

Agorà

Emergenza infanzia in Italia: denatalità, criticità nell'assistenza sanitaria, disuguaglianze socio-economiche ed educative

Mario De Curtis, Paolo Siani, Annamaria Staiano

Napoli, 5 dicembre 2023

Seminari dell'APEF, Accademia Pontaniana




Associazione Professori Emeriti Fridericiani

Accademia Pontaniana

Seminari dell'APEF

Napoli, 5 dicembre 2023
Accademia Pontaniana

Emergenza infanzia in Italia: denatalità, criticità nell'assistenza sanitaria, disuguaglianze socio-economiche ed educative.

15.00 - 15.10 **Saluti istituzionali**
Prof. Carlo Lauro - Presidente APEF, Emerito di Statistica dell'Università Federico II

15.10 - 15.20 **Introduzione**
Prof. Generoso Andria - Emerito di Pediatria dell'Università Federico II

15.20 - 15.50 **Denatalità e disuguaglianze socio-economiche ed educative nell'infanzia**
Prof. Mario De Curtis - Già Ordinario di Pediatria dell'Università di Roma La Sapienza, Membro della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei

15.50 - 16.20 **Iniziative politiche per combattere le disuguaglianze in età pediatrica**
Dott. Paolo Siani - Direttore UOC Pediatria dell'AORN Santobono-Pausilipon di Napoli, Già Vicepresidente della Commissione bicamerale Infanzia e Adolescenza

16.20 - 16.50 **L'assistenza sanitaria pediatrica: presente e futuro**
Prof.ssa Annamaria Staiano - Ordinaria di Pediatria dell'Università Federico II, Presidente della Società Italiana di Pediatria

16.50 - 17.30 **Discussione e Conclusioni**
Prof. Carlo Lauro e Prof. Generoso Andria

Introduzione

Il seminario organizzato dall'Associazione Professori Emeriti dell'Università Federico II (APEF) ha proposto una riflessione sulle problematiche dell'età pediatrica nel nostro Paese, sicuramente più gravi nelle regioni meridionali e tra i minori di famiglie immigrate. Siamo di fronte a una vera emergenza, dovuta alla denatalità, alla povertà di larghe fasce della popolazione e alle criticità nell'assistenza sanitaria, tra cui la migrazione verso ospedali del Centro-Nord, un'emergenza responsabile, per molti bambini e adolescenti, di inaccettabili disuguaglianze circa lo stato di salute, la situazione sociale e la formazione scolastica. È urgente la promozione di iniziative politiche per combattere le disuguaglianze esistenti nella popolazione infantile, considerando anche l'occasione offerta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e i pericoli dell'autonomia regionale differenziata.

Denatalità e disuguaglianze socio-economiche nell'infanzia

Mario De Curtis, già Ordinario di Pediatria dell'Università di Roma La Sapienza

Denatalità. L'Italia sta scomparendo

La significativa diminuzione delle nascite, progressivamente aumentata in Italia negli ultimi decenni, rap-

presenta una delle problematiche più gravi e urgenti da affrontare.

In tempi brevi, infatti, potrebbe mettere in profonda crisi il futuro e il mantenimento dello stato sociale, motivo per cui deve essere un tema prioritario nell'agenda delle forze politiche e del governo del nostro Paese.

In Italia stiamo assistendo a un cambiamento demografico senza precedenti. Si sta accentuando l'invecchiamento della popolazione, causata dall'allunga-

mento della vita media che, secondo gli ultimi dati dell'ISTAT del 2023 relativi al 2022, è per gli uomini di 80,5 anni e per le donne di 84,8 anni ¹. Siamo il Paese più vecchio d'Europa e il secondo del mondo dopo il Giappone.

Preoccupante in Italia è il rapporto tra natalità e mortalità: ci sono 7 neonati contro oltre 12 decessi ogni mille abitanti. Il primo gennaio del 2023 la popolazione italiana era pari a 58 milioni e 851 mila, ovvero 179 mila persone in meno rispetto al 2022 ¹. La debolezza demografica dell'Italia si traduce in una debolezza economica e fragilità sociale.

Nonostante l'elevato numero di decessi, avvenuto negli ultimi tre anni con la pandemia COVID-19, all'inizio del 2023 la popolazione ultrasessantacinquenne, che raccoglieva 14 milioni 177mila individui, rappresentava il 24,1% della popolazione totale contro il 23,8% dell'anno precedente. Invece in diminuzione erano i ragazzi fino a 14 anni di età che scendevano da 7 milioni 490mila (12,7%) a 7 milioni 334mila (12,5%). L'invecchiamento della popolazione è associato a una grave contrazione delle nascite. Nel 2022 sono nati solo 393 mila bambini, circa 184 mila in meno rispetto all'inizio della crisi economica del 2008 e meno della metà di quelli nati negli anni 60, quando nascevano in Italia più di un milione di bambini ogni anno. I dati del 2023 indicano un ulteriore decremento.

Cause della denatalità

Numerosi e complessi sono i fattori che possono spiegare in Italia la denatalità. La diminuzione del numero delle potenziali mamme e la recente crisi economica sono tra le cause più rilevanti.

Diminuzione del numero delle potenziali mamme

Per avere un rimpiazzo generazionale ogni coppia dovrebbe avere in media 2,1 figli. Dagli anni '70 in Italia ogni donna ha meno di 2 figli e dagli anni '80 meno di 1 figlio e mezzo. Nel 2022, secondo l'ISTAT, l'indice di fecondità (numero di bambini avuti per donna in età fertile, per convenzione tra 14 e 49 anni) ha raggiunto valori di 1,24 figli per donna ¹. Questa ridotta fecondità, che perdura da molti decenni, ha diminuito il numero delle potenziali mamme e le numerose donne nate nel cosiddetto *boom* economico, tra i primi anni '60 e primi anni '70, hanno completato il loro ciclo riproduttivo. Le donne che le stanno sostituendo sono molto meno numerose e, di conseguenza, si prevede nei prossimi anni un'ulteriore diminuzione della natalità, salvo che non vengano introdotte adeguate politiche in difesa della famiglia come è avvenuto in altri paesi europei. Infatti nel 2023 sono entrate nell'età feconda 279mila quindicenni e ne sono uscite 476mila cinquantenni e quindi se ne perdono quasi 200mila in un anno, si avrà una perdita di circa due milioni nei prossimi dieci.

Il fenomeno della denatalità è molto più accentuato in Italia rispetto ad altri paesi avanzati e oggi le donne

di 85 anni sono più numerose delle bambine di un anno!!

Crisi economica

L'altro importante fattore che ha giocato un ruolo rilevante negli ultimi anni nel determinare la diminuzione delle nascite è stata la crisi economica che, iniziata nel 2007 negli Stati Uniti, si è rapidamente diffusa in tutto il mondo. In Italia ha causato gravi conseguenze nel mercato del lavoro, un significativo aumento della disoccupazione giovanile e della povertà assoluta. Come diretto effetto delle difficoltà economiche, di lavori sempre più spesso precari che non possono garantire la sicurezza di un reddito definito, si è verificato tra le giovani coppie un rinvio della scelta di avere un primo figlio e spesso anche una rinuncia.

Tra i fattori che favoriscono la denatalità bisogna ricordare: la debolezza economica delle famiglie, l'insicurezza del reddito, la bassa partecipazione delle famiglie al mercato del lavoro, la mancanza di politiche di conciliazione su orari flessibili, la durata eccessiva della dipendenza dei figli dai genitori, la loro tardiva entrata nel mondo del lavoro, il ridotto tasso di occupazione delle donne, la scarsa disponibilità dei servizi per i bambini con meno di tre anni, il rinvio nell'assunzione di responsabilità familiari come la convivenza, il matrimonio e la genitorialità. Molti di questi fattori sono tra loro strettamente collegati e bisognerebbe perciò agire congiuntamente su questi.

Aumento dell'età delle donne al parto e dell'infertilità

Un altro fattore non trascurabile che contribuisce alla denatalità è legato a fattori culturali e a specifiche scelte di donne inserite nel mondo del lavoro. Per la realizzazione di progetti e aspettative viene spesso rinviata, e talora per sempre, l'età della procreazione. Si verifica spesso un disallineamento tra orologio biologico delle donne, cioè un'età fertile che inizia e finisce troppo presto, e l'orologio sociale, che prevede un lungo periodo di formazione prima dell'ingresso nel mondo del lavoro e del raggiungimento della sicurezza economica, premessa per la decisione di avere un figlio. Bisognerebbe agire in primo luogo sull'orologio sociale rendendo l'istruzione e il primo impiego compatibili con una gravidanza e promuovendo una piena parità tra uomini e donne.

È di molto aumentato il numero delle donne senza figli, circa un quarto delle donne nate negli anni '80 non ha figli ². Si è assistito a un aumento progressivo dell'età delle donne al parto, che oggi hanno mediamente 32,4 anni. Per la progressiva riduzione delle capacità riproduttive, che si verifica con l'aumento dell'età sopra i 35 anni, è aumentato nei paesi ad alto reddito il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita. I bambini venuti al mondo con queste tecniche rappresentano circa il 4,2% di tutti i nati.

Nati da genitori stranieri

Nel 2022, i bambini nati da entrambi i genitori stranieri sono stati 53.079 (corrispondenti al 13,5% di tutti i nati). Il numero è ancora maggiore tenendo presente anche i nati da un solo genitore straniero (29.137): in totale, rappresentano circa il 21% di tutti i nati. L'immigrazione in Italia, oltre a contenere il calo della popolazione, negli ultimi anni ha contribuito a rallentare l'invecchiamento. Solo poco più del 5% della popolazione straniera residente ha più di 65 anni rispetto al 24,1% della popolazione totale. L'immigrazione fornisce un sostegno demografico importante nei paesi a bassa fecondità come l'Italia, con effetti a breve e a lungo termine.

Secondo i demografi sarà fondamentale nei prossimi anni il contributo degli immigrati all'economia del nostro paese. Senza gli immigrati la nostra piramide demografica diventerebbe ancora più squilibrata e caratterizzata da un aumento degli anziani che non lavorano più e da un numero sempre più ridotto di giovani.

