



“ ATLANTE
DELL'INFANZIA
(A RISCHIO)
IN ITALIA 2022

COME STAI?

LA SALUTE
DELLE BAMBINE
DEI BAMBINI
E DEGLI
ADOLESCENTI



A cura di
Cristiana Pulcinelli
Diletta Pistono



Save the Children

“ ATLANTE
DELL'INFANZIA
(A RISCHIO)
IN ITALIA 2022

COME STAI?

LA SALUTE
DELLE BAMBINE
DEI BAMBINI
E DEGLI
ADOLESCENTI

”

A cura di
Cristiana Pulcinelli
Diletta Pistono

Coordinamento grafico:
Silvia De Silvestri

Progetto grafico:
Enrico Calcagno Design

Illustrazioni:
Susy Zanella
Pag. 23, 71, 129

Elaborazioni mappe e infografiche:
Velia Sartoretti
Antonio Natale
(TeamDev)

Illustrazioni e grafica mappe e infografiche:
Alessandro Davoli



Software:
L'Atlante dell'infanzia è stato realizzato con ArcGIS for Desktop di Esri Inc. nell'ambito del Nonprofit Organization Program, gentilmente donato da Esri Italia S.p.A.



Foto di copertina:
MarsBars/iStock

Stampa:
STR PRESS srl

Publicato da Save the Children
Novembre 2022

Proprietà artistica e letteraria riservata
© Save the Children



Si ringraziano

PER LA PREZIOSA COLLABORAZIONE

ISTAT
ISTITUTO NAZIONALE
DI STATISTICA

Miria Savioli
Insieme a

Ilaria Arigoni
Emanuela Bologna
Assunta Cesarini
Chiara Coluccia
Clodia Delle Fratte
Valeria de Martino
Lidia Gargiulo
Laura Iannucci
Francesca Lariccina
Giulia Milan
Vincenzo Napoleone
Simona Staffieri

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Angela Iadecola
Francesca Salvini
Ufficio VI - Gestione Patrimonio
Informativo e Statistica

MINISTERO DELLA SALUTE

Maria Assunta Giannini
Direttrice Ufficio 6 - Prevenzione
delle dipendenze, doping e salute
mentale

INPS
ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Daniele Checchi
Maria Sciarrino
Lorenzo Rinaldi

PER AVER PRESTATO IDEE E VOCE

Vincenzina Ancona
Direttrice Servizio Interventi
Precoci in Età Evolutiva ASL RM2

Andrea Brandolini
Vice Capo Dipartimento
Economia e Statistica Banca d'Italia

Maurizio Bonati
Capo Dipartimento Ricerca
salute pubblica Istituto Mario
Negri, Milano

Dario Bosi
Psicologo TSMREE Asl RM2

Marco Cappa
Responsabile Unità Operativa
Complessa (UOC) di
Endocrinologia IRCCS Ospedale
Pediatrico Bambino Gesù di Roma

Antonio Clavenna
Capo Laboratorio di
Farmacoepidemiologia
Istituto Mario Negri, Milano

Maria Antonella Costantino
Direttrice della UOC
Neuropsichiatria dell'infanzia
e dell'Adolescenza Fondazione
IRCCS Ca' Granda Ospedale
Maggiore Policlinico Milano
e Coordinatrice Gruppo di
approfondimento sulla salute
mentale delle bambine, dei
bambini e degli adolescenti del
Tavolo tecnico sulla salute mentale

Mario De Curtis
Già Professore Ordinario di
Pediatria presso la Facoltà
di Medicina e Odontoiatria
Università di Roma La Sapienza

Mariella De Santis
Metodologa del servizio sociale

Nerina Dirindin
Docente Economia e
Organizzazione dei Sistemi
di Welfare Università di Torino

Salvatore Geraci
Coordinatore Gruppi Immigrazione
e Salute (GrIS) della Società Italiana
Medicina delle Migrazioni e
Responsabile Area Sanitaria Caritas
di Roma

Laura Lauria
Reparto Salute della donna e
dell'età evolutiva CNaPPS- Istituto
Superiore di Sanità

Paola Nardone
Gruppo di coordinamento
nazionale OKkio alla SALUTE
2019, Istituto Superiore di Sanità

Enrica Pizzi
Responsabile scientifico Gruppo
Sorveglianza Bambini 0-2 anni
Istituto Superiore di Sanità

Giancarlo Rigon
Neuropsichiatra infantile, psichiatra e
Coordinatore del Gruppo di
approfondimento sulla salute
mentale delle bambine, dei bambini e
degli adolescenti del Tavolo tecnico
sulla salute mentale

Jiska Ristori
Psicologa, Struttura Operativa
Dipartimentale Andrologia,
Endocrinologia femminile e
incongruenza di genere, Ospedale
Careggi di Firenze

Maria Luisa Scattoni
Ricercatrice ISS e Referente
Istituto Superiore di Sanità per
il progetto CCM "Effetti
dell'emergenza pandemia Covid-19
sui minori di età"

Federico Spandonaro
Presidente Comitato Scientifico
di C.R.E.A. Sanità (Centro per
la Ricerca Economica Applicata
in Sanità)

Roberto Speciale
Presidente Nazionale ANFFAS
(Associazione nazionale di famiglie
e persone con disabilità intellettive
e disturbi del neurosviluppo)

Barbara Suligoj

Direttrice Centro operativo AIDS
Istituto Superiore di Sanità

Giorgio Tamburlini

Pediatra, Presidente Centro per
la Salute del Bambino, consulente
OMS e UNICEF

Giacomo Toffol

Pediatra, Referente del Gruppo
di lavoro Pediatri per un Mondo
possibile dell'Associazione
Culturale Pediatri

Stefano Vicari

Professore ordinario di
Neuropsichiatria infantile
all'Università Cattolica di Roma
e Direttore della UOC
Neuropsichiatria Infantile IRCCS
Ospedale Pediatrico Bambino
Gesù di Roma

Alberto Villani

Direttore della UOC Pediatria
Generale e Malattie Infettive
IRCCS Ospedale Pediatrico
Bambino Gesù di Roma

PER AVER DONATO I LORO SCRITTI

Viola Ardone

Insegnante e scrittrice

Anna Oliverio Ferraris

Psicologa e psicoterapeuta

Vichi De Marchi

Giornalista e scrittrice

**PER LA CONCESSIONE DI IMMAGINI
E CONTRIBUTI**

Anselmo Roveda

Martina Russo

Barbara Schiaffino

Andersen - Mensile di letteratura e
illustrazione per il mondo dell'infanzia

Carthusia

Coccole Books

Editoriale Scienza

Orecchio Acerbo

Case editrici

Stefano Corso

Associazione RISCATTI Onlus

Maresa Bavota

Accademia Calcio Integrato

Enrica Baricco

Silvia Collazuol

CasaOz

Maria Grazia Bellia

Coro Mani Bianche Roma

Dario Bosi

Psicologo TSMREE Asl RM2

Iena Cruz

Street artist

**PER GLI INCONTRI CON I PROGETTI
FIOCCHI IN OSPEDALE**

Gina Riccio

Arché onlus, coordinatrice
dei progetti Fiocchi in Ospedale
di Roma

Chiara Giorno

Arché onlus, coordinatrice Fiocchi
in Ospedale, San Camillo, Roma

Brunella Cozzolino

Pianoterra onlus, coordinatrice
Fiocchi in Ospedale,
Cardarelli, Napoli

Irene Esposito

Pianoterra onlus, Napoli

Valentina Zeuli

Pianoterra onlus, Operatrice
Fiocchi in Ospedale, Cardarelli,
Napoli

Lucio Rinaldi

Reponsabile di UOS DH di
psichiatria Fondazione Policlinico
Universitario Agostino Gemelli
IRCCS, Roma

Francesca Giansante

Assistente sociale, Policlinico
Gemelli, Roma

Annateresa Inglese

Coordinatrice Fiocchi UP,
Policlinico Gemelli, Roma

Behts Ampuero

Asinitas onlus, coordinatrice
Fiocchi in ospedale, Vannini,
Roma

Mitul Sanjida Akther

Asinitas onlus, operatrice Fiocchi
in Ospedale, Vannini, Roma

Mona Mohamed Abokhatwa

Asinitas onlus, operatrice Fiocchi
in Ospedale, Vannini, Roma

Nasrin Akter

Asinitas onlus

Marta Falanga

Arché onlus, tutor territoriale
Per Mano QuBi, Milano

Giorgia Falanga

Arché onlus, coordinatrice Fiocchi
in Ospedale, Sacco, Milano

Valentina Affettuoso

APS Mitades, coordinatrice Fiocchi
in Ospedale, Niguarda, Milano

Giulia Radogna

APS Mitades, Milano

Paola Pileri, ginecologa

ASST Sacco Fatebenefratelli

**PER AVER CONDIVISO IDEE
ED ESPERIENZE**

**Le colleghe e i colleghi
di Save the Children Italia**

**I referenti dei Punti Luce
di Save the Children**



Condizioni di vita Pandemia Genere Benessere Istruzione Lavoro
Salute Disuguaglianze Politiche sociali Accesso ai servizi sanitari
Aspettativa di vita Differenze geografiche Attie Servizi territoriali
Sviluppo cognitivo Genitorialità Fattori ambientali Isolamento
Percorso nascita Relazioni primarie Empowerment
Deprivazione Mortalità infantile Farmaci Consulenze Cure responsive
Congedo nascita Ambiente Inquinamento Corretta alimentazione
Spazi all'aperto Outdoor education Povertà educativa Sport Mensa
scolastiche Dislessia Didattica inclusiva Cure di cura evolutiva Ospedale
Neurosviluppo Cambiamento Salute mentale Isolamento Hikikomori
Disturbi alimentari Disagio psicologico Dipendenze Cyberbullismo
Gaming Disforia di genere Sessualità Identità Salute di genere
Lockdown Cittadinanza Migranti Educazione Integrazione Rifugiati
Protezione Mensa Attività motoria Spazi aperti Sostegno allo studio
Benessere Accoglienza Ascolto Guerre Disabilità Inclusione Scuola
Potenziale umano Servizi territoriali Supporto Famiglie Spazi Diritti
Didattica innovativa Barriere Vulnerabilità Potenzialità Servizio
Sanitario Nazionale Spesa sanitaria Assistenza primaria Pediatria di
libera scelta Migrazione sanitaria Case di Comunità Medicina

INDICE

Prefazione	6
LE CAUSE DELLE CAUSE	10
I determinanti sociali della salute	12
... E poi arrivò il Covid	17
LA SCOMMESSA DEI MILLE GIORNI	20
0-2 ANNI	
Una rivoluzione tra neuroscienze e genetica	24
Nati disuguali	28
La sfida della mortalità infantile	33
Chi sostiene la genitorialità?	42
Il consultorio prosciugato	49
Nidi per spiccare il volo	56
Il grande freddo demografico	62
PICCOLI, QUASI GRANDI	68
3-10 ANNI	
Pollutoma, l'inquinamento globale	72
Casa, amara casa	83
Il mix micidiale: cibo e sedentarietà	89
Il diritto di mangiare bene	102
I sentieri accidentati dell'apprendimento	106
Un ospedale su misura	114
Quello che siamo, quello che saremo <i>di Viola Ardone</i>	122
LA PIÙ DELICATA DELLE TRANSIZIONI	126
11-17 ANNI	
Dentro e fuori la mente	131
Il peso della pandemia	139
Non mangio quindi sono	144
Allarme hikikomori	148
Dipende...	150
Il genere conta	158
Sessualità e salute	160
Il "lavoro" psicologico sull'identità nell'adolescenza <i>di Anna Oliverio Ferraris</i>	165
Prendersi cura dentro una storia <i>a cura della Rivista Andersen</i>	168
BAMBINI SENZA	178
Per chi arriva da solo	182
Norme, linee guida e codice fiscale	184
Emily, Adam, Amir Come state?	187
La scuola delle donne <i>di Vichi De Marchi</i>	191
La scuola, un mondo	195
In arrivo dall'Ucraina	199
I BAMBINI DELLE BARRIERE	204
All together now	206
La scuola dell'inclusione	212
A che punto siamo?	215
LA SANITÀ CHE VORREI	220
Arcipelago ospedale	226
In viaggio per curarsi	229
Più pediatri più assistenza primaria	234
PNRR e territorio	239
I nuovi LEA e lo screening neonatale	242
Conclusioni	244
Bibliografia	249
Lista degli acronimi	253

“ Prefazione

Nessun bambino sceglie di nascere, e neppure può decidere dove crescere. Non può scegliere se la sua casa sarà lussuosa o vivrà invece in un’abitazione misera, in cui anche il riscaldamento e l’illuminazione non saranno così scontati. Quando un bambino nasce non può scegliere se i propri genitori saranno persone istruite o meno, se saranno felici o infelici, sane o malate. I gusti che svilupperà, le sue conoscenze, le opportunità che si troverà di fronte, il lavoro che farà e anche la qualità della sua salute e la sua aspettativa di vita, dipendono dalla sua eredità biologica e dall’ambiente a cui verrà esposto.

Tutto questo fa parte della lotteria della nascita, che sembra quindi mettere a dura prova i diritti di milioni di bambine e bambini ancora prima che vengano al mondo. Il futuro dell’infanzia ovunque, ma anche in Italia, oggi è quindi sempre più condizionato dalle diseguaglianze e dalla persistente ingiustizia sociale che sin dal concepimento di un bambino, ne segna lo sviluppo, a partire dagli aspetti più legati alla salute.

L’infanzia oggi in Italia è sempre più schiava delle diseguaglianze. Diseguaglianze sociali, economiche, educative, di genere. Ma le diseguaglianze hanno una traccia ancora più profonda, che è quasi invisibile e che si insinua nel corpo di ogni bambino che viene concepito e ne condiziona la salute, lo sviluppo e la crescita. Ad oggi la speranza di vita in buona salute è in media di 61 anni, ma andando a vedere cosa significa la lotteria della nascita, si va dai bambini più “fortunati” che in provincia di Bolzano vedranno questa soglia alzarsi a 66,6 anni, a quelli che nascono in Calabria, per i quali questo traguardo si ferma a 55 anni. Oltre 11 anni di buona salute in media, a fare la differenza.

L’ingiustizia sociale determina il futuro delle bambine e dei bambini. Con questa chiave, quest’anno l’Atlante analizza i molteplici aspetti legati alla salute dell’infanzia nel nostro Paese. La salute è influenzata dalle condizioni socioeconomiche della popolazione: i fattori che ne determinano lo stato non sono solo fattori medici, ma sono fortemente legati alle condizioni nelle quali le persone sono nate, vivono, lavorano, crescono e invecchiano.

Nonostante l'Italia sia uno dei Paesi con il miglior sistema sanitario al mondo, le differenze a livello regionale nella disponibilità dei servizi sono molto forti.

La pandemia di Covid, oltre a confermare l'effetto dei determinanti sociali che generano le disuguaglianze, ha peggiorato per molti versi la salute dell'infanzia.

Il deterioramento delle condizioni economiche ha portato con sé conseguenze importanti: pensiamo alle mamme lasciate in isolamento nel momento critico del parto a causa della pandemia e delle restrizioni di accesso alle strutture sanitarie, fino ad arrivare all'allarme dei pediatri che hanno denunciato il rinvio di vaccinazioni fondamentali alla crescita dei minori, il ritardo nelle diagnosi di patologie per cui il tempo è prezioso, le terapie interrotte in bambini fragili.

Un allargamento della forbice tra coloro che hanno potuto permettersi cure a pagamento e coloro che non potevano farlo. E infine la salute mentale degli adolescenti che sembra aver avuto il danno peggiore dall'isolamento, dalla mancanza della scuola in presenza, dai mesi di lockdown. Sono aumentati gli accessi in pronto soccorso per patologie psichiatriche, le richieste di aiuto, il numero dei tentati suicidi.

Come stai? Quante volte ci siamo trovati a fare questa domanda alle persone che ci circondano? Eppure sembrerebbe che questo interrogativo non sia mai stato rivolto alle bambine e ai bambini e ancor di più agli adolescenti. E anche qui, la pandemia ha aggravato le disparità sociali, andando a pesare in maniera più grave su chi si trovava già in una condizione più svantaggiata. Il lockdown, la mancanza di socialità legata anche alla didattica a distanza, ha costretto bambini e adolescenti tra le mura di casa. Per alcuni è stata una gabbia dorata, per altri neppure questo. Sono ancora tantissimi i bambini e gli adolescenti in Italia che vivono in condizioni abitative inadeguate: case poco illuminate, poco riscaldate, con spazi ridotti che hanno obbligato alla promiscuità e non hanno consentito loro di trovare un equilibrio durante un momento così delicato. E le famiglie, le più vulnerabili, in una situazione tanto difficile, forse non hanno neppure avuto il tempo o la forza per chiedere loro "Come state?", per ascoltare davvero le loro risposte, per comprenderle profondamente. Anche in questo caso, nella lotteria della nascita, qualcuno è stato meno fortunato.

Una generazione di ragazzi interrotti. Dopo due anni di pandemia, sempre più spesso sentiamo dire che le ragazze e i ragazzi "non stanno bene". I giornali sono pieni di statistiche e fatti di cronaca che restituiscono un quadro allarmante: sempre più giovani sono depressi, intrappolati in qualche forma di dipendenza, apatici, autolesionisti; o all'estremo opposto esaltati dalle dinamiche del "branco", incapaci

di empatia, capaci di tutto. In realtà, è il mondo degli adulti a essere andato in cocci, lasciando i ragazzi privi di coordinate. Chi già viveva in contesti difficili o marginali è stato colpito con particolare violenza da questa esplosione e il tempo e le energie per pensare a loro, in molti casi sono venute meno. Sembra che ci troviamo di fronte ad una “generazione dimenticata”: non sono solo gli adulti a mancare come riferimenti famigliari, ma tutti quei servizi fondamentali che dovrebbero essere dedicati al benessere e alla salute, anche e soprattutto mentale, di questa fascia di popolazione che vive una fase di sviluppo particolarmente difficile e critica e che è stata lasciata in un angolo.

E allora se torniamo a quella domanda “Come stai?” e ci chiediamo davvero come stanno le bambine, i bambini e gli adolescenti nel nostro Paese, le risposte sono davvero difficili da digerire. Basti pensare che l’81,9% dei bambini vive in zone inquinate dalle polveri sottili, che più di un bambino su tre nella fascia 3-10 anni è in sovrappeso o obeso e uno su quattro non pratica sport, che la povertà alimentare colpisce un bambino su venti ma la mensa scolastica non è ancora un servizio essenziale gratuito per tutti i bambini tra 3 e 10 anni. E se guardiamo alla salute, in senso ancora più stretto, in molte regioni alcune malattie, anche gravissime, che potrebbero essere diagnosticate precocemente, sono ancora escluse dallo screening neonatale, mentre i ricoveri per patologia neuropsichiatrica infantile sono cresciuti del 39,5% tra il 2019 e il 2021.

La rete sanitaria territoriale è insufficiente: mancano all’appello almeno 1.400 pediatri, è crollato il numero dei consultori familiari, scarseggiano centri diurni e servizi residenziali per gli adolescenti con disagio mentale. E solo il 12% della spesa pubblica per la salute è impegnato nella prevenzione e nella medicina di base, che hanno un impatto fondamentale sul benessere dei bambini nel medio e lungo periodo. Il nostro servizio sanitario è riconosciuto come uno dei migliori al mondo, ma dobbiamo prendercene cura contrastando le disuguaglianze. È necessario affrontare i disagi adolescenziali emersi con forza durante la pandemia e non lasciare indietro i più vulnerabili, come i minori con malattie croniche, i minori migranti e quelli che vivono in povertà.

La fotografia di questo Atlante ci parla di un’infanzia colpita al cuore dall’ingiustizia sociale di quella lotteria della nascita che toglie anni di vita prima ancora che gli occhi di un bambino vedano la luce. Ma ci racconta anche delle realtà che nei territori se ne prendono cura, realtà dove le bambine, i bambini e gli adolescenti vengono presi per mano e accompagnati in percorsi di guarigione e riabilitazione, o anche solo di sostegno.

Un numero su tutti: se un bambino che vive nel Mezzogiorno si ammala, il rischio di dover migrare in altre regioni per curarsi è più elevato del 70% rispetto a quello di un bambino che vive nel Centro o nel Nord Italia. E allora, al di là di quel numero, non posso non immaginarmi quel bimbo, spaventato, che non sa cosa sia la sua malattia e se potrà curarla. Un bambino che oltre al dolore della sua patologia, sarà costretto a lasciare la propria casa, i propri amici, la scuola, l'ambiente in cui è nato e cresciuto, nella speranza che lontano potrà trovare la cura di cui ha bisogno. E di cui avrebbe diritto nel posto in cui è nato, ma che non può avere.

Su una parete della scuola di Barbiana di Don Milani, campeggia una scritta che deve essere impressa costantemente nelle nostre menti e in quelle di chi ha la responsabilità delle scelte politiche di questo Paese. I CARE. Mi importa, mi sta a cuore. È il motto di Don Milani, che spesso oggi viene utilizzato con uno spirito conciliativo, ma che invece nasce come un atto di profonda ribellione, uno slogan combattivo. Veniva fuori dalla diretta esperienza della scuola e dell'insegnamento laico di Don Milani: quell' *I care* era un invito a schierarsi, a mettersi in gioco, a prendere parte.

Oggi, di fronte alla fotografia di un Paese che non solo non è un Paese per bambini, ma è un Paese che invecchia e che non sa più guardare al suo patrimonio più prezioso, quello dell'infanzia, è necessario ripartire da lì, dal prendersi cura in maniera attiva, mettendosi in gioco, rivedendo anni di politiche pubbliche che hanno esacerbato le disuguaglianze, facendole ricadere sulla vita e sulla salute dei bambini, soprattutto i più fragili.

Significa assumersene la responsabilità, perché la nascita, la vita e la morte, non possono essere lasciati alla sorte. Altrimenti decenni di lotte per i diritti dell'uomo e dell'infanzia, saranno stati anch'essi solo uno scherzo o un gioco.

Daniela Fatarella
Direttrice Generale
Save the Children Italia





Condizioni di vita
Pandemia
Genere
Benessere
Istruzione
Lavoro
Salute
Disuguaglianze
Politiche sociali
Accesso ai servizi sanitari
Aspettativa di vita
Differenze geografiche
Malattie
Servizi territoriali

LE CAUSE DELLE CAUSE

I determinanti
sociali della salute

... E poi
arrivò il Covid

I determinanti sociali della salute

Chi nel 2004 avesse percorso in metropolitana il tratto che va dal centro di Washington, abitato da afroamericani poveri, fino a Montgomery County, dove vivono ricchi bianchi, avrebbe visto l'aspettativa di vita aumentare di circa un anno e mezzo per ogni miglio percorso. Alla fine del viaggio si erano guadagnati 20 anni di vita. Il calcolo, piuttosto sconvolgente, è contenuto in *Status Syndrome*, libro pubblicato in quello stesso anno dall'epidemiologo Michael Marmot¹. Marmot sottolineava così che le condizioni socioeconomiche influenzano la salute della popolazione in una stessa città tanto da creare una differenza nell'aspettativa di vita pari a quella che esiste tra i Paesi ricchi e quelli poveri del mondo. L'anno successivo l'epidemiologo inglese veniva chiamato a presiedere la Commissione globale per i determinanti sociali della salute dell'OMS. La commissione, alla quale per l'Italia partecipò Giovanni Berlinguer, produsse un rapporto che segnò la storia di questi studi e che si chiudeva con una celebre frase: "l'ingiustizia sociale sta uccidendo le persone su grande scala"².

È ormai un'evidenza scientifica acquisita da molti anni dunque che la salute sia influenzata dalle condizioni socioeconomiche della popolazione. I cosiddetti determinanti sociali della salute sono tutti fattori non medici che influenzano lo stato di salute: le condizioni nelle quali le persone sono nate, vivono, lavorano, crescono e invecchiano, il genere, l'istruzione, le politiche sociali, l'accesso ai servizi sanitari, le norme e i sistemi politici dei Paesi in cui le persone abitano. Secondo l'OMS, ad esempio, le persone con un basso livello di istruzione riferiscono di avere cattive condizioni di salute due volte di più rispetto a chi ha una istruzione di tipo universitario. All'interno dello stesso Paese lo scarto tra la popolazione povera e quella ricca per quanto riguarda il contrarre alcune malattie come il tumore è cresciuta negli ultimi anni. E si calcola che la riduzione della mortalità infantile si ottenga per il 50% grazie a investimenti al di fuori del campo sanitario. La pandemia di Covid-19 ha confermato questi presupposti: si è visto infatti che nelle aree deprivate l'incidenza e la mortalità della malattia hanno avuto un tasso doppio rispetto a quello che si riscontra nelle aree più ricche³.

Chi non conosce le regole per star bene in salute? Probabilmente tutti sanno che bisogna non fumare, mangiare molta frutta e verdura, fare attività fisica, controllare lo stress, respirare aria pulita, bere poco alcol, coprirsi dal sole... Il problema è che in alcune condizioni le persone non sono in grado di seguire queste regole. Se non ho lavoro come potrò controllare lo stress? Se abito in un posto malsano come potrò respirare aria pulita? Se vivo sotto la soglia di povertà come potrò iscrivermi mio figlio in palestra? E via discorrendo. La cosa per la verità è ancora più complessa perché ogni condizione può influenzare la salute in modo diretto o indiretto.

Le pillole rosse

Racconta Michael Marmot nel suo libro "La salute disuguale" che quando era uno studente di medicina, negli anni Sessanta, prestava servizio in un ambulatorio di psichiatria. Un giorno nella sala desolata e poco curata dell'ospedale entrò una donna che era l'immagine della sofferenza. Con un atteggiamento quasi di scusa si sedette stringendosi alla sedia e raccontò al medico: "Mio marito ha ripreso a bere e mi picchia, mio figlio è di nuovo in prigione, mia figlia adolescente è incinta, io piango ogni giorno e non riesco a dormire, sento che questa non è vita". Lo psichiatra disse alla donna di smettere le pillole azzurre e provare quelle rosse. La donna se ne andò e il medico commentò con gli studenti che poteva fare poco altro. Marmot, giovane studente, rimase perplesso: "Noi dovremmo prestare attenzione alle cause della depressione" pensò. Abbandonò la psichiatria e si mise a cercare le cause sociali della mancanza di salute.

¹ Marmot M., *Status Syndrome*, Bloomsbury, London, 2004

² WHO, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*, 2009

³ WHO, *Covid 19 and the social Determinants of health and health equity: evidence brief*, 2021



Prendiamo l'istruzione: in primo luogo è legata a una salute migliore in modo diretto perché a scuola i ragazzi possono imparare quali sono i comportamenti salutari, ma, in secondo luogo, l'istruzione consente diverse opportunità di lavoro e sappiamo che il lavoro è un forte determinante sociale sia per le condizioni fisiche sia per quelle economiche che lo caratterizzano; in terzo luogo l'istruzione influenza la salute attraverso fattori sociali e psicologici poiché le persone più istruite raggiungono una posizione sociale più alta e un maggiore controllo personale, entrambi elementi legati a una salute migliore⁴.

In questo senso si parla dei determinanti sociali anche come “le cause delle cause” delle malattie. Il rapporto della Commissione individuava tre linee di azione per affrontare queste “cause delle cause”: migliorare le condizioni di vita quotidiana; porre rimedio alla distribuzione ineguale di potere, soldi e risorse; comprendere e misurare il problema e stimare l'impatto delle azioni di mitigazione. Ma dieci anni dopo, un articolo su una delle principali riviste di medicina, *The Lancet*, sottolineava come i principi del rapporto della Commissione rimanevano lettera morta: nessun Paese aveva adottato politiche specifiche per affrontare la questione dell'ingiustizia nel campo della salute e l'ingiustizia sociale continuava ad uccidere su grande scala⁵.

Eppure, qualcuno obietterà, la medicina fa passi da gigante e la salute nel mondo migliora. Infatti, la situazione potrebbe sembrare paradossale: secondo gli ultimi dati dell'OMS⁶ nel mondo le persone continuano a vivere più a lungo e a vivere più anni in buona salute. L'aspettativa di vita globale alla nascita è aumentata da 66,8 anni nel 2000 a 73,3 anni nel 2019 e la speranza di vita in buona salute (HALE) è aumentata da 58,3 anni a 63,7 anni. Tuttavia, le disuguaglianze sanitarie continuano a richiedere un tributo sproporzionato alla vita e alla salute. Sia l'aspettativa di vita che l'HALE erano almeno 10 anni inferiori nei Paesi poveri rispetto a quelli ricchi nel 2019, e questo nonostante i notevoli miglioramenti osservati dal 2000. E qualcosa di simile si riscontra all'interno degli stessi Paesi tra strati più poveri e strati più ricchi della popolazione: “Stiamo vivendo i tempi migliori. La salute sta migliorando a livello globale.(...) In realtà sono anche i tempi peggiori. Il bene della buona salute è distribuito in maniera molto disuguale”⁷. Per capire se e quanto le cose stanno cambiando, una recente risoluzione dell'OMS prevede la stesura di un nuovo rapporto sui determinanti sociali basato su evidenze scientifiche e buone pratiche entro il 2023.

Anche in Italia, nonostante la presenza di un Servizio Sanitario Nazionale che ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo i principi di universalità, uguaglianza e equità, le disuguaglianze sono un problema. Un recente rapporto dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS e del Ministero della Salute italiano⁸ evidenzia come, nonostante l'aspettativa di vita nel nostro Paese fosse in aumento fino al 2019, anno di comparsa di Covid-19, persistevano notevoli disuguaglianze socioeconomiche e regionali per quanto riguarda la salute. Ad esempio, le persone con un titolo di studio più basso e meno sicurezza finanziaria hanno maggiori probabilità di avere livelli più alti di malattie non trasmissibili (MNT), maggiori livelli di sovrappeso, una maggiore incidenza di problemi di salute mentale, come la depressione, e hanno più probabilità di essere fumatori. Per molti di questi indicatori di salute, la dimensione

⁴ Bharmal N. et al, *Understanding the Upstream Social Determinants of Health*, RAND Health, 2015

⁵ Rasanathan K., *10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale*, *The Lancet*, 2018

⁶ Rapporto World Health Statistics 2022

⁷ Marmot M., *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016

⁸ OMS Ufficio Regionale per l'Europa, *Una vita sana e prospera per tutti in Italia. Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia*. Relazione nazionale. Sintesi, 2022

del divario tra chi sta meglio e chi sta peggio è rimasta la stessa, e per alcuni (come l'incidenza del sovrappeso nelle ragazze adolescenti) è aumentata. Ed è indicativo che nel 2021 la speranza di vita alla nascita nel nostro Paese, nonostante sia in crescita nel Nord dopo il tracollo dei due anni precedenti, abbia tuttavia subito un ulteriore decremento nelle regioni del Sud. Questo ha fatto aumentare le differenze geografiche: nel 2019 una persona che viveva al Sud del Paese aveva una speranza di vita di 1,1 anni in meno di una che viveva al Nord se era un uomo e di 1,2 anni se era una donna, nel 2021 la differenza è arrivata a 1,6 anni per entrambi i sessi⁹.

