

# Bambini e disuguaglianze

Poste Italiane spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, Aut. GIP/PA/C/RM/13/2011 - I.R.

**Atti del Convegno  
"Bambini e disuguaglianze"**

tenutosi a Roma il 22 febbraio 2019  
presso la Clinica Pediatrica del Policlinico Umberto I  
Università La Sapienza

Organizzato da Mario De Curtis, Antonella Polimeni, Alberto Villani

 Cangurini  
di pediatria

Magazine della Società Italiana di Pediatria





# Bambini e disuguaglianze: cosa possono fare i Pediatri?

**C**redo sia importante che tutti i Pediatri legano con molta attenzione i contenuti di questo prezioso supplemento di "Pediatria" (Cangurino) dedicato a bambini e disuguaglianze. I testi sono stati elaborati da alcuni dei protagonisti di un convegno organizzato dalla Presidenza della Facoltà di Medicina e Odontoiatria di Sapienza Università di Roma, con il patrocinio della Società Italiana di Pediatria, nell'Aula Magna della Clinica Pediatrica il 22 febbraio 2019.

La Pediatria italiana, al pari di moltissime altre specialità mediche e chirurgiche, è protagonista da anni di continui straordinari successi che hanno consentito di nascere e sopravvivere a tanti neonati, anche fortemente prematuri e con peso alla nascita molto basso; di poter raggiungere l'età adulta, anche avanzata, a tanti soggetti affetti da patologie un tempo precocemente letali (cardiopatie, fibrosi cistica, malattie metaboliche); di guarire da malattie considerate incurabili e/o inguaribili (tumori, malattie neuromuscolari). Questi successi, dovuti alla grande professionalità e preparazione dei Pediatri e di tutti i professionisti che dedicano la loro attività ai soggetti in età evolutiva, testimoniano la qualità della ricerca e dell'alta specializzazione delle Università, degli Ospedali Pediatrici e delle Pediatrie e Neonatologie italiane. Tanti successi, per quanto importanti, non sono in grado di promuovere la salute e il benessere dei nostri bambini in una realtà culturale nella quale l'attenzione ai bambini e agli adolescenti è strarborante nelle chiacchiere, ma molto lacunosa



**Alberto Villani**  
Presidente SIP

nei fatti. I disagi economici sono il risultato della povertà culturale che avanza in maniera ancor più preoccupante e devastante della povertà come comunemente intesa. La disattenzione alla maternità, impoverita di significato e annullata come valore sociale; il disinteresse a promuovere concretamente la natalità e il successivo accudimento dei bambini, in particolare nei primi anni di vita; l'assente e/o carente cultura sanitaria (quella che mette in discussione i vaccini e rifugge dalle responsabilità nei confronti della popolazione) richiedono da parte dei Pediatri italiani un grande e nuovo impegno nella Società.

Per difendere e tutelare i bambini non si può restare nelle aule universitarie, nei laboratori e nei reparti. Non è sufficiente. Si deve agire per convincere i decisori, con autorevolezza e competenza, che sono ormai indispensabili urgenti misure, strutturate e durature, che vedano partecipi tutti gli attori

che possano avere un ruolo nella costruzione del benessere di ogni individuo. La scuola è il luogo principale dove "costruire salute" e può essere il centro di coordinamento. Già dalla scuola materna, fino alle superiori (alle quali andrebbe esteso l'obbligo scolastico), è possibile "educare" i bambini a una corretta alimentazione (compresa la scelta degli alimenti e la loro preparazione, coinvolgendoli in prima persona); insegnare i corretti stili di vita (consentendo nelle scuole l'attività ludico-sportiva per tutti gli sport, da praticare); coinvolgendoli nell'attenzione e nella cura per la loro salute (valore della genitorialità, valore delle vaccinazioni, danni da fumo, alcool e droghe); insegnando l'educazione civica e avendo come solido riferimento la nostra Costituzione; favorendo l'uso intelligente della tecnologia; investendo nel valorizzare il patrimonio artistico del nostro Paese (pittura, scultura, musica, praticando tutto e partecipando a visite dei luoghi d'arte). La SIP ha da tempo strutturato un rapporto privilegiato e fattivo con il MIUR e ha già attuato dei protocolli di collaborazione fruttuosi in alcune Regioni (Liguria, Abruzzo e Calabria).

Se come Pediatri riuscissimo a far guadagnare spazi sempre maggiori a una concreta e strutturata attenzione all'età evolutiva, si potrebbe sperare di giungere come risultato a quanto l'OMS definisce come salute, già dal 1946, ovvero lo "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", salute considerata un diritto e come tale alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

Un grazie sincero alla Prof.ssa Antonella Polimeni e al Prof. Mario De Curtis per questo Convegno che ha rappresentato una fotografia della realtà e una preziosa occasione di riflessione sull'urgenza di intervenire.

Cosa possono fare i Pediatri? Impegnarsi nelle sedi istituzionali per tutelare con forza, vigore, autorevolezza e concretezza scientifica, il diritto al benessere di tutti gli individui, cominciando con la promozione della natalità e favorendo la concreta attuazione di corretti stili di vita. Per questo un sentito ringraziamento al Pediatra On. Paolo Siani per il suo impegno e per essere riuscito a sensibilizzare la politica. ■

Supplemento a "Pediatria"  
anno 9 | numero 5-6  
maggio-giugno 2019

Magazine ufficiale della  
Società Italiana di Pediatria (SIP)  
via Gioberti 60, 00185 Roma  
Tel. 06 4454912  
www.sip.it

DIRETTORE SCIENTIFICO  
Alberto Villani

DIRETTORE  
Cinthia Caruso

BOARD EDITORIALE  
Rino Agostiniani, Giovanni  
Corsello, Vita Cupertino, Liviana  
Da Dalt, Antonio Del Vecchio,  
Monica Malamisura, Domenico  
Minasi, Caterina Offidani, Andrea  
Pession, Gaetano Scalise, Stefano  
Semplici, Annamaria Staiano,  
Renato Turra, Davide Vecchio,  
Giovanni Vitali Rosati

REDAZIONE  
Manuela Baroncini

PUBBLICITÀ E PROMOZIONE  
Livia Costa  
l.costa@pensiero.it  
06 86282342

Autorizzazione del Tribunale  
di Roma n. 586/2002

ABBONAMENTI 2019   
Individuale € 40,00  
Istituti, enti, biblioteche € 80,00  
Estero € 120,00

Allegato a cura di  
**Il Pensiero Scientifico**  
Editore  
Via San Giovanni Valdarno 8  
00138 Roma  
Tel. 06 862 821  
Fax 06 862 82 250  
www.pensiero.it  
www.facebook.com/  
PensieroScientifico  
twitter.com/ilpensiero

DIRETTORE RESPONSABILE  
Giovanni Luca De Fiore

PROGETTO GRAFICO Typo85 srl, Roma

STAMPA TiPrinting srl, Roma  
giugno 2019

*I contenuti presentati in questo allegato riflettono le opinioni degli autori e non impegnano necessariamente la Società Italiana di Pediatria*

*Le informazioni riportate nella pubblicazione non sostituiscono le indicazioni contenute nel Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto dei farmaci menzionati, a cui il lettore deve fare riferimento. Pubblicazione fuori commercio riservata alla Classe Medica.*

Ridurre le disuguaglianze in sanità e migliorare la governance per la salute e l'equità della salute sono gli obiettivi fondamentali di Health 2020 – il quadro politico europeo per la salute e il benessere approvato dai 53 Stati membri della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2012. Sebbene gli indicatori generali sulla salute della popolazione siano migliorati negli ultimi decenni, purtroppo questo miglioramento non è stato sperimentato allo stesso modo ovunque o da tutti, perché ancora esistono diffuse disuguaglianze nella salute che riflettono le diverse condizioni di vita delle persone. Queste disuguaglianze sono ancora più ingiuste e dannose quando coinvolgono i bambini che, come recita l'articolo 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (*Convention on the Rights of the Child - CRC*), ratificata dall'Italia nel 1991, hanno il diritto di "godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione" e prevede che "gli

# Bisogni e diritti dei bambini

*Un convegno organizzato dalla Facoltà di Medicina di Sapienza Università di Roma e patrocinato dalla Società Italiana di Pediatria per approfondire il tema delle disuguaglianze e dei determinanti ad esse associati*



**Antonella Polimeni**  
Presidente Facoltà di Medicina e Odontoiatria  
Sapienza Università di Roma

**PROGRAMMA**

9.00 **INIZIO LAVORI**  
Presentazione del Convegno  
Antonella Polimeni, Alberto Villani, Mario De Curtis  
Saluto delle Autorità

9.30 **Letture di SE Card. Gianfranco Ravasi**  
"Prendi con te il bambino e sua madre e fuggi!" (Matteo 2,13). Il bambino in pericolo

**I SESSIONE** Moderatore: **Luciano Fontana**

9.50 **Disuguaglianze alla nascita**  
Mario De Curtis

10.10 **I bisogni dei bambini**  
Giovanni Corsetto

10.30 **Contro le disuguaglianze. Cosa può fare il Sistema Sanitario Nazionale**  
Walter Ricciardi

10.50 **Discussione**

**II SESSIONE** Moderatore: **Piero Damosso**

11.20 **Crisi economica e infanzia**  
Andrea Brandolini

11.40 **Quali tutele sanitarie per i bambini immigrati?**  
Salvatore Geraci

12.00 **Le disuguaglianze nel mondo che cambia**  
Stefano Vella

12.20 **Discussione**

13.00 **CHIUSURA DEL CONVEGNO**

**PARTECIPANTI**

**Andrea Brandolini:** Capo del Servizio Analisi statistiche, Dipartimento Economia e statistica, Banca d'Italia

**Giovanni Corsetto:** Post Presidente della Società Italiana di Pediatria, Prof. Ordinario di Pediatria, Dipartimento Materno Infantile, Università di Palermo

**Piero Damosso:** Capo Redattore Centrale Tg1, RAI

**Mario De Curtis:** Prof. Ordinario di Pediatria, Dipartimento Materno Infantile, Università di Roma La Sapienza, Direttore UOC di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale Policlinico Umberto I

**Luciano Fontana:** Direttore del Corriere della Sera

**Salvatore Geraci:** Area sanitaria Caritas Diocesana Roma

**Antonella Polimeni:** Presidente della Facoltà di Medicina e Odontoiatria, Prof. Ordinario di Odontoiatria Università di Roma La Sapienza

**SE Card. Gianfranco Ravasi:** Presidente del Pontificio Consiglio per la Cultura

**Walter Ricciardi:** Prof. Ordinario Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore

**Stefano Vella:** Direttore National Center for Global Health, Istituto Superiore di Sanità

**Alberto Villani:** Presidente della Società Italiana di Pediatria, Direttore UOC di Pediatria e Malattie Infettive, Ospedale Pediatrico bambino Gesù

Stati si sforzino di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi, nonché di dare piena attuazione a tale diritto".

