

*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

# La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva

ISSN 1591-223X

DOSSIER

56

Regione Emilia-Romagna  
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna



*Piano Sanitario Regionale 1999-2001*

*Rapporto tecnico per la definizione  
di obiettivi e strategie per la salute*

**obiettivi e strategie per la salute**

# **La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva**

ISSN 1591-223X

**DOSSIER**

**56**

**Regione Emilia-Romagna  
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna**

Redazione e impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Stampa: *Ravenna, maggio 2001*

Copia del volume può essere richiesta a:

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna  
via Gramsci 12, 40121 Bologna*

*tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail: [cds@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:cds@asr.regione.emilia-romagna.it)*

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Elisabetta Fréjaville	<i>Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna coordinatrice</i>
Arda Baldi	<i>Assessorato alla formazione professionale e lavoro, Servizio scuola e università, Regione Emilia-Romagna</i>
Daniela Bascucci	<i>Settore tutela minori, Azienda USL di Rimini</i>
Anna Maria Benini Spada	<i>Sovrintendenza scolastica regionale, Servizio ispettivo</i>
Sergio Bernasconi	<i>Società italiana di pediatria, Sezione regionale</i>
Giancarlo Biasini	<i>Centro salute del bambino, Cesena</i>
Bianca Maria Carlozzo	<i>Centro di documentazione per la salute</i>
Alessandro Cicognani	<i>Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Bologna</i>
Paola Dalla Casa	<i>Azienda USL di Forlì</i>
Flavio Della Croce	<i>Società italiana medici di medicina generale</i>
Maria Pia Fantini	<i>Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna</i>
Daria Foracchi Sassoli	<i>AGEOP</i>
Patrizia Ghedini	<i>Assessorato alle politiche sociali, Servizio politiche familiari per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna</i>
Giorgio Giovannini	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Luigi Guerra	<i>Dipartimento scienze dell'educazione, Università di Bologna</i>
Caterina Mallamaci	<i>UCIPEM, per Forum regionale delle associazioni familiari</i>
Mara Manghi	<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>
Marilisa Martelli	<i>Azienda USL Bologna Nord</i>
Gianfranco Marzocchi	<i>Azienda USL di Modena</i>
Agostina Melucci	<i>Sovrintendenza scolastica regionale, Servizio ispettivo</i>
Caterina Sateriale	<i>Azienda USL di Ferrara</i>
Stefania Sidoli	<i>UIL regionale</i>
Isabella Tagliavini	<i>Studio associato TRENDS, Parma</i>

Hanno inoltre collaborato:

Antonella Busetto	<i>Assessorato alle politiche sociali, Servizio politiche familiari per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna</i>
Maurizia Gasparetto	<i>Assessorato alle politiche sociali, Servizio politiche familiari per l'infanzia e l'adolescenza, Regione Emilia-Romagna</i>
Piergiorgio Maiardi	<i>Forum regionale delle associazioni familiari</i>
Mauro Manfredini	<i>Azienda USL di Ferrara</i>
Gabriela Piana	<i>Clinica odontoiatrica, Università di Bologna</i>
Francesca Raggi	<i>AGEOP</i>
Pierpaolo Ridolfi	<i>Centro G.P. Dore, Bologna</i>
Fausto Telleri	<i>Dipartimento scienze dell'educazione, Università di Bologna</i>

*Si ringrazia Maria Grazia Razzu (Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna) per la preziosa collaborazione.*

## INDICE

	<i>pag.</i>
<b>Presentazione</b>	<b>7</b>
<b>Sommario</b>	<b>9</b>
<b>1. Premessa</b>	<b>17</b>
1.1. Quale salute?	17
1.2. Metodologia di lavoro	18
<b>2. La popolazione e le sue caratteristiche</b>	<b>21</b>
2.1. Le specificità	21
2.2. Principali dati epidemiologici	22
<b>3. Determinanti di salute</b>	<b>27</b>
3.1. Determinanti genetici in Emilia-Romagna	27
3.2. L'offerta di servizi	27
3.3. Le condizioni sociali e gli stili di vita	29
3.4. Il capitale sociale	31
<b>4. I luoghi della promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza</b>	<b>33</b>
4.1. La famiglia	33
4.2. La scuola	37
4.3. La città e l'ambiente urbano	38
4.4. L'ospedale	39
4.5. I servizi territoriali, sanitari e sociali	40
<b>5. Area del disagio e della disuguaglianza</b>	<b>45</b>
5.1. Le disuguaglianze nell'infanzia e nell'età evolutiva	45
5.2. Il disagio psico-relazionale	47
5.3. Disturbi del comportamento alimentare	50
<b>6. La strategia</b>	<b>53</b>
6.1. La visione strategica	53
6.2. Obiettivi strategici di rilevanza regionale	54
6.3. Obiettivi e azioni nel triennio	59
<b>7. Azioni regionali di supporto</b>	<b>61</b>
<b>8. Necessità di formazione generale e specifica</b>	<b>67</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>69</b>

	<i>pag.</i>
<b>Allegati</b>	<b>73</b>
Allegato A. Analisi dell'esistente: dati di riferimento	75
Allegato B. Obiettivi, azioni, indicatori per i Piani locali di salute	97
Allegato C. L'ospedale	115
Allegato D. La salute psichica nei primi tre anni di vita: interventi preventivi e terapeutici	119
Allegato E. Considerazioni generali sullo stato attuale delle relazioni fra i servizi sanitari e la scuola	123
Allegato F. La città	129
Allegato G. Prevenzione dell'obesità nell'età evolutiva	133
Allegato H. Proposta di un percorso di continuità assistenziale integrata: la sindrome di Down	139

## PRESENTAZIONE

*I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.*

*Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.*

*La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.*

*Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersettorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.*

*Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.*

*Giovanni Bissoni*

*Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna*

## SOMMARIO

Il Gruppo di lavoro è costituito da esperti del mondo dei servizi socio-sanitari, della scuola, dell'università, delle organizzazioni e associazioni del privato sociale e di altri servizi di assessorati regionali; i documenti base per l'elaborazione di questo *Rapporto* sono:

- definizione OMS di salute, *Carta di Ottawa*, con particolare attenzione a quanto nella nostra realtà può fare riferimento agli obiettivi OMS per il XXI secolo;
- *Piano sanitario nazionale 1998-2000*, con particolare riguardo all'obiettivo IV "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli";
- *Piano sanitario regionale 1999-2001*, sia per quanto specificamente previsto al capitolo 8 (integrazione sociale e sanitaria) sia per quanto riguarda la logica organizzativa raccomandata dei sistemi integrati in rete, e il quadro delle responsabilità;
- *Delibera regionale Assistenza distrettuale - Linee guida di attuazione del Piano sanitario regionale 1999-2001*, che comprende il documento del Gruppo di lavoro sull'assistenza pediatrica distrettuale, sia nei suoi contenuti generali, sia per gli indirizzi specifici per l'assistenza a questa fascia d'età.

### Le specificità

Le specificità proprie dell'infanzia e dell'età evolutiva possono così sintetizzarsi:

- mancanza di autonomia e dipendenza dall'adulto, tanto maggiori quanto più si tratta di età precoci;
- forte dipendenza dai livelli di salute, dai comportamenti e dagli stili di vita della generazione precedente;
- forte dipendenza delle condizioni di salute del neonato e del bambino nella prima infanzia dal livello di benessere nella vita fetale, e quindi dalla salute materna.

L'infanzia è quindi una fase cruciale e vulnerabile per la salute delle età successive; le condizioni di povertà sociale, culturale, economica e gli ambienti di vita influenzano fortemente la salute dell'adulto di domani.

In Emilia-Romagna non esistono importanti studi sui determinanti negativi di salute in età precoci, né sugli effetti misurabili di tali svantaggi.

Sulla base dei dati analitici e delle specifiche competenze, conoscenze e proposte dei singoli componenti del Gruppo, si è ritenuto di proporre delle considerazioni generali e specifiche sui principali ambienti di vita dei bambini e degli adolescenti, che rappresentano anche i luoghi specifici per la promozione della salute:

- la famiglia,
- la scuola,
- la città e l'ambiente,
- i servizi territoriali sanitari e sociali,
- l'ospedale.

### **I comportamenti sociali e le risorse di servizi**

In Emilia-Romagna è presente una discreta rete di servizi sociali e sanitari, diffusa e di buona qualità, ma non abbastanza integrata. Ciò comporta difficoltà nel raggiungere gli obiettivi in modo proporzionato alle risorse impiegate.

Esistono anche aree di bisogni emergenti che necessitano di maggiore attenzione, in fase sia di analisi sia di individuazione di strategie. Una delle più importanti è rappresentata dalla disuguaglianza sociale e dalle discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, cioè:

- il minore con *handicap* fisico o malattia cronica,
- il bambino appartenente a nucleo familiare con genitori di basso livello culturale in cui siano presenti altre problematiche (tossicomania, alcolismo, malattia mentale, ecc.),
- il bambino straniero,
- il bambino nomade.

Un'altra area particolarmente difficile è quella del disagio psichico nell'infanzia, anche in ragione delle complessità e delle mutazioni dei quadri sintomatologici. La problematica è complessa e va sicuramente approfondita, affinché un rinnovato impegno culturale e organizzativo renda sempre più appropriata l'offerta dei servizi, favorendo iniziative diffuse per la tutela del minore, e il riconoscimento delle situazioni di rischio e di reale patologia.

## **La strategia**

Oltre a offrire interventi programmati per singoli individui, la promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza, deve tendere a supportare gli attori maggiormente responsabili e a migliorare gli ambienti in cui questi operano. La visione strategica che deve ispirare le politiche per la salute dei prossimi anni può sintetizzarsi come segue.

La promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza deve:

- attuare specifici interventi integrati di carattere sociale e sanitario, efficaci e appropriati;
- favorire la crescita della consapevolezza e della reciproca responsabilità riguardo alle scelte di salute del singolo individuo, dei diversi attori istituzionali e dell'intera collettività;
- supportare una visione strategica che consideri la Famiglia quale prima, responsabile comunità educante e curante del bambino e dell'adolescente.

Alla Famiglia, sin dal suo nascere, vanno rivolti interventi globali di:

- informazione e comunicazione,
- educazione alla salute,
- sostegno alla genitorialità responsabile,
- consulenza e appoggio psicologico-relazionale nelle situazioni di disagio di coppia e familiare,
- assistenza sociale, economica e sanitaria, con particolare riguardo alla prevenzione nei suoi diversi aspetti (primaria, secondaria, riabilitativa, ecc.).

Nell'elaborare politiche per la salute in età pediatrica e adolescente, la programmazione locale e regionale deve orientare i propri sforzi a una reale integrazione dei servizi per il lavoro, per la casa, e attuare tutti gli interventi necessari di carattere sociale, sanitario, educativo (scolastico e non), urbanistico, del privato sociale, ecc., curando anche interventi di corretta comunicazione con la famiglia globalmente intesa, con i suoi singoli componenti e con le associazioni, organizzazioni e istituzioni, pubbliche e private, specificamente interessate.

Si deve diffondere la consapevolezza che la promozione della salute dell'infanzia va perseguita come il massimo dono che una società può offrire alle generazioni future, per raggiungere risultati di salute i cui effetti si estendono a più generazioni. Le leve culturali e operative per sostenere questa visione sono rappresentate dalla promozione di una cultura di solidarietà responsabile tra enti e istituzioni, attraverso l'integrazione orientata al raggiungimento di risultati di salute che riducano o eliminino i fattori di rischio evitabili.

Il sistema socio-sanitario è chiamato a realizzare una rete tra tutti i servizi di solidarietà per l'infanzia, finalizzata all'individuazione delle famiglie con minori in condizioni di rischio. A tale scopo è fondamentale avviare un flusso informativo regionale che tenga conto delle specificità legate all'età, delle disuguaglianze sociali, culturali ed economiche, con particolare riguardo all'ambiente familiare. Gli obiettivi specifici che sinteticamente costituiscono l'impegno regionale e locale del Patto per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza sono illustrati nello schema alla fine di questo capitolo introduttivo (*Schema 1*).

Il Gruppo intende inoltre raccomandare alla Regione e alle altre istituzioni coinvolte le seguenti azioni di supporto, per dare rapidamente sostanza e visibilità all'impegno globale intrapreso:

- istituzione di *task force* di esperti per definire i principali indicatori di salute e di disuguaglianze di salute, finalizzate alla costruzione di un sistema informativo regionale per l'infanzia;
- istituzione di un centro di documentazione e comunicazione su tutte le iniziative pubbliche e private (editoriali, formative, educative, ambientali, assistenziali, ecc.) di promozione della salute in età evolutiva intraprese a livello locale, regionale, nazionale e internazionale;
- avvio di un progetto di prevenzione dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza, proposto quale importante modello di integrazione tra servizi, offerto al bambino e alla sua famiglia, alla scuola, ai mezzi di comunicazione, ecc., per migliorare la qualità della vita del bambino e per prevenire gravi patologie nella vita adulta;
- avvio di un progetto pilota di sostegno alla famiglia con figlio affetto da sindrome di Down, quale modello da sperimentare e riprodurre;
- sostegno ai progetti di ricerca su iniziative di miglioramento della qualità assistenziale e promozione della salute per alcune malattie prevenibili o trattabili con diagnosi precoce (vedi *screening* neonatale);
- progetto regionale di indirizzo e monitoraggio della identificazione precoce e trattamento delle situazioni a rischio relazionale;

- istituzione di gruppi di lavoro interdisciplinari, opportunamente incentivati, su alcuni temi specifici di particolare interesse che questo Gruppo non ha potuto approfondire:
  - relazione di attaccamento: linee di indirizzo sulle azioni necessarie per promuoverla soprattutto tra neonati e giovani coppie;
  - *screening* neonatali, con particolare riferimento al DPCM del luglio 1999;
  - prevenzione della SIDS (morte improvvisa del lattante): individuazione del rischio e monitoraggio domiciliare;
  - adolescenza: valutazione globale multiprofessionale dei problemi di salute di questa particolare fascia di età, strategie di prevenzione dei rischi e assistenza.

In sintesi, la Regione Emilia-Romagna è impegnata a costruire un piano di politiche per la promozione dell'infanzia e dell'adolescenza in grado di assicurare:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a tutti i bambini,          | la garanzia di vivere in una società responsabile che tutela la salute dei soggetti deboli;   |
| all'adulto di domani,       | il diritto alla salute derivante da un'infanzia serena e senza condizionamenti negativi;  |
| alla famiglia,              | il riconoscimento di essere risorsa fondamentale per l'intera collettività, da sostenere nella sua funzione educativa e affettiva;  |
| alla scuola,                | la responsabilità educativa di interazione con la famiglia e con i servizi, in favore di una comune crescita culturale;   |
| alle Aziende sanitarie,     | il compito di rimodellare i propri servizi perseguendo appropriatezza, equità di accesso ed efficacia, attraverso percorsi trasversali che superano le gabbie organizzative del sistema;      |
| agli amministratori locali, | l'impegno di una competente pianificazione per operare corrette scelte di politiche per la salute, approfittando delle opportunità in atto;   |
| all'Università,             | il compito di formare professionisti orientati al lavoro per obiettivi, integrato e collaborativo nei diversi ambienti e nelle specifiche discipline, anche in prospettiva interdisciplinare; |

al privato sociale, a tutte le organizzazioni e associazioni di tutela e volontariato,  
la valorizzazione delle specifiche attività e la  
collaborazione con il servizio pubblico, in un'ottica di  
interdipendenza che favorisca un arricchimento valoriale  
e sociale, reciproco e per l'intera collettività;

alla Regione, l'impegno di vigilare sul perseguimento della qualità,  
dell'uniformità e dell'equità dei servizi offerti nell'intero  
territorio regionale, anche attraverso l'istituzione di flussi  
informativi mirati e condivisi.

Per realizzare pienamente nella sua complessità tale cambiamento strategico e supportare la motivazione e le competenze degli operatori chiamati ad attuare il conseguente riorientamento del sistema sanitario regionale e locale, è necessario un grande impegno di formazione, veicolo della nuova cultura di approccio alle problematiche e alle specificità dell'età.

I principi (parole chiave) cui il testo si è ispirato sono da ricondurre a:

responsabilità, come dovere della società di giustificare il risultato delle proprie azioni e la loro ricaduta su soggetti di cui si è accettata consapevolmente per la carica professionale ricoperta, la delega di tutela della salute;

rete integrata, sia come modalità operativa dei diversi professionisti di specifici e diversi settori, sia come logica organizzativa di riferimento infra- e interistituzionale;

reciprocità, quale valore civico riconosciuto a livello internazionale come caratteristico della cultura della nostra regione, alla base delle grandi acquisizioni sociali.

In sintesi, la rete di reciproche responsabilità è alla base di tutte le logiche qui illustrate, sia nei termini di strutture e settori del sistema sanitario, sia dei diversi attori istituzionali considerati.

*Schema 1. Un Patto per l'infanzia e l'adolescenza*

<b>Determinanti</b>	<b>Il Governo regionale e le autorità centrali possono</b>	<b>Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono</b>	<b>Gli individui singoli o associati possono</b>
<b>socio-economici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorare l'attuazione delle normative nazionali e regionali in tema di politiche integrate per la famiglia (casa, scuola, lavoro, trasporti, sanità, sociale, ecc.)</li> <li>– Valorizzare l'interesse per la salute psichica nei primi tre anni di vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fornire attivamente assistenza alle donne in gravidanza e puerperio in condizioni disagiate, soprattutto se sole o straniere</li> <li>– Fornire attivamente assistenza, prevenzione e sostegno a bambini nella prima infanzia in condizioni disagiate, soprattutto se inseriti in famiglie monoparentali e/o stranieri</li> <li>– Favorire l'individuazione precoce del rischio relazionale e sostenere le famiglie a rischio</li> <li>– Valorizzare l'apporto del capitale sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partecipare alla programmazione negoziata per iniziative di supporto alla madre/coppia in difficoltà, potenziare e facilitare le procedure per l'affido/adozione</li> <li>– Partecipare alla programmazione negoziata su comunicazione e supporto alla madre/coppia in difficoltà per favorire una genitorialità responsabile</li> </ul>
<b>ambientali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorare l'attuazione delle normative specifiche (es. LR 40/1999 per la "Città per i bambini")</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favorire l'autonomia di spostamento di bambini e adolescenti nelle città</li> <li>– Ridefinire gli spazi urbani per l'infanzia e l'adolescenza (sport, tempo libero, ecc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partecipare alla programmazione negoziata e alla conduzione di iniziative specifiche (attività sportiva, volontariato, ecc.)</li> </ul>
<b>legati allo stile di vita</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Individuare priorità regionali, mettere in rete esperienze locali</li> <li>– Promuovere campagna regionale per la prevenzione e cura dell'obesità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rimodulare i percorsi nascita (consultori, umanizzazione in ospedale, casa di maternità, parto a domicilio, ecc.) secondo le logiche OMS, diffondendo una corretta informazione per favorire un uso appropriato dei servizi offerti</li> <li>– Implementare programmi integrati territorio - ospedale - scuola - ecc. per la prevenzione e la cura dell'obesità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partecipare alla programmazione negoziata e alla conduzione di iniziative specifiche</li> </ul>

Schema 1. (continua)

<b>Determinanti</b>	<b>Il Governo regionale e le autorità centrali possono</b>	<b>Le autorità locali e le Aziende sanitarie possono</b>	<b>Gli individui singoli o associati possono</b>
<p><b>servizi socio-sanitari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorare l'attuazione delle normative nazionali e regionali in tema di offerta di servizi socio-sanitari (rete, percorsi integrazione, flussi <i>ad hoc</i>, ecc.)</li> <li>- Emanare indirizzi specifici per il Pronto Soccorso pediatrico</li> <li>- Avviare specifici flussi (famiglie, malati cronici, note CUF, ecc.)</li> <li>- Promuovere programma regionale per la sindrome di Down</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erogare a madre e neonato un'assistenza che garantisca la continuità nelle diverse fasi della nascita, dalla gravidanza al travaglio-parto e puerperio fino alla presa in carico da parte del pediatra</li> <li>- Avviare iniziative specifiche di sostegno per i bambini nei primi tre anni di vita per favorire l'instaurarsi di buone relazioni genitori-bambino</li> <li>- Attuare indirizzi regionali, riorganizzando i servizi per favorire la riduzione del ricorso inappropriato al PS e all'ospedale</li> <li>- Agevolare l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base, compresi i programmi di prevenzione e diagnosi precoce a tutti i bambini, soprattutto se disagiati e/o stranieri</li> <li>- Garantire l'assistenza alle famiglie con bambini affetti da patologia cronica e/o invalidante, secondo un'organizzazione che consenta continuità di cura e qualità di vita adeguata all'età</li> <li>- Riorientare i servizi all'attività integrata, anche adeguando i flussi informativi per l'individuazione delle famiglie multiproblematiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare alla programmazione negoziata per favorire una genitorialità responsabile</li> <li>- Partecipare alla programmazione negoziata per elaborare indirizzi regionali e locali, e alla diffusione della corretta informazione</li> <li>- Partecipare e collaborare per l'individuazione precoce di problemi di salute nell'infanzia</li> <li>- Partecipare alla programmazione e alla conduzione di iniziative specifiche (es. sindrome di Down)</li> </ul>	

## 1. PREMESSA

*Alcuni uomini vedono la realtà e si chiedono "Perché?"  
Altri sognano cose mai esistite e si chiedono "Perché no?"*

*George Bernard Shaw*

### 1.1. Quale salute?

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS),

*"la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità".*

Sin dal 1986 (*Carta di Ottawa*) l'OMS porta avanti un programma di promozione della salute teso a supportare questa definizione, raccomandando alle Pubbliche amministrazioni di elaborare politiche sociali che si facciano garanti della ricomposizione dell'intervento sulla persona nella sua globalità, in modo integrato, multidisciplinare e multisetoriale. Infatti, nel paragrafo Requisiti per la salute si afferma:

*"Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti",*

raccomandando inoltre di

*"ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, assicurando a tutti eguali opportunità e risorse per ... un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute".*

La salute non può essere un obiettivo isolato,

*"è essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontare le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie".*

Per questo, dunque,

*"riorientamento dei servizi sanitari significa anche maggiore attenzione per la ricerca e per le trasformazioni nella preparazione e nell'addestramento professionale. L'atteggiamento e l'organizzazione dei servizi sanitari dovranno cambiare, restituendo la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità",*

riconoscendo

*“le persone stesse come la maggior risorsa per la salute” e*

*“nella salute e nella sua tutela un fondamentale investimento sociale e una sfida decisiva ad affrontare in modo globale il problema ecologico del nostro modo di vita”,*

e condividendo

*“il potere decisionale con altri settori, altre discipline e, in particolare, con gli stessi utenti dei servizi”.*

Per molti anni in Italia la promozione della salute è stata erroneamente e riduttivamente interpretata come semplice prevenzione delle malattie, senza rilevare la grande differenza che esiste fra “curare” la malattia (nei diversi momenti preventivi, diagnostico-terapeutici, riabilitativi) e “prendersi cura” della persona nella sua globalità, guardando al suo benessere nei diversi contesti in cui è inserita, alla qualità della vita del singolo e della collettività, anche in condizioni di patologia (acuta, cronica, disabilitante, ecc.).

L’idea positiva di salute, come nella definizione OMS, sottolinea l’aspetto di requisito fondante, che garantisce all’individuo l’uso delle proprie piene facoltà, potenzialità, aspirazioni. Dunque, promuovere la salute significa promuovere questa capacità della persona di vivere in un particolare contesto sociale in modo soddisfacente rispetto alle sue possibilità e ai suoi obiettivi (Tarlov, 1996).

## **1.2. Metodologia di lavoro**

Il Gruppo di lavoro è costituito da esperti del mondo della scuola, della formazione, dell’urbanistica, degli organismi di tutela e volontariato, delle problematiche giovanili, della famiglia, oltre che del mondo socio-sanitario, con particolare riguardo alla pediatria; ha lavorato in modo integrato e con pari dignità dei singoli individui e dei rispettivi settori di appartenenza.

A tutti i componenti del Gruppo, secondo il proprio ambito di competenza e conoscenza dei problemi del mondo dell’infanzia e dell’adolescenza, è stato chiesto di proporre temi all’attenzione di chi dovrà elaborare le politiche per la salute in questa fascia di età, siano essi di tipo preventivo, curativo, riabilitativo, formativo, ecc., attinenti non solo al mondo della sanità strettamente inteso (servizi territoriali, pediatri e medici di base, ospedali, strutture di riabilitazione, ecc.), ma anche ad altri ambienti (scuola, famiglia, tempo libero, struttura urbana, ecc.).

Dai temi indicati dai componenti e dallo studio dei dati disponibili è emersa la validazione delle priorità, nonché l'identificazione degli obiettivi e delle azioni da proporre alla Regione e alla formulazione dei Piani locali per la salute.

Per la definizione degli indicatori si è prevalentemente pensato agli impegni cui le strutture socio-sanitarie sono chiamate a contribuire, tecnicamente e operativamente, per la formulazione dei Piani locali per la salute.

Il Gruppo si è inoltre ispirato agli obiettivi OMS per il XXI secolo, focalizzando l'attenzione su specifici aspetti validi anche nel nostro paese e nella nostra regione.

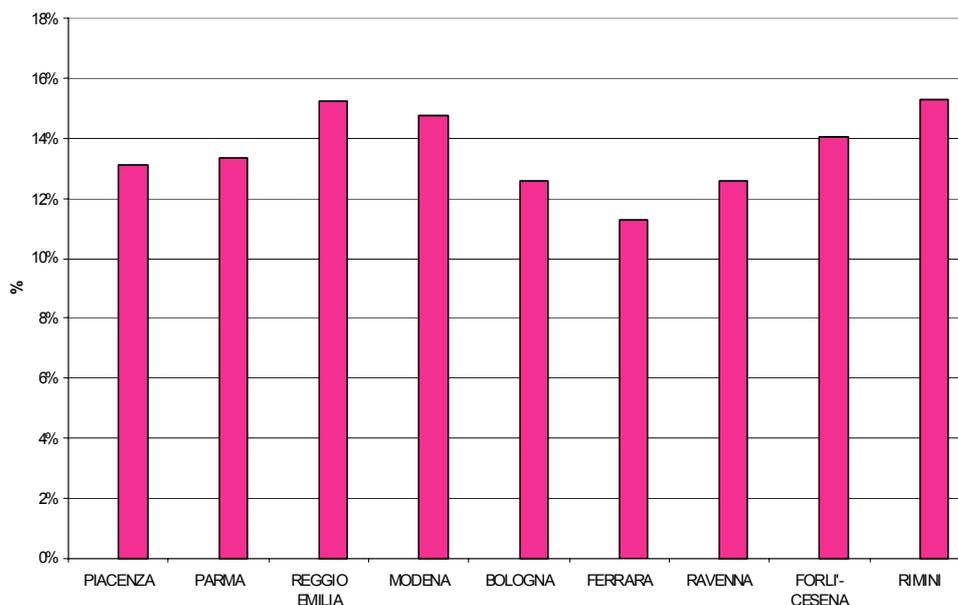
Negli allegati si riportano tabelle analitiche dei dati di riferimento relativi all'analisi dell'esistente (*Allegato A*), e schede di approfondimento di alcuni temi trattati nel documento.



## 2. LA POPOLAZIONE E LE SUE CARATTERISTICHE

La popolazione in età evolutiva in Emilia-Romagna è costituita da 539.204 soggetti, pari al 13,54% di tutta la popolazione, e presenta una distribuzione percentuale abbastanza omogenea, con un massimo di 15,29% a Rimini e un minimo di 11,29% a Ferrara (fonte: Emilia-Romagna, statistiche 1999).

Grafico 1. Percentuale popolazione in età evolutiva (0-18 anni) sul totale della popolazione



### 2.1. Le specificità

L'infanzia e l'età evolutiva rappresentano un momento della vita che ha proprie specificità per quanto riguarda la promozione e il mantenimento della salute:

- la mancanza di autonomia e la dipendenza dall'adulto, tanto maggiori quanto più si tratta di età precoci;
- i livelli di salute raggiunti, i comportamenti e gli stili di vita della generazione precedente influenzano e determinano la salute del bambino;
- le condizioni di salute del neonato e del bambino nella prima infanzia sono fortemente dipendenti dal livello di benessere nella vita fetale, e quindi dalla salute materna;
- l'infanzia è una fase cruciale e vulnerabile per la salute delle età successive;
- le condizioni di povertà sociale, culturale, economica e gli ambienti di vita hanno effetti irrimediabili e definitivi sulla salute dell'infanzia.

## 2.2. Principali dati epidemiologici

I dati attualmente disponibili sullo stato di salute della popolazione di età pediatrica e adolescente sono illustrati sinteticamente nell'Allegato A e danno luogo alle seguenti considerazioni.

### *Natalità*

Dai dati demografici forniti dalla *Relazione annuale 1999* dell'Agenzia sanitaria regionale (*Tabelle 6-8, Figura 1*), nel periodo 1990-1997 si registra un *trend* in aumento della natalità a partire dal 1995 che riguarda tutte le province, cui ha certamente contribuito il flusso di nuovi residenti derivanti dalla recente immigrazione.

Dall'analisi del flusso SDO (scheda dimissione ospedaliera) si ricava che il 27,6% dei parti in Emilia-Romagna nel 1998 sono cesarei.

### *Mortalità (Tabelle 9 e 10)*

Il tasso di mortalità infantile (calcolata come media del triennio 1995-1997, per ottenere un dato più stabile) è 4,84 (livello di confidenza 95%: 4,38 - 5,30) (fonte: Agenzia sanitaria regionale).

Sotto l'anno di età, la mortalità è imputabile prevalentemente alla mortalità neonatale (nel 1° mese di vita), e riconducibile soprattutto a cause perinatali e secondariamente a cause malformative. Non è possibile desumere il numero di decessi imputabili a SIDS, la cui prevalenza in una precedente indagine regionale è stata quantificata intorno allo 0,6‰ nati vivi. È probabile che questa causa di morte sia ricompresa nel gruppo "Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti" che nell'anno 1997 sono responsabili di 10/140 decessi nel primo anno di vita (fonte: Bancadati mortalità regionale).

Dopo l'anno di età, nella fascia 1-14 anni assumono un peso prevalente i traumatismi e gli avvelenamenti (47,2%) e le cause tumorali (46,8%). Scarsissimo è invece il peso delle malattie infettive e parassitarie come causa di morte.

La mortalità per traumatismi e avvelenamenti, già evidente dai 5 anni di vita tra le cause di mortalità, diviene prevalente nella fascia di età 15-29 anni, ed è riferibile in gran parte agli incidenti stradali.

### ***Morbosità (Tabella 11)***

Il tasso dei neonati ricoverati in unità diverse dal nido è intorno al 20% dei nati e stabile nel triennio 1996-1998 (fonte: Agenzia sanitaria regionale). I dati attualmente disponibili non permettono una valutazione dell'appropriatezza di questi ricoveri; si avverte la necessità di monitorare nel tempo il dato e confrontarlo con quello delle altre realtà regionali e nazionali. Si rileva comunque una notevole variabilità del tasso di ricovero nei diversi punti nascita della regione.

In Emilia-Romagna già da alcuni anni è operativa la SDO neonatale per i ricoveri di pazienti di età 0-28 giorni, nella quale vengono riportate le variabili "peso alla nascita" e "età gestazionale". La qualità dei dati finora raccolti non permette una valutazione corretta dell'incidenza dei nati di peso molto basso nei diversi punti nascita, anche se appaiono notevoli differenze tra questi.

Nel 1997 si sono avuti 55.421 ricoveri di cui 2.232 imputabili a traumatismi e avvelenamenti (1-14 anni). Sul totale dei ricoveri nel 1997, nella fascia di età 1-14 anni solo il 51,6% avviene in reparti di pediatria, cui va aggiunto:

- 7% in chirurgia pediatrica,
- 1,84% in neuropsichiatria infantile,
- 0,22% in neonatologia,
- 0,11 % in terapia intensiva neonatale,
- 1,5% in ortopedia pediatrica.

Di fatto, oltre il 37% dei ricoveri ospedalieri 0-14 anni avviene in ambiente non pediatrico (dati SDO).

