

COMUNICATO STAMPA

Roma, 30 gennaio 2012

Libro Bianco 2011

La salute dei bambini

L'Italia non è un Paese per bambini: troppi "nonni senza nipoti"

Passa anche da una ripresa della natalità il futuro del Paese

Bambini italiani pochi ma sani; sono però sempre più grassi e dai comportamenti sregolati e ancora disomogenea è l'assistenza all'infanzia lungo lo Stivale

I bambini italiani, pur se gravati come i loro genitori da molti chili di troppo, da sedentarietà e da pessime abitudini a tavola, riescono ancora a cavarsela e le loro condizioni di salute sono complessivamente buone, anche grazie a una rete di protezione familiare che è una tipica tradizione "made in Italy" e che spesso supplisce alle reti di servizi sociali ancora carenti e disomogenee lungo lo Stivale.

Ma l'Italia rischia di rimanere un Paese di "nonni senza nipoti", tanto sono bassi natalità e ricambio generazionale. Basti pensare che dal 1871 al 2009 la natalità si è quasi dimezzata (-74,25%) e attualmente si assesta al 9,5‰, cioè nascono 9,5 bebè ogni 1000 abitanti, contro, solo per fare qualche esempio, 12,8‰ della Francia, 10,8‰ della Spagna, 12‰ della Svezia e 12,8‰ del Regno Unito.

"E, sebbene la salute complessiva dei nostri bambini resti buona, a preoccupare è la profonda disomogeneità dei servizi assistenziali nelle diverse regioni" – afferma il professor Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma -; "ciò significa che le opportunità di salute non sono le stesse per tutti i bambini italiani o, in altri termini, essere bambino nel Sud d'Italia non è egualmente facile che esserlo nel Nord-Est del Paese".

"Disomogenea appare pure l'assistenza ospedaliera in pediatria – aggiunge il professor Ricciardi - c'è necessità di fare una idonea programmazione degli interventi assistenziali e di creare un filtro che parta

dal pediatra, per indirizzare al meglio il bambino verso il percorso assistenziale che più risponde ai suoi bisogni, evitando ad esempio ospedalizzazioni inutili”.

Fortunatamente oggi i bimbi italiani possono ancora fare affidamento su una fitta rete di pediatri territoriali (il numero di Pediatri di Libera Scelta a livello nazionale nel periodo 2001-2008 è aumentato del 6,3%, passando da 7.199 a 7.649); ma non è remoto il rischio che, già a partire dal 2015, i pediatri disponibili per l’assistenza primaria ai bimbi italiani diminuiranno in modo drastico in quanto una grande quota di questi andrà in pensione e, poiché l’accesso alle scuole di specializzazione prevede il numero chiuso, non sarà possibile assicurare il turn over. In altri termini, non ci sarà numero sufficiente di nuovi specialisti pediatri che possano sostituire quelli che andranno in pensione; infatti, nonostante la domanda per entrare nelle scuole di specializzazione di pediatria sia sempre molto alta, il numero dei posti è ridotto e negli anni passati (a eccezione del 2011) non si è fatta una programmazione attenta pensando al futuro e quindi a questa possibile evenienza. Stando ai risultati di una recente indagine della Società Italiana di Pediatria, la progressiva riduzione di pediatri, già in atto dal 2010, porterà dagli attuali 15 mila professionisti ai 12 mila nel 2020, che scenderanno a quota 8000 nel 2025.

“Le misure di protezione sociale per la famiglia in Italia - prosegue Ricciardi - sono residuali rispetto alle altre spese per il welfare: questo non è un driver di sviluppo del Paese e della sostenibilità per il futuro. L’Italia non è un Paese a misura di bambino: tutte le politiche del welfare non sono orientate ai bisogni dell’infanzia e non incentivano le giovani coppie a mettere su famiglia”.

Basti prendere il dato ISTAT del 2010: la spesa per la protezione sociale sostenuta è pari al 29,9% del PIL. Alla previdenza vengono destinati i 2/3 della spesa (66,4%), alla sanità 1/4 (25,6%), ma per le politiche per la famiglia si spende solo un ventesimo (4,7% - in Francia lo stanziamento è doppio), e solo lo 0,3% del PIL è utilizzato per contrastare l’esclusione sociale e la povertà e favorire le politiche per gli alloggi (il 4,2% in Francia).

Ciò spiega anche l’inversione di tendenza che vi è stata negli ultimi dieci anni, con regioni in passato ad alta natalità, quelle del Sud, divenute tra le meno prolifiche, e quelle dove vi sono più servizi per i giovani e le famiglie, ad esempio la Provincia Autonoma di Bolzano, passate da bassi ad alti tassi di natalità.

È questo il quadro, non del tutto roseo, che emerge dal primo “**Libro Bianco 2011. La salute dei bambini**”, un’approfondita analisi dello stato di salute della popolazione pediatrica italiana fino a 18 anni di età, e della qualità dell’assistenza sanitaria nelle Regioni italiane ricevuta da questa importante fetta di popolazione, che rappresenta il futuro del Belpaese. Pubblicato dall’**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane**, che ha sede presso l’**Università Cattolica di Roma**, in collaborazione con la **Società Italiana di Pediatria (SIP)**, presieduta dal professor **Alberto Ugazio**, e coordinato dal professor **Walter Ricciardi**, direttore dell’Istituto di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Libro Bianco è presentato oggi all’Università Cattolica.

