

Il Disagio Sociale e la salute dei bambini.

Paolo Siani

**Direttore UOC Pediatria AORN Santobono-Pausilipon Napoli
(www.santobonopausilipon.it)**

**Presidente Associazione Culturale Pediatri
(www.acp.it)**



Paolo Siani



Nell'infanzia

le condizioni di salute e l'uso dei servizi

sono influenzate dalle caratteristiche e dalle condizioni sociali ed economiche dei genitori.

Le disagiate condizioni socio-economiche durante l'infanzia influenzano lo stato di salute anche nell'età adulta:

attraverso un diverso accesso ai servizi sanitari, così come attraverso le abitudini di vita e i modelli comportamentali.

Ci sono ormai molteplici segnalazioni in letteratura che dimostrano che :

lo svantaggio sociale alla nascita provoca disturbi della salute a carico

dell'apparato cardiorespiratorio, della cavità orale, e obesità

anche da adulti,

e se il bambino recupera da grande il suo svantaggio sociale non recupera i danni alla salute.

Research

Open Access

Appropriateness of hospitalization for CAP-affected pediatric patients: report from a Southern Italy General Hospital

Fabio Antonelli, Daniele De Brasi and Paolo Siani*

Address: Pediatric Unit, AORN "A. Cardarelli", Naples, Italy

Email: Fabio Antonelli - fabantonelli@libero.it; Daniele De Brasi - dandebrasi@hotmail.com; Paolo Siani* - paolo.siani@ospedalecardarelli.it

