sono rappresentativi dell'intera città di Roma.
Da un punto di vista socio-demografico **le partorienti straniere rispetto alle italiane sono più giovani** (48,1% vs 18,6% con età<30 anni), **con più figli** (49,1% vs 30,5% pluripare) e **hanno un livello di istruzione più basso** (81,9% vs 74,6% con meno di 16 anni di scolarizzazione).
Inoltre, circa i tre quarti di loro dichiara di avere un'occupazione, rispetto all'83% delle italiane.
Circa un decimo delle donne straniere intervistate ha una conoscenza scarsa o nulla della lingua italiana, ma sono soprattutto le donne provenienti dall'area africana (37%) ad avere problemi di comunicazione.
Il 67% risiede in Italia da più di 4 anni ed è emigrata per lavoro (52%) o per ricongiungimento familiare (32%).
Il 18% delle straniere, contro il 9% delle italiane, ha effettuato la prima visita dopo il terzo mese di gravidanza, soprattutto se, come per le italiane, ha un livello di istruzione basso.
Lo stato di salute generale delle donne straniere durante la gravidanza appare simile a quello delle italiane, confermando quanto già rilevato in indagini precedenti.
Per quanto riguarda i vari aspetti legati alla **prevenzione**, e cioè vaccinazioni effettuate nel corso della vita, test e screening effettuati in gravidanza, appare evidente come le straniere siano poco informate. Subiscono quindi maggiormente le decisioni di carattere assistenziale preventivo e non sono messe nelle condizioni di partecipare ad una scelta consapevole, soprattutto quando sono possibili più soluzioni, aspetto che si riscontra anche tra le italiane con più basso livello di istruzione.
Le donne straniere partecipano di meno (17,6% vs 37,3%) ai corsi preparto rispetto alle italiane e, come per quest'ultime, la partecipazione è associata al più alto livello di istruzione.
Poco meno del 30% delle straniere è assistita dal consultorio familiare, contro il 2% delle italiane e anche per questo fanno meno ecografie (più di 4 ecografie: 48% vs 90%). Le modalità del parto non

sono diverse per cittadinanza, se non per un minor ricorso all'anestesia epidurale in caso di parto vaginale tra le straniere.
Come le italiane, le straniere esprimono una netta preferenza per il parto vaginale, soprattutto se hanno partorito in precedenza con tale modalità; esprimono una più netta determinazione ad allattare al seno e, in effetti, allattano in reparto di più delle italiane in modo esclusivo o predominante (66% vs 53%). Le donne straniere esprimono in modo non dissimile dalle italiane l'intenzione di usare metodi anticoncezionali (74%) per evitare gravidanze indesiderate.
Poco meno della metà di queste donne ha giudicato migliore di quanto attesa l'esperienza del parto e circa un terzo peggiore, come tra le italiane. In conclusione si deve rilevare un netto miglioramento del quadro complessivo rispetto agli anni passati anche se ancora persistono maggiori difficoltà per le donne straniere.

Lauria L. e Andreozzi S., a cura di (2011) *Percorso nascita e immigrazione in Italia* – Le indagini del 2009".
Rapporto Istisan 11/12. Roma: Ist. Superi. di San.; 2011
http://www.iss.it/binary/publ/cont/11_12_web.pdf

I luoghi del parto

A Roma, come in tutta Italia, le donne possono scegliere luoghi diversi in cui far nascere il proprio bambino: nelle strutture sanitarie (pubbliche e private), nelle case di maternità[9] e presso il proprio domicilio attraverso un'assistenza ostetrica professionale.

Sul territorio romano sono presenti 25 punti nascita, di diversa tipologia, dimensione e livello assistenziale[10]. I punti nascita di terzo livello sono 7 (San Giovanni–Addolorata, Policlinico Umberto I, Policlinico Casilino, Policlinico Gemelli, San Camillo–Forlanini, San Giovanni Calibita-Fatebenefratelli, San Pietro-Fatebenefratelli). Tra quelli di primo livello, 9 sono strutture private. I dati più recenti relativi al 2011 (Di Lallo D. et alii, a cura di, 2013) sono riportati nelle **tabelle 3 e 4**, e si riferiscono alle nascite avvenute nelle strutture presenti sul territorio del Comune di Roma, anche da madri non residenti (il totale infatti è maggiore delle nascite da residenti).

La gran parte delle nascite avviene in istituti pubblici, ma oltre il 20% avviene in case di cura private. **La presenza così importante di istituti privati** (accreditati e non) **è una caratteristica della città di Roma**, mentre nel Lazio sono assenti tali istituti ad eccezione della provincia di Latina dove poco più del 10% delle nascite non avviene in istituti pubblici. Nella **tabella 5** si rappresentano le informazioni di base sulle nascite nei punti nascita suddivisi per Asl e corrispondenti municipi. Nella successiva **tabella 6** sono riportate le strutture che hanno la percentuale più elevata di nascite da donne nate all'estero. Al primo posto l'ospedale Figlie di San Camillo e al secondo il Policlinico Casilino che è anche la struttura con la numerosità maggiore in termini assoluti (864 nascite). Altri ospedali con elevata numerosità sono: S. Pietro-Fatebenefratelli, Policlinico Gemelli, S. Camillo Forlanini, S. Giovanni Addolorata, Policlinico Umberto I, G.B. Grassi.

Tabella 2 - Punti nascita per livello di assistenza perinatale - Comune di Roma, 2011

Livello di assistenza	Totale dei punti nascita
I	10
II	8
III	7
Totale complessivo	25

Fonte: Di Lallo D. et alii, 2013

[9] La casa di maternità è una struttura dedicata all'intero percorso nascita, basata su standard internazionali e gestita da ostetriche attraverso un'assistenza continua e improntata alla prevenzione. L'assistenza al parto in casa di maternità prevede un approccio globale, olistico alla maternità, all'interno del quale la donna, con i suoi bisogni emotivi, fisici, culturali e sociali, sta al centro ed è punto di riferimento primario. La casa di maternità offre per il travaglio e per il parto un ambiente intimo e protetto, dove vige la libertà di scelta, dove l'assistenza è individuale e personalizzata, dove l'ostetrica che assiste alla nascita è conosciuta ed è la stessa che ha seguito la gravidanza e che verrà a casa nei giorni dopo il parto per assistere il puerperio. La casa di maternità, inoltre, è un luogo che valorizza la dimensione sociale della nascita attraverso la condivisione, l'incontro e lo scambio tra donne e famiglie che lo frequentano.

[10] Sulla base del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera contenuto nel DCA n.56/2010 sono definiti tre livelli assistenziali delle strutture: il I livello riguarda una struttura in grado di assicurare assistenza a gravidanze e parti non complicati ed al neonato normale; il II livello a gravidanze e parti a rischio e a neonati con patologia che richieda un monitoraggio o cure speciali senza bisogno di cure intensive; il III livello a gravidanze e parti a rischio elevato, nonché a tutti i nati patologici ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva e/o sub-intensiva.

Tabella 3 – Numero Istituti e percentuale dei nati per tipologia amministrativa dell'Istituto - Comune di Roma, 2011

Tipologia Istituto	Istituti presenti	% nati nel Comune di Roma (Nati vivi=38.587)
Ospedale Pubblico	12	64,2
Policlinico Universitario	2	14,0
Casa di Cura privata accreditata	6	18,9
Casa di Cura privata non accreditata	5	2,9
Totale	25	100

Fonte: Di Lallo D. et alii, 2013

Tabella 4 - Nati vivi per dimensione del punto nascita - Comune di Roma, 2011

Dimensione del punto nascita (n. nati per anno)	N° punti nascita	N° nati	% nati
≤500	8	2.187	5,7
501-999	3	2.312	6,0
1000-1499	2	2.232	5,8
>1500	12	31.856	82,6
Totale	25	38.587	100,0

Fonte: Elaborazione da Di Lallo D. et alii, 2013

Tabella 5 - Nati a Roma per numero di punti nascita e ASL - Comune di Roma, 2011

Territorio ASL	N° di punti nascita nei municipi	Nati residenti	Nati nei punti nascita presenti nel territorio
RMA (municipi 1, 2, 3, 4)	6	3.994	7.086
RMB (municipi 5, 7, 8, 10)	2	7.349	3.373
RMC (municipi 6, 9, 11, 12)	5	4.598	5.366
RMD (municipi 13, 15, 16)	8	4.922	8.139
RME (municipi 17, 18, 19, 20)	4	4.614	14.623
Totali	25	25.477	38.587

