



1. SALUTE E SERVIZI SANITARI

a) La natalità

La natalità e la fecondità sono espressioni dell'attività riproduttiva di una popolazione. Il **tasso di natalità**, dato dal rapporto tra nati vivi e popolazione residente per mille, è tuttavia un indice generico che risente pesantemente della struttura per età della popolazione, in particolare della proporzione e dell'età delle donne potenzialmente feconde. Il **tasso di fecondità** totale indica invece il numero 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 2005 sono stati registrati 554.022 nati vivi in Italia, contro i 562.599 del 2004, con un **tasso di natalità** pari a 9,7‰ nel 2004 e 9,6‰ nel 2005³. Nell'ultimo decennio, vi sono stati incrementi compresi tra il 15% ed il 25% in tutte le Regioni del Nord e del Centro, fino al 35% dell'Emilia Romagna. In tutte le Regioni del Sud, invece, c'è stato un decremento, compreso fra il -9% della Campania e il -17% della Calabria. Questo differente andamento esprime comportamenti individuali e collettivi, influenzati dai continui mutamenti economici e socio-culturali a livello territoriale. L'età materna all'epoca del concepimento, lo stato civile e la cittadinanza dei genitori sono l'espressione più diretta di tali mutamenti. Le differenze per area geografica di ognuno di tali indicatori, motivano il diffe-

³ ISTAT Annuario Statistico Italiano, anno 2006.

Capitolo IV. Salute e assistenza

3° rapporto di aggiornamento 2006-2007



46

I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

rente atteggiamento riproduttivo dal Nord al Sud Italia. Va inoltre considerato che negli ultimi vent'anni si è verificato in Italia un nuovo fenomeno: l'aumento dell'immigrazione e conseguentemente delle nascite di minori di nazionalità straniera. I tassi di natalità a confronto evidenziano che nel 2004 per ogni mille presenze di stranieri sono nati 22 neonati all'anno, più del doppio rispetto agli italiani⁴. 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. Nel 2004, l'età media materna, 30,8, è aumentata pur con differenze dal Nord al Sud. Le madri con età inferiore ai 25 anni erano l'11%, l'8-9% per le residenti al Nord e al Centro e il 16% per quelle residenti al Sud e Isole. Le madri con più di 34 anni erano il 29% al Nord, il 28% al Centro e il 21% al Sud e Isole⁵. Si ritarda a concepire per motivi culturali, ma anche e soprattutto per motivi economici e 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. Alla luce di tale premessa si rileva che il ricorso al parto cesareo in Italia non solo è il più elevato tra le nazioni europee, ma continua ad aumentare: la media nazionale passa dal 29,9% nel 1999-2000 al 35,2% nel 2004-2005, con livelli ancor più elevati nel Sud (45,4%). 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. L'evento «nascita» sta diventando nel nostro Paese sempre più «medicalizzato», mentre migliorano le condizioni generali di assistenza.

Permane dunque, come già evidenziato nel Rapporto 2006⁶, un'ampia disuguaglianza sanitaria 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, con conseguenti maggiori rischi per la salute materno-infantile, che sono più elevati al Sud e nelle strutture private.

⁴ ISTAT, Iscritti in anagrafe per nascita www.demo.istat.it/altidati/iscrittiNascita/index.html

⁵ ISTAT, Indagine multiscopo «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari» anno 1999-2000: www.istat.it/sanita/

⁶ 2° Rapporto di aggiornamento 2006, pagg. 25-26.

Il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. di migliorare i 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. di attuare iniziative volte alla riduzione del ricorso al parto cesareo e all'eccessiva medicalizzazione della gravidanza fisiologica con il raggiungimento dei livelli europei;
3. di garantire un'assistenza perinatale omogenea per qualità e appropriatezza dei servizi su tutto il territorio nazionale;
4. di 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, ecc.), in modo da consentire un'analisi per fattori socio-economici a livello locale volte alla valutazione della qualità dell'assistenza.

⁷ Banca dati SDO Ministero della Salute.



f) Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile viene universalmente considerato non solo un indicatore della salute del bambino e del neonato nel primo anno di vita, ma anche una misura sintetica dello stato di salute della popolazione, in quanto su di esso influiscono significativamente fattori socio-economici, culturali, ambientali, oltre che la qualità dell'assistenza materno-infantile.