Possibili interventi

Miglioramento condizioni sociali

Anche se non esistono ricette miracolistiche, gli interventi possibili per migliorare la natalità dovrebbero comprendere una serie di politiche in favore delle famiglie con figli, provvedimenti per aiutare il lavoro di genitori e soprattutto favorire le possibilità per le donne di conciliare il lavoro con la famiglia e di poter disporre, a bassi costi, di servizi per l'infanzia. L'esperienza di altri paesi, come la Francia e la Svezia, indica che dove è maggiore l'occupazione femminile più è elevato l'indice di fecondità. La quota di spesa sociale per la famiglia e i giovani va incrementata. Un aiuto alle giovani coppie non va visto solo come un dovere sociale, ma anche come un investimento strategico per ridare impulso alla piramide demografica e riattivare la speranza e il desiderio di ripartenza che è alla base dello sviluppo del nostro Paese.

Il contrasto alla denatalità è strettamente collegato ad altre importanti problematiche sociali come l'occupazione femminile, le disuguaglianze e il rischio di povertà ed è quindi importante agire su più fronti. L'Italia è uno dei paesi con la più bassa partecipazione femminile al mercato del lavoro: 52,3% a livello nazionale, contro una media europea del 67,7% e con una differenza di 17 punti rispetto agli uomini. Inoltre significative sono le differenze a livello territoriale: 61,8% nel Nord, 57% al Centro e solo 35,5% nel Mezzogiorno. Inoltre tra le donne, così come tra i giovani di entrambi i sessi, si concentrano anche le forme contrattuali caratterizzate da precarietà e bassi salari³. Le donne con figli in Italia si trovano in condizioni di disuguaglianza nel mercato del lavoro rispetto agli uomini, con o senza figli. Hanno anche un rischio doppio rispetto alle donne senza figli di perdere il lavoro nei due anni successivi alla nascita di un figlio.

Il carico dei figli in Italia riguarda soprattutto le mamme e i dubbi sulla realizzazione del progetto del PNRR che prevedeva nel 2026 mediamente in Italia 33 posti in asilo nido ogni 100 bambini al di sotto dei 3 anni è un motivo di preoccupazione. Oggi ce ne sono mediamente 27,2. Il problema è la grande diversità tra provincia e provincia: in alcune province del Sud ci sono meno di 10 posti per 100 bambini.

È fondamentale aumentare il senso di fiducia delle nuove generazioni nel sostegno alla genitorialità. Questo aiuto deve essere stabile, cioè non deve interrompersi negli anni e deve riguardare oltre al lavoro anche la casa che nel nostro Paese ha un costo elevato. Una giovane coppia fatica non solo a comprare un appartamento, ma anche a trovarlo in affitto. E in queste condizioni non si sente certo incentivata ad avere figli. La cancellazione del fondo affitti, l'unico e modesto sostegno disponibile per chi non può acquistare un'abitazione, è stato un intervento negativo.

Natalità e immigrazione

Un altro importante fattore che potrà incrementare la natalità nel nostro Paese è una legge sull'immigrazione ben regolamentata e condivisa dalle forze politiche, perché l'immigrazione rappresenta oggi, si voglia o no, l'unica soluzione per aumentare significativamente la natalità, il numero di persone giovani, la forza lavoro, la produttività e la crescita economica. Degli 8mila piccoli comuni italiani, quelli fino a 5mila persone, circa 5.500 e che occupano il 55% del territorio del nostro Paese hanno solo il 16,5% dei residenti. Secondo l'ISTAT in tali centri il declino della popolazione continuerà. Alcune regioni come la Sardegna e la Basilicata si stanno spopolando. La legge Turco-Napolitano approvata quando i migranti erano in un numero limitato non è più adeguata. Occorre una riforma sull'immigrazione finalizzata a disciplinare i canali di immigrazione regolare, limitando le tragiche emergenze sul mare.

Un esempio di come l'immigrazione, associata a un solido piano di potenziamento delle politiche familiari, possa favorire la natalità si è osservato in Germania che è stata in grado di invertire la dinamica negativa delle nascite, portandole dal minimo di 663mila del 2011 a circa 790mila nel 2020. Nello stesso periodo la popolazione è passata da 80 a 83 milioni di abitanti tra il 2011 e il 2021, mentre in Italia nello stesso periodo è passata da 60 a 59 milioni di persone⁴.

Emigrazione dei giovani dall'Italia

Un altro fattore che contribuisce alla denatalità è l'importante emigrazione dal nostro Paese che si è avuta nell'ultimo decennio. Migliaia di persone, gran parte giovani, tra cui molte donne in età fertile si sono trasferite all'estero. I giovani fra i 25 e i 34 anni espatriati fra 2012 e 2021 sono circa 337mila, di cui oltre 120mila laureati⁵. I coetanei rimpatriati nello stesso periodo sono 94mila, di cui 41 mila laureati. Il saldo

è comunque negativo e si può affermare che l'Italia abbia perso 79mila giovani laureati in dieci anni.

Mortalità infantile in Italia. Grandi disuguaglianze geografiche ed etniche

I tassi di mortalità neonatale e infantile sono tra i più significativi indici per valutare lo sviluppo sanitario e civile di un paese e il loro monitoraggio è un importante strumento per determinare nel tempo le variazioni, che possono essere influenzate da fattori sanitari, sociali, economici, organizzativi e per prevedere e mettere in atto efficaci interventi di politica sociale e sanitaria.

In un recente studio pubblicato su *The Italian Journal of Pediatrics* ⁶ abbiamo analizzato l'andamento della mortalità neonatale (numero di morti entro il compimento del 28esimo giorno di vita per mille nati vivi) e della mortalità infantile (numero di morti nel primo anno di vita per mille nati vivi), utilizzando gli ultimi dati ISTAT disponibili relativi al 2020. Sono state studiate le differenze geografiche di mortalità nei figli di genitori italiani e stranieri e le principali cause di morte. I dati presentati sono i più recenti dell'Istituto italiano di Statistica (ISTAT). Nel 2020 sono nati 404.892 bambini, dei quali 345.100 (85,2%) da genitori italiani e 59.792 (14,8%) da genitori stranieri. Nel 2020 la mortalità neonatale è stata del 1,76 per mille nati vivi (il 70,2% della mortalità infantile) e nei nati da genitori stranieri è stata il 55%, più elevata rispetto a nati di genitori italiani. La mortalità infantile è stata 2,5 per mille e nei nati da genitori stranieri è stata il 60% maggiore rispetto a nati di genitori italiani. La mortalità neonatale e infantile degli italiani e stranieri ha mostrato un gradiente Nord-Sud con livelli fortemente più elevati nel Mezzogiorno (Tab. I). Le regioni con un maggiore tasso di mortalità infantile sono state quelle del Mezzogiorno: Calabria, Sicilia, Campania e Puglia. Quelle con minore mortalità infantile sono state l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte (Fig. 1).

La differenza nella mortalità infantile sarebbe ancora maggiore se le regioni avessero la stessa percentuale

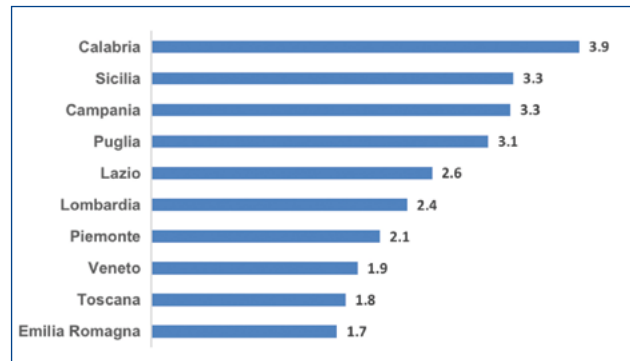


Figura 1. Tasso di mortalità infantile nel 2020 per Regione di residenza, per mille nati vivi residenti*.

*Sono riportate solo le regioni con più di 10.000 nati vivi all'anno.

di nati figli di genitori italiani e stranieri. Nelle regioni settentrionali i nati figli di genitori stranieri, che hanno mediamente un tasso di mortalità infantile più elevato rispetto agli italiani, sono molto più numerosi. In Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e Piemonte la percentuale di nati stranieri rispetto agli italiani varia dal 19,2 al 24,5% mentre nelle regioni del Mezzogiorno (Calabria, Sicilia, Campania e Puglia) varia dal 5,2 al 6,3%.

Analizzando le cause di morte, i risultati più significativi che sono emersi da questo studio sono stati che nel Mezzogiorno rispetto al Nord Italia si muore di più per *distress* respiratorio neonatale, nascite premature, e ipossia. I bambini figli di genitori senza cittadinanza italiana hanno un rischio più elevato di morire rispetto agli italiani per *distress* respiratorio, prematurità, asfissia, malformazioni congenite, infezioni perinatali, malattie metaboliche, ecc. La maggiore mortalità neonatale e infantile nelle regioni del Mezzogiorno è principalmente legata a storiche cause correlate a problematiche economiche e sociali, accentuatesi negli ultimi anni per effetto della crisi economica iniziata nel 2008 e con la pandemia COVID-19 che hanno coinvolto anche l'età pediatrica. Inoltre le regioni del Mezzogiorno presentano un'organizzazione sanitaria meno efficiente rispetto a quella osservata nelle regioni del Centro-Nord. Un segno indiretto di questo divario è rappresentato da una maggiore migrazione sanitaria dei minori delle regioni del Mezzogiorno rispetto ad altre aree del paese ⁷.

Le ragioni della maggiore mortalità dei bambini figli di genitori stranieri vanno messe in relazione a condizioni perinatali che iniziano prima della nascita e riguardano in particolare la salute della donna in gravidanza.