Fonte: Elaborazione da Open Data Ministero della Salute, Open Data Comune di Roma e Di Lallo D. et alii, 2013

Tabella 6 - Primi 5 istituti per percentuale dei nati da donne nate all'estero - Comune di Roma, 2011

Istituto	Luogo di nascita della madre				
	Italia		Estero		Totale
	N°	%	N°	%	N°
Figlie di San Camillo - Vannini	310	40,2	462	59,8	772
Policlinico Casilino	1.343	60,9	864	39,1	2.207
Aurelia Hospital	405	61,5	254	38,5	659
P.O. Santo Spirito	576	65,4	305	34,6	881
Sandro Pertini	784	67,2	382	32,8	1.166

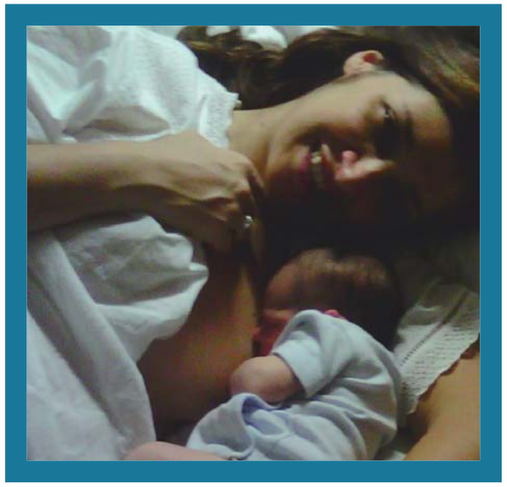
Fonte: Di Lallo D. et alii, 2013

CONTRIBUTI

La Casa del Parto "Acqualuce" di Ostia

Rita Gentile, capo Ostetrica Ospedale Grassi, Ostia

La Casa del Parto "Acqualuce" dell'Azienda Sanitaria RM D, sorge nel cuore della pineta che circonda l'Ospedale G.B.Grassi di Ostia. Inaugurata nel 2009, è la prima struttura del Centro-Sud in grado di assicurare la tipologia e la metodologia del parto naturale, rispondendo alle esigenze della mamma e del bambino, rispettando i loro ritmi.
Considerando il parto come un evento importante dal punto di vista psico-affettivo, la struttura è stata pensata e organizzata come una vera e propria casa. Le finestre che affacciano sul parco, le pareti colorate, le camere da letto matrimoniali con vasca, la cucina e il soggiorno, fanno sì che la futura coppia si senta rassicurata da un ambiente intimo e familiare. Ci si può immergere nell'acqua calda per alleviare il dolore del travaglio e accogliere il neonato al momento del parto. Dopo la nascita, la neofamiglia, comprensiva di eventuali fratellini maggiori, si può trattenere nella Casa del Parto per 24 ore e il neonato viene visitato da un pediatra entro le 12 ore dal parto.
Per potere accedere e partorire in questa struttura (che dispone di due stanze e che può accogliere due coppie contemporaneamente) è necessario prendere contatti con le ostetriche tra la 32sima e la 35sima settimana di gestazione. Le ostetriche supportano la mamma, nella gestione delle emozioni che caratterizzano questo momento, nell'allattamento al seno e nella cura del neonato.
Inoltre, nella struttura è presente l'ambulatorio di gravidanza a basso rischio, gestito dalle ostetriche, che accompagnano la donna nel percorso fin dalle prime settimane di gestazione.
La struttura dal gennaio scorso è stata "messa in sicurezza" con la realizzazione di un percorso (tunnel) per un eventuale trasferimento, della donna e del bambino dalla Casa del Parto all'Ospedale Grassi.
La Regione Lazio con il Decreto, n° U0029 dell' 1 aprile 2011 regolamenta "Acqualuce", il parto a domicilio e le Case di Maternità nel Lazio, attraverso l'approvazione del "Profilo Assistenziale per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico extraospedaliero in case di maternità e a domicilio". Lo stesso Decreto però, nello stabilire criteri e requisiti definisce "Acqualuce" Casa di maternità intra–ospedaliera. Questo status ha inciso profondamente sulla funzionalità stessa della struttura, impedendone l'andata a regime e facendo sì che ad oggi sia sottoutilizzata rispetto alle potenzialità di accoglienza.



Per saperne di più telefonare al numero al 06/56482412-2414 (da Lunedì a Venerdì dalle 8.30 alle 14.30)

Il parto a casa

Hanno collaborato: Ornella Fantini, ostetrica e Maria Chiara Terzulli, ostetrica del Melograno di Mentana

Tra i luoghi del parto non si può non ricordare la possibilità di scelta per le donne di far nascere il proprio bambino in casa, attraverso un'assistenza ostetrica professionale. Un team di ostetriche segue la donna nel corso della gravidanza, fino ed oltre il puerperio, secondo le necessità della singola coppia madre-bambino.
Ma, mentre in alcune nazioni europee questa pratica è molto diffusa, in Italia è una possibilità poco intrapresa e poco conosciuta. La percentuale di parti a domicilio in Italia si attesta, infatti, intorno allo 0,4%, nel resto d'Europa è mediamente del 2%, mentre nel Nord Europa le percentuali salgono fino al 14%, per raggiungere il 32% in Olanda.
A Roma non ci sono dati per calcolare effettivamente questa percentuale, che si stima ricalchi quella nazionale. Sappiamo che, nella nostra città, oggi opta per questa strada solo un ristretto numero di donne (per lo più italiane, con un buon livello di istruzione e in maggioranza benestanti) che ha una chiara visione del parto che desidera, come evento naturale e non medicalizzato. Nel comune di Roma l'assistenza domiciliare al parto è attualmente offerta da ostetriche libero-professioniste e non sono disponibili servizi diretti offerti dalle ASL.
Segnaliamo però che dal 2011 anche nel Lazio, come in Piemonte, Emilia Romagna e Marche, è possibile - facendone richiesta entro la 32° settimana di gravidanza e in presenza di una gravidanza fisiologica con previsione di parto eutocico - far nascere a casa il proprio bambino usufruendo del rimborso (il 70% circa dei costi sostenuti) direttamente dalla propria ASL di appartenenza (Decreto del Presidente della Regione Lazio n. 29 dell'1/4/2011).
Grazie a questa legge, e alla maggiore diffusione delle informazioni circa le modalità e i luoghi per il parto fisiologico, si rileva un ampliamento rispetto al passato del numero delle donne che sceglie un'assistenza domiciliare.

Come si nasce e si partorisce

Descrivere la nascita è un compito complesso e articolato. Per prima cosa possiamo guardare ad alcune caratteristiche delle nascite (parti gemellari, podalici, pretermine, con basso peso del bambino) e in secondo luogo ad alcune modalità del parto. Pochi sono purtroppo i dati diffusi e sono prevalentemente informazioni sui parti cesarei. Manca del tutto la diffusione di informazioni circa le modalità del travaglio (indotto o meno), sull'uso di farmaci quali ossitocina, sull'adozione di pratiche quali la rottura del sacco amniotico, l'episiotomia, la manovra di Kristeller, sulla scelta delle posizioni, sull'uso di analgesia (epidurale o altro) circa le modalità di contatto madre-bambino (attacco del bimbo al seno entro le primissime ore dal parto, possibilità di stare insieme in stanza o utilizzo del 'nido').

La carenza di queste informazioni rende difficile distinguere i punti nascita in base al fatto che adottino in prevalenza pratiche di assistenza alla **nascita attiva** (v. pag. 13), oppure al contrario che pratichino prevalentemente un'assistenza medicalizzata.

Sulla base dei dati forniti da Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica per il 2011 (Di Lallo et alii, a cura di, 2013) proviamo comunque a dare un quadro della situazione.

A Roma il tasso di nascite in **posizione podalica si aggira intorno al 4%**. A seconda delle strutture questa percentuale varia dallo 0% all'8,3 %. Il tasso mediamente più alto si ritrova nei punti nascita di terzo livello, cosa che fa pensare che le famiglie preferiscano (o vengano indirizzate verso) un punto nascita con una buona assistenza neonatologica quando il bambino non si presenta in posizione cefalica.