Per quanto riguarda le cause di ricovero nel 1998, se si escludono i 2 DRG neonatali, il 50% dei ricoveri 0-17 anni è riconducibile a 13 DRG; di questi, 4 sono di tipo chirurgico. Nell'ambito dei DRG medici, la patologia gastroenterica e quella respiratoria delle alte e basse vie coprono la maggior parte dei ricoveri.

### ***Patologie croniche***

Scarsi sono i dati attualmente disponibili sui bambini affetti da malattia cronica e sulle relative modalità di assistenza in regione.

Una analisi pubblicata su *Medico e bambino* del 1992 ha rilevato anche in Emilia-Romagna una bassa qualità nei servizi offerti ai bambini affetti da patologia cronica (paralisi cerebrale infantile, sindrome di Down, celiachia, asma, diabete, vescica neurologica, fibrosi cistica, artrite reumatoide), soprattutto per il mancato

coinvolgimento del pediatra/medico di base nell'assistenza, né da parte della struttura di riferimento né da parte della famiglia. Si ritiene che non siano stati fatti importanti passi per colmare questo vuoto assistenziale e per porre rimedio a una vera inefficienza.

### *Prevenzione*

- *Vaccinazioni (Tabella 12)*: per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie, la copertura nei bambini residenti risulta essere ottima a 24 mesi in tutte le Aziende (>98%), con l'eccezione di Bologna Città (94,6%). In numerose realtà aziendali l'organizzazione dei servizi preposti al governo delle strategie vaccinali è certamente migliorabile, come si rileva dall'indicatore della copertura vaccinale anti-morbillo. Non è disponibile il dato disaggregato per quanto riguarda i bambini immigrati.
- *Screening neonatale*: la Regione Emilia-Romagna è stata tra le prime realtà, a livello internazionale, ad avviare lo *screening* neonatale per l'ipotiroidismo congenito, che dal 1980 a oggi ha individuato precocemente 179 nati nella nostra regione (sui 538.483 *test* eseguiti), contribuendo così a migliorare la qualità della vita per altrettanti bambini e famiglie, con un sicuro risparmio in pesanti costi sociali e sanitari per l'assistenza a persone altrimenti gravemente handicappate.

Lo *screening* neonatale della fibrosi cistica presenta una difformità di esecuzione nel territorio regionale, i cui dati non sono disponibili in forma certa. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22/7/1999 impone una riflessione approfondita sulle metodologie e sugli indirizzi regionali in merito.

Inoltre, si ricorda che in Emilia-Romagna sono state sperimentate altre tipologie di *screening* neonatale con importanti riconoscimenti scientifici. Ad esempio, per quanto riguarda la sindrome di iperplasia surrenale congenita da *deficit* di 21-idrossilasi (1:12.000 nati circa), che è una delle patologie ereditarie più diffuse, lo *screening* avviato negli anni '80 e metodicamente eseguito dal 1991 a tutt'oggi, permette non solo di prevenire le patologie neonatali da perdita di sali e la possibile virilizzazione della femmina, ma di conoscere la mappa delle famiglie potenziali portatrici di questa patologia nella nostra regione.

- *Salute orale*: carie e malocclusioni sono patologie che ancora oggi colpiscono una elevatissima percentuale di soggetti in età pediatrica. L'importanza attribuita anche a livello internazionale (OMS) alla prevenzione della carie in età pediatrica sollecita l'avvio di un programma *ad hoc*, con particolare riguardo ai bambini e agli adolescenti appartenenti a nuclei svantaggiati o affetti da *handicap*.

Non sono stati reperiti dati epidemiologici regionali in merito alla situazione di patologia orale o di interventi di prevenzione, ma è nota l'attività di alcune realtà particolarmente attive negli anni passati nella diagnosi precoce e nella educazione alla salute orale.

- *Allattamento al seno*: un'indagine conoscitiva condotta nella nostra regione sulla prevalenza dell'allattamento materno (Faldella *et al.*, 1998) ha rilevato la diffusa attitudine ad allattare al seno (*Tabella 13*), pur con differenze marcate fra le diverse realtà locali (*Tabella 14*). Emerge tuttavia la tendenza a supplementare con latte artificiale fin dai primi giorni di vita, contravvenendo alle raccomandazioni OMS-UNICEF in materia (*Tabella 15*). Una più recente indagine del 1999 (ApeC, in corso di pubblicazione) mostra un incoraggiante *trend* in aumento per l'allattamento materno, benché i risultati siano ancora lontani dall'obiettivo OMS, e cioè latte materno esclusivo per tutti i bambini fino al 6° mese (*Tabella 1*).

*Tabella 1. Allattamento materno. Confronto tra 1996 e 1999 (%)*

	1996	1999
Latte materno esclusivo o predominante	48	52
Latte materno complementare	18	20
Latte artificiale	34	28

In *Tabella 1* si evidenzia come al 3° mese di vita i bambini allattati artificialmente siano passati dal 34% nel 1996 al 28% nel 1999. La situazione in Emilia-Romagna è molto disomogenea, con una media regionale di latte materno esclusivo del 35% e un *range* che va dal 23% di Bologna Nord al 46% di Modena (*Tabella 2*).

I fattori che determinano questo comportamento sono molteplici, non ultimo il livello culturale; per ulteriori considerazioni si è in attesa dei risultati provenienti da altre regioni coinvolte nella ricerca.

Tabella 2. Allattamento al 3° mese di vita. Indagine regionale per Azienda USL (%)

<b>Azienda USL</b>	<b>esclusivo</b>	<b>predominante</b>	<b>complementare</b>	<b>artificiale</b>
Piacenza	30	14	14	42
Parma	37	13	22	28
Reggio Emilia	31	12	26	31
Modena	46	15	15	24
Bologna Sud	44	16	20	20
Imola	39	19	24	18
Bologna Nord	23	23	23	31
Bologna Città	33	23	13	31
Ferrara	29	15	19	37
Ravenna	38	14	21	27
Forlì	33	29	15	23
Cesena	44	16	16	24
Rimini	37	26	14	23
<i>tot. Regione ER</i>	35	17	20	28

Si rileva inoltre la possibilità di migliorare la quota di nati pre-termine allattati al seno materno (Tabella 16).

### 3. DETERMINANTI DI SALUTE

I determinanti della salute in una popolazione sono riconducibili a quattro grandi categorie (Tarlov, 1996):

- l'impronta genetica,
- l'assistenza sanitaria,
- i comportamenti individuali,
- le condizioni sociali.

#### 3.1. Determinanti genetici in Emilia-Romagna

Per quanto riguarda le malformazioni congenite (*Tabella 17*) la prevalenza ricavata dai dati IMER è dell'1,9%. La quota più rilevante spetta alle malformazioni dell'apparato uro-genitale nel loro complesso (di poco inferiore al 7‰), seguite dalle cardiopatie congenite (6,15‰). La trisomia 21, principale componente delle anomalie cromosomiche diagnosticate in questa età, supera di poco l'1‰.

Inoltre, nella zona del delta del Po è presente il gene della beta-talassemia e la prevalenza degli eterozigoti raggiunge in certe zone il 7,2%, con una media nella provincia di Ferrara del 6%.

#### 3.2. L'offerta di servizi

Il PSR pone come elemento basilare l'equità di cura e di accesso ai servizi. Nel bambino questo aspetto riveste importanza ancora maggiore per la condizione di dipendenza dall'adulto, condizione che rappresenta la specificità di questo *target*.

Come hanno recentemente dimostrato alcune ricerche, tutti i servizi, ma soprattutto i servizi di prevenzione che prevedono un ruolo attivo dell'utente, raggiungono prevalentemente la fascia medio-alta della popolazione, e determinano quindi miglioramenti diseguali (es. i risultati diseguali degli interventi di prevenzione della carie a Torino e la bassa copertura vaccinale dei bambini immigrati in Veneto).

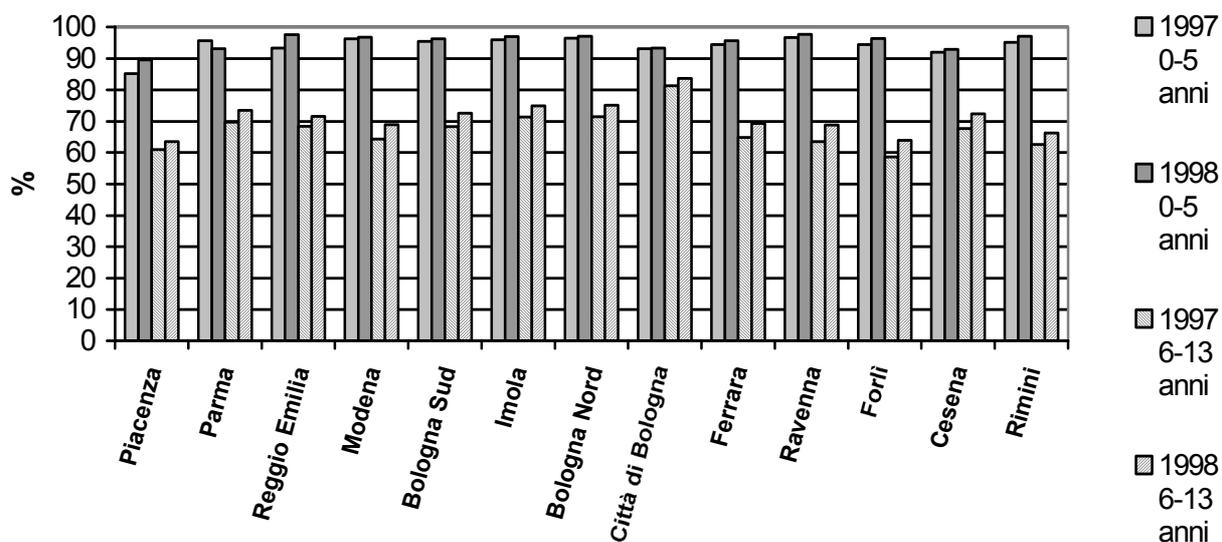
Teoricamente il SSN offre tutto a tutti; nella realtà i gruppi di popolazione più forti sono più capaci di accedere gratuitamente e di richiedere con maggior forza condizioni adeguate alle proprie esigenze, mentre quelli più deboli sono più esposti a

iperconsumo di prestazioni inefficaci e inappropriate - quando non addirittura dannose, e sono meno capaci di accedere ai servizi necessari per rimediare a condizioni di salute peggiori (Costa *et al.*, 1999).

I principali dati disponibili sono i seguenti.

- Al 31/12/1998, dei 409.041 bambini di età 0-13 anni residenti in Emilia-Romagna, l'81,6% era assistito da 456 pediatri di base (95,6% per la fascia 0-5 anni).

Grafico 2. Assistenza pediatrica in Emilia-Romagna negli anni 1997 e 1998, in % sul target



- La Tabella 18 illustra sinteticamente i dati di attività della pediatria di comunità nel periodo 1996-1997. Gli stessi dati sono descritti in maniera più analitica nell'Allegato A, con l'analisi del Servizio distretti sanitari della Regione Emilia-Romagna, elaborato nell'aprile 1999.
- Per il settore della neuropsichiatria infantile (NPI) l'ultima rilevazione risale al 1996 e riguarda dati del 1993-1994. Si rileva una grande disomogeneità nelle caratteristiche dell'offerta e dell'utilizzo, sia in termini di strutture che di organizzazione, in relazione ai vari target. Il numero di certificazioni era di 4.522 (4.232 per la scuola), pari al 9,7% del target e al 20,56% del totale di utenti dei servizi. Nella metà dei casi si trattava di patologia cognitiva e in oltre 1.000 casi di patologia psichiatrica. Il 10% degli utenti era indirizzato alla NPI dai servizi sociali e costituiva il 4,7% della popolazione target.

- Al 31/12/1998 i posti letto ospedalieri destinati alla popolazione pediatrica erano globalmente 601, di cui 504 di degenza ordinaria (349 pediatrici, 59 neonatologici e 96 di terapia intensiva) e 97 di *day hospital*. Si rimanda agli elaborati di altri Gruppi di lavoro (autosufficienza, *hub & spoke*) per ulteriori considerazioni e nuovi indirizzi regionali.
- In Tabella 19 sono riportati i dati di attività in favore di minori e nuclei familiari nel 1995 e 1996 assistiti dai servizi sociali. Il dato sintetico più recente di 13.495 assistiti e 9.226 famiglie risale al 30/6/1997.

### **3.3. Le condizioni sociali e gli stili di vita**

Le condizioni sfavorevoli nell'infanzia per la realizzazione dei potenziali di salute sono ascrivibili a vari fattori:

- povertà,
- bassi livelli di istruzione dei genitori ma soprattutto della madre,
- ambienti affollati,
- famiglie monoparentali,
- nomadismo,
- immigrazione,
- genitorialità problematica per malattia mentale, tossicomania, alcolismo, prostituzione.

Alcuni bambini vivono in condizioni di reale svantaggio nelle aspettative di salute, a causa della povertà e delle sue pesanti ricadute sulla vita degli individui, soprattutto se i determinanti negativi che la caratterizzano si presentano in età molto precoci.

Purtroppo in Italia (con l'eccezione del Piemonte) e in Emilia-Romagna non esistono importanti studi sui determinanti negativi di salute in età precoci, né sugli effetti misurabili di tali svantaggi.

L'analisi sulla povertà condotta dall'ISTAT negli anni 1996, 1997 e 1998 mostra l'età 0-18 come la fascia che presenta la maggiore prevalenza di deprivazione (ISTAT, 1999). Secondo i dati nazionali della Commissione Povertà (1996), nell'anno 1995 i bambini poveri nelle regioni del Nord Italia erano distribuiti come in Tabella 3.

Tabella 3. Percentuale povertà su target di popolazione (Commissione Povertà, 1996)

<b>Età di riferimento</b>	<b>Valori assoluti</b>	<b>% sul target</b>
< 5 anni	69.000	5,6%
Da 5 a 13 anni	72.000	4,4%
Da 14 a 18 anni	76.000	5%
Totale	217.000	

Se sul *target* di popolazione per età della regione Emilia-Romagna (dati 1999) applichiamo le percentuali indicate, otteniamo una stima di soggetti poveri nella nostra regione quantificabile come segue (Tabella 4).

Tabella 4. Stima minori in condizione di povertà in Emilia-Romagna

<b>Età di riferimento</b>	<b>Popolazione anno 1999</b>	<b>N. stimato di minori in condizione di povertà</b>
< 5 anni	153.430	8.592
Da 5 a 13 anni	264.401	11.633
Da 14 a 18 anni	121.373	6.068
Totale	539.204	26.293

I dati stimati, anche se approssimativi, danno una dimensione del fenomeno da non sottovalutare e da confrontare per le necessarie riflessioni con i dati forniti dai servizi sociali (Tabella 19).

Un altro importante determinante sociale è rappresentato dal livello di istruzione della famiglia, soprattutto quello della madre, che si associa alla mortalità nel primo anno di vita e al peso neonatale <2.500 grammi.

Si tenga inoltre presente che il basso livello scolare, pari cioè a 5 anni o meno di frequenza scolastica, può inficiare inoltre la capacità di gestire tempestivamente la malattia e i suoi sintomi e di seguire le prescrizioni mediche. Sono infatti questi i casi in cui si ricorre meno ai servizi di prevenzione e non si rispettano le norme preventive comportamentali per il mantenimento della salute.

### 3.4. Il capitale sociale

Il fenomeno del volontariato e dell'associazionismo è considerato un elemento di fondamentale importanza per la qualità della vita e per la salute della collettività ("Long live community: Social capital as public health", *The American Prospect*, n. 35, 1997). A questo importante fattore di coesione sociale e di promozione della salute individuale e collettiva, particolarmente significativo nella nostra regione, va riconosciuto il notevole contributo fornito al globale arricchimento del capitale sociale.

In particolare, nei decenni passati sono sorte sul territorio regionale numerose associazioni che operano in favore della famiglia, sia in termini di affermazione di questo istituto nella collettività, sia per particolari problemi, non solo di carattere sanitario, che possono interessare il nucleo familiare. Alcune di queste associazioni hanno già sentito l'esigenza di mettersi in rete per non disperdersi in interventi frammentari nel confronto con le istituzioni locali e regionali (per esempio *Forum* regionale delle associazioni familiari). Molto più ampia è tuttavia la risorsa delle varie realtà locali che hanno contribuito alla costruzione della rete sociale di supporto alle tante difficoltà incontrate dalle famiglie nell'affrontare responsabilmente l'educazione e l'assistenza dei figli, anche in situazioni di malattia cronica, disagio, *handicap*, tossicodipendenza, ecc. Le stesse organizzazioni finalizzate al potenziamento e alla valorizzazione delle attività sportive, sia nelle piccole realtà di paese che nelle grandi città, continuano a svolgere a tutt'oggi, in collaborazione con le istituzioni locali, un importante ruolo nella promozione della salute dei giovanissimi e dei giovani, cui sono offerte opportunità di svago ed educative in condizioni di relativa sicurezza.

Nel campo del sostegno alla famiglia e dell'assistenza a bambini in difficoltà, i dati disponibili - che non escludono l'ampia rete di volontariato, partecipazione, collaborazione con le istituzioni pubbliche presente da decenni sul territorio regionale - hanno permesso di rilevare una molteplicità di interventi diversificati per la cura delle relazioni familiari attraverso la consulenza e la mediazione familiare a sostegno della genitorialità, e azioni di prevenzione del disagio rivolte a genitori, educatori, adolescenti e giovani:

- la Tabella 20 illustra i dati sull'attività dei Consulenti UCIPEM negli ultimi anni;
- la Tabella 21 elenca le iniziative di servizio poste in essere da enti e associazioni del privato sociale, secondo quanto comunicato dal *Forum* regionale per le famiglie;
- in Tabella 22 si riportano alcuni dati forniti dal Centro bolognese G.P. Dore di documentazione e promozione familiare per le attività a sostegno della famiglia nelle diocesi dell'Emilia-Romagna.

Il metodico confronto delle istituzioni locali con queste organizzazioni del *no profit* dovrebbe favorire l'individuazione di eventuali bisogni non soddisfatti dal sistema pubblico, ai quali il volontariato e il terzo settore possono offrire risposte innovative, soddisfacenti e di elevato valore etico e sociale.

Nell'ottica della reciproca responsabilizzazione, è altresì evidente che la necessaria logica di programmazione negoziata richiederà una comune progettazione di interventi, di specifici obiettivi e relativi indicatori di verifica, qualitativi e quantitativi, adeguatamente concordati.

## **4. I LUOGHI DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA**

In un'ottica di reciprocità e di concreta integrazione, dove ciò che conta è il risultato da raggiungere insieme, indipendentemente dall'appartenenza a diverse istituzioni o enti, si elencano gli ambienti che maggiormente rappresentano i luoghi di vita e di esperienza del bambino e che hanno responsabilità di esiti di salute, vale a dire: la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e sociali, e l'ambiente urbano.

### **4.1. La famiglia**

Un sereno ambiente familiare, consapevole dell'influenza che le proprie scelte e i propri comportamenti avranno sulla crescita dei figli, è fondamentale non solo per la salute del singolo individuo ma per la costruzione di una futura collettività sana. È nel rapporto intenso con le figure familiari che si costruisce l'identità propria della persona. L'amore e le cure adeguate sperimentate all'interno di legami positivi nell'infanzia danno all'individuo il senso del proprio valore, trasmettono quella fiducia di base nella vita e nelle proprie potenzialità (autostima) che gli consentirà un futuro di scelte consapevoli ed equilibrate anche nell'instaurazione di positive relazioni interpersonali.

Pertanto, la famiglia deve essere riconosciuta come soggetto e come risorsa, da sostenere nella sua fondamentale funzione educativa e affettiva.

L'indagine multiscopo ISTAT effettuata in Emilia-Romagna sulle famiglie nel 1996 (*Tabelle 23 e 24*) rileva che di 1.555.232 famiglie residenti in regione, il 53% è costituito da coppie con figli. Le famiglie con un solo genitore sono il 6,9%, e più frequentemente si tratta di madre vedova.

Confrontando questi dati con rilevazioni precedenti (1981), il rapporto riferisce che gli elementi salienti sembrano essere:

- aumento del numero delle famiglie e riduzione del numero medio di componenti, scesi da 2,8 nel 1981 a 2,6 nel 1991, e oggi scesi ancora a 2,5;
- aumento delle famiglie unipersonali;
- riduzione del numero di genitori che convivono con la famiglia di un loro figlio;
- stabilizzazione delle famiglie monogenitore.

La recente pubblicazione *Famiglie e politiche sociali in Emilia-Romagna* (Barbagli, 1998) illustra le iniziative attuate nelle principali città della regione in favore delle famiglie. I dati riportati permettono inoltre di rilevare che:

- dal 1965 al 1996 il tasso di nuzialità in Emilia-Romagna è sceso dal 7,3‰ abitanti al 4,1‰ (Italia: dal 7,7 al 4,7);
- il numero di separazioni legali dal decennio 1970-1980 al periodo 1990-1994 è più che raddoppiato (da 44,9 a 110/100.000 abitanti);
- dal 1971 al 1995 i divorzi sono raddoppiati (da 1.405 a 2.811);
- dal 1990 al 1994 la durata media del matrimonio è passata da 10 a 10,8 anni fino alla separazione, e da 16,7 a 17,1 anni fino al divorzio;
- il 28,2% delle famiglie nella nostra regione convive con uno o più malati cronici.

In Italia, secondo il *Rapporto annuale sulla povertà* relativo al 1998, l'11,8% delle famiglie totali (il 5,7% nel Nord) vive in condizioni di povertà relativa; se si contano i singoli individui in tali condizioni, la quota più consistente è rappresentata dai giovani: il 16,7% della popolazione sotto i 18 anni vive in famiglie povere. Inoltre, sempre secondo l'indagine nazionale, nel 1993 400.000 madri vivevano sole con figli a carico.

Le Tabelle 25-27 documentano le diverse offerte di servizi dei Centri per le famiglie.

La Legge 27 maggio 1991 n. 176, *Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989*, nel preambolo richiama:

*“Rammentando che nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, le Nazioni Unite hanno proclamato che l’infanzia ha diritto ad un aiuto e ad una assistenza particolari; Convinti che la famiglia, unità fondamentale della società e ambiente naturale per la crescita e il benessere di tutti i suoi membri ed in particolare dei fanciulli, deve ricevere la protezione e l’assistenza di cui necessita per poter svolgere integralmente il proprio ruolo nella collettività; Riconoscendo che il fanciullo, ai fini dello sviluppo armonioso e completo della sua personalità deve crescere in un ambiente familiare con un clima di felicità, di amore e di comprensione; In considerazione del fatto che occorre preparare pienamente il fanciullo ad avere una sua vita individuale nella Società, ed educarlo nello spirito degli ideali proclamati dalla Carta delle Nazioni Unite, in particolare in uno spirito di pace, di dignità, di tolleranza, di libertà, di uguaglianza e di solidarietà, ...”.*

Già la LR 27/1989 aveva recepito la necessità di promuovere azioni positive di sostegno alla genitorialità, sia tramite la diffusione capillare dei servizi integrativi per l'infanzia sia con l'esperienza oggi consolidata dei Centri per le famiglie. Con queste iniziative si è focalizzata l'attenzione su programmi e interventi volti

a favorire la diffusione di una cultura dell'infanzia condivisa e una partecipazione delle famiglie ai processi educativi dei bambini, una procreazione consapevole e una specifica attenzione alle famiglie monogenitoriali.

I Centri per le famiglie sono da anni impegnati nella realizzazione di livelli informativi coordinati e contribuiscono con la loro attività a facilitare il rapporto istituzione-cittadini proprio nei diversi settori che riguardano la vita quotidiana delle famiglie.

Lungi dal volere qui affrontare le motivazioni culturali, politiche e valoriali alla base del preoccupante fenomeno della denatalità, si sottolinea la necessità che le politiche sociali si facciano carico di predisporre un progetto di sostegno generale alla genitorialità responsabile, proponendo sia percorsi di informazione/comunicazione sugli aspetti attinenti la sessualità, la prevenzione e/o il trattamento della sterilità, ecc., sia percorsi di supporto e aiuto in situazioni di difficoltà personale e sociale per avviare e portare avanti l'educazione e l'assistenza dei figli. Questo implica l'elaborazione di politiche di globale promozione, anche per quanto attiene gli alloggi, il lavoro, il tempo libero, ecc.

Le azioni di supporto alla famiglia devono dunque mirare non solo al mantenimento di un equilibrato rapporto affettivo ed educativo, ma anche a una serenità economica attraverso l'offerta di supporti materiali (come prevede ad esempio il progetto regionale dei "prestiti sull'onore" erogati dai comuni capoluogo di provincia).

Ciò vale non solo per le famiglie già residenti sul territorio di competenza, ma anche per quelle di recente immigrazione. Come afferma Amin Maaluf nel suo recente libro *L'identità* (1999),

*"bisognerebbe fare in modo che nessuno si senta escluso dalla civiltà comune che sta nascendo, che ciascuno possa ritrovarvi la propria lingua identitaria e certi simboli della propria cultura, che ciascuno possa identificarsi, anche solo un po', con ciò che vede emergere nel mondo che lo circonda, invece di cercare rifugio in un passato ideale. Parallelamente, ciascuno dovrebbe poter includere, in quella che ritiene la sua identità, una componente nuova, chiamata ad assumere sempre più importanza nel corso del nuovo secolo, del nuovo millennio: la consapevolezza di appartenere anche all'avventura umana".*

Si richiamano di seguito le principali raccomandazioni utili alla definizione degli obiettivi e delle azioni di promozione della salute in età pediatrica/adolescente.

- Grande attenzione deve essere posta alla valorizzazione del ruolo che la coppia genitoriale svolge quale servizio all'intera comunità. In particolare, si deve fornire supporto psicologico nelle situazioni di difficoltà di rapporto dei genitori, ove spesso maturano le sofferenze di bambini e adolescenti.

Interventi di formazione per i genitori dovranno essere mirati a supportarli sia nel mantenimento di un rapporto reciproco equilibrato, sia nel compito educativo da essi stessi assunto e assegnato loro dalla società.

L'importante servizio di mediazione familiare nelle separazioni deve essere di particolare sostegno alla funzione genitoriale, soprattutto in situazioni di intensa conflittualità.

- Ancor più va supportato (psicologicamente, legalmente, materialmente) il genitore rimasto solo ad allevare e educare i figli (vedovo/a, separato/a), più frequentemente donna, il cui nuovo *status* comporta spesso una forzata difficoltà a instaurare e mantenere soddisfacenti relazioni sociali.
- Non va dimenticata la grave minaccia all'equilibrio familiare posta dalla malattia di un bambino, soprattutto quando questa si presenta con caratteri di estrema gravità e/o cronicità, sia al momento della nascita (ad esempio, sindrome di Down) che successivamente (es. incidente stradale, epilessia, tumore, diabete, cardiopatia), in situazioni che prefigurano malattie croniche, disabilità e comunque riduzione o perdita dell'autosufficienza. La malattia provoca infatti un grave carico di sofferenza e grandi impegni per i familiari, ai quali deve essere offerta una assistenza con caratteri di umanizzazione, supporto psico-sociale e organizzativo, continuità, semplificazione, accessibilità, ecc.
- L'incremento di minori adottati provenienti da altri paesi, oggi regolamentato da recente normativa in evoluzione, comporta una maggiore attenzione e cura anche verso i bisogni sanitari, psicologici e socio-relazionali che questi bambini presentano al momento dell'ingresso nella nuova famiglia e nel loro nuovo paese, allo scopo di aumentare la conoscenza e la competenza delle famiglie e garantire il benessere sia dei bambini che dell'intero nucleo familiare.

Il sostegno alla coppia adottante deve avvenire non solo prima e durante le fasi dell'adozione, ma anche dopo, con percorsi di aiuto predisposti dai servizi pubblici e/o del privato sociale.

È quindi necessario formulare una politica per le famiglie che:

- abbia alla base una inversione di tendenza rispetto al familismo che ha caratterizzato gli ultimi cinquanta anni, durante i quali la famiglia ha retto praticamente da sola il peso di tutte le trasformazioni sociali ed economiche;
- concretizzando i diritti dei bambini e degli adolescenti (come anche dei giovani, delle donne, degli anziani e dei disabili), sottolinei il significato forte della coesione sociale in una logica nella quale diritti e percorsi di autonomia individuale si legano in un nesso solidale su cui costruire le fondamenta della qualità della vita sociale.

Un Piano di politiche sociali non può guardare solo al triennio di vigenza per cui è elaborato; deve necessariamente avere davanti a sé una visione strategica del futuro che intende costruire per l'interesse dell'intera comunità sociale.

In sintesi:

- a tutti i bambini e ragazzi, di tutte le etnie e culture, devono essere rese disponibili le migliori opportunità di nascere e vivere in una famiglia sana, in un ambiente sereno, con riferimenti certi di sostegno e supporto per affrontare eventuali situazioni di disagio sociale, affettivo, emotivo, di malattia (acuta o cronica), di perdita di autosufficienza (economica, lavorativa, sociale, sanitaria, psicologica, ecc.);
- a tutte le donne/coppie che si preparano ad affrontare una gravidanza devono essere offerte opportunità di supporto concreto nel caso di eventuali svantaggi ambientali, di protezione della gravidanza, di scelta consapevole delle migliori condizioni sia per il parto, che per il successivo allevamento dei figli.

#### **4.2. La scuola**

La Tabella 28 illustra la dimensione e le caratteristiche della popolazione scolastica (iscritti nell'anno scolastico 1997-1998) in Emilia-Romagna. Viene messa in evidenza anche la quota di alunni immigrati e il fenomeno di abbandono scolastico in alcune realtà provinciali.

È indubbio che in una mentalità di tutela e di rete di solidarietà per la salute dell'infanzia, la scuola, globalmente intesa e nei suoi singoli rappresentanti, svolge un ruolo fondamentale a fianco della famiglia, di cui è il principale interlocutore e collaboratore.

L'istituzione "scuola" rappresenta una fondamentale risorsa nel perseguimento dell'equità. Le scuole della prima infanzia, soprattutto, sono la più valida risposta alle necessità del bambino svantaggiato e della sua famiglia, tanto più se diventano strumenti intelligenti e flessibili di una programmazione integrata tra istituzioni.

Un positivo clima di collaborazione fra operatori della sanità e operatori della scuola è condizione indispensabile per il reciproco arricchimento e per il successo degli interventi; la scuola può così svolgere al meglio la propria funzione, facendosi carico dei problemi pedagogici di sua competenza senza deleghe automatiche.

In questa prospettiva di scuole che promuovono la salute, le strade maestre della collaborazione scuola-sanità restano quelle dell'integrazione e dello scambio informativo e produttivo, nel rispetto delle reciproche competenze, superando il ricorso a esperti che hanno ormai largamente dimostrato l'inefficacia di interventi sporadici e non inseriti in un programma formativo coerente.

Tutto ciò implica la necessità di instaurare rapporti di collaborazione impegnativi e costosi per entrambe le parti, in termini di tempo, energie e investimenti.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda all'Allegato E.

### **4.3. La città e l'ambiente urbano**

Oltre a quanto altrove ampiamente considerato per i temi dell'inquinamento ambientale (chimico, acustico, elettromagnetico, ecc.), che di per sé richiederebbe approfondimenti per i suoi riflessi sulla futura salute degli adulti di domani, va sottolineato che da alcuni decenni a questa parte i bambini sempre di più crescono in ambienti per loro poco adatti. Questa scarsa idoneità si manifesta prevalentemente nel fatto che l'ambiente non facilita l'esplorazione motoria, implica troppi pericoli o contiene elementi che incentivano attività sedentarie.

Non è raro vedere bambini "da appartamento", che non usufruiscono di aree di gioco esterne, passano molto tempo davanti alla televisione (o ai videogiochi, o al PC), e presentano veri e propri disturbi della motricità, come goffaggini e scarsa destrezza.

