

# Programma Salute Infanzia

**Coordinatore:** Luisella Grandori – Salute Infanzia – AUSL Modena

**Componenti:**

Emanuela Ricci – Coordinamento distrettuale di Pavullo, Commissione Tecnica

Franco Fondriest – Comune di Modena

Rita Bondioli – Servizi Sociali minori Modena

Mauro Zanetti – Ass. Modena Amica dei bambini

Miriam Prodi – Pediatra di Base – AUSL Modena

Benito Toschi – ANNFAS

Giulio Sighinolfi – Salute Infanzia – AUSL Modena

Fiorella Balli/Andrea Venuta – Clinica Pediatrica Modena

Aldina Stradi – consulente Provincia Modena

Paolo Martone – Ordine dei Medici di Modena – Pediatra

Roberto Olivi – Ordine dei Medici di Modena – Odontoiatra

Hanno inoltre collaborato:

Mauro Mariotti – Resp. Neuropsichiatria AUSL Modena

Margherita Turrini (pediatra) e Don Enrico Solmi

Centro consulenza diocesano per le famiglie

## PREMESSA

Tenuto conto che la salute non consiste in “assenza di malattia”, ma è piuttosto uno stato di benessere complessivo “fisico, relazionale e sociale” (OMS, Alma Ata, 1978), appare evidente come essa sia condizionata soprattutto dalla situazione politica ed economica, piuttosto che dall’operato dei professionisti della sanità. Inoltre la salute rappresenta un diritto (sancito anche dalla nostra Costituzione) che, trattandosi dell’infanzia, è sancito a livello internazionale dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo (New York, 1989), adottata anche in Italia, che prevede la difesa dei diritti del bambino a prescindere dal suo stato giuridico o dalla cittadinanza.

Per valutare quindi lo stato di salute dell’infanzia sarà necessario prendere in considerazione i molteplici aspetti che la determinano.

La situazione economica della realtà modenese è caratterizzata da un elevato reddito pro-capite e da un alto tasso di occupazione, entrambi tra i più elevati del paese e della Regione. Questi due parametri, uniti al basso tasso di disoccupazione specie nella fascia di età 30-64 anni, fanno dedurre un livello mediamente elevato di benessere delle famiglie modenesi di cui fruiscono anche i bambini.

Le scelte attuate nella gestione della “cosa pubblica” hanno determinato, in armonia con l’iniziativa privata e del volontariato, la disponibilità di una ricca gamma di risorse che costituiscono una solida rete di protezione e promozione della salute per le famiglie e i loro bambini. Ne sono esempio la presenza capillare di asili nido e scuole dell’Infanzia, con caratteristiche di eccellenza nazionale e internazionale sia per gli aspetti strutturali che educativi. Ma anche Servizi sociali dedicati specificamente ai minori, luoghi di ascolto e sostegno alle famiglie (Centri per le Famiglie), l’attenzione agli aspetti ricreativi (parchi giochi, aree verdi, polisportive, ciclabili, ecc.), così come i Servizi ostetrici, pediatrici e neuropsichiatrici infantili distribuiti su tutto il territorio provinciale, preposti sia alla prevenzione che alla cura.

Il background culturale che contraddistingue la realtà modenese, come la consuetudine storicamente radicata alla partecipazione diretta (democratica) alla gestione della “cosa” pubblica, la consapevolezza dei propri diritti e la determinazione a difenderli, la pratica concreta della solidarietà come norma di convivenza, aumenta e rafforza le possibilità di salvaguardia della salute da parte dei cittadini tutti e anche delle famiglie con figli.

Il benessere sociale viene inoltre garantito dall’attenzione ai diritti della persona anche quando questa è in stato di difficoltà: povertà, emarginazione sociale, disabilità. Basti pensare ai “Centri” (pubblici e del volontariato) dedicati ai cittadini stranieri immigrati dai paesi in via di sviluppo, al sostegno/recupero offerto dai servizi sociali alle situazioni di fragilità, al progetto europeo Antenne contro la discriminazione. Ma anche l’ampia integrazione scolastica dei bambini disabili, così come l’attuazione di “patti per la scuola” che prevedono accordi tra servizi educativi e sociali e di

specifici progetti educativi (es. “scuola di democrazia”) che partono da presupposti culturali di alto livello civile che sensibilizzano/stimolano alla solidarietà.

La scolarizzazione raggiunge livelli altissimi e viene garantita anche a fasce emarginate quali i minori zingari che in alcuni casi arrivano a frequentare addirittura le scuole superiori.