Malgrado molto sia stato fatto, specialmente in termini di mortalità infantile e di appropriatezza delle cure, in particolare in ambiti specialistici come ad esempio l'oncologia pediatrica, del tutto insufficienti sono le misure rivolte alla prevenzione e alla promozione della salute, ma soprattutto permangono ancora disuguaglianze inaccettabili, tra le varie aree del Paese, negli esiti delle cure, nell'accesso ai servizi, nelle tipologie e nella qualità dei servizi (9° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della CRC in Italia). Queste disuguaglianze non sono semplicemente il prodotto dell'organizzazione sanitaria, ma risentono di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, economico e genetico.

Proprio per affrontare questo tema è stato organizzato, dalla Presidenza della Facoltà di Medicina e Odontoiatria di Sapienza Università di Roma, con il patrocinio della Società Italiana di Pediatria, il Convegno su "Bambini e Disuguaglianze", presso l'Aula Magna della Clinica Pediatrica.

L'incontro, a cui hanno partecipato autorevoli personalità del mondo religioso, accademico e culturale italiano, è stato promosso e fortemente voluto da Mario De Curtis, Direttore della Unità Operativa Complessa di Neonatologia, Patologia e Terapia intensiva neonatale del Policlinico Umberto I e del Master in Neonatologia, con l'intento di ri-





proporre “la questione dell’infanzia e di sottolineare i bisogni e i diritti dei bambini messi ulteriormente in crisi dall’incremento della povertà, dal venir meno dei principi di uguaglianza, universalità ed equità del sistema sanitario e anche di solidarietà soprattutto verso gli immigrati”.

Una maggiore attenzione alla tutela della salute psicofisica e alle necessità dei bambini, nella scuola, nella famiglia, nella società è stata auspicata anche da Alberto Villani, Presidente della Società Italiana di Pediatria, soprattutto in un momento molto difficile, come quello attuale, caratterizzato da mutamenti sociali, normative più stringenti e risorse che scarseggiano, tutti fattori che non possono non riflettersi anche sulla salute infantile.

Le relazioni che si sono succedute nel corso dei lavori hanno affrontato temi diversi ma tutti ugualmente rilevanti, come le disuguaglianze alla nascita, i bisogni dei bambini, le azioni che possono essere intraprese dal Sistema Sanitario Nazionale contro le disuguaglianze, la crisi economica e le sue ripercussioni sull’infanzia, le tutele sanitarie per i bambini immigrati, le disuguaglianze nel mondo che cambia.

La rilevanza degli argomenti affrontati e l’interesse destato dal Convegno hanno suggerito di raccogliere gli interventi in questa monografia della Società Italiana di Pediatria, distribuita a tutti i 10.000 pediatri iscritti alla Società e allegata al magazine “Pediatria”.

L’augurio è che questa monografia possa rappresentare uno stimolo a identificare e affrontare i determinanti sociali delle disuguaglianze sanitarie, le quali non sono legate soltanto alla difficoltà di accesso all’assistenza sanitaria, ma anche all’iniqua distribuzione di altri fattori, quali il reddito, la disponibilità di beni e servizi, le condizioni di vita.

Molti di questi determinanti sono al di fuori dell’influenza diretta del sistema sanitario, il che significa che l’azione per migliorare l’equità della salute richiede collaborazione e partnership anche da parte di altri organismi: i governi centrali e locali, i settori sociali ed economici, il Terzo Settore, le organizzazioni nazionali e internazionali, l’industria e i mezzi di comunicazione.

Solo così sarà possibile perseguire i principali obiettivi di salute indicati dall’Ufficio regionale per l’Europa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, nel documento strategico “Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020”, per i bambini e gli adolescenti europei, i quali devono essere messi in grado di realizzare il loro pieno potenziale di salute, sviluppo e benessere e di ridurre il loro carico di malattia e mortalità evitabili. ■

# Disuguaglianze alla nascita



**Mario De Curtis**

Ordinario di Pediatria, Sapienza Università di Roma  
Direttore Unità di Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale,  
Policlinico Umberto I di Roma

Ogni bambino dovrebbe avere la possibilità di crescere e svilupparsi in maniera ottimale, essere curato nel migliore dei modi quando si ammala, essere educato in modo da poter accrescere tutte le sue potenziali risorse intellettuali e conoscitive.

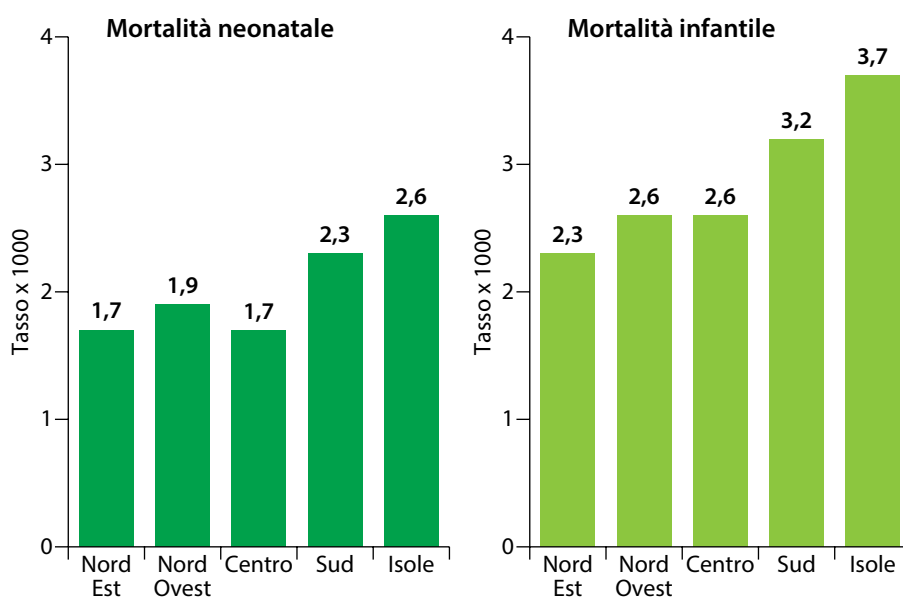
Molti di questi diritti sono oggi negati anche in Italia, che pur vanta un’antica tradizione di solidarietà e di difesa dei diritti dell’infanzia.

Fra i dati più importanti da prendere in considerazione come indici del livello dello stato di salute, del benessere sociale e dello sviluppo economico di una nazione ci sono certamente quelli relativi alla mortalità neonatale e infantile.

La mortalità neonatale (definita come il numero di morti nei primi 28 giorni di vita rispetto a 1000 nati vivi) e la mortalità infantile (numero di morti nel primo anno di vita rispetto a 1000 nati vivi) hanno raggiunto in Italia, negli ultimi anni, valori tra i più bassi del mondo, anche migliori di quelli osservati nei paesi occidentali più sviluppati.

Questa diminuzione non è avvenuta però in modo omogeneo. I dati più recenti dell’ISTAT, valutati con i certificati di morte relativi al 2016, mostrano una significativa diversità tra le varie aree del Paese e tra le Regioni (figure 1, 2).

