

# La nascita pretermine: problema di sanità pubblica

Carlo Corchia

International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma

*Il Forum sulla nascita pretermine si conclude dopo averci accompagnato per un anno sulle pagine di Quaderni acp con cinque interventi di diverso taglio professionale e culturale, apparsi negli ultimi 5 numeri.*

**Parole chiave** Nascita pretermine. Prematurità. Epidemiologia. Prevenzione

## Una sintesi

Tutto è partito da una riflessione sull'aumento di frequenza della prematurità nei Paesi occidentali. Il neonatologo Bellieni, soffermandosi sulle cause socio-demografiche che ne sono alla base e auspicando il ritorno dell'ordine biologico al centro del programma di vita, ha richiamato l'attenzione sul paradosso di una società che è più attenta ai rischi rispetto al passato, ma fa poco o nulla per limitare quelli provocati dai suoi stessi orientamenti. L'ostetrico Facchinetti ha ricordato come molte delle gravidanze che terminano a 34-36 settimane compiute di gestazione ("late preterm"), e che maggiormente contribuiscono all'aumento di frequenza della prematurità, avvengano su indicazione medica. Questo per la presenza di patologie materne e/o di condizioni che esporrebbero il feto a rischio di vita e di esiti a distanza se la gravidanza continuasse. Secondo la sociologa De Nicola il bilancio complessivo dei cambiamenti della società nel corso del tempo può essere considerato sostanzialmente positivo, ma si rende necessario e urgente il recupero della dimensione della *utilitas* sociale, oltre che personale, della procreazione. I costi economici delle nascite pretermine, presi in esame da chi scrive, sono molto alti per singolo nato, specialmente se si tratta di un prematuro di età gestazionale estremamente bassa, ma se si calcolano sull'insieme dei nati con meno di 37 settimane non arrivano a superare il 10% di quelli complessivi richiesti per l'assistenza di tutti i bambini dalla nascita fino al termine dell'età evolutiva, a 18 anni. Infine, due mamme di bimbi pretermine, Bruscanin e Palermo, hanno parlato

della loro esperienza personale, che, partendo dal crollo dei sogni e dei progetti, si è dapprima organizzata nel consolidarsi di speranze, poi nel saper dare voce al dolore e all'amore, per arrivare infine all'impegno collettivo, all'azione organizzata delle associazioni di genitori in favore di processi d'integrazione socio-sanitaria dove la presa in carico sia forte, condivisa, e dove l'oggetto di cura non è più il singolo bambino ma la *famiglia pretermine*.

## Alcune considerazioni

L'aumento dell'incidenza della prematurità ha interessato anche il nostro Paese: nel Lazio la percentuale di nati pretermine è passata dal 5% circa nel 1982 all'8,4% nel 2009; in Toscana dal 6,5% nel 2000 al 7,1% nel 2008 e in Emilia Romagna dal 7,4% nel 2003 all'8% nel 2008 [1-3]. L'incremento riguarda in particolare le nascite tra 32 e 36 settimane di gestazione. Per quelle che terminano prima di 32 settimane la frequenza si è mantenuta più o meno stabile intorno all'1%. Complessivamente la percentuale di nati pretermine sfiora attualmente il 7%, che si traduce in un numero assoluto di 38.000-40.000 prematuri all'anno, 5600 circa dei quali nati a meno di 32 settimane. Questo fenomeno, unitamente alla sempre più elevata sopravvivenza, provoca un incremento del numero assoluto di bambini con bisogni speciali, anche quando si tratta di "late preterms" [4]. Ciò pone dei problemi non più eludibili. Ma quanto è pronta la società, compresi gli operatori sanitari, a rivolgere le proprie attenzioni a questi aspetti della salute infantile e ad agire di conseguenza, in un momento in cui l'infanzia sembra essere scomparsa dall'agenda politica, per rimanere solo nel fugace sdegno collettivo che accompagna

le sistematiche denunce di malasanità o di violenza privata sui minori? Dove si ha sufficiente consapevolezza che la salute delle future generazioni poggia su quella delle generazioni presenti e sui figli che queste metteranno al mondo? Dov'è l'attenzione per il sistema formativo e per la scuola, che dovrebbero essere i luoghi privilegiati per la creazione di quella cultura capace di stimolare nei giovani, futuri adulti, i comportamenti virtuosi che sono generatori di salute per sé e per gli altri?

