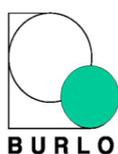




Milano, 25 maggio 2005



Il **Rapporto sulla salute del bambino in Italia** si propone di fornire un quadro d'insieme dello stato di salute di bambini e adolescenti, una componente della popolazione italiana che la demografia ci dice in costante diminuzione ma che con crescente evidenza la ricerca ci indica come un'epoca cruciale per la salute nelle decadi successive.

Il **Rapporto** presenta e commenta le informazioni disponibili sullo stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, sui determinanti e fattori di rischio, e propone sette aree prioritarie di intervento: 1) le cure perinatali nelle Regioni del Sud; 2) gli incidenti nei ragazzi e giovani adulti; 3) la salute mentale; 4) il sovrappeso e l'obesità; 5) la salute ambientale; 6) le disuguaglianze in salute; 7) il sistema informativo.

Il **Rapporto** si rivolge innanzitutto a quanti, nelle Regioni, nelle Aziende e nei Distretti è chiamato a produrre e analizzare dati, a definire piani e a mettere a punto interventi; in secondo luogo, a tutti gli operatori dei servizi sanitari per l'infanzia, che possono trarre vantaggio da una miglior comprensione degli scenari in cui si trovano ad operare e delle politiche e dei programmi cui sono chiamati a contribuire.

Giorgio Tamburlini, pediatra, attualmente Direttore Scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo. Esperto di sanità pubblica e politica sanitaria in campo materno-infantile, si è occupato in particolare di programmi di salute nei paesi in via di sviluppo e delle implicazioni per la salute del bambino delle esposizioni ambientali, lavorando per l'OMS, l'Unione Europea e la Banca Mondiale.

Luca Ronfani, pediatra ed epidemiologo, attualmente responsabile del servizio di epidemiologia dell'IRCCS BG. Fino al 2004 è stato responsabile scientifico del Centro per la Salute del Bambino ONLUS, coordinando tra l'altro il progetto conoscere per prevenire ("sei più uno") e il progetto sugli indicatori di salute infantile.

Anna Macaluso, pediatra con formazione in sanità pubblica, ha lavorato in programmi di prevenzione e formazione in campo materno-infantile. Attualmente è pediatra di famiglia e collaboratrice del CSB-ONLUS

Prefazioni

L'IRCCS Burlo Garofolo è un ospedale pediatrico e materno-infantile, fornisce cure di eccellenza per una vasta gamma di condizioni rare o complesse, svolge attività di ricerca soprattutto a carattere traslazionale in diverse aree comprendenti la medicina materno-fetale e la neonatologia, la patologia pediatrica cronica quali i tumori infantili, le malattie autoimmuni, le malattie rare, le encefalomiopatie, i disordini della coordinazione motoria, gli approcci chirurgici mininvasivi e in diversi altri campi. A questo scopo si utilizzano gli approcci, oggi insostituibili per la ricerca medica, della biologia molecolare, della bioinformatica, delle nanotecnologie, con una rete in continuo ampliamento di collaborazioni interdisciplinari.

La salvaguardia della salute richiede tuttavia anche un forte impegno nella ricerca epidemiologica, e sanitaria. Da sempre, una delle aree di ricerca del Burlo Garofolo è dedicata all'epidemiologia ed alla ricerca sui servizi e sulla qualità delle cure. Questo campo di indagine e di lavoro è indispensabile per fornire risposte agli interrogativi sui fattori causali e contributivi delle malattie, sull'andamento dello stato di salute e soprattutto sugli interventi efficaci in grado di migliorare la salute delle popolazioni; ma anche per generare nuove ipotesi da verificare con la ricerca biologica, e per identificare nuovi bisogni formativi corrispondenti a bisogni emergenti di salute. Oggi, le crescenti evidenze sugli effetti a lungo termine di quanto avviene nelle prime epoche della vita stanno ad indicare che questo è più che mai vero.

Questo Rapporto e i due annessi che lo arricchiscono costituiscono alcuni esempi del lavoro fatto in questo campo di ricerca e di intervento dal Burlo Garofolo in collaborazione con Regioni, Istituti di ricerca, associazioni professionali e non-profit. In questo modo l'Istituto ha fornito informazioni e modelli di intervento all'insieme del Servizio sanitario nazionale, rispondendo pienamente a quello che costituisce il mandato fondamentale di un IRCCS.

Il sistema informativo sanitario rappresenta una componente cospicua del "cervello" di un sistema sanitario. Mette a disposizione informazioni sullo stato di salute e su quanto i servizi fanno, indicando quindi le coordinate per l'azione di programmazione del sistema sanitario. La quantità di risorse che è stato necessario impegnare per raccogliere i dati condensati in questo rapporto - con il fondamentale contributo dell'Associazione Culturale Pediatri e del Centro per la Salute del Bambino-ONLUS - così come per svolgere l'indagine sugli indicatori di salute e per avviare e valutare il progetto di prevenzione "sei più uno" (si vedano i due annessi) stanno a indicare che questo "cervello" richiede ancora una robusta iniezione di risorse per svolgere appieno la sua funzione. Sul piano degli interventi di prevenzione "guidati", per quanto ci possa dire un sistema informativo, siamo ancora lontani da uno standard europeo. Fortunatamente proprio in queste settimane qualcosa si è mosso, con l'approvazione di un Piano Nazionale della Prevenzione che viene proposto alle Regioni per la sua attuazione. In questo contesto crediamo che il rapporto - e gli aggiornamenti che ci si propone di apportare nella sua versione on-line - possa contribuire con elementi di riflessione e con diverse indicazioni per l'azione pratica.

Giorgio Tamburlini

Direttore Scientifico
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Questo Rapporto va inteso anzitutto come uno strumento di lavoro per chiunque si occupi di salute pubblica sia per motivi di studio che per operare scelte strategiche nel campo della salute dell'infanzia a livello locale o nazionale.

In gran parte del mondo "sviluppato" vengono annualmente confezionate e pubblicate, come pubblico servizio, le cosiddette statistiche vitali che sono esposizioni longitudinali della salute delle popolazioni e, per quanto ci riguarda, della salute materno-infantile. Le statistiche vitali sono confezionate in modo standardizzato, anche graficamente, per potere essere confrontate anno dopo anno; per potere, auspicabilmente, cogliere con facilità ciò che cambia e ciò che rimane fermo per potere adeguare la politica sanitaria ai cambiamenti dello stato di salute.

Le statistiche vitali servono anche a stabilire nel mondo la posizione della nazione che le pubblica rispetto alle altre; e, nel nostro caso (ma anche nel caso di altre nazioni, si pensi agli USA) le disuguaglianze interne che la caratterizzano.

Il Rapporto 2005 vuol fare quindi parte del materiale di lavoro di base lasciando ad altri materiali, di cui si dice nel Rapporto stesso, l'approfondimento di singoli aspetti dei problemi della salute materno -infantile. Dopo avere ringraziato gli Autori per questa fatica che nasce dall'ottimismo della volontà non si può non pensare a quanto giochi nel nostro paese il pessimismo della ragione.

Il nostro paese è da tempo disabituato a scelte ragionate in campo materno – infantile. I Piani sanitari nazionali più recenti, trascurano in maniera sconsolante l'ambito della maternità ed infanzia sebbene le maggiori organizzazioni internazionali sottolineino, da tempo, la necessità di investire risorse essenziali sui primi anni di vita.

A conferma di questo disinteresse, riscontriamo ogni giorno come in un paese in cui i problemi sono oramai prevalenti nel campo della cronicità o comunque della lunga scadenza in tutti le fasi della vita (il 10% dei bambini è asmatico, il 13% obeso, il 2.5% è in qualche modo disabile, il 16% ha problemi di salute mentale, il 5% degli adolescenti usa droghe da discoteca o ectasy), ci si continua ad occupare, con grande impegno e con grande dispendio di energie intellettuali, prevalentemente sui problemi delle acuzie e su quelli alle acuzie connessi come gli accessi ai pronti soccorsi mentre vengono trascurati gli aspetti organizzativi relativi alla organizzazione distrettuale nella quale si gioca attualmente l'incontro fra l'assistenza sanitaria e sociale che è alla base della soluzione dei problemi di cui sopra si è accennato.

Ci auguriamo che il legame fra aiuto alla conoscenza dei dati, cui questo Rapporto attiene, ed operatività programmatoria diventi più stretto nel futuro.

*Giancarlo Biasini
Pediatra
Presidente del Centro per la Salute del Bambino, Trieste*

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Questo rapporto rappresenta un'occasione di riflessione ulteriore su problemi e priorità nell'area della salute infantile in Italia. L'ACP è fermamente convinta della necessità di partire dall'informazione per programmare formazione e ricerca. Da quanto emerso, risulta necessario ripensare alla formazione del pediatra del futuro ed alla priorità della ricerca di base.

Molti temi di salute pubblica richiedono una vera collaborazione tra operatori sanitari, sociali ed educatori.

Stringendo il commento alla mia visuale di pediatra di trincea, posso dire di veder passare, quotidianamente, questi problemi dal mio ambulatorio (difficoltà ad allattare al seno, problemi relazionali e comportamentali, patologie croniche e disabilità e problemi legati alle disuguaglianze). La sensazione di frustrazione del singolo rispetto all'approccio dell'obesità, al sostegno alla genitorialità, alla salute mentale ed alla devianza, resta notevole. Come messo in evidenza dal rapporto e con dati che si commentano da soli, è indispensabile pensare ad un approccio di comunità alle criticità emerse. Va inoltre aggiunto che nella prevenzione e nella cura di tutte queste problematiche, non è in discussione l'efficacia dell'intervento in sé, ma come lo si attua. Basti pensare all'obesità dove, in teoria, tutti sanno cosa si deve fare, ma ci si dimentica che senza l'alleanza terapeutica del bambino e della famiglia, nessun vero cambiamento è possibile. Un atteggiamento meno prescrittivi ed una vera attenzione al sistema, restano fondamentali per un tentativo di prevenire e curare.

Mi piace sottolineare alcuni aspetti del rapporto:

- 1. La maggior attenzione alla salute ambientale a cui anche l'ACP sta dedicando un'attenzione particolare in ambito di formazione.*
- 2. L'estensione del progetto "Nati per leggere" che rappresenta una convergenza di Saperi e di professionalità nell'ottica del sostegno alla genitorialità.*

Per concludere, ritengo che tutte le Associazioni Pediatriche non possano ignorare questo rapporto e tutti i pediatri, indipendentemente dal loro ruolo professionale, non possano non riflettere sulla complessità che emerge e che li travolge nel loro isolamento.

Il confronto della pediatria con la Società che cambia, non è procrastinabile e richiede un approccio ai problemi basato sulla complessità, con il coinvolgimento di tutti gli attori citati nel progetto ed in primo luogo delle famiglie.

*Michele Gangemi,
pediatra di famiglia, Verona
Presidente dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)*

Indice

Presentazione.....	VII
Sommario.....	IX
Capitolo 1- Stato di Salute e fattori di rischio.....	1
1.1 Mortalità infantile.....	2
1.2 Mortalità 1-14.....	2
1.3 Mortalità 15-24.....	3
1.4 Disabilità.....	4
1.5 Asma.....	5
1.6 Tumori.....	5
1.7 Altre patologie croniche.....	6
1.8 Sovrappeso e obesità.....	6
1.9 HIV/AIDS.....	6
1.10 Salute mentale.....	7
1.11 Abuso e maltrattamento.....	7
1.12 Gravidanza e IVG.....	8
1.13 Incidenti sul lavoro.....	8
Capitolo 2- Determinanti, fattori di rischio e di protezione.....	9
2.1 Diseguaglianze socio economiche.....	10
2.2 Fecondità.....	11
2.3 Prematuri e basso peso.....	11
2.4 Salute riproduttiva.....	11
2.5 Condizioni di salute auto-riferite e rapporto con i servizi sanitari tra gli adolescenti.....	11
2.6 Fumo di tabacco.....	12
2.7 Abuso di sostanze.....	12
2.8 Esposizione a inquinanti ambientali.....	12
2.9 Allattamento al seno.....	14
2.10 Vaccinazioni.....	14
2.11 Promozione della Lettura ad alta voce.....	16
Capitolo 3- Priorità.....	17
3.1 Cure perinatali.....	18
3.2 Salute mentale del bambino e dell'adolescente.....	18
3.3 Prevenzione degli incidenti negli adolescenti e giovani adulti.....	19
3.4 Prevenzione dell'obesità.....	19
3.5 Diseguaglianze.....	20
3.6 Esposizioni ambientali.....	21
3.7 Sistema informativo.....	21
Annesso : Italia ed Unione Europea a confronto	22
Bibliografia.....	23

Presentazione

Nel preparare il Rapporto sulla salute del bambino in Italia ci siamo proposti di fornire un quadro d'insieme dello stato di salute di bambini e adolescenti, una componente della popolazione italiana che la demografia ci dice in costante diminuzione, ma che con crescente evidenza la scienza ci indica come un'epoca cruciale per la salute nelle decadi successive.