La stessa cosa avviene in caso di **parti gemellari**: il tasso di nascite plurime è più alto nei punti nascita di terzo livello (circa il 6%) rispetto ai punti nascita di primo e secondo livello (circa 2%).

Un altro indicatore di nascite a rischio è il **basso peso alla nascita** (<2500 gr.), che come nei due casi precedenti, ha un'incidenza maggiore nei punti nascita grandi, attrezzati e di terzo livello (circa l'11% contro il 5% delle altre strutture).

La forte associazione tra **basso peso alla nascita e nascita pretermine** (prima della 37° settimana di gestazione) fa sì che anche in questo caso l'incidenza dei nati pre-termine sia coerentemente molto più alta nei punti nascita di terzo livello (oltre il 12%, il doppio mediamente rispetto ai punti nascita di primo e secondo livello, come mostra la tavola in appendice).

Quanto alle modalità del parto, dobbiamo limitarci ad alcune informazioni sui **cesarei**, il cui tasso a Roma si colloca tra il **45% e il 50%**, con un livello minimo tra i punti nascita del 33,1% ed un massimo di **87,9%**. Le cliniche **private non convenzionate mostrano un tasso molto superiore alla media (circa l'80%).**

La frequenza dei cesarei è più alta nelle strutture presenti nel territorio della Asl RMA, dove sono anche più frequenti i casi di nascite da donne oltre i 34 anni.

Il tasso di cesareo tra le primipare supera il 50% e tra i punti nascita va da un minimo del 30% ad un massimo del **91,8%.** Le caratteristiche sono le stesse del tasso di cesarei prima descritto: molto più frequente nelle **cliniche private e nelle strutture presenti nel territorio della Asl RMA**.

Lo stesso andamento si osserva per il tasso di cesarei senza pregresso cesareo, che nei vari punti nascita va da un minimo del 21% ad un massimo dell'83%.

Rispetto al numero elevato di parti cesarei, che supera di gran lunga il tasso del 10-15% indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1985), il rapporto di Laziosanità, utilizzando la classificazione dei parti di Robson[10], mette in luce un'anomalia evidente: si riscontra un elevato tasso di nascite con taglio cesareo (36,5%) nella classe Robson I-II che si riferisce a un gruppo a basso rischio, ovvero neonati singoli, a termine, da madre nullipara e con presentazione di vertice. A questo proposito occorre citare il recente documento "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" prodotto dal Sistema nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che sulla base di una rigorosa analisi di studi scientifici ha definito l'appropriatezza del ricorso a questa modalità di nascita solo in determinate evenienze patologiche.

[10] che permette di raggruppare i parti in 10 classi sulla base dei parti avuti (parità), del numero di feti, dell'anamnesi ostetrica, dell'età gestazionale e del decorso del travaglio e del parto - Robson MS. (2001) *Can we reduce the caesarean section rate*? in Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2001; 15: 179-194

Ad oggi manca nella città di Roma una specifica Carta dei servizi del Percorso Nascita, che potrebbe dare una completa visibilità ai diversi aspetti dell'assistenza e offrire così alle donne una reale e consapevole possibilità di scelta rispetto al luogo e alle modalità con cui far nascere il proprio bambino.

Di seguito segnaliamo alcune modalità di assistenza, di particolare rilevo, adottate in alcune strutture sanitarie romane così come rilevate dai siti web.

Parto in acqua: travagliare e partorire in una vasca piena di acqua tiepida è una delle opportunità di nascita a disposizione della mamma e del nascituro. L'acqua calda è rilassante e facilita il parto riducendo la secrezione di adrenalina causata dal dolore e dalla paura. L'acqua inoltre stimola il rilascio di endorfine e aumenta l'elasticità del perineo, riducendo la necessità di ricorrere all'episiotomia. Ma soprattutto l'immersione in acqua durante il parto aumenta sensibilmente la soddisfazione materna e il senso di controllo della donna sul proprio corpo. Da alcuni anni in diverse strutture ospedaliere italiane è possibile effettuare il parto in acqua, a Roma è possibile nella clinica Fabia Mater e nella Casa del parto Acqualuce presso l'Ospedale G.Grassi.

Rooming-in: organizzazione di un punto nascita che consente alla mamma di tenere sempre con sé il bambino nella propria stanza di degenza, con il supporto di ostetriche e puericultrici; viene così facilitato il legame mamma-bambino e l'avvio dell'allattamento. Alcune strutture garantiscono il roaming-in solo di giorno, altre solo in determinati momenti della giornata, altre ancora solo su richiesta della mamma o solo per alcune stanze di degenza. A Roma diverse strutture lo consentono, ma non è diffusa l'informazione rispetto alle modalità adottate. All'Ospedale Fatebenefratelli l'organizzazione del reparto prevede solo stanze di degenza della mamma con accanto il neonato.

V.B.A.C.: tale acronimo si riferisce alla possibilità, sostenuta da evidenze scientifiche, per una donna che ha avuto un parto cesareo di effettuare un parto vaginale per una successiva gravidanza (Vaginal Birth After Caesarean). È consigliato effettuare un travaglio dopo cesareo in una struttura in grado di effettuare un taglio cesareo urgente nell'arco di pochi minuti (20 al massimo) qualora vi fossero i segnali di una imminente complicazione. Nel sito dell'associazione Vita di donna (www.vitadidonna.it) sono riportati i nomi delle strutture romane i cui direttori sanitari hanno dichiarato di permettere il VBAC, ma non viene indicato se tale scelta è anche incoraggiata e sostenuta. Le strutture sono le seguenti: Aurelia Hospital, Città di Roma, Cristo Re, Fabia Mater, Fatebenefratelli, Nuova Itor, Sandro Pertini, Policlinico Casilino, Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I, San Camillo, San Filippo Neri, San Giovanni Addolorata, Villa San Pietro.

Marsupioterapia: consiste nel mettere il neonato prematuro in posizione eretta, a contatto diretto con la pelle della madre, stomaco contro stomaco, con la testa del bambino rivolta di lato in modo che il suo orecchio poggi nell'incavo del seno della madre e gli permetta di percepirne il battito cardiaco. Questa operazione ripetuta ogni giorno, anche più volte al giorno, soprattutto sui neonati nati pretermine, ha dato dei risultati insperati sulla mortalità perinatale che, grazie a questa tecnica, è scesa dal 70% al 30%. Dai siti web è possibile rilevare che questa tecnica a Roma viene applicata nelle T.I.N. del Policlinico Umberto I, dell'Ospedale San Camillo, dell'Ospedale San Filippo e dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, ma potrebbe essere applicata anche in altri ospedali.

Sostegno psicologico alle mamme dopo il parto: sempre più spesso viene ribadita la necessità e l'importanza di superare l'eccessiva medicalizzazione della nascita integrando le cure medico-sanitarie con una presa in carico complessiva dei bisogni psicologici, affettivi e sociali delle madri, dei padri, dei neonati: le neo-mamme hanno bisogno di essere curate, ma anche che ci si prenda cura di loro, le due dimensioni dovrebbero essere indissociabili. In questa direzione, presso il Policlinico Casilino di Roma, è stato attivato il progetto "Mamme appena nate", gestito dall'associazione Il Melograno, in convenzione con Roma Capitale, Dipartimento Promozione dei Servizi Sociali e della Salute.

Il progetto attiva all'interno dell'ospedale spazi di ascolto e sostegno per le mamme che hanno appena partorito, fattori essenziali di protezione sia rispetto alla possibilità di portare avanti con successo l'allattamento, sia riguardo a possibili scompensi depressivi, sia alla possibilità di comprendere il bambino e interagire positivamente con lui.

Mediazione culturale e sportelli per donne straniere: l'aumento progressivo di nascite da madri provenienti da terre straniere, in particolare da paesi in via di sviluppo, rende più evidente la necessità di adeguare i servizi del percorso nascita alle esigenze di cui sono portatrici. All'interno di un'ampia gamma di condizioni in cui possono trovarsi le madri straniere, un elemento sembra ricorrente: il forte disagio nel partorire, nell'allattare e nell'affrontare i primi mesi di vita del bambino in un paese diverso da quello d'origine; disagio legato alla mancanza di aiuti concreti e soprattutto alle difficoltà linguistiche e di comunicazione sia nel comprendere procedure, modalità assistenziali e tradizioni educative differenti, sia nell'esprimere i propri bisogni e le proprie richieste. Presso l'Ospedale Sandro Pertini è stato avviato con fondi europei il progetto Artemide proposto dalla Fondazione IntegrA/Azione, un progetto di mediazione linguistica e culturale dedicato a proprio a queste problematiche.

