

Capitolo V

SALUTE E ASSISTENZA

1. NASCERE E CRESCERE IN ITALIA

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini, in tutte le regioni, e che:

(d) intraprenda programmi di difesa e sensibilizzazione destinati a scuole e famiglie, che sottolineino l'importanza dell'attività fisica, di abitudini alimentari e stili di vita sani, incluso il Piano di prevenzione nazionale 2010-2012, e aumenti il numero di ore e la qualità dell'educazione fisica nei curricula delle scuole primarie e secondarie.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. d)

Come è già stato ribadito nei rapporti precedenti, **il tasso di mortalità infantile**, è un'importante misura di benessere e uno dei più significativi indicatori sociali. Gli ultimi dati forniti dall'ISTAT¹, disponibili anche per causa di decesso, risalgono al 2011 e indicano un tasso di mortalità infantile pari a 3,3 morti ogni mille nati vivi. Permangono però delle disparità: sia a livello territoriale (nel Sud il tasso di mortalità infantile risulta più alto rispetto a quello del Nord di almeno il 30%) e non si nota una riduzione di questa differenza negli ultimi anni; sia tra residenti italiani e stranieri (tra questi ultimi la mortalità è più alta di ben il 50%), indicando diseguglianze nei determinanti sociali e nell'accesso e qualità delle cure.

La mortalità nel primo mese di vita, con un tasso pari a 2,4‰, dovuta essenzialmente a cause endogene, resta la responsabile di oltre il 70% della mortalità infantile totale, con una distribuzione geografica sostanzialmente analoga a quanto osservato per la mortalità infantile in generale. Nel tempo, i decessi diminuiscono in tutte le fasce d'età (0 giorni, 1-6 giorni, 7-29 giorni e 1-11 mesi), tuttavia nel 2011 si riscontra, rispetto al 1991, un lieve aumento della percentuale nel periodo post-neonatale, passando dal 23% al 29%, con una più alta mortalità in questa fascia di età tra i bambini nati da genitori di cittadinanza straniera, la cui quota sulla popolazione totale è progressivamente aumentata. Confrontando la distribu-

zione percentuale dei decessi del 2011, nell'arco del primo anno di vita e per classi di età, tra i residenti italiani e stranieri (considerando solo i bambini nati da genitori entrambi stranieri), si osserva che tra 1 e 11 mesi la percentuale è più alta negli stranieri che negli italiani; tale divario percentuale può essere in parte spiegato dal minor ricorso all'aborto terapeutico (cioè dopo 90 giorni dal concepimento) fra le cittadine straniere (l'1,5% sul totale degli aborti) rispetto alle italiane (4%). Le donne straniere partoriscono più bambini con malformazioni, soprattutto a livello del sistema cardiocircolatorio, che oggi, grazie ai progressi della medicina, riescono a sopravvivere nel primo mese, ma spesso, non oltre².

Le principali **cause di decesso nel primo anno di età**, sempre per il 2011, sono rappresentate da condizioni che originano nel periodo perinatale (55,5%), seguite dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche (25,7%). Per una quota ridotta di eventi, il decesso è dovuto a SIDS (morte improvvisa inattesa): nel 2011 si sono verificati 23 decessi di questo tipo, con un tasso pari a 0,4 per 10.000 nati vivi. Per quanto riguarda la mortalità nelle altre fasce d'età (1-4 anni, 5-9 anni, 10-14 anni), la causa principale è rappresentata dai tumori con le seguenti percentuali: 23,1%, 38,4% e 33,0%³. Il Rapporto ISTAT 2013 sugli incidenti stradali indica che nel 2012, rispetto all'anno precedente, gli incidenti diminuiscono: i giovani 20-24enni ne sono le principali vittime, mentre i morti fino a 14 anni sono stati 51 (0,6 per 100.000) e i feriti 12.023 (14,4 per 10.000)⁴.

