



Capitolo 5

La nascita, l'infanzia e l'adolescenza: quali nuovi bisogni sociali e sanitari?

5.1 Premessa

5.2 I Consulteri familiari delle Aziende Unità Sanitarie Locali

- 5.2.1 *Gli Spazi giovani*
- 5.2.2 *Gli Spazi donne immigrate e loro bambini*

5.3 I contesti della nascita

- 5.3.1 *L'assistenza alla gravidanza*
- 5.3.2 *Il luogo del parto*
- 5.3.3 *La residenza materna*
- 5.3.4 *L'età materna e lo stato civile*
- 5.3.5 *La scolarità materna e paterna*
- 5.3.6 *La condizione professionale materna e paterna e la cittadinanza materna*
- 5.3.7 *Il tipo di parto*
- 5.3.8 *Il neonato*

5.4 Le malattie croniche e l'infanzia

- 5.4.1 *Contesto e riferimenti normativi*
- 5.4.2 *L'assetto organizzativo in ambito distrettuale*
- 5.4.3 *Il Progetto salute infanzia*

5.5 Il contributo della Neuropsichiatria alla promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza

- 5.5.1 *I disturbi del comportamento alimentare (DCA)*
- 5.5.2 *L'autismo ed altri disturbi dello spettro autistico*

5.6 I minori con problemi di dipendenza

- 5.6.1 *I minori in carico ai Sert*
- 5.6.2 *I genitori con problemi di dipendenza e figli minori*

5.7 Gli incidenti stradali

L'Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza



5.1 Premessa

La rete dei servizi territoriali per la promozione e la tutela della salute della donna, dell'infanzia e dell'età evolutiva, nata fin dagli anni 70 con i consorzi socio-sanitari, ha come riferimento i principi e le finalità indicate prima nella legge regionale n. 27 del 14 agosto 1989 *Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli* e poi ribadite, in un contesto sociale profondamente mutato, nella nuova organizzazione del Servizio sanitario regionale (SSR) e nel Piano sanitario regionale (PSR) 1999-2001.

La scelta del Piano sanitario regionale è di realizzare un sistema di reti integrate di servizi, attraverso cui garantire l'equità di accesso e l'appropriatezza del servizio, tenendo conto anche delle preferenze e delle aspettative del cittadino. Sulla salute delle persone influiscono fattori che vanno ben al di là del campo di intervento dei servizi sanitari e che coinvolgono una molteplicità di soggetti/istituzioni. Pertanto gli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie possono essere perseguiti solo attraverso interventi intersettoriali che vedono partecipi, oltre al servizio sanitario, anche i cittadini, gli enti locali, il privato sociale e il volontariato.

In questo contesto diventa importante ridefinire i rapporti con i servizi sociali, ormai completamente distaccati dalle Aziende USL dopo il D. Lgs. 502 del 1992 *Riordino della disciplina in materia sanitaria (...)* e la legge regionale n. 19 del 1994, *Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale (...)*. Tali norme hanno da tempo introdotto l'aziendalizzazione delle USL, la creazione delle Aziende ospedaliere e la facoltà, per i Comuni, di ritirare le deleghe già assegnate alle USL in materia di gestione, aprendo la strada alla fuoriuscita dei servizi sociali dalle AUSL ed alla creazione di quella nuova, importante realtà, che è diventata il servizio sociale comunale.

In questo senso va la legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004, *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale* ed il nuovo Piano sociale e sanitario 2005-2007, in via di elaborazione, in cui vengono declinate insieme le problematiche della sanità e delle politiche sociali, avviando la costruzione di un unico sistema regionale di assistenza.

L'attenzione del Servizio sanitario regionale, in particolare per l'assistenza distrettuale, è posta al lavoro in rete tra operatori dei diversi servizi coinvolti nei percorsi assistenziali a favore della salute della donna (prevenzione dei tumori femminili, prevenzione delle principali patologie dell'età post-fertile), della salute riproduttiva e sessuale delle donne e delle coppie (contraccezione, assistenza alla gravidanza e alle scelte genitoriali, prevenzione e cura dell'infertilità di coppia) e nei percorsi di prevenzione per gli adolescenti (prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e dei disturbi dell'alimentazione, educazione socio-affettiva e sessuale, contraccezione) con la finalità di garantire la continuità dell'assistenza e di adeguarla ai nuovi bisogni.

A questo scopo è stato realizzato il programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari che, in particolare sul percorso nascita e sui servizi rivolti all'adolescenza, ha indirizzato e realizzato strumenti e modalità di lavoro da una parte tra operatori dei consultori familiari, della pediatria di comunità, dei servizi ospedalieri di ostetricia e ginecologia e di neonatologia, dall'altra tra gli operatori degli Spazi giovani consultoria-



li, dei SerT, della psichiatria e neuropsichiatria infantile. Interlocutori essenziali, via via coinvolti nei gruppi di lavoro e nelle esperienze realizzate nelle realtà locali, sono i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale, attori delle cure primarie nel distretto e primi interlocutori dei cittadini nel loro rapporto con il Servizio sanitario regionale.

Anche sulla rete dei servizi per l'infanzia (pediatri di libera scelta, pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile, servizi ospedalieri di riferimento per le malattie croniche) si è avviato un lavoro di indagine, riflessione e sperimentazione, per rendere maggiormente fruibili i servizi dalle famiglie, per intercettare i bisogni delle fasce sociali più deboli, che con più difficoltà li esprimono, e per promuovere una cultura complessiva di approccio ai problemi dell'infanzia.

Nel corso del lavoro è infatti emerso come nella salute dell'infanzia siano inseparabili gli aspetti sociali, sanitari, educativi, relazionali ed affettivi per comprendere lo sviluppo infantile, e come il contesto sociale, inteso come comunità, abbia un ruolo centrale nel contribuire alla presa in carico del bambino. Per i servizi che si occupano di infanzia occorre quindi pensare a modalità di lavoro che mettano in raccordo, intorno al bambino, l'ospedale, i servizi sociali, i servizi educativi, ma anche i genitori e la società, costruendo connessioni tra tutti i punti della rete, e lavorando sui nuovi bisogni e sui vari modelli culturali che agiscono all'interno del contesto sociale attuale.

Un altro elemento che richiede un nuovo modo di erogare i servizi, è la crescente quota di popolazione immigrata che tende verso caratteristiche di stabilità, comprovate da un costante processo di ricongiunzione familiare e conseguentemente da una crescita della componente femminile e da un incremento delle nascite dei bambini.

La presenza di famiglie immigrate e i cambiamenti nella stratificazione della popolazione straniera comportano infatti la necessità di consolidare il riorientamento delle modalità di servizi offerti, di accesso e di relazione degli operatori sanitari con le persone immigrate che hanno problemi di salute, in un'ottica interculturale al fine di soddisfare i nuovi bisogni di fasce svantaggiate di popolazione.

Per rendere sempre più efficaci gli interventi rivolti alla nascita, all'infanzia e all'adolescenza occorre quindi una sempre maggiore sinergia con le istituzioni locali e un'azione integrata di tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati, in una logica di sussidiarietà in grado di valorizzare adeguatamente tutte le competenze ed esperienze che si sono sviluppate, migliorando l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.



5.2 I Consulteri familiari delle Aziende Unità Sanitarie Locali

Senza dubbio la nascita, la crescita e l'evoluzione dei consulteri familiari sono strettamente intrecciate, in ogni loro fase, a due variabili determinanti: da un lato la storia delle donne, dei loro movimenti, del ruolo complessivo nella famiglia e nella società, dall'altro i mutamenti, anche profondi, intervenuti nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociali in Italia dalla metà degli anni settanta. Il tutto, naturalmente, in un contesto politico, istituzionale, culturale ed economico che è profondamente e rapidamente mutato e che, inevitabilmente, ha condizionato, e tuttora condiziona, le persone, i servizi, l'idea stessa di welfare e di sviluppo della società. Importante ricordare la crescente presenza negli ultimi anni della popolazione straniera soggiornante nella nostra regione.

In questi tre decenni di attività alcuni obiettivi, talune parole d'ordine sono rimaste quasi immutate, anche rispetto all'idea e alle caratteristiche di fondo dei consulteri familiari: parole come accoglienza, relazione/comunicazione, sostegno alla libertà di scelta, integrazione tra operatori e tra servizi, sono ancora un punto di riferimento, una meta da riconquistare continuamente, anche se in un contesto profondamente mutato, in cui i consulteri stessi sono cambiati rispetto alle origini. I consulteri, in questi anni di realizzazione del Piano sanitario regionale (PSR), hanno avviato, e ormai completato, un profondo processo di innovazione che la riforma del Sistema sanitario regionale (SSR) richiedeva per renderli più confacenti alle nuove esigenze della donna di oggi. I punti di forza, su cui si basava la realizzazione della rete consultoriale nel territorio, hanno permesso alle équipe consultoriali di compiere il processo di innovazione che veniva loro richiesto.

Il Piano sanitario regionale 1999/2001 prevedeva il riorientamento della rete dei servizi consultoriali attraverso il loro coinvolgimento nella realizzazione dei piani per la salute, insieme alle rappresentanze istituzionali e alle organizzazioni sociali e del volontariato, in quanto le azioni da intraprendere comportano spesso la necessità di affrontare determinanti sociali, culturali ed economiche ed hanno comunque una forte valenza sociale e culturale.

I piani per la salute rivolti alla donna individuano in particolare la necessità di una programmazione integrata fra aziende sanitarie, enti locali ed associazioni di volontariato per assicurare interventi coordinati a favore della salute della donna (es. prevenzione dei disturbi dell'alimentazione), della salute riproduttiva e sessuale delle donne e delle coppie (es. contraccezione, assistenza alla gravidanza e alle scelte genitoriali, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, prevenzione e cura dell'infertilità di coppia), della prevenzione degli abusi e dei maltrattamenti.

Il processo di integrazione dei consulteri nell'ambito delle cure primarie, nel distretto, è stato più lungo perché si è voluto/dovuto, dapprima, ridefinire funzioni e competenze dei consulteri stessi e, successivamente, stabilirne le relazioni con le altre strutture del dipartimento di cure primarie, con altri dipartimenti aziendali (ospedalieri, salute mentale, sanità pubblica) e con i servizi sociali dei Comuni.

Le linee guida per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale hanno collocato i consulteri familiari nell'ambito del dipartimento delle cure primarie ed individuato due livelli di attività, di cui il primo è svolto nei punti consultoriali decentrati, prossimi alle zone territoriali omogenee dei nuclei di cure primarie (e cioè ai medici di medicina generale di quell'ambito territoriale), mentre il secondo livello assicura i collegamenti fun-

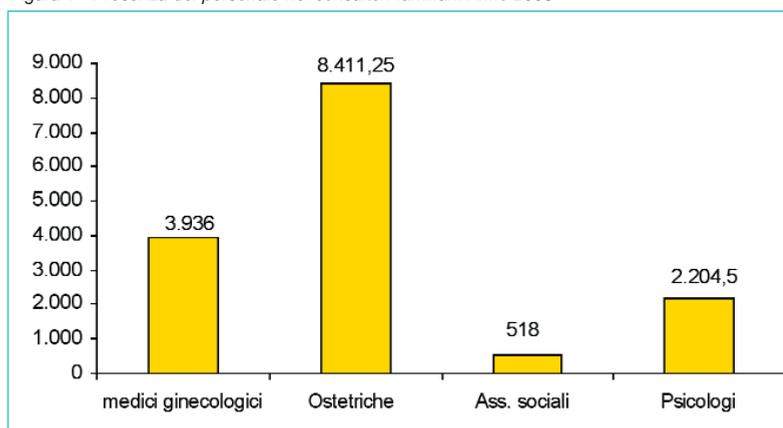


zionali con servizi distrettuali e ospedalieri. Secondo queste linee guida, l'équipe multiprofessionale del consultorio familiare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale) rappresenta il punto di riferimento distrettuale per formulare e realizzare piani di assistenza personalizzati per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, della coppia e della famiglia. In questo ambito, l'ostetrica in particolare ha la funzione di curare le relazioni fra l'équipe dei nuclei di cure primarie e l'équipe consultoriale di riferimento. L'assistente sociale è, infine, elemento qualificante e necessario per formulare e realizzare piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria, a integrazione e supporto degli interventi sanitari, e costituisce la forma di raccordo con l'ambito di intervento proprio dei Comuni, anche sulla base degli eventuali accordi di programma.

Compito dell'équipe consultoriale multiprofessionale è formulare e realizzare programmi di intervento per le donne, le coppie e le famiglie, finalizzati anche a rimuovere eventuali ostacoli rispetto ai bisogni assistenziali rilevati ed alle preferenze espresse dalla donna e dalla famiglia. Responsabilità dell'équipe multiprofessionale è la ricerca attiva dei bisogni, soprattutto delle fasce di utenza più vulnerabili per condizioni socio-economiche, per sviluppare piani di lavoro mirati di assistenza sanitaria e sociale, avvalendosi anche del concorso dei servizi sociali e delle organizzazioni di volontariato eventualmente presenti sul territorio, e garantirne la realizzazione, assicurando il concorso e l'integrazione di tutti gli enti e le organizzazioni interessate. La numerosità delle associazioni di volontariato disponibili e la grande varietà nella tipologia di servizi offerti a supporto della donna e/o della famiglia in difficoltà sono una ricchezza effettiva a disposizione dell'équipe consultoriale, per assicurare la realizzazione di programmi assistenziali.

In Emilia-Romagna nel 2003, la rete consultoriale presenta 215 sedi, (presenza distrettuale media: 5,2 sedi) e registra una presenza settimanale complessiva di circa 112 ore dell'équipe (ostetrica, ginecologo, psicologo e assistente sociale) ogni 10.000 donne tra i 15 e i 64 anni (figura 1).

Figura 1 - Presenza del personale nei consultori familiari. Anno 2003

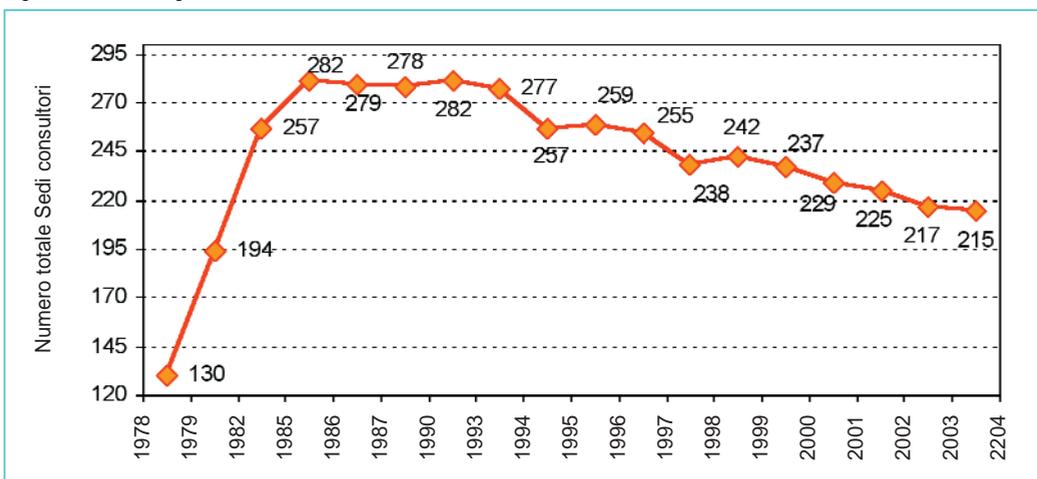


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



Dall'entrata in vigore della legge n. 405 del 29/7/1975 "Istituzione dei Consulteri Familiari" si è osservata un'apertura cospicua di sedi consultoriali fino a raggiungere, agli inizi degli anni 80, un rapporto di 3 sedi consultoriali ogni 10.000 donne. A metà degli anni 90 il numero delle sedi consultoriali si è progressivamente ridotto attestandosi a 1,6 sedi ogni 10.000 donne nel 2003 (figura 2).

Figura 2 - Sedi di erogazione consultori familiari. Anni 1978-2003



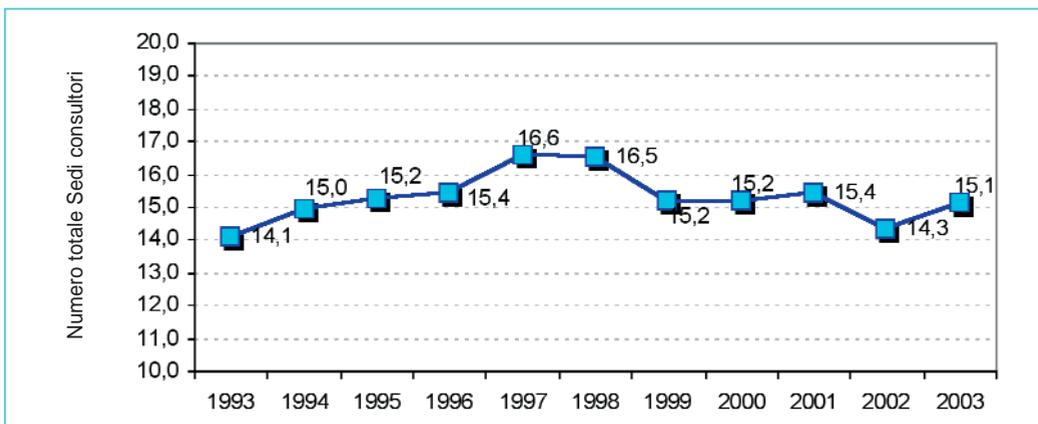
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

Le utenti che nell'anno di riferimento si sono rivolte ai consultori familiari per problemi ostetrico-ginecologici sono state 201.065 e di queste il 10,5% sono cittadine straniere (figura 4), mentre gli utenti (donne o coppie) che hanno richiesto una prestazione di tipo psicologico sono stati 7.912.

