



21-22-23-24 **CATANZARO**
OTTOBRE 2015 ITALIA



PROGRAMMA ADOZIONE SOCIALE

I parte

Speaker
Paolo Siani
Past President Associazione Culturale Pediatri
www.acp.it

I poveri,
le persone meno istruite,
quelle di bassa classe sociale,

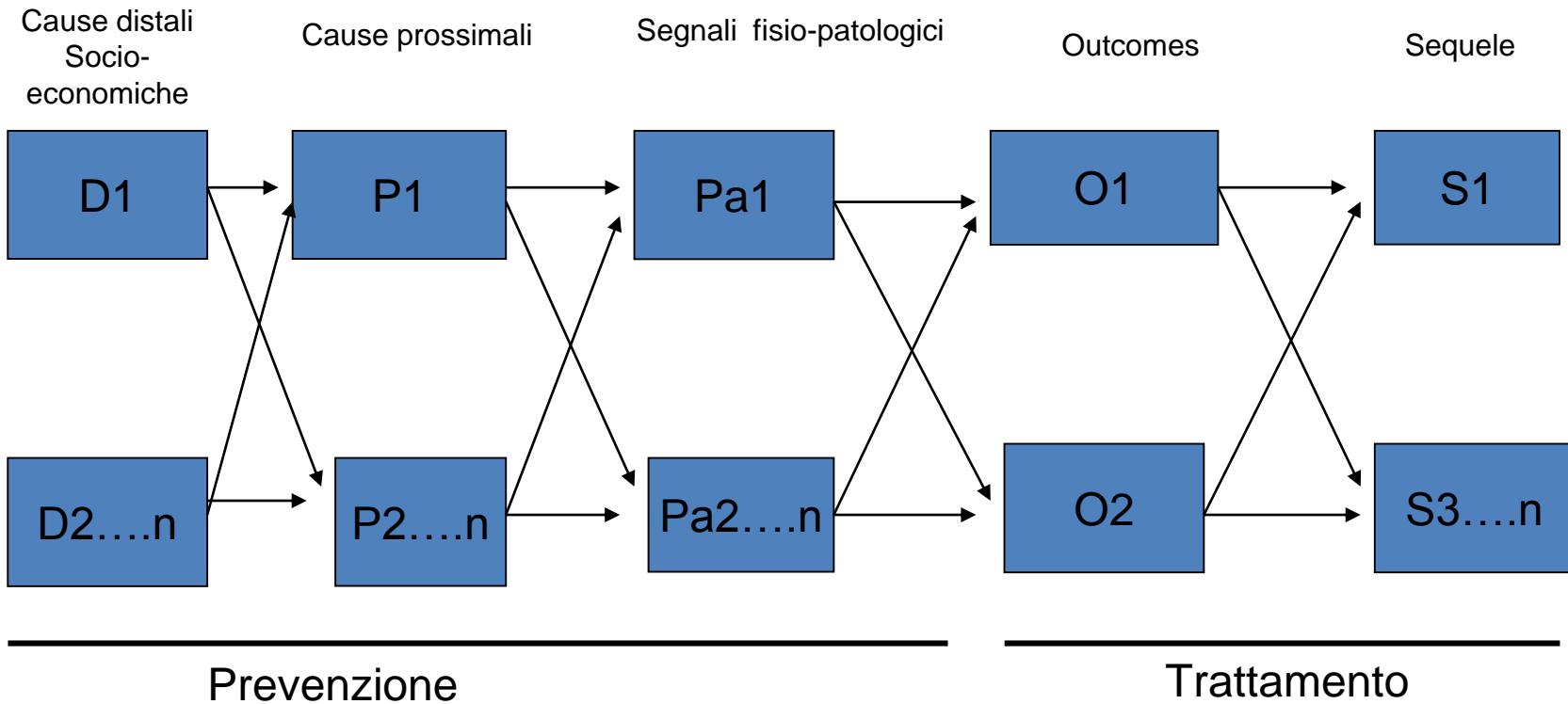
si ammalano di più e muoiono prima.

E' una situazione che continua ad essere tollerata dai più e che scandalizza pochi.

Una parte di queste diseguaglianze dovrebbe essere considerata evitabile e quindi ingiusta e non accettabile.

Catene causali di esposizione che portano alla malattia

WHO Report



D1: Le **cause distali socio-economiche** comprendono il **reddito, l'istruzione e l'occupazione, i rapporti sociali, servizi accessibili e appropriati**, tutte influenzano i livelli dei

P1 : fattori prossimali quali **l'inattività, la dieta, l'uso di tabacco ed alcool, l'alienazione, l'estraneità, la separazione e l'isolamento**;

questo interagisce con i **segnali e le cause fisiologiche e fisiopatologiche**, come (Pa1) :**la pressione arteriosa, i livelli di Colesterolo e il metabolismo del glucosio, la stigmatizzazione e l'emarginazione** per causare la malattia cardio-vascolare ed il malessere psico-sociale.

Le sequele comprendono la morte e la disabilità.

Nell'infanzia
le condizioni di salute e l'uso dei servizi

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

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

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

Ci sono ormai molteplici segnalazioni in letteratura che dimostrano che :

lo svantaggio sociale alla nascita provoca disturbi della salute a carico
dell'apparato cardiorespiratorio, della cavità orale, e obesità

anche da adulti,

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

Research

Open Access

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

Fabio Antonelli, Daniele De Brasi and Paolo Siani*

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

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

* Corresponding author

Published: 2 September 2009

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

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

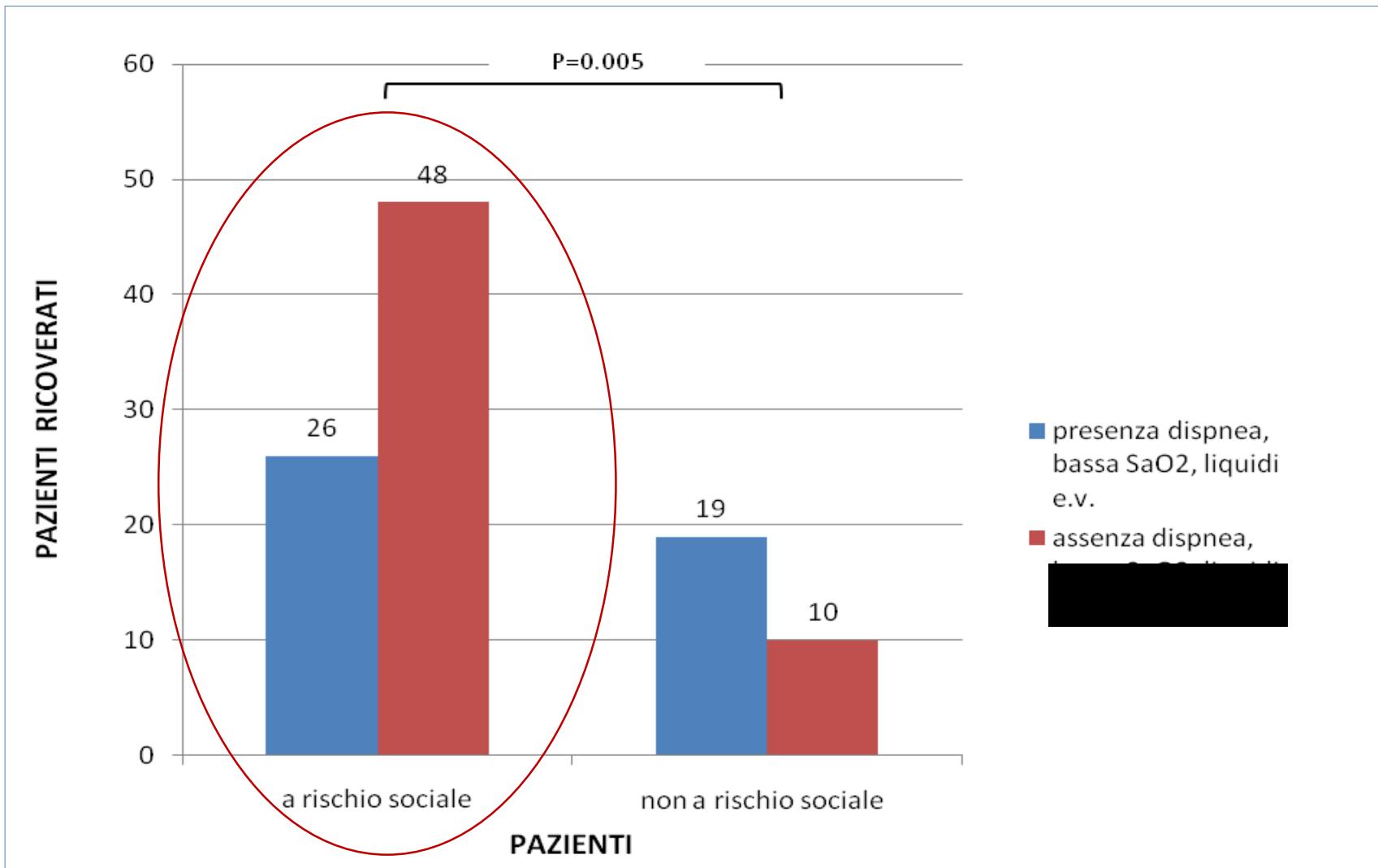
© 2009 Antonelli et al; licensee BioMed Central Ltd.