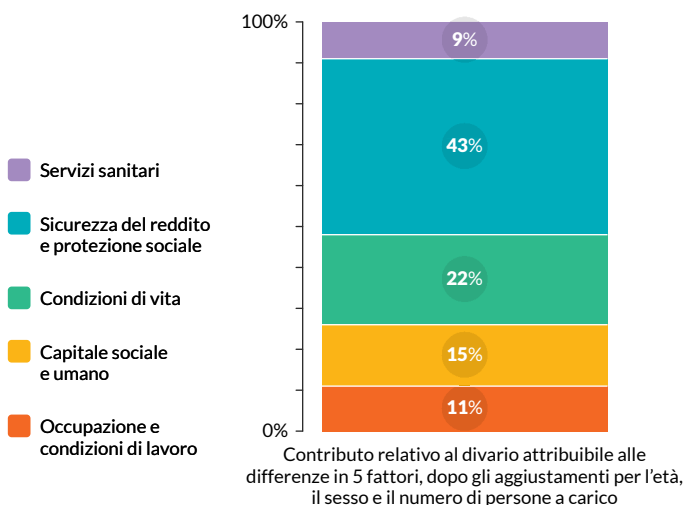
Quando parliamo di infanzia, gli effetti dei determinanti sociali sono particolarmente gravi perché non incidono solo sulla salute dei primi anni di vita, ma hanno conseguenze a lungo termine che causano danni alla salute nell'età adulta. Numerosi sono gli studi che mostrano come gli effetti si manifestino con disuguaglianze di salute nell'adulto in termini di malattie (cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, ecc.), disabilità e mortalità precoce¹⁰.

⁹ ISTAT, BES 2021, il benessere equo e sostenibile in Italia, 21 aprile 2022

¹⁰ www.centrosaluteglobale.eu/diseguaglianze-di-salute-dallinfanzia-alle-ta-adulta/

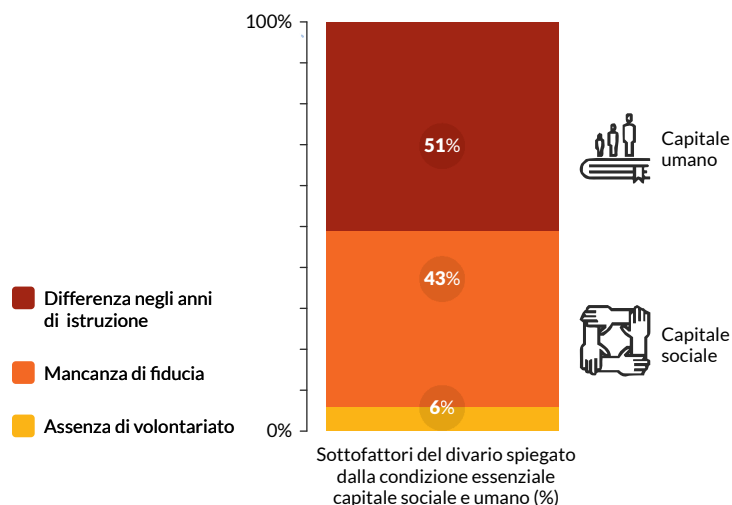
Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e il 40% più povero

Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofond European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016



Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano

Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofond EQLS 2003-2016



I punti particolarmente critici in Italia sono le differenze regionali, con le relative migrazioni da una regione all'altra dei pazienti, le difficoltà di accesso alle cure per alcune fasce della popolazione, la mancanza di collegamento tra i servizi. Inoltre, come scrive Giorgio Tamburlini nella introduzione italiana alla *Nurturing Care*, nel nostro Paese accanto alla povertà materiale "i problemi dell'infanzia e degli anni che seguono sono soprattutto la povertà educativa, l'esclusione sociale, i problemi di neurosviluppo e di salute mentale"¹¹. E in effetti il Rapporto sul benessere dei bambini nei Paesi ricchi dell'Unicef vede l'Italia al diciannovesimo posto. Potrebbe andare meglio, se pensiamo che il nostro sistema sanitario, così come concepito nel 1978, è considerato tra i migliori al mondo.



Riccardo Venturi per Save the Children

... E poi arrivò il Covid

La pandemia, oltre a confermare l'effetto dei determinanti sociali, ha peggiorato per molti versi la salute dell'infanzia anche nel nostro Paese. Innanzitutto è peggiorata la condizione economica di molte persone e famiglie che, come abbiamo visto, è uno dei determinanti fondamentali della salute dei cittadini. Abbiamo riscontrato un peggioramento per quanto riguarda il percorso nascita con le mamme lasciate in isolamento in un momento critico e la limitazione dei contatti con i neonati.

I pediatri italiani hanno denunciato vaccinazioni rinviate, ritardo diagnostico per patologie in cui il tempo è prezioso, terapie interrotte in bambini fragili e aumento delle diseguaglianze per un allargamento della forbice tra chi poteva permettersi di continuare le cure a pagamento e chi no. Le bambine, i bambini e gli adolescenti durante questi due anni hanno fatto meno sport e hanno mangiato peggio. Il risultato: un aumento delle persone in sovrappeso, una problematica già presente in passato nel nostro Paese e correlata a diversi effetti negativi sul benessere. La salute mentale in particolare degli adolescenti sembra aver avuto il danno peggiore dall'isolamento, dalla mancanza della scuola in presenza, dai mesi di lockdown: sono aumentate le richieste di aiuto, gli accessi al pronto soccorso per patologie psichiatriche, il numero dei tentati suicidi.

Ma gli eventi non avvengono mai nel vuoto e spesso un fattore di stress peggiora una situazione già critica in partenza. A questo proposito abbiamo toccato con mano lo svuotamento progressivo dei consultori, l'inquinamento dell'aria, del suolo e anche dei luoghi chiusi come le scuole e le case, problema antico e destinato a peggiorare senza una politica adeguata, la mancanza di una rete tra servizi integrata per una presa in carico ad ampio raggio sia della salute che dei problemi sociali e psicologici che la influenzano, e di una rete che consenta, risolta l'urgenza di un problema di salute, di potersi affidare a servizi contigui e complementari a quello sanitario come quello scolastico per un'opera di sostegno e prevenzione di nuove emergenze. E poi la mancanza di medici che si occupano di età dell'evoluzione sul territorio nazionale, il numero limitato di posti letto in ospedale e soprattutto dei servizi territoriali per il disagio mentale. Insomma, se è vero che ci si può preparare a una crisi sanitaria come è stata quella del Covid-19, il nostro sistema non lo ha fatto come avrebbe potuto.

E tuttavia, ci piace pensare che il bicchiere possa essere mezzo pieno. La pandemia ci ha insegnato qualcosa. Ad esempio che i servizi territoriali sono importanti e che vanno sostenuti perché gli ospedali da soli non riescono a rispondere a tutte le esigenze dei cittadini che spesso sono da risolvere da una rete di prossimità. Ci ha insegnato anche che il pronto soccorso spesso viene utilizzato male o sovrautilizzato – anche in alternativa all'assistenza di prossimità. Ci ha insegnato che la digitalizzazione, la raccolta e gestione dei dati, la telemedicina - cui la pandemia ha impresso un'accelerazione – sono innovazioni urgenti e preziose e che le nuove generazioni di medici e operatori sono indispensabili anche in questo

¹¹ Centro per la Salute del Bambino, *La nurturing care per lo sviluppo infantile precoce*, Traduzione italiana del documento di: World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization, 2018

nuovo modello. Ci ha insegnato, ancora una volta, che lo stigma è il peggiore compagno del prendersi cura.

Questo rapporto è un primo tentativo di mettere insieme i dati e le esperienze prodotti negli ultimi anni per indicare una via di uscita dalla crisi che possa anche affrontare problemi più antichi e strutturali. Sappiamo che il sistema sanitario italiano è stato considerato nel passato il migliore al mondo, ora è un po' in affanno, ha la sua età ed è stato a lungo maltrattato. È il momento di prendercene cura.

Di tutto questo torneremo a parlare più avanti. Perché quello delineato in questo capitolo è il quadro entro cui si iscrive l'Atlante di quest'anno. Lo sguardo sulle disuguaglianze e i loro effetti sulla salute è quello che manterremo lungo il nostro percorso.

QUESTO MONDO DI OPULENZA E MISERIA

“ Viviamo in un mondo di un'opulenza senza precedenti, che uno o due secoli fa sarebbe stato difficile persino immaginare; e anche al di fuori della sfera economica ci sono stati cambiamenti importanti. Il ventesimo secolo ha fatto della democrazia partecipativa il modello principe di organizzazione politica, e oggi i concetti di diritto umano e libertà politica sono fortemente presenti nel linguaggio dominante.

In media viviamo molto più a lungo che in tutte le epoche precedenti; le diverse parti del mondo sono legate l'una all'altra più strettamente di quanto lo fossero mai state, e questo non vale solo nei campi del commercio e delle comunicazioni, ma anche per l'interazione fra idee e ideali.


Eppure viviamo anche in un mondo in cui le privazioni, la miseria e

l'oppressione sono grandi. Esistono molti problemi, vecchi e nuovi: povertà persistente, bisogni primari insoddisfatti, carestie, fame di massa, violazioni di diritti politici elementari e di libertà fondamentali, disprezzo - diffusissimo - per gli interessi e il ruolo attivo delle donne, minacce sempre più gravi all'ambiente e alla sostenibilità, economica e sociale, del nostro modo di vivere. E troviamo in una forma o nell'altra molte di queste privazioni non solo nei Paesi poveri ma anche in quelli ricchi. Il superamento di tali problemi è un aspetto centrale dello sviluppo.

(...) In verità al centro della lotta contro la privazione c'è, in ultima analisi, l'azione individuale; ma quella libertà di agire che possediamo in quanto individui è, nello stesso tempo, irrimediabilmente delimitata e vincolata dai percorsi sociali, politici ed economici che ci sono consentiti”.

Tratto da: Amartya Sen,
Lo sviluppo è libertà, Mondadori, 2014





Sviluppo cognitivo
Genitorialità
Fattori ambientali
Isolamento
Percorso nascita
Relazioni primarie
Povertà
Empowerment
Deprivazione
Mortalità infantile
Farmaci
Consultori
Cure responsive
Congedo nascita

LA SCOMMESSA DEI MILLE GIORNI

0-2 ANNI

Una rivoluzione
tra neuroscienze
e genetica

Nati disuguali

La sfida della
mortalità infantile

Chi sostiene
la genitorialità?

Il consultorio
prosciugato

Nidi per spiccare il volo

Il grande freddo
demografico

Mille giorni. Più o meno tanto dura il periodo che va dal concepimento al compimento dei due anni di vita dei bambini. È un periodo particolare e importantissimo perché proprio qui secondo la scienza si pongono le basi per lo stato di salute delle persone lungo tutto l'arco della vita. In questi mesi di massima plasticità il bambino entra in contatto con tanti fattori ambientali che possono interferire con il suo sviluppo. Alcuni con un impatto negativo: dagli stili di vita della madre durante la gestazione (stress, sedentarietà, eccessivo sport e/o lavoro, uso improprio di farmaci, assunzione di sostanze stupefacenti, fumo, alcol), alla mancanza di un sostegno, alle malattie infettive, alla mancanza di conoscenze dei genitori su parto e nascita, al mancato coinvolgimento di entrambi i genitori durante il parto, al mancato allattamento, al disagio psichico della coppia, alle situazioni di vulnerabilità economiche e sociali e via discorrendo. Altri con un impatto positivo: oggi sappiamo che già durante la gravidanza si può parlare e cantare al feto che ascolta la voce materna e sappiamo che a partire dai primi mesi il tempo passato con il bambino sorridendo, toccando, parlando, raccontando storie, ascoltando la musica, leggendo assieme dei libri e giocando costruisce connessioni tra i neuroni che potenziano il suo cervello.

In Italia, sono stati raggiunti nel corso del tempo elevati standard assistenziali nell'ambito materno-infantile, e sono stati sviluppati negli ultimi vent'anni diversi progetti per promuovere attività precoci che garantiscano un adeguato sviluppo cognitivo. Con tanti contraccolpi nel corso di quasi mezzo secolo, la diffusione dei consultori ha avuto un ruolo importante per l'empowerment genitoriale e la promozione della salute nei primi mille giorni. Un altro passo avanti sono i sistemi di sorveglianza come quello dell'Istituto Superiore di Sanità, ISS (Sorveglianza 0-2 anni), utili per conoscere la situazione e quindi mettere in atto politiche specifiche. Tuttavia, la distribuzione dell'offerta di prevenzione e cura è ancora disomogenea. E la cultura su questi temi ancora poco diffusa.

Va notato che la pandemia di Covid-19 ha complicato le cose. Ricerche scientifiche hanno dimostrato che lo stato di stress dei genitori ha influito sul neurosviluppo dei neonati, come vedremo più avanti. Ma anche le testimonianze ci restituiscono un quadro piuttosto preoccupante: con un percorso nascita reso più complicato per le mamme, a partire dall'isolamento durante il parto, la limitazione nei contatti con i neonati prematuri o con patologie, l'interruzione dei corsi di preparazione al parto in presenza e gli incontri di gruppi di mamme che scambiano conoscenze ed esperienze tra loro, che solo per le mamme più attrezzate si sono spostati online. All'ospedale Gemelli di Roma, ad esempio, raccontano come il Covid-19, che ha richiesto una riorganizzazione dei servizi, abbia avuto un impatto su tutto l'ospedale risultando un elemento di destabilizzazione. Una mamma che partoriva con l'infezione da Sars-CoV-2 non poteva avvicinarsi, toccare il proprio bambino e sappiamo quanto questo sia importante. Spesso rimaneva sola a sostenere un momento tanto delicato perché erano vietate le visite. Nonostante gli sforzi degli operatori sanitari per diminuire il disagio, il problema è stato enorme. Inoltre, all'ospedale romano dove c'è una terapia



intensiva neonatale che è punto di riferimento per il Centro ma anche per il Sud dell'Italia dicono di aver constatato come sia aumentata la marginalità sociale: "Capita di avere i genitori di un bambino in terapia intensiva che dormono in macchina davanti all'ospedale". Nella seconda parte di questo capitolo vedremo quali sono i problemi principali da affrontare.

Una rivoluzione tra neuroscienze e genetica

Risalgono già all'inizio del secolo scorso le prime importanti intuizioni sulla fondamentale rilevanza della prima infanzia, delle esperienze e delle relazioni primarie vissute, per tutto lo sviluppo cognitivo-psicologico e per la salute mentale lungo il corso della vita. Intuizioni portate avanti da grandi pedagogiste/i e psicanaliste/i, da Freud a Freinet, da Maria Montessori e Melanie Kline. Inoltre, al volgere del nuovo millennio, grande attenzione si è concentrata sullo sviluppo del cervello, che si è dimostrato avvenire in modalità multimodale, con "finestre di opportunità" nei primi periodi sensibili e critici della vita, quando la recettività alle esperienze è elevata¹. Ma è nel corso degli ultimi anni che la biologia molecolare e le neuroscienze hanno fatto importanti scoperte in grado di rivoluzionare le conoscenze sullo sviluppo dell'essere umano. Da queste nuove conoscenze è emerso come nel periodo che va dal concepimento al compimento dei due anni di vita dei bambini si pongano le basi per lo stato di salute fisica e psichica delle persone lungo tutto l'arco della vita. La conseguenza è un nuovo approccio che vede negli interventi precoci la possibilità di garantire il benessere non solo nell'età infantile, ma anche in quella adolescenziale e adulta². Le più recenti scoperte si fondano su alcuni concetti fondamentali.

Il primo concetto è quello di **plasticità**. Noi esseri umani siamo capaci di adattarci all'ambiente sia fisico che sociale che ci circonda, questa capacità - che chiamiamo plasticità - è massima nei primi mille giorni di vita. Questa prima finestra di sviluppo del bambino è caratterizzata dalla costruzione degli organi, compreso il cervello, e delle loro funzioni. Durante lo sviluppo ci sono periodi critici in cui un organo o un sistema giungono a maturazione, successivamente la loro plasticità diminuisce. Ma nella prima fase risentono dell'esposizione ad un ampio spettro di fattori, positivi o negativi, che in molti casi possono essere controllati. Alcuni difetti del metabolismo e l'obesità in età adulta, ad esempio, possono essere fortemente influenzati da una errata alimentazione in gravidanza, dal mancato allattamento al seno o anche dall'esposizione a sostanze tossiche o inquinanti ambientali. Inoltre, lo sviluppo delle competenze cognitive e socio-relazionali del bambino dipende molto dalla qualità della relazione con i genitori e con l'ambiente che lo circonda. La plasticità è particolarmente

Perché siamo ciò che siamo

"Siamo ciò che siamo in virtù di ciò che abbiamo imparato e che ricordiamo", l'affermazione è di Eric Richard Kandel, neurologo, psichiatra e neuroscienziato statunitense. Kandel ha vinto il premio Nobel per la medicina assieme a Arvid Carlsson e Paul Greengard nel 2000 per gli studi sulla plasticità delle sinapsi neuronali e sui meccanismi cellulari, molecolari e genetici della memoria. Tra i primi a fornire le prove che l'apprendimento modifica l'efficacia di specifiche sinapsi e che la memoria "dipende" dal persistere di queste modificazioni. Il cervello quindi sarebbe un organo estremamente plastico, definito dalla trama di connessioni fra i neuroni e fra le regioni del cervello. I suoi studi hanno contribuito a definire i fondamenti delle neuroscienze del XX secolo. Kandel è anche un grande divulgatore, autore di numerosi libri sugli sviluppi delle neuroscienze leggibili dal grande pubblico.

¹ Thompson RA., Nelson CA., *Developmental science and the media. Early brain development.* Am Psychol 2001;56(1):5-15

² Tamburlini G., *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche*, Medico e bambino, 2014

importante per il sistema nervoso. La neurobiologia moderna ha dimostrato come le connessioni del sistema nervoso possano essere modificate dall'esperienza, sia per quanto riguarda le funzioni (come variazione delle quantità di neurotrasmettitore rilasciato), sia per quanto riguarda la struttura (come espansione o retrazione delle connessioni³). La cosiddetta *neuroplasticità* è massima durante lo sviluppo che avviene proprio nei primi mille giorni del bambino. All'età di 2 anni, un numero altissimo di connessioni neuronali si sono già formate in risposta alle interazioni con l'ambiente⁴.

Il secondo concetto è quello di **epigenetica**. In questo caso possiamo parlare di una vera e propria rivoluzione delle conoscenze poiché, contrariamente a quanto si pensava fino alla fine del secolo scorso, si è scoperto che i geni da soli non determinano le caratteristiche di una persona: lo sviluppo è un processo dinamico in cui geni e ambiente interagiscono. Nessuno di questi due fattori ha un impatto diretto e indipendente dall'altro. Un bambino, ad esempio, può essere portatore di una combinazione di geni che lo predispone ad una certa condizione o a un determinato comportamento, ma può non sviluppare mai quella condizione o quel comportamento perché non è mai stato esposto ad un ambiente in grado di innescarli. Possiamo dire che i geni rimangono silenti o non espressi. Allo stesso modo un bambino può essere stato esposto a un ambiente che potrebbe innescare una certa condizione ma non avere i geni che lo predispongono a rispondere in modo negativo a quell'esperienza. Quando geni e ambiente interagiscono si ottiene una modificazione epigenetica, ovvero una modificazione che non altera la sequenza del nostro DNA, ma determina se i geni vengono espressi o no. Questo vuol dire che il nostro genoma, ovvero il patrimonio genetico ereditato dai nostri genitori, non è fisso, ma può cambiare in relazione all'ambiente. Negli ultimi quindici anni, lo studio dell'epigenoma ha dato risultati estremamente significativi: in particolare si è capito che nelle prime fasi della vita le cellule sono dotate di un epigenoma estremamente plastico, in grado cioè di modificarsi così da permettere all'organismo di programmare il proprio sviluppo nel modo più idoneo al proprio specifico ambiente⁵.

Il terzo concetto è quello che deriva dalla **teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse** (DOHaD). Secondo questa ipotesi, avanzata nel secolo scorso ma che ha trovato conferme negli ultimi anni, alcuni fattori ambientali o meccanismi molecolari possono determinare nel bene e nel male lo sviluppo di un individuo e avere effetti che durano tutta la vita o che possono manifestarsi più avanti nel tempo. Ad esempio si è visto che stress, sottanutrizione, eccesso di nutrizione o esposizione a sostanze tossiche durante alcuni periodi critici dello sviluppo possono avere effetti a lungo termine sul benessere perché permettono una programmazione di organi, tessuti o funzioni che può accrescere il rischio metabolico, cardiovascolare, immunologico, di sviluppare disordini neurologici, ma anche un tumore. Questo può avvenire anche prima della nascita quando il feto usa l'ambiente intrauterino per predire quello che troverà fuori e quindi vi si adatta. Un altro paradigma "antico" confermato dalla scienza è poi il concetto secondo cui cervello, mente e corpo sono intrinsecamente legati. Il cervello non è un sistema isolato, ma è connesso con altri sistemi (immunologico,

³ Baroncelli L., Maffei L., *Plasticità neurale*, - Dizionario di Medicina (2010) Enciclopedia Treccani

⁴ World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization, 2018

⁵ Ministero della salute, *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future, 2019

AMOR VINCIT OMNIA

La dottoressa Dumitriu del NewYork-Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital di New York da anni studia l'evoluzione delle abilità motorie e di comunicazione nei primi sei mesi di vita. Recentemente ha messo in piedi uno studio con lo scopo di valutare, attraverso un questionario compilato dai genitori dei neonati, se ci fossero differenze nello sviluppo neuronale e cognitivo tra i bambini nati prima e quelli nati durante la pandemia. I risultati sono stati sorprendenti: i bimbi nati durante la pandemia mostravano in media punteggi molto più bassi nei test che analizzavano le loro abilità grosso-motorie (che permettono di camminare, gattonare, stare seduti) e di motricità fine e le capacità di comunicazione, rispetto a quelli nati prima della pandemia. E questo a prescindere dal fatto se bambino o genitori fossero stati infettati dal virus SARS-Cov-2. La spiegazione sembra un'altra: lo stress associato alla pandemia provato dalla madre nel corso della gravidanza potrebbe aver influito sullo sviluppo cerebrale di alcuni bambini. Inoltre, genitori o caregiver, sfiniti dalla difficile situazione, potrebbero aver interagito meno con i neonati o comunque in modi che possono aver influito sulle

loro abilità fisiche e mentali. Lo studio della dottoressa Dumitriu non è il solo, molti scienziati stanno indagando l'impatto di questo enorme esperimento sociale che è stato Covid-19 sui bambini. La rivista Nature ha riportato in un articolo uscito a gennaio 2022 i risultati di alcuni di questi studi (Melinda Wenner Moyer, *The COVID generation: how is the pandemic affecting kids' brains?* Nature, 12 gennaio 2022). Le ricerche iniziali mostrano che certi bimbi nati nel corso degli ultimi due anni sembrano mostrare ritardi nello sviluppo, mentre altri sembrano al contrario averne beneficiato, in particolare se i genitori sono rimasti a casa a lungo e i neonati avevano possibilità di interagire anche con i fratelli maggiori. Anche qui le disparità sociali ed economiche hanno svolto un ruolo preciso nel determinare chi è stato colpito negativamente dalla pandemia.

Un'altra ricerca, svolta alla Brown University's, Rhode Island da Sean Deoni e la sua équipe utilizzando la risonanza magnetica per studiare come l'ambiente modelli lo sviluppo cerebrale del neonato, ha mostrato che i bambini nati durante la pandemia presentavano punteggi peggiori per quanto riguarda le capacità motorie, linguistiche e visive. I bimbi che mostrano i risultati peggiori sono quelli che provengono da famiglie a basso

reddito e i maschi sono più colpiti delle femmine con deficit che riguardano soprattutto le abilità grosso-motorie.

All'Università di Calgary, in Canada, hanno seguito più di 8.000 coppie che stavano aspettando un figlio durante la pandemia. Quasi la metà di loro ha sofferto di ansia e quasi un terzo di depressione, percentuali molto più alte rispetto a quelle osservate prima della pandemia. Il team di scienziati ha effettuato risonanze magnetiche su 75 dei bimbi di queste coppie a tre mesi di età e ha scoperto che nei figli di coloro che soffrivano di ansia o di depressione le aree che controllano l'espressione delle emozioni e l'esecuzione di compiti di motricità fine erano meno sviluppate rispetto a quelle delle coppie meno ansiose. Anche medici e psicologi dell'IRCCS Fondazione Mondino di Pavia hanno osservato che i bambini di tre mesi d'età nati da genitori che hanno riportato stress e ansia durante la gravidanza in pandemia, avevano più problemi a regolare le emozioni e a mantenere l'attenzione rispetto a quelli nati in famiglie dove si era sperimentato uno stress minore⁶. Come affrontare la questione? I bambini – ha commentato il dottor Deoni alla rivista – sono prodotti del loro ambiente. Quello che dobbiamo fare è stimolarli, giocare con loro, leggere per loro e amarli.

endocrinologico, metabolico, cardiovascolare, muscoloscheletrico). Ognuno viene influenzato dall'altro. Quello che viene appreso nei primi anni di vita, quindi, non ha i suoi effetti solo sul sistema nervoso, ma anche su tutti gli altri sistemi con cui il cervello è in stretta connessione⁷. Grazie a questi nuovi concetti che hanno profondamente modificato le nostre conoscenze sullo sviluppo, capiamo perché le esperienze durante la gravidanza e fino ai due-tre anni influenzano lo stato di salute, l'apprendimento, così come il benessere sociale ed emotivo con effetti che durano per l'intera infanzia e fino all'adolescenza e all'età adulta. Per esempio è stato dimostrato che alcuni interventi precoci sono in grado di migliorare la salute cardiovascolare dell'adulto e che le competenze interpersonali – promosse attraverso una relazione sicura e affettuosa con i caregiver – generano empatia e autocontrollo che inibiscono comportamenti antisociali e la violenza. In questo caso generando un effetto sullo sviluppo umano che si protrae alla generazione successiva.



Paolo Patrino per Save the Children

⁶ Provenzi L. et al., *Measuring the Outcomes of Maternal COVID-19-related Prenatal Exposure (MOM-COPE): study protocol for a multicentric longitudinal project*, BMJ, dicembre 2020

⁷ Centre for Community Child Health, *The First Thousand Days An Evidence Paper*, September 2017

Nati disuguali

Partiamo dai dati: la povertà minorile in Italia è quadruplicata a partire dalla crisi globale del 2007/2008 arrivando a colpire un minorenni su 7 nel 2021 (il 14,2%). Colpiscono però le differenze legate a vari fattori di vulnerabilità: innanzitutto un bambino che ha genitori di origine straniera (con cittadinanza non italiana, CNI) è molto più esposto alla povertà assoluta (oltre 1/3 delle famiglie con minori CNI) rispetto ai coetanei italiani (circa 1 famiglia su 12). Poi interviene anche la lotteria geografica, per cui nascere e crescere nelle Regioni del Mezzogiorno rappresenta un fattore di rischio povertà per una bambina, un bambino o adolescente (sono il 16% i minori meridionali in povertà assoluta, mentre sono l'11% i minorenni in povertà che vivono nel Centro Italia). Divari regionali evidenti anche nelle mappe della povertà relativa, che ci svelano come quasi 2 famiglie con figli sotto i 18 anni su 5 in Campania abbiano un tenore di vita molto inferiore alla media italiana, a fronte di 1 famiglia su 6 nelle Regioni del Nord. Infine, vivere in una famiglia numerosa espone a maggiori rischi di povertà (1/5 delle famiglie con 3 o più figli è in povertà assoluta a fronte di 1 famiglia con un solo figlio su 16).

Abbiamo visto nell'introduzione quali e quante differenze geografiche, socio-economiche e culturali caratterizzano ed influenzano lo stato di salute e benessere di adulti e bambini che vivono in un Paese come l'Italia, un Paese sviluppato e con un servizio sanitario basato sui principi di universalità, uguaglianza e equità. Molte di queste disuguaglianze si riflettono nel diverso numero di anni di "speranza di vita in buona salute" che una bambina e un bambino appena nati possono aspettarsi. Ad esempio, se in media, in Italia, una neonata nata nel 2020 aveva di fronte a sé una speranza di vita in buona salute di 60,1 anni, una bimba nata in Calabria ne aveva soltanto 52,7 mentre una bimba nata in Trentino ne aveva 12,5 di più (65,2). Per i maschi, che in media avevano un'aspettativa di vita in buona salute di 62 anni, il divario era minore (57,5 e 65,7). Ed è comunque rilevante anche il divario di genere in Calabria, con le donne che hanno una speranza di vita in buona salute di quasi 5 anni inferiore agli uomini.

Certamente il quadro delle profonde disuguaglianze nella condizione socioeconomica familiare che ci forniscono i dati sulla povertà minorile⁸ pesa in modo sostanziale sul destino e sullo stato di salute di bambine e bambini, soprattutto nelle prime fasi della loro vita. La deprivazione materiale ed economica che colpisce tante bambine e bambini è uno dei fattori più rilevanti a cui guardare quando si osservano le disuguaglianze di salute dei più piccoli. Ma esistono molteplici fattori che hanno un'influenza decisiva sul benessere fisico e psichico nei primi straordinari 1000 giorni di vita e che sono in grado di scavare solchi difficili da colmare, solchi che spesso si consolidano e approfondiscono negli anni. Fattori di rischio

🔍 Crescere e invecchiare sani

Viviamo sempre più a lungo, ma non in modo uguale né con lo stesso livello di salute. Il percorso di vita di ciascun individuo è il risultato non solo della sua biografia, ma anche dei segni che tale biografia lascia sul suo corpo. Oggi conosciamo molte di queste impronte biologiche, ma il processo che traduce i fenomeni sociali in fenomeni biologici rimane un continente poco esplorato. Luca Carra e Paolo Vineis, rispettivamente giornalista e epidemiologo, affrontano le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali ed economiche, a cavallo tra biologia, epidemiologia, medicina, sociologia e antropologia. Capire l'importanza e il funzionamento del nostro capitale biologico è infatti il primo passo per dimostrare che un invecchiamento sano è un obiettivo possibile per tutti.