Osservando l'andamento delle utenti negli ultimi 10 anni (figura 3), si può osservare una sostanziale stabilità nel numero di donne che si rivolgono ai consultori familiari per problemi ostetrico-ginecologici rispetto alla popolazione target, mentre risulta in continuo incremento la quota di popolazione straniera (+7,8% dal 1995).

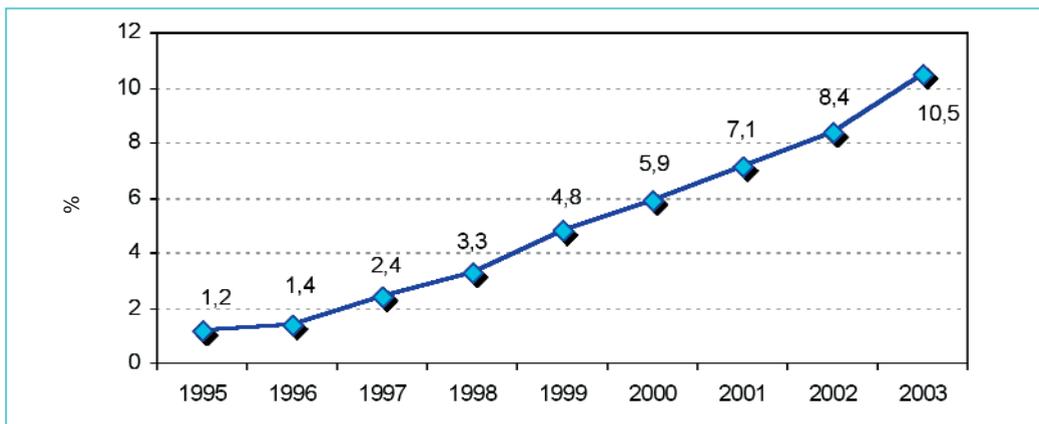


Figura 3 - Utenti per attività ostetrico-ginecologiche su popolazione target. Anni 1993-2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

Figura 4 - Attività ostetrico-ginecologica. Percentuale utenti immigrate su utenti totali dei consultori familiari

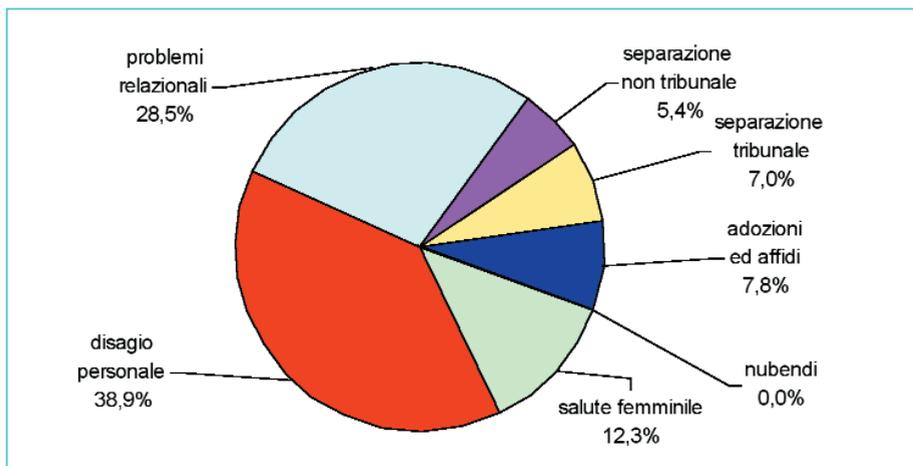


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

La richiesta di prestazioni di tipo psicologico (figura 5) riguarda prevalentemente problemi relativi al disagio personale e relazionale che, nel 2003, hanno rappresentato insieme quasi il 60% degli interventi. Le altre aree di intervento si riferiscono a problemi legati alla salute femminile e al supporto in caso di separazione ed in presenza di adozioni ed affidi.



Figura 5 - Aree di attività di psicologia dei consulenti familiari. Anno 2003



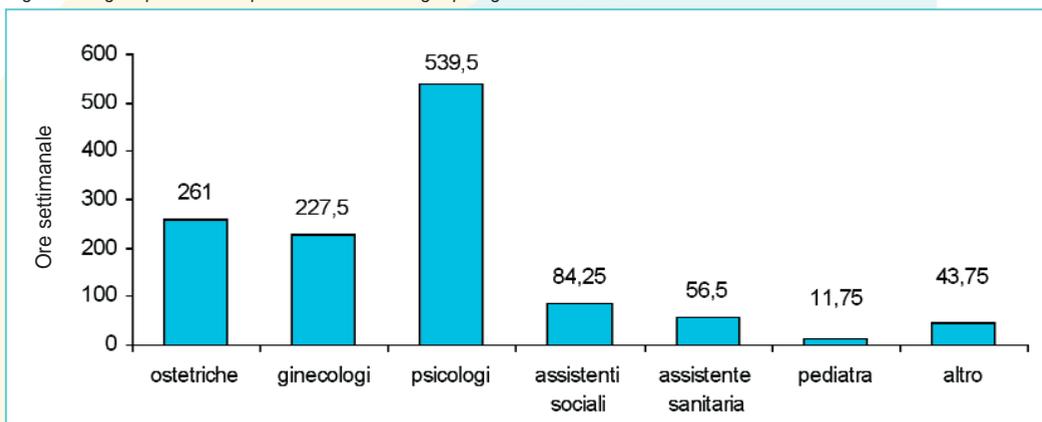
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

5.2.1 Gli Spazi giovani

Tra le attività di rilievo dei consulenti familiari vi sono quelle rivolte agli adolescenti, svolte principalmente all'interno degli spazi giovani, la cui nascita (circa 15 anni fa) è stata accompagnata da un forte rilancio del servizio consultoriale nel suo complesso e da nuovi investimenti, sia sul versante formativo sia su quello di relazione/comunicazione.

Al 31/12/2003 in regione erano presenti 27 spazi giovani distribuiti in tutte le Aziende USL, al cui interno lavorano in équipe psicologi, ostetriche e medici ginecologi, spesso affiancati da altre figure professionali, quali assistenti sociali e assistenti sanitarie (figura 6).

Figura 6 - Figure professionali presenti all'interno degli spazi giovani al 31/12/03



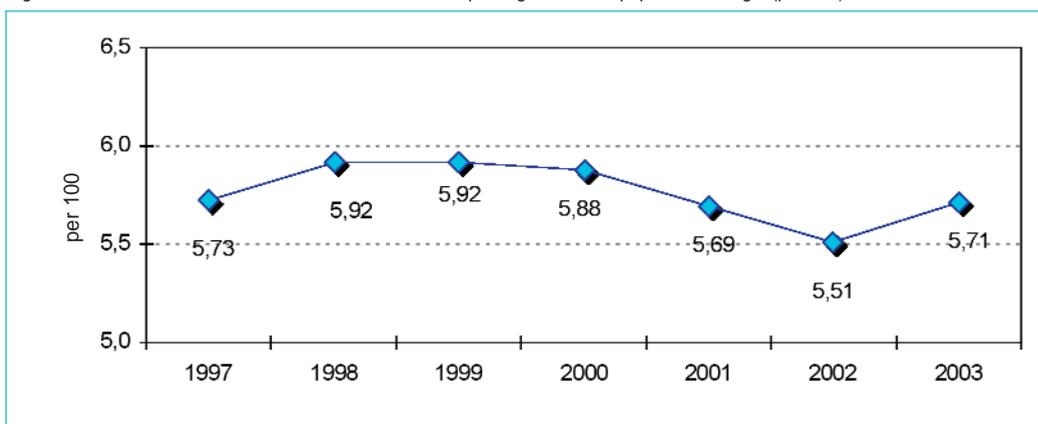
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



Questi spazi sono veri e propri “laboratori per l’innovazione” che mantengono una forte vitalità e continuano a cercare nuovi modi per comunicare con il loro target specifico (attraverso, ad esempio, i siti web, cresciuti nel tempo in numero e qualità). Essi hanno saputo raggiungere le nuove generazioni nelle differenti realtà istituzionali (in primo luogo la scuola) ed aggregative (gruppi sportivi e ricreativi, associazioni, parrocchie, ecc.), anche attraverso messaggi lanciati con modalità nuove e con progetti sperimentali (quali, ad esempio, i gruppi dei pari o *peer group*, le ricerche mirate o il coinvolgimento dei mass media), e hanno cercato di rispondere ai bisogni individuati anche sperimentando nuove modalità di integrazione operativa tra servizi sociali, sanitari, educativi e scolastici, secondo piani di attività concordati. Tra le attività prioritarie di questi spazi, oltre alle consuete attività consultoriali, vi è l’attività di educazione sanitaria e sessuale nelle scuole e nei centri di aggregazione giovanile, la battaglia contro l’HIV e le malattie sessualmente trasmesse, la prevenzione del disagio giovanile e l’educazione alla relazione e alla affettività.

I giovani che afferiscono allo spazio consultoriale a loro dedicato (figura 7), in genere, hanno un’età compresa tra i 14 e 20 anni e sono quasi il 6% della popolazione target, con un andamento sostanzialmente uniforme negli ultimi anni. Questo tipo di utenza è inoltre caratterizzato da un elevato turn-over (i nuovi utenti costituiscono il 47% degli utenti annui).

Figura 7 - Attività consultoriali: utenti che afferiscono allo spazio giovani sulla popolazione target (per 100). Anni 1997-2003

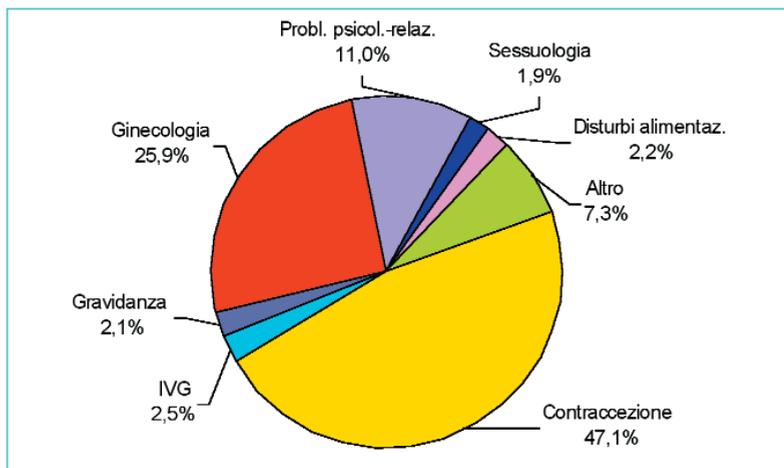


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

In particolare, gli utenti che si sono rivolti agli spazi giovani nel 2003 sono stati 10.544, di cui il 47,1% per controllo della fertilità, l’11% per problemi psicologico-relazionali, il 25,9% per problemi ginecologici, il 2,1% per gravidanza, il 2,2% per problemi alimentari, l’1,9% per problemi legati alla sessualità ed il 2,5% per IVG (figura 8).



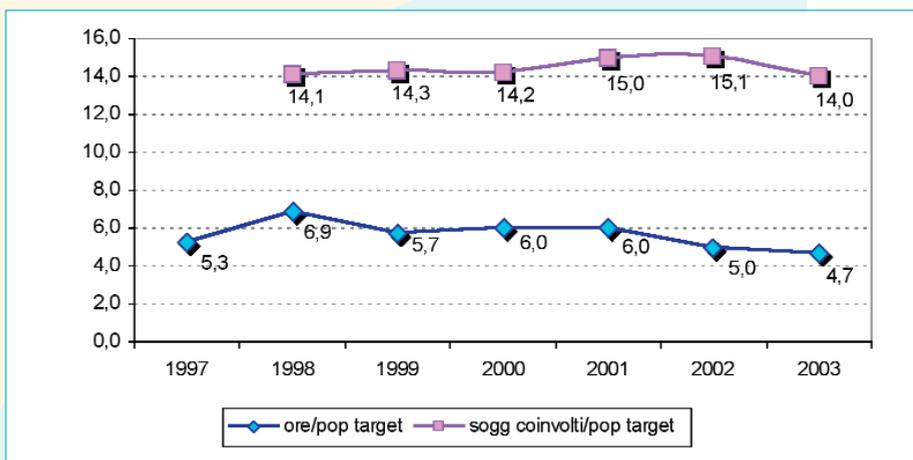
Figura 8 - Utenti afferiti agli spazi giovani secondo problematica. Anno 2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

L'attività di educazione alla salute, svolta principalmente dagli operatori degli spazi giovani all'interno degli istituti scolastici, ha coinvolto negli ultimi 8 anni più del 14% dei ragazzi residenti in Emilia-Romagna di età compresa tra i 14 e 19 anni. Le ore dedicate dai professionisti per le attività di educazione alla salute dal 1998 sono circa 6 per ogni 100 ragazzi, anche se si è osservata una flessione del 21,7% negli ultimi due anni (figura 9).

Figura 9 - Attività di educazione alla salute: ore dedicate e soggetti coinvolti riferiti alla popolazione target (per 100). Anni 1997-2003

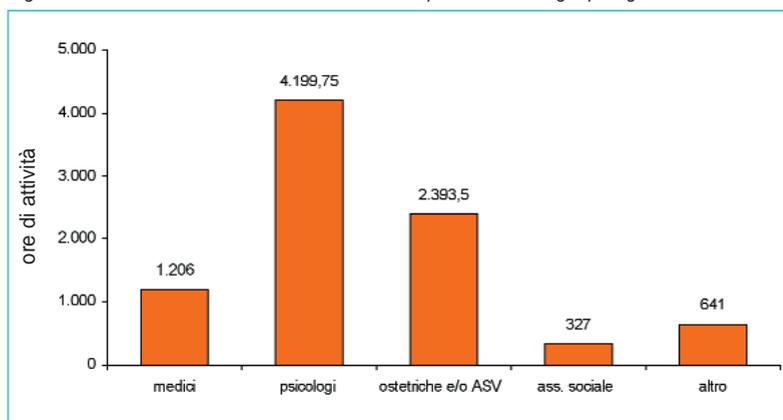


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



Complessivamente, nel 2003, gli operatori hanno dedicato 8.767 ore di attività di educazione alla salute. I professionisti coinvolti sono stati principalmente psicologi, ostetriche, assistenti sanitarie, assistenti sociali (ove presenti) e medici (figura 10).

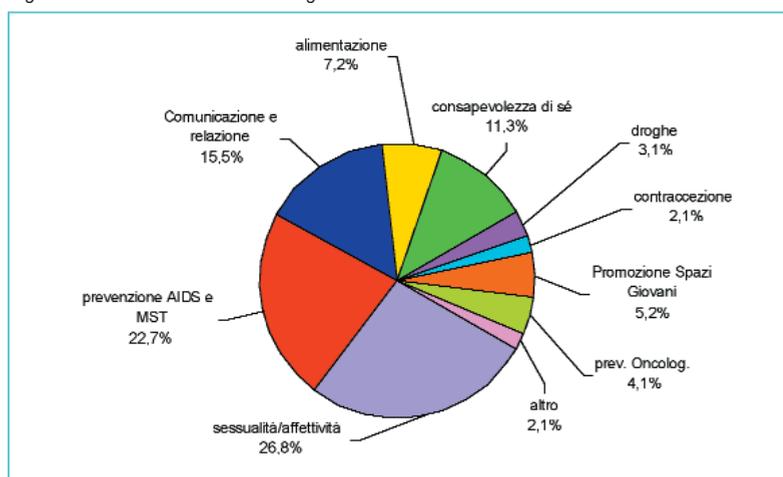
Figura 10 - Educazione alla salute: ore di attività dei professionisti degli spazi giovani. Anno 2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

L'educazione all'affettività/sexualità è un tema trattato da tutti gli spazi giovani che si occupano di educazione alla salute, assieme alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, dell'AIDS e alla comunicazione e relazione (con sé, con i pari e con gli adulti); in complesso questi tre argomenti rappresentano il 66% delle tematiche trattate (figura 11).

