

RAPPORTO SULLA SALUTE DEL BAMBINO

Parte prima: Lo stato di salute

Versione presentata al XIV Congresso dell'ACP, Roma, 10-12 ottobre 2002

A cura di: Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Luca Ronfani (Centro per la Salute del Bambino, Trieste)
e Giorgio Tamburlini (IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste)

Abstract

The first part of the report provides an overview of the health of children and adolescents in Italy. The available data suffer from delays in accessibility, incompleteness in coverage and lack of precise definitions, making analysis and international and intraregional comparison difficult. However, in spite of many limitations, the available information clearly draws the attention to a few critical issues: the unacceptably high neonatal mortality rate in many southern regions; the unacceptably high, particularly in northern Italy, mortality among adolescents and young adults, mainly due to traffic accidents; the high burden represented by mental health problems; the increasing trend of overweight and asthma; the persistent social inequalities in health outcomes, and the urgent need for a better information system.

*Anna Macaluso, Silvia Pivetta, Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini
Report on the health of children and adolescents in Italy. First part: the available data*

Quaderni acp 2003; vol X n° 1: 6-20

Rapporto 2002 sulla salute del bambino in Italia

versione on-line: www.salutedelbambino.it/rapporto.html

SOMMARIO

• Parte prima

- Introduzione
- Sezione I Mortalità
- Sezione II Morbosità
- Sezione III Determinanti

• Parte seconda

- Sezione IV Politiche, strategie e azioni raccomandate
- Sezione V Indicatori
- Sezione VI Fonti

Aspetti salienti del rapporto

Il rapporto analizza i dati disponibili per tracciare un quadro sintetico dello stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, allo scopo, soprattutto, di individuare le maggiori criticità (parte prima) e gli interventi prioritari (cui è dedicata la seconda parte del rapporto, in pubblicazione sul prossimo numero di *Quaderni acp*).

Per quanto riguarda i dati relativi alla mortalità, le aree critiche sono due: l'elevata mortalità neonatale nelle regioni del Sud (5,3 per mille in media, contro 4,2 al Centro e 3,1 al Nord) e l'elevata mortalità nel gruppo di età 15-24 anni al Nord, in gran parte dovuto a incidenti (61,9 contro 48,7 per 100.000 al Sud). In entrambi i casi, il dato è significativamente peggiore della media sia italiana che europea. È da rilevare il fatto che l'eccesso di mortalità nel primo anno di vita nel Sud è compensato dalla più alta mortalità nel gruppo di età 15-24 anni al Nord, sicché la probabilità di sopravvivenza fino a 25 anni è la stessa al Nord e al Sud.

Per quanto riguarda il quadro delle disabilità e delle condizioni croniche, i problemi emergenti con trend temporale in ascesa sono l'asma

(10% nell'età scolare) e, soprattutto, l'obesità (prevalenza a 13 anni del 9-13% utilizzando il criterio del Body Mass Index, BMI). La priorità è costituita dall'area della salute mentale con una prevalenza di problemi molto articolati e di diversa severità, ma che nel loro complesso arrivano a interessare fino al 16% dei ragazzi in età adolescenziale.

Per quanto riguarda i determinanti e i fattori di rischio, c'è da registrare innanzitutto una persistente disuguaglianza negli esiti di salute (quantificabile intorno ad aumento di rischio di 1,5-2 volte per la gran parte degli esiti considerati). Inoltre desta preoccupazione che la quota di neonati di basso peso (6%), e soprattutto di peso molto basso (intorno all'1%), non accenna a calare; che dagli anni '90 si è verificato un aumento di giovani fumatori soprattutto tra le ragazze; il 5% degli adolescenti usa ecstasy o altre "droghe da discoteca".

Priorità e piani operativi vengono discussi sulla base di questi dati, delle evidenze di efficacia e della evoluzione in atto nel sistema sanitario, nella seconda parte del rapporto, che presenta anche gli indicatori di salute del bambino proposti da un progetto della Comunità Europea, e le principali fonti accessibili di dati sanitari.

Introduzione: uno strumento di lavoro *in progress*, orientato all'azione

Da qualche anno, anche in Italia, è possibile disporre di pubblicazioni che presentano i dati disponibili relativi alla condizione dell'infanzia. 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, Preadolescenza e Adolescenza pubblicati a partire dal 2000 da Eurispes e Telefono Azzurro. Entrambe queste pubblicazioni includono informazioni e analisi relative alla condizione complessiva dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia.

Altre pubblicazioni che comprendono l'analisi di dati sanitari su infanzia e adolescenza sono i rapporti sulla salute in Italia pubblicati da Il Pensiero Scientifico e il rapporto "La salute in Italia" pubblicato periodicamente dall'OMS (edizione 2002 in corso di stampa). In entrambe esistono sezioni (più ampia quella del rapporto OMS) dedicate all'infanzia e all'adolescenza, come pure alla gravidanza e alla salute riproduttiva.

Questo rapporto evidentemente non intende sostituirsi ad alcuna delle pubblicazioni esistenti, delle quali anzi si raccomanda la consultazione, né pretende di essere esaustivo dell'informazione esistente. La sua caratteristica, e quindi, almeno nelle intenzioni, il suo obiettivo sono quelli di fornire un quadro d'insieme, conciso, di alcuni dati selezionati, assieme a una interpretazione degli stessi che possa risultare utile ai lettori per meglio comprendere la realtà in cui operano e meglio identificare il che fare. Si tratta di una operazione ambiziosa e azzardata: se già l'interpretazione dei fenomeni può essere soggetta a errori dovuti ai limiti dell'informazione disponibile e della stessa capacità analitica degli estensori, ancor più complessa, e passibile di mancanze e vizi soggettivi, risulta l'identificazione delle azioni volte a migliorare lo stato di salute. Inutile qui ricordare quanto quest'ultimo risenta in misura preponderante di fattori extrasanitari, e che ogni singola condizione o fattore di rischio sia caratterizzato dalla multicausalità e dalla complessità.

Se già sull'interpretazione di un dato ci può essere, e spesso c'è, discussione tra diverse ipotesi, quando si entra nel campo del che fare, le opzioni possibili risentono sia della complessità del problema che della variabilità del background tecnico e politico-culturale di coloro che si assumono la responsabilità di indicarle. Quest'area, ampia, di indefinizione e indecisione risente della molto lenta applicazione nel nostro Paese di metodi aggiornati di valutazione del peso delle diverse condizioni e fattori di rischio, quali quelli ormai in uso da quasi un decennio nelle agenzie internazionali che si occupano di salute (stima del *Burden of Disease*, della frazione attribuibile a livello di popolazione dei diversi fattori di rischio, e quindi stima del possibile impatto degli interventi).

Abbiamo tuttavia ritenuto di poter fare questo tentativo, sulla base di due ordini di considerazioni: il primo è che il rapporto si vuole caratterizzare come strumento non istituzionale ma promozionale suggerisce più che raccomandare e può dunque ritenersi libero, in un certo senso, di sbagliare; il secondo, più importante, è che il lavoro si vuole definire 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 e soprattutto da quanto viene segnalato da chi vorrà contribuire. Non vi saranno dunque, a differenza delle altre pubblicazioni già citate, edizioni successive, ma un unico testo disponibile on line (www.salutedelbambino.it/rapporto.html) che verrà aggiornato e modificato continuamente, assieme alla segnalazione, per ogni sezione o tabella, di quale è stata l'ultima data di revisione.

Il gruppo degli estensori (almeno quello iniziale; è nostro auspicio che esso si arricchisca nel tempo di collaboratori) è un gruppo 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 agenzie internazionali nel campo dei programmi materno-infantili.

Tutto questo naturalmente non garantisce affatto da errori, anzi siamo convinti che il gruppo sia ancora troppo limitato nel numero e nelle competenze per offrire un prodotto di buona qualità. Ma ci è sembrato che fosse il caso di porre la prima pietra o, meglio, di concepire qualcosa che possa crescere nel tempo.

A chi si rivolge il rapporto? Nelle intenzioni, a un vasto gruppo di operatori che comprende sia, ovviamente, chi nelle regioni, nelle aziende e nei distretti è chiamato a produrre e analizzare dati, a definire piani, a mettere a punto interventi, sia gli operatori dei servizi sanitari per l'infanzia, che non possono che trarre vantaggio da una migliore comprensione degli scenari in cui si trovano a operare e delle politiche che sono o dovrebbero essere chiamati a realizzare.

