

# Capitolo V

## SALUTE E ASSISTENZA

### 1. NASCERE E CRESCERE IN ITALIA

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini, in tutte le regioni, e che:

(d) intraprenda programmi di difesa e sensibilizzazione destinati a scuole e famiglie, che sottolineino l'importanza dell'attività fisica, di abitudini alimentari e stili di vita sani, incluso il Piano di prevenzione nazionale 2010-2012, e aumenti il numero di ore e la qualità dell'educazione fisica nei curricula delle scuole primarie e secondarie.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. d)*

Come è già stato ribadito nei rapporti precedenti, **il tasso di mortalità infantile**, è un'importante misura di benessere e uno dei più significativi indicatori sociali. Gli ultimi dati forniti dall'ISTAT<sup>1</sup>, disponibili anche per causa di decesso, risalgono al 2011 e indicano un tasso di mortalità infantile pari a 3,3 morti ogni mille nati vivi. Permangono però delle disparità: sia a livello territoriale (nel Sud il tasso di mortalità infantile risulta più alto rispetto a quello del Nord di almeno il 30%) e non si nota una riduzione di questa differenza negli ultimi anni; sia tra residenti italiani e stranieri (tra questi ultimi la mortalità è più alta di ben il 50%), indicando diseguglianze nei determinanti sociali e nell'accesso e qualità delle cure.

**La mortalità nel primo mese di vita**, con un tasso pari a 2,4‰, dovuta essenzialmente a cause endogene, resta la responsabile di oltre il 70% della mortalità infantile totale, con una distribuzione geografica sostanzialmente analoga a quanto osservato per la mortalità infantile in generale. Nel tempo, i decessi diminuiscono in tutte le fasce d'età (0 giorni, 1-6 giorni, 7-29 giorni e 1-11 mesi), tuttavia nel 2011 si riscontra, rispetto al 1991, un lieve aumento della percentuale nel periodo post-neonatale, passando dal 23% al 29%, con una più alta mortalità in questa fascia di età tra i bambini nati da genitori di cittadinanza straniera, la cui quota sulla popolazione totale è progressivamente aumentata. Confrontando la distribu-

zione percentuale dei decessi del 2011, nell'arco del primo anno di vita e per classi di età, tra i residenti italiani e stranieri (considerando solo i bambini nati da genitori entrambi stranieri), si osserva che tra 1 e 11 mesi la percentuale è più alta negli stranieri che negli italiani; tale divario percentuale può essere in parte spiegato dal minor ricorso all'aborto terapeutico (cioè dopo 90 giorni dal concepimento) fra le cittadine straniere (1,5% sul totale degli aborti) rispetto alle italiane (4%). Le donne straniere partoriscono più bambini con malformazioni, soprattutto a livello del sistema cardiocircolatorio, che oggi, grazie ai progressi della medicina, riescono a sopravvivere nel primo mese, ma spesso, non oltre<sup>2</sup>.

Le principali **cause di decesso nel primo anno di età**, sempre per il 2011, sono rappresentate da condizioni che originano nel periodo perinatale (55,5%), seguite dalle malformazioni congenite e dalle anomalie cromosomiche (25,7%). Per una quota ridotta di eventi, il decesso è dovuto a SIDS (morte improvvisa inattesa): nel 2011 si sono verificati 23 decessi di questo tipo, con un tasso pari a 0,4 per 10.000 nati vivi. Per quanto riguarda la mortalità nelle altre fasce d'età (1-4 anni, 5-9 anni, 10-14 anni), la causa principale è rappresentata dai tumori con le seguenti percentuali: 23,1%, 38,4% e 33,0%<sup>3</sup>. Il Rapporto ISTAT 2013 sugli incidenti stradali indica che nel 2012, rispetto all'anno precedente, gli incidenti diminuiscono: i giovani 20-24enni ne sono le principali vittime, mentre i morti fino a 14 anni sono stati 51 (0,6 per 100.000) e i feriti 12.023 (14,4 per 10.000)<sup>4</sup>.

#### Neonati e cure neonatali

L'attuale situazione dell'assistenza alla nascita e ai primi giorni di vita presenta in Italia alcuni aspetti positivi, quale la bassa mortalità perinatale e neonatale, accanto ai seguenti aspetti non ottimali e migliorabili: l'elevata percentuale di tagli cesarei (37,8% nel 2011); i tassi di mortalità e di grave mor-

<sup>2</sup> ISTAT, *La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia*, 2014 (<http://www.istat.it/it/archivio/109861>).

<sup>3</sup> ISTAT, *Cause di morte*, op. cit.

<sup>4</sup> ISTAT, *Incidenti stradali in Italia*, 2013 (<http://www.istat.it/it/archivio/102885>).

<sup>1</sup> ISTAT, *Cause di morte*, Elaborazione dati 2011.



bilità materna (rispettivamente 11,8 per 100.000 nati vivi e 2 per 1.000 nati vivi, che in seguito a taglio cesareo aumentano rispettivamente di 3-5 volte e di 7 volte); l'eccessivo numero di punti nascita, con dispersione di risorse umane, aumento dei costi e peggioramento della qualità assistenziale; la notevole disomogeneità della qualità delle cure sul Territorio nazionale; la pratica ancora diffusa della separazione del neonato dalla madre.

Nonostante **l'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010**<sup>5</sup>, che indicava varie misure – come la chiusura dei punti nascita che fanno meno di 500 parti l'anno; una guardia ginecologica e pediatrica attiva 24 ore su 24; l'attivazione o completamento del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM) e Neonatale di Emergenza (STEN); un numero adeguato di ostetriche nei reparti e la predisposizione di sale operatorie vicine a tutte le sale parto – **in molte strutture tali misure non sono state applicate.**

I dati del Ministero e dell'Agenzia delle Regioni del 2012 riportano ancora la presenza di 128 punti nascita (su un totale di 536) che effettuano meno di 500 parti l'anno. A livello regionale il fenomeno coinvolge quasi tutte le Regioni, ma in testa è la Campania con 21 strutture, al secondo posto la Sicilia con 19, seguono la Puglia e il Lazio con 10 strutture e Lombardia e Sardegna con 9. Quindi, dei 158 punti nascita che dovevano essere chiusi entro il 2013, ne sono stati chiusi solo 30. Se analizziamo i dati dal punto di vista del numero dei parti, su un totale di 538.600 eventi nascita, ne risultano 39.430 (pari al 7,3% del totale) effettuati ancora in punti nascita che si sarebbero dovuti chiudere o mettere in sicurezza. Questa situazione produce una serie di effetti che possono essere molto pericolosi per la salute del bambino e della madre, perché se avvengono imprevisti durante il parto non c'è una strumentazione tecnica adeguata per assistere al meglio il paziente o i pazienti.

È ancora più preoccupante il fatto che nel 2010, ultimo anno per il quale sono disponibili dati, ben il 37,5% dei parti sia avvenuto con **taglio cesareo (TC)**, con notevoli differenze

regionali (23,1% in Toscana, 46,7% in Sicilia e 50,2% in Campania). I numeri evidenziano come vi sia un ricorso eccessivo a questa procedura che, come si è detto, non è esente da rischi aggiuntivi e quindi si giustifica in presenza di indicazioni corrette. Si tratta, infatti, di percentuali molto spesso superiori alla media europea (26,8%). Si registra inoltre un'elevata propensione al taglio cesareo nelle Case di cura accreditate, in cui vi si ricorre nel 58,3% dei parti contro il 34,6% negli ospedali pubblici. Il parto cesareo è, infine, più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere (il 39,5% contro il 28,8%); il suo utilizzo, tuttavia, è in generale indipendente dalle caratteristiche socio-demografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche<sup>6</sup>. Degno di nota il fatto che la percentuale di TC sia più elevata laddove anche la mortalità neonatale e infantile è più alta, e viceversa.

### Malattie croniche

Come è stato citato nel precedente Rapporto, un importante indicatore per valutare lo stato di salute dei bambini è rappresentato dalla diffusione di patologie croniche. Mancano tuttavia indagini appropriate che consentano un monitoraggio costante. L'indagine campionaria multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"<sup>7</sup>, condotta sulle famiglie, rileva che **nel 2013 il 7,7% dei bambini nella fascia d'età 0-14 è affetto da almeno una delle principali patologie croniche** (quali asma, diabete, patologie tumorali e autoimmuni, scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), sebbene in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (8,7%). In media, in Italia, circa un bambino su 5 è in sovrappeso e circa uno su 10 è obeso; ma al Sud i tassi sono molto più alti<sup>8</sup>.

Ai dati sulle malattie croniche vanno aggiunti quelli inerenti le migliaia di bambini affetti da malattie rare, non presi in considerazione dall'indagine.

6 Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2010: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2024](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2024).

7 ISTAT, *Aspetti della vita quotidiana*, 2013 (<http://www.istat.it/it/archivio/96427>).

8 Elaborazione su dati OKkio alla SALUTE: <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>.



Questa area continua a rappresentare una delle maggiori criticità dell'assistenza pediatrica, ed è anche quella con maggior disomogeneità sul Territorio nazionale. Se esistono numerosi centri di eccellenza, manca la necessaria continuità assistenziale data da adeguati meccanismi di collaborazione tra servizi specialistici e territoriali, e tra questi e i necessari supporti sociali alle famiglie e ai bambini. Tutto ciò è essenziale per garantire la continuità delle cure, sia in fase di stabilità che di acuzie, sia nella vita domestica che scolastica, con particolare attenzione alle fasi di esordio della malattia e al periodo dell'adolescenza, ovvero ai momenti critici.

Con il Decreto Legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 è stata recepita la **direttiva europea in materia di mobilità sanitaria** (direttiva 2011/24/UE), che riconosce e regola l'accesso alle cure nei paesi membri dell'Unione e dispone la promozione e lo sviluppo delle reti europee dei centri di eccellenza per la diagnosi e la cura delle malattie rare e l'informazione in merito alle procedure per il trasferimento dei pazienti italiani affetti da malattie rare presso centri europei, per ottenere diagnosi e cure non disponibili in Italia (art.14).

Tra le patologie croniche, merita una menzione il caso **dell'infezione pediatrica da HIV/AIDS**: è una malattia cronica con forte impatto sulla qualità della vita e con alti costi sanitari e sociali, che necessita di competenze mediche specialistiche continuamente aggiornate e di supporto psicosociale adeguato. Delle 3.851 nuove diagnosi di infezione da HIV del 2012, 15 sono riportate in minori di 14 anni e 19 nella fascia di età 15-19 anni. La cospicua diminuzione dei casi di AIDS pediatrici, osservata a partire dal 1997, può considerarsi l'effetto combinato dell'applicazione delle linee guida relative al trattamento antiretrovirale delle donne in gravidanza, per ridurre la trasmissione mamma-bambino, e della terapia antiretrovirale somministrata ai bambini infetti, che ritarda la comparsa dell'AIDS conclamato. Tra il 2003 e il 2012, sono stati segnalati al Registro Italiano per l'Infezione da HIV in Pediatria 3.491 bambini, 3.240 dei quali seguiti dalla nascita; di questi sono risultati infetti 114 su 3.491 e 30 su 3.240. Nel 2012 in Italia vivono

181 adolescenti con infezione da HIV (nati prima del 31/12/2000), per la quasi totalità infetti dalla nascita. Crescere con l'infezione da HIV richiede un supporto psicosociale: infatti, alcuni connotati della patologia (trasmissibilità per via sessuale, possibili effetti collaterali dei farmaci, rappresentazione sociale stereotipata della malattia), e della storia familiare connessa, rendono particolarmente complessi i processi di separazione e identificazione, tipici della fase adolescenziale e necessari per la crescita armoniosa dei ragazzi.

### Vaccinazioni

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni, nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio e ciò contrasta con la necessità di garantire, in modo uniforme a tutta la popolazione, un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale, che rientrano nei Livelli Essenziali di assistenza. Poiché i calendari vaccinali variano da regione a regione<sup>9</sup> e le tempistiche delle somministrazioni sono legate alle caratteristiche della popolazione (difficoltà a essere raggiunti) e dei servizi (difficoltà di accesso), ai riferimenti educativi (medici di base presenti sul territorio) e a un eccesso di precauzioni tale da far posporre la somministrazione del vaccino o addirittura controindicare la vaccinazione stessa, diventa estremamente importante assicurare il rispetto dei calendari vaccinali. Riguardo alla distribuzione territoriale nell'anno **2012**, ultimo anno per il quale sono disponibili i dati, si registrano per le **vaccinazioni obbligatorie valori regionali che rientrano nel minimo stabilito dal Piano Nazionale Vaccini**<sup>10</sup>, ad eccezione della P.A. di **Bolzano**<sup>11</sup>. Per quanto riguarda la vaccinazione raccomandata anti-MPR, invece, il

9 Vd. calendari vaccinali regionali: <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/TabNormativaReg.asp>.

10 Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014". Intesa ai sensi della Legge n. 131 del 5 giugno 2003, art. 8, comma 6, Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012.

11 Ministero della Salute, Coperture vaccinali ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=811&area=Malattie%20infettive&menu=vaccinazioni](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=811&area=Malattie%20infettive&menu=vaccinazioni)).



valore ottimale previsto dal PNEMRC<sup>12</sup> è stato raggiunto soltanto in Basilicata (95%). Infine, il raggiungimento, sia a livello nazionale sia in diverse regioni, di un valore di copertura per l'anti-Hib molto vicino a quello ottimale (94,8% vs. 95%), pur rientrando tra le vaccinazioni facoltative, potrebbe essere correlato all'uso di preparati vaccinali combinati (vaccini obbligatori e raccomandati) previsti nel primo anno di vita. Dopo 4 anni dall'avvio del programma di immunizzazione contro l'HPV, che prevede l'offerta attiva e gratuita in tutto il Paese per le ragazze nel corso del 12esimo anno di vita, la copertura vaccinale per tre dosi si è stabilizzata intorno al 69%, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti<sup>13</sup>.

