

# MORTALITÀ MATERNA



## IN ITALIA / LE STIME ISS

# Mortalità materna in calo: -24,5% tra il 2011 e il 2019

Le prime stime nazionali presentate, durante il convegno organizzato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

**DIMINUISCE IN ITALIA LA MORTALITÀ** materna e passa da 11 a 8,3 decessi ogni 100mila nati vivi nel periodo 2011-2019. Si evidenzia tuttavia una forte variabilità per area geografica con un gradiente Nord-Sud a sfavore del Mezzogiorno. La stima è infatti pari a 7,7/100mila al Nord, 5,9/100mila al Centro e 10,5/100mila al Sud. Sul totale dei decessi entro 42 giorni dall'esito della gravidanza, la maggioranza (55,1%) ha riguardato morti dirette, ossia quelle dovute a complicanze ostetriche. Tra queste l'emorragia ostetrica figura al primo posto per frequenza (37,1%), seguita dalla sepsi (13,9%), dai disordini ipertensivi della gravidanza (13,4%) e dalla trombo-embolia (11,9%).

Per quanto riguarda invece le cause indirette di morte materna, ovvero quelle secondarie a patologie preesistenti complicate dalla gravidanza, la patologia cardiaca è la prima per frequenza (28,8%), seguita dalla sepsi e dal suicidio materno, entrambe pari al 15,9% del totale dei decessi.

**SONO QUESTE LE PRIME STIME** nazionali presentate, durante il convegno organizzato dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS).

“Si tratta – sottolinea Serena Donati, responsabile del Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva dell'Istituto Superiore di Sanità – di una riduzione statisticamente significativa del rapporto di mortalità materna, che testimonia il grande investimento del Paese nel miglioramento della qualità dell'assistenza alla nascita”.

Dal 2017, la sorveglianza è stata inclusa nel Dpcm su Registri e Sorveglianze di interesse nazionale e quest'anno raggiungerà la copertura nazionale. Dal 2012, ItOSS fa parte dell'International Network of Obstetric Survey System (Inoss), che raccoglie dati a livello internazionale per studiare la mortalità e le gravi complicazioni materne in gra-

vidanza e al parto. Il convegno ha visto la partecipazione di tre ospiti internazionali, tra cui **Jennifer Zeitlin** dell'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm) di Parigi, che ha illustrato l'andamento dei tagli cesarei in Europa dal 2015 al 2019 in base ai recenti risultati del quinto rapporto Euro-Peristat. Nel 2019 il tasso mediano di cesarei in 28 Paesi europei era pari al 26,0%, con un range compreso tra il 16,4% della Norvegia e il 53,1% di Cipro. L'Italia, passando dal 35,0% del 2015 al 33,0% del 2019, fa parte della metà dei Paesi in cui si è registrato un andamento decrescente. **Hilde Engjom** dell'Istituto di Salute Pubblica Norvegese ha presentato una metanalisi dei risultati dei progetti sull'infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza realizzati in 10 Paesi europei aderenti alla rete Inoss. La Prof.ssa **Marian Knight** dell'Università di Oxford, responsabile della sorveglianza Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confi-

### MORTI DIRETTE

DOVUTE A COMPLICANZE  
OSTETRICHE

55,1%

EMORRAGIA OSTETRICA

37,1%

SEPSI

13,9%

DDISORDINI IPERTENSIVI  
DELLA GRAVIDANZA

13,4%

TROMBO-EMBOLIA

11,9%





## NEL MONDO / I DATI OMS

# Il primo rapporto congiunto Enap-Epmm a cura dell'Oms

Ogni anno nel mondo muoiono 4,5 milioni di donne e neonati per cause che potrebbero essere prevenute e condizioni che potrebbero essere curate con un'assistenza sanitaria adeguata. Le morti materne sono pari a 0,29 milioni, i nati morti (di 28 o più settimane di gestazione) sono 1,9 milioni e i neonati morti (entro 28 giorni dalla nascita) corrispondono a 2,3 milioni

