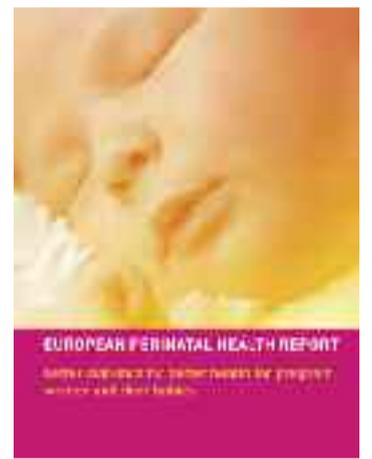


## European Perinatal Health Report

Il rapporto (disponibile sul sito [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)), che ha confrontato una trentina di indicatori della salute materno-infantile 26 Paesi europei, è il frutto della collaborazione di un ampio gruppo internazionale di epidemiologi, biostatistici e clinici, coordinato dall'Institut national de la santé et de la recherche médicale di Parigi (Francia). In Italia, Euro-Peristat è stato coordinato dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (dove, lo scorso 11 dicembre 2008, è stato presentato) in collaborazione con l'Istat.



con livelli elevati di nascita pretermine, crescita non ottimale del feto e mortalità perinatale. L'aumento del rischio per le giovani madri si ritiene associato soprattutto a fattori sociali e di assistenza sanitaria (per esempio scarse cure prenatali, gravidanza indesiderata o nascosta, nutrizione inadeguata). D'altro canto la gravidanza in età più avanzata porta con sé un'alta prevalenza di complicazioni, incluse anomalie congenite, ipertensione e diabete. Essa è inoltre un significativo fattore di rischio per mortalità e morbilità materna. Infine, la gravidanza in età matura è associata a un più elevato tasso di parto cesareo e gravidanze multiple. Dal rapporto emerge che in Europa è ormai in atto da anni la tendenza ad avere figli sempre più tardi, e ciò può, nel tempo, influenzare gli outcome relativi alla salute perinatale.

Quanto ai dati, concentrandoci sulle classi di età estreme individuate dal rapporto, emerge che la percentuale di ragazze che diventano madri al di sotto dei 20 anni varia dall'1,3% della Danimarca al 9,3 della Lettonia (in Italia è del 2,1%), mentre, sull'estremo opposto, la percentuale di madri in età avanzata (con età maggiore ai 35 anni) varia dal 7,5% della Slovacchia al 24,3% in Irlanda (23,8% il valore dell'Italia).

**Quando la prima visita**  
All'incrocio tra convenzioni so-

Presentato al Bambino Gesù di Roma l'European Perinatal Health Report

# Nascere in Europa

di Antonino Michienzi

**D**i strada se ne è fatta molta da quando il parto era una delle principali cause di morte per le madri e la mortalità infantile un'evenienza comune.

Tuttavia, il primo anno di vita, e in particolare il primo mese, rappresenta ancora un periodo a rischio per il nascituro. D'altro canto, la gravidanza è divenuta un percorso ricco di sfaccettature mediche e sociali, la cui analisi è un elemento fondamentale per scongiurare complicazioni. È con questo scopo che è stato redatto il rapporto sulla salute materno-infantile (dalla gravidanza al primo anno di vita) in Europa, che riporta i risultati di quattro importanti progetti finanziati dalla Commissione Europea:

- **Euro-Peristat**, che ha sviluppato gli indicatori per il monitoraggio e ha coordinato l'analisi dei dati

- **Euroneostat**, che riguarda i nati pretermine ricoverati in terapia intensiva neonatale

- **Eurocat e SCPE**, che monitorano rispettivamente le malformazioni congenite e le paralisi cerebrali.

Il quadro che emerge è composito. Nessuno dei Paesi analizzati può essere indicato come il migliore su tutti gli indicatori e in ciascuno di essi sono presenti punti di forza e criticità.

Nonostante questa premessa, una tendenza è però riscontrabile: i Paesi scandinavi mostrano i risultati più brillanti, mentre quelli dell'Europa orientale si trovano spesso all'altro estremo.