Neonati e cure neonatali

L'attuale situazione dell'assistenza alla nascita e ai primi giorni di vita presenta in Italia alcuni aspetti positivi, quale la bassa mortalità perinatale e neonatale, accanto ai seguenti aspetti non ottimali e migliorabili: l'elevata percentuale di tagli cesarei (37,8% nel 2011); i tassi di mortalità e di grave mor-

² ISTAT, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, 2014 (<http://www.istat.it/it/archivio/109861>).

³ ISTAT, *Cause di morte*, op. cit.

⁴ ISTAT, *Incidenti stradali in Italia*, 2013 (<http://www.istat.it/it/archivio/102885>).

¹ ISTAT, *Cause di morte*, Elaborazione dati 2011.



bilità materna (rispettivamente 11,8 per 100.000 nati vivi e 2 per 1.000 nati vivi, che in seguito a taglio cesareo aumentano rispettivamente di 3-5 volte e di 7 volte); l'eccessivo numero di punti nascita, con dispersione di risorse umane, aumento dei costi e peggioramento della qualità assistenziale; la notevole disomogeneità della qualità delle cure sul Territorio nazionale; la pratica ancora diffusa della separazione del neonato dalla madre.

Nonostante **l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010**⁵, che indicava varie misure – come la chiusura dei punti nascita che fanno meno di 500 parti l'anno; una guardia ginecologica e pediatrica attiva 24 ore su 24; l'attivazione o completamento del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN); un numero adeguato di ostetriche nei reparti e la predisposizione di sale operatorie vicine a tutte le sale parto – **in molte strutture tali misure non sono state applicate.**

I dati del Ministero e dell'Agenzia delle Regioni del 2012 riportano ancora la presenza di 128 punti nascita (su un totale di 536) che effettuano meno di 500 parti l'anno. A livello regionale il fenomeno coinvolge quasi tutte le Regioni, ma in testa è la Campania con 21 strutture, al secondo posto la Sicilia con 19, seguono la Puglia e il Lazio con 10 strutture e Lombardia e Sardegna con 9. Quindi, dei 158 punti nascita che dovevano essere chiusi entro il 2013, ne sono stati chiusi solo 30. Se analizziamo i dati dal punto di vista del numero dei parti, su un totale di 538.600 eventi nascita, ne risultano 39.430 (pari al 7,3% del totale) effettuati ancora in punti nascita che si sarebbero dovuti chiudere o mettere in sicurezza. Questa situazione produce una serie di effetti che possono essere molto pericolosi per la salute del bambino e della madre, perché se avvengono imprevisti durante il parto non c'è una strumentazione tecnica adeguata per assistere al meglio il paziente o i pazienti.

È ancora più preoccupante il fatto che nel 2010, ultimo anno per il quale sono disponibili dati, ben il 37,5% dei parti sia avvenuto con **taglio cesareo (TC)**, con notevoli differenze

regionali (23,1% in Toscana, 46,7% in Sicilia e 50,2% in Campania). I numeri evidenziano come vi sia un ricorso eccessivo a questa procedura che, come si è detto, non è esente da rischi aggiuntivi e quindi si giustifica in presenza di indicazioni corrette. Si tratta, infatti, di percentuali molto spesso superiori alla media europea (26,8%). Si registra inoltre un'elevata propensione al taglio cesareo nelle Case di cura accreditate, in cui vi si ricorre nel 58,3% dei parti contro il 34,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è, infine, più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere (il 39,5% contro il 28,8%); il suo utilizzo, tuttavia, è in generale indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche⁶. Degno di nota il fatto che la percentuale di TC sia più elevata laddove anche la mortalità neonatale e infantile è più alta, e viceversa.

Malattie croniche

Come è stato citato nel precedente Rapporto, un importante indicatore per valutare lo stato di salute dei bambini è rappresentato dalla diffusione di patologie croniche. Mancano tuttavia indagini appropriate che consentano un monitoraggio costante. L'indagine campionaria multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"⁷, condotta sulle famiglie, rileva che **nel 2013 il 7,7% dei bambini nella fascia d'età 0-14 è affetto da almeno una delle principali patologie croniche** (quali asma, diabete, patologie tumorali e autoimmuni, scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), sebbene in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (8,7%). In media, in Italia, circa un bambino su 5 è in sovrappeso e circa uno su 10 è obeso; ma al Sud i tassi sono molto più alti⁸.

