

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE E REVISIONE DEGLI INDICATORI TRADIZIONALI: L'ESEMPIO DEL TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE

Walter Mazzucco

Parole chiave: mortalità infantile, salute pubblica, indicatori di salute.

Address of the authors:
Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo.

Send correspondence:
Dr. Walter Mazzucco
waltermazzucco@libero.it

Received: March 10th, 2008
Revised: March 11th, 2009
Accepted: March 12th, 2009

Language of the Article: Italian.

No conflicts of interest were declared.

© CAPSULA EBURNEA, 2009
ISSN: 1970-5492

DOI: 10.3269/1970-5492.2009.4.6

Un editoriale recentemente pubblicato sulla prestigiosa Rivista Scientifica "The Lancet" ha rivisitato la definizione di Salute coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed universalmente adottata a partire dal 1946 (1). L'autore, nel porsi l'interrogativo "Cosa è la Salute" e darsi la risposta è una "capacità di adattamento", supera la dimensione ideale rappresentata dalla definizione dell'OMS e si riferisce ad un contesto reale col quale si è costretti a rapportarsi quotidianamente, evidenziando come il Bisogno di salute espresso dalla popolazione sia in vero funzione delle risorse disponibili. Infatti, al di là del tendere ad una "Salute per tutti", così come implicitamente affermato dal termine "Benessere", non si può prescindere dal considerare le interazioni tra corpo, psiche e società da una parte e l'insieme di dotazioni tecnologiche che contribuiscono a costituire il "mondo inanimato" dall'altra.

Uno tra gli indicatori convenzionalmente adottati dalla nomenclatura scientifica e dalla moderna epidemiologia è rappresentato dal Tasso di Mortalità Infantile (IMR). Questi, assieme alla speranza di vita alla nascita, è un parametro che riveste estrema importanza in quanto, oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato misura riassuntiva dello stato di salute di una popolazione (2). È infatti uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili (3,4). L'IMR si ottiene rapportando il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita nell'unità di tempo considerata (generalmente un anno) al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, moltiplicando il risultato finale per mille.

La mortalità infantile comprende due componenti principali: la mortalità neonatale, che si riferisce ai soggetti deceduti entro le prime 4 settimane di vita, e la postneonatale, relativa ai morti nel periodo compreso tra dopo le prime 4 settimane di vita ed entro il primo anno di vita. La mortalità neonatale è maggiormente legata a fattori biologici, quali la presenza di anomalie congenite e l'evoluzione del parto; stima la salute della madre e gli stili di vita materni in epoca prenatale (fumo, alcol, droghe), oltre che i fattori legati all'assistenza al parto, con particolare riferimento alla qualità dei servizi sanita-

ri. La mortalità postneonatale stima la qualità dell'ambiente di vita (stato di nutrizione, infezioni etc.), essendo invece legata a fattori ambientali e sociali (educazione materna, reddito, ecc.) (5).

Ma la mortalità infantile rappresenta altresì uno dei fenomeni demografici più variabili, tanto in relazione all'andamento temporale, quanto alle differenze territoriali (6). Prova ne sia il fatto che nei Paesi industrializzati l'IMR ha mostrato un decremento costante dall'inizio del secolo scorso, attestandosi abbastanza stabilmente su valori inferiori a 10/1000; di contro, rimane ancora elevato, seppure in tendenziale diminuzione, nei Paesi in via di sviluppo del continente Africano, Asiatico, dell'Asia e dell'America Centrale e Meridionale, a causa delle condizioni sanitarie, culturali e socio economiche non ottimali.

