

I tassi di mortalità neonatale e infantile sono tra i più significativi indici per valutare lo sviluppo sanitario e civile di un Paese e il loro monitoraggio è un importante strumento per determinare nel tempo le variazioni influenzate da fattori sanitari, sociali, economici e organizzativi. La conoscenza delle variazioni di questi indici nel tempo è fondamentale per prevedere e implementare efficaci interventi di politica sociale e sanitaria.

In questo studio è riportato l'andamento della mortalità neonatale (numero di morti entro il compimento del 28-esimo giorno di vita per mille nati vivi), la mortalità post-neonatale (quella tra 28 giorni di vita ed il compimento del primo anno per mille nati vivi), e infantile (numero di morti nel primo anno di vita per mille nati vivi). I dati presentati, i più recenti dell'Istituto Italiano di Statistica (ISTAT), sono stati ottenuti utilizzando due database nazionali: il registro delle cause di morte, ottenuto dai dati provenienti dai certificati di morte e il registro dei nati vivi dell'ufficio anagrafe dei comuni italiani.

È stata condotta un'analisi della mortalità neonatale, post-neonatale e infantile in relazione alla cittadinanza dei genitori, alla Regione e area di residenza e sono state analizzate le principali cause di morte.

I bambini sono stati distinti in figli di genitori italiani e stranieri. I figli con almeno un genitore con cittadinanza italiana sono stati considerati italiani, gli altri stranieri.

Sono stati riportati i tassi di mortalità neonatale, post-neonatale e infantile nel periodo 2016-2020, e per il 2020 quelli della mortalità delle Regioni e delle cinque aree geografiche: Nord Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria), Nord Est (Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia

Mortalità infantile in Italia.

Profonde disuguaglianze geografiche ed etniche

Giulia, Emilia-Romagna), Centro (Toscana, Marche, Umbria e Lazio), Sud (Abruzzo, Molise Campania, Basilicata, Calabria, Puglia) e Isole (Sardegna e Sicilia). Alcuni dati sono stati riferiti al Mezzogiorno (intendendo con questo termine le Regioni del Sud e delle Isole).

Sono stati calcolati i tassi di mortalità e i rapporti tra i tassi di mortalità (Mortality Rate Ratio-MRR) che permettono di valutare le differenze significative nella mortalità tra gruppi eterogenei per