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

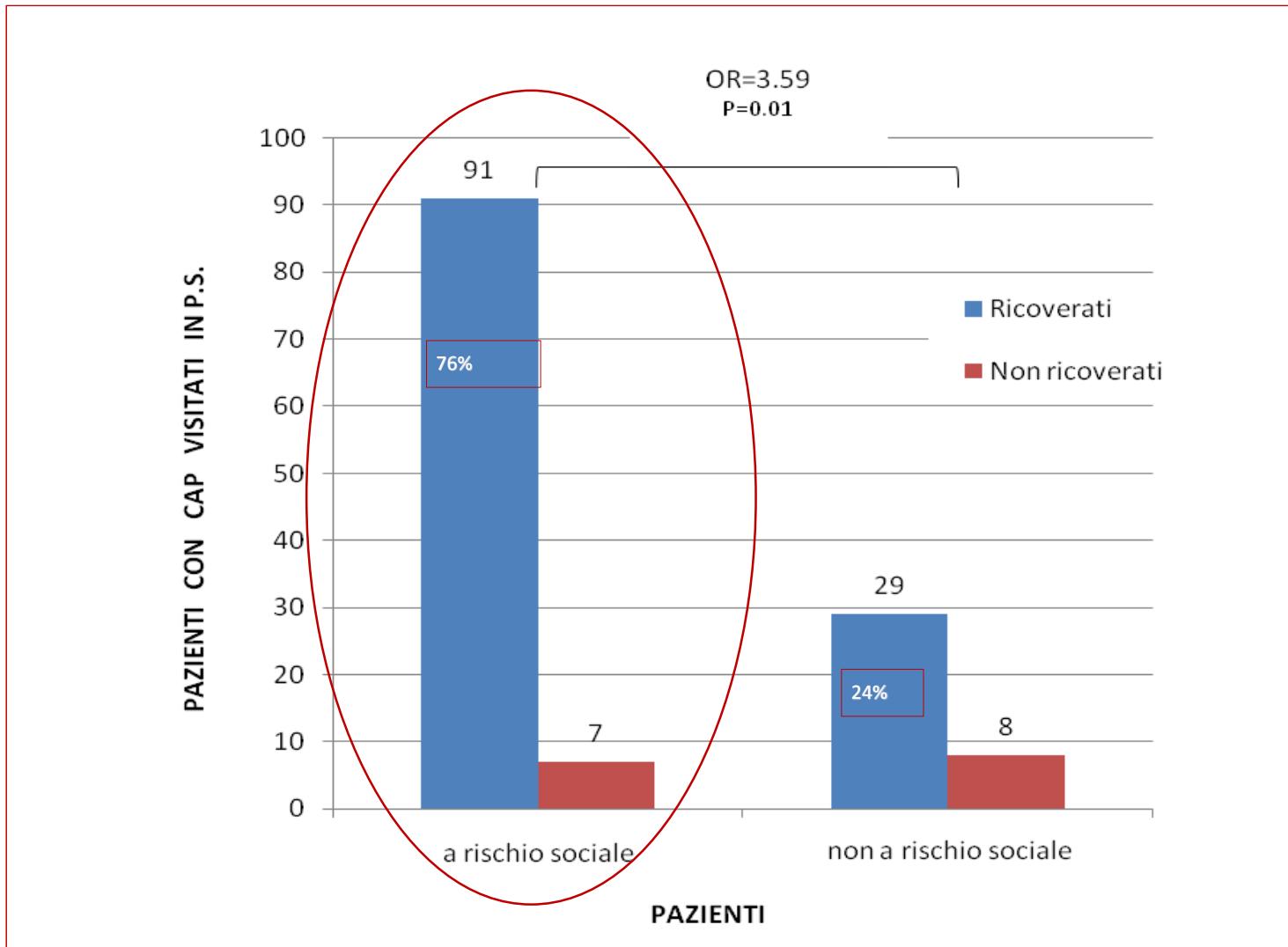
Received: 6 April 2009

Accepted: 2 September 2009

Appropriatezza del ricovero in base al quadro clinico di esordio.



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



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

Il tasso di povertà assoluta* dei minori
nel 2014 è del 13,8%

- Calabria 29%**
- Sicilia 25%**
- Campania 14%**
- Trentino 7%**
- Toscana 7%**

Per una famiglia con due figli tra 0 e 10 anni
nel Mezzogiorno, residente in un'area metropolitana
(più di 250.000 abitanti)

La povertà assoluta si localizza sotto i 1.363 euro mensili

*calcolata dall'ISTAT come il valore monetario a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica ed alla tipologia del comune di residenza

DIFFERENZE E DISUGUAGLIANZE

- Il disagio economico è più diffuso se all'interno della famiglia è presente un **numero crescente di figli minorenni**
- Il fenomeno, ancora una volta, è particolarmente evidente **al Sud, dove 4 famiglie su 10, con tre o più figli minorenni, sono povere.**

- La povertà materiale
- la povertà delle relazioni sociali e di aiuto,
- la disoccupazione,
- il lavoro poco qualificato,
- il basso titolo di studio

sono tutti determinanti della salute.

Tali determinanti, presenti in un numero considerevole delle famiglie in Italia, rappresentano per i bambini un fattore di rischio tanto importante quanto trascurato.

Persiste infatti una scarsa attenzione alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi

Mancano strategie consolidate di offerta attiva e di accoglienza e accompagnamento nei momenti significativi della vita dei nuclei familiari e dei bambini

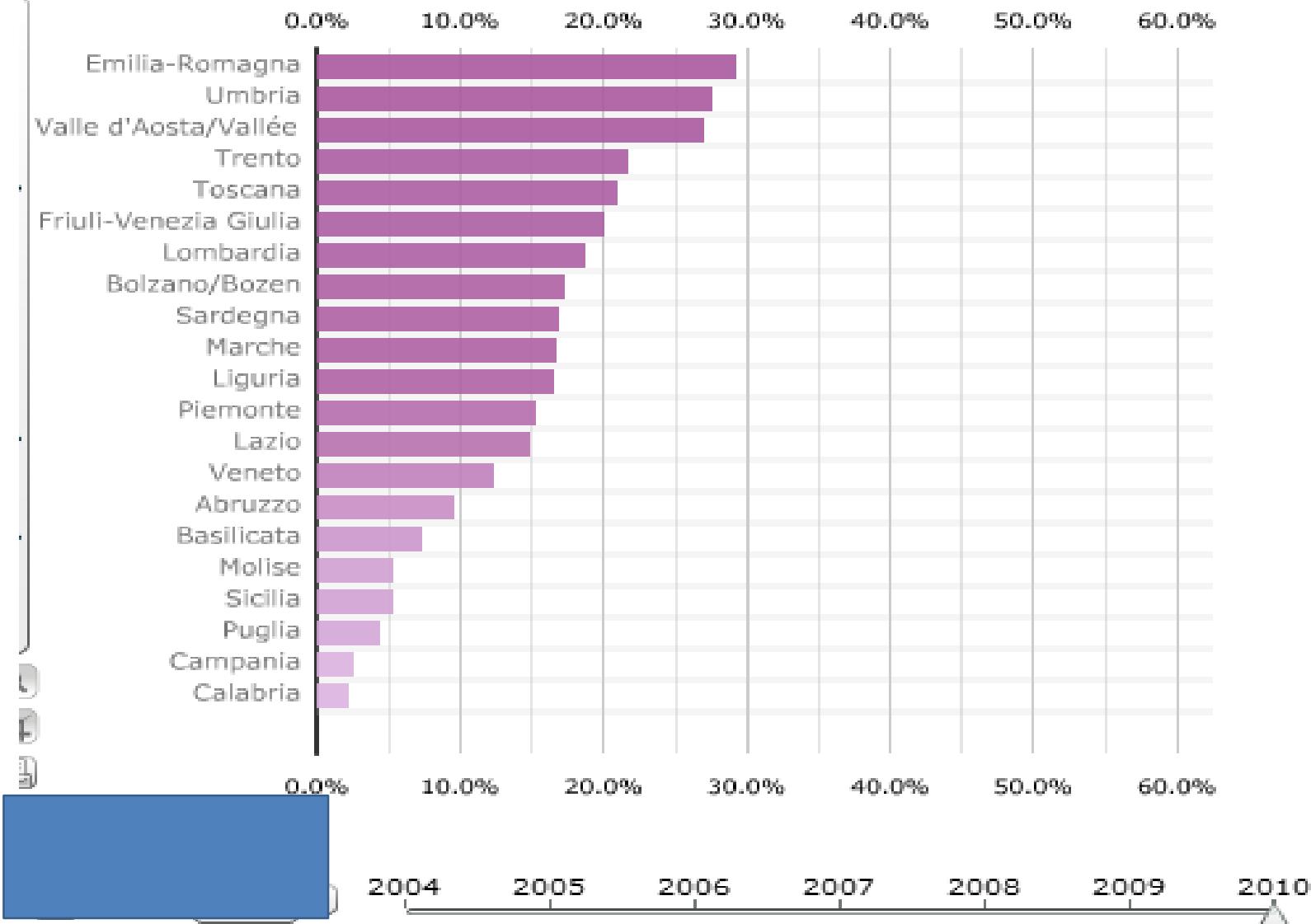
- percorso nascita integrato,
- home visiting,
- asili nido come hubs territoriali,
- consultori familiari ormai desertificati.

