

## VI. Salute e servizi di base

(artt. 6, 18.3, 23, 24, 26 e 27.1-3)<sup>1</sup>

### 6.1 Sopravvivenza e sviluppo

#### La mortalità dei piccoli e dei piccolissimi

Il continuo aumento della qualità dei servizi sanitari nel nostro Paese ha portato a una diminuzione della mortalità dei piccoli e dei piccolissimi.

Nel corso dei primi anni del 2000, i tassi di mortalità hanno continuato una positiva discesa iniziata a partire dagli anni Novanta.

Questo stato di cose è il risultato del regredire di tutte le grandi cause di morte: tra il 1991 e il 2003 le quattro principali cause di morte degli 0-14enni (condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi e avvelenamenti, malformazioni congenite, tumori), vista anche la loro consistenza quantitativa, hanno fatto segnare le riduzioni percentuali proporzionalmente più significative.

Complessivamente i morti di 0-14 anni sono passati in valori assoluti da 6.469 nel 1991 a 3.165 nel 2003, per una riduzione percentuale di oltre il 51%.

Il quasi dimezzamento dei morti infraquattordicenni si traduce in un'analogia riduzione del tasso specifico di mortalità per 100 mila abitanti di 0-14 anni, che passa da 71,8% del 1991 al 38,6% del 2003.

La riduzione della mortalità ha interessato tutte le classi di età minorile, maggiormente i bambini fino a un anno d'età (al punto che il nostro Paese presenta un tasso di mortalità infantile perfettamente in linea con il valore medio europeo), e in misura minore ma altamente significativa (con riduzioni attorno al 40% dei casi) i bambini della classe d'età 1-4 anni e 5-14 anni. Ha inciso, inoltre, sui maschi – con una riduzione di poco inferiore al 40% – più che sulle femmine, anche in considerazione dei più alti livelli di mortalità di partenza dei maschi rispetto alle coetanee. La significativa riduzione della mortalità si è verificata in tutte le regioni italiane ma è stata massima nelle regioni meridionali.

Permangono però fra le regioni meridionali e settentrionali differenze per quello che riguarda la mortalità perinatale. Tale mortalità è strettamente correlata all'efficienza del sistema sanitario, e può essere considerata, a ragione, un indicatore dello stato di salute delle strutture sanitarie, sia per quanto concerne le cure preparatorie e di accompagnamento al parto prestate alla gestante che di cure rivolte al nascituro nei primissimi giorni di vita.

A tutt'oggi disponiamo delle stime ISTAT al 2006 solo per grandi gruppi di cause e per l'età 1-14 anni. Dalle stime si evince che il tasso di mortalità per la classe di età 1-14 diminuisce tra il 2003 e il 2006 sia per i maschi che per le femmine: rispettivamente per i maschi da 1,50 a 1,30 per 10.000 abitanti e per le femmine da 1,19 a 1,09. Dire che la mortalità infantile è diminuita nel tempo. Resta sostanzialmente stabile dal 2003 con valori intorno al 37 per 10.000.

---

<sup>1</sup> Per attività in programmazione post-2007 si rinvia alla Sezione IX.

## Le malattie infettivo-diffusive

Nel nostro Paese, molte malattie infettive tipiche dell'infanzia sono oggi prevenibili grazie alla disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci.

I dati epidemiologici relativi ai nuovi casi di malattie infettive, manifestatesi in Italia tra i minori, vengono forniti dal Ministero della salute, come sintesi delle notifiche trasmesse dalle ASL territorialmente competenti.

L'interpretazione dei dati, relativi alle notifiche delle malattie infettive, richiede almeno una preliminare precisazione, oltre che una certa cautela nelle considerazioni che ne derivano. I dati disponibili tendono, infatti, a sottostimare il fenomeno dal momento che, molto spesso, nella prassi, nonostante l'esistenza di un obbligo di legge, la notifica non viene correttamente effettuata.

Con i dati disponibili sulla popolazione minorile e con particolare riferimento alla classe di età pediatrica di 0-14 anni, si possono avanzare alcune considerazioni:

- la quasi totalità delle principali malattie infettive risulta in tendenziale diminuzione negli anni compresi tra il 1995 e il 2007;
- si registrano nel corso del 2007, circa 75 notifiche di meningite meningococcica tra gli 0-14enni e 44 notifiche tra i 15-24enni; il dato del 2007, pare riconfermare il dato del 2006, a favore di un ridimensionamento del fenomeno: infatti le notifiche del 2005 sono state quasi il doppio;
- in lieve aumento, invece, nel 2007 rispetto all'anno precedente, i casi di meningite pneumococcica, mentre restano sostanzialmente stabili i casi di haemophilus influenzae B (HIB);
- due malattie infettive, in particolare, fanno registrare un vero e proprio tracollo del numero di notifiche, nel periodo 1995-2006: specialmente nel gruppo 0-14 anni: il morbillo e la rosolia; fenomeno verosimilmente legato alla maggiore diffusione dei relativi vaccini (tra il 2005 e il 2006 i casi accertati si sono ridotti di circa il 50%);
- la pertosse registra ancora in questa fascia di età circa 700 casi l'anno, lo scorso decennio erano cinque volte più elevati;
- l'incidenza percentuale delle notifiche riguardanti i bambini di 0-14 anni sul totale delle notifiche è nulla per alcune malattie come la blenorragia, la sifilide, il tetano e la tularemia;
- infine, l'incidenza percentuale delle notifiche di difterite e poliomielite è nulla in tutta la popolazione italiana.