Mario De Curtis
Dipartimento Materno Infantile, Università di Roma La Sapienza



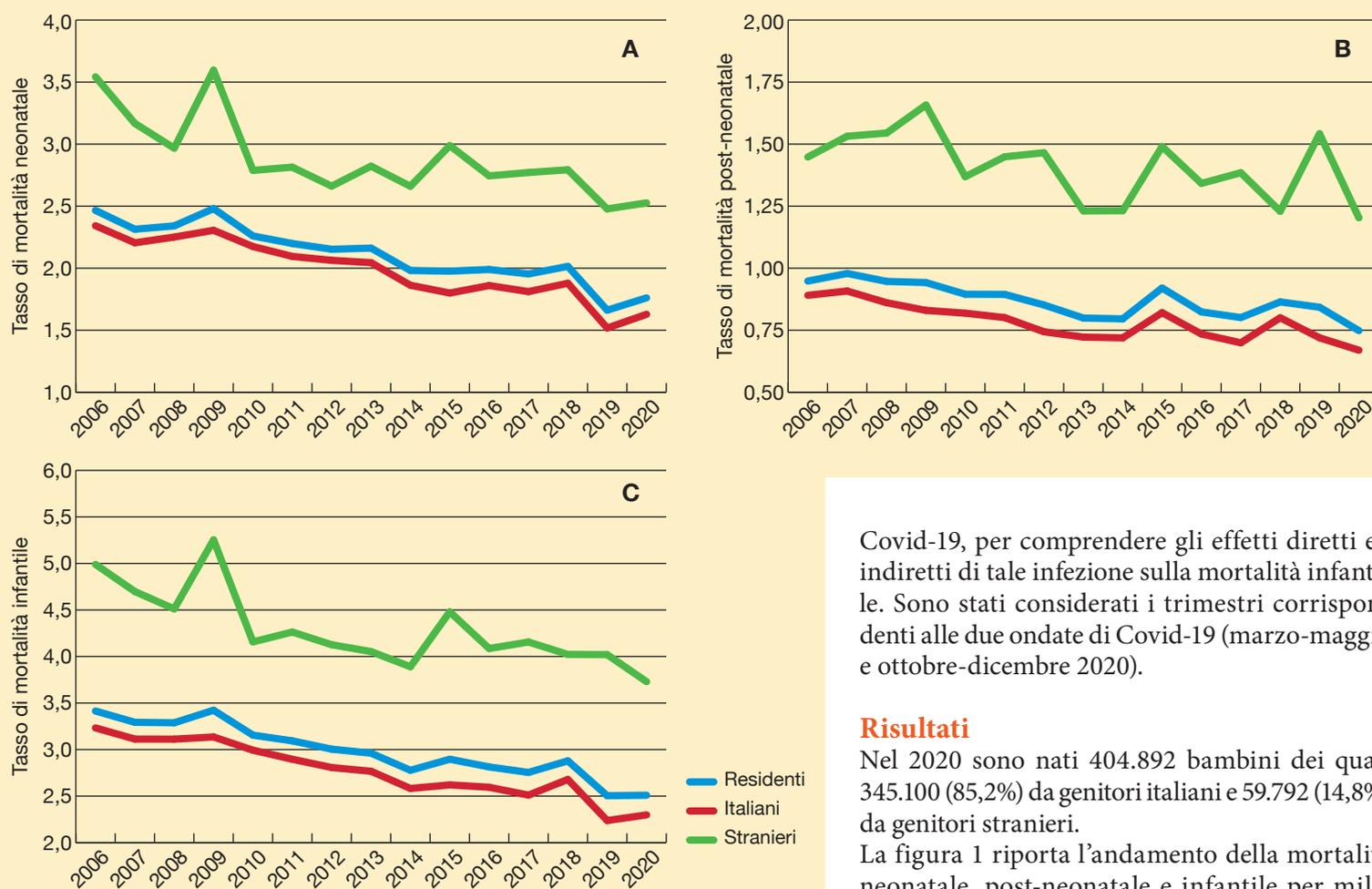
Silvia Simeoni



Luisa Frova

Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, Servizio sistema integrato salute, assistenza e previdenza. ISTAT: Istituto Nazionale di statistica, Roma

Monitorare i tassi di mortalità neonatale e infantile permette di determinare nel tempo le variazioni influenzate da fattori sanitari, sociali, economici e organizzativi

Figura 1. Mortalità neonatale (A), post-neonatale (B) e infantile (C) per mille nati vivi residenti in Italia dal 2006 al 2020.**Tabella 1.** Mortalità neonatale, post-neonatale e infantile per mille nati vivi residenti nel 2020 in Italia in relazione alla area di residenza e alla cittadinanza.

	Mortalità neonatale		Mortalità post-neonatale		Mortalità infantile	
	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri
Nord	1,14	2,10	0,62	1,17	1,77	3,28
Centro	1,42	2,91	0,54	1,12	1,96	4,04
Mezzogiorno	2,24	3,97	0,78	1,47	3,02	5,44
Italia	1,63	2,53	0,67	1,20	2,30	3,73

esempio tra i figli di genitori stranieri ed italiani, tra le Regioni e le aree geografiche.*

Sono stati calcolati anche gli intervalli di confidenza (IC95%)** degli MRR, che indicano se la differenza tra due gruppi è significativa o no.

Le cause di morte sono state raggruppate secondo la classificazione ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

Per analizzare quale variabile indipendente tra residenza e cittadinanza influenzi maggiormente la mortalità per una determinata causa, si è utilizzato il modello di regressione log-lineare di Poisson. Questo modello ci permette di capire, ad esempio, se la morte per distress respiratorio è influenzata più dal luogo dove si nasce, cioè la residenza, o dalla cittadinanza. Inoltre, si è voluto analizzare il 2020, l'anno della pandemia da

* Se confrontiamo i tassi di mortalità degli stranieri con quelli degli italiani e abbiamo un valore MRR vicino ad uno, vuol dire che non c'è differenza di mortalità tra gli stranieri e gli italiani. Se il valore è maggiore di uno gli stranieri hanno un rischio di morire maggiore rispetto agli italiani, se il valore è minore di uno, il rischio è invece inferiore.

** Intervallo di confidenza 95% esprime la probabilità del 95% che il valore vero del parametro considerato cada nell'intervallo.

Covid-19, per comprendere gli effetti diretti ed indiretti di tale infezione sulla mortalità infantile. Sono stati considerati i trimestri corrispondenti alle due ondate di Covid-19 (marzo-maggio e ottobre-dicembre 2020).

Risultati

Nel 2020 sono nati 404.892 bambini dei quali 345.100 (85,2%) da genitori italiani e 59.792 (14,8%) da genitori stranieri.

La figura 1 riporta l'andamento della mortalità neonatale, post-neonatale e infantile per mille nati vivi residenti in Italia dal 2006 al 2020.

Nel 2020 la mortalità neonatale è stata del 1,76 per mille nati vivi (corrispondente al 70,2% della mortalità infantile) e nei nati da genitori stranieri è stata il 55% più elevata rispetto a quella nati da genitori italiani. La mortalità post-neonatale è stata 0,75 per mille nati vivi e nei nati da genitori stranieri è stata dell'80% superiore. La mortalità infantile è stata del 2,51 per mille, registrando un aumento del 60% nei bambini con genitori stranieri rispetto a quelli con genitori italiani.

