

Il diritto alla salute dei bambini

Mario De Curtis

già Ordinario di Pediatria, Università di Roma La Sapienza; presidente del Comitato per la Bioetica della Società Italiana di Pediatria; componente della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei

Il diritto alla salute dei bambini è un principio fondamentale sancito, oltre che dall'art. 32 della Costituzione, da una serie di Convenzioni internazionali riconosciute dal nostro Paese. Ogni bambino ha il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e di avere accesso a cure mediche adeguate. Questo diritto fra l'altro prevede: l'accesso a cure preventive, cure mediche appropriate in caso di malattie, una nutrizione adeguata e un ambiente sicuro e sano privo di fattori nocivi. Il diritto alla salute dei bambini è essenziale per garantire il loro sano sviluppo fisico e mentale e il pieno godimento di altri diritti come quello all'istruzione e alla protezione.

Molti di questi diritti sono oggi negati in Italia, che pur vanta un'antica tradizione di solidarietà e difesa dell'infanzia. Inique differenze nella fruizione del diritto alla salute riguardano tutti coloro che vivono in Italia in qualsiasi fascia d'età, ma presentano risvolti di particolare responsabilità nelle prime epoche della vita, segnate da una particolare vulnerabilità, ma anche decisive, in positivo o in negativo, per il futuro della persona. Sebbene l'Italia disponga di un sistema sanitario universale che garantisce l'accesso alle cure mediche, ci sono ancora notevoli disparità nella cura della salute dei bambini dipendenti da fattori socioeconomici e geografici. I bambini provenienti da famiglie con basso reddito o situazioni economiche precarie hanno minori opportunità di accesso a cure mediche adeguate e tempestive, a una nutrizione adeguata e ai servizi sanitari. Gli ultimi dati dell'ISTAT indicano che nel 2022 un milione 269 mila bambini e ragazzi non potevano permettersi le spese minime necessarie per condurre una vita accettabile, si trovavano cioè in uno stato di povertà assoluta [1]. La povertà infantile può essere legata a diversi fattori, tra cui la disoccupazione dei genitori, la precarietà lavorativa, la monogenitorialità, l'immigrazione e altre situazioni di vulnerabilità. Dal momento che molte giovani coppie hanno lavori precari e non dispongono di un reddito definito, la nascita di un bambino può farle precipitare nella situazione di povertà assoluta. Questa povertà, infatti, è tanto più frequente quanto maggiore è il numero dei figli minori in famiglia: 6,5% per le coppie con un figlio minore, 10,6% per quelle con due figli minori e 21,0% per le coppie con tre o più figli minori [1].

I bambini di famiglie povere si ammalano e muoiono di più, sviluppano più frequentemente patologie croniche, sono meno spesso allattati al seno, vanno incontro più spesso a infezioni, disturbi di crescita, obesità, anemia, carenze nutrizionali, carie dentali, disturbi psicologici, comportamentali e anche psichiatrici ecc. [2,3]. Quello che un bambino sperimenta durante i primi anni pone le basi per tutta la sua vita. La povertà nelle prime epoche della vita, con le condizioni negative che le sono associate, ha effetti negativi sullo stato di salute non solo nelle prime epoche della vita ma anche nell'età adulta. Un recente documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei ha spiegato come un problema sociale, quale la povertà infantile, possa determinare problemi biologici e medici [4]. Recenti studi di genetica sembrano indicare che, in età pediatrica, le modificazioni epigenetiche in-

dotte dalle disuguaglianze sociali in bambini economicamente svantaggiati mostrano profili di metilazione del DNA indicativi di una maggiore infiammazione cronica e di un ritmo più rapido di invecchiamento biologico, esponendo di fatto il bambino a una aumentata e precoce vulnerabilità alle malattie dell'età adulta [5,6]. La Caritas nel rapporto 2022 su *Povertà ed esclusione sociale* ha sottolineato che esistono varie forme di povertà: da quella ereditaria che si trasmette "di padre in figlio", per cui occorrono almeno cinque generazioni a una persona che nasce in una famiglia povera per raggiungere un livello medio di reddito, alla povertà educativa, tanto che solo l'8% dei giovani con genitori senza titolo superiore riesce a ottenere un diploma universitario [7].

I bambini più a rischio sono quelli che vivono nel Mezzogiorno che, rispetto a quelli che risiedono nel Centro Nord, hanno tassi di povertà assoluta più elevati, una mortalità infantile più elevata di circa il 50% e, quando si ammalano, più spesso si recano in un'altra Regione per curarsi (11,9% vs 6,9%) [8]. Questa migrazione sanitaria, che si verifica per l'aspettativa di ottenere un esito migliore di quello che si potrebbe avere facendosi curare nella propria Regione, determina profonde sofferenze per il distacco dal luogo di origine, problemi economici per le famiglie a causa delle spese di trasferimento e difficoltà di lavoro dei genitori per l'allontanamento dalla loro sede. Questo tipo di mobilità genera iniquità, poiché non tutte le famiglie sono in grado di sostenere i costi dei trasferimenti, e viola il diritto costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute.

