

# **Posizioni internazionali sulla possibilità di accesso alla nascita assistita: differenze nelle diverse parti del mondo**

**Elena Gelormino**

SCDU Epidemiologia ASL TO3 Piemonte

Dicembre 2010

- **Il quinto obiettivo**
- **Difficoltà nelle misure**
- **La salute delle madri nel mondo**
- **L'accesso ai servizi**
- **In Italia**
- **Gli ostacoli all'accesso**
- **Alcuni tentativi**

### MDG 5: **improve maternal health**

- Target 5.A. Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio
- Target 5.B. Achieve, by 2015, universal access to reproductive health

## Alcune definizioni

***Maternal mortality is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.***

## Alcune definizioni

Maternal mortality ratio	Number of <i>maternal deaths</i> during a given time period per 100 000 <i>live births</i> during the same time-period.
Maternal mortality rate	Number of <i>maternal deaths</i> in a given period per 100 000 <i>women of reproductive age</i> during the same time-period.
Adult lifetime risk of maternal death	The probability of dying from a maternal cause during a woman's reproductive lifespan.

# Difficoltà nelle misure

Although widely-used standardized definitions of maternal mortality exist, it is difficult to measure accurately the levels of maternal mortality in a population – for several reasons

1. it is challenging to identify maternal deaths precisely, particularly in settings where routine recording of deaths is not complete within **civil registration systems**, and the death of a woman of reproductive age might not be recorded
2. even if such a death were recorded, the woman's **pregnancy status may not have been known** and the death would therefore not have been reported as a maternal death even if the woman were pregnant
3. in most developing-country settings where **medical certification of cause of death does not exist**, accurate attribution of a female death as a maternal death is difficult
4. Even in developed countries where routine registration of deaths is in place, maternal deaths may be unidentified due to **misclassification of ICD-10 coding**, and identification of the true numbers of maternal deaths may require additional special investigations into the causes of deaths



## Strumenti di misura

- Civil registration systems
- Household surveys
- Sisterhood methods
- Reproductive-age mortality studies (RAMOS)
- Verbal autopsy
- census

# Disponibilità informative

Group	Source of maternal mortality data	Number of countries/ territories	% of countries/ territories in each category
A	Civil registration characterized as complete, with good attribution of cause of death a	63	37
B	Countries lacking good complete registration data but where other types of data are available	85	<b>49</b>
C	No national data on maternal mortality	24	<b>14</b>
		172	100

# La salute delle madri nel mondo

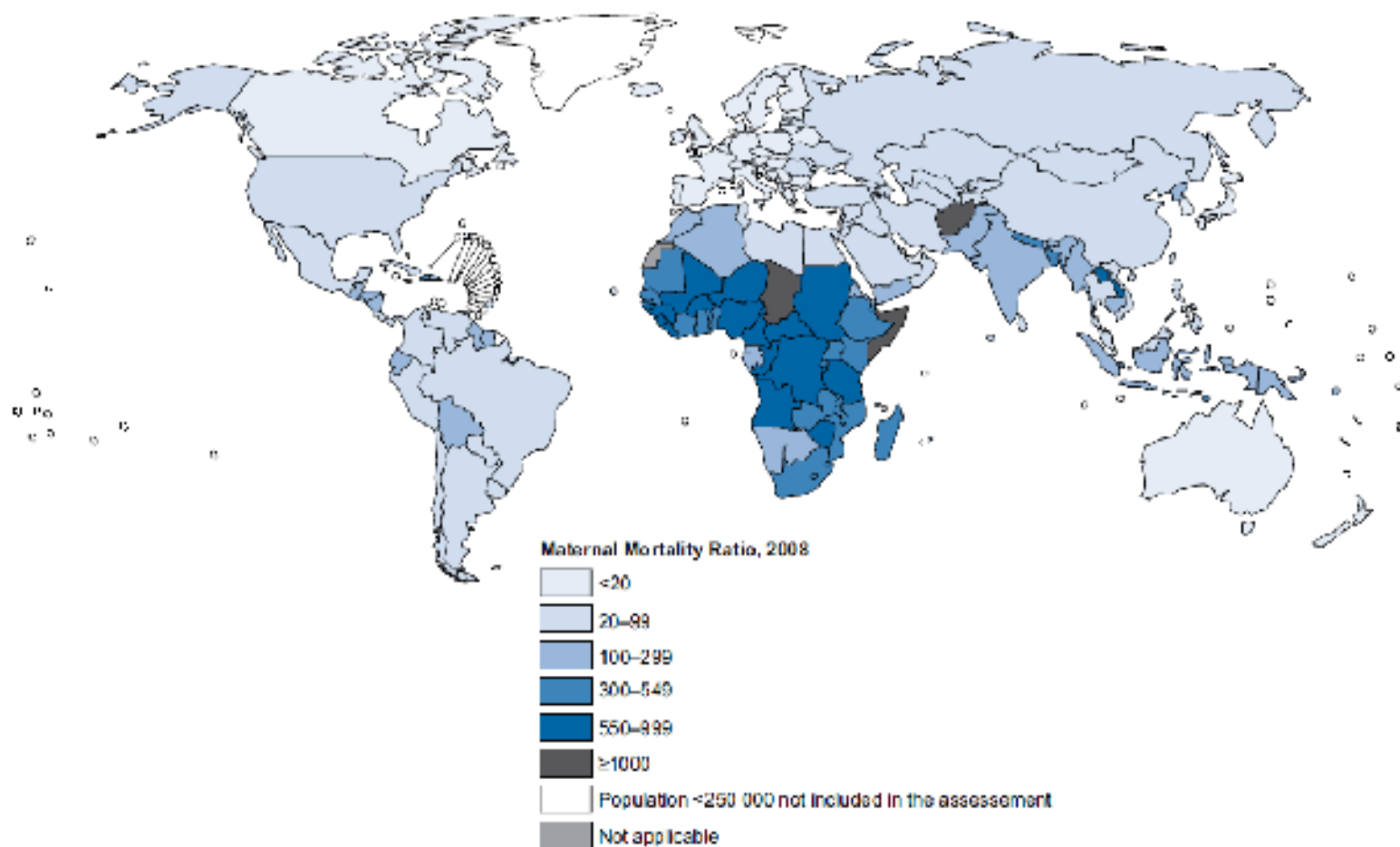
- Up to 360 000 women die each year in pregnancy and childbirth. Most of them die because they had **no access to skilled routine and emergency care**. Since 1990, some countries in Asia and Northern Africa have more than halved maternal mortality. There has also been progress in sub-Saharan Africa.
- Some 215 million women who would prefer to delay or avoid pregnancy still lack access to **safe and effective contraception**. It is estimated that satisfying the unmet need for family planning alone could cut the number of maternal deaths by almost a third.
- The UN Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health aims to prevent 33 million unwanted pregnancies between 2011 and 2015 and to save the lives of women who are at risk of dying of complications during pregnancy and childbirth, including unsafe abortion.

# La salute delle madri nel mondo

Region	Estimated MMRA	Number of maternal deaths <sup>a</sup>	Lifetime risk of maternal death <sup>a</sup> : 1 in:	Range of uncertainty on MMR estimates	
				Lower estimate	Upper estimate
WORLD TOTAL	260	358 000	140	200	370
<b>Developed regions</b>	14	1700	4300	13	16
Countries of the Commonwealth of Independent States (CIS) <sup>c</sup>	40	1500	1500	34	48
<b>Developing regions</b>	290	355 000	120	220	410
Africa	590	207 000	36	430	850
Northern Africa <sup>d</sup>	92	3400	390	60	140
Sub-Saharan Africa	<b>640</b>	204 000	31	470	930
Asia	190	139 000	220	130	270
Eastern Asia	41	7800	1400	27	66
South Asia	280	109 000	120	190	420
South-Eastern Asia	160	18 000	260	110	240
Western Asia	68	3300	460	45	110
Latin America and the Caribbean	85	9200	490	72	100
Oceania	230	550	110	100	500