La tabella 1 indica la mortalità neonatale, post-neonatale e infantile per mille nati vivi residenti nel 2020 in Italia in relazione alla area di residenza e alla cittadinanza. La mortalità infantile degli italiani e stranieri mostra un gradiente Nord-Sud con livelli molto più elevati nel Mezzogiorno.

Nella figura 2 sono riportati i tassi di mortalità infantile nel 2020 per le Regioni con più di 10.000 nati vivi. Le Regioni con un maggiore tasso di mortalità infantile risultano essere quelle del Mezzogiorno: Calabria, Sicilia, Campania e Puglia. Al contrario le Regioni con minori mortalità sono state l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte.

Il tasso di mortalità neonatale e post-neonatale di ogni Regione è stato confrontato con quello nazionale, calcolando gli MRR neonatali e post-neonatali, cioè i rapporti tra i tassi, e sono stati rappresentati in un diagramma cartesiano: l'asse delle X rappresenta i rapporti tra i tassi neonatali delle Regioni con il tasso neonatale italiano (MRR neonatale), l'asse delle Y rappresenta i rapporti tra i tassi post-neonatali delle Regioni con il tasso post-

neonatale italiano (MRR post-neonatale) (figura 3). Le Regioni che si trovano nel primo quadrante hanno sia la mortalità neonatale che post-neonatale più alta alla media nazionale; le Regioni che si trovano nel terzo quadrante hanno sia la mortalità neonatale che post-neonatale più basse alla media nazionale; le Regioni del secondo quadrante hanno solo la mortalità post-neonatale più alta di quella nazionale mentre le Regioni del quarto quadrante hanno solo un aumento della mortalità neonatale.

È interessante notare che alcune Regioni presentano solo una componente più elevata rispetto alla media nazionale e non entrambe, indicando come sia necessario adottare politiche differenziate sul territorio.

Le situazioni più critiche si osservano in Sicilia e Puglia dove i tassi di mortalità sia neonatale sia post-neonatale sono più elevati della media nazionale. Calabria, Umbria, Campania, Abruzzo e Lazio presentano tassi di mortalità neonatale al di sopra della media nazionale mentre i tassi di mortalità post-neonatale sono inferiori al valore medio osservato.

La Provincia Autonoma di Bolzano, Basilicata, Lombardia, Marche e Piemonte presentano, invece, tassi di mortalità post-neonatale al di sopra della media nazionale e al contrario tassi di mortalità neonatale inferiori al valore medio.

Una situazione migliore si osserva per la provincia autonoma di Trento, e nelle seguenti Regioni: Emilia-Romagna, Toscana, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Liguria nelle quali sia i tassi di mortalità neonatale che post-natale si attestano al di sotto della media nazionale.

La figura 4 riporta le principali cause di morte in relazione, all'area geografica (Mezzogiorno vs Nord, Centro vs Nord), cittadinanza (nati da genitori stranieri vs italiani) e al periodo (2020 vs 2016-2019)

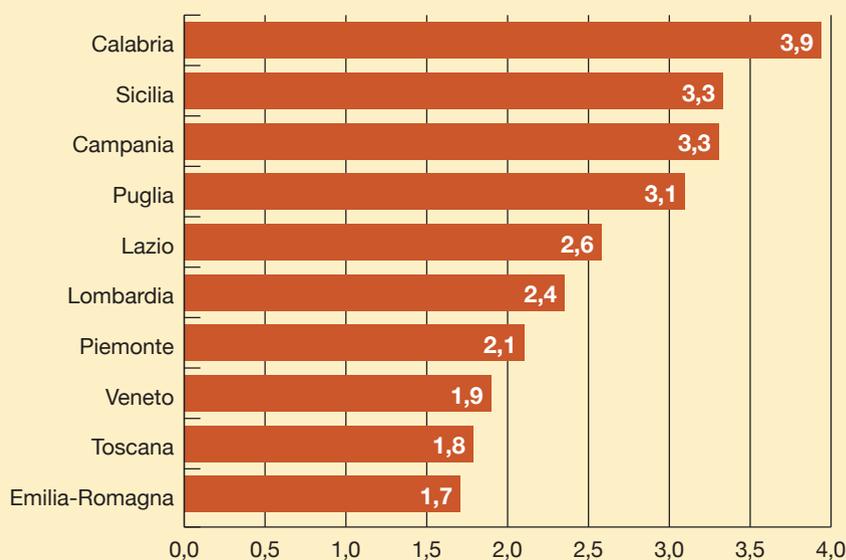
Per studiare l'effetto delle variabili come cittadinanza, residenza e anno di calendario sul rischio di morire per una data causa, è stato utilizzato un modello di regressione log-lineare di Poisson. Questo modello ci permette di stimare il Rapporto dei tassi di mortalità in relazione alle variabili indipendenti considerate.