L'AFRICA SUB-SAHARIANA e l'Asia centrale e meridionale sono le Regioni con il più alto numero di decessi, sebbene in tutte le Regioni dell'Oms sia evidente un ritmo variabile nei progressi verso la realizzazione degli obiettivi globali del Piano d'azione "Every Newborn" fissati al 2030. I dieci Paesi con l'onere più elevato (India, Nigeria, Pakistan, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Bangladesh, Cina, Indonesia, Afghanistan, Tanzania) riportano il 60% della mortalità materno-neonatale complessiva (morti materne, nati morti e neonati morti) e il 51% dei nati vivi. Sono questi alcuni dei dati contenuti nel primo rapporto congiunto Enap-Epmm. "Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth" redatto dall'Organizzazione mondiale della sanità e pubblicato di recente, il cui obiettivo è rivolgere a tutti i Paesi un appello urgente per allineare investimenti e azioni collettive con l'obiettivo comune di migliorare la salute e la sopravvivenza materna e neonatale e ridurre il numero dei nati morti a livello globale. Il documento presenta le ultime stime sulla mortalità materno-neonatale a livello globale, i progressi dei Paesi verso il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano d'azione Oms e Unicef "Every Newborn" (Enap), dallo statement dell'Oms "Targets and strategies for ending preventable maternal mortality" (Epmm) e dai Sustainable Development Goals (Sdg), e mette in evidenza le azioni prioritarie da compiere per evitare questi decessi. Soprattutto, come ricorda il Report, se gli obiettivi Sdg, Enap ed Epmm venissero realizzati,



entro la fine di questo decennio si salverebbero almeno 7,8 milioni di vite (oltre 1 milione di donne, 2,6 milioni di nati morti e 4,2 milioni di neonate e neonati). Ma, avverte, sarà possibile raggiungere gli obiettivi "solo garantendo a livello globale un'elevata copertura di cure salvavita combinate a qualità ed equità in un continuum assistenziale, da prima del concepimento fino al periodo postnatale".

I dati più recenti mostrano che i progressi globali nella riduzione della mortalità materna e neonatale sono rallentati nell'ultimo decennio. In particolare, i Paesi classificati come fragili o colpiti da conflitti continuano ad avere un onere significativo di mortalità materno-neonatale e, di questi, dieci (Afghanistan, Ciad, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Myan-

ati più recenti mostrano che i progressi globali nella riduzione della mortalità materna e neonatale sono rallentati nell'ultimo decennio. In particolare, i Paesi classificati come fragili o colpiti da conflitti continuano ad avere un onere significativo di mortalità materno-neonatale

mar, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Siria, Yemen) contano 659mila decessi annui fra morti materne, nati morti e neonati morti (il 14% del totale nel mondo). In questi Paesi, il tasso medio annuo di riduzione (Arr) della natimortalità e mortalità neonatale dovrà essere tra i più alti per raggiungere gli obiettivi globali Enap e Sdg entro il 2030. Le sfide globali poste dalla pandemia di Covid-19, dai cambiamenti climatici, dai conflitti nonché l'aumento del costo della vita possono rallentare ulteriormente il raggiungimento degli obiettivi fissati da Oms e Unicef, richiedendo maggiori investimenti nella tutela della salute materna e neonatale da parte di tutti i Paesi.

### OBIETTIVI GLOBALI DEL PIANO D'AZIONE "EVERY NEWBORN"

A metà del periodo di riferimento degli obiettivi posti dai Sustainable Development Goals (SDGs), il Report evidenzia i progressi globali in materia di mortalità materna, mortalità neonatale e natimortalità, nonché gli sforzi compiuti dai Paesi per raggiungere gli obiettivi globali previsti dal Piano d'azione "Every Newborn" che prevedono: mortalità materna: entro il 2030, ridurre il rapporto di mortalità materna (MMR) a livello mondiale a meno di 70 decessi ogni 100mila nati vivi; mortalità neonatale: entro il 2030, porre fine alle morti evitabili di neonate e neonati, bambine e bambini sotto i 5 anni, con l'impegno di tutti i Paesi a contenere il tasso di mortalità neonatale (NMR) entro 12 decessi ogni mille nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni entro 25 decessi ogni mille nati vivi; natimortalità: entro il 2030, ridurre il tasso di natimortalità (SBR) a 12 nati morti ogni mille nascite in tutti i Paesi, continuando ad agire per colmare le disegualianze (ENAP obiettivo 2).