Figura 11 - Educazione alla salute: argomenti trattati. Anno 2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

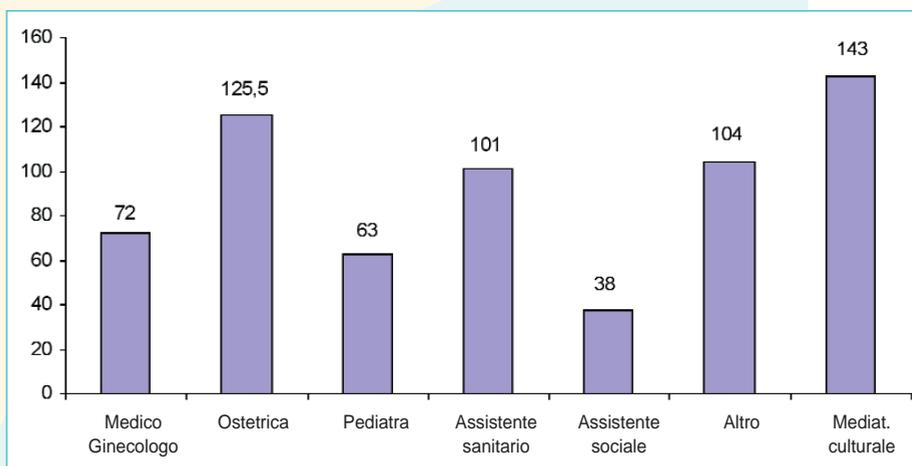


Negli ultimi anni si è assistito ad una frammentazione degli interventi di promozione alla salute che sono stati realizzati da servizi diversi, a volte con tematiche sovrapposte (es. prevenzione AIDS e disagio psicologico) e con difficoltà nel coordinamento rispetto alla stessa utenza (scuole secondarie di I e II grado). Per rispondere a tale dispersione, negli anni 2000-2002, è stato realizzato un progetto regionale con l'obiettivo di sperimentare percorsi integrati rivolti agli adolescenti (consultori, Sert, salute mentale, neuropsichiatria infantile, pediatria di comunità) e fornire maggiori possibilità di confronto fra tutti i professionisti coinvolti. Da questa esperienza sono scaturite le indicazioni per il "progetto adolescenza", che mette in rete, sia all'interno dell'Azienda che nelle collaborazioni con enti ed istituzioni esterne, i diversi servizi che lavorano con gli adolescenti e gli adulti e che, a vario titolo, esercitano un ruolo educativo.

5.2.2 Gli Spazi donne immigrate e loro bambini

L'immigrazione ha comportato un'evoluzione dei consultori familiari. Per rispondere infatti alle caratteristiche della nuova utenza e alle relative problematiche sanitarie, sono stati creati e sviluppati otto appositi Spazi donne immigrate e loro bambini facilmente accessibili, con presenza di mediatrici culturali che garantiscono, quando necessario, il collegamento e l'invio agli altri servizi sanitari e sociali. Questa esperienza ha consentito, oltre che fornire un'assistenza qualificata e adeguata ai bisogni di questa particolare fascia d'utenti, di diffondere, attraverso interventi formativi ad hoc, la professionalità acquisita negli spazi donne immigrate, anche agli operatori dei consultori familiari "tradizionali", cui comunque affluisce una quota importante delle donne immigrate (oltre 21.000, una quota pari al 10,5% delle utenti complessive di tutti i consultori).

Figura 12 - Spazi donne immigrate e loro bambini: presenza di personale. Anno 2003

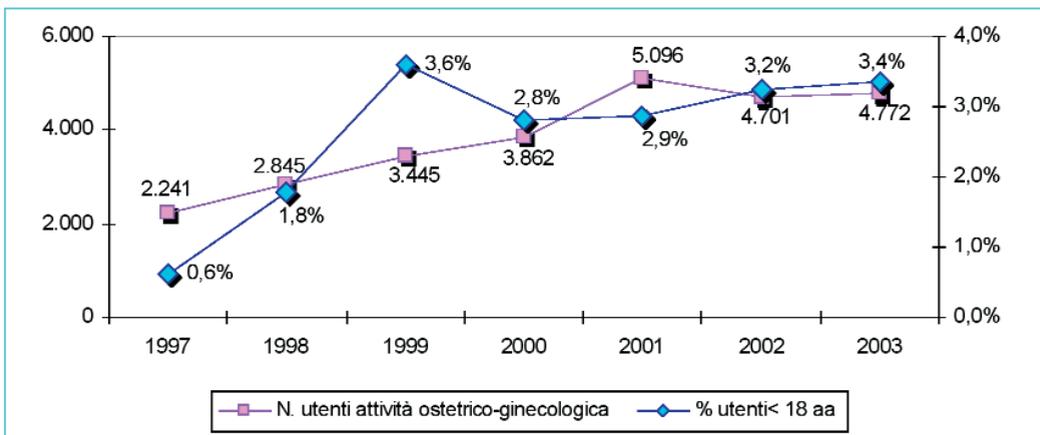


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



Dalla fine degli anni 90 si è osservato un progressivo aumento delle utenti immigrate che si sono rivolte ad uno Spazio donne immigrate per problemi ostetrici e ginecologici, con una stabilizzazione negli ultimi anni.

Figura 13 - Donne che afferiscono allo spazio donne immigrate e loro bambini per problemi ostetrico-ginecologici e percentuale di donne con età ≤ 18 anni. Anni 1997-2003

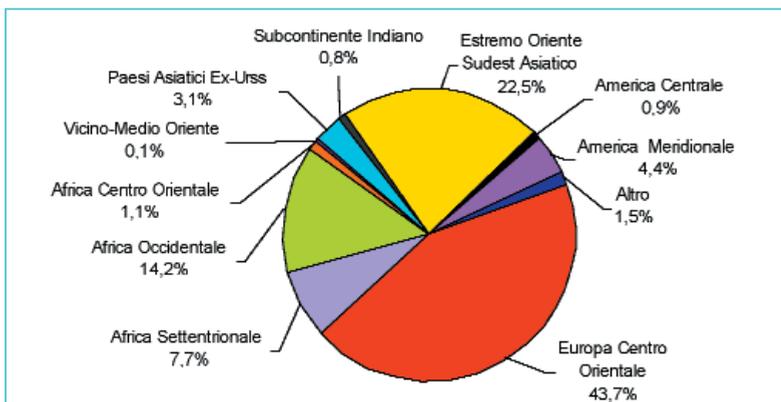


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

Nel 2003 le utenti che si sono rivolte ad uno spazio donne immigrate per problemi di tipo ostetrico-ginecologico sono state 4.772 di cui il 3,4% con un'età inferiore o uguale ai 18 anni e di provenienze molto diverse (figura 13).

Ora, la popolazione immigrata tende verso caratteristiche di stabilità comprovate da un costante processo di ricongiunzione familiare e conseguentemente da una crescita del-

Figura 14 - Provenienza geografica delle donne che si rivolgono ad uno spazio donne immigrate e loro bambini. Anno 2003



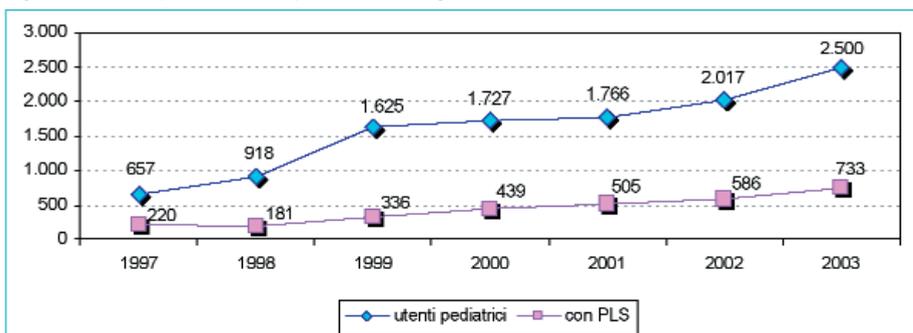
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



la popolazione femminile. È composta per lo più di giovani donne in età fertile che porteranno ad un aumento dei bambini e degli adolescenti immigrati proponendo nuovi problematiche ai servizi con l'esigenza di approcci interculturali nella programmazione degli interventi, con particolare attenzione agli stranieri di "seconda generazione".

I bambini immigrati che si sono rivolti agli Spazi sono quasi quadruplicati negli ultimi sette anni, passando dai 657 del 1997 ai 2.500 del 2003 e rappresentano ora il 10,4% dell'utenza che afferrisce a questi spazi dedicati (figura 15).

Figura 15 - Utenza pediatrica dello spazio donne immigrate e loro bambini. Anni 1997-2003

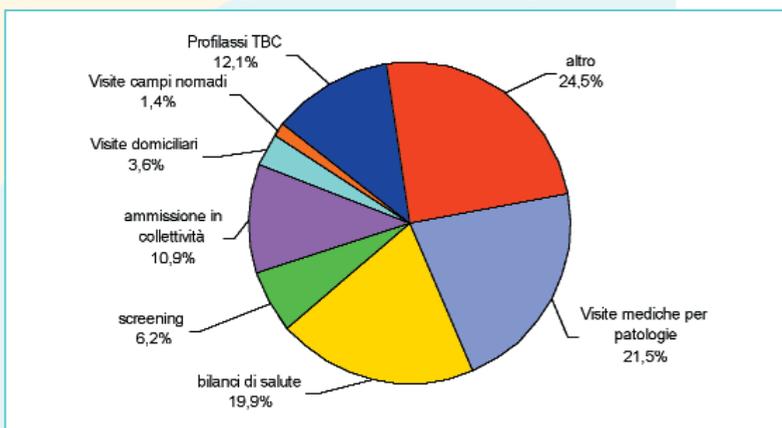


Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari

Di questi solo il 29,3% ha il pediatra di famiglia e si sono rivolti agli spazi donne immigrate e loro bambini per vaccinazioni, visite mediche per patologia, bilanci di salute e profilassi TBC (figura 16).

Va segnalato che, inoltre, 21.427 bambini stranieri e nomadi, di cui 10.160 con Pediatra di libera scelta, afferiscono per le visite mediche pediatriche alla Pediatria di Comunità.

Figura 16 - Spazi donne Immigrate e loro bambini: visite mediche pediatriche. Anno 2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione sviluppo dei servizi sanitari



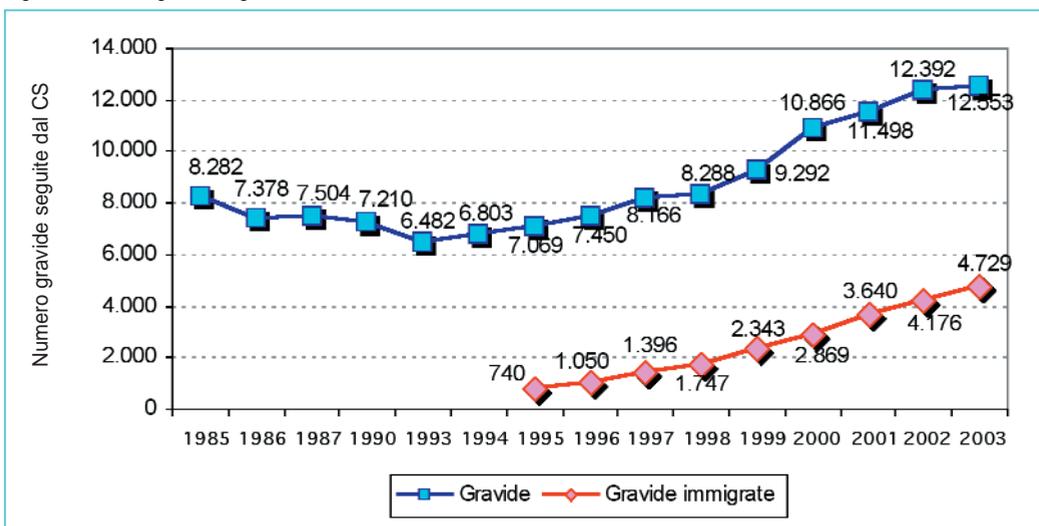
5.3 I contesti della nascita

5.3.1 L'assistenza alla gravidanza

Come già evidenziato nel primo capitolo (tavola 12), negli ultimi dieci anni, in Emilia-Romagna, si è riscontrato un incremento dei nuovi nati che, dal 1995 al 2003 sono passati da 27.828 a 35.775, con un aumento percentuale del 22,2%. Negli stessi anni anche l'attività dei consultori familiari ha registrato un aumento nell'assistenza alla gravidanza. Le donne in attesa sono passate da 7.069 a 12.553 con un incremento pari al 43,6%, quasi il doppio dell'incremento delle nascite. Al 2003 la percentuale di donne seguite dal consultorio, sul totale dei nati vivi, si attesta su di un valore di circa il 35% (figura 17).

L'aumento del numero di donne che hanno deciso di farsi seguire dai consultori, conferma la correttezza della scelta di offrire percorsi completi d'assistenza socio-sanitaria alla gravidanza, in forte integrazione con i servizi ospedalieri di riferimento.

Figura 17 - Donne gravide seguite dai consultori familiari. Anni 1985-2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Nel 2003 le donne straniere che si sono rivolte ad un consultorio familiare per assistenza alla gravidanza, sono state 4.729 (il 37,7% del totale di donne gravide seguite dai consultori familiari), di cui 903 seguite negli Spazi donne immigrate.

La forte presenza di donne immigrate è tra i risultati di una politica di garanzia dell'accessibilità ai servizi che ha tentato, con risultati in questo caso positivi, di superare le barriere linguistico-culturali, anche attraverso orari e modalità d'accesso libero anziché su prenotazione.



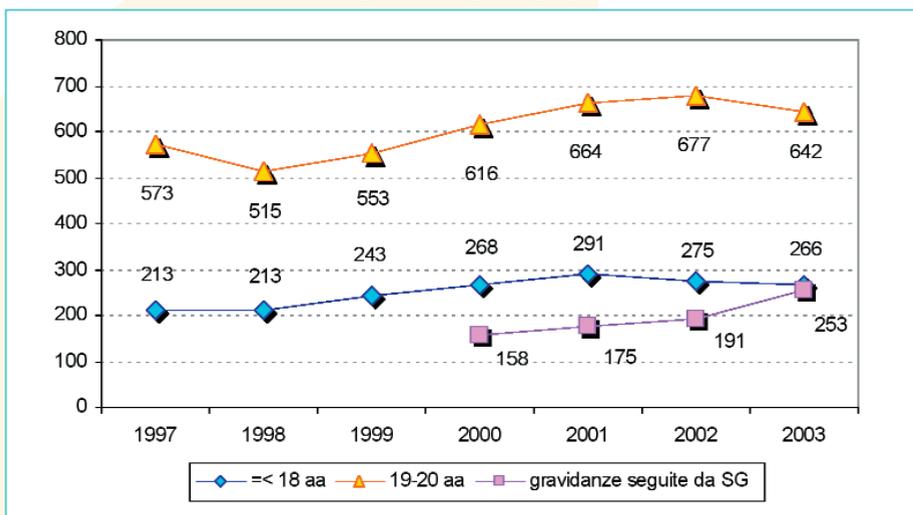
Nel 2003, il 27% di donne gravide ha seguito corsi di preparazione al parto in consultorio e, se si considera che un'altra quota importante di attività di preparazione al parto è svolta nei Punti nascita, si possono ipotizzare valori di "copertura" della popolazione target sicuramente superiori al dato nazionale, emerso da una ricerca svolta nel 1999, del 29%.

L'indagine multiscopo 1999-2000 dell'ISTAT, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ha infatti determinato che la partecipazione ai corsi di preparazione al parto in Emilia-Romagna è stata del 42% delle donne gravide.

L'aumento di giovani e adolescenti stranieri richiede un incremento delle conoscenze e delle competenze degli operatori di base e specialistici, per migliorare l'accesso e le prestazioni dei servizi.

Una particolare attenzione è da rivolgersi alle mamme giovani e alle coppie di adolescenti; infatti il numero dei parti di donne con un'età compresa fra i 14 e i 20 anni è passato dai 786 (di cui 213 con un'età ≤ 18 anni) del 1997 ai 908 (di cui 266 con età ≤ 18 anni) del 2003 (figura 18). Si tratta di un gruppo sociale particolarmente in difficoltà a gestire la propria crescita personale e il ruolo genitoriale, con una carenza obiettiva di risorse sociali ed economiche. Riferimento sempre più rilevante per le giovani che attendono bambini sono gli Spazi giovani consultoriali; ad essi si sono rivolte 158 giovani (pari al 17,9% delle donne della stessa età che hanno partorito) nel 1997 e 253 nel 2003 (pari al 27,9% dei parti).

Figura 18 - Parti di donne di età ≤ 20 anni e gravidanze seguite dagli Spazi giovani. Anni 1997-2003



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari



5.3.2 Il luogo del parto

A distanza di sei anni dalla promulgazione della legge regionale n. 26/1998, “Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio”, risulta contenuta la frequenza del parto in strutture diverse da quelle ospedaliere. Infatti i 36.007 parti del 2003¹ sono avvenuti (tavola 1), nel 99,8% dei casi (35.931), presso uno dei 35 punti nascita pubblici o privati presenti in regione², e solo un restante 0,2% si è tenuto a domicilio (76); i parti avvengono presso strutture private nel 2,5% dei casi (888). Tra i punti nascita pubblici e privati, in 12 istituti si assistono meno di 500 parti l’anno (l’8% di tutte le nascite); solo 3 di questi 12 istituti sono collocati in una zona montana (Borgo Val di Taro, Castelnovo ne’ Monti e Porretta Terme) e 5 sono istituti privati. Altri 9 centri assistono un numero di parti compreso tra 500 e 999 (il 18,2% di tutte le nascite). Il 50,4% dei parti si concentra presso sette punti nascita; quattro di questi sono rappresentati da Aziende ospedaliere (31,2% del totale). In tutti questi casi il numero di parti è superiore a 2.000 l’anno (nel caso dell’Azienda ospedaliera S. Orsola di Bologna è superiore a 3.000); il 23,1% dei parti avviene presso strutture caratterizzate da 1.000-2.000 parti l’anno.

