

**L**a mortalità neonatale e infantile, ovvero il numero di morti nei primi 28 giorni e nel primo anno per 1000 nati vivi, considerata tra gli indici più sensibili per valutare lo stato di salute, il benessere sociale e lo sviluppo economico di una nazione, è significativamente diminuita nel nostro Paese e ha raggiunto livelli tra i più bassi del mondo, anche migliori di quelli osservati nei paesi occidentali più sviluppati.

I dati indicati in questo breve articolo, relativi alle ultime analisi dell'ISTAT del 2015, sono presentati considerando 5 aree geografiche (Nord Ovest, Nord Est, Centro, Sud e Isole). Sono stati ritenuti bambini italiani quelli che avevano almeno uno dei due genitori con cittadinanza italiana, mentre sono stati considerati immigrati residenti in Italia i figli di genitori immigrati entrambi sprovvisti della cittadinanza italiana. È stata fatta anche un'analisi in relazione ai paesi di provenienza della madre.

La valutazione da parte dell'ISTAT dei certificati di morte relativi al 2015 dei residenti in Italia ha mostrato una significativa diversità della mortalità neonatale e infantile tra le varie Regioni italiane e tra i bambini figli di italiani e immigrati.

La mortalità neonatale per mille nati vivi è risultata in Italia di 2; nel Nord Ovest 1,8; nel Nord Est 1,5; nel Centro 2,0; nel Sud 2,3 e nelle Isole 2,5.

La mortalità infantile per mille nati vivi è risultata in Italia di 2,9; nel Nord Ovest 2,6; nel Nord Est 2,4; nel Centro 2,9; nel Sud 3,3 e nelle Isole 3,6.

Dall'andamento della mortalità neonatale e infantile dei residenti in Italia nel corso degli ultimi 10 anni, risulta evidente una peggiore situazione nelle Regioni del Sud e nelle isole rispetto a quella delle Regioni centro settentrionali.

Un bambino che nasce nelle Regioni meridionali ha una mortalità di circa il 40% più elevata di un bambino che nasce al Nord.

Pur essendo diminuita la mortalità neonatale e infantile in Italia, il rapporto della mortalità tra le Regioni settentrionali e centrali da un lato, e quelle meridionali e insulari dall'altro, non si è modificato negli ultimi decenni.

Nel 2015 sono nati in Italia 485.780 neonati, da genitori italiani l'85% e da immigrati il 15%. Nello stesso periodo sono deceduti 1407 bambini nel primo anno di vita (77% italiani e 23% figli di immigrati). Dal 2006 al 2015 la mortalità neonatale dei figli di immigrati è passata dal 3,6 a 3,0 per mille nati vivi, mentre quella di figli di italiani da 2,3 a 1,8 per mille nati vivi. Ugualmente la morta-



