

ectopica, aborto volontario o spontaneo, parto). Un metodo, questo, che ha consentito di identificare tutti i casi di mortalità materna, suddivisi in un secondo momento in quelli verificatisi entro 42 giorni dall'esito di gravidanza e quelli tra 43 e 365 giorni. L'analisi delle due diverse fonti ha inoltre consentito di calcolare i decessi per classi di età, per modalità di espletamento del parto, per cittadinanza e per livello di istruzione della madre, oltre che a definire le cause di morte sulla base della classificazione ICD-10.

I risultati

I risultati del progetto, che sono stati presentati in occasione del convegno "Mortalità e morbilità materna in Italia: stato dell'arte e prospettive di miglioramento della rilevazione", tenutosi a fine maggio, hanno confermato i timori.

Nelle Regioni analizzate, che coprono il 38% della popolazione femminile italiana in età riproduttiva, la mortalità è risultata più alta del dato rilevato attraverso il flusso informativo dei certificati di morte elaborati dall'Istat, con forti differenze regionali. Se il valore medio è di 11,9 casi di morte per ogni 100.000 nati vivi, le oscillazioni vanno dagli 8 decessi ogni 100 mila nati vivi della Toscana ai 22 della Sicilia.

Per quanto concerne le cause di morte, invece, è maggiore la frequenza delle morti dirette (dovute cioè a complicazioni ostetriche) rispetto a quelle indirette (causate da complicazioni di patologie preesistenti o insorte durante la gravidanza). Emorragie, tromboembolie e disordini ipertensivi della gravidanza le prime cause di decesso.

Eventi, che sono evitabili nel 50 per cento dei casi e che lasciano quindi un'abbondante margine di miglioramento, così come un ulteriore miglioramento è possibile grazie all'identificazione delle classi più a rischio: le donne con età pari o superiore a 35 anni (che presentano un rischio di mortalità doppia rispetto alle più giovani); quelle che si sottopongono a taglio cesareo (rischio triplo rispetto al parto naturale); quelle straniere e con basso grado di istruzione. **Y**

il commento
di Valeria Dubini*

I risultati dello studio devono essere ora letti con molta attenzione

La morte materna rappresenta un evento drammatico al quale non vorremmo più assistere ma che, seppure molto raramente, accade anche nei sistemi di salute più sviluppati e rappresenta un indicatore importante delle condizioni di salute e di sviluppo di un Paese.

Come per tutti gli eventi complessi la raccolta dei dati su questo fenomeno non è cosa facile, anche se rappresenta un passaggio essenziale per comprendere se ci sono degli indicatori specifici di rischio e delle condizioni di *standard care* sulle quali è possibile intervenire.

Ben lo sanno i nostri colleghi inglesi, da sempre attenti alla comprensione dei fenomeni attraverso la raccolta e l'analisi dei dati, che da anni redigono un report triennale sulle morti materne, con modalità di rilievo delle informazioni del tutto confidenziale.

Il report, che negli anni si è rivelato uno strumento di fonamen-

tale importanza nella direzione e nella correzione della politica sanitaria del Regno Unito in tema di tutela materno-infantile, ha evidenziato come sia difficile una raccolta dati su questi temi e come si assista ad una sottostima del fenomeno, fino ad una percentuale del 30-50%.

Anche nel nostro Paese, tentativi di raccolta confidenziale dei dati, effettuati con modalità diverse in regioni come la Lombardia e l'Emilia Romagna, sono giunti alle stesse conclusioni: è questo il motivo per cui, pur in presenza di un dato molto confortante pubblicato del tutto recentemente su *The Lancet*, che vede il nostro Paese collocarsi, con 3 morti materne ogni 100 mila nati vivi, nelle migliori posizioni anche tra i Paesi socialmente avanzati, l'Iss ha voluto promuovere un'analisi più dettagliata, con la collaborazione di 7 regioni, delle morti materne in Italia.

I risultati a cui lo studio ha por-



tato devono essere ora letti con molta attenzione, perché il pericolo di un'informazione distorta che metta sotto accusa i nostri servizi e la nostra assistenza è sempre in agguato.