* Corresponding author

Published: 2 September 2009

Received: 6 April 2009

Italian Journal of Pediatrics 2009, **35**:26 doi:10.1186/1824-7288-35-26

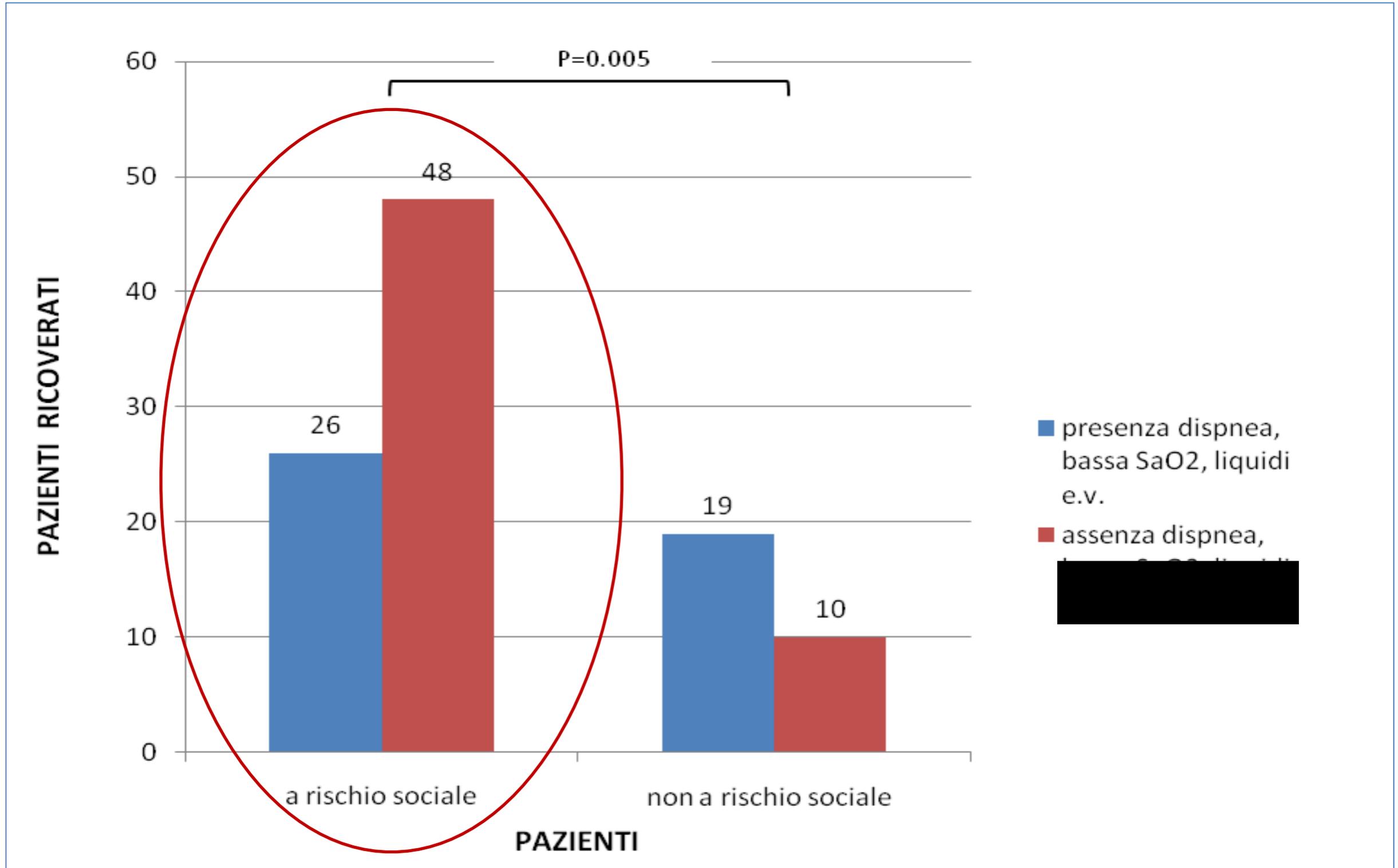
Accepted: 2 September 2009

This article is available from: <http://www.ijponline.net/content/35/1/26>

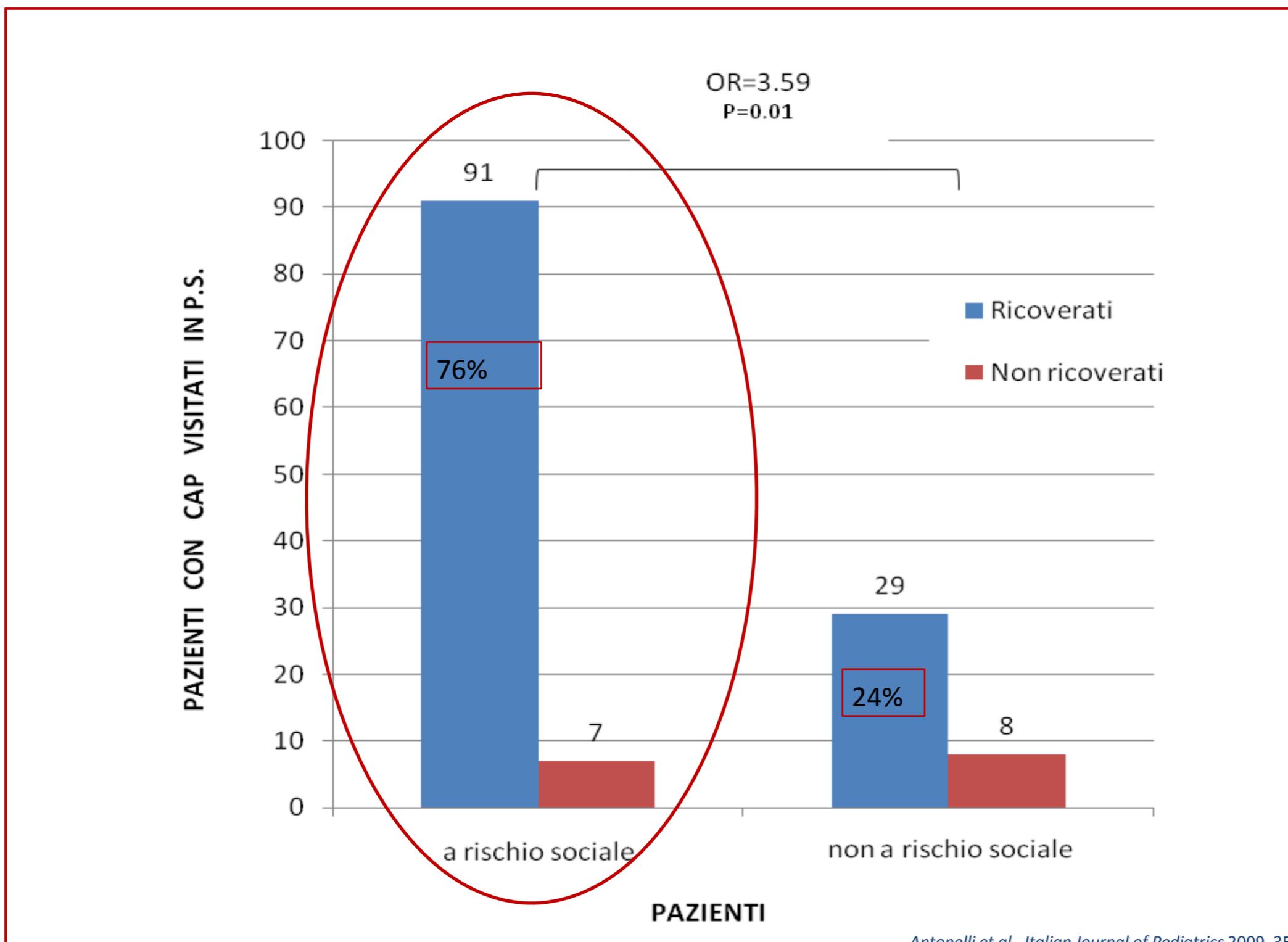
© 2009 Antonelli et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

Appropriatezza del ricovero in base al quadro clinico di esordio.



Totale pazienti con CAP visitati in P.S.: Analisi del ricovero vs rischio sociale



Antonelli et al., Italian Journal of Pediatrics 2009, 35:26

- I pazienti con disagio sociale aumentato **si ricoverano più frequentemente** di quelli meno disagiati
- Il **quadro clinico** al momento del ricovero o durante la degenza è spesso **meno severo** nei pazienti con disagio sociale aumentato (inappropriatezza di ricovero) - **aumentato rischio di infezioni nosocomiali**

In Italia, tra i fattori che conducono alla povertà dei bambini pesa soprattutto, più che la disoccupazione o i salari bassi, **l'assenza di politiche di supporto alle famiglie.**

Il Garante per l'infanzia e l'adolescenza:

“Se la classe dirigente di questo Paese non modifica l’approccio verso i temi dell’infanzia e dell’adolescenza, sostituendo l’atteggiamento quasi caritatevole che ha avuto sinora con **un’azione organica di lungo periodo** che dimostri di cogliere il valore cruciale delle giovani generazioni, noi consegneremo alle future generazioni un Paese socialmente disintegrato e responsabile di essere rimasto indifferente nei confronti di una parte rilevante e strategica del proprio capitale umano.”

RACCOMANDAZIONE DELLA COMMISSIONE del 20 febbraio 2013
Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale
(2013/112/UE)

fare della povertà e dell'esclusione sociale dei minori uno degli obiettivi fondamentali della strategia Europa 2020 e dei Programmi di riforma nazionali, nel contesto più generale della lotta contro la povertà e l'esclusione sociale, tenendo conto delle raccomandazioni pertinenti per paese adottate dal Consiglio europeo;

