

Sabina Nuti  
Sara Barsanti\*

Direttore Laboratorio  
Management e Sanità  
Scuola superiore Sant'Anna  
e Regione Toscana

\* Ricercatore Laboratorio  
Management e Sanità

## L'accesso al percorso materno infantile

**"L**a nostra avversione alla disuguaglianza di norma non ricerca una precisione assoluta, identificando un livello giusto di disuguaglianza e analizzando i relativi pro e contro. Al contrario, l'impegno è sostanzialmente diretto a evitare le disuguaglianze sostanziali e le ingiustizie gravi". (A.K. Sen 1992)

Da anni la Regione Toscana sia nel Piano sanitario, sia mediante molteplici delibere<sup>1</sup> ha posto fortemente la sua attenzione al percorso materno infantile quale momento fondamentale nella vita delle famiglie, quale occasione importante per stabilire un patto tra queste e le istituzioni sanitarie al fine di offrire servizi capaci di mantenere l'evento della nascita nella sua piena naturalità e fisiologia. Tutto il percorso della mamma dalla gravidanza al parto e poi ai primi anni di vita del bambino rappresenta, quindi, per le Aziende sanitarie toscane un'occasione importante per supportare, educare, informare le famiglie sia relativamente al percorso stesso, sia rispetto a molti aspetti

della vita quotidiana che possono avere effetto sulla salute e sulla qualità di vita, come per esempio l'alimentazione, l'igiene, ecc...

Su questa linea la nostra Regione si è fortemente impegnata, ma questo sforzo ha raggiunto tutte le mamme con uguale incisività, completezza e qualità? Tutte le donne hanno avuto modo e facilità di accesso ai servizi? Tutte hanno avuto le informazioni giuste al momento giusto? In una parola, l'azione delle nostre Ausl rispetto al percorso materno infantile, oltre all'efficacia e all'efficienza, ha perseguito anche l'equità? Per rispondere a queste domande sono stati analizzati i risultati dell'indagine realizzata nel corso del 2005, presso un campione di 3.720 donne che avevano partorito nei mesi precedenti l'intervista, con l'obiettivo di verificare nel percorso materno infantile quale era stato l'effettivo accesso ai servizi pre e post-parto e se il livello di scolarizzazione avesse avuto una qualche influenza sul livello di accesso.

Con tali finalità sono stati sviluppati alcuni indicatori di equità ed accesso per ognuna

*Dagli indicatori elaborati nel percorso materno infantile in Toscana emergono particolari disuguaglianze legate al livello di istruzione delle madri*

della fasi del percorso stesso, con riferimento all'erogazione dei Servizi sanitari, che sono stati poi inseriti nel sistema di valutazione della *performance* delle Aziende sanitarie toscane (Nuti S., 2005).

È di estrema importanza, infatti, che le prospettive di equità siano a pieno titolo incluse nelle logiche gestionali al fine di aumentare la sensibilità degli operatori sulle modalità perseguite nell'erogazione dei servizi, erogazione che in molti casi non tiene sufficientemente conto dei gruppi di utenti più svantaggiati che difficilmente accedono ai servizi e alle informazioni. Con questa focalizzazione le Aziende possono operare per far sì che le risorse siano distribuite ed i processi siano disegnati in maniera tale da uniformare (*equalize*) gli *outcome* di salute dei gruppi più svantaggiati con quelli dei gruppi più

benestanti e più colti.

Si tratta di un primo passo verso l'elaborazione di indicatori di equità a supporto del sistema sanitario regionale e delle Aziende sanitarie stesse; molto ancora deve essere fatto sia in termini di misurazione, monitoraggio e valorizzazione, sia in termini di accessibilità e reperibilità dei dati e delle informazioni.

Nei prossimi paragrafi sono riportati alcuni risultati che sono emersi dall'analisi di tali indicatori, utili ad una riflessione almeno per il percorso materno infantile.

