

## Capitolo V

# SALUTE E ASSISTENZA

## 1. SALUTE E SERVIZI

### a) 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)*

### Mortalità in età pediatrica

Il tasso di **mortalità infantile** rappresenta un indicatore importante, perché oltre a riflettere il livello di sviluppo e benessere complessivo di un paese, è considerato un buon misuratore della qualità dei servizi verso la madre e il bambino. Gli ultimi dati forniti dall'ISTAT<sup>1</sup>, disponibili anche per causa di decesso, risalgono al 2009 e indicano un tasso di 3,6 morti ogni mille nati vivi, valore all'incirca uguale a quello osservato l'anno precedente (3,5‰). La diminuzione della mortalità dei bambini fino a un anno d'età ha mostrato in Italia un andamento parallelo e su valori simili a quelli osservati in altri paesi dell'Unione Europea, anche se il *trend* ha subito un rallentamento nel triennio 2007-2009. E' ancora presente, tuttavia, un evidente divario tra le Regioni, con una permanente grave disuguaglianza, che non si è ridotta nell'ultima decade, per quelle meridionali, che presentano livelli in media superiori del 40% rispetto al Nord. La diminuzione della mortalità infantile è attribuibile soprattutto al decremento della componente neonatale, responsabile di oltre il 70% della mortalità infantile totale, maggiormente legata a fattori biologici e all'assistenza al parto<sup>2</sup>.

La geografia della **mortalità neonatale** è sostanzialmente analoga a quanto osservato per la mortalità infantile. In particolare, la riduzione della mortalità neonatale si evidenzia di più nelle Regioni del Centro-Sud, mentre nelle regioni del Nord è soprattutto la mortalità post-neonatale, più influenzata dalla qualità dell'ambiente, a diminuire, anche se presenta una riduzione più contenuta. A livello regionale permangono tuttavia delle differenze per quel che riguarda la mortalità perinatale (ad esempio, nel 2009 in Calabria è stato registrato un tasso pari a 5,9, mentre in Molise e Valle d'Aosta era pari a 1,3 e 2,4 rispettivamente), da attribuire anche a fattori assistenziali e quindi a conferma del fatto che in alcune Regioni persistono carenze nell'assistenza neonatale e infantile.

La **mortalità perinatale** è un esempio di «morte evitabile» ed è costituita da due componenti: la **natimortalità** e la **mortalità neonatale precoce**. Il tasso di natimortalità per il 2009 è stato di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati, mentre la mortalità neonatale precoce è stata pari a 1,8 per 1.000 nati vivi. Le principali cause di decesso nel primo anno di età, sempre per il 2009, sono rappresentate da condizioni che originano nel periodo perinatale (57,1%), seguite dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche (22,7%). Per una quota ridotta di eventi, il decesso è dovuto a SIDS (morte improvvisa inattesa): quasi il 7% della **mortalità postneonatale**<sup>3</sup>. Nel 2009 si sono verificati 20 decessi di questo tipo, con un tasso pari a 0,4 per 10.000 nati vivi.

Per quanto riguarda la mortalità nella fascia d'età 10-14 anni, le cause principali sono esterne (traumatismi e avvelenamenti, pari al 21,3%), mentre nella fascia 1-4 anni la prima causa sono i tumori (il 23,4%). **Gli incidenti sono con i tumori, la prima causa di morte in Italia nella fascia d'età 1-14 anni.** Il Rapporto ISTAT ci indica che nel 2010 proprio tra i giovanissimi passeggeri si è registrato un enorme numero di vittime di incidenti mortali e notevole è anche il numero dei pedoni investiti feriti o uccisi. In particolare i bambini ≤14 anni investiti sono stati 2.180, e ne sono morti 11; sono stati 12.766 i feriti in incidenti automobilistici, e 69 hanno perso la vita<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> ISTAT, *Cause di morte 2008*, [www.istat.it](http://www.istat.it).

<sup>2</sup> SIP. Libro Bianco 2011. La salute dei bambini.

<sup>3</sup> Elaborazione dati ISTAT, *Cause di morte 2009*.