Diverse segnalazioni presenti in letteratura sottolineano la necessità di considerare e valorizzare le esigenze dei bambini-ragazzi nella riprogrammazione degli spazi urbani. Questo deve avvenire non solo in termini di edilizia (scolastica, sanitaria, ecc.) o di eliminazione delle barriere architettoniche, entrambi argomenti che pure andrebbero rivalutati e maggiormente portati a conoscenza degli operatori del settore (progettisti, tecnici, ecc.), ma anche nell'ottica di favorire l'autonomia dei giovani e il loro accesso alle strutture scolastiche e a quelle per il tempo libero, lo sport, ecc.

La stessa OMS ha raccomandato interventi e progetti che costringano a ripensare una "Città per i bambini", e già numerose iniziative in diverse città - con varie denominazioni sul territorio regionale e nazionale (Città Sane, ecc.) - hanno cercato di dare visibilità e sostanza a questa innovativa ottica della programmazione locale.

Negli ultimi anni si sono inoltre sviluppate una legislazione nazionale e una sensibilità istituzionale (espressa a vari livelli, in particolar modo nei Comuni) che sostengono la necessità di promuovere una progettazione degli spazi urbani, della vita della comunità e dei tempi delle città sempre più attenti ai bisogni dei bambini e degli adolescenti. Queste acquisizioni hanno visto la partecipazione di diversi livelli istituzionali e hanno individuato obiettivi e percorsi per una effettiva promozione dei diritti e delle opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza (ad esempio, Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Legge 285/1997, istituzione del marchio di qualità per le Città amiche dell'infanzia e dell'adolescenza).

La Regione Emilia-Romagna ha emanato la Legge regionale 40 del 28 dicembre 1999, volta a dare attuazione alle suddette indicazioni.

È necessario ripensare l'intero ambiente urbano. Finora infatti, i principali interventi sono stati attuati soprattutto per la prevalente popolazione anziana; ma ora tutti i cittadini di ogni età devono poter fruire delle opportunità di miglioramento della qualità di vita, in modo autonomo e consapevole, con pari dignità ed equità di accesso.

Alla base di questa riprogettazione dovrebbe esserci la considerazione di Margaret Mead (da Biasini, 1999):

*"nel costruire un quartiere che soddisfi i bisogni umani bisogna cominciare con i bisogni dell'infanzia. Questi ci danno la base sulla quale costruire il contatto con gli altri essere umani".*

Il documento "La città" (Allegato F) rappresenta un utile approfondimento e un punto di riferimento per l'elaborazione di politiche su questo tema.

#### **4.4. L'ospedale**

Il progetto OMS per la promozione della salute in ospedale (HPH), cui la Regione Emilia-Romagna aderisce dal 1998, è emblematico dello sforzo di trasmettere anche nell'ambiente ospedaliero l'importanza dell'attenzione alla persona, al suo contesto di relazioni interumane, che si tratti di paziente o di operatore della sanità. In ospedale, infatti, troppo spesso il paziente è identificato con la malattia da cui è affetto, con il numero del letto, con il caso clinico che rappresenta.

La promozione della salute, dunque, non è solo un problema da affrontare in ambiente extra-ospedaliero: in particolare nell'infanzia e nell'età evolutiva, molti sono ancora i provvedimenti da assumere in ospedale per queste fasce d'età, dalla accoglienza dei bambini/ragazzi in Pronto Soccorso, alla loro sistemazione in reparti espressamente dedicati alla loro fascia d'età, ai tanti interventi per il miglioramento della loro assistenza. Questi ultimi sono necessari soprattutto in presenza di degenze lunghe (come nel caso di malattie oncologiche) o di gravità tale da richiedere anche azioni di corretta e ampia informazione, di tipo psicologico-relazionale (per il supporto alla famiglia, al bambino/ragazzo, agli operatori del settore) e di altro genere (scolastico, ludico, abitativo per famiglie non residenti, per il recupero della dimensione sociale di chi trascorre lunghi periodi ad assistere il bambino isolato dal mondo esterno, ecc.).

Le priorità da affrontare per potenziare la promozione della salute in ambito pediatrico sono le seguenti.

- Migliorare la comunicazione e il supporto psico-sociale alla famiglia con minore affetto da malattia cronica, ingravescente e/o invalidante.
- Offrire attenzione e solidarietà alle famiglie provenienti da altre realtà territoriali, anche con il coinvolgimento del capitale sociale, già molto attivo nella nostra realtà regionale.
- Dare attuazione ai principi di personalizzazione e umanizzazione del percorso nascita, del parto e del puerperio, come raccomandato dall'OMS e già previsto dalla normativa regionale.
- Dare uniformità all'organizzazione della risposta delle strutture di emergenza alla popolazione di età pediatrica/adolescente, anche previo monitoraggio dell'andamento delle prestazioni urgenti in questa età (numero di accessi, età dei pazienti, giorno della settimana, ora di accesso). Si devono quindi individuare percorsi organizzativi e formativi che, attraverso una integrazione tra ospedale e territorio, assicurino una buona qualità delle cure, razionalizzando l'offerta di risposte efficaci e appropriate all'utenza.
- Oltre a quanto già detto sulla necessità di definire la rete delle competenze in ambito pediatrico con i pediatri di libera scelta, e sull'opportunità che i pazienti di età pediatrica-adolescente siano ricoverati in reparti pediatrici, è auspicabile che i Centri di II e III livello collaborino vicendevolmente, consolidando un sistema di competenze sempre più visibile e di riferimento per gli utenti.

Si rimanda all'Allegato C per ulteriori approfondimenti.

#### 4.5. I servizi territoriali, sanitari e sociali

La molteplicità dei soggetti che operano a servizio di questa fascia d'età è una notevole risorsa per la collettività, anche se permangono punti di criticità per i quali si rendono necessarie politiche di razionalizzazione.

L'attuale offerta consiste in una ricca e diversificata disponibilità di servizi, presidi, unità operative, *équipe* multiprofessionali o singoli professionisti: pediatri di comunità, pediatri di base, medici di medicina generale, consultori pediatrici e familiari, neuropsichiatria infantile, Centri per la famiglia, consultori per giovani, servizi sociali per minori, centri per la terapia della coppia e della famiglia, servizi e centri per l'*handicap*, la riabilitazione, i problemi dell'apprendimento, ecc.

A fronte di queste ampie risorse, intese sia in termini di strutture e di personale, sia in termini di competenze e esperienze accumulate, si deve tuttavia riconoscere che nella rete esistono ancora parecchi punti di fragilità e debolezza.

Il primo punto di debolezza è di carattere organizzativo. Le varie Aziende USL e, per quanto riguarda le loro competenze, i Comuni e i Provveditorati agli studi, si sono infatti dati modalità organizzative assai diverse, anche nel territorio di una stessa regione come per esempio l'Emilia-Romagna. In questo modo, non solo si fatica a raggiungere una certa uniformità su quegli aspetti ritenuti più razionali, ma è anche raro il confronto tra modelli diversi per identificare quelli più funzionali.

Una notevole disomogeneità ha caratterizzato anche i rapporti tra unità operative, oltre ad una scarsa integrazione operativo-progettuale e alle collocazioni burocratico-amministrative nel sistema dei macrolivelli aziendali, che hanno spesso reso difficile la comunicazione.

La separatezza fra ambiti ospedalieri e territoriali può generare a sua volta sia uno scarso collegamento nella presa in carico dei problemi o dei pazienti, sia vere e proprie duplicazioni di interventi, che risultano confondenti per l'utente, dispendiosi e inefficienti.

Diversamente dal passato, la nascita ha assunto negli ultimi decenni profili di eccessiva sanitarizzazione. Il parto in ospedale presenta oggi caratteristiche di maggiore sicurezza e garanzia per la salute della madre e del bambino; tuttavia, le indicazioni dell'OMS e la specifica normativa regionale raccomandano di ricercare nuovamente un clima umanizzante, personalizzante e demedicalizzato per l'assistenza al parto fisiologico, per aspetti che interessano direttamente il neonato e la relazione di attaccamento, quali l'allattamento al seno e la valorizzazione del *rooming-in*, che deve essere continuamente migliorato.

Fra le diverse unità e professionalità ospedaliere e territoriali va perseguita un'efficace integrazione delle principali discipline coinvolte nel percorso nascita, che con pari dignità sono chiamate a dare il loro contributo per garantire al neonato e alla puerpera una tempestiva presa in carico da parte delle strutture territoriali e un'azione coordinata che faciliti l'allattamento al seno.

Una recente indagine del gruppo di studio di medicina d'urgenza pediatrica della Società di pediatria regionale ha rilevato un progressivo aumento dell'utilizzazione del Pronto Soccorso nel corso degli anni, evidenziando come nel 1998 il 27% di soggetti tra 0-14 anni ha richiesto almeno una prestazione (40% in più rispetto a un'analogha indagine condotta nel 1995), soprattutto per patologie intrinseche (diversamente da quanto avviene negli USA, dove l'affluenza al PS è causata per lo più da eventi traumatici).

In tutta la regione l'offerta dei servizi è organizzata in almeno cinque modalità diverse, che non sempre prevedono il coinvolgimento della professionalità pediatrica. Molto disomogenea nelle diverse realtà locali è anche l'entità della domanda, spesso riconducibile a modelli culturali differenti. Più dell'80% degli accessi al PS in Emilia-Romagna non è seguito da ricovero. Tali dati peraltro non differiscono da analoghe risultanze a livello nazionale. Infine, la disponibilità di ulteriori dati sull'entità dell'assistenza a bambini affetti da patologia cronica è scarsa.

Si avverte altresì la necessità di istituire flussi informativi regionali di sorveglianza (Registri), in modo da poter disporre di dati epidemiologici aggiornati e precisi, in particolare per le patologie più rilevanti, quali ad esempio: diabete, celiachia, fibrosi cistica, paralisi cerebrali infantili.

Il coinvolgimento del pediatra/medico di base da parte dei Centri specialistici ospedalieri/universitari è particolarmente importante non solo nei casi di ricovero ospedaliero per malattie acute intercorrenti, ove è fondamentale la figura del medico di famiglia nella gestione della continuità assistenziale, ma anche per patologie ad andamento cronico-ingravescente o quando sono presenti sindromi che richiedono una continuità assistenziale per tutta l'età evolutiva. Nelle diverse situazioni, il fatto che la patologia sia affrontata e seguita da un centro di provata competenza scientifica non deve esimere da una reciproca responsabilizzazione dei diversi nodi e maglie della rete: la comunicazione fra il pediatra/medico di base e gli specialisti ospedalieri deve favorire un miglioramento complessivo del percorso assistenziale e un reciproco arricchimento scientifico.

Per la fascia di età adolescente è necessario disporre di strutture o unità operative che si occupino in modo coerente, funzionale e globale della fisiopatologia di questa età, considerando contemporaneamente i diversi problemi di carattere sanitario, sociale, comportamentale, ecc., e prevedendo percorsi di continuità e integrazione oltre il limite formale e burocratico dei 18 anni.

Troppo spesso i servizi territoriali sono stati segmentati e decentrati, e frequentemente sono dotati di *équipes* isolate, costituite da operatori che non sempre hanno avuto la possibilità di formarsi presso istituzioni culturalmente solide, con poche occasioni di confronto e di aggiornamento scientifico. Vi è quindi il rischio di un sapere troppo frammentato ed empirico, non adeguatamente basato sulle evidenze scientifiche. Il mondo accademico, che in questi anni è stato spesso distante dal territorio e dalle sue problematiche specifiche, ha oggi l'opportunità di recuperare tale distanza sia partecipando alla programmazione locale dei Piani per la salute, secondo gli attuali indirizzi culturali e normativi, sia predisponendo nuove opportunità di formazione per gli operatori socio-sanitari, anche con le numerose risorse provenienti dalle diverse discipline (economiche, sociologiche, psico-pedagogiche, ecc.).



## 5. AREA DEL DISAGIO E DELLA DISUGUAGLIANZA

### 5.1. Le disuguaglianze nell'infanzia e nell'età evolutiva

Gli obiettivi OMS per il XXI secolo si concentrano sui temi delle politiche per il lavoro, per la casa, per tutto quanto attiene la responsabilità degli amministratori pubblici nel favorire l'acquisizione dell'autosufficienza nella vita sociale, nel pieno rispetto della dignità, con garanzia della ricerca di equità e azioni di solidarietà in particolare per le principali categorie di esclusione sociale (poveri, disoccupati, minoranze etniche, immigrati, disabili).

Esistono anche in Emilia-Romagna aree di bisogni emergenti, che a tutt'oggi non hanno ricevuto sufficiente attenzione, né in fase di analisi, né di individuazione di strategie. Una delle più importanti è rappresentata dalla disuguaglianza sociale e dalle discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, e cioè:

- il bambino appartenente a nucleo familiare in cui sia presente tossicomania, alcolismo o malattia mentale;
- il bambino straniero;
- il bambino nomade o con genitori di basso livello culturale;
- il minore con *handicap* fisico, psicologico o patologia cronico-ingravescente.

L'infanzia è un momento critico e vulnerabile in cui le condizioni di povertà sociale, economica e culturale hanno effetti definitivi per lo sviluppo nelle età successive. I risultati avversi, per esempio malattie mentali, bassa statura, obesità, delinquenza e disoccupazione dipendono da una vasta serie di cause riconducibili a povertà.

A conferma di ciò, Barker (1995) sostiene che è proprio nei primi anni di vita che si crea un insostituibile capitale di salute fisica, legato:

- alla salute della madre attraverso le condizioni di vita prenatale,
- ai genitori come contributo genetico e per le prime cure postnatali,
- all'ambiente fisico e sociale dei primi anni di vita.

Nello stesso studio si evidenzia in particolare come il basso peso alla nascita o analoghi indicatori di limitato o ritardato sviluppo di organi o funzioni nel feto, possano determinare il rischio di malattie cardiovascolari, respiratorie, renali, pancreatiche e influire sullo sviluppo psicosomatico dell'adulto.

I rischi di un ambiente povero possono essere ben rappresentati dalla inadeguata o insufficiente nutrizione materna, che influenza lo sviluppo prenatale, il peso neonatale, la prematurità, e ciò è associato al rischio adulto di ipertensione. La povertà

dell'ambiente domestico ha un grande influsso sul primo anno di vita: a un livello basso è associato il rischio di malattia cardiovascolare e di ipertensione nell'adulto; all'insufficiente sviluppo prenatale è correlato il rischio di malattie respiratorie. Il fumo è più frequente nelle famiglie povere e influenza sia il basso peso alla nascita, sia lo sviluppo della funzione respiratoria nell'infanzia.

Più in generale, tutte queste caratteristiche sono influenzate dal contesto sociale: il fumo, l'allattamento al seno e l'alimentazione, ad esempio, diventano scelte condizionate dall'educazione, dal reddito, dall'accettabilità sociale del comportamento e delle sue alternative (Costa *et al.*, 1998).

Tabella 5. Confronto tra scolarità materna e allattamento nei bambini al 3° mese in Emilia-Romagna (Indagine ApeC, 1999)

Scolarità materna	Allattamento			
	esclusivo	predominante	complementare	artificiale
assente	20,35%	12,39%	26,55%	40,71%
obbligo	26,22%	12,85%	26,72%	34,21%
diploma/laurea	36,34%	12,63%	24,74%	26,29%

Gli stessi fattori sociali che influenzano la formazione del capitale di salute interagiscono cumulativamente con la formazione del capitale sociale ed educativo, il quale a sua volta retroagisce con il capitale di salute (Wadsworth, 1996 - vedi *Schema 2*).

Inoltre, i meccanismi attraverso cui si realizzano le disuguaglianze - che si aggiungono a quelli appena citati di interazione tra sociale e biologico - appartengono alla sfera dell'erogazione dell'assistenza e sono ancor più inaccettabili in un sistema sanitario che difende l'equità come valore. È stato infatti dimostrato (Costa *et al.*, 1999) che nelle classi svantaggiate:

- a parità di condizioni reali di salute, si registra una ridotta percezione del bisogno e una insufficiente espressione della domanda;
- a parità di domanda espressa si osserva una limitata offerta e accessibilità ai servizi;
- a parità di accesso si verificano una scadente qualità di servizi offerti, e ripetitività e scarsa efficacia delle prestazioni.

Schema 2. Fattori che influenzano il capitale di salute, educativo e sociale nelle diverse fasi della vita (Wadsworth, 1996)

FASI DELLA VITA	CONDIZIONI DI SVANTAGGIO SOCIALE	EFFETTI	RISCHI AUMENTATI
VITA FETALE NASCITA  <i>Costruzione del capitale di salute</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malnutrizione materna</li> <li>- Fumo</li> <li>- Bassa scolarità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematurità</li> <li>- Sviluppo prenatale ritardato</li> <li>- Ritardo di maturazione tissutale</li> <li>- Scarsa frequenza di allattamento al seno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalità perinatale e neonatale</li> <li>- Basso peso neonatale</li> <li>- Aumento del rischio di malattie respiratorie, metaboliche e cardiovascolari</li> </ul>
INFANZIA E ADOLESCENZA  <i>Costruzione del capitale educativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bassa scolarità materna</li> <li>- Povertà dell'ambiente domestico</li> <li>- Fumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basso livello di istruzione</li> <li>- Abitudini alimentari errate</li> <li>- Comportamenti a rischio</li> <li>- Scarsa prevenzione delle malattie prevenibili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamenti a rischio</li> <li>- Malnutrizione</li> <li>- Ipostaturalismo</li> <li>- Obesità</li> <li>- Malattie respiratorie</li> </ul>
VITA ADULTA  <i>Costruzione del capitale sociale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salute scadente</li> <li>- Comportamenti a rischio</li> <li>- Basso livello di istruzione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basso livello di posizione sociale</li> <li>- Basso reddito</li> <li>- Scarse capacità di interagire e negoziare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamenti a rischio per la salute</li> <li>- Ipertensione</li> <li>- Malattie croniche</li> <li>- Rischio per la prole</li> </ul>



## 5.2. Il disagio psico-relazionale

Un'area oggi sempre più problematica è quella del disagio psichico nell'infanzia, anche in ragione delle complessità e delle mutazioni dei quadri sintomatologici. Le osservazioni di questi ultimi periodi evidenziano come, accanto al diffuso ricorso delle famiglie al pediatra di libera scelta per problematiche di tipo psicologico, esiste un fenomeno di scarsa o non appropriata utilizzazione dei servizi specialistici da parte delle famiglie con stato di evidente disagio relazionale.

L'attesa di un figlio comporta mutamenti sia sul piano intrapsichico che relazionale: l'ingresso nella genitorialità costituisce una tappa fondamentale nel ciclo vitale, soprattutto in relazione ai processi evolutivi riguardanti il rapporto con se stessi e con le proprie figure genitoriali. Può accadere che si producano delle discrasie tali da

rendere difficile lo sviluppo della relazione genitori-figlio fin dai primi giorni di vita. Vi sono poi i nuovi bisogni del bambino del terzo millennio e le nuove e antiche fragilità dei suoi genitori: l'iperprotezione materna, l'esclusione del padre o il suo ruolo ritrovato, le maternità artificiali o tardive, il carico educativo dei nuclei monoparentali.

A tutt'oggi, nel tentativo di prevenire certi disturbi inquietanti di cui molto si parla, come la tossicodipendenza o i problemi psichiatrici (schizofrenia, depressioni, disturbi del comportamento alimentare, ecc.), si sono concentrati non pochi sforzi nella direzione di intervenire - spesso attraverso la scuola dell'obbligo o quella media superiore - sul cosiddetto disagio adolescenziale o pre-adolescenziale. Con tale mentalità si sono certamente realizzate molte iniziative meritorie e utili, il cui impianto generale deve tuttavia essere sottoposto a una revisione critica. Il concetto stesso di disagio adolescenziale, se non adeguatamente precisato e circostanziato, è del tutto vago e sfuggente: ben poco si presta quindi a divenire l'idea guida per interventi preventivi o di tutela della salute.

Peraltro, le iniziative sviluppate nella scuola superiore si rivolgono solo alla popolazione giovanile che continua a essere scolarizzata, trascurando invece la parte di adolescenti che, avendo abbandonato gli studi, proprio per questo motivo si può considerare più esposta a certi rischi.

Senza voler patologizzare una fase della vita ricca di potenzialità, si può affermare che l'adolescente può attraversare momenti critici, rispetto ai quali interventi tempestivi e appropriati possono contribuire a un'evoluzione favorevole. Si deve però anche ricordare che le difficoltà adolescenziali più importanti possono configurarsi come una riedizione e un riaffiorare di carenze e difficoltà più antiche.

La maggiore attenzione alla prevenzione del disagio giovanile deve indurre a programmare interventi di miglioramento della relazione di attaccamento, ove finora si è investito poco e con scarsa convinzione.

In tempi abbastanza recenti, parecchi clinici hanno fissato l'attenzione sulla relazione di attaccamento, cioè sulla relazione primaria che lega il neonato e il bambino piccolo al fornitore di cure (di solito, ma non necessariamente, i genitori naturali, in particolare la madre). Si può dimostrare quanto un attaccamento fisiologico di qualità sufficientemente buona sia importante ai fini dell'evoluzione successiva, mentre un attaccamento fragile o disfunzionale può diventare causa (o concausa) di carenze e vulnerabilità evolutive che possono poi sfociare - spesso proprio in epoca adolescenziale - in disturbi manifesti o devianze comportamentali.

La tematica dell'attaccamento è interessante anche perché si pone come punto di snodo e di contatto fra i diversi modelli culturali degli approcci individuali (che studiano prevalentemente le dinamiche interne di sviluppo dei singoli) e quelli relazionali e familiari (che si occupano della posizione del singolo all'interno di una precisa struttura relazionale e degli effetti dei rapporti sui membri del gruppo).

È dunque necessario lavorare sul sostegno alla genitorialità, cercando di creare le condizioni che la evocano e la sviluppano, e favorendo il dispiegarsi di una relazione di attaccamento solida e soddisfacente.

Va comunque ribadito che lo sforzo di concentrare maggiori iniziative di promozione della salute sulla genitorialità e sulla prima fascia di età non deve certamente ridurre le attenzioni e le risorse destinate alla fascia pre-adolescenziale, adolescenziale, giovanile. I molti fenomeni di violenza negli adolescenti, i comportamenti di bullismo, ecc., hanno spesso origine da errati equilibri familiari. In questo campo di bisogno educativo emergente per il singolo e per la famiglia, molto si deve ancora progettare e sperimentare, anche in modo trasversale/intersectoriale, con l'obiettivo di acquisire corrette tecniche di aiuto per i diversi ambienti in cui il bisogno stesso viene rilevato e/o affrontato (scuola, ambienti extra-scolastici, ecc.).

Si raccomanda che la riflessione sulle politiche familiari orientate alla promozione della salute in età pediatrica/adolescente tenga presenti e valorizzi le esperienze pubbliche e private già esistenti sul territorio (ad esempio, gruppi di incontro degli operatori con coppie prossime al matrimonio o conviventi, ecc.), al fine di favorire un equilibrato rapporto tra *partner*, premessa indispensabile per una relazione costruttiva con i figli fin dalla nascita.

La problematica è complessa e va sicuramente approfondita; si evidenziano tuttavia un inappropriato utilizzo dei servizi, la mancanza di iniziative diffuse per la tutela del minore, e una carenza culturale e organizzativa nelle strutture di base nel riconoscere le situazioni di rischio e di reale patologia.

L'Allegato D presenta alcuni approfondimenti relativi alla necessità di interventi nei primi tre anni di vita.

### 5.3. Disturbi del comportamento alimentare

#### 5.3.1. Obesità

Bray, sul *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* (1999), definisce l'obesità come l'epidemia dei tempi moderni, dato il continuo incremento di questo disturbo.

Un recente studio della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica ha rilevato nella popolazione scolastica italiana una prevalenza di obesità del 16,5% (6,9% per obesità grave) nel maschio e del 12,7% (3,6% grave) nella femmina, con un *trend* di aumento progressivo. Indagini e interventi promossi dalle Aziende USL negli ultimi anni, anche se non omogenei per casistica e modalità, conducono agli stessi preoccupanti risultati.

L'importante rivista *Lancet* nel 1998 ha lanciato un appello al trattamento dell'obesità, considerata una bomba ad orologeria che scoppierà con una epidemia di diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari, se non sarà arrestata.

La prevenzione dell'obesità in età pediatrica è dunque da considerarsi prioritaria, sia per le evidenti difficoltà a modificare le abitudini di vita dell'adulto, sia perché le ripercussioni negative dell'obesità iniziano sin dall'infanzia con effetti sulla salute psico-fisica, alterazioni scheletriche permanenti, irreversibilità dell'iperplasia delle cellule adipose, ecc.

L'elevata incidenza di obesità nell'infanzia e nell'adolescenza può considerarsi uno degli indicatori di cattive abitudini alimentari e di stili di vita non corretti. Sia a livello locale che regionale si raccomanda di avviare iniziative orientate a curare e prevenire l'obesità in età pediatrica, capaci di comunicare i rischi attuali e a lungo termine per la salute dell'individuo, con interventi di informazione/comunicazione (scuola, famiglia, ecc.) e specifici interventi di responsabilizzazione informata, tesi a:

- fornire ai pediatri/medici di base e agli stessi genitori/nonni e ragazzi i parametri di valutazione e confronto;
- diffondere attraverso diversi canali - dall'educazione alla salute nelle scuole alla comunicazione di massa - messaggi utili a rivedere il corretto stile alimentare e motorio;

- fornire risposte sociali, politiche, sanitarie di supporto, per favorire il cambiamento degli stili di vita in questo campo, ad esempio:
  - potenziamento (scolastico e cittadino) di strutture per attività motoria/sportiva da offrire fin dai primi anni di vita;
  - informazione sui centri per il trattamento dell'obesità infantile (alla cui diagnosi, in una logica di rete, sono chiamati prioritariamente i pediatri/medici di base);
  - incentivazione/premi alle iniziative commerciali (bar, luoghi di ritrovo per giovani, ecc.) che tendono a promuovere corretti stili di vita e alimentari.

Si allega per maggiore approfondimento il documento "Prevenzione dell'obesità nell'età evolutiva" (*Allegato G*).

### **5.3.2. Anoressia**

Per gli approfondimenti su questo tema si rimanda alle linee guida regionali, in via di emanazione. Si sottolinea comunque l'importanza che questo aspetto non sia esclusivamente sanitarizzato, cioè ritenuto semplice patologia di interesse psichiatrico o neuropsichiatrico; deve invece essere affrontato nella logica di servizio integrato fra le diverse professionalità, offerto a una famiglia che sta vivendo una condizione di disagio.

Si condividono inoltre con le suddette linee guida le raccomandazioni inerenti gli interventi integrati e di ampio respiro (valori, responsabilità, ecc.) di educazione alla salute nei diversi ambiti (scuola, *mass media*, ecc.), per promuovere uno stile di vita e un comportamento nel cui contesto sia compresa, oltre all'educazione alimentare, l'immagine di sé e del proprio corpo.



## 6. LA STRATEGIA

### 6.1. La visione strategica

Dall'analisi emerge che le avversità in età precoci rappresentano i maggiori fattori di svantaggio per la salute in una parte consistente della popolazione, con ricaduta non solo sul singolo ma anche sulle generazioni successive, se non si interrompe la spirale. Nell'approccio alla promozione della salute si impone quindi, con una evidenza ineludibile, la priorità per bambini e genitori, come sostiene il rapporto *Independent Inquiry into Inequalities in Health* del 26 novembre 1998.

Le considerazioni fin qui presentate suggeriscono di porre il seguente obiettivo strategico per orientare la rimodulazione dei servizi e delle diverse istituzioni e amministrazioni coinvolte nelle politiche per la salute rivolte a questa fascia d'età. La promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza deve cioè:

- attuare specifici interventi integrati di carattere sociale e sanitario, efficaci e appropriati;
- favorire la crescita della consapevolezza e della reciproca responsabilità riguardo alle scelte di salute del singolo individuo, dei diversi attori istituzionali e dell'intera collettività;
- supportare una visione strategica che consideri la Famiglia quale prima, responsabile comunità educante e curante del bambino e dell'adolescente.

Alla Famiglia, sin dal suo nascere, vanno rivolti interventi globali di:

- informazione e comunicazione;
- educazione alla salute;
- sostegno alla genitorialità responsabile;
- consulenza e appoggio psicologico-relazionale nelle situazioni di disagio di coppia e familiare;
- assistenza sociale, economica e sanitaria, con particolare riguardo alla prevenzione nei suoi diversi aspetti (primaria, secondaria, riabilitativa, ecc.).

Nell'elaborare le politiche per la salute in età pediatrica e adolescente, la programmazione locale e regionale deve:

- orientare i propri sforzi verso una reale integrazione di servizi per il lavoro, per la casa;
- attuare tutti gli interventi necessari di carattere sociale, sanitario, educativo (scolastico e non), urbanistico, del privato sociale, ecc.;
- curare interventi di corretta comunicazione con la famiglia globalmente intesa, con i suoi singoli componenti e con le associazioni, organizzazioni e istituzioni, pubbliche e private, specificamente interessate.

Per sostenere questa visione strategica è necessario promuovere in tutta la società un atteggiamento di tutela responsabile della salute dell'infanzia per raggiungere risultati di salute i cui effetti si estendano a più generazioni, perseguendo la salute per l'infanzia come il massimo dono che una società può offrire alle generazioni future. Le leve culturali e operative possono così riassumersi:

- promuovere una cultura di solidarietà responsabile tra enti e istituzioni per la promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva;
- realizzare tra tutti i servizi del Sistema sanitario regionale una rete di solidarietà per l'infanzia, finalizzata all'individuazione delle famiglie con minori in condizioni di rischio;
- promuovere l'integrazione orientata al raggiungimento di risultati di salute, che riducano o eliminino i fattori di rischio evitabili;
- avviare un flusso informativo regionale che tenga conto delle specificità legate all'età, delle disuguaglianze sociali, culturali ed economiche, con particolare riguardo all'ambiente familiare.

## **6.2. Obiettivi strategici di rilevanza regionale**

Per sostanziare il patto con i cittadini nell'ambito delle politiche per la salute in età pediatrica si esplicitano di seguito obiettivi, azioni, relativi attori (*Schema 3*), possibili iniziative specifiche e indicatori (*Schema 4*).