### Le disuguaglianze nel percorso materno infantile

Le disuguaglianze in salute nel percorso materno infantile possono derivare da comportamenti che si manifestano già da prima della nascita: basti pensare, ad esempio, alle scadenti condizioni di vita e di nutrizione nel grembo

<sup>1</sup> Si veda a titolo di esempio Delibera DRG n. 555/2004 e Delibera DRG n. 784/2004.

materno che possono causare un ritardo nella maturazione dei tessuti con conseguenti effetti in età adulta.

In tutti gli indicatori il fattore considerato come discriminante per la salute e l'accesso alle cure/servizi sanitari dei diversi gruppi di popolazione è rappresentato dai differenti livelli di istruzione. Si può ipotizzare che, in realtà, il livello di istruzione sia una buona proxy del livello di reddito degli individui. In Italia, la maggior parte degli studi sull'equità, infatti, prende in considerazione il livello di istruzione dei cittadini: in generale si assume che a più bassi livelli di scolarizzazione sono associati livelli di deprivazione maggiori che impediscono un accesso equo alle risorse e, in conclusione, alla salute (Costa 1994; Rapiti 1999).

I dati dell'analisi provengono, come citato in precedenza, da un'indagine telefonica riguardante il livello di soddisfazione delle madri nell'intero percorso materno infantile. Tale indagine si è svolta in parte nel 2004, per le Aziende

sanitarie 3 di Pistoia, 5 di Pisa ed 8 di Arezzo, ed in parte nel 2005, per le Aziende sanitarie 1 di Massa Carrara, 2 di Lucca, 4 di Prato, 6 di Livorno, 7 di Siena, 9 di Grosseto, 10 di Firenze, 11 di Empoli e 12 di Viareggio e l'Azienda ospedaliero-universitaria pisana. Il totale del campione è di 3.720 interviste realizzate. Il livello di istruzione delle madri intervistate risulta così composto:

- 2% di madri con licenza elementare;
- 28% di madri con licenza media inferiore;
- 53% di madri con diploma di scuola media superiore;
- 17% di madri con laurea o altro titolo universitario.

Tale distribuzione risulta essere una reale fotografia delle realtà toscane.

Sulla base dei dati raccolti, è stato creato un albero di indicatori, comprendente quattro sotto-indicatori specifici riguardanti equità ed accesso:

1. Al corso di preparazione alla nascita.
2. Alla visite ostetriche a domicilio.

3. Alla prima visita pediatrica del neonato.

4. Nella distribuzione dell'informativa riguardante i diritti delle madri lavoratrici in gravidanza.

Ogni singolo servizio è stato analizzato e valutato sotto due punti di vista indipendenti:

- l'accesso, considerando la percentuale di madri che hanno avuto accesso, senza considerare il loro livello di istruzione;
- l'equità, come distribuzione degli accessi secondo il titolo di studio delle madri.

Se, quindi, da una parte si considera la capacità delle Aziende sanitarie di offrire il servizio, traducendo il potenziale accesso in un accesso realizzato, dall'altra si suppone che tale servizio sia equamente utilizzato dalla popolazione di riferimento quando l'utilizzo del servizio stesso non è influenzato dal livello di istruzione delle madri. In particolare si considera che un servizio è equamente distribuito nella popolazione quando non ci sono sostan-

ziali differenze nel tasso di utilizzazione dello stesso tra gruppi di madri con differenti livelli di istruzione; al contrario, quando tale differenza in termini percentuali è maggiore del 20% si può ipotizzare che il sistema non stia garantendo l'universalità.

Obiettivo del sistema deve essere, quindi, quello di ridurre il gap tra gruppi di madri con diversi livelli di istruzione.