Quanto all'Italia, la sua posizione è nel complesso buona, in linea con quelle degli altri Paesi occidentali, per la maggior parte degli indicatori analizzati. Peculiarità del nostro Paese sono invece alcuni indicatori di utilizzo dei servizi sanitari. Si riscontra per esempio un tasso piuttosto elevato di episiotomie (52% dei parti vaginali) e il più alto tasso di cesarei in Europa (37,8% nel 2003). Alta anche la percentuale di nascite da donne di 35 anni o più (24%).

### La salute feto-neonatale e infantile

Ogni anno in Europa circa 25.000 bambini nascono morti,

Ancora troppe differenze nella salute materno-infantile nel vecchio continente. Degli 8 milioni di bambini nati vivi ogni anno, 4 su mille muoiono nel primo anno di vita. Anche la piaga della mortalità materna non è cancellata: 7 donne muoiono per cause connesse al parto per ogni 100 mila nati vivi



e altri 25.000 muoiono entro i primi 12 mesi; tra quelli che sopravvivono, circa 90.000 presentano malformazioni di origine congenita, e altri 40.000 hanno disabilità gravi. Questi i dati salienti del rapporto in merito alla salute feto-neonatale e infantile. Analizzando più nel dettaglio i singoli indicatori emerge che la mortalità infantile, definita come numero di morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi, varia dal 3 per 1000 di Svezia e Norvegia all'8,1‰ in Lituania e il 9,4‰ in Lettonia. In Italia il valore si attesta al 4 per 1000.

Differenze notevoli si riscontrano anche sul fronte della mortalità neonatale (numero di morti nei primi 28 giorni di vita

per 1000 nati vivi). Ancora una volta sono i paesi scandinavi (Svezia e Norvegia) a presentare gli *outcome* migliori, con una percentuale di circa il 2‰. Poco peggio l'Italia con il 2,8‰. In coda Polonia (4,9‰) e Lettonia (5,7‰).

A confermare le difficoltà insite nella gravidanza sono i dati su mortalità fetale e natimortalità (definite come numero di nati morti per 1000 nati totali). L'analisi dei dati parte, per motivi di confrontabilità, dalle 28 settimane di età gestazionale in avanti, e i valori oscillano dal 2‰ di Slovacchia e Finlandia al 4,9 della Lettonia (in Italia il valore è del 3,7‰).

Uno dei più importanti indicatori della salute del nascituro –

dal momento che può essere associato a nascita pretermine, ritardo di crescita in utero o entrambi – è il peso alla nascita: il rapporto ha quantificato l'incidenza del basso peso (percentuale di nati vivi con un peso alla nascita inferiore a 2500 gr) nei 26 Paesi: i valori variano dal 4% di Svezia, Finlandia ed Estonia al 7,4% in Spagna, l'8,3% in Ungheria, 8,5% in Grecia (6,7% in Italia).

Altro importante dato è quello relativo all'incidenza delle nascite pretermine (definite come percentuale di nati vivi con età gestazionale inferiore a 37 settimane compiute). Assume valori che vanno dal 5,3% della Lituania al 12,2% nella Repubblica Ceca. L'Italia, con il 6,8% si piazza a metà classifica. Infine, tra i diversi indicatori presi in esame dal rapporto, vi è anche l'incidenza della paralisi cerebrale: riguarda circa 2 bambini su 1000 ed è spesso associata a nascita pretermine o eventi perinatali avversi. La variabilità in Europa è tra l'1,04 a 2,5 per 1000 nati vivi.

### La salute materna

Numerosi gli indicatori impiegati dal rapporto per valutare la salute materna in Europa e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne in gravidanza. Anche in questo caso, si riscontra una notevole variabilità tra i diversi Paesi europei, associata sia alle caratteristiche dell'offerta sanitaria che alle diverse convenzioni sociali tipiche del Paese.