### IL REPORT INDICA POI GLI OBIETTIVI DI COPERTURA ENAP-EPMM:

**OBIETTIVO 1 (GLOBALE):** garantire che il 90% delle donne in gravidanza effettui quattro o più visite prenatali (Anc4)

**OBIETTIVO 2 (GLOBALE):** garantire che il 90% delle nascite sia assistito da personale qualificato (Sab)

**OBIETTIVO 3 (GLOBALE):** garantire che l'80% delle donne che partoriscono riceva un'assistenza postnatale di routine precoce, cioè entro 2 giorni dalla nascita (Pnc)

**OBIETTIVO SUB-NAZIONALE:** coprire l'80% dei distretti con almeno il 70% di Anc4, l'80% di SBA e il 60% di Pnc.

**A LIVELLO GLOBALE** raggiungere questi obiettivi richiederà un tasso medio annuo di riduzione (Arr) della mortalità materna dell'11,6%, della natimortalità (Sab) del 5,2% e della mortalità neonatale (Nmr) del 7,2%.

In generale, solo l'Europa, l'America del Nord, l'America Latina e i Caraibi raggiungono una copertura pari o superiore al 90% per quattro o più

# MORTALITÀ MATERNA

## IN ITALIA

dential Enquiries across the UK (Mmbrace-Uk) ha approfondito il tema della patologia cardiaca in gravidanza, quale prima causa di morte indiretta nei Paesi ad avanzato sviluppo economico tra cui l'Italia.

### I DATI SULLA MORTALITÀ MATERNA

L'ANALISI DEI 187 CASI di morte materna, presi in esame dagli esperti regionali e nazionali che ogni anno effettuano le indagini confidenziali, ne ha delineato i principali fattori di rischio, che includono l'età materna pari o superiore ai 35 anni, il livello di istruzione pari o inferiore alla scuola media inferiore, la cittadinanza non italiana, l'obesità e il concepimento mediante tecniche di riproduzione assistita. La proporzione di morti definite come "evitabili" è risultata pari al 41% del totale, leggermente inferiore rispetto all'ultima rilevazione e in linea con quanto riportato in altri Paesi dotati di un sistema di sorveglianza avanzato.

Oltre alla riduzione della mortalità materna a livello nazionale, ItOSS ha documentato anche una riduzione significativa delle morti materne dovute a complicazioni emorragiche nelle 6 regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) che, fin dall'inizio alla sorveglianza, hanno aderito e partecipato alle attività di ricerca e aggiornamento progettate per raggiungere questo risultato. Il numero di decessi per cause emorragiche nelle 6 regioni è infatti passato da 2,49 a 0,77 ogni 100mila nati vivi. "Tale valore - spiega Donati - dimostra che le attività di ricerca e aggiornamento professionale, coordinate da ItOSS e sostenute dalla comunità scientifica nel Paese, sono in grado di ridurre le morti evitabili".

### LA NASCITA DURANTE LA PANDEMIA DA COVID, MINORI ESITI NEGATIVI CON MISURE PIÙ RIGIDE

Durante il convegno sono stati presentati i dati di uno studio internazionale coordinato da Inoss (che da quest'anno sarà presieduto dall'Italia) in 8 Paesi europei durante i primi 10 mesi della pandemia da Covid. L'incidenza di ospedalizzazione per Covid è risultata pari a 0,77 per mille gravidanze, con un range compreso tra nessuna ospedalizzazione in Islanda a 1,9/mille nel Regno Unito (0,88/mille in Italia). Un risultato originale dello studio riguarda l'impatto che le diverse misure di contenimento della circolazione del virus adottate nei Paesi partecipanti sembrano aver avuto sul rischio di ricovero per Covid in gravidanza. I Paesi che hanno applicato misure più rigide, come l'Italia, hanno registrato minori esiti negativi in gravidanza rispetto a quanto accaduto in contesti come quello svedese, in cui sono state adottate misure meno restrittive per la popolazione. L'Italia ha potuto contribuire a questo progetto grazie allo studio prospettico nazionale coordinato da ItOSS sin dai primi giorni di diffusione del Sars-CoV-2 nel Paese. Sono state arruolate oltre 11mila donne in gravidanza positive al virus che si sono rivolte ai presidi sanitari e, durante il convegno, sono stati presentati i dati relativi alla



qualità dell'assistenza offerta alla nascita. Specie nel Sud del Paese, molte di loro hanno dovuto rinunciare ad avere una persona di fiducia in sala parto (in Italia, in media, solo il 37,5% delle donne ha avuto questa opportunità) e sono state separate dai propri bambini alla nascita, spesso senza poter praticare il contatto pelle a pelle.

In media, l'81,1% dei bambini nati da parti vaginali e il 56,4% di quelli nati con cesareo ha potuto condividere la stanza con la mamma durante il ricovero; l'88,0% dei nati per via vaginale e il 71,9% di quelli nati con cesareo è stato alimentato con latte materno. Il progetto ItOSS ha previsto anche la raccolta di campioni biologici delle donne con test positivo in gravidanza, permettendo lo studio della trasmissione materno-fetale del virus e la risposta anticorpale materna all'infezione da Sars-CoV-2.

