

La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia

Maurizio Bonati, Rita Campi

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

Abstract

Children's health in the poorest European Country: the south of Italy

Of the 20.7 million people (36.1% of Italians) living in southern Italy, 35% are poor, living with less than 521 Euro/month. However, 63% of these are living with less than 435 Euro/month, representing a more dramatic figure. This was also confirmed in a recent report on the European Union's social situation which shows that Southern Italy, with 35% of its people at risk of poverty, can be considered the European country with the highest poverty rate, but also with highest percentage of children. Inequalities within countries are well known and affect child health more than other areas. Social and economic factors are determinants of child health inequalities and the grave matter of childhood poverty. The inequalities concerning Italian children are evident in neonatal mortality, with rates four times higher in the South compared to the North. Furthermore the quality of perinatal care (measured in terms of early neonatal death for low birth-weight children) is associated with latitude. Some indicators also suggest a lack of paediatric services (hospitalization migration index) in terms both of quality and quantity. The inequalities are also related to health prevention (immunization coverage) and social (youth unemployment) and educational (primary school abandonment and school dropout) aspects that have a profound effect on the welfare of Italian children. The Italian scenario concerning the future of all its children is not encouraging. The implementations of public health programs focusing on promoting, monitoring, and improving child wellbeing should be taken on as a recognised challenge and should represent one of the political commitments.

Quaderni acp 2005; 12(2): 51-52

Key words Child Health. Inequality. Poverty. Social aspect

Dei 20,7 milioni di residenti nel Sud d'Italia (36,1% degli italiani), il 35% è povero e vive con meno di 521 Euro al mese. Ma il 63% di questi vive con meno di 435 Euro al mese, rappresentando un quadro ancora più drammatico. Questo è stato confermato anche da un recente rapporto sulla situazione sociale dell'Unione Europea che indica che il Sud Italia, con il 35% della popolazione a rischio di povertà, rappresenta la Nazione Europea più povera e anche quella con la più alta percentuale di bambini. Le disuguaglianze tra nazioni sono ben conosciute e colpiscono soprattutto la salute dei bambini. I fattori sociali ed economici non solo condizionano la salute dei bambini, ma sono associati anche alla povertà infantile. Le disuguaglianze che colpiscono i bambini italiani sono evidenti nella mortalità neonatale, con tassi quattro volte più alti al Sud che al Nord. Inoltre la qualità delle cure perinatali (misurate in termini di mortalità neonatale per basso peso alla nascita) è associata alla latitudine. Alcuni indicatori suggeriscono una mancanza di servizi pediatrici (migrazione dei bambini ospedalizzati) sia in termini di qualità che di quantità. Le disuguaglianze sono inoltre correlate con la prevenzione (copertura vaccinale) e con gli aspetti sociali (disoccupazione giovanile) ed educativi (abbandono della scuola dell'obbligo), che hanno un profondo effetto sul benessere dei bambini italiani. Il futuro dei bambini italiani non è incoraggiante. La necessità di un programma di salute pubblica focalizzato sulla promozione, il monitoraggio e il miglioramento del benessere infantile dovrebbero rappresentare un obiettivo primario a cui devolvono le risorse necessarie.

Parole chiave Salute del bambino. Disuguaglianze. Povertà. Aspetti sociali

Dei 20.734.000 residenti nel Sud Italia (36,1%), 7.333.000 (35,4%) sono poveri e vivono con meno di 521 Euro al mese (1). Ma 4.642.000 di questi "poveri" re-

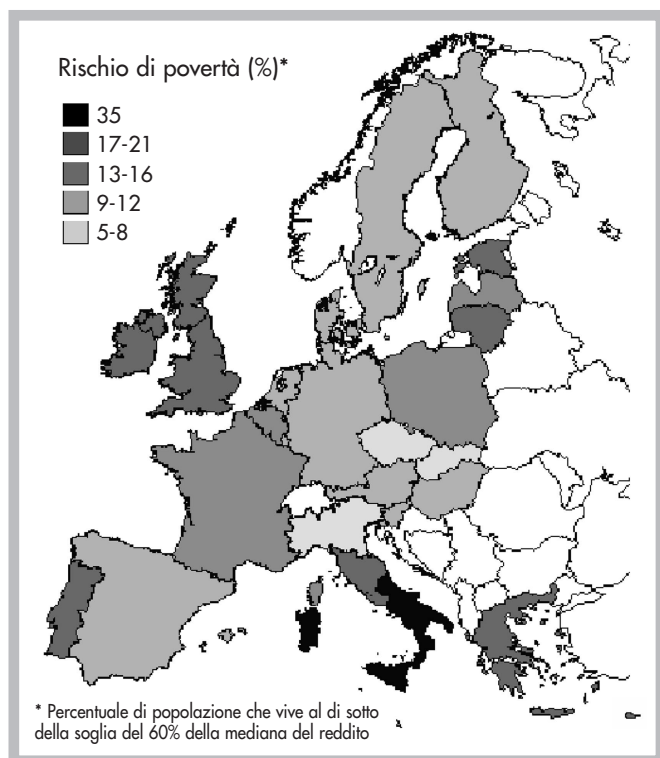
sidenti al Sud (63,3%) vivono con meno di 435 Euro al mese, rappresentando un quadro ancora più drammatico. Con questo profilo, il Sud Italia può essere consi-