La natimortalità, data dal rapporto tra il numero di nati morti ogni mille nati, è stata del 3,1 per mille nel 2005, contro il 4,1 per mille nel 1995, con un'ampia variabilità interregionale definita da tassi più elevati al Sud (5,7 per mille in Basilicata e Calabria vs 2,6 per mille in Valle d'Aosta)³⁴.

I dati più recenti indicano che il **tasso di mortalità infantile** (morti entro il primo anno di vita ogni mille nati vivi), nel 2003 era del 3,7 per 1000 nati vivi, variando, a livello regionale, da un minimo di 2,4 in Friuli Venezia Giulia e Toscana ad un massimo di 6,1 in Valle d'Aosta e di 5,2 in Calabria³⁵. Le Regioni che presentano un valore dell'indicatore significativamente superiore al dato nazionale sono la Campania (4,0), la Puglia (4,9), la Calabria e la Sicilia (5,1) evidenziando quindi come siano ancora le Regioni del Sud Italia a caratterizzarsi per i livelli più alti. Il trend nel periodo 1993-2003 mostra un calo significativo (dal 7,1 al 3,4 per 1000 nati vivi con una riduzione relativa

del 52%) che riguarda, pur con diverse entità, tutte le Regioni. **La mortalità neonatale** (entro il primo mese di vita), che è la componente preminente della mortalità infantile, è stata del 2,7 per 1000 nati vivi, con valori più elevati in Calabria (3,9) e in Sicilia (3,8), mentre la **mortalità postneonatale** (dal secondo e fino a 12 mesi di vita) è dell'1,0 per 1000 nati vivi. Le malattie di origine perinatale e le malformazioni congenite rappresentano le principali cause dei decessi nel primo anno di vita (47% sul totale). Per la **popolazione italiana nella fascia d'età 1-14 anni** il tasso standardizzato di mortalità è stato dell'1,55 per 10.000 bambini nel 2002. Si è riscontrata una prevalenza maschile: 1,83 per 10.000 nei maschi contro l'1,25 per 10.000 nelle femmine. Le due principali cause di morte in questa fascia d'età sono rappresentate dai traumatismi e avvelenamenti (0,44 per 10.000) e dai tumori (0,40 per 10.000) che insieme causano oltre la metà delle morti³⁶.

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. Si evidenzia così che per la mortalità infantile, ed in particolare la mortalità neonatale, 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 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.

I dati evidenziano ancora una volta che il profilo della mortalità infantile, soprattutto quello della mortalità neonatale, è diverso nelle Regioni del Sud rispetto a quelle del Nord: al Sud si nasce di più, ma si muore anche di più.

Il Gruppo di Lavoro pertanto reitera le raccomandazioni del 2006 :

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;

³⁴ ISTAT Annuario Statistico Italiano 2006 www.istat.it/dati/catalogo/20061109_00/

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ ISTAT, *Stime preliminari della mortalità per causa nelle Regioni italiane*, 2004

www.istat.it/dati/dataset/20060918_00/



2. l'attuazione di specifici e continui programmi di informazione della popolazione volti a ridurre la mortalità evitabile (es. traumatismi e avvelenamenti).

g) Il disagio legato alle malattie croniche

Come già evidenziato nel Rapporto 2006³⁷, 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 in una popolazione caratterizzata anche da un elevato tasso di invecchiamento³⁸. La diffusione delle patologie croniche costituisce un importante indicatore di salute per l'intera popolazione perché molto spesso queste malattie non sono suscettibili di guarigione e quando insorgono condizionano in modo permanente la qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza e cura.

Il numero di soggetti affetti da disabilità, e nello specifico di minori, dovrebbe costituire un indicatore di massima importanza in quanto espressione sia della qualità delle cure che dei bisogni assistenziali. Purtroppo però i dati relativi alla disabilità in età infantile sono insufficienti e non adeguati principalmente per due motivi. La prima ragione è legata alla definizione stessa di «persona con disabilità», che racchiude in sé primariamente una condizione fisica e/o mentale, ma ha contorni non definiti in modo preciso ed univoco. Le definizioni utilizzate sono troppo spesso generiche e insufficienti a descrivere il fenomeno in maniera esaustiva e omogenea. Il secondo problema riguarda, invece, la qualità dei dati relativi alla disabilità. Le *Health Interview Survey* adoperate dall'ISTAT non comprendono i bambini fino a 5 anni, in quanto lo strumento utilizzato non è idoneo a fornire indicazioni utili per questa fascia di popolazione. Per ovviare a questa lacuna, ed avere una stima dei minori dalla nascita a cinque anni, si possono prelevare i dati provenienti dal Sistema Informativo del Ministero della Pubblica Istruzione (SIMPI), relativi alle certificazioni scolastiche. Ipotizzando un *trend* lineare del fenomeno nel passaggio dalla nascita a 6 anni, si può quindi stimare