Il Rapporto si rivolge a un pubblico potenzialmente vasto: innanzitutto a quanti, nelle Regioni, nelle Aziende e nei Distretti è chiamato a produrre e analizzare dati, a definire piani e a mettere a punto interventi; in secondo luogo a tutti gli operatori dei servizi sanitari per l'infanzia, che possono trarre vantaggio da una miglior comprensione degli scenari in cui si trovano ad operare e delle politiche e dei programmi cui sono chiamati a contribuire.

Il gruppo degli estensori è caratterizzato dalla formazione sia in pediatria che in salute pubblica, da una consolidata esperienza sia nella produzione che nell'analisi di dati sanitari, e da una altrettanto consolidata esperienza di lavoro per Enti pubblici nazionali, in particolare Regioni e Aziende Sanitarie, e per Agenzie internazionali nel campo dei programmi materno-infantili.

Si è detto che il Rapporto intende fornire un quadro di insieme, sintetico, di dati selezionati accanto ad una interpretazione degli stessi che possa risultare utile ai lettori per meglio comprendere la realtà in cui operano e meglio identificare il che fare. Il lavoro quindi non pretende in nessun modo di essere esaustivo dell'informazione esistente, e sconta i limiti insiti nella qualità e nella completezza della informazione disponibile, non a caso indicata dal Rapporto come uno dei punti deboli del sistema sanitario italiano. Il rapporto è focalizzato sugli aspetti relativi alla salute e quindi non intende né può sostituirsi ad alcuna delle pubblicazioni relative alla condizione complessiva dell'infanzia e dell'adolescenza, delle quali anzi si raccomanda la consultazione. Le principali sono i Rapporti pubblicati dal Centro Nazionale di Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza a partire dal 1998 (accessibili anche sul sito www.minori.it) e i Rapporti sulla condizione dell'Infanzia, Pre-adolescenza e Adolescenza pubblicati a partire dal 2000 da Eurispes e Telefono Azzurro. Recentemente è inoltre apparso *Nascere e Crescere oggi in Italia* (Campi e Bonati 2005), una utilissima rappresentazione di indicatori della condizioni infantile disaggregati per Regioni.

Nella presentazione dei contenuti è stata operata la scelta di presentare l'informazione suddivisa in tre capitoli: 1) dati relativi allo stato di salute (mortalità e morbosità, cui sono dedicate le prime due sezioni); 2) determinanti/fattori di rischio (o di protezione, per quanto possibile); 3) politiche e interventi. Il Rapporto è quindi completato da due annessi. Il primo, che rappresenta il prodotto di un progetto finalizzato del Ministero della Salute, riguarda l'analisi dei dati disponibili in due Regioni italiane, Friuli Venezia Giulia e Calabria e si propone l'intento di evidenziare sia le differenze critiche nello stato di salute alle diverse età che ancora caratterizzano l'Italia, i forti limiti nella informazione disponibili, e d'altra parte anche le chiare indicazioni programmatiche che possono derivare dall'analisi dei dati disponibili, qualora li si voglia effettivamente interrogare. Il secondo è il risultato di un progetto, anch'esso finanziato dal Ministero della Salute in collaborazione con la Regione Basilicata, Piemonte e Friuli Venezia Giulia, che probabilmente per la prima volta in Italia si è proposto di realizzare e valutare interventi di prevenzione su larga scala. Nel loro insieme, i due annessi

rappresentano, così almeno nelle nostre intenzioni, un ulteriore stimolo alla riflessione e alla azione.

Questa pubblicazione costituisce la prima completa revisione del Rapporto sulla salute del bambino prodotto dal Centro per la Salute del Bambino (CSB) e dall'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste nel 2002 (Macaluso 2003). La continuità e lo sviluppo di questo lavoro è stata voluta e appoggiata, oltre che dalle due istituzioni già citate, anche dall'Associazione Culturale Pediatri (ACP). Sin dalla sua nascita il rapporto è stato definito come "work in progress", soggetto dunque a revisioni periodiche, integrazioni e modifiche sulla base sia dei dati che senza soluzione di continuità vengono ad essere accessibili, sia del contributo fornito dai lettori. Per questi motivi il Rapporto, in una versione periodicamente aggiornata sarà disponibile anche sui siti web dell'IRCCS Burlo Garofolo (www.burlo.trieste.it), del CSB e dell'ACP (www.acp.it).

Luca Ronfani, Anna Macaluso, Giorgio Tamburlini e Laura Cogoy

Ringraziamenti

Si ringraziano per i commenti e i contributi: il Gruppo collaborativo SIDRIA-2, ed in particolare Claudia Galassi e Francesco Forastiere; Franca Rusconi (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana); Dante Baronciani (CeVEAS, Modena); Maurizio Bonati (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano).

Sommario

Per quanto riguarda i **tassi di mortalità**, quelli relativi al primo anno di vita continuano a ridursi, sia pure a ritmo inferiore che in passato, mentre persistono differenze notevoli nella mortalità neonatale tra Regioni del Sud (4,3‰) Centro (2,9‰) e Nord (2,5‰). Resta invece elevata la mortalità nel gruppo 15-24 anni al Nord (54 per 100.000 contro 42 al Sud), in gran parte dovuta ad incidenti.

Per quanto riguarda le **condizioni croniche**, il trend temporale è in aumento, per l'obesità (prevalenza a 13 anni del 9-13%). Una evidente area di priorità è costituita dalla salute mentale con una prevalenza di problemi, sia pure molto articolati e di diversa severità, che nel loro complesso arrivano ad interessare fino al 16% dei ragazzi in età scolare.

Per quanto riguarda **determinanti e fattori di rischio**, i dati disponibili indicano l'esistenza di diseguaglianze socioeconomiche negli esiti di salute, quantificabili in un aumento del rischio variabile tra 1,3 e 2,2 volte per i figli di donne con educazione elementare rispetto ai figli di donne con laurea, per condizioni quali il basso peso, la mortalità post-neonatale, l'obesità. Tali disuguaglianze in molti casi appaiono in aumento. Desti inoltre preoccupazione che:

- la quota di neonati di basso peso (6,5% nel 2002) e quella di neonati di peso molto basso (intorno all'1%) resti sostanzialmente stabile;
- dagli anni 90 ci sia stato un aumento di giovani fumatori soprattutto tra le ragazze;
- il 5% degli adolescenti usi ecstasy o altre "droghe da discoteca" (in aumento).

Sulla base di criteri quali il peso sanitario, i margini di intervento/evitabilità, l'esistenza di tendenze epidemiologiche sfavorevoli, l'importanza di principio o strategica, vengono suggerite sette aree prioritarie:

1. le cure perinatali nelle Regioni del Sud;
2. gli incidenti nei ragazzi e giovani adulti;
3. la salute mentale;
4. il sovrappeso e l'obesità;
5. il sistema informativo
6. la salute ambientale
7. le diseguaglianze

Capitolo 1

Stato di salute e fattori di rischio

Dati di rilievo

- La salute psico-sociale assieme a quella mentale rappresentano l'area dove la prevalenza dei problemi è più alta in assoluto (un ragazzo su 6 ha qualche problema di salute mentale, una ragazza su 7 è stata oggetto di molestie sessuali, una su 30 di abuso sessuale grave)
- il sovrappeso si conferma in aumento nella popolazione pediatrica italiana, con livelli superiori alla media europea;
- la crescita della prevalenza di asma nei bambini sembra essersi arrestata Sono peraltro in aumento altre patologie allergiche quali rinite allergica ed eczema;
- le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) sotto i 20 anni in Italia presentano negli ultimi anni un trend in salita, presumibilmente per l'aumento del contributo all' IVG delle donne straniere;
- l'incidenza di tumori in età pediatrica si conferma in aumento di circa 1%all'anno).

1.1 Mortalità infantile

Nel 2001 la mortalità infantile (MI) in Italia è stata del 4,4 per 1000 nati vivi, valore sostanzialmente in linea con quello medio dell'Unione Europea (UE) che è stato stimato al 4,2‰ nel 2001. I dati disponibili confermano:

- 1) la tendenza alla riduzione del tasso medio italiano (5,4; 4,9; 4,5‰ rispettivamente nel 1997, 1999, 2000);
- 2) la persistenza di notevoli differenze tra il dato del Nord, Centro e Sud Italia (nel 2001 rispettivamente 3,5, 3,9 e 5,6‰) da riferirsi in gran parte alla diversa mortalità neonatale presente nelle tre aree geografiche (**Figura 1**). L'analisi dei dati di mortalità nei neonati di peso molto basso (< 1500 gr.) mette in evidenza un gradiente analogo di mortalità tra le regioni meridionali e settentrionali (23,4% di mortalità al Sud contro il 19,9% al Centro e il 14,5% al Nord).

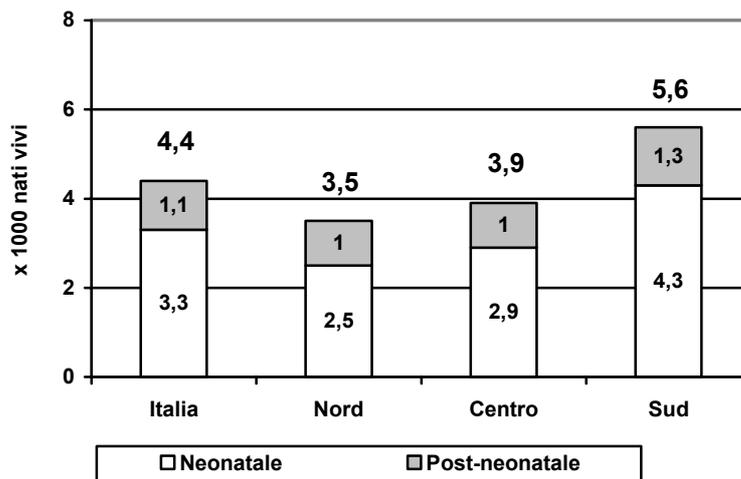
Condizioni perinatali (2,5‰) e malformazioni congenite (1,4‰) spiegano l'85% circa della mortalità nel primo anno di vita in Italia, senza sostanziali variazioni rispetto agli ultimi anni.

Il dato relativo alla SIDS, la principale causa di morte nel periodo post-neonatale, può essere stimato tra lo 0,2 e lo 0,4 ‰ a seconda che si conteggino o meno tutte le morti di causa incerta e quindi possibilmente ascrivibili a SIDS (Buzzetti 2000, Monti 2004). Traumatismi e avvelenamenti in questa fascia di età spiegano il 2% circa della mortalità.

Citiamo qui brevemente il dato della natimortalità, che nel 2001 in Italia è risultato pari al 3,2‰ nati. Tale valore, sebbene in calo rispetto agli anni precedenti e più basso rispetto alla media europea (4,5‰ nati), è probabilmente sottostimato vista la definizione adottata nel nostro paese.

I tassi di mortalità infantile relativi al 2001 riferiti sia ai nati vivi che alla popolazione residente sono disponibili on-line sul sito dell'ISTAT¹. I dati sono presentati scorporati per sesso, età, grandi gruppi di cause e ripartizione geografica.

