

# 1. MORTALITÀ PERINATALE IN ITALIA: IL CONTESTO GENERALE

Serena Donati, Paola D'Aloja

*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

## 1.1. Razionale

Nel 2017, a livello globale, è stato stimato che circa 5 milioni di bambini siano morti prima del compimento di un mese di vita. Circa la metà dei decessi è avvenuta in utero, gli altri nel periodo neonatale (1, 2).

La definizione di mortalità perinatale non è univoca a livello internazionale perché risente delle norme che nei diversi Paesi pongono la distinzione tra aborto e nato, vivo o morto, in settimane gestazionali e/o peso alla nascita (3). Per facilitare i confronti internazionali e non disperdere la conoscenza prodotta dalla ricerca, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO) raccomanda di adottare una definizione univoca di morte perinatale che include i nati morti a partire da 28 settimane +0 giorni di gestazione e i nati vivi deceduti entro il 7° giorno di vita (1).

La quasi totalità dei casi di mortalità perinatale a livello globale si verifica nei Paesi a basso reddito (4) dove la riduzione delle morti in utero e neonatali è una delle sfide più complesse per la salute pubblica perché richiede l'adozione di politiche volte a ridurre le disuguaglianze e a favorire l'accesso universale ai servizi sanitari. Nel 2014 le Nazioni Unite hanno adottato il piano d'azione "Every Newborn" di WHO e UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) (5) finalizzato ad azzerare le morti in utero e la mortalità neonatale evitabile e hanno inserito la natimortalità tra gli indicatori *core* di progresso, insieme alla mortalità materna e neonatale. Anche gli obiettivi di sviluppo del millennio (2000-2015) (6) e quelli di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG 2016-2030) (7) includono la riduzione della mortalità perinatale e infantile negli ambiti di azione prioritaria del loro programma al fine di combattere la povertà e le disuguaglianze sociali a livello globale. Nel nuovo scenario degli SDG 2016-2030, non soltanto i Paesi più poveri ma anche i Paesi a sviluppo più avanzato sono chiamati all'azione per eliminare le morti materne e infantili evitabili e per assicurare il raggiungimento del più elevato livello di salute e benessere possibile per le donne, i neonati e i bambini. Fra le aree di azione a sostegno della salute della donna e del neonato individuate dagli SDG, l'area della *accountability* (intesa come capacità di migliorare e armonizzare il monitoraggio e il reporting dei dati e promuovere attività di revisione indipendente coinvolgendo i portatori di interesse) e l'area della ricerca e dell'innovazione (intesa come capacità di legare i risultati della ricerca alle politiche e all'azione) rivestono nel nostro Paese un ruolo centrale.

In Europa, grazie all'adozione di stili di vita salutari, all'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria e al progresso scientifico, i numeri della mortalità perinatale hanno subito una riduzione consistente nel tempo (8). Il numero di famiglie colpite dalla perdita di un bambino a causa di una morte in utero o neonatale è tuttavia ancora alto, pari a oltre 40.000 ogni anno. Nonostante i progressi registrati negli ultimi decenni, persistono infatti sfide impegnative per raggiungere l'obiettivo di offrire il miglior inizio possibile a tutti i neonati e alle loro famiglie.

Il rapporto Euro-Peristat (8) descrive una complessiva riduzione della mortalità perinatale nei Paesi europei dal 2010 al 2015, anno in cui i tassi di mortalità in utero  $\geq 28$  settimane di gestazione

erano compresi tra 2,0 e 3,5 per 1000 nati e quelli di mortalità neonatale  $\geq 24$  settimane tra 0,4 e 3,5 per 1000. Il trend presenta tuttavia un andamento molto variabile tra Paesi; alcuni hanno registrato una riduzione significativa nel quinquennio, altri, tra i quali l'Italia, hanno mantenuto il tasso stabile e altri riportato un incremento (9).

L'Italia è uno dei Paesi europei con basso rapporto di mortalità materna, pari a 9 per 100.000 nati vivi nel 2016 (10) e basso tasso di mortalità in utero (2,4/1.000) e neonatale (2,2/1000) nel 2015 (8).