### La fase pre-parto: equità ed accesso nel corso di preparazione alla nascita

Un esempio particolarmente significativo di tale analisi è rappresentato dalla fruizione da parte delle madri intervistate del corso di preparazione alla nascita. È ormai sostenuto dalla maggior parte dei medici che i corsi di preparazione alla nascita siano strumenti utili per aumentare la consapevolezza delle madri e che risultino associati ad una riduzione di esiti negativi per la salute della madre e del bambino. Secondo la delibera DRG 784/2004, la fruizione di tale servizio dovrebbe essere

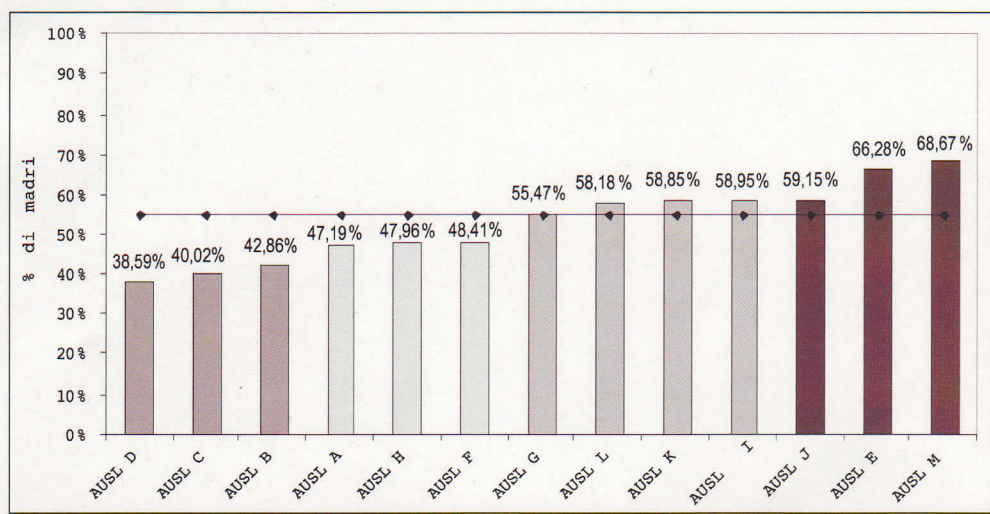


Fig. 1. Valutazione delle Aziende sanitarie rispetto all'accesso al corso di preparazione alla nascita (anno 2004/2005).

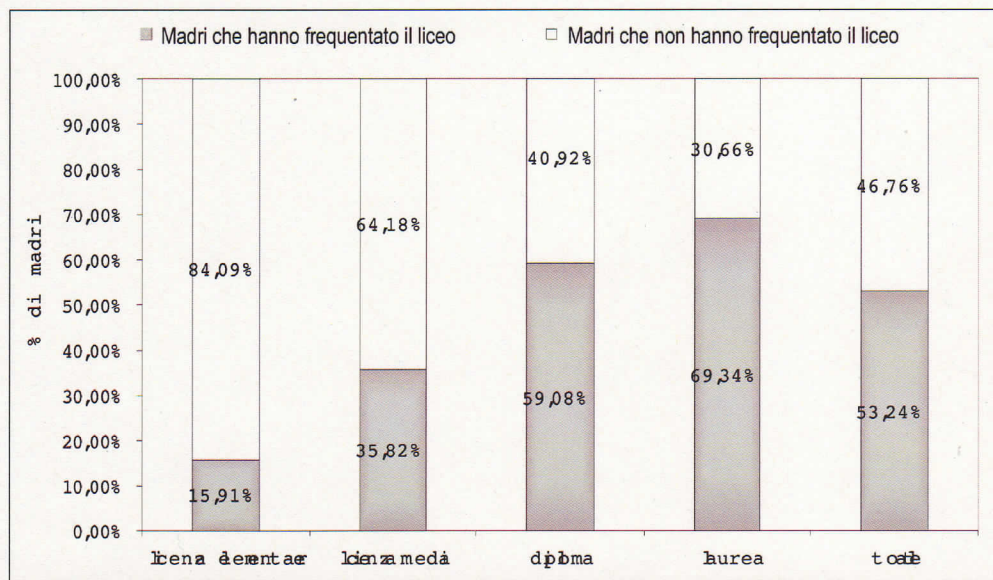


Fig. 2. Percentuale di madri che hanno frequentato il corso di preparazione alla nascita per titolo di studio (anno 2004/2005).

garantita a circa l'80% delle madri primipare. La Figura 1 mostra come le percentuali di utilizzo di tale servizio varino tra le Aziende sanitarie, invece, da un minimo del 38% ad un massimo del 65%. Tali percentuali si riferiscono alle madri che hanno frequentato il corso nell'anno in cui è stata condotta l'intervista, escludendo, invece, le madri che non hanno partecipato al corso, perché già frequentato in edizioni precedenti.

