

## La variabilità globale della mortalità materna

Shennan AH, Green M, Ridout AE

*Accurate surveillance of maternal deaths is an international priority. Variations in maternal mortality remain one of the starkest health injustices in the world*  
BMJ 2022; 379: o2691

Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M et al

*Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study*  
BMJ 2022; 379: e070621

### INTRODUZIONE

L'editoriale di Shennan e colleghi, pubblicato sul *BMJ*, focalizza l'attenzione sull'incidenza della mortalità materna a livello globale e sulla sua ampia variabilità. La mortalità materna rimane una delle più gravi ingiustizie sanitarie al mondo: qualsiasi morte correlata alla gravidanza è devastante, e altrettanto scioccante è la consapevolezza della sua evitabilità. Tutti i Paesi dovrebbero avere sistemi di sorveglianza dedicati così da permettere confronti significativi relativi ai decessi per cause specifiche e consentire ai responsabili politici di dirigere gli sforzi in modo appropriato. La mortalità materna, indicatore chiave della qualità dell'assistenza sanitaria, è ai minimi storici nei Paesi ad alto reddito. La maggior parte di questi Paesi sembra trovarsi nella fase IV o V della transizione ostetrica, in cui le morti materne sono principalmente dovute a condizioni extra-ostetriche. La definizione di profili specifici in merito alle cause della mortalità materna permette di fare valutazioni sulla qualità dell'assistenza, portando all'identificazione, all'analisi e alla correzione di pratiche inadeguate, come già successo per l'emorragia post partum in Francia e in Italia e per il tromboembolismo venoso nel Regno Unito. Diversi Paesi hanno implementato sistemi di sorveglianza potenziati per la mortalità materna, al fine di ottimizzare e standardizzare le successive fasi di identificazione, documentazione e classificazione di ogni morte materna. L'International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS), una collaborazione internazionale di ricercatori e clinici che raccoglie dati basati sulla popolazione, sulle complicanze materne gravi e sulle malattie rare in gravidanza, ha offerto l'opportunità di raccogliere e confrontare tali dati. Obiettivo del lavoro di Diguisto e colleghi è stato quello di analizzare la mortalità materna tra Paesi, tramite il confronto dei dati nazionali dei singoli Paesi derivanti dai sistemi avanzati di sorveglianza della mortalità materna.

### MATERIALI E METODI

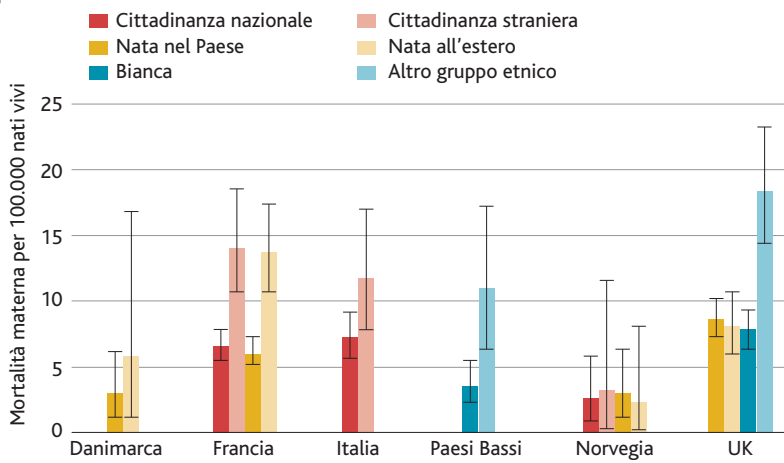
Otto Paesi che collaborano all'INOSS e utilizzano sistemi di sorveglianza potenziata per la mortalità materna hanno partecipato a questo studio descrittivo basato sulla popolazione: Danimarca, Finlandia, Francia, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Slovacchia e Regno Unito. I sistemi di sorveglianza potenziata rispondono a prerequisiti specifici per le tre fasi essenziali di questo processo: l'identifica-