Banca del latte umano: è un punto di raccolta del latte donato da madri diverse e distribuito, dopo opportuno trattamento, ai neonati che ne hanno bisogno. Il latte di donna, infatti, utilizzato per il suo potere nutrizionale e per le sue proprietà terapeutiche, è indispensabile in situazioniin cui l'unica alternativa nutrizionale è rappresentata dall'alimentazione parenterale; in molti pazienti si è dimostrato coadiuvante o risolutivo della patologia presentata e, in alcuni casi, un vero e proprio salva vita. Dal 1989, una "Banca del Latte Umano" è attiva presso il Lactarium del Servizio di Dietologia Clinica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Donazione del sangue cordonale: le cellule staminali, prelevate dal cordone ombelicale, sono in grado di riparare un midollo danneggiato; per questo in tutto il mondo si è iniziato a raccogliere e conservare in banche speciali il sangue cordonale, da utilizzare a scopo trapiantologico. In Italia le 18 banche di sangue cordonale sono istituite esclusivamente all'interno di strutture pubbliche, coordinate a livello centrale dal Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti. I dati relativi alle unità cordonali conservate presso le banche vengono trasmessi al Registro Internazionale dei Donatori di Midollo Osseo che rende visibili tali dati in tutto il mondo. A Roma le Banche sono presso il Policlinico Gemelli, il Policlinico Umberto I e l'Ospedale Sant'Eugenio, mentre le strutture riconosciute per la raccolta del sangue cordonale, sono, oltre alle tre strutture già citate: Città di Roma, Sandro Pertini, Villa San Pietro, Fatebenefratelli, Villa Pia, Santo Spirito.

http://www.centronazionalesangue.it/content/sangue-da-cordone-ombelicale

CONTRIBUTI

Nascita Attiva

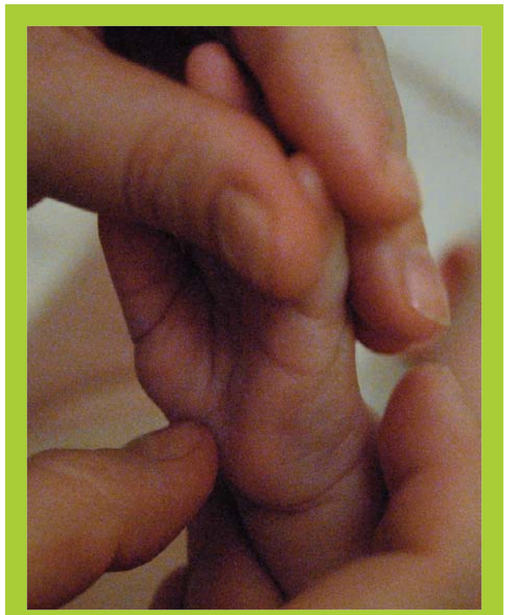
"lasciar nascere invece che far nascere"

I principi generali dell'assistenza alla **Nascita attiva**, promossi inizialmente dall'Active Birth Moviment di Londra e diffusi oggi in tutto il mondo occidentale, sono riassunti nelle seguenti parole-chiave:

- **promozione e protezione della salute** in un cambiamento di rotta da un'assistenza prettamente medico-sanitaria, basata sulla patologia, ad un'assistenza che promuove il benessere complessivo della persona e la sua salute[11], accogliendo tutte le diverse dimensioni dell'evento nascita
- **assistenza *one-to-one*, personalizzata**, rispettosa dell'individualità e della diversità di ogni persona
- presenza sulla scena del parto di operatori che non dirigono, ma siedono accanto (ad-sistere) riconoscendo il ruolo di **protagonista** alla donna che partorisce e al bambino che nasce, sostenendone le competenze in un lavoro di **empowerment**
- **continuità** delle cure e dell'assistenza dalla gravidanza, al parto e al dopo parto

A questi principi si richiama un'importante legge della Regione Lazio, la n° 84 del 3 giugno 1985 «*Indirizzi per la riorganizzazione dei presidi sanitari al fine di tutelare la dimensione psico-affettiva del parto*», purtroppo ancora poco conosciuta e quasi del tutto inapplicata.

[11] definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente l'assenza di malattia o di infermità» (WHO, 1978)



CONTRIBUTI

La libertà di scegliere

Intervista di Rosa Mordenti a Gabriella Pacini, Freedom For Birth Rome Action Group

A Roma come vivono le donne il loro parto? Ne parliamo con Gabriella Pacini, ostetrica con molti anni di esperienza di assistenza alla nascita sia negli ospedali che nei parti in casa.
«Purtroppo ancora oggi in molti punti nascita romani pratiche invasive e violente sono consuetudini». spiega Gabriella «La prima è l'impossibilità di scegliere. Le donne vengono introdotte già all'inizio della gravidanza in un percorso di routine sanitaria che si dà per scontato come valido per tutte. Spesso gli operatori sanitari non sono consapevoli del fatto che stanno negando il diritto a una scelta consapevole, che è quanto raccomandano l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le più recenti Linee Guida sul Percorso Nascita, legandola alla capacità della persona di percepirsi come soggetto responsabile della propria salute».
Per questo, Gabriella Pacini e altre ostetriche (insieme a madri, avvocate, psicologhe, artiste, giornaliste) hanno fondato il gruppo romano della campagna "Freedom for Birth", nata proprio per aiutare le donne a informarsi sui loro diritti nel momento del parto.
Il sito (*www.freedomforbirthromeactiongroup.blogspot.it*) si apre con una domanda semplice alle donne: hai avuto il parto che volevi?
«Per poter vivere il parto come soggetto attivo - dice Gabriella - la donna ha bisogno di tempo per capire, per entrare in contatto con le proprie esigenze più profonde, per scegliere ciò che più le corrisponde. Ma in genere trova fretta e poco rispetto della sua individualità. E così viene interrotta la catena in cui ogni singolo "anello" ha una funzione preziosa per la sicurezza del parto». Per spiegarsi Gabriella parla del lettino da parto: «Quella sdraiata è la posizione più comoda per il medico, non per la donna.
Le evidenze scientifiche dicono che se la donna è libera di scegliere la posizione che desidera, il parto è più rapido e sicuro. Non solo, nel parto intervengono diversi ormoni, la cui produzione viene inibita o influenzata da fattori emozionali e psicologici.
Un ambiente che trasmette serenità, fiducia, calore, entusiasmo e sostegno facilita le dinamiche di una nascita, rendendola più sicura. Al contrario un ambiente troppo medicalizzato e soprattutto non adatto alla singola donna può crearle tensioni, stress, blocchi emotivi che a loro volta impediscono la spontanea produzione di ossitocina, l'ormone fondamentale per le contrazioni, che così vengono a mancare, oppure non sono sufficienti. Si somministra allora, spesso senza chiedere il consenso alla donna, l'ossitocina sintetica, che può avere effetti sul bambino inducendo uno stress fetale.
Occorre allora monitorare continuamente il battito del bambino, il che significa immobilizzare la partoriente.
Questo rende il travaglio e il parto più lungo e penoso e così si interviene con l'epidurale, che però - spiega ancora Gabriella - rende difficile alla donna spingere come e quanto vorrebbe. E allora si effettua l'episiotomia (il taglio del perineo) o le manovre sulla pancia, molto pericolose oltre che dolorose: aumentano di dieci volte la mortalità della madre per rottura dell'utero. E prima di compierle non viene chiesta alla donna nessuna autorizzazione, nessun consenso informato, niente. È certamente questa la violenza più grande».