Per quanto riguarda l'attribuzione delle cause di mortalità perinatale esistono oltre 80 sistemi di classificazione (11) frutto dei numerosi tentativi di svilupparne uno unico in grado di descrivere le specificità legate alle diverse aree geografiche e ai differenti sistemi sanitari nel mondo. Nel 2016, la WHO ha messo a punto l'ICD-PM (*International Classification of Disease - Perinatal Mortality*) (12), un sistema di classificazione universale, di facile applicazione, adatto ad ambiti dotati di differenti capacità clinico-diagnostiche e ben strutturato per la classificazione delle cause di morte sia dei nati morti che delle morti neonatali. L'ICD-PM è basato sulla 10<sup>a</sup> revisione dell'*International Classification of Disease*, classifica le morti in base al *timing* del decesso (ante partum, intrapartum e neonatale) e richiede in maniera sistematica la descrizione delle condizioni materne correlate, al fine di facilitare la comprensione della causa del decesso.

Ciò detto, si intuisce quale sia l'urgenza di coordinare un'azione globale volta all'identificazione sistematica delle morti perinatali, delle cause e dei fattori di rischio al fine di ottimizzare la qualità dell'assistenza alla madre e al neonato durante il travaglio e alla nascita per promuovere i confronti internazionali e ridurre le morti evitabili (1, 2).

In questo contesto, in Italia, il Ministero della Salute ha promosso e finanziato la sperimentazione di un progetto pilota di Sorveglianza della mortalità Perinatale, denominato SPiOSS perché coordinato dal sistema di sorveglianza ostetrica ItOSS (*Italian Obstetric Surveillance System*) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'analisi dei casi di morte perinatale presi in esame dalla sorveglianza SPiOSS e i punti di forza e le criticità emerse dalla sua implementazione pongono le basi per la definizione di un modello di sorveglianza in grado di massimizzarne la sostenibilità e di facilitarne l'estensione alle Regioni interessate a partecipare.

## 1.2. Quadro di riferimento nazionale

L'assistenza alla gravidanza e alla nascita, per il rilievo delle sue implicazioni sociali e sanitarie, costituisce un elemento prioritario delle strategie globali finalizzate alla promozione e tutela della salute (13). Un'assistenza di qualità al percorso nascita dovrebbe garantire un corretto inquadramento della gravidanza e l'offerta di un opportuno livello di cure appropriate per ridurre la mortalità materna e perinatale.

In Italia, nel rispetto delle politiche sanitarie nazionali, l'assistenza alla gravidanza prevede un accesso universale, senza differenze di etnia o status sociale. Le donne in gravidanza hanno diritto a una selezione di prestazioni specialistiche e diagnostiche gratuite per tutelare la salute della madre e del nascituro, purché eseguite in strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiscono le prestazioni erogabili gratuitamente dalle Regioni. Il più recente aggiornamento dei LEA per l'assistenza a gravidanza, parto e puerperio risale al 12 gennaio 2017 quando il Decreto Ministeriale del 1998, noto come Decreto Bindi, è stato aggiornato alla luce delle raccomandazioni della linea guida "La gravidanza fisiologica" prodotta dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'ISS.

Le informazioni ricavabili dai flussi sanitari correnti che descrivono l'assistenza alla nascita in Italia (Certificati di Assistenza al Parto, CedAP; Schede di Dimissione Ospedaliera, SDO; e Registri di mortalità), integrate a quelle fornite dal sistema di sorveglianza ostetrica coordinato

da ItOSS e alla conoscenza prodotta dalle periodiche indagini su base campionaria curate dall'ISS e dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), descrivono la persistenza di disuguaglianze negli esiti di salute materni e perinatali per area geografica, tra Regioni e all'interno delle stesse.

Come si legge nell'articolo di Bonati sul network Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Gruppo CRC):

“[...] Le disuguaglianze del tenore di vita, della qualità della vita e del benessere percepito dai cittadini rimangono ampie e associate alla latitudine. Disuguaglianze che si caratterizzano sin dal momento della nascita, si mantengono crescendo e cronicizzano nell'età adulta. I determinanti sono ben noti e la povertà (economica, educativa, sociale) li sintetizza. Condizioni a cui anche la iniqua ripartizione delle risorse e/o il loro inappropriato utilizzo a livello regionale e locale hanno contribuito a rendere inefficaci le forme di contrasto sinora attivate. Oggi però l'immagine nazionale della disuguaglianza è cambiata. Se sino a pochi lustri fa nascere nelle Regioni meridionali significava nascere in un Paese diverso rispetto al Nord, oggi il Paese diverso possono essere i Comuni, i distretti e i quartieri di qualsiasi parte del territorio nazionale” (14)

Il sistema di sorveglianza della mortalità materna coordinato da ItOSS ha permesso di stimare un rapporto di mortalità materna (*Maternal Mortality Ratio*, MMR) pari a 9,18 decessi ogni 100.000 nati vivi con una forte variabilità regionale compresa tra 4,17 decessi per 100.000 nati vivi in Friuli Venezia Giulia e 12,68 nel Lazio (10). La sorveglianza ha evidenziato che le donne di istruzione bassa ( $\leq$  licenza media inferiore), quelle di cittadinanza non italiana, specie se provenienti dall'Asia, e le donne di età pari o superiore ai 35 anni sono a maggior rischio di morte materna.