Ai dati sulle malattie croniche vanno aggiunti quelli inerenti le migliaia di bambini affetti da malattie rare, non presi in considerazione dall'indagine.

⁶ Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2010: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2024.

⁷ ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana*, 2013 (<http://www.istat.it/it/archivio/96427>).

⁸ Elaborazione su dati OKkio alla SALUTE: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>.



Questa area continua a rappresentare una delle maggiori criticità dell'assistenza pediatrica, ed è anche quella con maggior disomogeneità sul Territorio nazionale. Se esistono numerosi centri di eccellenza, manca la necessaria continuità assistenziale data da adeguati meccanismi di collaborazione tra servizi specialistici e territoriali, e tra questi e i necessari supporti sociali alle famiglie e ai bambini. Tutto ciò è essenziale per garantire la continuità delle cure, sia in fase di stabilità che di acuzie, sia nella vita domestica che scolastica, con particolare attenzione alle fasi di esordio della malattia e al periodo dell'adolescenza, ovvero ai momenti critici.

Con il Decreto Legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 è stata recepita la **direttiva europea in materia di mobilità sanitaria** (direttiva 2011/24/UE), che riconosce e regola l'accesso alle cure nei paesi membri dell'Unione e dispone la promozione e lo sviluppo delle reti europee dei centri di eccellenza per la diagnosi e la cura delle malattie rare e l'informazione in merito alle procedure per il trasferimento dei pazienti italiani affetti da malattie rare presso centri europei, per ottenere diagnosi e cure non disponibili in Italia (art.14).

Tra le patologie croniche, merita una menzione il caso **dell'infezione pediatrica da HIV/AIDS**: è una malattia cronica con forte impatto sulla qualità della vita e con alti costi sanitari e sociali, che necessita di competenze mediche specialistiche continuamente aggiornate e di supporto psicosociale adeguato. Delle 3.851 nuove diagnosi di infezione da HIV del 2012, 15 sono riportate in minori di 14 anni e 19 nella fascia di età 15-19 anni. La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici, osservata a partire dal 1997, può considerarsi l'effetto combinato dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza, per ridurre la trasmissione mamma-bambino, e della terapia antiretrovirale somministrata ai bambini infetti, che ritarda la comparsa dell'AIDS conclamato. Tra il 2003 e il 2012, sono stati segnalati al Registro Italiano per l'Infezione da HIV in Pediatria 3.491 bambini, 3.240 dei quali seguiti dalla nascita; di questi sono risultati infetti 114 su 3.491 e 30 su 3.240. Nel 2012 in Italia vivono

181 adolescenti con infezione da HIV (nati prima del 31/12/2000), per la quasi totalità infetti dalla nascita. Crescere con l'infezione da HIV richiede un supporto psicosociale: infatti, alcuni connotati della patologia (trasmissibilità per via sessuale, possibili effetti collaterali dei farmaci, rappresentazione sociale stereotipata della malattia), e della storia familiare connessa, rendono particolarmente complessi i processi di separazione e identificazione, tipici della fase adolescenziale e necessari per la crescita armoniosa dei ragazzi.

Vaccinazioni

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni, nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio e ciò contrasta con la necessità di garantire, in modo uniforme a tutta la popolazione, un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale, che rientrano nei Livelli Essenziali di assistenza. Poiché i calendari vaccinali variano da regione a regione⁹ e le tempistiche delle somministrazioni sono legate alle caratteristiche della popolazione (difficoltà a essere raggiunti) e dei servizi (difficoltà di accesso), ai riferimenti educativi (medici di base presenti sul territorio) e a un eccesso di precauzioni tale da far posporre la somministrazione del vaccino o addirittura controindicare la vaccinazione stessa, diventa estremamente importante assicurare il rispetto dei calendari vaccinali. Riguardo alla distribuzione territoriale nell'anno **2012**, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati, si registrano per le **vaccinazioni obbligatorie valori regionali che rientrano nel minimo stabilito dal Piano Nazionale Vaccini**¹⁰, ad eccezione della P.A. di **Bolzano**¹¹. Per quanto riguarda la vaccinazione raccomandata anti-MPR, invece, il

9 Vd. calendari vaccinali regionali: <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/TabNormativaReg.asp>.

10 Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014". Intesa ai sensi della Legge n. 131 del 5 giugno 2003, art. 8, comma 6, Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012.