Le donne straniere sono mediamente più giovani delle donne italiane; infatti nel 2022 l'età media della madre al parto era di 32,9 anni per le italiane, mentre scendeva a 29,6 anni per le cittadine straniere ⁸. Tuttavia, sebbene siano più giovani, e quindi teoricamente

Tabella I. Mortalità neonatale e infantile per mille nati vivi residenti nel 2020 in Italia in relazione alla area di residenza e alla cittadinanza.

	Mortalità neonatale		Mortalità infantile	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri
Nord	1,14	2,10	1,77	3,28
Centro	1,42	2,91	1,96	4,04
Mezzogiorno	2,24	3,97	3,02	5,44
Italia	1,63	2,53	2,30	3,73

a minore rischio, a causa di svantaggi sociali, economici e culturali, come il maggior numero di gestanti minorenni e ragazze madri, basso reddito familiare, occupazioni meno garantite e più gravose, alimentazione inadeguata, condizioni igieniche e abitative precarie, cure ostetriche ritardate o inadeguate, sono più inclini a partorire prematuramente e a patologie perinatali che coinvolgono il neonato^{9,10}.

Contrastare la povertà infantile per migliorare la salute

Per effetto della crisi economica, iniziata nel 2008 e aggravata dalla pandemia COVID-19, la povertà è notevolmente aumentata nel nostro Paese, coinvolgendo anche l'età pediatrica. Infatti, secondo i dati Istat, rafforzati dalle analisi del Rapporto Caritas 2022, nel 2022 erano in condizione di povertà assoluta, cioè che non potevano permettersi le spese minime necessarie per condurre una vita accettabile, poco più di 2,18 milioni di famiglie (8,3% del totale da 7,7% nel 2021) e oltre 5,6 milioni di individui (9,7% in crescita dal 9,1% dell'anno precedente)¹¹⁻¹³. A rischio particolare si trovavano soprattutto i bambini figli di genitori con cittadinanza non italiana: erano in povertà assoluta il 28,9% delle famiglie di soli stranieri, rispetto al 6,4% delle famiglie di soli italiani. Ugualmente erano a maggiore rischio di povertà assoluta i bambini e gli adolescenti che vivono nelle Regioni del Mezzogiorno (10,7% delle famiglie da 10,1% del 2021).

Studi epidemiologici hanno chiaramente messo in evidenza che in tutti i paesi le persone con un relativo svantaggio sociale soffrono anche di uno svantaggio in salute. Più è alto lo stato sociale di un individuo, migliore è la sua salute, più lunga la sua vita e migliore la sua vecchiaia¹⁴⁻¹⁵.

Le prime epoche della vita sono periodi di rapida crescita e sviluppo. Bambini che vivono in famiglie povere vanno incontro più frequentemente a malattie acute e a patologie croniche. Hanno più elevati tassi di mortalità infantile, nascono più frequentemente di basso peso, sono meno frequentemente allattati al seno, vanno più spesso incontro a infezioni, soprattutto dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, a disturbi di crescita, obesità, anemia, carenze nutrizionali, asma, otiti, carie dentali, disturbi psicologici, comportamentali e anche psichiatrici¹⁶. Per malattie croniche, come per esempio la fibrosi cistica, l'incidenza è simile in tutti i gruppi sociali, ma la sopravvivenza nelle famiglie di basso livello socio-economico è minore e l'entità di questa differenza non si è sostanzialmente ridotta negli ultimi anni¹⁷.

Come la povertà può influenzare lo stato di salute

Genitori in povertà spesso non possono assicurare ai loro figli un sano e corretto stile di vita. Gli alimenti salutari sono più costosi di quelli che non lo sono. Inoltre questi ultimi sono inadeguati da un punto di vista

nutrizionale, favorendo l'insorgenza di malnutrizione e obesità. L'obesità infantile, che tende molto spesso a persistere per il resto della vita, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, diabete, patologie ortopediche e altre correlate con l'eccesso di peso.

Analogamente i bambini di famiglie povere vivono spesso in condizioni igieniche precarie che favoriscono l'insorgenza di malattie infettive. Lo stato di povertà impedisce a bambini e ragazzi di partecipare agli eventi sociali, fare sport, andare in vacanza, partecipare a gite scolastiche. Per il loro abbigliamento di cattiva qualità essi possono essere bullizzati dai loro compagni, oppure possono essi stessi diventare bulli. La povertà facilita l'insorgenza di stati di depressione e di ansietà, può rendere i ragazzi arrabbiati, frustrati, violenti verso gli altri e più vulnerabili, a rischio di cadere nella rete della delinquenza¹⁸.

La povertà nelle prime epoche della vita, con le condizioni negative che le sono associate, ha effetti negativi anche sullo stato di salute dell'età adulta. Quello che un bambino sperimenta durante i primi anni pone le basi per tutta la sua vita¹⁹.

Come la povertà infantile può trasformarsi da evento sociale a evento biologico

Osservando che una bassa condizione socio-economica è associata a una maggiore produzione di cortisolo e a un aumentato stato infiammatorio, è stata studiata la biologia molecolare di alcuni geni legati allo sviluppo dell'infiammosoma, un processo che indebolisce la risposta immunitaria a diversi patogeni. È stato visto che alcuni geni, in particolare il gene *NFATC1*, che giocano un ruolo importante nella risposta immunitaria ai patogeni, sono significativamente meno espressi nei soggetti in bassa condizione socio-economica rispetto ai soggetti che occupano una posizione più alta nella scala sociale¹⁹. L'ambiente sociale è quindi in grado di marcare in modo biologico il genoma dell'individuo²⁰.

Cosa fare?

Un reddito familiare troppo basso non può garantire ai minori un pieno sviluppo psichico, fisico, intellettuale e sociale. La riduzione della povertà infantile è quindi un obiettivo assai importante per promuovere la salute, l'equità e per influenzare positivamente gli altri aspetti della vita dei bambini e ragazzi del nostro Paese. Per questi scopi sono stati importanti alcuni recenti interventi approvati nella legge di bilancio in difesa delle famiglie, come il potenziamento dell'assegno unico e universale per i figli. Rimangono però molti altri aspetti che devono essere presto presi in considerazione.

Migliorare le condizioni sociali e la povertà dell'infanzia, da realizzare sostenendo le famiglie con figli, deve quindi rappresentare una priorità d'azione del Governo. Gli interventi devono essere sostenuti da fattori di protezione, non solo economici. Va infatti potenziato il sistema di istruzione, da innovare da un punto di

vista strutturale e funzionale. Varie ricerche epidemiologiche hanno dimostrato, infatti, l'impatto del livello di istruzione sulle condizioni materiali di vita, fra le quali il benessere e la salute. Le persone meno istruite hanno una significativa diminuzione delle speranze di vita, uno svantaggio che si accentua nelle regioni del Mezzogiorno, che presenta numerose e maggiori criticità rispetto al resto dell'Italia. Sono invece auspicabili interventi finalizzati a offrire a tutti i cittadini gli stessi diritti, gli stessi servizi e le stesse protezioni. Bisogna evitare che nuove leggi accentuino le differenze tra le Regioni nei settori cruciali come la sanità e l'istruzione, aggravando ulteriormente il divario e le disuguaglianze tra le varie aree del nostro Paese. È invece necessario e urgente potenziare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e migliorare l'organizzazione assistenziale pediatrica, che oggi non riesce più a far fronte ai bisogni di salute assegnando alla sanità maggiori risorse. L'investimento sulla salute dei bambini, in particolare nei primi mille giorni di vita (i 270 della gravidanza e i 730 dei primi 2 anni), rappresenta lo strumento più efficace per avere adulti con una vita prolungata e in buona salute. Costituisce l'intervento più appropriato per rendere più efficace l'intero SSN, prevenendo gran parte delle malattie dell'età adulta. In conclusione:

- per favorire la natalità, anche se non esistono ricette miracolistiche sono necessarie una serie di politiche in favore delle famiglie con figli, provvedimenti per aiutare il lavoro di genitori e soprattutto favorire le possibilità per le donne di conciliare il lavoro con la famiglia e di poter disporre, a bassi costi, di servizi per l'infanzia;
- tutti i bambini dovrebbero avere pari opportunità di crescita e di cure adeguate;
- oggi l'assistenza sanitaria si presenta come un diritto a contenuto altamente variabile a seconda della regione nella quale si ha la sorte di nascere e di vivere. È necessario un programma di azione per il contrasto alle disuguaglianze in sanità e che permetta anche ai bambini che nascono o vivono nel Sud e ai figli di genitori stranieri di avere il diritto alla salute;
- è estremamente urgente migliorare le condizioni sociali dell'infanzia e la lotta contro la povertà infantile rappresenta una priorità che va messa al centro dell'azione politica, affinché ci sia un futuro per il nostro Paese;
- è necessario un impegno etico e sociale a favore dei soggetti più vulnerabili.