Nella presentazione dei contenuti sono state operate alcune scelte. Innanzitutto, quella di presentare i dati secondo tre grandi capitoli: dati relativi allo stato di salute (mortalità e morbosità); determinanti/fattori di rischio (o di protezione); quindi politiche o azioni. Il progetto CHILD (*Child Health Indicators of Life and Development*), finanziato dalla Comunità Europea nell'ambito del Progetto *European Community Health Indicators*, ha ad esempio adottato questa griglia per l'individuazione degli indicatori da proporre. Il rapporto presenta dunque due sezioni sullo stato di salute (una dedicata ai dati di mortalità e una ai dati di morbosità); quindi una sezione sui determinanti/fattori di rischio e una su politiche e azioni. Infine, vi è una parte dedicata agli indicatori di salute, tematica in rapida evoluzione soprattutto su scala europea, e alle fonti di dati disponibili.

Abbiamo tentato di seguire questo approccio, anche se i dati disponibili non sono sufficienti, per il momento, a fornire un quadro adeguato a “riempire” a sufficienza le diverse sezioni. In particolare, fanno difetto i dati relativi alla morbosità e alle condizioni di disabilità; fanno difetto informazioni complete e rappresentative della popolazione generale sui fattori di rischio, e le stesse informazioni riguardanti la mortalità sono fornite dall'ISTAT con considerevole ritardo. Le azioni infine, come abbiamo detto, risentono dei limiti e della soggettività di giudizio degli autori.

Desideriamo, infine, ringraziare coloro che hanno contribuito a fornire dati e informazioni, in particolare Giuseppe La Gamba, Carlo Corchia, Dino Pedrotti, Irene Sarti (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, SINPIA), Angela Spinelli, Francesco Ciotti, Giancarlo Biasini, precisando che ad essi non va attribuita alcuna responsabilità per i contenuti del rapporto che resta esclusivamente dei curatori.

SEZIONE I MORTALITÀ

Mortalità infantile

Nel 1997 la mortalità infantile (MI) in Italia è stata del 5,4 per 1000 nati vivi. Il dato italiano è molto vicino a quello medio dell'Unione Europea (UE), che per lo stesso anno è risultato pari a 5,2 per 1000 nati vivi. Come è possibile vedere nella **figura 1**, vi sono ancora differenze importanti tra Italia settentrionale (4,3‰), centrale (5,5‰) e meridionale/isole (6,5‰). È interessante notare (sempre **figura 1**) come questa differenza sia da riferirsi completamente alla differente mortalità neonatale (dalla nascita a 28 giorni di vita) presente nelle tre aree geografiche, mentre quella post-neonatale risulta identica (1,2‰).

Condizioni perinatali (3,1‰) e malformazioni congenite (1,5‰) spiegano l'83% della mortalità nel primo anno di vita in Italia. La terza categoria per importanza è quella che l'ISTAT definisce come “sintomi mal definiti” (0,22‰, 4% della MI). Sembra ragionevole attribuire alla “sindrome della morte improvvisa del lattante” (SIDS) una quota rilevante delle morti inserite in questa categoria. La SIDS rappresenta quindi in Italia la prima causa di morte al di fuori del periodo neonatale, ma la sua incidenza appare più contenuta di precedenti stime che la collocavano intorno allo 0,4-0,5‰ (Buzzetti R, Ronfani L, *Medico e Bambino* 2000). Traumatismi e avvelenamenti in questa fascia di età spiegano l'1% della mortalità.

La **figura 2** mostra l'andamento temporale della MI in Italia a partire dagli anni '70, scorporata nelle tre aree geografiche. La riduzione relativa del tasso negli ultimi 25 anni in Italia è stata del 79% circa, una delle più significative tra i Paesi dell'UE.

Analizzando le differenze geografiche, notiamo che in termini assoluti (semplice differenza tra tasso di partenza e di arrivo) la

riduzione della MI nelle regioni meridionali è stata superiore rispetto a quella delle regioni settentrionali (25% vs 17%). In termini relativi invece (cioè mettendo in relazione la differenza dei tassi con il tasso di partenza) la riduzione è stata identica tra le due aree geografiche (79%). Questo significa che la disuguaglianza nel rischio di morte per il primo anno di vita tra Nord e Sud Italia è rimasta invariata negli ultimi 25 anni.

I dati relativi al 1998 confermano sia la tendenza alla riduzione del tasso medio italiano (5,2‰) sia le differenze tra le tre aree geografiche (Nord 3,9‰, Centro 4,9‰, Sud 6,4‰).

È interessante notare che, per quanto riguarda la mortalità neonatale, l'Italia si trova nel gruppo di Paesi dell'UE a più alta mortalità, mentre per la mortalità post-natale è vero l'inverso.

Mortalità 1-14 anni

Nel 1997 il tasso di mortalità in questa fascia di età è stato del 19,7 per 100.000 residenti. Il dato italiano è sostanzialmente in linea con quello medio dell'UE (nel 1996, 21,3 contro 21,4 per 100.000).

Differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud Italia sono presenti anche per questa fascia di età seppure di entità minore rispetto alla MI e a favore in questo caso del Sud Italia, che ha una mortalità leggermente più bassa (**figura 3**).

Le due principali cause di morte in questa fascia di età sono traumatismi/avvelenamenti (26%) e tumori (26%), con un rapporto maschio/femmina di 1,7:1 e senza sostanziali differenze tra le tre aree geografiche.

Anche in questa fascia di età si è assistito a una riduzione rilevante della mortalità negli ultimi 25 anni, con una riduzione relativa media del 61% (da 49,9 a 19,7 per 100.000). In questo caso la riduzione, sia assoluta che relativa, della mortalità è stata maggiore al Sud rispetto al Nord: mentre nel 1973 le regioni del Sud presentavano una mortalità 1-14 anni più alta (56,1 vs 47,4 per 100.000), nel 1997 presentavano la più bassa (18,5 vs 21,1 per 100.000) (**figura 4**). Il dato medio italiano per il 1998 risulta in ulteriore riduzione (16 per 100.000).

Mortalità 15-24 anni

Nel 1997 il tasso di mortalità 15-24 anni è stato pari a 54,3 per 100.000 residenti (**figura 5**). Anche in questo caso il dato italiano è risultato sostanzialmente in linea con quello medio dell'UE (56 per 100.000).

Le differenze geografiche tra Nord, Centro e Sud Italia risultano importanti, con un tasso di mortalità più elevato al Nord (62 per 100.000) rispetto a Centro (50 per 100.000) e Sud Italia (48 per 100.000). L'analisi della **figura 5** permette di notare come la differenza tra le aree geografiche sia legata a una differenza nella mortalità per traumatismi/avvelenamenti, che è molto superiore al Nord (42 per 100.000) rispetto al Sud (27 per