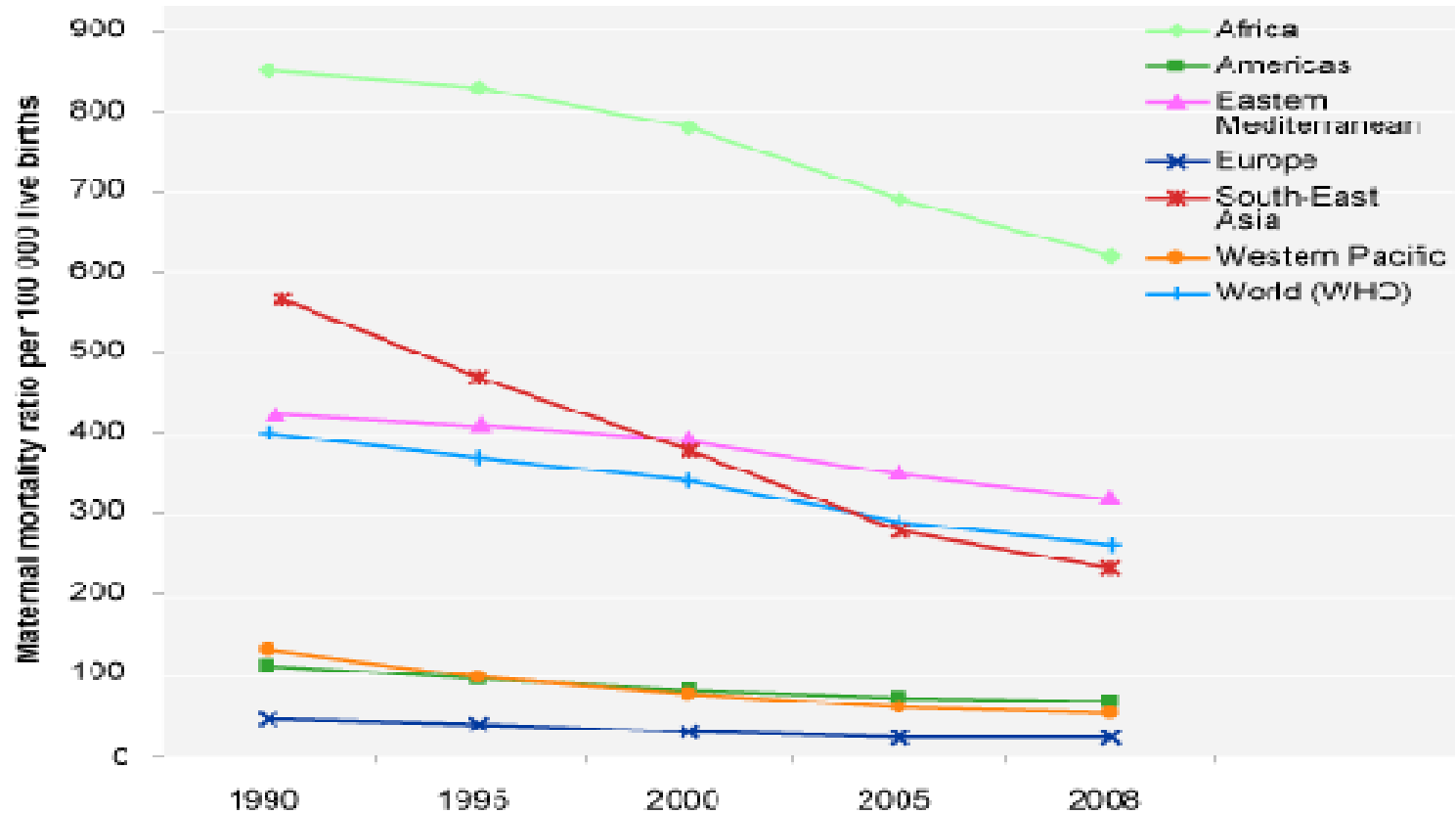


# Mortalità materna



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

# Andamenti epidemiologici

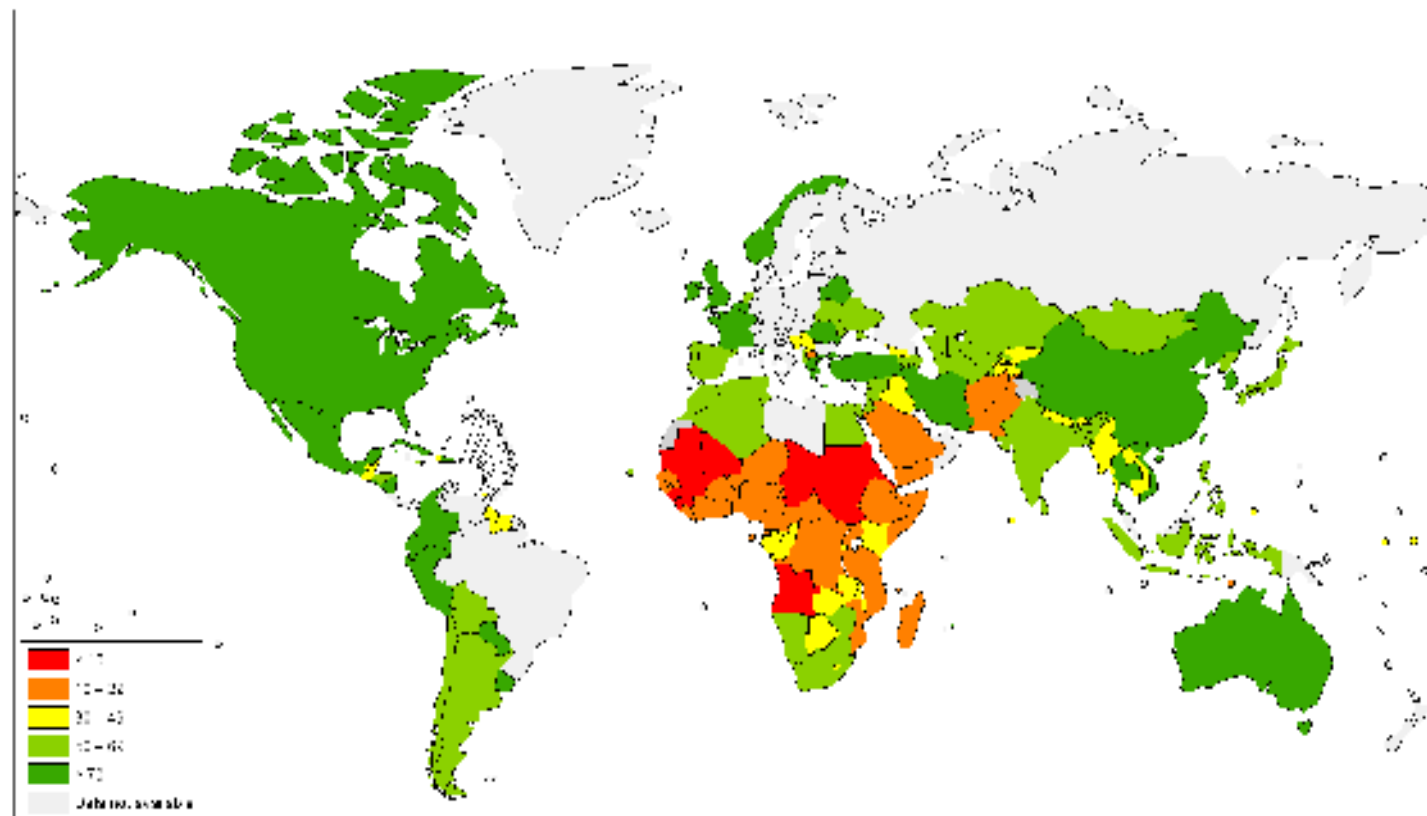


Source: Trends in maternal mortality: 1990 to 2008.  
Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank.



# L'accesso ai servizi

Contraceptive prevalence rate (%), 2000 – 2008



The boundaries and names shown on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, or area, or its authority, or concerning the delimitation of its boundaries. Dotted lines on maps represent approximate borders and boundaries. Data are not shown for all countries.