Luca Carra, Paolo Vineis, *Il capitale biologico*, Codice edizioni, 2022

⁸ www.savethechildren.it/press/ue-povert%C3%A0-minorile-aumento-i-livelli-di-povert%C3%A0-tutti-i-paesi-europei-20-milioni-i-bambini

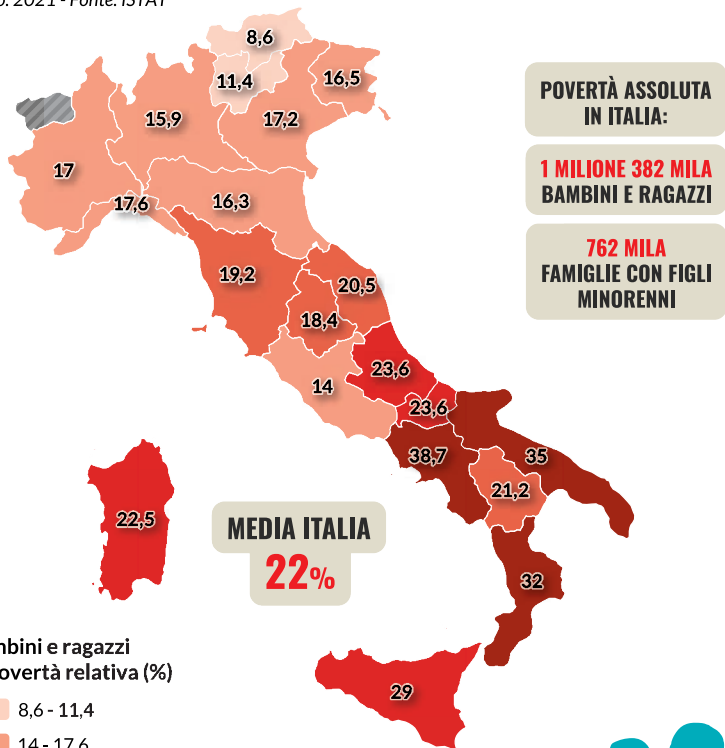


SEMPRE PIÙ BAMBINI IN POVERTÀ

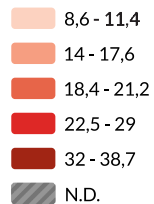
La povertà minorile in Italia è quadruplicata a partire dalla crisi globale del 2007/2008 arrivando a colpire un minorenni su 7 nel 2021, il 14,2%. Sono considerate in povertà assoluta le famiglie e le persone che non possono permettersi le spese minime per condurre una vita accettabile. Ma colpiscono le differenze legate a vari fattori di vulnerabilità: la cittadinanza non italiana e un maggior numero di figli, per esempio.

Bambini e ragazzi di 0-17 anni in povertà relativa per regione (%)

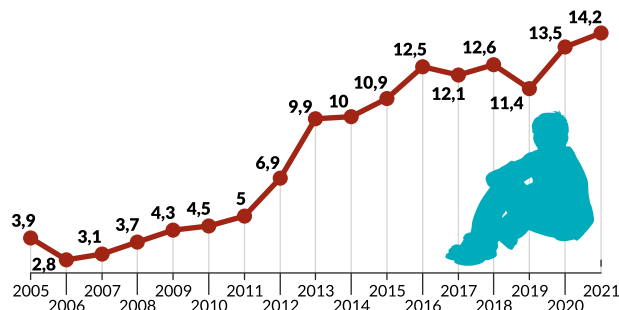
Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



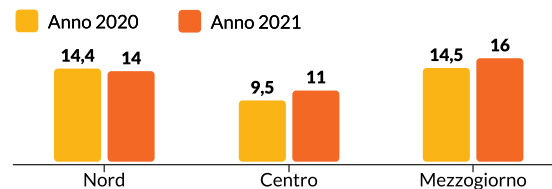
Bambini e ragazzi in povertà relativa (%)



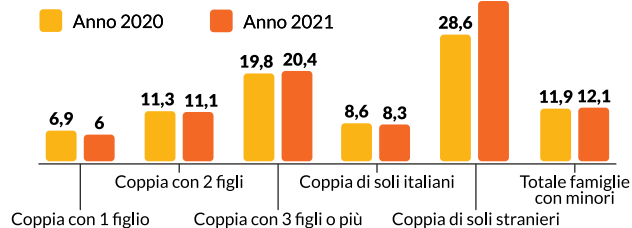
Bambini e ragazzi in povertà assoluta (%) - Anni 2005-2021



Bambini e ragazzi in povertà assoluta (%) per ripartizione geografica. Confronto anni 2020-2021



Famiglie con bambini e ragazzi in povertà assoluta (%) per tipologia. Confronto anni 2020-2021



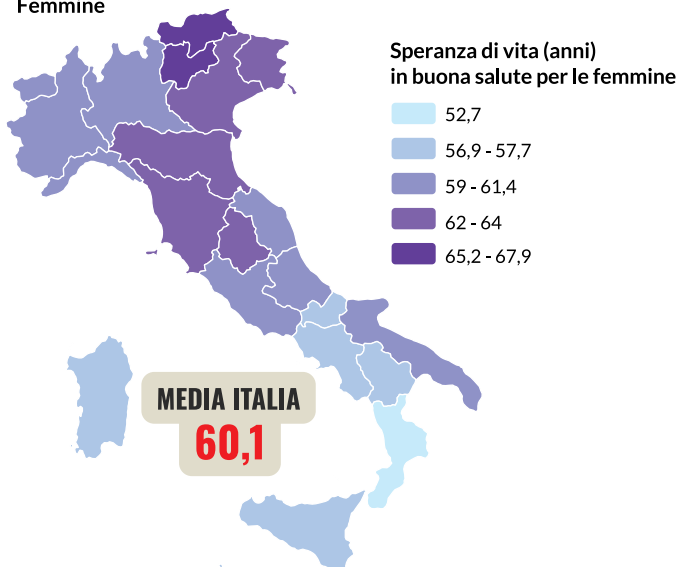
DISUGUAGLIANZE NELLA SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE

Le differenze geografiche, socioeconomiche e culturali si riflettono nel diverso numero di anni di “speranza di vita in buona salute” che una bambina e un bambino appena nati possono aspettarsi. Ad esempio, se in media, in Italia, una neonata nata nel 2020 aveva di fronte a sé una speranza di vita in buona salute di 60,1 anni, una bimba nata in Calabria ne aveva soltanto 52,7, mentre una bimba nata in Trentino ne aveva 12,5 di più (65,2).

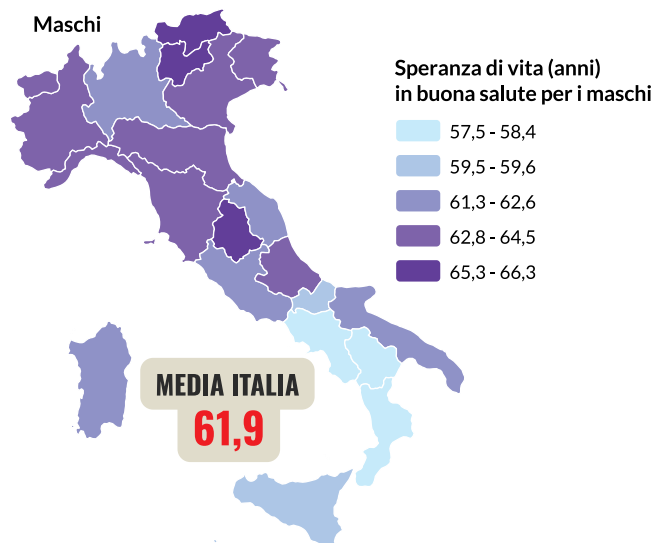
Speranza di vita in buona salute alla nascita (numero medio di anni)

Anno: 2020 - Fonte: ISTAT

Femmine

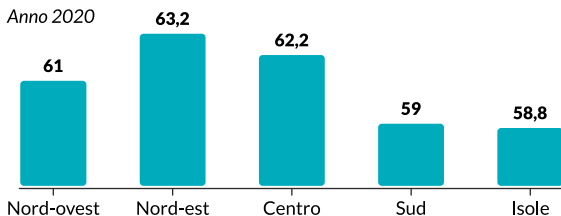


Maschi



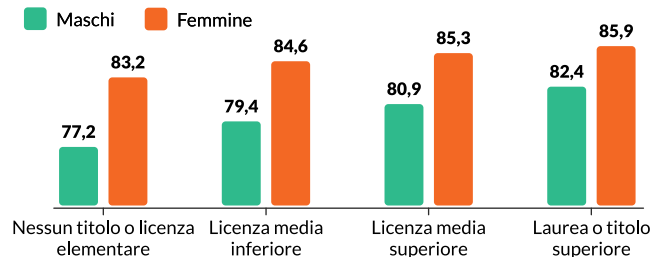
Speranza di vita (anni) in buona salute alla nascita per ripartizione territoriale

Anno 2020



Speranza di vita alla nascita (anni) e livello di istruzione

Fonte: studio ISTAT 2015 su dati 2012





che si sommano, si intrecciano, talvolta si amplificano a vicenda, vincoli e carenze relativi alle capacità e risorse dei genitori e della famiglia allargata in cui nascono i bambini e relativi alle risorse, ai servizi e alle strutture del contesto e del territorio in cui i genitori affrontano l'esperienza della gestazione, della nascita e dei primi anni di vita del bambino. Fattori di rischio a cui si affiancano e si oppongono fattori protettivi e opportunità di sviluppo e benessere per il bambino garantite da genitori, nonni, zii e da personale sanitario, medici, ostetriche, psicologi, educatrici, assistenti sociali, ricercatori e scienziati, che si impegnano ogni giorno nella sfida complessa della tutela e della promozione della salute per offrire il «miglior inizio» possibile ad ogni nuovo nato.

La maggior parte delle situazioni critiche sembra nascere proprio dalle difficoltà socioeconomiche dei genitori, mamme e papà spesso con bassi livelli di istruzione e con poco tempo per informarsi, seguire lo screening prenatale e perinatale, partecipare a gruppi di mamme e genitori con cui confrontarsi e condividere ansie, aspettative, competenze, frequentare un corso di preparazione alla nascita (molte operatrici di consultori e Punti Nascita ci hanno raccontato che questi corsi sono frequentati per lo più da donne in gravidanza al primo figlio con un livello socioculturale elevato). Per questo, come vedremo più avanti, l'ospedale non può da solo sopperire a tutto ciò che va al di là della presa in carico sanitaria e delle situazioni patologiche, ma devono funzionare strutture e presidi territoriali di prossimità, a bassa soglia, libero accesso, capaci di intercettare le fragilità, e dovrebbero anche essere attivate visite post-parto domiciliari, a casa del neonato, su base universalistica.

Nella prefazione alla versione italiana del documento dell'OMS "Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential", l'esperto di salute dell'infanzia Giorgio Tamburlini spiega in termini molto chiari il quadro di riferimento che orienta la ricerca e le considerazioni più recenti sui primi 1000 giorni: "I meccanismi dello sviluppo nei primi anni sono [ovunque] gli stessi, gli stessi sono i fattori che lo ostacolano o promuovono. Ciò che cambia, da un Paese all'altro, ma anche da una zona all'altra della stessa città, è la combinazione e l'intensità relativa dei rischi e delle opportunità, e di conseguenza la combinazione di politiche e interventi specifici che occorre mettere in campo per consentire a tutti i bambini e tutte le bambine di poter "partire bene" nella vita, rompendo il circolo vizioso della povertà che si riproduce da una generazione all'altra, e consentendo di combattere le disuguaglianze più ingiuste, quelle che si producono precocemente a danno dei bambini"⁹.

La sfida della mortalità infantile

L'importanza di strutture e personale ospedaliero di qualità che possano intervenire e limitare i rischi di patologie neonatali sin dalla gravidanza e soprattutto durante la nascita e nelle prime fasi di vita dei neonati è evidente. Per fortuna, in Italia, o in gran parte dell'Italia, diamo quasi per scontato che mamme e bambini ricevano la miglior assistenza possibile, gratuita, in grado di giovare delle più recenti scoperte scientifiche. Nel caso della mortalità neonatale e infantile (numero di morti rispettivamente nei primi 28 giorni di vita o nel primo anno di vita per mille nati vivi), siamo riusciti a ridurre questi eventi drammatici ai minimi mondiali, con tassi inferiori anche a Francia, Germania e Regno Unito. Eppure, sappiamo che questi tassi non sono ancora uguali in tutte le Regioni e che anzi sono ancora presenti, nonostante i continui miglioramenti, disuguaglianze che ci fanno riflettere. Prima dell'arrivo della pandemia, nel 2019, secondo gli ultimi dati disponibili validati dall'ISTAT (Indagine sui decessi e sulle cause di morte), il quoziente di mortalità nel primo anno di vita risultava minimo al Centro (2,02 per ogni 1000 nati vivi), poi nel Nord-Ovest (2,29), leggermente più alto nel Nord-Est (2,5), pari alla media italiana, ma ben più elevato al Sud (2,85) e soprattutto nelle Isole (3,05). Nel 2018, invece, era minimo nel Nord, leggermente superiore al Centro, e molto più elevato al Sud e nelle Isole, dove raggiungeva il 3,75. In pratica, nelle Isole il rischio di morire nel primo anno di vita risultava il 50% più alto che nel Centro Italia, nel 2019, e rispetto al Nord nel 2018. Il divario tra la Toscana, la Regione più virtuosa, e la Calabria è enorme: in Calabria il tasso di mortalità infantile era il triplo di quello toscano, 4,42 a fronte di 1,45 per ogni 1000 nati vivi. Altro dato che testimonia le

Una legge che tutela l'anonimato

Non tutte le donne riescono ad accogliere la maternità, per una complessità di motivazioni, che occorre ascoltare, comprendere e riconoscere. In Italia la legge consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2) affinché sia assicurata l'assistenza e anche la sua tutela giuridica. La donna che non riconosce e il neonato sono i due soggetti che la legge deve tutelare, intesi come persone distinte, ognuno con specifici diritti. Il nome della madre rimane per sempre segreto e nell'atto di nascita del bambino viene scritto "nato da donna che non consente di essere nominata". Se la madre vuole restare nell'anonimato la dichiarazione di nascita è fatta dal medico o dall'ostetrica.

⁹ Centro per la Salute del Bambino (CSB), *La nurturing care per lo sviluppo infantile precoce*, traduzione italiana del documento: World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018, www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en

diseguaglianze di salute e nell'accesso alle cure legate anche alla cittadinanza, non solo alla ripartizione geografica in cui si vive, è che il 38% dei casi nel 2019 a livello nazionale erano relativi a bambini con mamme di origine straniera. Ogni bambino che nasce nel nostro Paese dovrebbe avere pari opportunità di crescere e svilupparsi in maniera ottimale ed essere curato nel migliore dei modi, ma evidentemente non è esattamente così.

Commentando i dati sulla mortalità neonatale del 2017, il professor Mario De Curtis, già ordinario di Pediatria dell'Università La Sapienza di Roma nonché Direttore dell'Unità di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Umberto I di Roma, spiegava che "le cause sono legate ai problemi di ordine economico, sociale e organizzativo: se osserviamo ad esempio la mortalità neonatale per distress respiratorio (problematica che può essere presente nei neonati pretermine) vediamo che chi nasce nel Mezzogiorno ha tassi di mortalità molto più elevati rispetto a chi nasce al Nord e al Centro. E questo nonostante i parti pretermine siano egualmente distribuiti tra le aree del Paese. Eppure, nascere in sicurezza è un diritto sancito con l'accordo Stato-Regioni del dicembre 2010, in cui venne programmata la razionalizzazione/riduzione dei punti nascita con un numero di parti inferiore a 1.000/anno". Non sempre è facile contemperare la necessità e l'opportunità di godere dell'assistenza ospedaliera vicino casa, soprattutto quando si parla di un parto, un evento che spesso coinvolge reti familiari estese, con il diritto costituzionalmente garantito alla salute. I giudici interpellati in merito hanno stabilito che tale diritto fondamentale implica non già necessariamente la vicinanza del punto nascita, ma un'organizzazione finalizzata all'obiettivo di garantire ad ogni gestante e ad ogni neonato in qualsiasi centro nascita, ai vari livelli assistenziali, un'assistenza appropriata e sicura conforme ai livelli essenziali delle prestazioni. La dimensione di 1000 parti l'anno è stata dettata dal fatto che ospedali più grandi sono in grado di gestire al meglio eventuali complicazioni e di intervenire prontamente con un cesareo. Una volta nato il bimbo, sono in grado di offrirgli le prime cure e, se necessario, di trasferirlo rapidamente in un centro dotato di Terapia Intensiva Neonatale. Inoltre, un piccolo punto nascita non può contare sulla presenza 24 ore su 24 di professionisti quali l'anestesista e il neonatologo. Questo fa sì che possa aumentare il tasso dei cesarei potenzialmente evitabili e che sia più difficile gestire l'emergenza.

La rilevazione pubblicata a ottobre 2022 del Certificato di assistenza al parto (CeDAP)¹⁰, con un totale di 364 punti nascita, presenta un elevato livello di completezza. Secondo i dati raccolti nel 2021, l'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, l'11,4% nelle case di cura e solo lo 0,2% in altre strutture di assistenza, oppure a casa. Tuttavia ci sono Regioni in cui è più rilevante la presenza di strutture private accreditate: ad esempio in Campania il 45,3% delle donne ha partorito in una struttura privata accreditata, nel Lazio il 22%, in Sicilia il 12,6%, in Lombardia l'11,3%. A livello nazionale, sono 140 le strutture dove avvengono almeno 1000 parti l'anno e dove si registra il 62,8% delle nascite. Il 7,1% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. In particolare, nelle Regioni del Sud oltre il 38% dei parti si svolge in punti nascita con meno

🔍 Vaccinazioni perdute

Tra le prestazioni sanitarie andate perse nel 2020 ci sono le vaccinazioni pediatriche. Nel 2020, per i bambini nati nel 2018, la copertura vaccinale a 24 mesi per la poliomielite, il morbillo e la rosolia raggiunge rispettivamente il 94%, il 92,7% e il 92,2% (-1, -1,8 e -2 punti percentuali sul 2019) sotto il target del 95% raccomandato dall'OMS.

Rapporto SDGs ottobre 2022 Goal 3
www.istat.it/storage/rapportitematici/sdgs/2022/goal3.pdf

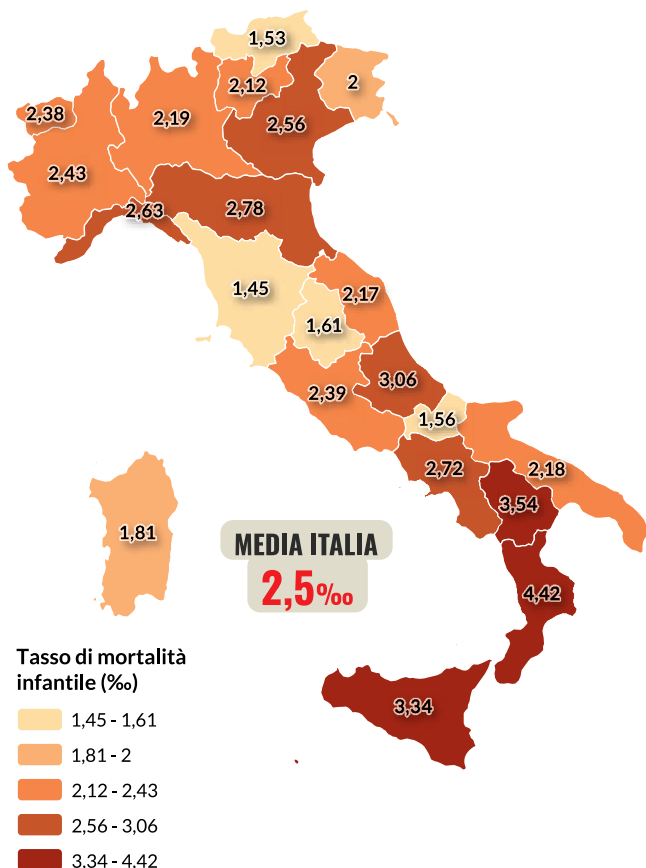
¹⁰ Certificato di assistenza al parto (CeDAP), Analisi dell'evento nascita - Anno 2021. A cura di Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ministero della Salute

MORTALITÀ NEONATALE E INFANTILE: SIAMO BRAVI, MA...

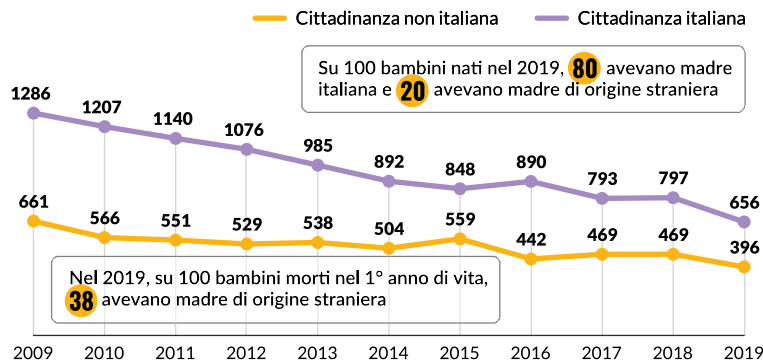
Il nostro Paese, nel caso della mortalità neonatale e infantile (numero di morti rispettivamente nei primi 28 giorni di vita o nel 1° anno di vita per mille nati vivi), è riuscito a ridurre questi eventi drammatici ai minimi mondiali, con tassi inferiori anche a Francia, Germania e Regno Unito. Eppure, sappiamo che questi tassi non sono ancora uguali in tutte le Regioni e che anzi sono ancora presenti, nonostante i continui miglioramenti, disegualianze che ci fanno riflettere.

Tasso di mortalità ogni 1000 nati vivi

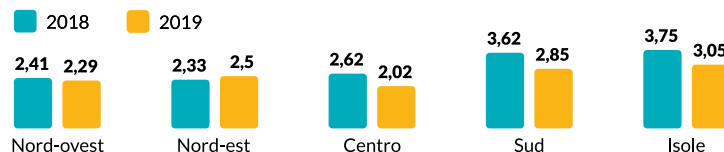
Anno: 2019 - Fonte: ISTAT



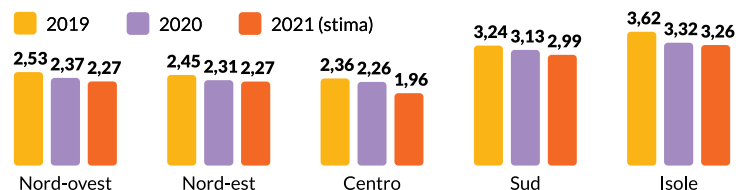
Numero di bambini morti nel 1° anno di vita per cittadinanza della madre (periodo 2009-2019)



Tasso di mortalità infantile (ogni 1000 nati vivi) per ripartizione territoriale



Cancellati dall'anagrafe per decesso nel 1° anno di vita (dati grezzi) per ogni 1000 sopravvissenti



di 1000 parti annui. Per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo, si è visto che nel 2021 il 31,2% dei parti è avvenuto con questa modalità, con notevoli differenze regionali. Nelle case di cura accreditate c'è una maggiore propensione all'uso del taglio cesareo: circa il 44,6% dei parti contro il 29,5% negli ospedali pubblici. Il Programma Nazionale Esiti di AGENAS sottolinea come l'attuale proporzione di parti con taglio cesareo primario si ponga ben al di sotto dei livelli registrati nei primi anni duemila (intorno al 40%), ma ancora lontano dalla soglia del 10-15% che, secondo quanto indicato dall'OMS già nel 1995, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e per il bambino. Inoltre, mentre le donne di origine migrante partoriscono con parto naturale più frequentemente delle italiane, la frequenza dei ricoveri successivi al parto cesareo per complicanze durante il puerperio risulta superiore¹¹.

Il professor De Curtis, insieme a Silvia Simeoni e Luisa Frova dell'ISTAT, nel 2019, con un articolo pubblicato sull'*Italian Journal of Pediatrics*¹² ha approfondito e portato all'attenzione di tutti il tema delle disuguaglianze anche nei tassi di mortalità. Sono stati infatti calcolati per un arco temporale di 9 anni i tassi di mortalità neonatale ed infantile per ripartizione – costantemente distanziati tra Mezzogiorno e Centro-Nord, – e per continente di origine della madre, con calcoli precisi sul maggior rischio che colpiva le mamme di origine straniera (soprattutto se provenienti dall'Africa sub-sahariana), un rischio del 66% più elevato di mortalità infantile rispetto alle madri italiane. Le gestanti con cittadinanza non italiana sono molto più vulnerabili dal punto di vista della povertà, della precarietà del lavoro – spesso fisicamente pesante da svolgere – delle peggiori condizioni abitative e igieniche, della peggiore alimentazione in gravidanza, e della più scarsa conoscenza dei servizi socio-sanitari e ospedalieri. L'articolo sottolinea come, nonostante la più giovane età delle gestanti con cittadinanza straniera dovrebbe favorire una riduzione del divario con le gestanti italiane, tale divario persista senza che alcuna politica sia stata messa in campo, almeno garantendo in ogni ospedale e consultorio la presenza di mediatrici culturali e linguistiche in grado di comunicare con queste donne, che, come vedremo in seguito, molto spesso affrontano il percorso nascita senza un sostegno adeguato, talvolta senza ricevere le cure più appropriate e senza consapevolezza di tutto ciò che accade intorno a loro.

Tali divari nel diritto alla salute e nell'accesso alle migliori cure potrebbero essere stati aggravati dall'emergenza pandemica, soprattutto perché, nella fase acuta della pandemia, molti medici e infermieri di reparti come la pediatria sono stati spostati verso i reparti Covid-19. Sappiamo inoltre che durante il biennio 2020-2021 si è verificata una significativa riduzione delle vaccinazioni nei primi mesi di vita, così come delle attività di pronto soccorso (ISTAT stima che se nel 2019 il 10% dei bambini da 0 a 5 anni era stato portato al pronto soccorso, nel 2020 questa quota è crollata al 4,5% e nel 2021 al 3,8%¹³) e si è registrato un ritardo diagnostico per patologie gravi e tumori (la Società Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica ha stimato nel 2020 una riduzione delle diagnosi di tumore pediatrico del 33%). Minori controlli durante la gravidanza per la paura di contrarre l'infezione da coronavirus in ospedale hanno anche provocato un aumento della natimortalità¹⁴.

¹¹ AGENAS, *Programma Nazionale Esiti (PNE)* – edizione 2021, https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2021.pdf

¹² Simeoni S., Frova L., De Curtis M., *Inequalities in infant mortality in Italy*. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):1-7, <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-018-0594-6>

¹³ Dati elaborati dall'Indagine sugli Aspetti della Vita Quotidiana dell'ISTAT, presenti sul database I.stat (Statistiche Istat)

¹⁴ De Curtis M., Villani L., Polo A., *Increase of stillbirth and decrease of late preterm infants during the COVID-19 pandemic lockdown*, *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2021 Jul; 106(4): 456. Letter: Increase of stillbirth and decrease of late preterm infants during the COVID-19 pandemic lockdown - PMC (nih.gov)

Sebbene non siano ancora disponibili i nuovi dati sul quoziente di mortalità neonatale e infantile per il 2020 e per il 2021, i dati grezzi sulle cancellazioni per decesso all'anagrafe dei bambini nel primo anno di vita non rilevano alcun aumento nel 2020 e 2021, rispetto ai dati del 2019, quindi l'effetto della pandemia sulla mortalità infantile per il momento non sembra essere significativo. Il dato grezzo mostra anzi una riduzione dei decessi in tutte le macroaree, ma conferma il persistere del divario tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Sicuramente possiamo dire che il Covid non ha avuto effetti diretti sulla mortalità infantile ma, come vedremo alla fine di questo capitolo, ha sicuramente inciso sulla natalità e fecondità.





IL FARMACO CHE NON C'È

Viviamo nell'era dell'esplosione dell'industria farmaceutica: il numero di farmaci approvati dalle agenzie regolatorie negli ultimi dieci anni in media è quasi raddoppiato rispetto ai dieci anni precedenti. Viviamo anche nell'era della medicina personalizzata: la terapia viene sempre più ritagliata sulle caratteristiche uniche legate soprattutto all'espressione del genoma della persona. Eppure, in questa stessa era, i bambini spesso non ricevono farmaci studiati espressamente per loro. Siamo di fronte a un vero e proprio paradosso.

Il fenomeno delle prescrizioni "off label" di farmaci per l'età evolutiva è noto da tempo e consiste nel fatto che le prescrizioni vengono fatte al di fuori delle indicazioni riconosciute dalle agenzie regolatorie dei farmaci. La registrazione da parte delle agenzie regolatorie serve a garantire che i farmaci siano efficaci, ma soprattutto sicuri e di qualità adeguata per un uso regolare¹⁵. Il processo di approvazione si basa sulla valutazione scientifica dei risultati delle sperimentazioni cliniche effettuate sul farmaco stesso. In Europa si occupa di queste procedure l'EMA, in Italia l'AIFA, negli Stati Uniti l'FDA.

Solo dopo l'autorizzazione, il farmaco può essere commercializzato e quindi reso disponibile per il paziente. Accade spesso, tuttavia, che alle bambine, ai bambini e agli adolescenti vengano prescritti farmaci che non sono stati autorizzati per quello specifico uso. Si tratta di molecole utilizzate o in età diverse, oppure

per patologie differenti, o anche con dosi, frequenza e vie di somministrazione diverse da quelle per cui vengono registrate: "Riceve farmaci off label circa un terzo dei bambini che passano per l'ambulatorio del pediatra, ma la cifra sale a due terzi se calcoliamo i bambini nei reparti ospedalieri. In particolare per i neonati la percentuale arriva all'80-90%", spiega Antonio Clavenna, responsabile del Laboratorio di Farmacoepidemiologia dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

Va specificato che l'uso off label da parte dei medici molte volte è dovuto al fatto che non ci sono alternative: i farmaci non sono stati approvati per quell'uso, ma sono l'unica arma a disposizione del medico che quindi basa la prescrizione più sulla sua esperienza e su quanto conosciuto per altre fasce di età che sui dati della ricerca clinica. A volte il problema è dovuto alla mancanza di una formulazione adatta ai bambini (sciroppo, bustina da sciogliere nell'acqua...) con la necessità di frantumare le compresse adattando il dosaggio per poterle somministrare. Ovviamente però esistono dei rischi in queste prescrizioni off label: ad esempio che il farmaco sia non efficace, o che reazioni avverse, che possono non manifestarsi nell'organismo adulto per il quale il farmaco è approvato, si possano presentare nel bambino¹⁶.

Perché esiste questo buco nero che peraltro spesso riguarda una popolazione fragile? Il primo motivo è che ci sono poche sperimentazioni cliniche condotte in queste fasce d'età. Fino agli anni Ottanta del secolo scorso si diceva che i bambini devono essere protetti dalla ricerca clinica per motivi etici, ma poi ci si è resi

¹⁵ Bonati M. et al. *Licensed medicines, off-label use or evidence-based. Which is most important?* Arch Dis Child. 2017 Jan;102(1):53-54. doi: 10.1136/archdischild-2016-311527. Epub 2016 Aug 17. PMID: 27535476.

¹⁶ *State of Paediatric Medicines in the EU 10 years of the EU Paediatric Regulation*, Report from the Commission to the European Parliament and the Council, 2017



conto che questo cozza con il loro diritto ad avere lo stesso livello di accuratezza di cura degli adulti. Il problema è che la ricerca in pediatria è più complicata. Sotto la dicitura “età evolutiva” troviamo gruppi di popolazione non uniformi: i bambini crescono e i bisogni e le caratteristiche biologiche e fisiologiche di un neonato sono molto diverse da quelle di un adolescente. Sarebbero necessarie quindi ricerche appropriate alle diverse età, questo rende il processo estremamente complesso. Inoltre, la fetta di mercato interessata a questi farmaci è piccola, quindi le aziende non mettono in piedi sperimentazioni perché temono gli alti costi e i ricavi incerti.