Gli indicatori classici di ambito sanitario di cui si riportano i più significativi (mortalità, nati di basso peso o malformati, morbilità, allattamento al seno, ecc.) nella Tabella 1, sono inevitabilmente lo specchio di tanto benessere e, fatta eccezione per alcuni aspetti specifici che richiederanno ulteriori approfondimenti, offrono un quadro generalmente molto tranquillizzante.

**Tab. 1 - Valutazione di alcuni indicatori di ambito sanitario.**

<b>Basso peso alla nascita</b>	La frequenza di nati di peso inferiore a 2.500 grammi è sovrapponibile alla media nazionale (6% circa).
<b>Malformazioni congenite</b>	Dai dati riportati nel registro IMER (Indagine sulle Malformazioni in Emilia-Romagna), si rileva una frequenza complessiva sovrapponibile alla media nazionale e internazionale, anche se emerge la presenza di alcune malformazioni (es. difetti del tubo neurale) che si prestano ad interventi di natura preventiva e sono dunque da guardare con attenzione.
<b>HIV pediatrico</b>	Si tratta di patologia che sta scomparendo nella nostra realtà come in tutti i paesi ad avanzato sviluppo economico, grazie alla disponibilità di farmaci e l'attuazione di interventi di prevenzione.
<b>Allattamento al seno</b>	L'allattamento materno esclusivo o predominante a 4 mesi risulta praticato in meno del 22% dei casi; il dato non è lontano da quello regionale, ma in altre regioni (Friuli, Calabria) presenta valori superiori (circa 40%). E' opportuno l'avvio di iniziative per il sostegno di un allattamento materno più prolungato nel tempo.
<b>Natimortalità Mortalità neonatale Mortalità infantile</b>	Le frequenze di nati morti e di morti nella prima settimana di vita sono in linea con la media regionale e del nord Italia. I quozienti di mortalità infantile (nel primo anno di vita) appaiono invece negli ultimi anni un poco superiori alla media emiliana. E' in corso un'indagine mirata all'analisi dei singoli casi di morte per meglio comprenderne le cause. Già si intravedono comunque alcune spiegazioni plausibili, come l'elevata proporzione di nati di peso molto basso e di nati stranieri.
<b>Mortalità da 1a 14 anni</b>	Non sembra destare preoccupazioni particolari (media annua nell'ultimo triennio: 12 casi ogni 100.000 residenti di pari età), ma richiede l'attuazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali che rappresentano la prima causa di morte.
<b>Frequenza delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni</b>	Tutte le malattie infettive che si prevengono con le vaccinazioni, si mostrano assenti o assai contenute. Il risparmio di morti dovute a morbillo (2 nel decennio precedente la campagna vaccinale) o di complicanze e ricoveri collegate a questa malattia, e la scomparsa di casi di pertosse nel primo anno di vita (quando la malattia può decorrere in modo grave fino a provocare il decesso), sono da attribuire alle elevate coperture vaccinali, ai primi posti a livello regionale e nazionale. Ciò dimostra, oltre ad un buon funzionamento dei servizi vaccinali e un'efficace azione propositiva dei pediatri di base, una solida cultura di solidarietà e un'elevata consapevolezza di appartenenza alla collettività dei cittadini modenesi. Il fenomeno dell'obiezione si è fortemente ridimensionato nel tempo ed ha assunto caratteristiche diverse, stimolanti e propositive che hanno determinato un miglioramento di qualità dei servizi.
<b>Ospedalizzazione</b>	Il basso tasso di ospedalizzazione, inferiore a quello di altre realtà nazionali (meno di 90 ricoveri per 1.000 residenti, mentre in molte regioni si supera abbondantemente il valore di 100-120) è da attribuirsi con tutta probabilità alla larga diffusione della pediatria di base e ad una elevata qualità dell'assistenza da loro garantita.

Da tutto ciò appare chiaro che lo stato di salute dell'infanzia nella Provincia di Modena, si attesta complessivamente su livelli di grande qualità.

## LE CRITICITA' E LE PRIORITA'

Nonostante tutto quanto detto sopra, si possono rilevare anche nella popolazione infantile modenese, problemi di salute collegati alla qualità di vita determinata dal modello della nostra società, quali: malattie respiratorie e allergiche (es. asma), sedentarietà e scarsa abitudine al movimento (obesità), incidenti stradali, ecc. che non vengono qui affrontati perché già presi in considerazione all'interno di altri Gruppi di Programma dei Piani per la Salute (Malattie Respiratorie, Malattie Cardiovascolari) rivolti in modo complessivo a tutta la popolazione. Così come talune ipotesi sollevate da una prima analisi dei dati sanitari, necessiteranno di ulteriore approfondimento e l'eventuale adozione di azioni mirate (es. mortalità infantile).