“Tra gli elementi più importanti per traghettare l’Italia verso un futuro meno problematico vi sono non solo gli interventi per stimolare la crescita economica, ma anche quelli per favorire la crescita demografica del Paese e quindi la natalità e le famiglie”, afferma il professor Ricciardi.

“Mai in nessun altro Paese del mondo si è avuto, come in Italia, un tale abbassamento dei tassi di fecondità e natalità in così breve tempo e questo fenomeno è stato sicuramente aggravato dalla continua, dal secondo dopoguerra in poi, carenza di politiche a supporto della famiglia, indipendentemente dal colore e dall’orientamento dei governi in carica, contrariamente a quanto avvenuto sia nei piccoli che nei grandi Paesi europei, come Francia e Germania – continua Ricciardi.

Questo Libro Bianco è il primo tentativo per riportare all’attenzione dei decisori, sia nazionali sia regionali, la popolazione pediatrica e verrà presto seguito da un Libro Verde di proposte operative per superare l’attuale impasse”.

UN PAESE DI NONNI... SENZANIPOTI

La Campania è la regione più giovane, la Liguria è la più vecchia

L'Italia ha un volto sempre più vecchio, infatti, sebbene la popolazione italiana dal 2001 al 2010 sia aumentata del 5,9%, tale incremento non ha interessato la fascia di età 0-18 anni che, invece, è diminuita del 2,64%. Questi dati confermano il rapido processo d'invecchiamento che si sta delineando nel nostro Paese.

A livello territoriale, la percentuale maggiore di giovani under-18 anni (21,6%) si registra in Campania che, ormai da anni, detiene il record di regione "più giovane". Valori elevati vengono riscontrati anche nella PA di Bolzano (21%), in Sicilia (20,2%) e in Puglia (19,6%). **Al contrario, la Regione con la struttura per età meno sbilanciata verso la classe "giovane", è la Liguria che presenta il dato più basso (14,6%) e che, da anni, risulta essere la regione "più vecchia".** Seguono il Friuli Venezia Giulia (15,7%), la Toscana (15,9%) e, a pari merito, il Piemonte e la Sardegna (16,1%).

La natalità è bassa nel nostro Paese; primato positivo alla PA di Bolzano, meno nascite in Molise -

L'evoluzione della natalità, nei due periodi temporali in esame (2002-2004; 2008-2009), è rimasta, a livello nazionale, costante e pari al 9,5‰, cioè nascono 9,5 bebè ogni 1000 abitanti. Dal triennio 2002-2004 al biennio 2008-2009 la natalità è diminuita nelle regioni dove era più alta (PA di Bolzano, Campania, PA di Trento e Sicilia) e nelle regioni meridionali, a eccezione dell'Abruzzo che presenta un lieve incremento (+0,2 punti percentuali) e della Sardegna il cui valore è rimasto costante. **Nel biennio 2008-2009 i valori più alti si registrano nella PA di Bolzano (10,7‰), nella PA di Trento (10,4‰) e, a pari merito, in Valle d'Aosta e Campania (10,3‰), mentre i valori più contenuti si riscontrano in Molise (7,6‰), Liguria (7,7‰) e Sardegna (8,1‰).**

Le donne fanno pochi figli, lieti eventi soprattutto tra donne straniere - L'Italia è uno dei Paesi europei dove i livelli di fecondità totale, seppur in crescita, risultano tra i più contenuti. **Nel 2008, il Tft è stato pari a 1,4 figli per donna. Tale valore, anche se in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,1 punti percentuali rispetto al 2000), risulta, comunque, inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale.** Questa ripresa, imputabile sia alla crescita dei livelli di fecondità delle over-30 che all'apporto delle donne straniere, **richiede un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari che devono adeguarsi alle esigenze della domanda con reparti, ad esempio, dedicati alla diagnosi perinatale e con personale in grado di poter dialogare efficacemente con l'utenza straniera.** Il valore più alto si registra nella PA di Bolzano, nella PA di Trento e in Valle d'Aosta (pari merito 1,6 figli per donna) e, in generale, nelle regioni del Centro-Nord, mentre il valore minimo si riscontra in Sardegna (1,1 figli per donna).

Dal Libro Bianco emerge chiaramente l'incremento delle nascite da cittadini stranieri, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri, soprattutto a partire dall'anno 2003. La quota più elevata è quella dei nati da madre straniera. **Questo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta nel 2008 a 15,9%.**

Le regioni del Nord sono nel 2008 quelle con la più elevata incidenza di nati da almeno un genitore straniero: l'Emilia-Romagna (madre 25%; padre 21,7%), il Veneto (madre 24,4%; padre 21,6%) e la Lombardia (madre 23,2%; padre 20,6%).

Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero risulta non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

Sono i romeni, la prima comunità per presenza (20,5%), a generare il più alto numero di nati tra gli stranieri (17,2%). Al secondo posto la comunità marocchina con il 16,9%. Segue la comunità albanese con il 12,6%.

Mortalità infantile e neonatale in calo, ma ancora presenti disuguaglianze regionali

Nel triennio 2006-2008, primato positivo (1,6 casi per 1.000) per la PA di Trento e negativo (4,82 casi per 1.000) per la Calabria.

La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale, relativa ai neonati deceduti entro le prime 4 settimane di vita, e la natalità post-neonatale, relativa ai bambini deceduti nel periodo compreso tra il 2° ed il 12° mese di vita. La riduzione dei tassi di mortalità infantile è uno dei fenomeni epidemiologici più rilevanti emersi negli ultimi 60 anni in Italia come in tutti i Paesi economicamente avanzati. È soprattutto la mortalità neonatale, maggiormente legata a fattori biologici e all'assistenza al parto, a essersi ridotta in modo importante negli ultimi anni. La mortalità post-neonatale, invece, più influenzata dalla qualità dell'ambiente di vita, presenta una riduzione più contenuta.

In Italia nel periodo 2003-2008 sia la mortalità infantile, sia quella neonatale sono notevolmente diminuite rispettivamente dell'8,7% e del 9,9%.

I tassi triennali di mortalità infantile, sia nella componente neonatale che post-neonatale, dal 1991-1993 al 2008 mostrano un andamento decrescente. Tale dato risulta ancora più eclatante se messo a confronto con quello riportato negli ultimi 40 anni dagli altri Paesi dell'area europea comparabili per condizioni socio-economiche e che pone l'Italia in una posizione di avanguardia (Figure 1 e 2).

Nonostante il tasso di mortalità infantile nel nostro Paese sia in continua riduzione è, però, ancora presente un evidente divario tra le regioni, con un forte svantaggio per quelle meridionali, anche se le differenze sembrano in costante riduzione. Le differenze Nord-Sud nella mortalità infantile sono da addebitarsi a differenze nella mortalità neonatale.

Il range di variabilità dei tassi di mortalità infantile regionali oscilla, nel triennio 2006-2008, da 1,60 casi per 1.000 della PA di Trento a 4,82 casi per 1.000 della Calabria.

Una costante riduzione della mortalità neonatale si evidenzia particolarmente nelle regioni del Centro e del Mezzogiorno. Tale mortalità si riduce, infatti, più della post-neonatale in tutte le regioni del Centro-Sud, a eccezione di Abruzzo e Sardegna.

Nelle regioni del Nord è soprattutto la mortalità post-neonatale a diminuire ulteriormente, a eccezione della PA di Trento, della Valle d'Aosta (che presenta, comunque, una scarsa significatività del dato legata al numero esiguo di eventi) e del Friuli Venezia Giulia che già presentavano i migliori tassi a livello nazionale.

Nonostante nei dati più recenti si continui a osservare una significativa e costante riduzione dei tassi di mortalità infantile in tutte le macroaree esaminate (Nord, Centro e Mezzogiorno), permangono disparità geografiche Nord-Sud che, seppure in riduzione, rappresentano una delle più gravi disuguaglianze che persistono nel nostro Paese. Per meglio comprendere i determinanti di tali differenze è necessario condurre studi analitici su dati individuali e aggiornati.

Meno morti tra i giovanissimi – Muoiono meno maschi rispetto al passato: nel periodo 2001-2006 e nelle classi 10-14 e 15-19 anni, si registra una diminuzione della mortalità. La maggiore contrazione si è registrata nella classe 15-19 anni (-33,3%).

La mortalità femminile registra un forte decremento nella prima classe di età (1-4 anni: -50%), mentre nelle restanti fasce di età si è riscontrata stabilità.

Differenze territoriali: nel 2006 per la classe che va dai 15 ai 19 anni, che presenta valori più alti rispetto alle altre fasce di età considerate, le regioni con il tasso di mortalità più alto sono per i maschi le Marche, l'Abruzzo e la Basilicata (pari merito 0,6‰) e per le femmine il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Bolzano e la Toscana (pari merito 0,3‰). I valori più bassi, invece, si registrano in Liguria e in Emilia-Romagna (pari merito 0,3‰) per il genere maschile, mentre per il genere femminile in Molise (0,0‰).

Promossa l'Italia rispetto ad altri Paesi europei - Relativamente ad alcune cause di morte (tumori, leucemie/linfomi e incidenti stradali), la situazione italiana è vincente nel confronto con alcuni Paesi europei. Dal quadro, relativo al 2008, emerge un confronto abbastanza lusinghiero con i Paesi selezionati,

sia con quelli con modello di welfare sovrapponibile al nostro (Spagna, Regno Unito), come per quelli con sistema mutualistico (Francia, Germania) e, più in generale, con la cosiddetta area Euro-15.

