

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, 48, lett. d)

Mortalità in età pediatrica

Il tasso di mortalità infantile è uno dei più rilevanti indicatori delle condizioni sanitarie di un Paese ed è considerato un buon misuratore della qualità dei servizi per madri e bambini. I progressi scientifici e tecnologici e il miglioramento delle condizioni di vita, che hanno permesso una forte riduzione della mortalità nel primo anno di vita, non hanno del tutto eliminato i rischi, in particolare per il primo mese di vita. Nonostante la mortalità infantile abbia ormai raggiunto livelli molto contenuti, alcune aree del Paese sono tuttora penalizzate da rischi sensibilmente più elevati. Il tasso di mortalità infantile e il tasso di mortalità perinatale esprimono, rispettivamente, il numero di decessi nel primo anno di vita rapportato al numero dei nati vivi e il numero di nati morti e di morti nelle prime quattro settimane rapportati al totale dei nati vivi e dei nati morti.

Gli ultimi dati forniti dall'ISTAT¹ risalgono al 2010 e indicano un **tasso di mortalità infantile** pari a 3,2 morti ogni mille nati vivi, valore leggermente inferiore a quello osservato l'anno precedente (3,4‰). In Italia il valore del tasso di mortalità infantile è inferiore sia al livello medio dei Paesi dell'UE 27 (4,0‰)², sia ai valori osservati in Paesi

come la Germania, la Francia e gli Stati Uniti. Non va però sottovalutata la forte variabilità territoriale, con un indubbio svantaggio del Mezzogiorno. Nelle Regioni del Sud si osservano valori del tasso superiori a quelli della media italiana (mediamente 3,8 con un intervallo di variazione tra 3,3 della Puglia e 5,2 del Molise). In quelle del Centro-Nord non si riscontrano valori superiori alla media nazionale, ad eccezione della Valle d'Aosta (3,2) e della Provincia Autonoma di Bolzano (3,4) che si caratterizzano per una ridotta dimensione demografica. A livello provinciale la mortalità infantile segue lo stesso andamento regionale, tuttavia a Campobasso, Crotone, Messina, Agrigento, Enna e Carbonia-Iglesias il dato è di gran lunga superiore al più alto valore riscontrato per Regione, con tassi fino a 7,8‰ nati vivi³. **La mortalità nel primo mese di vita** resta la responsabile di oltre il 70% della mortalità infantile totale.

Si rileva una concentrazione dei decessi in momenti sempre più prossimi alla nascita, anche se i flussi informativi derivanti dai Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) non si sono ancora stabilizzati e, al momento della stesura del presente Rapporto, la qualità della rilevazione dei nati morti aggiornata non è ancora disponibile.

Le principali cause di decesso nel primo anno di età, per il 2010, sono rappresentate da condizioni che originano nel periodo perinatale (57,6%), seguite da malformazioni congenite e anomalie cromosomiche (23,4%). Per una quota ridotta di eventi, il decesso è dovuto a morte improvvisa inattesa: nel 2010 si sono verificati 24 decessi di questo tipo, con un tasso pari a 0,4 per 10.000 nati vivi.

Per **la mortalità nella fascia d'età 1-14 anni**, la prima causa di morte è rappresentata da traumi e avvelenamenti (23,3%), mentre in quella 10-14 anni dai tumori (32,1%).

Neonati e cure neonatali

L'analisi dei dati sanitari e socio-demografici del CeDAP, conferma i dati riportati nel precedente

¹ Elaborazioni dati ISTAT, Cause di morte 2010. Disponibile al link, <http://dati.istat.it/?lang=it>

² Per approfondimenti, si veda http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables

³ Elaborazioni dati ISTAT, Cause di morte 2010. Disponibile al link, <http://dati.istat.it/?lang=it>



Rapporto CRC⁴; purtroppo ad oggi non sono ancora disponibili i dati relativi al 2010.