In particolare nella legge sono precisate alcune indicazioni fondamentali:

- la riorganizzazione della struttura e l'adeguamento delle procedure per favorire una nascita attiva
- la possibilità per la donna di richiedere una persona di fiducia accanto a sé durante il parto
- il rispetto dei tempi fisiologici e la non imposizione di farmaci, interventi e posizioni non gradite
- la chiarezza nell'informazione sulle procedure mediche necessarie
- il contatto immediato con il neonato, se richiesto
- la possibilità di tenere il bambino nella propria stanza
- l'accesso del padre nella stanza della madre e del bambino
- il sostegno nell'allattamento al seno, sin dai primi momenti di vita

La mortalità materna

Serena Donati, Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con cinque Regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Sicilia), ha condotto un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute, per rilevare la totalità delle morti materne e analizzare le principali cause associate, poiché la mortalità materna risulta sottostimata, anche nei Paesi socialmente avanzati, se rilevata attraverso i soli certificati di morte.
Lo studio ha evidenziato una sottostima del 63% nelle regioni partecipanti, con un rapporto di mortalità materna (MMR) pari a 11,8 decessi ogni 100.000 nati vivi contro i 4,4 calcolati attraverso i certificati di morte ISTAT. I valori più elevati sono stati osservati in Sicilia (MMR=21,8) e i più bassi in Toscana (MMR= 6,8).
Le cause più frequenti di morte materna sono le emorragie ostetriche (57%), le trombo-embolie (21%) e i disordini ipertensivi della gravidanza (10%).
Il rischio di mortalità materna è risultato significativamente più elevato per le donne di età pari o superiore a 35 anni, per quelle che hanno partorito mediante taglio cesareo, per le donne straniere e per quelle con basso livello di istruzione.
A seguito di questo studio è stato avviato un progetto pilota di sorveglianza delle morti materne (*www.iss.it/itoss*) con la finalità di rilevare l'intero fenomeno, monitorarne l'andamento e identificare le circostanze e le patologie che causano i decessi con l'obiettivo di migliorare l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio e ridurre al minimo le morti materne evitabili che sono stimate pari al 50%.

Il percorso nascita, dalla gravidanza all'allattamento

Tutti i più recenti documenti di programmazione sanitaria in campo materno-infantile raccomandano l'adozione di un modello assistenziale integrato, basato sulla continuità delle cure. Sulla base delle prove disponibili a tale modello si associano «esiti rilevanti per la salute materna e neonatale, compresa la maggiore soddisfazione della donna per l'assistenza ricevuta»[12].
A quest'indicazione si lega la necessità, per il sistema dei servizi, di ricomporre l'attuale frattura tra il prima e il dopo nascita, tra assistenza in gravidanza, assistenza al parto e assistenza al puerperio, tra ospedale e servizi del territorio. Per offrire alle donne, alle coppie, alle famiglie un percorso unico ed omogeneo.

Nel fotografare le modalità del nascere abbiamo quindi allargato lo sguardo anche alla fase della gravidanza e alla fase successiva al parto, analizzando i servizi che la città offre attraverso i consultori familiari.

I consultori presenti sul territorio romano sono 49 di cui 2 dedicati esclusivamente agli adolescenti. Offrono servizi nel percorso nascita, seguendo le gravidanze con visite ostetrico/ginecologiche, attivando corsi di accompagnamento alla nascita ed offrendo consulenze e sostegno nel puerperio e durante l'allattamento.

Le ASL RMB e RMD sono quelle con il carico maggiore di lavoro in questo settore, a causa della numerosità delle nascite nell'8° e nel 13° municipio; **i consultori della ASL RMB gestiscono, in particolare, un elevato numero di nascite da donne straniere**.

I dati disponibili sono riportati nell'Indagine sui consultori familiari nel Lazio (Di Lallo D. et alii, 2010) che fornisce un quadro relativo agli operatori e ai servizi offerti in queste strutture, nel periodo che va da luglio a dicembre del 2009.

A Roma nel periodo considerato risultavano in servizio presso i consultori complessivamente **62 ostetriche, 115 ginecologi, 77 pediatri**. Il numero inferiore di ostetriche rispetto alle figure mediche risulta un'anomalia, dal momento che l'ostetrica è l'operatore di maggior riferimento per il percorso nascita fisiologico. L'attività svolta è illustrata nella seguente **tabella 8**.

Si osserva che mediamente i consultori di Roma, per quanto riguarda la presa in carico della gravidanza e l'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita, accolgono meno del 30% delle donne in gravidanza. Il restante 70% si affida a corsi pre-parto offerti dagli ospedali, da strutture private, oppure non ne frequenta nessuno. Analogamente per quanto riguarda l'assistenza ostetrica durante la gravidanza.

Le visite domiciliari offerte dai consultori sono una rarità e ne usufruisce il 2,2% delle donne che partoriscono. La Asl che ne effettua di più (RMD) raggiunge solo il 5,8% delle donne.

[12] Istituto Superiore di Sanità - Sistema Nazionale per le Linee Guida (2010) Linee Guida sulla gravidanza fisiologica, Roma, consultabile anche nel sito internet http://www.snlg-iss.it

Tabella 7 - Popolazione per ASL, numero di Consultori familiari e di nati - Comune di Roma, 2011

ASL MUNICIPI	Popolazione femminile residente	Popolazione totale residente	Numero di consultori	Nati residenti
RMA (municipi 1, 2, 3, 4)	262.608	496.800	8	3.994
RMB (municipi 5, 7, 8, 10)	364.325	689.247	12	7.349
RMC (municipi 6, 9, 11, 12)	291.651	551.743	10	4.598
RMD (municipi 13, 15, 16)	298.072	567.734	8	4.922
RME (municipi 17, 18, 19, 20)	278.667	527.171	9	4.614
Totale	1.495.323	2.832.695	47	25.477

Fonte: Open Data Comune di Roma e Consulta dei Consultori di Roma

Tabella 8 - Attività semestrale svolta nell'ambito del percorso nascita - Comune di Roma, luglio-dicembre 2009

ASL	Donne che hanno frequentato corsi pre-parto N°	Donne prese carico in gravidanza N°	Visite domiciliari post-partum N°	Consulenze allattamento al seno N°	Nati nel 2° semestre 2009 e residenti N°
RMA	996	828	48	1.128	2.144
RMB	805	976	0	356	3.669
RMC	632	608	79	3.366	2.371
RMD*	1.164	924	162	954	2.808
RME	354	680	3	270	2.586
Totale	3.951	4.016	292	6.074	13.578
% sul totale dei nati	29,1	29,6	2,2	44,7	

Fonte: Di Lallo D. et alii, 2010

*Comprende anche il comune di Fiumicino

Eppure questo tipo di servizio sarebbe quanto di più opportuno per chi ha appena avuto un figlio, garantendo quella continuità che è considerata fondamentale nell'assistenza al percorso nascita. Inoltre in un'indagine dell'ISS (Grandolfo M. et alii, 2002) le visite domiciliari nel puerperio sono risultate significativamente associate ad una maggiore prevalenza di allattamento completo al seno oltre tre mesi dalla nascita e al minor ricorso al pronto soccorso per il bambino nel primo anno di vita.

Per quanto riguarda le consulenze per l'allattamento al seno si osserva una quota elevata di donne che ne hanno usufruito, pari al 44,7%. Percentuale assai più alta rispetto alle precedenti prestazioni, che conferma l'impegno dei consultori in questo campo e la maggior attenzione verso la promozione dell'allattamento materno, considerato una fondamentale garanzia di salute per il bambino.

In questi ultimi anni a fianco dei consultori stanno anche crescendo nella città reti di associazioni e di peer-counselor che offrono alle donne informazione e sostegno nelle diverse fasi dell'allattamento: come la Leche League, l'organizzazione IBCLC (Consulenti Professionali in Allattamento) e la stessa associazione Il Melograno, solo per citarne alcune.

CONTRIBUTI

La continuità assistenziale nel percorso nascita

«Molto spesso l'assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio è erogata da più caregivers, in differenti strutture assistenziali, non collegate tra loro. La "continuità" è lo strumento attraverso il quale l'assistenza può diventare personalizzata dando centralità alla diade madre-bambino al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.» Così si dichiara nel recente Accordo della Conferenza unificata Stato-Regioni del 16.12.2010, riguardante le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", in cui è dettagliato come debbano riorganizzarsi i servizi in funzione del principio della continuità delle cure:

- **garantire** la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema materno-infantile sulla base della programmazione regionale;
- **prevedere** percorsi assistenziali differenziati favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso i consultori;
- **assicurare** l'utilizzo di una cartella gravidanza-parto-puerperio integrata territorio-ospedale;
- **promuovere** l'adozione di strumenti di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali;
- **garantire** la diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio in collaborazione con i punti nascita;
- **favorire** dimissioni protette delle puerpere e dei neonati promuovendo il ritorno al territorio (consultorio familiare e pediatra di libera scelta).