Figura 1. Tasso di mortalità infantile in Italia nel 2001, per area geografica e suddiviso nelle sue due principali componenti (mortalità neonatale: dalla nascita al 28° giorno di vita; post-neonatale: dal 29° giorno di vita alla fine del primo anno).



1.2 Mortalità 1-14 anni

Nel 2001 il tasso di mortalità in questa fascia di età è stato di 15 per 100.000 residenti, sostanzialmente in linea con il dato medio dell'Unione Europea (nel 1998 18,5 per 100.000) e pressoché invariato rispetto al dato del 1999 e del 2000 (nel 1997 il tasso

¹ [percorso: da home page > Società > Sanità e previdenza > DATI > indicatori socio-sanitari regionali > 3. Mortalità > scarica le tavole (file zippato) > tavola 3.2].

era invece più alto, 19,7 x 100.000). Le due principali cause di morte sono tumori (26%) e traumatismi/avvelenamenti (26%).

I tassi del 2001 sono disponibili on-line sul sito dell'ISTAT per grandi gruppi di cause e ripartizione geografica di residenza².

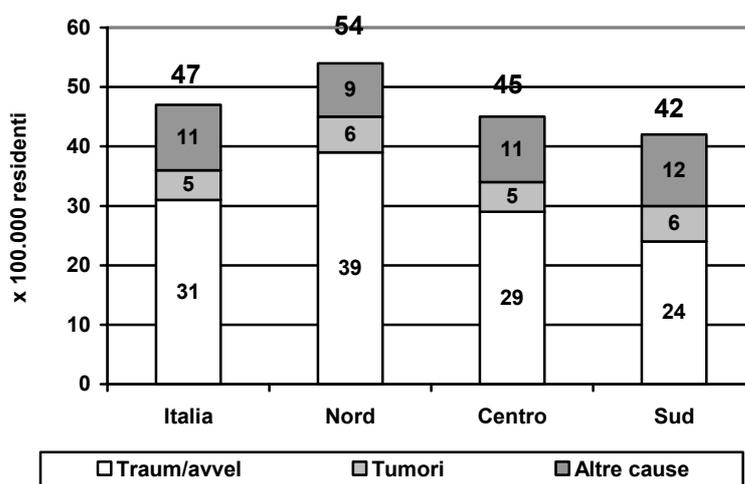
1.3 Mortalità 15-24

Nel 2001 il tasso di mortalità 15-24 anni è stato pari a 47 per 100.000 residenti (**Figura 2**). Come per gli anni precedenti, si conferma il differenziale esistente tra nord Italia, in cui il dato risulta essere più elevato (54 per 100.000) rispetto a Centro e Sud Italia (45 e 42 per 100.000 rispettivamente). Questa differenza è legata alla mortalità per traumatismi/avvelenamenti, che è superiore al Nord (39 per 100.000) rispetto al Sud (24 per 100.000). La mortalità per traumatismi/avvelenamenti rappresenta la principale causa di morte in questa fascia di età (dato medio per l'Italia 31 per 100.000). Tale categoria comprende gli incidenti stradali che rappresentano il 57% delle morti legate a traumatismi e il 37% del totale, e i suicidi che, in questa fascia di età, rappresentano una piccola proporzione delle morti (nel 1997 1,8 per 100.000 tra 14 e 17 anni, 8 per 100.000 tra 18-24 anni). La seconda causa di morte nella fascia 15-24 anni è rappresentata dai tumori (5 per 100.000).

Esistono importanti differenze di genere nella mortalità in questo gruppo etario: il rischio di morire per un maschio nella fascia 15-24 è infatti doppio rispetto a quello di una femmina (triplo se si considerano solo gli incidenti).

Un interessante corollario del diverso andamento della mortalità nei diversi gruppi di età al Nord e al Sud è che, poiché l'eccesso di mortalità al Nord dopo il 1° anno e fino al 24° compensa l'eccesso di mortalità al Sud nel primo anno (in realtà nel primo mese), la probabilità di decesso entro i primi 25 anni nelle due aree è la stessa (**Figura 3**) (Macaluso 2003, Ronfani 2001)³.

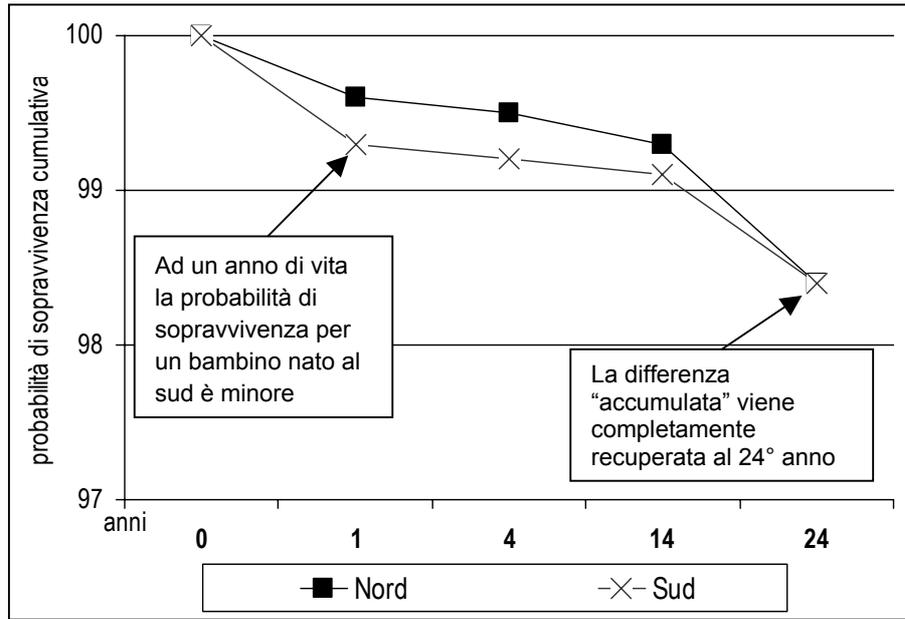
Figura 2. Tasso di mortalità 15-24 anni in Italia nel 2001, per area geografica e per principali cause.



² [percorso: da home page > Società > Sanità e previdenza > DATI > indicatori socio-sanitari regionali > 3. Mortalità > scarica le tavole (file zippato) > tavola 3.3.3].

³ Sul sito dell'ISTAT nelle stesse tabelle già citate per la classe 1-14 sono disponibili i dati relativi alla mortalità 15-24.

Figura 3. Analisi comparativa della mortalità 0-25 anni, Nord/Sud Italia (spiegazione nel testo).



1.4 Disabilità

In un paese come l'Italia a mortalità infantile molto bassa, il numero di soggetti affetti da disabilità dovrebbe costituire un indicatore della massima importanza, in quanto espressione sia della qualità delle cure che dei bisogni assistenziali. Purtroppo la qualità dei dati relativi alla disabilità in età infantile è insufficiente soprattutto a causa delle definizioni utilizzate, estremamente generiche, insufficienti a descrivere il fenomeno in maniera esaustiva e non omogenee. Al momento l'unica fonte di dati organizzata, informatizzata ed uniforme a livello territoriale che fornisca informazioni sulle persone disabili è l'indagine Multiscopo (**Tabella 1**) (ISTAT 2001).

E' possibile stimare che una condizione di disabilità significativa, che comporti dunque importanti limitazioni funzionali, anche se compensate sul piano funzionale e socialmente non discriminanti, interessi circa il 4 per mille dei bambini in età scolare (6-14 anni). Una rilevazione sistematica effettuata a Bergamo nel 1994, avendo misurato i soggetti affetti da condizione cronica significativa (29,3 per mille) e quelli affetti da problematiche neuro-psichiche e comportamentali (15,7 per mille) (Buzzetti 1994) giunge infatti a queste stime complessive.

Date queste premesse, non è possibile dare un giudizio sui trend temporali, che tutt'al più potrebbero essere evidenziati per singole condizioni: ad esempio, l'incidenza della sindrome di Down tra i nati vivi è in calo per effetto della diagnosi prenatale e conseguente interruzione di gravidanza in molti dei casi risultati positivi, anche se l'incidenza tra i concepiti è probabilmente in aumento in relazione all'aumento di gravidanze in età avanzata.

Un confronto con dati Europei, sempre da prendersi con cautela, testimonierebbe una situazione nella media europea (15-20 per mille) per le disabilità severe in età scolare, esclusa la patologia cronica, sulla base di una definizione simile a quella usata per la Multiscopo.

Tabella 1. Disabilità in Italia in età pediatrica.

	Caratteristiche	Principali limiti	Valore
ISTAT, indagine Multiscopo (1999-2000)	Rilevazione quinquennale. Disabilità: difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle attività della vita quotidiana	Non è possibile rilevare la disabilità sotto i 6 anni; unità di analisi è la famiglia (non rilevati i disabili stabilmente in istituzione); sottostima della disabilità mentale	15,6x1000 (6-14 anni)
Rilevazione SINPIA	Rilevazione ad hoc effettuata sui servizi della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Dato relativo alla sola Regione Lazio	16-20x1000 (bambino)
Certificazione finalizzata alla richiesta di insegnanti di sostegno	Rilevazione annuale. Distinzione in tre macro-categorie (disabili della vista, dell'udito e psicosofisici)	Importanti variazioni tra aree legate alla soglia di sensibilità; inoltre importanti patologie croniche (asma grave, diabete, fibrosi cistica, ecc) non ricadono nella certificazione	23x1000 (6-14 anni)

1.5 Asma

Lo studio internazionale multicentrico ISAAC (ISAAC 1998), fornisce un dato medio di prevalenza di asma in età scolare in Italia dell'8-10%. In risultati dello studio ISAAC-SIDRIA-2, riferito all'anno 2002 (SIDRIA-2^a fase 2005, in press), che ha coinvolto in 13 città italiane più di 20.000 bambini di 6-7 anni e più di 16.000 adolescenti di 13-14 anni, ed ha utilizzato quale fonte informativa dei questionari standardizzati, mostrano che nell'insieme delle aree in studio, la prevalenza di asma nella vita è risultata del 9,3% tra i bambini e del 10,3% tra gli adolescenti; le prevalenze nella vita di rinite allergica e di eczema sono risultate pari, rispettivamente, a 12,3% e 15,9% nei bambini ed a 20,9% e 11,9% negli adolescenti. Rispetto agli altri Paesi europei partecipanti ad ISAAC, l'Italia si conferma in una fascia a prevalenza medio-bassa per i disturbi respiratori ed allergici in età pediatrica. Il confronto con i dati raccolti nel primo studio SIDRIA che si riferiva al periodo 1994/95 ha permesso di mettere in evidenza che la prevalenza di asma non si è sostanzialmente modificata, mentre in entrambi i gruppi di età si è verificato un incremento nella prevalenza di rinite allergica ed eczema.

1.6 Tumori

In Italia nella decade 1990-2000 l'incidenza del complesso dei tumori infantili in bambini sotto i 15 anni era di 14-15 per 100.000. Il trend temporale sembra in aumento, come per molti altri paesi sviluppati: in particolare, il Registro Tumori della Regione Piemonte segnala un aumento di incidenza della leucemia linfoblastica acuta nel periodo dal 1967 al 1994 (dal 41,3 al 62,4 per milione sotto i 15 anni). Una recente pubblicazione riporta trend temporali e distribuzione geografica dell'incidenza di cancro e della sopravvivenza tra bambini e adolescenti in Europa a partire dagli anni 70 (progetto ACCIS). Al progetto hanno partecipato anche alcune aree italiane (che coprono il 21% della popolazione di bambini e adolescenti in Italia). 14 x 100.000 nella fascia 0-14 e 15,7 x 100.000 in quella 0-19 sono i tassi di incidenza standardizzati per età negli anni 90. Nelle tre decadi considerate, l'incidenza complessiva è aumentata dell'1% per anno nei bambini e dell'1,5% per anno nella fascia 15-19 anni. Dati confortanti vengono dalla sopravvivenza complessiva a 5 anni che attualmente è del 64% nell'Est e 75% nell'Ovest Europa, con miglioramento drammatico a partire dagli anni 70 (Steliarova-Foucher 2004). Questi dati sono molto simili a quelli riportati da altri studi, quali

l'EUROCARE-3 (72% di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi per tutti i tumori maligni in Europa e in Italia)⁴.