Le principali cause di morte - Nel primo anno di vita le più importanti cause di morte sono rappresentate dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche, invece, nelle età successive, aumenta il contributo dei tumori (la causa più importante nella fascia di età 5-9 anni), soprattutto leucemie e tumori cerebrali. Tra i motivi di morte analizzati non compare la *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) che non rientra nella suddetta analisi di classificazione per causa. Tale sindrome rappresenta, però, all'interno della comunità pediatrica, un problema di crescente attualità, considerando anche l'enorme contributo che alcuni cambiamenti comportamentali nella cura del bambino potrebbero apportare alla sua prevenzione. Un'indagine a livello nazionale indica che l'incidenza della SIDS in Italia è scesa dall'1,5 (per 1.000) del 1991 allo 0,4 (per 1.000) del 2006.

Nella classe 10-14 anni il maggior contributo è dato dalle cause esterne di traumatismi e avvelenamento. Tra le cause di morte da ricordare sono anche i decessi per incidenti che, in soggetti di età minore di 15 anni rappresentano, per alcuni anni, la causa di morte più frequente. A tal proposito, le indagini dell'ISTAT rivelano come nel periodo 2003-2006 i morti fino a 18 anni per "Accidenti da trasporto" siano passati, in valore assoluto, da 546 a 403, colpendo nella stragrande maggioranza i maschi. I morti, sempre nello stesso periodo tra i bambini fino a 14 anni, sono passati a 146 nel 2003 a 104 nel 2008.

Bambini disabili più integrati a scuola - Sono notevolmente aumentati i ragazzi con disabilità inseriti nelle scuole statali. Considerando i dati relativi agli anni scolastici 1997/1998 e 2007/2008 si è registrato un incremento degli alunni disabili presenti nella scuola di ogni ordine e grado del 53,9%. L'incremento maggiore del numero di alunni con disabilità si è osservato in Lombardia e nelle Marche (rispettivamente, +91,8% e +83,4%), mentre le regioni che hanno registrato un aumento più contenuto sono la Calabria (+14,2%), la Sardegna (+14,3%) e la Basilicata (+15%). C'è però molta strada ancora da fare per superare i molti ostacoli a una completa integrazione, come per esempio i diffusi problemi di sovraffollamento delle classi, soprattutto in un contesto di crisi come quello attuale.

Alimentazione sregolata, soprattutto tra adolescenti - Niente di buono sul fronte delle **abitudini alimentari** che, anzi, sono **in peggioramento**. Le ragazze stanno via via adottando le abitudini meno salutari dei loro coetanei.

Ma le differenze tra maschi e femmine si acuiscono al crescere dell'età. Per le bambine tra i 3 e 5 anni si osserva un trend crescente per il consumo di alcune verdure, uova e pesce, mentre per i bambini si osserva una preferenza nel consumo delle verdure. Le differenze maggiori tra i due sessi si fanno più marcate tra gli adolescenti di 14-17 anni e tra i giovani di 18-24 anni a sfavore del **genere femminile** per il quale è **in aumento sia il consumo di alcolici fuori pasto, per lo più di alcolici diversi da birra e vino**, sia il consumo di diversi tipi di alimenti proteici.

Bambini e ragazzi hanno molti problemi con la bilancia, di più al Sud - Il 22,9% dei bambini di 8-9 anni è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità.

Complessivamente, i dati rilevati nel 2010 risultano leggermente inferiori (sovrappeso -0,9%; obesità -3,5%) rispetto a quelli osservati nel 2008, ma confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale. I bambini più in linea sono quelli del Nord, quelli con più problemi di bilancia vivono nel Centro-Sud. Le regioni che presentano, nel 2010 i valori maggiori sono per il sovrappeso l'Abruzzo (28,3%) seguito dalla Campania (27,9%) e a pari merito da Molise e Basilicata (26,5%), mentre per l'obesità le regioni maggiormente interessate dal fenomeno sono la Campania (20,5%), la Calabria (15,4%) e il Molise (14,8%). Nelle Province Autonome, invece, si registrano i valori minori (sovrappeso PA di Bolzano 11,4%; obesità PA di Trento 3,5%).

Dal confronto dei dati 2008-2010 si evidenzia nelle regioni Centro-settentrionali (a eccezione del Veneto che presenta una tendenza opposta dovuta alla notevole riduzione del numero di soggetti obesi che determina l'aumento dei soggetti in sovrappeso) una riduzione dei tassi di sovrappeso che oscilla tra il -17,9% del Friuli Venezia Giulia e il -1,5% del Piemonte. Gli incrementi, invece, riguardano il Meridione, tranne la Sicilia dove il trend è in diminuzione (-4,1%). La regione in cui si è registrato l'aumento più consistente è la Sardegna (+11,2%).

Per l'obesità tra 2008-2010 si registra una diminuzione nelle regioni Centro-meridionali, a eccezione della Toscana e della Basilicata (rispettivamente con +1,4% e +3,7%) e della Sicilia i cui valori risultano stabili.

Tra le regioni del Nord, che presentano un trend in aumento, da evidenziare è la tendenza controcorrente del Veneto (-4,1%), ma soprattutto della Valle d'Aosta che presenta anche la maggiore riduzione in assoluto pari a -31,1%.