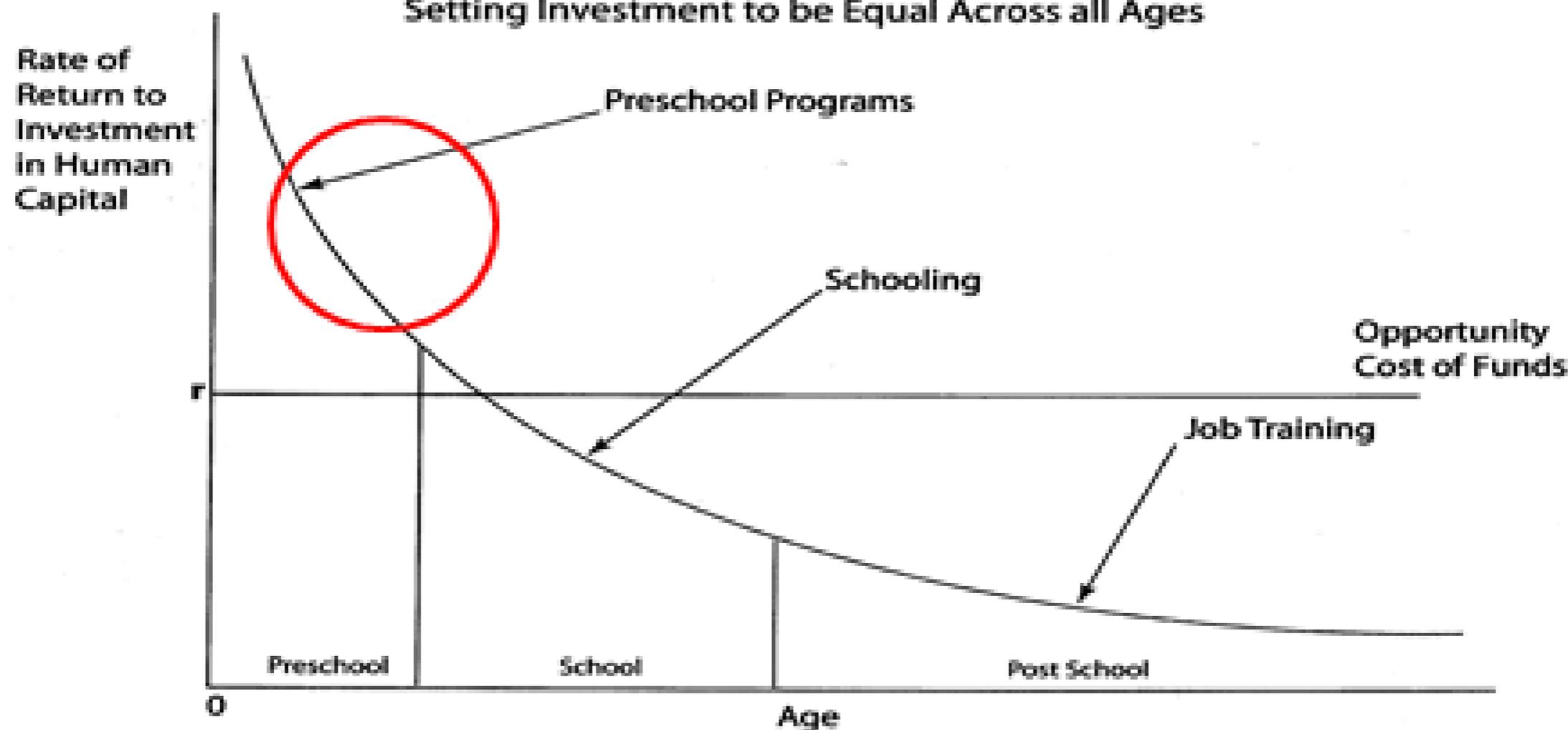
RACCOMANDAZIONE DELLA COMMISSIONE del 20 febbraio 2013
Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale
(2013/112/UE)

L'intervento precoce e la prevenzione sono essenziali per l'elaborazione di strategie al tempo stesso più efficaci e più efficienti;

in effetti la spesa pubblica necessaria per rimediare alle conseguenze della povertà infantile e dell'esclusione sociale è generalmente più importante di quella richiesta per interventi in più tenera età;

Gli investimenti nel capitale umano sono tanto più efficaci quanto più precoci

Figure 6-1
Rates of Return to Human Capital Investment Initially
Setting Investment to be Equal Across all Ages



Rates of Return to Human Capital Investment Initially Setting Investment to be Equal Across all Ages

Poverty impedes cognitive function

Scienze 30.8.13

A.Mani et al

A 15 anni a parità di QI misurato a 6 anni chi proviene da famiglie povere ha accumulato un ritardo di due anni quando risponde a test sulla comprensione verbale.

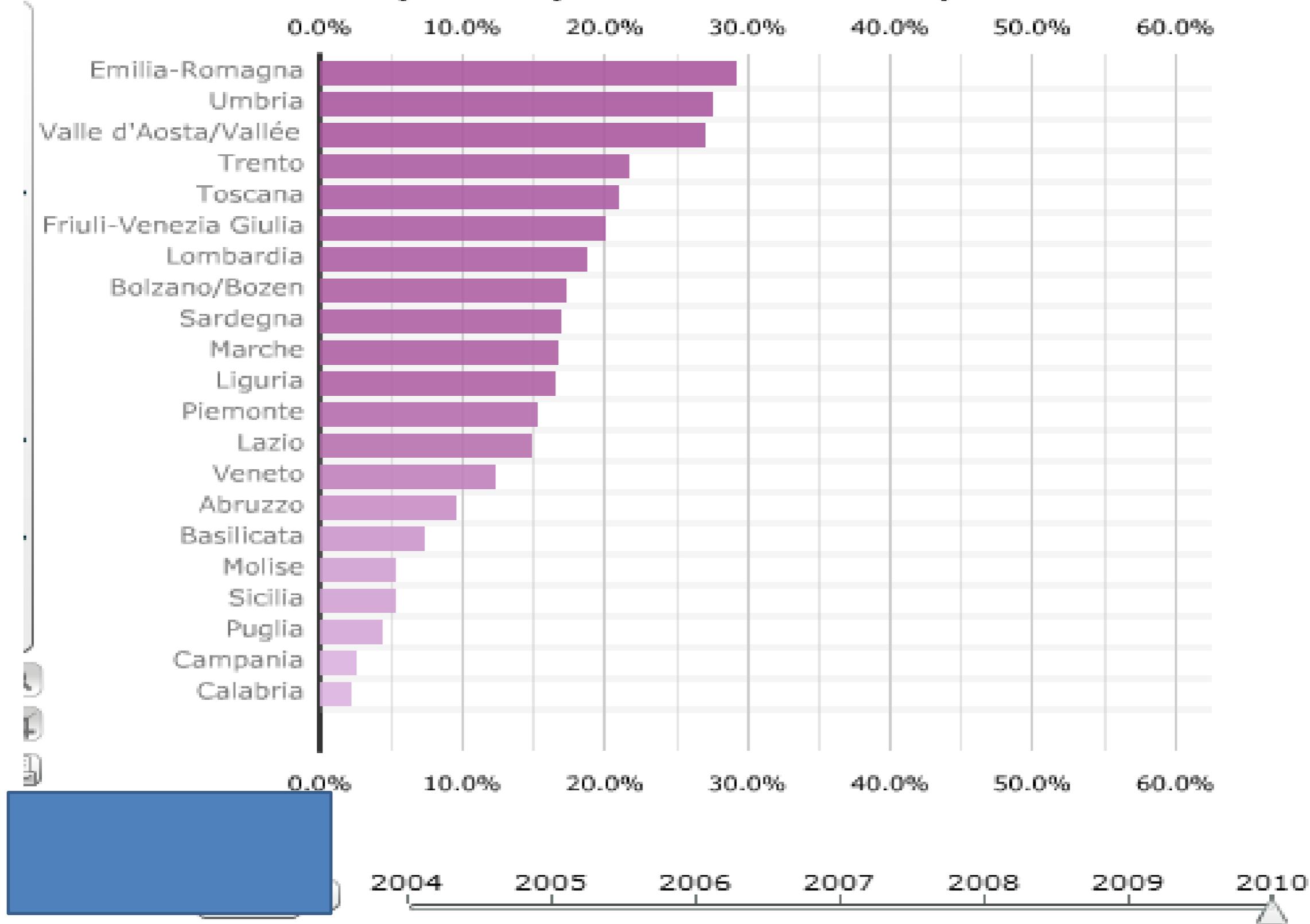
ASILI NIDO

A livello nazionale, a più di trent'anni dalla legge 1044/1971 che istituì gli asili nido comunali, se ne contano **3.623** (a fronte dei **3.800 asili pubblici previsti già per il 1976**), un numero insufficiente benché in crescita rispetto ai 3.184 registrati nel 2007.