Schema 3. Un Patto per "Le politiche per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza"

<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Determinanti</b>	<b>Il Governo regionale può</b>	<b>Le istituzioni locali e le Aziende sanitarie possono</b>	<b>Il capitale sociale, sulla base di specifica esperienza, può</b>
1. Tutela della madre e del bambino nel percorso nascita	socio-economici e legati ai servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorare l'attuazione delle normative nazionali e regionali in tema di offerta di servizi socio-sanitari, politiche per il lavoro, per la casa, ecc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erogare a madre e neonato un'assistenza che garantisca la continuità nelle diverse fasi della nascita, dalla gravidanza al travaglio-parto e al puerperio</li> <li>- Fornire attivamente assistenza alle donne in gravidanza e puerperio in condizioni disagiate, soprattutto se sole o straniere</li> <li>- Valorizzare l'apporto del capitale sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare alla programmazione negoziata per favorire una genitorialità responsabile, promuovere iniziative di supporto alla madre/coppia in difficoltà, potenziare e facilitare le procedure per affido/adozione</li> </ul>
2. Appropriata informazione sul percorso nascita	legati ai servizi sanitari e agli stili di vita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuare priorità regionali, mettere in rete esperienze locali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rimodulare i percorsi (consultori, umanizzazione in ospedale, casa di maternità, parto a domicilio, ecc.)</li> <li>- Diffondere una corretta informazione tra la popolazione per favorire un uso appropriato dei percorsi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare alla programmazione negoziata e alla conduzione di iniziative specifiche</li> </ul>
3. Tutela della salute del bambino nella prima infanzia	socio-economici e legati ai servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorare l'attuazione del PSR (rete, percorsi integrazione, flussi <i>ad hoc</i>, ecc.)</li> <li>- Valorizzare l'interesse per la salute psichica nei primi tre anni di vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornire attivamente assistenza, prevenzione e sostegno a bambini nella prima infanzia in condizioni disagiate, soprattutto se inseriti in famiglie monoparentali e/o stranieri</li> <li>- Avviare iniziative specifiche di sostegno per i bambini nei primi tre anni di vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuire al supporto alle madri/famiglie in difficoltà</li> </ul>
4. Efficacia e appropriatezza del ricorso al Pronto Soccorso e all'ospedalizzazione	legati ai servizi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emanare indirizzi specifici e monitorarne l'attuazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuare indirizzi regionali riorganizzando i servizi, per favorire la riduzione del ricorso inappropriato al PS e all'ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipare alla programmazione negoziata per indirizzi regionali e locali e diffondere una informazione corretta</li> </ul>

*Schema 3. (continua)*

<b>Obiettivo strategico</b>	<b>Determinanti</b>	<b>Il Governo regionale può</b>	<b>Le istituzioni locali e le Aziende sanitarie possono</b>	<b>Il capitale sociale, sulla base di specifica esperienza, può</b>
5. Supporto alla famiglia e legati ai servizi sanitari	socio-economici e legati ai servizi sanitari	- Promuovere politiche integrate per la famiglia (casa, scuola, lavoro, trasporti, sanità, sociale, ecc.)	- Favorire l'instaurarsi di buone relazioni genitori-bambino - Favorire l'individuazione precoce del rischio relazionale e sostenere le famiglie a rischio	- Partecipare alla programmazione negoziata su comunicazione e supporto alla madre/coppia in difficoltà per favorire una genitorialità responsabile
6. Modernizzazione dell'assistenza di base e sua integrazione con l'ospedale	socio-economici e legati ai servizi sanitari	- Monitorare l'attuazione delle direttive sull'assistenza distrettuale, ecc.	- Agevolare l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base, compresi i programmi di prevenzione e diagnosi precoce, a tutti i bambini, soprattutto se disagiati e/o stranieri	- Partecipare e collaborare per l'individuazione precoce di problemi di salute nell'infanzia
7. Percorsi assistenziali integrati per la patologia cronica	legati ai servizi sanitari	- Monitorare l'attuazione delle direttive sull'assistenza distrettuale, ecc. - Promuovere azioni di supporto nei casi di sindrome di Down	- Garantire l'assistenza alle famiglie con bambini affetti da patologia cronica e/o invalidante, secondo un'organizzazione che consenta continuità di cura e qualità di vita adeguata all'età	- Partecipare alla programmazione e conduzione di iniziative specifiche
8. Monitoraggio e descrizione dello stato di salute della popolazione 0-18, tenendo conto delle disuguaglianze e dei nuclei familiari di riferimento	socio-economici	- Avviare specifici flussi regionali (famiglie, malati cronici, note CUF, ecc.)	- Riorientare i servizi verso un'attività integrata e adeguare i flussi informativi per favorire l'individuazione delle famiglie multiproblematiche	- Partecipare alla programmazione e conduzione di iniziative specifiche
9. Città per i bambini	legati agli stili di vita	- Monitorare l'attuazione delle normative specifiche	- Favorire l'autonomia di spostamento di bambini e adolescenti nelle città	- Partecipare alla programmazione e conduzione di iniziative specifiche
10. Prevenzione e cura dell'obesità	legati agli stili di vita	- Promuovere una campagna regionale per la prevenzione e la cura dell'obesità	- Promuovere programmi integrati territorio-ospedale-scuola, ecc.	- Favorire partecipazione e integrazione

Scheda 4. Iniziative specifiche e indicatori per la salute in età pediatrica

Obiettivi	Azioni	Indicatori
1a. Erogare un'assistenza a madre e neonato, che garantisca la continuità assistenziale nelle diverse fasi della nascita, dalla gravidanza alla presa in carico del pediatra di base	Protocolli per passaggio di caso Protocolli per la promozione del latte materno Assistenza domiciliare mirata per casi a rischio Attivazione dei <i>rooming-in</i> nei punti nascita	Allattamento materno esclusivo >50% al 3° e 5° mese in un triennio Riduzione della mortalità infantile N. di <i>rooming-in</i> attivati /n. di punti nascita N. di casi di assistenza domiciliare attivati entro la 1ª settimana di vita ai nati da parto fisiologico
1b. Fornire attivamente assistenza alle donne in gravidanza in condizioni disagiate, soprattutto se sole o straniere	Ricerca attiva dal <i>target</i> Risorse <i>ad hoc</i> per alloggi e alimenti Corsi di italiano, di educazione igienico-sanitaria, di preparazione alla nascita, con sedi e orari compatibili	<i>Trend</i> in miglioramento nelle classi sociali svantaggiate, per: - abortività - PN <2.500 g - ricoveri presso unità neonatali - natalità e mortalità perinatale
2. Diffondere una corretta informazione tra la popolazione	Attivazione di una campagna informativa (multilingue) specifica per il percorso nascita Informazione a <i>target</i> mirati (famiglie con presenza di <i>handicap</i> o malati cronici) sulle opportunità presenti o attivabili Informazione alla cittadinanza sui progetti in corso	Opuscoli, locandine e altri materiali informativi e multilingue sui servizi offerti Strumenti informativi (lettere, opuscoli, consulenze, ...) a <i>target</i> mirati Incontri con la cittadinanza
3. Fornire attivamente assistenza, prevenzione e sostegno a bambini nella prima infanzia in condizioni disagiate, soprattutto se inseriti in famiglie monoparentali e/o stranieri	Ricerca attiva del <i>target</i> Risorse <i>ad hoc</i> per alloggio, alimenti e inserimento precoce in comunità Servizi sostitutivi: asili nido, scuole materne, centri per le famiglie, ecc. con facilitazione di accesso Segnalazione tra servizi secondo protocolli concordati	Ricoveri ospedalieri nella prima infanzia, per classi sociali svantaggiate, scolarità della madre Quota di bambini meno abbienti inseriti in asili nido e scuole materne tendente al 100% Copertura PLS per la fascia 0-6 tendente al 100%
4. Favorire la riduzione del ricorso inappropriato al PS e all'ospedale	Elaborazione di protocolli integrati e linee guida Centri territoriali di pronto intervento con orari continuativi Formazione del personale Continuità assistenziale	Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero Codifica degli accessi al PS per fasce d'età Orari di apertura degli ambulatori per l'età evolutiva

Scheda 4. (continua)

Obiettivi	Azioni	Indicatori
5. Favorire l'instaurarsi di buone relazioni genitori-bambino Favorire l'individuazione precoce del rischio relazionale e sostenere le famiglie a rischio	Elaborazione di protocolli, linee guida tra UO (ospedali, PLS, PdC e NPJ) Sperimentazione di nuovi modelli diagnostici e terapeutici che facilitino la presa in carico precoce Servizi integrativi (Centri famiglie, asili nido, privato sociale, ...)	Protocolli di integrazione N. di bambini <5 anni segnalati ai servizi N. di bambini tra 5 e 10 anni segnalati ai servizi
6. Agevolare l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base, compresi i programmi di prevenzione e diagnosi precoce, a tutti i bambini, soprattutto se disagiati e/ o stranieri	Organizzazioni funzionali all'utente per orari e giorni settimanali Ricerca attiva del <i>target</i> Stretta collaborazione tra le pediatre per questi casi Bilanci di salute secondo programmi concordati Indagini <i>ad hoc</i> sulla carie	Copertura vaccinale per popolazioni svantaggiate Bilanci di salute in età appropriata tendenti al 100% dei bambini presenti (e non solo degli assistiti) N. di bambini con denti cariati o estratti per carie a 5 anni
7. Garantire l'assistenza ai bambini affetti da patologia cronica e/o invalidante, secondo un'organizzazione che consenta continuità di cura e una qualità di vita adeguata all'età	Integrazione tra PLS (MMCG) e specialisti Attivazione di percorsi assistenziali e protocolli clinici per le principali patologie croniche Istituzione di un registro per le patologie croniche Attivazione dell'ADI pediatrico ove è necessario Facilitazione dell'inserimento scolastico tutelato Avvio di indagini sulla qualità percepita	Registro dei bambini con patologie croniche Indicatori di qualità percepita N. di casi di bambini in assistenza integrata Casi di ADI pediatrico
8. Monitorare e descrivere lo stato di salute della popolazione 0-18, tenendo conto delle disuguaglianze e dei nuclei familiari di riferimento	Avvio a livello regionale di un flusso informativo, utilizzando i flussi già esistenti (es. SDO) e incrociando gli indicatori sanitari con gli indicatori sociali più predittivi Avvio di studi <i>ad hoc</i>	Disponibilità di dati descrittivi di fenomeni e comportamenti Gravidanze in minorenni
9. Favorire l'autonomia di spostamento dei bambini e degli adolescenti nelle città	Progettazione di percorsi urbani facilitati	Documentata progettazione locale
10. Prevenire e ridurre l'obesità	Campagna informativo-formativa per genitori e ragazzi, pediatri e medici di base Definizione di percorsi integrati per il trattamento dell'obesità	Studi <i>ad hoc</i> che consentano il monitoraggio di <i>trend</i> favorevoli per: - prevalenza dell'obesità per fasce d'età - prevalenza dell'obesità grave per fasce d'età

### **6.3. Obiettivi e azioni nel triennio**

Le precedenti considerazioni, poste all'attenzione di chi dovrà elaborare politiche per la salute, sono da interpretare come orientamento per tutti gli attori interessati.

Nella consapevolezza che le politiche per la salute dovranno prevedere l'interazione dei servizi socio-sanitari in modo integrato e negoziato con tutte le realtà già descritte (amministratori locali, scuola, capitale sociale, ecc.), l'Allegato B esplicita:

- gli obiettivi da perseguire nel medio termine, finalizzati alla promozione della salute in età pediatrica ed evolutiva; tali obiettivi, seppure indicati separatamente per necessaria chiarezza, devono ritenersi parte di una globale politica per la salute, a livello locale e regionale;
- le azioni suggerite per il perseguimento degli obiettivi, da adottare e adeguare nelle specifiche realtà locali. Pur non presumendo di esaurire la vasta gamma di possibili interventi, si è cercato di indicarne un consistente numero, che vale come suggerimento a seconda dei bisogni identificati e delle risorse umane, professionali, sociali, ecc. disponibili localmente;
- gli attori di volta in volta chiamati a partecipare in modo integrato e per competenza alla esplicitazione degli obiettivi locali e alla programmazione delle specifiche azioni. Si sono utilizzate diciture sintetiche degli impegni, ritenendoli già sufficientemente descritti nel testo ai singoli paragrafi di riferimento;
- gli indicatori ritenuti esemplificativi degli obiettivi e delle azioni proposti; tali indicatori possono essere considerati di rilievo regionale, non escludendo ovviamente l'identificazione di più specifici indicatori locali.



## 7. AZIONI REGIONALI DI SUPPORTO

Dagli obiettivi descritti si evince che la Regione dovrebbe avviare alcuni progetti di interesse generale che sottolineino sinteticamente ed emblematicamente l'attenzione alla promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza in modo credibile, non delegato alle singole iniziative locali. Si dovrebbe poi monitorare il perseguimento di progetti e percorsi assistenziali con carattere di appropriatezza, uniformità ed equità di accesso sull'intero territorio regionale.

Ciò non deve comunque esimere le realtà locali dall'avviare ulteriori progetti che, utilizzando eventualmente gli stessi percorsi qui indicati, favoriscano il miglioramento dell'assistenza in età pediatrica-adolescente anche per altre tipologie di bisogni (ad esempio malattie croniche, famiglie multiproblematiche, ecc.). In particolare il Gruppo propone alcune iniziative.

### *Prevenzione dell'obesità*

L'elevata incidenza di obesità nell'infanzia e nell'adolescenza è un indicatore di cattive abitudini alimentari e di stili di vita non corretti. Una campagna regionale contro l'obesità in età pediatrica, capace di comunicare i rischi attuali e a lungo termine per la salute dell'individuo, deve essere caratterizzata da interventi di informazione/comunicazione (scuola, famiglia, ecc.) e da specifiche azioni di responsabilizzazione informata, tesi a:

- fornire ai pediatri/medici di base e agli stessi genitori/nonni e ragazzi i parametri di valutazione e confronto;
- diffondere attraverso vari canali - dall'educazione alla salute nelle scuole alla comunicazione di massa - messaggi utili a rivedere il corretto stile alimentare e motorio;
- monitorare le risposte locali di carattere sociale, politico, sanitario di supporto, tese a favorire il cambiamento degli stili di vita in questo campo, già suggerite al paragrafo 5.3.1.

### ***Istituzione di task force per la definizione di indicatori di salute e promozione della salute***

È necessario organizzare i dati già esistenti sullo stato di salute dell'infanzia e dell'età evolutiva in flussi periodici e sintetici, in grado di offrire informazioni esaurienti sullo stato di perseguimento degli obiettivi. È inoltre indispensabile individuare e avviare flussi informativi sui diversi ambienti e determinanti dello stato di salute, come quelli presentati in questo documento, in modo da poter valutare l'efficacia degli interventi attuati nel campo della promozione della salute.

Tale intervento si rende necessario anche per poter confrontare l'esperienza dell'Emilia-Romagna con quelle di altre regioni italiane già impegnate su questo fronte, e con quanto si sta già elaborando a livello internazionale (ad esempio la *Task force* perinatale istituita dall'OMS fra i diversi paesi della regione europea).

Si propone quindi di avviare varie *task force* di esperti sulla promozione della salute in:

- percorso nascita e dell'età perinatale;
- età pediatrica con disagio ed esclusione sociale;
- malattia cronica.

### ***Esempio di percorsi di continuità assistenziale integrati: la sindrome di Down***

La continuità assistenziale va intesa sia in senso trasversale (collegamento funzionale fra le diverse strutture e professionalità sanitarie, sociali, scolastiche, urbanistiche, coinvolte nella gestione per specifiche fasce d'età) sia longitudinale (dal momento della diagnosi, prenatale o neonatale, alla vecchiaia). Gli interventi devono quindi essere volti a definire un modello tecnico-organizzativo che permetta alla famiglia di individuare un unico referente all'interno dei servizi socio-sanitari, il quale si fa carico di assicurare tutti gli interventi necessari, concordati con la famiglia stessa in base a specifici bisogni, e con i diversi professionisti competenti. La famiglia può inoltre conoscere e ricevere supporto dalle associazioni che già operano nel campo della tutela e del volontariato con questi soggetti.

Si devono anche garantire sia l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi, sia l'equità e l'uniformità di accesso, attraverso la costruzione di un modello sperimentale di riferimento.

L'individuazione di un modello organizzativo uniforme e la particolare attenzione rivolta al percorso di assistenza alla sindrome di Down deve favorire un monitoraggio a livello aziendale (sovra-distrettuale) e regionale della sua implementazione, fino alla validazione del modello stesso.

Questa organizzazione e tipologia di intervento infatti, pur essendo orientata all'assistenza per la sindrome di Down (una delle patologie cromosomiche più frequenti, già diagnosticabile fin dall'epoca pre-natale, con caratteristiche di bisogno e di assistenza socio-sanitaria emblematicamente integrate), deve essere fattibile e riproducibile per qualunque altra patologia con i caratteri di cronicità, assistenza a lungo termine, non autosufficienza, ecc.

Si allega la proposta sintetica delle linee generali del progetto (*Allegato H*).

### ***Identificazione precoce delle situazioni a rischio relazionale***

Si suggerisce di avviare una riflessione a livello regionale sui possibili interventi di prevenzione e promozione della salute relativamente alle situazioni familiari e sociali, che favorisca l'elaborazione di un documento di riferimento regionale (linee guida) con particolare riguardo ai seguenti temi:

- integrazione socio-sanitaria con gli altri attori istituzionali;
- valorizzazione dei pediatri di base e di comunità nella rilevazione e prima cura del bisogno;
- istituzione di un sistema informativo adeguato che permetta una reale conoscenza del problema e delle diverse soluzioni adottate per offrire una risposta appropriata.

### ***Istituzione di un centro di documentazione sulla promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza***

Previa ricognizione dell'esistente, è necessario individuare una struttura regionale nella quale sia possibile reperire la documentazione nazionale e internazionale sui temi correlati alla promozione della salute nell'infanzia e nell'adolescenza.

Non deve necessariamente trattarsi di una nuova struttura unica; la moderna tecnologia può invece favorire l'istituzione di un centro virtuale che metta in rete e renda disponibili i dati (anche attivamente, mediante *report* informativi periodici) per tutti coloro che devono elaborare politiche per la promozione della salute.

Per quanto già esiste, ci si riferisce ad esempio:

- sul tema della documentazione e promozione della famiglia, il Centro G.P. Dore a Bologna da decenni raccoglie tutta la documentazione editoriale sul tema della famiglia, anche in termini di esperienze formative-informative, di scuole per genitori, ecc.;
- il Centro IMER a Ferrara da molti anni raccoglie e organizza i dati sulle malformazioni neonatali;

- il CDS - Centro di documentazione per la salute, a Bologna, dispone della documentazione dei progetti di educazione alla salute realizzati dai Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie regionali;
- l'Azienda USL di Reggio Emilia coordina i progetti di promozione della salute negli ospedali dell'Emilia-Romagna, e potrebbe farsi carico di documentare tutto il materiale relativo a questo aspetto;
- la Biblioteca dell'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna (o altra struttura regionale) potrebbe documentare tutte le iniziative OMS e internazionali sul tema (Gran Bretagna, Catalogna, Canada, ecc.);
- alcune ONG (o l'Ufficio politiche internazionali della Regione) potrebbero fornire dati sulle attività di cooperazione socio-sanitaria in questo campo curate dal Ministero per gli affari esteri, favorendo collegamenti con il Ministero alla sanità, ecc., e facilitando eventuali scambi e iniziative tra realtà locali e situazioni di bisogno in altri paesi in via di sviluppo;
- le iniziative condotte nelle scuole, non solo sul tema dell'educazione alla salute per promuovere stili di vita corretti (fumo, attività motoria, ecc.) ma anche per educare i ragazzi a comportamenti idonei (per esempio, progetti anti-bullismo), andrebbero maggiormente diffuse e portate a conoscenza degli addetti ai lavori per mettere in rete e implementare nuove esperienze.

Sarebbe infine necessaria una ricognizione di tutte le associazioni, istituzioni e organizzazioni che in ambito regionale, nazionale e internazionale si occupano a vario titolo della famiglia, dell'infanzia/adolescenza e dei temi assimilabili (tutela, salute, volontariato, ecc.).

### *Approfondimenti*

Si suggerisce l'istituzione di gruppi di approfondimento sulle seguenti tematiche che il Gruppo non ha potuto affrontare in maniera soddisfacente.

- Valutazione globale e integrata dei problemi dell'adolescenza: dal confronto fra le diverse esperienze in atto a livello locale e sulla base degli attuali orientamenti, si devono definire indirizzi per una gestione multidisciplinare delle politiche per la promozione della salute nell'adolescenza. In questo ambito si dovranno affrontare temi di particolare gravità (suicidio, violenza, ecc.), recependo quanto è trasversalmente contenuto nel presente documento.
- Indirizzi condivisi sugli interventi possibili e appropriati per valorizzare la relazione di attaccamento.

- *Screening* neonatali, con particolare riferimento al recente DPCM del luglio 1999, anche riguardo alla appropriatezza e/o sperimentabilità delle diverse metodiche oggi adottate per la fibrosi cistica.
- Prevenzione della SIDS e monitoraggio domiciliare: è necessario conoscere in modo completo la realtà regionale e mettere in rete le diverse esperienze oggi esistenti, dando indirizzi di uniformità regionale.
- La Regione è inoltre coinvolta nella verifica di coerenza della rete integrata ospedale-territorio con le logiche *hub & spoke* per le discipline che maggiormente richiedono la definizione di percorsi assistenziali: ad esempio, diabete mellito, malattie onco-ematologiche, principali sindromi dismorfiche e malformative, ecc.

### ***Premi e iniziative***

La conoscenza di una così vasta realtà potrebbe accompagnarsi a iniziative di sostegno economico o premi per i progetti ritenuti più innovativi o in linea con la promozione della salute nei diversi ambiti qui descritti (famiglia, città, ambiente, ecc.). Queste iniziative potrebbero essere promosse a livello locale e/o regionale.



## 8. NECESSITÀ DI FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA

In tutto il documento viene più volte ribadita l'importanza della formazione per il personale delle diverse realtà coinvolte (distretto, prevenzione, ospedale, scuola, progettisti, ecc.), al fine di condividere le linee del cambiamento. Si ricordano qui alcuni aspetti prioritari.

- Pediatria di comunità (medici, ASV, IP, ecc.): è certamente il settore che deve maggiormente riorientare le proprie competenze verso un ruolo di sanità pubblica con compiti di programmazione, coordinamento e integrazione delle molteplici professionalità e risorse disponibili.
- Ostetricia (medici, ostetriche): in questo ambito il reciproco rispetto delle professionalità è fondamentale per garantire il ritorno a un parto fisiologico umanizzato e demedicalizzato, secondo le indicazioni della moderna letteratura.
- Servizi sociali: la gestione dei casi in modo integrato, multisettoriale e con il prioritario coinvolgimento del curante dovrà favorire la globale visione orientata a considerare la famiglia nella sua problematicità, di cui il singolo assistito è parte.
- Scuola: deve essere rafforzata la visione positiva di autonomia responsabilizzata, sia per il singolo operatore impegnato su questo difficile fronte sia per l'istituzione nel suo complesso, in modo da definire meglio il ruolo e le modalità di richiesta/offerta delle competenze e professionalità presenti nel sistema socio-sanitario.
- Capitale sociale: da più parti si auspica che alla spontanea offerta di solidarietà e di partecipazione da parte delle numerose organizzazioni e associazioni di tutela e volontariato, segua un positivo approccio delle istituzioni pubbliche, anche con il coinvolgimento di queste persone in attività di formazione e professionalizzanti finalizzate al miglioramento dell'offerta di prestazioni di qualità al cittadino.
- Il sistema integrato: l'individuazione di specifiche modalità di raccordo, di identificazione di specifici referenti all'interno dei servizi socio-sanitari, della loro reale responsabilizzazione, ecc., dovrà favorire la positiva costruzione e diffusione della cultura del lavoro in *team* e per obiettivi.
- La formazione universitaria: la formazione pre- e post-laurea delle diverse figure professionali coinvolte nella promozione della salute deve permettere sempre più di acquisire una cultura di visione globale dell'intervento, di capacità di lavorare in rete e con pari dignità, di responsabilità anche per quanto attiene la corretta informazione e comunicazione del rischio.



## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978.
- Ammaniti M. et al., *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Balsamo A., Cacciari E., Piazzini S., Cassio A., Bozza D., Pirazzoli P., Zappulla F., "Congenital adrenal hyperplasia: neonatal mass screening compared with clinical diagnosis only in the Emilia-Romagna region of Italy, 1980-1995", *Pediatrics*, 98: 362-367, 1996.
- Barbagli M., *Famiglie e politiche sociali*, Comune di Bologna, 1998.
- Barker D.J.P., *Mothers, babies, and disease in later life*, BMJ Publishing Group, Londra, 1994.
- Barker D.J.P., "Fetal origins of coronary heart disease", *BMJ*, 311: 171-174, 1995.
- Barlow S.E., Dietz W.H., "Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations", *Pediatrics*, 102 (3), 1998.
- Biasini G., "Una guida alle città sostenibili dei bambini e delle bambine", *Quaderni ACP*, 6 (4): 33-34, 1999.
- Bowlby J., *Attachment and loss*, Basic Books, New York, 1968. [Trad. it. *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino, 1972].
- Bray G.A., "Obesity: a time bomb to be defused", *The Lancet*, 352 (9123): 160, 1998.
- Bray G.A., "Overweight is risking fate", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84: 10-12, 1999.
- Brazelton T.B., "Le bébé partenaire dans l'interaction". In *La dynamique du nourrisson*, Ed. ESF, Paris, 1982.
- Cadum E., Costa G., Biggeri A., Martuzzi M., "Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica", *Epidemiologia e prevenzione*, 23: 175-187, 1999.
- Cirillo G., "Il capitale sociale e la salute", *Quaderni ACP*, 6 (3): 54, 1999.
- Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione, *La povertà in Italia, 1995*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 1996.
- Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione, *La povertà in Italia, 1997*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 1998.
- Costa G., Cardano M., Demaria M., *Storie di salute in una grande città*, Città di Torino, Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico torinese/2, 1998.

- Costa G., Perucci C., Dirindin N., "Le disuguaglianze nella salute e il Piano sanitario", *Epidemiologia e prevenzione*, 23: 133-140, 1999.
- Cramer B., Palacio Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bebè*, PUF, Paris, 1993. [Trad. it. *Le psicoterapie madre-bambino. Metodologie e studi clinici*, Masson, Milano, 1995].
- Faldella G., Marchiani E., Di Comite A., Poloni M., Zappulla F., Salvioli G.P., "Pratiche alimentari neonatali nei reparti di ostetricia in Emilia-Romagna", *Rivista italiana di pediatria*, 24 (3): 427-431, 1998.
- Forsen T. et al., "Growth in utero and during childhood among women who develop coronary heart disease: longitudinal study", *British Medical Journal*, 319: 1403-1407, 1999.
- Fraiberg S.H., *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*, Basic Books, New York, 1980.
- Gentili C., Martelli M., Benini L., Caruso P., Loperfido E., Knauer D., "La relazione madre-bambino nei primi tre anni di vita. Proposta per una metodologia di intervento nei casi di disturbo precoce", *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 63 (3-4): 379-396, 1996.
- Gunnell D.J., Frankel S.J., Nanchahal K., Peters T.J., Davey Smith G., "Childhood obesity and adult cardiovascular mortality: a 57-y follow-up study based on the Boyd Orr cohort", *The American Journal of Clinical Nutrition*, 67: 1111-1118, 1997
- ISTAT, *La povertà in Italia nel 1998*, note rapide anno 4 n. 9, 1999.
- Kawachi I., Kennedy B.P. et al., "Social capital, income inequality and mortality", *The American Journal of Public Health*, 87 (9): 1491-1498, 1997.
- Maaluf A., *L'identità*, Bompiani, Milano, 1999.
- Main M. e Goldwyn R., "Adult attachment rating and classification systems". In Main M. (a cura di), *A typology of human attachment organization assessed in discourse, drawings and interviews*, Cambridge University Press, New York, 1990.
- Main M., Kaplan K., Cassidy J., "Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation". In Bretherton I. e Waters E. (a cura di), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 50, 1985. [Trad. it. "La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale". In Riva Prugnola C., *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano, 1993].
- Manzano J. et al., *Scenarios narcissiques de la parentalité. Clinique de la consultation thérapeutique*, PUF, Coll. Fil Rouge, Paris, 1999.
- Pi-Sunyer F.-X., Laferrère B., "Metabolic abnormalities and the role of leptin in human obesity", *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84: 3-7, 1999.
- Quadrino S., "I genitori si separano ... e il pediatra che dice?", *Quaderni ACP*, 6 (4): 52-53, 1999.

- Robinson T.N., "Does television cause childhood obesity", *JAMA*, 279 (12): 959-960, 1998.
- Rosenbaum M., Leibel R.L., "The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children", *Pediatrics*, 101: 525-539, 1998.
- Sameroff J., Emde R.N., *Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach*, Basic Books, New York, 1989. [Trad. it. *I disturbi della relazione della prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991].
- Siani P., "La povertà in Italia", *Quaderni ACP*, 6 (4): 26-32, 1999.
- SISTAN, *Programma statistico nazionale (triennio 1999-2001)*, ISTAT, Roma, 1998.
- Stern D., *The motherhood constellation*, Basic Books, New York, 1995. [Trad. it. *La costellazione materna*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995].
- Tamburlini G., Ronfani L., Buzzetti R., "Development of a child health indicator system in Italy", *Satellite meeting on child and adolescent health indicator system*, Bologna, gennaio 2000.
- Tarlov A.R., "Social determinants of health. The sociobiological translation". In Blane D., Brunner E., Wilkinson R., *Health and social organization: Towards a health policy for the 21st century*, Routledge, London, pp. 71-93, 1996.
- Thilen A., Nordenstrom A., Hagenfeldt L., von Dobeln U., Guthenberg C., Larsson A., "Benefits of neonatal screening for congenital adrenal hyperplasia (21-hydroxylase deficiency) in Sweden", *Pediatrics*, 101 (4): E 11, 1998.
- Tronick E.Z., Cohn J.F., "Infant-mother face to face interaction. Age and gender differences in the coordination and occurrence of miscoordination", *Child Development*, 60: 85-92, 1989.
- Vanhala M., Vanhala P., Kumpusalo E., Halonen P., Takala J., "Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study", *BMJ*, 317: 319-320, 1998.
- Wadsworth M., "Family and education as determinants of health". In Blane D., Brunner E., Wilkinson R., *Health and social organization: Towards a health policy for the 21st century*, Routledge, London, pp. 152-170, 1996.
- Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K.D., Dietz W.H., "Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity", *The New England Journal of Medicine*, 337 (13): 869, 1997.
- World Health Organization, Regional Office for Europe, "Health 21 - Health for All in the 21th century", *European Health for All*, Series n. 6, WHO, Copenaghen, 1999.
- Zeanah C.H., *Handbook of infant mental health*, Guilford Press, New York, 1993. [Trad. it. Fava Viziello G. (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*, Masson, Milano, 1996].



## ALLEGATI



## ALLEGATO A. ANALISI DELL'ESISTENTE: DATI DI RIFERIMENTO

Tabella 6. Le nascite. Valori assoluti

AZIENDA USL DI RESIDENZA	ANNI							
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
PIACENZA	1.920	1.858	1.919	1.846	1.785	1.830	1.875	1.911
PARMA	2.794	2.651	2.714	2.576	2.562	2.709	2.776	2.963
REGGIO EMILIA	3.254	3.257	3.377	3.438	3.440	3.381	3.694	3.788
MODENA	4.892	4.826	4.807	4.782	4.642	4.799	5.005	5.158
BOLOGNA SUD	1.568	1.589	1.705	1.640	1.682	1.693	1.761	1.865
IMOLA	744	769	710	796	828	837	819	899
BOLOGNA NORD	1.250	1.186	1.279	1.335	1.411	1.372	1.441	1.577
BOLOGNA CITTA'	2.382	2.317	2.358	2.279	2.193	2.355	2.503	2.583
FERRARA	2.120	2.154	2.135	2.043	2.014	1.962	1.999	2.064
RAVENNA	2.256	2.264	2.297	2.229	2.255	2.294	2.390	2.449
FORLI'	1.173	1.217	1.129	1.100	1.097	1.092	1.203	1.184
CESENA	1.386	1.398	1.375	1.339	1.417	1.383	1.479	1.431
RIMINI	2.260	2.260	2.226	2.166	2.122	2.121	2.231	2.267
REGIONE	27.999	27.746	28.031	27.569	27.448	27.828	29.176	30.139

Fonte: Movimento della popolazione ISTAT  
Elaborazione Progetto IDEA - ASR

Figura 1. Le nascite. Nati: numeri indice a base fissa 1990 - Trend 1990-1997

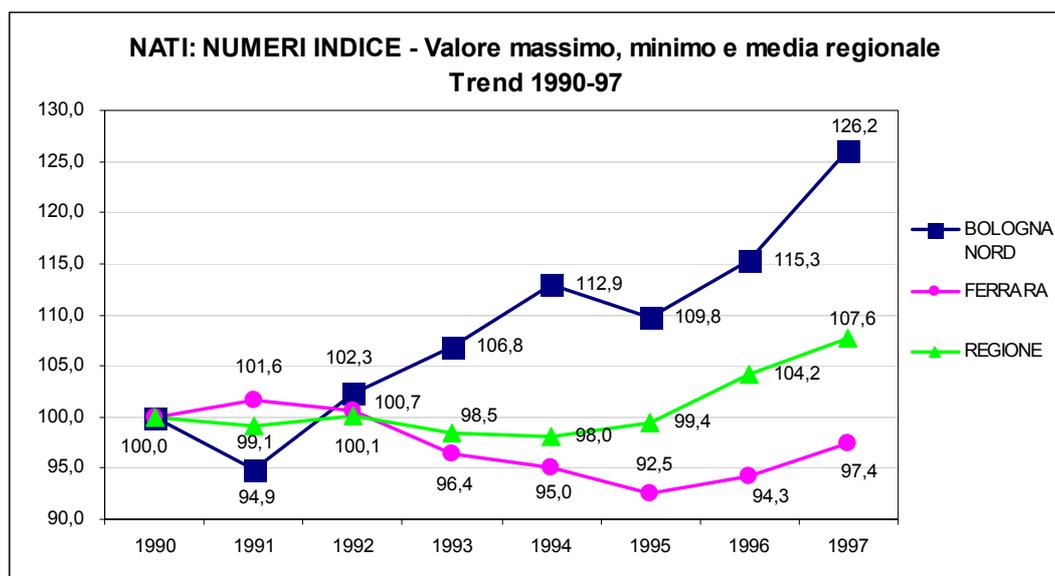


Tabella 7. Tasso di fecondità

Si calcola rapportando i nati vivi alle donne in età feconda (per convenzione le donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni), per 1.000.

