

Disuguaglianze nella Salute nell'infanzia e nell'adolescenza In Campania

Giuseppe Cirillo
Maurizio Bonati
Rita Campi
Enrico de Campora
Paolo Slani

La **povertà** rappresenta il maggior determinante di salute, povertà intesa non solo come mancanza di risorse economiche, ma più in generale come mancanza di supporti emotivi e psicologici, mancanza di protezione ambientale, carenza di istruzione, carenza di opportunità, inadeguatezza abitativa, mancanza di informazioni, ecc.

Nell'infanzia le condizioni di salute sono influenzate dalle caratteristiche e dalle condizioni sociali ed economiche dei genitori. Le disagiate condizioni socioeconomiche nell'infanzia, conseguenti alla scarsità di reddito in termini di: alimentazione, abitazione e ambiente influenzano lo stato di salute durante l'infanzia, ma anche nell'età adulta, attraverso sia un diverso accesso ai servizi sanitari che attraverso le abitudini di vita e i modelli comportamentali. Nelle classi sociali disagiate è più frequente infatti l'utilizzazione dei servizi sanitari di emergenza, l'uso di sostanze, il fumo di tabacco, l'alcool, le errate abitudini alimentari, la mancanza di esercizio fisico, i comportamenti a rischio per incidenti.

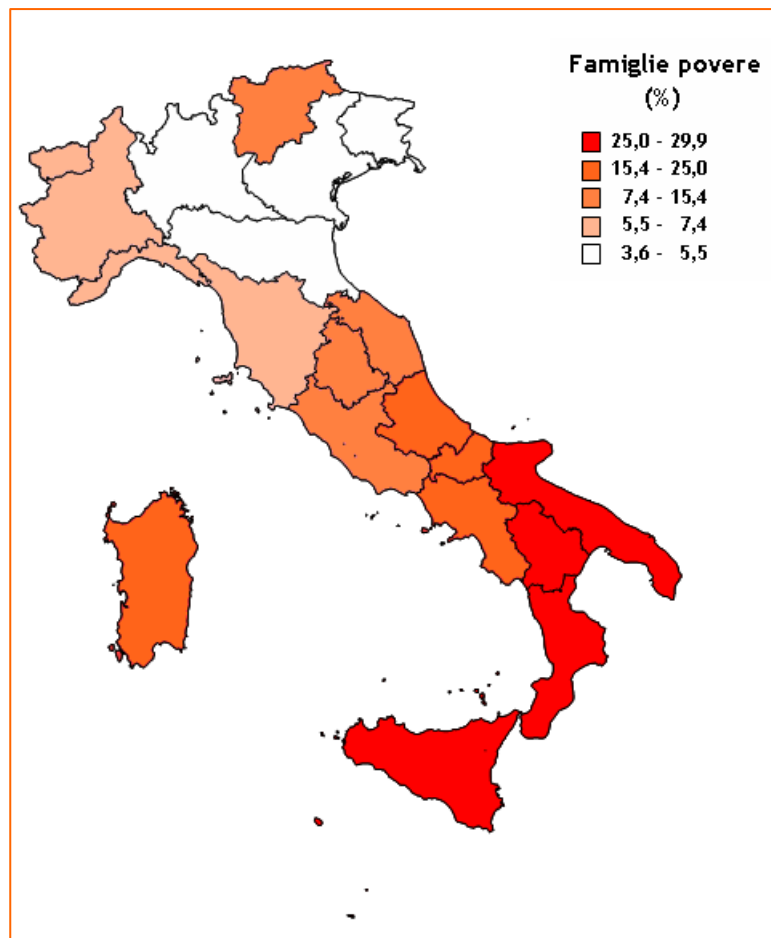
Tutto questo comporta per i bambini poveri delle classi sociali più svantaggiate un maggior rischio di malattie, un maggiore rischio di assumere abitudini e comportamenti inadeguati, soprattutto durante l'adolescenza, e infine di subirne in età adulta le conseguenze (maggiore frequenza di malattie cardiovascolari, maggiore mortalità evitabile per tutte le cause,...).

