



medio di figli per ogni donna residente in età fra 15 e 49 anni; è quindi un indicatore più accurato sebbene relativo, essendo una media.

Nel 2004 sono stati registrati 562.599 nati vivi in Italia, contro i 531.274 del 2003, con un tasso di natalità pari a 9,4‰ nel 2003 e 9,7‰ nel 2004³². L'aumento o la diminuzione del numero di nati e quello contestuale della natalità non sono stati lineari nel corso del tempo; dal 1999 si è assistito però a una leggera ripresa del numero dei nati e quindi della natalità.

Lo stesso trend è presente per la fecondità totale, che rispetto al 2,4 del 1960 è scesa all'1,3 del 2003: i valori più bassi si osservano al Nord, ma le differenze vanno riducendosi, a causa di un più rapido declino nelle regioni del Sud. Va inoltre considerato che negli ultimi vent'anni si è verificato in Italia un nuovo fenomeno: l'aumento delle nascite da cittadini stranieri, per la maggior parte giovani. Dal 1980 al 2003 si è infatti passati da circa 5 mila a poco più di 33 mila nati stranieri residenti, pari attualmente al 6% dei nati, tra cui 37.260 (6,8%) nati con almeno il padre straniero e 46.221 (8,5%) nati con almeno la madre straniera. La componente dei minori nella popolazione straniera è aumentata dal 14,2% del 1980 al 20,9%, del 2004, mentre la natalità degli stranieri è passata dal 13,3% del 1980 al 24,6% del 2004, un valore 2,5 volte più alto dell'attuale media italiana³³. Su tale valore influisce il progressivo arricchimento tra i giovani adulti in età riproduttiva degli stranieri residenti, e una composizione relativa di anziani ancora bassa.

Un altro importante indicatore sintetico della fecondità è rappresentato dall'**età media materna al parto**, in particolare al primo parto, che consente una lettura ancora più dettagliata dell'intensità riproduttiva. Si riscontra una tendenza a concepire sempre più tardi e meno, anche nelle regioni storicamente più feconde. I dati relativi al 2002 per l'Italia indicano a 30,6 anni l'età media materna al parto e a 28,2 anni al primo parto nel 1996. Si ritarda a concepire per motivi culturali, ma anche e soprattutto per motivi economici e

1. SALUTE E SERVIZI SANITARI

a) La natalità

La natalità e la fecondità sono espressioni dell'attività riproduttiva di una popolazione, ma con valenza differente. **La natalità** è data dal rapporto fra il numero di nati vivi e la popolazione residente per mille residenti (tasso grezzo di natalità); è quindi un indice di riferimento per la popolazione nel suo insieme. Il **tasso di fecondità** totale indica il numero

³² Per un approfondimento sul tema si veda, *I diritti dei bambini disabili, una guida pratica*, Save the Children, 2001.

³² Istituto Nazionale di Statistica, *Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita*, ISTAT, Roma, 2006; e Istituto Nazionale di Statistica, *Popolazione e movimento anagrafico dei Comuni, anno 2002*, ISTAT, Roma, 2004.

³³ Istituto Nazionale di Statistica, *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2005*, ISTAT, Roma, 2005.

Capitolo II. Salute e assistenza

2° rapporto di aggiornamento 2005-2006



26

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

sociali. I nuovi modelli culturali, che tendono al contenimento riproduttivo, si sono coniugati anche con le difficoltà socio-economiche sempre crescenti.

Il parto cesareo è un buon indicatore delle attitudini e degli interessi finanziari delle strutture sanitarie, benché sia in parte influenzato dalle scelte delle madri e dall'aumento dell'età al parto. In Italia negli ultimi anni si è verificato un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: da 11,2% nel 1980 a 21,2% nel 1990 e 35,8% nel 2003 e l'andamento interessa tutte le regioni. Il Centro e il Sud sono i contesti in cui il fenomeno è più accentuato, presentando valori al di sopra della media nazionale. La regione che pratica più tagli cesarei in assoluto è la Campania⁵⁴. La percentuale di parti con taglio cesareo risulta essere superiore presso le case di cura private e in generale nelle strutture che effettuano un ridotto numero di parti.

Permane dunque ancora un forte differenziale sanitario in Italia per quanto concerne le cure perinatali: al Sud si nasce di più, ma l'offerta di strutture e l'assistenza sanitaria sono più carenti che al Nord. Questi aspetti sono evidenziati dall'andamento che si osserva per esempio nel numero di parti cesarei effettuati, con conseguenti rischi per la salute materno-infantile, più elevati al Sud e nelle strutture private.