### A che età si diventa mamma

L'età media delle donne in gravidanza è uno degli indicatori che meglio fotografano le differenze sociali esistenti tra i vari Paesi europei. È noto che sia una gravidanza precoce che una tardiva possono essere associate

## Come si nasce in Europa

Paese	N. di nati vivi (2003-2004)	Mortalità materna (%) per 100.000 nati vivi (2003-2004)	Mortalità infantile (%) per 1.000 nati vivi
Belgio			
Fiandre	119.167	4,2	3,8
Bruxelles*	32.400	6,2	4,4
Repubblica Ceca	191.349	9,9	3,7
Danimarca	129.466	9,3	4,4
Germania†	692.802	5,3	4,1
Estonia	27.028	29,6	6,3
Irlanda§			4,6
Grecia§	104.355	1,9	3,5
Spagna	896.472	4,6	4
Francia	1.529.280	7	3,9
Italia**	539.066	3,2	4
Cipro§			3,5
Lettonia	41.340	12,1	9,4
Lituania	61.017	9,8	8,1
Lussemburgo†	27.252	7,3	3,5
Ungheria**	190.274	7,4	6,6
Malta	7.923	0	5,9
Olanda	362.012	8,8	4,6
Austria	155.912	6,4	4,1
Polonia	707.203	4,4	6,8
Portogallo	221.945	7,7	3,9
Slovenia**	34.907	11,5	
Repubblica Slovacca§			7
Finlandia	114.018	7,9	3,4
Svezia*	200.316	2	3
Regno Unito	1.411.545	7,7	
Inghilterra e Galles	1.261.190	7,2	4,9
Scozia	106.389	12,2	4,9
Irlanda del Nord	43.786	9,1	4
Norvegia	113.409	3,5	3

\* Bruxelles, Italia e Svezia hanno fornito i dati sulla mortalità materna senza il numero di nati vivi (che è stato stimato sul numero di nati vivi dal 2004: 16.200 per Bruxelles, 539.066 per l'Italia e 100.158 per la Svezia)

† I dati sulla mortalità materna per anno sono stati forniti solo da Germania (2004), Grecia (2003) e Italia (2002); quelli del Lussemburgo si riferiscono al quinquennio 2000-2004

‡ I dati sulla mortalità materna forniti dalla Germania si riferiscono al numero di donne (gravidezze) e non al numero di nati vivi

§ Cipro, Irlanda e Slovacchia non hanno fornito dati sulla mortalità materna

\*\* L'Ungheria ha fornito i dati sulla mortalità materna per gli anni 2003 e 2004, ma non ha fornito il numero di nati vivi nel 2003 (la stima è stata fatta sul numero di nati vivi nel 2004)

†† La Slovenia ha fornito i dati sulla mortalità materna per gli anni 2001 e 2002

I tassi più bassi si registrano in Slovenia (14,4%) e Olanda. Belgio, Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Finlandia, Svezia e Norvegia hanno invece tassi inferiori al 20%.

## Lo stato del perineo

Tra i vari indicatori analizzati dal rapporto anche lo stato del perineo delle puerpere e la diffusione dell'utilizzo dell'episiotomia. "Il suo uso - ricorda il rapporto - è diventato molto comune nella prima metà del Novecento con lo spostamento dei parti dall'abitazione della partoriente agli ospedali. L'uso di routine dell'episiotomia è stato più volte contestato dalle donne che desiderano un'esperienza del parto più normale. E una Cochrane review che confrontava un uso restrittivo dell'episiotomia con un uso di routine concludeva che i benefici si equivalgono". Quanto ai risultati, i tas-

si di utilizzo dell'episiotomia sono molto variabili: si va dall'80% circa di tutti i parti vaginali nella regione di Valencia e nel Portogallo al 50-60% di Belgio, Repubblica Ceca, Italia e Slovenia, per scendere al 16,4% dell'Inghilterra e al 9,7% in Danimarca. Sul fronte delle lacerazioni vaginali si oscilla dall'1,4% della Finlandia al 3% in Italia e 3,1% in Portogallo, per quanto concerne quelle di secondo grado. Quelle di terzo o quarto grado hanno invece una diffusione che varia dallo 0,2% in Italia, al 3,5% in Danimarca e Norvegia.