derato il Paese europeo con la più elevata intensità di povertà calcolata sulla base del reddito (2). Inoltre, da quando nel nuovo contesto dei Paesi con maggiori risorse, la povertà è misurata in relazione al numero di famiglie povere, è importante evidenziare che i due terzi delle 2.456 famiglie "povere" italiane risiedono al Sud (3), dove le famiglie sono più numerose che in qualsiasi altro Paese e con un'incidenza di povertà più elevata per quelle con tre o più figli o con un capofamiglia con basso livello di istruzione.

Un recente studio di Eurostat (4) rileva che il 15% degli europei, circa 55 milioni, e il 19% degli italiani, pari a 11 milioni, vivono in famiglie che guadagnano meno del 60% della mediana del reddito nazionale (considerati anche i trasferimenti sociali: contributi sociali di vario tipo, a eccezione delle pensioni). L'Italia è tra i Paesi più esposti al rischio di povertà tra i 25 Stati membri dell'Unione Europea ed è al quarto posto, dopo Irlanda (21%), Portogallo e Grecia (entrambi 20%). Il Sud Italia, se considerato come singola nazione, con il 35% della popolazione a rischio di povertà, rappresenta la Nazione Europea più povera. Il Centro Italia (14%) si colloca tra i Paesi a medio rischio e il Nord Italia (6%), insieme a Ungheria, Svezia, Repubblica Ceca e Slovacchia, tra i Paesi che fanno registrare la minor percentuale di abitanti a rischio (figura 1).

Le disuguaglianze tra nazioni, che coinvolgono anche i Paesi industrializzati, sono ben conosciute e colpiscono soprattutto la salute dei bambini (5,6). I fattori sociali ed economici non solo condizionano la salute dei bambini, ma sono associati alla povertà infantile. Di conseguenza, il monitoraggio e la complessa pianificazione degli interventi volti al benessere del bambino rappresentano esigenze (diritti) fondamentali per la comunità e il futuro della salute pubblica di una nazione (7). Negli ultimi decenni del secolo scorso, il quoziente di natalità

Per corrispondenza:
Rita Campi
e-mail: campi@marionegri.it

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE DEL RISCHIO DI POVERTÀ NEI 25 PAESI DELL'UE

in Italia si è quasi dimezzato (da 16,8 negli anni Settanta a 9,2‰ abitanti nel 2001), con una riduzione del saldo naturale tra vivi e morti. Il trend è stato meno evidente nel Sud rispetto al Nord, dove la natalità e la fertilità erano entrambe basse. I due terzi del tasso di mortalità infantile (3,3‰ nati vivi) sono da attribuire alle morti neonatali, in particolare una mortalità neonatale precoce nella prima settimana di vita. La mortalità neonatale varia ampiamente tra le regioni, con tassi quattro volte superiori al Sud (in particolare in Sicilia e Basilicata con tassi del 5,7‰ nati vivi) rispetto al Nord (1,3‰ nati vivi in Friuli Venezia Giulia).

Nonostante il peso alla nascita sia considerato uno dei fattori correlati alla mortalità infantile, la distribuzione regionale dei neonati di basso peso e di peso estremamente basso alla nascita è vicina alla media nazionale, pari rispettivamente al 6‰ e 8‰. Comunque il rischio di morte neonatale precoce per un bambino con basso peso alla nascita, per esempio, in Sicilia o in Abruzzo è nove volte quello di un neonato della Valle d'Aosta (rispettivamente 91,7‰ e 101,7‰ verso 11,4‰ nati vivi), indicando una profonda diversità nella qualità delle cure perinatali (strutture sanitarie e assistenza sanitaria) in Italia associata alla latitudine. I tassi di ospedalizzazione pediatrica (≤ 14 anni) sono simili tra le regioni (la media è di 151,8‰ abitanti) con una prevalenza per i neonati, i maschi e le malattie del siste-