Bibliografia

1. Indicatori Demografici | Anno 2022, ISTAT 7 Aprile 2023 (<https://www.istat.it/it/files//2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>).
2. Natalità e fecondità della popolazione residente anno 2020 (<https://www.istat.it/it/files/2021/12/REPORT-NATALITA-2020.pdf>).
3. Natalità, genitorialità e buone condizioni di crescita. Come affrontare le quattro sfide strategiche che l'Italia ha di fronte. online il documento di Alleanza per l'Infanzia (<https://gruppocrc.net/natalita-genitorialita-e-buone-condizioni-di-crescita-come-affrontare-le-quattro-sfide-strategiche-che-litalia-ha-di-frente-online-il-documento-di-alleanza-per-linfanzia>).
4. Rosina A. Un paese che ha abolito i figli non può sperare nella rinascita (<https://www.alessandrorosina.it/un-paese-che-ha-abolito-i-figli-non-puo-sperare-nella-rinascita>).
5. Italiani che rimpatriano, italiani che espatriano. ISTAT 21 febbraio 2023 (<https://www.istat.it/it/archivio/281182#:~:text=i%20paesi%20pi%20c3%b9%20gettonati%20sono,di%20cui%20oltre%20120mila%20laureati>).
6. Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Infant Mortality in Italy: Large geographic and ethnic inequalities. *Ital J Pediatr* 2024;50:5. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>
7. De Curtis M, Bortolan F, Diliberto D, et al. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr* 2021;47:139. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01091-8>
8. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022 continua il calo delle nascite (<https://www.istat.it/it/archivio/289772#:~:text=Continua%20il%20calo%20delle%20nascite,7%25%20sull'anno%20precedente>).
9. Cacciani L, Asole S, Polo A. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health* 2011;11:294.
10. De Curtis M, Villani L, Polo A. High risk of macrosomia in newborns of immigrant mothers. *Ital J Pediatr* 2020;46:8.
11. Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà | anno 2022 In crescita la povertà assoluta a causa dell'inflazione (<https://www.istat.it/it/files/2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf>).
12. L'anello debole. Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale (<https://www.caritas.it/rapporto-2022-su-poverta-ed-esclusione-sociale>).
13. De Curtis M. Rapid response to: how the cost of living crisis is damaging children's health. Child poverty in Italy should be a priority for the new government. *BMJ* 2023;380 (<https://www.bmj.com/content/380/bmj.o3064/rr-1>).
14. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017;389:1229-1237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
15. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *The Marmot Review. Public Health* 2012;126(Suppl 1):S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
16. Child health inequalities driven by child poverty in the UK - position statement. Royal College of Paediatrics and Child Health. 21 September 2022 (<https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-health-inequalities-position-statement>).
17. Taylor-Robinson D, Smyth RL, Diggle PJ. The effect of social deprivation on clinical outcomes and the use of treatments in the UK cystic fibrosis population: a longitudinal study. *Lancet Respir Med* 2013;1:121-128. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(13\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(13)70002-X).
18. Spencer NJ, Blackburn CM, Read JM. Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: a systematic review and metaanalyses of observational studies. *BMJ Open* 2015;5:E007062.
19. Barker DJP. In utero programming of chronic disease. *Clinical Science* 1998;95:115-128.
20. Contrastare la povertà infantile per migliorare la salute. Documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei (<https://www.lincai.it/it/article/contrastare-la-poverta-infantile-migliorare-la-salute>).

Iniziative politiche per combattere le disuguaglianze in età pediatrica

Paolo Siani, Direttore UOC Pediatria dell'AORN Santobono-Pausilipon di Napoli, già Vicepresidente della Commissione bicamerale Infanzia e Adolescenza

Le politiche per l'infanzia non sono in cima ai pensieri della politica, come ho potuto constatare nella mia recente esperienza parlamentare nella 18 legislatura. Anche per questo sono stato uno dei promotori dell'intergruppo infanzia alla Camera dei Deputati che ha prodotto la mozione "Infanzia", approvata all'unanimità in cui si chiedevano al Governo una serie di impegni a favore dei bambini, dall'approvazione del nuovo piano nazionale infanzia, avvenuto poi pochi mesi dopo, all'approvazione delle *child guarantee*, avvenuta alla fine della legislatura, l'implementazione del numero di posti disponibili negli asili nido, che poi il PNRR ha finanziato, al riconoscimento del ruolo del terzo settore, alla valorizzazione dei patti educativi territoriali, all'implementazione dei servizi di psicologia e neuro-psichiatria sul territorio e dello psicologo scolastico o di comunità, poi finanziati con 10 milioni di euro, alla promozione del protagonismo delle ragazze e dei ragazzi sostenendo reti associative e di ascolto.

QR code Mozione infanzia



Per analizzare le politiche per l'infanzia oggi nel nostro Paese bisogna affrontare due temi, uno è il PNRR che è stata una grandissima occasione per l'Italia; l'Europa ha destinato al nostro Paese oltre 100 miliardi di euro e circa 20 miliardi erano a favore dell'infanzia, con 1 miliardo per l'implementazione del tempo pieno a scuola, 1 miliardo e 500 milioni per la riduzione dei divari territoriali nel I e II ciclo della scuola secondaria, un miliardo e 100 milioni per le nuove competenze e i nuovi linguaggi, due miliardi e 100 milioni per la scuola 4.0, 220 milioni per il contrasto della povertà educativa, 300 milioni per infrastrutture sportive a scuola e ben 4 miliardi e 600 milioni per gli asili nido, con un obiettivo fondamentale, ridurre le disuguaglianze e il 40% di tutta la somma era destinata al sud del Paese. Il secondo tema da discutere, che richiede grande riflessione e attenzione, è quello dell'autonomia differenziata, di cui si è parlato poco fino a ora, ma che diventerà certamente legge dello Stato ed è già stata approvata da un ramo del Parlamento.

Esaminiamo il PNRR e gli asili nido

Molte sono le preoccupazioni per il numero di posti

disponibili negli asili nido, che è molto al sotto della media europea (33%) nelle regioni del Mezzogiorno e si tratta della più grande truffa ai danni delle bambine e dei bambini del Sud.

Lo Stato li ha finanziati utilizzando la spesa storica che lasciava quindi invariata la percentuale di posti disponibili nelle varie regioni.

Nel 2007 era stato varato un Piano Straordinario Nidi, un'iniziativa che fino al 2012 ha permesso di rafforzare il sistema degli asili con uno stanziamento complessivo di circa 1 miliardo di euro tra fondi del Dipartimento per le Politiche della Famiglia e cofinanziamenti regionali.

Le risorse destinate ai Comuni per i servizi alla prima infanzia sono così cresciute fino a un massimo di 1,3 miliardi nel 2012, per poi stabilizzarsi intorno a 1,19 miliardi a partire dal 2014.

Un altro importante intervento è stato avviato in questi anni all'interno della strategia del Piano Azione e coesione (PAC), con l'obiettivo di potenziare i servizi educativi per la prima infanzia nelle quattro Regioni Obiettivo del Mezzogiorno (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia) e ridurre le differenze con il resto del Paese. Avviato nel 2013, via via prorogato fino al giugno 2021, ha immesso 339 milioni in tutto per le 4 Regioni con esiti ancora da valutare.

Poi il PNRR ha destinato 4 miliardi e 600 milioni, di cui il 40% destinati al Sud per ridurre le disuguaglianze, ma purtroppo non si riuscirà, se non in minima parte, a ridurre il *gap* che esiste tra Nord e Sud se si pensa che Caivano, diventato un simbolo per l'attuale governo per ridurre le disuguaglianze e combattere l'illegalità, (è stato approvato addirittura un decreto Caivano) con i fondi del PNRR riuscirà a raggiungere una copertura di posti per asili nido del 2%.

Per comprendere la differenza che esiste tra il Nord e il Sud prendiamo ad esempio 2 città più o meno grandi come Caivano con lo stesso numero di abitanti e valutiamo la copertura di posti disponibili al nido.

- Saronno 38.582 abitanti, bambini 0-2 anni: 775
 - posti asili nido 330, indice di copertura 42,6%
 - finanziamenti PNRR 1.185.000€
- Sassuolo 40.469 abitanti, bambini 0-2 anni: 881
 - posti asili nido 276, indice di copertura 31,3%
 - finanziamenti PNRR 3.000.000 per un nuovo polo infanzia 0-6 anni
- Caivano 36.048 abitanti, 1029 i bambini 0-2 anni
 - posti asili nido disponibili 22
 - indice di copertura 2,1%
 - finanziamenti PNRR per un nuovo asilo nido 2.670.000

(fonte Sole 24 ore)

Un quinto della popolazione di Caivano è rappresentato da bambine, bambini e adolescenti (il 20,7% pari a 7.474) – ma solo il 17% degli alunni della scuola primaria ha accesso alla mensa scolastica e solo il 30% può frequentare il tempo pieno.

Questo dimostra che la politica soprattutto nelle regioni meridionali non ha mai deciso davvero di investire risorse economiche sull'infanzia, non ha mai pensato che questo sarebbe stato un grande investimento e non una spesa, e il recupero sarà lungo e difficile, ci vorrà un diverso approccio culturale da parte della politica.

C'è un tema sugli asili nido di cui si parla poco, perché il finanziamento del PNRR, così com'era originariamente, è stato rivisto e ricontrattato con l'Europa nell'attuale legislatura. L'Europa ha contestato che nell'utilizzo di quei finanziamenti sono stati inclusi anche gli asili nido da ristrutturare come è accaduto per la Campania e il finanziamento non può essere utilizzato, se non per nuovi posti di asili nido.

L'Europa ha anche contestato che per i progetti fatti nel 2019, 2020 e 2021 sono aumentati i prezzi e quindi la spesa viene sforata.

Come conclusione avremo un finanziamento inferiore e un innumerevole numero di posti in meno di asili nido, ovviamente al sud del Paese.

A febbraio 2024 il Ministero dell'Istruzione però ha varato un nuovo bando di circa 600 milioni che dovrebbe garantire un posto al nido per altri 25mila bambini e riservato ai Comuni che hanno una carenza significativa di posti disponibili.

Il nuovo bando però non sarà sufficiente a compensare la rinuncia a 100 mila posti, dei 265 mila della prima stesura, ma almeno è un primo passo.

In una Tabella del Sole 24 ore è mostrata la situazione degli asili nido successiva al finanziamento del PNRR, dopo che i bandi avranno superato la prova del Governo e dell'Europa: l'indice di copertura dei posti sarà a Napoli 11,4%, a Palermo 5,6%, a Crotona 4,4%, a fronte del 43,9% a Bologna, del 46,9% a Roma, del 38,2 a Torino.

Dopo il PNRR la disuguaglianza nei posti dove già esiste, sarà aumentata, non ridotta. Sempre nella stessa Tabella sono indicati i tassi di occupazione femminile nelle stesse città, che vanno di pari passo con il numero dei posti al nido, nel senso che nelle città dove meno donne lavorano, i posti al nido sono molto pochi. Nelle audizioni in Parlamento si è detto che al Sud gli asili nido non servono perché le mamme meridionali non lavorando, non ne hanno bisogno. Questa affermazione, profondamente sbagliata, non tiene conto che gli asili nido servono al bambino e poi anche alla mamma, che così può lavorare. Tutti i dati della letteratura infatti confermano che i bambini che hanno frequentato gli asili nido hanno migliori *performance* scolastiche negli anni successivi, e una buona frequenza scolastica e invece la dispersione scolastica nel Sud, e a Napoli in particolare, è un fenomeno crescente e allarmante.