I risultati più significativi che emergono da questa analisi sono: nel Mezzogiorno Italia si è osservata una maggiore mortalità rispetto al Nord per le seguenti cause di morte: distress respiratorio neonatale (MRR: 3,01), nascite premature (MRR: 2,57), malformazioni congenite cardiocircolatorie (MRR:1,72), ipossia (MRR: 1,71) e patologie mal definite (MRR:2,99), così indicate dall'ICD-10, capitolo XVIII. Tra Centro e Nord non esistono differenze rilevanti, ad eccezione della prematurità (MRR: 1,46).

I figli di genitori stranieri hanno presentato un rischio più elevato di mortalità infantile rispetto a quelli italiani per la maggior parte delle cause di morte indicate nella figura 4.

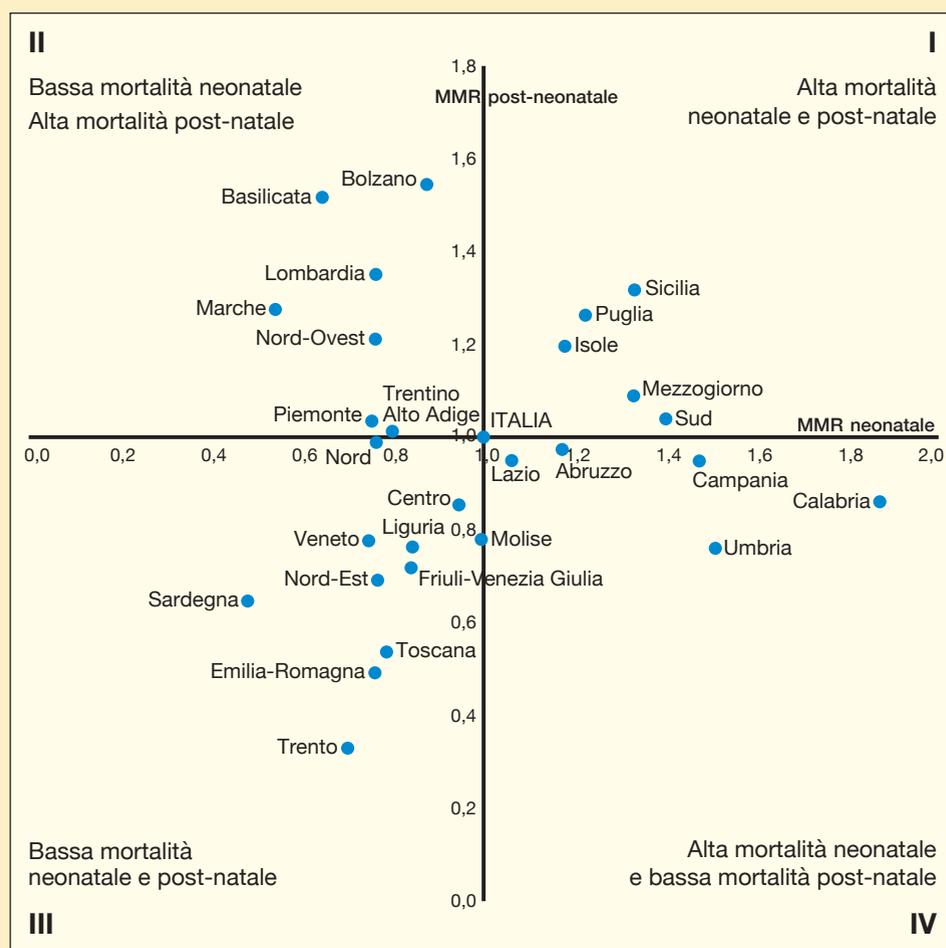
I tassi di mortalità più elevati riguardano le malattie metaboliche (E00-E90) (MRR: 2,92), i trau-

Figura 2. Tasso di mortalità infantile nel 2020 per Regione di residenza, per mille nati vivi residenti.*