A livello istituzionale, per raggiungere almeno il 95% di copertura vaccinale obbligatoria, entro i 2 anni di età, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato programmi sia di comunicazione sulle vaccinazioni in età pediatrica, che di valutazione delle coperture vaccinali. Con riferimento ai programmi divulgativi, il Ministero della Salute ha promosso, ad esempio, la campagna di comunicazione sociale **"Genitori Più"**<sup>14</sup>. Per stimare invece la proporzione di bambini vaccinati entro il 24esimo mese di vita ricordiamo il progetto **"Indagine di copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti"**, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2013, l'Italia ha partecipato a una campagna europea di comunicazione che ha avuto come tema **"Preveni-Proteggi-Immunizza"**, organizzata con lo scopo di aumentare, nella popolazione e tra gli operatori sanitari, la consapevolezza del rischio reale legato alle malattie infettive e dell'opportunità e importanza delle vaccinazioni, come strumento di protezione per la salute del singolo e della collettività<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Ministero della Salute, Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 ([http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=1519](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1519)).

<sup>13</sup> ISS, Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2012 ([http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/Aggiornamento\\_HP\\_V\\_31122012.pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/hpv/pdf/Aggiornamento_HP_V_31122012.pdf)).

<sup>14</sup> Vd. <http://www.genitoripiù.it/>

<sup>15</sup> Vd. CNESPS-ISS, Prevenire, proteggere, vaccinare: la settimana delle vaccinazioni 2013 (<http://www.epicentro.iss.it/approfondimenti/2013/Vaccinazioni.asp>). Si vd. anche Ministero della Salute, Settimana europea della vaccinazione 2013 ([http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1023](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1023)).

### Il Gruppo CRC raccomanda pertanto:

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e alle Regioni**, nell'ambito delle rispettive competenze, di:

- attivare politiche di governo dei servizi e programmi di informazione e di formazione, atti a ridurre l'inaccettabile disuguaglianza tra aree geografiche e gruppi sociali nella qualità delle cure pre e perinatali;
- migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza dell'attuale situazione di assistenza nel percorso nascita, e incentivare la riduzione dei tagli cesarei;
- definire linee guida nazionali per le principali malattie croniche in età pediatrica, focalizzate sui percorsi assistenziali integrati e la continuità delle cure;
- definire un piano nazionale per la prevenzione e la promozione della salute nei primi anni di vita e meccanismi per la sua attuazione omogenea su tutto il Territorio nazionale;

2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e agli Enti preposti**, di rafforzare gli attuali strumenti di monitoraggio delle variabili di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico, relative alle cure prenatali e perinatali, inclusa l'informazione e la prevenzione.

## 2. AMBIENTE E SALUTE INFANTILE

Negli ultimi anni l'influenza negativa dell'inquinamento ambientale sulla salute dei bambini e dei ragazzi è rimasta una delle priorità da risolvere in Italia. I tre punti di maggior criticità sono invariati e sono i seguenti:

- Eccessivo traffico automobilistico urbano, con conseguente elevato numero degli incidenti stradali e difficoltà per bambini e adolescenti a muoversi autonomamente a piedi nel loro territorio, e aumento dell'inquinamento atmosferico;
- Elevato inquinamento atmosferico interno agli edifici in cui i bambini trascorrono parte del tempo, in particolare le scuole;



## ■ Esposizione dei bambini ad agenti fisici e chimici nocivi<sup>16</sup>.

Il traffico automobilistico è in continuo aumento, con un incremento del 61% circa dal 1990 al 2007 e una stabilizzazione dal 2008 a oggi<sup>17</sup>. Questo determina tre tipi di conseguenze nocive per la salute dei bambini: elevato numero di incidenti stradali con frequente mortalità; difficoltà a muoversi autonomamente a piedi, con conseguente aumento dell'inattività e del rischio di obesità; elevato livello di inquinamento atmosferico, che nei centri urbani è dovuto per almeno il 50% proprio al traffico<sup>18</sup>. Gli incidenti sono la seconda causa di morte in Italia tra 1 e 14 anni e la prima in assoluto nella fascia 15-34. Tra essi, i più importanti e gravi sono quelli stradali. Nel 2012 sono morti in Italia 51 bambini di età inferiore ai 14 anni (di cui 11 investiti) e quasi 12.000 sono stati feriti<sup>19</sup>. Questi numeri, seppur in lieve calo rispetto agli anni precedenti, sono ancora molto preoccupanti. Meno del 30% dei bambini italiani in età scolare compie il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta<sup>20</sup> e ciò giustifica in parte l'elevato tasso di sovrappeso e obesità della popolazione infantile italiana, che nel 2012 risulta, per la fascia di età 8-9 anni, rispettivamente del 22,1% e 10,2%<sup>21</sup>. Le correlazioni tra inquinamento atmosferico e patologie sono note da tempo. Le polveri ultrafini, di diametro inferiore a 0,1 micron e caratterizzate da un elevato contenuto di particelle carboniose, sono le più pericolose per la salute umana, essen-

do in grado di attraversare tutte le membrane biologiche, compresa la placenta, e di veicolare anche al feto una notevole quantità di molecole tossiche e metalli pesanti<sup>22</sup>.

Sebbene sia dimostrato come il rilevamento delle polveri sottili sia in grado di monitorare i rischi per la salute derivanti dall'inquinamento atmosferico, e quanto le misure di mitigazione del traffico e delle altre fonti di inquinamento siano benefiche<sup>23</sup>, l'indicatore più comunemente usato dalla normativa italiana continua a essere il PM<sub>10</sub>. In tal modo, possiamo avere informazioni solo molto parziali dei fenomeni inquinanti, sottovalutandone i rischi per la salute, specie quelli di medio-lungo termine.

Tra questi rischi sono riportati non solo una maggior prevalenza di sensibilizzazioni allergiche e di asma<sup>24</sup>, ma soprattutto effetti negativi irreversibili sullo sviluppo dell'apparato respiratorio, con riduzione permanente della funzionalità respiratoria<sup>25</sup>.

È ormai documentato anche dall'Agenza Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC) che l'inquinamento atmosferico è cancerogeno<sup>26</sup>. Aumentano infine gli studi che dimostrano come l'esposizione transplacentare a inquinanti ambientali possa alterare l'epigenoma fetale ed essere, almeno in parte, una delle cause dell'aumento in tutto il mondo occidentale di molte patologie cronico-degenerative e neoplastiche<sup>27</sup>.

Rimangono ancora carenti in Italia le iniziative legislative e strutturali finalizzate a limitare il numero dei veicoli circolanti e a ridurre la velocità, soprattutto nei centri cittadini e in prossimità delle scuole. Va segnalata la presentazione alla Camera dei Deputati, nel marzo 2013, di una proposta di legge che prevede la riduzione

16 WHO, *Protecting Children's Health in a Changing Environment*, Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health, Parma, 10-12 marzo 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/123565/e94331.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/123565/e94331.pdf)).

17 Dati e statistiche dell'Automobile Club d'Italia: <http://www.aci.it/laci/studi-e-ricerche/dati-e-statistiche/veicoli-e-mobilita.html>.

18 ARPAT, *Salute e smog nelle principali città italiane*, 2011 (<http://www.arpat.toscana.it/notizie/arpatnews/2011/058-11/058-11-salute-e-smog-nella-maggiori-citta-italiane>).

19 ISTAT, *Incidenti stradali in Italia*, novembre 2013 (<http://www.istat.it/it/archivio/102885>).

20 Tonucci F. et al., *L'autonomia di movimento dei bambini italiani*, Quaderni del progetto "La città dei bambini", ISTC del CNR, n. 1, giugno 2002 ([http://pietibus.it/up/biblioteca/1115743242\\_autonomia%20bambini%20CNR.pdf](http://pietibus.it/up/biblioteca/1115743242_autonomia%20bambini%20CNR.pdf)); Alietti, A. et al., *La mobilità autonoma dei bambini in Italia*, ISTC del CNR (<http://www.lacittadeibambini.org/ricerca/allegati/Report%20italiano1.pdf>).

21 OKkio alla SALUTE, Sintesi dei risultati 2012 (<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>).

22 Latzin, P., Frey, U., Armann, J., et al. "Exposure to moderate air pollution during late pregnancy and cord blood cytokine secretion in healthy neonates", *PloS One*, August 2011, 6(8).

23 Janssen, N., Gerlofs-Nijland, M., Lanki, T., et al., *Health effects of black carbon*, WHO Regional office for Europe, 2012.

24 Clark, N.A., Demers, P.A., Brauer, M., et al., "Effect of early life exposure to air pollution on development of childhood asthma", *Environ. Health Perspect.*, February 2010, 118(2): 284-290.

25 Gauderman, W.J., Vora, H., McConnell, R., et al., "Effect of exposure to traffic on lung development from 10 to 18 of age: a cohort study", *The Lancet*, February 2007, 369(9561): 571-577.

26 WHO, *Air Pollution and Cancer*, IARC Scientific Publication no. 161 (ePUB format: <http://www.iarc.fr/en/publications/books/sp161/index.php>).

27 Joss-Moore, L.A., Lane, R.H., "The developmental origins of adult disease", *Curr. Opin. Pediatr.*, April 2009, 21(2): 230-234.



della velocità massima consentita nei centri abitati dagli attuali 50 a 30 chilometri orari<sup>28</sup>.

La seconda criticità rilevata, **l'inquinamento atmosferico indoor**, dipende in parte dalla precedente, in quanto l'aria che entra nelle nostre abitazioni contiene gran parte degli inquinanti presenti nell'aria esterna<sup>29</sup>, a cui però si sommano gli inquinanti propri delle abitazioni e quelli generati dalle attività che vi vengono svolte. Uno studio europeo pubblicato nel 2010, al quale hanno partecipato le città italiane di Siena e Udine, ha evidenziato come nelle aule scolastiche italiane la concentrazione media di PM<sub>10</sub> superi abbondantemente gli standard indicati dall'US Environmental Protection Agency (EPA) per le esposizioni di lunga durata, pari a 50 microgrammi per metro cubo d'aria, e come questa concentrazione sia correlata con lo stato di salute degli studenti<sup>30</sup>. Dati analoghi sono emersi dallo studio SEARCH (School Environment and Respiratory Health of Children) che ha coinvolto sette regioni italiane<sup>31</sup>. Per favorire la conoscenza delle misure di prevenzione ambientale, utili a mitigare i fattori di rischio indoor nelle scuole, e sollecitarne l'attuazione, **nel 2013** il MIUR ha diramato le **"Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie ed asma"**<sup>32</sup>, che auspichiamo vengano applicate da tutte le amministrazioni scolastiche.

Sempre in merito all'inquinamento indoor, si deve inoltre ricordare una delle azioni promosse dal progetto "Genitori Più", inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 del Ministero della Salute, ovvero la protezione dei bambini

dal **fumo passivo**<sup>33</sup> e dal "fumo di terza mano", che consiste nell'insieme delle tossine che restano negli ambienti confinati dopo lo spegnimento delle sigarette, e che colpisce in particolare i bambini che abitano con genitori fumatori e viaggiano in automobili in cui si fuma.

Infine, per quanto concerne la protezione di bambini e adolescenti dall'esposizione ad agenti chimici e fisici nocivi, si deve segnalare ancora una carenza quasi assoluta di norme. Mancano infatti, in Italia, leggi che definiscano l'obbligo di programmi scolastici di prevenzione contro i rischi delle radiazioni ultraviolette, auspicati dalla comunità scientifica<sup>34</sup>; le normative sull'esposizione alle radiazioni acustiche sono poco applicate, tanto che solo il 49,1% dei Comuni, con una copertura del 55,8% dei cittadini italiani, ha approvato il Piano di classificazione acustica previsto per legge<sup>35</sup>; i limiti fissati per l'esposizione alle radiazioni elettromagnetiche sono da molti esperti ritenuti eccessivamente elevati.

Nonostante le evidenze scientifiche, si riscontra a tutt'oggi una scarsa attenzione da parte delle istituzioni italiane ai rischi derivanti dall'esposizione ai numerosi composti chimici immessi nell'ambiente, di cui sono documentati i possibili effetti endocrini, cancerogeni, immunologici e genotossici<sup>36</sup>. Tra questi una preoccupazione particolare destano i biocidi utilizzati in agricoltura, che possono contaminare le catene alimentari umane<sup>37</sup>.

Tra le poche eccezioni vanno segnalate il progetto "Previene" dell'Istituto Superiore di Sanità<sup>38</sup> e le iniziative per l'attuazione del regolamento REACH (Registration, Evaluation and Authorisation and restriction of Chemical)<sup>39</sup>.

28 Camera dei Deputati, proposta di legge n. 73, presentata il 15 marzo 2013, in materia di "Disposizioni per la tutela e lo sviluppo della mobilità ciclistica" ([http://www.camera.it/\\_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17P-DL0002190.pdf](http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17P-DL0002190.pdf)).

29 Bertoni, G., Tappa, R., Ciuchini, C., "Evaluation of indoor BTX in an outskirt zone of Rome (Italy)", *Ann. Chim.*, 2003, 93(1-2): 27-33.

30 Simoni, M., et al., "School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children", *European Respiratory Journal*, 2010, 35(4): 742-749.

31 Progetto SEARCH - School Environment and Respiratory Health of Children (<http://search.rec.org/search1/index.html>).

32 Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie ed asma (<http://pso.istruzione.it/index.php/annunci/290-linee-di-indirizzo-per-la-prevenzione-nelle-scuole-dei-fattori-di-rischio-indoor-per-allergie-ed-asma-di-cui-all-accordo-in-conferenza-unificata-del-18-novembre-2010>).

33 Progetto Nazionale "Genitori Più" (<http://www.genitoripiù.it/>).

34 Prevenzione raggi ultravioletti (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/uv/uv.asp#Prevenzione>).

35 ISPRA, Annuario dei dati ambientali 2012 (<http://annuario.isprambiente.it/documenti>).

36 Bergman, A., et al., *State of the science of endocrine disrupting chemicals 2012*, World Health Organization, 2013.

37 Vinson, F., Merhi, M., Baldi, I., et al., "Exposure to pesticides and risk of childhood cancer: a meta-analysis of recent epidemiological studies", *Occup. Environ. Med.*, September 2011, 68(9): 694-702.

38 Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, Progetto "Previene" (<http://www.minambiente.it/pagina/abstract-progetto-previene>).

39 Regolamento REACH, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare (<http://www.minambiente.it/pagina/eventi-reach>).