Anche se non riguarda la popolazione pediatrica dal punto di vista degli esiti, ma certamente la riguarda dal punto di vista delle azioni, l'aumento considerevole del melanoma e più in generale del cancro della pelle nella popolazione adulta costituisce un fenomeno preoccupante (Baccarelli 2002).

1.7 Patologie croniche

Diversi studi stimano la prevalenza di malattie croniche in età scolare intorno al 25% per mille. Questo dato esclude l'asma lieve, non considera sicuramente l'obesità ed evidentemente l'intolleranza al glutine la cui prevalenza in bambini in età scolare è stata recentemente stimata in 1 su 100 (Fasano 2003, Tommasini, 2004). Le malattie rare riguardano nel loro complesso circa un bambino su 200.

1.8 Sovrappeso e obesità

Solo recentemente è stato adottato un criterio internazionalmente condiviso per la definizione di sovrappeso e di obesità, elaborato dall' *International Obesity Task Force* (IOTF) e basato sui centili, per età e per sesso, del *body mass index*⁵ (Lobstein 2004). Tutti gli studi disponibili effettuati in diverse regioni italiane sono disomogenei in quanto a criteri diagnostici. Secondo una recente indagine che utilizza i criteri IOTF (Caroli 2003), il 36% dei bambini italiani a 9 anni risultano in sovrappeso, di cui il 12% sono obesi. Esiste un trend in aumento e tendenzialmente le regioni del sud presentano una prevalenza di sovrappeso più alta rispetto a quelle del nord. Nuovi dati su questo aspetto sono contenuti nello studio SIDRIA-2: la prevalenza di soggetti in sovrappeso o francamente obesi è risultata pari al 33% nei bambini di 6-8 anni esaminati e intorno al 12% negli adolescenti di 13-14 anni; in entrambi i gruppi di età, sia il peso medio al momento dell'indagine che la quota di soggetti sovrappeso sono risultati più elevati al Sud rispetto al Nord e Centro Italia. Nelle stesse aree meridionali sono risultate maggiormente diffuse alcune squilibrate abitudini alimentari e stili di vita sedentari. Il dato italiano di sovrappeso/obesità è superiore a quello medio europeo che nella fascia di età 5-9 anni risulta essere pari a 23-24% e nella fascia 5-17 intorno al 20%. Anche in Europa esiste un trend in aumento nord-sud (Lobstein 2004).

1.9 HIV/AIDS

Nel periodo 1995-97, la prevalenza è di 6,2 casi per milione di soggetti tra 0 e 14 anni. Questo dato è significativamente superiore alla media dell'Unione Europea che era nello stesso periodo di 4 casi per milione. Va tuttavia segnalato che negli ultimi anni vi è stata una drastica riduzione dell'incidenza di nuovi casi di HIV/AIDS pediatrico: si è passati da 83 casi nel '95 a 19 nel '98.

⁴ Maggiori informazioni sullo studio EUROCARE e in generale sui tumori anche in età pediatrica sono disponibili on-line su Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/tumori/eurocare3.htm>).

⁵ Materiali utili sul *Body Mass Index* e sull'utilizzo dei percentili possono essere reperiti al seguente indirizzo: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/powerpoint/slides/038.htm o più in generale alle pagine web del CDC (*Centre for Disease Control*) di Atlanta che si occupano di sovrappeso e obesità (www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/index.htm). È possibile inoltre reperire informazioni in italiano su Epicentro: www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/obesita.htm.

1.10 Salute mentale

Mancano anche per questa area rilevazioni effettuate su base nazionale utilizzando strumenti e criteri diagnostici condivisi. Indagini effettuate su ambiti di popolazione sufficientemente ampi (delle dimensioni di un'azienda territoriale) sono concordi nell'indicare la frequenza delle principali categorie diagnostiche (**Tabella 2**). Nella Regione Lazio è stata identificata l'esistenza di problemi di salute mentale nel 16,7% di 962.224 soggetti di età inferiore ai 18 anni (**Tabella 3**). Questo valore comprende sia la disabilità con componente psichica, sia i disturbi psicopatologici e neuropsicologici, sia la depressione e/o i disturbi della sfera psico-sociale. Le stime europee non si discostano da questi dati. Rispetto alla problematica suicidio l'Italia presenta tassi di mortalità molto inferiori alla media europea (6 per 100.000 soggetti tra i 15 e i 18 anni contro una media di 15) ma molto simili ai tassi negli altri paesi del Sud Europa quali Grecia, Portogallo e Spagna (*European Commission 2000*). Il tasso di suicidi nei maschi è di circa 4 volte superiore che nelle ragazze.

Tabella 2. Salute mentale in Italia in età pediatrica (*fonte: SINPIA, 2002*)

Disturbo	Prevalenza
Disturbi pervasivi dello sviluppo	0,8%
Disturbi apprendimento	5-6%
Disturbi severi del comportamento	1,6%
Depressione	8%
Anoressia	0,6-0,8%
Bulimia	1-2 %
Suicidio	5,3 per 100.000 15-24 anni (8,8 M; 1,9 F)

Tabella 3. Salute mentale nel Lazio, indagine su 962.224 soggetti di età inferiore ai 18 anni.

Disabilità persistenti	1,6-2%
Disturbi psicopatologici e/o neuropsicologici	6,7-7,2%
Sofferenza silenziosa e/o grave disturbo psicosociale	8%
Totale	16,7%

1.11 Abuso e maltrattamento

L'unico dato disponibile basato su una rilevazione metodologicamente curata è quello relativo all'inchiesta CISMAI del 1997 (Di Blasio 1999) che, per una rilevazione effettuata in 8 centri italiani, dava una incidenza di casi di abuso e maltrattamento segnalati ai servizi del 5 per mille in un anno, di cui circa il 16% di abuso sessuale. Se si deve dar credito alle indagini retrospettive effettuate in vari paesi europei, il fenomeno può essere molto più rilevante di quanto deducibile da questo dato. Infatti, un recentissimo studio epidemiologico retrospettivo realizzato in un campione di 3000 studenti frequentanti le classi quinte delle scuole superiori nella città di Milano durante l'anno scolastico 2001-2 conferma che anche in Italia la realtà è ben diversa da quella che emerge ai servizi. Solo per quanto riguarda i casi di abuso sessuale, tra le ragazze coloro che hanno subito un abuso "lieve" (esposizione a materiale pornografico, toccamenti) sono ben il 16,5% e il 3,4% hanno subito un abuso grave (costrizione ad un rapporto orale o con penetrazione). Tra i ragazzi, le percentuali sono rispettivamente del 7 e dello 0,8%. Fattori di rischio sono oltre che evidentemente il genere femminile, l'appartenenza a famiglia con genitori separati o divorziati o in cui

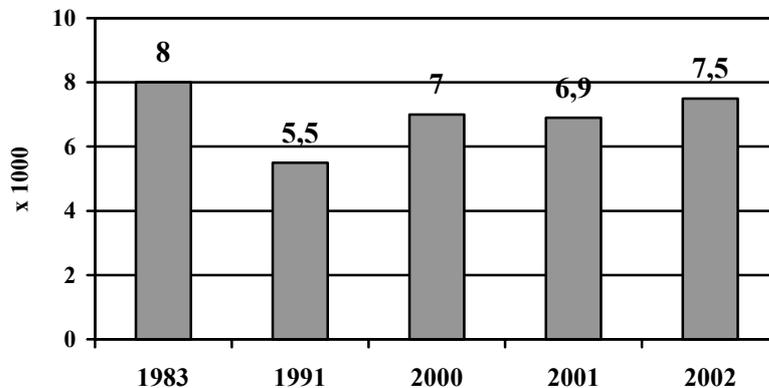
manca uno dei genitori (Pellai 2004). Risultati molto simili, con percentuali a dire la verità ancora più elevate, erano stati ottenuti da una ricerca compiuta in Veneto (Zerilli 2002) e da studi effettuati in altri paesi (Finkelhor 1994). La comparabilità di tali stime è tuttavia limitata dall'eterogeneità metodologica.

1.12 Gravidanze e IVG

Il tasso di gravidanze in età adolescenziale è generalmente in aumento nell'Unione Europea (UE), come riportato nella "Relazione sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi", approvata dal Parlamento Europeo nel giugno 2002. Il tasso attuale è stimato tra 7 e 28 gravidanze ogni 1000 ragazze tra i 15 e i 19 anni. In Italia vi sono 5,3 gravidanze all'anno per mille donne in età inferiore ai 20 anni, e meno del 2% di tutte le nascite avvengono in Italia in donne con età inferiore ai 20 anni. Il dato italiano è uno dei più bassi in Europa ed è in costante diminuzione anche se un lieve aumento è stato registrato in alcune città, interamente da attribuirsi a ragazze extracomunitarie.

Rispetto alle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), in **figura 4** viene presentato il dato degli ultimi anni (2000-2002) confrontato con quelli del 1988 e 1991. Come si può vedere il tasso ha ripreso a salire dopo una discesa che è continuata fino alla metà degli anni 90. Anche in questo caso la spiegazione sembra in buona parte legata all'aumento del contributo all' IVG delle donne straniere, che hanno un tasso di abortività maggiore rispetto alle cittadine italiane. Il dato scorporato per macroregione mostra nel 2001 un tasso di IVG sotto i 20 anni minore al Sud (6,2 x 1000) rispetto a quello del Nord (7,3) e del Centro (8,1). Il tasso di IVG sotto i 20 anni in Italia è tra i più bassi in Europa⁶.

Figura 4. Andamento nel tempo delle interruzioni volontarie di gravidanza sotto i 20 anni



1.13 Incidenti sul lavoro

Si tratta di una problematica abitualmente del tutto trascurata. Sulla base di studi ad hoc effettuati in singole situazioni l'incidenza di infortuni significativi sul lavoro è dell'1 per mille ragazzi al di sotto dei 18 anni. Se teniamo conto solo della fascia di età compresa fra 14 e 17 anni, il che è più appropriato, l'incidenza sale al 2-4 per mille (rapporto M/F di 6:1). Poiché molto del lavoro effettuato a questa età è lavoro sommerso, il dato disponibile è probabilmente sottostimato

⁶ I dati relativi alle IVG in Italia sono reperibili sul sito del Ministero della Salute [www.ministerosalute.it > Leggi e documenti > Pubblicazioni e Documenti > IVG (nel campo "parola chiave")]

Capitolo 2
Determinanti, fattori di rischio e di protezione

Dati di rilievo

- la percentuale di basso peso alla nascita nel 2002 è stata pari al 6,5% riportandoci ai valori dei primi anni 80;
- nella categoria dei bambini nati di peso molto basso (VLBW) è dimostrato un persistente gradiente di mortalità su base geografica a sfavore delle regioni meridionali;
- per alcune vaccinazioni (ad esempio l'antimorbillosa) alcune regioni del Sud hanno recuperato negli ultimi anni il gap che le separava da quelle del Nord;
- si è registrato un costante aumento della prevalenza e della durata dell'allattamento al seno, che tuttavia è ancora ben al di sotto degli standard raccomandati, in particolare per quanto riguarda la durata dell'allattamento esclusivo;
- circa il 50% dei bambini in Italia è esposto al fumo passivo in casa.

2.1 Diseguaglianze socio-economiche

Nel 1995 la mortalità infantile e la prevalenza di basso peso tra i bambini di madri con educazione primaria o inferiore, erano più alti rispetto ai bambini di madri con livello educativo più elevato (OR rispettivamente 1,63 e 1,53). Questo differenziale ha probabilmente impatto maggiore nelle regioni del sud dove la prevalenza della povertà e dei bassi livelli educativi è più alta.