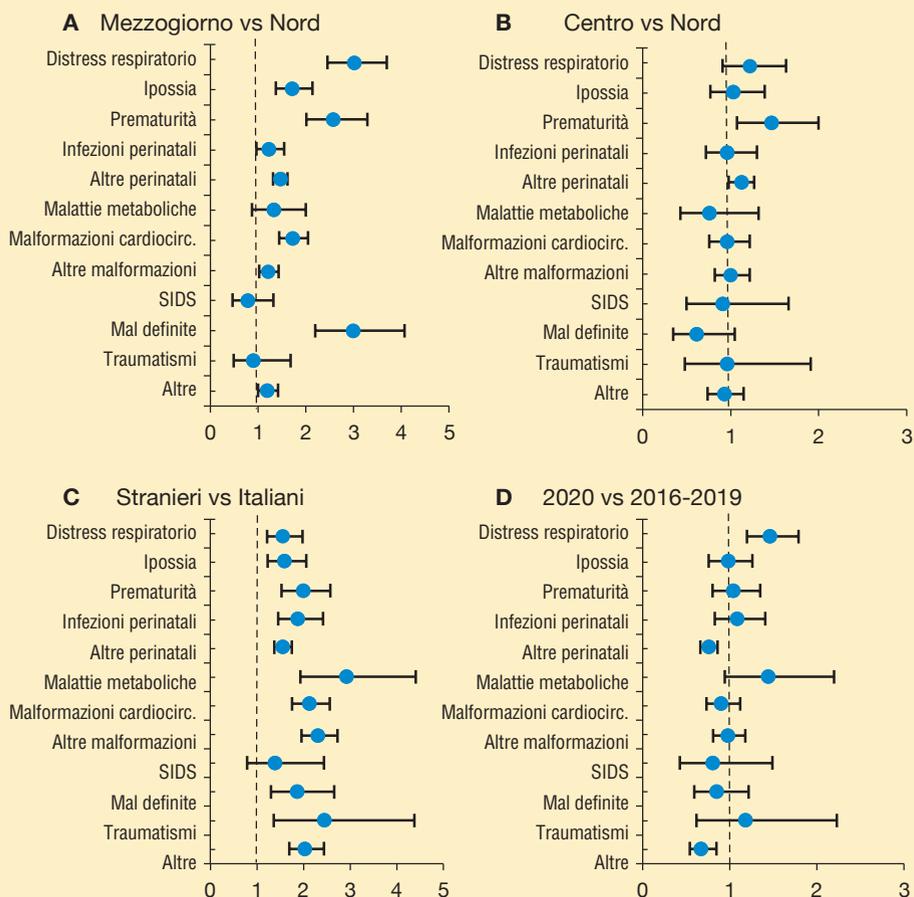
*Sono riportate solo le Regioni con più di 10.000 nati vivi all'anno.

Figura 3. Rapporti dei tassi di mortalità (MRR) neonatale (asse delle x) e post-neonatale (asse delle y) delle Regioni e delle aree geografiche calcolati prendendo come riferimento i tassi di mortalità neonatale e post-neonatale nazionali.



Se confrontiamo i tassi di mortalità degli stranieri con quelli degli italiani e abbiamo un valore MRR vicino ad uno, vuol dire che non c'è differenza di mortalità tra gli stranieri e gli italiani. Se il valore è maggiore di uno gli stranieri hanno un rischio di morire maggiore rispetto agli italiani, se il valore è minore di uno, il rischio è invece inferiore.

Figura 4. Rapporto dei tassi di mortalità (MRR IC95%) per le principali cause di morte, considerando la residenza (A, B), la cittadinanza (C) e l'anno di calendario (D).



Cause di morte "mal definite": patologie indicate nel capitolo XVIII dell'ICD-10 (codici R00-R99).

matismi (MRR: 2,44) e altre malformazioni e deformazioni congenite (MRR: 2,31). L'unica patologia che è aumentata significativamente nel 2020 rispetto al periodo 2016-2019 è il distress respiratorio (MRR: 1,46). Nel 2020, le principali cause di morte sono state il distress respiratorio (127 decessi dei quali 121 nel periodo neonatale) e le malformazioni congenite del sistema circolatorio (105 decessi). Mentre queste ultime sono rimaste costanti rispetto al quadriennio 2016-2019, il distress respiratorio è aumentato in modo significativo (figura 4D).

Covid-19 e mortalità infantile

Dall'analisi dei dati individuali del 2020, non risultano decessi infantili attribuiti direttamente al Covid-19 come causa primaria sotto l'anno età. Risultano invece due decessi in cui il Covid-19 è stato una concausa della morte. Pertanto, sebbene il virus SARS-CoV-2 non abbia avuto un impatto diretto sulla mortalità sotto l'anno di vita come lo ha avuto per le altre fasce di età, ipotizziamo un effetto indiretto sulle altre cause di morte. Ad esempio il distress respiratorio del neonato nel 2020 è aumentato del 46% rispetto al valore medio dei quattro anni precedenti. Per comprendere meglio cosa sia accaduto, sono stati analizzati i tassi trimestrali sia del 2020 che del quadriennio 2016-2019. In particolare, i tassi delle due ondate di Covid-19 (marzo-maggio e ottobre-dicembre) del 2020 sono stati confrontati con i tassi del trimestre giugno-agosto dello stesso anno, calcolando gli MRR e gli intervalli di confidenza. Stessa analisi è stata condotta per il quadriennio 2016-2019 (tabelle 2 e 3). Nella tabella 2 si osserva che, nel 2020, il Rapporto dei tassi di mortalità (MRR) di marzo-maggio (prima ondata della pandemia e periodo del lockdown) rispetto al trimestre estivo (giugno-agosto) è sempre superiore a 1 in tutte le suddivisioni mentre nel quadriennio precedente non lo era, anche se in modo non statisticamente significativo. Se si analizzano i tassi per mortalità infantile per distress respiratorio e si calcolano i Rapporti dei tassi di mortalità (MRR), questi sono sempre maggiori di 1 nel 2020 e in modo significativo al Nord e in Italia (tabella 3) nel periodo marzo-maggio, durante la prima ondata del Covid-19.