In Italia, le morti perinatali sono di gran lunga più numerose rispetto alle morti materne: ogni anno i nati morti o deceduti entro la prima settimana di vita sono circa 1800 rispetto alle 40 morti materne annue (15). Dal 2011, le fonti utilizzate dall'ISTAT per la stima del tasso di mortalità perinatale sono la Rilevazione mensile degli eventi demografici di stato civile e l'Indagine sulle cause di morte. La Figura 1.1 mostra il tasso di mortalità perinatale stimato dall'ISTAT in Italia e nelle 3 Regioni partecipanti al progetto. Il tasso della Sicilia, negli anni 2000-2013, risultava costantemente superiore rispetto al dato nazionale e a quello delle altre 2 Regioni partecipanti al progetto di sorveglianza della mortalità perinatale SPiOSS.

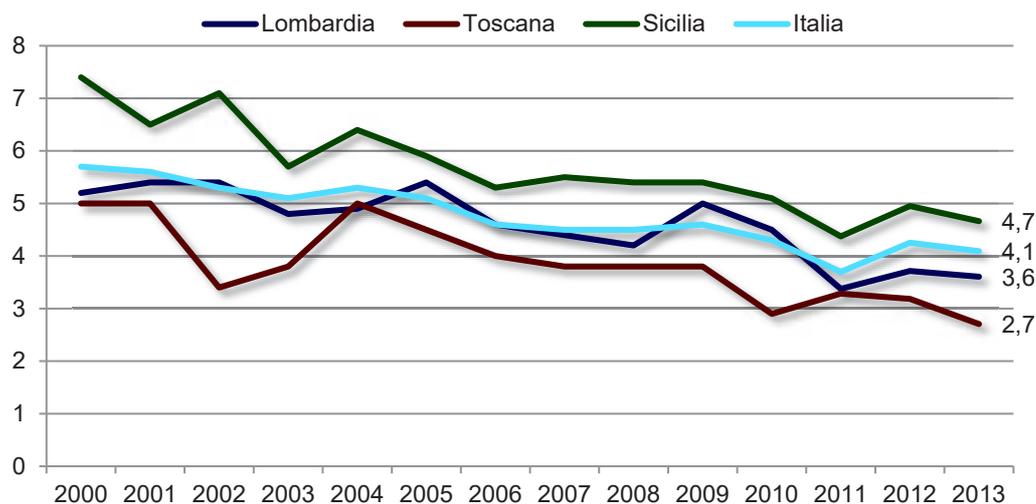


Figura 1.1. Tassi di mortalità perinatale per 1000 nati. Dati ISTAT, 2000-2013

Queste differenze rispecchiano l'eterogeneità della qualità dell'assistenza al percorso nascita riproponendo la "questione meridionale" con un Sud in persistente difficoltà a causa di uno sviluppo socio-economico più arretrato e con un'organizzazione sanitaria meno efficiente nel fare rete, composta da numerose strutture con volumi di parto molto piccoli (16).

Uno studio del 2019 sul tema delle disuguaglianze nella mortalità in età infantile ha rilevato una maggiore frequenza di decessi tra i neonati fino a 28 giorni di vita da madri straniere rispetto ai nati da donne italiane (3,0 vs. 1,8 /1000) (17). Considerato che nel 2016 il 21% dei 474.925 bambini in Italia sono nati da madri di cittadinanza non italiana (18), investigare le cause di morte perinatale in questa popolazione rappresenta una priorità di salute pubblica.

Il Paese non si è ancora dotato di un sistema di sorveglianza della mortalità perinatale che permetta di effettuare indagini confidenziali dei decessi per raccogliere informazioni utili ai professionisti sanitari al fine di migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza alla nascita e prevenire le morti perinatali evitabili. Solo l'Emilia-Romagna dal 2008 ha avviato un programma di sorveglianza della natimortalità (19) con l'obiettivo di incrementare la consapevolezza del problema, il miglioramento delle pratiche diagnostico-assistenziali, l'implementazione di azioni di sostegno ai genitori ed una puntuale raccolta dati tesa a definire interventi di miglioramento. Nel 2020 la Regione ha allargato l'osservazione anche alle morti neonatali avvenute nella prima settimana di vita, in analogia a quanto promosso dal progetto SPItOSS.