zione, la documentazione e la revisione delle morti materne. Il set di dati aggregati più recente, disponibile al momento del disegno dello studio, varia in base al numero di nascite in ciascun Paese: un periodo di tre anni per Francia, Italia e Regno Unito e un periodo di cinque anni per Danimarca, Finlandia, Paesi Bassi, Norvegia e Slovacchia. I dati finlandesi coprono i decessi dal 2008 al 2012 mentre gli altri Paesi hanno fornito dati dal 2013 in poi. Sono stati inclusi i decessi in qualsiasi momento durante la gravidanza e fino a un anno dopo la fine della gravidanza, indipendentemente dalla durata e/o dalla sede della stessa. I decessi tardivi sono quelli che si sono verificati tra 43 giorni e un anno dopo la fine della gravidanza. I decessi associati alla gravidanza sono quelli che si sono verificati entro un anno dalla fine della gravidanza, indipendentemente dalla loro causa. Secondo l'International Classification of Diseases-10 (ICD-10), messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e utilizzata da tutti i Paesi, i decessi materni sono quelli con una causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dalla sua gestione, ma non da una causa accidentale o coincidente. L'OMS ha calcolato i rapporti di mortalità materna come il numero di decessi materni, durante il periodo di studio, per 100.000 nati vivi durante lo stesso periodo di tempo. I rapporti di mortalità materna fino a 42 giorni dopo la fine della gravidanza (e relativo IC 95%), secondo i sistemi di sorveglianza rafforzata, sono stati confrontati con quelli ottenuti dalle statistiche in ciascun Paese. Per quantificare la variabilità tra Paesi nei tassi di mortalità materna fino a 42 giorni, il tasso di mortalità materna più alto è stato diviso per quello più basso. Sono stati anche calcolati i tassi di mortalità a un anno per i Paesi in cui è stata condotta una sorveglianza rafforzata della mortalità materna per i decessi tardivi. In ciascun Paese, è stata calcolata la proporzione di ciascuna causa tra tutte le morti materne, nonché i rapporti di mortalità specifica per causa per 100.000 nati vivi.

### RISULTATI

I più bassi tassi di mortalità materna (per 100.000 nati vivi) sono presenti in Norvegia (2,7; IC 95% 1,2-5,4) e Danimarca (3,4; IC 95% 1,6-6,2), mentre i più alti nel Regno Unito (9,6; IC 95% 8,4-11,0) e in Slovacchia (10,9; IC 95% 7,4-15,5), con una differenza assoluta massima di 8,2 (IC 95% 3,9-12,5) per 100.000 nati vivi. I valori di mortalità dei sistemi di sorveglianza nazionali, rispetto ai sistemi potenziati, sottostimano del 36% o più il numero di decessi materni e il corrispondente tasso di mortalità materna in tutti i Paesi, tranne che in Danimarca. Metodi avanzati per l'identificazione e/o la revisione delle morti materne tardive (tra 43 giorni e un anno dopo la fine della gravidanza) non sono disponibili per Danimarca, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Norvegia o Slovacchia. Nei due Paesi in cui la sorveglianza rafforzata della mortalità materna si è estesa fino a un anno, i tassi di mortalità materna fino a un anno variano da 10,8 (IC 95% 9,5-12,1) in Francia a 19,1 (IC 95% 17,0-21,0) nel Regno Unito, per 100.000 nati vivi. I tassi di mortalità materna specifici per età sono maggiori per le madri più anziane in tutti i Paesi, a eccezione dei Paesi Bassi. Nell'analisi aggregata, utilizzando i dati di tutti i Paesi a eccezione dei Paesi Bassi, le donne di età inferiore a 20 anni presentano un rischio più elevato di mortalità materna rispetto a quelle di età compresa tra 20 e 29 anni (rischio relativo aggregato 2,17; IC 95% 1,38-3,43), tra 35 e 39 anni (2,10; IC 95% 1,54-2,86) e over 40 (3,95; IC 95% 3,01-5,19). In Finlandia e Slovacchia, tutti i de-

### Tasso di mortalità materna per 100.000 nati vivi tra le donne immigrate in sei Paesi europei



cessi sono avvenuti in donne residenti nelle città e nate in quei Paesi. Per gli altri Paesi, sono state osservate differenze nella mortalità materna in base alla provenienza delle donne, con tassi di mortalità materna  $\geq 50\%$  più alti nelle minoranze rispetto ai sottogruppi di riferimento, tranne che in Norvegia. Tra i tre Paesi con dati disponibili sulla cittadinanza, i tassi di mortalità materna sono più alti per le donne di nazionalità straniera sia in Francia che in Italia, ma non in Norvegia. Le donne nate all'estero presentano un tasso di mortalità materna più elevato rispetto a quelle nate in Danimarca e in Francia, a eccezione del Regno Unito e della Norvegia. I determinanti