**Figura 1.** Tasso di mortalità neonatale e infantile in Italia nel 2016 (x 1000 nati vivi – ISTAT 2018).

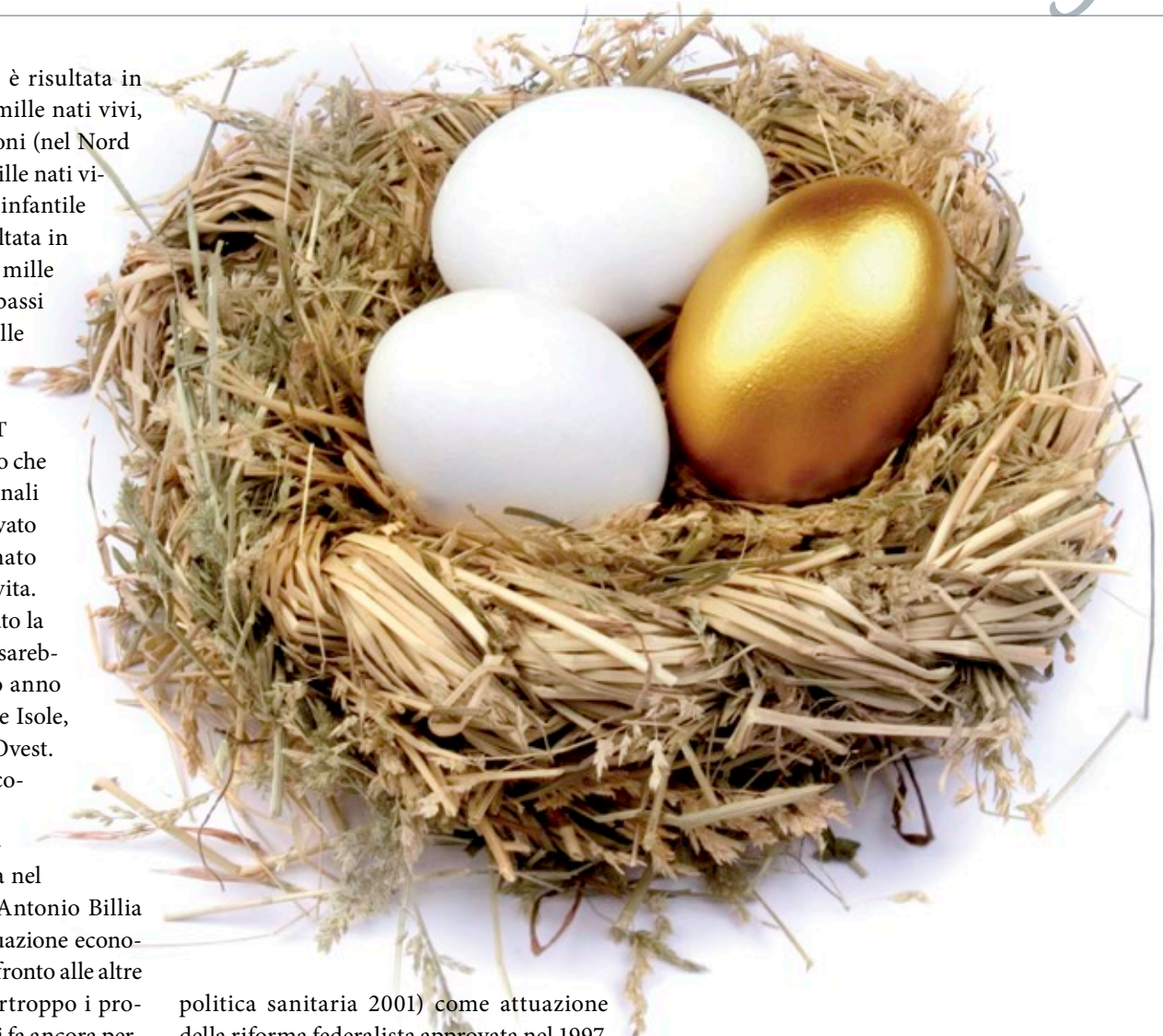


La mortalità neonatale, che è risultata in Italia mediamente di 2 per mille nati vivi, ha presentato ampie variazioni (nel Nord Est 1,7 e nelle isole 2,6 per mille nati vivi). Ugualmente la mortalità infantile per mille nati vivi che è risultata in Italia mediamente di 2,8 per mille nati vivi; aveva i valori più bassi nel Nord Est 2,3, mentre nelle isole raggiungeva valori di 3,7 per mille nati vivi.

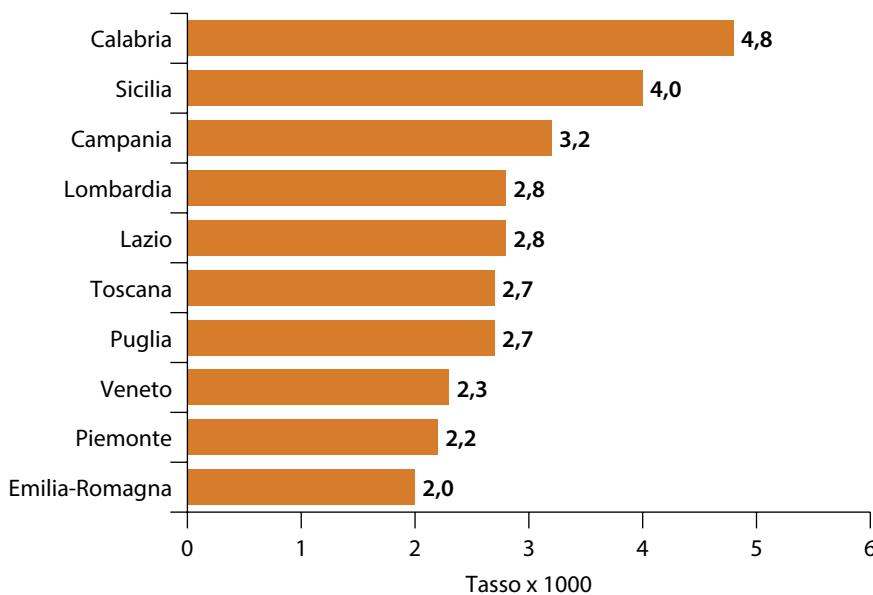
Analizzando questi dati ISTAT risulta quindi che un bambino che nasce nelle Regioni meridionali ha un rischio del 36% più elevato di morire rispetto ad uno nato nel Nord nel primo anno di vita. Se nel 2016 l'Italia avesse avuto la stessa mortalità del Nord Est sarebbero sopravvissuti nel primo anno di vita 180 bambini nel Sud e Isole, 28 nel Centro e 42 nel Nord Ovest. Questi dati ripropongono ancora una volta il problema della "questione meridionale", termine usato nella prima volta nel 1873 dal deputato radicale Antonio Billia per indicare la disastrosa situazione economica del Mezzogiorno in confronto alle altre Regioni dell'Italia unita. Purtroppo i problemi segnalati circa 150 anni fa ancora persistono. Basti pensare che l'aspettativa di vita alla nascita è di circa tre anni minore per gli uomini che vivono in Campania rispetto a quelli che vivono nella provincia di Trento (79,2 vs 82,0 anni).<sup>1</sup>

Le problematiche delle Regioni meridionali si sono aggravate con la riforma del titolo V della Costituzione (autonomia delle Regioni in materia di gestione delle risorse e della

politica sanitaria 2001) come attuazione della riforma federalista approvata nel 1997. Come effetto di questa legge la spesa sanitaria è raddoppiata, le Regioni poco virtuose sono state commissariate e sono stati introdotti piani di rientro dal deficit sanitario con conseguente riduzione dell'erogazione dei servizi e peggioramento della loro qualità. In definitiva si è avuta la creazione di 20 servizi sanitari regionali con notevole disparità di trattamento. Inoltre crea partico-



**Figura 2.** Tasso di mortalità infantile in Italia nelle Regioni con più di 10.000 neonati ogni anno (x 1000 nati vivi, anno 2016 – ISTAT 2018).



*È necessario promuovere un progetto politico e sociale che metta l'infanzia, indipendentemente dal Paese di origine, al centro dell'attenzione e dell'azione del buon governo. Solo così si possono tutelare i bambini e con essi il nostro futuro*



lare timore la proposta governativa di una prossima introduzione dell'Autonomia delle Regioni a statuto ordinario. Si potrebbe verificare una ulteriore spaccatura del Paese. Le Regioni già ricche del Nord potrebbero diventare sempre più ricche mentre quelle più povere rischiano nella migliore condizione una stagnazione.

La "prognosi" peggiore nelle Regioni meridionali e insulari è legata, oltre che a fattori di ordine economico e sociale, anche a problemi organizzativi che riguardano la rete perinatale e che inevitabilmente compromettono la qualità dell'assistenza fornita.

Un altro aspetto critico riguarda i nati da genitori immigrati che hanno una mortalità neonatale e infantile maggiore dei nati da genitori italiani.

Negli ultimi anni, con il notevole aumento dei flussi migratori verso il nostro Paese, la composizione della popolazione italiana è notevolmente cambiata: oggi gli stranieri residenti sono 5 milioni 234 mila, circa l'8,7% di tutta la popolazione.<sup>1</sup> Gli ultimi dati dell'ISTAT indicano che in Italia i nati da genitori stranieri rappresentano il 14,9 % di tutti i nati,<sup>2</sup> ma contribuiscono al 21% della mortalità infantile totale. Rispetto ai nati di genitori italiani i figli di genitori stranieri hanno una mortalità infantile del 56% più elevata e questa è ancora maggiore nei nati da donne che provengono dall'Africa subsahariana.<sup>3</sup> Questa differenza è legata soprattutto a condizioni perinatali che riguardano, in particolare, le condizioni di salute delle donne immigrate durante la gravidanza. Situazioni di svantaggio sociale, economico e culturale, attività lavorative meno garantite e più pesanti, un'alimentazione incongrua, carenti condizioni igieniche e abitative, cure ostetriche tardive e inadeguate delle madri straniere durante la gravidanza aumentano il rischio di malattia e di morte per il neonato. L'elevata mortalità dei nati da genitori stranieri aumenta ulteriormente nelle Regioni meridionali (figura 3).

Questa situazione, già critica, potrebbe ulteriormente peggiorare con il recente "decreto Sicurezza" che prevede una significativa restrizione del diritto alla protezione umanitaria con la conseguenza che molte donne con bambini non riceveranno più gli aiuti all'integrazione lavorativa e abitativa forniti fino ad oggi dai Comuni. Inevitabilmente ci saranno ripercussioni negative nella loro assistenza sanitaria e sociale.