FIGURA 1: MORTALITÀ INFANTILE IN ITALIA, 1997

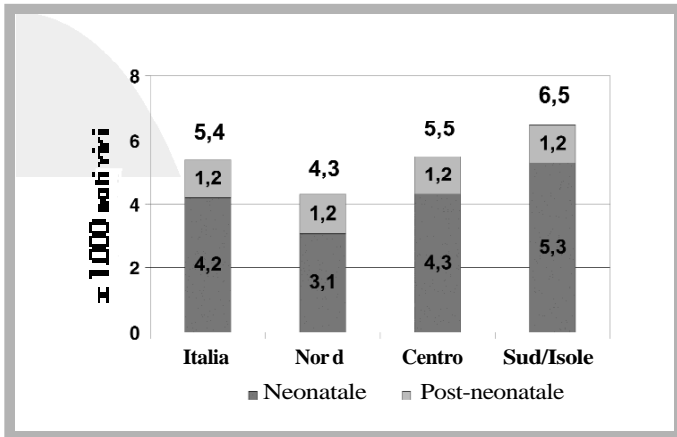


FIGURA 2: MORTALITÀ INFANTILE, TREND TEMPORALE

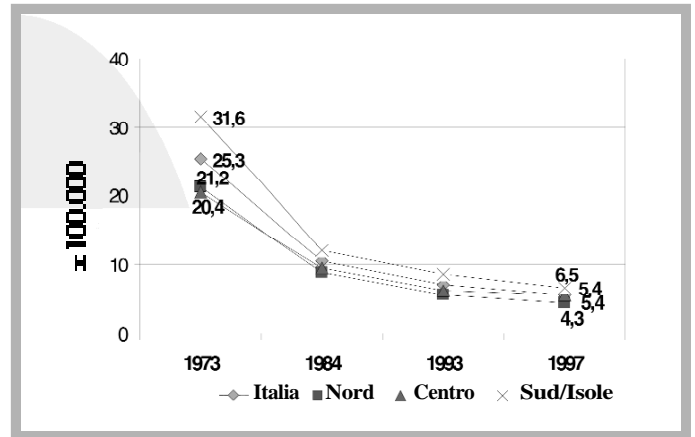


FIGURA 3: MORTALITÀ 1-14 ANNI, 1997

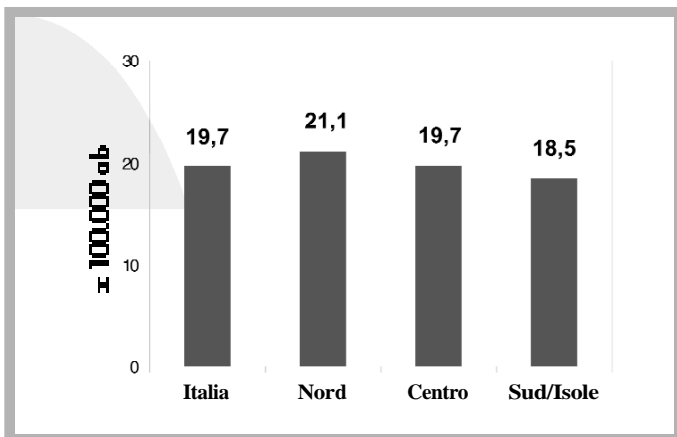


FIGURA 4: MORTALITÀ 1-14 ANNI, TREND TEMPORALE

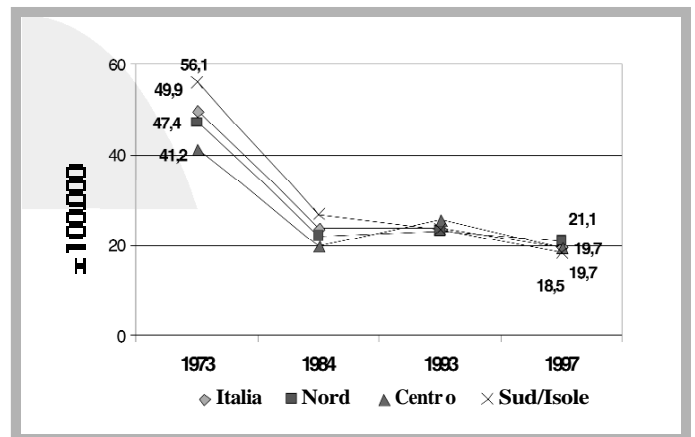


FIGURA 5: MORTALITÀ 15-24 ANNI, 1997

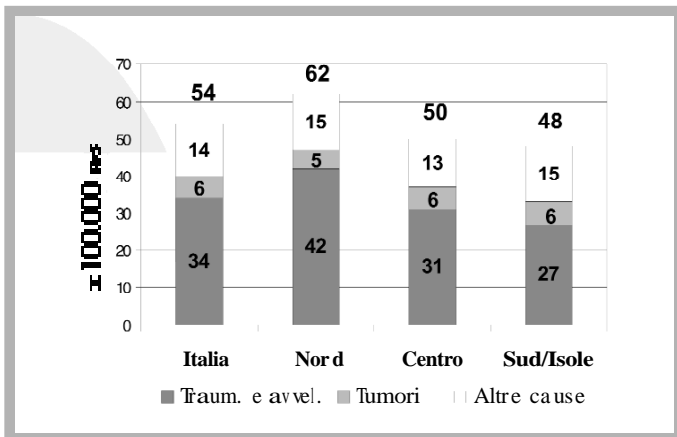


FIGURA 6: MORTALITÀ 15-24 ANNI, TREND TEMPORALE

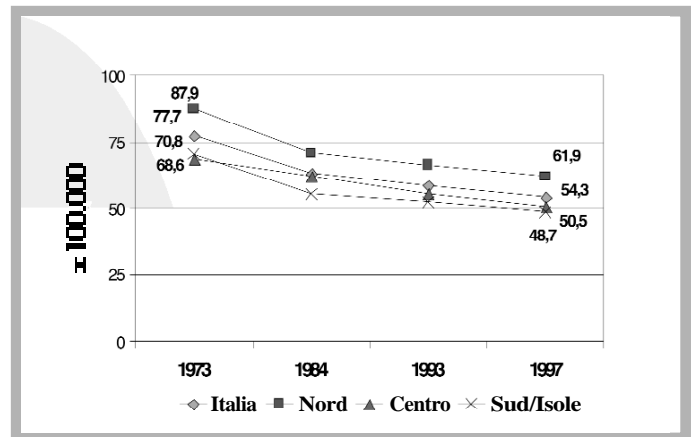


FIGURA 7: ANALISI COMPARATIVA DELLA MORTALITÀ 0-25 ANNI NORD/SUD

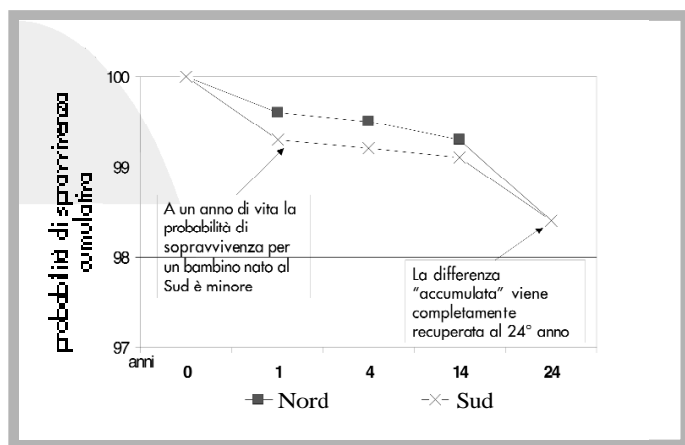
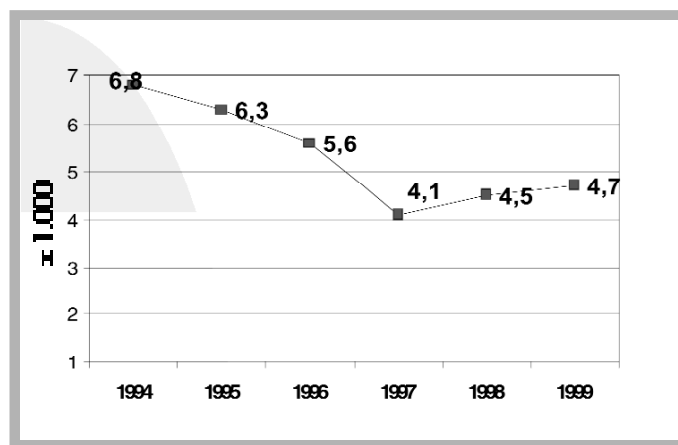


FIGURA 8: MORTALITÀ NEONATALE IN CALABRIA, TREND TEMPORALE



100.000), mentre solo piccole differenze sono presenti nelle altre cause riportate.

Rispetto alle cause, la mortalità per traumatismi/avvelenamenti rappresenta la principale causa di morte in questa fascia di età (dato medio per l'Italia = 34 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 (1,8 per 100.000 tra 14 e 17 anni, 8 per 100.000 tra 18 e 24 anni). Il tasso di mortalità per suicidio tra gli adolescenti e giovani in Italia è tra i più bassi nei Paesi dell'UE e presenta un trend leggermente in discesa.

La seconda causa di morte nella fascia 15-24 anni è rappresentata dai tumori (6%). Esistono importanti differenze di genere nella mortalità in questo gruppo etario: il rischio di morire per un maschio nella fascia 15-24 anni è infatti doppio rispetto a quello di una femmina (triplo se si considerano solo gli incidenti).

Il trend temporale mostra negli ultimi 25 anni una riduzione della mortalità 15-24 anni, che passa dal 71 per 100.000 del 1973 al 54 per 100.000 del 1997 (figura 6). Per questa fascia di età il dato relativo al Sud Italia era migliore nel 1973 rispetto a quello del Nord, e la riduzione relativa del tasso è stata uguale tra le due aree geografiche. Questo significa che la disuguaglianza nel rischio di morte tra 15 e 24 anni di vita tra Nord e Sud è rimasta invariata negli ultimi 25 anni.