Il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. attivare programmi di educazione, di promozione e di formazione diretti al personale sanitario atti a ridurre le disuguaglianze tra le Regioni, in particolare tra Nord e Sud;
2. attuare ulteriori indagini per migliorare il monitoraggio di alcune variabili (esempio peso alla nascita, età gestazionale, storia riproduttiva, tipo di assistenza ricevuta, status socio-economico, etc.), consentendo di poter fare analisi per fattori socio-economici a livello locale volte alla valutazione della qualità dell'assistenza.



e) Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile rappresenta uno degli indicatori più utilizzati per misurare lo stato di salute e il benessere di un Paese e per fare confronti a livello internazionale. La mortalità infantile è, infatti, associata alle condizioni igienico-sanitarie, al livello socio-economico e culturale, oltre che alla qualità delle cure prenatali e neonatali.

Il **tasso di mortalità** nel 2002 per la popolazione italiana < 14 anni è stato del 7,0 per 100.000 abitanti, i 2/3 dei quali sono rappresentati dalla mortalità entro il primo anno di vita (mortalità infantile).

Il **tasso di mortalità infantile** nel 2002 era del 4,1 per mille dei nati vivi⁷³; i 3/4 del tasso sono da attribuire alle morti nel periodo neonatale, in particolare ai decessi nella prima settimana di vita (mortalità neonatale precoce). Nonostante i tassi di mortalità infantile siano progressivamente dimi-

⁷⁰ «Task Force UNICEF Italia – Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini – BFH». Disponibile su www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/236. In Italia è partita con dieci anni di ritardo, ed è coordinata da una Task Force costituita dal Comitato Italiano per l'UNICEF.

⁷¹ Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

⁷² Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), UNICEF, *La Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini*, Ginevra, OMS, 2003. Disponibile su http://arnone.de.unifi.it/mami/Docs/WHO_docs/Strategia%20globale.pdf

⁷³ Decessi: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2002, Roma, Istat, 2005.

Capitolo II. Salute e assistenza

2° rapporto di aggiornamento 2005-2006



30

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

nuiti nel corso del tempo (da 7,0 a 5,3 per 1.000 nati vivi nel decennio 1991-2001), in Italia esistono ampie differenze a livello regionale, con una minor riduzione nel corso del tempo nelle regioni meridionali.

Gli estremi sono rappresentati dalla Toscana (2,0‰) e dalla Basilicata (7,0‰), che si caratterizza per l'elevato tasso di mortalità post-neonatale (1,7‰). Il profilo geografico della mortalità neonatale (in particolare quella precoce) rimane inalterato, raddoppiando dal Nord al Sud. Le condizioni morbose di origine perinatale (15,9 per 100.000 bambini <14 anni) e le malformazioni congenite rappresentano le principali cause di morte (85%) dei decessi nel primo anno di vita.

La **natimortalità**, data dal rapporto tra il numero di nati morti e il totale dei nati per mille, è stata del 2,7‰ nel 2003, contro il 4,1‰ nel 1996, con un'ampia variabilità interregionale definita da tassi più elevati al Sud (5,7‰ in Basilicata e Calabria vs 2,6‰ in Valle d'Aosta)⁷⁴.

Il **peso alla nascita** è un buon indicatore della probabilità per un neonato di sopravvivere, crescere, godere di buona salute e avere un buono sviluppo psico-sociale. Per quanto concerne la mortalità infantile, oltre i 3/4 dei decessi sono associati al sottopeso come possibile concausa. L'incidenza nazionale dei neonati sottopeso (<2.500 g) si è dimezzata nel corso dell'ultimo trentennio, raggiungendo il valore medio europeo pari al 6%/8% per i neonati di peso estremamente basso (< 1.500 g). Si evidenzia però che sebbene la distribuzione regionale dei nati vivi per classe di peso sia simile, è invece ampia la variabilità dei tassi di mortalità neonatale (1:3, Trentino-Alto Adige: Abruzzo), mettendo in luce la necessità di interventi mirati a implementare le cure dei neonati sottopeso e i programmi di prevenzione prenatale su base regionale.

La **mortalità nella fascia d'età 1-14 anni** è andata progressivamente diminuendo negli anni, raggiungendo il 13,6 per 100.000 bambini, con una prevalenza maschile, in particolare per la classe 10-14 anni. Le due principali cause di morte in questa fascia di età sono rappresentate da traumatismi e avvelenamenti (3,6 per 100.000) e dai tumori (3,7 per 100.000), che insieme costituiscono quasi il 50% delle morti. Le ampie differenze per cause e fasce d'età caratterizzano i profili regionali: gli esempi più significativi sono rappresentati dai traumatismi e avvelenamenti per la fascia 1-14 anni in Molise (42,2 per 100.000), dai tumori per la fascia 1-4 in Abruzzo (3,4 per 100.000) e le malattie dell'apparato

respiratorio per la Basilicata per la fascia 5-14 (1,1 per 100.000).

Dall'analisi dei dati citati emerge come una forte disuguaglianza territoriale continui a connotare la mortalità infantile in Italia con un notevole svantaggio per le Regioni del Sud, dove si nasce di più ma si muore anche di più, in particolare nella prima settimana di vita.

