

# La mortalità infantile nei Paesi ad elevato reddito: capire di più per fare meglio



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

*For too many babies, their day of birth is also their day of death...*

UN IGME, LEVELS AND TRENDS IN CHILD MORTALITY, 2015

La riduzione della mortalità infantile è uno dei *Millennium Developmental Goals* (MDG4) sui quali le maggiori agenzie internazionali si sono impegnate in una strategia di attenzione alla salute delle donne e dei bambini in tutto il mondo. L'UNICEF, facendo il punto della situazione nel 2015, conclude che, pur con evidenti differenze nei diversi Paesi, consistenti passi in avanti sono stati fatti verso il traguardo stabilito: la riduzione del 75% della mortalità nei bambini di età inferiore ai 5 anni [1]. Rimandando al documento originale per gli elementi di dettaglio, ci soffermiamo sui dati relativi ai Paesi a più elevato reddito, realtà alla quale *The Lancet* ha dedicato nel 2014 una riflessione molto articolata.

I sistemi nazionali di rilevazione della mortalità infantile hanno ampi margini di incertezza nei Paesi a basso o medio sviluppo, ma anche nei Paesi più avanzati la precisione dei dati è stata in passato tutt'altro che ottimale. Errori percentualmente rilevanti nella compilazione dei certificati di decesso e nella categorizzazione delle cause di morte e omissione di elementi clinico-patologici importanti ai fini classificativi sono contenuti nella reportistica proveniente da Australia, USA e Gran Bretagna (UK) [2]. Un sistema di revisione continua di questi dati è fondamentale per conoscere esattamente come e perché muoiono i bambini e, soprattutto, per intraprendere iniziative di politica sanitaria volte a prevenire le morti evitabili. I dati UNICEF dicono che, nel 2015, negli 81 Paesi a elevato reddito (secondo la World Bank, reddito lordo individuale superiore a \$12.736) la mortalità al di sotto dei 5 anni è 7/1000 nati vivi, con una stima di circa 108.000 bambini deceduti (erano 261.000 nel 1990). A fronte di questi dati che costituiscono, comunque, una piccola frazione (2%) della mortalità infantile mondiale, *The Lancet* sottolinea che

circa il 25% di queste morti sono ascrivibili a cause verosimilmente prevenibili e, nel fare questo, concentra la propria attenzione sulle stime relative alla UK [3,4].

Un segnale d'allarme per il sistema sociale e sanitario britannico viene dal confronto sui dati di mortalità (database WHO, anni 1970-2008) tra UK e i 15 membri dell'Unione Europea più Australia, Canada e Norvegia (EU15+) [5]. I risultati ottenuti in oltre un quarto di secolo non sembrano premiare l'azione della UK che, nel 1970, era nel migliore quartile (<25° centile) degli EU15+ per quanto riguarda la mortalità 1-24 anni. La successiva riduzione della mortalità infantile e nei giovani adulti che si è realizzata ovunque nei Paesi EU15+ è stata più lenta in UK che, nel 2008, si posiziona nel peggiore quartile (>75° centile) per mortalità sotto i 4 anni di età (fanno peggio solo il Canada e il Belgio per le fasce <1 e 1-4 anni, rispettivamente). Questo divario consente di stimare un eccesso di oltre 1000 morti rispetto alla mediana EU15+. Circa la metà di questi decessi è

ascrivibile alla categoria delle malattie non trasmissibili, per le quali la UK naviga ancora una volta nelle peggiori posizioni. Se la mortalità 0-14 anni fosse uguale a quella della Svezia (migliore risultato in Europa), la UK avrebbe quasi 2000 decessi in meno all'anno (tabella 1) [6].

Risultati non buoni si registrano anche nel periodo neonatale-perinatale per il quale, dagli anni '90 in poi, la mortalità non ha mostrato una tendenza alla riduzione paragonabile a quella degli EU15+. Prematurità e basso peso alla nascita sono i fattori più evidentemente responsabili dell'eccesso di morti perinatali e si tratta di eventi in buona misura prevenibili. All'altro estremo dell'età pediatrica, le malattie non trasmissibili costituiscono un significativo determinante di mortalità nella fascia degli adolescenti e dei giovani adulti. Le patologie croniche respiratorie ed endocrine, ma soprattutto quelle neuropsichiatriche (paralisi cerebrale, epilessia) e l'abuso di sostanze pongono problematiche assistenziali importanti che incidono sul numero

**TABELLA 1** Mortalità infantile in 15 Paesi europei e calcolo delle morti in eccesso rispetto alla Svezia (da voce bibliografica 6, modificato)

	Mortalità (media/100.000 bambini)	Morti in eccesso vs. Svezia (n/anno)
Svezia	29,27	0
Lussemburgo	26,50	0
Finlandia	30,27	9
Spagna	37,40	545
Grecia	37,86	125
Germania	37,88	815
Italia	38,07	683
Francia	38,25	962
Austria	39,09	106
Irlanda	39,78	98
Olanda	40,66	292
Portogallo	40,73	176
Danimarca	42,69	121
<b>Gran Bretagna</b>	<b>47,73</b>	<b>1951</b>
Belgio	47,77	304

dei decessi. Accessibilità e qualità dei servizi per malattie croniche e disabilità, povertà e disuguaglianze sono tra gli elementi responsabili del mediocre risultato complessivo. In UK l'organizzazione dell'assistenza pediatrica ha una riconosciuta debolezza e il richiamo alla ricerca di nuovi modelli assistenziali integrati e all'elaborazione di percorsi più efficienti per la cronicità infantile è molto forte [5-7]. Allo stesso tempo, una migliore accessibilità alle cure di primo e secondo livello e una maggiore efficienza dei servizi potrebbero ridurre almeno del 20% la mortalità per cause naturali acquisite (infettive soprattutto) grazie a diagnosi più tempestive e a una accresciuta propensione al lavoro di équipe. Ci si chiede concretamente se non sia arrivato il momento che l'UK si doti di un sistema di cure primarie pediatriche o se non si debba investire maggiormente nella formazione pediatrica dei medici di medicina generale consentendo loro un accesso facilitato ai servizi specialistici [4].