<sup>4</sup> ISTAT, *Incidenti stradali 2010*. <http://www.istat.it/it/archivio/44757>.



## Neonati e cure neonatali

La distribuzione regionale dei nati secondo il peso alla nascita rileva, dal 2006 al 2009, un 1% di casi in cui il peso è stato inferiore ai 1.500 grammi. L'analisi congiunta della fonte informativa del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP)<sup>5</sup> e dell'Anagrafica delle strutture di ricovero, permette di caratterizzare i Punti Nascita sul territorio nazionale in funzione di alcune caratteristiche organizzative associate ai tre livelli assistenziali individuati dal Progetto Materno-Infantile-D.M. 24 aprile 2000. La distribuzione regionale evidenzia che nelle Regioni del Nord oltre l'85% dei parti si svolge in Punti Nascita di grandi dimensioni (oltre 1.000 parti annui). Al contrario, nelle Regioni del Sud oltre il 26% dei parti avviene in strutture con meno di 500 parti annui. In Italia le Unità di Neonatologia sono presenti in 205 dei 549 Punti Nascita analizzati, mentre l'Unità di Terapia Intensiva Neonatale è presente in 129 Punti Nascita, di cui 102 assistono più di 1.000 parti l'anno. Le restanti 27 Unità di Terapia Intensiva Neonatale si trovano in strutture che effettuano meno di 1.000 parti l'anno o che hanno un bacino di utenza troppo ridotto per consentire cure efficienti e di buon livello. Il 5% delle nascite pre-termine avviene nei Punti Nascita con < 500 parti all'anno. Pertanto una quota di neonati ad alto rischio può ricevere un'assistenza non adeguata al bisogno, con un impiego di tecnologie e professionalità inappropriate.

La Conferenza Stato-Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010, ha approvato il documento concernente le «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»<sup>6</sup> che prevede la razionalizzazione della rete dei Punti Nascita, l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con le Unità Operative neonatologiche/pediatrie e l'attivazione o completamento e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN), specie per la prevenzione della mortalità neonatale. Malgrado lo STEN sia stato indicato tra le priorità da istituire, attualmente solo 12 tra Regioni e Province

sono fornite di trasporto attivo su tutto il territorio. Delle restanti Regioni, 4 hanno una copertura parziale o inadeguata (Piemonte, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna) e 5 non hanno attivato alcun tipo di trasporto (Abruzzo, Molise, Umbria, Basilicata e Calabria). Alcune di queste Regioni hanno tassi di mortalità neonatale più elevati rispetto al valore nazionale (vedi Indicatore «Mortalità infantile, neonatale e post-neonatale»). Si prevede che i Punti Nascita che assistono meno di 500 parti l'anno siano chiusi, e che quelli tra 500-1.000 parti siano progressivamente accorpati, portando da tre a due i livelli assistenziali. La quota di almeno 1.000 nascite l'anno è lo standard a cui tendere, e i Punti Nascita con numerosità inferiore, ma non al di sotto di 500 parti annui, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM. L'organizzazione dei Punti Nascita sarà articolata su due livelli. Le strutture di «primo livello» della nuova rete dovranno dare una risposta adeguata ai parti «normali», mentre gli ospedali di «secondo livello» gestiranno quelli difficili o che potrebbero complicarsi. Il tutto con una dotazione di personale e mezzi che assicuri un salto di qualità negli standard di sicurezza. Poiché tale riordino non è ancora entrato a regime, l'indicatore descrive la rete dei punti nascita sul territorio nazionale considerando la suddivisione in tre livelli definita dal POMI<sup>7</sup>.

## Parti cesarei

Nel 2009 il 38% dei parti è avvenuto con taglio cesareo (TC), con notevoli differenze regionali (23,6% in Toscana, 52,6% in Sicilia e 59,6% in Campania), che comunque evidenziano come vi sia un ricorso eccessivo al parto chirurgico su tutto il territorio nazionale. Si tratta infatti di percentuali molto superiori rispetto alla media europea (26,8%) e soprattutto rispetto alla soglia del 15% che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il bambino. In particolare, si registra un'elevata propensione al taglio cesareo nelle Case di cura accreditate, in cui vi si ricorre nel 58,3% dei parti contro il 35% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è, infine, più frequente nelle donne con

5 Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2009. Ministero della Salute.