Indubbiamente, il trend in diminuzione caratteristico degli ultimi anni trova giustificazione nell'attuazione di efficaci campagne di vaccinazione di massa e nella vaccinazione routinaria dei nuovi nati contro tetano, difterite, polio, pertosse, epatite virale B, morbillo, parotite, rosolia, infezioni da haemophilus influenzae B. Questi vaccini, tutti gratuiti, sono, infatti, inclusi nel calendario vaccinale per l'infanzia che indica, per ciascuno di essi, il numero di dosi raccomandate e i tempi per la loro esecuzione.

L'effettuazione delle vaccinazioni nella prima infanzia trova la sua ragione proprio nell'opportunità di garantire ai bambini una protezione, quanto più precoce possibile, contro quelle malattie prevenibili mediante vaccino che si manifestano più frequentemente e in forma più grave nei bambini piccoli.

È da segnalare che dal 2003 è in atto il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMORC) che, in accordo con gli obiettivi della Regione europea

dell'OMS prevede l'uso del vaccino trivalente MPR per conseguire oltre all'obiettivo di eliminazione del morbillo, anche quello di eliminazione della rosolia congenita e il controllo della parotite epidemica, permettendo di ridurre in modo significativo le complicanze dovute a questa malattia.

Infine, nel 2008 è partita la campagna nazionale di vaccinazione contro l'HPV nelle dodicenni (le ragazze che abbiano compiuto 11 anni di età), finalizzata a prevenire le infezioni causate dai tipi 16 e 18, responsabili di circa il 70% dei carcinomi della cervice uterina. In quest'ultimo caso l'impatto sulla salute si potrà osservare solo dopo alcuni decenni, ma i risultati degli studi effettuati prima dell'autorizzazione del vaccino individuano in questa vaccinazione un intervento di sanità pubblica sicuramente innovativo ed efficace<sup>2</sup>.

### I casi di AIDS pediatrico

Gli ultimi 13 anni sono stati contrassegnati da un progressivo calo del numero di casi di AIDS pediatrico che, dopo una punta massima (84 nuovi casi) registrata nel corso del 1995, ha portato a un unico caso pediatrico rilevato nel corso del 2007. La forte diminuzione dei casi di AIDS pediatrico è senza dubbio legata all'effetto positivo delle politiche di prevenzione messe in atto, al rispetto delle linee guida relative ad alcuni trattamenti sanitari, come ad esempio quello antiretrovirale nei confronti delle gestanti madri e, in generale, a una più diffusa e maturata consapevolezza delle problematiche connesse a questa malattia da parte della popolazione a rischio.

Dei 59.106 casi di AIDS segnalati in Italia al 31 dicembre 2007, 765 (1,3%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica, cioè in pazienti con età inferiore ai 13 anni o superiore ai 12 anni, al momento della diagnosi, ma che avevano acquisito l'infezione per via verticale.

---

<sup>2</sup> L'Italia è tra i primi Paesi europei ad avere pianificato una strategia nazionale di vaccinazione contro il *Papilloma virus* (HPV), l'agente virale che può essere causa di infezioni genitali femminili e, a lunga termine, anche del tumore della cervice uterina, malattia che causa ogni anno circa mille decessi.

Secondo le informazioni scientifiche oggi disponibili, la vaccinazione contro l'HPV è sicura, ben tollerata e in grado di prevenire nella quasi totalità dei casi l'insorgenza di un'infezione persistente dei due ceppi virali responsabili attualmente del 70% dei casi di tumore alla cervice uterina.

L'utilizzo del vaccino, comunque, affianca ma non sostituisce lo screening periodico attraverso il PAP test, attualmente raccomandato per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, che ha già portato negli anni a una drastica riduzione delle morti, attraverso la diagnosi precoce delle lesioni precancerose e del tumore.

La campagna di vaccinazione, prevista dall'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le PPAAs del 20 dicembre 2007, concernente «Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia», prevede l'offerta attiva e gratuita alle ragazze dodicenni (ragazze tra il compimento degli 11 anni di età e quello dei 12 anni, a partire da quelle nate nel 1997) in modo uniforme in tutto il territorio italiano, che negli anni produrrà una progressiva immunizzazione della popolazione giovane adulta esposta al rischio di infezione.

Per favorire la campagna nazionale per la vaccinazione contro il carcinoma della cervice uterina in tutto il Paese, sono stati destinati a tale scopo 40 milioni di euro, reperiti da capitoli di bilancio del Ministero della salute, come contributo aggiuntivo alle risorse già previste nell'ambito dei fondi sanitari regionali.

Nell'ambito dei propri calendari vaccinali, le Regioni, durante il 2008, stanno predisponendo l'inserimento dei vaccini contro il virus HPV e la chiamata attiva delle ragazze appartenenti alla classe d'età bersaglio dell'intervento. Inoltre, le famiglie potranno ricevere tutte le informazioni relative al vaccino e alla vaccinazione presso le ASL di appartenenza.

## L'andamento dei suicidi e dei tentati suicidi tra i minorenni<sup>3</sup>

Nel corso dell'ultimo quinquennio (2000-2004) il suicidio di minorenni mostra una stabilizzazione su livelli medi più bassi rispetto a quelli del precedente decennio. Nel quinquennio citato la media annua è infatti di circa 35 suicidi accertati di minorenni, a fronte di una media annua di 47 suicidi accertati di minorenni negli anni Novanta, con una punta massima di 74 suicidi nel corso del 1994. In termini relativi i tassi di suicidio dei 14-17enni – età nella quale si registrano mediamente oltre il 90% dei suicidi dei minorenni – sono progressivamente e sensibilmente calati dai 2,5 suicidi ogni 100 mila residenti della stessa del 1994 all'1,1 del 2004.