Per meglio visualizzare l'andamento della mortalità da 0 a 25 anni abbiamo costruito una curva di sopravvivenza in cui, applicando i tassi di mortalità del 1997, viene riportata la probabilità di sopravvivere alle varie età per un bambino nato nel Nord Italia e per uno nato al Sud (figura 7).

Si può vedere nella prima parte della figura che la probabilità di sopravvivenza per un bambino nato al Sud è minore alla fine del

primo anno di vita e, come abbiamo visto precedentemente, questo fenomeno è legato alle differenze nella mortalità neonatale presenti tra le due aree geografiche. Tra 1 e 14 anni le due curve corrono parallele (parte centrale della figura). A 24 anni le due curve si incontrano in quanto nella fascia 15-24 anni vi è una probabilità di sopravvivenza inferiore al Nord rispetto al Sud, legata all'eccesso di mortalità dovuta a incidenti presente al Nord.

La maggiore mortalità nelle regioni del Sud nel 1° anno rispetto a quelle del Nord viene quindi completamente compensata entro il 25° anno, età in cui la sopravvivenza cumulativa nelle due regioni è uguale.

È possibile che, date le diverse cause di morte alle diverse età, venga "eliminato" un insieme di soggetti diverso nelle due realtà. In particolare, nelle regioni settentrionali la mortalità in eccesso di giovani adulti sani è dovuta in gran parte agli incidenti, anche se gli stessi tassi di suicidio sono più alti che al Sud.

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

L'analisi dei dati di mortalità permette di mettere in evidenza due aree critiche:

- La mortalità neonatale, soprattutto al Sud: questa è infatti sensibilmente più alta rispetto al Centro-Nord Italia ed è questo differenziale, rimasto invariato in termini relativi negli ultimi 25 anni, che spiega interamente la posizione arretrata dell'Italia nel contesto europeo per quanto riguarda questo indicatore.
- La mortalità 15-24 anni, soprattutto al Nord: anche in questo caso il dato è superiore alla media europea, e la differenza relativa tra aree geografiche si è mantenuta invariata nel tempo.

Il primo dato è solo in parte attribuibile al divario socio-economico che ancora caratterizza il Sud. Il dato relativo alla evoluzione della mortalità neonatale nella regione Calabria (la più povera del Sud) evidenziato dalla **figura 8** dimostra infatti una significativa riduzione negli ultimi anni, in corrispondenza con la riorganizzazione di buona parte della rete assistenziale neonatologica e il miglioramento della qualità delle cure in alcuni importanti centri di riferimento.

Quindi non sarebbe corretto attribuire l'intero differenziale alla arretratezza complessiva del Sud: quando vi sono la volontà e la capacità per operare i risultati arrivano.

Diversa probabilmente è la spiegazione del differenziale, di segno contrario, riguardante la mortalità tra i giovani. Ci si trova qui di fronte a cause riguardanti stili di vita piuttosto che qualità dei servizi: infatti è difficile supporre che i servizi di emergenza siano migliori al Sud; evidentemente siamo di fronte a una diversa distribuzione di fattori psico-sociali, dei quali alcuni (per esempio il consumo di sostanze) sono chiaramente identificabili, così come suggerito anche dalla più alta incidenza di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nelle ragazze e di tossicodipendenze tra i ragazzi di età inferiore ai 25 anni; altri potrebbero essere identificati in un maggior complessivo disagio del giovane del Nord. Ma non abbiamo sufficienti dati per suffragare questa ipotesi.

SEZIONE II MORBOSITÀ

Disabilità

In un Paese come l'Italia in cui la transizione epidemiologica, con il controllo sostanziale della patologia infettiva severa, si è compiuta già da almeno due decenni per quanto riguarda la salute infantile, il numero dei soggetti con disabilità non può non costituire uno degli indicatori più importanti, se non il più importante: sia in quanto espressione della qualità delle cure, dall'epoca perinatale in poi, sia in quanto indicatore di bisogni assistenziali. Purtroppo, come è stato già accennato, la qualità dei dati relativi alla disabilità è gravemente insufficiente: innanzitutto perché i dati resi disponibili dall'ISTAT in proposito sono di assai incerto significato a causa delle definizioni utilizzate, estremamente generiche; in secondo luogo perché, in assenza di definizioni condivise, dati più precisi raccolti in singole aree non sono confrontabili tra loro.

L'indagine Multiscopo dell'ISTAT definisce disabile chi ha difficoltà gravi nell'espletare almeno una delle attività della vita quotidiana, utilizzando per la valutazione del livello di autonomia la scala ADL (*Activities of Daily Living*) e, dal 1999, la scala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*). Secondo questa definizione, nell'indagine 1999-2000, i soggetti in età scolare (6-14 anni) con disabilità erano il 15,6 per mille (**tabella 1**).

Si tratta di una definizione indubbiamente restrittiva, e le scale utilizzate per la valutazione della disabilità presentano dei limiti importanti, non permettendo, ad esempio, di rilevare la disabilità sotto i 6 anni di età e tendendo a sottostimare la disabilità mentale. Dati raccolti dalla SINPIA per la regione Lazio forniscono una stima di disabilità nel bambino già superiore, del 16-20 per mille. In precedenti lavori (Giorgio Tamburlini e Luca Ronfani, *Eur J P Health*, 2001; *Medico e Bambino*, 2001), alla ricerca di un qualche indicatore che perlomeno potesse fornire un accettabile surrogato di una descrizione della/e condizione/i di disabilità nell'infanzia, eravamo ricorsi alla certificazione scolastica ai fini dell'attribuzione di un insegnante di sostegno. Il dato infatti è ottenibile in tutta Italia, anche se è soggetto a importanti variazioni legate molto più alla soglia di sensibilità dei servizi che all'effettiva epidemiologia dei problemi.

Il dato ricavato da questa diversa prospettiva (e fonte) ci fornisce un dato medio del 23 per mille con oscillazioni tra il 20 e il 25 per mille. Ora, è probabilmente legittimo assumere che tutte o quasi le certificazioni scolastiche corrispondano a un qualche grado di condizione disabilitante, se non altro in via temporanea (dai disturbi specifici dell'apprendimento all'ADHD), e considerare che una serie di importanti patologie croniche (dall'asma grave al diabete, alla fibrosi cistica, a molte delle "malattie rare") non ricadono in tale certificazione in quanto, in condizioni di patologia adeguatamente trattata, non vi è vero handicap sul profitto scolastico.

C'è quindi da ritenere che una condizione reale di disabilità significativa, comprendente significative limitazioni funzionali, anche se compensate sul piano funzionale e socialmente non discriminanti, interessi il 4% dei bambini in età scolare (6-14 anni). Una rilevazione sistematica effettuata a Bergamo nel 1994 (Roberto Buzzetti e coll, *Medico e Bambino*, 1994) conferma questa stima, avendo misurato i soggetti affetti da condizione cronica significativa (29,3 per mille) e quelli affetti da

TABELLA 1: DISABILITÀ

Dati

1. Multiscopo: 15,6 per mille (6-14 aa)
definizione: disabilità funzioni e/o movimento e/o sensoriale
 2. Handicap scolastico: 23 per mille (6-14 aa)
definizione: certificazione scolastica
- Trend temporale:
 - apparentemente stabile
 - in aumento (+10% in 10 anni)
 - Riferimento UE: 15-20 per mille

problematiche neuro-psichiche e comportamentali (15,7 per mille).

Date queste premesse, non è facile dare un giudizio sui trend temporali, che tutt'al più potrebbero essere evidenziati per singole condizioni (sindrome di Down, paralisi cerebrale). Dati di tendenza sulla paralisi cerebrale a livello nazionale non sono disponibili; dati locali fanno ritenere che non vi siano trend temporali significativi. 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; 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 beneficio di inventario, testimonierebbe una situazione nella media europea (15-20 per mille) di disabilità severe in età scolare, esclusa la patologia cronica, sulla base di una definizione restrittiva tipo Multiscopo.

Asma

Anche per quanto riguarda l'asma, manca una definizione universalmente accettata. Allo stato, la definizione adottata dallo studio internazionale multicentrico ISAAC (ISAAC, *Lancet*, 1998) fornisce un dato di prevalenza di asma in età scolare dell'8-10% (**tabella 2**). Va tuttavia rilevato che le variazioni tra le diverse sedi italiane in cui è stato effettuato lo studio vanno ben oltre questo range limitato che rappresenta la media per l'Italia delle rilevazioni effettuate.