Il servizio di asilo nido pubblico è presente solo nel 18% dei comuni italiani; nel loro insieme **il 60% è concentrato nelle regioni settentrionali, il 27% al Centro e il restante 13% al Sud.**

Facendo un confronto tra i posti disponibili e la potenziale utenza (numero di bambini in età 0-3 anni) in media in Italia la copertura del servizio è **del 6,5%** (percentuale che sale all'13,3% se consideriamo solo i capoluoghi di provincia) con un massimo del **15,2% in Emilia Romagna** ed un minimo **dell'1% scarso in Calabria e Campania.**

Bambini (0-2 anni) utilizzatori di servizi per l'infanzia



Gli investimenti precoci nell'infanzia

sono definiti come un “investimento”:

una politica di prevenzione che si finanzia da sola.

Gli interventi precoci possono influenzare

gli outcomes dei partecipanti durante ed immediatamente

dopo il programma o possono avere benefici in tempi più lunghi.

I benefici più a lungo termine si possono manifestare

durante gli anni della scuola o anche in età adulta.

Il periodo dalla nascita ai 5 anni è importante per le opportunità e la vulnerabilità relativamente alla salute fisica, emozionale, sociale ed allo sviluppo cognitivo.

Un considerevole numero di questi bambini vive una condizione di rischio che può limitare il loro sviluppo negli anni prima di entrare a scuola.

Le variazioni nelle esperienze infantili precoci si manifestano nelle disuguaglianze nel rendimento scolastico e spesso questi gap persistono.

Il successo scolastico comprende non solo l'acquisizione di capacità cognitive ma anche le capacità associate alla socializzazione, al comportamento di autocontrollo ed all'apprendimento.

I bambini che vengono da una condizione familiare più svantaggiata entrano a scuola con più bassi livelli di conoscenze e competenze sociali che sono importanti per il successivo successo scolastico.

I più bassi tassi di successo scolastico sono a loro volta associati con sfavorevoli traiettorie negli anni successivi.

Questi successivi outcomes comprendono bassi tassi di impiego, dipendenza dal welfare, devianza sociale e criminalità.

Se migliorano i risultati scolastici,

minori risorse devono essere spese in termini di servizi educativi

per il recupero scolastico o per il sostegno.

Se i miglioramenti nella performance scolastica portano ad un livello educativo

e culturale più alto ed un conseguente successo economico in età adulta,

lo Stato può beneficiare di un ritorno fiscale maggiore e di un ridotto costo

per i programmi di welfare e per il sistema giustizia.

Come risultato del miglioramento economico, i partecipanti possono beneficiare

di più alti redditi per tutta la vita, mentre gli altri membri della società

si avvantaggiano dei ridotti livelli di delinquenza e crimine.

Nell'ambito di 20 programmi di interventi precoci negli USA ,

le stime dei benefici netti per bambino vanno

da circa \$ 1,400 a quasi \$ 240,00.

Da un altro punto di vista i ritorni alla società per ciascun dollaro investito

vanno da \$ 1,26 a \$ 17.07.

I ritorni economici sono soprattutto favorevoli per i programmi che si

focalizzano sull'attività domiciliare e sull'educazione genitoriale,

combinati con i servizi relativi all'educazione precoce dei bambini.

In Italia il 3 per mille dei minori vive fuori della propria famiglia di origine

pari a 30.700 minori

15 mila 500 nei servizi residenziali

con una spesa media annua per utente di 14.000 euro

con notevoli variazioni tra le regioni

ed una spesa annua a livello nazionale di 217 milioni di euro.

15 mila 200 in affido presso altre famiglie

La spesa per l'affido è pari a circa 3.600-4.800 euro annui

pari ad una spesa annua a livello nazionale tra

54 milioni e 472.000 e 72 milioni e 960.000

Al luglio 2011 i giovani in custodia cautelare o esecuzione della pena negli istituti

erano n. 505

con una spesa media annua di 4.800 euro

pari ad un totale a livello nazionale di 2 milioni e 424.000.