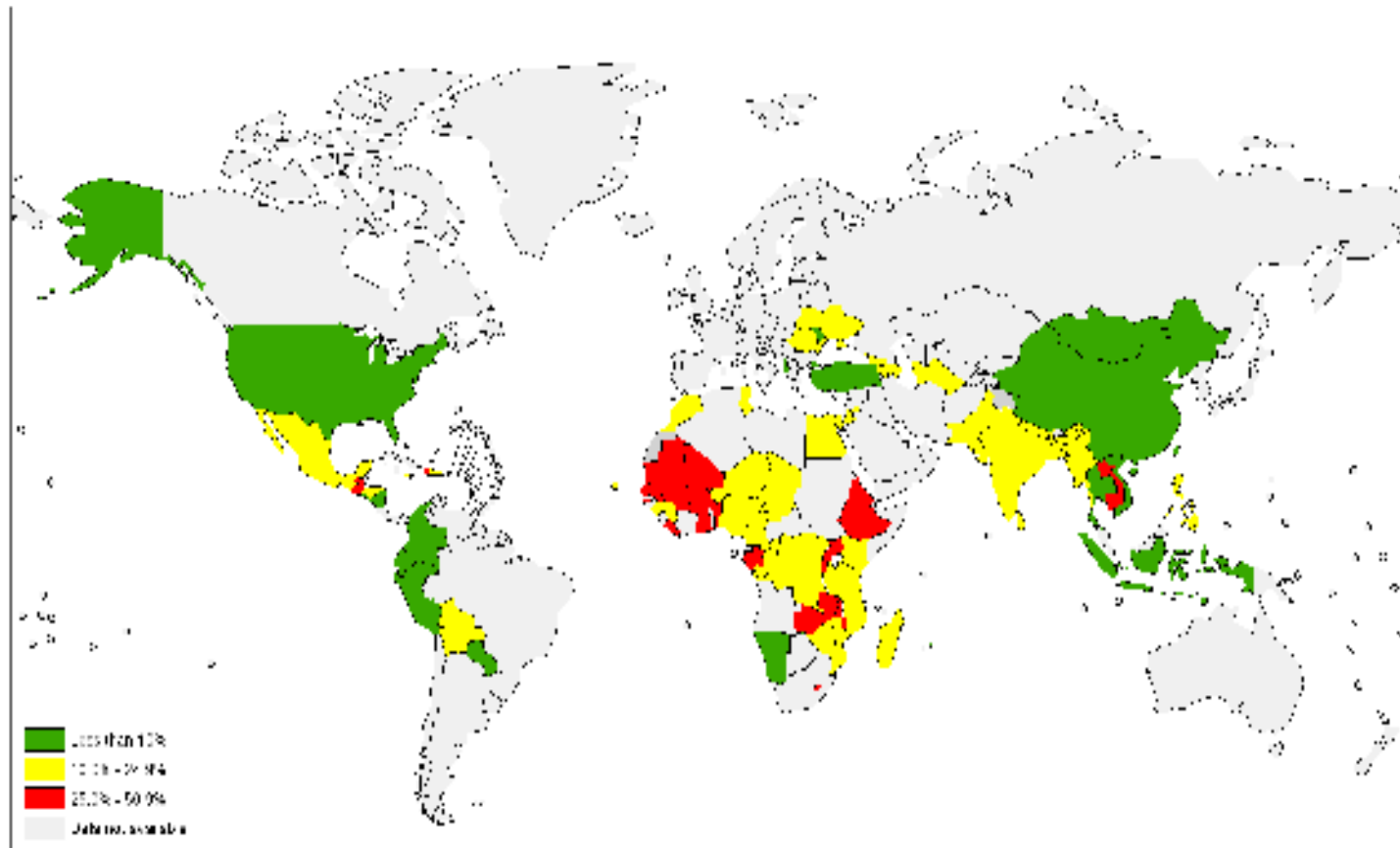
Data Source: World Health Organization  
Contraceptive Prevalence, *World Health Information  
and Statistics Quarterly* (October 2010)  
World Health Organization



© 2010 WHO. All rights reserved.

# L'accesso ai servizi

Unmet need for family planning (%), 2000 – 2007



The boundaries and names shown on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area, or its authority, or concerning the delimitation of its boundaries. Dotted lines on maps represent approximate borders and areas where data may not yet be fully approved.

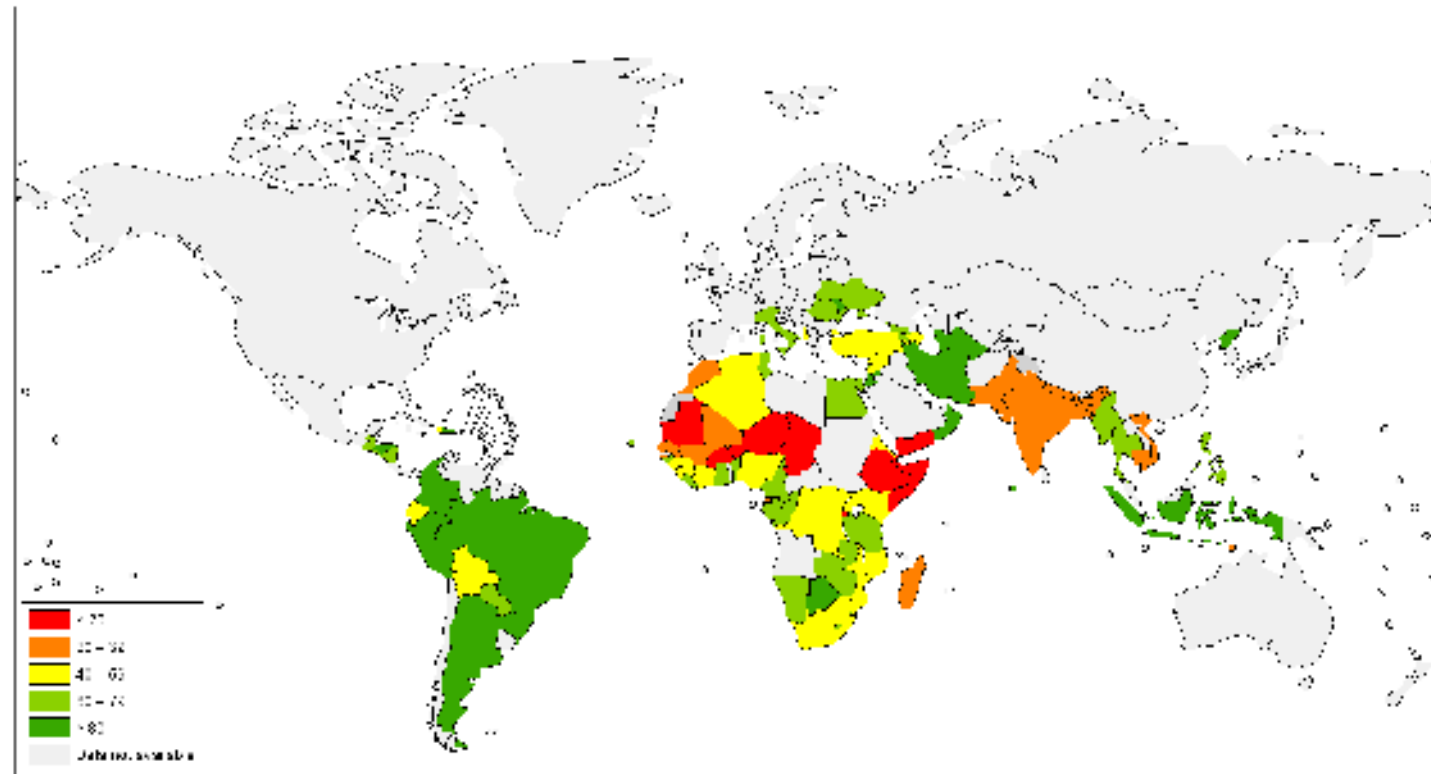
Data Source: World Health Organization  
The Provision of Family Health Information  
and Contraceptive Services (2010)  
World Health Organization



© WHO 2010. All rights reserved.

# L'accesso ai servizi

Antenatal care coverage, (women reporting 4+ visits), 2000 – 2008



The boundaries and names shown on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area, or its authority, or concerning the delimitation of its boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet been full agreement.