Il Gruppo CRC reitera pertanto, come già dal 2° Rapporto supplementare pubblicato nel 2009, le medesime raccomandazioni:

**1. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute, al Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e al Ministero dell'Ambiente, della Tutela del Territorio e del Mare**, nell'ambito delle rispettive competenze, di migliorare le condizioni di mobilità, sicurezza e qualità della vita dentro le città, di incrementare gli sforzi per una riduzione del traffico veicolare privato, in particolare nei dintorni delle strutture scolastiche, incentivando la mobilità pedonale sicura dei bambini, e di monitorare l'applicazione delle Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati;

**2. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**, nell'ambito delle rispettive competenze, di promuovere e sostenere tutte le ricerche miranti a indagare le correlazioni tra gli inquinanti chimici e i rischi per la salute, per mettere in atto tutte le azioni preventive possibili, in particolare continuando a implementare le azioni per l'attuazione del regolamento REACH (Registration, Evaluation and Authorisation and restriction of Chemical);

**3. Al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**, di inserire l'argomento dell'inquinamento ambientale all'interno dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, e nei corsi obbligatori di formazione continua in medicina per tutti i medici già in attività, secondo l'esempio che alcune Università hanno proposto per l'implementazione del regolamento REACH.

### 3. BAMBINI E ADOLESCENTI IN CONDIZIONE DI POVERTÀ IN ITALIA

58. Il Comitato sollecita l'Italia a intensificare gli sforzi per risolvere e sradicare la povertà e le ineguaglianze, in particolar modo dei bambini, e a:

(a) considerare la riforma sistematica delle politiche e dei programmi correnti per risolvere efficacemente la povertà infantile in modo sostenibile, attraverso un approccio multidisciplinare che tenga conto dei fattori sociali, culturali e geografici della riduzione della povertà;

(b) valutare il risultato dei programmi correnti sulla lotta contro la povertà e garantire che le politiche e i piani successivi contengano indicatori rilevanti e un quadro di monitoraggio;

(c) aumentare la partecipazione femminile al mercato del lavoro e promuovere modalità di lavoro flessibili per entrambi i genitori, anche attraverso l'aumento dei servizi di custodia dei bambini;

(d) aumentare e favorire il sostegno al reddito per le famiglie a basso reddito con figli, e garantire che tale sostegno venga esteso alle famiglie di origine straniera.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 58*

**In un anno, più di 300.000 minori sono diventati poveri.** È accaduto in Italia tra il 2011 (quando erano 723.000) e il 2012 (quando sono diventati 1.058.000, il 10,3% del totale dei minori). L'aumento del numero di bambini e adolescenti in condizioni di povertà è in linea con l'aumento più generale di famiglie e individui poveri.

In Italia, secondo i dati riferiti al 2012, erano 3.232.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (il 12,7%), per un totale di 9.563.000 individui poveri, il 15,8% dell'intera popolazione<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> ISTAT, *La povertà in Italia. Anno 2012*, Statistica Report, 17 luglio 2013. La stima dell'incidenza della povertà relativa (cioè la percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona nel Paese, che nel 2012 è risultata di 990,88 Euro (-2% rispetto al valore della soglia nel 2011). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.



Si nota una continua crescita del livello di povertà in tutto il Paese, specie nel Sud Italia tra le famiglie più ampie, ossia con tre o più figli, soprattutto se minorenni.

Sempre nel 2012, **l'intensità della povertà**, che misura di quanto, in percentuale, la spesa media delle famiglie povere è al di sotto di una data soglia di povertà, è risultata pari al 19,9% (corrispondente a una spesa media di 797,50 Euro mensili). Osservando i dati del Mezzogiorno il valore percentuale è del 21,4% (corrispondente a 793,32 Euro mensili); in particolare, le situazioni più gravi si osservano tra i residenti in Sicilia (29,6%), Puglia (28,2%), Calabria (27,4%) e Campania (25,8%), dove oltre un quarto delle famiglie risultano povere.

Se si considerano altri fattori rispetto alla spesa media familiare come indici di valutazione del livello di povertà relativa (ovvero dimensione del nucleo familiare, tipologia familiare, numero di figli minori presenti e residenza), il 30,2% delle famiglie con cinque o più componenti è da considerarsi povera; nel Mezzogiorno il 42,9%.

Pertanto, il disagio economico è più diffuso se all'interno della famiglia è presente un numero crescente di figli minorenni: l'incidenza di povertà, pari al 17,4% tra le coppie con due figli e al 29,8% tra quelle che ne hanno almeno tre, sale rispettivamente al 20,01% e al 28,5%.

Il fenomeno, ancora una volta, è particolarmente evidente al Sud, dove 4 famiglie su 10, con tre o più figli minorenni, sono povere<sup>41</sup>.

La situazione non muta analizzando i dati in merito alla **povertà assoluta**. Nel 2012, in Italia, 1.725.000 famiglie (il 6,8%) risultano in condizione di povertà assoluta, per un totale di 4.814.000 individui (l'8% dell'intera popolazione)<sup>42</sup>. Poco meno della metà di queste famiglie (792.000) risiede al Sud, così

come gli individui (2.347.000 persone). Sempre al Sud, la povertà assoluta delle famiglie raggiunge il 9,8%.

Anche per l'indice di povertà assoluta si conferma lo svantaggio delle famiglie più ampie: l'incidenza è pari al 17,2% se i componenti sono almeno cinque e al 16,2% tra le coppie con tre o più figli; se poi i figli sono minori, si arriva al 17,1%.

Focalizzando l'attenzione sui minori in povertà assoluta in Italia, tra il 2011 e il 2012 si è evidenziata una crescita omogenea su tutto il territorio italiano di quasi 3 punti percentuali. Nel dettaglio: dal 4,7% al 8,3% al Nord, dal 4,7% all'8,2% al Centro e dal 10,9% al 13,9% al Sud<sup>43</sup>.

La povertà minorile si addensa in situazioni familiari particolari (famiglie operaie, con un solo genitore, composte da immigrati) e incide in misura crescente anche sulle coppie più giovani, contribuendo in tal modo a scoraggiare i tassi di natalità.

Inoltre, è strettamente correlata con altri importanti fattori di povertà quali la variabile territoriale e il livello di istruzione dei genitori.

Come emerso dalle statistiche descrittive, **chi nasce al Sud** ha una maggiore probabilità di crescere in una famiglia molto numerosa, povera, spesso monoreddito o con entrambi i genitori disoccupati; ed è sempre al Sud che i tassi di disoccupazione femminile sono più elevati, i tassi di scolarizzazione più bassi e i livelli di dispersione più alti rispetto alle altre aree d'Italia.

Inoltre, la povertà minorile è assai più elevata se il capofamiglia ha un basso tasso di istruzione<sup>44</sup>.

Infine, se si guarda più da vicino l'incidenza di povertà relativa tra i minori (meno di 18 anni), si nota come in generale a stare "meno peggio" è la fascia compresa tra i 14 e i 17 anni, mentre

<sup>41</sup> ISTAT, *La povertà in Italia. Anno 2012*, op. cit. Cfr. anche Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - INPS - ISTAT, *Rapporto sulla coesione sociale anno 2013*, vol. 1, p. 40.

<sup>42</sup> *Ibidem*. L'incidenza della povertà assoluta viene calcolata sulla base di una soglia di povertà corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una determinata famiglia, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. Vengono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e ampiezza demografica del comune di residenza).

<sup>43</sup> Save the Children, *Atlante dell'Infanzia (a rischio): L'Italia sottosopra*, a cura di G. Cederna, 2013, p. 38, con dati disaggregati per Regione.

<sup>44</sup> Save the Children, *Atlante dell'Infanzia (a rischio): L'Italia sottosopra*, op. cit., pp. 49-51. Tuttavia l'ISTAT avverte che un livello di istruzione medio alto e un lavoro, anche di elevato livello professionale, non garantiscono più dal rischio di cadere in povertà assoluta (cfr. ISTAT, *La povertà in Italia. Anno 2012*, op. cit.). Cfr. anche Eurostat, "Is the likelihood of poverty inherited?", in *Focus 27/2013*, ed Eurostat, *Children at risk of poverty or social exclusion by highest education level of their parents (population aged 0 to 17 years)*, Datasets, 17 febbraio 2014.



considerando la povertà assoluta la fascia che sta “meno peggio” è quella fino a 3 anni. La fascia d'età che sta peggio è invece quella da 4 a 6 anni, in termini di povertà relativa, e da 7 a 13 anni in termini di povertà assoluta<sup>45</sup>.

Il perdurare della crisi economica ha continuato ad aggravare quegli aspetti manchevoli nel contrasto della povertà minorile nel nostro Paese, già segnalati nei precedenti Rapporti CRC, quali il disequilibrio della spesa sociale (specie quella destinata alla famiglia e alla maternità) e la fragilità dei servizi di *welfare*, aggravata dalle politiche di forte riduzione e frammentarietà delle risorse finalizzate agli interventi sociali. Nei precedenti Rapporti abbiamo segnalato come il riconoscimento, nell'ambito del “Piano Nazionale per l'Infanzia”, della lotta alla povertà quale obiettivo prioritario nelle politiche a favore dell'infanzia non si traducesse ancora in precisi interventi e azioni, adeguatamente finanziati. A parziale correzione di tale giudizio critico, segnaliamo l'inversione di tendenza operata dal Governo Monti e rappresentata dalla sperimentazione della **nuova “social card”** che ha come “target di riferimento la lotta alla povertà minorile”<sup>46</sup>. Tuttavia, i tempi di attuazione della sperimentazione sono tali da impedire al momento qualsiasi verifica sull'efficacia dell'impatto rispetto al target proposto, mentre **a livello comunitario** si conferma l'urgenza di elaborare strategie integrate, basate su dotazioni adeguate di risorse, l'accesso a

servizi di qualità a un costo sostenibile e il diritto dei minori a partecipare alla vita sociale. Siamo convinti che occorre affrontare il disagio sociale sin dalla prima infanzia per intensificare la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, attraverso strategie integrate in ambito occupazionale, di sostegno economico, di servizi essenziali per il futuro dei minori (istruzione prescolare, assistenza sanitaria, alloggio, servizi sociali di sostegno ampio alla genitorialità). Considerare dunque la nascita un momento che permette una valutazione del bisogno socio-sanitario per tutti i bambini e le famiglie e quindi l'organizzazione di interventi di aiuto e percorsi di sostegno tempestivi ed efficaci a livello territoriale<sup>47</sup>.

Un altro positivo segnale di inversione di tendenza è costituito dalla bozza **dell'Accordo di partenariato**, cioè il documento fondamentale, richiesto a livello comunitario, con cui ogni Stato definisce la strategia di impiego dei Fondi Strutturali Europei per il periodo 2014-2020, che il governo Letta ha inviato il 9 dicembre 2013 alla Commissione Europea. Nell'ambito delle azioni dell'Obiettivo Tematico 9, “Inclusione sociale e lotta alla povertà”, l'accordo prevede di dedicare “*un programma nazionale alla sperimentazione di misure rivolte alle famiglie in condizione di povertà o esclusione sociale, con particolare riferimento ai nuclei in cui siano presenti minori, fondate sulla erogazione di un sussidio economico, condizionato alla adesione ad un progetto di attivazione e supportato da una rete di servizi*”, in cui le amministrazioni regionali sono chiamate a garantire la presa in carico multidisciplinare delle

45 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - INPS - ISTAT, *Rapporto sulla coesione sociale anno 2013*, op. cit., vol. 2, tavv. II.5.1.9 a e b.

46 Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, del 10 gennaio 2013, emanato ai sensi del D.L. 5 del 9 febbraio 2012, art. 60, comma 2, convertito con modifiche dalla L. 35 del 4 aprile 2012. Cfr. anche Ministero dell'Economia e delle Finanze, Documento di Economia e Finanza 2013, Sezione III: Programma Nazionale di Riforma, pp. 190-191. Nel precedente Rapporto era stata segnalata positivamente la previsione di azioni specificatamente rivolte al contrasto della povertà minorile nell'ambito del quadro strategico proposto dal governo Monti per l'utilizzo dei Fondi comunitari per la coesione 2014-2020 (cfr. Ministro per la Coesione Territoriale, Metodi e obiettivi per un uso efficace dei Fondi comunitari 2014-2020, 27 dicembre 2012). La nuova social card prevede l'erogazione di un sussidio condizionato all'adesione a un progetto di attivazione della famiglia, supportata da una rete di servizi, ove la condizione dei minori costituisce un elemento centrale dell'intervento. Sull'implementazione della social card un giudizio negativo è contenuto in *La Nuova Social Card. Monitoraggio dell'implementazione*, a cura di Save the Children in collaborazione con Caritas Italiana ([www.savethechildren.it/informati/comunicati/poverta\\_minorile\\_l\\_allarme\\_di\\_save\\_the\\_children\\_e\\_caritas\\_italiana\\_i\\_risultati\\_di\\_un\\_monitoraggio\\_sulla\\_social\\_card\\_e\\_l\\_appello\\_al\\_nuovo\\_governo\\_e\\_alle\\_istituzioni\\_locali\\_a\\_fare\\_presto\\_e\\_a\\_rivedere\\_e\\_semplificare\\_le\\_modalita\\_di\\_assegnazione?year=2014](http://www.savethechildren.it/informati/comunicati/poverta_minorile_l_allarme_di_save_the_children_e_caritas_italiana_i_risultati_di_un_monitoraggio_sulla_social_card_e_l_appello_al_nuovo_governo_e_alle_istituzioni_locali_a_fare_presto_e_a_rivedere_e_semplificare_le_modalita_di_assegnazione?year=2014)).

47 Cfr. Raccomandazione della Commissione Europea, *Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale*, del 20 febbraio 2013 (2013/112/UE), in Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L. 59/5 del 2 marzo 2013. La Raccomandazione è stata al centro dei lavori della conferenza *Investing in Children*, organizzata il 14 novembre 2013 a Milano dalla Fondazione L'Albero della Vita con la rete Eurochild, nel corso della quale il rappresentante del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha evidenziato, tra le priorità d'azione, il concepire e realizzare, nella lotta alla povertà infantile, azioni innovative ed *evidence-based* funzionali alla presa in carico complessiva della famiglia da parte dei servizi sociali (cfr. <http://eurochildannualconference2013.org/investing-in-children/>). Nella medesima conferenza il portavoce per l'Italia della Rete di Esperti Indipendenti sull'Inclusione Sociale ha anticipato il suo rapporto (non ancora reso pubblico dalla Commissione Europea) *Investing in Children-breaking the cycle of disadvantage. A study of National Policies*, September 2013 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1025&langId=en&newsId=2061&moreDocuments=yes&tableName=news>



situazioni di maggiore fragilità e complessità<sup>48</sup>. Infine è da segnalare positivamente la decisione della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza di avviare, nel corso del 2013, un'indagine conoscitiva sulla povertà minorile<sup>49</sup>, che auspichiamo possa concludersi in tempi brevi con l'adozione di un documento che contenga indicazioni concrete.