Un aspetto particolarmente critico che coinvolge i bambini nelle prime epoche della vita riguarda la povertà, notevolmente aumentata nel nostro Paese con il diffondersi della crisi

economica. Nel 2017 l'ISTAT ha stimato in 1 milione 778 mila (6,9% delle famiglie residenti) le famiglie in condizione di povertà assoluta in Italia, per un totale di 5 milioni e 58 mila individui (8,4% dell'intera popolazione). La povertà assoluta sale a valori del 20,9% nelle famiglie con tre e più figli minori.<sup>4</sup>

In una condizione di povertà la qualità della vita può essere compromessa da una serie di situazioni che possono avere un serio impatto sulla salute, come malnutrizione, carenza di cure igieniche e sanitarie, scarsità di stimoli. Spesso la situazione di disagio aumenta quando un minore che nasce in una famiglia svantaggiata vive in un territorio anch'esso svantaggiato, e oggi una gran parte di questi bambini vive nelle Regioni meridionali del Paese, che sono quelle più in affanno rispetto a molti indicatori. I bambini più piccoli sono colpiti dai fenomeni di povertà e rischio di esclusione sociale nel momento più importante del loro sviluppo cognitivo, emotivo e psicologico, e la deprivazione può comprometterne la crescita e determinare conseguenze a lungo termine. La povertà minorile, in questo senso, è differente dalla povertà della persona adulta. Il tempo perso difficilmente si può recuperare. Esiste purtroppo una relazione tra la nascita di un figlio e il rischio di impoverimento delle famiglie. L'arrivo di un bambino, infatti, può far precipitare i nuclei più fragili in uno stato di povertà conclamata e aggravare le condizioni delle famiglie già povere ed emarginate. Il figlio, che in passato poteva rappresentare un investimento futuro di arricchimento, rischia di diventare oggi un elemento

di impoverimento economico. I fattori che incidono sono sostanzialmente due: l'aumento dei costi sostenuti dalle famiglie all'arrivo del nuovo nato e la frequente perdita del lavoro della madre successivamente al parto. La nascita di un bambino, che dovrebbe essere un motivo di felicità, può determinare in famiglie povere una situazione di particolare criticità e può aggravare la condizione di povertà e di emarginazione. In definitiva, questa povertà impoverisce non solo la famiglia e il bambino, ma l'intero Paese.

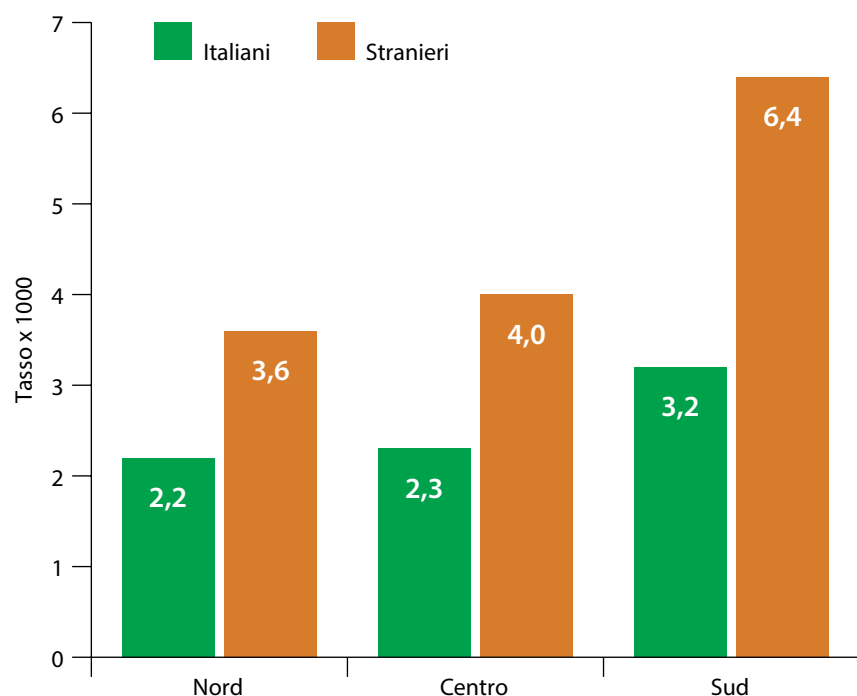
Perché l'infanzia esista non bastano i bambini a garantirla.

È indispensabile un progetto politico e sociale che metta l'infanzia, indipendentemente dal Paese di origine, al centro dell'attenzione e dell'azione del buon governo, perché i bambini rappresentano il nostro futuro. ■

#### Bibliografia

- 1. Indicatori Demografici. Stime per l'anno 2018, 7 Febbraio 2019. [www.istat.it/it/files//2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf](http://www.istat.it/it/files//2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf)
- 2. Anno 2017. Natalità e Fecondità della Popolazione Residente. 28 Novembre 2018. [www.istat.it/it/files//2018/11/Report\\_Natalita\\_fecondita.pdf](http://www.istat.it/it/files//2018/11/Report_Natalita_fecondita.pdf)
- 3. Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Inequalities in infant mortality in Italy. *Ital J Pediatr* 2019; 45: 11.
- 4. La Povertà in Italia. Anno 2017. 26 Giugno 2018 [www.istat.it/it/archivio/217650](http://www.istat.it/it/archivio/217650)

**Figura 3.** Tasso di mortalità infantile per area e cittadinanza (x 1000 nati vivi, anno 2016 – ISTAT 2018).





# I bisogni dei bambini

*Vanno di pari passo con i loro diritti: all'istruzione, alla sicurezza e alla salute.*

*Bisogni e diritti in età evolutiva sono così connessi da richiedere un setting integrato di programmazione, pianificazione e operatività*



I grandi cambiamenti in corso nella nostra società espongono il bambino a nuovi rischi in termini di salute e di sicurezza. La mission e l'advocacy del pediatra non sono più solo quelli di tutelare la salute del bambino attraverso diagnosi, cura e prevenzione delle malattie acute e croniche. Il pediatra deve contribuire in modo attivo a tutelare e a promuovere anche il benessere fisico, psichico e relazionale del bambino e i suoi diritti nella società. Un pediatra con un nuovo profilo etico e professionale, che sia in grado di curare il bambino e nello stesso tempo si faccia carico dei suoi problemi e di quelli della sua famiglia, passando dalla "cura delle malattie" ad una "care globale". Il pediatra deve essere un educatore alla salute, promuovere stili di vita improntati alla salute e le vaccinazioni. Il pediatra deve essere un'antenna sociale, una sentinella che vigili sulla violazione fisica e psicologica del bambino e dell'adolescente, dal maltrattamento alla esposizione a sostanze d'abuso, dal disagio ai disturbi del comportamento. Il pediatra infine

come "avvocato" del bambino, chiamato alla tutela e alla promozione dei suoi diritti in famiglia, nella scuola e nella società.

L'analisi dei bisogni dei bambini presuppone una attenta valutazione dei suoi diritti, sanciti dalle leggi e dalla nostra Costituzione. Il diritto all'istruzione, alla sicurezza e alla salute sono tra loro così intimamente connessi in un soggetto in età evolutiva da richiedere un setting integrato di programmazione, pianificazione e operatività.

Lo squilibrio di risorse economiche e i diversi assetti organizzativi statali e regionali sono responsabili di una disomogeneità nello stato di salute tra Regione e Regione. Esistono differenze significative su alcuni indicatori: natalità, tassi di mortalità neonatale e infantile, numero di nati da taglio cesareo elettivo, percentuali di allattamento al seno a 3 e 6 mesi di vita, percentuali di sovrappeso e obesità in età scolare, aspettativa di vita alla nascita. Tutti indicatori che nelle Regioni centro-meridionali mostrano livelli nettamente e significativamente peggiori rispetto alle me-



**Giovanni Corsello**

Professore Ordinario di Pediatria,  
Università degli Studi di Palermo



Meno del **15%**  
i bambini tra 0 e 2 anni  
che possono fruire  
di un asilo nido



**45%**  
i Comuni  
che non offrono  
alcun servizio utile  
dedicato all'infanzia



**15%** circa  
i bambini tra 0 e 14  
anni interessati  
da una condizione  
di cronicità



die nazionale ed europea. Si pone con drammaticità il fenomeno della povertà, in crescita anche nel nostro Paese, soprattutto tra i minori d'età e nelle famiglie con due o più figli. I paradigmi evolutivi della malnutrizione per fattori carenziali e per eccesso di nutrienti, correlati con disuguaglianze e povertà, favoriscono l'insorgenza a breve o lungo termine di patologie croniche e ad alto rischio di disabilità o morte precoce, mostrati nelle figure 1 e 2. Le migrazioni e la crisi economica hanno aumentato il numero di famiglie in povertà assoluta e relativa. Il welfare nazionale, orientato soprattutto alla protezione degli anziani, ha contribuito ad acuire le difficoltà dei più piccoli, in larga parte sguarniti di strutture ricettive preziose quali gli asili nido. Meno del 15% dei bambini tra 0 e 2 anni in Italia ha infatti la possibilità di fruire di un asilo nido e si calcola che il 45% dei Comuni d'Italia non offra alcun servizio di pubblica utilità specificamente dedicato all'infanzia.