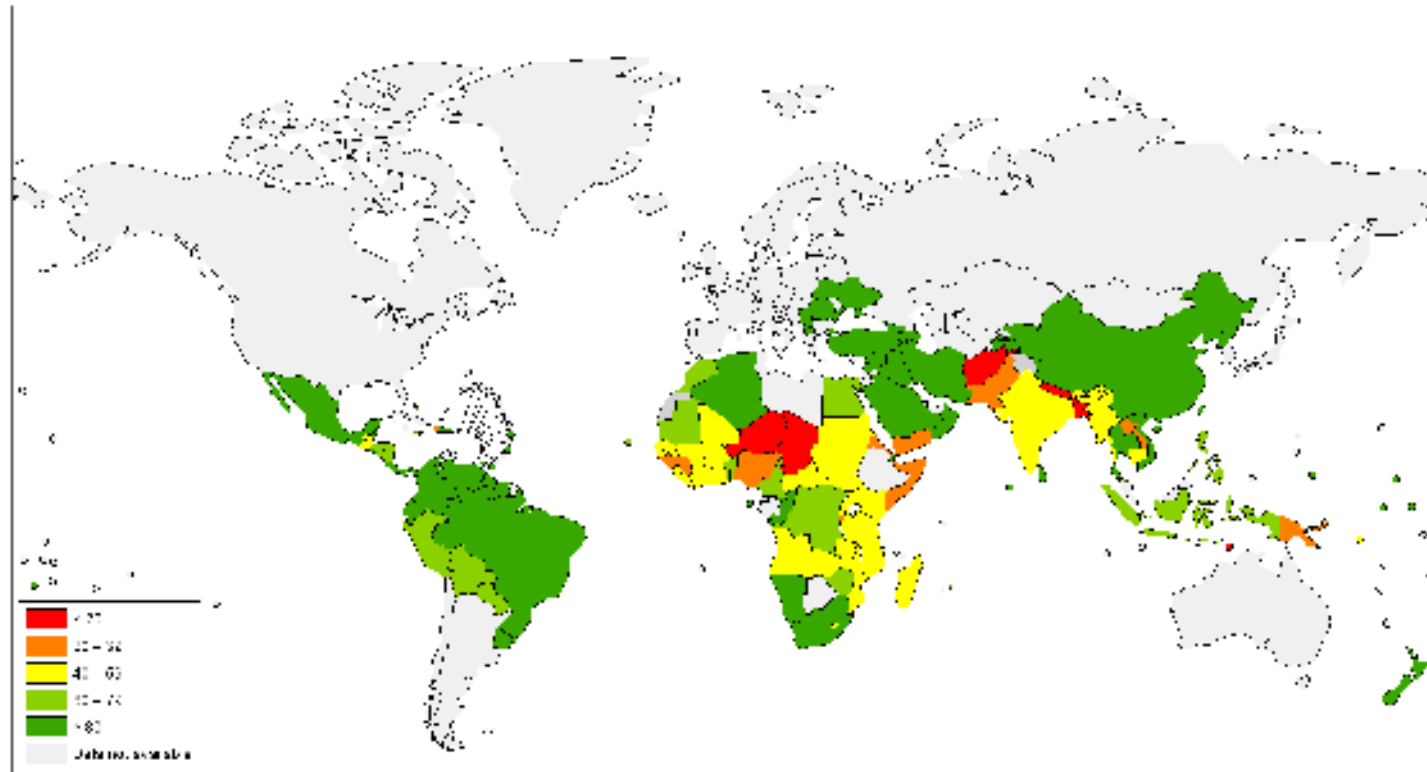
Data Source: World Health Organization  
The Procedure, Public Health Information  
and Geography Information Systems (PHGIS)  
World Health Organization



©WHO 2009. All rights reserved.

# L'accesso ai servizi

Proportion of births attended by skilled health personnel (%), 2001 – 2009



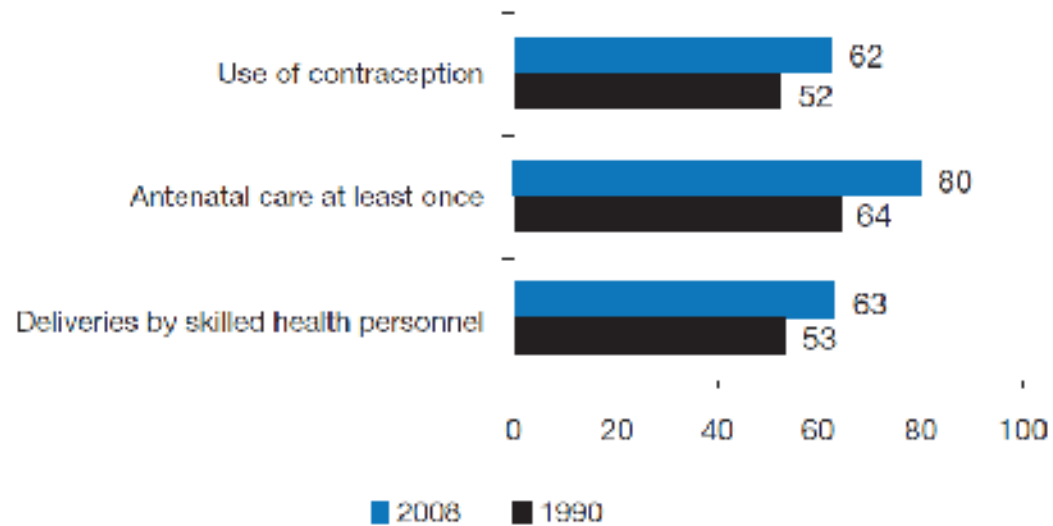
The boundaries and names shown on this map do not imply an expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, or area, or of its boundaries, or concerning the delimitation of its territories. Dotted lines on maps represent approximate borders and may not reflect both in agreement.

Data Source: World Health Organization, Demographic, Public Health, Information and Geographic Information Systems (DHS) World Health Organization



© 2010 WHO. All rights reserved.

# L'accesso ai servizi



For contraception, data were available for 1990–2007.

Source: United Nations. *The Millennium Development Goals Report 2010*.

# Per approfondimenti



Maternal health  
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births), 2008

View more years

Filter by WHO region

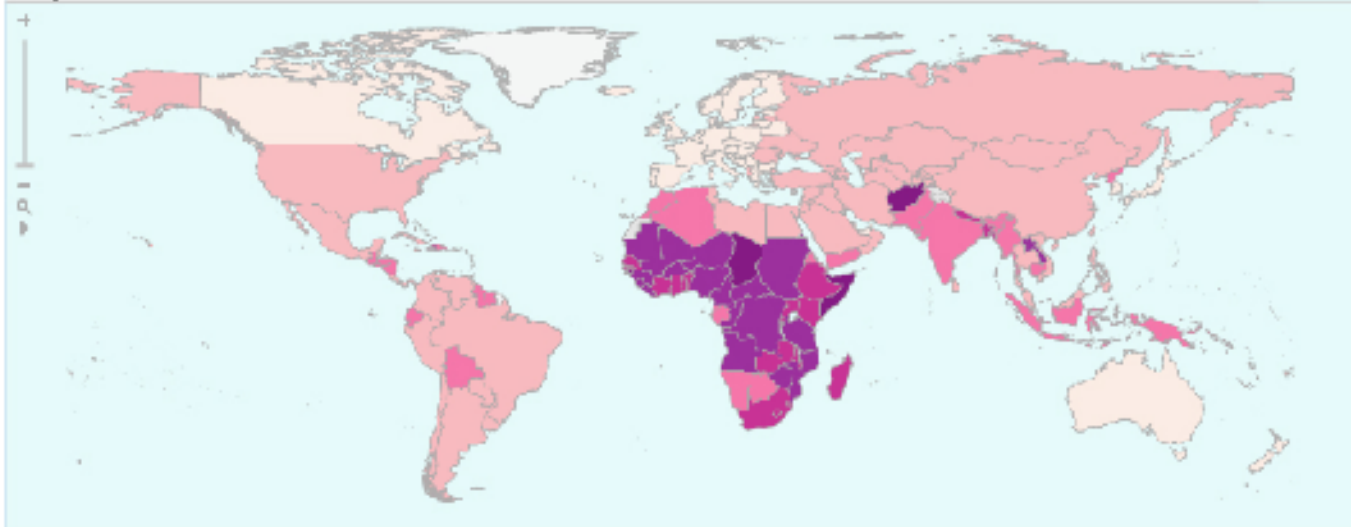
State maps on HDGs

Help

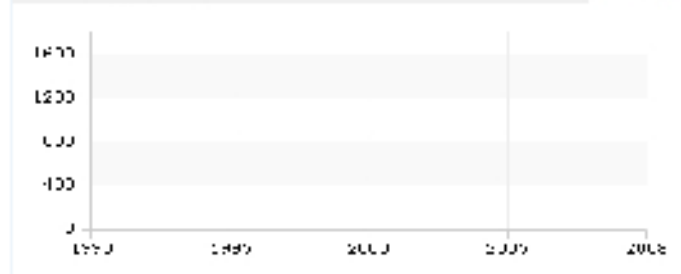
Table

Country	Data
Algeria	1 430
Albania	51
Algeria	120
Algeria	10 000
Algeria	510
Antigua and Barbuda	10 000
Argentina	70
Armenia	54
Australia	8
Austria	5
Azerbaijan	70
Bahrain	44
Bahrain	14
Barbados	340
Belarus	54
Belize	15

Map



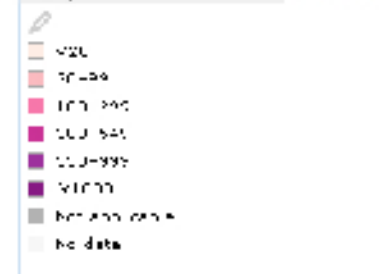
Time Series Chart



Bar Chart



Legend



Time Animation



Use your mouse to select data. Use Ctrl key to make multiple selections. Click on the right mouse button to clear selections.

© WHO 2010. All Rights Reserved. Map 2 (click to enlarge)



## In Italia: LE DONNE STRANIERE

Circa la metà della popolazione immigrata è rappresentata da donne giovani (oltre il 65% ha un'età tra i 19 e i 40 anni): oltre il 50% dei ricoveri a loro carico sono nell'area materno infantile.