Uno studio volto a descrivere l'impatto di differenze sociali sugli esiti riproduttivi e sulla mortalità infantile in Piemonte tra il 1980 e il 1995 ha messo in evidenza che, anche controllando per importanti fattori clinici (età materna, età gestazionale, parità, distanza tra i parti e gemellarità), la probabilità di basso peso alla nascita dei figli di donne con scolarità più bassa (al massimo elementare) rispetto ai figli di madri laureate è risultato aumentato e crescente nel tempo, da OR 1,28 (IC 95% 1,11-1,46) nel primo triennio analizzato (1980-83) a 1,62 (1,38-1,89) nell'ultimo (1992-95). Il tasso di mortalità post-neonatale è risultato l'indicatore maggiormente associato al titolo di studio della madre, con rischi che aumentano in tutto il periodo osservato, da 1,81 a 2,24, a parità di peso alla nascita (Spadea 2004).

Le ineguaglianze sembrano accrescersi nella decade compresa tra i primi anni 80 e i primi anni 90, trend spiegato in parte dalla crescita di un gruppo ad alto rischio costituito dai figli di madri immigrate. Nella decade 1982-1991, a Roma, questi bambini avevano un rischio di mortalità infantile doppio dei bambini nati da genitori italiani (OR 2,2, IC 1,66-2,93). La mortalità nel gruppo di età compreso fra 1 e 14 anni è, come abbiamo visto, molto bassa ed è difficile evidenziare l'influenza del livello educativo dei genitori. Tuttavia, in uno studio longitudinale effettuato nella città di Torino nei primi anni 90 la mortalità era più alta nei bambini appartenenti a famiglie di lavoratori manuali rispetto alla popolazione generale (tasso di mortalità standardizzata 173, IC 102-274). La differenza è da imputarsi soprattutto alle cause esterne (incidenti e violenza).

Lo studio SIDRIA-2 (2002) ha messo in evidenza, confermando i risultati già evidenziati nel SIDRIA-1, una marcata, e spesso statisticamente significativa, differenza nella gestione dell'asma fra soggetti appartenenti a famiglie di differente livello socioeconomico, con un minore accesso ai test diagnostici ed un più elevato numero di ricoveri per gli appartenenti a famiglie maggiormente svantaggiate.

Si è già detto che il sovrappeso presenta un chiaro andamento geografico, crescente da Nord a Sud. Il fenomeno sembra fortemente associato, oltre che alla familiarità e agli stili di vita, anche alle risorse economiche della famiglia e al titolo di studio della madre (Brescianini 2004). La cosa è confermata da una recente indagine realizzata in Piemonte su un campione di bambini di 10-11 anni. Il 23% del campione è risultato sovrappeso o obeso; i rapporti tra i tassi di prevalenza di tali condizioni, corretti per l'area di nascita dei genitori, l'area di localizzazione della scuola e l'età della madre, sono risultati pari a 1,59 (1,19-2,13) per le madri con il più basso livello di istruzione rispetto a quelle con il più alto. Rischi più elevati sono emersi considerando l'occupazione dei genitori (Spadea 2004).

L'indagine multiscopo del 1995 ha evidenziato una maggiore prevalenza di condizioni di salute alterate, così come di fattori di rischio quali esposizione al fumo passivo, ad abitudini alimentari scorrette o a coabitazione con un alcolista, tra bambini di famiglie con livelli educativi ed economici inferiori. La stessa indagine non ha dimostrato disuguaglianze in indicatori quali i ricoveri ospedalieri e il consumo di farmaci (ISTAT 2001). Esistono invece evidenze di differenze nell'accesso ad alcuni servizi preventivi. Ad esempio c'è un chiaro trend decrescente da nord a sud nei bambini di 12-24 mesi per quanto riguarda la copertura vaccinale, specie per quella antimorbillosa. Tale trend è stato in parte recuperato negli ultimi anni da alcune regioni del Sud, anche in risposta all'epidemia di morbillo del 2002-2003. Per maggiori informazioni si veda il relativo capitolo.

2.2 Fecondità

Nel 2000 sono stati registrati 543.039 nati vivi in Italia numero superiore di qualche migliaio di unità rispetto al 1999 e 1998, il che fa pensare che il trend in rapida e continua discesa registrato a partire dagli anni 60, con una diminuzione del 40% delle nascite, si sia per il momento arrestato. Lo stesso trend è presente per la fecondità totale che è scesa dal 2,41 nel 1960 all'1,23 per il 1999, con valori più bassi al Nord ma con differenze che vanno riducendosi, grazie ad un più rapido declino della fecondità nelle regioni del Sud. Attualmente la fecondità in Italia è la più bassa in Europa.

Negli ultimi 20 anni si è verificato in Italia un aumento delle nascite da cittadini stranieri. Dal 1980 al 1996 si è infatti passati da circa 5 mila a 25 mila nati con almeno un genitore straniero, pari attualmente al 5% dei nati nel 2002.

Quanto allo spostamento delle nascite verso età più avanzate della madre, questa è aumentata in maniera costante fino ai 28,2 anni del 1996, con un incremento di 3 anni nel giro di soli 15 anni

2.3 Prematurità e basso peso

La proporzione dei bambini di basso peso (<2500g) è diminuita dall'11% del 1973 al 6% del 1998 e sostanzialmente coincide con quella dei bambini nati prima della 37^a settimana. Tuttavia negli ultimi anni la percentuale totale di basso peso si è mantenuta sostanzialmente stabile se non in leggero aumento, come dimostrato dai dati disponibili sul sito del Ministero della Salute e riferiti all'analisi dei CEDAP 2002⁷ (basso peso alla nascita=6,5%). I dati raccolti nell'ambito dei due studi SIDRIA (1994/95 e 2002) confermano tale tendenza: nei bambini di 6-7 anni la percentuale di basso peso alla nascita è passata dal 5,1 del 1994/95 al 6,1% del 2002.

Anche la percentuale di bambini di peso molto basso (<1500 gr) si è mantenuta stabile negli ultimi anni intorno all'1%: il trend temporale favorevole dovuto al miglioramento generale delle condizioni socioeconomiche, educative e delle cure perinatali è stato probabilmente compensato negli ultimi anni dall'aumento del numero delle famiglie povere, dall'aumento delle nascite in donne di età più avanzata e, questo soprattutto per i bambini di peso molto basso, da un aumento delle gravidanze multiple. L'analisi dei dati di mortalità dei bambini di peso molto basso mette in evidenza un persistente gradiente di mortalità tra le regioni meridionali e settentrionali (23,4% di mortalità al Sud contro il 19,9% al Centro e il 14,5% al Nord). Per un approfondimento sul tema si rimanda ad un recente lavoro pubblicato su Quaderni ACP (Corchia 2004).

2.4 Salute riproduttiva

Da indagini campionarie condotte su scala europea, emerge che l'età media del primo rapporto è stimata in Italia tra i 17 e i 18 anni (superiore alla media europea) e il 70% dei ragazzi che riferiscono di avere rapporti sessuali completi dichiarano di usare una qualche forma di protezione (WHO EURO/HBSC 2004). La dispersione del dato medio nella popolazione è tuttavia notevole, e anche in questo caso il retroterra sociale e culturale gioca un ruolo importante. Poco si sa sulla prevalenza di malattie sessualmente trasmesse tra gli adolescenti

2.5 Condizioni di salute auto-riferite e rapporto con i servizi sanitari tra gli adolescenti

Circa l'85% dei ragazzi tra 15-18 anni riferiscono di sentirsi in buona salute, un 7-8 % riferiscono disturbi di media severità, mentre il 6-7% riferisce condizioni di salute cattive e limitanti (ISTAT 2001).

⁷ [percorso: www.ministerosalute.it > Leggi e documenti > Pubblicazioni e Documenti > CEDAP (nel campo "parola chiave")]

Quanto all'uso di servizi, dagli studi effettuati in differenti parti in Italia risulta che ogni anno circa il 50% dei ragazzi tra i 15-18 anni vedono il loro medico di famiglia e che circa il 10% sono ammessi in ospedale, in gran parte per traumi. Tali frequenze devono soprattutto far riflettere sulle opportunità di veicolare messaggi e di far conoscere servizi appositi in occasione di questi contatti con i servizi sanitari. Resta molto basso invece l'utilizzo dei servizi dedicati (quali gli spazi giovani dei consultori) che si aggira intorno al 10% tra le ragazze e non supera il 2-3% tra i ragazzi. Ovviamente le differenze tra servizio e servizio anche in rapporto alla tipologia dell'offerta sono notevoli, ma immancabilmente si registra uno scarso utilizzo diretto.

2.6 Fumo di tabacco

Dagli anni '70 a metà degli anni '90 sono stati osservati due fenomeni paralleli: un anticipo dell'età di iniziazione al fumo di tabacco dai 18-20 ai 14-17 anni e una riduzione della prevalenza dei fumatori tra i maschi a cui non corrispondono analoghe riduzioni tra le ragazze (WHO EURO/HBSC 2004). Con inizio dalla metà degli anni '90 si registra un aumento dell'abitudine al fumo tra i ragazzi: nel 1999 circa il 25% degli studenti di scuola superiore ammettono di essere fumatori abituali mentre il 36% riferiscono di non fumare. Nello studio SIDRIA-2 (2002) la prevalenza di fumo attivo tra i ragazzi (13-14 anni) è risultata pari a 8,9%, con una eterogeneità geografica che passa dal 6% di Firenze al 13,6% di Roma. Sempre lo stesso studio riporta dati interessanti rispetto all'esposizione al fumo passivo: circa il 50% del campione di bambini e ragazzi avevano almeno un fumatore in casa. L'esposizione dei bambini e ragazzi al fumo passivo si è ridotta in maniera significativa rispetto al SIDRIA-1 (1994/1995), mentre la percentuale di ragazzi fumatori è rimasta sostanzialmente costante.

2.7 Abuso di sostanze

L'uso di alcol è frequente (solo il 15% degli studenti delle scuole superiori non assumono mai alcol), ma solo il 17% riporta una assunzione regolare (parecchie volte alla settimana); il 22.6% dei maschi e il 16.8% delle femmine a 15 anni sono già stati ubriachi due o più volte. L'uso di derivati della cannabis riguarda il 20% dei ragazzi (24% maschi e 17% femmine a 15 anni ne hanno fatto uso, di cui circa la metà ne fanno uso abituale), mentre l'uso di altre sostanze quali l'ecstasy o altri derivati di sintesi è riferito da circa il 5% degli adolescenti tra i 15-18 anni. Nel complesso questi dati situano gli adolescenti italiani ben al di sotto della media europea per quanto riguarda l'assunzione di alcol e nella media per quanto riguarda l'assunzione di altre sostanze (WHO 2004).

2.8 Esposizione a inquinanti ambientali

Si tratta di un tema che in Italia è emerso solo negli ultimi anni. Anche per tale motivo non esistono dati italiani raccolti su base di popolazione relativi alle esposizioni ambientali nel bambino, se si eccettuano quelli relativi all'inquinamento atmosferico (vedi più avanti). L'interesse dei media suscitato dall'argomento, in particolare per quanto riguarda le onde elettromagnetiche e l'inquinamento da cosiddette polveri sottili, ha di fatto creato la sensazione di un problema "ambientale" emergente. In realtà il problema è presente da decenni, e per quanto riguarda due esposizioni critiche per il bambino quali il piombo e l'articolato sottile, tutto sta ad indicare che queste sono diminuite significativamente grazie ad alcune misure relative all'inquinamento da traffico, da riscaldamento e soprattutto grazie all'adozione dei carburanti senza piombo. Questo non significa affatto che i rischi non esistano e non persistano anche rispetto

alle due esposizioni sopra indicate, ma significa che il problema vero sono le esposizioni di cui sappiamo ancora troppo poco e che, a differenza delle prime, non sono sottoposte a monitoraggio e tanto meno a misure di prevenzione. Ci si riferisce in particolare alla esposizione a migliaia di composti chimici, tra i quali alcuni inquinanti persistenti e ubiquitari (pesticidi, policlorobifenili) immessi quotidianamente nell'ambiente e di cui si sa ancora relativamente poco, ma abbastanza per suscitare preoccupazioni relative agli effetti endocrini, cancerogeni, immunologici e genotossici (Tamburlini 2002; Licari 2005) tanto che nel 2004 sia la UE che i 52 paesi della Regione Europea dell'OMS si sono dati piani e programmi per meglio studiare e prevenire il problema (Programma SCALE e Piano d'Azione Europeo per la Salute Ambientale del Bambino, rispettivamente). Uno degli aspetti di maggior preoccupazione è dato dal fatto che l'inquinamento da sostanze chimiche presenti sia nell'aria che nell'acqua e nel cibo è sempre più messo in rapporto con alterazioni della crescita e dello sviluppo fetale. A questi fattori va senz'altro ascritta una parte consistente, anche se ancora non determinata, del problema del basso peso che, come abbiamo visto, non diminuisce come il miglioramento generale delle condizioni di vita, di nutrizione di assistenza sanitaria dovrebbero far supporre, anzi.