Proprio per aggirare questi ostacoli, nel 2007 una regolamentazione europea per i farmaci pediatrici ha previsto obblighi e incentivi alle aziende, da allora la situazione è migliorata ma siamo ancora lontani dall'obiettivo di avere prove di efficacia e sicurezza specifiche per questa fascia d'età. Un altro motivo è il mancato aggiornamento delle schede tecniche del farmaco. “Ci sono casi in cui le sperimentazioni ci sono – specifica Clavenna – ma le aziende non hanno interesse ad aggiornare le schede tecniche perché questo richiede una procedura burocratica complessa e costosa”. Alcuni farmaci per l'infanzia sono usati nel nostro Paese per lo più off label, anche se almeno in alcuni casi esistono studi clinici ed evidenze consolidate sulla loro efficacia. Questo genera disuguaglianze nei percorsi di cura, spiegano gli autori di un articolo sull'argomento¹⁷, perché:

“a. la prescrizione e il piano terapeutico sono condizionati dall'attitudine e dall'aggiornamento del medico;

b. comporta per i genitori la necessità di dover pagare direttamente le terapie per i propri figli;

c. genera differenze nell'accesso gratuito alle cure a seconda di protocolli e percorsi esistenti, sia a livello locale (ASL, ospedale, centro) che nazionale (linee guida)”.

Accanto ai bambini senza farmaci ci sono anche bambini con troppi farmaci: è il problema dell'uso inappropriato. “È un fenomeno che riguarda un gran numero di bambini, in Italia in particolare c'è un consumo molto elevato di antibiotici e di farmaci dell'apparato respiratorio prescritti in modo inappropriato, ovvero per patologie che non ne richiederebbero l'uso, come il raffreddore” spiega Clavenna.

La tendenza è confermata dall'ultimo rapporto Osmed. Secondo il rapporto, nel corso del 2021, oltre 3,3 milioni di bambini e adolescenti, ossia il 35,1% della popolazione pediatrica assistita dal SSN, hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci. Rispetto all'anno 2020, si registra un incremento delle confezioni pro capite che si concentra però nei bambini nei primi 5 anni di vita, mentre si riducono i consumi nelle fasce d'età successive. Gli antinfettivi per uso sistemico si confermano i farmaci a maggior consumo, con 490 confezioni per 1000 bambini e adolescenti, seguiti da quelli dell'apparato respiratorio.

Il dato è grave perché l'uso inappropriato degli antimicrobici, compresi gli antibiotici, è strettamente

¹⁷ Bonati M. et al, *Off Label e diritto alle cure disponibili più appropriate*, R&P 2017



legato all'insorgere delle resistenze e quindi al crescere del numero di infezioni resistenti ai farmaci. La resistenza agli antimicrobici è la capacità dei microrganismi come i batteri di resistere ai farmaci ai quali erano precedentemente suscettibili ed è definita dall'Oms "una delle più gravi minacce sanitarie del nostro tempo". Secondo un rapporto stilato nel 2019 dall'Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance (IACG) delle Nazioni Unite, entro il 2050 "superbatteri" e altri microrganismi multiresistenti – tra cui virus, funghi e altri parassiti – potrebbero causare, nel mondo, fino a 10 milioni di morti l'anno¹⁸.

La resistenza agli antimicrobici è in costante aumento anche in Europa dove è responsabile di circa 33.000 decessi all'anno¹⁹. Si stima inoltre che costi all'UE 1,5 miliardi di euro all'anno in spese sanitarie e perdite di produttività. In Italia la resistenza agli antibiotici è tra le più elevate di tutta Europa e la ragione è proprio che utilizziamo grandissime quantità di antibiotici, sia per uso umano che in ambito veterinario²⁰. Contemporaneamente nel nostro Paese ogni anno dal 7 al 10 per cento dei pazienti ricoverati in ospedale va incontro a un'infezione batterica multiresistente con migliaia di decessi²¹.

Nonostante l'uso ancora elevato e inappropriato degli antimicrobici, si osserva una riduzione dei consumi (-4,2% rispetto all'anno passato), così non è invece per i farmaci del sistema respiratorio per i quali si assiste ad un incremento (+12,9%). Anche in questo caso assistiamo a differenze regionali nella prescrizione dei farmaci, con un sovrautilizzo

maggiore sia di antibiotici che di farmaci per il sistema respiratorio nelle Regioni del Sud. In particolare la prevalenza d'uso, ovvero la percentuale di individui nella popolazione che fa uso di questi farmaci, nelle Regioni del Sud è del 37,3%, nel Centro del 31,1% e nel Nord del 23,3%.

¹⁸ IACG, *No time to wait: securing the future from drug-resistant infections*, 2019, https://www.who.int/docs/default-source/documents/no-time-to-wait-securing-the-future-from-drug-resistant-infections-en.pdf?sfvrsn=5b424d7_6

¹⁹ https://ec.europa.eu/health/antimicrobial-resistance/eu-action-on-antimicrobial-resistance_it

²⁰ *L'uso degli antibiotici in Italia, Rapporto Nazionale 2020*, AIFA 2022

²¹ AIFA, *Antibiotico-resistenza: un rischio globale che richiede strategie condivise*. <https://www.aifa.gov.it/-/antibiotico-resistenza-un-rischio-globale-che-richiede-strategie-condivise>

ISMETT, LA MIGRAZIONE AL CONTRARIO

C'è un posto dove la migrazione dei pazienti avviene al contrario: è l'ISMETT di Palermo. Se infatti siamo abituati a storie in cui i pazienti pediatrici devono trasmigrare dalle Regioni del sud verso quelle del nord per ricevere le cure di cui hanno bisogno, qui invece, in Sicilia, i piccoli pazienti arrivano dal Nord.

Nato nel 1999 grazie alla partnership fra la Regione Siciliana ed il Centro Medico dell'University of Pittsburgh Medical Center, ISMETT è un Istituto di Ricerca Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per la cura e la ricerca delle insufficienze terminali d'organo. Ad ISMETT è attivo un reparto dedicato ai bambini che hanno necessità di interventi di chirurgia addominale di alta specialità e di trapianti. I bambini arrivano da tutte le parti d'Italia: dalla Lombardia al Lazio, dalla Valle d'Aosta alla Campania. Ma non solo, negli ultimi anni, presso il centro palermitano sono stati curati bambini provenienti dalla Polonia, dalla Repubblica Ceca, dal Marocco, ma anche da Paesi del Nord Europa, come la Danimarca o la

Svezia. Si tratta di bambini affetti da malattie rare, come l'atresia delle vie biliari, da neoplasie del fegato o da malattie malformative o ostruttive per cui il trapianto o, comunque, l'opzione chirurgica è la sola possibilità di cura. Bambini giunti a Palermo per essere sottoposti a trapianto di fegato o rene o ad interventi di alta specialità come il trattamento chirurgico dell'ipertensione portale attraverso l'esecuzione di bypass con tecnica Meso-Rex, un vero e proprio intervento di bypass al fegato che prevede l'unione di due vene e che normalmente avviene utilizzando la vena giugulare.



Attualmente, il programma trapianto di fegato pediatrico di ISMETT è fra i più attivi in Europa ed è il primo in Italia per trapianti epatici da donatore vivente. Nel corso del 2021, sono stati 22 i trapianti di fegato eseguiti su bambini, la maggior parte di questi è stata eseguita grazie alla donazione di uno dei genitori ovvero grazie alla donazione da vivente. Il trapianto da vivente rappresenta una valida opzione terapeutica per tutti quei bambini che non possono attendere i lunghi tempi delle liste d'attesa per trapianto. In questo caso, a donare una piccola porzione di fegato è uno dei genitori, generalmente la mamma. Si tratta di un intervento possibile grazie alla capacità del fegato di rigenerarsi.

Già dopo poche settimane, infatti, il fegato ritorna alle dimensioni originarie pre-trapianto sia nel donatore che nel ricevente.

ISMETT è già da qualche anno il centro in Italia che esegue il maggior numero di interventi di trapianto da vivente con una sopravvivenza di organo e paziente - a tre anni dall'intervento - di quasi il cento per cento.

Chi sostiene la genitorialità?

Tutto questo per dire che “la posta in gioco” nella cura e nel sostegno di gestanti, neogenitori, neonati, bambine e bambini fino a 3 anni è davvero alta. E che non basta intervenire solo quando si è di fronte ad una patologia per garantire il diritto alla salute dei bambini più piccoli, perché nei primi 1000 giorni - più che per ogni altra fase della vita umana - qualsiasi azione deve essere fondata sulla definizione di salute fornita dall'OMS: “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”. Per contrastare le disuguaglianze dei bambini sin dalla nascita occorre allora intervenire precocemente e in modo integrato e multidimensionale, dalla gravidanza alle prime fasi di vita.

L'accesso alle cure e il sostegno alla genitorialità sono determinanti per ridurre i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione e di stimolo che avranno un impatto positivo dalla nascita del bambino fino all'età adulta. Non solo, è ormai dimostrato, anche grazie a studi e analisi longitudinali (che hanno seguito i bambini dalla nascita e per molti anni successivi), che gli interventi precoci siano i più efficaci e anche i più efficienti, poiché tutti gli interventi riparativi e di recupero realizzati in adolescenza o nell'età adulta si rivelano meno efficaci e più onerosi per la collettività. Come ribadito dal Documento di Indirizzo del Ministero della Salute, è fondamentale “mettere a fuoco i principali rischi, i relativi effetti e quali azioni i genitori e i caregiver possono mettere in campo, con l'aiuto degli operatori sanitari, per promuovere la salute del bambino e come il legislatore e gli amministratori possono creare un ambiente culturale, normativo e sociale favorevole a che tutto questo si realizzi”. “Diventare genitori”, trasformare la propria identità da adulti non è facile per nessuno. Molti genitori poi si sentono isolati dopo la nascita di un figlio, spaesati e privi di una rete di sostegno.

Il momento dell'attesa, della nascita e della fase post-partum, il cosiddetto percorso nascita, rappresenta una sfida complessa e talvolta rischiosa per qualsiasi donna, ma può essere un vero e proprio tunnel senza luce per le donne più fragili, sole, in povertà, vittime di contesti familiari violenti o abusanti. Una rete di servizi di prossimità, come i consultori, integrati sia con l'ospedale che con altri servizi psico-sociali rappresentano una vera e propria ancora di salvezza per queste mamme e i loro bambini. Nel nostro Paese, molti neogenitori hanno difficoltà ad affrontare le sfide dello sviluppo nei primi mesi di vita del bambino, non solo perché le reti familiari sono spesso sfaldate, o perché una parte di essi vive in condizione di esclusione o disagio socioeconomico, ma più in generale perché le competenze tramandate in ambito familiare non possono essere date per scontate visto che molti neogenitori non hanno mai sperimentato nella loro rete più prossima un rapporto consuetudinario con un bambino o un neonato, anche per effetto del calo della fecondità. In questa chiave, i genitori di origine straniera, lontani dalla loro famiglia e comunità di origine, possono trovare ulteriori ostacoli e

Il viaggio interiore

Lucio Rinaldi è psichiatra in forze presso l'Istituto di Psichiatria e Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli di Roma. Sulla base dell'esperienza clinica sviluppata in molti anni di incontri con madri e padri, Rinaldi propone una lettura del diventare genitori in cui individua come centrale la possibilità di avventurarsi in un viaggio interiore che costruisca la possibilità di raggiungere zone interne che tengano conto di e che consentano l'incontro con un figlio e con aspetti ancora poco conosciuti della propria identità in trasformazione.

Lucio Rinaldi, *Sul nascere madri e padri. L'abisso, le sue insidie e le sue possibilità*, Franco Angeli, 2019



difficoltà. Parlando con molte operatrici – ginecologhe, ostetriche, psicologhe, assistenti sociali – che lavorano nei reparti maternità ospedalieri, il racconto della paura e dello spaesamento vissuto da moltissime gestanti e partorienti di origine straniera, arrivate da poco in Italia, spesso sole, che non capiscono la lingua e tutto ciò che accade intorno a loro, è un racconto ricorrente. Donne a cui i medici si rivolgono a gesti, e che se trovano una mediatrice culturale e linguistica si affidano a lei sino talvolta a chiederle di essere presente durante il parto. Eppure queste difficoltà spesso non sono riconosciute, il sistema dei servizi sociosanitari ancora oggi è in molti casi poco attrezzato e poco consapevole dell'importanza ed efficacia di sostenere le competenze genitoriali con un approccio universalistico “proporzionato”, ossia che interviene con intensità variabile a seconda dei bisogni. Il taglio delle risorse in molti contesti strategici (consultori, ospedali, ecc), di entità e con modalità che cambiano da una Regione all'altra, spesso rende persino difficile intercettare i genitori in situazioni di disagio e vulnerabilità evidente. Il percorso nascita, al di là degli aspetti strettamente clinici, è poco sostenuto e le neomamme, dimesse dopo soli due giorni dal parto, lasciate sole con i loro piccoli, così come è trascurato il sostegno all'altro genitore per renderlo parte attiva e consapevole del fondamentale ruolo che si trova a svolgere. Interventi precoci universali per garantire l'accompagnamento, la cura e il sostegno alla genitorialità e al neonato, con particolare attenzione ai casi di vulnerabilità, e naturalmente ove insorgano patologie, hanno effetti positivi durevoli sulla costruzione e lo sviluppo della relazione tra genitori e figli e sulla triade appena formata, come sullo sviluppo e il benessere del nuovo nato per tutti gli anni a venire. Per questo l'OMS nel 2018 ha diffuso il documento sulla Nurturing Care, per raccomandare il supporto a genitori e caregiver nell'acquisizione di competenze utili a fornire “cure responsive”, quindi non solo rendere i genitori consapevoli di comportamenti che mettono a rischio la salute del feto e del bambino, ma anche per fornire loro competenze su quali attività svolgere con i loro bambini per sostenere il benessere e le varie fasi di apprendimento sin dalla nascita. Il concetto della Nurturing Care, “le cure che nutrono”, include “una combinazione di diversi apporti, quelli che curano il corpo e la salute e quelli basati su affetto, cultura ed educazione, essenziali per indirizzare e completare quello che la natura predispone” ed è fondamentale in un Paese come il nostro, dove le disuguaglianze sono molto profonde. Molte disuguaglianze che si presentano sin dalla nascita e si consolidano negli anni, e anche molti disagi o disturbi adolescenziali, potrebbero essere ridotti con il sostegno alle competenze genitoriali e altri interventi di promozione e prevenzione da parte dei professionisti (diffondendo la cultura della nurturing care, ad esempio, anche tra personale medico, ostetrico, ospedaliero, e ancor più tra decisori, amministratori, policy maker). Il Ministero della Salute ha creato nel 2016 un “Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età”, che ha prodotto un documento che rappresenta un punto di riferimento essenziale, “di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future”, Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. Per avere un quadro anche statistico di alcuni comportamenti o competenze genitoriali, un

Nati per leggere

Nato nel 1999, sviluppato assieme all'Associazione Culturale Pediatri (ACP), l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino, il programma di promozione della lettura sin dai primi mesi di vita con l'approccio nurturing care è ormai presente in tutte le Regioni italiane. Si fonda sull'idea che i primi anni di vita sono fondamentali per la salute e lo sviluppo intellettuale, linguistico, emotivo e relazionale del bambino, con effetti significativi per tutta la vita adulta.

www.natiperleggere.it

lavoro molto importante è stato svolto in questi ultimi anni dall'ISS con il progetto promosso dal Ministero della Salute per un Sistema di Sorveglianza 0-2, attraverso un'indagine su ampia scala che analizza 8 determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, nell'ambito del programma GenitoriPiù.

Le rilevazioni sono svolte nei centri vaccinali con questionari somministrati ai neogenitori che portano i bambini a ricevere le vaccinazioni obbligatorie. L'ultima indagine è stata svolta quest'anno, nell'estate 2022, in tutte le Regioni (ma i risultati saranno resi pubblici nel 2023). Molto interessanti sono le evidenze che fotografano proprio alcuni fattori di svantaggio genitoriali e le disuguaglianze che ne derivano anche per la salute dei piccoli sin dalla gestazione. Gli ultimi dati disponibili sono del 2019, prima dell'emergenza pandemica: innanzitutto, un dato 'controintuitivo' riguarda l'allattamento materno durante il 4° e 5° mese di vita del neonato: colpisce come allattino di più le madri che dichiarano di non avere difficoltà economiche (allatta al seno 1 mamma su 4) rispetto alle madri che hanno molte difficoltà economiche (allatta 1 su 5) – a cui peraltro può pesare molto di più l'acquisto quotidiano di latte artificiale, e che d'altro canto possono avere maggiore necessità di allontanarsi precocemente dal neonato per ricominciare a lavorare.

Per il bambino, non essere allattato rappresenta uno svantaggio di salute. E ancor prima, durante la gravidanza, il 24% delle mamme che non hanno difficoltà economiche hanno assunto regolarmente acido folico, importante per lo sviluppo del feto, mentre tra le gestanti in condizioni di indigenza la percentuale scende al 14,5%. Ampio il divario tra gestanti con elevato livello di istruzione (fuma solo il 2,3%) - che si presume abbiano anche maggiore consapevolezza dei rischi che il fumo produrrà nello stato di salute del nascituro e anche nel corso della sua infanzia - e gestanti con basso livello di istruzione (il 13,7% fuma). Insomma, il livello socioculturale della madre influenza alcuni importanti determinanti di salute del neonato, nella fase iniziale della sua vita: il cosiddetto "gradiente sociale e culturale" della salute influenza il benessere presente e futuro del neonato sin dai primi mesi di vita.

UN CONGEDO PER IL SECONDO GENITORE

La garanzia di un congedo di maternità e del mantenimento del posto di lavoro per le donne che partoriscono è una conquista degli anni '70, ma nel nostro Paese è soltanto da qualche anno che si è istituito un breve congedo di paternità obbligatorio, che risulta ancora inefficace e poco inclusivo, perché non pienamente equiparato al congedo di maternità né garantito a tutte le coppie genitoriali. Il congedo di paternità infatti è ancora troppo breve in Italia. Inoltre non è riconosciuto in favore del genitore “intenzionale”.

Dal 2022 (Decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105), e per gli anni a venire, il congedo di paternità è stabilito a 10 giorni, anche non continuativi, in attuazione della Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, da prendere tra i due mesi precedenti alla nascita e i cinque mesi successivi, pienamente retribuiti. Il congedo è solo per i padri lavoratori dipendenti ed è fruibile anche in caso di adozione, estendibile fino a 20 giorni in caso di gemelli, ma ancora troppo

poco per creare un legame e una relazione con il neonato che risponda alle cure responsive della Nurturing Care. Sicuramente troppo limitato per promuovere una cultura della condivisione delle responsabilità di cura con la madre e una cultura della parità di genere nel mondo del lavoro, anche perché non esiste, come in molti Paesi europei, la possibilità di fruire del congedo in alternativa alla madre (se non in caso di morte, abbandono o affidamento al padre in forma esclusiva).

I primi Paesi ad introdurre un congedo pagato per i neopadri di 1-3 giorni negli anni '70 sono stati Spagna, Lussemburgo e Belgio, poi pian piano altri Paesi hanno seguito, e per il 2021 ben 34 dei 38 Paesi Ocse avevano introdotto questa prestazione, ma quasi mai nella forma di congedo di paternità obbligatorio, più nella forma di congedo destinato ai padri da prendere nei primi anni di vita del figlio (la media del congedo era infatti di 10 settimane). Dal 2009, il Portogallo, ad esempio, ha istituito un congedo paterno remunerato di



Francesca Leonardi per Save the Children



20 settimane, dal 2014 in Francia i papà con il primo figlio fruiscono di 6 mesi di congedo parentale retribuito e di oltre 6 mesi con più figli. In Belgio la paternità dura 20 settimane e in Spagna 16²². In alcuni casi queste settimane sono congedi parentali (quindi fruibili durante tutta l'infanzia dei figli) attribuiti al secondo genitore e non sempre retribuiti al 100%.

Ma è comunque molto diffuso per un padre lavoratore usufruire di più settimane di congedo alla nascita dei figli, per una cultura anche nel mondo lavorativo più paritaria. Inoltre, in molti Paesi europei, diversamente dall'Italia, il congedo è esteso al secondo genitore, ampliando così le tutele alle famiglie omogenitoriali.

In un Paese come il nostro, che ancora vede la gran parte delle responsabilità genitoriali attribuite alle madri, andrebbe assicurata una riforma in termini di diritti, progredendo nel riequilibrio dei carichi familiari all'interno delle coppie e riconoscendo al secondo genitore un ruolo equiparato, con congedi per la nascita/adozione del figlio obbligatori di almeno 3 mesi - per poi estenderlo ed equipararlo ai 5 mesi previsti dal congedo obbligatorio di maternità.

La Corte costituzionale (sentenze 32 e 33 del 2021) ci ricorda poi la necessità di intervenire a livello legislativo per garantire a tutti i bambini e le bambine pieni diritti alla cura, all'educazione, all'istruzione e alla stabilità dei rapporti affettivi anche con il genitore intenzionale di cura e non biologico.

²² Koslowski A. et al, *18th International Review of Leave Policies and Related Research 2022*, https://ub-deposit.fernuni-hagen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/mir_derivate_00002376/Koslowski_et_al_Leave_Policies_2022.pdf OECD Family Database, PF2.5 Trends in leave entitlements around childbirth, www.oecd.org/els/family/database.htm

VOCI DAL TERRITORIO

Un ponte tra l'ospedale e i servizi. Un luogo dove chi partorisce nel nostro Paese, ma non sa come muoversi perché non ha gli strumenti linguistici, culturali o economici per parlare con i medici, trovare un pediatra, iscrivere i bambini all'asilo nido, avere il sostegno socio sanitario per il figlio con disabilità, accedere al latte artificiale gratuito, può chiedere aiuto. Questo compito basilare e al contempo complesso svolgono i Fiocchi in ospedale di Save the Children, un programma realizzato in collaborazione con Aziende Sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari e associazioni territoriali di 9 città italiane: Torino, Milano, Pescara, Roma, Napoli, Bari, Sassari, Brindisi, Ancona. “Lavoriamo con nuclei familiari fragili perché stranieri, tossicodipendenti, con patologie psichiatriche o povertà economica - racconta Chiara, coordinatrice dello sportello di Fiocchi in supporto alla terapia intensiva neonatale e al reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Camillo di Roma - molte di queste persone non conoscono neppure i loro diritti e spesso rimangono legati a noi perché li sosteniamo in un percorso successivo all'uscita dall'ospedale. È il caso di una

signora etiope con il marito che lavora in un altro Paese e con un figlio di 3 anni con una patologia rara e invalidante.” una volta tornata a casa, l'abbiamo aiutata a trovare centri convenzionati per la logopedia e la psicomotricità e ancora viene da noi se ha bisogno di un sostegno”. A volte basta poco per dare un aiuto, una parola: “Era tanto tempo che volevo parlare” ha detto una donna, rimasta in ospedale a lungo e alla quale medici e infermieri probabilmente sotto pressione per un carico eccessivo non riuscivano a dare ascolto, quando ha incontrato Chiara. Ai consultori, del resto, queste persone spesso non arrivano neppure e, se arrivano, trovano una situazione compromessa dai tagli del personale. Anche all'interno del San Camillo i tagli hanno colpito duramente: da 3 assistenti sociali solo per la maternità si è passati a uno per tutto l'ospedale.

Le cose non vanno meglio se ci si sposta al Nord. A Milano, ci dice Valentina, assistente sociale che collabora con Fiocchi, quando le donne arrivano in consultorio sono già a buon punto: “Il problema è far arrivare chi non viene autonomamente. Manca la figura del mediatore: ce ne dovrebbe essere almeno uno nell'ambulatorio di ogni municipio”. Ma c'è anche una scarsa attenzione da parte degli operatori sanitari: “il medico dà consigli medici ma raramente prende in considerazione il fatto che c'è altro oltre questo aspetto, spesso non sa o non può orientare la

persona”. C'è il problema di far parlare le diverse componenti e si rischia che gli interventi non siano integrati tra loro. Al Cardarelli di Napoli, Brunella, coordinatrice di Fiocchi, racconta le difficoltà di lavorare in un presidio che accoglie situazioni complicate da tutta la regione. Fiocchi è collocato nell'ambulatorio follow up della terapia intensiva, con un orecchio alle richieste di molte madri. Come quella di una donna dello Sri Lanka che, dopo aver partorito due gemelle ed averle portate a casa dalla terapia intensiva, ha avuto una grave crisi psicotica. Aveva interrotto i farmaci che prendeva da anni quando aveva saputo di essere incinta ma non aveva saputo parlarne con i medici. Una semplice domanda non compresa o mai fatta può procurare grandi danni.

“Da anni ci occupiamo di disagio perinatale - spiega Lucio Rinaldi, psichiatra dell'ospedale Gemelli che collabora con Fiocchi - e ci siamo accorti della necessità di intervenire non solo nell'emergenza, ma per offrire un supporto a tutte le mamme. C'è una sofferenza molto estesa dei genitori in questa fase: soffrono di disagio grave dopo il parto tra il 14 e il 20% delle mamme, di disagio lieve il 45-50%. Si tratta quindi di un disagio funzionale che non deve essere etichettato come problema di tipo clinico, ma che deve trovare un sostegno a livello psico-sociale”.

Il consultorio prosciugato

La storia dei consultori in Italia è lunga quasi mezzo secolo e ha inizio con la legge 405 del 29 luglio 1975, che istituisce i “consultori familiari”, servizi territoriali e multiprofessionali di base che, per la prima volta, mirano a mettere al centro della propria azione la persona, nel contesto delle sue relazioni affettive, sociali e sessuali, riconoscendo centralità alla promozione della salute come benessere globale e favorendo la piena consapevolezza del proprio corpo e delle scelte che lo riguardano.

Nel corso degli anni l'implementazione della legge 405 ha subito varie vicissitudini, tagli e spinte in avanti, e oggi, dopo un biennio che ha messo in discussione il modello italiano della cura, sta per entrare in una nuova fase – forse un nuovo inizio - con la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, avviata con il Decreto 77²³ del 2022, destinato a pianificare gli investimenti in salute previsti dalla missione 6 del PNRR.

La riorganizzazione dei servizi territoriali, infatti, prevede la presenza di distretti socio sanitari – bacini territoriali di circa 100 mila persone – dove opera una rete di servizi per la promozione della salute, tra i quali i consultori familiari. Questi ultimi del resto già operano come servizi territoriali multi professionali (vi lavorano ginecologi, assistenti sanitari, ostetrici, pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, assistenti sociali, avvocati, mediatori linguisti-culturali) e integrati, che si prendono cura delle persone, nei vari cicli di vita, promuovendo un approccio di offerta attiva, un'accoglienza gratuita e di bassa soglia e una presa in carico personalizzata. I consultori sono indicati come presidio di tutela della salute delle donne, dei bambini e delle bambine, con una particolare attenzione a servizi dedicati al percorso della nascita, ai primi 1000 giorni di vita, alla promozione di una genitorialità responsiva, alla tutela dei minori, alla prevenzione e la promozione della salute riproduttiva e preconcezionale, anche per i giovani e adolescenti secondo un principio di accesso libero e gratuito – anche se questo aspetto può variare molto da Regione a Regione. La dottoressa Maria Enrica Bettinelli, già coordinatrice delle attività consultoriali dell'Azienda territoriale Sacco Fatebenefratelli di Milano, racconta in un webinar che i consultori familiari nel capoluogo lombardo sono 17, ben distribuiti sul territorio, e sembrano garantire un'offerta di servizi apparentemente adeguata rispetto alle esigenze della popolazione. Poi però precisa che si tratta di una situazione che si è molto impoverita nel tempo: infatti, vent'anni fa a Milano erano presenti anche 30 consultori pediatrici, che ora non esistono più. Un ulteriore contraccolpo è poi arrivato con la pandemia: con il Covid, in quasi tutti i consultori sono stati interrotti per due anni gli incontri di accompagnamento alla nascita in presenza e tutti gli incontri tra mamme e genitori che scambiano tra loro esperienze (ad esempio i gruppi sull'allattamento, o per la promozione della lettura ai bambini sin dai primi mesi con iniziative della rete “Nati per Leggere”).

I consultori sono o dovrebbero essere integrati anche con i Punti Nascita e in alcuni comuni come Milano sono organizzati per attività di home visiting, cioè visite alle mamme e ai neonati al loro

²³ DM 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022, che sostituisce il DM 71 approvato con Delibera del 21 Aprile

rientro dall'ospedale a casa. Questo tipo di visite sono fondamentali - e molto frequenti in altri Paesi europei - anche per intercettare i disturbi dell'umore delle madri in fase perinatale, che spesso in ospedale passano del tutto inosservati. Nel passato i consultori erano più numerosi e quasi sempre avevano accesso privilegiato alle scuole superiori, per sensibilizzare le e gli adolescenti sulla promozione della salute, l'educazione sessuale e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Oggi molte operatrici lamentano la scarsa comunicazione rivolta ai cittadini e la conseguente scarsa conoscenza dei consultori e dei servizi che offrono. Non è un caso che la partecipazione alle attività è spesso caratterizzata da un'utenza con un alto livello di istruzione e di accesso all'informazione, mentre chi vive in condizioni di marginalità sociale e ha più bisogno di essere raggiunto attraverso un modello operativo di offerta attiva, ha difficoltà ad accedere. Il che può rendere ridotto ed inefficace l'impatto dell'intervento dei consultori. Sebbene sulla carta ogni consultorio dovrebbe rispondere ai bisogni di un'area di circa 20 mila persone (legge 34 del 1996), e avere un organico e carichi di lavoro stabiliti, negli anni queste garanzie si sono indebolite. Ad esempio, il ginecologo dovrebbe lavorare in consultorio 18 ore a settimana, ma dall'Indagine nazionale recentemente condotta dall'Istituto Superiore di Sanità²⁴, risulta una media di 12 ore. L'ostetrica dovrebbe lavorare 36 ore a settimana, ma ne risultano 25, mentre l'assistente sociale che dovrebbe essere presente 36 ore è effettivamente presente solo 11 ore settimanali, evidentemente perché impegnato su più consultori e più presidi territoriali. I criteri stabiliti per la composizione dell'équipe multiprofessionale e i carichi di lavoro di ciascuno sono determinati per consentire di mettere le persone al centro di interventi di promozione della salute, ma anche per instaurare relazioni in un sistema protetto, che facciano emergere fragilità, o situazioni di abuso e violenze familiari, o dipendenze, che non sarebbero intercettate altrove. Eppure la presenza e l'efficacia dei consultori nel tempo e nei diversi territori risulta discontinua e variegata, anche per normative regionali diversificate, specificità territoriali di tipo organizzativo, diverse e insufficienti dotazioni di risorse umane ed economiche e mancanza di obiettivi operativi appropriati e misurabili.