"Ospedali & Comunità amici dei bambini"

La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica, tale da essere espressamente indicata dall'UNICEF come un diritto nell'art 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.
L'**Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) raccomanda che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta, anche dopo l'introduzione di alimenti complementari, fino a due anni di vita e oltre, e comunque finché madre e bambino lo desiderino.
Negli anni '90 **OMS** e **UNICEF** hanno lanciato congiuntamente l'iniziativa "Baby Friendly Hospital", con l'obiettivo di incoraggiare le buone pratiche a sostegno dell'allattamento a partire dagli ospedali. L'iniziativa, diffusa ormai in tutto il mondo, rappresenta una strategia per trasformarli in modo che ricreino un ambiente il più favorevole e supportivo possibile nella fase fondamentale dell'avvio dell'allattamento.
Le strutture sanitarie interessate a ottenere questo riconoscimento devono seguire determinati **Passi Standard**, che comprendono la formazione degli operatori, l'assunzione di pratiche di sostegno all'allattamento e il rispetto del **Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno** siglato nel 1981 e le successive pertinenti risoluzioni della Assemblea Mondiale della Sanità, laddove in particolare si invitano le strutture sanitarie a non accettare forniture gratuite o a basso costo di latte artificiale, biberon e tettarelle.
Dal lancio dell'iniziativa ad oggi sono stati più di **20.000 gli ospedali**, in **140 Paesi** in via di sviluppo

e industrializzati, a ottenere il riconoscimento di "amici dei bambini". In Italia attualmente sono 21 le strutture che hanno ricevuto tale riconoscimento, una sola nella Regione Lazio (l'ospedale Belcolle di Viterbo in fase di rivalutazione) e nessuna a Roma. Recentemente la campagna si è estesa in Italia anche ai servizi territoriali per la maternità, denominandosi "Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno". Ed è diventata uno di quei programmi che aiutano i servizi sanitari a migliorare le pratiche assistenziali rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e le cure dei propri bambini.
La **ASL Roma B** è la sola azienda territoriale romana che partecipa al Progetto sperimentale per le Buone Pratiche di una Comunità amica dell'allattamento materno, disegnato dal Burlo Garofolo di Trieste, dall'ASL di Milano e dall'UNICEF. Il Progetto è stato avviato nel 2009 e coinvolge 18 distretti socio-sanitari di varie regioni d'Italia. Fino ad ora solo due ASL di queste sono state già certificate Comunità amiche dell'allattamento materno: l'ASL di Milano e l'ASL di Sondrio.

http://unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm

La nascita dalla parte del neonato

Maria Edoarda Trillò, Pediatra, Presidente Associazione Culturale Pediatri Lazio

Quando nasce un neonato ha già vissuto esperienze di calore, di sapori, di suoni e rumori, di movimenti, di veglia e di sonno.
E' stato nella pancia della mamma e con lei è andato a spasso, ha tremato di paura con l'aumentare del suo battito cardiaco e si è rilassato nel suo riposo. Si è cullato e consolato ascoltando la sua voce, la musica e i rumori del mondo di fuori. Si è scaldato al suo calore. Per nove mesi ha riempito tutto il suo piccolo mondo uterino, ne ha esplorato a mani aperte tutta la superficie come un volo di farfalle. Ha bevuto i suoi sapori e ha mantenuto il volume del liquido amniotico. Ha giocato con il cordone e qualche volta sembra che abbia anche sorriso.
Poi ad un certo momento decide di uscire. Decide insieme alla mamma e al suo gioco ormonale che ne ha abbastanza e che è ora di cambiare. Inizia la nascita. Mette in atto tutti i movimenti comparsi con una sequenza geneticamente determinata (*patterns* motori primari) che gli permetteranno di uscire dal suo piccolo mondo uterino e di compiere i primi atti respiratori e i primi movimenti indispensabili alla sopravvivenza.
A Roma il 30-40% delle mamme ha seguito un corso di accompagnamento al parto e alla nascita ma non sempre nei punti nascita sono rispettati i tempi e i modi che le permettono loro utilizzarlo al meglio. Comunque lui, il neonato, se lasciato fare, comincia a dirigersi verso il seno, si volta e si attacca al capezzolo cominciando a succhiare, come se non avesse fatto altro per nove mesi. Mostra una competenza straordinaria. È capace di

consolarsi con la voce della madre, impara presto a riconoscere il suo volto tra le tante persone che sono intorno. Piange e se è ben contenuto in un abbraccio si consola prontamente.
La madre, il padre, le persone che ha accanto lo vedono e lo percepiscono delicato e fragile. Lo è, ma nello stesso tempo ha anche tante risorse e se lo rispettiamo nella sua unicità le constatiamo anche noi.
Per nove mesi si era abituato a stare in un ambiente caldo, con luce soffusa, si era abituato al suono del battito cardiaco della madre e al rumore del flusso sanguigno dell'aorta addominale, il muscolo uterino lo abbracciava completamente e gli dava il senso del suo limite. Ora l'ambiente che lo circonda è più freddo o troppo caldo, la sua pelle è coperta da vestiti a volte ruvidi. I suoni e la luce arrivano decisi. Lo spazio che lo circonda è grandissimo ed è spaventato dal non sentire dove finisce il suo corpo e dove inizia il resto del mondo. Non è in grado di prevedere il futuro. Se sente fame o sete piangerà disperato come se dovesse morirne. E se sarà allattato, abbracciato, riscaldato o rinfrescato si leggerà il vero piacere sui lineamenti distesi del suo viso.
Per questo ha bisogno di mantenere un costante rapporto con il corpo della mamma, per nutrirsi e per sentirsi rassicurato.
Eppure le procedure di routine in atto in molti punti nascita non consentono il contatto *pelle a pelle* tra mamma e bambino e non tutte le strutture sono attrezzate per il *rooming-in*, ovvero la permanenza del neonato nella stanza della mamma notte e giorno.
La divisione, inoltre, tra i reparti di ostetricia e neonatologia esistente in tutte le strutture romane, ma anche in tutta Italia, mostra la difficoltà a considerare come unità di 'cura' la diade madre-bambino, i loro bisogni interconnessi e non facilita la loro relazione, il loro incontro.

www.genitoripiu.it
Bambini e Bambine del Mondo – Guida per le famiglie
Milani Comparetti A. *I patterns motori primari, un nuovo item dell'esame neuroevolutivo*. In Maggi C. Aggiornamenti in pediatria, Humana Centro Studi, 1983

Conclusioni

Al termine del nostro lavoro vogliamo portare alla luce alcune riflessioni emerse durante l'elaborazione di questo Report.
Siamo partite dal presupposto per noi fondante, ribadito dalla letteratura scientifica e ormai riconosciuto anche nei più recenti documenti programmatici istituzionali, dell'importanza della nascita e dei primi *mille giorni* durante i quali un bambino si forma nel corpo e nella psiche della madre, nasce al mondo come persona autonoma, consolida attivamente le proprie competenze. Molto del suo futuro si gioca proprio in questo periodo e la qualità dell'accoglienza alla nascita e dei rapporti con i *care-givers* è un fattore determinante per il suo sviluppo, influenzando profondamente le sue capacità interattive, le competenze cognitive, il senso di identità, la vita affettiva ed emozionale. **Prendersi cura della nascita rappresenta dunque un obiettivo fondamentale per la collettività**.
Da questo presupposto è iniziata la nostra analisi sulla città di Roma. E' risultato subito evidente un limite, l'insufficienza di dati a disposizione, poiché al di là di quelli generali sulle caratteristiche anagrafiche dei nuovi nati mancano indagini e dati più approfonditi sulle famiglie in cui nascono, sulla loro composizione e sulle loro condizioni socio-economiche (abitative, culturali, lavorative ….). **Neonati, madri, padri per lo più invisibili**. Eppure sarebbe quanto mai necessaria una fotografia nitida e chiara, che mettesse a fuoco le caratteristiche e le problematiche dei tanti genitori in attesa di un figlio nella nostra città, per orientare le politiche cittadine verso un'accoglienza e una soddisfazione mirata dei loro bisogni.
I dati non sono risultati molti anche sul versante dell'assistenza al parto e dell'offerta dei servizi nel percorso nascita. In questo caso la mancanza di informazioni riguarda soprattutto 'come' si nasce a Roma e quindi l'organizzazione dei luoghi del parto, le modalità di gestione adottate per il travaglio/parto e di accoglienza al neonato. Una conoscenza del genere invece è fondamentale perché consentirebbe alle donne di orientarsi in modo attivo e consapevole nella scelta di dove e come far nascere il proprio bambino. Non solo, rappresenterebbe per i punti nascita uno stimolo alla revisione di tante procedure di assistenza ormai evidentemente inappropriate e alla riprogettazione di tutta l'organizzazione in funzione di un superamento dell'eccessiva medicalizzazione del parto.
A conferma di ciò anche nelle linee di indirizzo per il percorso nascita enunciate dall'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010, già citato nelle pagine precedenti, si individua la necessità di predisporre una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui «siano contenute indicazioni riguardanti:

- informazioni generali sulla operatività dei servizi;
- informazioni relative alle modalità assistenziali dell'intero percorso nascita;
- informazioni sulle modalità per favorire l'umanizzazione del percorso nascita;
- informazioni sulla rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell'allattamento al seno ed il supporto psicologico.»