Sono invece state individuate alcune aree di "sofferenza" sulle quali si sollecita l'attenzione dei gestori e degli attori della collettività a concentrare in modo prioritario l'attenzione.

- L'aumento di problematiche comportamentali/relazionali all'interno della famiglia, segnalate da pediatri, scuola, servizi neuropsichiatrici territoriali, servizi sociali, oltre che dai genitori stessi. I dati della Neuropsichiatria Infantile relativi all'attività del Distretto di Modena, che si riportano di seguito, possono essere presi come esempio dell'andamento del fenomeno (vedi Tabella 2).

**Tab. 2 - Andamento delle prestazioni della Neuropsichiatria Infantile nel Distretto di Modena**

<b>Disturbi relazionali all'interno della famiglia</b>	
<b>Anno</b>	<b>N° casi</b>
1998	109
2000	302
2001	427

Si ritiene che i recenti drammatici episodi di abuso segnalati in alcune zone della Provincia, rappresentino la punta di un "iceberg" di malessere diffuso dei rapporti all'interno delle famiglie.

- La presenza di disuguaglianze e fragilità collegate a:
  - problemi particolari di salute (malattie croniche e disabilità di diversa origine);
  - condizioni di forte disagio economico o culturale (anche collegato a diversa cultura del paese di origine) delle famiglie.

## **OBIETTIVI E AZIONI PRIORITARIE**

Per ciascun obiettivo vengono descritte di seguito in modo sintetico, le azioni ritenute di maggior rilievo. Il metodo di lavoro proposto per il raggiungimento degli obiettivi è rappresentato dal lavoro integrato di tutti i “soggetti” coinvolti attraverso la costituzione di opportune “commissioni” coordinate di volta in volta da chi possiede la professionalità più competente rispetto al problema da affrontare, come riportato di seguito.

### **Contrastare l’insorgenza delle problematiche relazionali**

Esse possono avere gravi ripercussioni sia sul presente che sul futuro benessere della comunità. A tale scopo si propone un’azione di prevenzione primaria di sostegno della genitorialità e della vita di coppia, costruendo una sorta di “rete” di protezione attraverso le tante risorse pubbliche, private e del volontariato esistenti sul territorio.

Questa si esprime attraverso un ampio ventaglio di opportunità offerte alle famiglie per facilitare l’incontro e lo scambio di esperienze tra i genitori stessi, oppure con “esperti” e la predisposizione di “sensori” con capacità di ascolto e sostegno, partendo dal rafforzamento dell’esistente:

- apertura di Centri per le Famiglie nei Comuni/Distretti dove non ancora presenti;
- utilizzazione di spazi di aggregazione spontanea (es. Nidi o Scuole dell’Infanzia) per focalizzare l’attenzione su questo aspetto;
- predisposizione di momenti formativi “multiprofessionali” ad hoc rivolti ai genitori;
- attuazione di progetti facilitatori di relazione (es. “nati per leggere” coordinato dalle Biblioteche e sostenuto dai Pediatri di libera scelta attraverso la sollecitazione della lettura ad alta voce ai bambini fin dal primo anno di vita);
- attuazione di progetti di gioco interattivo in “parchi attrezzati” gestiti da volontari (Modena Amica dei bambini);
- formazione dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale sull’argomento e la predisposizione di un protocollo per il lavoro in rete con il 2° livello (Neuropsichiatria Infantile);
- sostegno all’allattamento al seno prolungato e di ogni procedura nei punti nascita che faciliti la relazione genitori/figli;
- sostegno alla puerpera nelle prime 4 settimane dopo il parto;
- predisposizione di “percorsi urbani protetti” per favorire l’autonomia dei bambini;
- sensibilizzare i datori di lavoro alla facilitazione degli orari dei genitori con figli minori (flessibilità o riduzione);

- produzione di una sorta di “carta” dei servizi dove le famiglie trovino descritte le varie opportunità offerte, sedi e recapiti telefonici.

Si individua quale competenza professionale di riferimento, l’area pedagogica e la psicologia dell’età evolutiva.