11 Ministero della Salute, Coperture vaccinali (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=811&area=Malattie%20infettive&menu=vaccinazioni).



valore ottimale previsto dal PNEMRC¹² è stato raggiunto soltanto in Basilicata (95%). Infine, il raggiungimento, sia a livello nazionale sia in diverse regioni, di un valore di copertura per l'anti-Hib molto vicino a quello ottimale (94,8% vs. 95%), pur rientrando tra le vaccinazioni facoltative, potrebbe essere correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita. Dopo 4 anni dall'avvio del programma di immunizzazione contro l'HPV, che prevede l'offerta attiva e gratuita in tutto il Paese per le ragazze nel corso del 12esimo anno di vita, la copertura vaccinale per tre dosi si è stabilizzata intorno al 69%, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti¹³.

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura vaccinale obbligatoria, entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, che di valutazione delle coperture vaccinali. Con riferimento ai programmi divulgativi, il Ministero della Salute ha promosso, ad esempio, la campagna di comunicazione sociale **"Genitori Più"**¹⁴. Per stimare invece la proporzione di bambini vaccinati entro il 24esimo mese di vita ricordiamo il progetto **"Indagine di copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti"**, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2013, l'Italia ha partecipato a una campagna europea di comunicazione che ha avuto come tema **"Preveni-Proteggi-Immunizza"**, organizzata con lo scopo di aumentare, nella popolazione e tra gli operatori sanitari, la consapevolezza del rischio reale legato alle malattie infettive e dell'opportunità e importanza delle vaccinazioni, come strumento di protezione per la salute del singolo e della collettività¹⁵.

¹² Ministero della Salute, Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1519).

¹³ ISS, Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2012 (http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/Aggiornamento_HP_V_31122012.pdf).

¹⁴ Vd. <http://www.genitoripiù.it/>

¹⁵ Vd. CNESPS-ISS, Prevenire, proteggere, vaccinare: la settimana delle vaccinazioni 2013 (<http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/Vaccinazioni.asp>). Si vd. anche Ministero della Salute, Settimana europea della vaccinazione 2013 (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1023).

Il Gruppo CRC raccomanda pertanto:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e alle Regioni**, nell'ambito delle rispettive competenze, di:

- attivare politiche di governo dei servizi e programmi di informazione e di formazione, atti a ridurre l'inaccettabile disuguaglianza tra aree geografiche e gruppi sociali nella qualità delle cure pre e perinatali;
- migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'attuale situazione di assistenza nel percorso nascita, e incentivare la riduzione dei tagli cesarei;
- definire linee guida nazionali per le principali malattie croniche in età pediatrica, focalizzate sui percorsi assistenziali integrati e la continuità delle cure;
- definire un piano nazionale per la prevenzione e la promozione della salute nei primi anni di vita e meccanismi per la sua attuazione omogenea su tutto il Territorio nazionale;

2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e agli Enti preposti**, di rafforzare gli attuali strumenti di monitoraggio delle variabili di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico, relative alle cure prenatali e perinatali, inclusa l'informazione e la prevenzione.

2. AMBIENTE E SALUTE INFANTILE

Negli ultimi anni l'influenza negativa dell'inquinamento ambientale sulla salute dei bambini e dei ragazzi è rimasta una delle priorità da risolvere in Italia. I tre punti di maggior criticità sono invariati e sono i seguenti:

- Eccessivo traffico automobilistico urbano, con conseguente elevato numero degli incidenti stradali e difficoltà per bambini e adolescenti a muoversi autonomamente a piedi nel loro territorio, e aumento dell'inquinamento atmosferico;
- Elevato inquinamento atmosferico interno agli edifici in cui i bambini trascorrono parte del tempo, in particolare le scuole;