**Mario De Curtis**  
Dipartimento di Pediatria  
Università di Roma  
La Sapienza

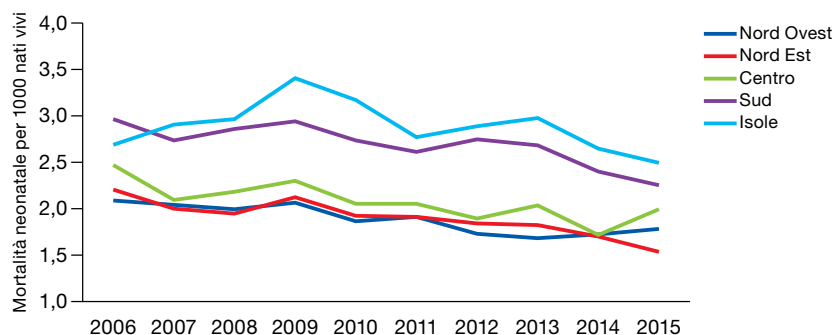


**Silvia Simeoni**  
Dipartimento per la  
Produzione statistica ISTAT

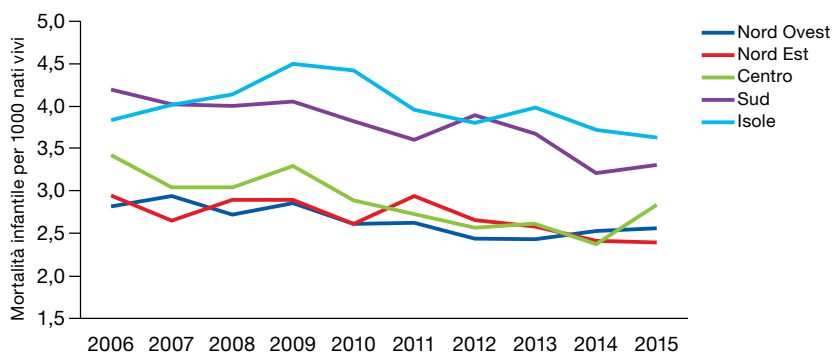
# L'Italia diseguale inizia in culla

*Mortalità infantile:  
maggiore al Sud rispetto al Nord,  
e tra i figli di immigrati  
rispetto agli italiani.  
È urgente e necessario  
un programma di contrasto  
alle disuguaglianze in sanità*

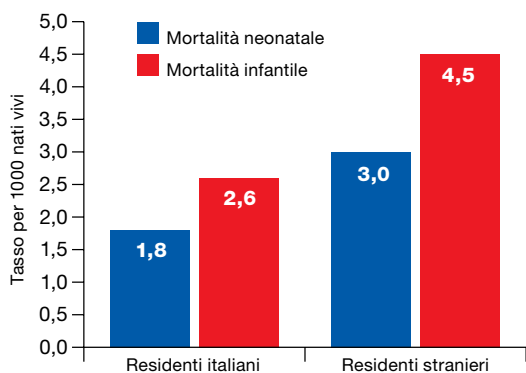
## Mortalità neonatale tra i residenti in relazione all'area geografica. Anni 2006-2015



## Mortalità infantile tra i residenti in relazione all'area geografica. Anni 2006-2015



## Mortalità neonatale e infantile in figli di residenti italiani e stranieri. Anno 2015



lità infantile dei nati da immigrati è passata dal 5,0 a 4,5 mentre quella di nati italiani da 3,2 a 2,6 per mille nati vivi. La mortalità neonatale e infantile nei figli di immigrati è risultata quindi più elevata del 70% nel 2015.

Un'analisi in relazione al Paese di provenienza ha messo in evidenza valori molto elevati della mortalità infantile, pari a 8,2 per mille per i bambini nati da donne africane provenienti da aree subsahariane.

Questi dati lasciano molto riflettere e dovrebbero indurre le forze politiche a specifici interventi in ambito di salute pubblica.

Infatti la peggiore prognosi nelle Regioni meridionali e insulari è legata oltre che a fattori di ordine culturale, economico e sociale, anche a problemi organizzativi che riguardano la rete perinatale e la presenza di tante piccole maternità. Molto spesso questi centri con meno di 500 parti all'anno (in Italia nel 2016 erano 97) sono sprovvisti di attrezzature dedicate e il personale presente spesso non è specializzato e idoneo ad affrontare situazioni di emergenza sia per la madre che per il neonato.

Le Amministrazioni, nonostante le indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni del 2010, che prevedeva nel

“percorso nascita” la razionalizzazione/riduzione progressiva dei Punti nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno, hanno difficoltà a chiudere anche le strutture più piccole. Va però tenuto presente che la chiusura delle piccole maternità può determinare una diminuzione dei costi ma non automaticamente un innalzamento della qualità dell'assistenza. Una buona organizzazione delle cure e dell'assistenza alla madre e al neonato fanno parte integrante del diritto alla nascita in sicurezza e rendono necessaria una sorveglianza della qualità delle maternità anche sul piano organizzativo e gestionale. Ogni punto nascita, anche quello sprovvisto di un reparto di terapia intensiva neonatale, deve essere in grado di affrontare situazioni di emergenza in attesa del trasferimento in un centro attrezzato.