La Regione Lazio, ad esempio, pubblica un file con tutti i consultori delle 10 Aziende Sanitarie Locali, 134 in tutto, che, sulla carta sembrerebbero adeguati. Ma nella città metropolitana di Roma, con i suoi circa 4 milioni di abitanti, sono presenti solo 81 consultori, circa uno ogni 50 mila abitanti ben al di sotto dello standard previsto di 1 ogni 20.000. Il dato dell'Indagine svolta nella fase pre-pandemia, nel 2018-2019, indica una densità regionale di 1 consultorio per ogni 44 mila abitanti. La media in Italia è di uno ogni 32.325. Nelle aree periferiche della città, il bacino d'utenza del consultorio è ancora maggiore, può arrivare a 100 mila persone, e l'organico si è ridotto negli anni, spesso per il mancato turnover per rimpiazzare chi andava in pensione. Nel Lazio, sappiamo che solo in 61 consultori lavora un'équipe completa, nel 93% dei consultori le équipe o i singoli professionisti si dividono su più sedi. La densità Regionale 'spazia' dai 17.882 abitanti come bacino di utenza per ciascun consultorio della Regione Basilicata (ma ancor meglio fanno Bolzano e Valle d'Aosta per motivi anche di conformazione del territorio) ai 63 mila del Molise e 54 mila della Provincia Autonoma di Trento, quasi 50 mila in Veneto e 47 mila in Friuli. Sono molti i criteri analizzati nella nuova Indagine nazionale per fotografare lo stato dell'arte: ad esempio si legge che Piemonte e Puglia sono le due Regioni più virtuose in cui oltre il 40% dei consultori svolgono attività di ricerca su

²⁴ ISS, *Indagine Nazionale sui Consultori Familiari 2018-2019 Risultati generali*. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati 2022, Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1



Francesca Leonardi per Save the Children

temi come disagio adolescenziale, salute sessuale e riproduttiva, allattamento, depressione post-partum, salute dei migranti, maltrattamento e abuso, violenza di genere, salute sessuale e riproduttiva. In Puglia, uno dei temi è il monitoraggio della presenza di diossine e policlorobifenili (PCB) nel latte materno. Sappiamo anche che la Lombardia ha la percentuale maggiore di consultori privati accreditati (il 35%, ben 91), superata solo dal Molise, dove la quota è del 40%, ma si tratta di soli 2 consultori sui 5 totali. In Friuli, Piemonte, Lazio e in tutte le Regioni del Mezzogiorno le prestazioni sono tutte gratuite. Soltanto i consultori in Puglia, Toscana, Liguria, Piemonte sono formalmente integrati sia con i servizi socio-sanitari territoriali che con le scuole. In alcune Regioni – Friuli, Marche, Molise, Campania, Basilicata - non è presente un elenco regionale online dei consultori che consenta all'utenza di contattarli.

“In questi anni di emergenza pandemica da Covid-19 si è rafforzata nel Paese la consapevolezza dell'importanza di disporre di una rete integrata di servizi territoriali di base in grado di assicurare capillarmente la presa in carico delle persone e delle comunità, garantendo l'accessibilità e la continuità delle cure anche alle fasce di popolazione socialmente più svantaggiate e più difficili da raggiungere. I consultori familiari [...] sono gli unici presidi del SSN orientati specificamente alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute”. Inizia così, con le parole del prof. Brusaferrò, presidente dell'ISS, la nuova Indagine sui Consultori Familiari²⁵ pubblicata quest'anno dopo 40 anni dalla precedente, che ha fotografato la rete degli oltre 1800 consultori distribuiti sull'intero territorio nazionale, rilevando i loro modelli organizzativi e analizzandone le attività, nell'ottica di avviare una rivalutazione del loro ruolo. L'auspicio, conclude il prof. Brusaferrò nell'introduzione, “è che i risultati di questo progetto possano concretizzarsi in uno strumento di confronto utile ai professionisti che operano sul territorio e ai decisori che, a vari livelli, sono chiamati a riflettere e a dare risposte sul futuro di questi servizi strategici in un'ottica di valorizzazione della tutela e promozione della salute, inserendoli a pieno titolo nella riorganizzazione territoriale prevista dal PNRR”.

Come ha ampiamente dimostrato la crisi che la pandemia ha prodotto sul sistema sanitario “promuovere la consapevolezza delle persone e delle comunità nel produrre benessere riduce i rischi di malattia e le conseguenti necessità di cura e riabilitazione, determina anche le condizioni per arginare la vera piaga che minaccia la sostenibilità del sistema sanitario pubblico: l'esplosione dell'inappropriatezza”. Inappropriatezza significa anche eccessivo, inappropriato ricorso al parto cesareo²⁶, che in alcuni casi inibisce il senso di competenza della mamma. La necessità di una rete diffusa di consultori e di promozione della salute nel percorso nascita è molto attuale anche per arginare le limitazioni del contatto tra mamma e neonato e, come ci hanno raccontato operatrici che lavorano nella terapia neonatale dell'ospedale Cardarelli, lo sbarramento a madri e padri o accessi ristretti ad una sola ora al giorno per motivi epidemiologici, che hanno creato una lacerazione ancor più profonda nella complicata trasformazione di queste persone in genitori e nelle opportunità di sviluppo dei bambini prematuri o con patologie, a cui il contatto, il suono della voce, il latte materno cambiano davvero la vita.

²⁵ ISS, *Indagine Nazionale sui Consultori Familiari 2018-2019 Risultati generali*. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati 2022, Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1

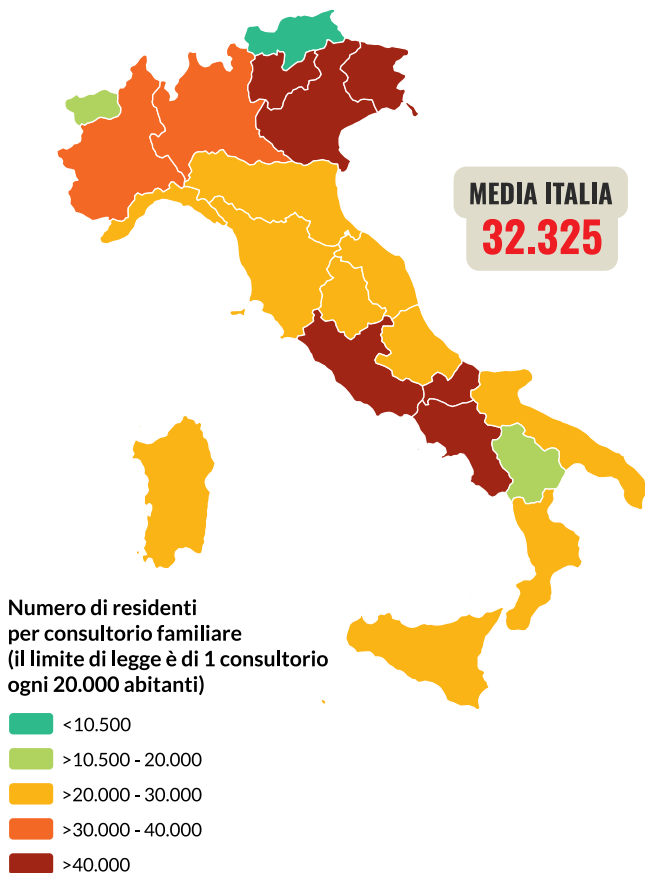
²⁶ Nella Regione Campania, Il Decreto commissariale 14/2017 sull'attuazione delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita prevedeva l'elaborazione di un programma di rafforzamento della rete consultoriale e del raccordo con i punti nascita per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ai fini della riduzione del taglio cesareo.

CONSULTORI: POCHI E SENZA PERSONALE

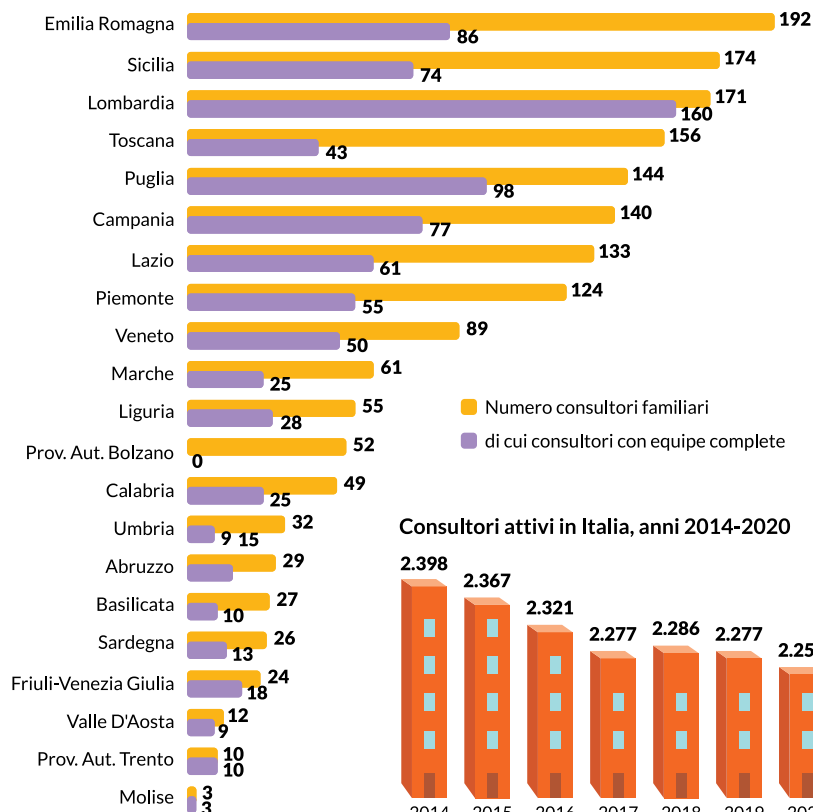
Sebbene sulla carta ogni consultorio dovrebbe rispondere ai bisogni di un'area di circa 20 mila persone (legge 34 del 1996) e avere un organico e carichi di lavoro stabiliti, negli anni queste garanzie si sono indebolite. Ad esempio, la media italiana è oltre 32.000 abitanti per consultorio. Il numero dei consultori è diminuito negli ultimi anni, inoltre molti di quelli oggi esistenti non hanno l'equipe al completo.

Numero medio di residenti per consultorio familiare

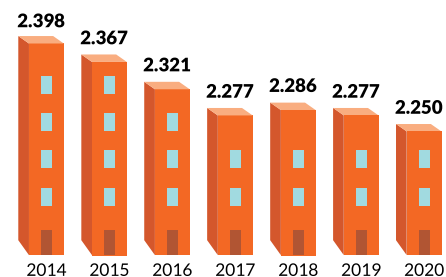
Anni 2018-2019 - Fonte: Indagine Nazionale sui Consultori Familiari



Consultori familiari ed equipe



Consultori attivi in Italia, anni 2014-2020



L'IMPORTANZA DI ALLATTARE

Il numero di bambini allattati esclusivamente al seno in Italia è ancora troppo basso. A ribadirlo è un'analisi condotta nell'ambito dello studio NASCITA (NAscere e creSCere in ITAlia), coordinato dal Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) e presentato nel 2021²⁷.

L'analisi riguarda un campione di 809 neonati e i risultati non sono incoraggianti per quanto riguarda l'attenzione all'importanza della nutrizione nei primi mesi di vita. Alla dimissione dopo il parto, il 71% dei neonati è allattato al seno in modo esclusivo. Questa percentuale scende a 65% dei bambini al momento della prima visita (primo mese di vita) e al 59% nella seconda (compimento del secondo mese). Solo il 30% dei neonati è allattato esclusivamente al seno almeno fino al sesto mese, ma la percentuale scende notevolmente al Sud (23,9%). Le variabili associate a una minore probabilità di allattamento prolungato riscontrate dallo studio sono un



Francesca Leonardi per Save the Children

basso livello di istruzione della madre, il fatto che non abbia un lavoro al di fuori delle occupazioni domestiche, essere residente in una Regione del Sud Italia ed essere primipara. “A molti bambini i benefici per la salute e lo sviluppo dell’allattamento al seno non sono garantiti, ancor più in alcuni contesti geografici, in cui questa disuguaglianza si somma ad altre”, commenta Antonio Clavenna

ricercatore presso il Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell'Istituto di Ricerche Mario Negri. I dati del Mario Negri sono analoghi a quelli ottenuti dal Sistema nazionale di sorveglianza 0-2 anni dell'ISS nel 2019 intervistando quasi 30.000 mamme in 11 Regioni: in quel caso, i bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta risultavano meno di un quarto

(23,6%) con una variabilità elevata (tra il 16,6% in Campania e il 44,7% nella Provincia Autonoma di Trento). Mentre risultavano non essere mai stati allattati l'11,7% dei bambini²⁸.

Eppure, le conoscenze scientifiche ci dicono che l'allattamento nelle prime ore dopo la nascita, l'allattamento esclusivo per 6 mesi e continuativo fino a 2 anni o oltre, sono molto importanti per la salute del bambino e della mamma. OMS e Unicef raccomandano l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita e a partire dalla prima ora dalla nascita perché favorisce lo sviluppo sensoriale e cognitivo e protegge i bambini dalle malattie infettive e croniche, rafforza il legame del neonato con la mamma, riduce i rischi futuri di diabete, obesità e diverse forme di cancro per le donne.

La comunicazione su questi temi è senz'altro uno strumento da perfezionare, se è vero che, come ci racconta Paola Pileri, ginecologa del consultorio che collabora con Fiocchi in Ospedale a Milano, spesso con le mamme che si rivolgono al servizio bisogna combattere contro il tabù che allattare a lungo è “da picchiatelle” e denota un attaccamento morboso al figlio: “l'allattamento quando non venga imposto è una benedizione dal punto di vista medico, ma spesso questo va fatto capire in primo luogo agli

educatori che seguono principi non aggiornati dal punto di vista scientifico. Molte mamme ad esempio si rivolgono a noi per mandare via il latte perché al nido hanno detto loro di smettere l'allattamento”.

Almeno il momento del parto potrebbe essere importante per far comprendere questi principi, ma spesso gli operatori degli ospedali non hanno tempo né modo per farlo. Lo spiega la storia che racconta Chiara, dello sportello Fiocchi del San Camillo di Roma: “Un giorno sono entrata in reparto e sono stata colpita da una donna del Bangladesh che piangeva disperata nel suo letto. Suo figlio era stato portato in terapia intensiva dopo il parto, ma nessuno era riuscito a spiegarle cosa fosse successo e dove fosse il bambino perché lei non parlava italiano né nessuna altra lingua conosciuta dagli operatori sanitari. Inoltre lei era sola: nessun parente l'aveva accompagnata in ospedale. L'unica cosa che mi è venuta in mente è stata quella di farmi dare il suo telefono e fare una videochiamata con il marito che lavora in Italia da qualche anno e parla un po' la nostra lingua. Ho chiesto così il suo aiuto come mediatore per spiegare alla mamma la situazione. La signora si è calmata e abbiamo potuto anche farle capire come gestire l'allattamento con il figlio in terapia intensiva”.

Accanto a queste difficoltà c'è da sottolineare anche l'aggressività delle aziende di latte artificiale. Secondo un rapporto dell'OMS presentato ad aprile 2022: “Le aziende di latte artificiale stanno pagando piattaforme di social media e influencer per ottenere l'accesso diretto alle donne incinte e alle madri in alcuni dei momenti più vulnerabili della loro vita”²⁹. Tecniche di marketing sempre più invasive di un comparto che fattura circa 55 miliardi di dollari e che si rivolge alle neomamme con contenuti spesso non riconoscibili come pubblicità.

²⁷ <https://acp.it/it/2021/10/cs-acp-studio-nascita-lallattamento-fino-al-6-mese-fermo-al-sud-al-239.html>

²⁸ www.epicentro.iss.it/allattamento/epidemiologia-italia

²⁹ WHO, *Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes*, aprile 2022

Nidi per spiccare il volo

“**E**siste una crescente mole di ricerca che dimostra che l'educazione nella prima infanzia può avere un effetto marcato sugli esiti della vita da adulti: migliori esiti scolastici, occupazionali, economici, miglior salute e benessere, maggior equità socioeconomica, minor incidenza di devianza e dipendenza dai sussidi”. Inizia così il più recente report della Commissione europea (gennaio 2022) dedicato alla prima infanzia, *Building a better understanding of the impact of Early Childhood Education and Care on medium- and long-term educational and labour market outcomes in Europe*.

“È ora di curarsi di chi si cura di noi”, afferma la vice-presidente della Commissione UE Dubravka Šuica presentando, all'inizio di settembre 2022, la *Strategia europea per l'assistenza*, in cui si inserisce la nuova Raccomandazione al Consiglio³⁰ che propone un innalzamento del vecchio Obiettivo di Barcellona, stabilito nel lontano 2002, sulla quota minima di bambini sotto i 3 anni che in ciascun Paese dell'Unione dovrebbero frequentare un servizio educativo per la prima infanzia: il 33%. Il nuovo obiettivo, da raggiungere entro il 2030, è stabilito al 50%, insieme ad un altro nuovo obiettivo: il 96% dei bambini di età compresa tra i 3 anni e l'età di inizio dell'istruzione obbligatoria che devono essere inseriti nella scuola dell'infanzia (il vecchio obiettivo era del 90%). La nuova strategia è anche attenta alla tutela del lavoro di operatori/trici ed educatrici/ori che garantiscono cura ed educazione di qualità ai bambini fino a 6 anni. L'asticella per l'educazione alla prima infanzia, dunque, è stata alzata, ma l'Italia, sommando servizi pubblici e privati non è ancora riuscita a raggiungere il vecchio obiettivo del 33%. Il 2022 potrebbe essere l'anno della svolta, con una forte spinta al rafforzamento e alla diffusione su tutta la penisola dei servizi impressa dalla decisione di finanziare e fissare per la prima volta un Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) da raggiungere gradualmente da qui al 2027. L'obiettivo è che almeno il 33% dei bambini 0-2 anni in ciascun Comune o ambito territoriale dovranno frequentare un asilo nido o un servizio integrativo. A livello nazionale si tradurrà in una quota tra il 40 e il 50% di piccoli inseriti nei servizi e auspicabilmente nelle nuove strutture da 0 a 6 anni, introdotte dalla riforma del 2017 che ha istituito il nuovo sistema integrato.

Il problema infatti nasce dal fatto che, se da un lato nidi e altri servizi integrativi sono stati incorporati nel nuovo sistema integrato da zero a sei anni sotto il coordinamento del Ministero dell'Istruzione (come lo sono da decenni le scuole dell'infanzia da 3 a 6 anni, per lo più statali e presenti su tutto il territorio nazionale), dall'altro sono rimasti servizi gestiti interamente dai Comuni, al pari dei servizi sociali e del servizio di refezione scolastica (le mense). Per questo si è pensato che lo Stato possa aiutare i Comuni, attraverso il Fondo di Solidarietà Comunale e il Fondo nazionale per il sistema integrato zero-sei, ad offrire e gestire nidi e altri servizi integrativi e, attraverso il PNRR e i fondi strutturali europei, a ristrutturare o

Il nuovo LEP

Finalmente nel 2022, anche grazie alla spinta del PNRR, è stato definito un Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) da raggiungere gradualmente fino al 2027, in base a cui almeno 33 bambini di 0-2 anni su 100 dovranno frequentare un asilo nido o un servizio integrativo in ciascun Comune o ambito territoriale, pubblico o privato accreditato. Ai commi 172-173, la Legge di Bilancio 2022 (legge n.234 del 29 dicembre 2021) stabilisce il LEP incrementando la quota del Fondo di solidarietà comunale (FSC) destinato a potenziare il numero di posti disponibili negli asili nido, così da sostenere i Comuni con minori risorse proprie e che devono aumentare la copertura. I fondi del FSC devono aiutare i Comuni a sostenere la spesa necessaria per la gestione dei servizi, anno dopo anno, ma è essenziale che questi servizi rispettino standard qualitativi elevati e che le tariffe a carico delle famiglie siano basse o nulle, per sostenere la domanda del servizio.

³⁰ Commissione europea, *Proposal for a COUNCIL RECOMMENDATION on the Revision of the Barcelona Targets on early childhood education and care*, COM/2022/442 final, 7 set 2022, EUR-Lex - 52022DC0442 - EN - EUR-Lex (europa.eu)





costruire nuove strutture adeguate a questa fascia d'età. La qualità dell'educazione e cura dei bambini è garantita da Linee Guida specifiche, gli Orientamenti nazionali per i servizi educativi per l'infanzia, emanate dal Ministero il 22 febbraio 2022, "il primo documento nazionale di indirizzo per il segmento 0-3, in cui, a partire dall'elaborazione culturale e dal patrimonio di esperienze educative di qualità realizzate in Italia si sollecita la riflessione di educatori, coordinatori pedagogici, amministratori, famiglie e la comunità tutta"³¹.

L'idea che il nido possa divenire punto di riferimento e "Hub" territoriale di incontro tra servizi socio-sanitari, come quelli di sostegno alla genitorialità e altre attività svolte dai consultori, opportunità di stimolo culturale per i bambini offerte dalle associazioni e terzo settore, è senz'altro un obiettivo che molti auspicano anche perché sarà così più facile coinvolgere le famiglie più vulnerabili, quelle più escluse e isolate. Sempre più bambini parteciperebbero all'educazione sin dai primi anni di vita, con benefici enormi soprattutto per i bambini in condizioni più deprivate e a rischio povertà educativa, se i nidi fossero integrati con altri servizi socio-sanitari territoriali, se la qualità dell'educazione e della cura fosse garantita e i costi per le famiglie a basso-medio reddito azzerati. In molti Comuni, già oggi, le rette applicate in base ai livelli ISEE possono essere interamente coperte richiedendo il Bonus Asilo Nido all'INPS, mentre in altri Comuni anche le famiglie con ISEE basso si trovano a pagare una quota e questo allontana molte famiglie che sono probabilmente quelle che avrebbero più bisogno di questo fondamentale sostegno, sia per lo sviluppo del bambino sia per conciliare vita familiare e lavorativa. Molte indagini hanno rilevato, non solo in Italia, che i nidi sono frequentati in maggioranza da bambini che provengono da famiglie benestanti e istruite, dove entrambi i genitori lavorano (questo è uno dei principali criteri d'accesso), una situazione che contribuisce ad acuire le disuguaglianze educative invece di mitigarle. "I nidi a Milano sono una roba da ricchi", dice Paola Pileri ginecologa presso l'ASST Sacco Fatebenefratelli di Milano. E probabilmente non vale solo per Milano.

Per questo è fondamentale che si arrivi al più presto a coinvolgere più della metà dei bambini nei servizi educativi di qualità per la prima infanzia, perché solo così si ridurranno drasticamente molte disuguaglianze che nascono proprio nei primi mille giorni di vita, disuguaglianze nello sviluppo di competenze fondamentali per il successo scolastico, le relazioni e il futuro lavorativo, quali ad esempio il linguaggio, a vantaggio di tutta la società. "Promuovere il diritto alla salute, all'educazione, alla protezione sociale del bambino e sostenere una relazione positiva con i genitori devono rappresentare una priorità di intervento per rompere il circolo vizioso della trasmissione dello svantaggio tra generazioni, per liberare i talenti e per far fiorire le capacità delle persone. Tali interventi possono essere un potente motore per la crescita del Paese, attraverso la promozione della giustizia sociale e dell'equità"³².

Un sistema informativo zeroisei

Presso il Ministero dell'Istruzione è in corso di attivazione il previsto Sistema informativo nazionale dei servizi educativi per l'infanzia che assieme all'Anagrafe dei bambini delle scuole dell'infanzia statali e paritarie andrà a comporre l'Anagrafe nazionale per il Sistema integrato zeroisei.

³¹ Gruppo di lavoro per la CRC, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, maggio 2022, pag. 129

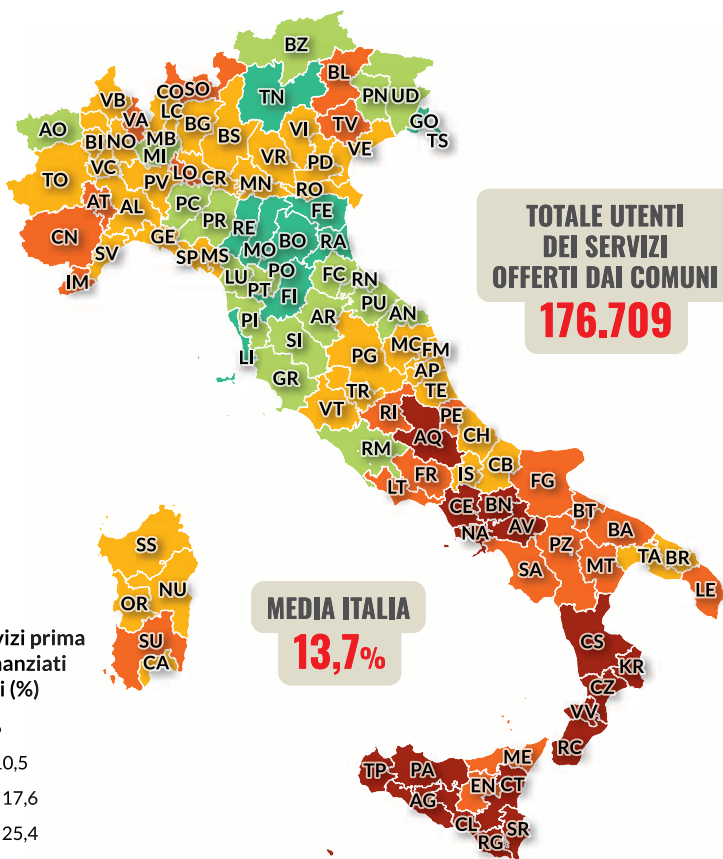
³² Save the Children, *Il Miglior Inizio, Disuguaglianze e Opportunità nei primi anni di vita*, settembre 2019

I NIDI, ANCORA TROPPO VUOTI

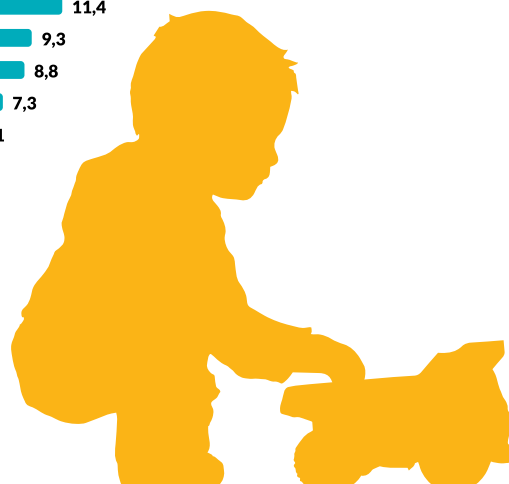
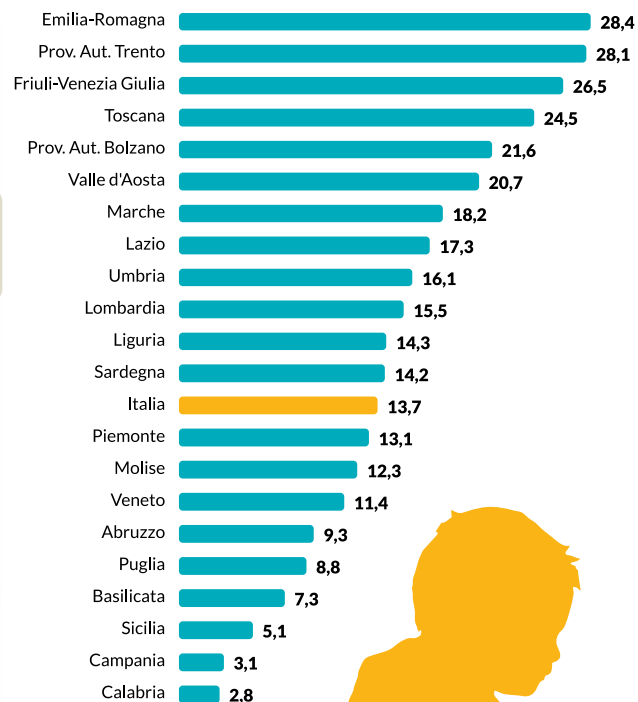
In Italia, nell'a.e. 2020/21, in media il 13,7% dei bambini tra 0 e 2 anni frequenta un servizio per la prima infanzia finanziato dai Comuni. Il nuovo Livello Essenziale prevede che entro il 2027 almeno il 33% dei bambini 0-2 anni in ciascun Comune o ambito territoriale dovranno frequentare un asilo nido o un servizio integrativo. A livello nazionale, il nuovo Obiettivo Europeo prevede il 50% di piccoli inseriti nei servizi entro il 2030.

Utenti di 0-2 anni dei servizi per la prima infanzia finanziati dai Comuni (%)

Anno educativo: 2020/2021 - Fonte: ISTAT



Utenti di 0-2 anni dei servizi prima infanzia finanziati dai Comuni per Regione (%)

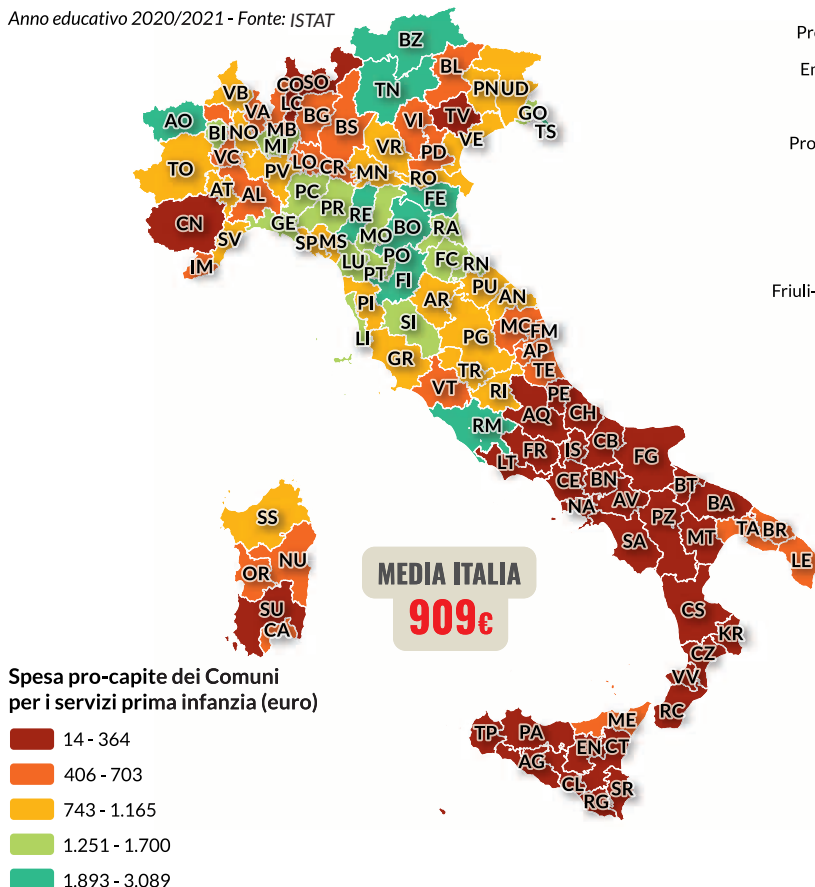


CHI INVESTE NELLA PRIMA INFANZIA?