Analogo andamento si riscontra relativamente ai tentati suicidi. Nel periodo 2000-2004 si sono registrati mediamente 99 tentativi di suicidio l'anno, mentre nel decennio precedente il valore medio annuo era pari a 124 casi, cosa che ha implicato un netto calo del tasso di tentato suicidio tra i 14-17enni passato dai poco più di 5 casi di tentato suicidio ogni 100 mila residenti della stessa età nei primi anni Novanta ai 3,6 casi del 2004.

A livello europeo, infine, l'Italia presenta i più bassi tassi di suicidio tra i giovanissimi di 5-14 anni e tra i giovani di 15-24 anni. In riferimento a questa ultima classe di età il tasso italiano è pari a 2,9 suicidi ogni 100 mila abitanti della stessa età a fronte di tassi superiori a 15 suicidi ogni 100 mila abitanti della stessa classe di età in Estonia, Finlandia, Irlanda, Lettonia.

## La mortalità per incidenti stradali tra i minorenni

Negli ultimi anni in Italia si è verificata una sostanziale diminuzione della mortalità per incidenti stradali grazie anche all'entrata in vigore della L. 151/2003 che ha introdotto la patente a punti e nuove regole nel codice della strada (uso della cintura, riduzione dei limiti di velocità, divieto dell'uso del telefonino, uso del casco, ecc.).

In questo contesto di generale diminuzione del fenomeno anche i dati che riguardano i minori mostrano negli ultimi anni un significativo e incoraggiante nuovo miglioramento: 721 casi nel 1975, 300 nel 1985, 174 nel 1995, 97 nel 2005. Rapportando quest'ultimo dato alla popolazione di riferimento, il tasso italiano di mortalità per incidenti stradali sotto i 14 anni tocca il valore di 1,2 ogni 100 mila bambini della stessa età. Per i ragazzi in età compresa tra i 15 e i 17 anni, seppur il decremento nel numero di morti annui per incidenti stradali risulta altrettanto rilevante, si registra un tasso di mortalità decisamente più alto e pari a 11,4 morti in incidenti stradali per 100 mila ragazzi della stessa età.

È evidente, dunque, che al compimento del quattordicesimo anno di età aumenta il fattore di rischio in quanto aumentano tra i minorenni i conducenti, soprattutto di motorini e scooter<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> I dati inseriti in questo paragrafo derivano dalle statistiche giudiziarie penali dell'ISTAT e fanno riferimento ai suicidi e ai tentati suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei carabinieri. La precisazione è resa necessaria dalla presenza di un'altra fonte – sempre ISTAT – relativa alle “cause di morte” che fa riferimento alle schede di morte compilate dagli uffici comunali. Le differenze di base nei criteri e nelle modalità di rilevazione portano a una discordanza tra le due fonti. La scelta di utilizzare le statistiche giudiziarie penali è dovuta essenzialmente alla possibilità di completare l'analisi con i tentati suicidi.

<sup>4</sup> Per i dati si veda l'allegato statistico.

## 6.2 Bambini con disabilità<sup>5</sup>

Secondo l'indagine campionaria dell'ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2005, sono circa 145.000 i bambini e i ragazzi fino a 17 anni che vivono con almeno un genitore e che hanno problemi di disabilità o sono colpiti da invalidità<sup>6</sup>.

Il 30 marzo 2007 il Governo italiano ha sottoscritto, nella sede delle Nazioni unite a New York, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni unite il 13 dicembre 2006, di cui si è avviato l'iter per la ratifica e l'adeguamento della legislazione interna.

Nei suoi principi ispiratori la Convenzione non riconosce “nuovi” diritti alle persone con disabilità, intendendo piuttosto assicurare che queste possano godere, sulla base degli ordinamenti degli Stati d'appartenenza, degli stessi diritti riconosciuti agli altri consociati, in applicazione dei principi generali di pari opportunità per tutti. Scopo della Convenzione, che si compone di un Preambolo e di 50 articoli, è quello di promuovere, proteggere e assicurare il pieno e uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. A tal fine, la condizione di disabilità viene ricondotta all'esistenza di barriere di varia natura che possono essere di ostacolo a quanti, portatori di minorazioni fisiche, mentali o sensoriali a lungo termine, hanno il diritto di partecipare in modo pieno ed effettivo alla società. Alla Convenzione si affianca un Protocollo opzionale, composto da 18 articoli, anch'esso sottoscritto dall'Italia.

Infine si segnala un'attività di promozione all'uso dell'ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute dell'OMS), nell'ambito della valutazione della disabilità, ai fini dell'accesso ai benefici e agli interventi di sostegno, quali, ad esempio, l'inserimento scolastico. Si segnala, in particolare, un nuovo Protocollo per l'integrazione scolastica dei minori con disabilità, che rafforza il criterio del coordinamento e della collaborazione fra servizi sanitari, istituzioni scolastiche, servizi sociali, attraverso specifici accordi di programma.

## 6.3 Salute e servizi sanitari

**Raccomandazione n. 40, relativa all'accesso ai servizi sanitari da parte di genitori e bambini**

L'impegno del Servizio sanitario nazionale (SSN) in ambito materno-infantile si è notevolmente ampliato passando dalla prevenzione e cura delle malattie alla tutela e cura dell'insieme bambino-famiglia e promuovendo attivamente lo sviluppo del bambino nelle varie fasi dell'età evolutiva. Questo passaggio è stato possibile sia grazie ai notevoli miglioramenti nei servizi sanitari di base, quali ad esempio la pediatria di libera scelta, sia grazie all'acquisizione di nuove conoscenze scientifiche sullo sviluppo infantile.

<sup>5</sup> Si veda quanto riportato nelle Sezioni I e VII.

<sup>6</sup> I problemi di disabilità sono rilevati per i giovani di età compresa tra 6 e 17 anni attraverso una batteria di domande relative alla capacità di svolgere un insieme selezionato di funzioni e attività considerate essenziali nella vita quotidiana (ADL, *Activities of Daily Living*), mentre la presenza di invalidità permanente (di tipo motorio, insufficienza mentale, cecità, sordità e sordomutismo) è stata rilevata su tutti i giovani fino a 17 anni.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 si colloca in uno scenario segnato da importanti cambiamenti nell'assetto politico-istituzionale, in seguito al processo di sempre maggiore decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni, che nel sistema dell'assistenza segue una logica di sussidiarietà, intesa come partecipazione dei diversi soggetti istituzionali e sociali alla gestione dei servizi per i cittadini. Come riportato nella relazione di presentazione del nuovo Piano sanitario nazionale, il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma: da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi passa a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale. Il Piano sanitario, considerando le differenze regionali esistenti, suggerisce linee di sviluppo per la riduzione dei rischi di salute e per la promozione dell'equità qualitativa e quantitativa nei servizi sanitari erogati.

Espressione del ruolo di garanzia assunto dallo Stato è stata la creazione del tavolo di monitoraggio e verifica sui Livelli essenziali d'assistenza sanitaria (LEA), istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, in attuazione dell'accordo dell'8 agosto 2001. Compiti del tavolo sono il monitoraggio e la verifica sui LEA effettivamente erogati e la corrispondenza tra i volumi di spesa stimati e quelli previsti. In questo quadro il Piano sanitario nazionale delinea gli obiettivi da raggiungere al fine di attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, tenendo conto anche degli obiettivi comunitari in tema di salute e del necessario coordinamento con i programmi dell'Unione europea.

Per quanto riguarda l'infanzia, il Piano sanitario, nel capitolo «La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente», procede nell'attuazione degli obiettivi del Progetto obiettivo materno-infantile del PSN 1998-2000, dove la promozione della salute e l'assistenza nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) trovano particolare attenzione. Al fine di garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'area materno-infantile, vista l'afferenza in essa di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, il Progetto obiettivo prevede l'organizzazione di tutti gli interventi utili alla realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona, con particolare attenzione alla promozione della salute, al cosiddetto «percorso nascita» e all'assistenza nell'età evolutiva.

Il Piano sanitario nazionale concentra la sua attenzione su alcuni aspetti essenziali (per esempio, la mortalità infantile e le malattie congenite) inerenti la salute del bambino in termini sia di traguardi raggiunti sia di criticità da superare. In particolare, la tutela della salute prenatale è vista come un obiettivo preventivo che deve essere attuato con un approccio intersettoriale mediante il coinvolgimento dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, della scuola, dei centri di aggregazione sociale e dei mezzi di comunicazione di massa.

Tra gli obiettivi strategici per garantire la salute del neonato, del bambino e dell'adolescente si segnalano:

- migliorare l'assistenza nel periodo perinatale, anche nel quadro di una maggiore umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere l'allattamento materno precoce e il rooming-in tenendo conto anche degli altri standard definiti dall'OMS e dall'UNICEF per gli «Ospedali amici dei bambini», colmando le disuguaglianze esistenti fra le Regioni italiane, al fine di ridurre la mortalità neonatale in primo luogo nelle Regioni dove è più elevata, ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita e assicurando la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio;
- promuovere campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere, anche attraverso i corsi di preparazione al parto e i servizi consultoriali, per la promozione dell'allattamento al seno, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce;

- educare i giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati nel campo delle abitudini alimentari, alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale compresa l'infezione da HIV, della tossicodipendenza e dell'alcolismo, alla procreazione responsabile, sollecitando il contributo della scuola, attivando anche interventi, in particolare nei consultori familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici;
- prevenire la patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;
- controllare e diminuire il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare non solo la casa e la famiglia (ma anche la scuola e la città) e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) e combattere la pubblicità alimentare ingannevole;
- riorganizzare i servizi di emergenza-urgenza pediatrica;
- ridurre i ricoveri inappropriati in età pediatrica;
- migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite;
- definire appropriati percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei centri di riferimento a valenza regionale o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali;
- migliorare l'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato no profit;
- valutare con attenzione e contrastare il fenomeno del doping che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le strutture del SSN. Ciò al fine di acquisire una più approfondita conoscenza dell'entità del fenomeno, coinvolgendo le strutture del SSN, le organizzazioni sportive e le istituzioni scolastiche, al fine di sviluppare un efficace piano di prevenzione e lotta al doping, elaborando le strategie da adottare e le azioni da intraprendere.
- la riqualificazione dei consultori-ambulatori che operino sul territorio e in ospedale già in epoca preconcezionale per una promozione attiva di tutte le iniziative atte a ridurre i rischi durante la gravidanza.

Per quanto riguarda il più specifico ambito dei **disturbi mentali**, si segnala l'attivazione di numerosi interventi rivolti alla salute mentale dei minori, quali:

- l'emanazione di «Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale», approvate come accordo in sede di Conferenza unificata fra Stato, Regioni e autonomie locali, in data 20 marzo 2008, contenente indicazioni per l'organizzazione dell'assistenza per infanzia e adolescenza;
- un progetto per l'attivazione sul territorio, nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale, di servizi pilota per l'individuazione e l'intervento precoce nelle psicosi;
- un progetto sull'efficacia degli interventi psicoeducativi familiari sullo stato clinico e la disabilità dei pazienti con depressione maggiore, sul carico familiare e sul rischio di disturbi psicologici nei figli minorenni;
- un progetto mirato a migliorare negli operatori dei servizi materno-infantile le competenze necessarie all'individuazione precoce dei fattori di rischio psicosociale e depressivo che influenzano negativamente le capacità genitoriali e l'adattamento infantile, con interventi preventivi pilota sulla genitorialità a rischio;

- un progetto di promozione della salute mentale nelle scuole, attraverso l'insegnamento della capacità di definire obiettivi realistici, di affrontare e risolvere problemi, di comunicare in modo più efficace, di sviluppare l'autodisciplina, di migliorare le abilità di negoziazione e di cooperazione, di migliorare la capacità di controllo degli impulsi e di promuovere quella di tenere maggior conto delle reazioni emotive degli altri;
- un progetto per diffondere le buone pratiche nella cura dei disturbi del comportamento alimentare con l'obiettivo di definire un protocollo di buone pratiche nel trattamento dei DCA basato su evidenze scientifiche, con un aggiornamento e/o ridefinizione delle Linee guida attuali. Un progetto parallelo è rivolto alla prevenzione dei comportamenti a rischio per i DCA, con interventi di sensibilizzazione, formazione e informazione in quattro ambiti: la scuola, lo sport, il mondo dei media, la *diet industry*.

Nel 2006 il Ministro per le pari opportunità, in collaborazione con la Commissione per le pari opportunità, ha realizzato una campagna di sensibilizzazione e informazione sul tema dell'abbandono dei minori da parte delle madri in situazioni di difficoltà relazionali, economiche, di isolamento e di emarginazione.

Nel medesimo anno il Ministro per le pari opportunità ha promosso, in collaborazione con il Ministero della salute, una campagna di prevenzione e informazione sui temi dell'anoressia, bulimia e obesità psicogena, patologie da molti sottovalutate, ma che creano gravi disagi psichici e fisici su una rilevante percentuale di soggetti in età adolescenziale<sup>7</sup>.

Raccomandazione n. 42, relativa al rafforzamento dei servizi per la salute mentale e dei consultori, alla conduzione di studi sulle cause sottostanti i disturbi psicologici degli adolescenti, all'analisi e alla correlata adozione di misure di sensibilizzazione e prevenzione di gravidanze in età adolescenziale

## **Minorenni spose, minorenni madri e il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza**

Il numero di spose minorenni si è fortemente ridotto passando dalle 1.562 del 1993 alle 282 del 2005, in un arco temporale relativamente breve; in termini relativi si ha poco più di una sposa minorenne ogni 1.000 matrimoni celebrati. In sostanza non ci si sposa praticamente più prima dei 18 anni, e ciò è ancor più vero per i maschi minorenni, appena 6 nel corso del 2005. All'estrema esiguità numerica del fenomeno si aggiunge una forte concentrazione territoriale: oltre alla Puglia, con 23 minorenni coinvolte a nozze nel 2005, nella sola Campania si contano più della metà delle spose minorenni del 2005 (149). Limitatissimo è anche l'apporto delle minorenni alla natalità: i nati-vivi da minorenni sono appena lo 0,4% dei nati-vivi registrati in Italia nel 2003. Tenuto conto della modestia quantitativa del fenomeno italiano, bisogna segnalare che i nati da minorenni sono per grande parte nati naturali, ovvero nati fuori del matrimonio.

<sup>7</sup> Tale campagna si è incentrata sulla realizzazione di un opuscolo finalizzato a diffondere le più aggiornate conoscenze sui sintomi e le dinamiche dei disturbi del comportamento alimentare, nella convinzione che queste informazioni potessero aiutare a riconoscere il disagio, ad affrontarlo con l'aiuto di esperti e, soprattutto, a ridurre il lasso di tempo tra la comparsa dei primi sintomi e l'inizio della terapia.

Un importante aspetto da prendere in considerazione è la distribuzione delle nascite per età della madre, che consente di apprezzare il fenomeno della posticipazione dell'esperienza riproduttiva verso età sempre più avanzate. Tale fenomeno, in atto nel nostro Paese dagli anni Settanta, ha contribuito al forte abbassamento della natalità osservato dalla seconda metà degli anni Settanta alla prima metà degli anni Novanta.

Nel 2006, le madri residenti in Italia hanno in media 31 anni alla nascita dei figli, circa un anno in più delle madri del 1995 (29,8). Solo l'11% dei nati ha una madre di età inferiore ai 25 anni; questa percentuale supera il 15% per le madri residenti nell'Italia insulare mentre si avvicina, senza mai superarla, alla soglia del 10% in tutto il Centro-nord. Al contrario, la percentuale di nati da una madre con più di 34 anni di età è passata, a livello medio nazionale, dal 25,4% del 2004 al 27,7% del 2006; le proporzioni più elevate si osservano per i residenti in Sardegna, nel Lazio e in Liguria dove oltre un nato su tre ha la madre con più di 34 anni.

Tra le modificazioni più rilevanti si segnala la continua diminuzione delle nascite da madri minorenni (lo 0,4% nel 2006), da un lato, e l'aumento di quelle da madri ultraquarantenni, dall'altro. Dal 1995 la diminuzione delle prime supera il 24% (si è passati, infatti, da 3.142 unità del 1995 a 2.372 nascite da madri minorenni nel 2006), mentre il peso delle seconde sul totale dei nati è più che raddoppiato passando dal 2,4% del 1995 (per un totale di 12.383 nati) al 5% del 2006 (per un totale di 27.938 bambini nati da madri ultraquarantenni). Si segnala in particolare il caso della Sardegna dove la percentuale dei nati da madri ultraquarantenni raggiunge il 7,5%<sup>8</sup>.

Molto diverso, e più complesso, è il discorso relativo al ricorso all'interruzione volontaria (IVG) di gravidanza delle minorenni. Le IVG delle minorenni hanno conosciuto negli ultimi 10 anni una stabilizzazione attorno ai 3.600-3.700 casi annui, facendo segnare una riduzione netta del fenomeno di oltre il 50% rispetto al decennio precedente. Il calo del ricorso alle IVG delle minorenni è stato proporzionalmente più forte di quello che pure si è verificato nel complesso della popolazione femminile italiana in età feconda, cosicché le IVG delle minorenni sono passate a rappresentare poco meno del 3% delle IVG totali.

In termini di rischio, l'interruzione volontaria di gravidanza tra le minorenni italiane è su livelli inferiori e all'incirca pari a un terzo di quello sperimentato dal complesso delle donne in età feconda: il tasso di abortività – numero di IVG all'anno di minorenni di 14-17 anni per 1.000 minorenni di 14-17 anni – è pari a 3,3, a fronte dell'8,9 delle donne di 14-49 anni. Anche nel confronto con le altre realtà nazionali europee emerge con forza la contenuta tendenza delle nostre giovani all'IVG. Nella graduatoria europea di ricorso all'IVG delle minorenni l'Italia si posiziona tra le nazioni con i più bassi tassi di ricorso. In particolare l'Italia, con un valore di poco inferiore alle sei IVG di giovani di 14-19 anni ogni 1.000 giovani di questa stessa fascia d'età, risulta nettamente staccata da molte realtà comunitarie, perlopiù nordiche o dell'area dell'Est europeo, in cui si riscontrano incidenze di ricorso decisamente più alte.

Il tema dell'educazione sessuale è stato affrontato nelle scuole secondarie superiori nell'ambito dell'educazione alla salute. In particolare è stata avviata, in collaborazione con il Ministero della salute, la campagna *Missione Salute*, rivolta agli studenti del biennio della scuola secondaria superiore, alle loro famiglie e ai docenti. Con tale campagna sono stati distribuiti sei opuscoli su alimentazione, dipendenze, doping, donazione del

<sup>8</sup> Per i dati si veda l'allegato statistico.

sangue e degli organi, servizi di primo soccorso e uno sulla prevenzione AIDS e sull'educazione sessuale. Uno speciale fascicolo è stato destinato ai docenti con suggerimenti e spunti didattici. Complessivamente sono state inviate 1.141.263 copie per gli studenti e 76.000 copie per i docenti.

L'attuazione del progetto è stata preceduta da iniziative di informazione/formazione rivolte soprattutto ai dirigenti scolastici e ai docenti delle scuole secondarie superiori e ai genitori.

Da molto tempo sia l'OMS sia il dibattito internazionale mettono la salute sessuale e riproduttiva al centro di un vero progetto di salute. I problemi emergenti rispetto alla sfera della sessualità e della riproduzione riguardano alcuni momenti della crescita e del ciclo vitale, da bambini ad adolescenti, e le fasi del percorso di vita in cui si fanno progetti e si gestiscono evoluzioni come la vita di coppia, il progetto nascita e le sue conseguenze sulla dimensione di coppia e della sessualità.

Gli altri problemi emergenti sono la tutela del sesso sicuro, ma anche la tutela della fertilità in modo che sia possibile proteggere i propri apparati e le scelte di sicurezza e custodia della fertilità. Inoltre una buona educazione sessuale può permettere una contraccezione consapevole e la gestione intelligente dei rischi o dei rimedi di urgenza.

Tutti questi temi richiedono anche delle nuove metodologie e delle nuove acquisizioni tecniche come:

- 1) la mediazione sessuale: valutare e risolvere i conflitti usando la conversazione e la tecnica mediativa;
- 2) la competenza alla soluzione dei problemi, rinforzando gli aspetti di consapevolezza e di acquisizione delle risorse;
- 3) il rinforzo dell'autostima e della consapevolezza di genere e di orientamento;
- 4) la capacità degli adulti competenti di affrontare le emergenze in modo costruttivo e non solo punitivo;
- 5) il lavoro sulla coppia e sul ciclo vitale costruendo servizi adatti alla consapevolezza della domanda sessuologica e all'intervento precoce e pubblico dato che la consulenza in sessuologia si svolge in genere nel privato.

Tutto ciò impone una riflessione e un progetto formativo che permetta alle figure presenti nei servizi che si occupano di queste tematiche, in particolare nei consultori familiari<sup>9</sup>, di dare vita a consolidati e nuovi interventi.

Le metodologie che possono essere usate sono state approvate a livello internazionale ed europeo. Gli ambiti dove l'intervento va ripreso o consolidato sono:

- a) lo Spazio giovani in consultorio;
- b) il lavoro nelle scuole, possibilmente in ogni ordine e grado o, in caso di mancanza di personale, per la fascia di età ritenuta più importante. In questo tipo di intervento bisogna coinvolgere anche insegnanti e genitori affinché siano in grado di accogliere domande e di veicolare contenuti.

La collaborazione e interazione reciproca tra scuola e consultorio, che potrebbe avvenire la prima volta in corrispondenza alla somministrazione della vaccinazione anti-HPV alle dodicenni, permetterebbe di sensibilizzare le ragazze non solo alla salvaguardia della salute, ma anche ai problemi che incontreranno più tardi, nell'esercizio della sessualità e della maternità.

---

<sup>9</sup> Si veda la Sezione V-5.2, I consultori familiari.

## Uso della contraccezione

Nell'*Indagine sulla fecondità in Italia* del 1995, nel campione esaminato (donne in età feconda 15-49 anni), l'impiego della contraccezione ormonale risultava pari al 21%, quello dello IUD al 7%, del coito interrotto al 14%, dei metodi naturali al 5% e del condom al 14%.

Nel rapporto CENSIS 2000 sui comportamenti sessuali degli italiani, i metodi contraccettivi maggiormente impiegati sono risultati il coito interrotto (31,6%) e il condom (28,4%), seguiti dalla pillola (20,9%), dai metodi naturali (4,2%), dai dispositivi intrauterini (3,2%), dal diaframma (1,3%), mentre «nessun metodo» risultava adottato dal 10,4% delle coppie.

In uno studio europeo, effettuato nel 2003 in cinque Paesi europei su un campione di donne di età compresa tra 15 e 49 anni, è stata stimata una prevalenza di utilizzo della contraccezione ormonale pari al 19% in Italia e in Spagna, al 27% in Gran Bretagna, al 34% in Germania e al 45% in Francia.

### La diffusione degli estroprogestinici

La diffusione degli estroprogestinici (CO) in Italia si ricava dalle vendite di prodotti farmaceutici. L'indicatore utilizzato è il rapporto tra le confezioni vendute e il numero complessivo di donne in età fertile. Nel confronto con gli altri Paesi europei, l'Italia occupa una delle ultime posizioni, con un trend in lieve crescita.

L'analisi della situazione italiana, tuttavia, non può prescindere dalla valutazione delle specifiche realtà regionali e macroregionali. In base ai dati di vendita, nel 2002, la diffusione della CO era pari al 23,6% nell'Italia settentrionale, al 20% nell'Italia centrale e al 13,3% nell'Italia meridionale. Si stima che una percentuale non trascurabile di tutte le prescrizioni di estroprogestinici (intorno al 20%) abbia una finalità esclusivamente terapeutica.

### La diffusione dello IUD (spirale)

In Italia il dispositivo intrauterino, quale mezzo contraccettivo, è utilizzato dal 3-5% delle donne in età fertile, con una riduzione di circa il 40% dagli anni Novanta ad oggi.

## 6.4 Sicurezza sociale, servizi e strutture di cura per l'infanzia

Si vedano i paragrafi relativi all'accesso ai servizi sanitari e di cura, agli interventi di promozione dell'allattamento al seno e all'educazione sanitaria nella scuola.

### Altre attività realizzate nel periodo 2000-2007

Per quanto riguarda la comunicazione e la promozione, il Ministero della salute ha realizzato, nel periodo di riferimento di questo rapporto, varie campagne informative su AIDS, vaccinazioni, alimentazione, fumo e stili di vita.

Si segnalano in particolare le seguenti

- La IX campagna informativo-preventiva contro l'AIDS, volta a evitare comportamenti a rischio, a consigliare di sottoporsi al test HIV coloro che hanno avuto comportamenti a rischio, a diffondere un messaggio di solidarietà verso le persone colpite da

HIV/AIDS, a invitare a rivolgersi al numero verde AIDS, gratuito, attivato per rispondere a ogni dubbio.

- Campagna straordinaria di vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia. La campagna ha tracciato indirizzi di supporto alle Regioni nella conduzione delle campagne locali e contemporaneamente si è posta l'obiettivo di rafforzare, a livello nazionale, gli sforzi compiuti con le campagne locali.
- Campagna sulla salute del bambino e prevenzione degli incidenti domestici in età evolutiva con la realizzazione di un libretto guida *Quando nasce un bambino* rivolto ai neogenitori per la cura, l'igiene e la sicurezza del loro bambino nel primo anno di vita. L'obiettivo della campagna è consistito nel supportare, a livello informativo, i genitori, e in particolare le mamme, nello svezzamento e nello sviluppo psicofisico del proprio bambino nel primo anno di vita e nel sensibilizzare e informare gli stessi genitori o chi accudisce il bambino sulle basilari norme di prevenzione e sicurezza ambientale da adottare nelle fasi successive di crescita.
- Campagna sulla corretta alimentazione e promozione dell'attività fisica volta a promuovere stili di vita salutari.

Per affrontare il problema della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), è stata emanata la L. 2 febbraio 2006, n. 31, *Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) e di morte inaspettata del feto*, che prevede, anche, la promozione di campagne di sensibilizzazione e di prevenzione per garantire una corretta informazione, nonché la predisposizione di appositi programmi di ricerca multidisciplinari e l'emanazione di linee guida per la prevenzione della patologia.

Tra le iniziative rivolte ai genitori con l'intento di renderli veri protagonisti della salute dei propri figli, fin dal concepimento e dai primi giorni di vita del bambino, è stata realizzata dal Ministero della salute, in collaborazione con la Regione Veneto, l'UNICEF e la Federazione italiana dei medici pediatri, la campagna *Genitori più*. Questa prevede sette azioni che hanno come denominatore comune la necessità che le famiglie diventino parte attiva e consapevole. Tre di queste azioni sono utili per prevenire il rischio di SIDS; mettere il bambino a dormire a pancia in su, non fumare e allattarlo al seno. Pertanto, con decreto del Ministro della salute del 21 dicembre 2007, sono stati definiti i criteri per l'individuazione e autorizzazione da parte delle Regioni dei centri di riferimento per il riscontro diagnostico delle vittime della SIDS e per la morte inaspettata del feto e definito la ripartizione dei fondi alle stesse Regioni.

È infine in avanzata fase di realizzazione la produzione dell'opuscolo *La salute e la sicurezza del neonato, una guida utile per le famiglie immigrate* indirizzato alle mamme straniere, tradotto nelle lingue delle prime 10 popolazioni presenti per numero in Italia, che costituisce aggiornamento e adattamento multiculturale dell'opuscolo *Quando nasce un bambino*.