Discussione

L'Italia è uno dei Paesi europei con tassi più bassi di mortalità neonatale e infantile. Nel 2020, il tasso di mortalità infantile (EU27) è stato di 3,3 decessi per mille nati vivi. Valori più bassi del tasso italiano sono stati osservati solo in alcuni Paesi del Nord Europa come Svezia, Finlandia e Norvegia. Questo studio ha confermato il maggiore rischio di morte per i nati da genitori stranieri e per i nati nelle Regioni del Mezzogiorno come già segnalato in un precedente studio.

Tabella 2. Rapporti tra tassi di mortalità (MMR - Mortality rate ratio) per trimestre, ripartizione e anno.

Anno	Area	MRR (IC95%)	
		marzo-maggio vs giugno-agosto	ottobre-dicembre vs giugno-agosto
2016-2019	Nord	1,09 (0,96; 2,97)	1,12 (0,99; 3,04)
	Centro	0,97 (0,8; 2,7)	0,91 (0,75; 2,56)
	Mezzogiorno	0,97 (0,86; 2,67)	0,88 (0,78; 2,46)
	Italia	1,01 (0,93; 2,75)	0,97 (0,9; 2,65)
2020	Nord	1,16 (0,87; 3,18)	1,05 (0,78; 2,93)
	Centro	1,27 (0,84; 3,5)	0,83 (0,53; 2,68)
	Mezzogiorno	1,19 (0,92; 3,25)	0,95 (0,73; 2,7)
	Italia	1,18 (1; 3,22)	0,97 (0,81; 2,69)

Tabella 3. Rapporti tra tassi di mortalità (MMR - Mortality rate ratio) per distress respiratorio, trimestre, ripartizione e anno.

Anno	Area	MRR (IC95%)	
		marzo-maggio vs giugno-agosto	ottobre-dicembre vs giugno-agosto
2016-2019	Nord	1,47 (0,82; 4,07)	1,68 (0,96; 4,56)
	Centro	0,89 (0,46; 3,07)	0,26 (0,1; 2,95)
	Mezzogiorno	1,08 (0,76; 3,02)	0,58 (0,39; 2,19)
	Italia	1,1 (0,84; 3,04)	0,73 (0,54; 2,3)
2020	Nord	4,71 (1,34; 13,41)	3,18 (0,86; 8,74)
	Centro	1,11 (0,36; 4,44)	0,36 (0,07; 5,33)
	Mezzogiorno	1,41 (0,76; 3,97)	1,27 (0,68; 3,68)
	Italia	1,69 (1,04; 4,6)	1,29 (0,78; 3,62)

Le ragioni della maggiore mortalità dei bambini figli di genitori stranieri devono essere messe in relazione alle condizioni perinatali che iniziano prima della nascita e riguardano principalmente la salute della donna in gravidanza. Le donne straniere sono mediamente più giovani delle donne italiane, infatti nel 2020 l'età media delle madri al parto era di 32,7 anni per le italiane mentre scendeva a 29,3 anni per le cittadine straniere. Tuttavia, sebbene siano più giovani, e quindi teoricamente a minore rischio, a causa di svantaggi sociali, economici e culturali, come il maggior numero gestanti minorenni e ragazze madri, basso reddito familiare, occupazioni meno garantite e più gravose, alimentazione inadeguata, condizioni igieniche e abitative precarie, cure ostetriche ritardate o inadeguate, sono più inclini a partorire prematuramente e a patologie perinatali che coinvolgono il neonato. Anche se il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede cure mediche durante la gravidanza e il parto gratuite e garantite a tutte le donne, comprese quelle senza permesso di soggiorno, spesso si verificano condizioni che ostacolano l'integrazione e determinano una insufficiente assistenza sanitaria.

Questi ostacoli includono la mancanza di informazione sui servizi disponibili, le difficoltà linguistiche, il timore verso le autorità locali e le differenze culturali. È fondamentale facilitare l'accesso alle strutture sanitarie, soprattutto per le donne recentemente immigrate, garantendo loro un'assistenza adeguata alle loro esigenze. Inoltre, gli operatori sanitari devono essere preparati all'incontro con culture diverse. In modo significativo i figli di genitori stranieri presentano una mortalità più elevata rispetto ai figli di genitori italiani per tutte le principali cause di morte, in particolare per malattie metaboliche e malformazioni congenite.

Una possibile spiegazione potrebbe essere correlata alla maggiore frequenza di matrimoni tra consanguinei, il che aumenta la possibilità che entrambi i membri della coppia siano portatori della stessa mutazione per una patologia recessiva.