6 «Gazzetta ufficiale» del 18 gennaio 2011 (Serie generale, n. 13).

7 SIP. Libro Bianco 2011. La salute dei bambini.



cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere (il 40,1% contro il 28,6%); il suo utilizzo, tuttavia, è in generale indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche<sup>8</sup>. Degno di nota il fatto che la percentuale di TC sia più alta laddove la mortalità neonatale e infantile è più alta e viceversa: la percentuale più bassa di TC si osserva infatti in Friuli Venezia Giulia e nella provincia di Trento, che vantano i tassi di mortalità infantile più bassi in Italia.

### Malattie croniche

Un problema particolarmente rilevante e di crescente importanza per la salute dei bambini e degli adolescenti, è quello delle malattie croniche. In Italia, ogni anno, circa 60.000 bambini hanno bisogno di cure particolari. Molte di queste patologie sono rare, alcune risultano curabili, altre comportano disabilità permanenti. Un bambino ogni 20 nati incontra problemi di salute che lo accompagnano per tutto l'arco della vita, con interventi medici costanti e frequenti ricoveri in ospedale. Diversi studi stimano la prevalenza di malattie croniche in età scolare intorno al 2,5%. Tale dato non include l'asma e le malattie respiratorie allergiche, che nel nostro Paese interessano il 20-25% della popolazione pediatrica, mentre una quota tra il 2 e l'8% è affetta da allergia alimentare<sup>9</sup>. I dati disponibili su questo tema sono però scarsi e mancano indagini appropriate che consentano un monitoraggio costante.

Nel 2010 un'indagine ISTAT<sup>10</sup> ha stimato che il 22,9 e l'11,1% dei bambini di 8-9 anni sono rispettivamente sovrappeso e in condizioni di obesità, con percentuali tendenzialmente più basse al Nord e più alte nel Centro-Sud. Le malattie rare riguardano nel loro complesso circa un bambino su 200<sup>11</sup>.

8 Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2009. Ministero della Salute.

9 Fasano A., Berti I., Gerarduzzi T. e altri, *Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study*, Arch Intern Med 2003;163:286-92; Tommasini A., Not T., Kiren V. e altri, *Mass screening for coeliac disease using antihuman transglutaminase antibody assay*, Arch Dis Child 2004;89:512-515. Studio Italiano sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e Ambiente disponibile su [www.sidria.net](http://www.sidria.net).

10 Rapporto Osservasalute 2010 - Spinelli, Lamberti, Baglio, Nardone, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010 - Istituto Superiore di Sanità, OKkio alla SALUTE. Anno 2010.

11 Ronfani L., Macaluso A., Tamburlini G., *Rapporto sulla salute del bambino in Italia: problemi e priorità*. [www.csbonlus.org/inc/ALLEGATI/Rapporto\\_salute\\_2005.pdf](http://www.csbonlus.org/inc/ALLEGATI/Rapporto_salute_2005.pdf)

### I casi di AIDS pediatrico

In Italia si stimano 140-150.000 casi di persone con HIV/AIDS<sup>12</sup>. Dei 62.617 casi di AIDS segnalati al 31 dicembre 2010, 773 si riferiscono all'età pediatrica, mentre il numero di nuovi casi riferito al 2011 è pari a zero. E' dal 1995 che si registra un calo progressivo del numero di casi di infezione da HIV pediatrica, grazie alle efficaci politiche di prevenzione messe in atto per bloccare la trasmissione verticale, a cominciare dal trattamento antiretrovirale delle gestanti e dal TC. Ciò presuppone da parte della madre la consapevolezza del proprio stato di sieropositività, ma le stime del Centro Operativo AntiAids (COA) divulgate a giugno del 2011 evidenziano che un quarto delle persone sieropositive non sa di esserlo. Secondo i dati del registro nazionale Hiv Pediatrico, nel 2008 il fattore di rischio materno nei parti da madre sieropositiva era rappresentato per il 35% dei casi da rapporti eterosessuali non protetti e per il 46% dalla provenienza da area endemica. Per questo è in corso una ricerca che fotograferà l'accessibilità al test nelle diverse Regioni italiane, anche per la popolazione di recente immigrazione, che risulta essere il target più vulnerabile e a maggior crescita di nuove infezioni.