Altri studi, quale lo studio SIDRIA (*Epidemiologia & Prevenzione*, 1997), indicherebbero che non tutte queste variazioni sono imputabili alla diversa sensibilità diagnostica, ma che esistono significative differenze nell'epidemiologia dell'asma tra le diverse aree geografiche in Italia, le cui cause non sono tuttora chiare. Sembra invece confermato, anche per l'Italia, un trend in aumento, da porsi essenzialmente in relazione alle mutate condizioni di vita e, in particolare, all'andamento demo-

grafico e alla composizione del nucleo familiare, con conseguente minore esposizione a infezioni e conseguente maggiore espressività della componente "allergica/autoimmune" nell'immunità (cosiddetta "ipotesi igienica").

Rispetto alla media dei Paesi industrializzati e rispetto alla media europea la prevalenza dell'asma in età pediatrica è in Italia sensibilmente inferiore.

Tumori

I dati relativi ai tumori infantili sono di qualità molto migliore grazie all'esistenza di Registri Tumori, anche se questi ultimi sono attivati solo in alcune aree geografiche. Nel decennio 1990-2000 l'incidenza del complesso dei tumori infantili in bambini di età inferiore ai 15 anni era di 14-15 per 100.000 (**tabella 3**).

Per quanto riguarda il trend temporale non sembra di poter registrare variazioni significative anche se va citato il dato che emerge dal Registro Tumori della regione Piemonte, secondo il quale l'incidenza della leucemia linfoblastica acuta nel periodo dal 1967 al 1994 è aumentata dal 41,3 al 62,4 per milione sotto i 15 anni. Una maggiore sensibilità diagnostica può non bastare a spiegare questa variazione.

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 (*Epidemiologia & Prevenzione*, 2002).

Se confrontiamo la situazione italiana relativa ai tumori infantili con quella europea, il dato si situa nella media bassa.

Altre patologie croniche

Le patologie croniche dell'infanzia comprendono un numero di condizioni estremamente ampio, soprattutto se si considerano le malattie rare.

TABELLA 2: ASMA

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dato: 8-10%, età scolare • Fonte: studio ISAAC (multicentrico) • Definizione: diagnosi del medico, episodio nell'ultimo anno • Trend: aumento • Riferimento internazionale: inferiore alla media europea |
|--|

TABELLA 3: TUMORI

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dato (1990-2000): 14-15 per 100.000 <15 aa • Fonte: Registri Tumori • Trend: stabile-aumento: LLA da 41,3 a 62,4 per 1.000.000 (da 1967 a 1994, Piemonte) • Aumento melanoma e carcinoma pelle >15 aa • Paragone internazionale: nella bassa media |
|--|

Queste, definite come quelle patologie con incidenza inferiore a 1 su 2000, riguardano nel loro complesso circa un bambino su 200 (Registro Nazionale Malattie Croniche, Istituto Superiore di Sanità). Se alcune di queste, quali in primo luogo la talassemia, sono oggi quasi scomparse grazie alla possibilità di diagnosi precoci e altre si sono ridotte grazie alla combinazione di consiglio genetico e di diagnosi precoce, la prevalenza di molte condizioni è in aumento in conseguenza delle migliori capacità diagnostiche e soprattutto terapeutiche.

Abbiamo già riferito che diversi studi concordano nello stimare che la prevalenza di malattie croniche in età scolare sia nel complesso del 2,5%. Questo dato esclude l'asma lieve, non considera sicuramente l'obesità e, evidentemente, non considera l'intolleranza al glutine.

Le più recenti rilevazioni su base di popolazione, effettuate con test la cui sensibilità e specificità sono molto vicine al 100%, definiscono la prevalenza della celiachia in bambini in età scolare di 1 su 100.

Sovrappeso e obesità

Solo recentemente è stato adottato un criterio internazionalmente condiviso per la definizione rispettivamente di sovrappeso e di obesità, ed è quello elaborato dall'*International Obesity Task Force* e basato sui centili, per età e per sesso, del *Body Mass Index*.

Tutti gli studi disponibili, effettuati in diverse regioni italiane, sono disomogenei quanto a criteri diagnostici. Secondo l'indagine italiana effettuata dalla Società Italiana per lo Studio dell'Obesità Infantile, il 25% dei bambini italiani in età scolare sono in sovrappeso, esiste un trend in aumento e tendenzialmente le regioni del Sud presentano una prevalenza di sovrappeso più alta rispetto a quelle del Nord (*tabella 4*).

Per i motivi già menzionati, paragoni internazionali sono difficilmente proponibili: apparentemente l'Italia si trova nella media europea sotto questo aspetto.

TABELLA 4: SOVRAPPESO E OBESITÀ

- Dato: 25% (BMI, IOTF)
- Fonte: studi diversi
- Definizione: varia
- Trend: aumento dal 22 al 27% (Sud); dal 17 al 19% (Nord)
- Paragone internazionale: criteri disomogenei, apparentemente nella media europea

HIV-AIDS

Nel periodo 1995-'97, la prevalenza è di 6,2 casi per milione di soggetti tra 0 e 14 anni (*tabella 5*). Questo dato, come è noto, 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 1995 a 19 nel 1998.

Salute mentale

Così come per le disabilità ci si trova di fronte a rilevanti difficoltà dovute alla mancanza di rilevazioni effettuate su base nazionale utilizzando strumenti e criteri diagnostici condivisi, quali il DSM-IV. Indagini effettuate su ambiti di popolazione sufficientemente ampi (dimensioni aziendali) utilizzando questi strumenti e criteri DSM-IV sono significativamente concordi nell'indicare la frequenza delle principali categorie diagnostiche (*tabella 6*).

Può essere utile citare anche il dato quantitativo assoluto che, per quanto riguarda la regione Lazio su una popolazione di 962.224 soggetti di età inferiore ai 18 anni, identifica l'esistenza di problemi di salute mentale in 161.653 soggetti, pari al 16,7%.

TABELLA 5: HIV-AIDS

- Dato: 6,2 per milione (0-14 aa, 1995-97)
- Fonte: ISS e Registro Italiano
- Paragone con UE: 4 per milione
- Trend: forte diminuzione (da 83 casi nel 1995 a 19 nel 1998)

TABELLA 6: SALUTE MENTALE

- Disturbi pervasivi dello sviluppo: 0,8%
- Disturbi dell'apprendimento: 5-6%
- Disturbi severi del comportamento: 1,6%
- Depressione: 8%
- Anoressia: 0,6-0,8%
- Bulimia: 1-2 %
- Suicidio: 5,3/100.000 (8,8 M; 1,9 F, 15-24 aa), tra i più bassi valori in ambito EU

TABELLA 7: SALUTE MENTALE NEL LAZIO

- Disabilità persistenti (1,6-2%; n=17.320)
- Disturbi psicopatologici e/o neuropsicologici (6,7-7,2%; n=67.356)
- Sofferenza silenziosa e/o grave disturbo psicosociale (8%; n=76.977)
- Totale: 161.653 su 962.224 (16,7%)
- Fonte: Regione Lazio

Questa popolazione comprende sia le disabilità con componenti psichica, sia i disturbi psicopatologici e neuropsicologici, sia la depressione e/o i disturbi della sfera psicosociale (*tabella 7*). Le stime europee non si discostano da questi dati, con una prevalenza di problemi di salute mentale in adolescenza del 17% e una simile distribuzione dei diversi gruppi di problemi. Esiste peraltro una problematica specifica, quella del suicidio, per la quale l'Italia si discosta in modo significativo dalla situazione europea, con tassi di mortalità per suicidio 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 degli altri Paesi del Sud, quali Grecia, Portogallo e Spagna (*Report on the state of young people's health in the European Union, 2000*). Da rilevare che il tasso di suicidi nei maschi è di circa 4 volte superiore che nelle ragazze.

Abuso e maltrattamento

Negli ultimi anni sono stati fatti notevoli sforzi per dotare l'insieme dei servizi per l'infanzia, sia quelli sanitari che quelli socio-educativi, di sufficienti capacità di rilevazione del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento. La situazione è in evoluzione, ma ancora lontana dalla disponibilità di servizi e competenze capaci di una rilevazione sistematica dei fenomeni anche da un punto di vista quantitativo.