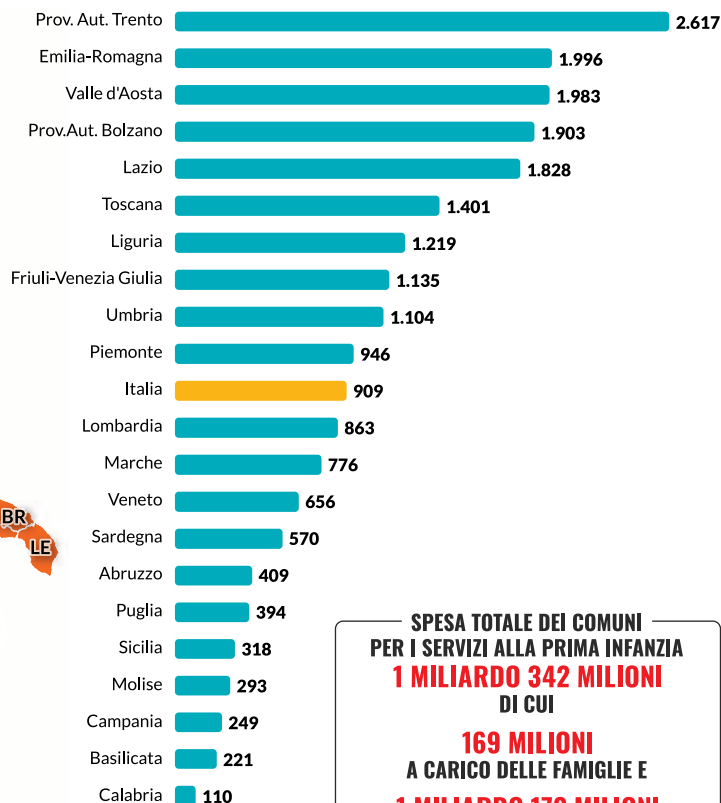
La spesa pro-capite dei Comuni per i servizi di prima infanzia è molto variabile a seconda della Regione, e anche da una provincia all'altra. La spesa media è di poco superiore ai 900 euro. Nel 2020/21, con la pandemia, la spesa totale dei Comuni si è ridotta da 1,22 miliardi del 2019/20 a 1,17 miliardi e la spesa a carico delle famiglie da 280 milioni a 169 milioni.

Spesa pro-capite dei Comuni per servizi alla prima infanzia per provincia (euro per bambino residente di 0-2 anni)

Anno educativo 2020/2021 - Fonte: ISTAT



Spesa pro-capite dei Comuni per servizi alla prima infanzia per regione (euro per bambino residente di 0-2 anni)



SPESA TOTALE DEI COMUNI PER I SERVIZI ALLA PRIMA INFANZIA 1 MILIARDO 342 MILIONI DI CUI

169 MILIONI A CARICO DELLE FAMIGLIE E 1 MILIARDO 173 MILIONI A CARICO DEI COMUNI

Il grande freddo demografico

Non sappiamo se il nostro sia un Paese per vecchi, sicuramente è un Paese di vecchi. Non è una novità, certo, le nascite in Italia registrano un costante calo dal 2009, per effetto anche della crisi finanziaria globale da cui non riusciamo ancora a riprenderci (da oltre 550 mila nati si è scesi a 420 mila un decennio più tardi). Per la verità, la discesa più pronunciata si è verificata dopo il picco del baby-boom, con la fase di forte calo della fecondità del ventennio 1976-1995, che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995. Nonostante un periodo di relativa ripresa garantito grazie all'immigrazione (durato circa un ventennio), il trend negativo è poi ripreso dal 2009. Questa forte riduzione delle nascite si proietta inoltre sulla contrazione del gruppo (coorte) delle donne in età fertile che incide ancora in questi anni sulla denatalità: meno 1 milione 800 mila nel periodo 2008-2020. Purtroppo questa non è la sola causa, sono molti i fattori che incidono e ostacolano nell'Italia di oggi la scelta di procreare, e lo shock della pandemia ha accelerato brutalmente il trend: se nel 2019 abbiamo avuto 420 mila nuovi nati, nel 2020 sono 405 mila e nel 2021 sono scesi appena sotto la soglia (psicologica) dei 400 mila, a 399 mila. Il trentesimo rapporto annuale ISTAT 2022 fotografa cosa è successo negli ultimi due anni sul fronte della demografia piuttosto chiaramente³³.

Il 2020 ha visto anche il dimezzamento del numero di matrimoni rispetto all'anno precedente causa pandemia. Nel 2021 e nei primi mesi del 2022 le coppie hanno ripreso a sposarsi, ma non si è riusciti a tornare ai livelli del 2019. La cosa può avere un effetto più importante del previsto: bisogna considerare infatti che i figli nel nostro Paese nascono prevalentemente da coppie coniugate (il 64,2% nel 2020), quindi una diminuzione dei nuovi coniugi restringe il numero di potenziali genitori e "fa presagire ripercussioni negative sulle nascite anche nei prossimi anni", come ha sottolineato il presidente dell'ISTAT Gian Carlo Blangiardo nella presentazione del rapporto.

Una forte caduta dei concepimenti era stata già riscontrata a marzo-aprile 2020, ma il crollo della frequenza di nati si è protratto in modo più marcato nei primi sette mesi del 2021, per poi dare segni di rallentamento verso la fine dell'anno. I primi dati provvisori del 2022 ci parlano però di un nuovo crollo tanto che nel primo trimestre di quest'anno si contano circa diecimila nati in meno rispetto allo stesso periodo del biennio 2019-2020. I dati provvisori per i primi 6 mesi dell'anno, però mostrano un calo di 'soli' 5.500 nati rispetto allo stesso periodo del 2021. E comunque un ulteriore calo. Non è un problema globale: in altri Paesi europei, ad esempio, si sono registrati incrementi di natalità particolarmente significativi, anche rispetto alla situazione pre-pandemica. Ad esempio in Francia nel 2021 ci sono state 3.000 nascite in più e in Germania il

🔍 Numeri

34,9%

Quota di individui di 65 anni e più nel 2050.

11%

Giovani fino a 14 anni di età nel 2050. Il rapporto tra ultrasessantacinquenni e ragazzi diventerebbe così di circa tre a uno.

2049

L'anno in cui i decessi potrebbero doppiare le nascite (788mila contro 390mila).

10,2 milioni

Le persone destinate a vivere sole nel 2041. In particolare, si osserva un aumento dei genitori soli, delle persone sole e delle persone in coppia senza figli, queste ultime soprattutto se anziane.

³³ ISTAT, *Rapporto annuale 2022, La situazione del paese*, luglio 2022 https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Rapporto_Annuale_2022.pdf

numero dei nati in quell'anno è stato il più alto dal 1997. L'andamento al ribasso della natalità è condizionato, oltre che dal minor numero delle donne in età fertile e dalle scelte su quanti figli fare, anche dai tempi in cui queste scelte avvengono. Rispetto al 1995, l'età media al parto è aumentata di oltre due anni, arrivando a 32,2 nel 2020. Nello stesso periodo cresce, di oltre tre anni, l'età media materna alla nascita del primo figlio (che sale a 31,4 anni). "Rispetto al 2001, i tassi di fecondità crescono nelle età superiori a 30 anni, mentre continuano a diminuire tra le donne più giovani a testimonianza di un progressivo rinvio della maternità che sembra accentuarsi nel 2021. Ne consegue un crollo dei nati da donne con meno di 30 anni: la diminuzione già importante osservata tra il 2001 e 2011 (-18%) raddoppia nel decennio seguente (-36%). Questo calo è solo parzialmente compensato dall'aumento di nascite da madri con 30 anni o più: la posticipazione delle nascite si traduce in parte nella definitiva rinuncia ad avere figli"³⁴. Il risultato comunque è un calo della fecondità, dal massimo relativo di 1,42 figli per donna del 2011 a 1,25 del 2021.

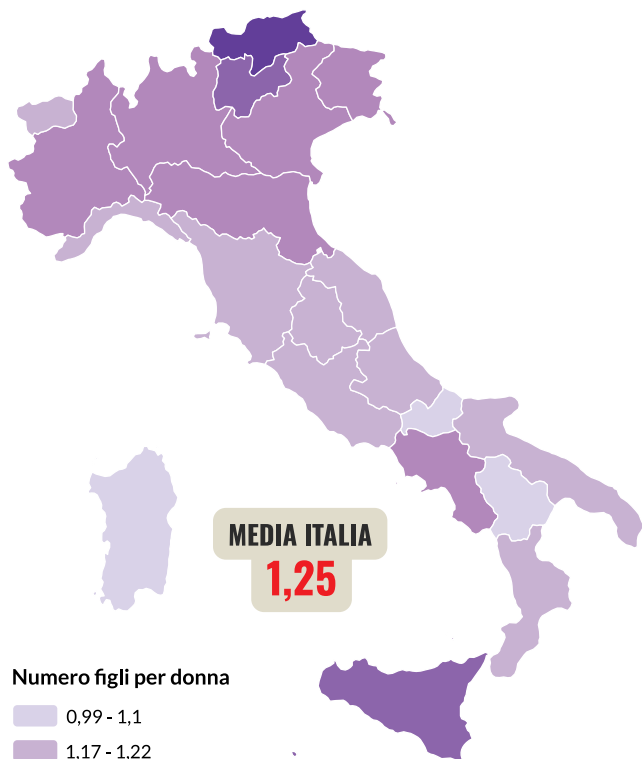


BAMBINI GIÙ, ANZIANI SU

I tassi di natalità e di fecondità in Italia continuano a scendere. L'età media delle donne al momento del parto continua ad aumentare. Il sommarsi di vari fenomeni fa sì che nell'arco di 8 anni abbiamo perso 1 milione 363 mila abitanti, mentre è aumentato costantemente l'indice di anzianità. Stiamo diventando un Paese di anziani. Nella tavola della pagina a fianco vediamo invece quanti parti in Italia si svolgono in strutture con più di 1000 parti l'anno, secondo le indicazioni dell'OMS.

Numero figli per donna

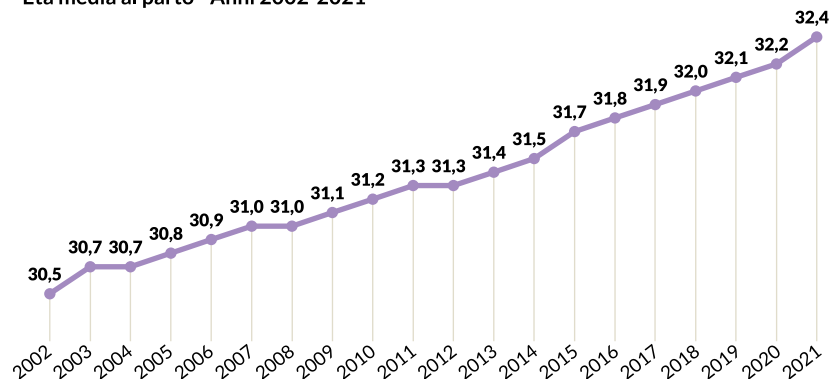
Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



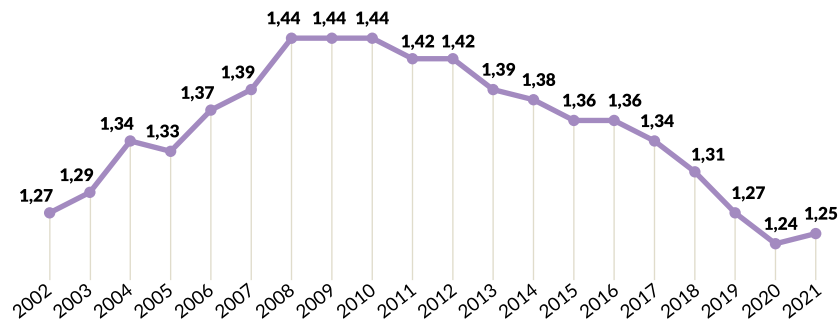
Numero figli per donna

- 0,99 - 1,1
- 1,17 - 1,22
- 1,24 - 1,29
- 1,35 - 1,42
- 1,71

Età media al parto - Anni 2002-2021



Tasso di fecondità - Anni 2002-2021



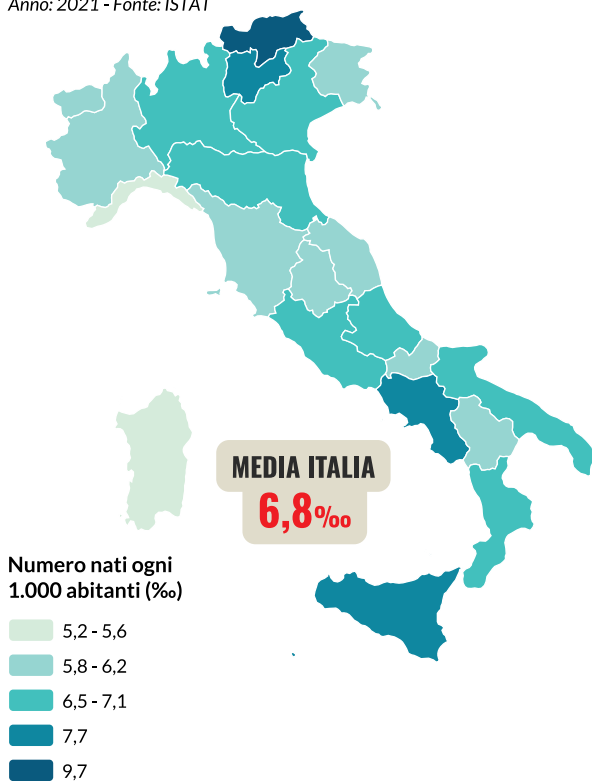
Punti nascita

Anno: 2021 - Fonte: Ministero della Salute

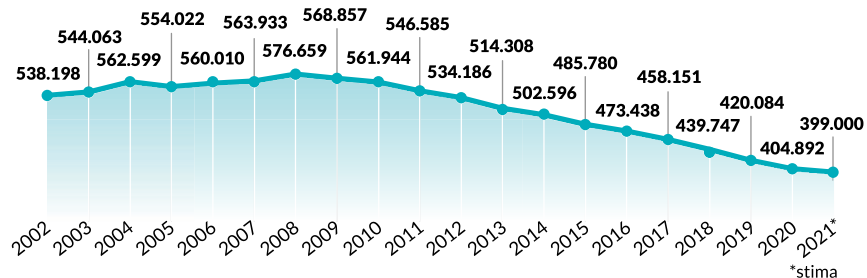


Numero nati ogni 1.000 abitanti

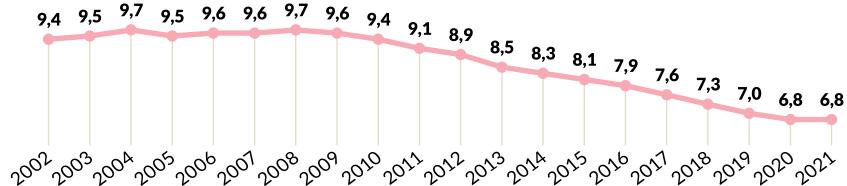
Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



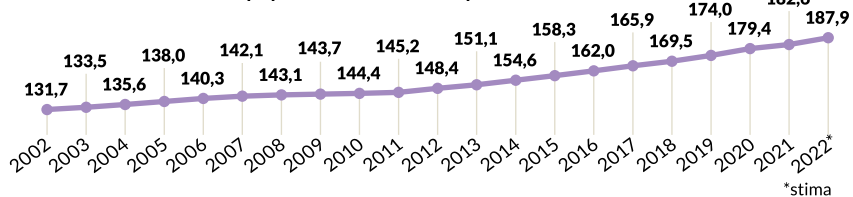
Nuovi nati - Serie temporale 2002-2021



Quoziente di natalità - Serie temporale 2002-2021



Indice di vecchiaia della popolazione - Serie temporale 2002-2022



Nel 2020 – ci dice sempre l'ISTAT – emigrazioni, immigrazioni, mobilità interna si sono ridotte fortemente. Ci sono stati lievi segnali di recupero nel 2021 e nei primi mesi del 2022, ma sta cambiando la natura delle migrazioni: “Tra i cittadini non comunitari si è assistito a una contrazione senza precedenti dei flussi per motivi di lavoro, a una sostanziale stabilità degli ingressi per ricongiungimento familiare e a una crescita degli arrivi di persone in cerca di protezione internazionale, causati da crisi politiche e guerre in vari parti del mondo, di cui la situazione dell'Ucraina non è che l'ultimo tragico esempio”.

Il sommarsi dei fenomeni precedenti fa sì che al 1° gennaio 2022, la popolazione in Italia è scesa a 58 milioni 983 mila residenti: nell'arco di 8 anni ne abbiamo persi 1 milione 363 mila, mentre è aumentato costantemente l'indice di anzianità arrivando a 188 persone di almeno 65 anni ogni 100 bambini sotto i 15 anni (al 1° gennaio 2022). La proiezione è che nel 2059 avremo ben 306 anziani per ogni 100 under-15. La simulazione della piramide demografica del 2049 ha perso qualsiasi forma piramidale e sembra un uomo con un cappello da cardinale, dove il collo rappresenta la popolazione minorenni, il viso crea un allargamento dai 20 ai 55 anni, poi il cappello crea un deciso ampliamento della popolazione tra i 56 ei 78 anni, per poi restringersi gradualmente fino ai 100 anni. Un'altra proiezione che fa ISTAT riguarda le famiglie con figli fino a 19 anni: da 5,3 milioni di famiglie nel 2021 a 4 milioni nel 2040.

La caduta di natalità registrata dall'ISTAT può essere letta in diversi modi. Uno di questi è proposto da Blangiardo in un articolo pubblicato il 3 maggio 2021. “Potremmo leggere la svolta nella caduta della natalità anche alla luce del legame che si è venuto a creare, a partire dalla fine di febbraio 2020, tra la progressiva diffusione della pandemia, con la percezione dei suoi effetti più drammatici fortemente alimentata dalla cassa di risonanza mediatica, e il clima di paura e incertezza che ha verosimilmente accompagnato la vita e le scelte riproduttive della popolazione in età fertile”³⁵. Del resto, “nei periodi di grande incertezza economica, aggravata dalle crisi globali in atto tra loro correlate, come quella pandemica, climatica e dei conflitti armati, le persone tendono ad adottare verso il futuro atteggiamenti prudentiali e a posporre le decisioni importanti della vita, quali lasciare la casa dei genitori, acquistare o affittare un appartamento, sposarsi o avere figli (il primo o successivi rispetto al primo), che implicano fiducia nella possibilità di poter fare fronte ad impegni di ampio respiro”³⁶. Una paura che si aggiunge ad altri fattori già presenti, come un mercato del lavoro frammentato e precario che costituisce un ostacolo alla decisione di fare un figlio delle giovani coppie, la durata dell'incertezza economica, la difficile conciliazione tra vita professionale e vita familiare dovuta anche a una carenza di politiche di sostegno alla famiglia. Un mix in grado di congelare qualsiasi spinta riproduttiva. E una paura purtroppo confermata dai dati in continuo peggioramento sulla povertà assoluta, che mostrano che, in Italia, avere più di un figlio, soprattutto averne 3 o più, aumenta fortemente il rischio di scivolare in povertà. Tra il 2020 e il 2021, ad esempio, l'incidenza della povertà assoluta per le famiglie con 3 o più figli minorenni è aumentata dal 19,8 al 20,4% risultando tripla rispetto alle famiglie con un solo figlio minorenni, che mostrano un'incidenza che si è ridotta dal 6,9 al 6%.

³⁵ Blangiardo G., *Calo di nascite a gennaio 2021: sintomo di un disturbo occasionale o conferma di un malessere strutturale?*
https://www.istat.it/it/files/2020/04/Report_Nati_Gennaio-2021.pdf

³⁶ Save the Children, *Le equilibriste. La maternità in Italia 2022*, maggio 2022



Ambiente
Inquinamento
Corretta alimentazione
Spazi all'aperto
Outdoor education
Povertà abitativa
Sport
Mense scolastiche
Dislessia
Didattica inclusiva
Cure
Età evolutiva
Ospedale
Neurosviluppo



PICCOLI, QUASI GRANDI

3-10 ANNI

**Pollutoma,
l'inquinamento globale**

Casa, amara casa

**Il mix micidiale:
cibo e sedentarietà**

**Il diritto
di mangiare bene**

**I sentieri accidentati
dell'apprendimento**

Un ospedale su misura

Il sentiero che parte dai tre e arriva ai dieci anni è faticoso e fantastico: si parte piccoli e si arriva quasi grandi. Le abilità che si acquisiscono in questi anni sono moltissime. Tenendo sempre conto del fatto che il ritmo dello sviluppo è individuale e quindi varia da bambino a bambino, si può dire però che a partire dai tre anni il bambino imita gli adulti e i compagni di gioco, comprende il concetto di mio e suo, gioca a “fare finta”, si arrampica bene, corre con facilità, pedala sul triciclo, riesce a seguire alcuni comandi, parlando si fa capire dagli adulti, tiene la matita in maniera corretta, disegna linee verticali e orizzontali, si separa facilmente dai genitori. Insomma, si prepara per affrontare il mondo¹. E in effetti è a partire da questa età che moltissimi bambini hanno il primo impatto con l'ambiente scolastico, poiché come abbiamo visto solo un quarto dei bambini fino a 3 anni ha avuto la possibilità di frequentare un nido. La scuola dell'infanzia li accompagna per 3 anni con 3 finalità principali: lo sviluppo dell'autonomia, dell'identità e delle competenze.

A 6 anni comincia “l'età d'oro della motricità”. Il bambino acquista un ottimo senso dell'equilibrio ma va stimolato in tutte le attività. Le cose vengono apprese se proposte. Nell'attività motoria emerge un maggior controllo posturale e tonico. Afferra bene la palla. Si sviluppa la capacità di comunicazione: ha un vocabolario di circa 5000 parole e ha una idea dei numeri, impara a leggere e scrivere. Da questo momento i bambini si concentrano meno su se stessi e più sugli altri. Sono pronti per un nuovo salto.

Tra i 6 e gli 8 anni cambiano molte cose: i bambini si vestono da soli, si allacciano le scarpe, entrano in contatto con un mondo più vasto di quello della famiglia, le amicizie diventano più importanti, si può cominciare a praticare uno sport. Dagli 8 ai 10 anni cresce l'indipendenza dalla famiglia, la pressione degli amici può diventare importante, è un momento in cui si sviluppa anche un senso di responsabilità².

È nel corso di questi anni che i bambini stanno di più all'aperto, fanno sport, cominciano a mangiare da soli fuori dalla famiglia, circa la metà mangia a mensa e passa molte ore a scuola, a volte sperimentando difficoltà nell'apprendimento. Insomma, qui entra in gioco in modo prepotente l'ambiente che li circonda. Se è un ambiente sano o malato, le ripercussioni saranno comunque importanti.

¹ www.iss.it/en/disturbi-psichiatrici/-/asset_publisher/SoVqHVGvTckw/content/le-tappe-di-sviluppo-del-bambino

² www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/middle.html



Pollutoma, l'inquinamento globale

Occhi, naso, bocca, tronco, braccia e gambe. Un ciuffetto di capelli dritti in testa. Ogni cosa è al posto giusto, ci sono gli elementi essenziali per capire che si tratta di una figura umana. L'autore del disegno, un bambino di 4 anni di una comunità agricola del Messico, non avrà avuto particolari doti artistiche ma la sua raffigurazione del corpo umano è perfettamente comprensibile. Non si può dire lo stesso del suo coetaneo residente poco lontano: il ritratto è uno scarabocchio indecifrabile. Non stiamo parlando di una gara di disegno dei bambini della scuola primaria ma di una interessante ricerca epidemiologica. Il primo bambino proviene da una zona dove non si usano insetticidi a base di organofosfati, mentre il secondo abita accanto a coltivazioni dove si fa ampio uso di quel tipo di pesticidi. Quel disegno diventa così una delle tante prove raccolte da uno studio messicano³ sull'impatto dell'esposizione agli organofosfati sul neurosviluppo dei bambini.

E, non a caso, quell'immagine è stata scelta dagli esperti della *Lancet Commission on Pollution and health*⁴ come apertura del paragrafo dedicato agli effetti dei pesticidi sul neurosviluppo infantile. L'indagine condotta negli anni Novanta in Messico tra i bambini di 4-5 anni è stata una delle prime ad aver documentato gli effetti nocivi delle sostanze chimiche usate in agricoltura sulle capacità cognitive: rispetto ai bambini geneticamente simili che vivevano in zone dove non si usavano pesticidi, i bambini della comunità agricola esposti alle sostanze chimiche manifestavano una ridotta coordinazione occhio-mano, difficoltà a disegnare figure semplici e deficit della memoria a breve termine. I risultati verranno in seguito confermati da altri studi epidemiologici condotti negli Stati Uniti⁵: le esposizioni prenatali agli organofosfati sono associate a effetti persistenti sulla funzione cognitiva e comportamentale nei bambini fino all'età di almeno 7 anni.

La scelta di partire dalle sostanze chimiche presenti nell'ambiente per parlare in generale dei rischi dell'inquinamento per la salute dei bambini dai 3 ai 10 anni è voluta. E serve per ricordare che l'inquinamento è un problema complesso e che gli inquinanti a cui i bambini sono esposti sono tanti e ognuno ha conseguenze specifiche.

“I bambini sono particolarmente vulnerabili durante lo sviluppo fetale e nei loro primi anni, quando i loro organi (ad esempio, i polmoni e il sistema nervoso centrale) sono ancora in fase di maturazione; possono passare molto tempo all'aperto, giocando e facendo attività fisica in ambienti potenzialmente inquinati; sono soggetti a un lungo periodo di esposizione agli inquinanti”⁶, spiegano gli esperti di Epicentro, il portale dedicato all'epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità.

Una buona notizia dalla Costituzione

Nel febbraio 2022, l'art 9 della nostra Costituzione è stato modificato e integrato per riconoscere l'importanza della tutela dell'ambiente per le generazioni future. Articolo 9: “La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica. Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione. Tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni. La legge dello stato disciplina i modi e le forme di tutela degli animali”.

³Guillette EA., Meza MM., Aquilar MG., Soto AD., Garcia IE., *An anthropological approach to the evaluation of preschool children exposed to pesticides in Mexico*. Environ Health Perspect 1998; 106: 347-53.

⁴Landrigan PJ., Fuller R., Acosta NJR. et al, *The Lancet Commission on pollution and health*. Lancet 2017; published online Oct 19. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0).

⁵Bouchard MF., Chevrier J., Harley KG., *Prenatal Exposure to Organophosphate Pesticides and IQ in 7-Year-Old Children*, 2011, 1189-95.

⁶www.epicentro.iss.it/materno/pdf/1000giorni-documento_consenso_06.10.2021.pdf

Le polveri sottili (PM2.5 e PM10, particelle del diametro inferiore rispettivamente a 2,5 e 10 µm, più piccolo del diametro di un capello) hanno la capacità di penetrare nei polmoni e nel circolo sanguigno aumentando il rischio di asma ma anche di diabete⁷, le sostanze chimiche vecchie o emergenti agiscono come “interferenti endocrini” compromettendo le funzioni ormonali e metaboliche (ce ne sono oltre 200 nel mirino degli scienziati tra ftalati, bisfenolo A, perclorato, diversi pesticidi, come ortofosfati, ritardanti di fiamma bromurati e diossine), le sostanze chimiche nel suolo incidono sul neurosviluppo e il rumore può avere effetti negativi sulle performance cerebrali (un recente studio norvegese suggerisce che il rumore del traffico ha un impatto negativo sull’attenzione a scuola)⁸. Finora questo deleterio mix di fattori veniva chiamato genericamente “ambiente malsano” (*unhealthy environment*). Secondo una delle ultime stime dell’OMS⁹ (il rapporto “*Don’t pollute my future! The impact of the environment on*

One Health

La salute umana, quella degli animali e quella dell’ambiente in cui vivono sono strettamente legate. La pandemia di Covid 19 “ci ricorda il rapporto intimo e delicato tra gli esseri umani e il pianeta”, ha detto il direttore dell’Oms Tedros Ghebreyesus: non possiamo stare bene se non stanno bene anche gli animali non umani e l’ambiente. In sostanza esiste un’unica salute: One Health. L’approccio One Health si è andato affermando negli ultimi anni e oggi è riconosciuto dagli organismi internazionali, dalla Commissione europea, dal Ministero della Salute e anche il PNRR prevede una riorganizzazione che tenga conto di questo modello integrato.



iStock.com/Paha_L

⁷ Bowe B. et al, *The 2016 global and national burden of diabetes mellitus attributable to PM2.5 air pollution*, The Lancet Planetary Health, 2018

⁸ Weyde K. V., et al, 2017, *Road traffic noise and children’s inattention*, Environmental Health: A Global Access Science Source, 16(1), 127.

⁹ www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-IHE-17.01



lena Cruz

"Hunting pollution" di lena Cruz. L'opera di street art nel quartiere Ostiense di Roma raffigura un aironcino che cattura una preda in un mare inquinato. È realizzata in collaborazione con Yourban 2030 con una vernice ecologica che riesce a neutralizzare l'inquinamento quanto uno spazio verde di 30 alberi. Per gentile concessione di lena Cruz.

children's health”), un ambiente malsano è responsabile di 12,6 milioni di decessi in tutto il mondo, del 23% della mortalità globale totale e del 26% dei decessi nelle bambine e nei bambini di età inferiore ai 5 anni.

Ora però gli esperti della *Lancet Commission on pollution and health*, un panel di esperti internazionale che monitora gli effetti dell'inquinamento sulla salute a livello globale, hanno coniato un termine nuovo, più adatto a descrivere il variegato fenomeno dell'inquinamento: il “pollutoma” (da *pollution*, inquinamento), ovvero l'insieme di tutte le forme di inquinamento che possono potenzialmente nuocere alla salute umana¹⁰.

I dati raccolti in Italia dall'ISPRA ed elaborati da ISTAT per il rapporto sugli SDGs¹¹ (gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 2030) sono anche analizzati dal Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza¹²: il pollutoma è una realtà anche per le bambine e i bambini in Italia, e l'inquinamento dell'aria è un fattore davvero critico per la loro salute. “Alla luce delle nuove linee guida dell'OMS, che hanno abbassato i valori limite suggeriti delle concentrazioni degli inquinanti atmosferici, l'81,9% della popolazione italiana (e quindi dei minorenni) vive in zone con inquinamento atmosferico superiore ai valori massimi indicati - ossia una media annuale di 15 microgrammi per metro cubo (µg/mc) per il PM10, una media di 5 µg/mc per il PM2.5 e 10 µg/mc per l'NO2 - e in alcune Regioni come Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Trentino-Alto Adige, Veneto si arriva anche al 100 per cento”¹³. Se poi si analizzano i livelli medi annuali di concentrazione di queste polveri sottili nei capoluoghi di provincia, come risulta dall'ultimo rapporto di Legambiente “Mal'aria di città. Quanto manca alle città italiane per diventare *clean cities*”¹⁴ nessuna delle città italiane analizzate rispetta tutti i valori indicati dall'OMS per PM10, PM2.5 e NO2. “Il quadro che emerge è nel complesso preoccupante”, si legge nel rapporto. Pochissime città rispettano i valori suggeriti dall'OMS per il PM10 (Caltanissetta, La Spezia, L'aquila, Nuoro e Verbania) e il biossido di azoto (Agrigento, Enna, Grosseto, Ragusa e Trapani). Nessuna per il PM2.5.