Tavola 1 - Luogo e numero dei parti. Anno 2003

luogo del parto	numero di parti	%
punto nascita pubblico	35.043	97,3
punto nascita privato	888	2,5
a domicilio	76	0,2

Fonte: banca dati schede di dimissione ospedaliera (SDO) e Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

5.3.3 La residenza materna

Il 93,5% dei parti che avvengono nei punti nascita dell’Emilia-Romagna è relativo a donne residenti in regione (tavola 2). La mobilità intraregionale (donne che partoriscono in strutture sanitarie di una provincia diversa da quella di residenza) interessa il 13,3% del totale ed è prevalentemente caratterizzata da parti che avvengono in strutture della provincia limitrofa a quella di residenza. Potrebbe quindi essere determinata principalmente da fattori orografici o logistici, mentre l’86,7% delle donne partorisce nella provincia stessa di residenza. La mobilità verso altre regioni, che interessa il restante 4,1% della popolazione residente, sembra riguardare prevalentemente alcune province limitrofe al confine regionale (Piacenza, Parma, Ferrara, Rimini).

¹ Si tratta di tutti i parti avvenuti in Regione Emilia-Romagna, compresi quelli dovuti a mobilità inter-regionale.

² Fonte: Regione Emilia-Romagna, Banca dati schede di dimissione ospedaliera (SDO) - anno 2003.



Risiedono in altra regione il 6,5% delle donne che partoriscono in Emilia-Romagna; particolarmente interessate dalla mobilità attiva da altre regioni sono le Ausl di Rimini (8,9%), di Piacenza (6,6%), di Parma (7,6%) e l'AOsp di Ferrara (10,7%).

Le donne residenti all'estero costituiscono il 2% delle donne che partoriscono in Emilia-Romagna, con una presenza variabile presso i diversi punti nascita della regione.

Tavola 2 - Residenza materna. Anno 2003

	provincia	altre province regione	altre regioni	estero	totale
numero parti	30.361	3.225	1.643	702	35.931
%	84,50	8,98	4,57	1,95	100,00

Fonte: banca dati schede di dimissione ospedaliera (SDO) - anno 2003

5.3.4 L'età materna e lo stato civile

I dati confermano il progressivo innalzamento dell'età materna evidenziatosi negli ultimi decenni. L'età media delle madri al momento del parto è passata, in Emilia-Romagna, da 26,9 anni nel 1980 a 31,1 anni nel 2003 e si attesta a 28 anni per le donne con cittadinanza straniera e a 31,6 anni per quelle con cittadinanza italiana.

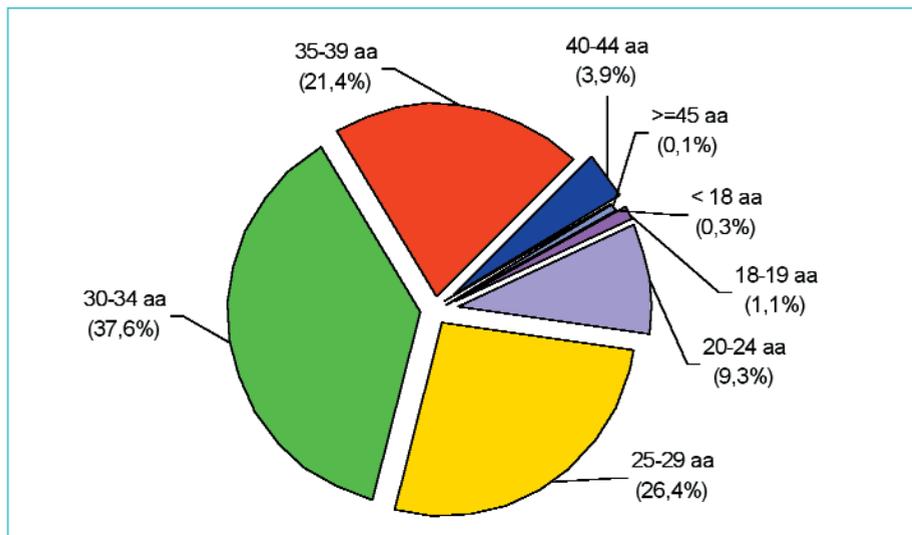
I dati relativi alle diverse fasce d'età indicano che in Emilia-Romagna lo 0,34% delle donne che hanno partorito nel 2003 sono minorenni; infine, i casi in cui entrambi i genitori abbiano meno di 20 anni rappresentano lo 0,1% dei parti della regione.

Inoltre, 9.117 donne, pari ad un 25,4%, partoriscono ad un'età eguale o superiore a 35 anni (figura 19). Dai dati raccolti in *La nascita in Emilia-Romagna - Primo Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto* (CedAP)³, relativi al 2003, risulta che svolge un'indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali e funicolocentesi) il 64,6% delle donne d'età superiore a 35 anni.

³ *La nascita in Emilia-Romagna - Primo rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto* (CedAP), Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2004. I dati raccolti, relativi al 2003, hanno permesso di analizzare - in misura più approfondita rispetto al passato - le condizioni socio-economiche dei genitori, la gravidanza sia in termini di assistenza che di storia materna, il parto e le informazioni sul neonato, compresa la natimortalità. L'unica elaborazione nazionale dei CedAP condotta dal Ministero della salute, relativa al 2002, comprende il 64% dei punti nascita esistenti. In Emilia-Romagna, un confronto numerico tra schede CedAP raccolte e *Schede di dimissione ospedaliera* (SDO), ha permesso di accertare che la rilevazione del CedAP copre il 96,5% dei nati vivi certificati dalle SDO; un controllo, finalizzato a verificare la qualità delle informazioni raccolte, ha determinato, dopo le eventuali correzioni da parte delle Aziende sanitarie, uno scarto di 2,2% dei dati raccolti. Il *Rapporto* è quindi rappresentativo della realtà regionale.



Figura 19 - Distribuzione delle donne secondo l'età materna. Anno 2003



Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

I dati del Primo Rapporto CedAp, benché riferiti a 33.930 parti e pertanto non completi, rilevano che il 77,6% delle donne che hanno partorito in Emilia-Romagna sono coniugate, il 19,7% nubili, il 2,5% separate o divorziate e lo 0,2% vedove.

5.3.5 La scolarità materna e paterna

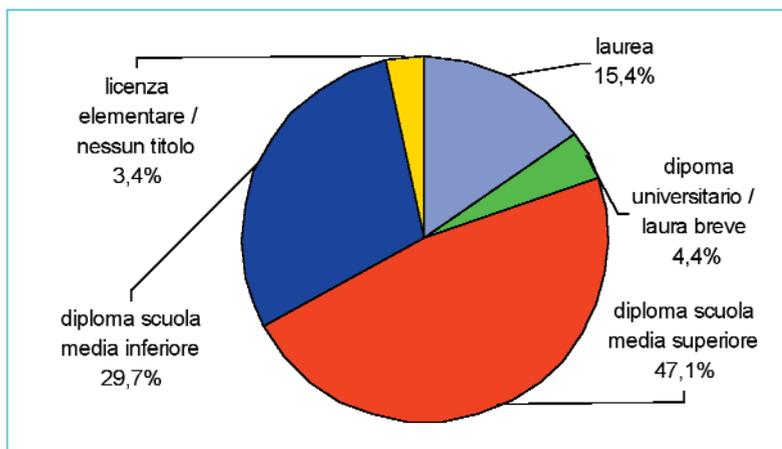
Sempre secondo i dati del primo rapporto (figura 20), il 33,1% delle madri che hanno partorito presso punti nascita della Regione Emilia-Romagna ha una scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore, il 47,1% ha acquisito il diploma di scuola media superiore, il 19,8% è laureato (o ha un diploma di laurea breve).

Per ciò che riguarda la scolarità paterna, il dato è analogo a quello osservato per la scolarità materna. La percentuale di coppie di genitori che possiedono un basso titolo di studio è pari a 24,1%.

La bassa scolarità materna è un importante indicatore, internazionalmente riconosciuto, del disagio non solo economico. A livello regionale una donna su tre non ha conseguito un diploma di scuola superiore e un bambino su quattro ha entrambi i genitori in questa condizione. Non sono disponibili elaborazioni nazionali di questo dato; il confronto con i dati della Regione Lazio permette di rilevare in Emilia-Romagna una minore frequenza di madri con bassa scolarità (33,1% versus 45,7%) ed un maggior numero di laureate (19,8% versus 9,8%).



Figura 20 - Distribuzione delle donne secondo la scolarità. Anno 2003



Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

5.3.6 La condizione professionale materna e paterna e la cittadinanza materna

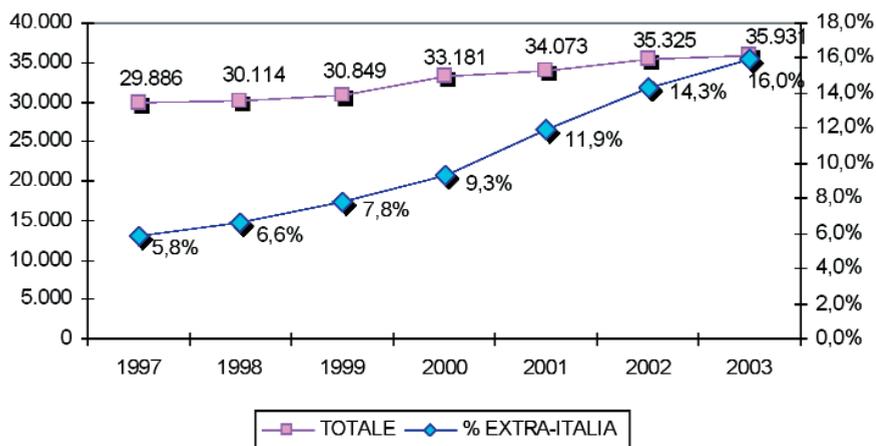
Dal rapporto CedAp si riscontra che il 72,1% delle madri che hanno partorito in punti nascita della regione Emilia-Romagna ha un'occupazione lavorativa, il 22% è casalinga, il 4,6% è disoccupata o in cerca di prima occupazione. Per quanto riguarda la condizione paterna, il 97,7% dei padri ha un'occupazione lavorativa. I nati che hanno entrambi i genitori disoccupati o in cerca di prima occupazione sono 369 (1,1%).

Negli ultimi sette anni si è osservato un aumento del numero dei parti effettuato nei punti nascita dell'Emilia-Romagna (figura 21), passati dai quasi 30.000 del 1997 a più di 35.000 nel 2003; questo fenomeno è dovuto sia ad un incremento di parti di donne italiane, sia, soprattutto, ad un incremento di quelli di donne con cittadinanza non italiana che, nel 2003 rappresentano il 16% dei parti totali⁴.

⁴ Vedi nota 1.



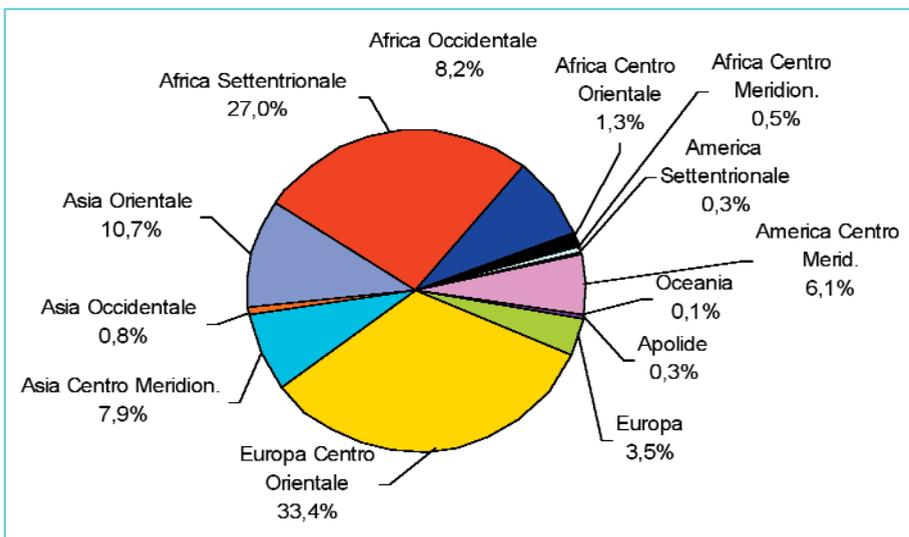
Figura 21 - Numero di parti nei punti nascita e percentuale di donne straniere. Anni 1997-2003



Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

Le donne straniere più numerose sono quelle con cittadinanza marocchina (990), albanese (696), tunisina (434), cinese (427) e rumena (364) e, complessivamente, costituiscono il 50,8% del totale delle donne immigrate che hanno partorito (figura 22).

Figura 22 - Cittadinanza materna. Anno 2003

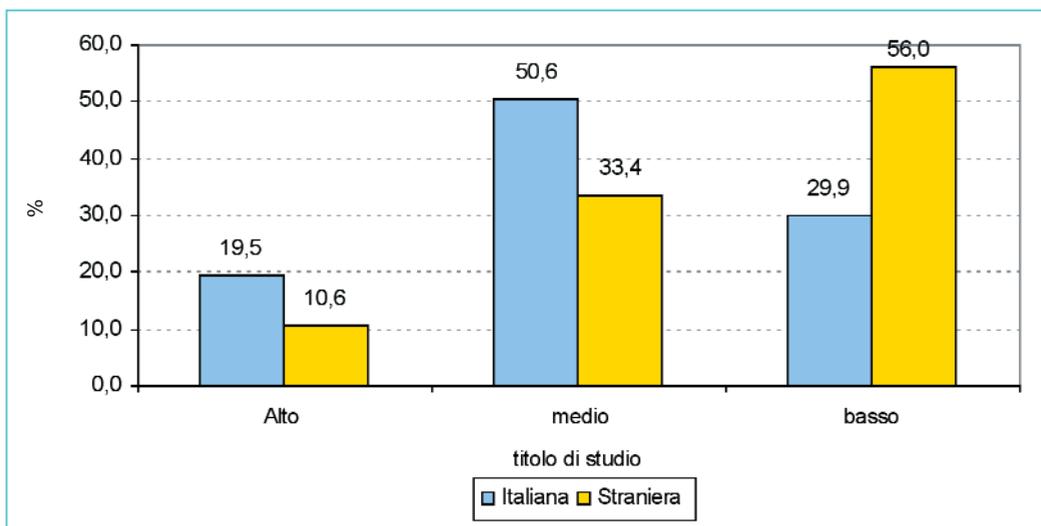


Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)



Sempre secondo i dati del rapporto, le donne con cittadinanza straniera hanno una bassa scolarità nel 56% dei casi a fronte del 30% delle italiane ed una scolarità elevata nel 10,6% dei casi rispetto al 19,5% delle donne con cittadinanza italiana (figura 23).

Figura 23 - Confronto tra titolo di studio e cittadinanza della madre⁵. Anno 2003



Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

Tra i problemi legati alla presenza di popolazione immigrata, si può sottolineare il maggiore disagio socio-economico e, conseguentemente, il più frequente possibile esito negativo per la salute materna e neonatale. La cittadinanza materna costituisce verosimilmente una determinante di salute o utilizzo dei servizi; ad esempio valutando l'assistenza alla gravidanza (tavola 3), dal primo rapporto si evince che le donne straniere effettuano più tardi la prima visita (il 31% dopo la 12^a settimana rispetto all'11,3% di quelle con cittadinanza italiana).

⁵ Alto: diploma universitario o laurea breve; medio: diploma di scuola media superiore; basso: diploma di scuola media inferiore o licenza elementare o nessun titolo.



Tavola 3 - Prima visita in gravidanza per cittadinanza. Anno 2003

cittadinanza madre	prima visita in gravidanza (sett.)							
	da 1 a 8		da 9 a 11		≥ 12		totale	
	soggetti	%	soggetti	%	soggetti	%	soggetti	%
italiana	19.446	69,7	5.288	19,0	3.148	11,3	27.882	100
straniera	2.390	45,1	1.263	23,9	1.642	31,0	5.295	100
Regione Emilia-Romagna	21.836	65,8	6.551	19,8	4.790	14,4	33.177	100

Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

Per ciò che riguarda le ecografie effettuate in gravidanza (tavola 4), le donne con cittadinanza straniera ne effettuano un numero medio (3,8) inferiore a quello delle donne italiane (5,1). Il numero di ecografie, sia per le donne italiane che per le donne straniere, è in ogni caso superiore a quello identificato dalle raccomandazioni basate su prove di efficacia. Ciò evidenzia un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e protocolli non sufficientemente differenziati tra le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio.