AZIENDA USL	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
PIACENZA	31,28	30,37	31,60	30,53	29,64	30,50	31,56	32,53
PARMA	30,90	29,39	30,24	28,68	28,58	30,18	30,99	33,20
REGGIO EMILIA	32,50	32,29	33,32	33,73	33,58	32,88	35,68	36,44
MODENA	32,69	32,27	32,14	32,01	31,18	32,20	33,68	34,87
BOLOGNA SUD	27,83	27,99	30,07	28,87	29,70	29,77	31,19	33,32
IMOLA	31,09	31,79	29,20	32,45	33,63	33,85	33,41	36,85
BOLOGNA NORD	29,48	27,72	29,47	30,35	31,69	30,17	32,12	35,24
BOLOGNA CITTA'	25,03	24,94	26,00	25,75	25,22	27,45	29,63	30,97
FERRARA	24,48	25,12	24,91	24,05	24,22	23,87	24,32	25,56
RAVENNA	27,00	27,19	27,66	26,92	27,23	27,96	29,47	30,49
FORLI'	28,54	29,65	27,57	26,95	27,26	26,95	30,08	29,91
CESENA	31,10	31,62	30,73	29,88	31,63	30,83	32,95	32,33
RIMINI	34,00	34,20	33,27	32,42	31,83	31,79	33,58	34,24
<b>REGIONE</b>	<b>29,73</b>	<b>29,56</b>	<b>29,89</b>	<b>29,47</b>	<b>29,44</b>	<b>29,87</b>	<b>31,51</b>	<b>32,78</b>

Fonte: Movimento della popolazione ISTAT  
Elaborazione Progetto IDEA - ASR

Tabella 8. Tasso di natalità

Descrive l'impatto delle nascite sulla popolazione complessiva ed è calcolato come numero di nati vivi sulla popolazione residente (per 1.000).

AZIENDA USL	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
PIACENZA	7,12	6,95	7,16	6,88	6,67	6,87	7,04	7,19
PARMA	7,07	6,78	6,92	6,57	6,54	6,91	7,05	7,52
REGGIO EMILIA	7,74	7,75	7,98	8,08	8,05	7,87	8,50	8,64
MODENA	8,10	7,98	7,92	7,85	7,64	7,87	8,16	8,36
BOLOGNA SUD	6,99	7,04	7,48	7,15	7,29	7,29	7,52	7,92
IMOLA	7,48	7,70	7,05	7,83	8,09	8,14	7,92	8,65
BOLOGNA NORD	7,12	6,71	7,14	7,38	7,72	7,44	7,75	8,42
BOLOGNA CITTA'	5,78	5,74	5,88	5,77	5,62	6,09	6,50	6,73
FERRARA	5,81	5,98	5,95	5,69	5,64	5,52	5,65	5,87
RAVENNA	6,41	6,46	6,56	6,36	6,44	6,55	6,83	7,00
FORLI'	6,82	7,08	6,58	6,42	6,41	6,40	7,04	6,94
CESENA	7,80	7,92	7,72	7,49	7,91	7,71	8,20	7,91
RIMINI	8,64	8,74	8,50	8,22	8,04	8,00	8,38	8,46
<b>REGIONE</b>	<b>7,13</b>	<b>7,10</b>	<b>7,15</b>	<b>7,03</b>	<b>7,00</b>	<b>7,09</b>	<b>7,41</b>	<b>7,64</b>

Fonte: Movimento della popolazione ISTAT  
Elaborazione Progetto IDEA - ASR

Tabella 9. *Mortalità proporzionale per causa e classi d'età nei maschi. Anno 1997*

La mortalità proporzionale si ottiene rapportando il numero di morti per una determinata causa al totale delle morti che si sono verificate in un dato periodo.

GRANDI GRUPPI ICD IX	0		1-4		5-14		15-29		30-44		45-64		65-74		>=75		TOTALE		
	N. morti	%																	
	CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		CLASSI DI ETÀ'		
Malattie infettive e parassitarie									6	0,9	11	0,3	27	0,5	59	0,5	103	0,4	
Tumori	1	1,3	4	25,0	9	31,0	22	5,9	111	15,9	1.670	48,0	2.772	47,5	3.461	27,1	8.050	34,6	
Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari					2	6,9	10	2,7	132	19,0	87	2,5	108	1,8	273	2,1	612	2,6	
Malattie del sangue e degli organi emopoietici							2	0,5	2	0,3	8	0,2	13	0,2	53	0,4	78	0,3	
Disturbi psichici							48	12,8	54	7,8	27	0,8	45	0,8	337	2,6	511	2,2	
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3	4,0	1	6,3	1	3,4	2	0,5	10	1,4	47	1,4	105	1,8	267	2,1	436	1,9	
Malattie del sistema circolatorio	3	4,0	1	6,3	1	3,4	16	4,3	97	13,9	1.009	29,0	1.944	33,3	5.804	45,5	8.875	38,2	
Malattie dell'apparato respiratorio	3	4,0	3	18,8	1	3,4	9	2,4	11	1,6	84	2,4	275	4,7	1.188	9,3	1.574	6,8	
Malattie dell'apparato digerente	1	1,3					4	1,1	42	6,0	187	5,4	214	3,7	455	3,6	903	3,9	
Malattie dell'apparato genitourinario									1	0,1	14	0,4	59	1,0	212	1,7	286	1,2	
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo												2	0,0	7	0,1	9	0,0		
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo											5	0,1	16	0,3	15	0,1	36	0,2	
Malformazioni congenite	14	18,7	4	25,0	6	20,7	7	1,9	5	0,7	7	0,2	2	0,0	9	0,1	54	0,2	
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	44	58,7							1	0,1							45	0,2	
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4	5,3					9	2,4	8	1,1	18	0,5	30	0,5	177	1,4	246	1,1	
Traumatismi e avvelenamenti	1	1,3	3	18,8	9	31,0	245	65,3	213	30,6	288	8,3	218	3,7	419	3,3	1.396	6,0	
Non definiti	1	1,3					1	0,3	3	0,4	17	0,5	8	0,1	19	0,1	49	0,2	
<b>TOTALE</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>375</b>	<b>100</b>	<b>696</b>	<b>100</b>	<b>3.479</b>	<b>100</b>	<b>5.838</b>	<b>100</b>	<b>12.755</b>	<b>100</b>	<b>23.263</b>	<b>100</b>	

Fonte: Elaborazione Progetto IDEA - Banca dati Mortalità Regionale

Tabella 10. Mortalità proporzionale per causa e classi d'età nelle femmine. Anno 1997

GRANDI GRUPPI ICD IX	CLASSI DI ETÀ <sup>1</sup>																	
	0		1-4		5-14		15-29		30-44		45-64		65-74		>=75		TOTALE	
	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%	N. morti	%
Malattie infettive e parassitarie			2	20,0			1	0,8	2	0,6	10	0,5	27	0,8	67	0,4	109	0,5
Tumori	1	1,5	2	20,0	3	17,6	14	10,7	132	42,7	1.140	61,9	1.486	45,3	3.155	18,5	5.913	26,1
Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari					3	17,6	14	10,7	41	13,3	46	2,5	89	2,7	514	3,0	707	3,1
Malattie del sangue e degli organi emopoietici							1	0,8	1	0,3	4	0,2	11	0,3	81	0,5	98	0,4
Disturbi psichici							7	5,3	4	1,3	5	0,3	41	1,3	650	3,8	707	3,1
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	1	1,5	2	20,0	2	11,8	4	3,1	9	2,9	41	2,2	83	2,6	431	2,5	573	2,5
Malattie del sistema circolatorio	1	1,5	1	10,0	1	5,9	7	5,3	32	10,4	337	18,3	1.041	32,1	9.283	54,6	10.703	47,3
Malattie dell'apparato respiratorio					1	5,9	4	3,1	8	2,6	39	2,1	136	4,2	1.025	6,0	1.213	5,4
Malattie dell'apparato digerente									11	3,6	80	4,3	153	4,7	660	3,9	904	4,0
Malattie dell'apparato genitourinario											16	0,9	32	1,0	234	1,4	282	1,2
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio							1	0,8									1	0,0
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo										1	0,1		1	0,0	32	0,2	34	0,2
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo							2	1,5	1	0,3	13	0,7	31	1,0	76	0,4	123	0,5
Malformazioni congenite	13	20,0	1	10,0	1	5,9	2	1,5	3	1,0	7	0,4	2	0,1	8	0,0	37	0,2
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	42	64,6	1	10,0													43	0,2
Sintomi, segni e stati morbosi mai definiti	6	9,2					3	2,3	1	0,3	7	0,4	22	0,7	361	2,1	400	1,8
Traumatismi e avvelenamenti	1	1,5	1	10,0	6	35,3	71	54,2	58	18,8	94	5,1	99	3,1	420	2,5	750	3,3
Non definiti									6	1,9	2	0,1	5	0,2	20	0,1	33	0,1
<b>TOTALE</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>309</b>	<b>100</b>	<b>1.842</b>	<b>100</b>	<b>3.239</b>	<b>100</b>	<b>17.017</b>	<b>100</b>	<b>22.630</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborazione Progetto IDEA - Banca dati Mortalità Regionale

Tabella 11. Le principali cause di ricovero dei pazienti di età 0-17 anni nel 1998

DRG		Anni						Totale	%	% cum.
		0	1-4	5-9	10-14	15-17				
184 M	Esofag., gastroen., miscel. malattie app. diger., età <18	983	2.121	1.094	726	318	5.242	8,694	8,694	
060 C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età <18	1	1.592	1.742	388	213	3.936	6,528	15,221	
070 M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	682	1.344	465	197	69	2.757	4,572	19,794	
026	Medicina generale	182	1.078	406	384	178	2.228	3,695	23,489	
167 C	Appendicectomia con diagnosi princ. no complicata no CC	1	40	645	912	490	2.088	3,463	26,952	
249 M	Ass. riabilitativa per mal. sist. muscolo-scheletrico e tess. conn.	630	283	370	467	272	2.022	3,353	30,305	
098 M	Bronchite e asma, età <18	754	687	219	96	56	1.812	3,005	33,310	
091 M	Polmonite semplice e pleurite, età <18	181	907	401	151	62	1.702	2,823	36,133	
389	Neonato a termine con affezioni maggiori	1.604	-	-	-	-	1.604	2,660	38,793	
030	Neurochirurgia	327	485	220	218	227	1.477	2,450	41,243	
422 M	Malattie di origine virale e febbre di orig. sconosc., età <18	342	519	217	160	91	1.329	2,204	43,447	
301 M	Malattie endocrine no CC	17	62	308	534	160	1.081	1,793	45,239	
340 C	Interventi sul testicolo, non per neoplasie maligne, età <18	33	369	219	274	156	1.051	1,743	46,982	
390	Neonato con altre affezioni significative	867	3	-	-	-	871	1,445	48,427	
163 C	Interventi per ernia, età <18	180	353	221	42	32	828	1,373	49,800	

Fonte: SDO - Agenzia sanitaria regionale, Regione Emilia-Romagna.

Tabella 12. Copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie e copertura vaccinale antimorbillosa al 24° mese

AZIENDA USL DI RESIDENZA	Numero bimbi	Vaccinazioni obbligatorie 24° mese	Vaccinazioni morbillo 24° mese	Copertura vaccinale vacc. obbligatorie 24° mese	Copertura vaccinale antimorbillosa 24° mese
PIACENZA	1.909	1.896	1.683	99,32	88,16
PARMA	2.883	2.848	2.380	98,79	82,55
REGGIO EMILIA	3.866	3.799	3.471	98,27	89,78
MODENA	5.164	5.087	4.742	98,51	91,83
BOLOGNA SUD	1.852	1.821	1.648	98,32	88,98
IMOLA	831	825	788	99,28	94,83
BOLOGNA NORD	1.541	1.530	1.421	99,29	92,21
BOLOGNA CITTA'	2.533	2.397	2.010	94,63	79,35
FERRARA	2.051	2.030	1.958	98,98	95,47
RAVENNA	2.491	2.473	2.348	99,28	94,26
FORLI'	1.198	1.193	939	99,58	78,38
CESENA	1.492	1.471	1.377	98,59	92,29
RIMINI	2.331	2.292	1.793	98,33	76,92
REGIONE	29.600	29.125	26.079	98,40	88,10

Fonte: Servizio Prevenzione Collettiva  
Assessorato alla Sanità

Tabella 13. Prevalenza dell'allattamento materno alla nascita, esclusivo misto (T), esclusivo (E) e misto (M) e dell'allattamento artificiale (LA) in Emilia-Romagna dal 1990 al 1996

ANNO	Totale nati (n.)	T	Latte materno (%) E	M	LA (%)
1990	27.802	84,0	59,2	24,8	16,0
1991	26.788	84,4	59,6	24,8	15,6
1992	28.489	85,1	57,6	27,5	14,9
1993	27.100	85,4	58,5	26,9	14,6
1994	27.494	86,7	60,9	25,8	13,3
1995	27.812	87,3	62,6	24,7	12,7
1996	28.942	88,4	62,9	25,5	11,6

Tabella 14. Prevalenza dell'allattamento materno alla nascita, esclusivo + misto (LM), materno esclusivo (LMe) e artificiale (LA) nelle province dell'Emilia-Romagna negli anni 1990 e 1996

Provincia	Totale nati (n.)		LM (%)		LMe (%)		LA (%)	
	1990	1996	1990	1996	1990	1996	1990	1996
BO	5.958	6.307	88,9	90,2	71,6	79,0	11,1	9,8
FE	2.253	2.241	79,6	84,9	51,4	34,6	20,4	15,1
FO	4.964	5.054	93,2	93,0	68,9	82,2	6,8	7,0
MO	4.399	4.415	79,8	85,7	60,0	66,0	20,2	14,3
PR	2.715	2.668	81,5	90,0	55,1	60,8	18,5	10,0
PC	1.898	1.581	84,5	83,4	58,3	53,7	15,5	16,6
RA	2.234	2.617	74,9	89,0	57,7	59,4	25,1	11,0
RE	3.381	4.059	79,5	85,3	33,8	33,4	20,5	14,7
Totale	27.802	28.942	84,0	88,4	59,2	62,9	16,0	11,6

Tabella 15. I dieci accorgimenti per allattare con successo al seno.  
Dichiarazione congiunta OMS - UNICEF, 1989

Tutti i reparti di maternità e di neonatologia devono:

1. tenere una linea di condotta scritta per l'allattamento al seno, nota a tutti gli operatori sanitari;
2. fornire a tutti gli operatori sanitari le competenze necessarie per seguire questa linea di condotta;
3. informare tutte le donne gravide sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno;
4. aiutare le madri a iniziare ad allattare al seno entro la prima mezz'ora dopo il parto;
5. mostrare alle madri come si allatta e come si mantiene la produzione di latte qualora dovessero essere separate dai loro figli;
6. non dare ai neonati alcun alimento o liquido al di fuori del latte materno se non prescritto dal medico;
7. praticare il *rooming-in* permettendo a madri e neonati di stare insieme nella stessa stanza 24 ore la giorno;
8. incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta da parte del bambino;
9. non dare nessuna tettarella artificiale o ciuccio ai bambini allattati al seno;
10. incoraggiare la formazione di gruppi di sostegno dell'allattamento al seno ai quali indirizzare le madri al momento della dimissione.

Tabella 16. Prevalenza dell'allattamento materno esclusivo + misto (LM), materno esclusivo (LMe) e artificiale (LA) in Emilia-Romagna nella prima settimana di vita, in rapporto al numero di nascite nei reparti di maternità

N. nati/anno	Totale nati (n.)		LM (%)		LMe (%)		LA (%)		P
	1990	1996	1990	1996	1990	1996	1990	1996	
< 500	9.422	8.610	86,4	86,4	64,0	63,7	13,6	13,6	.808
500-1.000	6.226	6.635	75,5	89,5	49,4	57,0	24,3	10,5	< .000
> 1.000	12.154	13.697	86,5	89,1	60,5	65,2	13,5	10,9	< .000

Fonte: Faldella et al., 1998.

Tabella 17. Nati in Emilia-Romagna con malformazioni congenite

	1978-1995	/1.000 *	Eurocat	1995 **	/1.000 *
Totale malformazioni congenite RER	7.162	1,9	n.d.		
Cardiopatie	1.775	4,80	4,80	162	6,15
Malformazioni organi genitali	857	2,32	n.d.	68	2,58
Anomalie apparato urinario	730	1,97	n.d.	73	2,77
Ipospadi	715	1,93	n.d.	55	2,09
Anomalie cromosomiche	637	1,85	1,71	40	1,52
di cui → trisomia 21	452	1,32	1,23	27	1,02
Malformazioni apparato digerente	512	1,38	1,32	37	1,40
Sistema nervoso centrale	479	1,30	2,0	18	0,68
Malformazioni multiple	424	1,15	n.d.	17	0,64
Idronefrosi	360	0,97	n.d.	46	1,75
Polidattilia	315	0,85	0,78	24	0,91
Labiopalatoschisi	252	0,68	0,83	9	0,34
Malformazioni orecchio	243	0,66	0,61	15	0,57
Palatoschisi	221	0,60	0,59	19	0,72
Difetti in riduzione degli arti	195	0,53	0,56	12	0,46
Difetti tubo neurale	183	0,49	1,1	5	0,19
Idrocefalo	150	0,41	0,39	3	0,11
Stenosi/atresie esofagee	143	0,42	0,29	10	0,38
Malformazioni oculari	137	0,37	0,58	12	0,46
Stenosi/atresie duodeno-ileo-digiuno	118	0,32	0,23	11	0,42
Stenosi/atresie ano-rettali	112	0,33	0,35	6	0,23
Onfalocele	68	0,18	0,20	1	0,04
Osteocondrodiplosie	68	0,18	n.d.	1	0,04
Microcefalia	66	0,18	n.d.	0	0,00
Gastroschisi	32	0,09	0,08	1	0,04

\* prevalenza alla nascita, su 369.783 nati totali

\*\* su 26.359 nati totali

Fonte: Indagine sulle malformazioni congenite in Emilia-Romagna, "1978-1995: 18 anni di sorveglianza delle malformazioni congenite".

Tabella 18. Attività della pediatria di comunità in Emilia-Romagna al 31/12/1999

<b>Dati demografici e di assistenza di base</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>Variaz. %</b>
<i>Popolazione target (0-17 anni)</i>	531.920	539.204	1,4
di cui 0-5 anni	177.867	182.966	2,9
di cui 6-17 anni	354.053	356.238	0,6
<i>Copertura pediatri di libera scelta 0-13 anni (%)</i>	81,6	82,7	1,3
di cui copertura 0-5 anni (%)	95,6	96,5	0,9
di cui copertura 6-13 anni (%)	71,0	72,1	1,5
<i>Tasso di natalità (nati vivi per 1.000 abitanti)</i>	7,7	8,0	3,9
<i>Tasso di mortalità nel 1° anno di vita (per 1.000 nati vivi)</i>	5,0	n.e.	-
<b>Dati di struttura</b>			
<i>Numero sedi/popolazione target x 10.000</i>	4,7	4,6	-2,1
<i>Numero sedi</i>	251	247	-1,6
di cui con giorni di apertura settimanale < 1	54	50	-7,4
di cui con giorni di apertura settimanale 1-2	121	122	0,8
di cui con giorni di apertura settimanale 3-4	31	24	-22,6
di cui con giorni di apertura settimanale 5 e oltre	45	51	13,3
<i>Unità mediche equivalenti/popolazione target x 10.000</i>	2,5	2,4	-4,0
<i>Unità infermieristiche equivalenti/popolazione target x 10.000</i>	4,8	4,7	-2,1
<i>Ore attività medici/popolazione target x 1.000</i>	8,9	8,7	-2,2
<i>Ore attività infermieri/popolazione target x 1.000</i>	17,4	16,9	-2,9
<b>Attività di salute individuale</b>			
<i>Attività clinica: visite mediche libere, bilanci di salute, classi scolastiche filtro</i>	20.582	17.489	-15,0
di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	4.322	6.282	45,3
<i>Attività clinica: certif. zone industriali, case vac., centri diurni, visite prevaccinali, altre visite</i>	181.538	176.979	-2,5
di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	2.049	3.444	68,1
<i>Visite domiciliari</i>	3.728	3.690	-1,0
di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	1.174	1.373	17,0
<i>Visite per ammissione in collettività:</i>	8.664	6.986	-19,4
di cui per bambini nomadi ed extracomunitari	445	1.018	128,8
<i>Bambini cronici: seguiti con protocolli assistenziali:</i>	187	242	29,4
seguiti senza protocolli assistenziali	n.r.	87	-

Tabella 18. (continua)

<b>Attività di sanità pubblica</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>Variatz. %</b>
<i>Screening ambliopia: distretti che lo effettuano/ totale distretti AUSL interessate</i>	24/40	39/45	
<i>copertura rispetto al target (%)</i>	88,0	82,2	-6,6
<i>TBC - alunni: bambini testati in 3<sup>a</sup> media</i>	27.357	27.340	-0,1
<i>copertura rispetto al target (%)</i>	97,7	98,0	0,3
<i>indice tubercolinico 3<sup>a</sup> media</i>	0,6	0,6	0,0
<i>Refezioni scolastiche (% copertura nidi + materne + elementari + medie inferiori)</i>	-	89,7	-
<i>Tablette dietetiche approvate (% copertura nidi + materne + elementari + medie inferiori)</i>	-	79,1	-
<i>Visite riammissione in comunità e controlli effettuati a seguito di malattie infettive</i>	67.438	74.684	10,7
<i>di cui per bambini nomadi ed extracomunitari</i>	659	1.428	116,7
<i>Vaccinazioni: numero dosi vaccinazioni somministrate</i>	503.668	527.134	4,7
<i>Copertura vaccinazioni obbligatorie al 12° mese (%)</i>	98,7	98,4	-0,3
<i>Copertura vaccinazioni obbligatorie al 24° mese (%)</i>	98,4	98,3	-0,1
<i>Copertura vaccinale pertosse al 24° mese (%)</i>	93,9	96,1	2,3
<i>Copertura vaccinale morbillo al 24° mese (%)</i>	88,1	89,1	1,1
<i>Copertura vaccinale rosolia al 13° anno (%)</i>	82,8	81,0	-2,2

Tabella 19. Dati di attività dei servizi sociali della Regione Emilia-Romagna in favore di minori in difficoltà

ANNO 1995	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FO	RN	TOT.
Nuclei familiari assistiti nell'anno	1.277	1.147	1.163	509	3.613	1.163	553	1.040	0	10.465
Minori residenti assistiti nell'anno	1.532	1.906	1.630	929	3.745	1.642	585	1.015	919	13.903
- di cui con cittadinanza straniera	198	395	257	256	219	92	48	53	108	1.626
Minori presenti e non residenti assistiti nell'anno	31	22	21	18	76	17		14	76	275
Minori in tutela all'AUSL nell'anno	39	20	72	22	151	73	30	37	42	486
Minori affidati al Servizio sociale nell'anno	216	99	256	75	654	252	183	195	130	2.060
Minori collocati in affido familiare nell'anno	48	22	81	74	71	46	32	37	28	439
Minori in affidamento pre-adoattivo nell'anno	22	38	27	19	58	35	24	15	14	252
- di cui internazionale	16	30	19	18	43	28	20	4	8	186
Minori in adozione definitiva nell'anno	6	21	8	18	45	8	10	22	13	151
Famiglie che hanno effettuato istruttorie per l'idoneità										
- all'adozione	33	56	61	24	176	34	32	39	15	470
- all'affidamento	20	17	26	8	41	3	10	25	1	151
Minori allontanati dalla famiglia naturale dai TM nell'anno	24	38	49	27	61	26	15	20	21	281
Minori inseriti in Comunità residenziali nell'anno di cui	51	73	102	27	218	92	46	37	76	722
- in strutture del territorio dell'AUSL	19	43	94	12	109	25	22	29	56	409
- in strutture fuori dal territorio dell'AUSL	32	30	8	15	109	67	24	8	20	313
Minori inseriti in centri semiresidenziali nell'anno	257	169	17	1	361	74	99	112	21	1.111
Borse lavoro per minori assegnate nell'anno	8	2	0	5	126	49	20	5	2	217
Nuclei familiari in assistenza domiciliare nell'anno	23	14	16	3	0	13	15	159	0	243
- per un numero complessivo di minori	45	25	80	4	0	16	23	162	52	407
Nuclei familiari con interventi socio-educativi nell'anno	100	32	443	14	77	432	21	375	0	1.494
- per un numero complessivo di minori	75	46	210	22	773	510	30	0	713	2.379
Minorenni gravide o con figli inserite in comunità nell'anno	3	2	0	1	3	1	12	2	0	24

Tabella 19. (continua)

ANNO 1996	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FO	RN	TOT.
Nuclei familiari assistiti nell'anno	1.221	1.194	1.338	600	4.329	1.169	606	903	0	11.360
Minori residenti assistiti nell'anno	1.596	2.257	1.823	1.106	4.798	1.758	672	852	968	15.830
- di cui con cittadinanza straniera	241	482	427	384	253	115	55	62	102	2.121
Minori presenti e non residenti assistiti nell'anno	64	20	73	28	109	18	31	13	162	518
Minori in tutela all'AUSL nell'anno	46	17	60	30	188	86	33	46	37	543
Minori affidati al Servizio Sociale nell'anno	229	107	304	100	918	254	207	260	153	2.532
Minori collocati in affido familiare nell'anno	66	29	96	89	92	46	39	45	24	526
Minori in affidamento pre-adoattivo nell'anno	21	19	28	25	55	45	22	19	8	242
- di cui internazionale	18	15	22	22	47	26	14	3	4	171
Minori in adozione definitiva nell'anno	13	35	29	18	64	39	13	7	5	223
Famiglie che hanno effettuato istruttorie per l'idoneità										
- all'adozione	33	54	55	29	175	39	42	53	27	507
- all'affidamento	16	21	31	19	22	8	15	19	0	151
Minori allontanati dalla famiglia naturale dai TM nell'anno	23	53	45	15	79	22	14	38	19	308
Minori inseriti in Comunità Residenziali nell'anno di cui	48	70	103	21	211	98	47	28	92	718
- in strutture del territorio dell'AUSL	25	54	93	12	98	27	23	19	n.p.	351
- in strutture fuori dal territorio dell'AUSL	23	16	10	9	113	71	24	9	n.p.	275
Minori inseriti in centri semiresidenziali nell'anno	290	211	59	1	376	48	116	123	21	1.245
Borse lavoro per minori assegnate nell'anno	5	1	1	3	110	40	27	7	1	195
Nuclei familiari in assistenza domiciliare nell'anno	18	17	18	3	29	19	13	160	0	277
- per un numero complessivo di minori	40	21	83	6	0	25	21	164	43	403
Nuclei familiari con interventi socio-educativi nell'anno	135	46	430	25	74	510	30	645	0	1.895
- per un numero complessivo di minori	83	66	544	34	709	702	37	61	951	3.187
Minorenni gravide o con figli inserite in comunità nell'anno	5	4	0	0	0	1	1	3	0	14
Minori residenti e non residenti assistiti al 30/6/1997	1.318	1.897	1.914	935	3.213	1.600	777	1.027	1.264	13.945
Nuclei familiari residenti e non assistiti al 30/6/1997	948	1.388	1.478	478	2.277	1.313	624	720	n.p.	9.226

Tabella 20. Attività dei Consulitori UCIPEM (Unione consulitori italiani prematrimoniali) della Regione Emilia-Romagna

Consulitorio	Opera dal	Consulenza familiare	Attività di formazione	Pubblicazioni
Consulitorio pre-matrimoniale e matrimoniale Faenza (RA)	1967	Interventi della durata di 1 ora anno 1998 1999 n. 405 337	Corsi e gruppi di lavoro su temi familiari dal 1998 al 1999 n. partecipanti 960	
Famiglia più Parma	1971	Interventi anno 1994 1995 1996 1997 1998 1999 n. 252 232 290 248 195 167	Scuola per genitori n. partecipanti 467 Convegni: "Essere bambini a Parma", "Famiglia e scuola oggi"	Atti dei convegni
Istituto La Casa di Piacenza Piacenza	1971	Ufenti anno dal 1971 n. 7.300 complessivamente	Corsi e gruppi di lavoro su temi familiari dal 1985 al 1999 n. partecipanti 3.200	
Consulitorio familiare cittadino Forlì	1971	Ufenti anno 1996 1997 1998 n. 63 83 55	Corsi e gruppi di lavoro su temi familiari dal 1996 al 1998 n. partecipanti 125	
Consulitorio familiare pre-matrimoniale e matrimoniale Imola (BO)	1973	Ufenti anno dal 1973 n. 2.500 complessivamente	Corsi e lavori di gruppo per genitori, insegnanti, adolescenti, giovani dal 1973 n. partecipanti 10.000 circa	Atti dei corsi su "Affettività e sessualità per ragazzi"
Consulitorio per la famiglia Cesena	1974	Ufenti anno 1995 1996 1997 1998 n. 67 106 116 109	Corsi per genitori e insegnanti dal 1995 al 1998 n. partecipanti 204	
Servizio di consulenza per la vita familiare S. Lazzaro di Savena (BO)	1978	Ufenti anno 1994 1995 1996 1997 1998 1999 n. 145 139 139 150 137 165	Corsi e lavori di gruppo per genitori, insegnanti, adolescenti, giovani dal 1978 al 1999 n. partecipanti 3.360	Audiovisivi "Famiglia: un'avventura?"; "Papà, mamma? Sì, ma ..."; "Adolescenti e famiglia"; "Età ingrata? Sì, grazie"; "Ai nostri figli"; "Eterna giovinezza"

Operatori dei Consulitori UCIPEM: consulente familiare, assistente sociale, pedagogista, psicologo, avvocato, ginecologo, consulente etico, supervisor.