I rischi dell'inquinamento atmosferico per la salute dei bambini vanno da esiti avversi alla nascita, mortalità e tumori infantili, disturbi dello sviluppo neurologico, obesità e patologie respiratorie. Si stima che in Italia l'8,4% dei bambini tra i 6-7 anni soffra di asma e l'inquinamento potrebbe essere la causa scatenante. L'aria inquinata, infatti, non è solo capace di acuire i sintomi della patologia respiratoria ma può provocarla ex novo. Significa che tutti i bambini, anche quelli non predisposti geneticamente o non esposti ad altri fattori di rischio (come il fumo) sono a rischio di asma se vivono in zone con elevati livelli di inquinamento atmosferico. Per ogni aumento di cinque microgrammi per metro cubo della concentrazione di PM2.5, il rischio di insorgenza di asma aumenta del 4-5%¹⁵.

¹⁰ *The Lancet Commission on pollution and health*, *The Lancet*, Volume 391, Issue 10119, pp.462-512, 2018.

¹¹ ISPRA, Indicatori di qualità dell'aria, Atmosfera | Annuario dei Dati Ambientali (isprambiente.it) e ISTAT, Rapporto SDGs 2021, Goal 11 Città e comunità sostenibili, Rapporto SDGs 2021. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia

¹² 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione dei diritti sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia <https://gruppoocr.net/wp-content/uploads/2022/07/CRC-2022-12rapporto.pdf>

¹³ *Ibidem*, pag. 106

¹⁴ Legambiente, *Mal'aria di città. Quanto manca alle città italiane per diventare clean cities*, febbraio 2022, www.legambiente.it/rapporti/malariadi-citta/

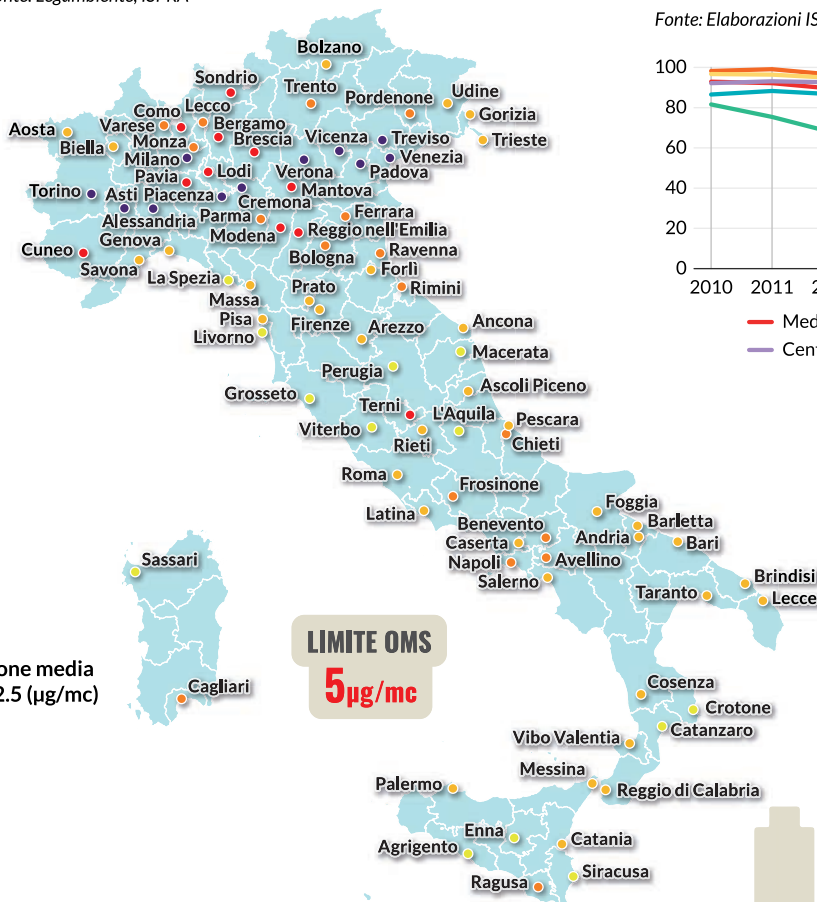
¹⁵ Holst G et al., *Air pollution and family related determinants of asthma onset and persistent wheezing in children: nationwide case-control study*, *BMJ* 2020, 370:m2791

ARIA, SUOLO, ACQUE INQUINATI

Le polveri sottili PM2.5 (con particelle di diametro inferiore a 2,5 µm) e PM10 (diametro inferiore a 10 µm), hanno la capacità di penetrare nei polmoni e nel circolo sanguigno aumentando il rischio di ammalarsi. Alla luce del nuovo valore limite fissato dall'OMS, l'81,9% dei minorenni in Italia vive in zone inquinate da queste polveri. Nella pagina di destra troviamo la distribuzione dei 42 Siti di interesse nazionale (SIN) in cui acqua o terreni sono contaminati da sostanze tossiche.

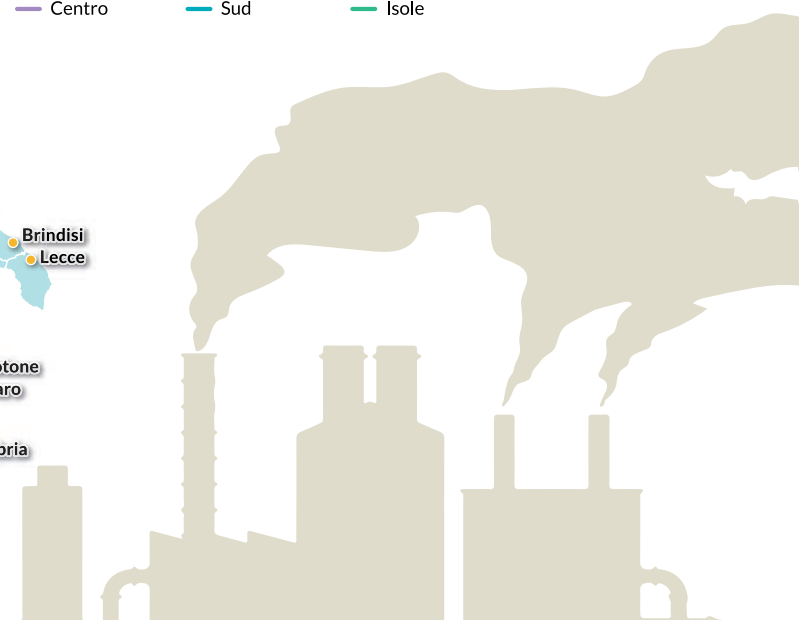
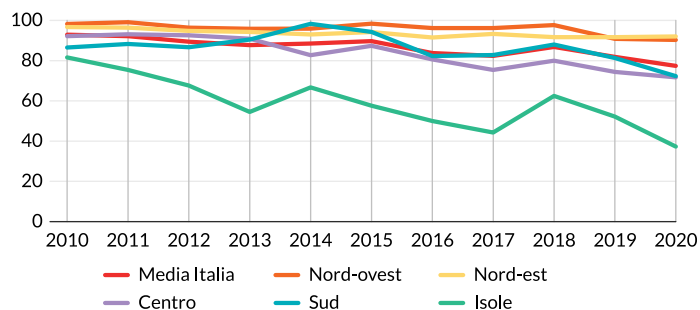
Concentrazione media annuale PM2.5 per capoluoghi di provincia

Anno: 2021 - Fonte: Legambiente, ISPRA



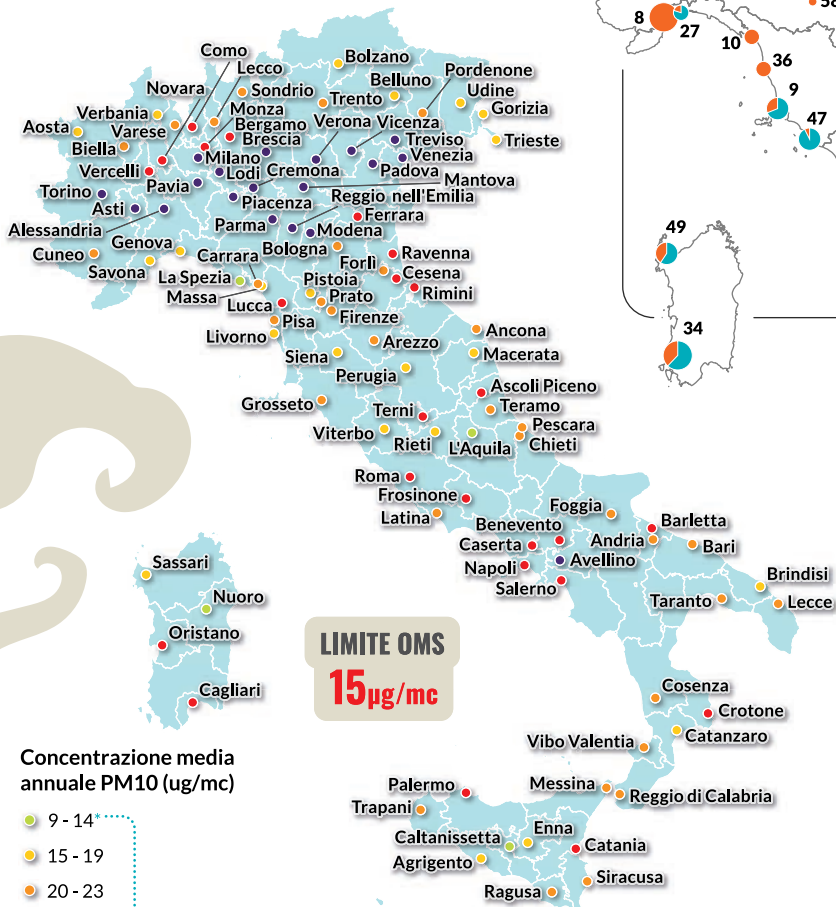
Qualità dell'aria - PM2.5 - Percentuale della popolazione che vive in zone con inquinamento dell'aria superiore ai valori stabiliti dall'OMS nel 2020

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati ISPRA

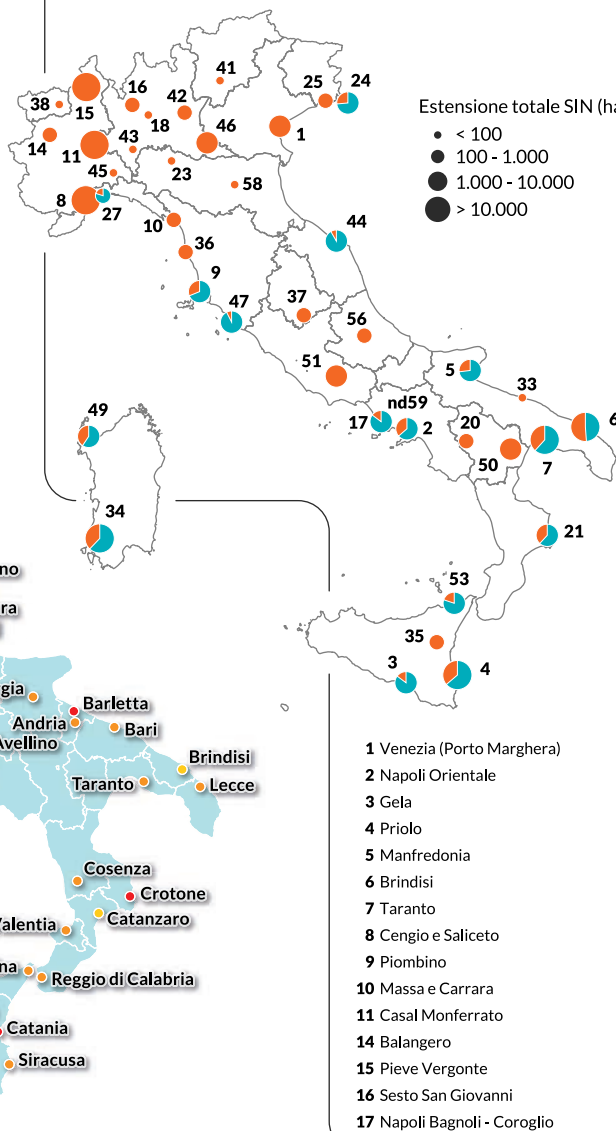


Concentrazione media annuale PM10 per capoluoghi di provincia

Anno: 2021 - Fonte: Legambiente, ISPRA



SIN (Siti di Interesse Nazionale). Estese aree contaminate classificate come pericolose



nd Non disponibile
■ Terra
■ Mare
○ 00 Identificativo SIN

- 18 Pioltello - Rodano
- 20 Tito
- 21 Crotona - Cassano - Cerchiaro
- 23 Fidenza
- 24 Trieste
- 25 Caffaro di Torviscosa (già Laguna di Grado e Marano)
- 27 Cogoleto - Stoppani
- 33 Bari - Fibrionit
- 34 Sulcis - Iglesiente - Guspinese
- 35 Biancavilla
- 36 Livorno
- 37 Terni - Papigno
- 38 Emarese
- 41 Trento nord
- 42 Brescia
- 43 Broni
- 44 Falconara Marittima
- 45 Serravalle Scrivia
- 46 Laghi di Mantova e Polo chimico
- 47 Orbetello Area ex-Sitoco
- 49 Aree industriali di Porto Torres
- 50 Aree industriali della Val Basento
- 51 Bacino del Fiume Sacco
- 53 Milazzo
- 56 Bussi sul Tirino
- 58 Officina Grande Riparazione ETR di Bologna
- 59 Area vasta di Giugliano

- 1 Venezia (Porto Marghera)
- 2 Napoli Orientale
- 3 Gela
- 4 Priolo
- 5 Manfredonia
- 6 Brindisi
- 7 Taranto
- 8 Cengio e Saliceto
- 9 Piombino
- 10 Massa e Carrara
- 11 Casal Monferrato
- 14 Balangero
- 15 Pieve Vergonte
- 16 Sesto San Giovanni
- 17 Napoli Bagnoli - Coroglio

“L'esposizione da inquinamento atmosferico ha esiti che si manifestano nell'immediato ma anche più avanti nel tempo. La mortalità da inquinamento atmosferico in età pediatrica è bassissima, ma i bambini possono avere una compromissione polmonare che può determinare disabilità o esiti letali successivamente. L'inquinamento riduce la capacità polmonare, ossia i polmoni dei bambini esposti a livelli elevati di inquinamento atmosferico risultano meno sviluppati”, spiega Giacomo Toffol, pediatra di famiglia, referente Gruppo Pediatri per un Mondo Possibile (PuMP) -ACP) e autore di “Inquinamento e salute dei bambini” (Il Pensiero Scientifico 2017).

Proteggere i bambini che vivono in città dalle polveri sottili però è un'impresa tutt'altro che semplice se si pensa, tanto per fare un esempio, che molte scuole sono costruite vicino a strade trafficate con conseguenze evidenti sulla qualità dell'aria che si respira nelle aule. Il problema è già stato sollevato dal gruppo di lavoro “I primi 1000 giorni”, un progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie con una indagine sulla qualità dell'aria nelle scuole¹⁶.

“Il 15% dei bambini italiani è esposto a scuola ai valori PM2.5 superiori ai limiti di legge [più elevati dei limiti OMS]. Rispetto alla propria capacità respiratoria e comportamentale sono più a rischio degli adulti. L'impegno per far vivere i bambini in un mondo più pulito è fondamentale”, commenta Stefania Russo, presidente del Comitato scientifico di ANTER, e membro della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIM) che ha partecipato alla stesura del documento.

Diventata, almeno in teoria, una priorità dell'epoca Covid, una migliore qualità dell'aria nelle scuole procura benefici più ampi e in parte inaspettati rispetto alla prevenzione delle malattie correlate all'inquinamento. È stato dimostrato infatti che nelle scuole con i più bassi livelli di polveri ultrafini derivati dal traffico si registra un aumento del 13% degli indicatori dello sviluppo cognitivo (come attenzione e capacità di memorizzazione) rispetto alle scuole con più alte concentrazioni di inquinanti¹⁷. “Ridisegnare le città creando quartieri privi di traffico e strade a 30 km all'ora, incentivando la ciclopeditonalità e aumentando la dotazione del trasporto pubblico e privato elettrico, sarà l'unica soluzione per ridurre gli inquinanti atmosferici”¹⁸. E creare sempre più “strade scolastiche” pedonali di fronte alle scuole, anche per la sicurezza delle bambine e dei bambini.

La buona notizia è che esiste un rimedio ai danni dell'inquinamento a cui sono esposti i bambini, tanto efficace da poter essere suggerito dai pediatri come una vera e propria terapia. Gli anglosassoni l'hanno definita “green prescription” ma, banalmente, è un invito a passare più tempo nel verde.

Un recente studio su oltre 3mila bambini fino a 10 anni di età pubblicato su *European Respiratory Journal*¹⁹ ha dimostrato che la vicinanza alla vegetazione nei primi anni di vita favorisce una migliore funzionalità polmonare una volta compiuti i 10 anni. I benefici del verde sono stati valutati oggettivamente con il test clinico della capacità vitale forzata (CVF), l'analisi che determina la massima quantità di aria che un individuo può espirare forzatamente

Rivoluzione verde e transizione ecologica

Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza dedica la Missione 2 alla “rivoluzione verde e transizione ecologica”, finanziando interventi per lo sviluppo di un trasporto locale più sostenibile e del trasporto rapido di massa, ma anche per la creazione di boschi urbani e periurbani. È però fondamentale che qualsiasi intervento agisca anche in una prospettiva di genere e nel rispetto dei diritti delle persone con disabilità e dei diritti di bambine, bambini e adolescenti.

¹⁶ GARD Italy, documento di strategia, aggiornato 2021, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1206_allegato.pdf

¹⁷ SNPA - Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, <https://www.snpambiente.it/2020/08/06/riapertura-delle-scuole-una-occasione-per-ripensarle-dal-punto-di-vista-della-tute-ambientale/>.

¹⁸ Gruppo CRC, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti Infanzia e Adolescenza, maggio 2022, pag. 106, <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2022/07/CRC-2022-12rapporto.pdf>

¹⁹ Almeida D. et al, *Green and blue spaces and lung function in the Generation XXI cohort: a life course approach European Respiratory Journal* 2022; DOI: 10.1183/13993003.03024-2021



Tony Gentile/Reuters/Contrasto

dopo un'inspirazione più profonda possibile. Da quanto si legge nel documento dell'UNICEF dall'eloquente titolo *"The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development"*²⁰, "i bambini che crescono in quartieri più verdi sono spesso meno depressi, meno stressati e generalmente più sani e felici". Ed è evidente che se in ogni scuola dell'infanzia e scuola primaria fossero garantiti spazi all'aperto fruibili, con alberi e piante, attrezzati, dove i bambini possano stare almeno 2 ore sulle 8 che trascorrono a scuola, il loro sviluppo fisico e cognitivo avrebbe immediate ripercussioni positive. Ma come vedremo più avanti, si fa sempre più strada l'approccio dell'Outdoor Education in tutti i cicli scolastici, tornato alla ribalta in molte scuole "grazie" alla pandemia.

Peccato che in Italia gli spazi verdi a disposizione dei bambini scarseggino. Secondo il rapporto BES, nei capoluoghi di Provincia la disponibilità di verde urbano è mediamente di 32,8 metri quadrati per abitante ed è addirittura inferiore a 9 in una città su dieci²¹. Le Regioni con minor disponibilità di verde urbano sono Puglia e Molise, con meno di 10 metri quadri per abitante, seguono Campania, Sicilia, Liguria e Valle d'Aosta con meno di 20. Inoltre, non sempre spazio verde vuol dire "area pulita". È il caso di Marghera, come ci racconta Chiara Nicoletti, referente del Punto Luce Save the Children: "Il parco di San Giuliano viene sponsorizzato come il più grande d'Europa, è stato creato 15 anni fa, purtroppo però gli alberi qui non crescono o crescono pochissimo perché sono piantati su terreni pieni di fanghi inquinati". Nel rapporto "H2O, la chimica che inquina l'acqua"²², Legambiente denuncia che a Porto Marghera, primo sito nazionale da bonificare individuato nel lontano 1998, la contaminazione delle acque di falda è dovuta principalmente a ferro, alluminio, arsenico, zinco, tricloroetilene, triclorometano ed IPA. La bonifica non è mai stata avviata e i fanghi sono ancora pieni di sostanze inquinanti. "Un po' più in là, nelle aree della barena, proprio fronte Venezia, il percorso è costeggiato da cartelli con scritto Vietato passare, Vietato toccare, manca solo Vietato respirare. Ma in realtà lì passano, toccano e respirano centinaia di bambini e di famiglie al giorno. Senza una grande consapevolezza. Forse c'è una volontà di non far vedere come stanno le cose".

Ironia della sorte, in assenza di giardini in cui giocare, i bambini finiscono per passare molto tempo in casa esponendosi ad altre fonti di inquinamento, come tabacco (responsabile del 15% dei casi di asma nei bambini), processi di combustione, prodotti per la pulizia e la manutenzione della casa ecc... E non è escluso che tra le mura domestiche ci siano livelli di inquinanti atmosferici superiori a quelli rilevati all'esterno. È il caso di un quartiere della città di Roma monitorato dall'Ispra²³, dove le concentrazioni di benzene (un composto rilasciato dal traffico) all'interno di abitazioni e scuole sono risultate superiori a quelle esterne, con valori che vanno da 1,5 a 9,1 µg/m³ (il valore limite è 5 µg/m³). Il problema dell'inquinamento indoor, come sottolinea l'OMS nell'ultimo rapporto dedicato all'argomento²⁴, colpisce particolarmente i Paesi poveri. Nel mondo circa 2,4 miliardi di persone cucinano ancora utilizzando combustibili solidi (come legna, scarti dei raccolti, carbone e sterco) e cherosene. La maggior parte di queste persone vive in condizioni di forte

Perché le bambine e i bambini rischiano di più

- Durante l'infanzia si ha un'esposizione agli inquinanti proporzionalmente maggiore rispetto agli adulti. In rapporto al peso, bambine e bambini consumano una quantità maggiore di cibo, acqua e aria. Toccano e mettono in bocca oggetti che possono contenere sostanze nocive.
- Il sistema metabolico dei bambini nei primi anni di vita è immaturo. In molti casi, sono meno capaci degli adulti di espellere e disintossicare i composti tossici.
- Lo sviluppo iniziale di bambine e bambini crea finestre di grande vulnerabilità.
- Poiché bambine e bambini hanno più anni di vita futura rispetto alla maggior parte degli adulti, hanno più tempo per sviluppare malattie croniche che possono essere innescate da esposizioni precoci.
- I tassi di un certo numero di malattie non trasmissibili stanno aumentando nei bambini di tutto il mondo. Gli inquinanti chimici sono tra i fattori responsabili di questi aumenti.

Tratto da: The Lancet Commission on pollution and health



Francesco Alesi per Save the Children

deprivazione economica in Paesi a basso e medio reddito.

L'inquinamento uccide in modo sproporzionato le persone che sperimentano povertà e vulnerabilità. Quasi il 92% dei decessi dovuti all'inquinamento si verifica nei Paesi a basso e medio reddito e, nei Paesi a tutti i livelli di reddito, le malattie causate dall'inquinamento sono più diffuse tra le minoranze e gli emarginati.

Va ricordato perché lo stesso vale anche nel nostro Paese: i fattori socio-economici restano tra i principali determinanti della salute anche nel caso di un problema diffuso e apparentemente democratico come quello dell'inquinamento.

“Non si può negare il ruolo delle condizioni socioeconomiche. Le famiglie disagiate vivono in zone più inquinate, hanno meno possibilità di accedere ai servizi e quindi di avere diagnosi precoci, abitano in zone con scarsità di parchi e aree verdi. Spesso in abitazioni insalubri. C'è poi il discorso dell'inquinamento indoor ad esempio dovuto all'uso della stufa.

Paradossalmente molti genitori pensano che tenere i bambini in casa sia più sicuro che farli uscire”, conclude Toffol.

²⁰ www.unicef.org/media/102391/file

²¹ ISTAT rapporto BES 2020

²² Legambiente, *H2O, la chimica che inquina l'acqua*, giugno 2020, www.legambiente.it/wp-content/uploads/2020/06/rapporto_H2O_la-chimica-che-inquina_2020.pdf

²³ www.isprambiente.gov.it/contentfiles/00010300/10392-rapporto-117-2010.pdf

²⁴ www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health



PIOVONO PFAS

Sono davvero ovunque, in tanti oggetti di uso comune dalle padelle antiaderenti, alle plastiche per i contenitori alimentari. Oramai sono anche nell'acqua, nell'aria e nella pioggia. E possono nuocere alla salute dei bambini anche a dosi basse che rientrano nei limiti di legge. Sì perché le sostanze chimiche che agiscono come interferenti endocrini, molte delle quali hanno anche un effetto neurotossico sullo sviluppo (ftalati, bisfenolo A, perclorati, pesticidi, ritardanti di fiammi e sostanze perfluoroalchiliche) quando interagiscono tra loro amplificano l'effetto che avrebbero singolarmente.

È quanto suggerisce uno studio internazionale a cui hanno partecipato per l'Italia l'Istituto Europeo di Oncologia, lo Human Technopole e l'Università di Milano, pubblicato su *Science*²⁵. Gli scienziati hanno osservato che i bambini nati da donne esposte in gravidanza alla combinazione di ftalati, bisfenolo A e composti perfluorurati (PFAS) avevano un rischio maggiore di sviluppare un ritardo del linguaggio. Va specificato che con il sistema di valutazione del rischio attualmente in uso nessuna delle sostanze rintracciate nelle urine delle donne presa singolarmente sarebbe stata considerata nociva. È il mix il problema.

La ricerca invita quindi a ripensare al sistema di monitoraggio delle sostanze chimiche: fissare i limiti massimi per le singole sostanze non basta più, bisogna considerare la loro combinazione.

In questo scenario mettere in salvo i bambini dai rischi della chimica appare ancora più difficile. I pericoli sono ovunque e piovono anche dal cielo, letteralmente. Secondo uno studio dell'Università di Stoccolma apparso su *Environmental Science & Technology* in tutto il mondo i livelli di PFAS, le pericolose sostanze perfluoroalchiliche indistruttibili (non a caso definite "forever chemicals", sostanze chimiche per sempre), nell'acqua piovana sono troppo elevati. I composti inquinanti si sono diffusi nell'atmosfera e in nessun luogo del pianeta la pioggia è da considerarsi sicura come fonte di acqua potabile. È un problema soprattutto per le popolazioni povere del mondo che fanno affidamento sulla pioggia come fonte di acqua potabile. Ma è un problema anche per i Paesi industrializzati come il nostro perché la pioggia penetra nel suolo e alla fine le sostanze che contiene finiscono nella catena alimentare. Alle persone che vivono nelle zone già colpite dalla contaminazione di PFAS sembrerà di vivere un incubo senza fine. In queste aree continua a piovere sul bagnato, verrebbe da dire. O meglio continuano a piovere PFAS su terreni già inquinati. Le province di Verona, Vicenza e Padova sono state colpite nel 2013 dallo scandalo

ambientale della ditta chimica Miteni accusata di aver inquinato la falda acquifera (con un danno certificato dall'Ispra di 136,8 milioni di euro); oltre l'80% dei bambini esaminati nella zona rossa avevano quantità di PFAS nel sangue ben superiori a quelle rilevate nelle popolazioni esposte a contaminazione di fondo²⁶.

In Italia esistono oltre 30mila siti contaminati da sostanze quali amianto, diossine, idrocarburi, pesticidi, PFAS di competenza regionale e 42 di competenza nazionale (Siti di interesse nazionale)²⁷. L'esposizione al PFAS è legata a ipercolesterolemia, cambiamenti nella funzionalità epatica, risposta del sistema immunitario più bassa (con i vaccini che diventano meno efficaci), disturbi del comportamento.

²⁵ Caporale N. et al, *From cohorts to molecules: Adverse impacts of endocrine disrupting mixtures*, *SCIENCE*, 18 Feb 2022, Vol 375, Issue 6582

²⁶ <https://parlamento17.openpolis.it/atto/documento/id/437833>

²⁷ ISTAT, *Rapporto Bes 2021, Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2022*

I BAMBINI DI TARANTO

iperattività, deficit di attenzione, autismo e altri disturbi del neurocomportamento. Il rischio per i bambini dei quartieri Tamburi e Palo IV di Taranto, che si trovano a ridosso del polo siderurgico, di sviluppare uno di questi problemi è significativamente superiore a quello dei coetanei che vivono nei quartieri distanti dall'acciaieria. E la responsabilità potrebbe essere dell'interazione tra

piombo e arsenico, due metalli noti per i loro effetti neurotossici sprigionati dallo stabilimento industriale. È l'ipotesi di uno studio italiano pubblicato sulla rivista *Nature* nel maggio del 2021²⁸.

La ricerca è stata condotta su 300 bambini tra i 6 e gli 11 anni che frequentavano scuole a differente distanza dall'Ilva. Le maggiori concentrazioni di piombo nel sangue e di arsenico nei capelli rinvenute nei bambini più vicini alla fonte di inquinamento erano associate a un maggiore rischio di problemi del

neurocomportamento e a un minore quoziente intellettivo.

L'interazione tra fattori ambientali e socioeconomici peggiorava ulteriormente le funzioni neurologiche. Chi viveva in un quartiere inquinato e per lo più in condizioni di povertà era ancora più esposto agli effetti nocivi delle emissioni per la presenza di altri fattori di rischio concomitanti (uno stile di vita meno sano, alimentazione scorretta, sedentarietà ecc.). Una condizione socio-economica disagiata non permette cioè di mitigare gli effetti nocivi dell'inquinamento.

Casa, amara casa

Un bambino che cresce in un ambiente insalubre, compresa la casa in cui vive se è mal riscaldata, con pareti attaccate dalle muffe, spazi ristretti e sovraffollati, è direttamente e immediatamente condizionato nel suo benessere. Maggiori rischi di malattie e disturbi alle vie respiratorie, problemi di concentrazione per il rumore e il sovraffollamento domestico, maggiori rischi di contagio da virus (incluso SARS-CoV-2) e con ripercussioni più gravi. Ora si conosce sempre più chiaramente quale "impronta biologica" fattori come la povertà abitativa ed energetica sperimentate nell'infanzia lascino sulla condizione fisica e mentale delle persone anche in età adulta. Ricerche come Lifepath²⁹ - cioè ricerche che studiano i bambini e seguono la loro evoluzione negli anni, su ampia scala, in Paesi tra loro simili nel livello di sviluppo, come i Paesi europei, in cui è più facile raccogliere negli anni, longitudinalmente, tutti i dati socio-economici, i dati sull'ambiente di vita dei bambini, i dati biometrici, i dati clinici, ecc. - hanno dimostrato scientificamente "le relazioni che sussistono tra l'ambiente di vita, anche nella prima infanzia, e tutta la sequenza che porta dalle alterazioni biochimiche e molecolari fino all'insorgenza di una malattia o almeno a un «cattivo invecchiamento»"³⁰.