principali della mortalità materna in tutti i Paesi sono le malattie cardiovascolari (per mortalità materna fino a 42 giorni e fino a un anno) e il suicidio (per mortalità materna fino a un anno). Inoltre, condizioni specifiche hanno contribuito notevolmente alla mortalità materna in alcuni Paesi piuttosto che in altri, come ad esempio la tromboembolia venosa nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, i disturbi ipertensivi nei Paesi Bassi, l'embolia da liquido amniotico in Francia, l'emorragia in Italia e l'ictus in Slovacchia.

### CONCLUSIONE

Gli autori segnalano una marcata variabilità nei tassi di mortalità materna fino a 42 giorni tra i Paesi europei che hanno sistemi di sorveglianza potenziati. Sebbene queste diversità possano derivare da differenze nelle caratteristiche sociodemografiche delle donne in gravidanza tra i Paesi, esse sollevano anche interrogativi sulla qualità dell'assistenza sanitaria fornita e sulle prestazioni dei sistemi sanitari. Per ridurre ulteriormente la mortalità materna, imparando dalle migliori pratiche, sono necessarie analisi approfondite delle differenze nella qualità dell'assistenza e nelle prestazioni del sistema sanitario a livello nazionale. Le malattie cardiovascolari e la salute mentale delle donne durante e dopo la gravidanza devono essere considerate prioritarie in tutti i Paesi.

Letizia Orzella

*Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio*

## Alfabetizzazione sanitaria: a che punto siamo?

*Why is health literacy failing so many?*

Lancet 2022; 400: 1655

L'alfabetizzazione sanitaria è fondamentale per la salute e il benessere degli individui ed è altrettanto rilevante per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile entro il 2030 e per fornire una copertura sanitaria universale. Tradizionalmente l'alfabetizzazione sanitaria si è concentrata sulla capacità di un individuo di accedere, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni per mantenere un buon stato di salute. Questo approccio, tuttavia, trascura le forze sociali e strutturali che danno forma alle scelte degli individui: in molte parti del mondo, infatti, le decisioni sulla salute avvengono all'interno della famiglia; nelle comunità sono spesso dettate da fattori sociali e ambientali, al di fuori del controllo delle istituzioni. I progressi della ricerca, in queste aree, sono lenti e molti interventi sanitari spesso non riescono a raggiungere un'ampia fascia della popolazione.

Tuttavia, una qualche forma di cambiamento è avvenuta: con la Dichiarazione di Shanghai dell'OMS nel 2016, l'alfabetizzazione sanitaria è stata riconosciuta come determinante fondamentale della salute e come pratica collettiva di una comunità che lavora per 'costruire la conoscenza'. Un nuovo rapporto dell'OMS sull'alfabetizzazione sanitaria, pubblicato il 6 novembre 2022, promuove questo approccio, in particolare per le malattie non trasmissibili,

anche se tali principi possono essere applicati all'assistenza sanitaria nel suo complesso. Il rapporto richiede approcci co-progettati (da utenti e da coloro che erogano gli interventi) tali da rendere il sistema sanitario più accessibile e semplice da utilizzare. Al tempo stesso sarebbe auspicabile un approccio integrato per sviluppare interventi di alfabetizzazione sanitaria che coinvolgono non solo centri medici, ma anche scuole, centri religiosi, gruppi sportivi e luoghi di lavoro.

Questo approccio innovativo va difeso con forza dalle azioni intraprese in particolare dai produttori di tabacco, alcol e cibo non sano, che spesso commercializzano i loro prodotti lanciando messaggi che compromettono l'alfabetizzazione sanitaria delle persone e che favoriscono l'affermarsi di stili di vita non sani nelle nostre comunità. L'aumento della disinformazione, in particolare sui social media, può gettare gli individui in uno stato di impotenza epistemica, impedendo, anche ai più equilibrati, di prendere decisioni razionali e salutari se vengono 'bombardati' da informazioni errate.

L'alfabetizzazione ha proprio questa funzione: far comprendere agli individui l'importanza di seguire stili di vita corretti per la propria salute e renderli autonomi nel compiere scelte sane, ostacolando quanto più possibile i determinanti commerciali della salute.

Letizia Orzella

*Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio*