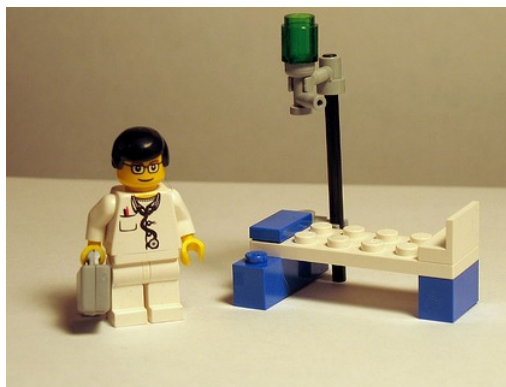


Maurizio Bonati e Rita Campi



La mancanza di un progetto e di un modello italiano di welfare per l'infanzia e l'adolescenza è una grave lacuna che accentua le diseguaglianze (locali, regionali, nazionali) nella salute.

---

Come ha auspicato anche il Presidente della Repubblica nel [messaggio di questo fine anno](#), c'è necessità di "più crescita, più sviluppo nel Mezzogiorno, più futuro per i giovani, più equità sociale... perché cresca in modo più sostenuto l'Italia, deve crescere il Mezzogiorno, molto più fortemente il Mezzogiorno. Solo così, crescendo tutta insieme l'Italia, si può dare una risposta ai giovani che s'interrogano sul loro futuro".

**Purtroppo, oggi, nel Mezzogiorno molti bambini non arrivano ad interrogarsi. Infatti, fin dal momento della nascita e per tutto il periodo dello sviluppo il divario tra Nord e Sud d'Italia nell'accesso e qualità dei servizi socio-sanitari è enorme.**

**I rischi** di morire nella prima settimana di vita, di non poter frequentare l'asilo, di abbandonare la scuola dell'obbligo, di essere un adolescente in difficoltà, di dover cambiare regione per ricevere un'assistenza specialistica pediatrica sono **3-6 volte superiori al Sud rispetto al Nord**. Per il diritto alla salute materno infantile il nostro Meridione rappresenta nell'ambito europeo un paese a sé stante.

L'acuirsi delle diseguaglianze nella salute dell'infanzia tra le regioni italiane è la denuncia lanciata con il 2° Rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, da 86 associazioni e istituzioni indipendenti ([Gruppo CRC - Convention on the Rights of the Child](#)). Il 16,6% dei bambini (1.700.000) vive al di sotto della soglia di povertà (pari al 23% della popolazione povera) e risiede in gran parte al Sud o nei quartieri periferici delle grandi città. Come già documentato nel 2005\*, le modalità, la qualità e le aspettative del nascere e crescere oggi in Italia sono ancora, e sempre più, condizionate dal luogo di residenza e dalle condizioni

sociali. Nel corso dell'ultimo decennio poco è stato fatto e le "distanze" si sono accentuate.

La natalità nazionale è leggermente aumentata, grazie anche ai recenti flussi migratori, in condizioni di aumentata medicalizzazione, con un tasso di parti cesarei oltre il doppio del 15% indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con la Regione Campania oltre il 60% dei parti: livelli unici nell'intera Unione Europea. La mortalità perinatale (nel corso della prima settimana di vita) è ovunque diminuita, ma permane drasticamente elevata al Sud con un rapporto 2-3 volte superiore rispetto alle regioni settentrionali a parità di nascite patologiche. Tutti elementi che stanno ad indicare che **la qualità delle cure e il "percorso nascita" non hanno ancora raggiunto una garanzia e un diritto omogenei su tutto il territorio nazionale.**

Disomogeneità e diseguaglianze che si mantengono anche nel crescere con tassi di allattamento esclusivo al seno che si mantengono lontani da quelli indicati dall'OMS proprio nelle regioni meridionali dove si nasce maggiormente, dove le vaccinazioni raccomandate sono spesso disattese (in alcuni distretti sanitari un terzo dei bambini non risulta essere vaccinato), dove l'offerta di posti nido è solo per l'1% della popolazione avente diritto.

**Diseguaglianze regionali che costringono ancora molti bambini del Sud bisognosi di cure alla migrazione ospedaliera**, a un abbandono precoce dell'istruzione e ad una precarietà occupazionale (quando cresciuti) sino a dieci volte superiore dei loro coetanei residenti al Nord. Una cronicizzazione della mancanza di un benessere omogeneo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che rispecchia la condizione della popolazione generale come indica anche l'[Indice di Sviluppo Umano](#), che seppur mediamente aumentato nel corso degli ultimi dieci anni (da 0,906 a 0,932 e che colloca l'Italia al 18° posto della graduatoria mondiale) mantiene all'ultimo posto la Campania (0,897 livello del Portogallo) e al primo l'Emilia Romagna (0,949 livello dell'Islanda). Bambini e adolescenti, quindi, ancora dimenticati.