ma respiratorio. Tuttavia, oltre il 22% dei bambini ospedalizzati della Basilicata e del Molise e più del 13% dei bambini della Calabria e dell'Abruzzo migrano al Nord e al Centro, evidenziando una carenza di servizi pediatrici sia in termini di quantità che di qualità. Le ineguaglianze, che colpiscono i bambini italiani, non sono associate solo alle cure sanitarie ma anche alla prevenzione. Il tasso di copertura vaccinale per il morbillo entro i primi 24 mesi di vita, per esempio, varia da 54,9% in Calabria a 89,6% in Toscana (8,9). L'Italia continua ad avere i più bassi tassi di copertura vaccinale per il morbillo

tra i Paesi dell'Unione Europea che hanno reso necessario l'avvio della campagna nazionale attualmente in corso per arrivare al tasso di copertura atteso del 90-95% (10). Anche le differenze sociali e culturali influiscono profondamente sul benessere dei bambini. Un rapporto sbilanciato tra domanda e offerta dei servizi sociali pubblici si osserva in Campania e in Sicilia, le regioni con il più alto tasso di natalità (11,5‰ e 10,4‰ abitanti, rispettivamente) e la più bassa percentuale di iscritti alla scuola materna dei bambini di 3-5 anni (96% e 91,8% rispettivamente). La Calabria e la Puglia hanno un tasso di abbandono dalla scuola dell'obbligo 2,5 volte maggiore di quanto accade in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 24% e 9%). Analogo andamento geografico è osservabile per le forze lavoro di 15-19 anni che non hanno un'occupazione: il tasso di disoccupazione giovanile varia dal 65,2% e 61,4% per la Calabria e la Sicilia, al 7,1% del Trentino Alto Adige. In un contesto di questo tipo, caratterizzato da un alto tasso di abbandono scolastico e da un basso tasso di occupazione giovanile, il rischio di vivere in condizioni disagiate (basso livello di istruzione, famiglia povera, lavoro illegale ecc.) per un bambino (e la sua famiglia) che vive nel Sud Italia è sicuramente maggiore di un bambino che vive nel Nord d'Italia.

Le disuguaglianze presenti nella società accrescono i bisogni fondamentali di

interventi volti al miglioramento della salute affinché i diritti umani e la dignità individuale siano rispettati (11).

L'ineguaglianza si fonda sulla deprivazione di alcuni diritti come l'educazione, il lavoro e l'accesso ai servizi sanitari, e significa perdita della dignità umana, che è legata alla povertà (12). Il benessere non è solo una questione di reddito personale o di considerazione nazionale economica (il prodotto interno lordo), ma di diritti sociali e di salute, e di poter creare e utilizzare le opportunità che la vita offre.

La garanzia dei determinanti della qualità della vita è essenziale, specialmente per i bambini, fin dalla nascita e per l'intera durata della vita. La salute dei bambini sarà sempre una priorità di una nazione sia al Nord che nel Sud del mondo, fintanto che permangono disuguaglianze socio-sanitarie.

Il futuro dei bambini italiani non è incoraggiante. In un Paese con una popolazione prevalentemente anziana e con disuguaglianze regionali in aumento, la necessità di un programma di salute pubblica focalizzato sulla promozione, il monitoraggio e il miglioramento del benessere infantile, dovrebbe rappresentare un obiettivo primario a cui devolvono le risorse necessarie. ♦

Bibliografia

- (1) Caritas Italiana, Fondazione E. Zancan. Vuoti a perdere Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta. Feltrinelli, Milano 2004.
- (2) http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos/-reference/display.do?screen=detailref&language=en&product=EU_strind&root=EU_strind/strind/ecobac/eb011. (last update November 12, 2004).
- (3) ISTAT. La povertà relativa in Italia nel 2003. <http://www.istat.it>
- (4) http://europa.eu.int/comm/employment_social-news/2004/oct/socsit_2004_en.pdf
- (5) UNICEF. Child Poverty in Rich Nations. Florence, Italy: UNICEF, Innocenti Research Centre 2000.
- (6) Victora CG, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362:233-41.
- (7) Young ME (ed). From early child development to human development. The World Bank, Washington 2002.
- (8) Ciofi degli Atti ML, Rota MC, Bella A, Salmaso S ICONA Study Group. Do changes in policy affect vaccine coverage levels? Results of a national study to evaluate childhood vaccination coverage and reasons for missed vaccination in Italy. *Vaccine* 2004;22:4351-7.
- (9) A survey on measles vaccination policies in Italian Regions. *Ann Ig* 2004;16(3):421-8.
- (10) Ministero della Salute. Campagna straordinaria MRP: <http://www.ministerosalute.it/servizio/campagna.jsp?idarc=9> (last update November 12, 2004).
- (11) Horton R. Rediscovering human dignity. *Lancet* 2004;364:1081-85.
- (12) Spencer NJ. Poverty and child health. 2nd ed. A. Kingdon, United Kingdom: Radcliffe Medical 2000.