



La salute materno-infantile in Europa: al Bambino Gesù la presentazione dei risultati del Progetto EURO-PERISTAT

Viene reso pubblico oggi 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 monitorizzano rispettivamente le malformazioni congenite e la paralisi cerebrale.

Per la prima volta è disponibile un quadro completo e dettagliato che integra risultati provenienti da fonti diverse: dati correnti, sia di tipo anagrafico che sanitario e gestionale, e risultati di progetti specifici. Il rapporto è il frutto della collaborazione di un ampio gruppo internazionale di epidemiologi, biostatistici e clinici, coordinato dall'INSERM di Parigi; in Italia, Euro-Peristat è stato coordinato dall'Ospedale Bambino Gesù in collaborazione con l'ISTAT.

Nonostante i grandi progressi di questi ultimi decenni il primo anno di vita, e in particolare il primo mese, rappresenta ancora un periodo a rischio. Ogni anno in Europa circa 25.000 bambini nascono morti, 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. Persistono importanti disegualianze sia tra i diversi Paesi europei che all'interno dello stesso Paese. Inoltre, gli stessi progressi scientifici e tecnologici che hanno permesso l'aumento della sopravvivenza portano con sé nuove complessità: basti pensare al diffondersi delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, con aumento dei parti multipli (gemellari e plurigemellari) a maggior rischio di nascita pretermine.

Il progetto Euro-Peristat ha analizzato, in maniera comparativa in 26 Paesi europei, una trentina di indicatori chiave (anno 2004), raggruppati in 4 aree principali:

1. Salute feto-neonatale e infantile;
2. Salute materna;
3. Caratteristiche delle popolazioni e distribuzione dei fattori di rischio;
4. I servizi sanitari.

I risultati: esiti principali

- **Mortalità infantile:** numero di morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi. Varia da 3 per 1000 in alcuni Paesi scandinavi (Svezia e Norvegia) a 8.1 in Lituania e 9.4 in Lettonia (**4 per 1000 in Italia**).
- **Mortalità neonatale:** numero di morti nei primi 28 giorni di vita per 1000 nati vivi. Varia da circa 2 per 1000 in Svezia e Norvegia a 4.9 in Polonia e 5.7 in Lettonia (**2.8 per 1000 in Italia**).
- **Mortalità fetale e natimortalità:** numero di nati morti per 1000 nati totali (vivi e morti). Partendo, per motivi di confrontabilità, dalle 28 settimane di età gestazionale in avanti, la natimortalità varia da circa 2 per 1000 nella Slovacchia e in Finlandia a 4.9 in Lettonia (**3.7 per 1000 in Italia**).
- **Basso peso alla nascita:** percentuale di nati vivi con un peso alla nascita inferiore a 2500 gr. Può essere associato a nascita pretermine, ritardo di crescita in utero, o entrambi. Varia da circa 4% in

Svezia, Finlandia ed Estonia a 7.4% in Spagna, 8.3% in Ungheria, 8.5% in Grecia (**6.7% in Italia**). L'evidente squilibrio tra il Nord e il Sud dell'Europa solleva problemi sulla adeguatezza di una identica definizione per popolazioni diverse.

- **Nascita pretermine:** percentuale di nati vivi con età gestazionale inferiore a 37 settimane compiute. Varia da 5.3% in Lituania, 5.6% in Finlandia, 5.7% in Lettonia fino a 8.9% in Germania, 11.4% in Austria e 12.2% nella Repubblica Ceca (**6.8% in Italia**). Una diversa frequenza di nascite gemellari può in parte essere responsabile di queste differenze.
- **Paralisi cerebrale:** riguarda circa 2 per 1000 bambini, ed è spesso associata a nascita pretermine o eventi perinatali avversi. La variabilità in Europa è tra 1.04 a 2.5 per 1000 nati vivi. La prevalenza inoltre aumenta al diminuire del peso alla nascita: 1.1 per 1000 per un peso superiore a 2500 gr; 8.9 per la classe 1500-2499; fino a 48% al di sotto dei 1500 gr.

I risultati: i servizi sanitari

- **Parto cesareo:** varia dal 14% di tutti i parti in Slovenia e 15% in Olanda fino a 33% in Portogallo e quasi **38% in Italia**.
- **Episiotomia:** incisione chirurgica per allargare il canale del parto. Varia da meno del 10% dei parti vaginali in Danimarca, al 14% in Galles e 16% in Inghilterra, fino al **52% in Italia**, 60% nella Repubblica Ceca, 63% in Belgio, e 82% in Spagna.

Il contesto europeo e l'Italia

Il quadro offerto dal rapporto di Euro.Peristat è composito. Non esiste alcun Paese che occupi sempre la migliore posizione per tutti gli indicatori. Tutti hanno punti di forza e punti su cui vi è necessità di miglioramento. Cercare di comprendere le ragioni di questa variabilità rappresenta il primo passo per formulare interventi efficaci di prevenzione.

E' però vero che per molti indicatori di esito perinatale i Paesi scandinavi mostrano i risultati più brillanti, mentre quelli dell'Europa orientale si trovano spesso all'altro estremo.

L'Italia occupa una posizione nel complesso buona, in linea con quelle degli altri Paesi occidentali, per la maggior parte degli indicatori di salute analizzati. Il nostro Paese si differenzia maggiormente, invece, per alcuni indicatori di utilizzo dei servizi sanitari. Ad esempio, abbiamo un tasso piuttosto elevato di episiotomie (52% dei parti vaginali), superati in questo soltanto dalla Repubblica Ceca, Belgio e Spagna. E soprattutto, abbiamo in assoluto il tasso di parti cesarei più alto in Europa (37.8% nel 2003): un dato spiegabile solo parzialmente con l'alta percentuale di nascite da donne di 35 anni o più (24%). L'alta frequenza del parto cesareo in Italia si conferma anche per i dati più recenti (37.3% nel 2005), con una grande variabilità tra le regioni: 22.5% in Valle d'Aosta, 24% circa in Friuli e Toscana, 42% in Lazio, 52.8% in Sicilia, e 59.6% in Campania).

Emergono per il nostro Paese anche alcuni problemi relativi alla qualità e disponibilità dei dati correnti necessari per il calcolo degli indicatori: ad esempio, la mortalità materna è probabilmente sottostimata e, a seguito di alcune modifiche legislative di questi ultimi anni, dal 1998 l'Italia non è più in grado di produrre dati di mortalità neonatale e infantile per classe di peso alla nascita e di età gestazionale, che sono essenziali per il monitoraggio dei risultati delle cure intensive neonatali.

Il Rapporto Europeo è integralmente disponibile all'indirizzo www.europeristat.com