Nonostante l'Italia abbia una tradizione alimentare tra le più sane al mondo, anche questo vantaggio si va perdendo: “oggi, purtroppo a tavola comanda il bambino - spiega il professor **Alberto Ugazio**, coordinatore del Dipartimento di Medicina Pediatrica dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma - non c'è dubbio che oggi i genitori non sono più in grado di indicare ai figli le cose giuste e sbagliate a tavola, o non hanno tempo o non sono preparati per farlo”. Così i bambini prendono spazio e si comportano come piccoli tiranni: **“una delle abitudini che il pediatra nota di più oggi – racconta il Presidente SIP Ugazio – è che i genitori chiedono al bambino anche molto piccolo cosa vuol mangiare, ma il bambino non ha gli strumenti per decidere per il proprio bene”**. C'è un insieme di fattori sociologici e psicologici familiari che convergono verso questo. **I cambiamenti della struttura familiare hanno fatto moltissimo. Questi, continua il pediatra, sono tutti elementi che favoriscono una alimentazione sregolata.** A ciò si aggiungono i ritmi sempre più frenetici che impediscono alla famiglia, anche quando è unita, di vivere insieme il momento dei pasti.

“Il mangiar male (con la conseguente ‘piaga’ dell'obesità) – spiega ancora il professor Ugazio - è un fenomeno che riguarda tutti i paesi industrializzati e che colpisce di più le fasce più deboli e socialmente più svantaggiate, non è un caso che, come emerge dal Libro Bianco, in Italia il gradiente di obesità sia crescente da Nord a Sud. Le cause di questa epidemia di obesità sono evidenti – sottolinea il pediatra - e legate a un'alimentazione ipercalorica e al fatto che i bimbi si muovono molto meno che in un passato. Noi andavamo a scuola a piedi o in bicicletta, oggi è impossibile o pericoloso nelle grosse città, mentre nei piccoli centri dove pure si potrebbe è ormai invalsa la cattiva abitudine (anche perché i genitori sono iperprotettivi) di accompagnare ovunque i figli in macchina”.

Peraltro, sottolinea l'esperto, lo sport organizzato in palestra (come i tanti corsi pomeridiani cui iscriviamo i nostri figli) serve a poco, servirebbe invece un diverso stile di vita, muoversi di più giocare di più, giocare all'aria aperta. “Sono abitudini e stili di vita che in parte possiamo correggere e migliorare con i genitori - **rileva il professor Ugazio** - ma che dipendono anche dalla sensibilizzazione dell'intera società, delle amministrazioni locali e delle istituzioni; **se infatti non ci sono città a misura d'uomo, figuriamoci se sono a misura di bimbo”**.

Lo sport, a praticarlo sono maggiormente i più piccoli e più i maschietti delle femminucce – Nel 2010 le quote più elevate di bambini/giovani che praticano sport in modo continuativo si riscontrano, in generale, nella classe di età 6-17 anni e, in particolare, tra gli 11-14 anni (56,3%). Lo sport praticato in modo saltuario, invece, registra percentuali più alte tra i 18-19 anni (14,5%) anche se presenta un incremento al crescere dell'età.

Dal 2003 al 2010 è cresciuta la quota di bambini che praticano sport in modo continuativo, a eccezione della fascia di età 15-17 anni che presenta un decremento sia pure minimo (-2,3%).

È invece in diminuzione la pratica di sport in modo saltuario, mentre **cresce il numero di sedentari, a eccezione delle classi 3-5 e 6-10 anni (rispettivamente, -5% e -13,6%). Il Rapporto evidenzia forti differenze tra i due sessi: i livelli di pratica sportiva sono molto più alti fra i maschi, fa sport abitualmente**

il 55,7% dei maschi tra 15-17 anni contro il 36,9% delle coetanee, il 50,6% dei maschi tra 18-19 anni contro il 23,9% delle coetanee.

Secondo i dati dello studio *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, relativi a un'indagine che ha raggiunto 77.113 ragazzi fra 11 e 15 anni in tutto il nostro Paese, risulta che la frequenza dei ragazzi "sovrappeso/obesi" va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni, al 25,6% nei maschi e al 12,3% nelle femmine di 15 anni. **Sono, dunque, soprattutto i maschi a essere in sovrappeso od obesi. I livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono, in entrambi i generi, al crescere dell'età.**

L'Italia, rispetto ai 41 Paesi partecipanti allo studio **HBSC** si collocava, nel 2006 al 5° posto per sovrappeso/obesità negli undicenni e al 9° posto per i quindicenni. Una recente indagine conferma i risultati del 2006.