In Italia in media solo il 14% dei bambini tra 0 e 2 anni riesce ad andare al nido o usufruire di servizi integrativi

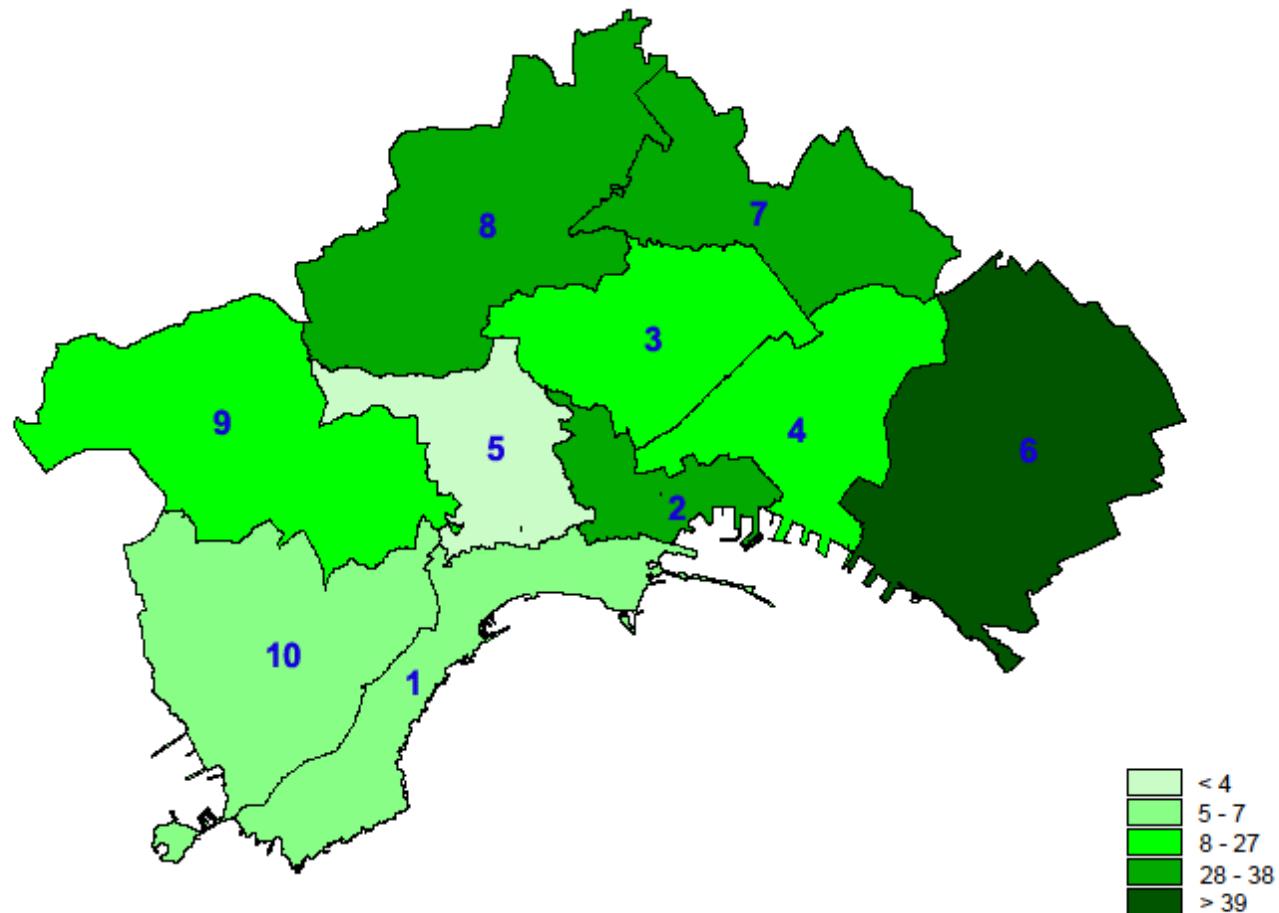
In regioni quali Calabria, Campania e Puglia le percentuali non superano il 5%

Già al secondo anno della scuola primaria sono misurabili differenze nelle competenze tra bambini del mezzogiorno e quelli del nord

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



N° nati per età materna inferiore a 20 anni per municipalità

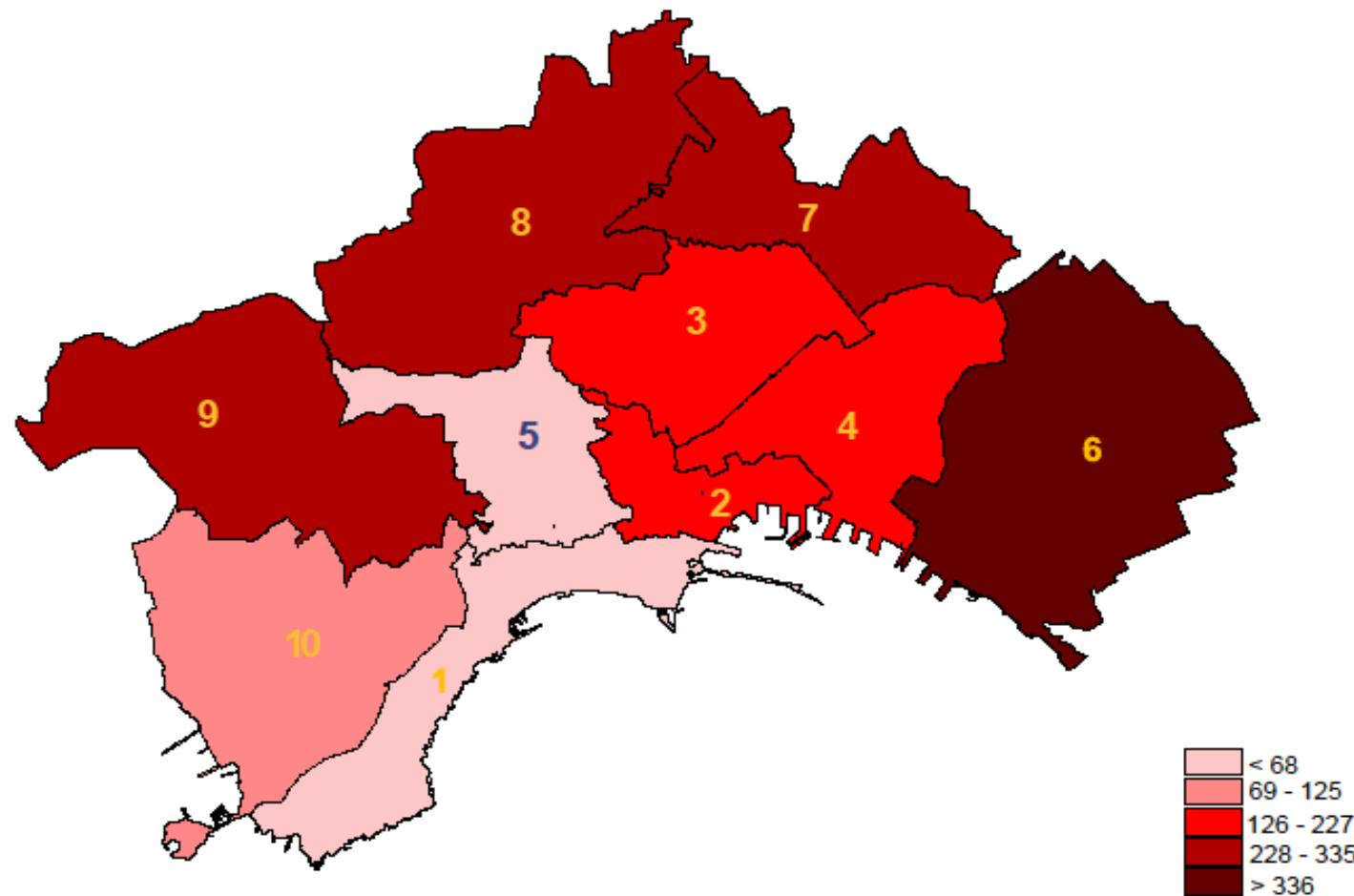


6= S. Giovanni Ponticelli

7= Scampia

8= Secondigliano

N° nati per livello di istruzione della madre (fino al diploma di scuola media inferiore) per municipalità



6= S. Giovanni Ponticelli

7= Scampia

8= Secondigliano

In Italia il 3 per mille dei minori vive fuori della propria famiglia di origine
pari a 30.700 minori

15 mila 500 nei servizi residenziali

con una spesa media annua per utente di
14.000 euro

con notevoli variazioni tra le regioni

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

in affido presso altre famiglie

15 mila 200

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

pari ad una spesa annua a livello nazionale di circa

60 milioni di euro

Al luglio 2011 i giovani **in custodia
cautelare**

o esecuzione della pena negli istituti

erano n. 505

con una spesa media annua di 4.800 euro

pari ad un totale a livello nazionale di

2 milioni e 424.000.