Tavola 4 - Numero ecografie. Anno 2003

cittadinanza madre	numero partorienti	numero medio di ecografie	distribuzione % delle partorienti per numero di ecografie									
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
italiana	28.049	5,14	0,2	0,4	1,5	22,1	22,4	18,0	11,4	7,0	6,2	10,9
straniera	5.380	3,82	0,5	3,3	11,0	39,3	21,4	10,6	5,8	2,6	1,9	3,5
totale	33.429	4,93	0,3	0,8	3,1	24,8	22,3	16,8	10,5	6,3	5,6	9,7

Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

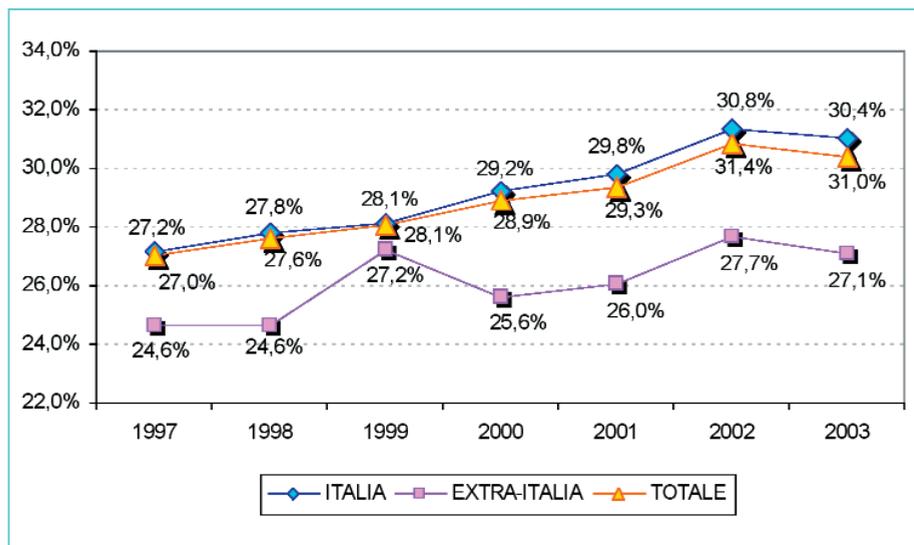
5.3.7 Il tipo di parto

Valutando la modalità di parto, si è avuto un aumento dei parti cesarei nel corso degli ultimi sette anni, che ha interessato sia le donne italiane che quelle straniere, anche se la quota di donne straniere che ricorre al cesareo risulta essere inferiore (figura 24).

La presenza della popolazione immigrata, che varia continuamente nella sua composizione e nelle problematiche portate, è una costante sfida per i nostri servizi che dovranno continuare nella capacità di cogliere le variazioni ed essere flessibili con l'obiettivo di garantire un'assistenza di elevato livello qualitativo. L'impegno dei punti nascita e dei consultori familiari è stato volto, negli ultimi anni, a migliorare l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita, a favorire l'integrazione tra i servizi, a garantire l'accessibilità anche alla popolazione più svantaggiata e la sicurezza della madre e del bambino, con risultati considerati soddisfacenti. È importante proseguire sulla strada intrapresa, valorizzando e promuovendo le competenze della donna e della coppia rispetto alla gravidanza, alla nascita e alla genitorialità.



Figura 24 - Percentuale di parti cesarei nei punti nascita della regione. Anni 1997-2003



Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)

5.3.8 Il neonato

Secondo il primo rapporto CedAp, nel 2003, il peso medio alla nascita è di 3.272 gr. La percentuale di neonati di basso peso (< 2.500 gr.) è del 6,6%, quella dei neonati di peso molto basso (< 1.500 gr.) è dell'1%. La frequenza di nati di basso peso è eguale nelle donne con cittadinanza straniera (6,8%) e italiana (6,7%). Sempre secondo il rapporto, i bambini che, nel 2003, sono nati con malformazioni sono 262 e rappresentano lo 0,76% del totale dei nati (tavola 5). La registrazione delle malformazioni viene effettuata in sala parto e ciò significa che non vengono rilevate quelle malformazioni che si evidenziano a un più attento esame obiettivo o nei primi giorni di vita. Da questo limite deriva il relativo basso tasso di incidenza osservato. È in corso un confronto tra i dati registrati dal CedAp e quelli rilevati dal Registro malformazioni (IMER) per migliorare la qualità della rilevazione.

Tavola 5 - Presenza di malformazione. Anno 2003

Regione Emilia-Romagna	presenza malformazione				totale	
	no		sì		numero	%
	numero	%	numero	%		
	34.116	99,24	262	0,76	34.378	100

Fonte: banca dati Certificato di Assistenza al Parto (CedAp)



5.4 Le malattie croniche e l'infanzia

5.4.1 Contesto e riferimenti normativi

I recenti e rapidi cambiamenti sociali, demografici e culturali, le caratteristiche delle nuove famiglie e nuovi modi di allevare i bambini, impongono una radicale trasformazione dei servizi socio-sanitari che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza.

Come hanno dimostrato alcune ricerche, e come ha evidenziato anche il Progetto Obiettivo "Materno-Infantile" del Piano sanitario nazionale 1998-2000, i programmi di salute basati sull'informazione o su offerte di servizi che richiedono un ruolo attivo dell'utente raggiungono solo la fascia medio-alta della popolazione aumentando, pertanto, le disuguaglianze.

Già con il Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001 "Il Patto di solidarietà per la salute in Emilia-Romagna", ed in particolare con il rapporto tecnico "La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva", la Regione Emilia-Romagna ha inteso focalizzare l'attenzione su aree di bisogni emergenti, quali la disuguaglianza sociale e le discriminazioni nelle prospettive di salute del bambino svantaggiato, come quello con handicap psico-fisico o appartenente a nuclei familiari problematici o di basso livello socio-economico.

In riferimento a queste aree di bisogni emergenti è stato evidenziato che è indispensabile una reale condivisione di finalità, con la necessità di creare legami funzionali stabili tra gli operatori di diversi livelli assistenziali, con percorsi formativi comuni, elaborazione di protocolli per il riconoscimento precoce del disagio psico-sociale o di una patologia cronica, al fine di una tempestiva presa in carico da parte dei servizi specialistici.

5.4.2 L'assetto organizzativo in ambito distrettuale

Le linee guida per l'organizzazione dell'assistenza distrettuale indicano che la condivisione di finalità è perseguita, in ambito distrettuale, attraverso l'unità pediatrica di distretto, deputata a integrare funzionalmente i pediatri di libera scelta e l'équipe di pediatria di comunità, all'interno del dipartimento delle cure primarie. La pediatria distrettuale deve integrarsi con i consultori familiari, i dipartimenti ospedalieri, gli altri servizi del distretto, i servizi sociali, le altre istituzioni interessate (scuola, Comune...) e le associazioni di volontariato, in un'ottica di presa in carico globale del problema presentato.

In particolare, la prevenzione dei disturbi relazionali, la diagnosi precoce e l'inserimento del bambino in percorsi assistenziali tempestivi sono attività da svolgersi congiuntamente tra il pediatra di libera scelta e la neuropsichiatria infantile, con il ruolo di facilitazione da parte della pediatria di comunità.

In questo assetto organizzativo la neuropsichiatria infantile, per la peculiarità delle competenze centrate su bisogni specifici, si inserisce quale erogatore di interventi specialistici ad alta complessità, mentre il pediatra di libera scelta rappresenta il riferimento per tutti i problemi di salute del bambino.



L'integrazione tra ospedale e territorio è di tipo funzionale e va perseguita su programmi di assistenza, anche al fine di ridurre la frammentazione delle cure.

Per quanto attiene l'integrazione con il sociale, la delibera del Consiglio regionale n. 777/98 indica, quali strumenti per concretizzare la protezione dei minori e per elaborare e ricercare risposte più adeguate alle difficoltà personali e familiari, i percorsi operativi integrati e i protocolli d'intesa con le diverse competenze istituzionali (servizi socio-assistenziali, sanitari, uffici giudiziari e scuola). Tali percorsi devono essere finalizzati a restituire alla famiglia autonomia e responsabilità nei confronti dei figli, rimuovendo le cause di emarginazione e di cronicità assistenziale. L'attività di integrazione si consolida nelle linee di indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori (delibera del Consiglio regionale n. 1294/99, ora in fase di revisione) per raggiungere un'efficace tutela del minore ed attivare meccanismi di prevenzione.

Al 31/12/2002 in Emilia-Romagna i pediatri di libera scelta hanno raggiunto una copertura dell'86% della popolazione di età 0-14 anni (98,9% per la fascia 0-6 anni). La pediatria di comunità è organizzata in 225 sedi regionali, con un'attività svolta da pediatri e assistenti sanitarie rivolta alla tutela della salute individuale (es. bambini senza pediatra di libera scelta, nomadi ed extracomunitari di recente immigrazione) e salute collettiva (vaccinazioni, sorveglianza igienica sanitaria nelle strutture e refezioni, sorveglianza sulle malattie infettive, screening).

5.4.3 Il Progetto salute infanzia

Il Progetto salute infanzia, indicato nell'allegato "L" della convenzione nazionale con i pediatri di libera scelta (DPR 272/2000 e Accordo attuativo regionale per la pediatria di libera scelta), è stato realizzato in regione inizialmente attraverso l'effettuazione, da parte dei pediatri di libera scelta (PLS), di 6 visite, in età filtro, nell'età infantile 0-6 anni. Ciò ha permesso un primo avvio dell'integrazione fra pediatria di libera scelta, pediatria di comunità (nel dipartimento di cure primarie) e servizi territoriali, in particolare per l'attuazione e il controllo delle vaccinazioni raccomandate e per interventi di educazione alla salute, configurandosi quale strumento utile per una valutazione dello stato di salute del bambino, in relazione ad alcuni indici e parametri predefiniti.

Allo stesso tempo, ha permesso di valutare che le visite in età filtro non possono caratterizzarsi pienamente quali strumenti per obiettivi di screening e di programma globale di sorveglianza sanitaria della popolazione pediatrica.

In tale ottica, è stato ridefinito dalla Regione, per il 2003, un Progetto salute infanzia, che propone un programma di monitoraggio dello sviluppo psicofisico degli assistiti in età pediatrica, prevedendo:

- un libretto di salute che permetta una valutazione periodica complessiva del bambino sano, quale strumento di comunicazione fra pediatra di libera scelta, genitori e dipartimento di cure primarie-pediatria di comunità;
- un libretto/cartella clinica per bambini affetti da patologie croniche, ivi compresi i



soggetti affetti da disturbi relazionali e/o che presentano situazioni familiari multi-problematiche e di svantaggio sociale, per un monitoraggio clinico più specifico. La cartella clinica, in questi casi, rappresenta uno strumento di integrazione fra specialisti ospedalieri, territoriali e pediatri di libera scelta, che può permettere di migliorare la continuità dell'assistenza e la verifica dei piani personalizzati;

- la realizzazione di tre bilanci di salute, mediante l'utilizzo delle schede di rilevazione semplificate, predisposte e concordate in specifico gruppo di lavoro.

Il libretto/cartella clinica per il bambino malato cronico, o in particolari condizioni di disagio sociale, deve offrire anche la possibilità di una trasmissione informativa fra i servizi coinvolti nella problematica, con momenti di confronto e di verifica nell'ambito dell'unità pediatrica di distretto. A livello regionale, i dati informativi costituiscono momento di discussione e confronto per individuare i temi su cui impegnare le aziende sanitarie.

Nell'ambito del Progetto salute infanzia i PLS, al termine dell'anno 2002, hanno prodotto una relazione tendente ad illustrare le principali caratteristiche epidemiologiche per ciascun bambino in carico con patologia cronica e/o con situazione di disagio psicosociale.

L'analisi di queste relazioni, pur con i limiti di uno strumento che ha anche finalità amministrative in quanto istituto contrattuale, offre una fotografia relativa all'anno 2002 delle situazioni di cronicità e di disagio psicosociale in età pediatrica, conosciute dai pediatri di famiglia, che può permettere confronti in ambito aziendale e regionale e anche riflessioni e valutazioni con gli stessi pediatri di libera scelta nell'ambito del dipartimento di cure primarie, in particolare dell'unità pediatrica di distretto.

Alla rilevazione relativa all'anno 2002 risultano aver partecipato 445 pediatri di libera scelta (pari al 87% di tutti i PLS), con monitoraggio dello stato di salute riguardante 346.197 bambini (pari al 77% di tutta la popolazione regionale di età 0-14 anni).

L'elaborazione a livello regionale è avvenuta per i dati di minima richiesti e ha riguardato un'unica condizione segnalata come principale patologia cronica/situazione di disagio psicosociale del bambino. Le malattie croniche con i loro codici, definite a livello aziendale, sono state aggregate in 15 categorie di situazioni croniche o a rischio socio-sanitario, adottando una classificazione utilizzata dalla maggior parte delle aziende USL del territorio regionale.

Complessivamente sono state evidenziate, nel territorio regionale, 16.542 situazioni di rilievo sociosanitario, di cui 14.251 malattie croniche e 2.291 condizioni di disagio psicosociale.

Le stime ricavate - assumendo che tra i bambini iscritti presso i pediatri partecipanti all'indagine e quelli iscritti presso i pediatri non partecipanti o i medici di medicina generale (complessivamente circa il 23% nella regione) non vi siano differenze rilevanti nella frequenza delle situazioni segnalate - riportano i valori regionali di 48/1.000 bambini segnalati, di cui circa 41/1.000 per patologia cronica e circa 7/1.000 per situazioni di rischio socio-sanitario.

Oltre il 60% dei problemi rilevati nella regione appartengono a cinque principali categorie, di cui "allergie e deficit immunologici" risulta la più frequente, essendo l'asma



cronico la patologia maggiormente segnalata dai PLS (prevalenza di 5,2 bambini su mille). L'asma cronico risulta, anche dai dati di letteratura, fra le patologie più frequenti in età pediatrica, pur con stime di prevalenza discordanti per le definizioni diverse attribuite alla stessa malattia. La ricerca SIDRIA (Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente), promossa dall'Assessorato alla Sanità e coordinata dall'Agenzia sanitaria regionale, svolta attraverso la conduzione di uno studio trasversale su un campione di alunni di 6-7 anni e di 13-14 anni con questionari rivolti ai genitori degli alunni e ai ragazzi di 13-14 anni, evidenzia per l'anno 2002 una prevalenza di asma in Emilia-Romagna pari all'8,5% nei bambini e all'8,4% negli adolescenti, confermando i dati registrati nell'anno 1995 dalla stessa ricerca.

La seconda categoria regionale più frequente è rappresentata da "condizioni di disagio e di rischio psicosociale", solitamente relative a immigrati, famiglie monoparentali a rischio economico e sociale, e a famiglie multiproblematiche.

"Disturbi neuropsicologici e psichiatrici", in terza posizione, è costituita prevalentemente dai disturbi del linguaggio e dal ritardo mentale.

La quarta categoria è "malattie endocrine, metaboliche, nutrizionali", in cui è presente con prevalenza l'obesità grave, seguita dal diabete mellito e bassa statura in trattamento. I dati rilevati sull'obesità (2,25 bambini su mille) sono sovrapponibili a quelli di un'altra ricerca che ha utilizzato la stessa definizione di obesità grave della pediatria di libera scelta⁶.

Le "malattie neurologiche e neuromuscolari", nelle quali emerge particolarmente l'epilessia (prevalenza pari a 2,17 bambini su mille), compongono infine la quinta categoria più frequente.