un numero complessivo di soggetti con disabilità fra 0 e 5 anni, pari a circa 42.460 bambini³⁹.

Non ci sono dati aggiornati concernenti l'epidemiologia delle patologie croniche in età pediatrica, rispetto a quelli citati nel Rapporto 2006. In particolare si ricorda che la prevalenza della condizione di cronicità in età pediatrica (0-14 anni) è stimata nel 5,7-9,0%⁴⁰. In Italia, gli unici dati disponibili sulle patologie croniche sono quelli dell'indagine Multiscopo⁴¹ condotta nel 2005 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. Si stima che la prevalenza di malattie croniche in età scolare è del 2,5%, con ampia variabilità per le singole malattie: per l'asma la prevalenza è compresa tra l'8 e il 10%⁴², per il diabete mellito tipo I tra 0,8 a 3,7 per 10.000 bambini, fibrosi cistica 1-6 per 10.000.

Tra i molti punti critici nell'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da malattie croniche 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%); la marginalità dei pediatri/medici di famiglia, coinvolti per tutti gli aspetti della cura; l'insoddisfazione della famiglia per l'assistenza ricevuta, in particolare dai servizi territoriali⁴³. 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 Regioni⁴⁴.

³⁹ Si veda paragrafo I diritti dei bambini con disabilità, pagg. 55 e ss. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali* pagg. 96-97, settembre 2005.

⁴⁰ 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%.

⁴¹ ISTAT, *Indagine Multiscopo, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*, Roma, 2005.

⁴² Di Domenico Antonio R., De Sario M., Sammarro S., Compagnucci P., Forestiere 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, pagg. 226-33.

⁴³ La Gamba G. *Proposta di ricerca: un'assistenza integrata per la cronicità in pediatria* Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri XVI bis, Napoli, ottobre 2005.

⁴⁴ APeC, Associazione Pediatria di Comunità, *Linee Guida per l'assistenza distrettuale integrata al minore con patologia cronica*. www.associazionepediatriacomunita.it/file%20scaricabili/linee%20guida%20croniche%20ufficiali%20APeC

³⁷ 2° Rapporto di aggiornamento 2006, pagg. 30-31

³⁸ Marchetti F., Nigro M., Marfisi R.M., Albertone G., Tognoni G., Bonati M. *Le malattie croniche in pediatria* Medico e Bambino 2, 1994, pagg. 24-31.

Capitolo IV. Salute e assistenza

3° rapporto di aggiornamento 2006-2007



55

I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA IN ITALIA

Il Gruppo di Lavoro raccomanda pertanto:

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, come già raccomandato nel 2006;
2. di definire dei percorsi assistenziali condivisi dai 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;
3. di colmare l'attuale lacuna del sistema statistico riguardante i minori fino a 6 anni e più in generale sulla disabilità intellettiva.



i) Hiv/Aids in età pediatrica

I casi cumulativi di AIDS in Italia al 12 dicembre 2005 risultano 56.076, in aumento rispetto a sei mesi prima (55.286 casi cumulativi di AIDS al 30 giugno 2005). Di questi il 77,6% si riferiscono al sesso maschile, 1,3% all'età pediatrica (cioè di età inferiore ai 13 anni) e 6,8 % agli stranieri⁵¹. L'infezione da HIV di minori si manifesta, frequentemente, in famiglie multiproblematiche, con carenze economiche, sociali, culturali o di recente immigrazione, spesso irregolare. I minori adolescenti orfani a causa dell'HIV, a loro volta sieropositivi, sono spesso accolti da parenti (in genere nonni e zii) che mostrano difficoltà a sostenere la propria funzione educativa. Si segnala inoltre la difficoltà legata all'accesso a cure e servizi sanitari per le famiglie straniere irregolari con minori a carico.