### **Migliorare la qualità di vita dei bambini con malattia cronica e delle loro famiglie**

Si propone la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che comprenda operatori di area sanitaria (pediatri territoriali e ospedalieri, psicologi dell’età evolutiva, ecc.), del volontariato, della scuola e dei genitori stessi anche organizzati in associazioni specifiche. Detto gruppo dovrà predisporre un protocollo per l’assistenza integrata di questi bambini che veda come figura centrale il Pediatra di Libera Scelta.

Anche in questo caso andrebbe predisposta una “carta dei servizi” specifica per ogni patologia.

Si individua quale competenza professionale di riferimento, l’area della pediatria clinica (ospedale e territorio) e di comunità.

### **Migliorare la qualità di vita dei minori disabili e delle loro famiglie**

Nonostante questo aspetto sia storicamente oggetto di grande attenzione da parte dei "gestori" della comunità della nostra Provincia, dimostrato anche dall’elevato numero di minori disabili che frequentano le scuole (1.413, dalle materne alle superiori) oltre che dall’"immigrazione" delle famiglie con bambini disabili da altre regioni d’Italia, sono stati rilevati alcuni forti disagi, sfuggiti alla programmazione, per superare i quali si propongono le seguenti azioni:

- abbattere le barriere architettoniche e adeguare i luoghi di vita (strade, negozi, mezzi pubblici, uffici, attrezzi-gioco nei parchi, ecc.) alle loro esigenze;
- sostenere maggiormente la fascia di età “critica” attualmente sprovvista di adeguato supporto (anche normativo) rappresentata dai ragazzi di 14-17 anni specie se affetti da patologia motoria, neurologica o psichiatrica grave, prevedendo per loro l’apertura di centri diurni e luoghi di accoglienza al termine del percorso scolastico;
- garantire l’assistenza specialistica e riabilitativa anche oltre i 18 anni di età, così come il passaggio di “presa in carico” dai Servizi preposti all’infanzia a quelli dell’adulto.

Si individua quale competenza professionale di riferimento, l’area della Neuropsichiatria infantile.

Nell’ambito dei punti "Migliorare la qualità di vita dei bambini con malattia cronica e delle loro famiglie" e " Migliorare la qualità di vita dei minori disabili e delle loro famiglie", a fianco delle azioni tese al sostegno delle persone in difficoltà, si propone un’azione educativa capillare da

svolgere in ambito scolastico (elementari), mirata alla percezione della diversità come risorsa, ricchezza, varietà dell'esistente.

### **Sostenere le famiglie con svantaggio economico/culturale**

Per sostenere le famiglie in condizioni di grave svantaggio economico/culturale con figli minori, andranno migliorati e razionalizzati gli interventi già in atto, attraverso le azioni riportate di seguito:

- integrazione dei “Centri di impiego” con i Servizi Sociali privilegiando la formazione/inserimento al lavoro dei genitori con figli attraverso un progetto ad hoc e un protocollo operativo;
- promuovere un’Agenzia per la casa che faccia capo ai Servizi Sociali e che interagisca con le Agenzie immobiliari presenti sul territorio;
- predisporre protocolli d’intesa multiprofessionali e multiententi (Servizi Sociali, pediatria territoriale e ospedaliera, Consultori familiari, Neuropsichiatria infantile, Volontariato, Scuola), per il sostegno alle famiglie fragili.

All’interno di queste azioni andranno individuati percorsi specifici per le famiglie immigrate straniere e zingare.

Si individua quale professionalità competente di riferimento l’area dei Servizi Sociali.

Nell’ambito del progetto, a fianco delle azioni tese al sostegno delle famiglie in difficoltà, si propone un’azione educativa capillare da svolgere in ambito scolastico, mirata alla conoscenza delle diverse etnie, della situazione storica dei paesi di maggiore immigrazione, per sensibilizzare alla solidarietà, alla difesa dei diritti e al senso di giustizia.

### **Rapporto periodico sullo stato di salute dell’infanzia**

Si individua inoltre la necessità di disporre di un Rapporto periodico sullo stato di salute dell’infanzia che contenga tutte le informazioni indispensabili ad una valutazione complessiva (indicatori economici, sociali e sanitari). A tale scopo si propone l’individuazione di un “tavolo” multidisciplinare e multiententi permanente con il compito di monitorare, valutare e pianificare le azioni prioritarie per proteggere e promuovere la salute dell’infanzia in ambito comunale e provinciale. Detto tavolo, coordinato dagli Enti Locali, dovrebbe comprendere tutti i soggetti variamente coinvolti nel “servizio/sostegno” alle famiglie e ai loro figli, e quindi anche i professionisti della sanità.