### Suicidi

Per quanto concerne l'analisi dei dati sui suicidi tra minorenni, va rilevato che in Italia esistono due fonti informative disponibili: i dati ISTAT sulle cause di morte rilevate dai Comuni, disponibili fino al 2009<sup>13</sup>, e le statistiche giudiziarie penali dell'ISTAT sui suicidi e tentati suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, disponibili fino al 2010.<sup>14</sup> Le differenti modalità di rilevazione dei dati non consentono però un confronto. Indipendentemente dal sesso, i tassi di suicidio nei bambini e negli adolescenti sono un evento raro e aumentano con l'età. Prendendo in considerazione solo i dati delle statistiche giudiziarie penali per il 2010, si hanno 0,06 suicidi accertati per 100 mila per la fascia d'età 0-13 anni, e 0,82 per la fascia 14-17. I suicidi di minorenni rappresentano lo 0,8% dei casi, mentre i tentativi sono pari al 3%. Le statistiche in-

12 Dati COA Istituto Superiore di Sanità pubblicati nel 2011 su 2010.

13 Elaborazione dati ISTAT, *Cause di morte 2009*.

14 ISTAT. Suicidi e tentativi di suicidio. <http://www.istat.it/it/archivio/55646>.



dicano che c'è stato sicuramente un abbassamento del fenomeno ancora più marcato se consideriamo l'arco temporale 2003-2010 per la fascia d'età 14-17, passando da 1,59 a 1,06 ogni 100 mila abitanti. Le malattie (psichiche e fisiche) e i motivi affettivi prevalgono come movente, rappresentando quasi il 50% dei casi. La Regione che nel 2010 ha avuto il maggior numero di suicidi tra i teenager (13-17 anni) è la Lombardia, mentre la Valle d'Aosta è quella con i numeri più bassi. Dall'analisi emerge che i suicidi sono un fenomeno che riguarda prevalentemente i maschi, e in Italia sono eventi meno frequenti rispetto ad alcuni paesi europei (ad esempio Norvegia e Finlandia<sup>15</sup>) dove i tassi sono fino a cinque volte superiori. L'analisi dei dati disponibili evidenzia come sia importante prendere in esame le diverse fonti informative disponibili ed integrarle tra loro per meglio comprendere il fenomeno nelle sue diverse caratterizzazioni. Il permanente stigma sociale che circonda il suicidio, la cultura tradizionale italiana e il livello di accuratezza nella certificazione delle cause di morte violenta sono fattori che potrebbero contribuire alla sottostima di un fenomeno che merita sicuramente più attenzione.

### Vaccinazioni

In Italia, come è noto, alcune vaccinazioni pediatriche sono obbligatorie per tutti i nati (poliomelite, difterite, tetano ed epatite virale B), mentre per altre, definite raccomandate (pertosse, morbillo, parotite, rosolia ed *Haemophilus influenzae b*), tale obbligo non sussiste, nonostante specifici atti normativi prevedano sia l'offerta attiva da parte delle strutture sanitarie pubbliche, sia il raggiungimento di determinati livelli di copertura nella popolazione in età evolutiva. In diverse Regioni sono raccomandate anche le vaccinazioni contro il meningococco C, e contro il pneumococco, e solo in 3 Regioni su 21 l'antivaricella. Gli ultimi dati disponibili sulle coperture vaccinali sono quelli del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali forniti dalle Regioni e fanno riferimento al 2009.<sup>16</sup> I dati indicano che le coperture vaccinali sono aumentate