Si tratta spesso di donne con buoni livelli di scolarizzazione: fuga di cervelli dal Paese di origine e spreco dei cervelli nel Paese ospite!!!

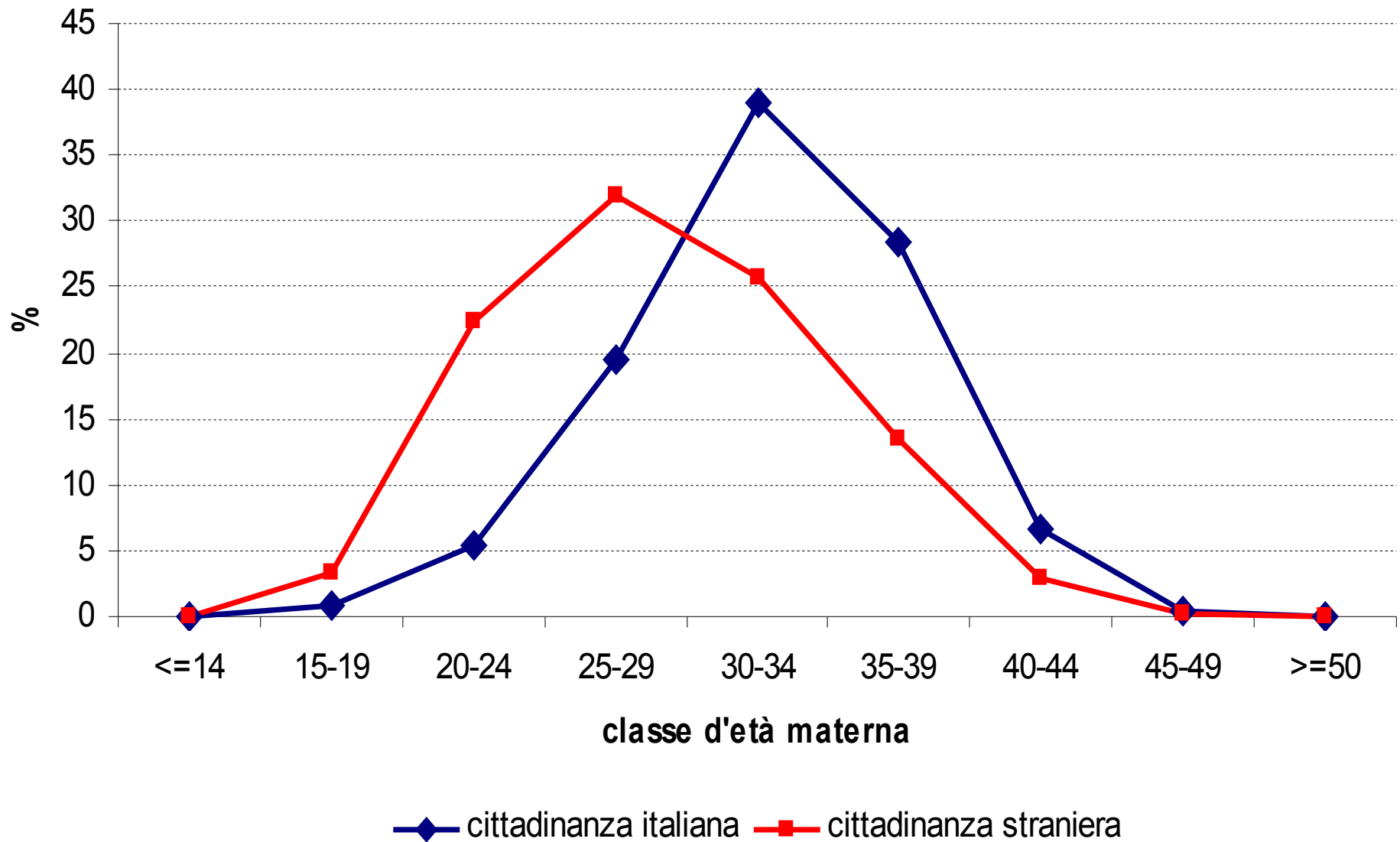
Sovente sono vittime di sfruttamento: lavoro nero, numero di ore lavorate molto maggiore di quanto previsto dal contratto o stipendio molto ridotto con il pretesto dell'offrire vitto ed alloggio

Soffrono per l'abbandono della famiglia in patria, spesso sono vittime di pregiudizio, diffidenze, abusi sessuali, violenze, mobbing.

Le donne immigrate mostrano un modello di fecondità più intenso ed anticipato rispetto alle italiane