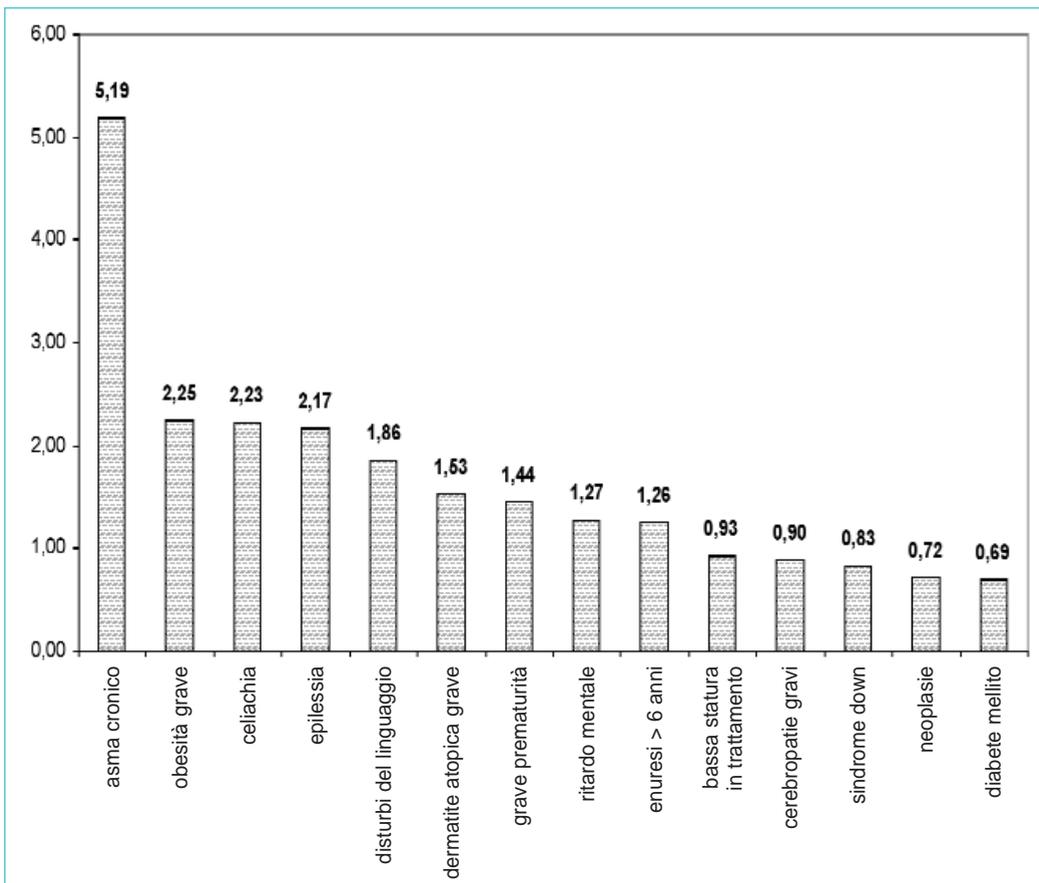
L'obesità grave (figura 25) risulta quindi, dall'analisi dei dati, la seconda patologia per prevalenza (2,25 bambini su mille presentano tale problema). Tale patologia è preceduta solo dall'asma cronico (5,19/1.000) ed è seguita, con valori di poco inferiori, dalla celiachia (2,23/1.000), epilessia (2,17/1.000) e dai disturbi del linguaggio (1,86/1.000).

Le stime di prevalenza delle singole patologie, ricavate dalla rilevazione, delineano un quadro che offre importanti spunti di riflessione e valutazione per la programmazione di percorsi clinici e/o organizzativi relativi alle patologie croniche. È utile, tuttavia, per una più completa attendibilità del dato, valutare tali stime di prevalenza, a livello locale, confrontandole con altre fonti informative, anche considerando che alcune patologie si manifestano in età superiori a quelle controllate dal pediatra (es. asma cronico, diabete e obesità). Per alcune patologie, infatti, come ad esempio il diabete e la paralisi cerebrale infantile, si registrano stime regionali inferiori rispetto a quelle dei dati riscontrabili in letteratura.

⁶ *Il bambino con patologia cronica e ricorrente - una indagine nella pratica pediatrica ambulatoriale*, a cura di Buzzetti et al., 1994. Il criterio di rilevazione usato per l'obesità grave è l'eccesso di peso superiore al 40% rispetto al peso ideale, in funzione della statura.



Figura 25 - Prevalenza delle patologie croniche più frequenti. Anno 2002



Fonte: "Elaborazione regionale dalle schede di rilevazione dei PLS sulle condizioni di cronicità e di disagio psico-sociale al 31.12.2002"

L'elaborazione delle relazioni dei pediatri di libera scelta ha riguardato anche le modalità dell'assistenza erogata al bambino malato cronico o con disagio psicosociale. Si evidenzia che circa il 50% dei bambini segnalati non risulta inserito in un percorso integrato: il 35% è seguito da centro specialistico e il pediatra di libera scelta lo segue per condizioni diverse dalla patologia cronica o per prescrizioni/adempimento di pratiche burocratiche, il 14% non ha un percorso assistenziale attivato. I bambini assistiti tramite un percorso integrato risultano il 24%, con un ulteriore complessivo 2% di bambini in assistenza domiciliare integrata o seguiti con protocollo assistenziale, cui il pediatra di libera scelta partecipa, e per i quali è necessaria l'attivazione di altri servizi oltre al centro di riferimento specialistico. Le restanti percentuali riguardano l'assistenza al bambino effettuata dal pediatra di libera scelta, tramite un protocollo e con l'attivazione al bisogno di controlli specialistici (19%), e i casi seguiti con la collaborazione attiva della famiglia (6%).



5.5 Il contributo della Neuropsichiatria alla promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non è semplicemente assenza di malattia o infermità” (OMS, 1948) e la “promozione della salute” non è prevenzione delle malattie né semplice educazione a corretti stili di vita, bensì attenzione ai requisiti fondamentali per la qualità della vita e la dignità dell'individuo, quali: istruzione, casa, lavoro, pace, equità sociale, ecc. (Carta di Ottawa, OMS, 1986).

Per parlare di salute è perciò imprescindibile porre attenzione al contesto di vita di ciascun individuo, di qualunque età ed in qualunque condizione (anche di handicap, di malattia cronica, ecc.).

Con questa visione il documento “La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva”⁷, attuativo del Piano sanitario regionale (PSR) 1999-2001, propone agli autori locali dei Piani per la salute l'analisi dei luoghi riconosciuti importanti per la promozione della salute in questa fascia di età (famiglia, scuola, città e ambiente urbano, ospedale, servizi territoriali).

Il lavoro integrato fra i servizi sanitari e sociali del territorio, in partnership con le istituzioni scolastiche, oltre che con la famiglia e le organizzazioni che la tutelano e rappresentano, è riconosciuto come il modo di lavorare più appropriato (clinico, organizzativo, amministrativo, economico, ecc.); in questa ottica, l'allegato D dello stesso documento, “La salute psichica nei primi tre anni di vita: interventi preventivi e terapeutici”, fornisce ottimi spunti per una conoscenza e un lavoro fondamentali a promuovere la salute dell'adulto di domani.

In attuazione del suddetto Piano sanitario, la sistematizzazione della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza o dell'età evolutiva (NPIA) in Emilia-Romagna rappresenta un settore di recente evoluzione e adeguamento alle politiche di governo clinico, organizzativo e amministrativo del sistema sanitario: a rapidi passi, infatti, nel territorio la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha visto passare la propria identità, nei recenti anni, da servizio sanitario di base, inserito nel servizio materno infantile, a servizio specialistico aggregato al dipartimento salute mentale.

In Emilia-Romagna le strutture di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si riconoscono in:

- unità operative territoriali strutturalmente aggregate ai dipartimenti di salute mentale;
- unità operative ospedaliere, strutturalmente aggregate ai dipartimenti ospedalieri del presidio di riferimento, collocate in Aziende USL ed in Aziende ospedaliere.

Nelle realtà ospedaliere la NPIA è presente in 6 realtà, difformi fra loro: 1 unità operativa in presidio ospedaliero dell'Ausl (Bologna - Ospedale Maggiore), 1 unità operati-

⁷ *La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Dossier Agenzia sanitaria regionale n. 56, Regione Emilia-Romagna, Ravenna, 2001.



va in Azienda ospedaliera (Reggio Emilia), 2 strutture universitarie bolognesi (UO-NPIA dell'Azienda ospedaliera; struttura NPIA all'interno della Clinica neurologica), 2 servizi unificati alla NPIA del territorio (Rimini; Ausl Bologna per Day Hospital psichiatrico). Ad esclusione di questa ultima realtà la vocazione di queste strutture è prevalentemente di tipo neuro-pediatico.

Sulla base di progetti di interesse regionale, lanciati dal suddetto Piano sanitario regionale 1999-2001, la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha impostato un lavoro congiunto di realtà territoriali ed ospedaliere, finalizzato alla condivisione di criteri di uniformità e di reciproca definizione di ruoli e competenze, ivi compresi i rapporti con la scuola (inserimento di persone con handicap e/o disagio, ecc.) e/o con altre istituzioni (es. Tribunale per i Minorenni). Sono in via di definizione progetti di miglioramento della comunicazione fra Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e Pediatria, con specifico riferimento alla fascia di età 0-6 anni, finalizzata alla tempestiva diagnosi, continuità assistenziale integrata ed alla appropriatezza clinica.

Inoltre, sono in corso di elaborazione i requisiti per l'accreditamento delle strutture di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, territoriali e ospedaliere, ad opera di uno specifico gruppo di lavoro coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale, a completamento dei requisiti per l'accreditamento dei dipartimenti salute mentale (DSM) già previsti dalla delibera di Giunta regionale 327/2004.

La Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza consta di circa 600 operatori delle diverse professionalità (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della riabilitazione, educatori, ecc.) ed esplica le sue attività in 91 sedi ambulatoriali, diffuse su tutto il territorio regionale.

Nel 2003 (tavole 6 e 7), la NPIA territoriale delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, ha offerto oltre 600.000 prestazioni ambulatoriali a 37.442 utenti (equivalente al 6,4% della popolazione di età 0-18 anni). Il 34,8% di queste prestazioni è stato di tipo diagnostico, il 55,1% terapeutico e per l'11% si è trattato di prestazioni indirette (es. riunioni a scuola per bambini certificati disabili, ecc.).

Tavola 6 - Utenza ed attività della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA). Anno 2003

anno	popolazione target	utenti	utenti % target	nuovi utenti	nuovi utenti % target	dimessi	dimessi % target	prestazioni	prestazioni utenti
1999	539.204	34.175	6,34	7.802	1,45	6.666	19,51	541.752	15,85
2000	549.229	37.976	6,91	8.854	1,61	5.495	14,47	602.536	15,87
2001	560.326	37.511	6,69	9.326	1,66	8.583	23,14	615.154	16,59
2002	572.438	37.305	6,52	9.018	1,58	6.572	17,62	635.685	17,04
2003	584.736	37.442	6,40	9.693	1,66	5.723	15,28	620.751	16,58

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema informativo della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (SINP)



Tavola 7 - Totale utenti della Neuropsichiatria dell'infanzia ed adolescenza (NPIA). Anno 2003

fascia d'età / Azienda USL	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18 o +	totale	target 0/18 anni	% target
Piacenza	71	152	916	453	368	106	2.066	37.242	5,5
Parma	148	544	1558	861	600	412	4.123	56.688	7,3
Reggio Emilia	179	582	1421	715	500	236	3.633	77.283	4,7
Modena	305	853	2582	1295	1047	339	6.421	101.088	6,4
Bologna sud	120	323	921	498	377	119	2.358	36.116	6,5
Imola	50	84	284	136	86	35	675	16.304	4,1
Bologna nord	170	341	871	415	326	75	2.198	30.611	7,2
Bologna città	192	547	1202	579	511	185	3.216	43.532	7,4
Ferrara	248	396	1053	484	397	134	2.712	40.273	6,7
Ravenna	135	430	1201	578	519	183	3.046	48.315	6,3
Forlì	177	285	551	228	186	62	1.489	24.037	6,2
Cesena	86	326	1064	639	682	325	3.122	29.114	10,7
Rimini	215	340	920	420	371	117	2.383	44.133	5,4
Regione Emilia-Romagna	2.096	5.203	14.544	7.301	5.970	2.328	37.442	584.736	6,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema informativo della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (SINP)

Questa mole di attività è, al momento, frutto della elaborazione dei dati forniti dal Sistema informativo della NPIA (SINP), fino a pochi anni fa utilizzato prevalentemente a livello aziendale per necessità cliniche (il sistema è costruito per fornire l'intero percorso assistenziale, sulla base di cartelle individuali ora completamente informatizzate) o a livello locale per programmazione (negoiazione budget, ecc.). Nei recenti anni, sulla base di una specifica richiesta della Regione, sono state approntate codifiche di uniformità delle prestazioni e si è proceduto ad estrarre dati informativi utili anche alla programmazione degli interventi ed alla elaborazione di politiche per la salute in questo settore.

Da quest'anno disponiamo dell'elenco delle patologie prevalenti in carico alla NPIA e di altri dati organizzativi di possibile utilità (es. prestazioni/operatore, ecc.), seppure in modo ancora incompleto ed in via di perfezionamento (tavola 8). La classificazione clinica utilizzata nei servizi territoriali è la ICD10 (OMS), che permette di valutare i pazienti secondo 5 assi valorizzando le diverse componenti (patologia organica, disturbo evolutivo, psicologico o psichiatrico, sociale, ecc.).

La progressiva attuazione dei due suddetti progetti e le attuali innovazioni organizzative (v. Piano sociale e sanitario; Distretti/DCP; ecc.) hanno fin qui suggerito di rimandare il completo adeguamento del SINP al 2006, per poter recepire eventuali ulteriori modifiche organizzative (es. glossario comune; accorpamento di prestazioni in pacchetti/prodotti/percorsi; nuovo sistema informativo regionale per la salute mentale; ecc.).

Il report regionale, per ora, fornisce la dimensione dell'utenza per tipologia (n./anno di utenti in carico e nuovi; per fasce di età; per realtà aziendale) ed il numero di presta-



Tavola 8 - Principali categorie diagnostiche (ICD10) degli utenti NPIA. Anno 2003

diagnosi (per Gruppi omogenei)	totale	n/10.000	% totale utenti	% progressiva / pop. target
disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio	6.254	107,0	16,70	16,70
disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche	5.194	88,8	13,87	30,58
ritardo mentale	3.325	56,9	8,88	39,46
sindromi della sfera emozionale con esordio nell'infanzia	2.168	37,1	5,79	45,25
sindromi nevrotiche	1.526	26,1	4,08	49,32
sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	1.003	17,2	2,68	52,00
sindromi ipercinetiche	1.157	19,8	3,09	55,09
disturbi della condotta	1.106	18,9	2,95	58,04
paralisi cerebrali infantili	1.066	18,2	2,85	60,89
epilessie	640	10,9	1,71	62,60
disturbi misti della condotta e della sfera emozionale	619	10,6	1,65	64,25
sindrome di down	570	9,7	1,52	65,78
ipoacusia neurosensoriale e di conduzione	475	8,1	1,27	67,05
disturbi della personalità	472	8,1	1,26	68,31
sindromi affettive	401	6,9	1,07	69,38
sindrome/disturbi da alterato comportamento alimentare	268	4,6	0,72	70,09
cecità ed ipovisione	213	3,6	0,57	70,66
spina bifida	59	1,0	0,16	70,82
schizofrenie	31	0,5	0,08	70,90
Regione Emilia-Romagna	26.547	454,0	70,90	

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema informativo della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (SINP)

zioni e diagnosi effettuate. Per quanto riguarda l'adolescenza, sarà necessario indagare l'afflusso di questa fascia di età anche ad altre strutture del DSM, data l'attuale disomogenea organizzazione dei servizi nelle diverse realtà aziendali.

5.5.1 I disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Nel 2004, il dossier "Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare"⁸ ha raccolto tutta la documentazione prodotta da un gruppo regionale di lavoro che, dopo una indagine ad hoc fra le strutture, territoriali ed ospedaliere, delle Azien-

⁸ *Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare*, Dossier Agenzia sanitaria regionale n. 89, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2004.



de sanitarie regionali, ha prodotto linee cliniche ed organizzative per la costruzione di percorsi assistenziali; sulla base di tale lavoro, la delibera di Giunta regionale n. 1016/2004 ha emanato indirizzi alle Aziende per il miglioramento della assistenza alle persone con disturbi del comportamento alimentare.

I dati sintetici della indagine hanno fornito utili elementi per costruire gli indirizzi regionali e per avviare un monitoraggio periodico. Il Tavolo regionale DCA (previsto dalla delibera n. 1016/04 ed istituito con recente determina del direttore generale Sanità e Politiche sociali) è già al lavoro per la costruzione ed il monitoraggio della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare, tenendo presente che ai fini della prevenzione e tempestiva presa in carico, dal punto di vista clinico-epidemiologico, la fascia più interessata dai disturbi è quella femminile fra i 12 e 25 anni.

Tavola 9 - L'assistenza ai disturbi del comportamento alimentare. Anno 2001

età paziente	pazienti in carico					nuove diagnosi				
	maschi		femmine		totale	maschi		femmine		totale
	v.a.	%	v.a.	%		v.a.	%	v.a.	%	
< 18 anni	34	7,7	406	92,3	440	18	8,5	194	91,5	212
> 18 anni	163	5,8	2.632	94,2	2.795	107	8,8	1.135	91,2	1.242
Regione Emilia-Romagna	197	6,1	3.038	93,9	3.235	125	8,6	1.329	91,4	1.454

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema informativo della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (SINP)

Tavola 10 - Pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Anno 2001

anoressia	bulimia	sindrome/disturbi da alterato comportamento alimentare	valore percentuale su mille residenti
83	33	350	0.81

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema informativo della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza (SINP)

5.5.2 L'autismo ed altri disturbi dello spettro autistico

Il dossier *Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico*⁹ documenta analogo indagine fra le strutture sanitarie regionali che hanno in carico persone con autismo ed altri disturbi dello spettro autistico o disturbi pervasivi/generalizzati dello sviluppo (DPS/DGS). Tale spettro di patologie, che richiede una tempestiva diagnosi nei primi due anni di vita e un intenso e specifico carico di lavoro per gli operatori dei servizi (sanitari, sociali, educativi), rappresenta altresì un grave dramma per le famiglie di questi pazienti, data la difficilissima gestione della loro educazione e vita di relazione, oltre che per la loro competente presa in carico dai servizi al compimento del 18° anno.

⁹ *Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico*, Dossier Agenzia sanitaria regionale n. 103, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2004.