Residenzialità + Affido + Custodia giudiziaria =

circa 300 milioni di euro per anno

Un tutor familiare educativo in integrazione

con il sistema sociosanitario ed educativo pubblico costa

15.000 euro per anno

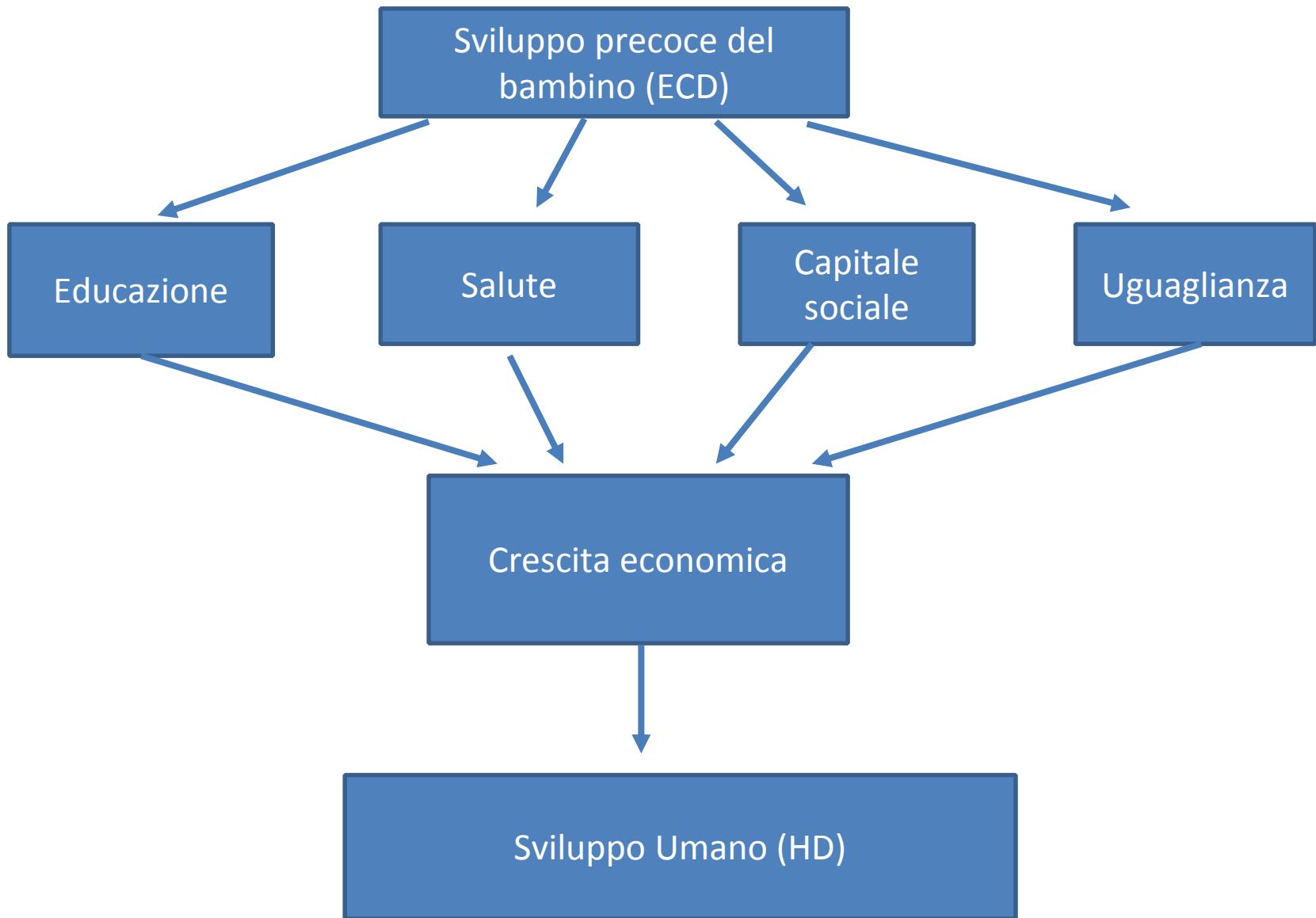
nell'ambito del programma Adozione Sociale a Napoli.

Evidenza dell'efficacia degli interventi precoci nel favorire un adeguato sviluppo fin dalle prime età della vita del bambino

(Early Chidhood Development – ECD)

attraverso tre aree fondamentali:

- La nutrizione**
- Le cure parentali**
- L'ambiente sano e sicuro.**



Gli interventi precoci nell'infanzia

sono definiti come un “investimento”:

«una politica di prevenzione che si finanzia da sola»

Gli interventi precoci possono influenzare gli

outcomes dei partecipanti durante ed

immediatamente dopo il programma e/o possono

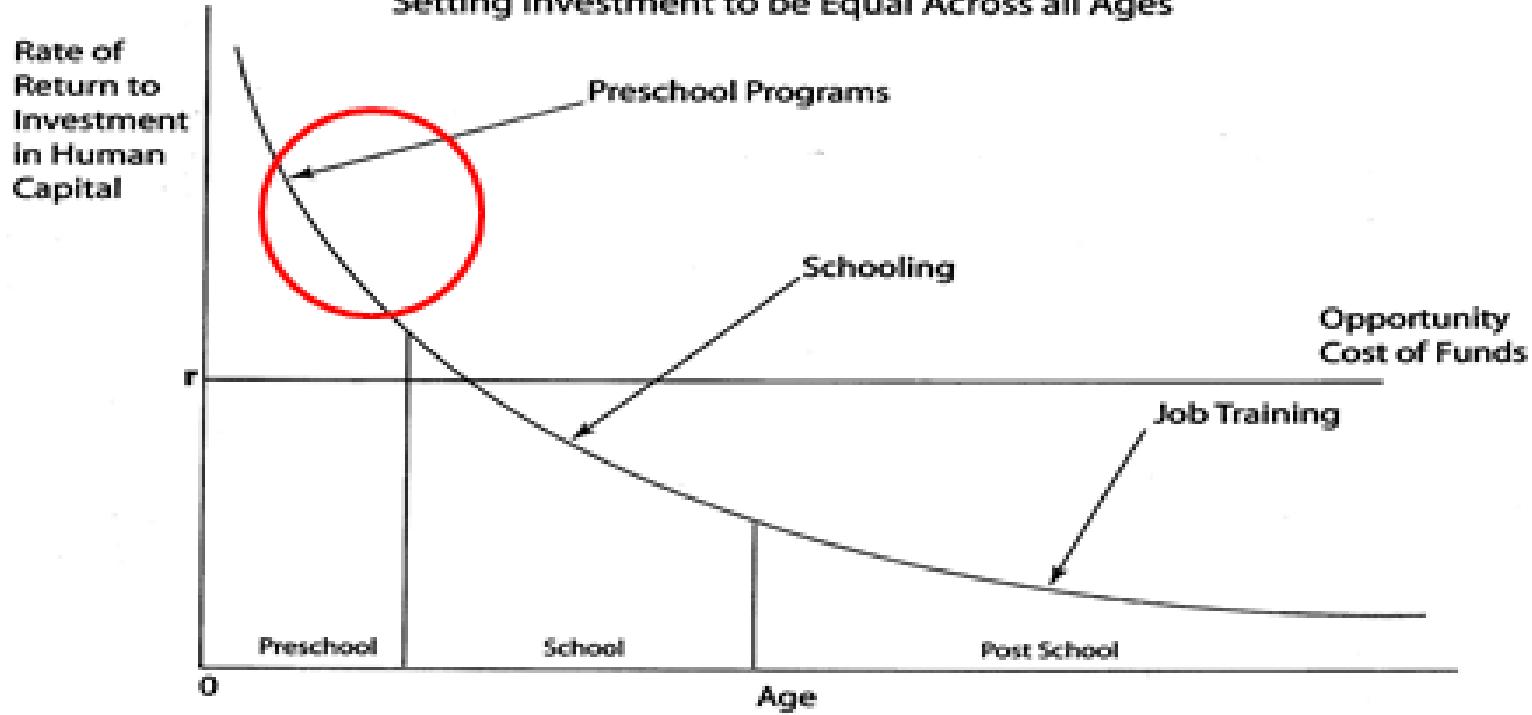
avere benefici in tempi più lunghi.

I **benefici più a lungo termine** si possono manifestare durante gli anni della scuola o anche in età adulta.