#### Il Gruppo CRC raccomanda pertanto:

1. All'ISTAT, di concerto con il **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, di realizzare, nell'ambito del Programma Statistica Nazionale, una specifica rilevazione sulla povertà minorile;
2. Al **Governo** di prevedere, in sede di elaborazione delle politiche economiche e delle riforme strategiche, una valutazione dell'impatto che queste possono avere sulla popolazione da 0 a 18 anni, soprattutto per quanto attiene il rischio povertà ed esclusione sociale, e di adottare disposizioni volte ad attenuare eventuali ripercussioni negative;
3. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** – anche consultando le organizzazioni del Terzo Settore, di concerto con le Regioni e tenendo conto degli esiti dell'indagine parlamentare – e al **Parlamento**, di definire e approvare un Piano straordinario nazionale di contrasto alla povertà minorile, ispirato ai Principi Guida delle Nazioni Unite su povertà estrema e diritti umani, tenendo conto del quadro di priorità della strategia Europa 2020 e della Raccomandazione della Commissione Europea *Investing in Children*.

## 4. ALLATTAMENTO

50. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti per migliorare le prassi dell'allattamento materno esclusivo per i primi sei mesi, attraverso misure di sensibilizzazione che includano campagne, informazioni e formazione per i funzionari governativi competenti e in particolare per il personale che opera nei reparti di maternità e per i genitori.

Il Comitato raccomanda, inoltre, che l'Italia rafforzi il monitoraggio delle norme di commercializzazione esistenti, correlate agli alimenti per i bambini, e le norme relative alla commercializzazione dei sostituti del latte materno, inclusi biberon e tettarelle, e garantisca il monitoraggio periodico di tali norme e l'azione nei confronti di coloro che violano il codice.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 50*

L'allattamento materno (AL)<sup>50</sup> rappresenta un'opportunità unica e fisiologica per la crescita e lo sviluppo del bambino; non a caso si è conservato intatto nel corso dell'evoluzione e in ogni parte del mondo. Nei primi 6 mesi di vita, l'AL esclusivo soddisfa in maniera equilibrata tutti i bisogni nutrizionali del bambino, senza che vi sia bisogno di altre fonti di nutrimento o di altri liquidi (acqua, tisane). In seguito, per esigenze nutrizionali legate alla crescita del bambino, vanno introdotti cibi complementari, continuando l'AL fino 2 anni e oltre, se mamma e bambino lo desiderano<sup>51</sup>. Proprio per la grande importanza dell'AL occorrono campagne di protezione, promozione e sostegno, rivolte alle donne e agli operatori sanitari.

Tra i fattori di protezione dell'allattamento, OMS e UNICEF citano la consapevolezza dei genitori riguardo al valore dell'AL già prima della gravidanza, con l'importanza di un adeguato contatto pelle a pelle fino all'avvio della prima poppata e la suzione al seno almeno 8 volte in 24 ore (in ogni caso a richiesta, giorno e notte), il *rooming-in* e il sostegno da parte di operatori formati. Purtroppo, in Italia solo

<sup>48</sup> Viene data particolare rilevanza all'incidenza della quota di bambini e minori in situazione di povertà: nell'ambito dei risultati attesi riferiti all'obiettivo tematico sono utilizzati come indicatori di risultato dati specifici relativi alla condizione minorile. Il testo della bozza è disponibile sul sito: [www.coesioneterritoriale.gov.it/wp-content/uploads/2013/12/Bozza-AP-ITALIA\\_9\\_12\\_2013.pdf](http://www.coesioneterritoriale.gov.it/wp-content/uploads/2013/12/Bozza-AP-ITALIA_9_12_2013.pdf).

<sup>49</sup> Nell'ambito di tale indagine, il 23 gennaio 2014 si è svolta l'audizione del Gruppo CRC (cf. [www.camera.it/leg17/1079?idLegislatura=17&tipologia=indag&sottotipologia=c36\\_poverta&anno=2014&mese=01&giorno=23&idCommissione=36&numero=0003&file=indice\\_stenografico](http://www.camera.it/leg17/1079?idLegislatura=17&tipologia=indag&sottotipologia=c36_poverta&anno=2014&mese=01&giorno=23&idCommissione=36&numero=0003&file=indice_stenografico)).

<sup>50</sup> Il Gruppo di lavoro ritiene di mutare il consueto termine "Allattamento al seno" nel più semplice, più corretto e certamente foriero di mutamenti culturali "Allattamento".

<sup>51</sup> "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno", G.U. Serie Generale n. 32, del 7 febbraio 2008.



il 5% dei bambini nasce in “Ospedali Amici dei Bambini” (BFH)<sup>52</sup>. Molte strutture sanitarie stanno seguendo il percorso per l'applicazione dei 10 Passi OMS/UNICEF<sup>53</sup> e si registra una crescita delle Comunità Amiche dei Bambini che hanno intrapreso il percorso. Per proseguire su questa strada occorre che i programmi specifici per la promozione dell'AL siano inseriti in vari documenti e programmi governativi<sup>54</sup>.

Questo anche nell'ottica di una migliore formazione degli operatori sanitari e di altre figure che interagiscono con le famiglie e i bambini, come assistenti sociali e personale educativo e docente delle scuole.

La regionalizzazione del SSN rende complessa l'attuazione di una regia che coordini enti e ambiti d'azione. Al momento non è stato possibile avere informazioni dal Ministero della Salute sulle iniziative intraprese e sui fondi dedicati alla protezione e promozione dell'AL. Il Comitato Nazionale Multisetoriale per l'Allattamento Materno (CMAM) non è stato rinnovato (sostituito a suo tempo con il Tavolo Tecnico Operativo Interministeriale sulla Promozione dell'Allattamento al Seno – TAS). Le indicazioni OMS/UNICEF<sup>55</sup> proposte dal CMAM per realizzare una raccolta dati nazionale sono state recepite, nelle sezioni 11 e 12, nell'ultima indagine multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT<sup>56</sup>, ma ad oggi non ci sono dati aggiornati rispetto alla precedente edizione del Rapporto.

Nell'ambito delle promozioni dell'AL, il TAS ha proseguito la campagna di comunicazione “Il latte della mamma non si scorda mai” con soste a Trieste, Ravenna e Ancona, nel giugno 2013. Il TAS ha inoltre prodotto due articoli

pubblicati sul sito del Ministero della Salute: “Eparine a basso peso molecolare ed allattamento materno”<sup>57</sup> e “Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino”<sup>58</sup>, soprattutto il secondo di grande risonanza mediatica.

Nel dicembre 2013 sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni le “Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno”<sup>59</sup>. Le indicazioni sono finalizzate a garantire la non commerciabilità del latte materno e standard di qualità uniformi su tutto il territorio nazionale nelle varie fasi della filiera: selezione delle donatrici, procedure di raccolta e conservazione, accertamenti infettivologici, metodiche di pastorizzazione e stoccaggio. La gestione del latte umano segue gli stessi criteri generali di solidarietà, sussidiarietà e gratuità relativi ai tessuti e agli organi umani, ed esclude ogni forma di commercializzazione. La donazione del latte umano non prevede quindi alcuna forma di remunerazione né per la donazione, né per il suo utilizzo.

Per quanto riguarda il sostegno all'AL, in Italia si celebra annualmente la Settimana per l'Allattamento Materno (SAM), per sensibilizzare l'opinione pubblica all'argomento, con un tema diverso ogni anno. Per l'anno 2013, il tema lanciato dalla WABA, *World Alliance for Breastfeeding Action*, è stato “Sostenere l'allattamento – vicino alle madri” e ha avuto grande riscontro su tutto il Territorio nazionale. Il tema per il 2014 è “Allattamento: un obiettivo vincente, per tutta la vita!”

52 Ospedali amici dei bambini (<https://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm>).

53 Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF, “L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno” ([http://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione\\_congiunta\\_OMS-UNICEF\\_1989.pdf](http://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione_congiunta_OMS-UNICEF_1989.pdf)).

54 Vd. 5° Rapporto (argomenti: Guadagnare Salute, Genitori Più, la bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 e le “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”).

55 USAID, AED, UC Davis, IFPRI, UNICEF, and WHO, *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1 Definitions*, Conclusions of a Consensus Meeting Held, Washington DC., 6-8 November 2007, Geneva, 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf)).

56 ISTAT, *Indagine statistica multiscopo sulle famiglie* ([http://www.istat.it/it/files/2011/01/Azzurro\\_Mod\\_IMF\\_8B1.pdf](http://www.istat.it/it/files/2011/01/Azzurro_Mod_IMF_8B1.pdf)).

57 Ministero della Salute, “Eparine a basso peso molecolare ed allattamento materno” ([http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2114](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2114)).

58 Ministero della Salute, “Allattamento al seno oltre il primo anno di vita e benefici per lo sviluppo cognitivo, affettivo e relazionale del bambino” ([http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2113](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2113)).

59 Accordo del 5 dicembre 2013 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle “Linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle banche del latte umano donato nell'ambito della protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno”, Rep. Atti n. 168/CSR, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 32, del 8 febbraio 2014 ([http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/02/08/14A00730/sg;jsessionid=rHkpDZqCwyXSXoEnq+5fg\\_.ntc-as2-gurizb](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/02/08/14A00730/sg;jsessionid=rHkpDZqCwyXSXoEnq+5fg_.ntc-as2-gurizb)).



Anche la protezione dell'AL, attraverso l'applicazione del *Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno*<sup>60</sup>, è garantita solo in parte dalla legislazione nazionale<sup>61</sup>. A febbraio 2014 non è ancora attivo un percorso amministrativo presso il Ministero della Salute per segnalare le violazioni e non è chiaro, quindi, come poi si possa perseguire e sanzionare chi viola le leggi ispirate al rispetto del Codice. A titolo di esempio, nel dicembre 2013, lo sviluppo e il lancio di un "latte di crescita" della ditta Mukki ha avuto la collaborazione dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze, a sottolineare la scarsa conoscenza del Codice e la pressione economica dietro un prodotto considerato inutile dall'OMS<sup>62</sup> e dall'EFSA (l'Autorità europea per la sicurezza alimentare)<sup>63</sup> che afferma: "Nell'Unione Europea, l'uso dei cosiddetti 'latte di crescita' non apporta alcun valore aggiunto rispetto a una dieta bilanciata nel soddisfare il fabbisogno nutrizionale dei bambini nella prima infanzia". La protezione delle madri lavoratrici risulta ancora incompleta: solo le lavoratrici dipendenti sono coperte dalla legislazione vigente, mentre aumenta il numero di donne (soprattutto straniere) che lavorano in nero. Inoltre, non esiste una politica nazionale per consentire e favorire l'AL e l'uso del latte materno negli asili nido. Prosegue infine la Campagna Nazionale per la difesa del latte materno dai contaminanti ambientali, attivata nel 2012<sup>64</sup> per sensibilizzare sull'importanza dell'AL e sui modi per prevenire o ridurre la contaminazione del latte materno.

60 Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, con le successive pertinenti Risoluzioni dell'AMS ([http://www.unicef.it/Allegati/Codice\\_sostituti\\_latte\\_materno\\_11dic2012.pdf](http://www.unicef.it/Allegati/Codice_sostituti_latte_materno_11dic2012.pdf)).

61 D.M. 82 del 9 aprile 2009.

62 WHO, *Information concerning the use and marketing of follow-up formula*, 17 luglio 2013 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHO\\_brief\\_fufandcode\\_post\\_17July.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHO_brief_fufandcode_post_17July.pdf)).

63 AA.VV., "Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union", *EFSA Journal*, 25 October 2013, 11(10): 103 (<http://www.efsa.europa.eu/it/efsajournal/pub/3408.htm>).

64 Campagna nazionale per la difesa del latte materno dai contaminanti ambientali (<http://difesalattematerno.wordpress.com/>).

**Considerando quanto sopra, il Gruppo CRC** – preoccupato per la sempre bassa percentuale di allattamento esclusivo nei primi sei mesi di vita e per il frequente ricorso a cibi complementari per i neonati a partire dai quattro mesi, oltre che per la mancata regolamentazione commerciale dei prodotti alimentari per l'infanzia, per i bambini e gli adolescenti, e per l'inadeguato monitoraggio realizzato sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno – **raccomanda:**

1. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Salute e alle Regioni**, la piena applicazione delle Linee di indirizzo nazionali su protezione, promozione e sostegno dell'AL, con l'istituzione di un monitoraggio nazionale dei tassi di allattamento e con l'attuazione di politiche e azioni concrete, coerenti e coordinate di programmi volti a favorire l'AL, attraverso l'implementazione di programmi come *Guadagnare Salute* e il percorso UNICEF *Ospedali & Comunità Amici dei Bambini*;
2. Al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Salute e alle Regioni**, l'adeguamento di tutti i provvedimenti nazionali, regionali e locali ai principi del Codice Internazionale OMS/UNICEF e successive Risoluzioni; interventi per favorire la pratica dell'allattamento esclusivo nei primi sei mesi di vita del neonato, mediante azioni di sensibilizzazione, campagne d'informazione e attività formative; il rafforzamento del monitoraggio delle violazioni ai regolamenti commerciali vigenti in materia di sostituti del latte materno, di alimenti per l'infanzia, biberon e tettarelle, e la garanzia che tali norme siano regolarmente monitorate e che azioni vengano intraprese nei riguardi di coloro che le violano;
3. Al **MIUR**, un aggiornamento dei programmi scolastici e universitari sull'allattamento, per tutti i gradi e ordini dell'istruzione, comprese le professioni medico-sanitarie e bio-psico-socio-educative.