e che oltre il 95% dei bambini nati in Italia riceve le vaccinazioni previste dal calendario nazionale per il primo anno di vita, contro difterite, tetano, polio, pertosse ed epatite B, mentre quasi il 90% dei bambini viene vaccinato all'inizio del secondo anno di vita contro morbillo, rosolia e parotite. Da sottolineare come, a livello nazionale, i tassi delle coperture relativi alle vaccinazioni obbligatorie presentino valori superiori alla soglia del 95% stabilita nel vigente Piano Nazionale Vaccini (PNV). Anche il nuovo Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRC) indica, come obiettivo, il raggiungimento del 95%, anche se purtroppo questo valore non è stato ancora raggiunto. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, nel 2009 si registrano, per le vaccinazioni obbligatorie, valori regionali superiori all'obiettivo minimo stabilito dal PNV ad eccezione della Provincia di Bolzano, della Calabria, del Molise e della Campania alle quali si aggiunge, per l'anti-HBV, il Veneto. La percentuale di copertura maggiore per tutte le vaccinazioni obbligatorie si riscontra in Basilicata (98,9%). Per quanto riguarda la vaccinazione per MPR il valore ottimale previsto dal PNEMRC è stato raggiunto soltanto in Umbria (95,2%) ed in Sardegna (95,5%). I valori minori si registrano nella Provincia di Bolzano (70,8%) seguita da Calabria (85,4%), Sicilia (86,8%) e Campania (86,0%).

E' utile poi citare il «Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014», che interessa in maniera preponderante l'infanzia e l'adolescenza, redatto dal Ministero della Salute, condiviso con il Coordinamento interregionale della prevenzione e l'Agenzia Italiana del Farmaco, ed approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 22 Febbraio 2012.<sup>17</sup> Oltre all'obiettivo generale dell'armonizzazione delle politiche vaccinali regionali, caratterizzate da eccessive e ingiustificate disparità nei calendari e nelle modalità di applicazione, la proposta di nuovo Piano definisce una serie di obiettivi specifici che «costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e le Province Autonome» e che «verranno verificati annualmente nell'ambito del monitoraggio dei Li-

15 Campi R., Barbato A., D'Avanzo B., Guaiana G., Bonati M., *Suicide in Italian children and adolescents*, «Journal of Affective Disorders», 2009, Volume 113, Issue 3, pagg. 291-295.

16 Elaborazioni del Ministero della Salute – DG Prevenzione sanitaria – Ufficio V Malattie Infettive e Profilassi Internazionale : [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_811\\_listaFile\\_itemName\\_12\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_811_listaFile_itemName_12_file.pdf)

17 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 dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012. [http://www.statoregioni.it/Documents/DOC\\_035260\\_54%20csr%20punto%204.pdf](http://www.statoregioni.it/Documents/DOC_035260_54%20csr%20punto%204.pdf)



66 velli Essenziali di Assistenza»<sup>18</sup>.

i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

Per avere comunque dati attendibili sulle coperture vaccinali, si può far riferimento anche all'indagine campionaria ICONA<sup>19</sup>, condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e riferita al 2008, che ha permesso di descrivere le coperture vaccinali per Difterite Tetano Pertosse (DTP), polio, HBV, Hib e MPR e ha consentito di stimare le coperture vaccinali per meningococco C, pneumococco, varicella ed eventuali altri vaccini (es. antirotavirus), includendo oltre ai bambini nel secondo anno di vita, anche gli adolescenti nel sedicesimo anno di età. Hanno aderito all'indagine tutte le Regioni tranne il Friuli-Venezia Giulia, l'Umbria e la Provincia di Bolzano.

### 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 nella qualità delle cure alla gravidanza, e di aumentare l'attenzione rispetto ai nuclei familiari con bisogni speciali, al *counselling* preconcezionale, al supporto alle competenze genitoriali e al rispetto dei diritti delle donne e dei bambini quando ricoverati;
2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, al **Ministero della Salute** e agli **Enti preposti**, di rafforzare gli attuali strumenti di monitoraggio di variabili di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico relative alle cure prenatali, inclusa l'informazione e la prevenzione, e di garantire in modo più ampio a partire dall'evento nascita la qualità e la continuità delle cure.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> Rapporto ISTISAN 09/29, disponibile al link [http://www.iss.it/binary/publ/cont/09\\_29\\_web.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/09_29_web.pdf).