Dati del marzo 2023 indicano che i bambini che a Napoli non vanno a scuola mai sono 2868: un esercito, che non andando a scuola può fare qualsiasi cosa, mettersi, per esempio anche al servizio della malavita organizzata in cambio di soldi. Un numero ancora maggiore di ragazzi (5.672) ha accumulato assenze

per oltre il 50% dei giorni di lezione e per 19.072 ragazzi i giorni di assenza erano tra il 25 e il 50% dei giorni di lezione fino a gennaio 2023. Questo è un "esercito" di ragazzi che stiamo perdendo e che non possiamo far finta di non vedere, né possiamo pensare di arrestare i genitori, come previsto dal "decreto Caivano", ma dobbiamo pensare di recuperarli. L'unico modo è farlo prima, non dopo, quando già non vanno a scuola, anche perché la scuola per questi bambini è poco attraente.

Ancora un altro dato su cui riflettere è quello della scelta del tempo pieno di 40 ore a scuola: in Campania è del 30,9%, in Emilia Romagna 62,6%, nel Lazio 67,5%, in Lombardia 59,6%, in Toscana 63,3%, nel Veneto 49,2%. Quindi in Campania e a Napoli il tempo pieno quasi non esiste.

Il panorama regionale è simile per la percentuale di mense scolastiche nelle scuole primarie statali. La mensa scolastica serve anche a far mangiare bene i bambini, a evitare che mangino merendine e a ridurre l'obesità infantile, per la quale siamo primi in Europa. Stesso discorso vale per le palestre, quasi del tutto assenti in Basilicata, Calabria e Sicilia, e lo sport serve certamente anche a tenere sotto controllo l'obesità dei bambini. Tutto questo testimonia quanto la politica non ritenga utile investire sull'infanzia, sbagliando.

Autonomia differenziata

Con il nuovo decreto Calderoli le Regioni avranno la possibilità non solo di legiferare autonomamente, cosa che già avviene adesso, ma anche di trattenere il proprio gettito fiscale, che non sarebbe più distribuito su base nazionale a seconda delle necessità collettive, come accade adesso.

È superfluo ricordare che dove ci sono più risorse, cioè maggiori capacità fiscali, i servizi sono sempre migliori.

Il Pil *pro capite* degli abitanti del Nord-Ovest è quasi il doppio di quello dei connazionali del Mezzogiorno: 40.900 euro contro 21.700 euro (+88,5%).

La Provincia autonoma di Bolzano, ha un Pil per abitante di 54,5mila euro, seguita da Lombardia (44,4mila), Provincia autonoma di Trento (44,2mila euro) e Valle d'Aosta (43,7mila euro). Il Lazio ha un Pil per abitante pari a 37,2mila euro, seguita dalla Toscana (35,1mila), dalle Marche (30,8mila) e dall' Umbria (28,2mila euro).

Al Sud, nel 2022 la Basilicata è la regione con il Pil per abitante più alto (27,8mila euro), a seguire Abruzzo (27mila), Molise (24,5mila) e Sardegna (23,7mila), poi la Campania (21,2mila euro), la Sicilia (20,1mila euro) e per finire la Calabria all'ultimo posto con 19,4mila euro.

La norma prevede però anche la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) per evitare il rischio appunto che ci siano troppe differenze territoriali su alcuni servizi.

La definizione dei LEP però comporta una serie di passaggi non semplici: la mappatura dei servizi erogati sul

territorio da ciascun ente, l'identificazione dei servizi cui è necessaria la determinazione dei LEP, la valutazione dei livelli di spesa e dei servizi erogati per i settori interessati dai LEP, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard, in modo da stabilire se le risorse a disposizione dell'ente sono sufficienti per erogare il servizio in questione e, in caso contrario, per calcolare a quanto ammontino le risorse aggiuntive.

Poiché fare questo è molto complicato, il disegno di legge dà al Governo un anno di tempo per decidere i LEP e le Regioni potranno formulare un'intesa anche senza il decreto del presidente del Consiglio che dovrebbe stabilire i LEP.

Nella scorsa legislatura sono stati stabiliti due LEP: per asili nido e per servizi sociali. Il LEP per gli asili nido prevede 33% di posti entro il 2027. Per il LEP dei servizi sociali è stabilito che entro il 2026 bisogna raggiungere un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1: 6500, non sono però stati stabiliti finanziamenti *ad hoc*, quindi saranno LEP disattesi.

Per la sanità si è ritenuto che non è necessario definire i LEP vista la presenza dei LEA.

In sanità già oggi nel nostro Paese esistono importanti differenze territoriali certificate ogni anno dai punteggi LEA che vengono raggiunti dalle regioni del nord e non da quelle del Sud.

Gli ultimi dati dello SVIMEZ rilevano che si sta allargando il divario della speranza di vita che è di 81,7 anni al Sud con 1 anno e 3 mesi in meno rispetto al Centro e 1 anno e 6 mesi in meno rispetto al Nord.

E la mortalità per tumore è di 9,6 per 10mila abitanti per gli uomini nel Mezzogiorno; la soglia scende all'8% nel Nord. Per le donne è 8,2 al Sud e meno del 7 al Nord.

Nel 2022, 629mila cittadini si sono recati fuori regione per curarsi il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. La Calabria registra l'incidenza più elevata, con il 43% dei pazienti che si rivolge a strutture sanitarie di regioni non confinanti; seguono la Basilicata (25%) e la Sicilia (16,5). Una tendenza che secondo i dati di Save the Children, si riscontra anche per i pazienti pediatrici e che raggiunge punte del 43% in Molise, del 30% in Basilicata, e del 26% in Calabria.

Inoltre, secondo l'Istituto Superiore di Sanità nel biennio 21-22 circa il 70% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni si è sottoposta ai programmi di *screening*, con variabilità importanti tra Nord e Sud, l'80% al Nord, il 76% al Centro e appena 58% al Sud.

Ma perché le regioni del Sud non riescono a offrire gli stessi servizi di quelle del Nord?

Il finanziamento 2023 (11.250.637.286) del riparto regionale dei fondi per la sanità prevede che: il 98,5% delle risorse disponibili vengono ripartite sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età; lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni; lo 0,75% in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

Tabella I. Classifica e mappa tematica "Indice di vecchiaia" nelle regioni.

P	Regioni	Indice di Vecchiaia (%)
1°	Liguria	267,2
2°	Sardegna	241,8
3°	Molise	239,3
4°	Friuli-Venezia Giulia	231,8
5°	Umbria	222,8
6°	Toscana	219,9
7°	Piemonte	219,9
8°	Basilicata	214,1
9°	Marche	212,6
10°	Abruzzo	207,3
11°	Valle d'Aosta/Valleé d'Aoste	199,5
12°	Emilia-Romagna	193,7
13°	Veneto	189,0
	ITALIA	187,6
14°	Puglia	187,0
15°	Calabria	178,6
16°	Lazio	177,8
17°	Lombardia	177,1
18°	Sicilia	167,6
19°	Repubblica di San Marino	166,6
20°	Trentino-Alto Adige/Südtirol	147,0
21°	Campania	143,6
22°	Città del Vaticano	0,0

L'indice di vecchiaia della Campania (% popolazione in età 65 e più/popolazione in età 0-14) è di 143,6, della Lombardia 177,1, Veneto 189, Emilia Romagna 193,7, Piemonte e Toscana 219,9. La media italiana è di 187,6. Mentre l'indice di vecchiaia vede la Campania all'ultimo posto tra le regioni, per il tasso di natalità invece è al secondo (7,7); la Campania inoltre è la regione con il più alto numero di componenti per famiglia (2,54), con una media italiana di 2,25, la Lombardia 2,21, l'Emilia Romagna 2,18, il Piemonte 2,13.

Tutte le regioni del sud sono sopra la media italiana. AGENAS ha reso noto il rapporto tra personale del SSN e popolazione per regione; la media italiana è di 6,1, sono al di sopra della media l'Emilia Romagna con un rapporto di 8,7, il Piemonte con 7, il Veneto con 7,18. Risultano invece al di sotto della media la Lombardia con 5,63 (unica regione del Nord), la Calabria 5,67, la Puglia 5,6, la Sicilia 5,3 e la Campania 5,04.

Inoltre è stato calcolato il tasso di *turnover* dei medici e degli infermieri per regione, calcolando il rapporto tra il numero degli assunti e quello dei pensionati per ogni anno, se maggiore di 100 indica che si è in presenza di un ampliamento delle risorse; al contrario, se minore di 100, si è in presenza di una contrazione dell'organico.

Come si vede nella Tabella II solo le regioni del Centro- Nord presentano un ampliamento delle risorse. Infine il nuovo riparto del fondo sanitario tra le Regioni ha di recente introdotto tra i criteri di assegnazione dei fondi l'indice di deprivazione, che misura l'incidenza della povertà relativa individuale, il livello di bassa

Tabella II. Tasso di *turnover* dei medici e degli infermieri per regione, come rapporto tra il numero degli assunti e quello dei pensionati per ogni anno.

	Medici	Infermieri
Campania	69	57
Sicilia	69	62
Lazio	69	62
Emilia-Romagna	102	108
Lombardia	100	102
Piemonte	92	95
Toscana	105	95
Veneto	101	99
Italia	90	95

Fonte: elaborazione Agenas su CA 2020 (sono state considerate solo le Regioni con più di 40.000 professionisti).

scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, cioè finalmente viene dato un peso alle condizioni di deprivazione della popolazione.

Si è preso atto finalmente che le persone più povere di risorse e competenze si ammalano di più, guariscono di meno e muoiono prima. E questo si verifica prevalentemente nelle regioni del Sud e nelle isole, dove più si concentrano povertà e disuguaglianze sociali.