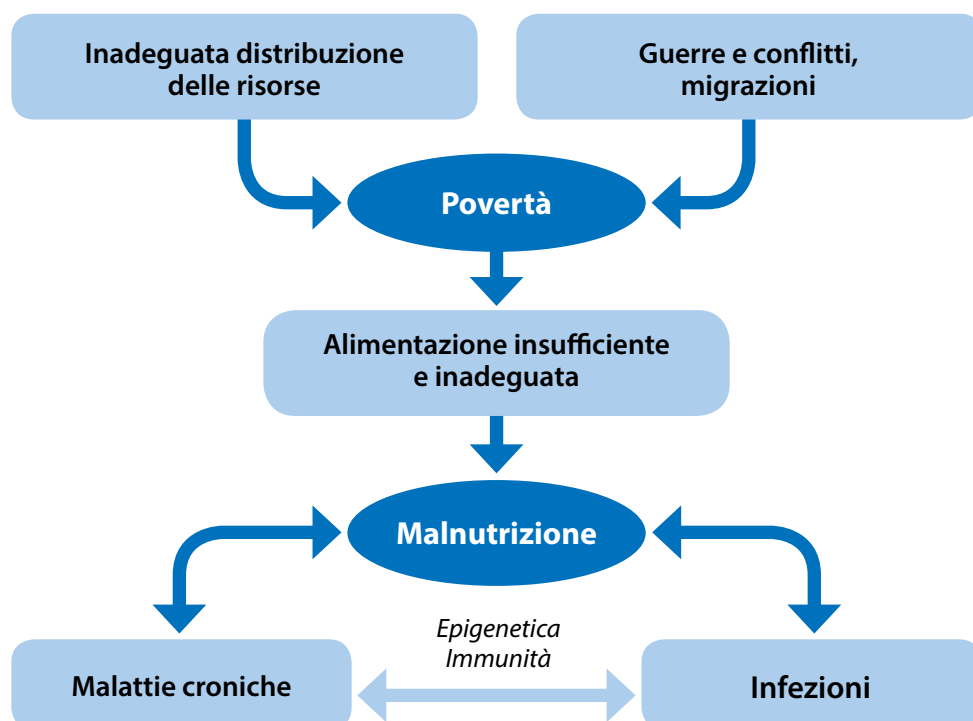
I bisogni del bambino possono essere raggruppati in due grandi categorie: bisogni di salute e bisogni di relazione. I bisogni di salute sono in primo luogo di cura e di assistenza. La diagnostica sempre più avanzata e personalizzata, frutto della ricerca e della innovazione tecnologica, ha reso disponibili terapie più efficaci e costose. In vista della sostenibilità a distanza e del rischio di scoprire fasce di popolazione da importanti opportunità di salute, diventa strategica una attenzione maggiore anche in Pediatria alla appropriatezza prescrittiva, sia diagnostica che terapeutica.

L'assistenza pediatrica va gestita in un contesto di rete di servizi e di continuità tra ospedale e territorio, anche per far fronte meglio alla progressiva riduzione del numero di pediatri, che entro il 2025 si calcola del 30% circa in meno rispetto ai valori attuali. Il mantenimento dei livelli raggiunti nelle cure primarie pediatriche, il potenziamento dell'emergenza e urgenza e degli ospedali pediatrici che gestiscono la complessità assistenziale e la cronicità sono priorità di salute dei bambini e richiedono omogeneità ed equità di prestazioni e di risorse tra Regione e Regione. La disabilità e le malattie rare devono essere oggetto di attenzione speciale, considerati i numerosi problemi familiari che ruotano intorno a queste situazioni di fragilità, inclusa la necessità di prevedere una adeguata transizione dal bambino al paziente adulto. Una condizione di cronicità oggi interessa una percentuale intorno al 15% dei bambini tra 0 e 14 anni e comprende sia patologie croniche gravi a bassa frequenza e alta gravità che condizioni diffuse con spettro differenziato di gravità.

Bisogni di salute sono anche i bisogni di prevenzione, intesa come insieme strutturato di interventi sociosanitari finalizzati alla eliminazione delle cause che provocano o che aggravano patologie acute e croniche. In questo ambito, vanno inclusi, garantiti e potenziati in un contesto di equità e di omogeneità:

- ▼ gli screening prenatali e neonatali delle malattie genetiche per cui è disponibile un intervento terapeutico efficace;
- ▼ la promozione dell'allattamento materno esclusivo nel primo semestre di vita e prolungato il più possibile;

**Figura 1.** La realtà carenziale.





- ▼ le vaccinazioni secondo lo schema previsto nel Calendario per la Vita;
- ▼ stili di vita improntati ad esigenze di salute, dalla alimentazione in linea con i fabbisogni nutrizionali nelle varie epoche alla attività motoria quotidiana;
- ▼ segnali precoci di disagio, abuso e dipendenze, incluse quelle dipendenti dalle tecnologie digitali e dalla esposizione distorta o eccessiva al web.

All'età evolutiva bisogna garantire la specificità pediatrica, che nel nostro Paese ha contribuito a rendere i livelli di salute dei nostri neonati e bambini tra i più elevati al mondo, basata su:

- ▼ peculiarità della crescita e dello sviluppo nelle varie epoche dell'età evolutiva;
- ▼ peculiare epidemiologia delle patologie neonatali e pediatriche;
- ▼ livelli di autonomia del bambino variabili in rapporto all'età che configurano comunque una condizione di dipendenza dai genitori;
- ▼ assistenza pediatrica prevista in un contesto unitario e multidisciplinare all'interno dell'area pediatrica.

Il bambino ha il diritto alle cure del medico specialista in Pediatria, sia nel territorio e sia in ospedale, nonché di «specialità a misura di bambino», per peculiarità di conoscenze e competenze acquisite nel percorso formativo di base e successivamente nell'ambito delle attività di educazione medica continua. L'aumento del numero e della tipologia di bambini e adolescenti con bisogni di salute cosiddetti speciali è un esempio di quanto sia decisivo e necessario mantenere attive le specia-

lità all'interno dell'area pediatrica. I neonati pretermine e di basso peso, i soggetti con patologia malformativa e genetica, con disabilità neuropsichiche e sensoriali, con patologie croniche e complesse, con disordini del comportamento alimentare, con obesità e sovrappeso hanno un cumulo di patologie ad alta complessità in cui la presa in carico, oltre ad essere multidisciplinare e gestita in rete, deve essere precoce, globale ed estesa alla famiglia anche attraverso piani assistenziali individualizzati.

Molti degli interventi di prevenzione nei confronti delle malattie croniche non trasmissibili hanno maggiore efficacia se effettuati precocemente nell'ambito di quella che è stata definita "strategia dei primi 1000 giorni dal concepimento". Interventi precoci sono indispensabili per favorire una prolungata "disability free life expectancy", quella aspettativa di vita esente da malattie croniche e da disabilità, che è un obiettivo che non può essere disgiunto da quello dell'aumento della sopravvivenza.

I bisogni del bambino sono oggi anche bisogni di relazione, di interazione con l'ambiente che lo circonda con profonde influenze anche sul suo stato di salute complessiva. Prioritario è il bisogno di comunicazione e di ascolto nell'ambito della famiglia e in primo luogo dei genitori, e poi nell'ambito della scuola, degli ambienti deputati alle attività ludiche e sportive e oggi nel modo digitale del web.

Bisogni di relazione sono quelli di istruzione e gioco. La lettura precoce e l'interazione diretta tra e con i coetanei devono integrarsi con video, tablet, computer e smartphone, senza demonizzarle o vietarne l'uso ma ra-

### Bibliografia essenziale

- AA.VV. I diritti dei bambini. Famiglia Oggi, Sanpaolo. n. 6. 2013.
- AA.VV. Il bambino non è un piccolo adulto. Janus, numero 7; 2012.
- AA.VV. Il governo clinico delle cure pediatriche. Società Italiana di Pediatria, Fondazione Meyer, Zadig Editore. Suppl al n.7 Janus, 2012.
- AA.VV. La salute dei bambini. Libro bianco 2011. Osservasalute, Società Italiana di Pediatria, Roma 2011.
- Fanconi G. Il problema mondiale della malnutrizione e della sovralimentazione. Atti XXXIV Congresso Italiano di Pediatria, Sassari 1-4 Ottobre 1970.
- Remuzzi G. La salute (non) è in vendita. Bari: Laterza, 2018.
- Ricciardi W. La battaglia per la salute. Bari: Laterza, 2019.

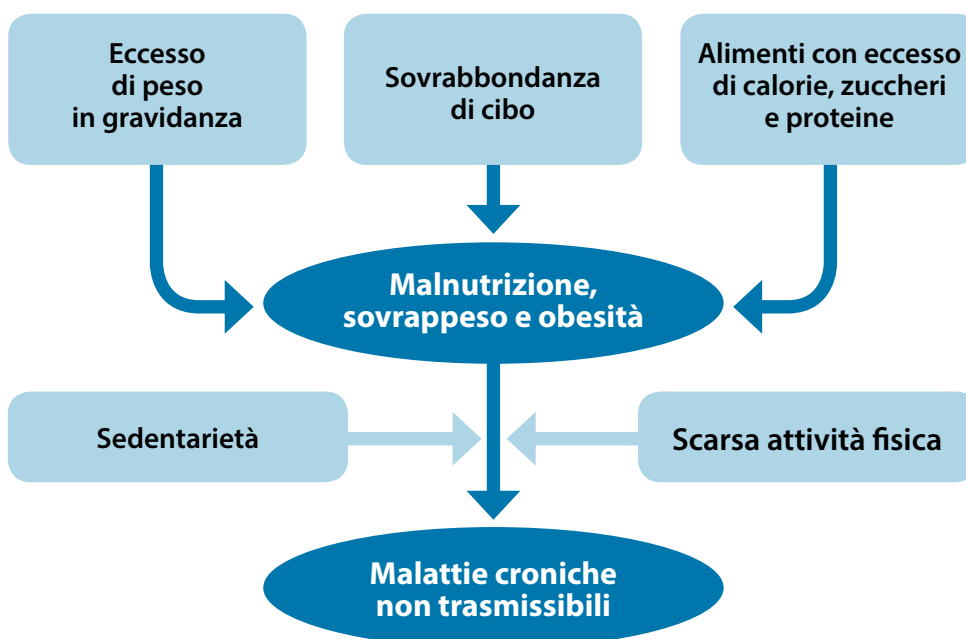
zionalizzandolo nel contesto delle varie attività quotidiane.