È paradigmatico che – come si dice nell'editoriale di questo numero – l'area materno-infantile e l'età evolutiva siano assenti nella bozza del Piano sanitario nazionale 2011-2013, che si occupa esclusivamente del cosiddetto "percorso nascita", evocando peraltro la visione di trovarsi di fronte a qualcosa di talmente condivisibile, di scontato, di già detto, di vecchio da apparire come un tentativo tardivo di razionalizzare un sistema sanitario che insegue il proprio tempo, ma che quando lo raggiunge questo è già scappato avanti. Abbiamo di fronte un piano senza coraggio, senza fantasia e senza novità, specchio fedele di chi non sa guardare che al proprio presente ma non sa fare progetti per il futuro.

È invece una visione del futuro quella che spinge le associazioni dei genitori a proporre una "riflessione con uno sguardo che va oltre il confine dei reparti e che tocca i processi di integrazione socio-sanitaria, dove la presa in carico è forte e condivisa" (Quaderni acp 2011;18:14-5). Ed è anche una visione del futuro quella che fa auspicare al sociologo "concrete e reali politiche di conciliazione che consentano loro (ai genitori) di generare il numero di figli desiderati, quando ritengono di farlo, senza essere penalizzati sul versante della partecipazione al mercato

Per corrispondenza:

Carlo Corchia

e-mail: corchiacarlo@virgilio.it

**forum**

del lavoro e alla vita sociale” (Quaderni acp 2010;17:146-147).

Non pare sufficiente richiamarsi all'ordine biologico per auspicare il contenimento dell'aumento dei nati pretermine. L'ordine biologico era anche quello che faceva morire più bambini: il 50% di mortalità infantile in Italia all'inizio degli anni '50 del secolo scorso! [5]. I cambiamenti che avvengono nel tessuto economico-sociale, nei rapporti tra gli uomini, nel modo di vivere e di relazionarsi sono fenomeni complessi, ancorché conoscibili, che nel tempo sono anche in grado di produrre nuovi “ordini biologici”, non necessariamente o globalmente peggiori dei precedenti. Cinquant'anni fa la regola era che i nati a 24 settimane di gestazione morissero tutti, oggi non più. Qual è quindi l'ordine biologico? Peraltro, gli enunciati possono andare bene per interpretare un fenomeno, quando sono sostenuti da argomentazioni valide, ma in mancanza di proposizioni operative risultano sterili per fronteggiare nel modo migliore le conseguenze dei cambiamenti sociali e sanitari.

### Che fare?

Tre sembrano essere le direzioni lungo le quali muoversi se si desidera affrontare con responsabilità il problema della nascita pretermine. In primo luogo, investire sempre più nella ricerca delle sue cause, in particolare per quella quota di prematurità associata a fattori ancora sconosciuti o a motivi presenti, identificabili e controllabili già in epoca preconcezionale; poi incrementare l'attività di prevenzione della prematurità a gestazione iniziata e sviluppare modelli di assistenza in gravidanza, al parto e nelle prime settimane di vita rivolti al miglioramento continuo della qualità, cioè basati sulle migliori conoscenze scientifiche disponibili e sulla corretta programmazione di servizi perinatali integrati; infine, avere la consapevolezza che i compiti del servizio sanitario non si esauriscono con la dimissione dall'ospedale, ma si estendono fino a comprendere le epoche successive della vita con programmi non frammentari e mirati a ottenere il massimo di salute possibile per la generazione presente e, di riflesso, per quelle future [6-7-8].

Finora il pensiero prevalente era che la prematurità potesse essere prevenuta con interventi a gestazione già iniziata, spesso su gruppi di donne selezionate in base alla presenza di fattori di rischio, alla storia ostetrica precedente, alla presenza di malattie e all'andamento della gravidanza in atto.