La ripartizione del fondo per il Servizio Sanitario Nazionale nel 2023, per la prima volta assegna 220 milioni alle Regioni con il più alto indice di deprivazione, che saranno suddivisi tra 8 regioni: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia, Calabria e Sardegna. È il primo riparto effettuato in applicazione dei nuovi criteri definiti con il Dm 30 dicembre 2022, in attuazione del decreto legislativo n. 68 del 2011.

È un primo significativo passo ma rappresenta un misero 0,5% del fondo, probabilmente non sufficiente a ridurre il *gap*, né a modificare la traiettoria di vita di queste fasce di popolazione concentrate quasi esclusivamente al Sud.

Lo SVIMEZ suggerisce due interventi immediati, l'aumento della spesa sanitaria (che in Italia è la più bassa d'Europa, con il 6,6% del PIL contro il 9,4 della Germania e l'8,9 della Francia) e la correzione del metodo del riparto regionale del Fondo sanitario nazionale, aumentando la percentuale assegnata all'indice di deprivazione e valutando i maggiori bisogni nei territori a più elevato disagio socio-economico.

QR Code Rapporto SVIMEZ Sanità



Ma perché il DDL sull'autonomia differenziata sarà un disastro per il Sud? È necessario porci alcune domande.

La premessa doverosa è che l'autonomia differenziata è prevista già nella Costituzione, ma con lo Stato, che deve garantire a tutti le stesse opportunità.

Guardiamo i dati recenti sulla mortalità e l'istruzione. La mortalità di chi ha una bassa istruzione, cioè la licenza elementare, è di 135 morti ogni 10.000 abitanti, contro i 104/10.000 abitanti di chi ha la laurea.

E la quota di abitanti con bassa istruzione è concentrata prevalentemente nel Mezzogiorno. Se i genitori sono poco istruiti è molto probabile che i loro figli non frequentino la scuola.

Fa sorridere un intervento dello Stato, che con il decreto Caivano reprime un fenomeno che dovrebbe aiutare a risolvere, per esempio incentivando le famiglie a mandare i figli a scuola. Sarebbe impensabile un reddito di istruzione?

Chiamiamolo "imponibile di istruzione," reddito di inclusione o prestito di inclusione: se la famiglia fa studiare i suoi membri in età scolastica lo Stato risparmia nel futuro e anticipa i soldi nel presente. Si può immaginare un prestito per ogni bambino dal primo o dal terzo anno di vita, in aggiunta all'assegno unico per i figli, che viene rinnovato sulla base della frequenza scolastica per tutti gli anni dell'obbligo. Prestito che si perde se il bambino non frequenta regolarmente la scuola, stabilendo un tetto massimo di assenza all'anno.

Si potrebbe rispolverare l'esperienza straordinaria dei "Nidi di mamme," fatta a Napoli in un particolare momento felice del governo della città. Un esperimento riuscito (fino a quando è esistito), che prevedeva l'assunzione delle madri più in difficoltà negli stessi asili frequentati dai figli: più asili, più lavoro per le madri.

Il *Lancet* ha pubblicato un lavoro nel 2021, in cui dimostra in maniera inequivocabile che esiste una relazione positiva tra scolarizzazione dei genitori e sopravvivenza infantile. Non solo, si è visto che l'effetto protettivo dell'educazione dei genitori è cumulativo e aumenta all'aumentare degli anni di scolarizzazione. L'istruzione materna è quella che incide di più sulla salute dei bambini.

E questo accade non solo per l'età neonatale, ma anche dopo.

Quindi investire sull'istruzione materna sarebbe un buon investimento per il Paese.

In uno studio che è stato comunicato recentemente al Congresso nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), lo studio NASCITA (Nascere e creSCere in ITALIA), sono state studiate le 15 pratiche genitoriali che sappiamo essere efficaci e necessarie: queste vanno dall'assunzione corretta di acido folico, all'allattamento al seno esclusivo, all'assunzione di alcol e fumo in gravidanza, alla lettura e all'ascolto della musica già dal 6 mese di vita, al tempo trascorso all'aria aperta, al numero di ore in cui la TV è accesa in casa. In una coorte di 5054 neonati con le loro famiglie, seguiti dalla nascita fino all'età prescolare, lo studio ha concluso che, a parità di altri fattori, tipo l'istruzione o il livello socioculturale, il fatto soltanto di nascere al

Sud dimezza le possibilità dei bambini di avere accesso a quelle 15 pratiche.

Dei tagli cesarei si è già parlato: si attestano intorno al 25% del totale al Nord, per sfiorare il 35% al Centro e toccare il 40% al Sud. Anche su questo fenomeno incide il livello socio-culturale della famiglia.

Il rischio che oggi alcuni Governatori delle regioni meridionali, in particolare della Campania e della Puglia, stanno con veemenza evocando è che se non si cambia il modo in cui è stata definita l'autonomia regionale definendo i LEP e finanziandoli, avremo un Paese diviso in due, con il Sud sempre più in difficoltà. Ultima breve considerazione la voglio fare su un piccolo numero di bambine e bambini costretti a vivere in carcere con le loro mamme detenute. Bambini che nascono in una famiglia difficile, hanno in genere entrambi i genitori in carcere, e che sono costretti a trascorrere gli anni più importanti per il loro sviluppo psicofisico in un carcere. L'Italia ha una legge molto avanzata che prevede la detenzione per queste donne in un carcere a misura attenuata, che è comunque un carcere e quindi poco adatto alla crescita di un bambino oppure in una casa famiglia protetta, e ne esistono soltanto una a Roma, la casa di Leda, intitolata a Leda Colombini, e una a Milano, dove il bambino non ha nessuna percezione di vivere una vita ristretta e quindi più adatto alla sua crescita e la mamma sotto controllo come in carcere.

Invece di aumentare le case famiglia protette per de-

tenute madri e quindi tutelare il bambino, e il supremo interesse del minore come recita l'articolo 3 della convenzione dei diritti dell'infanzia, c'è il rischio che venga incentivato l'uso degli ICAM o delle sezioni Nido del carcere.

Appare pressoché inevitabile, che la mamma detenuta trasmetta il proprio disagio al figlio che è con lei, così come è difficile non credere che la condizione di detenzione non abbia degli effetti diretti e indiretti negativi sul bambino.

I bambini in carcere con le loro mamme sono circa 20, il numero oscilla molto negli anni, ma hanno tutto il diritto di vivere una vita normale.

Una legge approvata nella scorsa legislatura purtroppo soltanto alla Camera per la caduta del governo Draghi prevedeva l'istituzione delle case famiglia protette come l'unica scelta per far scontare la pena a una donna in stato di gravidanza o con un bambino fino a 6 anni di età, in assenza naturalmente di esigenze cautelari di particolare gravità; prevedeva, infatti, l'obbligo per il Ministro della Giustizia di stipulare con gli enti locali convenzioni volte a individuare le strutture idonee a ospitare case famiglia protette, alternative agli istituti a custodia attenuata per detenute madri (ICAM), ai quali si sarebbe continuato a fare ricorso soltanto per esigenze cautelari di particolare rilevanza.

Anche questa rappresenta una grave e insopportabile diseguaglianza nei confronti di alcuni bambini.

L'assistenza sanitaria pediatrica: presente e futuro

Annamaria Staiano, Ordinaria di Pediatria dell'Università Federico II, Presidente della Società Italiana di Pediatria

La missione della Società Italiana di Pediatria è quella di promuovere lo sviluppo psicofisico del bambino, in tutti i suoi ambiti, ed è per questo motivo che prima di affrontare il tema delle criticità assistenziali e delle proposte per la riorganizzazione della rete pediatrica, che sono l'oggetto di questo articolo, ritengo opportuno soffermarmi su alcune problematiche di natura etica e sociale, oltre che sanitaria, che riguardano i soggetti in età evolutiva e, più in generale, gli scenari della nostra società. A cominciare dalla denatalità. Elon Musk, dopo la pubblicazione degli ultimi dati ISTAT sulla denatalità, ha affermato: "L'Italia sta scomparendo". Infatti, nel 2022 abbiamo raggiunto il picco inferiore di nati per anno. Sono stati iscritti all'anagrafe per nascita solo 392.598 bambini, 7.651 in meno rispetto al 2021 (nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia). Nell'arco di 14 anni (dal 2008 al 2022) le nascite sono diminuite di circa 180mila unità (erano più di un milione nel 1964, 576.000 nel 2008).

Siamo un Paese sempre più vecchio. Le ragioni sono molteplici. La scelta consapevole e deliberata di non

avere figli è poco frequente, mentre è comune la decisione di rinviare nel tempo la realizzazione dei progetti familiari nell'attesa di una stabilità lavorativa ed economica (nel 2019 l'età media al parto è di 32,1 anni). Tuttavia, esiste un orologio biologico. Oggi per i giovani il desiderio dei figli si lega alla sicurezza economica lavorativa. Ma questo posticipare fino alla stabilizzazione economica non corrisponde a una realtà che, invece, non è rinviabile nell'età biologica, perché solo fino a una certa età si può diventare genitori. Uno dei primi punti per mettere un freno alla caduta libera della natalità è l'educazione sanitaria, che va fatta non solo negli studi dei medici, dei pediatri e nei consultori, ma soprattutto a scuola dove i ragazzi devono comprendere anche i tempi della natalità, legata all'orologio biologico, partendo dal presupposto che la natalità è uno dei momenti più belli della vita, perché garantisce alla società una ricchezza non solo demografica, ma anche economica e sociale. La Società Italiana di Pediatria (SIP) supporta ampiamente politiche di educazione sanitaria in epoca scolastica, perché le persone possano essere pronte all'epoca del concepimento e all'accettazione della genitorialità vista come vantaggio e non come ostacolo.