A partire da queste premesse, il lavoro socio-assistenziale ed educativo con bambini e ragazzi sieropositivi impone un confronto pressoché quotidiano con i fenomeni di disagio sanitario e psico-sociale dei minori sieropositivi. Un disagio che minaccia fortemente la possibilità di realizzazione di un percorso di costruzione della propria identità. L'introduzione in Italia negli anni 1996/1997 delle terapie antiretrovirali⁵² ha aperto la reale possibilità di progettare un futuro per i bambini e i ragazzi sieropositivi o malati di AIDS. Per gli adolescenti di oggi, ma sieropositivi dalla nascita, il percorso di costruzione di una propria identità appare ancora più difficile e delicato, poiché prima dell'avvento delle terapie farmacologiche antiretrovirali non era nemmeno ipotizzabile, e pertanto hanno vissuto i primi anni senza speranze e progetti per il loro futuro. Merita di essere poi evidenziato il caso di minori sieroconvertiti (HIV positivo) in età adolescenziale, aventi orientamento omosessuale, per i quali si pone il problema ulteriore di un affiancamento e un sostegno alla loro identità, che altrimenti li porterebbe ad agire nuovamente con azioni autolesive, magari attraverso un ulteriore contagio⁵³, data la persistenza di un clima stigmatizzante e svalutativo della loro identità.

Si tratta di problemi legati alla convergenza tra età evolutiva, intesa come sano evento di crisi, e l'infezione da

HIV, intesa nel suo significato più ampio, sia medico che psicologico⁵⁴. Più specificamente, è possibile individuare bisogni legati:

- al vissuto di deprivazione affettiva, sociale e culturale che ha segnato il percorso esistenziale di questi ragazzi;
- alla delicata questione della comunicazione della diagnosi di sieropositività e, più in generale, alla questione dell'educazione alla sessualità e alla sfera dell'affettività e all'assunzione di responsabilità;
- alla mancanza di un idoneo sostegno educativo, da parte degli adulti competenti (sia in ambito familiare che extrafamiliare), per gli adolescenti sieropositivi omosessuali con conseguenti problemi scolastico/formativi e trasgressivo/depressivi⁵⁵. Ciò per ovviare anche al fatto che la maggior parte delle famiglie d'origine non è al corrente né dell'infezione dei figli, né della loro omosessualità, così come non lo sono le agenzie di socializzazione⁵⁶.

Pertanto il Gruppo di Lavoro raccomanda:

1. la formazione di personale in grado di comprendere i bisogni del minore, e supportarlo in un percorso appropriato nella comunicazione della diagnosi e nella relazione con il contesto sociale, scolastico e formativo/professionale;
2. la promozione di indagini conoscitive sulla condizione sociale ed educativa dei minori affetti da HIV a livello nazionale, a cura delle istituzioni competenti.

⁵¹ Dati COA Istituto Superiore di Sanità aggiornati al 31 dicembre 2005.

⁵² La terapia antiretrovirale nota come HAART rappresenta per ora il trattamento di eccellenza e ha consentito di ridurre drasticamente la mortalità e la morbidità associate all'AIDS.

⁵³ Pietrantoni L. e Sommantico M. *Giovani omosessuali e rischio HIV: il caso di Bologna in prospettiva psico-sociologica* Polis - Ricerche e studi su società e politica in Italia, a. XIII, dicembre 1999, Bologna, Istituto Cattaneo, pagg. 409-427.

⁵⁴ Per un approfondimento si veda anche: Bettoni G. *Il bambino sieropositivo. Un nuovo soggetto sociale* 1999, Archè.

⁵⁵ Graglia M. *Comportamenti a rischio e omosessualità* in Zizzoli U. e Colli C. *Giovani che rischiano la vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti* Milano, McGraw-Hill, Milano, 2004, pagg. 223-236.

⁵⁶ Howard J., Jonathan N., Graham B., Aydin K. *Omosessualità e suicidio nei giovani* in Rowling L., Martin G., Walker L. *La promozione della salute mentale e i giovani. Teorie e pratiche* McGraw-Hill, Milano, 2004, pagg. 193-211.

⁵⁷ Pittau F. (a cura di) *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile* Carocci, Roma 2001.