I dati a nostra disposizione relativi all'inquinamento da aria outdoor sono derivati soprattutto dallo studio promosso dall'OMS in otto città italiane (WHO EURO 2002) e dagli studi MISA 1 e 2 (MISA 2001 e 2004). Da questi studi si ricava che almeno il 20% dei bambini in età scolare sono esposti per tempi significativi a concentrazioni di particolato sospeso (PM₁₀) superiori al 40 µg/m³, con un rischio aumentato in questi casi di circa il 60% per riacutizzazione di patologie respiratorie, quali bronchite e asma (**Tabella 4**).

Lo studio MISA 2, realizzato in 15 città italiane, ha messo in evidenza un aumento della mortalità giornaliera generale per tutte le cause naturali collegato ad incrementi della concentrazione degli inquinanti atmosferici studiati ed in particolare del biossido di azoto (NO₂: 0.6%) del monossido di carbonio (CO: 1.2%) e del PM₁₀ (0.31%). Lo studio mostra una debole evidenza che gli effetti siano maggiori nelle classi di età estreme (tra 0-24 mesi e sopra gli 85 anni). L'impatto "complessivo" sulla mortalità per tutte le cause naturali è compreso tra l'1.4% ed il 4.1% per gli inquinanti gassosi (NO₂ e CO). Molto più imprecisa è la valutazione per il PM₁₀, date le differenze delle stime di effetto tra le città in studio (da 0.1 a 3.3%). Nello studio viene sottolineato che l'applicazione dei limiti fissati dalle direttive europee per il 2010 avrebbero contribuito a risparmiare circa 900 decessi (1.4%) per il PM₁₀ e 1400 decessi per l'NO₂ (1.7%) nell'insieme delle città considerate. Dati europei relativi all'infanzia mostrano che nel 2001, tra l'1,8% e il 6,4% dei decessi in bambini di età inferiore a 5 anni erano da attribuirsi all'inquinamento dell'aria atmosferica, 4,6% all'inquinamento indoor, 5,3% alla mancanza di acqua e servizi igienici, mentre gli effetti dell'inquinamento da piombo sono responsabili di un notevole aumento di casi con ritardo mentale lieve. Le differenze tra Europa occidentale e orientale sono tuttavia notevoli (Valent 2004). Su questi dati, e sulle evidenze che gran parte di questi decessi sono evitabili con politiche e specifiche misure di prevenzione, si è basato il piano d'azione per l'ambiente e la salute del bambino che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, insieme ai 52 Paesi dell'area europea, ha approvato nel giugno scorso a Budapest⁸.

Lo studio SIDRIA-2 ha messo in evidenza che circa il 20% del campione di bambini e ragazzi studiato risulta esposto ad un'intensità di traffico definita come intensa, con percentuali più alte per chi vive nelle aree più densamente abitate.⁹

⁸ si può trovarne una versione in italiano al seguente indirizzo web:

http://www.cipespiemonte.it/files/budapes_pianosalute.htm

⁹ Chi fosse interessato a maggiori informazioni su ambiente e salute può reperirle su EpiCentro (www.epicentro.iss.it/focus/amb_sal/citta.htm), compresi i dati preliminari dello studio MISA 2.

Tabella 4. Salute ambientale in Italia

• Dati disponibili su base di popolazione solo su esposizione a inquinamento outdoor: 20% di bambini in età scolare esposti a oltre 40 ug/m ³ PM ₁₀ → 30.000 episodi asma e bronchite in più, OR 1.6
• Impatto “complessivo” sulla mortalità generale per tutte le cause naturali stimato tra l'1.4% ed il 4.1% per gli inquinanti gassosi. Debole evidenza di effetti maggiori nelle classi di età estreme (tra 0-24 mesi e sopra gli 85 anni) (studio 15 città MISA 2)
• Praticamente inesistenti dati di popolazione su esposizione a piombo, PCB/diossine, pesticidi, rumore, UV, <i>endocrine disruptors</i>
• Elementi di allarme probabilmente riconducibili a cause ambientali : aumento dei tumori nelle aree urbane, e del LBW nelle aree rurali

2.9 Allattamento al seno

Una recente survey nazionale (PUER 2) ha stimato all'89% la percentuale di bambini che vengono dimessi con allattamento al seno (AS), al 47% e al 4,7% la prevalenza di bambini con AS esclusivo a 3 e 6 mesi. Sebbene rispetto ad un'indagine analoga realizzata nel 1995 venga dimostrato un aumento dell'inizio e della durata dell'AS, il dato appare ancora insoddisfacente, specie per quanto riguarda l'esclusività dell'AS (Giovannini 2003).

Negli ultimi anni sono stati realizzati a livello nazionale altri tentativi di rilevazione di prevalenza e durata dell'allattamento al seno (all'interno dell'indagine multiscopo dell'ISTAT, del progetto ICONA, dell'indagine conoscitiva sul percorso nascita dell'ISS) ma la raccolta dei dati realizzata risulta tuttora inaccurata a causa della disomogeneità delle definizioni utilizzate e della qualità della raccolta (in particolare per il problema del “*recall period*”, il tempo intercorso tra rilevazione ed evento in studio, troppo lungo).

2.10 Vaccinazioni

Nel 1998 è stata condotta per la prima volta una indagine a copertura nazionale con campionamento a cluster (studio ICONA: Indagine Copertura Nazionale). Lo studio ha evidenziato come la copertura vaccinale per poliomielite, tetano, difterite (DT), epatite B (HBV) fosse elevata in tutte le regioni, quella per la pertosse fosse raddoppiata rispetto ai primi anni 90 raggiungendo il 90%, mentre quella per il morbillo fosse ancora insoddisfacente (56% in media a livello nazionale) con grandi differenze fra regioni (Salmaso 1999). Lo studio ha fornito dati indispensabili per identificare aree prioritarie di intervento: tra le azioni intraprese si ricorda la pubblicazione del Piano Nazionale Vaccini, della Circolare “Controllo ed eliminazione di morbillo, rosolia, parotite attraverso la vaccinazione”, del nuovo calendario per le vaccinazioni per l'età evolutiva (con introduzione del vaccino antimorbillo a partire dai 12 mesi), l'offerta gratuita in tutte le regioni del vaccino morbillo/parotite/rosolia (MPR), e, nel 2001, l'inclusione delle vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

A distanza di 5 anni è stata condotta una nuova indagine con la stessa metodologia dello studio precedente (ICONA 2003¹⁰) per monitorare l'evoluzione della situazione ed identificare nuove aree di intervento. Lo studio dimostra un miglioramento delle coperture vaccinali (in particolare pertosse, Emofilo b, MPR/morbillo) ed il raggiungimento degli obiettivi nazionali previsti per tutte le vaccinazioni tranne per Emofilo b (Hib) e MPR. Le stime nazionali di copertura per poliomielite, DT, HBV, e pertosse sono superiori al 95% e sono soddisfacenti anche per quanto riguarda le stime locali dato che tutte le aree, tranne la Provincia Autonoma (PA) di Bolzano, hanno raggiunto il 90% (gli obiettivi della regione europea dell'OMS prevedono coperture non inferiori al 90% per polio, DT e pertosse).

¹⁰ Disponibile su Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/vaccinazioni/sintesi-icona.htm>)

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Rimane il problema dei frequenti ritardi vaccinali. A livello nazionale infatti le coperture per polio, DT, HBV e pertosse a 12 mesi sono inferiori del 17% circa rispetto a quelle rilevate fra 12 e 24 mesi. La copertura vaccinale per l'Hib, pur essendo inferiore al 95% è aumentata di oltre 4 volte rispetto al 1998 passando dal 20 all'87%. Per quanto riguarda la vaccinazione MPR le coperture vaccinali sono aumentate passando dal 56% al 77% (copertura calcolata su bambini di età \geq a 16 mesi) o, se si considera il totale del campione, al 66%. La stima di copertura nazionale è però ancora distante dai valori necessari a interrompere la trasmissione (gli obiettivi della regione europea dell'OMS prevedono coperture non inferiori al 95% per il morbillo). L'elevato livello di suscettibilità è testimoniato dalle recenti epidemie del 2002-2003 nel sud Italia. A livello locale le coperture vaccinali variano da un minimo di 54,9% in Calabria a un massimo di 89,6% in Toscana. In particolare sono superiori all'80% in 7 aree, fra il 70 e il 79% in 14 aree e inferiori a 70% in 3 aree (Calabria, Lazio e PA di Bolzano). Rispetto al 1998 il divario fra aree geografiche si è notevolmente ridotto grazie all'incremento delle coperture vaccinali in tutte le regioni del centro-sud (vedi tabella 4). La copertura è triplicata in Campania (dal 26 al 77%) ed è raddoppiata in tutte le altre regioni del sud superando il 70% ad eccezione della Calabria. Rimane insoddisfacente anche la situazione dalla PA di Bolzano (e non solo per il morbillo).

In Italia dunque il miglioramento delle coperture vaccinali per morbillo continua a rappresentare una priorità. La valutazione dei motivi di non vaccinazione ha evidenziato come sia importante che i servizi vaccinali attuino sistemi di chiamata attiva per MPR/morbillo identificando chi non si presenta e sollecitandolo attivamente. Si veda ad esempio la campagna vaccinale realizzata a Salerno nel 2002 già descritta su Quaderni ACP (Magurno 2004) che ha consentito di raggiungere un tasso di copertura vaccinale del 96,9%, permettendo di contenere i casi di morbillo durante l'epidemia verificatisi in Regione Campania nel primo semestre 2002.

Tabella 5. Confronto 1998-2003 tra i tassi di vaccinazione antimorbillosa in bambini di \geq 16 mesi. Studio ICONA.

	ICONA 1998	ICONA 2003
NORD		
Piemonte	60.4	75.7
Valle D'Aosta	43.3	78.3
Lombardia	75.9	82.1
Prov. Milano	74.6	78.9
Prov. autonoma Bolzano	28.1	64.1
Prov. autonoma Trento	58	78.9
Veneto	81.2	80.1
Friuli Venezia Giulia	77.3	84.2
Liguria	62.1	77.2
Emilia	87.7	84.2
CENTRO		
Toscana	64.8	89.6
Umbria	72.3	83.3
Marche	58.7	77.9
Lazio (escluso comune Roma)		67.7
Comune di Roma		75
SUD		
Abruzzo	45.5	70.6
Molise	40.5	71.6
Campania (escluso comune di Napoli)	26.5	76.9
Comune Napoli	39.8	72.1
Puglia	50.6	76.6
Basilicata	44.7	80.9
Calabria	25.5	54.9
Sicilia	44.6	70.9
Sardegna	56.3	75.9

2.11 Promozione della lettura ad alta voce

Recenti ricerche scientifiche dimostrano come il leggere ad alta voce con una certa continuità ai bambini in età prescolare abbia una profonda influenza sia sul lato relazionale (diventa più stretto il legame tra bambino e genitori) che cognitivo (diventa più precoce l'abilità alla lettura e più raffinata la comprensione del linguaggio) (Causa 2003). Per tale motivo nel 1999 un gruppo di pediatri dell'ACP insieme ai bibliotecari dell'AIB (Associazione Italiana Biblioteche) e con il supporto del Centro per la Salute del Bambino (CSB) ha avviato il progetto Nati per Leggere che ha l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni. L'elemento di novità del progetto è il coinvolgimento del pediatra di famiglia, che si inserisce in una più ampia rete di promozione che comprende biblioteche, scuole dell'infanzia, Enti e Istituzioni pubbliche e private. La partecipazione del pediatra alla promozione della lettura ad alta voce consente di trasmettere molto precocemente alle famiglie il messaggio (già nel primo anno di vita), di rinforzarlo in tutte le occasioni di contatto (ad esempio i bilanci di salute), di raggiungere anche le famiglie che non frequentano abitualmente le biblioteche e che in passato venivano escluse da questo tipo di attività.