Residenzialità + Affidato + Custodia giudiziaria =

circa **300 milioni di euro per anno**

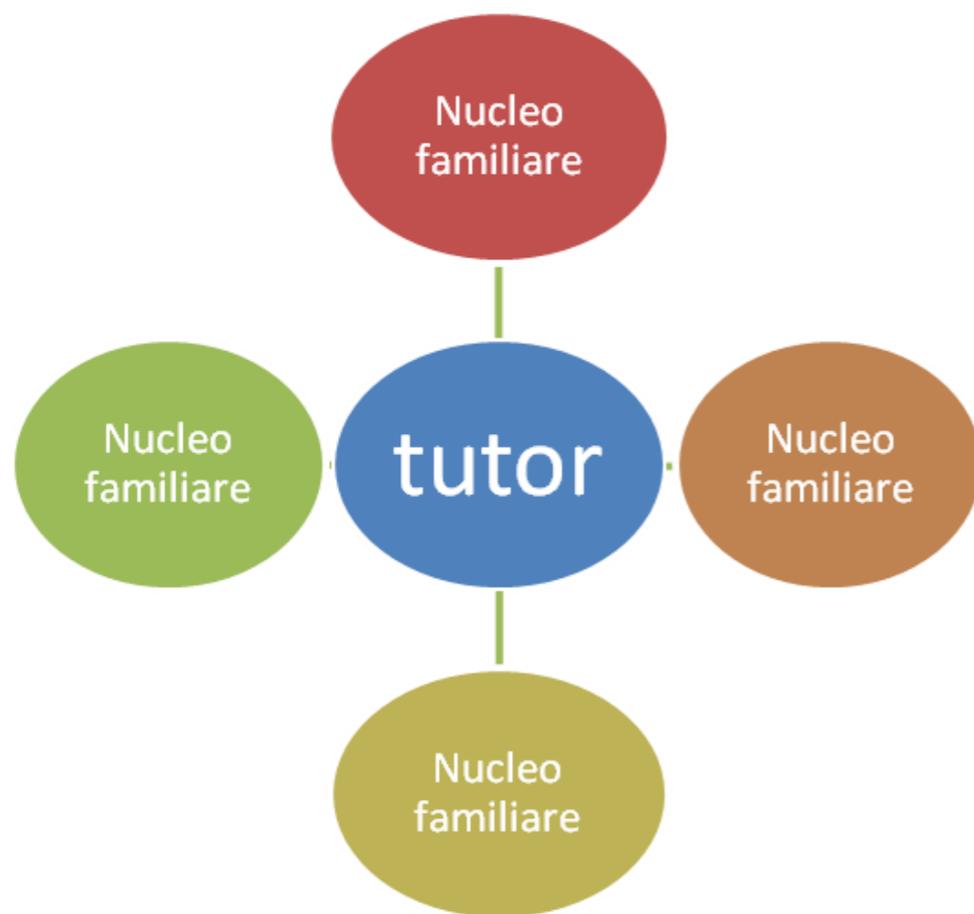
Un tutor familiare educativo in integrazione

**con il sistema sociosanitario ed educativo pubblico
costa**

15.000 euro per anno

**nell'ambito del programma Adozione Sociale a
Napoli.**

Tutor familiare



- è impegnato nella cura e nel sostegno in media di 4 nuclei familiari contemporaneamente, per un totale di 12 ore per settimana, utilizzando almeno due ore alla settimana per ciascuna famiglia.

Partecipa alla supervisione motivazionale ed organizzativa ed alla formazione laboratoriale.

- Partecipa ordinariamente al monitoraggio quali-quantitativo delle procedure e dei risultati del programma e dei progetti personalizzati, attraverso la compilazione, registrazione e archiviazione delle cartelle degli strumenti di monitoraggio definiti dal Coordinamento scientifico.

COMUNE DI NAPOLI
Assessorato alle Politiche Sociali

REGIONE CAMPANIA
Assessorato alle Politiche Sociali
Area di Coordinamento Assistenza Sociale

ASL
ASL Napoli 1 Centro

PROGRAMMA DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE

Coordinamento del Programma
Servizio Politiche per i Minori, l'Infanzia e l'Adolescenza - Comune di Napoli
Vico S. Margherita a Fonseca, 19 - 80135 Napoli
Tel (+39) 081 7959225/7952228/7952237 - Fax (+39) 081 7959226/7959248
e-mail: minori@comune.napoli.it

numero verde
800.079999

Finanziato con fondi europei

assicurare una buona partenza nella vita



Paolo Siani



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

European report on preventing child maltreatment 2013

Gli Studi europei mostrano una prevalenza

del 9,6% per l'abuso sessuale

(13.4% nelle bambine e 5.7% nei bambini),

22.9% per l'abuso fisico ed il 29.1% per quello mentale ,

senza differenze di genere.

Pochi studi sono stati effettuati sulla trascuratezza,

ma gli studi in tutto il mondo mostrano una prevalenza alta

che va dal 16.3% della trascuratezza fisica

al 18.4% per quella emozionale.

Paolo Siani

European report on preventing child maltreatment 2013

I programmi di sostegno genitoriale e di visite domiciliari
prevengono il maltrattamento.

Ciò può generare significativi risparmi nei costi:

- ⑩ per ogni euro investito nelle visite domiciliari : 5.7 euro risparmiati
- ⑩ per ciascun euro investito nell'educazione genitoriale ed in quella prescolare: 17 euro risparmiati
- ⑩ Gli argomenti per investire nella prevenzione sono indiscutibili

ACP chiede al Governo, al Parlamento e a tutti i decisori politici locali e territoriali di:

•Promuovere senza rinvii ulteriori un piano di sostegno alle politiche per l'Infanzia.

•Le risorse per i servizi all'infanzia vanno storicizzate ed erogate con continuità. Una politica fatta di risorse "una tantum" non favorisce la

creazione di un sistema a supporto della famiglia e dei bambini.

•Gli interventi devono essere precoci, perché più convenienti.

Appare evidente quindi che la condizione dell'infanzia nel nostro Paese dovrebbe rappresentare una **priorità per la politica**, che invece sembra non vedere, non rendersi conto, e **sta trascurando, colpevolmente, una fetta rilevante di capitale umano.**

Si tratta di un vero e proprio **“furto di futuro”** come scrive Erri De Luca, che si sta commettendo ai danni delle giovani generazioni, che un Paese come l'Italia non può più permettersi di tollerare.

L'esposizione a sostanze tossiche è contro il diritto alla salute e all'uguaglianza, sanciti dalla Costituzione.

È necessario adottare il principio di precauzione, raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità, di fronte a rischi gravi di patologie irreversibili".

La comunità scientifica internazionale ha individuato da molti anni, "le sostanze che certamente sono dannose per la salute.

Pertanto, non vi è alcun bisogno di ulteriormente dimostrare, con onere della prova a carico delle vittime, il danno alla salute determinato dall'esposizione a queste sostanze".



I bambini non devono essere considerati l'indicatore del danno alla salute.

Si proceda dunque, immediatamente, alla bonifica dei siti inquinati e al controllo delle fonti d'inquinamento".



Il Piombo che i bambini del quartiere Tamburi di Taranto, a ridosso dell'ILVA, respirano è una sostanza fortemente tossica per il sistema nervoso e non c'è un livello ematico di questo metallo innocuo per i bambini. A Taranto c'è già la prova scientifica certa della esposizione della popolazione al piombo.