TABELLA 8: ABUSO E MALTRATTAMENTO

- Dato: 5 per mille (abuso sessuale 16%)
- Fonte: inchiesta Cismai, 1997
- Definizione: casi segnalati/anno
- Trend: aumento (migliore sensibilità diagnostica?)
- Riferimento internazionale: difficile, apparentemente nella media (UK a parte)

Anche in questo caso non tutti i servizi adottano criteri diagnostici condivisi. In questa situazione l'unico dato che sia basato su una rilevazione metodologicamente curata è quello relativo all'inchiesta Cismai del 1997 (Abuso e maltrattamento, 1999) che, per una rilevazione effettuata in 8 centri italiani, dava una frequenza del 5 per mille in un anno (*tabella 8*).

Si tratta ovviamente di casi segnalati ai servizi, quindi non necessariamente di casi confermati e tanto meno comprendente i casi non segnalati che probabilmente sono ancora la maggior parte, se si deve dar credito alle indagini retrospettive effettuate in vari Paesi europei che forniscono cifre anche di 10 volte superiori. L'abuso sessuale, in particolare, riguarda il 16% dei casi segnalati. Il trend temporale è in chiaro aumento, ma in questo caso è verosimile che sia da attribuire alla migliore sensibilità diagnostica.

Praticamente impossibile è un confronto con altri Paesi, proprio per le diverse definizioni usate e soprattutto per la diversa sensibilità diagnostica. Sembra tuttavia quasi certo che la frequenza del fenomeno sia più alta in alcuni Paesi, ad esempio in Gran Bretagna.

Gravidanze e IVG

Vi sono in Italia 5,3 gravidanze all'anno per mille donne di età inferiore ai 20 anni (*tabella 9*). Meno del 2% di tutte le nascite avvengono in Italia in donne di età inferiore ai 20 anni.

Vi sono 5,9 IVG per mille donne di età inferiore ai 20 anni. Il dato italiano è in assoluto 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.

In riduzione anche il dato relativo alle IVG. Vi sono tuttavia ancora rilevanti differenze per quanto riguarda le regioni del Nord e del Sud: ad esempio in Friuli-Venezia Giulia, il tasso medio di IVG nella fascia di età 15-19 anni negli anni '93-'98 è stato intorno al 5 per 1000, mentre negli stessi anni in Calabria il dato si è assestato intorno al 2,5 per 1000.

TABELLA 9: SALUTE RIPRODUTTIVA

- Gravidanze <20 aa: 5,3 per mille (<2% di tutte le nascite)
- IVG <20 aa: 5,9 per mille
- Trend: diminuzione
- Paragone con UE: tra i livelli più bassi

TABELLA 10: INCIDENTI SUL LAVORO

- 1 per mille 0-17 aa; 2-4 per mille (14-17 aa)
- Fonte: INAIL, studi ad hoc
- M/F: 6/1
- Trend: diminuzione
- Note: dati da lavoro sommerso non disponibili

Incidenti sul lavoro

Si tratta di una problematica nel complesso minore, ma tuttavia abitualmente del tutto trascurata. Sulla base di studi ad hoc effettuati in singole situazioni l'incidenza di incidenti 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 (tabella 10).

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

L'Italia non sembra fare eccezione rispetto all'Europa occidentale, con due problemi di salute emergenti, soprattutto in quanto in evidente aumento (obesità ed asma), e un'area di problemi che, pur non essendoci elementi che consentano di affermare (o di negare) l'esistenza di un trend in crescita, deve essere comunque definita, per la proporzione di popolazione interessata e per la serietà dei problemi e delle sequele, come la priorità: la salute mentale e in generale la sofferenza psico-sociale.

In questo ambito vanno annoverati anche l'abuso, il maltrattamento e lo sfruttamento di minori, quest'ultimo quasi esclusivamente appannaggio di piccoli immigrati. Una seconda priorità, certo non nuova e in parte affrontata negli ultimi anni, è quella delle malattie croniche, e in particolare delle malattie rare e delle malformazioni congenite, per le quali lo spazio per interventi di salute pubblica è minore che in altri campi, ma certamente esiste.

Alla prevenzione e al controllo di queste condizioni vanno riservate risorse quantitativamente e qualitativamente maggiori che in passato, con obiettivi differenziati (vedi seconda parte).

SEZIONE III DETERMINANTI

La catena causale dei determinanti di salute e malattia può essere riassunta in determinanti primari o distali, essenzialmente socio-economici, e in determinanti secondari o prossimali, corrispondenti ai fattori di rischio e agli stili di vita. Questi, a loro

volta, contribuiscono alle cause ultime di carattere fisiopatologico (figura 9).

I. Determinanti primari

Natalità e fertilità

Il nesso tra natalità (e soprattutto fecondità) e salute è chiaro, sia nel senso del rapporto inverso tra fecondità e mortalità infantile, sia nel senso (più attuale) di un aumento della morbosità perinatale oltre un certo limite nell'età media al primo figlio.

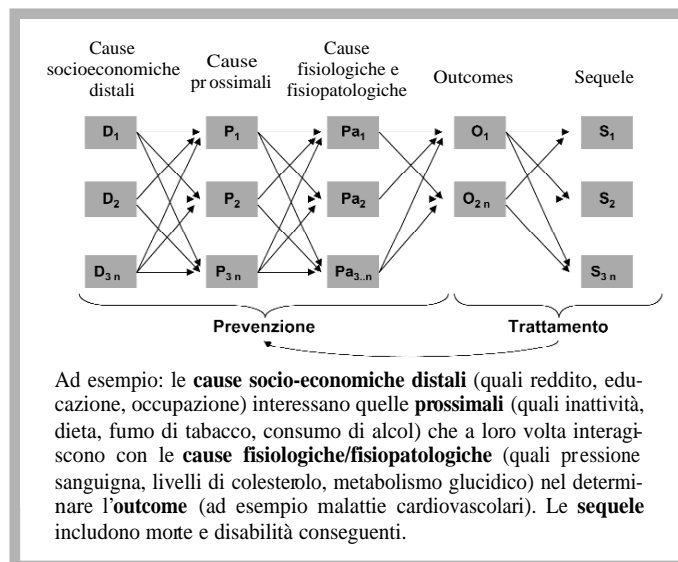
Nel 2000 sono stati registrati 543.039 nati vivi in Italia (ISTAT, 2001), numero superiore di qualche migliaio di unità rispetto al 1999 e 1998, il che fa pensare che il trend in rapida e continua discesa registrato a partire dagli anni Sessanta, con una diminuzione del 40% delle nascite, si sia per il momento arrestato. Lo stesso trend è presente per la fecondità totale (numero medio di figli per donna per anno), che è scesa dal 2,41 nel 1960 all'1,23 per il 1999. Valori più bassi di fecondità si osservano al Nord, con valori inferiori a 1 in Liguria e Friuli-Venezia Giulia, ma le differenze vanno riducendosi, grazie a un più rapido declino della fecondità nelle regioni del Sud.

Attualmente la fecondità in Italia, insieme alla Spagna con 1,20 figli per donna, è la più bassa in Europa.

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.

Negli ultimi vent'anni si è verificato in Italia un nuovo fenomeno: l'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 (ISTAT,

FIGURA 9: DETERMINANTI DI SALUTE



1998; ISTAT, 2000). Ciò è principalmente conseguenza dell'incremento del numero di cittadini e famiglie straniere avvenuto in questi anni, con prevalenza di giovani provenienti da Paesi che hanno tassi di natalità e fecondità molto superiori rispetto a quelli italiani.

Diseguaglianze socio-economiche

Gli studi esistenti sulle diseguaglianze relative agli esiti di salute in epoca perinatale e infantile non sono molti. Un compendio della letteratura disponibile si può trovare nel volume *Epidemiologia della disuguaglianza* a cura di Carlo Corchia, Dante Baronciani e Vittorio Ghetti, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Fondazione Smith Kline, 1995). Studi più recenti sono essenzialmente dovuti al gruppo torinese di Giuseppe Costa.

Nel 1995 la mortalità infantile e la prevalenza di basso peso tra i bambini di madri con educazione primaria o inferiore erano più alte rispetto ai bambini di madri con livello educativo migliore (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.