## 5. I DIRITTI DEI MINORENNI NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA E OSPEDALIERA

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le regioni e che:

- (a) proceda a un'analisi dell'applicazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008 con riferimento al diritto dei bambini alla salute;
- (b) definisca senza indugio i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) per quanto riguarda le prestazioni dal momento del concepimento all'adolescenza;
- (c) migliori i programmi di formazione per tutti i professionisti che operano in ambito sanitario in conformità con i diritti dell'infanzia.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. a), b), c)*

La struttura organizzativa dell'**assistenza pediatrica in Italia** rappresenta un'esperienza unica nel panorama europeo. In particolare, l'attivazione dal 1978 della pediatria di libera scelta<sup>65</sup> ha consentito di istituire una rete capillare di pediatri capace di garantire a livello territoriale la promozione e la tutela della salute di bambini e adolescenti. Tuttavia l'ipotesi di una limitazione dell'assistenza pediatrica esclusiva all'età di sei anni<sup>66</sup>, proposta del tutto in contrasto con le evidenze e le raccomandazioni provenienti dagli studi europei<sup>67</sup>, e la contemporanea graduale riduzione del numero di pediatri operanti – conseguente alla compensazione negativa tra nuovi specialisti pediatri formati<sup>68</sup> e quelli avviati al pensionamento – stanno determinando **disagi nei servizi assistenziali erogati**. Ogni anno sono circa 400 i pediatri che lasciano l'attività per pensionamento, facendo diminuire annualmente di 150-220 il numero di specialisti disponibili per la copertura dei posti vacanti. Nonostante ripetute richieste inviate al Ministero della Salute, **non sono a disposizione dati aggiornati rispetto al rapporto tra pediatri che raggiungono l'e-**

**tà pensionabile e nuovi professionisti**. Gli unici dati disponibili sono forniti dall'ISTAT e risalgono al 2011: si rileva che in Italia sono attivi 7.716 pediatri di libera scelta, di cui l'83% con un'anzianità di specializzazione di oltre 16 anni e solo l'1% sotto i 2 anni; il carico potenziale assistibile (popolazione 0-14 anni) equivale a 1.030 bambini, a fronte di una disponibilità reale di 870, che rappresenta l'84.4% del totale. Esiste, quindi, un serio **problema di "ricambio generazionale"** e questa situazione appare ancor più preoccupante se si considera la necessità, nel prossimo futuro, di **operare una progressiva deospedalizzazione e di favorire la strutturazione di servizi assistenziali multiprofessionali aggregati e decentrati**.

La pediatria di libera scelta, come indicato dal Decreto Balduzzi del 2013, dovrà **sviluppare aggregazioni complesse di pediatri in sedi uniche**, nelle quali sia prevista la presenza di personale di segreteria e di infermieri con formazione pediatrica, che possano svolgere triage telefonico e ambulatoriale, controlli di crescita ed educazione sanitaria. Questo modello organizzativo permetterebbe ai medici di assistere un maggior numero di pazienti, di gestire e coordinare l'assistenza dei pazienti con patologie croniche complesse e di potenziare la continuità dell'assistenza nella fascia oraria 8-20. Nell'organizzazione ospedaliera, le Unità Operative di Pediatria dovrebbero essere orientate a un'assistenza per livelli di complessità adeguati al bacino d'utenza. Il riorientamento organizzativo dovrebbe portare al superamento/accorpamento delle Unità Operative di piccole dimensioni e all'individuazione di strutture di 2°/3° livello che garantiscano la presenza delle subspecialità pediatriche.

A fronte di ciò non si può che concordare con quanto affermato nell'introduzione del Capitolo "Verso una rete pediatrica integrata" dei *Quaderni del Ministero della Salute* (n. 16/2012): *"...il pediatra non può più essere oggi esclusivamente il medico dei bambini, ma anche, e sempre di più, il garante ed il referente per la salute, l'assistenza ed i diritti del bambino nella famiglia, nell'ospedale e nella comunità"*.

Per quanto riguarda l'**assistenza ospedaliera**,

<sup>65</sup> Legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

<sup>66</sup> Determinata dall'A.C.N. della Pediatria di Libera scelta il 22/12/2005.

<sup>67</sup> Cfr. Wolfe, I., Thompson, M., Gill, P., Tamburlini, G., Blair, M., van den Bruel, A. et al., "Health services for children in western Europe", *The Lancet*, April 2013, 381(9873): 1224-1234.

<sup>68</sup> Decreto Interministeriale del 31 ottobre 1991 che determina il riassetto delle Scuole di specializzazione e l'adeguamento alle direttive europee.



**nel 2012 sono stati effettuati circa 727.388 ricoveri nella fascia 0-17 anni.** La prima causa di ospedalizzazione è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (10,5‰), seguita dalle patologie neonatali (7,2‰) e dai traumi (6,1‰), che insieme costituiscono il 35,1% dei ricoveri pediatrici. Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione per Regione, la situazione è alquanto diversificata, passando da un tasso di 86 per mille in Puglia al regime ordinario del 44,8 per mille in Veneto.

Le differenze nei tassi di ospedalizzazione, che indicano, soprattutto se confrontate con gli standard europei, **la presenza di un eccesso di ospedalizzazione in molte Regioni**, variano a seconda delle fasce d'età e sono superiori nei primi anni di vita. Anche la durata media della degenza diminuisce con l'età. Inoltre, i ricoveri dei bambini, indipendentemente dall'età e dalla Regione di residenza, sono oltre il 10% più frequenti rispetto a quelli delle bambine<sup>69</sup>.

La **“migrazione sanitaria”**, vale a dire il ricovero in un ospedale localizzato in altra Regione o Paese rispetto a quello di residenza, si attesta nel 2012 intorno all'8,8%. Sono le Regioni del Centro-Nord ad avere una forte attrazione di utenza, in particolare la Liguria (3%), il Lazio (2,5%) e la Toscana (2,3%), mentre al Sud sono più elevati i valori dell'indice di fuga (in particolare in Calabria e Campania, rispettivamente 4,8% e 3,6%). Tra le determinanti di queste migrazioni, svolgono un ruolo importante la presenza di centri specialistici d'eccellenza solo in alcune Regioni, ma anche fattori sociali, economici, culturali, geografici e familiari, che rendono difficile fare analisi approfondite del fenomeno migratorio per mancanza di dati disponibili.

Le migliorate cure perinatali e intensive hanno comportato un aumento considerevole delle possibilità di sopravvivenza di bambini con gravi patologie congenite e acquisite. Di conseguenza si registra un aumento della prevalenza di minori ad alta intensità assistenziale a livello domiciliare, con famiglie che hanno difficoltà crescenti a gestire le cure e a orientarsi per ricevere adeguati sostegni e suppor-

ti. Come già evidenziato dal 5° Rapporto CRC, si stima che oltre 60.000 bambini nel nostro Paese hanno bisogno di cure “particolari” per condizioni di cronicità.

Facendo riferimento in particolare all'ingresso in una **struttura ospedaliera**, è stato evidenziato – anche nei precedenti Rapporti CRC – il rischio di trauma che questo comporta per il bambino e per l'adolescente. Le ragioni sono molteplici e prescindono dalla causa del ricovero: l'impatto con un ambiente sconosciuto, spesso senza un'adeguata preparazione preliminare; il distacco dalla quotidianità; il vissuto del dolore proprio e l'incontro con quello degli altri. Per questo è fondamentale che tutte le strutture ospedaliere offrano **un'assistenza centrata sulla persona e sui suoi bisogni, che tenga in considerazione l'integrità fisica, psicologica e sociale del bambino, dell'adolescente, della famiglia.**

Diverse **Carte dei diritti** – citiamo ad esempio quella di EACH<sup>70</sup> del 1988 – riprendono questo e altri principi. I bambini, gli adolescenti e le famiglie devono avere a disposizione ambienti ospedalieri idonei ad accoglierli; devono poter contare sulla presenza di volontari che offrano un'accoglienza fin dal primo momento dell'ingresso nella struttura ospedaliera; avere un'assistenza pediatrica completa e continuativa; essere adeguatamente informati sui servizi offerti dall'ospedale e essere coinvolti nel percorso di cura. A tutto questo si aggiungono talune carenze strutturali degli ospedali: a titolo di esempio citiamo l'impossibilità, in molti casi, di inserire nelle stanze di degenza supporti quali poltrone-letto per facilitare la permanenza del genitore accanto al bambino o di creare adeguati spazi per il gioco. Da segnalare è pure **il tema dell'accessibilità e della permanenza in sicurezza** in situazioni particolari, come quelle che vedono coinvolti bambini e ragazzi affetti da malattie allergiche. Nonostante i passi avanti, restano ancora da attivare molte delle misure atte ad assicurare ambienti liberi dal lattice (problematica evidenziata da molti anni). Nonostante sia vigente il divieto di

69 Ministero della Salute, Dati SDO 2012.

70 EACH, acronimo di European Association for Children in Hospital.



fumo negli ospedali, sono moltissime le strutture sanitarie in cui il fumo continua a essere presente all'interno dei luoghi di cura, davanti alle porte d'accesso, all'entrata del Pronto Soccorso<sup>71</sup>. Negli ultimi due anni, a seguito di un'ordinanza emanata nel 2010 dall'allora Ministro del Turismo e messa a punto con l'ANCI, abbiamo assistito anche alla liberalizzazione dell'accesso degli animali in molti ospedali, all'interno delle camere di degenza e negli ambulatori per i prelievi<sup>72</sup>. Tutte queste situazioni mettono a rischio le persone affette da allergia, che vedono di fatto negato il loro diritto di accedere in sicurezza, senza rischiare di avere crisi allergiche, che per alcuni soggetti possono essere anche molto gravi, nei luoghi deputati a salvaguardare la loro salute.

In generale, solo **un'indagine sull'effettivo stato di applicazione dei diritti di bambini, adolescenti e famiglie, oltre a una maggiore cura nella rilevazione dello stato strutturale degli ospedali italiani**, consentirebbe di organizzare un intervento efficace. L'indagine deve necessariamente basarsi su un insieme di standard omogenei, validi per tutto il territorio nazionale, in grado di misurare con oggettività ed efficacia la qualità dell'accoglienza ospedaliera pediatrica, oltre che delle cure: uno strumento che tenga conto non solo degli aspetti clinici e delle terapie, ma anche dell'integrità psicologica e sociale del bambino e dell'adolescente ospedalizzato e dei loro genitori. **Purtroppo a oggi, nonostante numerosi richiami, non è ancora stata attivata alcuna indagine specifica da parte delle istituzioni preposte** (Ministero e Regioni). Nel 2008 una delle associazioni del Gruppo CRC<sup>73</sup> ha aggiornato e adattato alla realtà ospedaliera italiana i diritti espressi dalle precedenti carte internazionali, riassumendoli in una Carta di dieci punti che include le problematiche degli adolescenti e che riguarda tutti gli ospedali che offrono servizi di cura

pediatrica<sup>74</sup>. Istituzioni, strutture ospedaliere e diverse associazioni hanno sottoscritto il documento, condividendone i principi di base e attivandosi, ciascuno nel suo ruolo, per favorirne la diffusione e l'applicazione. Per rendere concreto e misurabile l'effettivo rispetto dei diritti di bambini, adolescenti e genitori, è possibile fare riferimento a un **Manuale per la certificazione della qualità delle pediatrie**, che elenca un insieme di procedure necessarie per esaminare, in modo concreto e omogeneo per tutti, il livello dei servizi di cura offerti dalle strutture ospedaliere italiane. Nel 2013 sette Aziende Ospedaliere<sup>75</sup> hanno scelto di aderire a un percorso di valutazione e certificazione che, basandosi sul Manuale e con l'ausilio di un ente certificatore, ha consentito di esaminare l'effettiva aderenza delle pratiche di cura ai principi della Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale. L'obiettivo che ci si deve porre è coinvolgere tutte le figure in questo percorso di esame e di conseguente miglioramento dei servizi di cura: istituzioni, medici, ospedali, ma anche i genitori. È solo con la consapevolezza e la preparazione di tutti che sarà possibile ottenere risultati concreti.

#### **Il Gruppo CRC reitera le seguenti raccomandazioni:**

1. Al **Ministero della Salute** di emanare, di concerto con le **Regioni**, direttive per assicurare un migliore coordinamento tra servizi sanitari socio-educativi e assistenziali, di assicurare la copertura completa dell'assistenza pediatrica sul territorio e un ampliamento dell'orario di accesso (8-20), sia incentivando la pediatria di gruppo e le associazioni multiprofessionali, sia garantendo un numero maggiore di accessi alla specializzazione, sia considerando l'affiancamento ai pediatri di personale infermieristico al fine di aumentare i massimali, e soprattutto di garantire migliori

71 Vd. "Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo – Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari", a cura del Ministero della Salute e della Regione Veneto ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1897\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1897_allegato.pdf)).

72 Vd. comunicato FEDERASMA-AGEBA: <http://www.federasma.org/attivita/attivita/437-diritto-di-accesso-ai-luoghi-di-cura>.

73 La Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale, a cura della Fondazione ABIO Italia Onlus in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP), è consultabile sul sito: [www.abio.org](http://www.abio.org).

74 A cura dell'Associazione Ospedali Pediatrici Italiani è invece una Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale specifica per gli ospedali pediatrici italiani, reperibile sul sito: [www.aopi.it](http://www.aopi.it).

75 L'elenco completo e in costante aggiornamento è consultabile sul sito: [www.allaltezzadeibambini.org](http://www.allaltezzadeibambini.org), dedicato al Progetto Certificazione. I sette ospedali certificati nel 2013 si aggiungono ai due che hanno in precedenza raggiunto questo obiettivo.



competenze sul piano della prevenzione e della comunicazione con le famiglie, incluse quelle migranti, sia predisponendo programmi mirati di cure a domicilio per i casi con bisogni specifici, sia infine attivando un programma nazionale finalizzato in particolare alla minimizzazione del dolore e delle procedure dolorose nella cura del bambino;

2. Al **Ministero della Salute** di provvedere, di concerto con le **Regioni**, ad avviare una serie di indagini che consentano di ottenere dati relativi all'assistenza pediatrica aggiornati e completi, rispetto ai diversi aspetti legati ai luoghi di cura. Da un lato si dovrà conoscere l'effettivo stato delle strutture ospedaliere in termini sia strutturali che di servizi offerti, al fine di valutare dove gli interventi siano più urgenti. Dall'altro il Ministero dovrà divulgare con tempestività e completezza, e renderli fruibili a tutti i cittadini, i dati legati all'assistenza sanitaria offerta nel corso di un anno, quali il numero di posti letto per ospedale e per reparto, il numero dei ricoveri, le patologie più frequenti;

3. Al **Ministero della Salute** di sollecitare alle Regioni l'avvio di indagini specifiche sull'applicazione dei diritti di bambini, adolescenti e genitori nell'ambito dell'intero percorso di cura. Ugualmente dovranno essere favoriti e promossi tutti gli strumenti che consentiranno tali analisi della qualità del percorso di cura.

sviluppo e applicazione di un sistema di monitoraggio;

(c) applichi un approccio multidisciplinare al trattamento dei disturbi psicologici e psico-sociali tra i minori, attraverso la definizione di un sistema integrato di assistenza sanitaria per la salute mentale dei minori che coinvolga, a seconda dei casi, genitori, famiglia e scuola.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 52*

Nell'ambito della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, permangono tutte le criticità già evidenziate nei precedenti Rapporti CRC<sup>76</sup>. L'Italia ha buoni modelli, normative e linee di indirizzo<sup>77</sup>, ma assai poco applicate e con ampie disuguaglianze intra e inter-regionali. Lo stanziamento di risorse da parte delle Regioni continua a essere insufficiente per garantire alle ASL e ai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) di diffondere e consolidare la necessaria rete di strutture territoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, che in alcuni ambiti appare addirittura in significativa diminuzione. Continuano a esserci Regioni<sup>78</sup> in cui mancano gli stessi servizi territoriali e/o il personale è gravemente insufficiente e/o non sono previste tutte le figure multidisciplinari necessarie per i percorsi terapeutici<sup>79</sup>.