Sorge dunque il problema di declinare il significato dell'indicatore Mortalità Infantile alla luce della rivisitazione del concetto di Salute prima introdotta. In Italia, come nel resto dei Paesi sviluppati, il tasso di Mortalità Infantile ha dimostrato una costante tendenza a diminuire, interessando tale diminuzione principalmente la componente postneonatale e quindi un generale e significativo miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita; recenti rilevazioni hanno documentato una stabilizzazione del fenomeno, al punto che nel nostro Paese, infatti, oggi muoiono meno di quattro soggetti per mille entro il compimento del primo anno di età, per quanto diverse siano rispetto al recente passato le problematiche di Salute Pubblica connesse a tale dato. Le morti in età infantile risultano infatti prevalentemente correlabili a fattori biologici, demografici, ma anche socioeconomici (7): su tutti la diffusione della pratica della procreazione medicalmente assistita e lo spostamento in avanti dell'età della madre al concepimento del primogenito. L'età materna è un noto determinante di rischio sia per complicazioni della gravidanza e del parto, che per morbosità e mortalità del bambino. Le tendenze demografiche che si registrano in tutti i paesi industrializzati mostrano un aumento progressivo della proporzione di bambini concepiti in età avanzata. Ed una parte dei concepimenti a rischio è dovuta all'aumento della frequenza d'uso della procreazione medicalmente assistita (8,9): quest'ultima è caratteristicamente associata a rischio di gravidanza multipla, compli-

cazioni di gravidanza e del parto, parto pretermine, basso peso alla nascita ed altri esiti sfavorevoli. Tali condizioni hanno determinato un differente Bisogno di Salute a cui dovrebbero far fronte servizi assistenziali e cure materno infantili altamente qualificati e specializzati, la cui presenza uniforme sul territorio non è sempre possibile garantire. Per di più, è stato documentato come la presenza di strutture specializzate, quali le Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), non sempre costituirebbe garanzia di ottimale gestione del frutto di gravidanze e parti ad alto rischio. Ciò anche in ragione del fatto che una non corretta organizzazione del servizio sul territorio spesso è alla base di un mancato accesso alle UTIN dei soggetti critici nati da madri ad elevata età. Sarebbe a tal proposito auspicabile una migliore programmazione del luogo del parto in funzione tanto della presenza delle UTIN, quanto della disponibilità di posti letto presso l'UTIN di riferimento, soprattutto per quanto concerne le gravidanze gemellari.

In conclusione, riferendoci all'argomento Mortalità Infantile, indicatore che probabilmente più di ogni altro sintetizza lo stato di salute di una popolazione, sebbene il miglioramento delle condizioni e della qualità della vita offerti dal progresso scientifico, non solo in ambito medico, abbiano ridotto notevolmente in termini assoluti l'impatto dei decessi nel periodo infantile, in termini relativi registriamo oggi il risvolto della medaglia rappresentato dagli effetti nocivi sulla salute ascrivibili all'aspirazione dell'applicazione della tecnologia all'ambito materno infantile; ciò dovrebbe rappresentare uno spunto di profonda riflessione tanto per i singoli, quanto per i policy maker.

Bibliografia

1. No authors listed. What is health? The ability to adapt: *Lancet*. 2009 Mar 7;373 (9666):781.
2. Mathews TJ, MacDorman M. Infant Mortality statistic from 2004 period, link birth/infant death data set. *National Vital Statistics*, 2007; 5: 1-32
3. Fantini MP, Stivanello E, Dallolio L, Loghi L, E. Savoia. Persistent geographical disparities in infant mortality rates in Italy (1999-2001): comparison with France, England, Germany and Portugal. *Eur J Public Health* 2006; 16:429-432.
4. Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS,

- Stoltenberg C. Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998. *Int J Epidemiol* 2006; 33:279-288.
5. Arntzen A, Samuelsen SO, Daltveit AK, Stoltenberg C. Post-neonatal mortality in Norway 1969-95: a cause-specific analysis. *Int J Epidemiol* 2006; 35:1083-1089.
6. Arntzen A, Mortensen L, Schnor O, Cnattingius S, Gissler M, Andersen A. Neonatal and postneonatal mortality by maternal education- a population-based study of trends in the Nordic countries, 1981-2000. *Eur J Public Health* 2007; 18:245-251.
7. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365:1147-1152.
8. Singh GK, Kogan MD. Persistent Socio-economic Disparities in Infant, Neonatal, and Postneonatal Mortality Rates in the United States, 1969-2001. *Pediatrics* 2007; 119:928-939.
9. Parazzini F., Pirotta N., La Vecchia C., Bocciolone L., Fedele L. Determinants of perinatal and infant mortality in Italy. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1992; 40:15-24.