Il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. l'attuazione di programmi per il miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria volti alla riduzione dei tassi di mortalità, con particolare attenzione alle Regioni del Sud;
2. l'attuazione di specifici e continui programmi di informazione della popolazione volti a ridurre la mortalità evitabile (p.es. traumatismi e avvelenamenti).

f) il disagio legato alle malattie croniche

Nei Paesi occidentali la prevalenza delle malattie croniche e delle disabilità è in costante aumento, per le maggiori possibilità terapeutiche che hanno assicurato la sopravvivenza, ma non la guarigione, per molte di tali condizioni.

In età pediatrica, le malattie croniche rappresentano ormai la patologia preminente e le disabilità che ne conseguono la principale problematica assistenziale. Quelle molto gravi e particolarmente disabilitanti impongono un adeguamento dei modelli socio-sanitari, attraverso una revisione organizzativa, ma prima ancora culturale, per garantire il miglior benessere possibile e il contenimento del disagio e della sofferenza. In particolare, i bambini con patologia cronica e disabilità rappresentano sempre di più la principale sfida per l'assistenza pediatrica⁷⁵. La prevalenza della condizione di cronicità in età pediatrica (0-14 anni) è stimata nel 5,7-9,0‰. In particolare, la prevalenza dei bambini portatori di una malattia cronica o di menomazione con disabilità transitoria ma ricorrente è del 4,0‰, mentre per quella permanente è del 5,0‰. Tra i molti punti critici nell'assistenza sono da contemplare: il numero dei servizi di cura contemporaneamente referenti per l'assistenza del singolo caso (70% dei casi); la rilevante migrazione sanitaria (fuori dalla propria Regione) soprattutto fra i bambini residenti al Centro-Sud (76%) rispetto a quelli del Nord (13%); marginalità dei pediatri/medici di famiglia, coinvolti per tutti gli aspetti del-

⁷⁴ Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale sistema informativo. *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - anno 2003*, Ministero della Salute, Roma, 2005.

⁷⁵ Marchetti F., Nigro M., Marfisi R.M., Albertone G., Tognoni G., Bonati M., *Le malattie croniche in pediatria*, *Medico e Bambino*, 1994, 2: 24-31.

Capitolo II. Salute e assistenza

2° rapporto di aggiornamento 2005-2006



31

I diritti dei bambini e dell'adolescenza in Italia

la cura; l'insoddisfazione della famiglia per l'assistenza ricevuta, in particolare dai servizi territoriali⁷⁶. In Italia, gli unici dati ufficiali sono quelli dell'Indagine Multiscopo⁷⁷ condotta nel 1999-2000 dall'ISTAT, che ha privilegiato la percezione soggettiva (e dei genitori) dello stato di malattia. I risultati, pur non consentendo affidabili stime di prevalenza, forniscono un utile profilo dei bisogni assistenziali che prevedono anche il supporto alla famiglia.

Nonostante la mancanza di un sistema di monitoraggio nazionale efficiente e sistematico di tutte le malattie croniche e le condizioni di disabilità, la prevalenza di malattie croniche in età scolare è stimata essere del 2,5%, con ampia variabilità per le singole malattie: per l'asma la prevalenza è compresa tra l'8 e il 10%⁷⁸, per il diabete mellito tipo I tra 0,8 a 3,7 per 10.000 bambini, fibrosi cistica 1-6 per 10.000, l'ADHD (deficit di attenzione con iperattività) dovrebbe interessare non oltre il 2% della popolazione nell'età della scuola dell'obbligo.

Con l'eccezione delle malattie più frequenti, il disagio cronico nell'età dello sviluppo rappresenta dunque ancora oggi una condizione priva di adeguate attenzioni conoscitive e assistenziali su tutto il territorio nazionale e, in particolare, in alcune Regioni.

Il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. di migliorare le indagini epidemiologiche per definire la prevalenza delle varie malattie croniche e disabilità della popolazione pediatrica italiana, sia a livello nazionale che locale;
2. di definire i percorsi assistenziali condivisi dei pazienti con disabilità (e delle rispettive famiglie) così da individuare i bisogni ancora inevasi e pianificare interventi per la rimozione degli ostacoli che ancora caratterizzano le cure dei bambini con malattie croniche o disabilità.

⁷⁶ La Gamba G., *La cronicità in pediatria per un'assistenza integrata*, Quaderni ACP, in press.

⁷⁷ Indagine Multiscopo, «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», Roma, Istat, 1999-2000.

⁷⁸ Di Domenicantonio R., De Sario M., Sammarro S., Compagnucci P., Forastiere F., Pistelli R., Serra M.G., Corbo G., Agabiti N., Perucci C.A., *Asthma and allergies in childhood in Rome: Italian contribution to the ISAAC II*, *Epidemiol Prev.*, 2003, Jul-Aug., 27, (4): 226-33.