A testimonianza della disattenzione istituzionale per la condizione dell'infanzia basti ricordare che l'ultimo [Piano Nazionale Infanzia](#) approvato risale al periodo 2002-2004 e **da allora non è stato più rinnovato**. Si confidava nella presentazione del nuovo Piano nel corso della [Conferenza Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza](#), organizzata nello scorso novembre a Napoli dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali insieme alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e in collaborazione con la Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza, **ma ancora una volta è stata un'attesa vana.**

I determinanti distali e prossimali della salute incidono sullo "star bene" dei bambini e di tutta la comunità e ne condizionano lo sviluppo presente e futuro. Ridurre queste croniche

inique differenze è quindi interesse di tutti e gli interventi non dovrebbero essere frazionati o mirati ad una sola fascia della popolazione, ma a tutta la comunità. **La mancanza di un progetto e di un modello italiano di welfare per l'infanzia e l'adolescenza è una grave lacuna che accentua le diseguaglianze (locali, regionali, nazionali) nella salute.**

Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza sono di competenza multiministeriale e necessitano di una programmazione condivisa e di un monitoraggio continuo e accurato della loro attuazione. Non dovrebbe essere più accettato che il rischio di nascere e non poter crescere sia triplo per i neonati di Cosenza rispetto a quelli di Udine e che questo perduri da lustri anche per l'indolenza istituzionale.

**Tabella 1. Andamento indicatori regionali nell'ultimo decennio**

		<b>1997-98</b>	<b>2006-07</b>
<b>NASCERE</b>	Natalità (‰)	9,2 (7,0 - 11,9; Liguria - Campania)	9,6 (7,8 - 10,7; Liguria - Trentino A. A.)
	Cesarei (%)	32,9 (20,4 - 51,0; Friuli V.G. - Campania)	39,3 (26,2 - 61,8; Trentino A.A. - Campania)
	Mortalità perinatale (‰)	8,4 (5,0 - 13,9; Friuli V.G. - Basilicata)	4,6 (2,1 - 7,0; Molise - Basilicata)*
	Nati <1500 g (%)	0,8 (0,5 - 1,0; Basilicata - Friuli V. G.)*	1,0 (0,7 - 3,4; Campania - Molise)*

<b>CRESCERE</b>	Allattamento al seno (esclusivo a 3 mesi) (%)	58,1 (37,8 - 74,8; Sicilia - Trentino A.A.)	65,4 (53,5 - 73,8; Isole - Nord est)
	Copertura vaccinale morbillo (%)	74,1 53,0 - 91,8; Campania - Friuli V.G.)	89,6 (86,4 - 97,3; Calabria - Molise)
	Nidi (%)	6,3 (0,6 - 47,9; Basilicata - Emilia R.)	9,7 (1,4 - 24,0; Campania - Emilia R.)
	Migrazione ospedaliera (%)	7,4 (4,5 - 25,3; Lombardia - Basilicata)	8,1 (4,4 - 26,9; Lombardia - Basilicata)
	Abbandono precoce dell'istruzione (%)	42,3 (34,5 - 55,2; Umbria - Sardegna)	19,2 (9,2 - 28,8; Friuli - Campania)
	Minori in cerca di occupazione (%)	37,2 (6,7 - 65,4; Trentino A.A. - Calabria)*	35,6 (5,8 - 66,2; Trentino A.A. - Calabria)

**Note.\*** La Valle d'Aosta è stata esclusa dal calcolo

**Natalità (tasso di):** rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, per 1.000.

**Mortalità perinatale (tasso di):** la somma dei nati morti e dei decessi avvenuti nella prima settimana di vita rapportata al numero complessivo di nati, per 1.000.

**Nidi:** posti nido disponibili per 100 bambini in età 0-2 anni

**Migrazione ospedaliera:** il numero di pazienti che si curano fuori regione sul totale dei ricoveri, per 100.

**Abbandono precoce dell'istruzione:** percentuale di giovani (18-24 anni) che hanno conseguito un titolo di studio al massimo ISCED2 e che non partecipano ad attività di educazione/formazione rispetto ai giovani di età 18-24 anni.

**Minori in cerca di occupazione:** il rapporto tra le persone (15-19 anni) in cerca di occupazione e le forze di lavoro, moltiplicato per 100.

### **Bibliografia**

Maurizio Bonati, Rita Campi. [Nascere e crescere oggi in Italia](#). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.