Ci auguriamo che questo nostro lavoro possa contribuire a raggiungere questi obiettivi e a promuovere un'attenzione sempre più profonda di tutta la collettività verso le tematiche della nascita.

«Non sono i curanti che fanno la cura, ma la società. [...] Gli operatori sono in prima linea, ma dobbiamo essere tutti presenti per accompagnare la nascita. "Essere insieme" significa aver pensato insieme questa accoglienza. L'alleanza dei nostri pensieri sarà feconda e fautrice di un autentico progresso. Gli uomini politici hanno bisogno del nostro impegno per orientarsi verso una politica globale di prevenzione e di cura che unisca tecnica e umanità.
La maternità è un'iniziazione rituale al divenire genitori, è un luogo di passaggio che deve essere pensato e contenuto dalla nostra società, come fa una madre con il figlio. [...] Dobbiamo esserci per tutte le madri.»

(Marinopoulos, S., (2006) *Nell'intimo delle madri.* Milano, Feltrinelli pg. 170)

Postfazione

Il percorso nascita, usualmente e colpevolmente trascurato, è un ambito strategico prioritario dove si determinano straordinarie possibilità di promozione della salute (intesa come recita la Carta di Ottawa del 1986, come *processo di empowerment che ha l'obiettivo di determinare l'aumento della capacità di controllo sul proprio stato di salute con decisioni autonome*).

In previsione o all'inizio della gravidanza le donne infatti, nella generalità dei casi, si interrogano sugli stili di vita, alla luce del desiderio di assicurarsi le migliori possibilità di successo nell'avventura che hanno deciso di vivere (si nasce perché donna lo vuole). Tendono a modificare le loro abitudini se le ritengono, sulla base delle informazioni che hanno, influenti sull'esito, soprattutto per quanto attiene alla salute della persona che nasce.

Ad esempio se hanno l'informazione giusta e hanno programmato o non escluso la gravidanza, assumono acido folico in periodo periconcezionale: oggi lo fa circa il 30% delle donne, in seguito alla maggiore informazione disponibile (nel 2006 erano non più del 4%). Se sono fumatrici smettono di fumare nel 70% dei casi; chi non smette riduce del 70% il numero di sigarette; non riprendono a fumare se allattano al seno (come desidera fare il 95% delle donne). Aumentano il consumo di frutta e verdura e si interrogano sull'alimentazione più adeguata per il loro stato.

In definitiva l'esperienza di cambiamento nella prospettiva del mettere al mondo una nuova vita rende le donne potenzialmente disponibili al ripensamento sui loro vissuti, condizione necessaria perché si avvii il processo di promozione di competenze e consapevolezza per aumentare il controllo sul proprio stato di salute. E quanto è raccomandabile nel percorso nascita lo è in qualunque fase della vita e per tutte le persone.

Tutto ciò giustificherebbe il maggior coinvolgimento delle ostetriche e dei consultori familiari. Le ostetriche infatti, soprattutto se incardinate nel consultorio, sono le figure professionali più adeguate per assistere le donne nel percorso nascita. Non come "badanti", ma come promotrici di salute nel senso di far emergere, valorizzare, promuovere, sostenere e proteggere le competenze delle donne.

L'attuale prevalente modalità di assistenza nel nostro Paese, invece, tende paradossalmente ad inibire quasi in modo sistematico il senso di competenza (si promuove il disempowerment), con la finalità, non si sa quanto consapevole, di esercitare il controllo sul corpo delle donne, quasi a ripristinare "l'ordine delle cose", messo radicalmente in discussione negli anni settanta del secolo scorso dal movimento delle donne.

Il travaglio e parto sono condizionati con la stessa finalità: impedire l'espressione di competenza. Anche la persona che nasce viene inibita in questa espressione: dall'impegno nel canale del parto, all'attacco al seno per nutrirsi a seconda del desiderio, fino alla competenza acquisita con il contatto pelle-pelle. Si stravolge la fisiologia e il sistema relazionale con operazioni, alcune solo raramente necessarie, altre senza fondamento nelle prove scientifiche di efficacia. Basta osservare l'eccesso di parti con taglio cesareo o l'ostacolo all'avvio fisiologico dell'allattamento al seno per avere la conferma di una modalità che in modo emblematico e spesso violento porta all'inibizione delle competenze. Le figure professionali e i servizi deputati all'assistenza delle donne nel percorso della nascita, le ostetriche e i consultori familiari, sono sostanzialmente tagliati fuori, a parte lodevoli eccezioni, soprattutto a causa di una mancata integrazione tra centri nascita e territorio, come raccomandato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI).

I risultati delle indagini nazionali condotte dall'Istituto Superiore di Sanità da poco meno di 20 anni (1996, 1999, 2002, 2009-2010) hanno dimostrato che le donne seguite dalle ostetriche e dai consultori familiari sono più soddisfatte del servizio offerto rispetto ad altre modalità di assistenza, sono meno esposte a interventi ostetrici non appropriati, a partire dall'eccesso di ecografie; anche gli esiti più favorevoli di salute, come il più prolungato allattamento al seno sono a loro associati. Analogamente i corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dai consultori familiari sono associati a migliore soddisfazione e a migliori esiti di salute.

Una donna informata, dunque, capace di scegliere, potenziata dalla consapevolezza delle sue competenze è una donna che ha meno bisogno di assistenza sanitaria, costa meno allo Stato e alla comunità, ma soprattutto è una donna più soddisfatta della sua esperienza di maternità. Basterebbero solo queste considerazioni per richiamare con estrema determinazione e durezza le responsabilità di governo (Regione), di amministrazione e gestione dei servizi di sanità pubblica relativi al percorso nascita.

Il servizio sanitario nazionale, finanziato con le tasse pagate da cittadini e cittadine, è tenuto ad erogare prestazioni la cui qualità andrebbe valutata con indicatori di processo (per es. percentuale di donne primipare che partecipano a corsi di accompagnamento alla nascita, che non dovrebbe essere inferiore all'80%, senza differenze per livello di istruzione), con indicatori di risultato (per es. percentuale di parti con taglio cesareo, che non dovrebbe essere superiore al 20%) e con indicatori di esito (per es. percentuale di allattamento al seno in modo completo alla nascita, a tre mesi e a sei mesi e comunque al seno a un anno, non inferiori rispettivamente al 90%, 80% e 60%).

Gli sprechi per l'inappropriatezza delle cure si mangiano almeno il 30% delle risorse e mettono, questi sì, in discussione la sostenibilità del servizio sanitario pubblico e impediscono la disponibilità di azioni appropriate soprattutto alle persone meno abbienti. È facile immaginare quanto risparmierebbe la sanità pubblica e le donne stesse, che pagano con le tasse servizi qualitativamente migliori che non usano o usano poco, e spendono soldi per servizi inutili o non appropriati.

Tenendo conto che la nascita è un fenomeno prevalentemente fisiologico, da non disturbare se non quando strettamente indispensabile (l'ostetrica con le mani dietro la schiena ne è la rappresentazione più adeguata sul piano simbolico), appare in tutta evidenza l'insensatezza degli eccessi degli interventi diagnostico-terapeutici invasivi e invalidanti il senso di competenza.

Concludendo si arriva al paradosso dove, strumentalizzando il desiderio di sicurezza delle donne, si rischia un potenziale danno alla salute. Salute e sicurezza che potrebbero essere meglio garantite se si attivassero e sostenessero tutte le competenze della donna e delle persone che nascono.