Tabella 21. Alcune iniziative di servizio poste in atto da enti e associazioni del privato sociale (sulla base di dati raccolti ad hoc nel gennaio 2000 dal Forum delle associazioni familiari della Regione Emilia-Romagna)

Ente/associazione	Attività	Descrizione	N. centri/ sedi
CIF Bologna	Centro di ascolto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza legale (probl. familiari, minorili, immigrazione, ecc.)</li> <li>- consulenza medico-relazionale (prima infanzia, adolescenza, rapporti familiari, ecc.)</li> <li>- consulenza per orientamento scolastico e disagio nella scuola</li> </ul>	1
	Corsi di formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- per personale educativo extra-scolastico</li> </ul>	
Federazione regionale per la vita	Centri aiuto alla vita e servizi di accoglienza alla vita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assistenza diretta a donne in difficoltà a causa di una gravidanza (art. 2, L. 194)</li> </ul>	23
	Case di accoglienza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- per ragazze-madri e famiglie in difficoltà nell'accogliere il nuovo nato</li> </ul>	10
	Progetto Gemma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione prenatale: sostegno alla madre prima e dopo il parto</li> </ul>	1
Consultorio familiare bolognese	Progetto coppia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informazione e formazione per coppie di fidanzati/sposi</li> </ul>	5
	Progetto attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cammino per la coppia</li> </ul>	
	Corso di educazione sessuale per educatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- percorso informativo-formativo</li> </ul>	
Le Querce di Mambre	"Famiglie in rete" (in collaborazione con il Comune di Casalecchio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corso informativo-formativo su "Comunicazione nella coppia"</li> <li>- corso con i genitori sulla comunicazione educativa</li> <li>- sportello di ascolto per adolescenti e pre-adolescenti</li> <li>- sportello di consulenza per genitori su problemi educativi</li> <li>- corsi per insegnanti per approfondire temi della comunicazione con i ragazzi</li> <li>- corso su educazione dell'affettività per prime e seconde classi delle scuole medie superiori</li> </ul>	1
Centro famiglie Benedetta Giorgi	Videoteca, biblioteca, sportello famiglia		1
Cooperativa Bimbinsieme	Cooperativa e servizi per l'infanzia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- baby-sitter, doposcuola, centri estivi, animazione per l'infanzia, progetto "Mamme insieme", progetto educatrici familiari</li> </ul>	1

Tabella 22. *Attività a sostegno della famiglia nelle diocesi dell'Emilia-Romagna (dati forniti dal Centro G.P. Dore di documentazione e promozione familiare, Bologna)*

<b>Scuola per genitori</b>		
	dal 1988 al 1992	6 cicli per 50 partecipanti (40 famiglie)
<b>Progetto "Famiglie in rete" per la prevenzione del disagio giovanile e familiare</b>		
Bologna	dal 1993 al 1999	95 persone (in collaborazione con il Comune)
San Giovanni in Persiceto	dal 1995 al 1998	100 genitori partecipanti
Castenaso		130 genitori partecipanti
Riccione	dal 1998 al 2000	120 genitori partecipanti
<b>Centro di consulenza educativa alla famiglia</b>		
Bologna	Via Rigola dal 1996	380 famiglie
	S. Donato dal 1999	
Bazzano	dal 1999	
Riccione	dal 2000	
<b>Banca del tempo per le famiglie</b>		
Bologna, quartieri Reno e Lame, gestita con altre associazioni		
	dal 1997	82 famiglie partecipanti
<b>Progetto "Oltre la scuola"</b>		
per bambini delle scuole elementari/medie in difficoltà, segnalati dalla scuola		
San Giovanni in Persiceto	dal 1997	47 minori utenti
Quartiere S. Donato (BO)	dal 1997	45 minori utenti
<b>Corsi di aggiornamento/formazione per insegnanti-educatori</b>		
	dal 1989 al 1999	1.100 partecipanti
<b>Sportello per rilevare il disagio familiare</b>		
I e III classe scuola superiore		
Casalecchio		700 studenti circa
<b>Campi famiglie</b>		
per esperienza comunitaria di approfondimento delle tematiche familiari		
	dal 1973 al 1999	1.000 famiglie circa
<b>Gli Uffici per la pastorale familiare</b> organizzano incontri sistematizzati di preparazione al matrimonio (6 incontri) i cui contenuti sono anche rivolti a tematiche di tipo socio-relazionale "Famiglia aperta alla società" nelle seguenti diocesi:		
Bologna	dal 1991	1.500 partecipanti circa/anno
Ferrara	dal 1992	3.200 partecipanti circa/anno
Ravenna	dal 1992	2.400 partecipanti circa/anno
Modena	dal 1980	1.000 partecipanti circa/anno
Rimini	dal 1985	1.000 partecipanti circa/anno
Cesena	dal 1991	500 partecipanti circa/anno

Tabella 23. Numero e tipologia delle famiglie in Emilia-Romagna nel 1996

<b>Tipologia famiglie</b>	<b>N.</b>
Totale RER	1.555.232
di cui:	
genitori con figli non celibi o nubili	11.124
coppie coniugate con figli senza isolati	539.019
coppie coniugate con figli con isolati	15.283
coppie non coniugate con figli con isolati	39.535
Totale coppie con figli	605.372

Fonte: "La vita quotidiana in Emilia-Romagna" - Risultati dell'indagine multiscopo sulle famiglie del 1996.

Tabella 24. Distribuzione percentuale delle famiglie con figli dal 1981 al 1996

		<b>con altre persone</b>	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>1996</b>
Coppie con figli	no		41,4	37,1	39,0
Coppie con figli	sì		7,0	4,4	2,6
Genitore solo con figli	no		5,2	6,8	6,3
Genitore solo con figli	sì		2,2	1,4	0,6

Fonte: "La vita quotidiana in Emilia-Romagna" - Risultati dell'indagine multiscopo sulle famiglie del 1996.

Tabella 25. Principali dati di sintesi dell'area "Centri territoriali di aggregazione sociale per bambini e genitori". Triennio 1995-1997

Tipologie di attività e distribuzione nei Centri per le famiglie	N. di progetti e/o servizi			N. di persone coinvolte			N. delle collaborazioni con					N. di volontari coinvolti								
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	enti e/o servizi	cooperative	associazioni e/o gruppi informali	1995	1996	1997	1995	1996	1997					
<i>Centri territoriali (totali)</i>																				
C.p.F. di Piacenza	2	2	3	899	1.131	6.258	13	22	34	1	2	1	11	14	29	77	94	145		
C.p.F. di Parma				155	214	305	1	1	2	1	1	1	4	2	3	11	5	7		
C.p.F. di Reggio Emilia	1	1	2	7	47	47		1	2					1	2		2	2	2	
C.p.F. di Modena	3	3	4	260	316	4.769	2	1	3				2	2	2		13	15	17	
C.p.F. di Bologna	1		1	15	210	210	1		1						2			2		2
C.p.F. di Ferrara	2	2	3	419	395	520	2	2	3				2	2	5		45	50	65	
C.p.F. di Ravenna	1	3	5	37	156	364	3	11	17	1			2	6	14		7	20	50	
C.p.F. di Lugo	1	2	2	13	43	43	4	6	6				1	1	1		1	2	4	
C.p.F. di Forlì																				
<i>Interventi per bambini e famiglie (totali)</i>																				
C.p.F. di Piacenza	2	2	1	501	52	126	1	1					2	3	1		3	8	12	
C.p.F. di Parma		1	1	96	186	186		3	4											
C.p.F. di Reggio Emilia	1	1	3	10	25	37	2	1	3								12	15	19	
C.p.F. di Modena																				
C.p.F. di Bologna	1	2	3	76	104	132							1	1	1					
C.p.F. di Ferrara																				
C.p.F. di Ravenna	7	7	6	267	2.213	1.598	7	18	6		1		8	11	13		22	18	22	
C.p.F. di Lugo																				
C.p.F. di Forlì	2	2		120	110		1	1		1	1	1	1	1						
<b>Totale di area</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>1.873</b>	<b>3.731</b>	<b>8.337</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>114</b>	<b>135</b>	<b>198</b>		

Tabella 26. *Principali dati di sintesi delle attività dei Centri per le famiglie. Triennio 1995-1997*

Aree e tipologie di attività dei Centri per le famiglie	N. di progetti e/o servizi			N. delle persone coinvolte			N. delle collaborazioni con						N. di volontari coinvolti					
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	enti e/o servizi		cooperative		associazioni e/o gruppi informali		1995	1996	1997			
<i>Informazioni e vita quotidiana (totali)</i>	29	31	35	71.277	73.745	125.589	57	76	100	3	4	2	38	64	100	100	75	112
strum. informativi periodici	8	11	11	54.350	60.600	84.200	23	41	41		1		24	38	58	22	19	18
iniziative promozionali	8	7	10	13.839	10.849	38.518	20	12	23	1	2	2	6	4	15	46	40	101
servizi di prima informazione	8	7	8	986	1.254	1.680	7	4	8	1	1		2	2	10	21	16	2
ricerche e indagini	5	6	6	2.102	1.042	1.191	7	19	28	1			6	20	17	11		1
<i>Sostegno competenze genitoriali (totali)</i>	32	43	54	2.133	2.971	4.408	42	48	58	2	2	2	29	30	27	48	31	23
corsi per genitori	8	10	16	907	1.792	2.519	8	6	15	1	1	1	9	6	7		3	5
gruppi di genitori	14	20	21	880	750	1.288	21	25	18	1	1	1	20	21	17	48	24	16
prestiti sull'onore	1	2	4	77	67	174	1	1	2									
interventi di mediazione familiare	7	8	9	155	307	312	10	11	12						1	1		
servizi di consulenza	2	3	4	114	55	115	2	5	11						2		4	2
<i>Accoglienza familiare (totali)</i>	30	33	34	1.447	1.592	1.845	36	31	43	2	2		33	36	67	414	446	517
interventi di sostegno alle famiglie	10	11	14	382	580	755	16	15	20		1		12	9	7	310	347	374
iniziative di sensibilizzazione e promozione	8	9	6	495	437	420	8	7	5				11	13	33	13	7	3
gruppi di sostegno	4	6	7	124	160	281	4	7	14				3	7	21	14	19	45
corsi di formazione	4	3	1	111	65	12	7	1	1	1	1		3	3		17		
gruppi di famiglie-risorsa	4	4	6	335	350	377	1	1	3				4	4	6	60	73	95

Tabella 26. (continua)

Aree e tipologie di attività dei Centri per le famiglie	N. di progetti e/o servizi			N. delle persone coinvolte			N. delle collaborazioni con						N. di volontari coinvolti					
	1995	1996	1997	1995	1996	1997	enti e/o servizi		cooperative		associazioni e/o gruppi informali		1995	1996	1997			
<i>Scil. risorse comunitarie (totali)</i>	22	28	30	1.939	3.467	4.088	69	100	108	1	2	2	62	85	82	232	366	282
progetti di messa in rete	6	7	6	235	135	95	11	12	14				9	11	14	3	12	1
sostegno a gruppi auto-organizzati	1	3	4	50	151	140	4	17	21				3	5	3	7	45	35
promozione di gruppi di mutuo-aiuto	2			20			2									2		
interventi per lo sviluppo di comunità	11	15	16	1.609	3.086	3.606	50	59	70	1	2	2	47	65	60	185	309	246
banche del tempo	2	3	4	25	95	247	2	3	3				3	4	5	35		
<i>Centri territoriali (totali)</i>	23	28	34	1.873	3.731	8.337	24	46	57	2	4	1	23	31	52	114	135	198
centri territoriali	10	13	20	899	1.131	6.258	13	22	34	1	2	1	11	14	29	77	94	145
interventi per bambini e famiglie	13	15	14	974	2.600	2.079	11	24	23	1	2		12	17	23	37	41	53
<b>Totali</b>	<b>136</b>	<b>163</b>	<b>187</b>	<b>78.669</b>	<b>85.506</b>	<b>144.267</b>	<b>228</b>	<b>301</b>	<b>366</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>185</b>	<b>245</b>	<b>328</b>	<b>908</b>	<b>1.083</b>	<b>1.142</b>

Tabella 27. Numero di progetti e/o servizi dei Centri per le famiglie secondo la durata. Triennio 1995-1997

Aree e tipologie di attività dei Centri per le famiglie	In corso al 31/12/1994	1995												1996					1997				
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
<i>Informazione e vita quotidiana</i>	14	7	9	5	8	17	29	7	14	3	7	21	31	8	19	2	6	25	35				
strumenti informativi periodici	5		4	2	2	6	8	2	6		3	9	11	1	8	1	1	9	11				
iniziative promozionali		5			3	3	8	4	1	2		1	7	7	1		2	3	10				
prima informazione e orientamento	7		5	2	1	6	8		5	1	1	6	7		6		2	8	8				
ricerche e indagini	1			1	2	2	5	1	2		3	5	6		4	1	1	5	6				
<i>Sostegno alle competenze genitoriali</i>	14	4	12	2	14	26	32		24	2	17	41	43	3	38	2	11	49	54				
corsi per genitori	5		2		1	6	8		6		4	10	10	1	9	1	5	14	16				
gruppi di genitori	6		5	1	6	11	14		9	2	8	17	19	2	15	1	2	17	20				
prestiti sull'onore	1		1		1	1	1		1		1	2	2		2		2	4	4				
interventi di mediazione familiare																							
servizi di consulenza	2		1	1	7	7	7		7		1	8	8		8		1	9	9				
<i>Accoglienza familiare</i>	13	8	10	3	8	19	30	5	16	3	8	25	33		24	1	9	29	34				
interventi di sostegno alle famiglie	6		5	1	2	7	10		6	1	4	10	11		10		4	13	14				
iniziative di sensibilizzazione e promozione	2		1	1	3	4	8	4	4		1	5	9		5		1	5	6				
gruppi di sostegno	2		2		2	4	4		3	1	1	5	6		5		2	5	7				
corsi di formazione		3			1	1	4	1		1	1	1	3			1			1				
gruppi di famiglie-risorsa	3		2	1	1	3	4		3	1	1	4	4		4		2	6	6				
<i>Sviluppo delle risorse comunitarie</i>	7	5	4	3	10	14	22	11	11	3	14	25	28		25		5	30	30				
progetti di messa in rete		2			4	4	6		2	2	3	5	7		5		1	6	6				
sostegno a gruppi auto-organizzati	1		1		1	1	1		1		2	3	3		3			3	3				
promozione di gruppi di mutuo aiuto																							
interventi per lo sviluppo di comunità	5	1	3	2	5	8	11		7	1	7	14	15		14		3	17	17				
banche del tempo	1		1	1	1	1	2		1		2	3	3		3		1	4	4				
<i>Centri territoriali per bambini e genitori</i>	7	2	6	1	14	20	23		14	6	8	22	28		22		12	34	34				
centri territoriali	4		3	1	6	9	10		8	1	4	12	13		13		9	22	22				
interventi per bambini e famiglie	3		3		8	11	13		6	5	4	10	15		9		3	12	2				
<b>Totali</b>	<b>54</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>55</b>	<b>96</b>	<b>136</b>	<b>12</b>	<b>80</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>134</b>	<b>163</b>	<b>11</b>	<b>128</b>	<b>5</b>	<b>43</b>	<b>167</b>	<b>187</b>				

Allegato A.

*Tabella 27. (continua)*

**Legenda**

A = avviati e conclusi nell'anno	G = avviati e conclusi nell'anno	O = avviati e conclusi nell'anno
B = avviati prima e non conclusi nell'anno	H = avviati prima e non conclusi nell'anno	P = avviati prima e non conclusi nell'anno
C = conclusi nell'anno	I = conclusi nell'anno	Q = conclusi nell'anno
D = avviati nell'anno	L = avviati nell'anno	R = avviati nell'anno
E = in corso al 31/12/1995	M = in corso al 31/12/1996	S = in corso al 31/12/1997
F = numero complessivo	N = numero complessivo	T = numero complessivo

Tabella 28. Alunni iscritti anno scolastico 1997-1998

Provincia	Scuola materna		Scuola elementare		Scuola media inferiore		Scuola media superiore		Alunni immigrati			Abbandono
	N	H	N	H	N	H	N	H	elementari	medie	superiori	
BO	7.586	204	28.178	573	16.924	466	23.767	233	909	485	265	74
FE	1.799	62	10.400	183	6.902	180	12.249		146	20		
FO/CS	4.517	72	12.848	262	8.572	240	14.776	74	199	71	71	188
MO	6.567	115	23.264	542	14.502	407	22.720	254	716	391	313	
PR	2.960	69	13.482	153	8.395	156	14.167	124	327	201	98	
PC	3.060	43	9.293	162	5.683	122	8.512	45	237	72	42	
RA	2.922	67	10.966	219	7.263	205	11.994	99	212	88	82	148
RE	2.653	123	16.693	409	10.674	346	14.570	146	678	303	228	299
RN	2.468	61	10.041	181	6.605	146	11.087	81	210	88	663	1.512
Regione	34.532	816	135.165	2.684	85.520	2.268	133.842	1.056	3.634	1.719	1.762	(2.221)

H = alunni certificati per handicap

Fonte: Assessorato alla formazione professionale e al lavoro, Regione Emilia-Romagna.

## ALLEGATO B. OBIETTIVI, AZIONI, INDICATORI PER I PIANI LOCALI DI SALUTE

### Interventi a carattere prevalentemente sanitario

#### Obiettivo 1. Miglioramento dello stato di salute

##### Azioni

Descrizione	Attori
a) Percorso nascita: riorganizzazione secondo logiche di appropriatezza tecnica e strutturale (tempi della diagnosi prenatale precoce, supporto informativo, comunicativo, tecnico, psicologico, sociale, ecc.) di integrazione fra ospedale e territorio Corretta attuazione delle LR 26/1998 e 27/1989	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: consultorio familiare, ospedale Servizi sociali: assistenza, supporto EELL: programmazione, verifica Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
b) Percorsi assistenziali integrati in rete per bambini affetti da malformazioni congenite: coinvolgimento del pediatra di base, personalizzazione del percorso Uniformità/equità dei percorsi assistenziali proposti a questi bambini (rete, <i>hub &amp; spoke</i> , ecc.)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) Servizi sociali: per competenza EELL: programmazione, verifica Scuola: programmazione integrata Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
c) Assistenza perinatale: linee guida, monitoraggio, ecc. → basso peso/età gestaz. molto bassa	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) Servizi sociali: categorie a rischio
d) Ricoveri neonatali: modalità appropriate di assistenza in epoca neonatale (specie per i bambini di bassa età gestazionale) nei diversi punti nascita	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) Servizi sociali
e) Ricovero in reparto non pediatrico: assistenza ospedaliera appropriata alla popolazione pediatrica, tesa a favorire il ricovero in ambiente pediatrico, con riorganizzazione e formazione specifica delle figure professionali coinvolte, anche di tipo specialistico	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
f) Ricovero ospedaliero per intervento chirurgico: appropriatezza dell'indicazione Coinvolgimento prioritario dei pediatri di base (linee guida)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera)
g) Mortalità e morbilità per traumatismi e avvelenamenti: l'ambiente domestico è quello dove più spesso maturano questi eventi (vigilanza dell'adulto, attenzione agli oggetti che arredano la casa, ecc.)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) EELL: programmazione, verifica Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica

(continua)

	Descrizione	Attori
h)	Strategie vaccinali: ogni realtà locale deve confrontarsi con gli indicatori regionali per rilevare le proprie necessità di miglioramento	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera)
i)	<i>Screening</i> in età neonatale e pediatrica: quali? chi? come? quando? ecc. (v. indirizzi regionali)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera)
l)	Salute orale: - attuazione indirizzi OMS (0-14 anni) - prevenzione e cura precoce delle patologie orali nei soggetti portatori di <i>handicap</i> fisici e psichici e/o con altre patologie cliniche (v. cardiopatie), cui va riservata attenzione di tipo specialistico esperto	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) + servizi distrettuali, specialisti del settore odontoiatrico Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
m)	Rete: adozione di linee guida di uniformità diagnostica-terapeutica, condivise fra professionisti di diverse strutture, territoriali, ospedaliere, universitarie, ecc.	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera); altri Specialisti di discipline pediatriche (chirurgia, ORL, ecc.) Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
n)	Governo clinico aziendale: - semplificazione e facilitazione dell'accesso - chiara definizione delle diverse aree di responsabilità e della loro visibile assunzione, oltre che di rispetto delle rispettive professionalità	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: - governo clinico; rete integrata con servizi sociali, scuola, ecc. - miglioramento della comunicazione
o)	Registri e/o flussi di monitoraggio regionale per le patologie croniche più rilevanti	Regione: progetto, monitoraggio SSR: per competenza
p)	Percorsi integrati per l'assistenza ai bambini affetti da patologie croniche inaggravanti e/o invalidanti. Tali percorsi devono almeno prevedere: - coinvolgimento e responsabilizzazione del pediatra di base/MMG - chiara definizione di una figura referente per la famiglia, con il compito di favorire risposte rapide, accessibili, rassicuranti da parte dei diversi professionisti coinvolti	Regione: progetto pilota per la sindrome di Down SSR: pediatria (comunità, base, ospedaliera) Servizi sociali: per integrazione e competenza EELL: programmazione, verifica Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica
q)	Relazione di attaccamento: - linee guida condivise - incremento degli interventi destinati alla protezione e al sostegno	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: NPI Servizi sociali: per integrazione e competenza
r)	Corretta informazione: consenso informato e comunicazione del rischio (v. sperimentazioni cliniche 0-18 anni)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: governo clinico e comunicazione Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica

*Allegato B.*

*Indicatori sintetici proposti, la cui verifica può riguardare le diverse fasi*

I fase: progetto-indirizzo regionale

II fase: sperimentazione-validazione locale

III fase: eventuale avvio di flusso informativo

IV fase: messa a regime

- Progettazione di un percorso tipo per bambini affetti da malattia cronica
- Neonati di basso peso e età gestazionale
- Appropriatezza dei ricoveri neonatali/pediatrici
- *Screening* in età neonatale/pediatrica
- Prevenzione/cura delle patologie orali
- Miglioramento dell'informazione/comunicazione per il consenso informato
- Relazione di attaccamento

## **Interventi socio-sanitari per la promozione della salute**

### **Obiettivo 2. Supporto alla famiglia**

*Azione A. Valorizzazione delle relazioni familiari, con particolare attenzione alla relazione di attaccamento*

Oltre a quanto già indicato nell'obiettivo 1, è necessario rimodulare l'assistenza a questa fascia di età, partendo dall'organizzazione di percorsi nascita caratterizzati da:

- preparazione a una genitorialità consapevole e responsabile (avviata fin dall'adolescenza);
- attenzione alla relazione di coppia;
- garanzia di promozione della salute alla gestante e al futuro bambino, con particolare attenzione al momento del parto e dei primi tempi della vita, favorendo lo sviluppo di una buona relazione di attaccamento e il successivo mantenimento e sviluppo di un buon clima familiare.

In generale:

<b>Descrizione</b>	<b>Attori</b>
a) Relazione di attaccamento: ricercare e attuare, all'interno dei diritti/doveri contrattuali di lavoratrici e lavoratori, nuovi meccanismi che consentano ai genitori di impegnare più tempo nell'accudimento della prole	Regione: impegno verso strutture centrali; indirizzo alle Aziende, EELL, imprese, ecc. Scuola/EELL: ricerca flessibilità/innovazione Organismi sindacali: impegno per l'innovazione Capitale sociale: partecipazione, verifica
b) Funzione genitoriale: organizzazione flessibile dei nidi d'infanzia, in modo da valorizzare il loro ruolo di affiancamento e sostegno	Regione: impegno verso strutture centrali; indirizzo alle Aziende, EELL, imprese, ecc. Scuola/EELL: ricerca flessibilità/innovazione Organismi sindacali: impegno per l'innovazione Capitale sociale: partecipazione, verifica
c) Socializzazione primaria: programmi per facilitare i rapporti più o meno autonomi tra coetanei	Scuola/EELL: progettazione e attuazione

In particolare:

Descrizione	Attori
d) Relazione di accudimento e attaccamento: divulgazione; iniziative educative, culturali, e organizzative di supporto, anche con la partecipazione e valorizzazione del privato sociale	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR, servizi sociali, scuola, EELL, OOSS: integrazione e competenza
e) Flussi informativi sull'assistenza socio-sanitaria: - razionalizzazione, implementazione per identificare le famiglie assistite, specie quelle multi-problematiche - percorsi assistenziali integrati in rete	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR/servizi sociali: per competenza Capitale sociale: supporto, partecipazione, verifica

Azione B. *Supporto alla famiglia in crisi*

a)	Descrizione	Attori
a)	Consulenza e supporto (economico, psicologico, sociale, abitativo, ecc.) alla coppia e alla famiglia: valorizzare le esperienze già in atto di cura delle relazioni familiari, in strutture pubbliche e del privato sociale (es. mediazione familiare per coppie che si separano)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR, servizi sociali: consultori familiari, centri per le famiglie, programmi/progetti <i>ad hoc</i> Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza (consultori, ecc.), verifica,
b)	Tutela dei diritti del minore alle cure materne e paterne, anche durante e dopo la separazione	Regione: SSR, servizi sociali: consultori familiari, centri per le famiglie, pediatria di comunità/base, NPI, programmi/progetti <i>ad hoc</i> Scuola: capacità di rilevare il disagio e indirizzare/supportare la famiglia Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza (accoglienza, affido, ecc.), verifica
c)	Promozione di iniziative di prevenzione del disagio di coppia e del minore: valorizzare esperienze già esistenti sia di preparazione alla relazione di coppia sia di tipo formativo (v. educazione ai rapporti familiari, rivolta a genitori, educatori, adolescenti, giovani)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR, servizi sociali: integrazione con la scuola, gli EELL e il capitale sociale EELL: integrazione, programmazione, verifica Scuola: capacità di rilevare il disagio e indirizzare/supportare la famiglia; programmazione di attività di aggiornamento per docenti (v. anti-bullismo, ecc.) Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza, verifica

*Indicatori sintetici*

- Flusso informativo di documentazione su iniziative (pubbliche e del privato sociale) a supporto della genitorialità responsabile (scuole/corsi per genitori, progetti di flessibilità orari lavoro/scuole infanzia, ecc.)
- Flusso informativo delle famiglie seguite dai servizi sociali
- N. di famiglie seguite da servizi socio-sanitari con bambini cronici/*handicap*

### Obiettivo 3. Supporto alla scuola

#### Azioni

Descrizione	Attori
a) Interventi di supporto al personale (rilievo del disagio nascente nei bambini-ragazzi, corretto ed efficace rapporto con la famiglia, ecc.)	Scuola: programmazione di interventi di aggiornamento SSR/servizi sociali/capitale sociale: offerta di esperti e collaborazione alla progettazione
b) Integrazione scuola/SSR/servizi sociali: definizione di protocolli o intese per percorsi integrati di aiuto (al singolo, alla sua famiglia), di continuità e facilitazione dell'accesso, e per il reciproco confronto (scuola-famiglia, scuola-istituzioni, ecc.)	Scuola: programmazione, partecipazione, collaborazione, verifica SSR/servizi sociali: partecipazione con definizione di percorsi, responsabilità, referenti, ecc. EELL: verifica Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza, verifica
c) Definizione della responsabilità della scuola (nel suo insieme/dei diversi operatori) in situazioni di maltrattamento, abuso sessuale, ecc. e verso i ragazzi che per vari motivi sono portatori di diversità fisica, psichica, comportamentale, sociale: - eliminazione delle barriere (architettoniche, culturali, alimentari, ecc.) - definizione di corrette modalità di rapporto con la famiglia e con i servizi socio-sanitari coinvolti	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio Scuola: programmazione e collaborazione SSR/servizi sociali: definizione di percorsi, responsabilità, referenti (es. pediatria di comunità, NPI), ecc. EELL: integrazione, programmazione, verifica Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza, verifica
d) Educazione alla salute, programmazione integrata, appropriata ed efficace (obiettivi, indicatori) Coinvolgimento/aggiornamento degli operatori della scuola e dei servizi Appropriata comunicazione con le famiglie	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio Scuola: programmazione e collaborazione SSR/servizi sociali: definizione di percorsi, responsabilità, referenti (es. pediatria di comunità, NPI), ecc. EELL: integrazione, programmazione, verifica Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza, verifica

#### Indicatori sintetici

- Flusso locale/regionale per bambini scolarizzati seguiti dai servizi socio-sanitari
- Flusso informativo di documentazione su iniziative di educazione alla salute per insegnanti/scolaesche, ecc.
- Monitoraggio dell'elaborazione e dell'attuazione dei protocolli fra scuola e strutture sanitarie

**Obiettivo 4. Rimodulazione dei servizi**

Azioni

	<b>Descrizione</b>	<b>Attori</b>
a)	Organizzazione dei servizi: definire la rete delle responsabilità (governo clinico)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR/servizi sociali: attuazione PSR EELL/OOSS: integrazione, vigilanza, verifica Capitale sociale: partecipazione, verifica
a.1)	Definizione di obiettivi e indicatori di verifica per il pediatra di base (PdB - 0-6 anni) e il medico di medicina generale (MMG - oltre 6 anni)	Regione/SSR/OOSS e di categoria: per competenza nella fase di programmazione e contrattazione EELL/OOSS: integrazione, vigilanza, verifica Capitale sociale: partecipazione, verifica
a.2)	Definizione di ruoli e aree di responsabilità nell'Unità distrettuale pediatrica e in altre strutture (consultorio familiare, NPI, servizi sociali, ecc.) sia per le singole unità sia per le diverse professionalità coinvolte, compreso il pediatra e il medico di base, almeno riguardo ai temi attinenti la promozione della salute nella popolazione di età compresa fra 0 e 18 anni. In particolare:	Regione, SSR, servizi sociali: attuazione PSR e documenti attuativi per la definizione del governo clinico EELL: integrazione, vigilanza, verifica OOSS/di categoria: per competenza, vigilanza, verifica Capitale sociale: partecipazione, verifica
a.2.1)	Pediatria di comunità: adeguate iniziative di formazione e aggiornamento su temi di epidemiologia, gestione, integrazione	<i>come sopra</i>
a.2.2)	Pediatria di base e/o medicina generale: - coinvolgimento nella programmazione delle strategie generali (es. vaccinazioni) - conduzione di programmi personalizzati di assistenza (v. malattie croniche, ecc.) - acquisizione di nuove competenze (v. tutela del minore adottato, figli di genitori separati/divorziati, tossicodipendenza, ecc.)	<i>come sopra</i>
a.2.3)	Pediatria ospedaliera/ universitaria: integrazione con i colleghi del territorio	<i>come sopra</i>
a.2.4)	Medicina generale: formazione specifica e approfondimento delle conoscenze sulla promozione della salute dell'adolescente	<i>come sopra</i>
a.3)	Rete/ <i>hub &amp; spoke</i> : definizione delle funzioni e dei riferimenti distrettuali, sovra-distrettuali, aziendali, sovra-aziendali, ecc.	Regione, SSR: governo clinico (pediatria/medicina di comunità, di base, rete ospedaliera, Università, MMG, SerT, NPI, riabilitazione, ecc.)

(continua)

	Descrizione	Attori
b)	Relazione di attaccamento: programmazione integrata degli interventi appropriati per le diverse fasi di età e necessità della famiglia (gravidanza, nascita, ambiente domestico, scuola, ecc.)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio Scuola: programmazione e collaborazione SSR/servizi sociali: definizione di percorsi, responsabilità, referenti EELL: integrazione, programmazione, verifica Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione per specifica competenza, verifica
c)	Famiglia con bambino malato cronico o non autosufficiente: - offerta di percorsi integrati, personalizzati, anche dopo il 18° anno - assistenza domiciliare (integrata e non) - unico interlocutore referente del caso - coinvolgimento del pediatra o medico di base, della scuola, di altre figure socio-sanitarie adeguatamente formate (es. educatori, ecc.) e di associazioni di volontariato - facilitazione negli adempimenti burocratici e amministrativi (invalidità, ecc.)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio Scuola: programmazione e collaborazione SSR/servizi sociali: definizione di percorsi, responsabilità, referenti (es. pediatria di comunità, NPI, salute mentale), ecc. EELL: integrazione, programmazione, verifica Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione, verifica
d)	Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio Area logistica regionale: per competenza SSR: partecipazione, attuazione Capitale sociale: partecipazione, verifica
e)	Ruolo del volontariato, singolo o in associazione, e delle istituzioni del privato sociale: valorizzare e favorirne la partecipazione sin dal momento della programmazione con modalità di reciproca collaborazione e verifica, anche del gradimento da parte degli utenti	Regione/SSR/servizi sociali/EELL: programmazione negoziata Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica

*Indicatori*

- Chiara definizione di responsabilità/governo clinico
  - I fase: adozione del “Regolamento dell’Unità distrettuale pediatrica” con dichiarazione della missione e delle aree di responsabilità dei diversi settori/professionisti, ecc.
  - II fase: identificazione del referente unico per ogni famiglia con minore in difficoltà (non autosufficiente, malato cronico, ecc.) seguita dai servizi socio-sanitari
- Progettazione e costruzione dei percorsi di continuità assistenziale
  - I fase: identificazione di almeno un percorso per ognuna delle principali malattie croniche
  - II fase: individuazione di almeno tre ulteriori percorsi
  - III fase: il modello validato è utilizzato per almeno il 50% di tutti i bambini affetti da patologia cronica, le cui famiglie hanno richiesto assistenza
- Informazione/comunicazione
  - I fase: progetto regionale di informazione alle famiglie con minori in difficoltà (*handicap*, non autosufficienza, malattia cronica, ecc.) sui loro diritti e sulle opportunità offerte dai servizi integrati
  - II fase: verifica della accresciuta consapevolezza e informazione dei destinatari

## Obiettivo 5. Ospedale

### Azioni

Descrizione	Attori
a) Trasformazione dell'ambiente ospedaliero per renderlo più accogliente e familiare (es. sale giochi, presenza di educatori-clown, ecc.) Supporto per il mantenimento di contatti con la vita scolastica, anche usufruendo dell'attuale tecnologia (es. collegamento con la scuola di provenienza)	SSR (presidio ospedaliero): riprogrammazione degli ambienti Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica
b) Individuazione di modalità di accesso alle strutture di Pronto Soccorso appropriate e uniformi, organizzando la risposta a misura di famiglia e di bambino	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR (presidio ospedaliero): specifiche iniziative, concordate con il Distretto Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica
c) Uniformità ed equità di accesso: interventi per la costruzione della rete e per la definizione di <i>hub &amp; spoke</i> per le principali discipline, curando anche la corretta informazione/comunicazione con le famiglie e con i servizi distrettuali	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR (presidio ospedaliero/Distretto): integrazione e attuazione EELL: integrazione, vigilanza, verifica Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica
d) Appropriately degli interventi: adozione di procedure/protocolli/ linee guida per le principali attività Specifico impegno per la sperimentazione di farmaci e l'attuazione delle note CUF	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: (Presidio ospedaliero/farmacia) governo clinico, supporto ai professionisti, vigilanza, verifica Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica

### Indicatori sintetici

Istituzione di un registro regionale per tutte le patologie che prevedono prescrizioni vincolate da note CUF

I fase: definizione del progetto di "comunicazione del rischio" per tutte le procedure che prevedono l'uso di farmaci compresi nelle note CUF

II fase: validazione del progetto

III fase: analisi dei risultati (n. di consensi informati, rilevazione della soddisfazione degli utenti, registri, protocolli, ecc.)