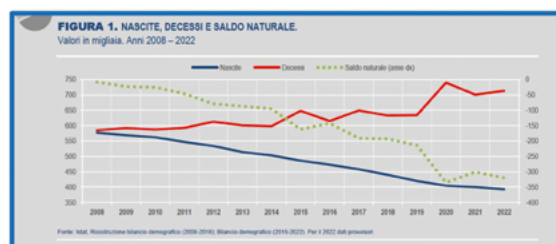
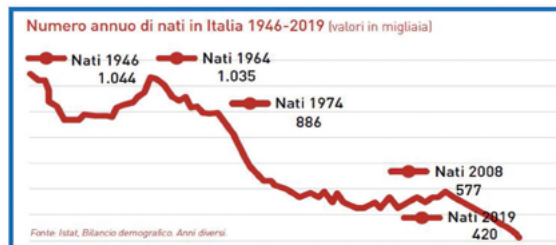
Problematiche economiche e sociali

Troppi bambini abbandonano precocemente la scuo-

Scenari demografici

“Italy is disappearing!”

- Nel 2022 sono stati iscritti in anagrafe per nascita 392.598 bambini, **7651 in meno rispetto al 2021 (nuovo minimo storico dall’Unità d’Italia)**.
- Nell’arco di 14 anni (dal 2008 al 2022) le nascite sono **diminuite di circa 180mila unità** (erano più di un milione nel 1964, 576.000 nel 2008).



la. Sebbene nel nostro Paese il tasso di **abbandono scolastico** prima del diploma di scuola superiore si sia ridotto rispetto al 2012, resta tra i più alti in Europa. E ancora, nell’anno scolastico 2021-2022 tra gli studenti dell’ultimo anno della scuola secondaria superiore quasi 1/10 si trova in una condizione di dispersione implicita, cioè le conoscenze di matematica e italiano degli studenti al termine della scuola secondaria sono inferiori a quelli degli studenti dei primi anni dello stesso ciclo scolastico. Questo significa immettere nel mondo del lavoro oppure nel ciclo di scuola terziaria degli studenti con competenze inadeguate. I dati INVALSI fanno vedere come questa realtà sia maggiore nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord.

Strettamente associato al contesto di appartenenza è il tema della delinquenza minorile, che credo meriti una attenta riflessione. La cronaca, purtroppo, quasi quotidianamente ci ricorda questo fenomeno. Gli ultimi dati EURISPES mostrano nel 2021 che la delinquenza minorile è aumentata del 15,7% rispetto al 2020.

Non si può non menzionare poi l’enorme diffusione del mondo virtuale con i suoi rischi, anche sulle relazioni empatiche. I report *EU Kids Online* valutano periodicamente i rischi e le opportunità di Internet per bambini di età compresa tra 9 e 16 anni in 19 paesi europei, con *focus* su accesso a Internet, pratiche *online* e *skills*. Questi i dati più significativi: in 11 paesi più dell’80% dei bambini di età compresa tra 9-16 anni usa uno *smartphone* per accedere a Internet almeno una volta al giorno. La stima del tempo trascorso online varia tra i 134 minuti (Svizzera) e i 219 minuti (Norvegia) al giorno. Il numero di minori che riferiscono di visitare *social network* quotidianamente varia tra il 38% (Spagna) e

il 73% (Serbia), con una forte connotazione associata all’età. In Italia visita quotidianamente *social network* il 23% dei bambini tra 9-11 anni, quando invece l’uso di alcuni *social device* o di alcuni *network* è vietato in ragazzi al di sotto dei 13 anni.

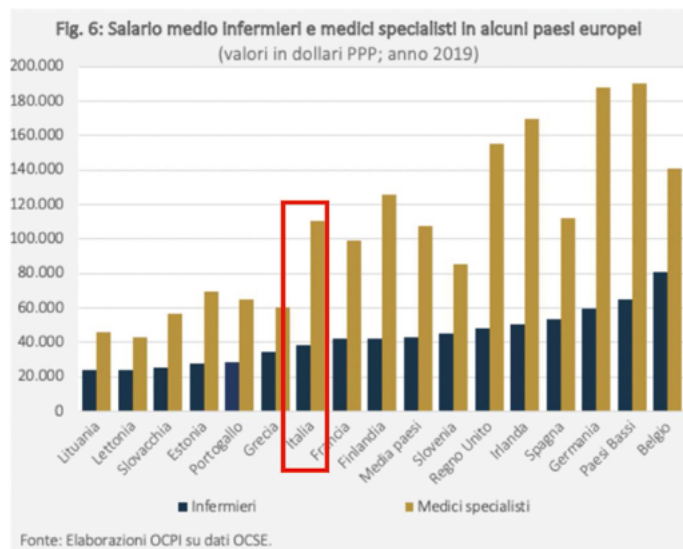
Riteniamo che la chiave per la gestione delle problematiche connesse all’uso (e abuso) del digitale, si possa trovare nell’educazione a un uso consapevole dei *social network* e, in generale, dei dispositivi digitali. Che deve però iniziare molto precocemente e già in ambito familiare. In quest’ottica la SIP ha collaborato con ACP, FIMP, Meta e Fondazione Carolina al progetto “Connessioni Delicate”. Nell’ambito di questo progetto è stata condotta un’indagine sul rapporto col digitale che ha coinvolto 800 famiglie con figli di età compresa tra 0 e 15 anni. I dati sono veramente sorprendenti, perché hanno mostrato che il 26% dei genitori permette ai figli di 0-2 anni di utilizzare i *device* in autonomia, percentuale che sale al 62% per la fascia 3-5 anni, all’82% per la fascia 6-10 anni. Quindi c’è una scarsa percezione da parte dei genitori dei rischi legati all’uso improprio della tecnologia digitale. È perciò necessaria non solo un’educazione dei bambini e degli adolescenti, ma anche familiare; da qui l’importanza del ruolo dell’educazione scolastica, di cui la SIP si fa promotrice.

Le criticità assistenziali

Le maggiori criticità che riguardano l’organizzazione delle cure pediatriche possono essere così riassunte:

- carenze di numeri nella medicina territoriale (sebbene sia presente un punto interrogativo, che si comprenderà meglio nel proseguo dell’articolo);

La fuga del personale sanitario dal SSN



I medici italiani guadagnano

- il 72% in meno degli olandesi
- il 70% in meno dei tedeschi
- il 41% in meno dei britannici
- il 27% in meno dei belgi

- fuga dagli ospedali, con riferimento al sistema delle cure delle emergenze-urgenze;
- ridotto numero di specialisti in relazione all'aumento delle patologie croniche;
- inadeguato coordinamento territorio-ospedale-terzo livello.

Ogni giorno leggiamo sulle testate articoli che riportano notizie di primari che lasciano il Pronto soccorso; si parla addirittura di 'fuga' dagli ospedali da parte dei medici, soprattutto nell'emergenza-urgenza. Assistiamo al fenomeno di medici che lasciano l'Italia per l'Arabia Saudita, attratti da compensi elevati. Quali sono le cause dell'abbandono degli ospedali da parte di medici giovani e meno giovani? Da una parte i turni massacranti, dall'altra le continue aggressioni, ma soprattutto compensi troppo bassi rispetto alle responsabilità. I medici italiani sono quelli che guadagnano di meno rispetto a quelli di altre nazioni: il 72% in meno degli olandesi, il 70% in meno dei tedeschi e così via. Il Ministro della Salute Orazio Schillaci ha più volte ripetuto che non mancano i medici; i medici ci sono, ma bisogna dare maggiore attrattività e dignità a chi lavora nel Sistema Sanitario Nazionale.

E i pediatri? È proprio vero che mancano? Se confrontiamo il numero di pediatri per 100.000 abitanti nei diversi paesi europei, vediamo che in Italia è del tutto soddisfacente: infatti abbiamo 28,7 pediatri per 100.000 abitanti, contro i 12,1 della Francia e i 16,8 della Germania. Quindi i pediatri non mancano.

Andiamo a vedere nel dettaglio la situazione dei pediatri di libera scelta (PLS). Si sente dire da più parti che il numero dei pediatri del territorio si è ridotto. Però, se esaminiamo la *trend* tra il 2009 e il 2021, il numero di PLS con anzianità di specializzazione < 9

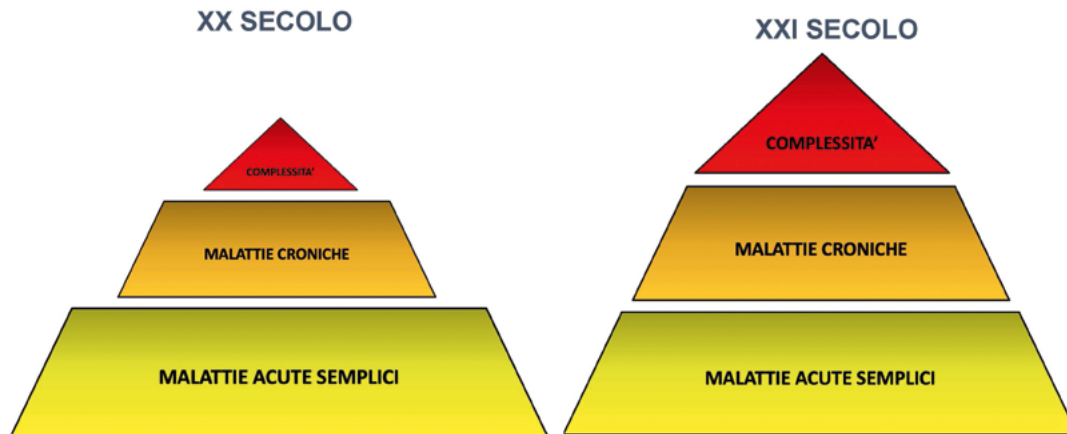
anni risulta assai limitato (circa il 3%), senza significative modificazioni in questo periodo. È ipotizzabile che il "ricambio" in questi anni sia stato in larga parte garantito dal passaggio al territorio di pediatri ospedalieri con anzianità di specializzazione > 15 anni. Appare chiaro che abbiamo bisogno di una riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, che, però, non può non partire da una riorganizzazione dei **fabbisogni formativi**.