I risultati di un investimento nei primi tre anni di vita sono stati studiati da James Heckmann, premio Nobel per l'economia del 2000, che ha valutato la rendita economica di un investimento nelle varie età della vita. La curva che ne viene fuori è molto semplice ed esplicita: **più è precoce l'investimento, maggiore è il tasso di rendimento economico.**

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

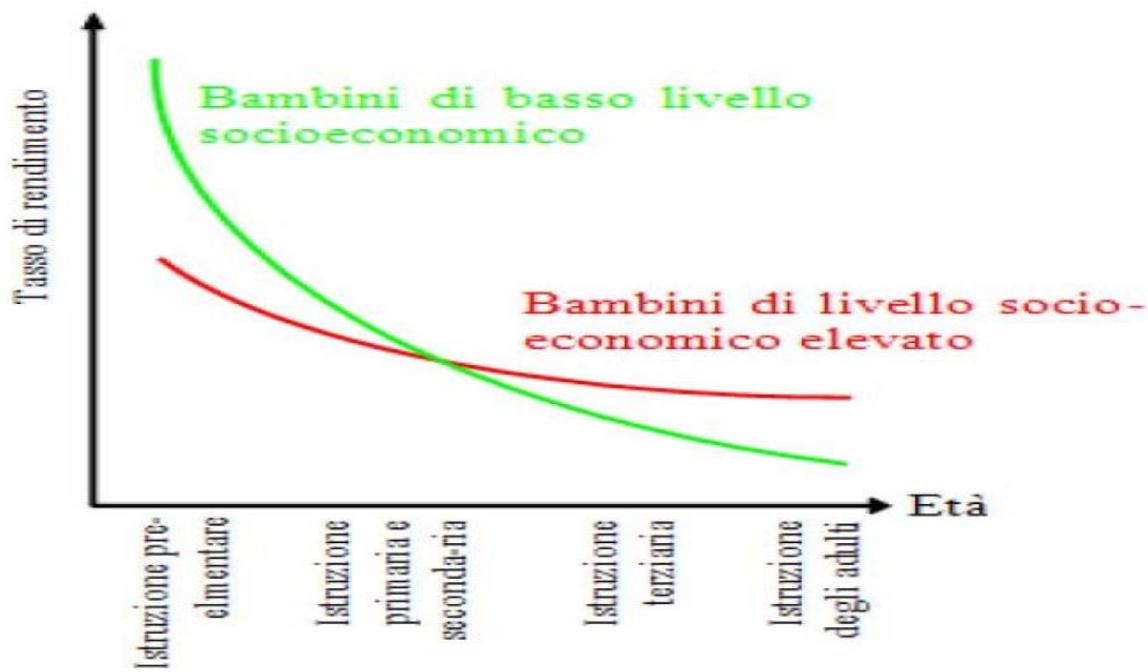
Figure 6-1
Rates of Return to Human Capital Investment Initially
Setting Investment to be Equal Across all Ages



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

Investire nei primi 1000 giorni di vita dei bambini significa anche contrastare attivamente le disuguaglianze presenti soprattutto nelle regioni più "giovani" del Paese.

Gli investimenti in bambini di basso livello socio-economico hanno maggiori effetti positivi rispetto a quelli per bambini di livello socio-economico elevato.





JOINT MEETING

In pediatria e medicina dell'adolescenza

Sobre pediatría y medicina de la adolescencia

21-22-23-24 **2015** CATANZARO
OTTOBRE **ITALIA**



PROGRAMMA ADOZIONE SOCIALE

II Parte

Speaker
Giuseppe Cirillo

- Il **Settore Sanitario** può contribuire al sostegno integrato alle famiglie fragili
- Rappresenta una grande **opportunità** per migliorare il benessere dei bambini piccoli
- Virtualmente **tutte le donne in gravidanza e le famiglie giovani** hanno un regolare contatto con il sistema sanitario, in epoca prenatale, perinatale, postnatale e nei servizi per i neonati e la prima infanzia.

Effetti attesi dei programmi di intervento precoce e potenziali risparmi per la collettività.

Modificata da Lynn A. Karoly, et al.

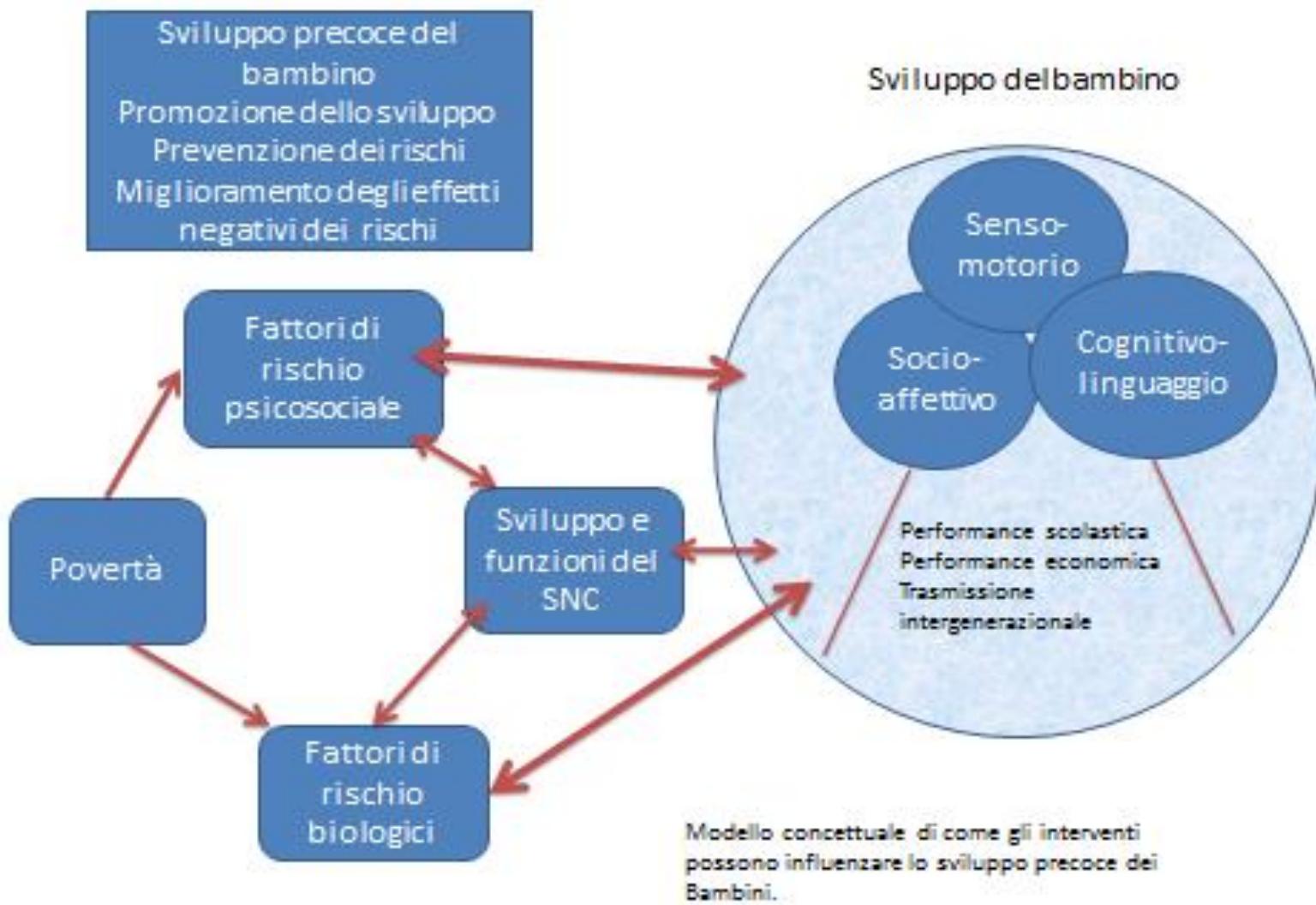
Early Childhood Interventions: Proven Results, Future Promise, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, MG-341-PNC, 2005, Table 4.1.

Effetti attesi	Potenziali risparmi
Riduzione dei casi di trascuratezza e maltrattamento	Minori costi per i servizi sociali
Riduzione degli incidenti	Minori costi per cure sanitarie
Riduzione delle gravidanze in adolescenti	Minori costi sanitari e sociali
Riduzione della evasione e dell'abbandono scolastico	Minori costi derivanti da più rapido iter scolastico e da riduzione drops-outs sociali
Riduzione dei casi di difficoltà scolastica	Minori costi per supporti educativi
Aumento dei tassi di iscrizione alla scuola superiore e università; riduzione di anni persi	Minori costi per istruzione secondaria e aumento livello educativo (dimostrati effetti su PIL)
Aumento di qualifica della forza lavoro	Aumento PIL e aumento entrate per tasse sul reddito
Riduzione della criminalità	Minori costi per sistema giudiziario
Riduzione dell'abuso di sostanze	Minori costi per i servizi dedicati e per il servizio sanitario
Migliori esiti della gravidanza	Minori costi sanitari per neonati di basso peso e patologici

Costi e benefici di alcuni programmi basati su interventi nei primi anni di vita.