**Obiettivo 6. La città**

*Azioni*

	<b>Descrizione</b>	<b>Attori</b>
a)	Miglioramento della pianificazione urbana in favore dei bambini/adolescenti attraverso una reciproca collaborazione fra Enti locali, servizi socio-sanitari, capitale sociale, ecc.	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: integrazione e partecipazione con esperti EELL: progettazione e attuazione Capitale sociale: programmazione negoziata, partecipazione, verifica

*Indicatori*

I fase: proposta da parte delle Aziende agli Enti locali di azioni fattibili di promozione della salute, secondo le specificità territoriali e urbanistiche

II fase: ricognizione del grado di accoglimento e attuazione delle proposte

## **Obiettivo 7. Educazione alla salute**

### *Azioni*

#### In generale

L'educazione alla salute (compresa la comunicazione del rischio) non può più essere intesa come semplice informazione (a una via), ma deve sempre più configurarsi come reale comunicazione in cui il tecnico è in grado di fornire la corretta informazione, con modalità di appropriatezza scientificamente verificabili; deve cioè essere in grado di capire se il messaggio è stato compreso, elaborato e fatto proprio in modo corretto e adeguato. Il CDS è delegato dal Piano sanitario regionale a fornire indicazioni e supporto per il miglioramento di questa tipologia di comunicazione per la salute.

Si è già detto dell'importanza della programmazione integrata di interventi nella scuola; in assenza di un progetto a più ampio respiro condiviso con i docenti, si deve comunque escludere l'occasionale presentazione da parte di un esperto esterno.

Considerando il campo dell'educazione alla salute come trasversale alle responsabilità di tutti gli attori e ambienti qui considerati, di seguito si trattano i temi ritenuti di prioritaria importanza per questa specifica fascia di età.

#### In particolare

Gli argomenti principali proposti per l'educazione alla salute in età pediatrica-adolescente sono:

- l'alimentazione,
- l'attività motoria,
- la prevenzione degli incidenti (domestici, stradali, ecc.),
- fumo - alcool - uso di droghe,
- un corretto rapporto con la sessualità,
- i valori civici (*empowerment*).

Obiettivo 7.a. Alimentazione

Descrizione	Attori
a) Promozione e valorizzazione dell'allattamento al seno, sia con iniziative generalizzate (percorso nascita, punti nascita, assistenza domiciliare al puerperio, bilancia di salute, ecc.), sia con specifiche iniziative informative ( <i>depliant</i> , campagne, ecc.) e di monitoraggio	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: - Distretto (Unità pediatrica, consultori familiari), - ospedale (ostetricia, neonatologia), - sistema comunicazione Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica
b) Revisione delle tabelle dietetiche dei <i>menu</i> scolastici, accompagnate da contestuali iniziative di divulgazione ed esplicitazione alle famiglie, e dall'invito ad assecondare le variazioni del <i>menu</i> scolastico con nuovi comportamenti alimentari (colazione a casa, merenda, cena; consumo di carne, burro, ecc.)	Regione: indirizzo, supporto, monitoraggio SSR: Unità pediatrica Scuola: programmazione, partecipazione, collaborazione, verifica Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica

Indicatori

- I fase: indagine alla vaccinazione del 4° mese per valutare la percentuale di bambini allattati al seno, ecc.
- II fase: revisione e adeguamento di tutti i *menu* scolastici delle scuole pubbliche 0-6 anni con documentata attività di promozione e comunicazione con le famiglie
- III fase: completamento dell'iniziativa di adeguamento dei *menu* scolastici nelle scuole pubbliche e private 0-6 anni

Obiettivo 7.b. Attività motoria

Descrizione	Attori
a) Valorizzazione dell'attività motoria nella scuola con diretto coinvolgimento del corpo insegnante a ogni livello di scolarizzazione: non solo come divertimento momentaneo ma anche come fondamentale aiuto alla crescita in salute dei bambini	Scuola: verifica della qualità degli spazi interni e esterni, programmazione, partecipazione, collaborazione, verifica SSR: offerta di consulenza esperta EELL: integrazione, programmazione, verifica Capitale sociale: partecipazione per specifica competenza, verifica
b) Le famiglie devono essere rese più consapevoli dell'importanza delle attività sportive (o anche del solo incremento dell'attività motoria) dai diversi operatori della sanità, della scuola, dell'amministrazione locale	Regione/SSR/scuola/EELL/capitale sociale: campagne di comunicazione, informazione, programmazione integrata e verifica
c) Trasformazione dei percorsi e dell'arredo urbano in modo da facilitare non solo l'attività sportiva ma anche la possibilità di raggiungere, a piedi o in bicicletta, la scuola o gli impianti sportivi, in condizioni di sufficiente sicurezza e autonomia Utili interventi programmati congiuntamente alle associazioni (es. di anziani - percorsi - scuola)	Regione/SSR/scuola/EELL/capitale sociale: campagne di comunicazione, informazione, programmazione integrata e verifica

Indicatori

- Linee guida per valutare l'adeguamento degli spazi scolastici per l'attività motoria
- Controllo documentato dell'adeguatezza degli spazi scolastici rispetto alle linee guida
- Ricognizione delle iniziative promosse dagli EELL per l'adeguamento dell'arredo urbano in favore dei bambini

*Allegato B.*

*Obiettivo 7.c. Prevenzione incidenti (domestici, stradali, ecc.)*

L'elevata percentuale di incidenti domestici (traumatismi e avvelenamenti) che richiedono il ricovero in ospedale o anche il solo accesso in Pronto Soccorso, deve promuovere interventi per la prevenzione in questo campo. È cioè necessario avviare interventi di educazione-formazione alla sicurezza domiciliare per migliorare le situazioni ambientali (casa, scuola, sport, ecc.) da vari punti di vista:

- maggiore vigilanza da parte degli adulti,
- attrezzature e arredi adeguati,
- programmi di miglioramento degli stessi.

Il Ministero della sanità ha avviato da anni un progetto di monitoraggio con alcune realtà sperimentali per conoscere le principali cause dei ricoveri in PS per traumatismi e avvelenamenti. Sta inoltre portando avanti una politica di prevenzione degli incidenti domestici e del tempo libero, che in sede locale deve poter prevedere il coinvolgimento di tutti gli operatori dei diversi settori (scuola, Distretto, pediatri/medici di base).

Per gli incidenti stradali, si rimanda al Rapporto tecnico dell'apposito Gruppo di lavoro.

*Obiettivo 7.d. Fumo - Alcool - Uso di droghe*

Si rimanda ai Rapporti tecnici degli appositi Gruppi di lavoro.

*Obiettivo 7.e. Corretto rapporto con la sessualità*

Vale quanto già detto al paragrafo 4.2 "La scuola" e in altre parti del testo, in cui si raccomanda che il tema della sessualità venga affrontato congiuntamente tra scuola e servizi socio-sanitari nell'ambito di una riflessione sui valori della responsabilità e della scelta consapevole, nella globale revisione delle Politiche per la salute degli adolescenti.

*Obiettivo 7.f. Valori civici (empowerment)*

Una particolare riflessione sarà utile per formulare proposte o iniziative a livello regionale e/o locale volte a sostenere i valori di elevata rilevanza sociale e personale, e di richiamo alla responsabilizzazione del singolo nei confronti della collettività, e a rinforzare il senso di appartenenza.

Descrizione	Attori
a) Coinvolgimento, secondo le diverse fasce d'età, in attività di volontariato e solidarietà sociale (educazione alla pace, raccolta rifiuti nei parchi, visite a case per anziani o per portatori di <i>handicap</i> , incontri con donatori di sangue, ecc.) o di conoscenza delle tradizioni e culture locali (agricole, universitarie, artigianali, ecc.), finalizzate sia a valorizzare il senso di appartenenza alla propria comunità sociale (paese, città, categoria sociale), sia a favorire la tolleranza verso categorie più svantaggiate (nomadi, portatori di <i>handicap</i> , poveri, famiglie multiproblematiche, ecc.)	Regione/SSR/servizi sociali/scuola/EELL/ capitale sociale: campagne di comunicazione, informazione, programmazione integrata e verifica
b) Dalla collaborazione con le diverse associazioni e organizzazioni di volontariato e di tutela potrebbe scaturire una più completa raccolta di informazioni sul capitale sociale della specifica realtà locale Compito delle istituzioni è organizzare queste informazioni, rendendole maggiormente accessibili	Regione/SSR/servizi sociali/scuola/EELL/ capitale sociale: campagne di comunicazione, informazione, programmazione integrata e verifica
c) Iniziative di pubblicizzazione di quanto è già in atto per l'arricchimento complessivo del capitale sociale e valoriale dell'intera collettività, ad es. riguardo all'opportunità per diverse categorie di cittadini (o famiglie) di usufruire o partecipare (v. banche del tempo, associazioni di persone affette da particolari patologie, associazioni sportive, ecc.)	Regione/SSR/servizi sociali/scuola/EELL/ capitale sociale: campagne di comunicazione, informazione, programmazione integrata e verifica

*Indicatori*

I fase: ricognizione delle associazioni, organizzazioni e istituzioni operanti sul territorio

II fase: ricognizione delle associazioni, organizzazioni e istituzioni che a qualunque titolo operano a favore della famiglia

III fase: numero di iniziative per la diffusione della conoscenza e dei valori del volontariato locale, con il coinvolgimento delle fasce giovanili



## **ALLEGATO C. L'OSPEDALE**

Il progetto OMS per la promozione della salute in ospedale (HPH) è emblematico dello sforzo di trasmettere anche nell'ambiente ospedaliero l'importanza dell'attenzione alla persona, al suo contesto di relazioni interumane, che si tratti di paziente o di operatore della sanità. In ospedale, infatti, troppo spesso il paziente è identificato con la malattia da cui è affetto, con il numero del letto, con il caso clinico che rappresenta.

La promozione della salute, dunque, non è solo un problema da affrontare in ambiente extra-ospedaliero: in particolare nell'infanzia e nell'età evolutiva, sono ancora molti i provvedimenti da assumere in ospedale per queste fasce d'età, dalla accoglienza dei bambini/ragazzi in Pronto Soccorso (PS), alla loro sistemazione in reparti espressamente dedicati alla loro fascia d'età, ai tanti interventi per il miglioramento della loro assistenza, soprattutto in presenza di degenze lunghe (come nel caso di malattie oncologiche) o di particolare gravità. In questo caso sono infatti necessari anche interventi di corretta e ampia informazione, di tipo psicologico-relazionale (per il supporto alla famiglia, al bambino/ragazzo, agli operatori del settore) e di altro genere (scolastico, ludico, abitativo per famiglie non residenti, per il recupero della dimensione sociale di chi trascorre lunghi periodi ad assistere il bambino isolato dal mondo esterno, ecc.).

È evidente la delicatezza e l'importanza del momento in cui deve essere comunicata alla famiglia e al bambino/ragazzo una diagnosi di malattia cronica o con prognosi potenzialmente infausta. Non sempre il personale medico, per quanto scientificamente autorevole, è dotato della necessaria sensibilità e capacità comunicativa, né è stato formato a questo compito. Si pensi alla grande difficoltà incontrata dai pazienti (non solo per l'età pediatrica-adolescente), dalle loro famiglie e dagli stessi operatori sanitari ad affrontare i temi del dolore e della morte; a quanto poco si sia finora fatto per approfondire l'analisi di questi temi e per fornire strumenti culturali, psico-relazionali, comportamentali, ecc. di reale ausilio.

Fino ad oggi, alle famiglie che assistono bambini presso reparti di II-III livello specialistico, in città lontane dalla loro abituale residenza, è stata offerta solidarietà da parte di associazioni di tutela e volontariato che hanno spontaneamente individuato modalità di auto-aiuto (offerta di alloggio, assistenza sostitutiva non sanitaria, affiancamento di genitori di bambini con patologie affini, informazioni sulle facilitazioni esistenti per una determinata affezione, ecc.).

Diversamente dal passato, la nascita ha assunto negli ultimi decenni profili di eccessiva sanitarizzazione. Certamente il parto in ospedale presenta oggi caratteristiche di maggiore sicurezza e garanzia per la salute della madre e del bambino; tuttavia, l'OMS raccomanda di ricercare nuovamente un clima umanizzante, personalizzante e demedicalizzato per l'assistenza al parto fisiologico, in particolare per gli aspetti che interessano direttamente il neonato e la relazione di attaccamento, quali l'allattamento al seno e la valorizzazione del *rooming-in*, per cercare di migliorarli. In merito agli altri aspetti dell'umanizzazione e personalizzazione del parto, purtroppo oggi l'ostetrica ha spesso un ruolo secondario rispetto al medico, mentre dovrebbe essere riconosciuta come la figura primariamente responsabile e competente nell'assistenza al parto fisiologico. Del resto, pratiche quali l'induzione farmacologica del parto o l'episiotomia preventiva hanno contribuito a denaturalizzare questo evento.

Su questo aspetto sono state emanate due leggi regionali: la 26/1998 e la 27/1989. La Commissione consultiva regionale sul percorso nascita, recentemente costituita, dovrebbe fornire precisi indirizzi e monitoraggi su questo tema, come previsto dallo stesso Piano sanitario regionale.

È sufficiente qui richiamare l'importanza dell'integrazione fra le diverse unità e professionalità ospedaliere e territoriali nelle principali discipline interessate nel percorso nascita, che con pari dignità sono chiamate a dare il loro contributo sia nella fase di programmazione dei percorsi, del *comfort*, dei percorsi informativi, formativi e assistenziali, sia nella loro attuazione operativa e nella verifica.

Una recente indagine del gruppo di studio di medicina d'urgenza pediatrica della Società di pediatria regionale ha rilevato un progressivo aumento negli anni nell'utilizzazione del Pronto Soccorso; in particolare nel 1998 il 27% di soggetti 0-14 anni ha richiesto almeno una prestazione (40% in più rispetto a un'analoga indagine condotta nel 1995), prevalentemente per patologie intrinseche (diversamente da quanto avviene negli USA, dove l'affluenza della popolazione pediatrica al PS è causata soprattutto da eventi traumatici). Si è anche rilevato che più dell'80% degli accessi pediatrici al PS non sono seguiti da ricovero. Tali dati peraltro non differiscono da analoghe risultanze a livello nazionale.

In regione, l'organizzazione dell'offerta presenta almeno 5 diverse tipologie, che non sempre prevedono il coinvolgimento della professionalità pediatrica. Si è inoltre riscontrata una notevole disomogeneità tra le varie realtà locali riguardo l'entità della domanda, spesso riconducibile a diversi modelli culturali.

È necessario uniformare l'organizzazione della risposta fornita dalle strutture di emergenza alla popolazione di età pediatrica/adolescente, previo monitoraggio dell'andamento delle prestazioni urgenti in questa età (numero di accessi, età dei pazienti, giorno della settimana, orario di accesso). Si devono individuare percorsi organizzativi e formativi che attraverso un'integrazione tra ospedale e territorio, assicurino una buona qualità delle cure, razionalizzando l'offerta di risposte efficaci e appropriate all'utenza.

Infine, la disponibilità di ulteriori dati sull'entità del fenomeno dell'assistenza a bambini affetti da patologia cronica è scarsa. Si devono istituire flussi informativi regionali di sorveglianza (Registri) per poter disporre di dati epidemiologici aggiornati e precisi, in particolare per le patologie più importanti; i servizi interpellano questi Registri per bisogni socio-sanitari rilevanti, quali ad esempio: diabete, celiachia, fibrosi cistica, paralisi cerebrali infantili.

Il coinvolgimento del pediatra/medico di base da parte dei centri specialistici ospedalieri/universitari è essenziale, non solo nei casi di ricovero ospedaliero per malattie acute intercorrenti, in cui la figura del medico di famiglia è fondamentale per la gestione della continuità assistenziale; ma soprattutto nei casi in cui il paziente è seguito da un centro specialistico per patologie con trattamento a lungo termine. Con questa espressione si intendono patologie ad andamento cronico-ingravescente, oppure sindromi che richiedono una continuità assistenziale per tutta l'età evolutiva. Si pensi ad esempio:

- nel primo caso, al diabete (per cui il precedente Piano regionale già prevedeva uno specifico assetto organizzativo, da adeguare alla recente normativa) e alle malattie oncoematologiche (per cui va valutata la coerenza dell'organizzazione regionale con le recenti linee guida emanate dal Ministero della sanità - *GU 7/10/1999*) o neurologiche;
- nel secondo caso, alle sindromi dismorfiche (oltre 2.000 casi stimati in regione).

Nelle diverse situazioni, la necessità che la patologia sia affrontata e seguita da un centro di provata competenza scientifica non deve esimere da una reciproca responsabilizzazione dei diversi nodi e maglie della rete: la comunicazione fra il pediatra/medico di base e gli specialisti ospedalieri può favorire un miglioramento complessivo del percorso assistenziale e un reciproco arricchimento scientifico.

Oltre a sottolineare l'opportunità che i pazienti di età pediatrica-adolescente siano ricoverati in reparti pediatrici, si auspica che gli stessi centri di II e III livello collaborino vicendevolmente, consolidando una rete di competenze sempre più visibile e di riferimento per gli utenti.

Quanto detto sull'importanza di una rete inter-ospedaliera di elevata competenza scientifica per le principali patologie, vale anche per l'attività extra-ospedaliera (pediatria/medicina di base, assistenza domiciliare, ecc.), già ampiamente trattata dal Gruppo di lavoro sull'assistenza distrettuale.

Oltre che per il paziente, la definizione di percorsi assistenziali intra- ed extra-ospedalieri può rivelarsi utile anche per una valutazione del costo complessivo - per le famiglie o per la collettività - di quelle patologie che, pur non figurando fra le malattie croniche o rare, richiedono una continua assistenza multispecialistica durante l'età evolutiva (per esempio, sindrome di Turner), assistenza resa possibile dalle moderne tecnologie e volta a migliorare la qualità della futura vita adulta.

Il gruppo di lavoro *hub & spoke* ha identificato le caratteristiche dei centri sovra-aziendali di elevato livello specialistico per alcune discipline - anche di carattere pediatrico - definite prioritarie dal Piano sanitario regionale. I campi in cui sono state considerate discipline di interesse pediatrico sono stati: la terapia intensiva neonatale, la cardiocirurgia e la riabilitazione neuro-motoria.

In questa sede non ci si può esimere dal raccomandare che per le principali discipline e per le patologie maggiormente rappresentate vengano avviate iniziative per una effettiva messa in rete delle competenze specialistiche in ambito ospedaliero e universitario, per definire protocolli diagnostici e terapeutici omogenei e appropriati soprattutto per quelle tecnologie e procedure innovative la cui conoscenza è ancora poco diffusa fra i clinici di tutte le strutture sanitarie (per esempio, quanto previsto dalla note CUF).

La sperimentazione di nuovi farmaci su pazienti di questa fascia d'età deve essere caratterizzata da un grande senso di responsabilità e da una chiara informazione alle famiglie, secondo le linee di appropriata comunicazione del rischio e gestione del consenso informato. A questo senso di responsabilità sono chiamati non solo i clinici direttamente coinvolti, ma anche le Direzioni sanitarie e le farmacie dei Presidi ospedalieri, cui spetta il compito di vigilare sulla corretta applicazione delle norme in materia, anche formalizzando le procedure più idonee (piano di trattamento, registri, ecc.) e comunicandole ai professionisti interessati, agli utenti e/o alle loro famiglie.

## ALLEGATO D. LA SALUTE PSICHICA NEI PRIMI TRE ANNI DI VITA: INTERVENTI PREVENTIVI E TERAPEUTICI

Nel corso dell'ultimo ventennio si è assistito a un crescente interesse della comunità scientifica internazionale per lo studio del bambino nei primi 24-30 mesi di vita e della sua relazione con i genitori e la madre in particolare. Numerosi sono stati gli studi condotti in varie parti del mondo da clinici e ricercatori con diversi approcci teorici: psicoanalitico, comportamentista, cognitivista, sistemico, etologico (teorie dell'attaccamento).

Questi studiosi (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1968; Brazelton, 1982; Cramer e Palacio Espasa, 1993; Fraiberg, 1980; Sameroff e Emde, 1989; Stern, 1995; Tronick, 1989) hanno evidenziato che già alla nascita il bambino è dotato di competenze attive, che si esprimono e si sviluppano necessariamente attraverso la relazione con i genitori o con i *caregiver*. In sintesi, l'orientamento comune si può così esprimere:

- una alterazione della relazione genitori-bambino può dare luogo a una psicopatologia della prima infanzia;
- la terapia in questa età ha come oggetto non un individuo ma una relazione;
- la precocità dell'intervento sulla relazione ha un elevato potenziale preventivo.

Questi assunti hanno grande rilevanza nell'ambito della salute mentale infantile, tanto da dare origine alla clinica da 0 a 3 anni (sintomatologie, nosografie e terapie della psicopatologia del lattante). Lo scopo principale dei programmi relativi ai primi anni di vita è promuovere lo sviluppo in epoca precoce, attraverso l'intervento su una varietà di fattori ambientali e/o esperenziali nella vita del bambino e della sua famiglia, per esempio le competenze genitoriali e la qualità interattiva degli scambi relazionali.

In tale prospettiva, l'organizzazione e la stabilità delle relazioni precoci sono i parametri fondamentali per formulare un giudizio sullo sviluppo in termini prognostici. La possibilità di vivere una esperienza di attaccamento stabile e continuativa rappresenta cioè una condizione indispensabile perché il bambino acquisti una propria autonomia e identità.

La chiave di lettura è: all'inizio esiste una interazione madre/*caregiver* - bambino. Il passaggio da interazione a relazione ha bisogno di storia e memoria, cioè della rappresentazione della realtà e del suo ricordo, della relazione interpersonale basata sulle esperienze pregresse, laddove bambino reale e bambino psichico si incontrano, e madre reale e madre psichica si compenetrano.

I risultati delle ricerche finora condotte permettono di datare l'origine della relazione genitore-bambino già in epoca prenatale (Ammaniti *et al.*, 1995; Zeanah, 1993). In questo periodo infatti, gli scambi comunicativi giocati sul registro corporeo tra la madre e il feto, così come le rappresentazioni mentali relative all'immagine del bambino futuro e alla propria identità genitoriale, hanno un peso determinante sulle interazioni tra genitore e bambino nei primi mesi di vita e sulla formazione del legame di attaccamento futuro.

L'attesa di un figlio comporta mutamenti sia sul piano intrapsichico che relazionale: l'ingresso nella genitorialità, a partire dal concepimento, costituisce una tappa cruciale del ciclo vitale, soprattutto in relazione ai processi evolutivi riguardanti il rapporto con se stessi e con le proprie figure genitoriali. Può accadere che i movimenti psichici che si producono in questa fase non siano in sintonia con l'esperienza reale della gravidanza o della nascita, tanto da creare una discrasia tra il bambino "reale" e il bambino "fantasmaticizzato" dal genitore, e rendere difficile lo sviluppo della relazione genitore-bambino fin dai primi giorni di vita.

Vi sono poi i nuovi bisogni del bambino del terzo millennio e le nuove e antiche fragilità dei suoi genitori: l'iperprotezione materna, l'esclusione del padre o il suo ruolo ritrovato, le maternità artificiali e tardive e quelle adolescenziali, il carico educativo frammentato nei nuclei monoparentali.

Per esplorare il dispiegarsi delle rappresentazioni genitoriali nel periodo gestazionale sono stati elaborati diversi strumenti specifici che vengono attualmente utilizzati non solo nell'ambito della ricerca, ma anche nell'ambito della pratica clinica. Ad esempio, la Mate-R è una intervista semi-strutturata per studiare il movimento delle rappresentazioni genitoriali e le modalità con cui queste vengono organizzate in una struttura narrativa; l'applicazione di tale strumento avviene nei momenti evolutivi significativi, a partire dal periodo gestazionale. Un altro strumento sempre più utilizzato è la *Adult Attachment Interview* (AAI) elaborata da Main e Goldwyn (1990), che consente di valutare lo stato mentale dell'adulto rispetto alle proprie esperienze passate di attaccamento, e di correlarlo con la qualità di attaccamento che l'adulto stesso sviluppa con i propri figli.

Le implicazioni per il lavoro clinico sono evidenti e di grande portata; un esempio è dato dalle applicazioni terapeutiche nelle molteplici situazioni a rischio derivanti da rotture dell'attaccamento, quali ripetute ospedalizzazioni, patologia materna o paterna, lutti pregressi, e nella psicosomatica del lattante.

*Allegato D.*

In ambito regionale, in particolare presso le Aziende USL di Ferrara, Bologna Nord e Reggio Emilia, in collaborazione con cattedre universitarie sono stati attivati programmi e progetti specifici di intervento, il cui comune e principale oggetto di valutazione è la prima relazione genitori-bambino. L'indirizzo prevalente è quello di sostenere, pur nella diversità degli approcci e dei contesti, le cure primarie fornite al bambino.

E questa ci pare, oggi, una delle sfide più importanti del sistema sanitario.



## **ALLEGATO E. CONSIDERAZIONI GENERALI SULLO STATO ATTUALE DELLE RELAZIONI FRA I SERVIZI SANITARI E LA SCUOLA**

Le configurazioni di rapporto oggi più frequenti sono:

- la segnalazione (di alunni),
- l'invio ai servizi (di alunni o genitori),
- la richiesta di intervento in qualità di esperti presso gruppi di alunni,
- la richiesta di consulenza per il personale (per lo più docente).

### *La segnalazione*

Si configura come una situazione triangolare nella quale un soggetto (l'insegnante) sollecita l'intervento di un esperto consulente (NPI, psicologo, ecc.) per un terzo (un alunno, la sua famiglia) che viene indicato come bisognoso di cure: "Io ti chiamo perché tu intervenga in quanto lui ha bisogno". Tutto ciò crea una situazione confusa, per l'esperto operativamente impossibile in quanto non c'è nessuna chiarezza sulla committenza: chi sollecita l'intervento non è committente in quanto non ne ha direttamente bisogno; chi è ritenuto bisognoso non è committente in quanto non esprime la domanda. Per di più, se si attiva un intervento, il destinatario dello stesso può sentirsi svalorizzato, patologizzato o inquisito.

Per contribuire positivamente, questa modalità di rapporto dovrebbe essere utilizzata esclusivamente nei casi in cui il personale della scuola ritenga che un minore si trovi in condizioni di rischio per abbandono, maltrattamento o abuso. In questi frangenti infatti c'è il preciso dovere di segnalare la situazione al Tribunale per i Minori o (meglio) al servizio deputato alla tutela; l'intervento di controllo (e se possibile di aiuto) scatta del tutto indipendentemente dalla volontà delle persone coinvolte nella vicenda di presunto maltrattamento.

### *L'invio*

Anche in questo caso si configura una situazione triangolare, meno confusa della precedente ma che richiede comunque grande sensibilità e attenzione da parte degli operatori della scuola e dei servizi. Un soggetto (l'insegnante) esprime a un altro (l'alunno o i suoi genitori) delle preoccupazioni circa lo stato di salute e lo invita

a rivolgersi a un centro o a uno specialista per le necessarie cure: “Io penso che tu sia malato e che quindi tu abbia bisogno di quelle cure che ti possono essere fornite in quel servizio”.

L'esperto individuato dalla scuola può accogliere l'invio e attivarsi senza problemi: nel momento in cui si rivolge al servizio e domanda una consulenza, il suo “cliente” (l'alunno o i genitori) si identifica chiaramente nel ruolo di committente. Permangono tuttavia almeno un paio di problemi, non del tutto trascurabili.

- La scuola, attraverso l'invio, può sentirsi deresponsabilizzata o incompetente rispetto al problema rilevato e non considerarlo più cosa che la riguardi (è possibile invece che il difetto lamentato possa diventare anche oggetto di attenzioni pedagogiche).
- Non è piacevole per nessuno sentirsi indicare come bisognoso di cure neuropsichiatriche, psicologiche o riabilitative, ecc.; l'indicazione della scuola, per quanto formulata in totale buona fede, può quindi essere vissuta come svalutante o colpevolizzante.

#### ***Richiesta di esperti per interventi sugli alunni (educazione alla salute)***

Anche questo è un rapporto a tre. Un soggetto (la scuola) si ritiene incompetente o solo parzialmente competente rispetto a determinati problemi extra-curricolari, per cui si rivolge a soggetti esperti esterni (es. gli operatori socio-sanitari) per una integrazione o supporto all'attività didattica, mirati alla tutela della salute: “Ci sono cose specialistiche che gli insegnanti non conoscono; vieni tu, operatore esperto, ad affrontare l'argomento con gli alunni”.

L'esperto esterno che interviene e offre le sue conoscenze in classe o nell'interclasse, non deve essere una specie di meteora che presenta argomenti estranei a quelli curricolari. Al contrario, il contributo esterno ha valore solo se è preceduto e preparato da un rigoroso lavoro dell'insegnante e degli stessi alunni sul tema; l'esperto fornirà poi elementi di completamento e aiuterà l'ulteriore discussione. Per esempio, è inutile parlare di educazione sessuale - a meno che non si vogliano ottenere sghignazzi divertiti e domande imbarazzanti e provocatorie - se questo non avviene all'interno di uno studio serio (adatto all'età e al livello di istruzione) sulla biologia e sulla fisiologia, che includa anche la fisiologia della riproduzione. Si deve affrontare l'argomento da diversi punti di vista, con una riflessione più generale sui valori dei sentimenti, sulla gestione dei rapporti umani, sulla responsabilità e responsabilizzazione del singolo in ogni campo, anche in quello sessuale, ecc.

Ci si deve poi sempre chiedere cosa debba accompagnare la pura informazione scientifica perché sia convincente. È difficile, ad esempio, che un popolo di automobilisti si convinca ad allacciare sistematicamente le cinture di sicurezza se l'informazione sull'obbligo di usarle non si accompagna anche al tentativo di far rispettare la regola, e se soggetti in vista (e a rischio) come vigili urbani, carabinieri, altre forze dell'ordine, esercito, taxisti, autotrasportatori, ecc., sono per primi esentati da quest'obbligo. Allo stesso modo, è difficile convincere i ragazzi sui pericoli del fumo di tabacco se gli inviti sono svogliati e poco convinti, se il divieto di fumare a scuola è un *pro forma* che vale solo dentro l'aula e non sulla soglia della stessa, se qualche insegnante e lo stesso preside fumano nei corridoi e se si è tolleranti con gli alunni più grandi.