Le proposte SIP per la riorganizzazione dell'assistenza pediatrica

Fortunatamente il Ministero della Salute ha costituito dei tavoli tecnici per la revisione delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera (decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77). La SIP è stata invitata a far parte del tavolo tecnico e ha formulato queste proposte:

- **estensione dell'età di pertinenza pediatrica sino ai diciott'anni e riconoscimento della specificità dell'area pediatrica.** Nei reparti ospedalieri e nei Pronto Soccorso non esiste un limite superiore per l'età pediatrica uniforme sul territorio nazionale, ma questo varia a seconda della regione e, nell'ambito della stessa regione, da azienda ad azienda, generando confusione negli adolescenti e nei genitori. È necessario riconoscere l'età pediatrica sino a 18 anni in ospedale e sul territorio (dove attualmente il limite superiore è 14 anni, a eccezione dei bambini con patologie croniche, per i quali è 16 anni);

EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA PEDIATRICA



- razionalizzazione delle piccole strutture ospedaliere di Pediatria e dei Punti Nascita.** La SIP chiede con urgenza la chiusura, come già previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, dei punti nascita con meno di 500 nati per anno, trasferendo il personale verso strutture con almeno 1000 parti all'anno. In tal modo si può garantire una maggiore sicurezza del percorso nascita. Occorre inoltre chiudere le piccole strutture ospedaliere di pediatria, che si limitano a fare solo un'attività ambulatoriale;
- rimodulazione della rete e delle Terapie Intensiva Pediatriche (TIP).** Le TIP nel nostro Paese sono poche, mediamente di piccole dimensioni, distribuite in modo non omogeneo sul territorio nazionale. Per tale ragione moltissimi pazienti in età pediatrica sono ricoverati in reparti con scarsa esperienza specifica. Nel nostro Paese peraltro non esiste una modalità certa e riconosciuta per identificare i reparti di terapia intensiva pediatrica, perché manca il codice identificativo della disciplina, che esiste per tutte le altre branche della medicina. Ciò rende molto difficile valutare con esattezza il numero di letti e i reparti. Secondo calcoli approssimativi le TIP che trattano soggetti in età pediatrica con una attività clinica sufficiente (almeno 100 pazienti/anno) sono appena 26 in tutta Italia; i letti di terapia intensiva pediatrica sono circa 202, con una media di 3 posti letto per 1 milione di abitanti, ben al di sotto della media europea pari a 8. Offrire ai pazienti pediatrici di essere assistiti in unità di terapia intensiva dedicate significa migliorare la prognosi rispetto ai bambini che vengono ricoverati in terapie intensive per adulti. Le migliori *performance* ottenute dalle terapie intensive pediatriche derivano dal fatto che sono tarate sui bambini, con una elevata specificità non solo dei *device*, ma anche delle competenze specialistiche;
- realizzazione di un'area omogenea pediatrica, limitando i ricoveri di pazienti pediatrici in reparti per adulti.** Abbiamo bisogno di un'area omogenea pediatrica, che possa coprire tutti i soggetti in età evolutiva, da zero a 18 anni, includendo la neonatologia, la pediatria, aziende territoriali e ospedaliere, le subspecialità e la adolescentologia, interfacciandosi continuamente con la neuropsichiatria infantile e la chirurgia pediatrica. Le **aree omogenee** identificate dal DM 70 sono: area medica, area chirurgica, area salute della donna e materno-infantile, area critica, area della salute mentale, area post-acuzie e area dei servizi. L'**area salute della donna e materno-infantile** comprende nido, ostetricia e ginecologia, pediatria, fisiopatologia della riproduzione umana e neonatologia. Le **sub-specialità pediatriche**, così come la **neuropsichiatria infantile** e la **chirurgia pediatrica**, sono inserite in aree diverse. L'inserimento di tutte le specialità pediatriche nell'area omogenea pediatrica appare necessario per **ribadire che la specificità delle cure pediatriche deve essere sempre tenuta in considerazione in ogni contesto organizzativo dell'assistenza sanitaria del nostro Paese.**
- organizzazione della rete delle malattie rare e croniche complesse.** Le criticità nell'ambito dell'assistenza pediatrica non riguardano solo le carenze nelle strutture ospedaliere, ma anche le tipologie di pazienti. Basti pensare al costante incremento del numero di pazienti affetti da patologie rare e malattie croniche, che in età pediatrica stanno diventando sempre più numerosi. Nel ventesimo secolo le malattie croniche sono andate aumentando rispetto alle patologie acute. In Italia

il 15-18% di bambini e adolescenti ha una malattia cronica. La gestione delle malattie croniche rappresenta una sfida ai sistemi sanitari, sia in termini di qualità dell'assistenza che di sostenibilità della spesa. Questi bambini e adolescenti presentano infatti delle caratteristiche specifiche che rendono necessaria un'assistenza dedicata e un personale altamente qualificato. Abbiamo sempre più bisogno di pediatri subspecialisti. Purtroppo, però, a differenza di altri paesi europei, in Italia le subspecialità pediatriche (ad esempio la gastroenterologia pediatrica, la cardiologia pediatrica, la diabetologia pediatrica e via di seguito) non sono riconosciute sul piano normativo.

La SIP da molto tempo si sta battendo per questo, ma la situazione è diventata sempre più complessa.

Infatti, l'ultima riforma delle scuole di specializzazione del 2015 prevedeva il mantenimento della durata della specialità per 5 anni, con l'identificazione di due tronchi: un tronco comune di tre anni e un biennio specialistico, nel quale lo specializzando poteva scegliere di seguire un biennio delle cure primarie o delle cure secondarie o di una tra 13 specialità pediatriche, dalla neonatologia alla gastroenterologia, alla endocrinologia, alla cardiologia e via di seguito.

Il Decreto Enti Pubblici, emanato a giugno 2023 modificando il Decreto Calabria, ha previsto che l'assunzione dei medici specializzandi può avvenire dal secondo-terzo anno, a seconda della durata della scuola di specialità: quindi per le specialità di 4 anni lo specializzando può essere assunto dal secondo anno, mentre per le specialità della durata di 5 anni può essere assunto dall'inizio del terzo anno. Tutto questo diviene parte integrante della modalità di assunzione di personale medico mediante contratto a tempo determinato, con automatica conversione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità. Come conseguenza, sulla base del decreto Enti Pubblici, oggi non abbiamo più il tronco comune per tutti gli specializzandi, né il biennio formativo in cui gli specializzandi possono liberamente scegliere un percorso in cure primarie o cure secondarie o subspecialità in quanto, dall'inizio del terzo anno, possono già decidere di lavorare in ospedale. Chiaramente questo comporta dei problemi e dei rischi: l'utilizzo di giovani assistenti in formazione per sopperire alle carenze del Sistema Sanitario Nazionale con annessi rischi medico-legali e una riduzione della formazione specialistica.

Teniamo anche presente che la laurea abilitante non prevede più il tirocinio e che il concorso di specializzazione medica nazionale ha ridotto fortemente la qualità della formazione dello studente prima della laurea e verso la specializzazione. In passato il concorso di specializzazione non nazionale, sebbene con il rischio di decisioni non del tutto oggettive, permetteva, però, di valutare quegli studenti che avevano svolto una tesi specialistica su temi pediatrici già nel percorso formativo pre-laurea. Oggi, invece, con il concorso di specializzazione medica nazionale, l'accesso alla Scuola di specializzazione in

Pediatria è possibile per studenti che hanno svolto una tesi, per esempio, in urologia, in oculistica, in radiologia e quindi senza particolari conoscenze pediatriche. Pertanto, partendo già da scarse conoscenze di pediatria prima della specializzazione, forse solo nel secondo anno di specializzazione si incomincia a percepire la differenza tra il bambino rispetto all'adulto, ma già dal terzo anno questi giovani in formazione possono andare a lavorare in reparti di pediatria.

Purtroppo, come scrivono Eibensteiner et al. in un recente lavoro su *Frontiers in Pediatrics*, gli eventi avversi si verificano negli ospedali soprattutto in particolari mesi dell'anno, cioè a luglio e agosto, in coincidenza con l'immissione in attività dei giovani medici in formazione. O ancora, come sottolineato sull'*European Journal of Pediatrics* da Golan-Tripto et al., nel 2023 i nuovi specialisti in pediatria non si sentono confidenti nel diagnosticare patologie specialistiche anche comuni, per esempio la dermatite atopica, a causa di un insufficiente *training* subspecialistico durante il corso, per cui riferiscono questi pazienti al dermatologo dell'adulto.

La formazione attualmente riconosce delle criticità e la SIP, insieme al Collegio dei professori ordinari di pediatria e al Collegio dei direttori delle scuole di specializzazione, sta lavorando a livello istituzionale per il riconoscimento di alcune subspecialità pediatriche come progetto pilota, per poi possibilmente estenderlo ad altre subspecialità.

Nell'ambito del tavolo tecnico per la revisione del decreto 70 e 77 la SIP ha avanzato proposte per consentire ai medici assunti nel corso della specializzazione di prestare servizio in modo flessibile sia in ospedale che sul territorio, tenendo conto del grado di autonomia acquisito nel corso del primo triennio di specializzazione. Un'altra proposta è quella di mettere in rete le pediatrie ospedaliere specialistiche con il territorio e definire una continuità tra la formazione di base, quella specialistica e l'educazione medica continua.

In conclusione

- è necessaria una riorganizzazione del sistema delle cure pediatriche, che tenga conto dei nuovi scenari demografici e delle attuali criticità assistenziali;
- è ormai imprescindibile il raggiungimento di una reale integrazione delle attività tra pediatria territoriale e ospedaliera, la cui necessità è stata evidenziata durante la recente pandemia;
- le misure per contrastare la carenza dei medici non devono andare a discapito della formazione specialistica che, soprattutto in pediatria, è strettamente correlata alla qualità dell'assistenza fornita.

La SIP è coinvolta nel processo di identificazione delle criticità e di sviluppo di proposte per la ri-organizzazione dell'assistenza sanitaria ed è impegnata per raggiungere gli obiettivi minimi, che possano migliorare la salute psicofisica del bambino.