Per quanto riguarda la **sedentarietà**, i partecipanti che dichiarano di guardare la televisione almeno 2 ore al giorno sono il 44,2% dei maschi e il 36,5% delle femmine undicenni, il 54,7% dei maschi e il 53,7% delle femmine tredicenni e il 55,3% dei maschi e il 54% delle femmine quindicenni. **All'aumentare dell'età, quindi, aumenta il tempo trascorso davanti alla televisione, soprattutto nel passaggio tra gli 11 ed i 13 anni.**

Per quanto concerne l'attività fisica, dalle analisi emerge che i ragazzi di 15 anni (47,5% dei maschi e 26,6% delle femmine) svolgono meno attività fisica rispetto ai tredicenni (50,9% dei maschi e 33,7% delle femmine) e agli undicenni (47,6% dei maschi e 35,3% delle femmine). **La differenza è ancora più evidente nelle femmine, che svolgono meno attività fisica dei compagni maschi in tutte le tre fasce di età oggetto di studio.** Questo dato, che già ci vedeva al 32° posto rispetto agli altri Paesi nell'indagine internazionale del 2006, evidenzia uno scarso livello globale di attività fisica nei nostri ragazzi.

I giovani e le trasgressioni che mettono a rischio la loro salute.

Fumo, un rischio per oltre 1 giovane su 5. Maglia nera alla Sardegna, promossa la Calabria che ha la minore quota di giovani fumatori in Italia – Sono ancora troppi i giovani che fumano, infatti nel 2010 complessivamente la quota di fumatori di 15-24 anni è pari al 21,5%.

Si noti però che, rispetto all'anno 2000, si è riscontrata una lieve diminuzione (-1,8%). Riduzioni consistenti si registrano a livello regionale in Calabria (-42,1%), Friuli Venezia Giulia (-28%), Valle d'Aosta (-23,7%) e Toscana (-17,8%).

Alcune regioni, però, presentano un trend opposto, cioè in aumento. Nello specifico, gli incrementi maggiori si sono osservati in Sardegna (+29,1%), nelle Marche (+26,9%) e in Campania (+11,1%).

Nel 2010 le regioni con il numero più alto di giovani fumatori sono la Sardegna (29,7%), le Marche (26,4%), il Trentino-Alto Adige (25,7%) e la Lombardia (25,1%), mentre i valori minori si riscontrano in Calabria (11,3%), Valle d'Aosta (14,8%), Puglia (17,8%) e Campania (18%).

Un rapporto pericoloso con l'alcol per i giovani - Nel 2010 la prevalenza di coloro che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno è pari al 76% dei maschi e al 59,8% delle femmine di 18-19 anni. **I maschi bevono più delle femmine in tutte le classi di età considerate**, per di più i ragazzi assumono più delle ragazze comportamenti a rischio superando la soglia di consumo "moderato" o addirittura lasciandosi andare al binge drinking. È definita moderata una quantità giornaliera di alcol equivalente a non più di 2-3 Unità Alcoliche, cioè 36 grammi, per l'uomo, non più di 1-2 Unità Alcoliche, cioè 24 grammi, per la donna. Un'Unità Alcolica corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico.

I maschi di 18-19 anni che adottano comportamenti di consumo a rischio (consumo non moderato) e di quelli che "buttano giù" tutti in una volta sei bicchieri di alcolici (*binge drinking*) sono rispettivamente il

22,9% e il 22%. Anche le coetanee non scherzano: l'11,6% di loro beve in modo esagerato fino al binge drinking.

Bambini nativi digitali, ma l'uso del pc è spesso esagerato - In Italia, l'uso del pc e l'utilizzo di Internet da parte dei giovani sono diventati una componente normale del quotidiano.

Oltre la metà dei giovani usa il pc ogni giorno; infatti analizzando i dati del 2009 si osserva che il 52,4% dei maschi di 15-17 anni e il 56,4% di quelli di 18-19 anni usano il computer tutti i giorni, contro il 51,6% e il 51,2% delle coetanee.

I giovani, una generazione sempre online - I maschi si distinguono anche nell'uso, forse esagerato, di Internet: i dati del 2009 mostrano che sono i maschi della fascia di età 18-19 anni quelli che accedono maggiormente alla rete sia con frequenza abituale (85,5%), sia giornaliera (48,7%). Per le femmine, invece, è la classe di età 15-17 anni quella che usa di più internet abitualmente (82,5%), mentre l'utilizzo giornaliero prevale nella classe 18-19 anni. **"Ciò nondimeno, sottolinea il professor Ugazio, l'alfabetizzazione italiana in informatica è ancora in ritardo rispetto agli altri Paesi: da noi mediamente i bambini iniziano a usare il web a 9 anni contro una media europea di 7 anni. E da questo ritardo insorgono i pericoli perché non ci si può difendere da quello che non si conosce e i bimbi di fronte alle insidie del web sono ancora più indifesi se genitori e insegnanti sono a loro volta a digiuno di internet e dei suoi possibili pericoli.**

VACCINI E MALATTIE INFETTIVE

Aumentano i casi di morbillo, il Piemonte la regione più colpita, seguita da Liguria e Toscana - Per quanto riguarda il morbillo nel 2008 i dati sulle notifiche mostrano un'incidenza pari a 22,46 casi per 100.000 per la classe di età 0-14 anni e a 29,6 casi per 100.000 per la classe 15-24 anni.