Dalla sua nascita Nati per leggere si è ampiamente sviluppato in Italia, interessando ormai molte aree e regioni italiane¹¹.

L'efficacia delle attività di promozione messe in atto è in corso di valutazione grazie ad un questionario somministrato a campioni di genitori prima e dopo l'intervento da gruppi di pediatri di famiglia in alcune aree dove il progetto è stato avviato. Dati preliminari disponibili e relativi alla rilevazione pre-intervento hanno messo in evidenza che:

- in Italia l'attitudine a leggere ad alta voce in famiglia (definita attraverso un punteggio che sintetizzava la risposta dei genitori ad alcune domande che riguardavano le abitudini di lettura dei genitori e i giorni alla settimana di lettura ad alta voce al bambino) è bassa (circa 20%) e suscettibile di miglioramento;
- esistono differenze importanti tra Nord (30%), Centro (20%) e Sud (10%) e questo è un ulteriore elemento che sottolinea la disuguaglianza anche di opportunità che esiste tra le 3 macroregioni;
- le famiglie esposte all'informazione sull'importanza di leggere ad alta voce al bambino trasmessa da un medico presentano una attitudine maggiore. Questo dato conferma quanto già segnalato dalla letteratura statunitense sul possibile ruolo del pediatra nelle attività di promozione della lettura ad alta voce e conferma la bontà dell'impostazione del progetto NPL.

¹¹ Chi fosse interessato a maggiori informazioni sul progetto Nati per Leggere, può trovarne nelle pagine dedicate al progetto su Quaderni ACP oppure può consultare il sito web dell'AIB (<http://www.aib.it/aib/npl/npl.htm>) o quello del CSB (<http://www.csbonlus.org/?CONTENT=NPL>). Tra breve sarà attivato il sito web del progetto (www.natiperleggere.it). Per informazioni sulla componente pediatrica del progetto (materiali, attività, ecc) contattare il Centro per la Salute del Bambino (040 3220447; info@csbonlus.org).

Capitolo 3
Priorità

Sulla base dei dati disponibili, si può tentare di suggerire alcune priorità di intervento, identificate in base ai seguenti criteri: peso sanitario del problema, valutazione della sua evitabilità (quanta salute si può produrre intervenendo nell'area in questione) tendenze epidemiologiche sfavorevoli in atto, importanza di principio o strategica. Sette aree rispondono a molti di questi requisiti (**Tabella 6**).

Tabella 6. Aree prioritarie suggerite dal rapporto

• Cure perinatali (in particolare al Sud)
• Salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza
• Incidenti nel gruppo 15-24 anni
• Obesità
• Diseguaglianze in salute
• Esposizione a xenobiotici in età riproduttiva e infantile
• Sistema informativo

3.1 Cure perinatali

Non vi sono dubbi che sia essenziale attuare la regionalizzazione dei livelli di assistenza perinatale con la razionalizzazione dei punti nascita, l'individuazione dei centri di riferimento per il trasporto sia delle gravide a rischio che dei neonati patologici, l'organizzazione della rete di riferimento e delle risorse necessarie. Dove queste azioni sono state attuate compiutamente (Trentino e FVG, in primo luogo ma in altre Regioni del Centro-nord più recentemente) i risultati sono stati evidenti. In aree con fattori di rischio a livello di popolazione più forti e infrastrutture più deboli, come al Sud, la mancata realizzazione di un piano perinatale comporta conseguenze in termini di mortalità e morbosità. Questo fa sì che alcune regioni del nostro sud abbiano livelli di mortalità perinatale e neonatale tra i più alti in tutta l'Unione Europea, compresi i paesi di recente accesso. Ad esempio, Slovenia, Ungheria, Repubbliche Ceca e Slovacchia hanno indicatori migliori delle nostre regioni meridionali pur in presenza di livelli socioeconomici meno favorevoli. Registriamo inoltre un ricorso altissimo a pratiche e procedure quali il taglio cesareo con percentuali che sono quasi ovunque tra le più alte d'Europa e che raggiungono, in Campania, livelli superiori al 50%. Esiste quindi la necessità di un investimento per la definizione condivisa e l'implementazione di linee guida sugli aspetti di maggior rilievo del percorso nascita. Linee guida e raccomandazioni su questi temi già esistono a livello internazionale come nazionale; si tratta di incentivare con appositi strumenti il loro adattamento, la loro condivisione da parte dei diversi servizi e operatori coinvolti, e il monitoraggio della loro messa in opera. Quanto alla supplementazione periconcezionale con acido folico e all'astensione dal fumo, in gravidanza e successivamente in luoghi frequentati da bambini.

3.2 Salute mentale del bambino e dell'adolescente

Si tratta forse dell'area in assoluto di maggior rilievo per il peso relativo dei problemi di salute e la loro rilevanza, anche se le strategie e gli interventi sono assai meno consolidati e con minori evidenze storiche di efficacia che nel caso delle cure perinatali. L'ambito è estremamente vasto e quindi si è operata una scelta di interventi prioritari che distribuisce l'attenzione sia agli aspetti di prevenzione, che a quelli di diagnosi precoce che di cura e presa in carico.

Il primo tipo di interventi riguarda il supporto alla genitorialità: la letteratura in merito è vasta e nel complesso suggerisce fortemente che interventi di supporto precoce siano

efficaci a migliorare le competenze genitoriali, la relazione e lo sviluppo del bambino, inclusa la possibile riduzione di problematiche quali la trascuratezza - se non la violenza e l'abuso - e problemi comportamentali che trovano in epoca precoce importanti e decisivi fattori di rischio e protezione (Tamburlini 2001, Semprini 2000).

L'interfaccia tra pediatri di base, operatori socio educativi (scuola per l'infanzia e scuola elementare innanzitutto) e servizi specialistici è al centro delle possibilità di mettere in atto interventi di diagnosi e trattamento che siano condivisi e perciò efficaci.

Sicuramente va rafforzata l'offerta pubblica di luoghi e persone che siano in grado di accogliere e prendersi in carico in modo olistico casi con problematiche più pesanti anche nell'arco dell'infanzia e dell'adolescenza, come per esempio bambini con disturbi pervasivi dello sviluppo, ragazzi e ragazze con gravi depressione, casi di anoressia mentale e casi di abuso. Probabilmente è uno dei pochi ambiti di tutto il settore materno-infantile in cui non vi siano solo carenze qualitative, ma anche quantitative, di risorse umane e finanziarie. Esse riguardano non solo gli psichiatri infantili e dell'adolescenza ma anche professionisti quali psicologi ed educatori, necessari per completare un'offerta terapeutica e di sostegno all'ambito familiare e sociale.

Di grande importanza l'area dell'accoglimento/prevenzione a livello dei ragazzi in età adolescenziale, anche se non vi è ancora sufficiente consenso sugli interventi da proporre: sportelli scolastici con psicologi? Educatori? Spazi giovani multifunzionali? Di certo, il bisogno esiste, e i servizi sanitari nel loro complesso, compreso l'ambulatorio del medico di base, devono acquisire competenze nuove per essere più aperti alle istanze dei ragazzi e maggiormente in grado di informare, consigliare e indirizzare.

3.3 Prevenzione degli incidenti negli adolescenti e giovani adulti

Il problema è di grande rilievo quanto di difficile e complessa soluzione. Come per gran parte delle tematiche riguardanti gli incidenti, e soprattutto in questo gruppo di età, gli interventi più efficaci sono quelli legati alle legislazione e ai relativi controlli: le speranze affidate al cambiamento dei comportamenti sono in questo caso destinate a essere deluse. Ci si rende conto dunque che gli interventi proposti sono di tipo essenzialmente regolatorio e sanzionatorio. Si tratta di una tipica tematica che richiede un piano congiunto tra diversi settori: viabilità e trasporti, polizia urbana e stradale, intrattenimento, e modificazioni nella cultura prevalente e nei valori guida tra i giovani. In questo caso i servizi sanitari possono giocare il ruolo di sensibilizzazione degli amministratori della popolazione e di iniziatori/facilitatori di "tavoli" intersettoriali con obiettivi precisi¹².

3.4 Prevenzione dell'obesità

Le stime sulla riduzione della aspettativa di vita futura nelle giovani generazioni di oggi legata all'aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità nei giovani sono allarmanti quanto difficilmente verificabili: sta di fatto che una azione si impone. Ci si riferisce qui evidentemente ad interventi di sanità pubblica e non alle cure individuali che tra l'altro hanno dimostrato la loro efficacia limitata e solo transitoria. In assenza di studi controllati, peraltro difficilmente realizzabili in un campo ove le variabili sia di intervento che di contesto sono molte e il risultato si misura solo a distanza, ci si riferisce all'approccio cosiddetto "di buon senso" suggerito in un recente lavoro (Ebbeling 2002). Questo prevede (**Tabella 7**) cinque ambiti di intervento, e una azione tipicamente multisetoriale coordinata tra autorità sanitarie, medici di famiglia, scuola,

¹² Sul sito www.euro.who.int/childhealthenvy, nell'ambito del Piano d'azione sull'ambiente citato più avanti, si possono reperire le azioni raccomandate per la riduzione degli incidenti

settore trasporti e mobilità, media, con aspetti anche legislativi riguardanti per esempio alcuni obblighi (etichette che esplicitamente dichiarano la composizione di alimenti) divieti (distribuzione merendine) e l'uso della leva fiscale per incentivare o disincentivare il consumo di particolari prodotti.

Un progetto di ricerca che cerca di attuare una strategia multisettoriale per affrontare il problema sovrappeso è stato avviato in Toscana e Friuli Venezia Giulia, nell'ambito di un progetto finalizzato del Ministero della Salute. Si tratta di valutare fattibilità e risultati a breve termine di interventi di promozione per una sana alimentazione e per l'attività fisica in età prescolare e scolare conformi alle raccomandazioni della Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e salute dell'OMS, in gran parte sovrapponibili a quanto già proposto dalla tabella. Il progetto si propone di valutare la fattibilità degli interventi proposti a livello delle amministrazioni locali.

Tabella 7. Approccio combinato di "buon senso" alla prevenzione dell'obesità.

Luogo	Intervento proposto
Casa	<ul style="list-style-type: none"> - dedicare tempo ed attenzione ad una dieta salubre e all'attività fisica - limitare il tempo TV
Scuola	<ul style="list-style-type: none"> - investire in attività motorie obbligatorie; - definire standard precisi per la refezione, combattere le merendine, gli snack e le bibite zuccherate e le macchinette che le forniscono; - cercare di diffondere cibi salutari anche attraverso concessioni mirate ai bar scolastici e alle macchinette adeguate
Città	<ul style="list-style-type: none"> - promozione della mobilità con spazi aperti, piste ed aree pedonali e ciclabili
Mass media e marketing	<ul style="list-style-type: none"> - tassare di più i fast food e le bevande dolci - diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) - obbligare a inserire etichette negli alimenti. - proibire la pubblicità di alimenti per bambini. - aumentare i fondi per campagne di salute pubblica per la prevenzione dell'obesità
Politica	<ul style="list-style-type: none"> - regolamentare i contributi alla politica da parte dell'industria alimentare

3.5 Diseguaglianze

Gli interventi per ridurre le diseguaglianze in salute si situano evidentemente su due livelli.

Il primo è il livello delle politiche sociali, definito a livello nazionale ma in modo crescente a livello regionale e di Enti Locali, volto a definire gli interventi a carattere economico o di offerta di servizio che si propongono di mitigare lo squilibrio di opportunità sofferto dai meno abbienti: sussidi ai nuclei familiari, ma anche accessibilità ai servizi per l'infanzia, dai nidi alle ludoteche alle scuola materne, a trasporti ed abitazioni sane ecc.