Questo approccio non ha dato, finora, i risultati sperati. Il 4 febbraio 2011 la FDA americana ha approvato l'uso in gravidanza del 17-alfa-idrossiprogesterone caproato (17P) per la prevenzione della nascita pretermine in donne con storia precedente di parto prematuro o con minaccia di parto pretermine. I risultati della più recente revisione sistematica Cochrane sull'argomento mostrano che la somministrazione del farmaco è efficace nel diminuire, in particolare, la frequenza di nascita prima di 34 settimane, senza peraltro riscontrare un chiaro e netto beneficio per il neonato in termini di mortalità e di morbosità [9-10]. Gli Autori, inoltre, richiamano l'attenzione sulla possibilità che il meccanismo intrauterino responsabile dell'induzione del travaglio pretermine possa anche provocare un danno neurologico; se così fosse il 17P potrebbe prevenire il parto ma non il danno. Si rendono pertanto necessari ulteriori studi, in particolare di follow-up, per chiarire i dubbi ancora presenti. La prevenzione primaria in epoca preconcezionale prevede, invece, la limitazione dell'esposizione a fattori di rischio già ampiamente noti (fumo, diabete non controllato, obesità, denutrizione, infezioni, stress ecc.), l'adozione di stili di vita virtuosi e salutari e l'assunzione di acido folico ben prima del concepimento da parte delle donne che programmano di avere un bambino, che in Italia sono quasi i due terzi del totale [11]. Negli ultimi anni l'importanza del problema viene sempre più spesso riconosciuta. In vari Paesi europei ed extra-europei si stanno sviluppando numerose iniziative su questo tema, per cui conoscere l'epidemiologia, i fattori di rischio e i fattori protettivi per la prematurità e le malformazioni congenite insieme alle modalità d'intervento più efficaci per ridurne la frequenza è un compito primario per ogni medico impegnato nella promozione della salute materno-infantile

[12]. Gli interventi possono essere sia di Sanità pubblica che rivolti alle singole persone [13]. Anche i pediatri di famiglia possono avere un ruolo importante nel favorire la prevenzione primaria, se si pensa che essi vengono di solito in contatto con circa la metà delle donne che avranno una futura gravidanza, quelle cioè che hanno già dei figli e che programmano di averne altri. Una formazione adeguata e l'uso di strumenti idonei di consulenza preconcezionale e interconcezionale li metterebbero in grado di contribuire a limitare la nascita pretermine e molti altri esiti avversi della riproduzione, fra cui in particolare le malformazioni, ricordando che queste due condizioni sono responsabili dell'80-85% di tutte le morti entro il primo anno e di gran parte dei casi di disabilità nelle epoche successive della vita. ♦

### Non conflitti di interesse da parte dell'Autore.

#### Bibliografia

- [1] [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it) (ultimo accesso 13/02/2011).
- [2] [www.ars.toscana.it/c/document\\_library](http://www.ars.toscana.it/c/document_library) (ultimo accesso 13/02/2011).
- [3] [www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/publicazioni/rapporto\\_2009.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/publicazioni/rapporto_2009.pdf) (ultimo accesso 13/02/2011).
- [4] Taige NM, Holzman C, Jianling W, et al. Late-preterm birth and its association with cognitive and sociomotional outcomes at 6 years of age. *Pediatrics* 2010;126:1124-31.
- [5] Corchia C, Guercia A, Orzalesi M. La mortalità perinatale in Italia. *Prospettive in Pediatria* 1979; 33:5-14.
- [6] Muglia LJ. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med* 2010;362:529-35.
- [7] Lang CT, Jams JD. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. *Pediatr Clin N Am* 2009;56:537-63.
- [8] Bhutta ZA, Lassi ZS, Blanc A, et al. Linkages among reproductive health, maternal health, and perinatal outcomes. *Semin Perinatol* 2010;34:434-45.
- [9] Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database System Rev* 2006, Issue 1. Art. No.: CD004947. DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub2.
- [10] Dodd JM, Flenady VJ, Cincotta R, et al. Progesterone for the prevention of preterm birth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2008;112:127-34.
- [11] Mastroiacovo P, Baronciani D, Bortolus R. Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale. *Quaderni acp* 2010;17:148-53.
- [12] [www.marchofimes.com](http://www.marchofimes.com).
- [13] [www.pensiamociprima.it](http://www.pensiamociprima.it).