La pura informazione sui rischi per la salute diffusa in ambito scolastico, soprattutto se non adeguatamente supportata da un più ampio lavoro di insegnanti e alunni, è poco produttiva: ad esempio, la semplice informazione più o meno occasionale sulle droghe, sui loro effetti sull'organismo umano, sui pericoli del loro uso, probabilmente lascia il tempo che trova; così come è difficile prevenire le gravidanze in adolescenza con interventi informativi sulla dinamica della fecondazione e sui metodi contraccettivi.

Considerazioni un po' diverse si potrebbero fare per quegli interventi di esperti sul gruppo classe orientati non tanto a informare o educare gli alunni, ma a osservare gli aspetti relazionali del gruppo, a lavorare sul benessere scolastico, sul livello di autostima dei ragazzi, ecc. Si tratta di esperienze esemplari, di orientamenti potenzialmente molto utili, ma difficili da generalizzare su ampia scala per l'impegno che comportano. Si devono prevedere iniziative rivolte ai giovani e agli adolescenti, finalizzate alla responsabilizzazione dei comportamenti individuali e che favoriscano la consapevolezza delle possibili conseguenze per sé e per gli altri.

### *Consulenza per il personale docente (e non)*

In quest'ultimo caso si tratta di un chiaro rapporto a due. L'insegnante riconosce le proprie difficoltà, i propri limiti nell'affrontare i problemi e gli interrogativi che i ragazzi sollevano, e chiede un aiuto per sé, per tentare di essere più adeguato nel complessivo lavoro pedagogico: "Con quel ragazzo o con quel problema non ce la faccio da solo; prova tu, operatore sanitario, a darmi un mano per affrontare un po' meglio certe cose".

L'insegnante spesso si trova di fronte a situazioni che generano molta preoccupazione, ansia, imbarazzo, paura, incertezza, sensazione di impotenza, ecc. In tutti questi casi, può essere utile avere un sostegno, una possibilità di confronto e di comprensione da parte di un esperto che opera come consulente di fiducia.

Le seguenti considerazioni e raccomandazioni dovrebbero quindi guidare la programmazione delle politiche per la salute nell'infanzia e nell'età evolutiva.

- Si registra l'esigenza di offrire alla scelta autonoma dell'istituzione scolastica interventi di supporto al personale che vi opera, affinché venga sempre più affinata la sensibilità per rilevare il disagio nascente nei bambini-ragazzi, spesso derivante da problematiche familiari di fondo, e per rapportarsi poi con la famiglia in modo efficace.
- È altresì necessario fornire alla scuola informazioni e strumenti utili per affrontare il problema, sia in modo globale sia nel singolo bambino-ragazzo. I servizi sociali e sanitari devono fornire nominativi di referenti e riferimenti certi per avviare percorsi di aiuto (al singolo, alla sua famiglia) con i necessari caratteri della continuità e della facilitazione dell'accesso, e anche iniziative di altro tipo (progetti, programmi, protocolli, accordi, ecc.) per il reciproco confronto (scuola-famiglia, scuola-istituzioni, ecc.). In questo modo si potrebbe migliorare globalmente l'ambiente scolastico ed extra-scolastico in un clima di reale fiducia e cooperazione.
- La responsabilità della scuola stessa (nel suo insieme, nei diversi operatori) nei confronti di singole situazioni gravi (maltrattamento, abuso sessuale) o di ragazzi che per vari motivi sono portatori di diversità fisica, psichica, di comportamento, o sociale (povertà, immigrati, ecc.), deve essere definita in modo congiunto, e deve essere comunicata ai singoli operatori. Ciò deve produrre ricadute sulla organizzazione della scuola stessa,
  - in termini strutturali (eliminazione delle barriere architettoniche, modifiche di spazi, orari, alimentazione, ecc.),
  - nelle modalità di rapporto con la famiglia e con i servizi socio-sanitari coinvolti (pediatria di comunità, servizi sociali, neuropsichiatria infantile, psicologi, ecc.),
  - nel favorire l'accoglienza fra i nuovi compagni di classe e di scuola.

Nella logica dell'autonomia, il rinnovato ruolo competente e responsabile dei Capi di istituto dovrà sempre più portare alla definizione di accordi/protocolli per specifici aspetti, con reciproca assunzione di responsabilità e definizione delle competenze.

- I progetti di educazione alla salute già avviati dovranno sempre più ricercare modalità di progettazione comune e condivisa, secondo i principi della definizione degli obiettivi e della loro verifica di efficacia, con indicatori appropriati e modalità concordate fra i diversi interlocutori, e con il pieno coinvolgimento dei responsabili della globale educazione dei giovani (scuola, famiglia, ecc.). Si devono quindi

*Allegato E.*

valorizzare la formazione e il coinvolgimento degli insegnanti, cui va prioritariamente indirizzato l'intervento degli operatori sanitari: in questo modo si possono evitare azioni isolate degli esperti dirette agli alunni, e si garantisce una corretta e informata gestione dei progetti da parte dei docenti, anche previa appropriata comunicazione (informazione/partecipazione) con le famiglie.



## **ALLEGATO F. LA CITTÀ**

### *Analisi dell'esistente*

La grande maggioranza della popolazione regionale vive oggi in agglomerati di tipo urbano e la principale modalità di spostamento è l'automobile. In questo contesto, la condizione ambientale prevalente dell'infanzia/adolescenza è caratterizzata per lo più da spazi e luoghi di tipo privato (la propria abitazione), automobilistico (le strade) e specialistico (le istituzioni pubbliche monofunzionali). Nelle nostre città sono pochissimi gli spazi e i luoghi che si qualificano come collettivi, non specializzati, di accessibilità e utilizzo non automobilistico.

Questa condizione ambientale è certamente assai diversa da quella di alcuni decenni fa, quando a una scarsità di centri funzionali dedicati corrispondeva però una presenza diffusa di luoghi di tipo collettivo (le strade in primo luogo, ma anche le pertinenze delle abitazioni rurali, ...).

Gli spazi di facile accesso e non funzionalizzati favoriscono l'incontro, lo scambio, la socializzazione, la creatività, l'autonomia personale, la scoperta. Lo schema funzionale delle nostre città tende invece a proporre modelli di crescita molto specializzati, non autonomi, spesso predefiniti dagli adulti che gestiscono il minore, privi di situazioni libere - intese come possibilità di incontro e attività non preventivamente definite.

All'impoverimento e all'irrigidimento delle occasioni di relazione esterne allo spazio domestico, corrisponde inevitabilmente una patologica accentuazione della vita all'interno dello spazio privato della propria abitazione, in cui la televisione rappresenta il surrogato del rapporto di scambio con la realtà.

Prima ancora di implicazioni legate alla sicurezza e alla incolumità fisica dei minori esposti a un ambiente urbano assai aggressivo, tale condizione porta con sé gravi ripercussioni proprio nella sostanza formativa: risultano infatti sempre più impedito tutte quelle occasioni di scoperta e appropriazione di modalità di movimento e di relazione autonoma che costituiscono un aspetto essenziale della maturazione psicologica dei minori.

### ***Individuazione dei punti critici***

I punti e gli aspetti che presentano maggiori criticità sono:

- la mancanza di percorsi sicuri che permettano ai bambini e agli adolescenti di recarsi autonomamente nei principali luoghi di riferimento (scuole, parrocchie, centri sportivi);
- la mancanza di un disegno urbano con valenza strategica riferita alla ricerca di un maggiore livello qualitativo degli spazi urbani, sulla scala minuta di isolato e di quartiere e sulla scala complessiva della città;
- la persistenza di un ruolo degli anziani nella tutela dei minori in città troppo appiattito sulla pura vigilanza stradale, senza che siano promosse e sperimentate forme di affidamento assai più articolate tra popolazione anziana e popolazione minore;
- l'isolamento fisico, funzionale e psicologico delle scuole all'interno delle città, vere e proprie *enclave* con tempi e attività separati.

### ***Obiettivi generali***

Gli obiettivi generali si riferiscono essenzialmente alla necessità di una più facile - e gradevole - praticabilità degli spazi urbani in termini di sicurezza dei percorsi, facilità di utilizzo dei mezzi pubblici, controllo della qualità ambientale dello spazio urbano in cui si vogliono reinserire i minori.

Non va peraltro sottovalutata la necessità di creare occasioni concrete di fruizione da parte dei minori, i quali avrebbero ben poco da guadagnare da una città attraversabile ma dove non vi sia nulla di interessante da fare. L'alternativa all'immanenza televisiva consiste nel proporre attività di vario genere e tipo, non solo piacevoli e formative, ma anche coinvolgenti sotto il profilo emotivo e relazionale. In questo senso si possono citare tutte le attività che propongono un intervento diretto dei ragazzi e non una semplice fruizione (fare teatro, fare musica, ecc.). Inutile dire che questo tipo di attività assume una valenza ancor più preziosa per i ragazzi disabili, come ben dimostrano le esperienze di Parma con ragazzi disabili e Down che operano in continuità con un'importante sede teatrale locale.

Da ultimo va sottolineata la possibilità, assai ricca di conseguenze, di proporre ai ragazzi forme più o meno dirette di volontariato, e quindi di uscita dallo spazio privato verso una dimensione collettiva, non solo in termini spaziali ma anche relazionali.

Il coinvolgimento stretto di popolazione anziana in accompagnamento ai minori nello svolgimento di attività è infine tra le istanze di più ampio significato sociale che una maggiore appropriazione della città da parte dei minori può implicare.

Più ambigue appaiono invece le politiche di coinvolgimento attivo dei ragazzi nell'elaborazione di politiche urbane (il parlamentino dei giovani), che rischiano di portare con sé una eccessiva responsabilizzazione dei minori e un implicito messaggio di rinuncia da parte degli adulti ad assumersi la responsabilità di scelta anche per loro.

### ***Obiettivi specifici***

Tra gli obiettivi specifici si possono citare i seguenti.

- Applicare immediatamente la Legge regionale relativa alle Città dei bambini e delle bambine.
- Costituire un ufficio regionale che sovrintenda alla applicazione della suddetta Legge, con compiti di coordinamento, monitoraggio, indirizzo, animazione culturale, e che soprattutto elabori linee guida e contribuisca concretamente a elevare il livello e la sensibilità dei tecnici - privati e pubblici - che si dedicano al disegno della città (redazione di un manuale di soluzioni progettuali per spazi pubblici, luoghi pubblici, spazi privati).
- Mettere a punto politiche ordinarie di valutazione delle condizioni di sicurezza e funzionalità delle sedi scolastiche, e attuare i conseguenti interventi migliorativi.
- Creare piste ciclabili, percorsi pedonali ecc. in tutti i comuni più grandi.
- Modificare il concetto di *standard* urbanistico, e considerarlo in termini di concreta qualità e praticabilità (vedi testo della nuova legge urbanistica regionale).
- Mettere a disposizione un "portafoglio" di spesa da definirsi in base alla dimensione demografica e alle situazioni territoriali dei Comuni, i cui fondi siano riservati a interventi a favore dell'infanzia. Le risorse dovranno essere individuate all'interno dei bilanci comunali, definendo quote parte, per esempio degli oneri di urbanizzazione, dell'ICI, della TOSAP, ecc.
- Adottare nei Comuni un documento programmatico di spesa annuale e di inizio legislatura in materia di miglioramento delle città a favore dei bambini.
- Monitorare a livello regionale l'efficienza e l'efficacia delle spese stanziare dai Comuni per interventi di miglioramento urbano a favore dei minori.
- Ridefinire il ruolo delle Circoscrizioni e dei Quartieri come "luoghi di progetto" per la città, ed eventualmente coinvolgere i bambini nella progettazione di parti di città.
- Creare forme di coordinamento operativo tra tutte le istanze che si occupano di minori a livello comunale e provinciale, per mettere in rete le attività già esistenti e promuoverne di nuove nelle zone più a rischio o più scoperte.

- Definire un progetto relazionale che coinvolga gli adulti (anziani, vigili di quartiere – da presentare a scuola come amici dei bambini –, commercianti) nel controllo sociale diffuso dell'autonomia dei bambini; produrre cultura insieme (foto, video, mostre); costruire cose. I bambini possono “adottare” gli anziani; è però necessario un tramite esperto per gestire la relazione; per evitare ogni finto buonismo occorre fare cose insieme: gite, feste, storie, ...
- Scegliere ogni anno un comune campione, e con un finanziamento diretto e immediato realizzare opere e interventi esemplificativi.
- Creare in ogni comune o gruppo di comuni un'autorità che possa velocizzare tutte le scelte amministrative che riguardano l'infanzia. (“Se noi adulti non possiamo permetterci di aspettare 10 anni per un'area verde, immaginiamoci i bambini!”).
- Inserire nelle scuole protocolli educativi di conoscenza della città (foto, *orientering*, interviste coi decisori pubblici, laboratori progettuali, ecc.).
- Abbattere le barriere fisiche e psicologiche tra scuola e quartiere, tra scuola e città; incentivare la trasmissione dei saperi, andare a scoprire i mestieri della città, imparare come funzionano le cose (chi schiaccia il pulsante che fa diventare verde il semaforo?). (“Se conosco bene la mia città, imparerò a conoscere con facilità qualunque altra città del mondo; sarà solo un problema di scala, di proporzioni”).
- Modificare le modalità operative di studio per permettere ai ragazzi di andare a scuola senza pesi eccessivi, così da rendere concretamente realizzabile l'obiettivo di muoversi da soli, a piedi o in bicicletta.

### ***Individuazione di indicatori misurabili***

Gli indicatori misurabili possono essere:

- modalità di spostamento verso e dalla scuola,
- lunghezza delle piste ciclabili e pedonali,
- numero di spazi aperti censibili come collettivi,
- numero di luoghi pubblici attrezzati per attività dedicate ai minori,
- numero di anziani coinvolti in attività di supporto o di collaborazione con i minori,
- numero di attività di animazione a favore dei minori e in particolare di quelli disabili,
- qualità d'uso dell'edilizia scolastica,
- orari e funzionalità dei complessi scolastici,
- peso medio giornaliero degli zaini scolastici.

## ALLEGATO G. PREVENZIONE DELL'OBESITÀ NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Nel corso degli ultimi due decenni, negli Stati Uniti la prevalenza dell'obesità nell'adulto e nel bambino è raddoppiata con una rapidità che, se si mantenesse inalterata, porterebbe la totalità della popolazione americana a essere obesa nel 2230 (JAMA, 272: 205, 1994). Attualmente negli USA la prevalenza dell'obesità del bambino supera il 20%.

Lo stesso *trend* generale viene rilevato in tutte le nazioni del mondo industrializzato ed è evidente anche in Italia. Nel nostro paese, il gruppo di lavoro sull'obesità della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica ha condotto uno studio multicentrico in nove regioni, tra cui l'Emilia-Romagna, i cui risultati sono in corso di pubblicazione sulla *Rivista italiana di pediatria*. Lo studio ha dimostrato una prevalenza dell'obesità nella popolazione scolastica del 16,5% (6,9% per la forma grave) nel maschio e del 12,7% (3,6% per la forma grave) nella femmina con un *trend* di progressivo incremento nel tempo.

Un'indagine condotta sulla popolazione scolastica bolognese dall'anno scolastico 1988-1989 all'anno 1997-1998 ha dimostrato un generale incremento della prevalenza dell'obesità: nelle classi elementari, medie e superiori è passata dal 10,8%, 11,6% e 12,6% rispettivamente al 16,4%, 14,5% e 10,4%. Si è registrata una apparente stabilità solo nelle scuole superiori, nelle quali tuttavia la prevalenza per obesità grave nello stesso periodo è aumentata dal 2,3% al 4,3%.

Questo fenomeno, che ha indotto alcuni a parlare di *obesity - a modern-day epidemic* (Pi-Sunyer, Laferrère, 1999), si è manifestato in un periodo troppo breve perché possa essere giustificato con un cambiamento dell'assetto genico della popolazione. Nonostante siano dimostrate importanti influenze genetiche nello sviluppo dell'obesità, è indubbio che l'attuale esplosione del peso debba essere imputata a un mutamento radicale delle condizioni ambientali e del costume di vita, che si traduce in particolare in una ampia disponibilità di alimenti a ricco apporto calorico associata a una riduzione dell'attività motoria.

La necessità di trattare l'adulto obeso deriva dallo stretto nesso esistente tra valore del BMI (*body mass index*) e morbilità e mortalità; l'attuale incremento della prevalenza dell'obesità è considerato una bomba a orologeria che esploderà con una epidemia di diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari, se non sarà in qualche modo arrestata (Bray, 1998).

Si calcola che attualmente negli USA si verificano circa 300.000 morti/anno per patologie indotte dall'obesità (accidenti vascolari, malattie cardiocircolatorie, diabete, cancro, ...), e i costi sostenuti per il trattamento della patologia cronica secondaria all'eccesso di peso sono enormi, dell'ordine di diverse decine di miliardi di dollari/anno.

Anche se i programmi a lunga scadenza finora adottati, che associano alle indicazioni dietetiche suggerimenti atti a modificare il comportamento e lo stile di vita, hanno permesso di ottenere risultati meno pessimistici rispetto al passato, il trattamento dell'adulto obeso rimane comunque molto problematico.

### *Perché prevenire l'obesità in età pediatrica?*

I motivi che inducono a intervenire fin dai primi anni di vita sono molteplici.

- Il bambino con eccesso di peso presenta una serie di ripercussioni negative che riguardano la sua salute psichica e fisica già in età pediatrica.
- L'obesità insorta in età pediatrica tende a persistere in età adulta.

I moltissimi dati disponibili in letteratura dimostrano che il bambino obeso ha il 40-85% di probabilità di diventare un adulto obeso. La probabilità è maggiore se l'obesità è presente nel periodo adolescenziale (Whitaker, 1997) e se si associa a obesità nei familiari (Mossberg, *Lancet*, 1989).

- L'obesità in età pediatrica aggrava il rischio di salute dell'adulto obeso.

L'Harvard Growth Study (*N Engl J Med*, 327: 1350, 1992) con un *follow up* di 55 anni su 3.000 alunni ha dimostrato un'augmentata mortalità a partire dal 45° anno di vita nei maschi che erano obesi in età adolescenziale, indipendentemente dal peso mantenuto nell'età adulta. Lo studio della Boyd Orr Cohort (*follow up* di 57 anni - Gunnell *et al.*, 1998) segnala un aumento della mortalità, in particolare per malattia ischemica coronaria, in rapporto a un più elevato BMI in età pediatrica. E ancora, uno studio su oltre 1.000 finlandesi seguiti per oltre 35 anni (Vanhala *et al.*, 1998) rileva che il 50% dei bambini obesi diventano adulti obesi e l'obesità in età pediatrica incrementa il rischio di sindrome metabolica nell'età adulta; gli studiosi suggeriscono anche che l'obesità dell'adulto insorta in età pediatrica è più pericolosa per la salute dell'obesità che si instauri solo in età adulta.

- L'iperplasia delle cellule adipose è un fenomeno irreversibile.

Fisiologicamente, tra i 2 e i 10 anni si verifica un modesto incremento numerico delle cellule adipose e durante la pubertà un aumento più consistente. Questo processo è regolato *in primis* dal patrimonio genetico dell'individuo, ma è condizionato anche dal volume cellulare. Se la cellula adiposa supera una dimensione critica, si verifica uno stimolo alla differenziazione in senso adipocitico dei preadipociti. Questa trasformazione è irreversibile (Rosenbaum, Leibel, 1998).

La prevenzione della tendenza all'obesità in età adulta si basa anche sulla capacità di contrastare l'iperplasia degli adipociti nel bambino.

- La terapia dell'obesità in età pediatrica dà risultati migliori.

Una delle maggiori difficoltà nel trattamento dell'obesità dell'adulto deriva dall'esistenza di un sistema di regolazione che si oppone ai cambiamenti del peso corporeo (per mantenere il nuovo peso raggiunto, un obeso dimagrito deve continuare a mangiare meno rispetto a un individuo normopeso). Il mantenimento del peso perso è pertanto un problema persistente nell'adulto. Nel bambino sono segnalati risultati a distanza nel mantenimento degli effetti di un trattamento anche dopo 10 anni (*Obes Res*, 3: 411, 1995). È cioè possibile che nel bambino, trattandosi di un individuo in sviluppo dinamico, il sistema di controllo sia meno radicato; pertanto il trattamento dell'obesità in età pediatrica può accompagnarsi a un *resetting* permanente del sistema di regolazione del peso.

D'altro canto le abitudini alimentari del bambino sono radicate da un minor numero di anni e sono quindi più facilmente modificabili. Inoltre il trattamento dell'obesità in età pediatrica può sfruttare positivamente l'accrescimento staturale e l'incremento della massa magra che accompagnano lo sviluppo somatico.

### ***Come prevenire l'obesità del bambino?***

I recenti dati epidemiologici dimostrano un incremento significativo della prevalenza dell'obesità a partire già dai primissimi anni di vita, e sottolineano quindi la necessità di un intervento terapeutico molto precoce, o meglio di un intervento preventivo, che secondo alcuni dovrebbe iniziare già durante la gravidanza, anche se non è ancora stata dimostrata con sicurezza una correlazione tra peso neonatale e obesità nelle età successive.

- In gravidanza si raccomandano: il controllo dell'alimentazione materna, la prevenzione dell'eccessivo incremento ponderale in particolare nell'ultimo trimestre di gravidanza, un adeguato trattamento di un eventuale diabete.

- Nel neonato deve essere favorita l'alimentazione al seno prolungata (l'autoregolazione del neonato allattato al seno previene l'iperalimentazione); i genitori, in particolare la madre, dovranno essere educati a riconoscere e a rispettare il senso di sazietà del lattante allattato artificialmente, e dovrà essere evitato il divezzamento precoce.
- Nel bambino l'alimentazione deve essere equilibrata, con un corretto apporto calorico per l'età e una equa ripartizione dei singoli costituenti. In particolare:
  - l'apporto lipidico non deve coprire una percentuale superiore al 30% con un contenuto in acidi grassi saturi inferiore a un terzo del totale,
  - l'apporto di zuccheri semplici non deve superare il 10% dell'apporto calorico totale,
  - l'apporto in fibre deve essere adeguato (10-12 grammi ogni 1.000 Kcal).

### ***Incremento dell'attività fisica***

Le indagini del NHANES hanno dimostrato che negli USA negli ultimi 20 anni non si è registrato un incremento dell'apporto lipidico e delle calorie totali nella dieta dei bambini in età prescolare. Nonostante ciò, in questa fascia di età si è verificato nello stesso periodo un significativo incremento della prevalenza dell'obesità.

Da ciò emerge il ruolo determinante che ha avuto la riduzione della spesa calorica condizionata dallo stile di vita sedentario dei nostri bambini. Un'indagine recentemente condotta negli USA ha dimostrato che nella popolazione infantile tra i 2 e i 17 anni il tempo trascorso davanti alla TV ammonta a un totale di ben 3 anni. È stata inoltre documentata con chiarezza la stretta correlazione esistente tra grado di adiposità e ore trascorse davanti al televisore: 1 ora in più al giorno determina un aumento della prevalenza dell'obesità del 2% (Robinson, 1998). A questo si deve aggiungere l'inattività legata alla diffusione dei videogiochi e del *computer*. L'uso dell'automobile, dell'ascensore, dei telecomandi, del telefono portatile; l'insicurezza degli ambienti di gioco all'aperto delle nostre città; la scarsa pratica dell'attività sportiva nelle nostre scuole, ecc., sono tutti elementi che contribuiscono a uno stile di vita poco attivo dei nostri bambini. La riduzione della spesa energetica di sole 40 Kcal al giorno comporta un incremento ponderale aggiuntivo nell'arco di un anno di 2 Kg.

L'incremento dell'attività fisica rappresenta pertanto uno dei cardini fondamentali nella prevenzione dell'obesità infantile. Può essere ottenuto in vario modo, con:

- riduzione dell'inattività: l'American Academy of Pediatrics raccomanda di limitare a non più di 1-2 ore al giorno il tempo trascorso davanti alla TV;
- inserimento dell'attività fisica nelle pratiche di vita quotidiana (camminare, salire le scale a piedi, incentivare l'attività ludica di movimento, ...);
- promozione di attività sportiva all'interno e al di fuori della scuola.

### ***Approccio comportamentale***

L'utilizzo di metodologie educative che portano a modifiche del comportamento, le indicazioni dietetiche e l'esercizio fisico sono elementi essenziali per ottenere un successo a lungo termine di un trattamento dietetico nel bambino.

Varie osservazioni dimostrano che la riuscita di questi programmi è significativamente più elevata se oltre al bambino vengono coinvolti anche i genitori. Sono stati quindi sviluppati programmi comportamentali *family-based* o di *family support*, che considerano il nucleo familiare nel suo complesso, in una vera e propria terapia della famiglia.

In base alle considerazioni fin qui esposte, tenendo anche conto del fatto che l'obesità è stata inserita fra gli obiettivi del PSN per le sue implicazioni sulla salute e per la sua elevata prevalenza, si ritiene opportuno suggerire la programmazione a livello regionale di alcuni interventi atti a ridurre il rischio di sviluppare una condizione di sovrappeso già a partire dall'età pediatrica.

Si potrebbero estendere a tutta la regione alcune iniziative locali mirate a individuare le abitudini alimentari della popolazione e si potrebbe utilizzare la valutazione antropometrica su un campione di popolazione più vasto rispetto a quanto già effettuato per iniziativa della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica.

Il secondo obiettivo, in sintonia con quanto suggerito dal PSN, potrebbe essere quello di promuovere comportamenti e stili di vita sani. Sotto questo profilo, due sono gli interventi strategici prioritari.

- Programmi di educazione alimentare rivolti all'intera comunità, con il coinvolgimento in particolare della scuola e della medicina di base. Sotto questo profilo è rilevante anche il ruolo della refezione scolastica, che deve da un lato essere coerente con i dettami dei corretti apporti nutrizionali a seconda dell'età, dall'altro essere adatta alla gestione del bambino con problemi di obesità.
- Educazione a uno stile di vita più attivo a partire dalla giovane età. Campagne educative volte innanzitutto alla riduzione dell'inattività fisica (TV, computer, videogiochi, ...) sono di per sé un elemento di stimolo per il bambino verso un maggiore impegno motorio (un aumento del dispendio energetico giornaliero di sole 100 Kcal si traduce in un minore incremento ponderale di 4,5 Kg/anno). Dovrà essere incentivato il corretto utilizzo delle ore destinate all'attività fisica nella scuola e, se possibile, ampliato l'impegno orario destinato all'attività sportiva o ludica. Rientrano in questo programma i progetti di "Città sana o sicura" e le campagne educative mirate a incoraggiare un maggiore impegno motorio.

## **ALLEGATO H. PROPOSTA DI UN PERCORSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTEGRATA: LA SINDROME DI DOWN**

I contenuti principali che il progetto regionale dovrà approfondire e garantire sono sinteticamente espressi in questa scheda, proposta alla Regione e alle Aziende sanitarie per l'emblematico valore di obiettivo integrato di promozione della salute, visto che è potenzialmente rivolta ai diversi ambiti considerati (famiglia, scuola, servizi socio-sanitari, Enti locali, privato sociale).

La continuità va intesa sia in senso trasversale (collegamento funzionale fra le diverse strutture e professionalità sanitarie, sociali, scolastiche, urbanistiche, coinvolte nella gestione per specifiche fasce d'età), che longitudinale (dal momento della diagnosi, prenatale o neonatale, alla vecchiaia). Gli interventi dovranno quindi essere volti a definire un modello tecnico-organizzativo che permetta alla famiglia di svolgere le seguenti azioni.

- Individuare all'interno dei servizi socio-sanitari un unico referente, che si fa carico di assicurare tutti gli interventi necessari, concordati con la famiglia stessa in base a specifici bisogni e con i diversi operatori, per competenza. Tale referente dovrà:
  - coordinare e integrare gli interventi in base a programmi personalizzati, nell'ambito della struttura distrettuale, sovra-distrettuale o sovra-aziendale, a seconda dei livelli specialistici richiesti;
  - rapportarsi con le istituzioni scolastiche per facilitare l'ingresso e la permanenza nella scuola del soggetto affetto da sindrome di Down, con eventuale formazione al personale della scuola e con iniziative che facilitino l'accettazione da parte dei compagni e delle loro famiglie;
  - provvedere a tutti gli interventi necessari per l'inserimento sociale (lavorativo, ecc.) del soggetto stesso;
  - garantire la continuità dell'assistenza oltre i 18 anni di età;
  - raccordarsi con le realtà ospedaliere per definire percorsi preferenziali (per esempio per l'accesso al Pronto Soccorso o alle prestazioni ambulatoriali e specialistiche).

- Conoscere e ricevere supporto dalle associazioni che già operano nel campo della tutela e del volontariato con questi soggetti. Questo processo di informazione deve essere avviato dal momento stesso in cui la famiglia viene a sapere del problema.
  - Qualora la donna/coppia, nell'ambito della diagnostica prenatale in gravidanza, venga a conoscenza della sindrome di cui è affetto il nascituro, dovrà essere informata e rassicurata su tutti i possibili supporti che potrà ricevere dai servizi socio-sanitari, dalle associazioni, ecc., e le dovrà essere offerta la possibilità di incontrare persone che hanno già affrontato l'esperienza di un figlio con la sindrome di Down.
  - Qualora la sindrome di Down sia diagnosticata alla nascita, è utile proporre immediatamente una rete di supporti psicologici-relazionali, anche in collaborazione con le associazioni, in grado di aiutare la coppia a non affrontare in solitudine questo difficile momento. Il pediatra di base dovrà essere coinvolto, e le strutture socio-sanitarie dovranno immediatamente attivarsi per fornire alla famiglia informazioni chiare sulle caratteristiche di semplificazione e accessibilità, ecc.

Il progetto dovrà inoltre prevedere interventi tesi ad assicurare i seguenti aspetti.

- Efficacia e appropriatezza degli interventi.

Esperti dei vari settori dovranno elaborare linee corrette e appropriate per interventi socio-sanitari per questi pazienti, anche attraverso il confronto fra le modalità attuate nei servizi ed eventuali altre proposte dedotte dalla letteratura scientifica.

Andranno coinvolte le associazioni specificamente impegnate su questo tema; con il loro contributo si potranno avviare nuovi progetti di ricerca, sperimentazione e validazione di tecnologie di trattamento appropriate.

Rientra in questo campo anche l'organizzazione degli interventi e della loro tempistica (es. procedure diagnostiche in gravidanza), in modo da non porre la donna/coppia davanti a scelte difficili in modo precipitoso e/o tardivo, o a dover affrontare percorsi in situazioni di incertezza per quanto riguarda i riferimenti clinico-assistenziali.

- Equità di accesso - uniformità (modello sperimentale).

L'individuazione di un modello organizzativo uniforme e la particolare attenzione rivolta al percorso di assistenza alla sindrome di Down dovranno favorire:

- un monitoraggio a livello aziendale (sovra-distrettuale) e regionale della sua implementazione;
- la definitiva validazione del modello che, pur essendo orientato all'assistenza nella sindrome di Down (una delle patologie cromosomiche più frequenti, già diagnosticabile fin dall'epoca pre-natale, con caratteristiche di bisogno e di assistenza socio-sanitaria emblematicamente integrate), dovrà essere utilizzabile e riproducibile per qualunque altra patologia con caratteri di cronicità, non autosufficienza, bisogno assistenziale a lungo termine, ecc.



## COLLANA "DOSSIER" a cura della Regione Emilia-Romagna

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (\*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (\*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (\*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (\*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (\*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.
18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso il CDS

20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna*. 1992, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro*. 1986-1991. 2 volumi, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna*. 1989-1992, Ravenna, 1994. (\*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali*. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna* 1993, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna*. 1993, Bologna, 1995. (\*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali*. Riccione, 7-9 ottobre 1994, Bologna, 1996. (\*)
28. *Gli scavi in sottoterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (\*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (\*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (\*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (\*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998. (\*)
38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (\*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.  
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)

40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (\*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (\*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (\*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (\*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (\*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (\*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (\*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (\*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
55. *Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
56. *La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
57. *Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
58. *Incidenti stradali: prevenzione e strategie di intervento. Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (\*)
59. *Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. **(in preparazione)**