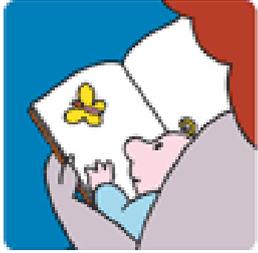


Paolo Siani

grazie



Paolo Siani
Presidente ACP

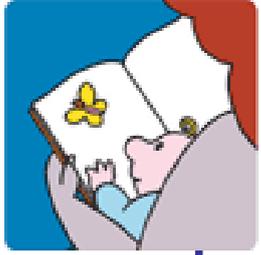


Nati per Leggere

Angolo nati per leggere
nello studio del pediatra

www.natiperleggere.it





Nati per Leggere

Molte ricerche hanno indicato che il bambino alla nascita possiede tutti i suoi neuroni cerebrali. Circa la metà dei neuroni prodotti nella prima infanzia possono morire in determinate condizioni. La riduzione dei neuroni è il risultato di una “potatura” di nervi di connessione non usati. Le ricerche hanno inoltre dimostrato che **i bambini non esposti ad alcune esperienze possono perdere le loro abilità o avere difficoltà di svilupparne altre.** Le abilità cognitive associate alla condivisione del libro, come la memoria, la creatività, la comprensione, la nomina e l’indicare le figure, assicurano che le connessioni cerebrali persistano.

Il pediatra ha la base culturale e l'autorevolezza per spiegare ai genitori l'utilità di questa pratica nell'ambito delle pratiche di prevenzione più efficaci nel primo anno di vita.

In realtà sono stati proprio gli studi condotti negli Stati Uniti e basati sull'esperienza di gruppi di pediatri che hanno dimostrato come le raccomandazioni del pediatra siano efficaci nel promuovere la lettura in famiglia, in particolar modo nei gruppi di popolazione più svantaggiati e quando già nello studio del pediatra si facilita l'incontro del bambino e dei genitori con i libri e quando il pediatra è in grado di donare uno o più libri adatti allo sviluppo del bambino.

In realtà il pediatra che decide di dedicare dai 30 secondi ai 2 minuti del suo tempo a questo tipo di intervento migliora la sua pratica clinica, ottimizza i suoi tempi e riduce il carico di lavoro.

L'istruzione da dare ai genitori è molto veloce e semplice da comprendere: **leggere un libro con il bambino accolto in braccio**. Il genitore non deve sforzarsi di ricordare istruzioni particolari. Proporre NpL indica una buona strada da percorrere come **stile educativo del genitore**.

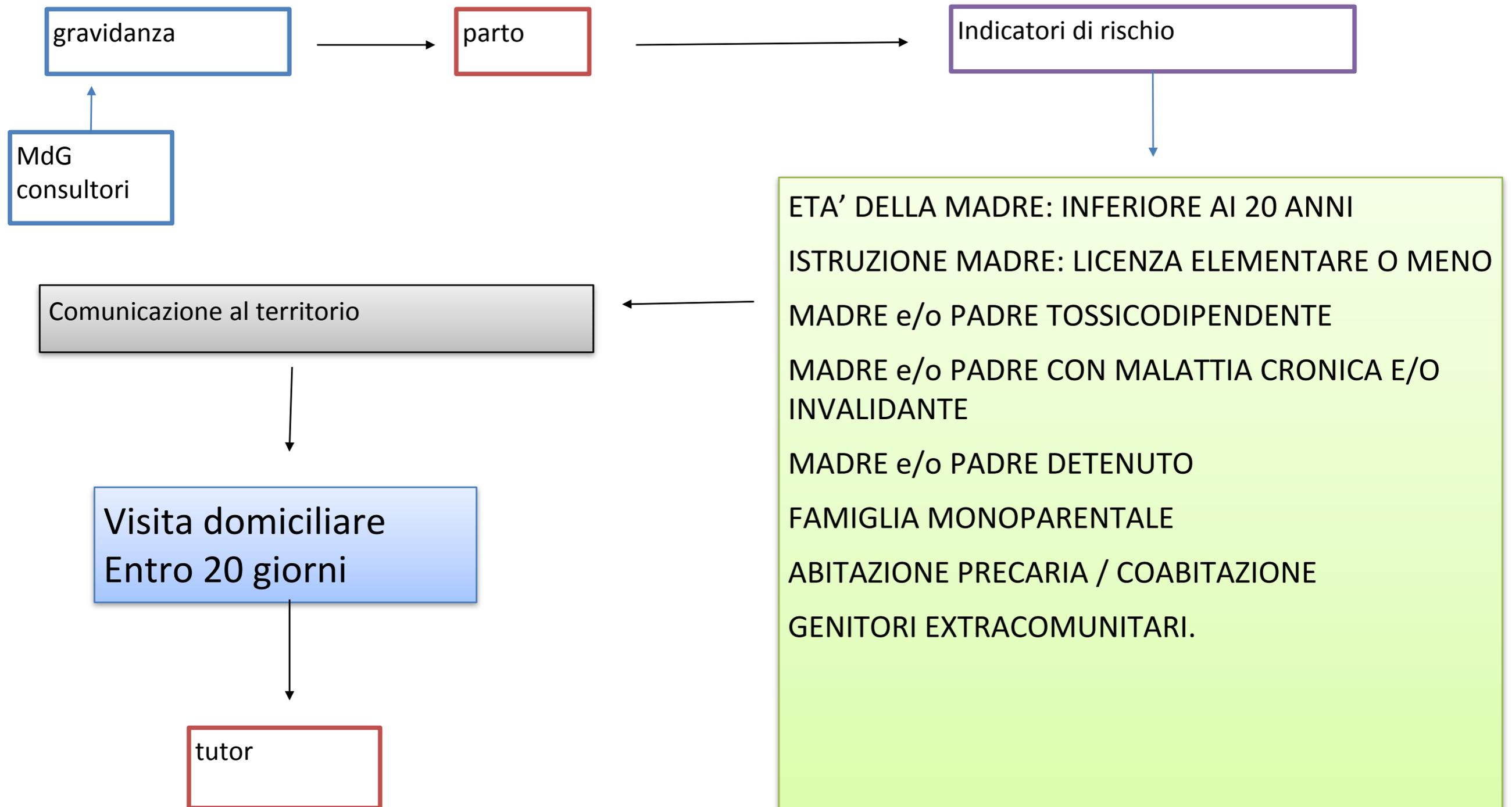
L'atteggiamento non direttivo del pediatra, ma piuttosto colloquiale e informale, associato al sincero interesse per il futuro del bambino portano a considerare il pediatra come loro alleato nella crescita del bambino.

Il Programma Europeo per il sostegno alla genitorialità
In Campania finanziato per un triennio, con fondi europei prevede:

- procedure di accoglienza e dimissione socio-sanitaria alla nascita;
- costituzione di un'equipe integrata territoriale e conoscenza dei nati del proprio territorio e delle condizioni di rischio sociale e sanitario;
- accoglienza di tutti i nuovi nati sul territorio entro 20 giorni dalla nascita;
- sostegno/accompagnamento alle famiglie a rischio con minori da 0 a 3 anni anche mediante tutor.