Negli ultimi 40 anni, contemporaneamente alla riduzione della mortalità infantile, nei Paesi a elevato reddito si è verificato un cambiamento delle cause di morte e della loro distribuzione per età. In UK la mortalità è diminuita del 72-76% nelle classi di età inferiori ai 10 anni e solo del 63-66% negli adolescenti. Le dinamiche che governano la mortalità infantile sono complesse e trovano possibili spiegazioni in fattori in-

trinseci (biologici e psicologici) e in determinanti ambientali di natura fisica, sociale e sanitaria [8]. In breve, i fattori intrinseci includono il sesso (i maschi hanno tassi di mortalità più alti), l'etnia (predisposizione genetica, consanguineità, cultura, situazione socio-economica), lo stato di salute prenatale e perinatale e la presenza di disabilità o di stili di vita svantaggiosi (fumo, alcol, tossicodipendenze, diete incongrue o scarsa attività fisica). In alcune di queste aree è senz'altro possibile intervenire in senso preventivo e lo è ancora di più sui fattori socio-economici di disuguaglianza, povertà e disagio giovanile e sulle modalità di accesso ed erogazione dei servizi sanitari. Le cinque nazioni a elevato reddito nelle quali la mortalità 0-14 anni è più alta (USA, Nuova Zelanda, Portogallo, Canada e UK) sono quelle che registrano le maggiori disuguaglianze socio-economiche. Occorre lavorare - questa è la conclusione di *The Lancet* - in tre direzioni: dare una lettura precisa e dettagliata delle cause di morte nell'infanzia per rendere i servizi sanitari più adeguati alle necessità; immaginare i futuri scenari della cronicità pediatrica privilegiando le modalità di assistenza extraospedaliera; riconoscere, a livello decisionale, che quantità e qualità di vita dei bambini sono connesse alle politiche socio-economiche almeno quanto lo sono alla ricchezza del Paese e all'organizzazione dei suoi servizi sanitari [8].

### Conflitto d'interessi

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto d'interessi.

✉ [enrico.valletta@auslromagna.it](mailto:enrico.valletta@auslromagna.it)

1. UN IGME. Levels and trends in child mortality. Report 2015. UNICEF, September 2015.
2. Fraser J, Sidebotham P, Frederick J, et al. Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet* 2014;384:894-903.
3. Editorial. Child deaths: inequity and inequality in high-income countries. *Lancet* 2014; 384:830.
4. Johnston BD. Why is UK performance in child and youth mortality so poor? *Lancet* 2014;384:837-8.
5. Viner RM, Hargreaves DS, Coffey C, Patton GC, Wolfe I. Deaths in young people aged 0-24 years in the UK compared with the EU15+ countries, 1970-2008: analysis of the WHO Mortality Database. *Lancet* 2014;384:880-92.
6. Wolfe I, Thompson M, Gill P, et al. Health services for children in western Europe. *Lancet* 2013;381:1224-34.
7. Sidebotham P, Fraser J, Fleming P, et al. Patterns of child death in England and Wales. *Lancet* 2014;384:904-14.
8. Sidebotham P, Fraser J, Covington T, et al. Understanding why children die in high-income countries. *Lancet* 2014;384:915-27.

## Ricordo di Marina

Ricordo di Marina Marin, pediatra di base a Milano, che ci ha lasciato a 61 anni l'11 marzo 2016.

Ci conoscevano come le "pediatre sentinella". Con l'entusiasmo e la costanza giovanile - parliamo di oltre trent'anni fa - abbiamo deciso insieme di tentare le prime ricerche ambulatoriali, coscienti della potenzialità scientifica data dai nostri numeri, ma anche della crescita professionale che il confronto e l'analisi continua dei casi dei nostri pazienti ci permetteva, superando l'isolamento dei nostri ambulatori. Noi stesse ci stupivamo come riuscissimo a garantire, fra lavoro e famiglie, la periodicità di questi incontri rigorosamente serali, un po' faticosi ultimamente data la nostra non più tenera età, ma sempre nostra linfa professionale, e sempre gioiosi, golosi anche e ricchi di una solidarietà e un affetto amicale che sono stati il vero tesoro offerto dalla nostra comune ricerca del meglio nell'assistenza pediatrica. Ci siamo scoperte una per tutte e tutte per una.

Tu eri due occhi azzurro cielo. I vestiti sempre azzurro o blu, i tuoi colori preferiti, sempre un'aria da ragazzina, eppure, quanto eri rigorosa, disciplinata, severa.

Nelle nostre riunioni eri tu a dirigere e a dare il via: "Bando alle chiacchiere, ragazze, parliamo di casi, forza... mettiamo tutte le ipotesi diagnostiche sul tavolo, scartiamo col ragionamento quanto non ci convince e arriviamo al dunque". Davi tanti spunti, tanti suggerimenti e la diagnosi esatta arrivava sempre.

Ci hai insegnato tanto.

Raccontavi che un giorno, un bambino tra i tanti nella sala d'attesa dello studio, disse a voce alta vedendoti passare con il camice: "Quella è la primaria". Quanto ci aveva azzeccato! Eri davvero la nostra primaria.

Ciao Marina, ora ci mancherai immensamente.

Daniela, Elsa, Franca e le due Paole