## 6.5 Standard di vita

Nel novembre del 2006 l'EU Social Protection Committee (SPC) ha creato la EU Task-Force per la povertà minorile e il benessere dei bambini che ha prodotto nel gennaio 2008 il primo report sul tema della povertà minorile nei 27 Paesi dell'Unione.

Il documento è organizzato in tre sezioni: analisi valutativa della povertà minorile e dell'esclusione sociale nei Paesi dell'Unione; analisi dei sistemi di monitoraggio e di valutazione; conclusioni e raccomandazioni pratiche per analizzare, monitorare e valutare la

povertà dei bambini e l'esclusione sociale a livello nazionale e sub-nazionale. In merito alla prima parte va detto che l'intensità della povertà, ovvero la distanza dalla soglia di povertà per chi è povero, coincide per i bambini e per gli adulti a livello di EU, sebbene vada segnalato che essa varia fortissimamente da Paese a Paese. In Italia l'intensità della povertà risulta severamente più alta per i bambini che per il complesso della popolazione. Quanto alle politiche di intervento sul fenomeno, risulta che il nostro Paese spenda poco, ciò comportando alti tassi di rischio di povertà.

È anche a partire da questo documento che il Governo italiano ha incentivato le misure di sostegno al reddito e di conciliazione, di cui si è già detto in dettaglio nella Sezione V-5.1.

### **Interventi di contrasto alla povertà**

In linea generale, in Italia le strategie per combattere la povertà minorile e l'esclusione sociale sono contenute nel Piano nazionale d'azione a favore dell'infanzia e dell'adolescenza e nel Piano nazionale d'azione contro la povertà e l'esclusione sociale (NAP)<sup>10</sup>.

A livello europeo, nel quadro della revisione della Strategia di Lisbona si è deciso di migliorare e semplificare il processo di coordinamento delle politiche di protezione sociale degli Stati membri – pensioni, inclusione sociale e lotta contro la povertà, assistenza sanitaria con particolare riferimento alle cure a lungo termine per gli anziani – in modo tale da assicurare una maggiore integrazione sia del coordinamento nei settori indicati della protezione sociale, sia della coerenza e dell'integrazione con i settori macro, microeconomici e dell'occupazione. I Piani di azione nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale sono lo strumento fondamentale per definire le strategie e le azioni a livello nazionale, per mettere a punto nuove modalità di coordinamento dei vari livelli di responsabilità istituzionale e per promuovere la partecipazione attiva delle formazioni sociali alla definizione e attuazione delle politiche di inclusione sociale.

I Piani d'azione nazionali vengono presentati alla Commissione europea, che sulla loro base elabora una «Relazione congiunta» con informazioni sulle tendenze complessive nell'Unione europea nell'ambito della povertà ed esclusione sociale e sul quadro complessivo delle priorità individuate dagli Stati, ma anche delle criticità sulle quali occorre rafforzare le azioni.

Il Piano d'azione contro la povertà stilato dall'Italia per gli anni 2006-2008<sup>11</sup> indica perciò una lista di priorità identificate sulla base dei risultati del Rapporto 2005 di valutazione della Commissione nazionale d'indagine sull'esclusione sociale<sup>12</sup> e delle indicazioni fornite dalla Commissione europea.

La Commissione nazionale d'indagine ha identificato in particolare alcuni punti critici, tra i quali l'assenza di un sistema di diritti sociali definiti attraverso livelli minimi d'assistenza e la necessità di una maggiore uniformità nei servizi forniti su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda le indicazioni della Commissione europea, queste si riferiscono al rafforzamento della presenza di donne, giovani e persone disagiate nel mercato del lavoro.

<sup>10</sup> Si vedano le Sezioni I, V e IX.

<sup>11</sup> Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Ministero della solidarietà sociale, Ministero della salute, *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale*, novembre 2006.

<sup>12</sup> *Rapporto della Commissione di indagine contro l'esclusione sociale 2005*, presentato nel settembre 2006.

ro, e al miglioramento del coordinamento delle politiche a livello nazionale al fine di ridurre le disparità regionali.

In relazione alla povertà minorile, la Commissione nazionale d'indagine ha dichiarato che essa è in aumento, a causa della crescita della povertà delle famiglie con figli minorenni. Anche la povertà delle persone giovani è in aumento. Perciò questo tema è stato assunto dal Governo come questione prioritaria a livello nazionale e locale. In termini generali, il nuovo Piano d'azione nazionale richiama all'integrazione degli strumenti di sostegno al reddito con i servizi per l'occupazione, l'educazione lungo l'arco della vita e le politiche attive di inserimento nel mercato del lavoro.

Le priorità generali d'intervento indicate nel nuovo NAP sono: combattere la povertà (con focus speciale sulla povertà infantile), colmare il gap tra Nord e Sud del Paese, allargare la partecipazione al mercato del lavoro, favorire l'accesso ai diritti, ai servizi e ai beni, così come il rafforzamento dei processi di inclusione sociale per i gruppi emarginati (con un'attenzione particolare ai bambini stranieri non accompagnati e al fenomeno della dispersione scolastica). Nel piano il Governo si assume l'impegno di ridurre la povertà, portandola entro il 2010 in linea con i livelli medi europei. Questo obiettivo si sta implementando attraverso la riforma delle politiche fiscali e il sostegno ai redditi familiari, nonché attraverso azioni nella sfera delle politiche abitative, rafforzando il ruolo del terzo settore e dei progetti a finalità sociale, con una rinnovata attenzione al tema della povertà estrema.