Dati raccolti nella regione Piemonte mostrano che le ineguaglianze sembrano accrescersi nel decennio compreso tra i primi anni '80 e i primi anni '90. Almeno in parte questo trend può essere spiegato dalla crescita di un gruppo ad alto rischio costituito dai figli di madri immigrate. In effetti nel decennio 1982-'91, 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). L'indagine Multiscopo del 1995 ha evidenziato una maggiore prevalenza di condizioni di salute alterate, così come di fattori di rischio tra bambini di famiglie con livelli educativi ed economici inferiori. Ad esempio, questi bambini avevano una probabilità più alta di essere esposti al fumo passivo, ad abitudini alimentari scorrette o a coabitazione con un alcolista. Lo studio SIDRIA sui sintomi respiratori in bambini di 7 anni (effettuato nel 1994-'95) ha dimostrato che lo stato socio-economico era correlato al numero di ricoveri ospedalieri per asma (3,3% per i bambini di famiglie con livelli educativi bassi versus 1,6% per le famiglie con livelli educativi superiori), il che suggerisce sia una minore attenzione a livello di cure primarie sia una minore capacità di adesione ai trattamenti raccomandati. L'indagine Multiscopo del 1995 non ha dimostrato diseguaglianze in indicatori quali i ricoveri ospedalieri e il consumo di

TABELLA 11: COPERTURA PER LA VACCINAZIONE ANTIMORBILLOSA IN ALCUNE REGIONI ITALIANE, 1996, BAMBINI DI 12-24 MESI

| Area | Copertura vaccinale * |
|-----------------------|-----------------------|
| NORD | |
| Piemonte | 60.4 (50.4-70.3) |
| Lombardia | 75.9 (68.1-83.7) |
| Friuli-Venezia Giulia | 77.3 (68.9-85.7) |
| Liguria | 62.1 (52.9-71.4) |
| CENTRO | |
| Toscana | 64.8 (55.5-74.2) |
| Umbria | 72.3 (64.6-81.0) |
| Marche | 58.7 (48.7-68.7) |
| SUD | |
| Abruzzo | 45.5 (38.5-51.9) |
| Campania | 26.5 (17.3-35.7) |
| Puglia | 50.6 (41.0-60.2) |
| Basilicata | 44.7 (33.2-56.1) |
| Sicilia | 44.6 (34.3-54.8) |

* Percentuali e relativi intervalli di confidenza al 95%

farmaci, mentre esiste evidenza 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 (progetto ICONA, **tabella 11**).

II. Determinanti secondari

Taglio cesareo

Nonostante le modalità del parto facciano parte del quadro assistenziale, che sarà discusso nella *parte seconda* del rapporto in relazione al contesto delle politiche e degli interventi raccomandati, ci pare necessario, anche se non è certo rituale, citare il taglio cesareo tra i "determinanti secondari" di salute. Infatti il ricorso ingiustificato al taglio cesareo costituisce un indubbio fattore di rischio sia per la madre che per il bambino. E questo proprio per le caratteristiche che esso ha assunto in Italia: si è verificato infatti un ricorso sempre più frequente al taglio cesareo: da 11,2% nel 1980 a 21,2% nel 1990 e 32,9% nel 1999 (ISTAT, 2000; Ministero della Sanità, 2001).

L'Italia è attualmente il Paese europeo con la più alta percentuale di parti con taglio cesareo con valori molto superiori alla media europea e a quanto raccomandato a livello internazionale. Gli aumenti maggiori si sono registrati nelle regioni del Centro e Sud Italia: in Campania, regione con attualmente la più elevata percentuale di ricorso al taglio cesareo, si è passati da un valore pari a 8,5% nel 1980 a 51,0% nel 1999. La percentuale di parti con taglio cesareo risulta essere superiore presso le case di

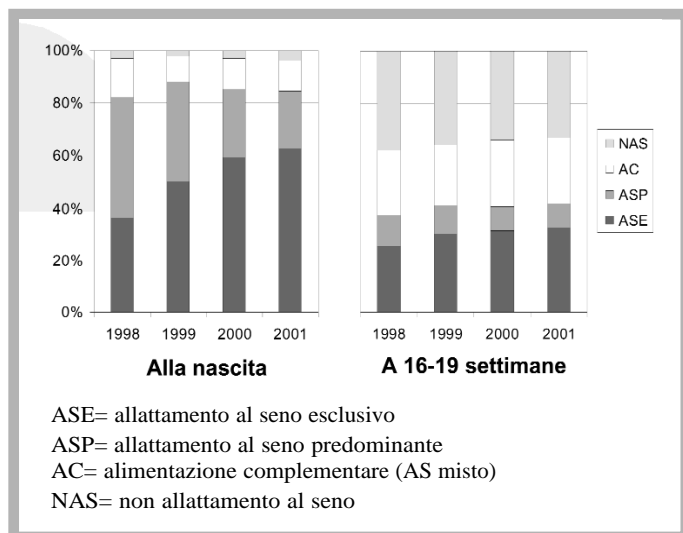
cura private e, in generale, nelle strutture che effettuano un ridotto numero di parti.

Prematurità e basso peso

Il basso peso alla nascita è un indicatore di salute importante con diverse implicazioni: costituisce sia un indicatore generale di salute riproduttiva (e in questo senso rappresenta un indicatore di esito) sia un fattore di rischio, soprattutto per quanto riguarda la popolazione di bambini di peso molto basso, al di sotto dei 1500 grammi, sia, infine, un indicatore di bisogni soprattutto per quanto riguarda la stessa popolazione di peso molto basso. La proporzione dei bambini di basso peso è diminuita dall'11% del '73 al 6% del '98 e sostanzialmente coincide con quella dei bambini nati prima della 37^a settimana di gravidanza. Tuttavia, negli ultimi anni, non si registra alcun ulteriore decremento né nella percentuale totale di basso peso né in quella di bambini di peso molto basso (intorno all'1%).

Il trend temporale favorevole, dovuto al miglioramento generale delle condizioni socio-economiche, educative e delle cure perinatali è stato probabilmente compensato negli ultimi anni dalla non riduzione 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. Anche in relazione al basso peso alla nascita possono esistere differenze notevoli (abituamente non rilevate dai sistemi informativi se non vengono fatte indagini ad hoc). Alcuni anni fa abbiamo messo in evidenza, ad esempio, come nel territorio di diverse aziende nella regione Campania vi fossero prevalenze di basso peso alla nascita comprese tra il 5 e il 9%, con i tassi più alti rilevati in territori extracittadini.

FIGURA 10: ALLATTAMENTO AL SENO IN FGV, TREND TEMPORALI 1998-2001



Allattamento al seno

Alla fine degli anni '80, e soprattutto degli anni '90, si è registrata un'inversione di tendenza rispetto alla prevalenza e alla durata dell'allattamento al seno. Tale inversione si è verificata in primo luogo nelle regioni del Nord e tra le donne di livello educativo superiore, così come in altri Paesi. Non esistono statistiche nazionali basate su definizioni standardizzate e, soprattutto, metodi e criteri di raccolta dell'informazione attendibili. Dagli studi disponibili si può stimare all'85% la percentuale di bambini che vengono dimessi con allattamento al seno, al 43 e al 28% la prevalenza di bambini con allattamento al seno esclusivo o predominante (cioè senza aggiunta di cibi diversi dal latte materno) rispettivamente a 3 e 6 mesi.

Una indagine, condotta nel 1966 su 5088 donne intervistate a domicilio entro 2 mesi dal parto, dimostra che il 55% allattava ancora esclusivamente al seno, il 25% faceva un allattamento misto e il 20% con latte artificiale. Le donne con livelli di istruzione più elevati e quelle che avevano iniziato ad allattare il bambino entro 24 ore dalla nascita allattavano al seno in percentuale più elevata al momento dell'intervista (Serena Donati e coll, 1999).

Nell'anno 2000 la stima sale all'89% di allattamento al seno alla dimissione, e al 45% a 3 mesi. Livelli più alti sono stati raggiunti in alcuni ospedali dopo un intervento di formazione sugli operatori (Adriano Cattaneo e coll, *Brit Med Journal*, 2001). I dati del monitoraggio relativi alla regione Friuli-Venezia Giulia per l'anno 2001 (figura 10) corrispondono probabilmente ai livelli più alti attualmente riscontrabili in Italia, su base regionale.

Fumo di tabacco

Dagli anni '70 a metà degli anni '90 sono stati osservati due fenomeni paralleli: un anticipo dell'età di inizio 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. 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 (tabella 12).

TABELLA 12: FUMO DI TABACCO

- Fumatori abituali:
14-24 aa (M e F): 22%
- 15-18 aa (M e F): 25% (Multiscopo)
- Trend: aumento (ragazze)

Abuso di sostanze

L'uso di alcol è comune, solo il 15% degli studenti delle scuole superiori non assumono mai alcol, ma solo il 17% riportano un'assunzione regolare (parecchie volte alla settimana).