A livello nazionale e nell'arco temporale 2000-2008 si evidenzia un aumento dell'incidenza (+55,9%). Negli ultimi anni è stato registrato un incremento dei casi anche tra i giovani adulti (15-24 anni). Infatti, **il dato italiano è aumentato del 1.170,4%.** La regione più colpita, per entrambe le classi di età considerate, è il Piemonte (0-14 anni: 185,76 casi per 100.000; 15-24 anni: 219,93 casi per 100.000) seguito dalla Liguria (0-14 anni: 52,23 casi per 100.000; 15-24 anni: 98,07 casi per 100.000) e dalla Toscana (0-14 anni: 27,44 casi per 100.000; 15-24 anni: 65,45 casi per 100.000). La percentuale di crescita maggiore si è registrata in Piemonte sia per la fascia di età 0-14 anni (+1.545,35%) che per la fascia di età 15-24 anni (+21.893%), ovvero rispettivamente **l'aumento è stato di 16,45 volte nel primo caso e 219,93 volte nel secondo.** **A livello territoriale si nota un gradiente decrescente Nord-Sud dovuto, probabilmente, a un minore tasso di notifica nelle regioni meridionali.**

Per il morbillo è disponibile un vaccino sotto forma di complesso vaccinale anti-Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) raccomandato dal Ministero della Salute. Il Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015 pone come obiettivo il raggiungimento della copertura vaccinale del 95%. Nel nostro Paese la copertura vaccinale è migliorata nel tempo, ma non ha ancora raggiunto i livelli raccomandati che bloccherebbero la trasmissione endemica della malattia.

Tanti anche i casi di varicella, maglie nere le PA di Trento e Bolzano - A differenza di morbillo, parotite e rosolia, la cui incidenza è stata pesantemente ridimensionata su gran parte del territorio nazionale, **la varicella non è mai stata contenuta adeguatamente in modo attivo.** Nel 2008 tale patologia risulta preponderante nella classe di età 0-14 anni (809,17 casi per 100.000) anche se si registra un trend in diminuzione rispetto all'anno 2000 (-20,25%). La riduzione ha interessato quasi tutte le regioni. Da segnalare il dato in controtendenza della Calabria che ha mostrato, invece, un incremento sostanziale (+127,13%), cioè i casi sono più che raddoppiati. Un andamento decrescente si riscontra anche nei giovani adulti (15-24 anni) che presentano un'incidenza, a livello nazionale, pari a 29,01 casi per 100.000, con un calo del 53,54% rispetto al 2000. Considerando la fascia di età 0-14 anni la PA di Trento risulta avere

l'incidenza più alta (2.022,18 casi per 100.000), seguita dalla PA di Bolzano (1.984,47 casi per 100.000) e dall'Emilia-Romagna (1.858,13 casi per 100.000), mentre per la fascia 15-24 anni si registra la maggiore incidenza nella PA di Bolzano (92,17 casi per 100.000) seguita dal Friuli Venezia Giulia e dalle Marche con valori, rispettivamente, pari a 80,78 e 77,95 casi (per 100.000). Per entrambe le classi di età in esame esistono differenze tra aree geografiche con tassi più alti al Nord ed al Centro rispetto al Sud e alle Isole. Da segnalare è il dato positivo dell'Abruzzo per entrambe le fasce di età e del Molise per la classe 15-24 anni: infatti le due regioni nel 2008 registrano un tasso di incidenza pari a 0 casi (per 100.000).

ASSISTENZA SANITARIA AI BAMBINI ITALIANI DALLA CULLA IN POI

Italia ancora in ritardo su organizzazione dei reparti di neonatologia - Nel nostro Paese più di 1 parto su 4 si verifica in punti nascita al di sotto dello standard di qualità indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per garantire la sicurezza in sala parto, standard che prevede siano gestiti in ciascuna struttura almeno 1000 parti l'anno. Nel 2008, infatti, il 9,1% dei parti è avvenuto in strutture con classe di ampiezza <500 parti anche se è stata registrata una diminuzione dell'8,6%. Tutte le restanti classi di ampiezza (classe 500-799 parti l'anno; classe 800-999; classe >1.000) hanno mostrato un aumento, ma l'incremento maggiore si è osservato, soprattutto, nella classe in cui i parti superano il migliaio (classe 500-799 parti l'anno: +2,8%; classe 800-999: +1,8%; classe >1.000: +12,9%).

Considerando l'andamento del dato regionale, nell'ultimo anno considerato (2008) si vede che per i punti nascita della prima classe di ampiezza (cioè quelli che gestiscono una mole di parti inferiore a 500 l'anno) esiste un gradiente Nord-Sud, con regioni come la Sicilia che presenta ancora un valore troppo alto e pari a 10.805 parti, seguita dalla Campania con 9.282. Occorre precisare che, in queste 2 regioni, e in generale nel Meridione, i punti nascita si identificano frequentemente con Case di cura private accreditate, con casistica inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Dal confronto dei dati 2005-2008, le regioni che hanno mostrato un azzeramento (riduzione del 100%) di parti nei punti nascita con volume <500 parti sono il Piemonte e il Veneto; in controtendenza spicca il valore della Liguria che fa registrare un incremento del +326,7%. In tutte le regioni, tranne in Puglia (-12,7%), è stato riscontrato un aumento del numero di parti nella classe di ampiezza >1.000 parti l'anno.