Dal 2008 al 2013 si è evidenziato un rilevante **incremento delle richieste alle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza** e un rapido cambiamento nella tipologia di utenti e famiglie. Ad esempio nella Regione Piemonte, dal 2004 al 2011, il numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto con i servizi di NPIA è aumentato mediamente del 6,4% all'anno, mentre il numero di nuovi utenti

## 6. SALUTE MENTALE

52. Il Comitato, riferendosi al proprio Commento Generale n. 4 (2003) sulla salute e lo sviluppo degli adolescenti, raccomanda che l'Italia rafforzi servizi e programmi disponibili e di qualità per la salute mentale e in particolare che:

(a) applichi ed effettui il monitoraggio senza indugio delle Linee guida nazionali sulla salute mentale;

(b) sviluppi una politica generale nazionale sulla salute mentale chiaramente incentrata sulla salute mentale degli adolescenti e ne garantisca l'applicazione efficace attraverso l'attribuzione di finanziamenti, risorse pubbliche adeguate,

76 2° Rapporto Supplementare CRC, p. 99 ([www.gruppocrc.net/IMG/pdf/2\\_Rapporto\\_supplementare-2.pdf](http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/2_Rapporto_supplementare-2.pdf)); 5° Rapporto CRC, pp. 71-76 ([www.gruppocrc.net/IMG/pdf/50\\_Rapporto\\_di\\_aggiornamento\\_Gruppo\\_CRC.pdf](http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/50_Rapporto_di_aggiornamento_Gruppo_CRC.pdf)); 6° rapporto CRC, pp. 88-92 ([http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/6\\_rapporto\\_CRC.pdf](http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/6_rapporto_CRC.pdf)).

77 D.P.R. del 10 novembre 1999, Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000"; D.M. del 24 aprile 2000, "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998/2000"; "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", C.S.R. del 20/03/2008; "Piano di azione nazionale per la salute mentale", C.S.R. del 24/01/2013.

78 Ad esempio, Calabria, Campania, Liguria, Puglia, Sardegna e altre.

79 Ad esempio, in Piemonte, che è una delle pochissime Regioni di cui vi siano dati aggiornati sia di attività che di personale (vd. Regione Piemonte, [www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti](http://www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti)), il 62% dei servizi di NPIA non ha al proprio interno il personale riabilitativo.



nello stesso periodo è aumentato mediamente del 4,9% all'anno<sup>80</sup>. Analogo andamento si rileva nella Regione Toscana<sup>81</sup>, dove gli utenti che hanno avuto almeno un contatto all'anno con i servizi di NPIA sono aumentati del 7% tra il 2010 e il 2011, mentre i nuovi utenti sono aumentati del 4%. Appaiono in aumento sia le richieste per disturbi dello sviluppo (quali la dislessia e i disturbi specifici del linguaggio), sia le richieste per utenti con disabilità o con disturbi psichiatrici di rilevante gravità e complessità. Sono aumentati i comportamenti dirompenti, spesso resi esplosivi dal contemporaneo incremento dell'abuso occasionale di sostanze<sup>82</sup>, che assumono un ruolo significativo sia nella slantizzazione del disturbo psichiatrico che nella complessità della sua gestione. Sono comparse nuove modalità con le quali si manifesta il disagio psichico, attraverso la dipendenza da Internet, l'isolamento in casa, l'aggregazione in bande e molte altre forme. È contemporaneamente diminuita la tenuta del sistema familiare e ambientale complessivo, più frammentato e isolato dal contesto e gravato dalla presenza di criticità lavorative ed economiche, in particolare quando è necessario assistere in modo intensivo e prolungato un figlio con patologia psichiatrica grave e/o disabilità complessa.

Per quanto riguarda i **ricoveri**, già segnalati nei precedenti rapporti come una rilevante area di bisogni inevasi, i posti letto di neuropsichiatria infantile sono diminuiti del 35% in 4 anni, passando dai 512 del 2008 ai 336 del 2012<sup>83</sup>, mentre nello stesso periodo il numero di ricoveri è diminuito del 12%<sup>84</sup>. Solo un terzo dei ricoveri

ordinari riescono ad avvenire in reparto di neuropsichiatria infantile, mentre gli altri avvengono in reparti non adatti, compresi quelli psichiatrici per adulti<sup>85</sup>, con il rischio di percorsi di cura inefficienti e inefficaci e di cronicizzazione<sup>86</sup>. Per quanto riguarda invece il **personale**, l'unica Regione ad avere reso pubblici i relativi dati è il Piemonte, dove vi è stata una diminuzione degli operatori del 10% tra il 2010 e il 2011<sup>87</sup>.

In aumento appaiono invece gli inserimenti in **strutture residenziali terapeutiche**, su cui non esistono dati nazionali e che, spesso, avvengono lontano dalla residenza dei ragazzi a causa della carenza di strutture, con lunghe attese e difficoltà nel reinserimento nel proprio territorio<sup>88</sup>. Gli unici dati approfonditi attualmente disponibili sono quelli della **Regione Lombardia**<sup>89</sup> relativi al 2011, anno nel corso del quale gli inserimenti di utenti lombardi in residenzialità terapeutica sono stati 427, con un aumento del 16% rispetto all'anno precedente. Il 61% di essi presentava patologia psichiatrica senza disabilità intellettiva, mentre il restante 39% presentava disabilità. I problemi di comportamento sono risultati essere uno degli elementi maggiormente rilevanti, essendo presenti nell'87% degli utenti, con grave etero-aggressività o grave auto-aggressività nel 58% dei casi. Il 45% dei ragazzi inseriti presentava una "doppia diagnosi", mentre il 16% presentava più di tre diagnosi.

80 Dati Regione Piemonte ([www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti](http://www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti)).

81 ARS Toscana, "L'epidemiologia della salute mentale in Toscana", *Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*, n. 63, novembre 2011 ([https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2011/63\\_salute\\_mentalexweb.pdf](https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2011/63_salute_mentalexweb.pdf)); ARS Toscana, "La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi", *Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*, n. 68, novembre 2012 ([https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2012/68\\_salute\\_mentale.pdf](https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2012/68_salute_mentale.pdf)).

82 Si vd. quanto descritto nel paragrafo relativo a "Minori e condotte d'abuso".

83 Ministero della Salute, Posti letto per Regione e disciplina, aggiornato al 10 febbraio 2014 (<http://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=17>).

84 Ministero della Salute, Rapporto SDO 2012 ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=1237&area=ricoveri Ospedali&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1237&area=ricoveri Ospedali&menu=vuoto)).

85 Calderoni, D., *Criticità di sistema nei ricoveri psichiatrici in adolescenza*, intervento al Convegno "Modelli innovativi di intervento nella crisi acuta in adolescenza", Milano, maggio 2010; vd. anche il documento predisposto dal GAT sul trattamento dell'acuzie psichiatrica in adolescenza, Regione Lombardia, 13 febbraio 2012 (download: [http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3400\\_DOCUMENTO\\_GAT.pdf](http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3400_DOCUMENTO_GAT.pdf)).

86 Royal College of Psychiatrists, *Recommendations for in-patient psychiatric care for young people with severe mental illness*, London 2005; WHO, "Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans", Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2005 ([www.who.int/mental\\_health/policy/Childado\\_mh\\_module.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf)).

87 Dati Regione Piemonte ([www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti](http://www.sinpia.eu/regionali/sezione/cat/37/page/documenti)).

88 Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità, Report relativo ai ricoveri extra-contratto 2010, nota della D.G. Sanità del 04/06/2012, prot. H1.2012.0017581 (download: [http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3660\\_Ricoveri\\_extracontratto\\_psichiatria\\_e\\_NPIA\\_2010.doc](http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=3660_Ricoveri_extracontratto_psichiatria_e_NPIA_2010.doc)).

89 Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità – U.O. Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari – documento prot. n. 12014.0011302 del 18 marzo 2014. Costantino, M.A., et al., "Sviluppo e innovazione nell'area dell'infanzia e adolescenza. La psichiatria di comunità in Lombardia", in Percudani M., et al. (a cura di), *Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, McGraw-Hill Education, Milano 2013, pp. 217-236 ([http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=4661\\_piano\\_regionale\\_salute\\_mentale\\_2004\\_2012.pdf](http://normativasanservizirl.it/port/GetNormativaFile?fileName=4661_piano_regionale_salute_mentale_2004_2012.pdf)).



Nel dettaglio, il 54% dei soggetti accolti in strutture terapeutiche presentava disturbi di condotta e di personalità, il 10% presentava disturbi psicotici, il 7% disturbi affettivi, mentre il 4% presentava disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, nel 60% degli utenti era presente un provvedimento del Tribunale per i Minorenni e nel 75% dei casi erano presenti significative difficoltà in ambito familiare. La durata media degli inserimenti in residenzialità terapeutica è risultata pari a 14 mesi, ma nel 32% dei casi l'inserimento aveva superato i 24 mesi. Complessivamente, l'elevata presenza di significativi disturbi di comportamento e di grave disagio familiare evidenzia la necessità di potenziare gli interventi preventivi in tali ambiti, in un'ottica bio-psico-sociale che tenga in adeguata considerazione quanto oggi noto dalla più moderna ricerca nelle neuroscienze rispetto al ruolo dei fattori di rischio e dei fattori protettivi. Particolarmente rilevante appare il dato lombardo relativo agli inserimenti in residenzialità terapeutica di utenti provenienti da percorsi adottivi, che sono stati il 7% dei minorenni con disabilità e il 9% dei minorenni con disturbi psichiatrici. È possibile approssimare che la percentuale di adottivi nella popolazione minorenni sia inferiore all'1%, evidenziando quindi un maggior rischio di collocamento in residenzialità terapeutica per i ragazzi provenienti da percorsi adottivi, che è certamente meritevole di ulteriori approfondimenti mirati.

A livello nazionale, sono invece noti i dati grezzi relativi agli inserimenti di minorenni con disabilità in strutture residenziali riabilitative, che nel 2010 sono stati 1.135, con un aumento dell'8% rispetto al 2008<sup>90</sup>.

Per quanto riguarda i **Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**, già ampiamente approfonditi nei Rapporti precedenti<sup>91</sup>, nel corso del 2013 è stato infine pubblicato il documento conclusivo della Consensus Conference sui Disturbi del Comportamento Alimentare nell'adolescente e nel giovane adulto, celebrata nel

2012<sup>92</sup>, che ha avuto positive ricadute sull'attenzione al problema e sul monitoraggio delle risposte sia a livello regionale, che nazionale. Non è invece stata ancora celebrata la *consensus conference* specifica per i DCA in età infantile e adolescenziale.

Per quanto riguarda la prescrizione degli psicofarmaci per i bambini e gli adolescenti, **a differenza che nel resto del mondo occidentale, i dati più recenti per l'Italia evidenziano che non ci sono stati sostanziali cambiamenti negli ultimi anni.** Come già illustrato nel 5° Rapporto CRC<sup>93</sup>, gli ultimi dati sono riferiti al 2010, con una percentuale di prescrizioni nella popolazione 0-17 anni dell'1,1 per mille per gli antidepressivi, 0,7 per mille per gli antipsicotici e 0,3 per mille per i farmaci stimolanti utilizzati nella terapia dell'ADHD. Stando invece a quanto riportato nel 15° Rapporto ESPAD<sup>94</sup>, in base a questionari auto compilati dai ragazzi, nel 2012 in Italia l'8,2% degli studenti italiani ha segnalato l'uso di psicofarmaci. Anche in questo caso la percentuale è rimasta stabile nel periodo 2007-2012. I più utilizzati sono risultati i farmaci per dormire (7% delle ragazze e 3,6% dei ragazzi), seguiti dai farmaci per le diete (3,4% delle ragazze e 1,6% dei ragazzi).

Complessivamente, la perdurante **assenza di un sistema di monitoraggio complessivo della salute mentale** in età evolutiva, e dello stato dei servizi e delle iniziative in questo campo, resta uno degli elementi di maggiore criticità, poiché impedisce di descrivere, monitorare e programmare adeguatamente gli interventi.

Nel 2013, non sono stati approvati nuovi **documenti istituzionali e linee guida.** Proseguono, in alcune Regioni, programmi di intervento mirati per migliorare il coordinamento e la rete<sup>95</sup> e per potenziare i servizi attraverso progetti innovativi<sup>96</sup>. Nell'ambito del Piano Nazionale Pre-

90 Dati Annuario statistico del SSN, anni 2008, 2009 e 2010 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1933\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1933_allegato.pdf)).

91 5° e 6° Rapporto CRC.

92 Rapporto ISTISAN n. 6/2013 (<http://www.iss.it/binary/publ/cont/tredici6web.pdf>).

93 Si vd. 5° Rapporto CRC.

94 15° Rapporto ESPAD Italia, 2012

([http://www.epid.ifc.cnr.it/AreaDownload/Report/ESPAD/opuscolo\\_Espad-Italia\\_2012.pdf](http://www.epid.ifc.cnr.it/AreaDownload/Report/ESPAD/opuscolo_Espad-Italia_2012.pdf)).

95 Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana.