L'uso di derivati della *Cannabis* riguarda il 20% dei ragazzi, 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 (**tabella 13**).

Nel complesso questi dati situano gli adolescenti italiani al di sotto della media europea per quanto riguarda l'assunzione di alcol e nella media per quanto riguarda l'assunzione di altre sostanze (*Report on the state of young people's health in the European Union, European Community, 2000*).

Salute ambientale

Anche questo è un tema emerso all'attenzione solo negli ultimi anni in Italia, mentre negli Stati Uniti e nei Paesi nordici riceve notevoli attenzioni sia sul piano della ricerca che della sorveglianza epidemiologica.

Per queste ragioni non esistono dati italiani raccolti su base di popolazione relativi alle esposizioni ambientali nel bambino, se si eccettuano quelli relativi all'inquinamento atmosferico, derivati soprattutto dallo studio promosso dall'OMS in otto città italiane (Centro OMS Ambiente e salute, Roma, 2001) e dallo studio MISA (Epidemiologia & Prevenzione, 2001).

Da questi studi si ricava che in particolare la popolazione urbana è frequentemente esposta a concentrazioni di inquinanti considerate nocive nel breve termine (aumento di patologia respiratoria acuta, recidive di asma negli asmatici).

Almeno il 20% dei bambini in età scolare sono esposti per tempi significativi a concentrazioni di particolato sospeso (PM10) superiori a 40 microgrammi/m³, con un rischio aumentato in questi casi di circa il 60% per riacutizzazione di patologie respiratorie, quali bronchite e asma (**tabella 14**).

TABELLA 13: ABUSO DI SOSTANZE

Adolescenti tra 15-18 aa:

- 17% alcol frequente
- 20% *Cannabis* frequente
- 5% ecstasy, LSD
- Paragone con UE: alcol più basso, *Cannabis* uguale, altre droghe inferiore
- Trend: aumento droghe, alcol stabile

Per altre esposizioni, pur di potenziale grosso rilievo, quali policlorobifenili (PCB), piombo, pesticidi, le informazioni a disposizione sono estremamente episodiche e assolutamente insufficienti a fornire un quadro della situazione.

Salute riproduttiva

Dei dati disponibili di "esito" (gravidanze e interruzioni) abbiamo già detto.

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.

La dispersione nella popolazione è tuttavia notevole, e anche in questo caso il retroterra sociale e culturale gioca un ruolo importante. Va inoltre tenuto presente che nelle popolazioni immigrate anche di seconda generazione (fenomeno ancora molto contenuto in Italia, ma in rapida crescita per quanto riguarda la popolazione pediatrica) gli stili di vita relativi alla salute riproduttiva sono quelli in cui si registrano maggiori differenze sia rispetto alla popolazione autoctona sia all'interno delle stesse comunità.

Condizioni di salute autoriferite e rapporto con i servizi sanitari tra gli adolescenti

Per quanto di interpretazione non facile e non immediatamente riconducibili a una definizione di fattore di rischio, possono essere comunque significativi i dati raccolti sullo stato di salute così come riferito dai ragazzi, anche perché sia le indagini campionarie di tipo internazionale, quali lo studio ESPAD, sia studi effettuati localmente sono singolarmente coincidenti nei loro risultati: 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.

TABELLA 14: SALUTE AMBIENTALE

- Dati esistenti su base di popolazione solo su aria (studio 8 città: 20% esposti a oltre 40 microgrammi/m³ PM10; 30.000 episodi di asma e bronchite in più; OR 1.6 (SIDRIA)
- Praticamente inesistenti su esposizione a piombo, PCB/diossine, pesticidi, rumore, UV, *endocrine disruptors*
- Elementi di allarme: tumori nelle aree urbane, LBW nelle aree rurali

CONGRESSO NAZIONALE ACP 2003

Centro Congressi "Ville Ponti" - Varese

10-11-12 ottobre 2003

Programma preliminare

VENERDÌ 10 OTTOBRE

ore 9,00 Relazioni e reti in pediatria

- Il diffuso clima di incertezza ed il prendersi cura da parte del medico. Ruolo del pediatra come attivatore di reti.
- Sostegno alla genitorialità responsabile.

ore 14,30 Dalla teoria alla pratica

- Le linee guida sul reflusso gastroesofageo: scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia ed il ruolo della EBM.
- Temi clinici: le epatiti; l'obesità infantile.

SABATO 11 OTTOBRE

ore 9,00 Vecchio e nuovo nelle malattie infettive

- Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un paese in via di sviluppo.
- Le condizioni del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme.
- Una vecchia novità: la TBC.

Sessione poster e comunicazioni brevi

ore 14,30 Assemblea dei soci ACP ed elezione del presidente e di quattro componenti il consiglio direttivo

DOMENICA 12 OTTOBRE

ore 9,00 Ci sono novità?

- Malattie infettive: varicella e dintorni.

Conclusioni del Congresso

Il bambino e i bambini ieri ed oggi; cos'è cambiato e cosa sta per cambiare.

SEGRETERIA

Mario Narducci 02 95339123 marionarducci@tin.it
Federica Zanetto 039 6080083 zanetto@tin.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: QUICKLINE sas

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste - Tel. 040 3728911

Quanto all'uso di servizi in questo gruppo etario, studi effettuati in differenti parti d'Italia dimostrano in modo consistente 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, in gran parte mai utilizzate, di veicolare messaggi e di far conoscere servizi appositi in occasione di questi contatti con i servizi sanitari.

Al contrario, resta molto bassa la proporzione di ragazzi che utilizzano i 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.

Considerazioni di insieme e implicazioni generali

La priorità relativa ai determinanti di salute è universalmente individuata, in ambito europeo, nelle diverse condizioni sociali. Evidenze molto recenti (Poulton e coll, *Lancet*, 2002; Kuh e coll, *Br Med Journal*, 2002) riaffermano l'importanza per le condizioni di salute (comprendenti sia la salute fisica che quella mentale, sempre che sia possibile tracciare una separazione) in età adulta delle "esposizione" a diverse situazioni socio-economiche nei primi anni di vita.

Per quanto in Italia le differenze siano meno importanti che in altri Paesi, sembra che il trend sia nella direzione di un aumento delle disuguaglianze soprattutto in giovane età.

Resta dunque riaffermata la priorità di politiche volte ad assicurare condizioni di partenza sufficientemente buone per tutti i bambini, e ad alleviare le disuguaglianze che comunque si producono sia nella probabilità di malattia che nella sua possibilità e qualità di cura.

Di queste tratteremo nella *seconda parte* del rapporto.

Per quanto riguarda i fattori di rischio secondari, l'abuso di sostanze e il fumo di tabacco sono da considerarsi aspetti prioritari e non sufficientemente affrontati, mentre sull'allattamento al seno siamo di fronte a un effettivo sforzo di miglioramento, anche se non omogeneo sul territorio nazionale.

La problematica del basso peso richiede innanzitutto un maggior sforzo di rilevazione e interpretazione.

Tutta la tematica sugli adolescenti deve tener conto del fatto che l'evidenza fino ad oggi raccolta suggerisce che, piuttosto che campagne ad hoc condotte con l'obiettivo di ridurre questa o quella esposizione, per le quali vi sono assai scarse evidenze di successo, si tratta di lavorare per offrire ai ragazzi alternative di vita insieme a una informazione precisa e condotta con mezzi adeguati al target e a un effettivo accesso a possibilità di consulenza e aiuto.

ERRATA CORRIGE

Sul numero 6 / 2002 di Quaderni acp, alle pagine 10-13 l'articolo "Uso di farmaci antiasmatici nei bambini italiani di Antonio Clavenna e collaboratori contiene numerosi errori, dovuti a problemi tecnici del programma di stampa, di cui dobbiamo molto scusarci con gli autori e con i lettori.

A pagina 11 la erronea dizione "c 2", riportata ripetutamente, (prima colonna rigo 21 e 28, e terza colonna rigo 1- 5-17) va corretta in "chi quadrato". A pagina 12 terza colonna rigo 16 la dizione "€ 2 pezzi" va corretta in "minore o eguale a 2 pezzi". A pagina 12 terza colonna, rigo 40 la dizione "età 5 anni" va corretta in "età inferiore o eguale a 5 anni".