Anche per questi disturbi una delibera di Giunta regionale n. 1066/2004 impartisce indirizzi alle Aziende sanitarie regionali ed una determina del direttore generale Sanità e Politiche sociali ha costituito un Tavolo regionale, già impegnato per la costruzione ed il monitoraggio della rete regionale per il potenziamento della assistenza.

La Regione, unitamente alla NPIA dell'Ausl di Reggio Emilia partecipa al progetto interregionale, finanziato dal Ministero della Salute, per "La valutazione dei servizi e dei programmi di abilitazione psicoeducativa per bambini e adolescenti autistici" che concluderà i propri lavori entro il 2005.

Tavola 11 - Età e sesso dei pazienti con disturbi pervasivi dello sviluppo in carico a strutture delle Aziende USL (febbraio 2002)

	età (in anni)								totale			%/tot
	0-24 m	2-3	4-5	6-10	11-14	15-17	18-29	>29	totale	<18	>18	<18%
M	4	30	86	202	111	65	19	4	521	498	23	95,59
F	3	9	13	45	36	28	8	5	147	134	13	91,16
totale	7	39	99	247	147	93	27	9	668	632	36	94,61
n/1.000	0,11	0,62	1,63	1,62	1,27	1,02	0,05		1,15			

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio salute mentale ed assistenza sanitaria nelle carceri

Tavola 12 - Totale pazienti con disturbi pervasivi dello sviluppo in carico alle Aziende USL vs. popolazione, per fasce di età (febbraio 2002)

	Età (in anni)					Età (in anni)				
	0-6	6-17	<17	>18	totale	0-6	6-17	<17	>18	totale
	v.a.					% popolazione				
M	120	378	498	23	521	1,63	0,20	0,26	0,003	0,03
F	25	109	134	13	147	0,03	0,06	0,05	0,002	0,01
totale	145	487	632	36	668	0,15	0,14	0,14	0,002	0,02

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio salute mentale ed assistenza sanitaria nelle carceri

Tavola 13 - Frequenza delle diverse principali tipologie diagnostiche di disturbi pervasivi dello sviluppo nella popolazione in carico nel 2001

principali tipologie diagnostiche di disturbi pervasivi dello sviluppo	n. casi	% sul totale dei casi
disturbo generalizzato (pervasivo) dello sviluppo	232	28,6
autismo infantile	193	23,8
autismo atipico	108	13,5
sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico	81	10,0
sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico di altro tipo	49	6,0
sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo	36	4,4
sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e a movimenti stereotipati	31	3,8
sindrome di Asperger	21	2,6
sindrome di Rett	11	1,4
disturbo multisistemico di sviluppo	11	1,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio salute mentale ed assistenza sanitaria nelle carceri



5.6 I minori con problemi di dipendenza

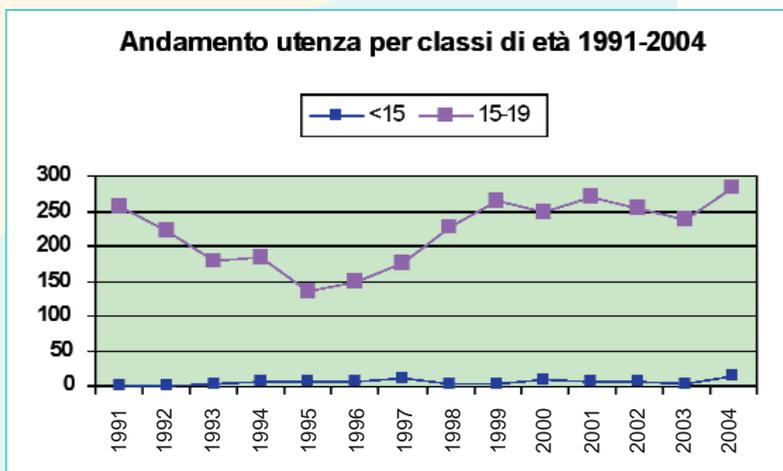
Per gli adolescenti e giovani adulti con problemi legati all'uso di sostanze, i canali di accesso ai servizi sono per lo più costituiti dai Consultori giovani, dai Centri di ascolto per adolescenti o da appositi sportelli che i Sert hanno attivato per questo target di utenza. Qui il consumo di sostanze viene affrontato, con la consulenza dei professionisti dei Sert, nel più ampio contesto del trattamento delle problematiche adolescenziali. Coloro che necessitano di trattamenti specifici sono poi inviati al Sert. Non va dimenticato che la legge prevede la segnalazione ai Sert delle persone trovate in possesso di sostanze per uso personale.

5.6.1 I minori in carico ai Sert

Nel corso del 2004 le persone nelle due classi di età minori di 15 anni e dai 15 ai 19 anni, sono state 297 e rappresentano il 2,6% del totale degli utenti. Sono compresi anche alcuni soggetti maggiorenni (18-19 anni).

Come si osserva nella figura 26, l'andamento dell'utenza più giovane (inferiore ai 15 anni) ha mantenuto un trend costante negli anni, pur attestandosi su valori assoluti molto bassi (nel 2004 solo 14 utenti di questa classe di età si sono rivolti ai Sert emiliano-romagnoli), mentre l'utenza della classe di età 15-19 anni ha avuto un trend oscillante, manifestando un forte calo fino a metà degli anni '90 e una successiva crescita dal '95 ad oggi. Complessivamente dal 1991 ad oggi si è registrato un lieve incremento del numero di soggetti giovani che si sono rivolti ai servizi per le tossicodipendenze, continuando tuttavia a costituire, in termini assoluti e percentuali, una minoranza.

Figura 26 - Soggetti di fascia d'età <15 anni e di 15-19 anni che si rivolgono ai Sert. Anni 1991-2004



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari



Nella tavola 14 è riportato l'incrocio tra le due classi di età e il sesso per gli anni 2003-2004 in valori assoluti.

Tavola 14 - Soggetti che si sono rivolti al Sert per genere e classi d'età <15 anni e 15-19 anni. Anni 2003-2004

classi di età	2003			2004		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
età <15	3	1	4	12	1	13
età 15/19	178	59	237	213	71	284
Regione Emilia-Romagna	181	60	241	225	72	297

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari

La tavola 15 riporta il numero di utenti tossicodipendenti in carico ai Sert delle Aziende USL della regione (anno 2004, valori assoluti).

Tavola 15 - Soggetti tossicodipendenti in carico ai Sert delle Aziende USL. Anno 2004

Sert	<15 anni	15-19 anni	totale
Borgonovo	0	9	9
Piacenza	0	10	10
Cortemaggiore	0	8	8
totale Ausl Piacenza	0	27	27
Parma ¹⁰	0	9	9
Fidenza	0	7	7
Fornovo	0	1	1
Langhirano	0	3	3
totale Ausl Parma	0	20	20
Montecchio	0	4	4
Reggio Emilia	0	22	22
Guastalla	0	3	3
Correggio	0	2	2
Scandiano	0	5	5
Castelnovo	0	0	0
totale Ausl Reggio Emilia	0	36	36
Castelfranco Emilia	0	2	2
Carpi	0	6	6
Mirandola	0	4	4
Modena	0	7	7
Sassuolo	0	4	4

¹⁰ Sono compresi i dati del Sert di Parma e del Sert di Colorno (PR).



Pavullo	0	1	1
Vignola	0	3	3
totale Ausl Modena	0	27	27
Casalecchio di Reno	0	0	0
Vergato	0	7	7
San Lazzaro	0	4	4
San Giovanni in Persiceto	0	4	4
Budrio	0	3	3
San Giorgio di Piano	0	3	3
Bologna est	0	2	2
Bologna Città Nord (Navile)	0	1	1
Bologna ovest	0	7	7
totale Ausl Bologna	0	31	31
totale Ausl Imola	12	9	21
Cento	0	4	4
Ferrara	0	2	2
Portomaggiore	0	3	3
Codigoro	0	1	1
Copparo	1	2	3
totale Ausl Ferrara	1	12	13
Ravenna	0	15	15
Lugo	0	2	2
Faenza	0	8	8
totale Ausl Ravenna	0	25	25
totale Ausl Forlì	0	15	15
totale Ausl Cesena	0	43	43
Rimini	0	14	14
Riccione	0	25	25
totale Ausl Rimini	0	39	39
Totale Regione Emilia Romagna	13	284	297

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari

I Consultori giovani e i Centri di ascolto per adolescenti, ai quali più facilmente si rivolgono i giovani, sono presenti presso tutte le sedi delle Aziende USL della regione Emilia-Romagna, alle volte situati presso i consultori familiari. Presso questi Centri si realizzano iniziative e attività volte all'informazione, alla prevenzione e ad orientare il soggetto che accede alla rete dei servizi socio-sanitari.

Risulta evidente da numerose ricerche svolte sul territorio regionale che l'utilizzo di sostanze nelle giovani generazioni è molto diffuso e spesso non è percepito come rischio-



so; è fondamentale che i giovani possano contare su servizi sociosanitari in grado di informare correttamente e di prevenire i comportamenti a rischio, nonché di indirizzare le persone con problemi ai servizi competenti. Il potenziamento di questi programmi e servizi diviene uno degli obiettivi strategici dei prossimi anni.

5.6.2 I genitori con problemi di dipendenza e figli minori

Il trattamento e la riabilitazione della dipendenza da sostanze legali ed illegali sono assicurati dal Servizio sanitario regionale attraverso i servizi competenti delle Aziende USL (Sert, Programmi dipendenze patologiche) e del privato accreditato (ex Enti Ausiliari), mentre la programmazione degli interventi sociali e sociosanitari in tema di dipendenze è collocata in capo alla pianificazione zonale (Piani di zona), con la titolarità dell'Ente locale e la stretta collaborazione dell'Azienda sanitaria e del privato sociale.

Negli ultimi anni, la programmazione regionale ha posto l'attenzione su alcuni ambiti/target:

- la persona portatrice del bisogno, attraverso la messa a punto di una capillare offerta di servizi a carattere trattamentale/riabilitativo;
- la popolazione generale e in particolare i soggetti che non usano sostanze o le usano in modo ricreazionale/occasionale, attraverso iniziative di promozione della salute e di informazione/prevenzione;
- la marginalità sociale e il disagio urbano, con offerte di tipo assistenziale e di riduzione del danno.

Una forte integrazione tra servizi è tanto più necessaria quando il bisogno è espresso da famiglie o adulti che hanno problemi di dipendenza da sostanze e al contempo hanno figli minori a carico. In questo caso le azioni progettuali che vengono promosse afferiscono alla contemporanea esigenza di garantire un percorso di salute per i membri adulti del nucleo ed un percorso di tutela per i minori, con l'obiettivo di salvaguardare le relazioni primarie genitori-figli.

Quasi tutti i Sert e i Programmi dipendenze patologiche delle Aziende USL della regione Emilia-Romagna hanno messo a punto dei protocolli e dei percorsi assistenziali specifici per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o genitori tossicodipendenti con figli minori.

I protocolli rispondono all'esigenza di un approccio multidisciplinare e multimodulare, coerente con un modello di lavoro improntato sull'integrazione degli interventi e finalizzato alla continuità assistenziale. Nell'applicazione di tali protocolli risultano coinvolti, con alcune differenze a seconda della realtà territoriale, il Sert, il Servizio sociale, la Neuropsichiatria infantile, limitatamente a quelle situazioni nelle quali il bambino presenta segnali rilevanti di disagio, il Servizio materno infantile, il Consultorio, i reparti di Ostetricia e di Pediatria dell'ospedale, la Pediatria di comunità, la scuola. I protocolli di interfaccia devono prevedere i criteri di eleggibilità al trattamento in residenza, le modalità di invio e di valutazione dei risultati. Il percorso residenziale in comunità viene di solito intrapreso quando si dimostra necessario, a causa della rilevazione di



situazioni di rischio per l'adulto e il minore, un percorso specifico volto al superamento della dipendenza e al rafforzamento della genitorialità in ambiente protetto.

In Emilia-Romagna sono quattro le strutture del privato accreditato specializzate in programmi per madri tossicodipendenti con figli minori e due di queste ospitano contemporaneamente donne con figli e donne che invece non hanno figli. Queste comunità hanno una capacità ricettiva da 10 a 25 utenti, inclusi i minori. Ogni nucleo familiare viene ospitato in camere a sé, dove può coltivare una dimensione più autonoma e intima della relazione; inoltre nella comunità sono sempre previsti spazi specificamente riservati ai bambini. Per questo tipo di comunità la normativa regionale sull'accREDITAMENTO prevede la presenza di un operatore con funzioni di accudimento e accompagnamento del minore, un educatore professionale o pedagogo o psicologo con funzioni di supporto all'acquisizione delle competenze genitoriali. È prevista, inoltre, la presenza di uno psicologo, psicoterapeuta o neuropsichiatra per interventi mirati alla costruzione dell'identità e delle competenze genitoriali. Una parte importante del lavoro terapeutico è infatti dedicato specificatamente alla genitorialità, nell'ottica di sostenere la madre a sviluppare modalità autonome e personali di gestione della quotidianità.

Il programma terapeutico mediamente ha la durata di 24 mesi ed è suddiviso in quattro fasi:

1. la fase di accoglienza e orientamento, che occupa i primi 3 mesi del programma; gli obiettivi di questa fase sono volti all'acquisizione, condivisione e accettazione delle regole della comunità e all'elaborazione della propria storia personale e familiare, della propria tossicomania;
2. la fase motivazionale, della durata di 3-4 mesi, che si propone di agire sull'identificazione dei bisogni, sull'espressione dei sentimenti e delle emozioni, sull'attivazione della rete sociale primaria (genitori, figli, coniuge);
3. la fase clinica, che occupa la parte centrale del programma per un periodo di circa 10 mesi, i cui obiettivi sono il raggiungimento di autoconsapevolezza, la rielaborazione del proprio vissuto, l'accettazione dei nuclei patologici della propria personalità, l'elaborazione e l'approfondimento delle proprie competenze genitoriali, la valorizzazione delle proprie risorse positive;
4. la fase del reinserimento, che occupa solitamente gli ultimi sei mesi del percorso terapeutico. Il lavoro è incentrato sull'acquisizione di autonomia economica attraverso anche l'inserimento lavorativo, sulla gestione del tempo libero, sul consolidamento della rete familiare e amicale e, naturalmente, sull'elaborazione della separazione dalla Comunità. È forse la fase più delicata in quanto a rischio di ricadute, pertanto è importante che venga attivata la rete territoriale dei servizi alla persona, quale punto di riferimento per il soggetto uscito dalla comunità.

In Emilia-Romagna la ricettività complessiva per queste strutture è di 53 posti per le donne, alle quali si aggiungono gli eventuali figli minori (tavola 16).

Nella tavola successiva sono invece indicati i soggetti inseriti dalle Aziende USL della regione Emilia-Romagna nel corso del 2004.



Tavola 16 - Strutture private accreditate, specializzate in programmi per madri tossicodipendenti con figli minori. Anno 2004

struttura	sede	Ricettività
La Vela Luna Stellata	Piacenza	12
Casa Mimosa	Modena	10
La Rupe	Bologna	10
Villa Traversa	Fontanelice (BO)	21

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari

Tavola 17 - Soggetti inseriti nelle strutture madre-bambino dalle Aziende USL e giornate di permanenza. Anno 2004

struttura	soggetti		Giorni
	numero	%	
La Vela Luna Stellata	3	10,00	793
Casa Mimosa	9	30,00	2.117
La Rupe	6	20,00	1.365
Villa Traversa	12	40,00	2.677

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio Pianificazione e sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari



5.7 Gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali che hanno coinvolto in maniera più o meno grave bambini e adolescenti di età compresa fra 0 e 17 anni in Emilia-Romagna possono essere ricavati da fonti ISTAT. In questo caso si confrontano i dati che vanno dal 1999 al 2003, ultimo anno attualmente a disposizione.

In un contesto nazionale che ha visto nell'arco di una decina di anni un decremento della mortalità infantile per incidenti stradali e in generale una diminuzione dei feriti negli incidenti accorsi ai minori di età¹¹, a livello regionale nel quinquennio analizzato non è possibile, come evidente nelle tavole che seguono, definire un trend della mortalità infantile e dei feriti.

Dal 1998 al 2003 si passa da un minimo di 23 minori deceduti (anno 1999) ad un massimo di 42 (anno 2003) con cifre altalenanti fra un anno e l'altro. Stessa cosa si può dire dei feriti dove il range è compreso fra i 2.533 del 1998 e i 3.098 del 2002.