## Nascite multiple

In confronto alle nascite singole, i bambini nati da gravidanze multiple hanno tassi maggiori di natimortalità, mortalità infantile, nascita pretermine, basso peso alla nascita, e conseguenti problemi di sviluppo. "I tassi di nascite multiple - osserva il rapporto - sono molto variabili tra i vari paesi e nel tempo. Essi risentono dell'influenza di diversi fattori: le differenti proporzioni di donne che danno alla luce bambini in età avanzata, la dif-

fusioni e organizzazione dell'offerta sanitaria si situa invece l'indicatore che mira a valutare il periodo (trimestre) della prima visita. Su quali debbano essere il contenuto e la portata della prima visita prenatale ci sono molte differenze, ma è largamente accettato che essa debba avvenire nel primo trimestre di gravidanza. "Una visita prenatale precoce - si legge nel rapporto - può infatti identificare specifiche condizioni che possono necessitare di attenta sorveglianza nel corso della gravidanza, può riconoscere problemi sociali a causa dei quali la donna può avere bisogno di aiuto da parte dei servizi sociali o mentali al più precoce stadio possibile della gravidanza; può infine informare le donne sui successivi appuntamenti, screening prenatali, su quali siano i maggiori fattori di rischio e i comportamenti più opportuni da tenere in gravidanza". In molti paesi (Repubblica Ceca, Germania, Francia, Italia, Lettonia, Portogallo, Slovenia, Finlandia, Svezia e nella regione di Valencia) più del 90% delle donne si sottopongono alla prima visita durante il primo trimestre. Più bassa la percentuale negli altri: in Estonia è dell'86%, in Lituania del 74%, nella Repubblica Slovacca (80%), in Inghilterra del 66%, in Scozia del 78%.

## Dove si nasce

Le dimensioni ottimali dei reparti di maternità sono da tempo oggetto di accessi dibattiti. Secondo alcune indagini "i bassi volumi di parti nelle piccole unità potrebbe portare a livelli di qualità subottimali con complicazioni, d'altra parte reparti molto grandi potrebbero essere macchinosi e impersonali", scrivono gli estensori del rapporto. "La concentrazione di nascite nei grandi reparti - continuano - potrebbe inoltre comportare un più lungo tragitto per le puerpere e la possibilità di un aumento dei parti avvenuti non intenzionalmente fuori dall'ospedale. Per di più, le unità che offrono servizi sanitari a maggiori proporzioni di gravidanze ad alto rischio potrebbero imporre maggiori interventi anche alle donne senza complicazioni".

Infine, "Conoscere il numero di nascite per reparto di maternità è importante per valutare l'impatto che avrebbe la chiusura di alcune unità, una misura adottata da più parti in Europa". Stando ai dati del rapporto, in tutti i Paesi, poche nascite avvengono in reparti con meno di 500 parti l'anno. In dieci paesi, questa percentuale è inferiore al

5%. A Cipro e in Lituania, tuttavia, la percentuale è molto più alta, con più di un quinto di tutte le nascite che avvengono in reparti di queste dimensioni. In Italia la percentuale è del 9,5%. Sull'altro estremo, è osservabile come la chiusura delle piccole unità in alcuni Paesi (paesi nordici, il Portogallo e la Spagna) abbia portato alla concentrazione delle nascite in strutture con più di 2000 parti per anno. L'indicatore costruito dal team di Euro-Peristat comprende inoltre le informazioni sulle nascite in casa, un'eventualità rara in molti paesi europei, ma che sta assumendo valori di rilievo in altri. La maggior parte dei paesi hanno riportato infatti tassi trascurabili (minori all'1%) su questo indicatore. Percentuali leggermente più alte si sono registrate in Inghilterra (2,2%) e Scozia (3,3%).