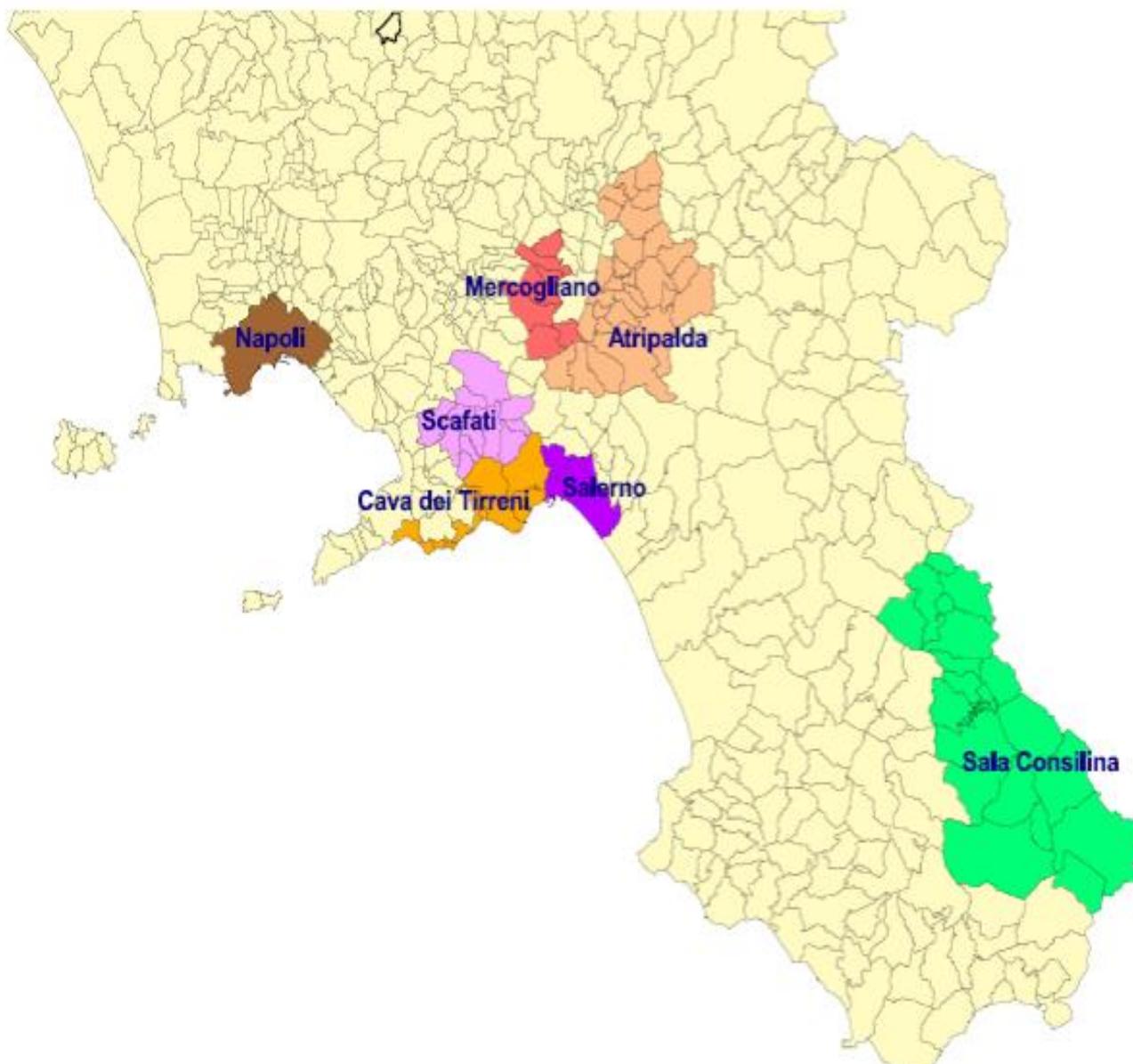
Modificato da Karoly, Kilburn and Cannon

Programma	Età in anni all'ultimo follow-up	Rapporto benefici totali per la società- costi del programma (moltiplicatore)
HIPPY USA Visite a domicilio in famiglie povere in bambini di età 0-5 anni	6	1,80
Infant Health and Development Program Combinazione di visite domiciliari ed attività presso un centro finalizzate allo sviluppo di bambini nati di basso peso	8	n.v.
Nurse-Family Partnership Infermiere a domicilio di neomadri di basso reddito (dal periodo prenatale al secondo anno)	15	2,88
Home visiting for at-risk mothers and children Metanalisi: si riporta il valore medio di 13 diversi programmi basati su visite domiciliari	variabile	2,24
Abecedarian Program Programma basato su frequenza ad un centro per bambini tra 0 e 5 anni	21	3,23
Chicago CPC Programma part-time di attività prescolare Center-based con partecipazione dei genitori condotto per uno o due anni	21	7,14
High/Scope Perry Preschool Project Programma part-time “Center based” di attività prescolari condotto per uno o due anni	40	17,07
Early childhood education for low-income 3 and 4 years olds Meta-analisi, si riporta il valore medio tra 48 diverse sedi	variabile	2,36



REGIONE CAMPANIA





- Ambito S 1
- Ambito S 3
- Ambito S 4
- Ambito A 6
- Ambito A 7
- Ambito S 8
- Ambito 18

Regione Campania 2007

Tasso di Fecondità	1,41 per mille (Italia 1,34)
Tasso di Natalità	9,5 per mille (Italia 8,54)
Nati da stranieri	3,4% (Romania, Ucraina, Polonia, Cina, Marocco, Albania, Nigeria, Russia, Ceylon)
Nati con madre con livello di istruzione fino a 5 anni	6,0% (1,5 – 12,2)
Nati con madre con livello di istruzione fino a 8 anni	38% (27,3 – 48,1)
Nati con madre di età inferiore a 18 anni	1,0% (0,3 – 1,5)
Nati con madre di età inferiore a 20 anni	2,1% (1,0 – 2,9)
Nati da madre nubile	9,9% (5,0 – 14,7)
Primogeniti	45%
con ordine di genitura superiore al terzo	3,4%

Deliberazione GRC n. 2063 del 13 dicembre 2006

***Approvazione del Programma Regionale Europeo Triennale
per il sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini
dei territori a ritardo di sviluppo.***

Finanziamento di due milioni di euro per anno e per tre anni

Decreto Dirigenziale n. 205 del 14 maggio 2007

Area generale di coordinamento Assistenza sociale,..

Assessorato Regionale alle Politiche sociali

Avviso Pubblico per gli Ambiti Sociali per la presentazione dei Progetti.

Decreto Dirigenziale n. 59 del 8 aprile 2008 Area

generale di coordinamento Assistenza sociale,..

Assessorato Regionale alle Politiche sociali

Esiti dell'Avviso Pubblico – Assegnazione delle risorse.