Per affrontare queste disuguaglianze in salute, è necessario un approccio che comprenda programmi di sostegno per le famiglie povere, iniziative per promuovere uno stile di vita sano, campagne di educazione sanitaria, miglioramento dell'organizzazione sanitaria nelle aree svantaggiate e iniziative per garantire l'accesso equo all'assistenza per tutti i bambini indipendentemente dalla loro situazione socioeconomica o geografica. Bisogna evitare il fenomeno dell'assistenza inversa, cioè quella condizione per la quale la disponibilità di servizi sanitari varia inversamente ai bisogni delle varie aree geografiche.

Un miglioramento dello stato di salute dei minori si può avere migliorando le condizioni sociali e la formazione scolastica particolarmente carente nel Mezzogiorno, dove è insufficiente il numero di asili nido, di scuole dell'infanzia e dove più elevati sono i tassi di abbandono scolastico. Il problema è ancora più critico per i figli di genitori immigrati che hanno tassi di mortalità neonatale e infantile più elevati dei figli di genitori italiani e questo maggiore rischio di mortalità aumenta ulteriormente se nascono e risiedono nel Mezzogiorno [9]. È fondamentale puntare sulla prevenzione delle malattie sin dai primi anni di vita, al fine di migliorare lo stato di salute della popolazione in età adulta. È ben noto che la speranza di vita in Italia è tra le più elevate del mondo (nel 2022 è stimata in 80,5 anni per gli uomini e in 84,8 anni per le donne), ma gli anni in buona salute sono 68,7 per le donne e 67,2 per gli uomini [10,11]. Molte malattie potrebbero essere prevenute con corretti stili di vita. La gran parte delle malattie insorge dopo i 65 anni ed è influenzata dagli stili di vita degli anni precedenti. L'introduzione nei programmi scolastici di principi generali di educazione sanitaria potrebbe giocare un ruolo importante per raggiungere questo fine. La prevenzione deve iniziare precocemente in famiglia, ma la scuola può giocare un ruolo fondamentale perché soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza si formano la personalità dell'individuo e il concetto di salute.

È necessario da parte del governo un adeguato finanziamento per la sanità al fine di garantire un'adeguata qualità di servizi. In seguito ai progressivi tagli dei finanziamenti per la spesa della sanità pubblica attuati negli ultimi decenni, l'Italia è al di sotto della media della spesa europea ed è l'ultima per spe-

sa pubblica pro-capite tra i Paesi del G7 [12]. Per l'imponente sotto-finanziamento, la carenza del personale sanitario, i modelli organizzativi obsoleti, l'incapacità di ridurre gli sprechi stanno venendo meno i principi di universalità, uguaglianza ed equità del Servizio Sanitario Nazionale.

Ugualmente è urgente affrontare il problema dell'organizzazione dell'assistenza pediatrica ospedaliera e del territorio del nostro Paese divenuta critica negli ultimi anni, nonostante la diminuzione della natalità, per la carenza di pediatri. L'attuale organizzazione, introdotta negli anni '80, con una netta separazione della pediatria ospedaliera da quella territoriale, non è più sostenibile e molti reparti di pediatria in tutto il Paese sono a rischio di non fornire più un'adeguata assistenza.

Sono quindi indispensabili e urgenti interventi per ridurre le disuguaglianze, per migliorare le condizioni sociali dell'infanzia e l'organizzazione sanitaria affinché ci sia un futuro per il nostro Paese. L'investimento nell'infanzia è il più efficace, duraturo e il miglior contributo allo sviluppo di una società. ■