96 Emilia Romagna, Lombardia, Toscana.



venzione, tra i progetti CCM 2013<sup>97</sup> appaiono in aumento i temi connessi alla salute mentale in età evolutiva, quali i disturbi della comunicazione e gli esordi psicotici, che vengono ad aggiungersi a quanto messo in campo negli anni precedenti sui DCA, come “Guadagnare Salute in adolescenza” e altre iniziative.

Ciononostante, a fronte di un quadro sociale ed epidemiologico in rapido cambiamento, nel campo della promozione della salute mentale durante l'infanzia e l'adolescenza e della diagnosi precoce dei disturbi neuropsichici, le iniziative continuano a restare poche, frammentate, con fondi molto limitati soprattutto nell'attuale periodo di crisi, e non sufficientemente coordinate tra le diverse componenti sanitarie (Dipartimento di Salute Mentale degli adulti, servizi di NPIA e pediatrici, servizi consultoriali, Dipartimento Dipendenze) e con l'area scolastica, educativa e sociale.

**Pertanto il Gruppo CRC, dal 2012, raccomanda:**

1. Al **Ministero della Salute** e alla **Commissione Salute della Conferenza delle Regioni** di garantire, attraverso adeguati investimenti di risorse, la presenza omogenea in tutto il Territorio nazionale di un sistema integrato di servizi di Neuropsichiatria Infantile, sia in termini di professionalità che di strutture, in grado di operare in coerente sinergia con pediatri, pedagogisti clinici e altre figure professionali riconosciute, così da garantire i necessari interventi non farmacologici e/o farmacologici e un approccio il più possibile multidisciplinare ai disturbi neuro-psichici dell'infanzia e dell'adolescenza, strutturando inoltre al suo interno Centri di Riferimento per patologie particolarmente rilevanti come DCA, autismo ecc., e riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni;
2. Al **Ministero della Salute**, alla **Commissione Salute della Conferenza delle Regioni**, all'**Istituto Superiore di Sanità**, ai **Servizi**

**di Neuropsichiatria** di strutturare un adeguato sistema di monitoraggio della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, dello stato dei servizi ad essa dedicati e dei percorsi diagnostici e assistenziali dei disturbi neuro-psichici nell'età evolutiva, riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni;

3. Al **Ministero della Salute**, al **Ministero dell'Istruzione**, dell'**Università e della Ricerca**, alla **Commissione Salute della Conferenza delle Regioni** di pianificare interventi coordinati di promozione della salute mentale, con particolare attenzione alla sensibilizzazione e formazione dei pediatri di famiglia e degli operatori scolastici, alla prevenzione dei suicidi, dei DCA e di altri analoghi disturbi a elevato impatto, riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

## 7. BAMBINI E ADOLESCENTI, SALUTE E DISABILITÀ

46. Il Comitato raccomanda che l'Italia riveda le politiche e i programmi esistenti per garantire un approccio basato sui diritti in relazione ai bambini con disabilità e valuti iniziative di informazione e formazione volte a garantire un'elevata sensibilizzazione dei funzionari governativi competenti e della collettività in merito a questo tema. Il Comitato raccomanda, anche, che l'Italia provveda a fornire un numero sufficiente di insegnanti specializzati a tutte le scuole, affinché tutti i bambini con disabilità possano accedere a un'istruzione completa e di elevata qualità. Inoltre, il Comitato raccomanda che l'Italia effettui la raccolta di dati specifici e disaggregati sui bambini con disabilità, inclusi quelli di età compresa tra 0 e 6 anni, per adattare politiche e programmi in base alle esigenze. A tale proposito, il Comitato invita l'Italia a tenere conto del Commento Generale n. 9 (2006) sui diritti dei bambini con disabilità.

*CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 46*

<sup>97</sup> Programma CCM 2013 (<http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/1800&idP=740&idF=1800>).



Non esistono evidenze sui siti ufficiali dei Ministeri e delle Regioni, in merito alle raccomandazioni effettuate nel precedente Rapporto, relativamente alla condizione di salute e disabilità nell'infanzia e nell'adolescenza. Non si osservano provvedimenti rispetto agli auspicati LEA per favorire l'omogeneità nazionale dell'accesso ai servizi di diagnosi e riabilitazione e tantomeno si colgono politiche orientate a una visione inclusiva, coerentemente con i dettami della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. La scarsa corrispondenza alle indicazioni della CRPD da parte dei dispositivi italiani è evidenziata anche nel *Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, unico documento ufficiale pubblicato nel 2013 che suggerisca azioni concrete per la definizione di una strategia nazionale sul tema<sup>98</sup>. Ben accolto anche dalle associazioni del Terzo Settore, che sono state ampiamente coinvolte nella sua stesura, il Piano di Azione individua le operazioni necessarie affinché le politiche e strategie sulla disabilità rispecchino pienamente il necessario cambiamento culturale e di prospettiva dettato dalla Convenzione ONU<sup>99</sup>. In particolare, ai fini dell'accesso al diritto alla salute da parte dei minori con disabilità, il Piano **vincola i valori della non discriminazione, le pari opportunità, l'accessibilità e la partecipazione attiva a un reale godimento del diritto alla salute**, sviluppando strategie in grado di considerare il benessere emotivo. Pertanto, viene ulteriormente confermata l'importanza di adottare un sistema di accertamento basato sul livello "globale" di funzionamento, che è imprescindibile da un adeguato livello di partecipazione della persona con disabilità, inclusi i minorenni, e anche quando si tratta di un minore con disabilità intellettiva e/o rela-

zionale. I bambini e adolescenti con disabilità devono poter raggiungere il massimo livello di consapevolezza di sé e sulla base di ciò essere facilitati nello sviluppo di capacità in un percorso di *empowerment*.

In attesa di poter valutare quanto prescritto dal Piano di Azione biennale, si segnala che rispetto al precedente Rapporto CRC, il quadro generale permane immutato. Le criticità e le proposte ripetutamente segnalate nei Rapporti degli ultimi 4 anni, non hanno trovato ad oggi riscontri nella legislazione nazionale.

La reale attuazione delle politiche sulla disabilità, però, passa principalmente **attraverso l'adozione di strumenti d'indagine e monitoraggio in grado di misurare l'entità quantitativa e qualitativa dello stato di salute dei bambini con disabilità**; e su questo aspetto ci troviamo nuovamente a denunciare **la totale mancanza di dati rispetto alla fascia di età 0-5 e di una misurazione dell'impatto della disabilità sulla prima infanzia, incluse le fasce di popolazione a possibile maggior rischio nell'accesso e nell'equità delle cure, come i bambini stranieri** (in corsivo il testo preso dal precedente Rapporto). Su questo ultimo aspetto si segnala il confronto avviato con la Direzione dei Sistemi Informativi del Ministero della Salute, al fine di includere nell'indagine multiscopo ISTAT alcune domande specifiche volte a favorire l'informazione sui bambini con disabilità in fascia d'età 0-5, su cui però non abbiamo ancora ricevuto riscontri<sup>100</sup>.

Al momento i modelli di welfare regionali paiono genericamente concentrati a individuare contromisure rispetto alla diminuzione dei fondi sanitari e sociali da cui dipendono politiche e prassi a favore della condizione di salute e disabilità nell'infanzia e nell'adolescenza.

L'attuale contingenza economica e sociale non giustifica l'assenza di politiche e di atti legislativi, finalizzati al miglioramento dei diritti alla salute in età evolutiva. Prova ne sia che nem-

98 Il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi della Legge n. 18 del 3 marzo 2009, art. 5, comma 3 ([http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Programma\\_azione\\_disabilita.pdf](http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Programma_azione_disabilita.pdf)) è stato redatto dall'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità e adottato con Decreto del Presidente della Repubblica il 4 ottobre 2013.

99 Ai fini della valutazione circa l'attuazione del Piano di Azione biennale, è importante specificare che lo stesso limita il finanziamento delle azioni agli stanziamenti già previsti e che la proposta di eventuali spese aggiuntive dovrà trovare riscontro nella Legge di Stabilità.

100 Comunicazione inviata il 14/10/2013 alla Direzione Sistemi Informativi in cui si propone di inserire alcune domande specifiche per l'indagine multiscopo ISTAT, attraverso le quali riuscire a ottenere dati in più sui bambini e le bambine con disabilità in Italia anche nella fascia 0-5, così come concordato nell'incontro avuto con una delegazione del Gruppo CRC lo scorso settembre. La raccolta dati per la fascia 0-5 per altro è raccomandata anche nel citato Piano di Azione biennale.



meno le raccomandazioni del Comitato ONU, formulate a seguito dell'analisi della situazione italiana<sup>101</sup>, sono state recepite e implementate con i provvedimenti attesi. La presa in carico e la definizione dei piani di riabilitazione individuali precoci e continui sono ad oggi frammentate e non sfruttano appieno la rete di integrazione socio-sanitaria territoriale; l'attivazione dei Punti Unici di Accesso rimane tuttora disomogenea.

**Si conferma la preoccupazione riferita al rapporto tra condizione di disabilità e povertà, che limita sempre più il diritto di accesso ai servizi.** La riforma dell'ISEE<sup>102</sup>, entrata recentemente in vigore, presenta delle criticità circa i criteri introdotti per valutare la situazione economica dei bambini con disabilità, che dovranno essere valutate in modo più approfondito in sede di piena applicazione dell'istituto. Inoltre, è di vitale importanza assicurare un'omogenea attuazione dell'indicatore ISEE su tutto il Territorio nazionale, non riconoscendo alle Regioni la facoltà di modificarne il calcolo.

**Si conferma grave il ritardo dei servizi di "presa in carico precoce"**, che rimangono, come rilevato nel 3°, 4° 5° e 6° Rapporto CRC e in quello Supplementare, tardivi e frammentati, con conseguenze dirette sull'elaborazione di politiche sanitarie e socio-sanitarie efficaci.

**Il rapporto con la scuola** si conferma frammentario e disomogeneo da territorio a territorio, soprattutto nell'età primaria in cui l'intervento precoce integrato risulta decisivo per l'efficacia degli approcci riabilitativi.

Permane particolarmente **critico il passaggio dalla NPIA ai servizi assistenziali per adulti** al compimento del 18esimo anno, a causa della mancanza di accordi di programma e/o protocolli operativi tra gli ambiti di competenza. Il minore e la famiglia perdono sovente i riferimenti specialistici che sarebbero invece determinanti, specie in presenza di quadri clinici complessi come le doppie diagnosi e i disturbi dello spettro autistico.

Per quanto riguarda le famiglie è ancora mol-

to carente l'offerta dei servizi di accoglienza, ascolto e orientamento, che dovrebbero essere assicurati dai Consulenti pubblici nell'ambito di un piano di riqualificazione degli stessi in Centri per la Famiglia. Da questo punto di vista si segnala il provvedimento adottato dalla Regione Lombardia nell'ambito del riordino delle unità di offerte socio-sanitarie.

#### Il Gruppo CRC raccomanda:

1. Al **Ministero della Salute e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni** di garantire risposte omogenee in tutto il Territorio nazionale ai minori con disabilità, nella direzione di un superamento delle disparità e discrepanze della qualità dell'assistenza tra regioni/territori, definendo con accuratezza i Livelli Essenziali di assistenza appropriati e riferendo annualmente l'esito dell'azione alla Commissione Parlamentare per l'Infanzia e l'Adolescenza e alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni;
2. Al **Governo, ai Ministeri competenti e alle Regioni** di recepire e rendere operative con urgenza le osservazioni del Comitato ONU concernenti le limitate informazioni sui minori con disabilità e, in particolare, la mancanza di dati statistici relativi alla fascia d'età 0-5 anni;
3. Alle **Regioni e agli Enti Locali** di realizzare, alla luce del decentramento delle politiche sociali a livello regionale, politiche e modelli di welfare regionali e locali di tipo "inclusivo", ispirati ai principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ponendo il diritto alla salute e l'accessibilità al centro delle azioni programmatiche, e di adoperarsi con le associazioni e le altre realtà che si occupano di disabilità al fine di rendere effettivamente conosciuta e applicata detta Convenzione in tutte le sue parti.

<sup>101</sup> Si vedano i paragrafi analoghi dei precedenti Rapporti CRC su [www.gruppocrc.net/salute-e-servizi](http://www.gruppocrc.net/salute-e-servizi).

<sup>102</sup> I principi della Riforma dell'ISEE (<http://www.governo.it/Governo/ConsiglioMinistri/dettaglio.asp?d=74005>).



## 8. ACCESSO AI SERVIZI SANITARI PER I MINORI STRANIERI

48. Il Comitato raccomanda che l'Italia prenda provvedimenti immediati per promuovere standard comuni nei servizi di assistenza sanitaria per tutti i bambini in tutte le regioni e che:

e) sviluppi e metta in atto una campagna di informazione e di sensibilizzazione sul diritto all'assistenza sanitaria di tutti i bambini, inclusi quelli di origine straniera, con particolare attenzione alle strutture di assistenza sanitaria utilizzate dalle comunità straniere; tale campagna deve includere la correzione degli elevati tassi di natimortalità e di mortalità prenatale tra le madri straniere.

CRC/C/ITA/CO/3-4, punto 48, lett. e)

Nella consapevolezza che la tutela della salute non vada ricercata solo e soltanto attraverso cure efficaci [...], quanto piuttosto attraverso la sua promozione, è evidente come i sistemi sanitari, ispirati ai principi di **equità nell'accesso e globalità dei servizi**, rappresentino solo uno degli strumenti necessari, all'interno di uno sforzo più ampio di politiche intersettoriali per la salute e di un reale coinvolgimento degli individui e della comunità in un'ottica di empowerment<sup>103</sup>. Un'indagine ISTAT<sup>104</sup> per gli anni 2011-2012 mostra come **gli stranieri abbiano una percezione positiva del proprio stato di salute**: l'87,5% giudica buone o molto buone le proprie condizioni di salute (vs. l'83,5% degli italiani) e, difatti, per tutte le classi di età si riscontrano percentuali di "buona salute" più elevate fra gli stranieri rispetto agli italiani. Inoltre, in assenza di disturbi o sintomi, **il 62,9% dei giovani under 14 va dal medico per visite generiche o pediatriche**, verosimilmente perché coinvolti nell'iter di prevenzione obbligatoria prevista per questa fascia di età. L'analisi dei dati individua le criticità tuttora esistenti, relativamente alle difficoltà di accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari (in generale il 13% degli stranieri ha difficoltà a spiegare i

disturbi al medico in italiano e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice loro e il 13% ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrative burocratiche) e sottolinea l'importanza di pianificare interventi sempre più appropriati, anche attraverso la mediazione culturale, quando necessario.