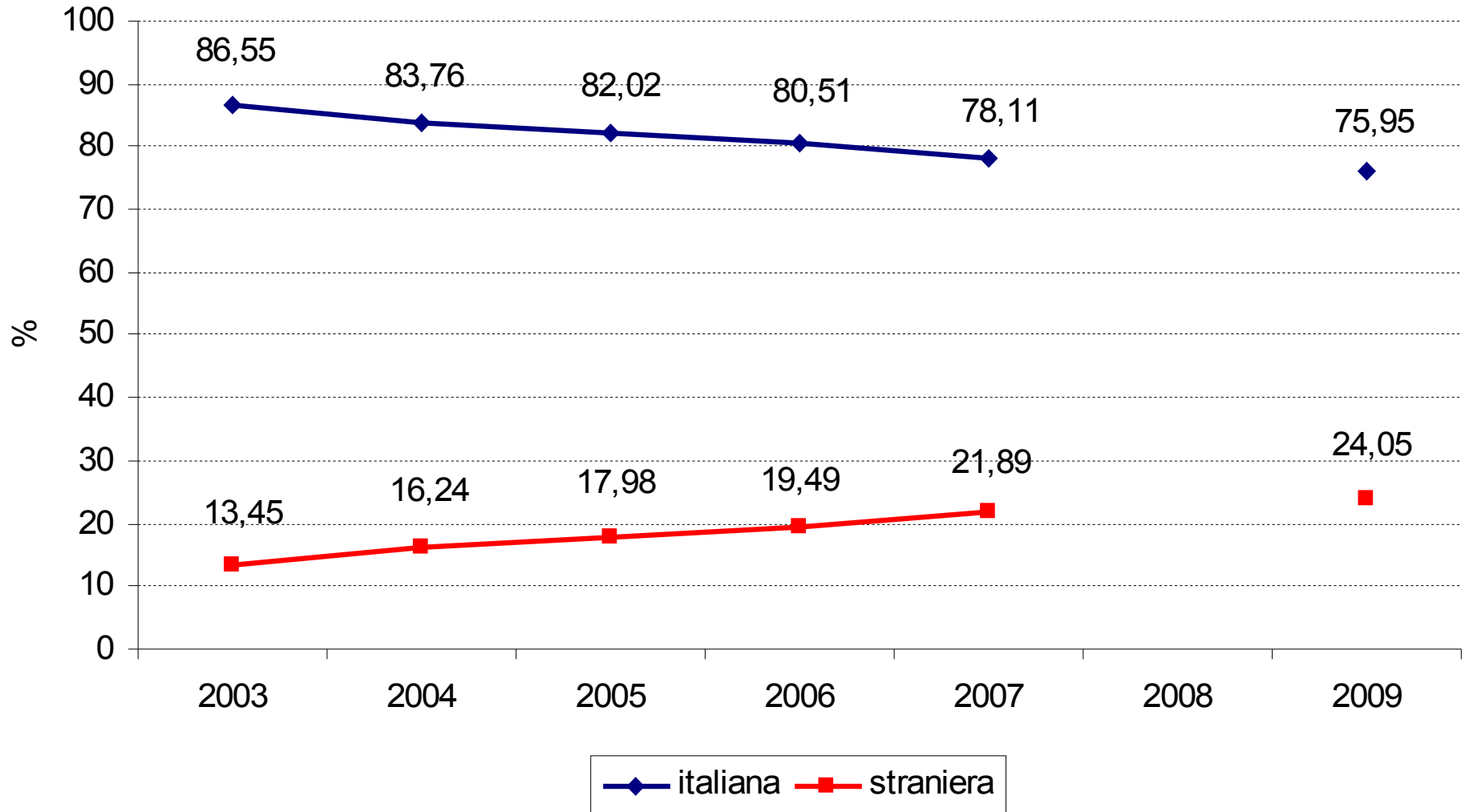


## Distribuzione % dei parti secondo l'età materna e la cittadinanza - anno 2009



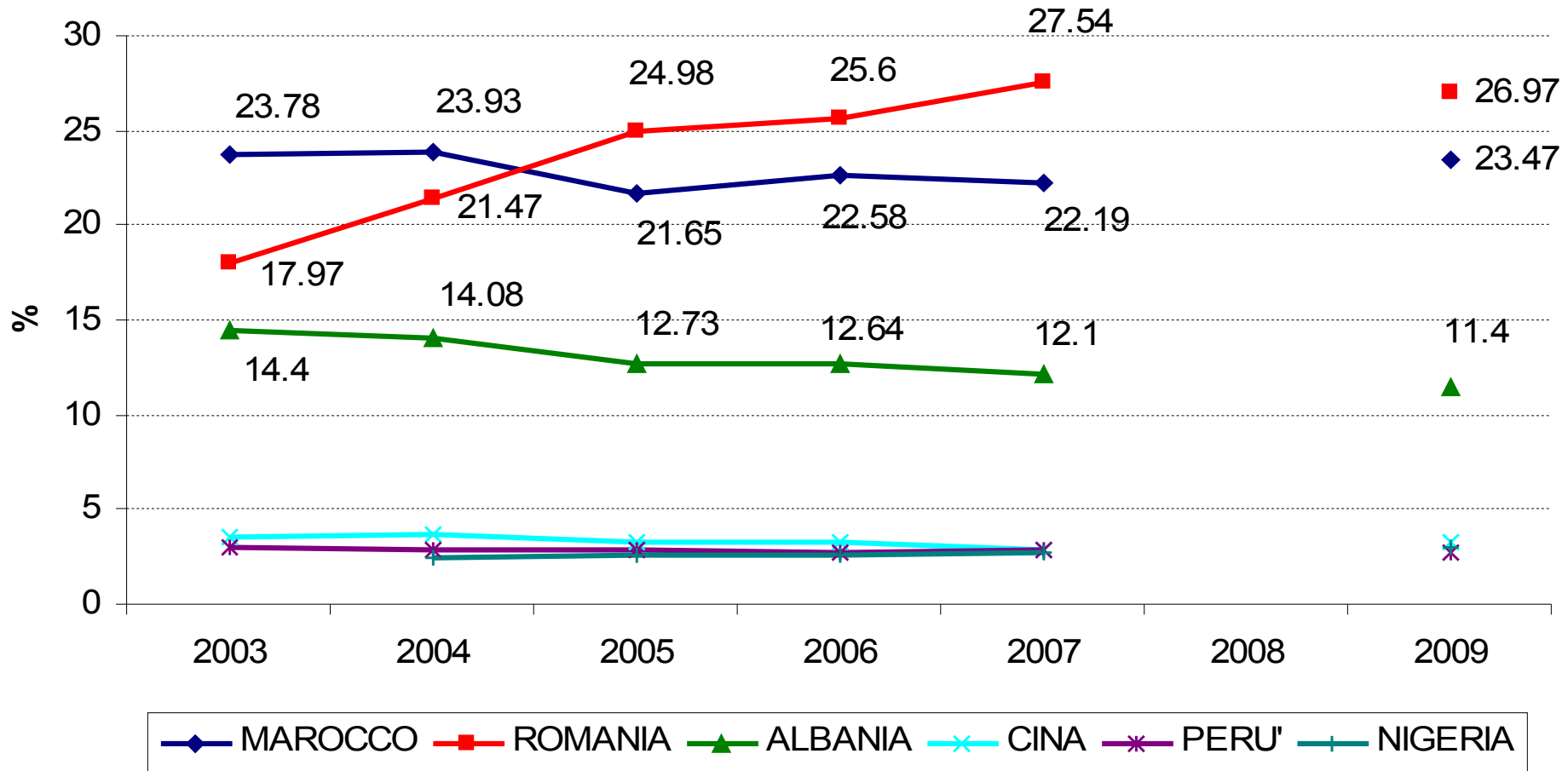
# In Italia

## Distribuzione % dei parti secondo la cittadinanza



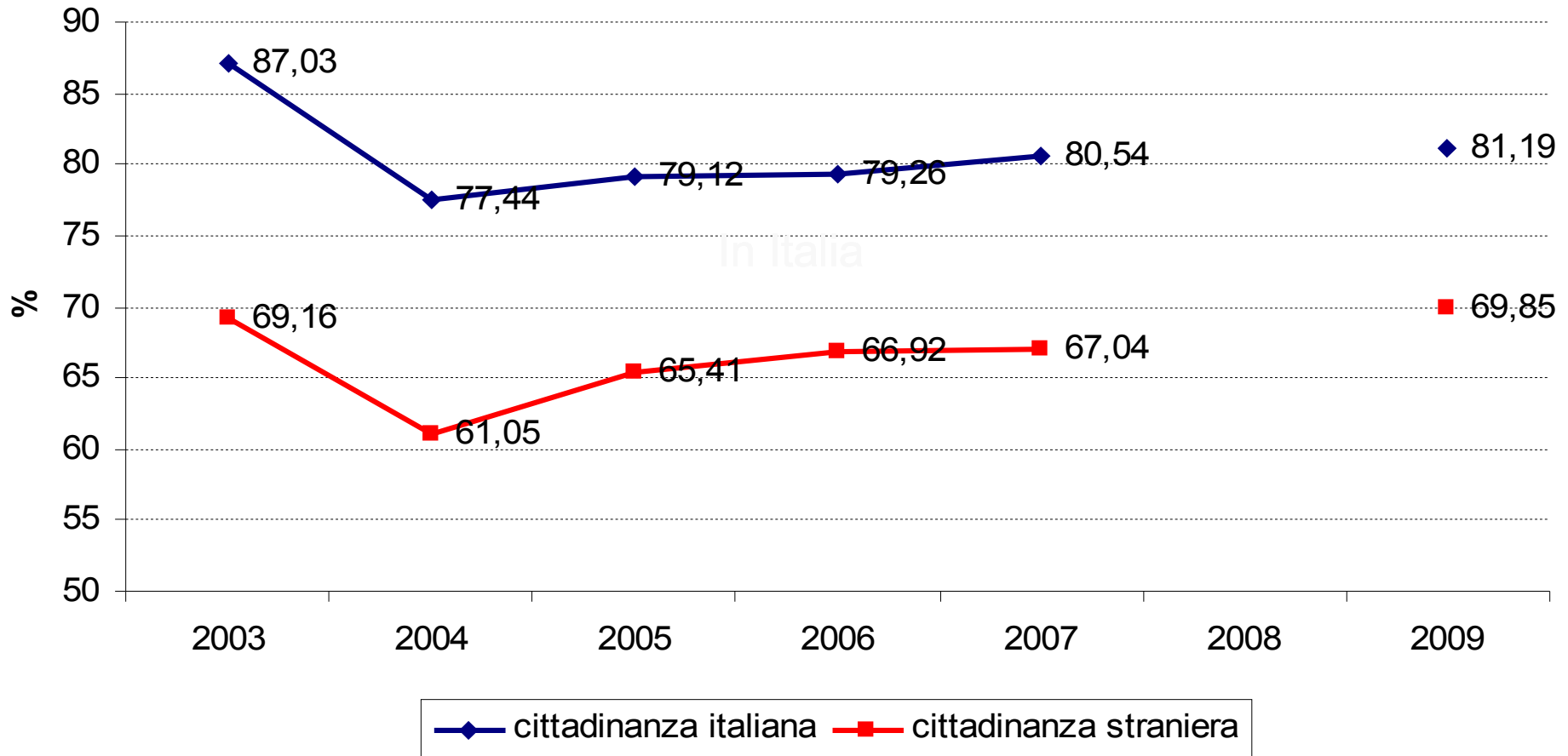
# In Italia

## Distribuzione % dei parti delle cittadine straniere secondo la nazionalità



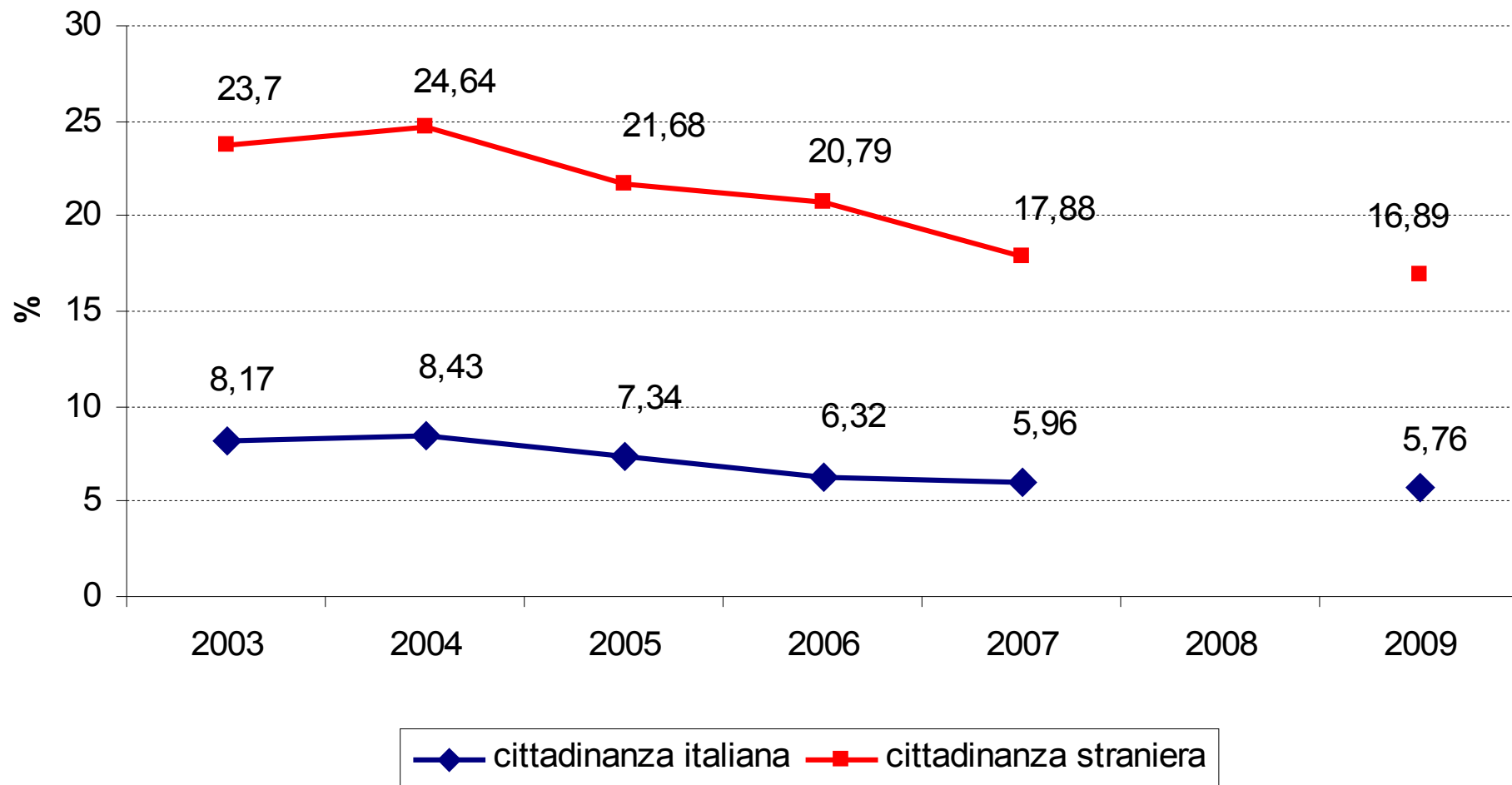
## In Italia

### Distribuzione % delle donne che effettuano oltre 4 controlli in gravidanza secondo la cittadinanza



## In Italia

### Distribuzione % delle donne che effettuano la prima visita in gravidanza dalla 12<sup>a</sup> settimana secondo la cittadinanza



*Pur in percentuale decisamente ridotta vi sono donne che arrivano al parto senza esser state sottoposte a **nessuna visita ostetrico-ginecologica** nel corso della gravidanza.*