La Figura 2 mostra la distribuzione dell'accesso al corso di preparazione alla nascita secondo il titolo di studio della madre: si nota che la frequenza del corso è fortemente influenzata da quest'ultimo<sup>2</sup>. Si può ipotizzare, quindi, che il servizio (corso di preparazione alla nascita) non sia erogato equamente tra le madri.

Se si analizza il motivo per cui le madri hanno deciso di non frequentare il corso, si

nota che la percentuale di donne che ritenevano il corso non utile o che erano disinformate diminuisce con l'aumentare del titolo di studio: circa il 34% delle madri con licenza elementare, infatti, considera il corso non utile o è disinformata; tale percentuale si riduce al 5% nelle madri con titolo universitario.

È evidente, quindi, una forte asimmetria informativa a scapito delle madri più svantaggiate che, invece, dovrebbero essere destinatarie di politiche selettive per la riduzione delle disuguaglianze.

#### Gli altri risultati dell'analisi: la fase post-parto

Riguardo la fase post-parto sono stati analizzati equità ed accesso per due dei servizi di cura garantiti alle madri dal Servizio sanitario regionale: le visite domiciliari delle ostetriche e la visita pediatrica. In entrambi i casi si no-

ta che il livello di istruzione della madre influenza l'accesso e quindi l'utilizzo del servizio stesso.

Circa il 15% delle madri ha avuto una visita ostetrica a domicilio: nel 18% dei casi si tratta di madri con titolo di studio universitario, contro il 3% delle madri con licenza elementare.

La maggior parte delle madri che non ha usufruito della visita ostetrica ha dichiarato di non essere stata interessata al servizio. La mancanza di informazioni si rivela un'altra volta un motivo che condiziona il comportamento delle madri: tra le donne intervistate con licenza elementare, circa una madre su tre ha dichiarato di non aver usufruito del servizio perché non ne era a conoscenza.

Per quanto riguarda invece la visita pediatrica, consigliata entro i primi 10 giorni dalla nascita ricorrendo ad un pe-

diatra di libera scelta, circa il 45% delle madri con licenza elementare ha effettuato tale visita entro il termine consigliato; tale percentuale aumenta con l'aumentare del titolo di studio, fino ad arrivare a circa il 74% per le madri con laurea.

Un ulteriore aspetto analizzato nel percorso materno infantile riguarda il ricevimento da parte delle madri dell'informativa riguardante la tutela delle donne lavoratrici in gravidanza.

Solo il 20% delle madri con licenza elementare ha ricevuto l'informativa in oggetto, e solo una madre su tre l'ha ricevuta da una struttura sanitaria. La percentuale di madri che hanno ottenuto l'informativa aumenta fino all'80% nelle madri con il titolo di studio più alto. Si può ipotizzare che il resto

(segue a pag. 320)

<sup>2</sup> Tale dipendenza è supportata dal test statistico Chi-quadro.

Riteniamo che questo passaggio sia cruciale e propeudeutico anche nell'eventualità del passaggio alla gestione perché ci troviamo in un momento in cui l'approccio "analitico" non riesce più ad essere uno strumento adeguato per comprendere una realtà in cui la popolazione sta cambiando rapidamente nella composizione demografica ed in cui è troppo forte l'impatto tecnologico. Gli

stessi operatori che fanno parte dei gruppi dichiarano la loro difficoltà crescente a dare risposte a problemi che sono all'origine complessi e richiedono una risposta necessariamente integrata. Diventa allora prioritario creare "laboratori" dove si definiscano scenari futuri che possano orientare il decisore, "laboratori dell'innovazione" intesa come capacità di anticipazione della realtà attra-

verso strumenti innovativi (come il Profilo di salute) che consentano la realizzazione di una programmazione dei servizi più mirata e che risenta maggiormente della domanda.