Tavola 18 - Deceduti di anni 0-17 residenti per "accidente stradale" e per classe d'età. Anni 1998-2003

classi di età	anno 1998			anno 1999			anno 2000			anno 2001			anno 2002			anno 2003		
	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.
0-4	0	2	2	0	1	1	2	1	3	3	1	4	2	0	2	5	2	7
5-9	0	0	0	0	2	2	1	3	4	4	1	5	4	1	5	4	1	5
10-13	5	2	7	4	2	6	1	1	2	4	2	6	4	5	9	3	1	4
14-17	21	3	24	9	5	14	13	3	16	7	11	18	9	3	12	19	7	26
totale	26	7	33	13	10	23	17	8	25	18	15	33	19	9	28	31	11	42

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio controllo di gestione e sistemi statistici su dati ISTAT

Tavola 19 - Feriti di anni 0-17 residenti per "accidente stradale" e per classe d'età. Anni 1998-2003

classi di età	anno 1998			anno 1999			anno 2000			anno 2001			anno 2002			anno 2003		
	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.	M	F	tot.
0-4	90	100	190	116	123	239	108	132	240	134	144	278	164	145	309	147	152	299
5-9	181	149	330	175	172	347	153	182	335	166	151	317	221	184	405	202	150	352
10-13	189	145	334	207	195	402	204	194	398	209	161	370	271	202	473	218	167	385
14-17	1094	585	1679	1301	734	2035	1331	663	1994	1201	599	1800	1263	646	1909	1153	583	1736
totale	1554	979	2533	1799	1224	3023	1796	1171	2967	1710	1055	2765	1919	1177	3096	1720	1052	2772

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio controllo di gestione e sistemi statistici su dati ISTAT

¹¹ Cfr. Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, *I numeri italiani*, Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, n. 25, Istituto degli Innocenti, Firenze 2002.



Interessante è l'analisi per fasce di età e per sesso. Risulta evidente come sia negli incidenti mortali che in quelli che provocano feriti, i soggetti maggiormente coinvolti siano di sesso maschile e appartengano alla fascia 14-17 con un picco nell'ultimo anno di età.

Ci troviamo dunque di fronte a ragazzi in grado di muoversi in autonomia, che possono condurre motocicli o essere su questi trasportati. Non a caso il maggior tributo nella fascia 14-17 è pagato proprio dai conducenti.

Tavola 20 - Deceduti di anni 0-17 residenti per "accidente stradale" per classe d'età e per tipo di utente. Anni 1998-2003

		1998				1999				2000				2001				2002				2003							
		cond.	ped.	trasp.	tot.	cond.	ped.	trasp.	tot.	cond.	ped.	trasp.	tot.	cond.	ped.	trasp.	tot.	cond.	ped.	trasp.	tot.	cond.	ped.	trasp.	tot.				
00-04	F	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	2	3	0	0	2	2	2	0	3	2	5			
05-09	F	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	2	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	2	4	0	0	4	4	4	1	2	1	4			
10-13	F	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	4	5	0	1	0	1	0	1		
	M	2	0	3	5	2	0	2	4	1	0	0	1	2	1	1	4	0	1	3	4	1	1	1	1	3			
14-17	F	1	0	2	3	4	0	1	5	1	0	2	3	2	2	7	11	0	0	3	3	2	0	5	7				
	M	18	0	3	21	3	1	5	9	8	1	4	13	3	0	4	7	7	0	2	9	11	1	7	19				
totale		21	0	12	33	9	2	12	23	10	3	12	25	8	8	17	33	7	2	19	28	15	8	19	42				

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio controllo di gestione e sistemi statistici su dati ISTAT

Tavola 21 - Feriti di anni 0-17 residenti per "accidente stradale" per classe d'età e per tipo di utente. Anni 1998-2003

		1998				1999				2000				2001				2002				2003			
		cond.	ped.	trasp.	tot.																				
00-04	F	1	9	90	100	0	9	114	123	0	12	120	132	0	15	129	144	0	9	136	145	2	8	142	152
	M	2	6	82	90	0	13	103	116	1	15	92	108	0	19	115	134	1	13	150	164	3	15	129	147
05-09	F	2	13	134	149	4	19	149	172	5	23	154	182	6	16	129	151	9	16	159	184	14	13	123	150
	M	14	35	132	181	12	25	138	175	13	31	109	153	13	31	122	166	16	28	177	221	9	30	163	202
10-13	F	24	25	96	145	41	23	131	195	27	27	140	194	14	10	137	161	19	23	160	202	27	23	117	167
	M	59	23	107	189	63	32	112	207	80	19	105	204	62	26	121	209	83	29	159	271	64	25	129	218
14-17	F	312	26	247	585	418	40	276	734	377	30	256	663	341	16	242	599	357	33	256	646	324	29	230	583
	M	882	18	194	1094	1048	14	239	1301	1068	27	236	1331	965	26	210	1201	1018	34	211	1263	911	27	215	1153
totale		1296	155	1082	2533	1586	175	1262	3023	1571	184	1212	2967	1401	159	1205	2765	1503	185	1408	3096	1354	170	1248	2772

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Servizio controllo di gestione e sistemi statistici su dati ISTAT



Per quanto i numeri degli incidenti siano rilevanti, è bene però ricordare che uno studio sul trauma cranico effettuato nell'area della Romagna (province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini)¹², rilevi come, a seguito dell'introduzione dell'obbligatorietà del casco con la legge 472/99, si sia notevolmente abbassata la mortalità per trauma cranico a causa di incidenti stradali su motociclo nella fascia 14-17 (-61% dal 1999 al 2000).

Gli incidenti che accorrono alla fascia di età fra 0 e 10 anni sono invece riferibili a soggetti trasportati o comunque sotto la diretta responsabilità di adulti che dovrebbero sempre allacciare le cinture, anche sui sedili posteriori, e trasmettere ai figli un comportamento corretto fin dalla più tenera età.

Anche l'analisi dei dati relativi a questa fascia d'età evidenzia alcuni problemi su cui è bene riflettere. Diventa determinante rafforzare tutte le azioni formative ed informative già attivate da anni, indirizzate verso gli adulti ed i genitori in particolare, il cui ruolo è fondamentale perché il loro esempio, sia alla guida del proprio mezzo, che nei confronti delle regole da rispettare, incide nella formazione delle generazioni più giovani.

L'Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza

L'Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza della Regione Emilia-Romagna, sulla base della legislazione regionale¹³, oltre a svolgere un ruolo autonomo di ideazione, di progettazione e di produzione di programmi, di sussidi didattici e di attività varie, svolge un ruolo propositivo, di consulenza e di collaborazione indirizzato verso vari soggetti sia pubblici che privati impegnati sul problema della sicurezza stradale.

L'Osservatorio è attualmente collegato a tutto il territorio regionale e svolge un ruolo di stimolo e di indirizzo anche per scelte di carattere nazionale; collabora ed ha contatti frequenti con i Ministeri interessati e con le maggiori imprese che partecipano ai programmi dedicati ai giovani, e non solo; è spesso interpellato da vari organi di stampa e di informazione (anche tecnico-scientifici) che desiderano conoscere le esperienze più significative sviluppate sul territo-

¹² Si tratta di *Epidemiologia del Trauma Cranico in Romagna: analisi del fenomeno nel triennio 1998-1999-2000 ed effetti dell'entrata in vigore della legge 472/99*, studio effettuato presso il reparto di Neurochirurgia per la Traumatologia dell'Ospedale Maurizio Bufalini di Cesena.

¹³ Si ricordano di seguito le principali leggi regionali e le indicazioni normative di riferimento: 1) Libro bianco *La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte*, 2001. 2) legge regionale 27 aprile 1990, n. 35 "Norme in materia di promozione, attuazione e gestione delle strutture destinate allo spettacolo, allo sport e al tempo libero". 3) legge regionale 20 luglio 1992, n. 30 "Programma di intervento per la sicurezza dei trasporti". 4) legge regionale 10 aprile 1995, n. 26 "Modifiche all'art. 6 della L.R. 27 aprile 1990, n. 35 e all'art. 6 della L.R. 20 luglio 1992, n. 30 - Comitato Tecnico - Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza". 5) D.P.E.F. regionale 2005/2007.



rio regionale e la sua metodologia di lavoro. Collabora frequentemente anche con enti ed istituzioni che risiedono fuori del territorio regionale, per mettere a disposizione documentazioni, materiali didattici e suggerimenti di lavoro. L'Osservatorio promuove, con una politica di sistema a rete, varie forme di accordi e di intese sia a livello nazionale che locale, con Province, Comuni, Prefetture, Ausl, ACI, Motoclub ed imprese per rafforzare l'azione comune in tema di sicurezza stradale.

Rappresenta inoltre un punto di riferimento di vari comitati ed associazioni (che vivono il dramma degli incidenti stradali) e di vari movimenti di opinione che, in forma sempre più attenta, si stanno impegnando in vari settori riguardanti l'educazione stradale. Svolge la propria attività a breve, a medio ed a lungo termine; in particolare agisce in tempo reale, cercando di individuare i problemi emergenti e, soprattutto, di monitorare la realtà regionale al fine di poter contrastare nelle forme più opportune possibili il fenomeno degli incidenti stradali.

Per fare questo riceve continui input da vari soggetti che spesso individuano l'Osservatorio anche come punto di riferimento per proposte di ricerche e di studi su vari argomenti attinenti il problema del comportamento degli utenti della strada. Sulla base di accordi interistituzionali, agisce in modo particolare per la sicurezza dei giovanissimi.

La politica degli accordi e delle intese ed il sistema a rete, da anni obiettivo perseguito capillarmente dall'Osservatorio e che ha dato origine a vari tavoli di lavoro a livello locale, con la presenza delle Amministrazioni provinciali e comunali, delle Prefetture, della Polizia municipale, della Polizia stradale, delle ASL, delle associazioni varie, dei centri di ricerca, delle Università, del settore economico e produttivo, ha favorito lo sviluppo dei programmi di educazione. Alcune Amministrazioni provinciali hanno istituito propri Osservatori, di cui quello regionale è parte integrante e localmente sono stati firmati veri e propri ulteriori protocolli d'intesa.

L'Osservatorio, in collaborazione con le associazioni di categoria degli istruttori di scuola guida Unasca, Confederataai e dell'Acì regionale, organizza incontri e seminari dedicati ai formatori ed agli utenti della strada, con la collaborazione delle Amministrazioni provinciali, dei Comuni capoluogo, delle Aziende sanitarie locali e degli esperti di diverse amministrazioni interessate al problema, in primo luogo il Servizio integrato infrastrutture e trasporti (ex Uffici della motorizzazione civile) e le Prefetture. Insieme alle scuole organizza anche esperienze di guida preventiva.

I principali progetti

Il patentino - Non solo quiz

I primi corsi di guida pratica per il ciclomotore, promossi dalla Regione Emilia-Romagna, risalgono al 1984, in occasione della proposta di legge sul casco obbligatorio e nell'ambito del programma "Educazione stradale - educazione per la vita".

Negli anni successivi la sperimentazione si è allargata al mondo della scuola, degli Enti locali e dell'associazionismo, con l'obiettivo di sottolineare l'importanza della preparazione alla guida dei ragazzi, non solo facendo leva sugli aspetti, pur fondamentali, della conoscenza delle regole, ma soprattutto sul comportamento alla guida e sulle motivazioni che spingono i ragazzi ad utilizzare il ciclomotore.



Così, un già avviato sistema a rete e ed una sperimentata formula degli accordi e delle intese hanno permesso all'Osservatorio - assieme alle scuole ed in collaborazione con Enti locali, scuole guida, Asl, Forze dell'ordine e di vigilanza e le associazioni - di organizzare oltre 1.600 corsi gratuiti per circa 53.000 ragazzi fin dal 2004, primo anno di avvio dell'obbligo del certificato di idoneità alla guida per il ciclomotore.

In particolare, Regione Emilia-Romagna, Direzione generale dell'Ufficio scolastico regionale ed Enti locali sono attivamente impegnati su due fronti: la preparazione dei ragazzi per il conseguimento del "patentino" ed i programmi di educazione alla cultura della mobilità.

Inoltre, l'Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza della Regione ha da tempo avviato, anche nelle scuole secondarie di II grado, programmi di lavoro finalizzati alla preparazione alla guida dei ragazzi, sia per la guida del ciclomotore che della prima auto. Per la guida del ciclomotore vengono organizzate prove di guida e sperimentazioni che si sono ampiamente diffuse su tutto il territorio regionale, culminando in modo particolare nell'ambito del programma "Maggio in strada", di cui si tratta più diffusamente in seguito.

Il "patentino" rafforza l'esigenza di una adeguata preparazione dei ragazzi su alcuni aspetti fondamentali:

- la conoscenza delle regole della strada e conoscenza del "mezzo",
- i comportamenti alla guida,
- la conoscenza del territorio e del sistema della viabilità,
- le prove di guida.

Anche in virtù del rapporto di collaborazione instaurato da anni, le scuole della regione hanno deciso di affrontare direttamente il programma del "patentino", facendosi carico delle otto ore dedicate al comportamento e delle dodici ore dedicate alla preparazione per i quiz e per le eventuali prove di guida.

Per il "patentino" sono stati sottoscritti protocolli locali, derivati dal protocollo generale firmato da Regione Emilia-Romagna e da Direzione generale dell'Ufficio scolastico regionale che hanno concretamente affrontato il problema della preparazione dei ragazzi alla guida. La collaborazione tra il mondo della scuola, le Amministrazioni provinciali e dei Comuni capoluogo, le Asl, le Prefetture, le associazioni delle scuole guida (Unasca, Confedertai ed Aci), le Polizie municipali, la Polizia stradale e le associazioni ha permesso la predisposizione del piano di fattibilità dei corsi, con sostegni economici e professionali da parte di tutte le realtà coinvolte.

Vengono organizzati anche veri e propri corsi di formazione dei formatori, a cui partecipano insieme varie figure professionali: docenti di scuole di vario ordine e grado, rappresentanti delle diverse polizie, istruttori di scuola guida.

Drive

Il cd rom multimediale *Drive*, "edutainment" (education/entertainment), prodotto dall'Osservatorio per l'educazione stradale e la sicurezza della Regione Emilia-Romagna insieme a Koala Games S.n.c., è un innovativo strumento divulgativo pensato e realizzato per dotare le scuole di un materiale didattico in grado di aiutare i ragazzi nel loro percorso di preparazione alla guida del ciclomotore, utilizzando linguaggi appropriati e metodologie di comunicazione particolarmente innovative.



Il cd rom *Drive* unisce all'aspetto del gioco gli aspetti fondamentali del percorso formativo per la preparazione alla guida: la conoscenza delle regole del Codice della strada, il problema dei comportamenti idonei alla guida, la conoscenza del mezzo e del territorio.

Il cd multimediale viene utilizzato sia per i programmi scolastici di educazione stradale (art. 230 del Codice della strada) che per i moduli di otto ore sul tema della convivenza civile e dell'accettazione delle regole, sia per la preparazione ai quiz delle prove d'esame per il "patentino". Il cd rom contiene tutti i quiz ministeriali, simulazioni d'esame con le relative risposte, per una preparazione sia individuale che collettiva.

La bottega delle idee e dei progetti: progetto "Maggio in strada"

Il progetto ha avuto inizio nel 1999 con la raccolta, sotto uno stesso "cartellone", delle iniziative di "educazione stradale" organizzate dalle scuole nella nostra regione, in collaborazione con tutti gli enti pubblici e privati, in particolar modo con le Polizie municipali. Nella sua prima edizione le iniziative sono state suddivise in temi prioritari: l'automobile, la bicicletta, il casco, le cinture di sicurezza, il motorino, il "sabato sera", l'educazione stradale, i pedoni. L'obiettivo è stato quello di conoscere, di diffondere e di consolidare una cultura di sicurezza nelle strade, di instillare nei giovani un rapporto corretto con il mezzo di trasporto, di responsabilizzarli al rispetto di sé, degli altri e delle regole.

Così il territorio della nostra regione, grazie anche all'intesa firmata con il mondo della scuola nel 1994 e rinnovata nel 2001, si è progressivamente trasformato in un cantiere aperto in cui si realizzano i vari programmi finalizzati all'educazione stradale, con l'obiettivo di inserirla quale materia della programmazione scolastica e della formazione degli utenti in generale. Raccogliendo questa serie di esperienze, il mese di "Maggio in strada" rappresenta simbolicamente il periodo dedicato all'azione di sensibilizzazione dei ragazzi, dei genitori, dei cittadini con l'obiettivo di completare il lavoro formativo sviluppato durante tutto l'anno scolastico. Il progetto si svolge attraverso incontri sul territorio, raccolta e monitoraggio dei dati pervenuti da scuole, Province, Comuni, Polizie locali, ASL e altri enti coinvolti, coinvolgimento degli organi di informazione, produzione e diffusione di materiali quali una guida informativa di tutti gli eventi ed i soggetti coinvolti.

Da "Headline Tour" a "Pit stop on the road"

Headline Tour è un progetto di prevenzione e di sensibilizzazione sulle cause e sulle conseguenze degli incidenti stradali che si svolge come un talk-show rivolto a studenti delle ultime tre classi di scuola secondaria di II grado. La formula comunicativa adottata si è rivelata sempre efficace e penetrante. Ad esso partecipano esperti ed anche un DJ che fa ascoltare brani di musica hipnotic e trance spiegando il rapporto tra musica e uso di droghe. È inoltre prevista la proiezione di un filmato di una festa rave con gli effetti dell'alcool e della droga nella guida dell'auto, con testimonianze dal vivo di ragazzi paraplegici su sedie a rotelle in conseguenza di incidenti stradali e scambio di opinioni, moderato da un conduttore giornalista, fra ragazzi in sala e testimoni sul palco.