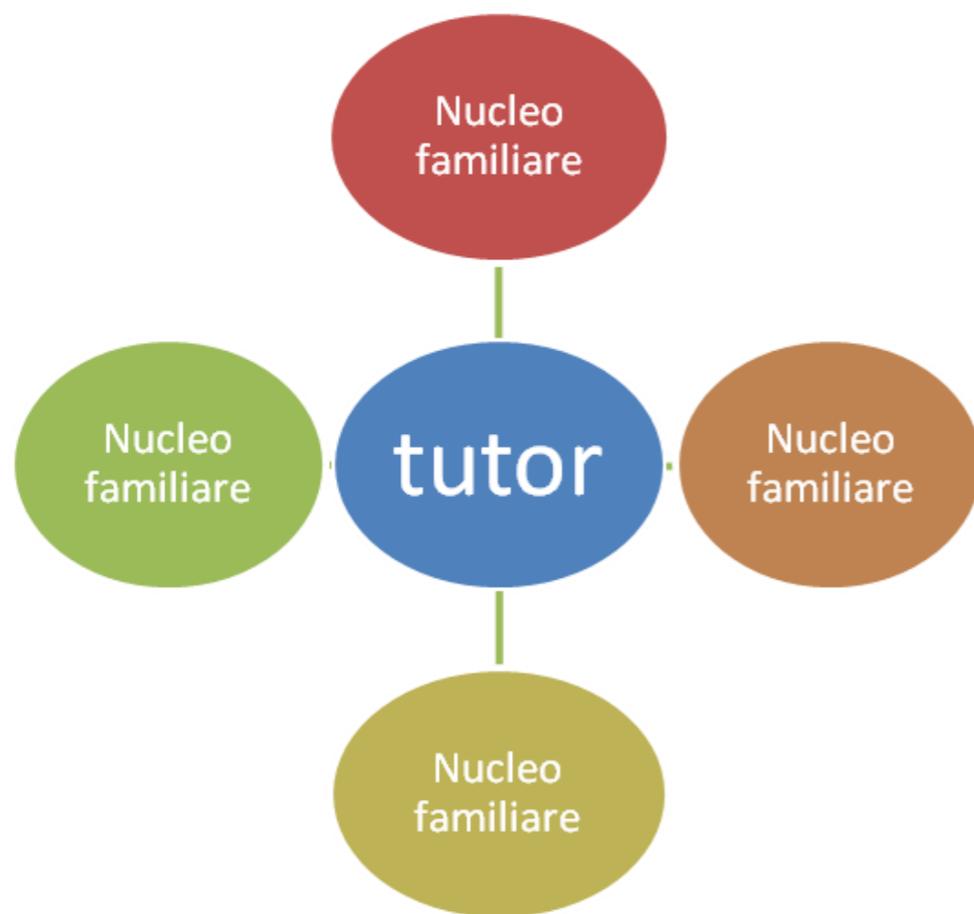
Il Programma si rivolge a circa il 50% delle famiglie a rischio della regione alla nascita del primogenito – circa 3.000 famiglie per anno

Progetto Adozione Sociale 2011



Progetto personalizzato per la famiglia
Iscrizione precoce al pdf
Sostegno allattamento al seno Paolo Siani

Tutor familiare



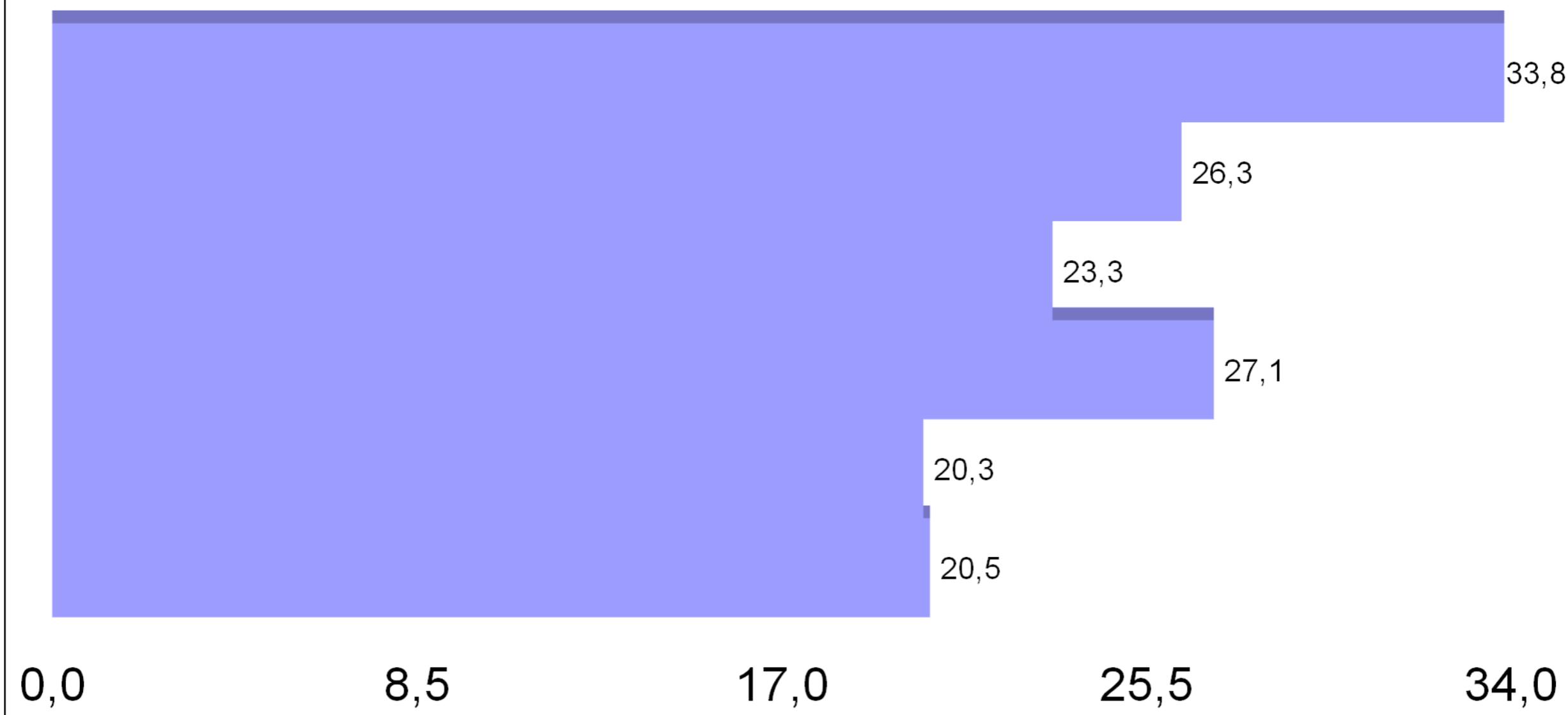
- è impegnato nella cura e nel sostegno in media di 4 nuclei familiari contemporaneamente, per un totale di 12 ore per settimana, utilizzando almeno due ore alla settimana per ciascuna famiglia.