I piani di rientro della spesa sanitaria, finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario, e che hanno riguardato prevalentemente le Regioni meridionali hanno, negli ultimi anni, aggravato la situazione assistenziale ed inevitabilmente le cure nell'area materno infantile.

È urgente e necessario un programma di contrasto alle disuguaglianze in sanità affinché anche la popolazione del Sud abbia diritto ad essere adeguatamente curata.

Esistono chiare differenze regionali nell'offerta dei servizi pubblici di prevenzione e assistenza sanitaria e non è tollerabile che in Italia la qualità dell'assistenza sanitaria possa dipendere dalla regione in cui una persona ha la fortuna di nascere e di vivere. Ugualmente un altro aspetto di profonda disuguaglianza è rappresentato dalla maggiore mortalità neonatale e infantile nei nati da genitori immigrati. Negli ultimi anni in Italia si è verificato un aumento dei flussi migratori e nel 2015 i residenti immigrati rappresentavano circa l'8% di tutta la popolazione. I bambini di genitori immigrati sono spesso esposti, per le particolari condizioni familiari ed economiche, ad un rischio maggiore di malattia sia in epoca prenatale che immediatamente postnatale. Si può ipotizzare che l'aumento del rischio, osservato in questa popolazione, dipenda da una serie di condizioni legate allo svantaggio sociale, economico e culturale (maggiore numero di gestanti minorenni e ragazze-madri, basso reddito familiare, attività lavorativa meno garantita e più pesante, alimentazione incongrua, carenti condizioni igieniche ed abitative, cure ostetriche e pediatriche tardive o inadeguate). Una parte significativa delle patologie pre- e post-natali potrebbero essere prevenute con una più adeguata organizzazione dell'assistenza materno-infantile.

I dati presentati in questo articolo concordano con precedenti indagini che hanno messo in evidenza un maggiore rischio di salute per i nati da donne immigrate e in particolare un aumento del rischio di nascita pretermine, basso peso, asfissia e necessità di cure intensive. Queste condizioni non dipendono direttamente dalla condizione d'immigrati, e sono in gran parte evitabili rispettando i controlli in gravidanza previsti dagli standard adottati nei “Paesi sviluppati”.



▼ Reidpath D D, Allotey P. Infant mortality rate as an indicator of population health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:344-6.

▼ Unicef data. <https://data.unicef.org/> (ultimo accesso 29 agosto 2018).

▼ [www.agenas.it/images/agenas/pne/SINTESI\\_PNE\\_2017\\_19\\_DICEMBRE.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/pne/SINTESI_PNE_2017_19_DICEMBRE.pdf)

▼ [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/01/18/11A00319/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/01/18/11A00319/sg)

▼ Corchia C. Punti nascita: non è solo questione di dimensioni. *Sole24Ore Sanità*, 18 Febbraio 2012.

▼ Demografia in cifre. <http://demo.istat.it/> (ultimo accesso 29 agosto 2018).

▼ Cacciani L, Asole S, Polo A, et al. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health* 2011;11:294.

▼ De Curtis M. Universal health-care coverage in Europe. *Lancet* 2012;380:1644-5.



# Dicofarm Kids

## gli orosolubili

### Pratici e Gustosi



### Dicoflor Kids

In caso di:

- Abbassamento delle difese immunitarie anche indotto da terapie farmacologiche
- Periodi di intenso sforzo psicofisico

**1 BUSTINA OROSOLUBILE AL DI**  
**5x10<sup>9</sup> UFC DI LACTOBACILLUS**  
**RHAMNOSUS GG (ATCC 53103)**



### DicoFer kids

- Buona biodisponibilità
- Buona tollerabilità a livello gastrico
- Buona palatabilità

**1 BUSTINA OROSOLUBILE AL DI**  
**(15 mg DI FERRO)**



Publicazione riservata ai sigg. Medici

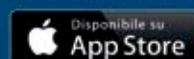
Jerzynska et al. Allergy Asthma Proc. 2016

24833\_50700418-1

[www.dicofarm.it](http://www.dicofarm.it)



Il prontuario Dicofarm è



**Dicofarm**  
Il meglio della ricerca, il buono della natura.