da 154.000 a 300.0000 euro per Ambito

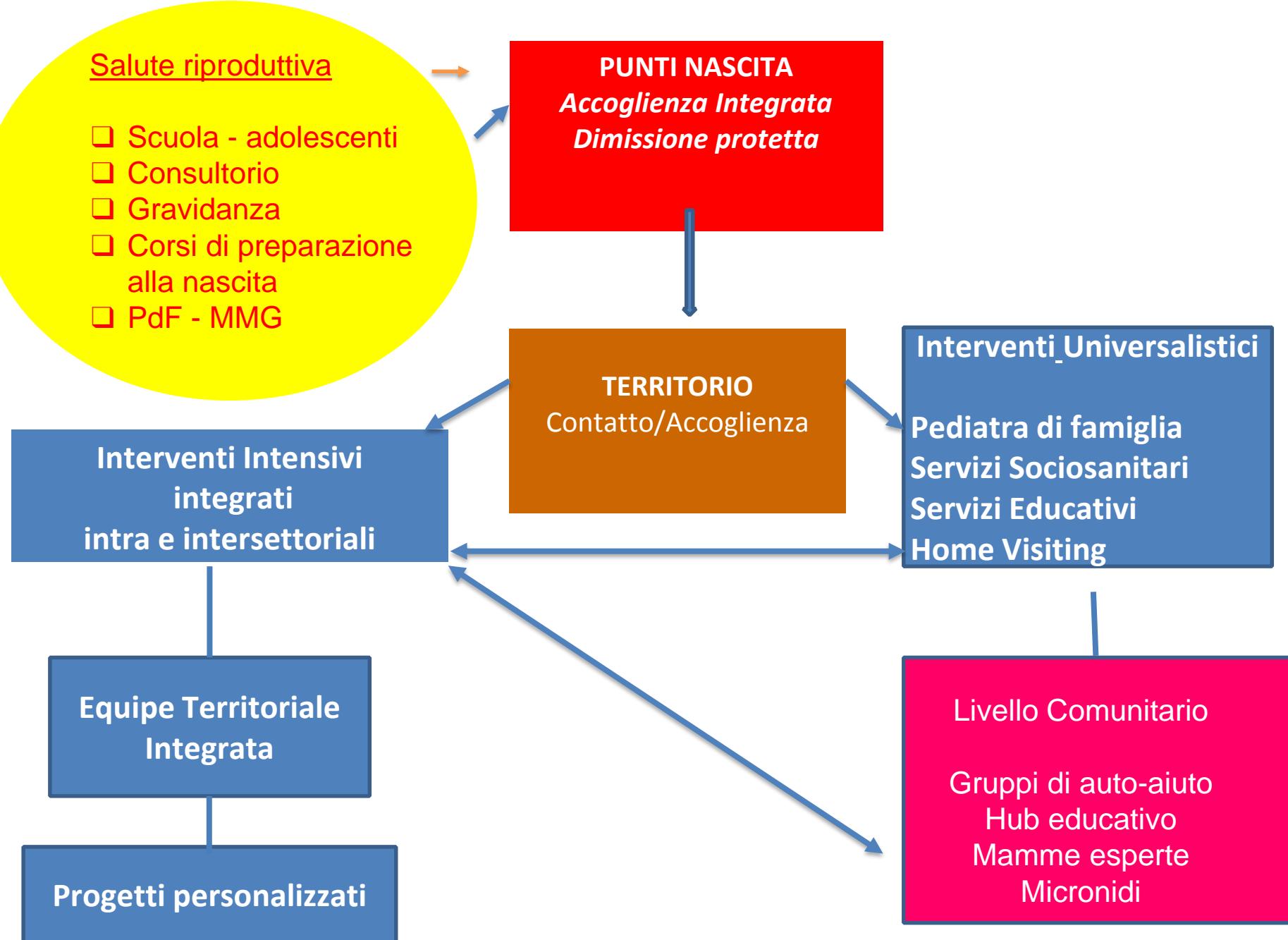
TARGET DEL PROGRAMMA

Ambito	Popolazione totale	Nati/anno	Popolazione 0-3 anni
S1 (Scafati)	271.075	4.200	12.481
S3 (Cava)	127.488	928	4.705
S4 (Sala Consilina)	93.063	471	2.936
S8 (Salerno)	153.644	4.150	12.332
Av6 (Atripalda)	174.551	888	8.908
Av7 (Mercogliano)	127.155	374	3.889
N18 (Napoli)	984.242	9.694	41.855
Totale	1.931.218	19.875	87.106
Regione Campania	5.811.390	61.800	244.899

Programma di sostegno genitoriale precoce

n. 5 punti obbligati per la progettazione

1. Procedure di accoglienza e dimissione sociosanitaria alla nascita
2. Conoscenza da parte del gruppo territoriale di coordinamento dei
-Nati del proprio territorio
-Condizione di rischio sociale e sanitario
3. Comunicazione entro 5 gg dalla nascita al territorio di residenza
4. Visite domiciliari per le famiglie a rischio e contatto con tutte le altre
entro 20 gg dalla nascita
5. Monitoraggio e valutazione delle procedure e dei risultati del sostegno
accompagnamento-sostegno.



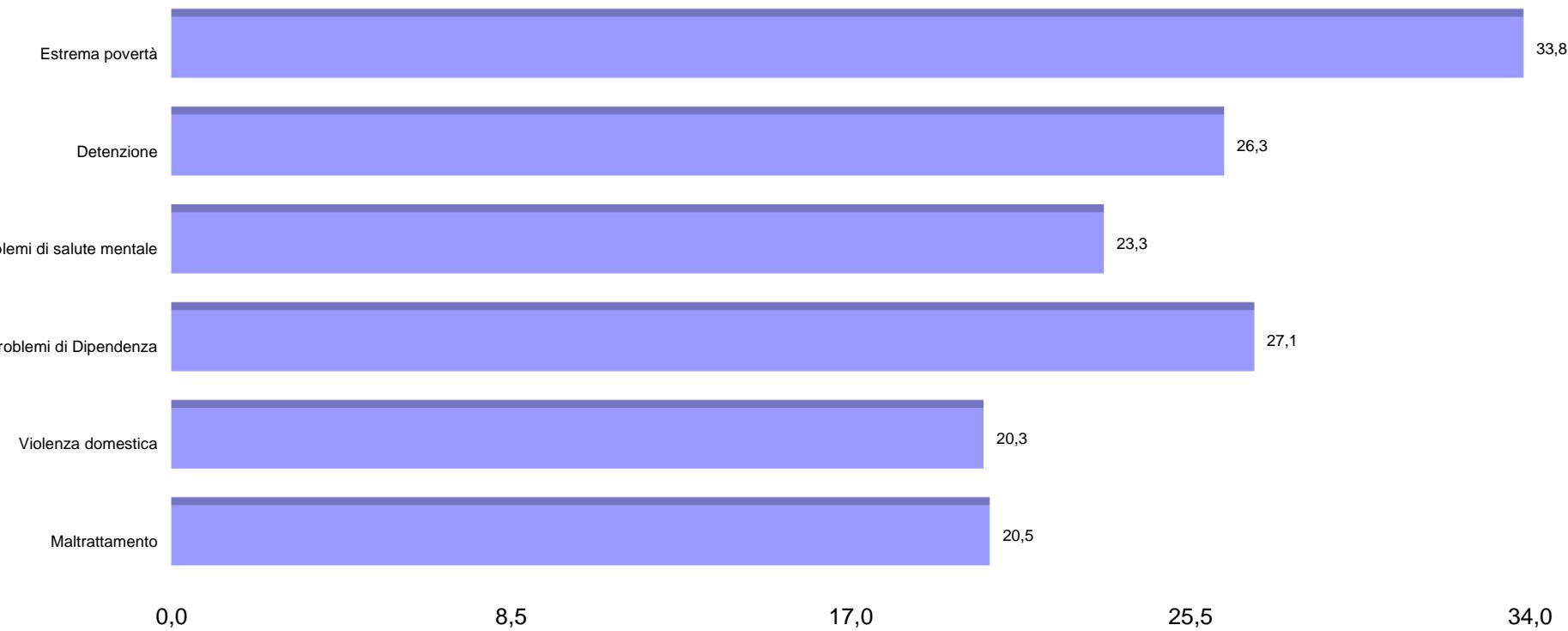
INTERVENTI ESSENZIALI PER LO SVILUPPO PRECOCE DEI BAMBINI primi 1000 giorni

(da What Matters Most for Early Childhood Development: A framework Paper n.5 2013 The World Bank, modificato)

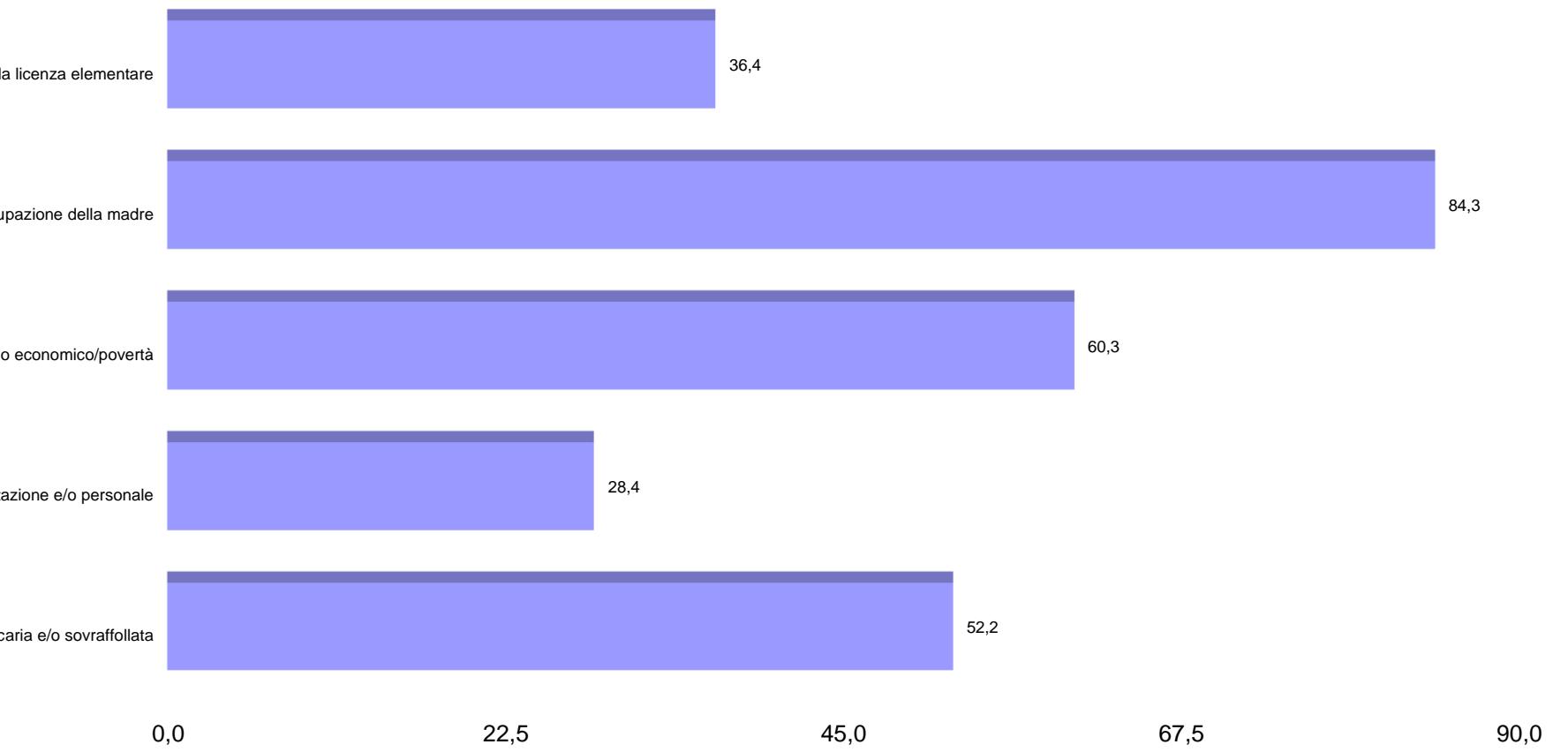
Monitoraggio a sei mesi di n. 136 nuclei familiari presi in carico