Michele Grandolfo
Epidemiologo,
già dirigente di ricerca Istituto Superiore di Sanità

I PUNTI NASCITA DI ROMA (DATI 2011)

Istituto	Livello	Nati vivi	% nati da madre <20 anni	% nati da madre ≥35 anni	% nati da madre primipara	% nati con peso <2500 gr.	% nati pretermine (<37 settimane gestazionali)	% nati da madre straniera	% nati da parto plurimo	N° parti cesarei	Tasso di cesarei	Tasso di cesarei tra primipare	Tasso di cesarei senza pregresso cesareo
Annunziatella	I	115	0,0	65,2	33,0	2,6	3,5	20,0	0,0	79	68,7	68,4	51,4
Quisisana	I	149	0,0	63,8	57,0	3,4	4,0	8,1	1,3	131	87,9	91,8	83,0
Villa Mafalda	I	166	0,0	63,9	49,4	1,2	1,2	13,9	1,2	141	84,9	87,8	81,2
Villa Margherita	I	170	0,0	67,6	45,9	10,6	8,2	14,1	7,1	127	74,7	79,5	60,9
Santa Maria di Leuca	I	183	0,0	63,9	54,6	5,5	7,1	4,4	7,1	139	76,0	79,0	68,3
Mater Dei	I	441	0,0	64,2	48,8	3,2	5,2	12,0	0,0	375	85,0	88,4	78,3
Sant'Eugenio	II	471	4,5	41,4	43,7	13,0	14,6	30,1	4,2	156	33,1	30,6	21,0
Villa Pia	I	492	1,2	35,0	56,7	3,9	4,3	32,1	0,4	345	70,1	71,3	62,0
Aurelia Hospital	I	659	2,0	30,3	51,0	2,6	3,0	38,5	0,3	299	45,4	46,1	34,1
Vannini-Figlie di San Camillo	I	772	2,1	24,0	50,8	3,1	3,4	59,8	0,3	419	54,3	53,3	38,5
P.O. Santo Spirito	I	881	1,1	40,1	96,3	5,1	4,7	34,6	1,7	308	35,0	34,7	34,2
San Filippo Neri	II	1.066	0,9	36,1	66,4	6,0	7,9	23,8	4,4	529	49,6	48,0	43,0
Sandro Pertini	II	1.166	3,3	33,4	52,1	3,5	4,6	32,8	1,1	539	46,2	46,3	37,3
San Giovanni-Addolorata	III	1.905	0,8	43,4	58,4	8,4	10,2	19,0	4,7	836	43,9	43,8	32,9
Città di Roma	II	1.946	0,7	43,3	59,7	4,1	4,2	12,8	1,5	910	46,8	49,9	37,0
Policlinico Umberto I	III	1.961	1,7	37,7	56,9	17,6	20,1	30,0	7,0	1.143	58,3	58,1	48,8
Giovanni Battista Grassi	II	1.988	1,9	31,4	53,9	3,4	3,9	27,6	1,9	688	34,6	31,5	25,2
Santa Famiglia	II	1.996	0,5	47,9	76,7	4,8	5,7	14,8	2,0	928	46,5	45,6	45,5
Cristo Re	II	2.040	0,7	42,5	54,0	3,5	3,9	16,5	1,7	684	33,5	30,0	22,9
Fabia Mater	II	2.103	0,7	31,7	54,5	3,6	4,1	22,4	1,6	960	45,6	44,4	34,5
Policlinico Casilino	III	2.207	3,0	27,4	51,3	11,4	12,1	39,1	4,2	900	40,8	36,5	30,1
Policlinico Gemelli	III	3.449	1,1	42,6	64,7	14,3	13,5	23,7	8,1	1.625	47,1	47,8	40,5
San Camillo-Forlanini	III	3.713	1,5	43,4	61,3	10,0	10,5	18,7	5,9	1.624	43,7	40,9	34,9
San Giovanni Calibita	III	4.199	0,4	51,5	56,5	11,4	11,1	14,7	7,5	1.937	46,1	45,6	36,4
San Pietro-Fatebenefratelli	III	4.349	0,9	41,1	59,1	9,1	10,6	19,5	5,3	2.032	46,7	46,8	41,1

Fonte: Elaborazione da Di Lallo D. et alii, 2013

I NUOVI MUNICIPI

Nuovi Municipi	Popolazione residente	Nati residenti	Tasso natalità	Età della madre – Totale madri						Età della madre – Di cui da madre straniera							% nati da madre starniera su totale madri
				15-24	25-34	35-44	45e oltre	Non indicata	Totale		15-24	25-34	35-44	45 e oltre	Non indicata	Totale	
I (ex I e XVII)	197.258	1.382	7,0	92	549	688	28	25	1.382		67	174	90	5	13	349	25,3
II (ex II e III)	174.211	1.345	7,7	44	567	707	16	11	1.345		23	139	67	3	2	234	17,4
III (ex IV)	204.538	1.770	8,7	99	806	837	18	10	1.770		46	138	60	2	7	253	14,3
IV (ex V)	177.950	1.484	8,3	134	722	599	24	5	1.484		45	146	43	1	3	238	16,0
V (ex VI e VII)	245.980	2.141	8,7	193	1.121	785	9	33	2.141		105	376	117	0	19	617	28,8
VI (ex VIII)	249.583	3.060	12,3	383	1.764	872	12	29	3.060		186	495	143	4	21	849	27,7
VII (ex IX e X)	309.745	2.648	8,5	121	1.239	1.239	36	13	2.648		58	258	99	0	7	422	15,9
VIII (ex XI)	134.568	1.051	7,8	61	437	528	18	7	1.051		30	93	45	0	4	172	16,4
IX (ex XII)	177.032	1.563	8,8	98	708	719	22	16	1.563		36	152	67	2	9	266	17,0
X (ex XIII)	228.252	2.297	10,1	195	1.148	931	13	10	2.297		65	227	91	1	6	390	17,0
XI (ex XV)	153.025	1.459	9,5	109	745	577	14	14	1.459		50	179	66	0	11	306	21,0
XII (ex XVI)	142.350	1.166	8,2	37	477	577	16	59	1.166		20	99	56	1	2	178	15,3
XIII (ex XVIII)	137.132	1.158	8,4	68	527	541	14	8	1.158		32	141	53	1	4	231	19,9
XIV (ex XIX	186.288	1.615	8,7	99	813	671	21	11	1.615		39	196	63	3	7	308	19,1
XV (ex XX)	158.222	1.338	8,5	75	650	588	15	10	1.338		43	218	73	2	5	341	25,5
Roma (*)	2.885.272	25.477	8,8	1.808	12.273	10.859	276	261	25.477		845	3.031	1.133	25	120	5.154	20,2

(*) comprende una quota non attribuita ai municipi

Fonte: Elaborazione da Open Data Comune di Roma

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Censis (2013) *Modi di vivere a Roma tra centro e periferia*, Roma, 26 marzo 2013
http://www.censis.it

Consulta dei Consultori di Roma:
http://consultaconsultoriroma.blogspot.it

Di Lallo D. et alii, a cura di, (2013) *Le nascite nel Lazio*. Anno 2011
Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio.
http://www.asplazio.it

Di Lallo D. et alii, (2010) *Indagine sui Consultori Familiari nel Lazio*.
Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Settembre 2010
http://www.asplazio.it

Grandolfo M., Donati S., Giusti A. (2002)
Indagine conoscitiva sul percorso nascita. Aspetti metodologici e risultati nazionali
Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute
Istituto Superiore di Sanità

I numeri di Roma – Statistiche per la città – Ufficio statistico del Comune di Roma n.1/2009
http://www.comune.roma.it

Istat (2012) *Natalità e fecondità della popolazione residente - Anno 2011*. Roma
Istat Sistema di now cast per indicatori demografici – anno 2011 GeoDemo, Istat
http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2011/Tab_1.pdf)
Istat - Demografia in cifre
http://demo.istat.it/
I.stat: http://dati.istat.it/

Open Data del Comune:
http://dati.comune.roma.it/

Open Data del Ministero della salute:
http://www.dati.salute.gov.it/

World Health Organization *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985; 2:436-7

IL MELOGRANO
Centro Informazione
Maternità e Nascita

Nascere a Roma oggi