497 donne italiane (1.72%) e 217 straniere (3.24%), nel 2006, non si sono sottoposte a **nessuna ecografia**.

Le gravidanze a termine rappresentano il 90%, ma tra le donne straniere si nota un eccesso di **parti pretermine** (<37settimane), più marcato nel caso di neonati gravemente pretermine: nel 2006, 236 bambini figli di mamma italiana (0,8%) e 78 bambini figli di mamma straniera (1,2) sono nati prima della 32° settimana di gestazione.

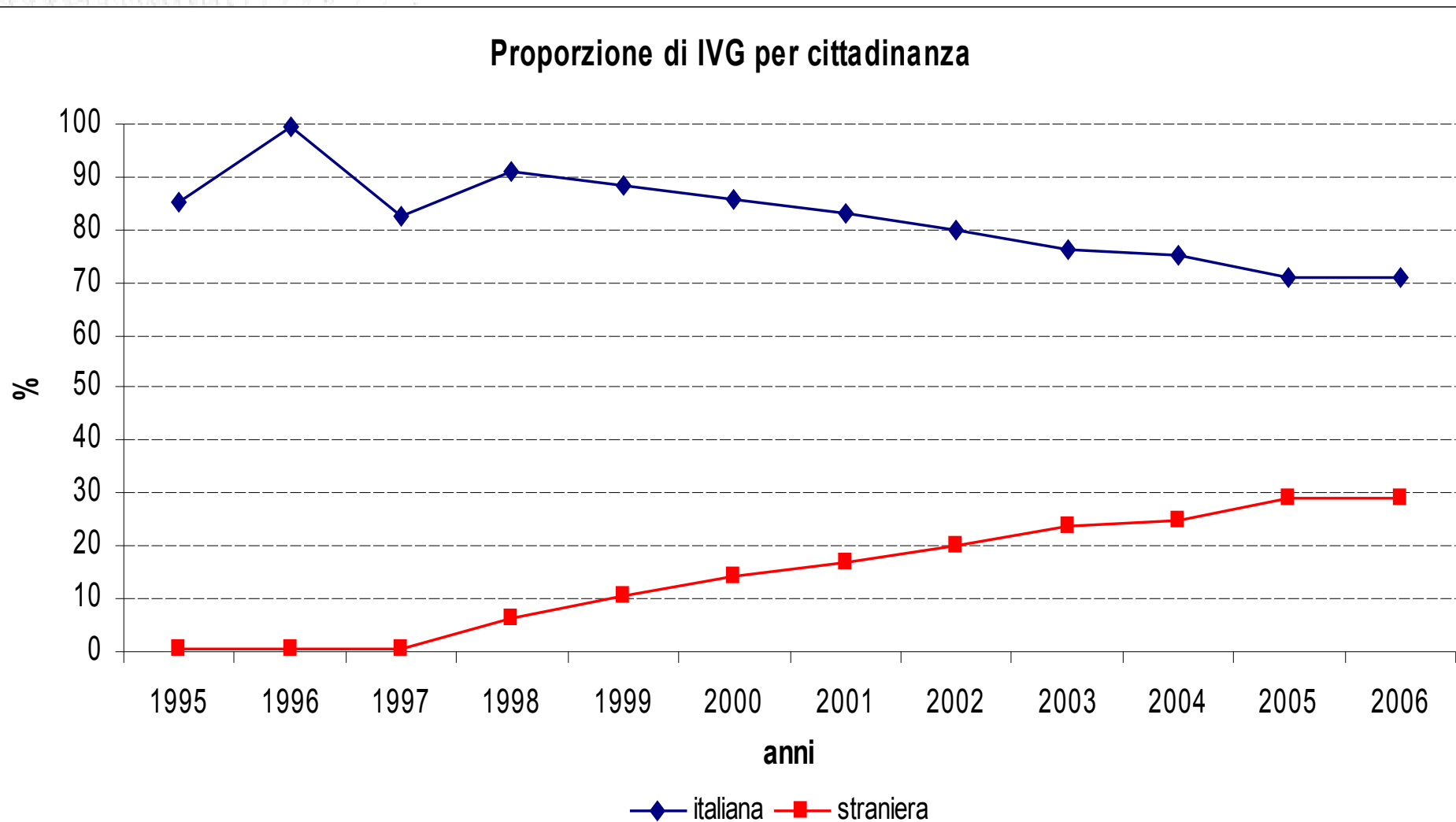
*Tale dato si riflette anche su un live eccesso di **nati di peso inferiore ai 1500 g** (nel 2006 lo 0.9 tra le italiane e l'1.04 tra le straniere).*

La **natimortalità**, nel 2006, ha riguardato 1.458 neonati corrispondenti a 2,85 nati morti ogni 1.000 nati. Purtroppo anche in questo caso si rileva una maggior incidenza del fenomeno nei nati da mamma straniera