Dal punto di vista della **sostenibilità per il SSN**, i risultati di uno studio condotto nella **Regione Marche**<sup>105</sup> (2007-2010) mostrano che i ricoveri degli italiani (93,2%) coprono il 94,6% della spesa sanitaria; i ricoveri degli immigrati regolarmente residenti (6,5%) assorbono il 5% della spesa; mentre l'onere per i ricoveri degli immigrati "irregolari" (0,3%) è intorno allo 0,3%. I dati rimangono stabili nel tempo, nonostante l'incremento della popolazione di stranieri residenti (nel 2007 pari al 4%, nel 2010 al 7%). Per gli immigrati "irregolari" (per lo più extra-comunitari, spesso in condizioni di marginalità sociale, con "minor grado di cittadinanza" e senza possibilità di iscriversi al SSN), soprattutto nella classe di età pediatrica (0-14 anni) il "peso" (in termini di complessità assistenziale) dei ricoveri è maggiore rispetto a quello sia degli italiani sia degli immigrati residenti<sup>106</sup>. I dati riportati sottolineano come la possibilità per gli immigrati di accedere al SSN abbia un ruolo positivo, soprattutto per i bambini, senza che ciò comporti un temuto aggravio di spesa.

Nel 6° Rapporto CRC si raccomandava alle Regioni e Province Autonome, come previsto **dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni**<sup>107</sup>, di "prevedere l'iscrizione obbligatoria al SSN con l'attribuzione del Pediatra di libera scelta [...] a tutti i minori stranieri presenti sul territorio nazionale a prescindere dalla loro condizione giuridica (STP<sup>108</sup>) e di estendere tale op-

105 Carletti, P., et al., *Cosa sappiamo sui costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati?* ([http://www.quotidianosanita.it/allegati/create\\_pdf.php?all=3012570.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=3012570.pdf)).

106 *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, a cura del Gruppo di lavoro nazionale "Salute immigrati", 2009 (<http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1326&idP=740>).

107 Testo approvato il 20 dicembre 2012 e pubblicato in GU Serie Generale n. 32 del 07/02/2013 - Suppl. Ordinario n. 9 ([http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-02-07&atto.codiceRedazionale=13A00918&elenco30giorni=false](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-02-07&atto.codiceRedazionale=13A00918&elenco30giorni=false)).

108 Stranieri non appartenenti all'Unione Europea senza permesso di soggiorno (Straniero Temporaneamente Presente - STP).

103 Marceca, M., "Universalismo, solidarietà ed equità delle cure e crisi dei sistemi sanitari", intervento al Convegno FNOMCeO, Promozione della salute e cooperazione internazionale, Roma 4-5 ottobre 2013, pubblicato in *La Professione*, 2-2013, p. 33.

104 Indagine ISTAT su "Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi", finanziata dalla Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute (<http://www.istat.it/it/archivio/110879>).



portunità ai minori comunitari in possesso di codice ENI<sup>109</sup> o analogo”. Nonostante l’Accordo sia “cogente”<sup>110</sup>, da un monitoraggio<sup>111</sup> sul suo recepimento è emerso che, in assenza di una *governance* nazionale (in questo caso da parte del Ministero della Salute), quanto sopra riportato è stato disatteso: sono infatti ancora forti le differenze tra le Regioni e in alcuni casi le difformità sono addirittura aumentate<sup>112</sup>. Solo otto Regioni (Lazio, Puglia, Liguria, Campania, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Abruzzo) e una Provincia autonoma (Trento) lo hanno ratificato e, comunque, in pratica non lo applicano “nel suo ambito più innovativo e qualificante” relativo all’**iscrizione al SSR dei minori stranieri in condizioni di irregolarità giuridica**. In tutte le Regioni, tranne che in Sicilia<sup>113</sup>, gli Enti Locali attendono indicazioni ministeriali su come applicare amministrativamente quanto stabilito dall’Accordo. Altre Regioni, che invece non hanno ratificato l’accordo, lo applicano ugualmente ma con modalità varie<sup>114</sup>. Altra incongruità è la limitazione, ove applicata, dell’iscrizione al SSR e al PLS dei minori fino ai 14 anni di età, laddove però, secondo la Convenzione, si è minori fino al compimento del diciottesimo anno.

Nel quadro di una popolazione mediamente più giovane di quella italiana, tra ricongiunti e nati in Italia, **l’incidenza dei minori tra i non comunitari soggiornanti continua ad aumentare** e, agli inizi del 2013, ha raggiunto il 24,1% (908.539 su quasi 3,8 milioni di persone). I mi-

nori stranieri (comunitari e non) nel corso del tempo sono diventati una frazione rilevante della popolazione residente, con **un’incidenza di circa il 10% sui minori nel loro complesso**. Considerando le seconde generazioni, in particolare i figli di stranieri nati in Italia, l’ISTAT stima che fossero circa 736.000 nel 2011, che con i nati nel 2012 portano a un totale di oltre 800.000 minori: una componente cruciale del bilancio demografico nazionale, nonché una quota rilevante, anzi maggioritaria, di tutti i minori stranieri in Italia, dato che due su tre sono nati nel nostro Paese<sup>115</sup>. La tendenza del resto è ormai consolidata: infatti, nel 1995 i “nati stranieri” erano 9.061; nel 2000 quasi 30.000 e nel 2012 sono stati 79.894, con un’incidenza sul totale delle nascite che ha subito un incremento dall’1,7% al 4,8% fino al 14,9%. La loro presenza, senza dubbio vantaggiosa per gli andamenti demografici italiani, attesta i percorsi di radicamento familiare intrapresi dai migranti e, parallelamente, racconta di ragazzi e ragazze, che pur non essendo nati nel nostro Paese, crescono in Italia al fianco dei coetanei italiani e qui hanno compiuto parte o tutta la loro formazione scolastica, non sempre riuscendo ad acquisire un analogo *status* di cittadinanza<sup>116</sup>.

Ai sensi dell’art. 6 della Legge 94/2009, allo straniero che non può esibire **“documenti inerenti il soggiorno”** non è consentito produrre “atti di stato civile” e quindi registrare la nascita del figlio effettuandone il riconoscimento, con conseguenze di ordine sociale e sanitario gravissime. Solo la circolare n. 19 del 7 agosto 2009 del Ministero dell’Interno (emessa il giorno prima dell’entrata in vigore della legge citata) consente oggi agli stranieri irregolari di effettuare la dichiarazione di nascita dei figli senza presentare il permesso di soggiorno. La circolare non dirime il dubbio circa l’interpretazione del citato articolo 6: infatti, molti stranieri *undocumented* ancora non registrano i propri figli per paura di essere denunciati e, in alcune realtà, i dipendenti dell’Ufficio Anagrafe continuano a chiedere ai genitori di esibire il

109 Cittadini dell’Unione Europea indigenti, senza TEAM, senza attestazioni di diritto di soggiorno, senza requisiti per l’iscrizione obbligatoria al SSN (Europei Non Iscritti – ENI).

110 Parere ASGI (www.asgi.it).

111 Vd. dati della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (www.simweb.it).

112 Geraci, S., “Se il Ministero e le Regioni disattendono le regole. Il punto sull’applicazione dell’accordo Stato-Regioni del 20 Dicembre 2012”, *Il Sole24Ore*, Suppl. Sanità, febbraio 2014.

113 Assessorato della Salute della Regione Sicilia, D.A. n. 326/2014 su “Assistenza sanitaria agli stranieri – Procedure di iscrizione al SSR dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori rispettivamente del codice STP ed ENI”.

114 Ad esempio, la Lombardia (vd. Deliberazione X/1185 del 20/12/2013, punto 2, p. 49) ha riconosciuto l’iscrizione al SSR e la possibilità di accesso al PLS ai “minori stranieri irregolari, di qualunque nazionalità” fino ai 14 anni, per tre anni. Sempre per tale fascia di popolazione (ad esclusione dei comunitari), l’Emilia Romagna (con delibera G.R. Reg. proposta n. GPG/2013/1516 del 30/12/2013) ha previsto, attraverso il codice STP, l’iscrizione al SSR e l’assegnazione del pediatra per un anno (rinnovabile). Vd. www.simmweb.it.

115 Giovanetti, M., Nicotra, V., *Da residenti a cittadini*, Cittalia - Fondazione Studi e Ricerche Anci, Roma 2012.

116 Si vd. retro Capitolo III, par. “Diritto registrazione e cittadinanza”.



permesso di soggiorno. Bisogna anche considerare che non tutti i bambini nascono nelle strutture ospedaliere (vd. i parti in ambito domestico per le comunità “chiuse”, come cinesi e rom) e quindi non sempre alla nascita segue la registrazione. In base al XIX Rapporto Nazionale sulle Migrazioni, elaborato dall'ISMU<sup>117</sup>, al 1° gennaio 2013 erano presenti circa 235.000 stranieri senza il permesso di soggiorno, maggiorenni ed “espellibili”, cui vanno aggiunti **approssimativamente 50.000 minorenni irregolari**. Il fenomeno, difficilmente quantificabile<sup>118</sup>, delinea un **sommerso demografico** che espone i bambini figli di immigrati irregolari, in quanto **“nati invisibili”**, a un potenziale danno per la loro salute<sup>119</sup>.

Questione altrettanto rilevante, in termini di sanità pubblica, è quella relativa alla **dimensione prettamente sanitaria degli “sbarchi”** che, vista la regolarità con cui si sono verificati nell'ultimo ventennio e la presenza di bambini nelle spedizioni<sup>120</sup>, non può essere considerata esclusivamente emergenziale. Se da un lato, infatti, l'emergenza sanitaria al momento dello sbarco espone i bambini, con minori capacità di compenso biologico, a un rischio maggiore di patologie da agenti fisici o indotte dalle condizioni del trasporto, dall'altro, una volta sbarcati, le condizioni di accoglienza sono inaccettabili rispetto a principi elementari di salute pubblica e di igiene mentale e svolgono un'azione direttamente patogena per i richiedenti asilo sopravvissuti al viaggio<sup>121</sup>. Tutelare la salute di persone che si trovano sul nostro Territorio è “una responsabilità italiana”<sup>122</sup>. Nel caso di bambini e adolescenti, interventi di

presa in carico multidimensionale e multidisciplinare (pediatrica, psicologica, educativa) sono ancora più necessari<sup>123</sup> e dovrebbero prevedere la formazione dei professionisti incaricati, la centralità delle figure del pediatra e del mediatore culturale, l'aggiornamento periodico delle procedure. Ogni standardizzazione nell'approccio, che non tenga conto del contesto di provenienza del bambino migrante, della sua storia personale e familiare e dell'anamnesi fisiologica e patologica, rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici con ricadute importanti, non necessariamente positive, oltre che sulla spesa sanitaria anche sui diritti fondamentali dei minori, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica. Facendo riferimento a quanto già raccomandato nel precedente Rapporto<sup>124</sup>, si sottolinea l'importanza dell'attivazione di “un gruppo di lavoro interistituzionale” che individui Enti, Società Scientifiche e Associazioni che possano definire i contenuti essenziali del percorso formativo (sia teorico che pratico) degli operatori coinvolti.

#### **Pertanto, il Gruppo CRC raccomanda:**

1. Al **Ministero della Salute**, relativamente all'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni, di diramare una nota esplicativa per rendere uniforme, dal punto di vista amministrativo, l'iscrizione al SSR dei minori stranieri in condizioni di irregolarità giuridica, possessori di codice STP ed ENI, equiparando i livelli assistenziali organizzativi di tali codici;
2. Al **Ministero dell'Interno** di rendere il più breve possibile il tempo di permanenza dei minori e delle loro famiglie nei luoghi degli sbarchi, di garantire la continuità assistenziale nei luoghi di seconda accoglienza e, ove necessario, di avviare un percorso multidisciplinare, in cui la competenza culturale degli operatori risulti efficace non solo in un'ottica di assistenza, ma anche di costo/beneficio;

117 Iniziative e studi sulla multietnicità ([www.ismu.org](http://www.ismu.org)).

118 6° Rapporto CRC – Capitolo V – Paragrafo “Accesso ai Servizi Sanitari dei Minori Stranieri” – Raccomandazione n. 1 ([http://grupprocrc.net/IMG/pdf/6\\_rapporto\\_CRC.pdf](http://grupprocrc.net/IMG/pdf/6_rapporto_CRC.pdf)).

119 Canetta, T., Pruneddu, P., “Neonati ‘clandestini’ invisibili per lo Stato”, *Linkiesta*, 20 dicembre 2013 (<http://www.linkiesta.it/immigrati-figli-ana-grafe>).

120 Sono 40.244 i migranti arrivati in Italia via mare tra il 1 gennaio e il 30 novembre 2013, di cui 7.928 minori (1 su 5). Fonte: [http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/News/Pagine/Minori-Migranti-in-Arrivo-via-Mare\\_SAVE-the-CHILDREN-2013.aspx](http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/News/Pagine/Minori-Migranti-in-Arrivo-via-Mare_SAVE-the-CHILDREN-2013.aspx).

121 Aragona, M., et al., “Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study”, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 2013, 49(2): 169-175 (<http://www.iss.it/publ/anna/2013/2/492169.pdf>).

122 Mazzetti, M., *Lampedusa: Una Questione di Sanità Pubblica*, Progetto “Ferite Invisibili”, 2013.

123 Vd. GS Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria (<http://www.glnbi.org/documenti/cdb4c-b7a8324b48bde12dc58b2c53093.pdf>).

124 6° Rapporto CRC – Capitolo V – Paragrafo “Accesso ai Servizi Sanitari dei Minori Stranieri” – Raccomandazione n. 2 ([http://grupprocrc.net/IMG/pdf/6\\_rapporto\\_CRC.pdf](http://grupprocrc.net/IMG/pdf/6_rapporto_CRC.pdf)).



3. Alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri** di affrontare, prendendone atto, i problemi connessi alle “nascite invisibili” (mancata registrazione all’anagrafe dei figli di immigrati irregolari), riformulando l’attuale articolo 6 del Testo Unico – D.L. 286 del 25 luglio 1998 – e reintroducendo esplicitamente – come da testo non modificato della Legge 94/2009 (art. 1, comma 22, lettera g) – gli atti di stato civile tra quelli per i quali non è necessaria l’esibizione dei documenti di soggiorno.