Dire infatti che i dati Istat rappresentano una sottostima del fenomeno pari al 67% e che in realtà anche nel nostro Paese la Mortalità materna rappresenta un'evenienza, seppure rara [comunque 4 volte più frequente di quanto si ricavi dai dati pubblicati sul *Lancet* (11.9 vs 3.9)] non deve creare un clima di allarme, ma anzi fare riflettere su come sia possibile, da una parte, migliorare la nostra raccolta dei dati e dall'altra lavorare nell'analisi dei dati stessi.

Ad esempio, rilevare che la mortalità materna, in accordo con la letteratura, colpisce più le donne che si sottopongono a Tc (OR=

3.1), o le donne over 35 (OR 1.9), deve fare riflettere sulla necessità di possibili correttivi che dipendono anche dell'informazione che noi siamo in grado di dare.

Ancora più determinante potrebbe essere l'analisi dei "near miss case", là dove si dimostra la presenza di grave morbilità materna nel 3.3 x mille parti con rischio aumentato di 5.3 volte nelle donne sottoposte a Tc, di 1.6 volte nelle donne immigrate, di 1.5 volte nelle donne over 35.

I Paesi che hanno istituito sistemi di sorveglianza della mortalità materna come la Francia e il Regno Unito stimano che dal 40% al 60% delle morti materne siano prevenibili mediante un'analisi delle cause ed una loro correzione: dunque la conoscenza può costituire una preziosa fonte di informazioni per la qualità dell'assistenza ostetrica e per la prevenzione delle morti materne, con l'unico obiettivo di supportare gli operatori nel miglioramento dell'assistenza.

*Vicepresidente Aogoi
Componente Gruppo di lavoro mortalità materna Iss-Regioni

Un approfondimento sullo studio Cneps- Ccm

è disponibile sul sito www.ccm-network.it/
Hanno collaborato al progetto: Serena Donati*, Sabrina Senatore*, Alessandra Ronconi* e il gruppo di lavoro mortalità materna Iss-Regioni**

* Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità

** Vittorio Basevi, Veronica Casotto, Achille Cernigliaro, Gabriella Dardanoni, Martina De Nisi, Domenico Di Lallo, Valeria Dubini, Camilla Lupi, Luisa Mondo, Silvano Piffer, Renato Pizzuti, Arianna Polo, Raffaella Rusciani, Michele Santoro, Maurizio Saporito, Daniela Spettoli, Eleonora Verdini



Millennium Development Goal n. 5: migliorare la salute materna

5 miliardi stanziati al G8 di Toronto

Ogni anno 350mila donne muoiono per cause collegate alla gravidanza e al parto. Il 99% di queste morti avviene nei Paesi in via di sviluppo per cause prevenibili facilmente e a basso costo.

La soluzione esiste: "serve un impegno condiviso da parte dei singoli Stati per creare servizi di pianificazione familiare di qua-

Ma gli obiettivi di salute per il Millennio sono ancora lontani da raggiungere e troppo spesso gli stanziamenti annunciati non sono seguiti dai fatti. Un appello della Sigo e di altre associazioni impegnate sul terreno della salute delle donne: "La pianificazione familiare è essenziale per il benessere e l'emancipazione femminili"

lità, economicamente sostenibili, accettabili e accessibili a tutti coloro che li necessitano e li desiderano", come hanno scritto le cinque autorevoli associazio-

ni italiane firmatarie dell'appello rivolto ai politici italiani in partenza per il G8 di Huntsville, perché "la riduzione della mortalità materno infantile diventi

una priorità per i governi". Firmatari dell'appello sono stati Aidoss, Amnesty International, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Save the Chil-

dren e la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo).

E, stando all'annuncio del primo ministro canadese Stephen Harper, il Gruppo degli Otto effettivamente investirà in progetti e attività a favore della salute materna infantile circa 5 miliardi di dollari nei prossimi cinque anni, cui si aggiungono 2,3 miliardi stanziati da altri donatori. Una notizia positiva, ma che appare offuscata dalla denuncia di Cestas e Aidoss, secondo la quale troppo spesso gli stanziamenti annunciati non hanno seguito.