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 CeDAP⁵ e dell'Anagrafica delle strutture di ricovero, permette di qualificare 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 oltre 1.000 parti annui**; in quelle del Sud oltre il 26% dei parti avviene in strutture con meno di 500 parti annui. Troppe nascite avvengono ancora in centri privi di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiologicala, medico-pediatria attiva 24h.

La Conferenza Stato-Regioni, con l'Accordo del 16 dicembre 2010, ha approvato 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"⁶, 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/pediatriche e l'attivazione o completamento e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN). **Il percorso** delineato dall'Accordo, che stabilisce la chiusura dei Punti Nascita con meno di 500 parti annui e la riduzione progressiva di quelli con meno di 1000, **doveva concludersi entro il 2013, ma ad oggi questo obiettivo sembra difficile da raggiungere**. A ottobre 2012⁷ risultavano solo 57 i punti nascita chiusi o per i quali è stata disposta la chiusura sui 158 complessivi da chiudere, la maggior parte dei quali in Sicilia, Calabria e Puglia. Solo 8 Regioni hanno comunicato la chiusura dei loro punti na-

scita entro il termine stabilito per il 30 giugno 2012, e si tratta di un bilancio molto deficitario: il Molise è passato da 5 a 3 punti nascita, la Sardegna da 23 a 21, il Veneto da 42 a 40, la Liguria da 13 a 11, la Basilicata da 8 a 5. La Calabria ha chiuso 7 punti nascita pubblici e 2 cliniche private, mentre la Sicilia ha programmato la chiusura di 27 punti. La Puglia ha stabilito di disattivarne 10. Spicca la Campania che non ne ha chiuso nessuno, e solo 2 su 18 sono stati chiusi nelle Marche.

Parti cesarei

Come evidenziato nel 5° Rapporto CRC⁸, purtroppo i dati relativi al numero di parti cesarei effettuati in Italia risalgono ancora al 2009 e sottolineano il ricorso eccessivo al parto chirurgico nel nostro Paese: il 38% dei parti è avvenuto infatti con taglio cesareo (TC); il 23,6% in Toscana, il 52,6% in Sicilia e il 59,6% in Campania. Le percentuali sono molto superiori rispetto alla media europea (26,8%) e soprattutto 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 più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere (il 40,1% contro il 28,6%)⁹.

Diritti della donna e del bambino alla nascita

Nella maggior parte dei punti nascita¹⁰, anche in questo caso con rilevanti differenze tra le diverse Regioni, non sono ancora assicurati **standard internazionali relativamente ai diritti della donna e del bambino**, quali ad esempio la scelta della posizione in travaglio di parto, la presenza di un familiare al parto, l'immediato (salvo complicanze) contatto tra madre e

4 Per approfondimenti si veda 5° Rapporto CRC, pag. 63.

5 Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2009. Ministero della Salute www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1731_allegato.pdf.

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

7 Pediatria magazine. Volume 2, 10, 29 Ottobre 2012.

8 Si veda 5° Rapporto CRC, pag. 63. Disponibile su www.gruppocrc.net/salute-e-servizi-sanitari

9 Certificato di assistenza al parto (CeDAP), op. cit.

10 Certificato di assistenza al parto (CeDAP), op. cit.



neonato, l'attaccamento al seno entro la prima ora, il *rooming in*, una adeguata informazione alla dimissione ed un collegamento con i servizi territoriali per l'assistenza post-partum.

Counseling preconcezionale

Nonostante l'accesso all'informazione e al *counseling* preconcezionale sia in grado di ridurre significativamente l'incidenza di patologie genetiche, malformative ed infettive, non sono ancora stati realizzati interventi e politiche atti a garantire questo aspetto cruciale delle cure, oggetto di uno specifico programma del Ministero della Salute¹¹.

Malattie croniche

Un problema particolarmente rilevante per la salute dei bambini e degli adolescenti è quello delle malattie croniche. Come già evidenziato dal 5° Rapporto CRC¹², 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. Mediamente un bambino ogni 20 nati ha problemi di salute che lo accompagnano per tutta la vita, con frequenti interventi medici e ricoveri in ospedale. I dati disponibili su questo tema sono scarsi e mancano indagini appropriate che consentano un monitoraggio costante.