Vanno anche garantiti i bisogni di sicurezza del bambino, a partire dal contesto familiare ove sono possibili, specie in aree gravate da disagio, degrado, povertà e difficoltà sociali, occasioni di violenza o maltrattamento fisico o psicologico.

Rimangono un cumulo di problemi aperti o in via di soluzione, che spesso sono tra loro interdipendenti e interagenti. L'impoverimento economico delle famiglie è ad esempio correlato con l'incremento della fragilità educativa all'interno delle famiglie e con l'aumento del numero di separazioni, divorzi e di monogenitorialità segnalato da alcuni anni. Permangono gravi problemi di marginalità sociale per le famiglie nomadi e migranti, con alcuni specifici allarmi per i minori stranieri non accompagnati (MSNA) e per le carenze di servizi dedicati alla disabilità e alla cronicità. L'approccio nei confronti di abuso, maltrattamento e dipendenze è ancora troppo orientato alle sanzioni e purtroppo non alla prevenzione. La diffusione di alcol, fumo e altre sostanze preoccupa anche per l'abbassamento dell'età di inizio.

Considerando i numerosi problemi aperti e da affrontare intorno ai bisogni e ai diritti dei bambini, bisogna condividere obiettivi e interventi tra tutti gli stakeholder, in primo luogo famiglie, istituzioni e operatori sociali e sanitari. Bisogna mettere il bambino al centro degli interessi della comunità in cui vive. Non basta avere leggi che affermano e custodiscono i diritti dei bambini. Occorrono una cultura condivisa, una consapevolezza diffusa e una responsabilità personale. Occorre che ciascuno riconosca i diritti dei bambini in quanto tali e in funzione di ciò agisca nella sua vita quotidiana. ■

**Figura 2.** Il mondo degli overgrowth e degli eccessi.





# Contro le disuguaglianze. Cosa può fare il Servizio Sanitario Nazionale?

L'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è forse il provvedimento legislativo che ha cambiato più in profondità e in meglio la vita degli italiani.

Prima del suo avvento, in Italia morivano più di 20 neonati su 1000 nati vivi (contro i poco più di 9 di Francia e Svezia) e 30 bambini su 1000 morivano prima del compimento del primo anno di vita, contro i 10 della Svezia o i 15 della Francia.

Far sì che le mamme potessero partorire gratuitamente al sicuro in reparti strutturati e con personale competente ha ridotto quei numeri in modo incredibile, al punto che oggi in Europa siamo secondi solo alla Svezia per indicatori materno-infantili.

Ma il vero record è nella crescita dell'aspettativa di vita: un cittadino italiano che nasce oggi può aspirare a vivere 81 anni se maschio e 85 se femmina.

Prima dell'avvento del SSN eravamo gli ultimi dei Paesi industrializzati e oggi siamo tra i primi al mondo, anche se negli ultimi anni abbiamo cominciato a perdere qualche posizione a vantaggio di Spagna e Francia. Ma questo non vale per tutti.

Il nostro Paese conta al suo interno enormi differenze, da ogni punto di vista.

Per quanto sin dalla sua unificazione vi sia sempre stata una "questione meridionale", con un Nord più ricco e sviluppato e un Sud più povero e arretrato, in campo sanitario fino al 2001 questa differenza non era eclatante, anzi, per motivazioni diverse, gli indicatori di salute delle Regioni meridionali erano migliori di quelli delle Regioni settentrionali.

Nella tabella 1 è possibile rilevare che, in quell'anno, l'aspettativa di vita di lucani, pugliesi e calabresi era maggiore di un anno rispetto, ad esempio, a quella di lombardi, veneti e trentini.

Dal 2001 è cambiato tutto, perché?

Perché mentre i fattori di rischio che portano gli italiani ad ammalarsi, e a morire, sono aumentati in tutte le Regioni italiane in modo abbastanza simile, la capacità di risposta, sia preventiva che curativa, si è differenziata in modo abissale.

Ciò anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione, che ha affidato alle amministrazioni regionali il compito di organizzare e gestire il proprio sistema sanitario, lasciando alle strutture centrali, *in primis* il Ministero della Salute, esclusivamente tre compiti: effettuare la programmazione, determinare le prestazioni da garantire a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro residenza (i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza) e finanziare i servizi con un mec-

canismo di quota capitaria, cioè un importo predefinito per ciascun cittadino.

Il risultato è stato certamente positivo per i cittadini delle Regioni le cui amministrazioni hanno compreso e gestito adeguatamente la sfida della complessità dei sistemi sanitari, ma per quelli residenti nelle Regioni gestite in modo inefficace e inefficiente i risultati sono stati drammatici.

Bisogna ricordare che oggi quasi il 90% degli italiani si ammala di patologie causate esclusivamente da 4 fattori di rischio: eccessiva e cattiva alimentazione, scarsa o nulla attività fisica, eccessivo consumo di alcol e utilizzo di tabacco.

Tutti questi fattori di rischio sono aumentati in modo rilevante in tutte le Regioni, ma l'incremento è stato eclatante, ad eccezione del consumo di alcol, soprattutto nelle Regioni del Sud e questo ha causato un aumento delle malattie, soprattutto quelle cronico-degenerative, a cui le strutture sanitarie me-



**Walter Ricciardi**

Professore Ordinario di Igiene, Università Cattolica, Roma  
Presidente World Federation of Public Health Associations

**Tabella 1.** Speranza di vita alla nascita per regione e sesso. Anno 2001\*.

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte	76,4	82,6
Valle d'Aosta	76,4	82,6
Lombardia	76,3	83,1
Prov. Aut. di Bolzano	77,0	84,1
Prov. Aut. di Trento	76,9	83,9
Voneto	76,9	83,7
Friuli Venezia Giulia	76,6	83,2
Liguria	76,5	82,7
Emilia Romagna	77,2	83,4
Toscana	77,3	83,3
Umbria	77,8	83,5
Marche	78,0	84,3
Lazio	76,9	82,7
Abruzzo	77,7	83,8
Molise	77,7	83,8
Campania	75,3	81,2
Puglia	77,6	83,2
Basilicata	77,5	83,0
Calabria	77,6	82,9
Sicilia	76,6	81,9
Sardegna	76,2	83,0
<b>Totale</b>	<b>76,7</b>	<b>82,9</b>

\* Valori stimati.



ridionali non sono state in grado di dare risposte adeguate né per quanto concerne la prevenzione né la cura.

Ciò ha determinato che nel nostro Paese, accanto alle ben conosciute differenze socio-economiche, presenti in tutto il mondo, si affiancassero e prevalessero quelle geografiche. In che cosa si traduce questo divario? Che chi nasce oggi al Sud ha un'aspettativa di vita consistentemente inferiore a chi nasce al Nord.

Un bambino napoletano o palermitano ha oggi un'aspettativa di vita di circa 3 anni inferiore rispetto ad un bimbo marchigiano o trentino. Nascere oggi nelle Regioni meridionali significa nascere in un Paese diverso, più simile alla Romania o alla Bulgaria, fanalini di coda dell'Unione Europea, che però negli ultimi anni hanno fatto importantissimi progressi. Nascere al Nord del Paese significa avere indicatori sanitari simili a quelli di Svezia e Germania.

Benché le disuguaglianze di salute siano una problematica conosciuta e, purtroppo, crescente un po' in tutto il mondo, non vi è una situazione così drammatica come quella che si è determinata in Italia nell'ultimo ventennio, e il Sud del nostro Paese è l'unica area dell'intera Unione Europea a far registrare una costante decrescita sia economica che sociale che sanitaria.

È qualcosa che dovrebbe, oltre che farci riflettere, indurre ad immediate ed efficaci azioni correttive.

La sanità pubblica moderna, da cui dipende la tutela della salute dei cittadini, è un sistema complesso. Non solo dal punto di vista delle competenze mediche e farmacologiche e della tecnologia, ma anche dal punto di vista organizzativo: la complessità riguarda il disegno dell'intera organizzazione sanitaria nazionale e internazionale.

Le malattie del benessere richiedono interventi articolati, dalla prevenzione primaria alla programmazione degli screening, dall'implementazione e diffusione tempestiva di terapie efficaci a investimenti in risorse e capitale umano adeguati.

Un quadro complesso che pone, spesso, quesiti – cui non è facile dare risposta – circa la sostenibilità di specifici interventi, come quelli per la non autosufficienza, oppure quello del costo sbalorditivo di alcune terapie *ad personam*.

La domanda che si pone in materia di sanità pubblica è se il Paese si stia attrezzando per trovare le risposte ai bisogni di salute della popolazione in una situazione la cui complessità appare crescente. Per mantenere i progressi del passato – straordinari e per certi versi inattesi – l'Italia dovrà necessariamente guardare avanti cercando di comprendere a fondo il carattere inedito della

complessità della sanità pubblica moderna e le sfide che a essa si pongono.

La sfida più importante che oggi si possa raccogliere è riuscire a vedere l'attuale crisi economica e finanziaria come un'opportunità per introdurre riforme del sistema sanitario e, più in generale, del sistema di sicurezza sociale. Occorre cambiare in modo strutturale la sanità in Italia, cercando di introdurre politiche efficaci per prevenire le malattie, rafforzare l'accesso ad un'assistenza primaria di qualità e migliorare il coordinamento delle cure, soprattutto per le persone con patologie croniche. I vantaggi di una tale operazione sarebbero però elevatissimi e consentiranno di traghettare il Paese verso un porto sicuro. Il "piano di salvataggio" del SSN dovrebbe passare almeno attraverso le seguenti tre azioni:

1. rimodulare le prestazioni erogate gratuitamente a tutti i cittadini, i cosiddetti LEA secondo rigorosi criteri scientifici e destinare alla spesa privata quelli a basso valore;
2. ridefinire i criteri della compartecipazione alla spesa sanitaria e le detrazioni per

spese sanitarie, tenendo conto anche del valore delle prestazioni sanitarie ed attuare al più presto un riordino legislativo della sanità integrativa;

3. realizzare concretamente un piano nazionale della prevenzione.