Persistono, come già segnalato, differenze geografiche nella mortalità e tra i figli di genitori italiani e stranieri. Il rischio di mortalità neonatale e infantile nel Mezzogiorno è più elevato rispetto al Nord. Un bambino, sia italiano che straniero, che nasce nel Mezzogiorno ha un rischio di morire nel primo anno di vita del 70% più elevato di uno che nasce al Nord. Se il Mezzogiorno avesse avuto lo stesso tasso di mortalità del Nord non sarebbero morti 155 bambini.

Analizzando la mortalità infantile delle Regioni con una natalità elevata nel 2020, cioè oltre a 10.000 nati/anno, quelle con i tassi più elevati di mortalità infantile sono state la Calabria, Sicilia, Campania e Puglia, mentre quelle con i più bassi tassi di mortalità sono state: l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte. È importante notare che la differenza della mortalità infantile sarebbe ancora maggiore se le Regioni avessero avuto la stessa composizione di nati, figli di genitori



2,51 decessi

per mille nati vivi, è il tasso di mortalità infantile in Italia nel 2020

60%

rischio più elevato di morire nel primo anno di vita per figli di genitori stranieri rispetto ai figli di genitori italiani

70%

rischio più elevato di morire nel primo anno di vita nel Mezzogiorno

30%

delle famiglie di soli stranieri che vive in povertà assoluta rispetto al 5,7% di famiglie di soli italiani

italiani che stranieri. Nelle Regioni centro-settentrionali i nati figli di genitori stranieri, che presentano mediamente un tasso di mortalità infantile più elevato rispetto agli italiani, sono molto più numerosi. In Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e Piemonte la percentuale di nati stranieri rispetto a tutti i nati varia dal 19,2 al 24,5% mentre nelle Regioni del Mezzogiorno (Calabria, Sicilia, Campania e Puglia) questa percentuale varia dal 5,2 al 6,3%.

Analizzando i Rapporti tra tassi di mortalità (MMR), il rischio di mortalità infantile in Calabria è risultato essere più del doppio rispetto alla Emilia Romagna e alla Toscana (2,31 e 2,20 rispettivamente), per la Sicilia leggermente inferiore al doppio (1,95 e 1,86).

Nascere per uno straniero nelle Regioni del Mezzogiorno rappresenta una ulteriore condizione di rischio. Se gli stranieri del Mezzogiorno avessero avuto lo stesso tasso di mortalità degli stranieri del Nord, sarebbero sopravvissuti 17 bambini in più. La gran parte della mortalità infantile in Calabria e in Campania si manifesta nel periodo neonatale, perché i tassi di mortalità post-neonatale sono in linea con la media nazionale. Questo dato sottolinea l'importanza di migliorare la rete dell'assistenza materno infantile e l'organizzazione dei punti nascita. L'aumento della mortalità post neonatale in alcune Regioni con una migliore organizzazione sanitaria (es. Nord Ovest) potrebbe essere associato alla mortalità dopo il periodo neonatale di bambini con patologie complesse e inguaribili.

La maggiore mortalità neonatale e infantile nelle Regioni del Mezzogiorno è principalmente attribuibile a cause storiche correlate a problematiche economiche e sociali, che si sono accentuate negli ultimi anni per causa della crisi economica inizia-



ta nel 2008 e della pandemia Covid-19 che hanno coinvolto anche l'età pediatrica. È noto che una situazione sociale svantaggiata è strettamente correlata al rischio di malattia.

Studi indicano che i bambini e gli adolescenti che vivono nelle Regioni del Mezzogiorno (che rappresentano il 10% delle famiglie) e soprattutto i bambini figli di genitori stranieri sono a maggiore rischio di povertà assoluta definita come l'incapacità delle famiglie e delle persone di coprire le spese minime per una vita accettabile). Il 30% delle famiglie di soli stranieri vive in povertà assoluta rispetto al 5,7% delle famiglie di soli italiani. Le Regioni del Mezzogiorno presentano un'organizzazione sanitaria meno efficace rispetto a quella osservata nelle Regioni del Centro-Nord. Un segno indiretto di questo divario è rappresentato da una maggiore migrazione sanitaria dei minori delle Regioni del Mezzogiorno rispetto ad altre aree del Paese.

L'introduzione dei piani di rientro dal deficit economico, che ha coinvolto la maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno, ha ridotto il deficit ma ha avuto un impatto negativo sul livello generale di assistenza sanitaria della popolazione generale. Questo ha portato a un aumento del 3% delle morti evitabili, a una riduzione dei ricoveri ospedalieri e a un aumento della migrazione sanitaria dal Sud al Nord.

In questo studio non è stato osservato un aumento della mortalità causata dal Covid-19, ma solo due casi in cui il Covid-19 è stato una concausa della morte. Questo dato non sorprende, considerando l'eccezionalità della trasmissione verticale dell'infezione dalla madre al neonato. L'aumento della mortalità infantile durante la prima

ondata della pandemia potrebbe essere associato al mancato o ridotto controllo delle donne in gravidanza durante il periodo del lockdown e/o a una mancata tempestiva assistenza sanitaria.