Anomalo il caso dell'Olanda, dove partorire in casa è un'opzione comune per le donne a basso rischio tanto che il 30% di tutte le nascite avviene in casa.

## Come si nasce

L'aumento di parti cesarei nei paesi più sviluppati, a partire dagli anni Settanta, è da tempo argomento di dibattiti. Si tratta di un tema su cui nel 1985 si espresse anche l'Oms che dichiarò: "Avere tassi di parti cesarei più alti del 10-15% non è giustificato in nessuna regione". Sulle ragioni di questa tendenza si interroga il rapporto, secondo cui "Molti fattori hanno contribuito all'aumento, inclusi la paura di cause giudiziarie, la percezione che il cesareo sia una procedura sicura e la contestuale perdita della percezione dei possibili effetti avversi. Anche la richiesta delle donne di partorire con un cesareo sono una probabile causa, tuttavia non è chiaro quanto siano estese queste richieste né su quali informazioni fondino la loro scelta".

Concentrandosi sui dati, l'Italia

### Il quadro che emerge è composito. Nessuno dei Paesi analizzati può essere indicato come il migliore su tutti gli indicatori e ciascuno di essi presenta punti di forza e criticità

ha il più alto tasso di parti cesarei tra i paesi analizzati (37,8%), seguita dal Portogallo con il 33,1%. Salvo questi casi, i tassi sono ovunque inferiori al 30%. Germania, Irlanda, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Polonia, Galles e Irlanda del Nord rientrano nel range compreso tra il 25 e il 29%.

fusione nell'uso della stimolazione ovarica e della fecondazione assistita, le politiche di prevenzione delle nascite multiple". I valori oscillano dal 12% di Lituania, Polonia e Lettonia a oltre il 20% in Olanda, Danimarca e a Cipro. In Italia l'incidenza dei parti bigemini è dell'11,5%, i trigemini o più dello 0,5%.

## Procreazione assistita

Benché la percentuale di gravidanze ottenute con tecniche di procreazione medicalmente assistita sia destinata ad aumentare "in seguito a cambiamenti demografici come l'aumento dell'età del parto e a nuovi sviluppi delle tecniche di procreazione assistita", allo stato attuale, l'incidenza di queste pratiche è piuttosto bassa. Il rapporto prende in considerazione la diffusione di tre tecniche: l'induzione dell'ovulazione, l'inseminazione intrauterina (con o senza induzione dell'ovulazione), la fecondazione in vitro.

Anche in tal caso i valori assumono una grande variabilità: il numero di nati da tecniche di riproduzione assistita rappresenta il 4,9% del totale in Francia, il 4,5% in Belgio (i dati sono disponibili soltanto per le Fiandre). Il 2,6% in Olanda, il 2,5% in Slovenia, il 2,1 in Finlandia e l'1,7% in Italia.

## Mortalità materna

La mortalità materna in Europa non è purtroppo un fenomeno confinato al passato.

"Questo indicatore - recita il rapporto - è uno dei maggiori marker delle performance del sistema sanitario in un dato paese. In un paese sviluppato con un'elevata qualità del servizio sanitario e alti livelli di accesso, ogni morte materna è da considerarsi evitabile". Il rapporto definisce la mortalità materna come numero di tutte le morti materne nel periodo che va dal primo trimestre di gravidanza fino al 42° giorno dal parto, per cause ostetriche dirette e indirette, per 100 mila nati vivi. Nell'anno 2004, il numero di morti materne ufficialmente riportato varia da 0 in Slovenia e Malta alle 55 in Francia e Gran Bretagna. In Italia sono state 17 sia nel 2003 che nel 2004, pari a 3,2 madri morte ogni 100 mila bambini nati vivi.

Quanto alle cause di mortalità, sono sconosciute nel 13,4% dei casi. Tra quelle note, è l'emorragia postpartum la singola maggiore causa di morte, con il 13,1% delle morti totali. Tre altre cause sono responsabili del 9-10% ciascuna: il tromboembolismo, complicazioni dell'ipertensione ed embolia da liquido amniotico.