Se ciò non verrà realizzato, in uno scenario caratterizzato da un progressivo definanziamento pubblico che comincia a pregiudicare anche il funzionamento delle Regioni più virtuose e nella consapevolezza che quelle in piano di rientro già adesso non adempiono neppure all'erogazione dei "vecchi LEA", il risultato non potrà che essere l'allungamento delle liste d'attesa con spostamento della domanda verso il privato e aumento della spesa out-of-pocket sino alla rinuncia alle cure.

Crediamo che questa strategia sia realizzabile e sia vincente, ma siamo scettici sulla sua effettiva concretizzazione, anche perché il DEF 2018 esclude per i successivi 3 anni una ripresa del finanziamento pubblico.

Ma la speranza è l'ultima a morire. ■

*Nascere oggi  
nelle Regioni meridionali  
significa nascere  
in un Paese diverso,  
significa per un bambino  
avere un'aspettativa di vita  
di circa 3 anni inferiore  
rispetto a un bambino del Nord*







# Crisi economica e infanzia: l'Italia nella **doppia recessione**

**L**a recessione innescata dalla crisi finanziaria globale nel 2008-09 e acuitasi con la crisi dei debiti sovrani nel 2011-13 è stata in Italia assai più lunga e pesante che negli altri principali Paesi europei. Solamente in Italia il prodotto interno lordo non ha ancora recuperato il livello di inizio 2008, rimanendovi al di sotto del 5% circa. Le ripercussioni sono state ancor più pesanti per i bilanci delle famiglie. Nel 2017 il loro reddito disponibile era, al netto della variazione dei prezzi e in media per abitante, di oltre il 10% inferiore al valore del 2007. Le difficoltà per i bilanci familiari sono tuttavia iniziate ben prima. Risalgono alla crisi valutaria del 1992, la prima netta frenata nello sviluppo economico italiano dalla Seconda Guerra Mondiale, e non sono state risolte dalla modesta crescita economica del quindicennio successivo. La doppia recessione ha inferto un colpo decisivo a una dinamica già ristagnante dei redditi familiari reali, tornati in termini pro capite sui livelli della fine degli anni Ottanta.<sup>1</sup> Durante la doppia recessione è anche cresciuta la disuguaglianza nella distribuzione dei

redditi, annullando la diminuzione che aveva accompagnato la modesta espansione del decennio precedente. Sono aumentati soprattutto i divari tra i gruppi socio-demografici: tra i giovani e gli anziani e tra chi vive nelle famiglie dei nati in Italia e chi in quelle dei nati all'estero. Il peso della contrazione economica è ricaduto in maniera cospicua sulle persone immigrate.



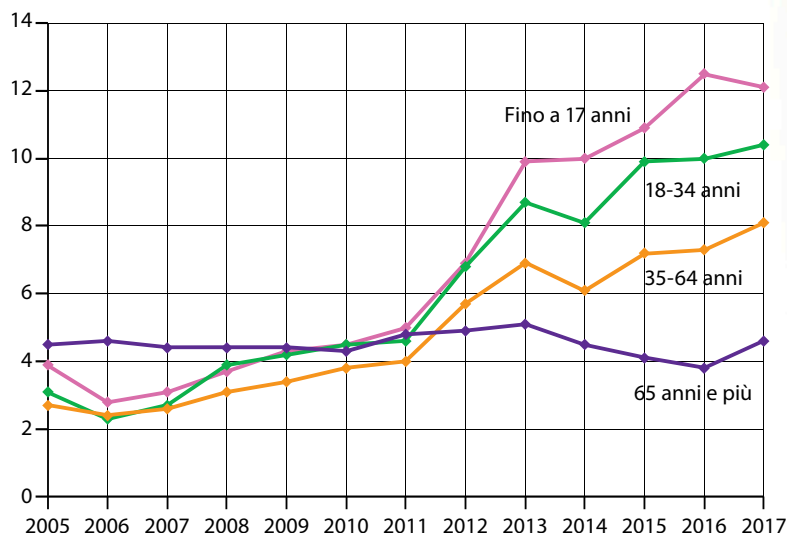
**Andrea Brandolini**

Banca d'Italia, Dipartimento  
Economia e Statistica

Il lascito più evidente della crisi è il forte aumento dei tassi di povertà assoluta.<sup>2</sup> Dopo variazioni contenute dalla metà degli anni Novanta fino al 2007, questi crescono abbastanza poco durante la crisi finanziaria globale, nonostante il crollo della produzione e dei redditi, ma salgono bruscamente durante la crisi dei debiti sovrani. La quota di persone in povertà assoluta aumenta dal 3,1% al 4,2% tra il 2007 e il 2010, raddoppia all'8,4% nei sette anni successivi. L'andamento è simile nelle grandi ripartizioni geografiche del Paese, pur partendo da livelli molto diversi. È invece assai differente per tipo di famiglia: il peggioramento delle condizioni di vita riguarda soprattutto le famiglie con figli, mentre è contenuto per le famiglie di anziani, soli o in coppia. La prolungata crisi economica si caratterizza per un'inversione, prima, e un ampliamento, poi, dei differenziali per classe di età (figura 1), a conferma della complessiva debolezza degli strumenti di sostegno economico diversi dalle pensioni. L'onere della recessione ricade inoltre in maniera rilevante sugli immigrati: nel 2017 1,8 milioni di persone, il 36% degli individui in povertà assoluta, vivevano in famiglie con almeno uno straniero, nonostante i componenti di questo tipo di famiglia rappresentassero solo il 10% del totale.

Per rappresentare la stratificazione della povertà in Italia è utile suddividere la popola-

**Figura 1.** Quota di persone in povertà assoluta per età, 2005-2017 (%).



Fonte: elaborazione su dati Istat. Indagine sulle spese per consumo delle famiglie.





*I minori rappresentano il 17% della popolazione residente in Italia, ma il 24% della popolazione in condizioni di povertà assoluta. Hanno un rischio di povertà superiore a quello degli adulti e degli anziani*

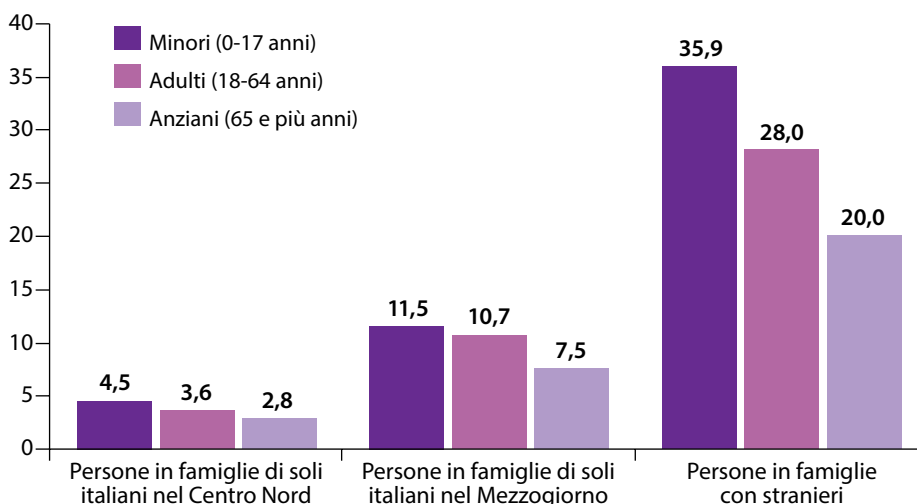
zione residente in tre gruppi: le famiglie di soli italiani che abitano nel Centro Nord; le famiglie di soli italiani che abitano nel Mezzogiorno; le famiglie con uno o più componenti stranieri, residenti su tutto il territorio nazionale. Nel 2017 le persone povere erano il 3,6% tra chi viveva in famiglie di soli italiani del Centro Nord, il 10,1% tra chi viveva in famiglie di soli italiani del Mezzogiorno e il 29,9% tra i componenti delle famiglie con stranieri. In tutti e tre i gruppi demografici, questa quota era più alta per i giovani e più bassa per gli anziani (figura 2). I minori rappresentano il 17% della popolazione residente in Italia, ma il 24% della po-

polazione in condizioni di povertà assoluta. Hanno un rischio di povertà superiore a quello degli adulti e degli anziani in tutti e tre i gruppi demografici, ma il livello molto diverso del tenore di vita medio di questi gruppi implica che vive in povertà un bambino su venti nelle famiglie di italiani del Centro Nord, uno su nove nelle famiglie di italiani del Mezzogiorno, più di uno su tre nelle famiglie con stranieri. Tra i 3,6 milioni di bambini di età inferiore ai 7 anni, quelli che appartengono a una famiglia con stranieri rappresentano il 22% del totale, ma il 60% di quelli in povertà (figura 3).

È ormai un risultato acquisito che shock, anche relativamente modesti, sofferti nei primi anni di vita possano avere conseguenze negative sostanziali sulle condizioni di vita da adulti, per quanto l'entità di questi effetti sia influenzata da molte specifiche caratteristiche familiari.<sup>3</sup> Studi di qualche anno fa per il Regno Unito e gli Stati Uniti stimano il costo della povertà nell'infanzia intorno all'1% del prodotto interno lordo considerando solamente i minori redditi da lavoro percepiti da adulto da chi ha vissuto in povertà da bambino.<sup>4,5</sup> A queste stime andrebbero aggiunti anche i costi che derivano alla collettività dalle peggiori condizioni di salute o dalla maggiore frequenza di comportamenti criminali tra chi ha sofferto la povertà nell'infanzia. Nonostante le molte ipotesi sottostanti, queste valutazioni danno un'idea del notevole costo economico che si associa alla povertà dei bambini. Esse non devono comunque farci dimenticare che ben più fondamentali ragioni etiche rendono questo stato di cose inaccettabile. ■

*Le opinioni espresse sono mia esclusiva responsabilità e non impegnano la Banca d'Italia.*

**Figura 2.** Quota di persone in povertà assoluta per età, area geografica di residenza e presenza di stranieri, 2017 (%).