Bibliografia

1. Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Anno 2021. In crescita la povertà assoluta a causa dell'inflazione. <https://www.istat.it/it/files//2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf>.
2. 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>.
3. Wickham S, Anwar E, Barr B, et al. Poverty and child health in the UK: using evidence for action. *Arch Dis Child*. 2016 Aug;101(8):759-66.
4. Contrastare la povertà infantile per migliorare la salute. Documento della Commissione Salute dell'Accademia Nazionale dei Lincei. https://www.lincci.it/sites/default/files/documenti/Commissioni/ANL_Commissione_Salute_Contrastare_la_poverta_infantile_giu2023.pdf.
5. Stringhini S, Polidoro S, Sacerdote C, et al. Life-course socioeconomic status and DNA methylation of genes regulating inflammation. *Int J Epidemiol*. 2015 Aug;44(4):1320-30.
6. Raffington L, Belsky DW, Kothari M, et al. Socioeconomic Disadvantage and the Pace of Biological Aging in Children. *Pediatrics*. 2021 Jun;147(6):e2020024406.
7. L'anello debole. Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale. <https://www.caritas.it/rapporto-2022-su-poverta-ed-esclusionesociale>.
8. De Curtis M, Bortolan F, Diliberto D, Villani L. Pediatric interregional healthcare mobility in Italy. *Ital J Pediatr*. 2021 Jun 24;47(1):139.
9. Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Inequalities in infant mortality in Italy. *Ital J Pediatr*. 2019 Jan 11;45(1):11.
10. Indicatori Demografici. Anno 2022 La popolazione cala ancora ma non al livello del biennio 2020-21. ISTAT 7 Aprile 2023. <https://www.istat.it/it/archivio/283229>.
11. Healthy Life Years at Birth. Eurostat <https://www.reumatologia.it/cmsx.asp?IDPg=1761#-:text=Publicazioni-,Eurostat%3A%20Italia%20al%203%C2%Bo%20posto%20nella%20UE%20oper,di%20vita%20in%20buona%20salute&text=I3%20giugno%202022%20%E2%80%93%20Terzo%20gradino,di%20vita%20in%20buona%20salute>.
12. Cartabellotta N. I principi fondamentali del SSN sono stati traditi. GIMBE, 8 settembre 2023. <https://welfare.it/salute-e-assistenza/cartabellotta-gimbe-i-principi-fondamentali-del-ssn-sono-stati-traditi/>.

mario.decurtis@uniroma1.it

blister

L'atropina per la miopia? Sì, ..., forse

L'insorgenza della miopia di solito si verifica tra i 7 e 16 anni quando gli occhi in via di sviluppo possono iniziare a crescere troppo in lunghezza assiale (dalla parte anteriore a quella posteriore). Invece di mettere a fuoco sulla retina, le immagini di oggetti distanti vengono focalizzate in un punto più anteriore così che le persone abbiano una scarsa visione da lontano mentre la loro visione da vicino rimane invariata. Attualmente, con l'aumento dell'utilizzo degli schermi anche tra i bambini più piccoli, l'età di insorgenza della miopia si sta anticipando così come la prevalenza di questo disturbo nell'età pediatrica, soprattutto in alcune popolazioni asiatiche nelle quali fino all'80% degli adolescenti presenta questo disturbo (v. blister in Quaderni acp 2022;1:26).

2 RCT recentemente pubblicati hanno testato l'uso dell'atropina nel ridurre la progressione della miopia nei bambini. Lo studio di Zatnik (CHAMP study, 576 bambini con età 6-10 aa), svolto in doppio cieco con placebo in 31 centri tra Europa e USA, ha valutato l'utilizzo per 36 mesi di atropina 0,01 o 0,02%. I risultati hanno mostrato una buona efficacia dell'atropina 0,01% nella riduzione della progressione della miopia, nella lunghezza assiale e negli errori refrattivi [1]. Lo studio di Repka (187 bambini con età 5-12 aa), svolto in doppio cieco con placebo in 12 centri USA ha valutato l'utilizzo di atropina 0,01% per 24 mesi e un follow-up di 6 mesi senza terapia. A differenza dello studio di Zatnik, i partecipanti a questo RCT non hanno mostrato una riduzione nella progressione della miopia e nella lunghezza assiale dell'occhio alla fine del follow-up [2]. I risultati contrastanti di questi RCT arricchiscono le conclusioni della Cochrane con metanalisi a rete che rileva un discreto effetto dell'atropina nel ridurre la progressione della miopia, riconoscendo un'efficacia maggiore per dosi giornaliere di atropina elevate vs quella a basso dosaggio (rispettivamente > 0,5% vs < 0,1%) [3]. Tuttavia la maggior parte degli studi raccolti da questa revisione sistematica è su popolazioni asiatiche, per le quali è possibile (e probabile) una differenza genetica nell'elasticità del globo oculare e quindi con una diversa sensibilità all'azione di questo farmaco anticolinergico.

Cosa dire ai nostri pazienti in cura con atropina per la riduzione della progressione della miopia? Ancora non sappiamo quanto deve durare il trattamento con atropina, se è presente un rischio di rebound alla fine della terapia, qual è la dose giornaliera più efficace, qual è l'età pediatrica con maggior probabilità di successo e la reale differenza di efficacia tra le diverse etnie. A differenza di altri trattamenti con lenti, l'atropina è sicura e sembra promettente, ma ancora abbiamo bisogno di più dati per rispondere a queste domande.

1. Zadnik K, Schulman E, Flitcroft I, et al. Efficacy and Safety of 0.01% and 0.02% Atropine for the Treatment of Pediatric Myopia Progression Over 3 Years: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2023 Oct 1;141(10):990-999.
2. Repka MX, Weise KK, Chandler DL, et al. Low-Dose 0.01% Atropine Eye Drops vs Placebo for Myopia Control: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Ophthalmol*. 2023 Aug 1;141(8):756-765.
3. Lawrenson JG, Shah R, Huntjens B, et al. Interventions for myopia control in children: a living systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Feb 16;2(2):CD014758.