2010 - 2011

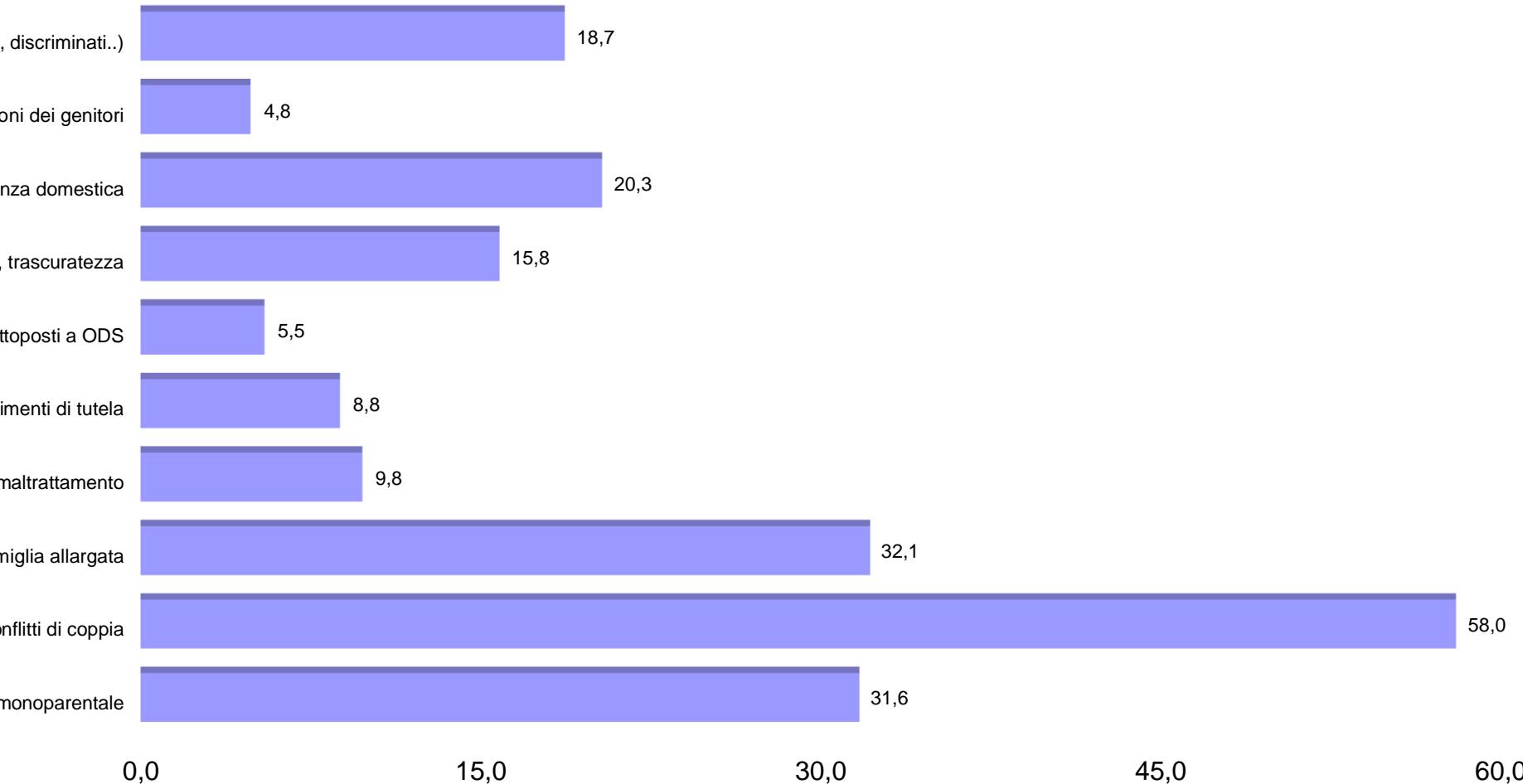
Fattori di rischio nella famiglia di origine dei genitori



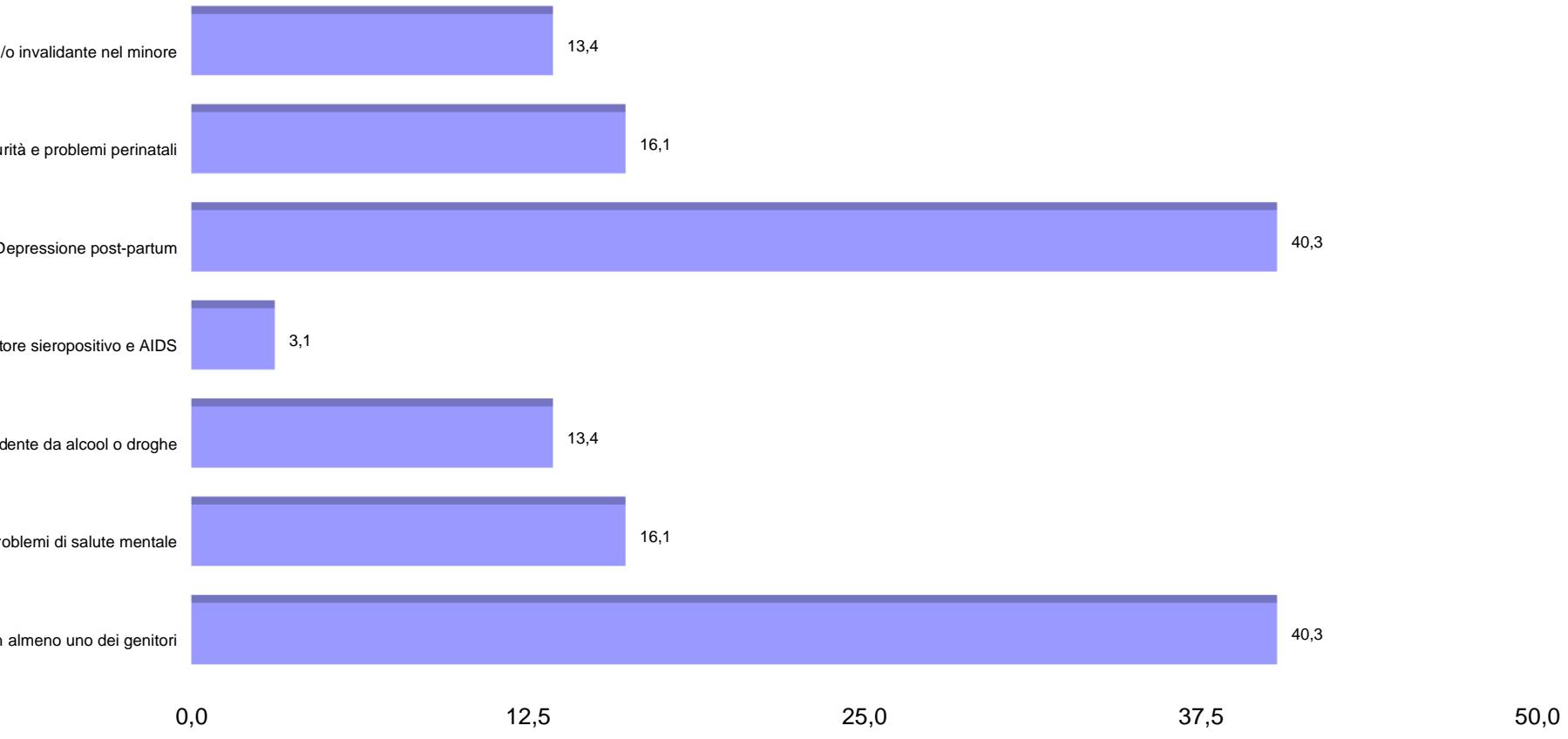
Fattori di rischio Dimensione sociale



Fattori di rischio Dimensione psicorelazionale



Fattori di rischio Dimensione sanitaria



AZIONI

Orientamento e accompagnamento ai servizi sociosanitari	n. 119	87,5%
Relazione diretta di aiuto (madre e/o nucleo familiare)	n. 117	86,0
Sostegno all'accudimento del bambino	n. 109	80,1
Interventi socioeducativi	n. 108	79,4
Cura di sé	n. 91	66,9
Interventi volti a favorire l'integrazione sociale e Interventi volti al potenziamento di autonomia personale	n. 82	60,3
Interventi psicosociali a sostegno delle relazioni intrafamiliari	n. 78	57,4
Orientamento e accompagnamento ai servizi previdenziali (CAF, INPS) e/o assegnazione di servizi e contributi assistenziali	n. 74	54,4
Aiuto nella gestione domestica	n. 63	46,3
Interventi di tutela madre-bambino	n. 61	44,9
Accesso ai servizi educativi e della prima infanzia	n. 53	39,0
Aiuto per bisogni primari del bambino e/o dei genitori (alloggio, alimentazione, vestiario)	n. 51	37,8
Orientamento accompagnamento a servizi di assistenza legale e Consultazione dei servizi giudiziari	n. 38	27,9
Accesso a servizi formativi e/o professionali	n. 23	16,9
Interventi di tutela del minore	n. 16	11,8