È il momento del pediatra - Il numero di Pediatri di Libera Scelta (PLS) a livello nazionale nel periodo 2001-2008 è aumentato del 6,3%, passando da 7.199 a 7.649. Tutte le regioni del Centro-Nord hanno registrato un aumento, mentre nel Sud, a eccezione della Campania (+0,8%), si è osservato un generale decremento. A livello territoriale l'incremento maggiore si è registrato nella PA di Bolzano (+29,3%) invece, il decremento più importante, si è riscontrato in Basilicata (-8,3%).

Nel 2008 il limite massimo di bambini per pediatra (800 assistiti) viene superato in ogni regione.

I valori più alti e superiori a 1.000 assistiti si registrano nella PA di Bolzano (1.463), Piemonte (1.189), Campania (1.162), Basilicata (1.149), Friuli Venezia Giulia (1.140), Veneto (1.124), Lombardia (1.114), Marche (1.057) e Molise (1.031).

Dal confronto dei dati 2001-2008 il numero di assistiti per pediatra è diminuito, a livello nazionale, del 5,2% e la flessione maggiore si è registrata nella PA di Bolzano (-19,4%) che, nell'ultimo anno esaminato (2008), presenta il massimale maggiore di assistiti. Nel complesso le riduzioni più rilevanti si sono osservate nelle regioni del Sud a eccezione dell'Abruzzo, che presenta un andamento controcorrente (+2,5%).

Peraltro si noti che, stando ai risultati di una recente indagine SIP, il numero totale dei pediatri (di famiglia, ospedalieri, universitari) subirà una progressiva riduzione nel prossimo ventennio e, proseguendo col ritmo delle perdite che si verifica dal 2010, nel 2020 gli attuali 15mila professionisti saranno già scesi a 12 mila e diverranno 8000 nel 2025.

Ancora disomogenea l'assistenza in pediatria negli ospedali - Nel nostro Paese la distribuzione della rete ospedaliera pediatrica risulta alquanto disomogenea. A livello nazionale sono presenti 501 strutture pediatriche.

Le regioni che presentano il numero più alto di tali strutture sono la Lombardia (67), seguita dalla Sicilia (62), da Campania e Puglia (45), mentre i valori più bassi si riscontrano in Valle d'Aosta (1), nella PA di Trento (4), in Molise (5).

Inoltre resta il problema dell'assistenza ospedaliera per l'età adolescenziale: infatti, non esiste un'area loro dedicata e quindi la degenza, quando gli adolescenti sono costretti al ricovero, avviene o nelle pediatrie o in reparti per adulti.

Nel nostro Paese, nel 2007, i posti letto pediatrici sono 6.221 in regime di Ricovero Ordinario (RO), 1.311 in regime di Day Hospital (DH).

La Regione che presenta il maggior numero di posti letto in RO è la Lombardia (1.086), seguita dalla Sicilia (717) e dalla Puglia (623), mentre il minor numero si riscontra in Valle d'Aosta (9), PA di Trento (42) e Molise (46). Considerando il ricovero in regime di DH è la Sicilia (218) a presentare il numero più alto, seguita dalla Lombardia (186) e dalla Campania (135). I valori più bassi, invece, si evidenziano, come per il RO, in Valle d'Aosta (2), PA di Trento (7) e Molise (8).

CONCLUSIONI

“Il Libro Bianco mette in evidenza non pochi elementi di criticità – afferma il professor Ugazio -: la contrazione della spesa sociale per la maternità e la famiglia, sia a livello nazionale che locale, è forse uno dei più preoccupanti insieme a quello della denatalità e ai numerosi problemi che continuano a rendere non equa e scarsamente efficace l'assistenza socio-sanitaria ai bambini migranti”. “Occorre riportare il bambino e l'adolescente al centro delle scelte sociali e politiche del Paese – continua Ugazio -. Il Libro bianco richiama tutti noi Pediatri al nostro ruolo centrale, alla stessa “mission” del nostro impegno professionale: garantire ai bambini e agli adolescenti la salute globale, cui hanno diritto, giocando un ruolo sempre più attivo non soltanto in ospedale e negli ambulatori, ma come protagonisti attivi delle scelte sociali, che sono indispensabili per garantire ai bambini e agli adolescenti la qualità di vita - fisica, psichica e sociale - cui hanno diritto”.

Ufficio Stampa - Università Cattolica di Roma – ufficiostampa@rm.unicatt.it – 06.30154442 - 4295

Referenti: Nicola Cerbino - ncerbino@rm.unicatt.it - 335.7125703

Paola Mariano - mariano.paola@gmail.com - 320.4013549

Comunicazione e Ufficio Stampa - Società Italiana di Pediatria

Referente: Cinthia Caruso - ufficiostampasip@gmail.com, cinthia.caruso@sip.it 06.4454912 - 333.7902660