Uno degli elementi più critici e rilevanti da considerare è rappresentato dalla dimostrazione ormai consolidata che le cattive condizioni di salute durante l'infanzia nelle classi sociali più disagiate, determinano cattive condizioni di salute durante l'età adulta, anche se le condizioni sociali nello stesso tempo migliorano. Di qui la consapevolezza della necessità che l'infanzia venga sostenuta e protetta precocemente, in modo integrato (socio-sanitario-educativo) e nel contesto familiare.

I determinanti distali della salute (reddito, capitale sociale, istruzione) si distribuiscono diversamente nelle regioni italiane.

Nel 2004 le **famiglie povere**, che hanno avuto una spesa per consumi inferiore alla soglia di povertà sono state 2.674.000 con un'incidenza dell'11,7%; 0,9% superiore al 2003 (vedi Figura). Tale aumento si è registrato soprattutto nelle regioni meridionali dove inoltre risiede il 72% degli individui in condizioni di povertà, mentre nelle altre regioni l'incidenza è rimasta stabile.

Incidenza di povertà (2004).



I determinanti prossimali della salute sono rappresentati dai comportamenti e dalle abitudini di vita: sono le cause secondarie, quelle che agiscono in momenti successivi della vita, in genere in relazione o conseguenti ai determinanti distali. Sono rappresentati dai comportamenti e delle abitudini di vita non corretti: l'obesità, l'inattività fisica, il fumo e le diete scorrette e ipercaloriche.

Nel 2000 circa il 4% dei bambini era obeso e il 20% in sovrappeso. Il problema interessa soprattutto la fascia di età 6-13 anni e i maschi rispetto alle femmine. La regione con maggior numero di bambini obesi è la Campania (36%), mentre l'estremo opposto è rappresentato dalla Valle D'Aosta (14,3%). Nelle stesse aree meridionali risultano maggiormente diffuse alcune squilibrate abitudini alimentari sbilanciate e stili di vita sedentari. Emerge una tendenza all'aumento del consumo di alimenti proteici (alcune carni, pesce, latte e derivati) e delle fonti di grassi (salumi, formaggi).

Segue la distribuzione opposta il consumo di quelle che sono le principali fonti di vitamine e fibra ossia i vegetali e la frutta; il consumo di quest'ultima è addirittura in diminuzione. Gli adolescenti (14-17 anni) mostrano una tendenza a modificare la dieta in senso "meno salutare".

La condizione sociale influenza inoltre fortemente l'accesso ai servizi sanitari: la popolazione più povera infatti accede più frequentemente ai servizi ospedalieri e di emergenza piuttosto che a quelli primari e preventivi.

Sono, infatti, i bambini che vivono in condizioni di basso livello socioculturale o di grave deprivazione sociale a richiedere più visite al Pronto Soccorso o ad essere ricoverati. Molte delle consultazioni sono causate da problemi banali e questi bambini sono soggetti ad un eccessivo numero di test di laboratorio e radiologici.

Il tasso di ospedalizzazione nella città di Napoli è pari al 154,1 per mille nella fascia 0-5 anni; in quella 6-13 anni è pari al 52,5 per mille. (vedi Tabella). La situazione è alquanto eterogenea se si esaminano i tassi di ospedalizzazione a livello territoriale. I Distretti sanitari 48 e 52 (Scampia, Chiamano, Piscinola - S.Giovanni, Barra, Ponticelli) che sono quelli in cui sono anche concentrate le famiglie più numerose e che risultano a maggiore concentrazione di disagio della città, presentano i tassi di ospedalizzazione più elevati della città (per la fascia di età 0-5 anni, rispettivamente 190 e 180 per mille).

Questo libro è dedicato a tutti gli operatori sociali che credono che sia giusto ridurre le disuguaglianze nella salute, a tutti coloro che pensano che *le bambine ed i bambini di oggi sono le donne e gli uomini di domani che le disuguaglianze in età infantile diventeranno le disuguaglianze delle età successive e che conoscerle e combatterle può contribuire al benessere e alla salute degli adulti e della società in generale.*

Questo libro nasce dalla volontà di non mollare la presa e di continuare a produrre ricerca perché il problema venga affrontato ed esca finalmente dal luogo ove è confinato, le tavole rotonde, per diventare intervento di politica sanitaria.