



I DATI UFFICIALI DELLA MORTALITA' INFANTILE E NEONATALE IN ITALIA SMENTISCONO GLI ALLARMISMI

Presidente
Paolo Giliberti
(Napoli)

Past President
Claudio Fabris
(Torino)

Vice Presidente
Rinaldo Zanini
(Lecco)

Tesoriere
Vassilios Fanos
(Cagliari)

Segretario
Nicola Cassata
(Palermo)

Consiglieri:
Francesco Messina
(Napoli)

Corrado Moretti
(Roma)

Piermichele Paolillo
(Roma)

Nicola Antonio Romeo
(Rimini)

Paolo Tagliabue
(Monza)

Coordinatore
Vittorio Vigi
(Ferrara)

Revisori dei conti:
Alberto Chiara
(Crema)

Lidia Decembrino
(Pavia)

Sandra Di Fabio
(L'Aquila)

Un titolo sconcertante "In Italia la mortalità neonatale è nettamente superiore alla media europea", apparso su Sanità News del 4 Marzo u.s. richiama la nostra attenzione.

Nell'articolo che segue sono riportati dati sulla mortalità neonatale, scaturiti da un'audizione presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori sanitari di esperti di ginecologia, ostetricia e punti nascita. La mortalità neonatale risulterebbe pari all'11-13% rispetto alla media europea del 2.3%, dati da confutare nella forma e nella sostanza. Nella forma, perché i valori della mortalità neonatale vanno riferiti a 1000 nati vivi; nella sostanza, perché i dati ufficiali dimostrano una realtà ben diversa.

Nell'"Annual Summary of Vital Statistics": 2007, pubblicato su Pediatrics (Heron M., Sutton P.D., Xu J., Ventura S.J., Strobino D.M., Guyer B., Pediatrics, 125, 4-15, 2010), i valori della mortalità infantile (mortalità del I anno di vita) in Italia negli anni 2004-2005-2006 risultano essere rispettivamente del 3.9, 3.8 e del 3.8 per 1000 nati vivi, il che ci colloca all'undicesimo posto di una graduatoria che inizia con Hong Kong e termina con gli Stati Uniti. Siamo preceduti in Europa da Svezia, Finlandia, Norvegia, Repubblica Ceca, Portogallo, Francia, Austria e Grecia, ma siamo davanti a Spagna, Germania, Danimarca, Belgio, Svizzera, Olanda, Regno Unito, etc. Gli Stati Uniti lamentano una mortalità infantile nell'ordine del 6.8 per 1000 nati vivi, più del doppio di quella italiana.

Un risultato, largamente accettabile, soprattutto se si considera il trend di riduzione osservato negli ultimi anni, che ha visto la mortalità infantile ridursi da poco più di 8.0 nel 1990 a 3.8 per 1000 nati vivi nel 2005 (Dati Istat). Esistono però consistenti differenze tra Regione e Regione con la Calabria attestata a 5.43, la Sicilia a 5.05, la Basilicata a 4.70, la Puglia a 4.55 e la Campania a 4.29, ben al di là della media nazionale (Dati Istat 2005).

Possiamo vantarci di questi risultati? Sostanzialmente sì, anche se va considerato che il tasso di mortalità infantile è la misura dello stato di salute di una intera popolazione, sul quale influiscono, oltre la qualità delle cure materno-infantili, le condizioni socioeconomiche, ambientali e culturali. Inoltre le differenze regionali frenano gli entusiasmi.



Se prestiamo però attenzione alla mortalità neonatale, che potrebbe essere considerata un indicatore globale della salute materna, degli stili di vita in epoca prenatale ed ovviamente dell'assistenza al parto ed in epoca neonatale, vediamo confermato il trend positivo dei valori passati da 3.8 nel 1990 a 1.71 per 1000 nati vivi nel 2005 (Dati Istat). I sistemi di monitoraggio degli esiti clinici (Network Neonatale Italiano) della Società Italiana di Neonatologia documentano, inoltre, un analogo trend positivo anche per i neonati di peso molto basso alla nascita.

In altri termini è confermata la buona qualità globale dell'assistenza perinatale in Italia, pur con le differenze regionali prima riportate.

Ciò nonostante le differenze regionali sono preoccupanti e meritano la massima attenzione. Un problema, che si rivela essere soprattutto, ma non solo, di tipo organizzativo, dalla mancanza di una rete assistenziale di sorveglianza della gravidanza, alla frammentazione dei Centri nascita, moltissimi di dimensioni tali da negare adeguati livelli esperienziali, dalla mancata individuazione di Centri perinatali di riferimento su base territoriale, alle carenze degli organici sia medico che infermieristici..

Lo sforzo da compiere è in questa direzione ed una Società scientifica, che voglia assolvere al suo compito, deve fortemente impegnarsi nella elaborazione e proposizione di modelli organizzativi sempre più rispondenti alla realtà del Paese, associando a questo impegno quello della continua attenzione agli aspetti culturali, coinvolgendo in essi i diversi profili professionali interessati.

Molto più corrispondenti, purtroppo, alla realtà sono i numeri, riferiti nell'articolo, sul tasso dei tagli cesarei e sulla loro distribuzione tra centri pubblici e privati.

Il problema dell'incremento dei tagli cesari ha, in realtà, dimensioni mondiali, tanto da interessare la stessa Organizzazione mondiale della Sanità ed è un fenomeno decisamente a genesi multifattoriale, dall'incrementata richiesta materna, a scelte di medicina difensiva. Nonostante non siano ancora disponibili dati inconfutabili di confronto tra nati da taglio cesareo e nati per parto vaginale sulla morbilità e mortalità neonatale, è indubbio che il taglio cesareo abbia un inevitabile impatto sia sulla qualità delle cure erogate, svalutate da rischi inaccettabili, che sull'utilizzazione delle risorse orientate verso prestazioni riparative. E' pertanto urgente una ridefinizione delle indicazioni materno – fetali del parto operativo, come appena fatto dall'Istituto Superiore della Sanità ed una stretta aderenza ad esse, ridimensionando i motivi sociali, individuali, economici e medico – legali che spesso incidono in maniera preponderante sulla scelta

Paolo Giliberti
Presidente della Società Italiana di Neonatologia

Milano, 31 marzo 2010