

Il benessere dei bambini in Campania e non solo

Ne parliamo con gli autori del libro:



Disuguaglianze nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania

Phoebus Edizioni

2007, pp. 96, € 18,00

La vendita del libro contribuirà alla realizzazione di un Fondo dell'ACP Campania dedicato allo sviluppo del Programma di "Adozione Sociale"

GIUSEPPE CIRILLO

direttore del Servizio di Programmazione del Dipartimento Socio Sanitario dell'ASL Napoli 1

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.

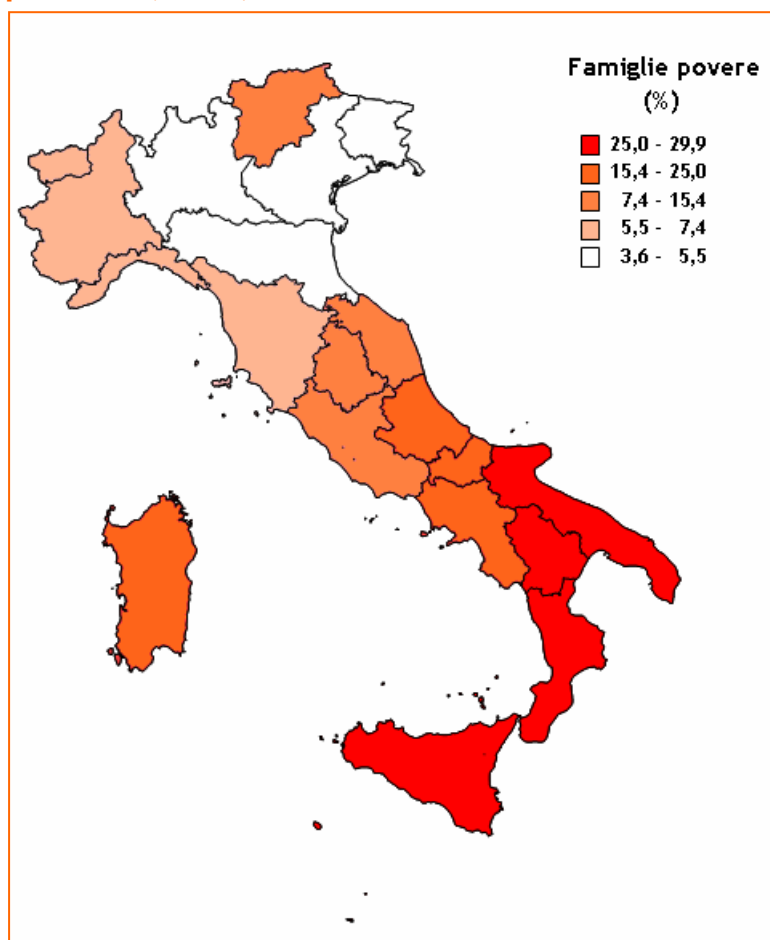
Tutto questo comporta per i bambini poveri delle classi sociali più svantaggiate un maggior rischio di malattie, un maggiore rischio di assumere abitudini e comportamenti inadeguati, soprattutto durante l'adolescenza, e infine di subirne in età adulta le conseguenze (maggiore frequenza di malattie cardiovascolari,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

ENRICO DE CAMPORA

pediatra epidemiologo dell'ARSAN

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 soprappeso. 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).

PAOLO SIANI

direttore dell'UOC Pediatria dell'AORN A. Cardarelli di Napoli

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, Chiaiano, 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).

MAURIZIO BONATI - RITA CAMPI

Istituto Mario Negri di Milano

L'Italia è al 18esimo posto mondiale per sviluppo umano, e al sesto per il benessere dei bambini tra le nazioni europee, eppure sono circa 2 milioni i bambini e ragazzi italiani "poveri": che vivono in famiglie sotto la soglia di povertà. Un bambino ogni tre che vive nel sud d'Italia è povero.

Non sono quindi solo i bambini di Scampia, dei quartieri spagnoli napoletani o del Brancaccio e dello Zen di Palermo, ma una intera popolazione eterogeneamente distribuita sul territorio nazionale. Una popolazione sommersa, invisibile, spesso ignorata.

Vivere in povertà non vuol dire solo non disporre di risorse economiche, vivere in famiglie con un reddito inferiore al 50% della media nazionale, ma vivere

con meno opportunità educative, in condizioni di minor sicurezza sociale, sanitaria e relazionale.

È questo che ribadisce (anche) il Terzo Rapporto sul monitoraggio della applicazione della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia, di prossima pubblicazione.

Non c'è bisogno di fare lunghi viaggi in altri Paesi, quelli con scarse risorse, quelli del Sud del Mondo, quelli in cui tutto si gioca tra vita e morte nelle prime ore/giorni dalla nascita. Ci sono disuguaglianze di benessere profonde ed enormi nelle grandi città dello stesso Nord, che vanno ad aggiungersi a quelle, risapute e spesso accettate, tra Nord e Sud d'Italia; e i più deboli, i più esposti sono proprio i bambini e gli adolescenti.