Partecipa alla supervisione motivazionale ed organizzativa ed alla formazione laboratoriale.

- Partecipa ordinariamente al monitoraggio quali-quantitativo delle procedure e dei risultati del programma e dei progetti personalizzati, attraverso la compilazione, registrazione e archiviazione delle cartelle degli strumenti di monitoraggio definiti dal Coordinamento scientifico.

2010 - 2011

Fattori di rischio nella famiglia di origine dei genitori



Età della madre alla nascita del bambino

età	numero	percentuale	cumulata	Napoli-Campania
< 14 anni	3	2,2%	2,2	
15-16 anni	14	10,3	12,5	
17-18 anni	24	17,6	30,1	1,7
19-20 anni	21	15,4	45,6	4,5 – 3,1
21-30 anni	44	32,4	77,9	
> 30 anni	23	16,9	100	

Età del Padre

< 20 anni n. 23 17,0%

Tipologia di accesso al Programma

Servizio/programma	frequenza	Percentuale
Servizi sociali	n. 47	34,6%
Percorso preparazione nascita - Consultorio	n. 38	27,9%
Punti nascita e ospedali	n. 14	10,2%
Associazioni di volontariato	n. 8	5,9%
Pediatri di libera scelta	n. 4	2,9%
Altro Paolo Siani	n. 25	18,5%

Età del minore

0-1 mese	n. 15	11,3%
2-6 mesi	n. 24	18,0%
7-12 mesi	n. 23	17,3% cumulata entro 12 mesi 46,6%
12- 24 mesi	n. 30	22,6%
24-36 mesi	n. 24	18,0% cumulata entro 36 mesi 87,2%
Oltre 36 mesi	n. 17	12,8%

Fattore di rischio	frequenza	percentuale
“Depressione post-partum”	48	40,3
Patologia cronica e/o invalidante nei fratelli	22	17,3
Prematurità e problemi perinatali	20	16,0
Genitore dipendente da alcool o droghe	20	16,0
Patologia cronica e/o invalidante nel minore	18	14,0
Malattie croniche invalidanti in uno dei genitori	17	13,5
Genitore affetto da problemi di salute mentale	13	10,0
Genitore sieropositivo e AIDS	4	3,1

Fattore di rischio	frequenza	percentuale
Conflitti di coppia	69	58,0
Famiglia monoparentale	43	31,6 (Napoli- Campania 15,9 – 11,2)
Rischio di violenza domestica	27	20,3
Isolamento sociale (genitori extracomunitari, discriminati...)	25	18,7
Grave rischio di maltrattamento, trascuratezza, abuso	21	15,8
Esperienze di maltrattamento	12	9,8
Fratelli destinatari di provvedimenti di tutela	10	8,8
Fratelli sottoposti a ODS	6	5,5

Fattore di rischio	n.	%	Obiettivo n.	Variazione in miglioramento a 6 mesi %	Invariato %	Peggiorato o molto peggiorato %
Malattie croniche invalidanti in uno dei genitori	17	13,5	12	23,1	69,2	7,7
Genitore affetto da problemi di salute mentale	13	10,0	13	23,1	76,9	//
Genitore dipendente da alcool o droghe	20	16,0	16	Migliorato 5,9 Molto migliorato 17,6	47,1	29,4
“Depressione post-partum”	48	40,3	43	Migliorato 70,7 Molto migliorato 4,9	19,5	4,9
Prematurità e problemi Perinatali	20	16,1	11	Migliorato 20 Molto migliorato 10	60	Molto peggiorato 10
Patologia cronica e/o invalidante nel minore	18	13,4	18	29,4	47,1	Peggiorato 11,8 Molto peggiorato 8,0

Fattore di rischio	n.	%	Obiettivo n.	Miglioramento a 6 mesi %	Invariato %	Peggiorato o molto peggiorato %
Conflitti di coppia	69	58,0	67	Migliorato 28,8 molto migliorato 1,5	37,9	Peggiorato 21,2 Molto peggiorato 10,6
Grave rischio di maltrattamento, trascuratezza, abuso	21	15,8	21	Migliorato 36,4 Molto migliorato 4,5	50,0	9,1
Isolamento sociale (genitori extracomunitari, discriminati...)	25	18,7	22	Migliorato 68,2 Molto migliorato 9,1	13,6	9,1

AZIONI

Orientamento e accompagnamento ai servizi sociosanitari	n. 119	87,5%
Relazione diretta di aiuto (madre e/o nucleo familiare)	n. 117	86,0
Sostegno all'accudimento del bambino	n. 109	80,1
Interventi socioeducativi	n. 108	79,4
Cura di sé	n. 91	66,9
Interventi volti a favorire l'integrazione sociale e Interventi volti al potenziamento di autonomia personale	n. 82	60,3
Interventi psicosociali a sostegno delle relazioni intrafamiliari	n.78	57,4

Orientamento e accompagnamento ai servizi previdenziali (CAF, INPS) e/o assegnazione di servizi e contributi assistenziali	n. 74	54,4 %
Aiuto nella gestione domestica	n. 63	46,3
Interventi di tutela madre-bambino	n. 61	44,9
Accesso ai servizi educativi e della prima infanzia	n. 53	39,0
Aiuto per bisogni primari del bambino e/o dei genitori (alloggio, alimentazione, vestiario)	n. 51	37,8
Orientamento accompagnamento a servizi di assistenza legale e Consultazione dei servizi giudiziari	n. 38	27,9
Accesso a servizi formativi e/o professionali	n. 23	16,9
Interventi di tutela del minore	n. 16	11,8