Occorrerà adesso dare a questa identità strumenti reali di governo, oltre che relazionali. Bisognerà cioè che la SdS sia dotata del governo di tutte le risorse che affluiscono dalla Regione ai Comuni od

all'Ausl, oltre che delle risorse locali, in modo da vincolare il loro utilizzo alla strategia della SdS.

Crediamo che un modello così concepito, se adeguatamente sostenuto e testato ben potrebbe essere esportato in altri contesti, anche internazionali, in cui si devono urgentemente affrontare problemi di avvio e sviluppo dei sistemi di *welfare* con risorse scarse.

### Bibliografia

De Toni A., Pomello L., *Prede o ragni? Uomini e organizzazione nella ragnatela della complessità*, UTET, 2005.

Mintzberg, H., *La Progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna 2002.

Rullani E., *La Fabbrica dell'immateriale*, Carocci, Roma 2005.

Tedeschi P., Tozzi V., *Il Governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, McGraw-Hill, Milano 2004.

Longo F., *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano 2005.

(segue da pag. 305): **L'accesso al percorso materno infantile**

delle madri che non ha ottenuto l'informativa non ne avessero bisogno perché madri non lavoratrici. In ogni caso ci pare importante evidenziare che per tutte le madri, indipendentemente dal loro titolo di studio, la struttura che maggiormente distribuisce tale informativa è quella sanitaria.

### Conclusioni

Il dibattito sulla definizione e misurazione dell'equità rischia di essere limitato solo agli addetti ai lavori e di non avere la necessaria risonanza in termini politici e gestionali. La definizione di equità pone l'accento sul bisogno sa-

nitario e sulla necessità di garantire da una parte il suo soddisfacimento, senza discriminazioni derivanti dalle possibilità economiche o da altre condizioni come il livello di istruzione, di reddito, l'occupazione e l'ambiente, e dall'altra un'uguale accessibilità e uniformità di prestazioni e servizi sanitari, tale da non generare squilibri territoriali e sociali.

Se l'equità non può essere misurata in maniera diretta, gli obiettivi di riduzione delle disuguaglianze in salute dovrebbero tradursi in *target* concreti, misurabili e specifici capaci sia di monitorare le disuguaglianze in diversi

gruppi di popolazione (più poveri vs. più ricchi; uomini vs. donne; gruppi razziali differenti...), sia di eliminare tali differenze tra diversi gruppi di popolazione.

Dagli indicatori elaborati nel percorso materno infantile in Toscana emergono particolari disuguaglianze legate al livello di istruzione delle madri, sia a livello regionale, sia al livello locale, ovvero tra differenti Aziende sanitarie.

Il tendere ad una maggiore eguaglianza nelle condizioni e nelle possibilità di salute può rappresentare il punto di partenza per guidare e determinare l'allocazione delle risorse disponibili in sanità,

nonché di suggerire la priorità di interventi selettivi da realizzare a beneficio dei soggetti più svantaggiati.

Se gli indicatori di equità vengono inseriti in un sistema di valutazione delle *performance*, accanto ad indicatori economici e clinici, si potranno monitorare sul campo e valutare le politiche e i risultati delle azioni gestionali/organizzative attuate da un punto di vista multidimensionale, comprendente non solo l'efficacia, l'efficienza e la qualità, ma anche l'equità.

In una parola, un sistema che valuti la *fairness* del sistema sanitario.

### Bibliografia

Costa G., Faggiano F. (1994), *L'equità nello stato di salute in Italia*, Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli.

Dipartimento di Salute, *Piano Sanitario Regionale 2005-2007*, Regione Toscana.

Nuti S. (2005), *Il sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane*, in *Innovare in Sanità*, Edizioni ETS, Pisa.

Rapiti E., Perucci A.C., Agabiti N. et al. (1999), *Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio*, *Epid Prev.*, 23: 153-60.

Sen A.K. (1992), *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Edizione Il Mulino.

Whitehead M. (1990), *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.