La trasmissione del virus al feto in gravidanza è stata confermata come un evento eccezionale, mentre la presenza di anticorpi è stata riscontrata nel 45,2% dei campioni di sangue prelevati da oltre 400 mamme durante la gravidanza e nel 39,7% di quelli prelevati da oltre 500 mamme al momento del parto. I dati raccolti tra gennaio e maggio 2022, durante la circolazione della variante Omicron, hanno permesso di rilevare anche lo stato vaccinale delle donne arruolate nel progetto. Tra le donne per le quali tale informazione era disponibile, il 55% aveva ricevuto almeno una dose di vaccino, condizione più frequente tra le meno giovani e le più istruite. In linea con la letteratura internazionale, le donne vaccinate rispetto alle non vaccinate hanno avuto una riduzione significativa sia dei sintomi da infezione da Sars-CoV-2 che della frequenza di polmonite e malattia grave da Covid.



Le attività di ricerca e aggiornamento professionale, coordinate da ItOSS e sostenute dalla comunità scientifica nel Paese, sono in grado di ridurre le morti evitabili

## NEL MONDO

visite prenatali (Anc4), mentre l'Africa subsahariana e l'Asia centrale e meridionale rimangono molto al di sotto dell'obiettivo globale di copertura Enap-Epmm (54% e 58% rispettivamente).

Anche per l'assistenza alla nascita con personale qualificato, si prevede che l'Africa subsahariana e l'Oceania non raggiungeranno l'obiettivo globale del 90% nel 2025. L'America Latina e i Caraibi, invece, hanno realizzato l'obiettivo di copertura dell'80% di madri che ricevono un'assistenza postnatale di routine precoce, mentre l'Africa settentrionale e occidentale, l'Asia centrale e meridionale e l'Africa subsahariana sono al di sotto dell'obiettivo di copertura Enap-Epmm che si prevede che non sarà realizzato entro il 2025.

Le disparità nei valori di copertura media degli indicatori Anc4, Sba e Pnc sono evidenti quando si confrontano i Paesi che progrediscono rapidamente verso gli obiettivi fissati al 2025 con quelli che progrediscono lentamente (Anc4: 74% e 52% nel 2022 rispettivamente e un aumento previsto al 53% nel 2025 nei Paesi a progressione lenta; Sba: 95% e 70% nel 2022 rispettivamente e un aumento previsto al 75% nel 2025 nei Paesi a progressione lenta; Pnc: nessuno dei due gruppi di Paesi ha realizzato l'obiettivo nel 2022 che si prevede non verrà realizzato neanche nel 2025).

### LE AZIONI PRIORITARIE

I dati presentati nel Report suggeriscono infine diverse azioni prioritarie per accelerare i progressi dei Paesi verso il raggiungimento degli obiettivi globali e garantire a tutte le donne in gravidanza, madri e neonati un'assistenza sanitaria primaria di qualità e un accesso equo alle cure:

**L'IMPEGNO POLITICO** e la pianificazione e monitoraggio degli investimenti finanziari che devono andare di pari passo per realizzare gli obiettivi Enap-Epmm e garantire la copertura sanitaria universale

**LA PIANIFICAZIONE** e l'implementazione locale degli interventi come elementi fondamentali per realizzare gli obiettivi globali, nazionali e subnazionali Enap-Epmm e garantire un progresso equo che raggiunga tutte le donne e neonati, anche nei contesti fragili e umanitari dei singoli Paesi

**LA SINERGIA**, l'efficienza e l'integrazione dei sistemi sanitari per fornire un'assistenza di qualità alle donne e ai neonati, anche attraverso maggiori risorse in termini di personale sanitario qualificato, infrastrutture, farmaci e forniture essenziali

**LA PROMOZIONE** della partecipazione attiva di donne, famiglie e comunità nella pianificazione e monitoraggio degli interventi a favore della salute materna e neonatale, e la promozione di sinergie con altre iniziative e programmi per la tutela della salute materno infantile

**IL MIGLIORAMENTO** dei sistemi di raccolta e analisi dei dati e la capacità di utilizzarli per identificare carenze di copertura e tradurli in azioni a sostegno dell'equità e qualità dell'assistenza sanitaria destinata alle donne e alle bambine e bambini, anche in contesti fragili e umanitari.