Nel 2010 un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità¹³ ha poi 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.

Casi di HIV/AIDS pediatrico

In Italia si stimano 140-150.000 casi di persone con HIV/AIDS. Fra i 63.891 casi di AIDS segnalati fino al 31 dicembre 2011, **780 (1,2%) sono casi pediatrici**, cioè pazienti minori di 13 anni

al momento della diagnosi di AIDS, o con età superiore ai 12 anni, ma con infezione acquisita dalla madre (30 casi, il 3,8%). **Il numero di casi pediatrici si è drasticamente ridotto nell'ultimo decennio**. 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 conclamato¹⁴.

Secondo il Registro Italiano di Pediatria, **nel 2010 sono nati 189 bambini da madre con infezione da HIV, 3 dei quali (1,6%) hanno acquisito il virus**. Nel 53% dei casi le madri che hanno partorito provengono da area endemica, il 27% riferisce come fattore di rischio rapporti sessuali e nel 5% l'uso di droghe per via iniettiva (nel 1990 erano quasi il 70%).

Nel 2011 in Italia vivevano 464 minori con infezione da HIV di cui 268 adolescenti (quasi tutti infetti dalla nascita). Crescere con l'infezione da HIV richiede, oltre a competenze mediche specialistiche, un supporto psicosociale adeguato: alcuni connotati della patologia (trasmissibilità per via sessuale, possibili effetti collaterali dei farmaci, rappresentazione sociale stereotipata della malattia) e della storia familiare rendono particolarmente complessi i processi di separazione e identificazione tipici della fase adolescenziale e necessari per la crescita armoniosa dei ragazzi.

Vaccinazioni

In Italia, come è noto, alcune vaccinazioni pediatriche sono obbligatorie per tutti (poliomyelite, difterite, tetano ed epatite virale B), mentre per altre, definite raccomandate (pertosse, morbillo, parotite, rosolia ed Haemophilus influenzae b), l'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. **Il Piano nazionale della prevenzione vaccinale**

¹¹ Progetto "Pensiamoci prima". Disponibile su www.pensiamociprima.net/content/Raccomandazioni.pdf.

¹² Si veda 5° Rapporto CRC, pag. 64.

¹³ Spinelli, Lamberti, Baglio, Nardone, Gruppo OKkio alla SALUTE 2010 – Istituto Superiore di Sanità, "OKkio alla SALUTE. Anno 2010".

¹⁴ Notiziario Istituto Superiore Sanità 2012;25 (10, Suppl. 1):3-47.



2012- 2014¹⁵, approvato con Intesa Stato-Regioni nel febbraio 2012, ha tra i propri obiettivi, quello di garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale. Per quanto riguarda l'infanzia e adolescenza, queste sono le principali novità: l'introduzione nel Piano del vaccino contro il papilloma virus, che, diventa gratuito per le ragazze tra gli 11 e i 12 anni; l'antimeningococco e l'antipneumococco sono calendarizzati a livello nazionale; il posticipo dell'introduzione del vaccino contro la varicella in tutte le Regioni al 2015.

Il Gruppo CRC raccomanda pertanto:

1. Al **Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, al Ministero della Salute e alle Regioni**, nell'ambito delle rispettive competenze, di: a) 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; b) di aumentare l'attenzione rispetto ai nuclei familiari con bisogni speciali; c) di introdurre sistematicamente il *counselling* preconcezionale; d) di garantire il supporto alle competenze genitoriali con particolare attenzione ai primi anni di vita; e) di garantire il rispetto dei diritti delle donne e dei bambini a partire dal momento della nascita;
2. Al **Ministero del Lavoro e 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 e perinatali, inclusa l'informazione e la prevenzione.

¹⁵ 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 131/2003. Rep. Atti n. 54/CSR del 22/02/ 2012, su www.statoregioni.it/Documenti/DOC_035260_54%20csr%20punto%204.pdf