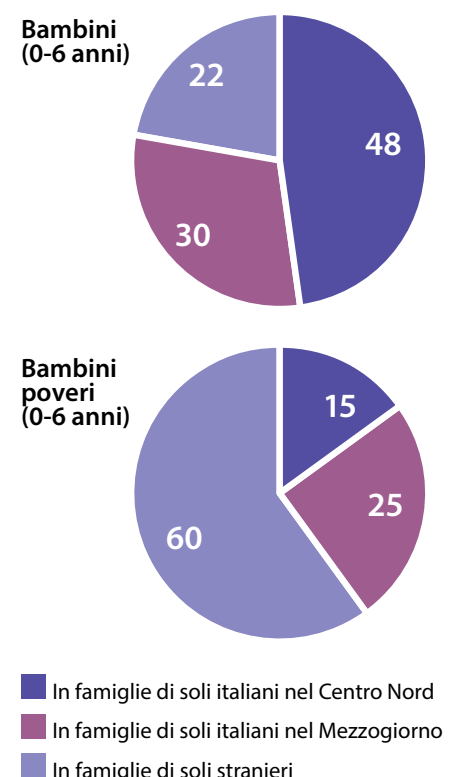


Fonte: elaborazione su dati Istat. Indagine sulle spese per consumo delle famiglie.

### Bibliografia

1. Brandolini A, Gambacorta R, Rosolia A. Disuguaglianza e ristagno dei redditi in Italia nell'ultimo quarto di secolo. Stato e Mercato, 2019; 39: 41-67.
2. Brandolini A. Quanti sono i poveri in Italia? neodemos.info, 13 febbraio 2018. Una famiglia è in una condizione di povertà assoluta se la sua spesa per consumi è inferiore al costo di un paniere di beni e servizi giudicato essenziale per mantenere uno standard di vita socialmente accettabile. La composizione del paniere tiene conto delle caratteristiche familiari e il suo costo riflette il livello dei prezzi del luogo in cui la famiglia risiede. Così la soglia varia per numero ed età dei componenti, ripartizione geografica e dimensione del comune. Il valore monetario del paniere nel 2005 è rivalutato annualmente con un appropriato indice dei prezzi al consumo.
3. Almond D, Currie J, Duque V. Childhood circumstances and adult outcomes: Act II. Journal of Economic Literature 2018; 56: 1360-446.
4. Blanden J, Hansen K, Machin S. The economic cost of growing up poor: estimating the GDP loss associated with child poverty. Fiscal Studies 2010; 31: 289-311.
5. Holzer HJ, Whitmore Schanzenbach D, Duncan GJ, Ludwig J. The economic costs of poverty in the United States: subsequent effects of children growing up poor. Washington, D.C.: Center for American Progress, 2007.

**Figura 3.** Dove vivono i bambini, 2017 (%).



Fonte: elaborazione su dati Istat. Indagine sulle spese per consumo delle famiglie.



# I numeri delle disuguaglianze

## Natalità

### Natalità e fecondità della popolazione residente.

Numero medio di figli per donna (totale residenti).

<b>Nord-ovest</b>	1,39
<b>Nord-est</b>	1,40
<b>Centro</b>	1,31
<b>Sud</b>	1,29
<b>Isole</b>	1,27

Fonte: ISTAT, anno di riferimento 2016.



## Numero di nati da taglio cesareo elettivo

Confermando la tendenza degli anni precedenti, nell'anno 2015 il **34,2% dei parti è avvenuto con taglio cesareo**, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia **vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica**. Dato che include struttura pubblica e casa di cura accreditata o privata.

### Regioni con percentuale più alta

Campania	59,1
Puglia	43,6
Sicilia	42,8

### Regioni con percentuale più bassa

Valle d'Aosta	20,5
Toscana	20,7
Friuli Venezia Giulia	23,1
<b>Totale Regioni</b>	<b>34,2</b>

Fonte: CeDAP, anno di riferimento 2015.

## Aspettativa di vita alla nascita

Speranza di vita in anni, alla nascita, anno 2017.

	Maschi	Femmine
<b>Regioni con dato più alto (maschi e/o femmine)</b>		
PA Bolzano	81,3	86,2
PA Trento	81,6	86,3
Toscana e Umbria	81,3	85,4
<b>Regioni con dato più basso (maschi e/o femmine)</b>		
Campania	78,9	83,3
Valle d'Aosta	79,6	84,6
Sicilia	79,7	83,7
<b>Totale Regioni</b>	<b>80,6</b>	<b>84,9</b>

Fonte: Osservasalute Rapporto 2017.

## Tassi di mortalità neonatale e infantile

**Mortalità neonatale** (numero di morti nei primi 28 giorni di vita rispetto a 1000 nati vivi) - **mortalità infantile** (numero di morti nel primo anno di vita rispetto a 1000 nati vivi).

	Mortalità neonatale	Mortalità infantile
Nord-ovest	1,9	2,6
Nord-est	1,7	2,3
Centro	1,7	2,6
Sud	2,3	3,2
Isole	2,6	3,7

Fonte: ISTAT, anno di riferimento 2016.



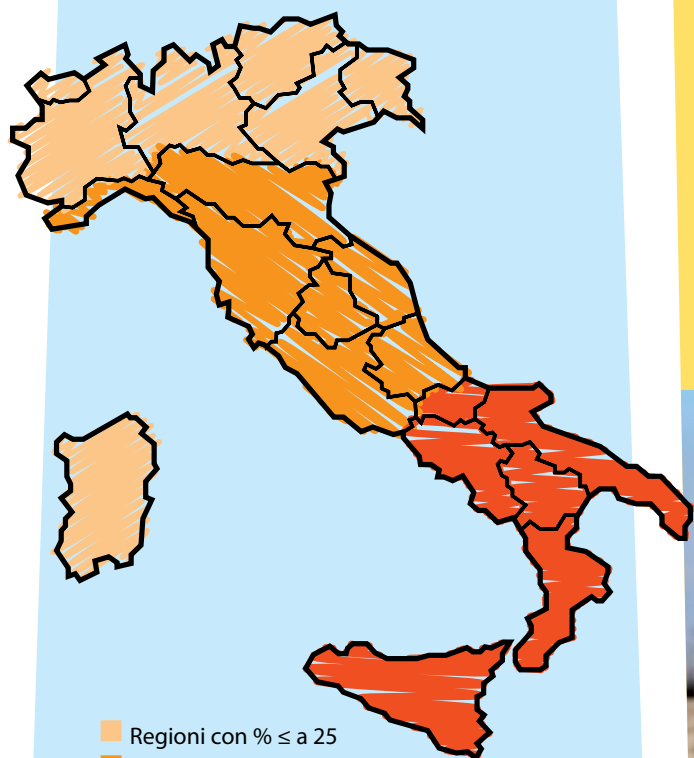


## Povert  assoluta per ripartizione geografica

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
<b>Migliaia di unit�</b>								
Famiglie povere	609	661	311	271	699	845	1.619	1.778
Famiglie residenti	12.306	12.338	5.299	5.315	8.192	8.212	25.797	25.865
Persone povere	1.832	1.928	871	771	2.038	2.359	4.742	5.058
Persone residenti	27.562	27.538	12.001	11.995	20.763	20.688	60.326	60.220
<b>Composizione percentuale</b>								
Famiglie povere	37,6	37,2	19,2	15,3	43,2	47,5	100,0	100,0
Famiglie residenti	47,7	47,7	20,5	20,5	31,8	31,7	100,0	100,0
Persone povere	38,6	38,1	18,4	15,2	43,0	46,6	100,0	100,0
Persone residenti	45,7	45,7	19,9	19,9	34,4	34,4	100,0	100,0
<b>Incidenza della povert� assoluta (%)</b>								
Famiglie	5,0	5,4	5,9	5,1	8,5	10,3	6,3	6,9
Persone	6,7	7,0	7,3	6,4	9,8	11,4	7,9	8,4
<b>Intensit� della povert� assoluta (%)</b>								
Famiglie	21,8	20,1	18,6	18,3	20,5	22,7	20,7	20,9

Fonte: ISTAT, anni 2016-2017, stime in migliaia di unit  e valori percentuali.

## Percentuali di sovrappeso e obesit  in et  scolare



- Regioni con % ≤ a 25
- Regioni con % >25 e <35
- Regioni con % ≥35

Fonte: Okkio alla Salute, anno di riferimento 2016.

## Rischio povert  ed esclusione sociale

In Italia, **quasi 1/3 dei bambini e degli adolescenti sono a rischio povert ** ed esclusione sociale, con gravi i divari regionali.

Regioni con percentuale pi� alta		Regioni con percentuale pi� bassa	
Sicilia	56,0	Friuli Venezia Giulia	14,9
Calabria	49,0	Emilia Romagna	15,8
Campania	47,0	Veneto	17,5
Puglia	43,0	Umbria	20,0

Sono 2.156.000 i bambini e ragazzi che oggi in Italia vivono in condizioni di povert  relativa; pi  di un minore su 5.

Fonte: dal Rapporto "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: I dati Regione per Regione 2018" del Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.