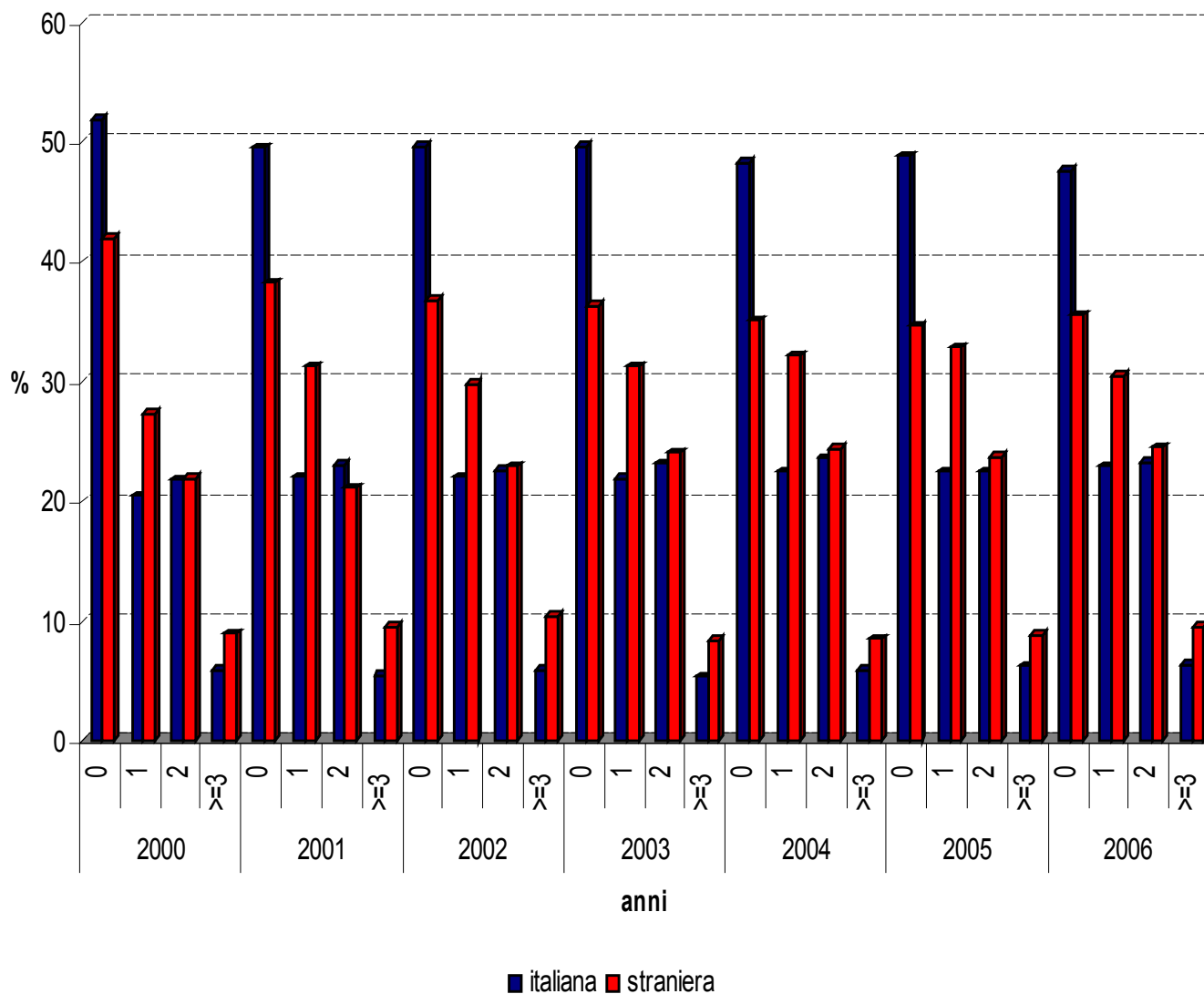


# Interruzione Volontaria Gravidanza

**Negli ultimi anni si conferma la riduzione del ricorso all'IVG tra le italiane e l'aumento tra le straniere**



## Proporzione di IVG per numero di nati vivi e cittadinanza



# Conoscenza della contraccezione

Il livello di conoscenza è basso: il 50% non era in grado di identificare il periodo fertile; in generale la conoscenza dei metodi contraccettivi è risultata superficiale, per "sentito dire".

Romania, 33 anni, sposata, 2 figli

"certe medicine protettive danneggiano, in un certo senso, per esempio il preservativo [...]. Danneggiano prima o dopo il parto. Io ho sentito dopo il parto, ho avuto una ferita provocata dall'utilizzo dei preservativi, che poi è stata curata"



# Gli ostacoli all'accesso

In molti Paesi a basso reddito le barriere all'accesso ai servizi di *antenatal care* e poi di assistenza al parto sono:

1. Finanziarie
2. Fisiche
3. Cognitive
4. Organizzative
5. Socioculturali

*Ma le donne sono consapevoli dei rischi che corrono nel dare al mondo un figlio (96,3% delle donne nigeriane intervistate sa di poter morire durante la gravidanza e il 69,1% è consapevole dei rischi del parto).*

*In: Igberase GO, et al. Awareness and perception of maternal mortality among women in semi-urban community in the Niger Delta of Nigeria. Ann Afr Med 2009; 8: 261*



## Gli ostacoli all'accesso

Il **costo per l'assistenza** ad un parto complicato è assai più elevato di quello di una procedura non complicata. Nella maggior parte dei paesi a basso-medio reddito il costo è sostenuto *out of pocket* dalla famiglia. Le interviste condotte confermano che il prezzo pagato per l'assistenza ricevuto in emergenza hanno effetti gravi e di lungo periodo sulle donne e sulle loro famiglie: i debiti contratti e la vendita di beni incrina la relazione fra marito e moglie e le relazioni con la rete sociale, con un forte impoverimento della famiglia e danno al benessere dei figli. Inoltre le donne che hanno rischiato di morire di parto hanno bisogno di maggiori cure nei mesi immediatamente successivi, aggravando il circolo vizioso.



## Gli ostacoli all'accesso

- I costi includono anche le sedute di *antenatal care*, il denaro chiesto illecitamente dal personale per garantire servizi già pagati (**costi diretti leciti e illeciti**), il tempo di spostamento e di attesa che incide fortemente sull'organizzazione familiare (**costi indiretti**).
- E' segnalato anche il disagio che deriva dal **biasimo** che la madre riceve da parte del personale nei casi in cui non abbia rispettato il calendario programmato, a causa di una relazione operatore/paziente a volte di pessima qualità

# Gli ostacoli all'accesso

La **qualità e l'organizzazione** dei servizi è molto spesso scadente. Nell'area comprendente due *slums* di Nairobi (Korogocho e Viwandani), su 25 strutture per l'assistenza di base al parto solo due hanno dimostrato di avere i requisiti minimi (strutturali e di risorsa, non di processo) previsti dal governo locale

La qualità del servizio offerto è spesso inficiata dalla scarsa **preparazione** e dal nullo **aggiornamento** del personale medico, ostetrico, infermieristico e degli *health extension workers*. In Nigeria oltre il 60% dello staff è ben istruito sulle procedure di ANC ma solo il 40% è in grado di dare informazioni alle pazienti per il riconoscimento precoce delle complicanze, mentre solo il 9% ha qualche conoscenza di pratiche salvavita in emergenza.

*Ijadunola KT et al. New paradigm of thinking: the case for emergency obstetric care in the prevention of maternal mortality in Nigeria. BMC Women's Health*



## Alcuni tentativi di risoluzione

Ir P [2010] descrive l'utilizzo di fondi per l'equità rivolti alle fasce svantaggiate della popolazione cambogiana integrato da voucher distribuiti alle donne in gravidanza (per ANC, assistenza al parto e PNC) accettati solo da strutture pubbliche selezionate per qualità (*performance based contracting and delivery incentives*). L'intervento ha portato ad un aumento dei parti assistiti dal 16,3% al 44,9% con un aumento importante non solo per le donne beneficiarie ma anche per le altre.



## Alcuni tentativi di risoluzione

- **In Indonesia le spese catastrofiche per complicanze del parto colpiscono tutti i livelli sociali; il governo ha introdotto uno schema assicurativo per la salute che tuteli maggiormente i poveri. L'intervento si è rivelato efficace anche se è strutturato in modo da non proteggere i gruppi socialmente esclusi**



## Alcuni tentativi di risoluzione

Nel distretto di Mtwara (Tanzania), la formazione del personale locale, contatti al domicilio delle singole donne incinte da parte loro, educazione alla salute e all'uso dei servizi ai due coniugi con regolari follow up, il coinvolgimento della comunità, ha innalzato il numero di parti assistiti dal 34,1% al 51,4%, mentre il numero di prime visite di ANC fatte per tempo è salito dal 18,7% nel 2004 al 37,7% nel 2005, al 56,9% nel 2006. Gli effetti si sono mantenuti a due anni dalla conclusione dello studio di valutazione pre-post.

**In alcuni casi la situazione è talmente disastrosa che piccoli miglioramenti (molto difficili da attuare) ottengono risultati entusiasmanti!**





**Grazie!**

[elena.gelormino@epi.piemonte.it](mailto:elena.gelormino@epi.piemonte.it)