Il secondo è dato dalle politiche sanitarie, sia quelle di recupero dei costi (ticket, compartecipazioni ecc.) che evidentemente possono ridurre l'accesso a certe fasce di popolazione, sia quelle relative all'offerta dei servizi e alla loro accessibilità e fruibilità di fatto. Esiste una legge non scritta, ma che puntualmente si attua nella pratica dei servizi sanitari di tutto il mondo: si tratta della "*inverse care law*" in base alla quale sia la copertura che la qualità del servizio offerto tendono ad essere maggiori per chi ne ha meno bisogno e comunque per i gruppi sociali più avvantaggiati. E' quindi compito dei servizi sanitari innanzitutto sapere in che misura e per quali servizi questo si verifichi anche nel nostro sistema universalistico, e in secondo luogo includere esplicitamente nelle scelte strategiche dei servizi azioni che mirano a ridurre il gap o possibilmente a eliminarlo. E' del tutto evidente che nella situazione italiana, la questione riguarda soprattutto e in misura sempre maggiore le popolazioni immigrate di recente, e i bambini immigrati così come quelli nati in Italia da genitori di recente immigrazione.

3.6 Esposizioni ambientali

La Conferenza su Ambiente e salute tenutasi a Budapest nel giugno 2004 ha approvato un Piano d'Azione Europeo per la salute ambientale espressamente dedicato ai bambini. Il piano si articola su quattro priorità (disponibilità di acqua potabile, aria pulita, ambienti sicuri e protezione da sostanze chimiche e fisiche a partire già dal periodo pre e peri-concezionale). A parte la prima priorità, che vale soprattutto per quella parte di Europa dell'Est che soffre gravi carenze di disponibilità di acqua e servizi igienici (ma sappiamo che non tutta l'Italia è esente da questi problemi), le altre tre priorità sono assolutamente appropriate alla realtà italiana. Al Piano è annessa una dettagliata "Table of Actions" che enumera tutte le azioni di carattere legislativo, informativo o di servizi che possono essere utili a ridurre (e valutare) il rischio legato alle esposizioni ambientali¹³.

3.7 Sistema informativo

I principali problemi individuati rispetto al sistema informativo sono i seguenti:

1. i dati correnti prodotti dall'ISTAT, come quelli relativi a natalità e mortalità, vengono pubblicati con un ritardo di 3-4 anni rispetto alla loro raccolta.
2. risultano molto carenti i dati relativi alla morbosità, che non sono per lo più esistenti su base nazionale ma derivabili prevalentemente da studi realizzati localmente, e che comunque si basano su definizioni imprecise e/o disomogenee, rendendo molto arduo il loro confronto; altra area carente è quella relativa all'analisi dei fattori di rischio e protettivi (ad esempio quelli ambientali e comportamentali);
3. anche quando esistenti, i dati sono di non semplice accesso, richiedendo tempo e fatica per il loro reperimento; la situazione è migliorata negli ultimi anni grazie ad Internet. Molti dati relativi ad esempio alle caratteristiche demografiche della popolazione, alla mortalità (anche per causa), alle indagini Multiscopo sono ormai reperibili sul sito dell'ISTAT¹⁴ nonché sul portale dell'Istituto Superiore della Sanità Epicentro¹⁵ che è ricco di informazioni epidemiologiche relative a molti ambiti.
4. l'eliminazione del certificato di assistenza alla nascita (CEDAP), solo recentemente reintrodotta, porterà per alcuni anni ad una carenza dei dati relativi a gravidanza e nascita.
5. l'indagine Multiscopo dell'ISTAT, pur fornendo informazioni su vari campi in precedenza poco o per nulla esplorati, ha comunque dei limiti sia rispetto agli ambiti studiati che rispetto alle definizioni utilizzate per la raccolta dei dati (si veda ad esempio il dato dell'allattamento al seno).

Per tali problemi esistono una serie di possibili interventi:

1. il miglioramento della qualità della raccolta dei dati attraverso l'adozione di definizioni e *recall period* standard e internazionalmente riconosciuti e utilizzati;
2. l'attivazione di survey di popolazione, cioè di sistemi di sorveglianza focalizzati su una raccolta di dati protratta nel tempo e che utilizza una metodologia d'indagine campionaria sulla popolazione e l'adesione a quelle già attivate a livello europeo;
3. l'adozione di un sistema di indicatori comuni. Esperienze di questo genere sono già state realizzate in Italia (Tamburlini 2001, Ronfani 2001). Si segnala ancora che l'Unione Europea ed l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno recentemente concordato su una serie di indicatori di salute infantile che sono al momento in via di raccolta (Rigby 2002, Macaluso 2003).

¹³ Sia il Piano che la Table of Actions possono essere scaricati dal sito www.euro.who.int/childhealthenv

¹⁴ www.istat.it

¹⁵ www.epicentro.iss.it

Annesso:
Italia e Europa a confronto

Un interessante criterio di lettura dello stato di salute dei bambini e dei giovani italiani è quello costituito dal confronto tra i dati italiani medi e quelli europei. Il confronto più appropriato è quello con l'UE a 15 membri. Abbiamo necessariamente limitato il confronto a alcuni indicatori particolarmente significativi, per i quali sono disponibili dati confrontabili. Dal confronto emerge che la situazione è in buona parte comparabile a quella media UE, con alcune rilevanti eccezioni: in meglio, per quanto riguarda le gravidanze in adolescenti e il suicidio; in peggio, per quanto riguarda la mortalità neonatale, l'incidenza del morbillo – entrambe chiaro effetto della situazione in alcune Regioni – e la mortalità per cause violente nei giovani adulti.

Indicatori	Italia (2001)	UE (2001)
1. Mortalità neonatale (prime 4 settimane)	3.42‰	3.15‰
2. Mortalità infantile	4.4‰	4.2‰
3. Allattamento al seno esclusivo ai 6 mesi	37.8%	41.1%
4. Proporzioni bambini in età scolare* in sovrappeso/obesi	36%	24%
5. Incidenza del morbillo**	19.1	0.11
6. Proporzioni nati vivi da madri di età inferiore a 20 anni	1.67%	3.04%
7. Mortalità 1-19 per cause esterne**	9.61	11.33
8. Mortalità 15-29 per omicidio **	1.32	1.18
9. Mortalità 15-29 per suicidio **	4.68	7.67

* Italia 9 anni (Caroli 2003); Europa 5-9 anni (Lobstein 2004)

** per 100 000

Principali referenze

- Baccarelli A, Landi MT. Fattori di rischio per melanoma cutaneo maligno in una popolazione italiana: sintesi dei risultati di uno studio caso-controllo. *Epidemiologia & Prevenzione* 2002;26.
- Bonati M, Campi R. *Nascere e Crescere oggi in Italia. Statistiche dalla salute Materno-Infantile nelle regioni italiane.* Il Pensiero Scientifico editore, 2005
- Brescianini S, Gargiulo L, Gianicolo E. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza. In: ISTAT. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno.* Roma, ISTAT 2004, in stampa.
- Buzzetti R, Ronfani L. Evidenze sulla SIDS. *Medico e Bambino* 2000;19:223-233.
- Buzzetti R, Venturelli L, Marengoni, et al. Il bambino con patologia cronica e ricorrente- un'indagine nella pratica pediatrica ambulatoriale. *Medico e Bambino* 1994;2:34-38.
- Caroli M. Data presented to the IOTF Childhood Group, European Congress on Obesity, Helsinki, 29-31 May 2003.
- Causa P, Manetti S. Evidenze degli effetti della promozione della lettura nelle cure primarie. *Quaderni acp* 2003. 10(6):42-46.
- Corchia C. Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia. *Quaderni acp* 2004; 11(2):56-58.
- Di Blasio P, Barbeta L, Bianchi D, et al. La violenza all'infanzia: alcuni dati. *Maltrattamento e abuso all'infanzia* 1999;1.
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure.
- European Commission. Report on the state of young people's health in the European Union. 2000 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf).
- Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, et al. 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.
- Finkelhor D, The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 409-417
- Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, et al. Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 and 1999. *Acta Paediatr* 2003;92:357-63.
- ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
- ISTAT. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000.* Roma 2001.
- Licari L., Nemer L, Tamburini G *Children's Environment and Health Action Plans: developing National Plans,* WHO European Office, Copenhagen, 2005
- Lobstein T, Baur L, Uauy R, for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews* 2004; 5.
- Macaluso A, Pivetta S, Ronfani L, Tamburlini G. *Rapporto sulla salute del bambino. Parte prima: Lo stato di salute.* Quaderni ACP 2003;1:6-20
- Macaluso A, Pivetta S, Ronfani L, Tamburlini G. *Rapporto sulla salute del bambino. Parte seconda: Priorità e interventi efficaci.* Quaderni ACP 2003;2:6-17.
- Magurno T, Nardacci A, Andolfi L, et al. Contenimento dell'epidemia di morbillo: Salerno 2002. *Quaderni acp* 2004;11(2):49-52.
- Mastroiacovo P, Tamburlini G. Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile. *Medico e Bambino* 2000;19:306-309.
- MISA. *Metanalisi italiana degli studi sugli effetti acuti dell'inquinamento atmosferico.*

- Epidemiologia & Prevenzione 2001; 2(suppl).
- Monti MC, Motomoli C, Marinoni A, et al. Mortalità infantile e morte improvvisa in culla in Lombardia. *Epidemiol Prev* 2004;28 (1):13-19.
 - Pellai A, Bassoli L, Castelli B et al. Quanti sono i minori vittime di abuso sessuale? Risultati di uno studio di prevalenza su un campione di 3000 studenti delle classi superiori a Milano. *Maltrattamento e Abuso*, 6:3, 79-96, 2004
 - Rigby M, Köhler L (eds.). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): report to the European Commission*; Keele, Centre for Health Planning and Management for European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General, 2002.
 - Ronfani L, La Gamba G, Corchia C, et al. Indicatori di salute e pianificazione: l'esperienza in Friuli Venezia Giulia e in Calabria. *Medico e Bambino* 2001;20:37-42.
 - Ronfani L, Tamburlini G. Promozione della salute perinatale e infantile (progetto "sei più uno"). *Epicentro* 2002 (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>).
 - Salmaso S, Rota MC, Ciofi Degli Atti ML, et al. Infant immunization coverage in Italy: estimates by simultaneous EPI cluster surveys of regions. *ICONA Study Group. Bull World Health Organ* 1999;77:843-51.
 - Semprini R. Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche di protezione. *Quaderni acp* 2000;6:45.
 - SIDRIA (Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment). Asthma and respiratory symptoms in 6-7 yr old Italian children: gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. *European Respiratory Journal*, Aprile 1997.
 - SIDRIA (Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente)-2a fase. A cura di: Galassi C, De Sario M, Forastiere F. *Epidemiologia e Prevenzione*. In stampa.
 - Spadea T, Cois E. I determinanti delle disuguaglianze di salute in Italia. I primi anni di vita. *Epidemiologia e Prevenzione* 2004; 28 suppl: 26-31.
 - Steliarova-Foucher E, Stiller C, Kaatsch P, et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet* 2004; 364: 2097-105.
 - Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. Development of a child health indicator system in Italy. *Eur J Publ Health* 2001;11:11-17.
 - Tamburlini G. Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva. *Atti Conferenza Nazionale sulla salute mentale*. Ministero della sanità, Roma, 10-12 gennaio 2001.
 - Tommasini A, Not T, Kiren V et al. Mass screening for coeliac disease using antihuman transglutaminase antibody assay. *Arch Dis Child* 2004;89:512-515.
 - Valent F, Little D, Bertollini R, Nemer L, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 2004;363:2032-9.
 - WHO EURO, HBSC. Currie C. et al (eds.) 2004. **Young People's Health in Context**: international report from the HBSC 2001/02 survey. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
 - WHO EURO. Health impact assessment of air pollution in the eight major Italian cities. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.
 - Zerilli, M., Rigoni, S., Caldana, L., Magrin, C., Schon, L., Valentini, R. (2002) *Ricerca epidemiologica sulla prevalenza di abuso sessuale in età evolutiva, Maltrattamento e abuso all'infanzia*, v. 4, pp. 73-104.