Nel 2020 si è osservato un aumento significativo della mortalità per distress respiratorio, soprattutto nel Nord.

In questa ricerca, non è stato possibile studiare i decessi considerando l'età gestazionale e di conseguenza i nati pretermine che notoriamente presentano più frequentemente problemi respiratori rispetto ai nati a termine. Tuttavia, analisi condotte in diverse Regioni italiane nel periodo 2020-2021 non hanno evidenziato un aumento della prematurità. È probabile che, soprattutto nel periodo del primo lockdown, molte donne abbiano evitato i regolari controlli di gravidanza in ospedale per timore del contagio, contribuendo così ad un aumento delle problematiche perinatali. Il periodo più critico è stato quello del lockdown tra marzo e maggio 2020. L'aumento della mortalità per distress respiratorio, che è passata in Italia da 0,21 decessi per mille nati vivi nel quadriennio 2016-2019 a 0,31 per mille nati vivi nel 2020, ha colpito soprattutto il Nord che è stata la prima area interessata dalla pandemia.

Durante la prima ondata, la mortalità per distress respiratorio è raddoppiata rispetto alla media del medesimo periodo (marzo-giugno) del quadriennio 2016-19, passando da 0,14 decessi per 1000 nati vivi a 0,29 per mille nati vivi, ed è stata quattro volte più alta rispetto al periodo giugno-agosto dello stesso anno. Tuttavia l'ultimo dato, calcolato sul trimestre e per ripartizione, può essere influenzato dalla ridotta numerosità delle osservazioni.

Il SSN, introdotto con la legge di riforma sanitaria n. 833 nel 1978, basato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, ha indubbiamente contribuito al miglioramento dello stato di salute degli italiani. In età pediatrica ha giocato un ruolo significativo nella riduzione della mortalità infantile che negli ultimi anni in Italia ha raggiunto valori migliori rispetto alla gran parte dei Paesi più avanzati. Il SSN presenta delle criticità che si sono acuite con il progressivo taglio dei finanziamenti, attuati da tutti i governi degli ultimi anni, e che si sono evidenziate in modo drammatico durante la pandemia Covid-19. L'investimento nella salute dei bambini, specialmente nei primi mille giorni di vita (i 270 della gravidanza e i 730 dei primi 2 anni), rappresenta lo strumento più efficace per garantire la salute degli adulti nel lungo termine contribuendo a una vita più prolungata e di buona qualità. Costituisce l'intervento più appropriato per rendere efficace l'intero SSN, prevenendo gran parte delle malattie dell'età adulta. È fondamentale ridurre le disparità geografiche nell'assistenza e garantire una parità di accesso alle cure per tutti i cittadini attraverso la creazione di servizi distribuiti in modo equo sul territorio. Va ricordato che per migliorare lo stato salute è necessario anche intervenire sulle condizioni sociali e il contrasto alla povertà deve rappresentare un obiettivo prioritario di ogni governo. ■

PubMed

- ▼ Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Infant Mortality in Italy: Large geographic and ethnic inequalities. *Ital J Pediatr* 2024;50:5.
- ▼ Indagine su decessi e cause di morte; <https://www.istat.it/it/archivio/4216>
- ▼ Demografia in cifre ISTAT; <https://demo.istat.it/>
- ▼ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision; <https://icd.who.int/browse10/2019/en#%20/>
- ▼ Poisson Regression. In: *Econometric Analysis of Count Data*. Berlin Heidelberg: Springer, 2008. https://doi.org/10.1007/978-3-540-78389-3_3
- ▼ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en>
- ▼ Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Inequalities in infant mortality in Italy. *Ital J Pediatr* 2019;45:11
- ▼ Natalità e fecondità della popolazione residente anno 2020 <https://www.istat.it/it/files/2021/12/REPORT-NATALITA-2020.pdf>
- ▼ 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, Villani L, Polo A. High risk of macrosomia in newborns of immigrant mothers. *Ital J Pediatr* 2020;46:8.
- ▼ Contrastare la povertà infantile per migliorare la salute Documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei, 21 giugno 2023. <https://www.lincci.it/it/article/contrastare-la-poverta-infantile-migliorare-la-salute>
- ▼ Condizioni di vita e reddito delle famiglie | anni 2020 e 2021 <https://www.istat.it/it/files/2022/10/Condizioni-di-vita-e-reddito-delle-famiglie-2020-2021.pdf>
- ▼ De Curtis M, Bortolan F, Diliberto D, Villani L. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr* 2021;47:139.
- ▼ Arcà E, Principe F, Van Doorslaer E. Death by austerity? The impact of cost containment on avoidable mortality in Italy. *Health Economics* 2020;29:1500-16.
- ▼ Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, et al. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *BJOG* 2022;130:276-84.
- ▼ De Curtis M, Villani L, Polo A. Increase of stillbirth and decrease of late preterm infants during the COVID-19 pandemic lockdown. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2021;106:456.