La deprivazione abitativa è sicuramente una delle forme di deprivazione dell'infanzia con le più rilevanti ripercussioni sul "capitale biologico" degli individui, durante il corso di tutta la loro vita, perché determina - più spesso che nella popolazione generale - la comparsa di malattie in età adulta e maggiore mortalità (e più breve aspettativa di vita in buona salute

²⁸ Renzetti S., Cagna G., Calza S. et al, *The effects of the exposure to neurotoxic elements on Italian schoolchildren behavior*. *Sci Rep* 11, 9898 (2021).

²⁹ Il gruppo di ricerca del consorzio Lifepath, coordinato da J. Mackenbach, professore di Sanità pubblica all'Università Erasmus di Rotterdam, ha raccolto e armonizzato informazioni provenienti da numerose nazioni europee. Lifepath ha utilizzato un modello pratico e concettuale per studiare gli effetti cumulativi, nel corso della vita, di variabili sociali come le disuguaglianze: variabili sociali o psico-sociali e altre esposizioni o comportamenti a rischio; esiti che esprimevano eventi biologici significativi o di rilievo per la salute; meccanismi e percorsi molecolari; e gli intervalli temporali o gli stadi della vita più rilevanti, primo fra tutti la fase dell'infanzia.

³⁰ Carra L., Vineis P., *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali*, Codice Edizioni, 2022

rispetto ad individui simili che crescono però senza tali deprivazioni). Il nuovo Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia dell'ufficio regionale dell'OMS, afferma che deprivazione abitativa, assenza di riscaldamento domestico, deprivazione alimentare e mancanza di spazi verdi incidono sul divario di salute tra persone più e meno abbienti. La deprivazione abitativa, nell'ambito del determinante "condizioni di vita", incide per il 45% sulle disuguaglianze di salute, il fattore "assenza di riscaldamento domestico" per un ulteriore 28%. L'analisi sottolinea che le persone che vivono in alloggi scadenti e insicuri hanno maggiori probabilità di riferire condizioni di scarsa salute e di soffrire di malattie fisiche e disagio mentale³¹. Nel mondo dell'infanzia, in cui la povertà è sicuramente multidimensionale, la povertà abitativa



Paolo Patrino per Save the Children

³¹ OMS, Ufficio regionale Europa, *Una vita sana e prospera per tutti in Italia: Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357867>

ABITARE IN POVERTÀ

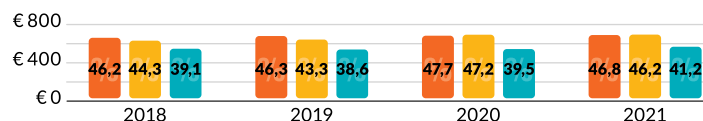
Nel 2021 le famiglie poco abbienti con i figli minorenni hanno speso tra il 41 e il 47% dell'intero bilancio familiare per casa e bollette. Le stesse famiglie in povertà relativa hanno destinato all'affitto il 35% del reddito disponibile. Le famiglie con figli che si trovano in povertà relativa per il 16,5% sono anche in povertà energetica. Il 43% dei minorenni in Italia vive in case sovraffollate, ma tra quelli in povertà relativa la percentuale aumenta.

Spesa media mensile delle famiglie con minori per abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili.

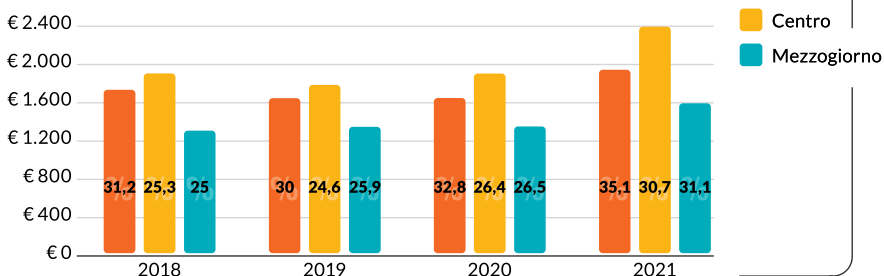
I valori percentuali inseriti negli istogrammi si riferiscono alla quota di spesa mensile totale che la famiglia destina ad abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili.

Fonte: ISTAT

Famiglie appartenenti al 1° quintile (il 20% meno abbiente delle famiglie)

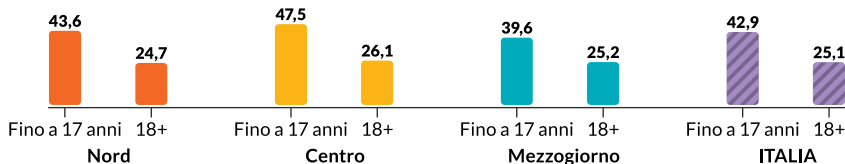


Famiglie appartenenti al 5° quintile (il 20% più abbiente delle famiglie)



Individui che vivono in case sovraffollate (%)

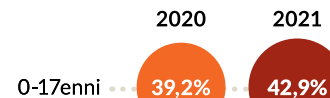
Anno: 2021 Fonte: Eurostat (Indagine Eu-Silc)



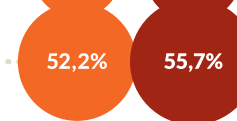
Povertà abitativa

Fonte: Eurostat (Indagine EU-SILC)

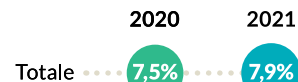
Bambini e adolescenti che vivono in case sovraffollate



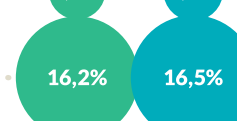
0-17enni in povertà relativa



Famiglie con figli a carico che non riescono a riscaldare la casa



Famiglie in povertà relativa

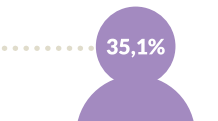


Percentuale del reddito disponibile speso per l'affitto

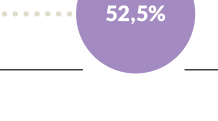


Media 2020-2021

Famiglie con figli a carico in povertà relativa



Famiglie monogenitoriali con figli a carico in povertà relativa



merita sotto questo punto di vista particolare attenzione, poiché si intreccia anche ad altre dimensioni. Molto spesso, i bambini che vivono in case poco salubri, mal isolate da rumore e freddo/caldo esterni, servizi igienici fatiscenti, prive di spazi adeguati dove studiare e concentrarsi, vivono anche stress legati alle ansie dei genitori in povertà economica e lavorativa, stress legato ai contesti degradati che li circondano, con minori opportunità educative e di svago. Spesso stress da insicurezza abitativa, per la minaccia di sfratto. Questa deprivazione multifattoriale, è ormai provato, agisce sulla salute e il benessere anche in età adulta attraverso il “sovraccarico allostatico”: in pratica, nelle prime fasi della vita e durante l’infanzia si innescano meccanismi fisiologici (biologici) di adattamento allo stress e alle deprivazioni, meccanismi compensativi che in alcuni individui possono assumere una forma patologica, ma nella maggior parte dei casi sono risposte che non provocano segni immediati. Il problema però, ci dicono gli scienziati, è che l’accumulo di risposte adattive (che possono anche modificare alcune caratteristiche genetiche, sebbene in modo reversibile, cioè epigenetico) ha un “costo biologico”, un “costo di vivere” con effetti osservabili nella “traiettorie di vita”, ad esempio l’invecchiamento più rapido. La conclusione a cui arrivano molte ricerche scientifiche, quindi, è che intervenire nella fase dell’infanzia con azioni di contrasto alla povertà, come trasferimenti economici, e intervenire per garantire condizioni abitative adeguate alle famiglie con bambini, significa non solo garantire il diritto di ogni bambina e bambino a condizioni di vita adeguate per esprimere a pieno il proprio potenziale, ma anche proteggere i minori d’età da fattori che imporranno costi molto più pesanti da riparare a posteriori per la collettività.

Progetti come Lifepath hanno condotto una rassegna sistematica delle prove a favore di diversi approcci e interventi volti a prevenire alcuni fattori di rischio nei bambini più disagiati, esaminando in particolare meccanismi di integrazione del reddito, trasferimenti condizionali di reddito e benefici materiali quali i buoni pasto, l’assistenza economica per individui ad alto rischio come gli ex detenuti o la fornitura di case ad affitto calmierato. In molti studi (condotti anche su gruppi di controllo) si è dimostrato che alcune catene causali complesse possono essere interrotte con interventi efficaci negli anni dell’infanzia, dimostrando inoltre che esiste una causalità tra disuguaglianze socio-economiche di partenza e disuguaglianze di salute durante tutto il corso della vita³². Per questo il rapporto dell’OMS sullo stato dell’equità di salute in Italia raccomanda di “garantire un accesso equo a un alloggio economico, di alta qualità e sicuro che ad esempio includa: il miglioramento dell’offerta di alloggi sociali di buona qualità sviluppando l’Edilizia Residenziale Sociale (social housing); la messa in campo di incentivi per incoraggiare l’affitto a prezzi accessibili; e il supporto al miglioramento del patrimonio edilizio pubblico e privato attraverso la riqualificazione e la ristrutturazione degli alloggi e il miglioramento dell’efficienza energetica”.

In Italia, i dati sulla spesa sociale per politiche abitative (Housing) mostrano un impegno molto ristretto del nostro Paese nel confronto europeo (nel 2020, circa lo 0,8% della spesa pubblica totale, rispetto ad esempio all’1,5% della Francia³³). Nei prossimi anni, però, grazie al PNRR si investirà di più. “Il PNRR non ha posto grande attenzione né dato specifico spazio finanziario

🔍 EPAH

Per “povertà energetica” s’intende la condizione delle famiglie che non sono in grado di accedere ai servizi energetici essenziali. La Commissione europea, nell’aprile 2022, ha istituito il Gruppo di coordinamento per la povertà energetica e i consumatori vulnerabili per fornire ai Paesi Membri uno spazio di condivisione per le misure di sostegno alle famiglie in povertà energetica. Nel 2021 era stato lanciato EPAH, l’Energy Poverty Advisory Hub, spazio di collaborazione e scambio per le amministrazioni locali sul contrasto della povertà energetica, con EPAHATLAS, un database interattivo di progetti e iniziative geolocalizzati.

https://energy-poverty.ec.europa.eu/discover/epah-atlas_en

³² Carra L., Vineis P., *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali*, Codice Edizioni, 2022

³³ Dati Eurostat con classificazione COFOG della spesa pubblica per funzioni sulle funzioni “Housing development” + “community development” per l’anno 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_housing_and_community_amenities



agli interventi per incrementare l'offerta abitativa, in particolare a basso costo, tuttavia il documento dedica risorse alla ristrutturazione del patrimonio di edilizia pubblica in condizioni di precarietà”, con il bonus 110% dedicato, e rappresenta soprattutto “una occasione irripetibile per definire e mettere in atto le riforme necessarie a riparare le lacune che nel settore abitativo si sono allargate, nel corso dei decenni”³⁴. Sino ad ora si è intervenuti poco e male, a parte in alcune ristrette aree del Paese in cui amministratori locali illuminati investono per garantire abitazioni decorose e adeguate alle famiglie con bambini. ISTAT calcolava che, nel 2020, il 12% delle famiglie con un figlio minore viveva in abitazioni danneggiate, il 16% lamentava problemi di umidità. Sappiamo, ad esempio, attraverso l'indagine europea Eu-Silc, che in Italia, nel 2021, quasi un minore su tre era a rischio povertà (il 29%), con picchi del 56% in Campania e del 53% in Sicilia, e che il 43% dei minori viveva in abitazioni sovraffollate, a fronte del 25% dei maggiorenni, e nel caso di minori in povertà relativa (il 22% dei minorenni in Italia) la quota saliva al 55,7%. Le famiglie con figli a carico che non riuscivano a riscaldare l'abitazione (e nel 2021 i prezzi dell'energia non erano ancora aumentati ai livelli del 2022) erano circa l'8%, 1 famiglia su 12, ma nel caso di famiglie in povertà relativa, la quota raddoppiava (1 famiglia su 6, il 16,5%). Secondo l'ISTAT, nel 2021, nel Mezzogiorno 1 famiglia su 5 vive in abitazioni senza riscaldamento (8% nella media nazionale). Molto interessante il rapporto che Legambiente pubblica ormai da 5 anni sull'efficienza energetica nelle periferie, “Il diritto a vivere in Classe A”, un viaggio lungo la Penisola che racconta di luoghi in cui efficienza energetica e il diritto a vivere in case dignitose rappresentano una chimera; di un'edilizia popolare vetusta, poco mantenuta e curata, cui si accompagnano dispersioni degli infissi, involucri poco coibentati e sistemi murari disperdenti. Criticità che acuiscono le disuguaglianze già vissute prima dell'emergenza sanitaria e aggravate dal caro bollette post-pandemia e post-guerra³⁵.

I dati sulla spesa media mensile delle famiglie con figli minorenni dell'ISTAT evidenziavano forti disuguaglianze, a partire dal fatto che le famiglie del quinto più povero destinavano quasi la metà della spesa mensile all'abitazione, incluso l'affitto, l'elettricità, il gas e l'acqua: nel 2021 queste voci assorbivano quasi il 47% del bilancio familiare al Centro-Nord e il 40% nel Mezzogiorno. In termini assoluti, però, queste famiglie spendevano poco più di 600 euro al mese (meno di 600 euro nel meridione), mentre le famiglie appartenenti al quinto più benestante spendevano il triplo (al Centro, il quadruplo), che tuttavia assorbiva solo 1/3 del loro bilancio familiare. Infine, i dati rilasciati dal Ministero dell'Interno³⁶ indicano che i provvedimenti di sfratto per morosità in abitazioni erano circa 50 mila nel 2019 e sono scesi, per via dei blocchi durante l'emergenza pandemica, a 32.500 nel 2020, per poi risalire ad oltre 38 mila nel 2021, di cui più del 10% a Roma. Mancano tuttavia dati approfonditi e a livello microterritoriale sulla povertà abitativa dei bambini e sulle reali condizioni in cui versa il patrimonio di alloggi di edilizia pubblica.

³⁴ Caritas, *Casa e Abitare nel PNRR Analisi e prospettive*, marzo 2022, pag. 6
https://archivio.caritas.it/materiali/Italia/qrrp/qrrp_num1_mar2022.pdf

³⁵ Legambiente, *Rapporto Civico 5.0, Il diritto a vivere in classe A*, maggio 2022. Tra i 9 quartieri analizzati nel rapporto di quest'anno, anche San Giovanni a Teduccio a Napoli, dove è sorta la prima comunità energetica rinnovabile e solidale in Italia.

³⁶ Procedure per rilascio immobili ad uso abitativo, Ufficio statistico del Ministero dell'Interno,
http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Procedure_di_rilascio_di_immobili_ad_uso_abitativo_int_00004-7734141.htm

Il mix micidiale: cibo e sedentarietà

La formula è una semplice frazione: al numeratore c'è il peso e al denominatore il quadrato dell'altezza. Serve per calcolare l'indice di massa corporea (BMI, body mass index), l'indicatore biometrico utilizzato a partire dagli anni Ottanta per classificare le persone nelle categorie del "sottopeso", "normopeso", "sovrappeso", "obesità". Il parametro funziona perfettamente per gli adulti, ma la valutazione nelle bambine, nei bambini e negli adolescenti è più complessa perché il fisico cambia negli anni e la formula deve essere adattata tenendo conto di fattori come l'età e il sesso.



Gli epidemiologi hanno attualmente a disposizione tre criteri diversi per la definizione di sovrappeso e obesità nei bambini, quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, quello dei Centers for Disease Control and Prevention americano e quello dell'International Obesity Task Force. In base al parametro utilizzato, la stima della percentuale di bambini obesi o in sovrappeso in un determinato Paese può dare risultati differenti e la comunità scientifica da tempo chiede di uniformare il metodo di calcolo per avere dati omogenei. Il parametro usato dall'OMS per definire l'obesità, per esempio, è particolarmente sensibile e, di conseguenza, la percentuale di bambini obesi calcolata con quel criterio risulta più alta di quella misurata con gli altri parametri.

La questione metodologica, come ha fatto notare un gruppo di pediatri italiani, non è di poco conto visto che in base ai dati si decidono le politiche sanitarie, gli screening e i programmi di prevenzione. Considerando i rischi per la salute dell'obesità infantile, un documento di consensus delle società scientifiche SIP (Società Italiana di Pediatria) e SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica) invitava a prendere le misure con "il metro" dell'OMS nella convinzione che, in questo caso, sia meglio peccare per eccesso che per difetto. Secondo le stime dell'OMS in Italia è obeso il 17% dei bambini tra i 5 e i 9 anni. Con la metodologia dell'International Obesity Task Force, usata nelle statistiche nazionali, risulta obeso il 9,4 per cento dei bambini della stessa fascia di età. I dati si riallineano quando ci si riferisce al sovrappeso in generale (ossia l'insieme dei bambini sovrappeso e obesi è più o meno lo stesso). Significa, in sostanza, che una parte dei bambini che in Italia sono considerati sovrappeso vengono classificati come obesi dall'OMS.

Nel confronto internazionale, indipendentemente dalla formula adottata, il nostro Paese resta sempre ai vertici della classifica europea con la più alta percentuale di bambini in sovrappeso insieme a Cipro, Spagna, Malta e Grecia, con una prevalenza tra il 30 e il 40%, più del doppio della Danimarca. E c'è più di un indizio, dopo numerosi segnali di allarme lanciati dai pediatri e sui primi dati disponibili delle indagini ISTAT sull'attività fisica, che la pandemia abbia notevolmente peggiorato la situazione. Ad esempio, i dati elaborati dall'ISTAT sulla fascia d'età 3-10 anni, mostrano che in Italia i maschi in sovrappeso o obesi sono aumentati dal 33,1% (media 2018-2019) al 35,2% (media 2020-2021), mentre le femmine della stessa età mostravano un'incidenza del 32% nel 2018-19 che con la pandemia, nella media 2020-2021, ha raggiunto il 33,7%. In generale, il tasso di bambini 3-10 anni in sovrappeso o obeso è aumentato di 2 punti percentuali (dal 32,6% al 34,5%). Questa fascia d'età è la più colpita dal sovrappeso, mentre nella fase di crescita adolescenziale l'incidenza cala, infatti per la fascia d'età più ampia, dai 3 ai 17 anni, l'ISTAT calcola che in Italia il problema riguardava nel 2020-2021 oltre un quarto delle bambine, bambini e adolescenti, il 27%, con nette differenze tra Regioni: dal 12% della Valle d'Aosta e il 17% del Trentino-Alto Adige fino ad oltre il 37% della Campania e il 36% della Calabria.

L'ultima indagine di OKkio alla SALUTE, il sistema di sorveglianza dell'Istituto Superiore di Sanità sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni), raccoglie i dati



OBESITÀ E SOVRAPPESO EFFETTO PANDEMIA

La pandemia ha avuto un effetto anche su obesità e sovrappeso. I dati ISTAT ci dicono che il tasso di bambini 3-10 anni in sovrappeso o obeso è aumentato di 2 punti percentuali (dal 32,6% del 2018-19 al 34,5% del 2020-21). Quando i bambini crescono, il fenomeno diventa meno diffuso (la media nella fascia 3-17 anni è del 27%). Rimane comunque una netta differenza regionale, con il Mezzogiorno al di sopra della media.

Bambini e ragazzi di 3-17 anni in sovrappeso o obesi (%)

Anni 2020-2021

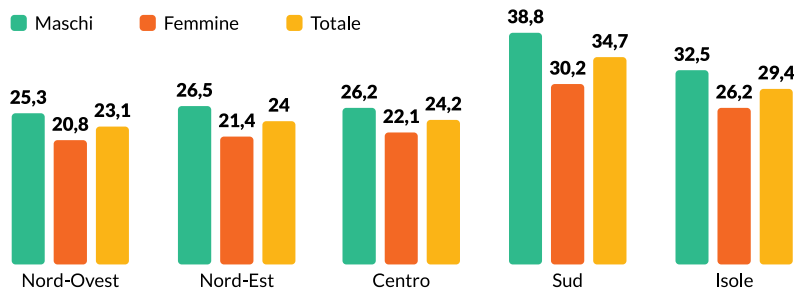


3-17enni in sovrappeso o obesi (%)

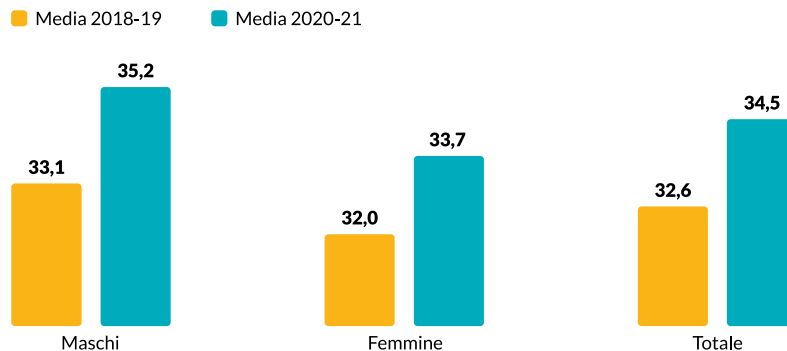
- 12,2 - 18,4
- 20,4 - 23,6
- 23,4 - 26,5
- 28,3 - 31,5
- 34,4 - 37,6

Bambini e ragazzi di 3-17 anni in sovrappeso o obesi (%)

Anni 2020-2021



Bambini e ragazzi di 3-10 anni in sovrappeso o obesi (%)
Confronto media 2020-2021 e media 2018-2019

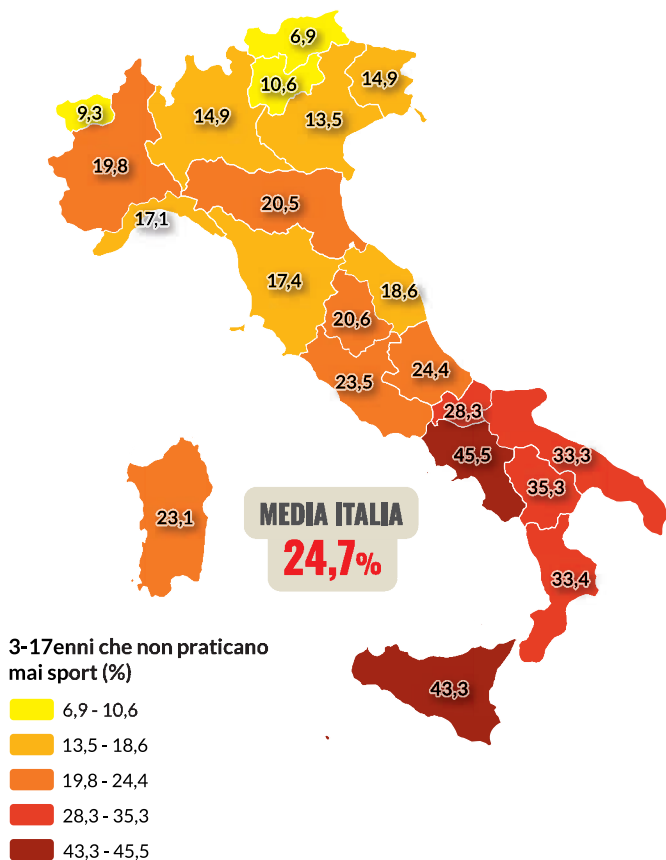


I SEDENTARI

Oltre alla dieta sbagliata, a contribuire all'aumento di peso è la sedentarietà. Bambine, bambini e adolescenti italiani si muovono poco: in media il 24,7%, un quarto, non pratica mai sport, secondo i dati dell'indagine "Aspetti della vita quotidiana" dell'ISTAT. Anche in questo caso con una notevole disparità regionale. E i dati provenienti dall'indagine UISP-Svimez mostrano come lo spostamento quotidiano avvenga per lo più con l'automobile.

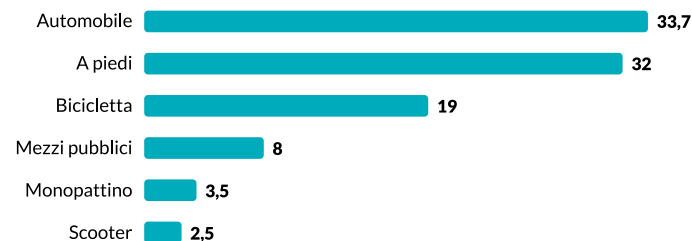
Bambini e ragazzi di 3-17 anni che non praticano mai sport

Anni: 2020/2021 - Fonte: ISTAT



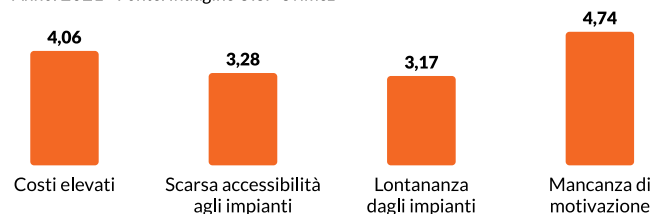
Bambini e ragazzi di 3-15 anni per mezzo di spostamento quotidiano (%)

Anno: 2021 - Fonte: Indagine UISP-Svimez



Motivazioni addotte alla mancata pratica sportiva (scala da 1 a 10)

Anno: 2021 - Fonte: Indagine UISP-Svimez



del 2019 e non tiene conto quindi delle conseguenze del lockdown sul peso dei bambini. Su oltre 50mila alunni della terza classe della scuola primaria, il 20,4% è risultato in sovrappeso e il 9,4% obeso. I maschi mostravano valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi 9,9% vs femmine 8,8%). I chili in eccesso non erano distribuiti uniformemente sul territorio nazionale. In base alle stime emerge che un bambino che viveva in una regione del Sud o in una famiglia in condizioni economiche disagiate aveva maggiori probabilità di accumulare grasso in eccesso e di compromettere così la salute cardiometabolica nell'immediato e per gli anni a venire rispetto a un coetaneo del Nord o di una famiglia più agiata con maggiori possibilità di accedere ad attività sportive e cibi di qualità.

“Le conseguenze per la salute del sovrappeso sono diverse: anomalie ossee dovute al peso, ad esempio le gambe arcuate, le alterazioni a livello epatico, il cosiddetto fegato grasso che a lungo andare può portare a una fibrosi epatica, anticamera del trapianto di fegato. Inoltre ci sono le conseguenze psicosociali: un bambino obeso rischia maggiormente di essere bullizzato, venire emarginato e non partecipare ad eventi sociali, anche se come risultato di diverse campagne contro il bullismo le nuove generazioni sembrano molto attente ad evitare il body shaming nei confronti dei loro pari. C'è poi il problema del respiro”. “I ragazzi in sovrappeso sono soggetti ad apnee notturne e spesso hanno bisogno di apparecchi per respirare durante la notte”, spiega Marco Cappa, responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Endocrinologia del Bambino Gesù di Roma.

I chili di troppo modificano addirittura la forma del cuore dei bambini. Secondo un recente studio del King's College London pubblicato su *European Heart Journal - Cardiovascular Imaging* il cuore di un bambino obeso è diverso nella forma, nelle dimensioni, nell'orientamento da quello di un suo coetaneo non in sovrappeso. È più arrotondato del normale, più inclinato rispetto all'asse verticale e alcune parti del ventricolo sinistro hanno un volume maggiore. Nel complesso è più grande di quello dei bambini normopeso. Per gli scienziati è altamente probabile che le alterazioni dell'anatomia cardiaca in età infantile siano fattori di rischio per le malattie cardiovascolari in età adulta.

Un bambino in sovrappeso o obeso ha anche maggiori probabilità di avere la pressione alta sin da piccolo. Per i ricercatori dell'Università di Napoli Federico II che hanno firmato un consensus paper sull'*European Heart Journal* in nove casi su dieci l'ipertensione nei bambini e negli adolescenti, un problema sempre più diffuso, è dovuta a uno stile di vita non salutare che porta al sovrappeso. Si stima infatti che meno del 2% dei bambini normopeso sia iperteso, rispetto al 5% dei bambini sovrappeso e il 15% dei bambini obesi. E quando si parla di stile di vita scorretto ci si riferisce a due fattori di rischio ben noti: cattiva alimentazione e scarsa attività fisica. L'ago della bilancia sale soprattutto per quei due motivi. È tutto ben documentato nel rapporto di OKkio alla salute. Il 35,6% dei bambini mangia poco e male a colazione e il 55,2% compensa la fame con merende troppo sostanziose a metà mattina. Il 24,3% non consuma quotidianamente frutta e verdura mentre il 48,3% sgranocchia snack

Body shaming

Si chiama body shaming il fatto di deridere qualcuno per il suo aspetto fisico, quando questo non è conforme ai canoni estetici imposti dalla società. Questo fenomeno è piuttosto frequente: un recente sondaggio realizzato da Skuola.net e condotto su un campione di più di 6 mila giovani di età compresa fra i 10 e i 17 anni ha infatti rivelato che 9 intervistati su 10 sono stati vittime di body shaming almeno una volta nella vita.



Riccardo Venturi per Save the Children

dolci più di tre giorni a settimana. L'altro tasto dolente è l'attività fisica. Il 20,3% dei bambini nel 2019 non aveva svolto alcuna attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 43,5% aveva la TV nella propria camera da letto e il 44,5% dei bambini trascorrevano più di 2 ore al giorno davanti a uno schermo (TV, tablet, cellulare). "Va sottolineato che c'è un determinante economico sociale anche nell'obesità. Gli strati sociali meno abbienti sono più a rischio di obesità grave. Il cibo di basso costo infatti ha un impatto negativo sulla salute", specifica Cappa.

Parla chiaro anche l'ultimo rapporto dell'OMS sull'obesità in Europa (*WHO European Regional Obesity Report 2022*): i bambini appartenenti a famiglie più povere sono più esposti a una serie di fattori "obesogenici" come l'obesità materna, una dieta sbilanciata, difficoltà di accesso ai servizi sportivi. I dati europei mostrano anche evidenti disparità nel tempo passato davanti allo schermo e nella partecipazione a circoli sportivi e ad attività extra-scolastiche tra i bambini di età compresa tra 6 e 9 anni. Nelle famiglie in condizione socioeconomica svantaggiata aumenta l'uso di dispositivi elettronici e della televisione e diminuisce la partecipazione alle attività sportive.

Vale lo stesso anche in Italia come raccontavano i numeri dell'ISTAT già prima della pandemia, per gli anni 2017-2018: "Il gap territoriale Nord-Sud è forte: fatta eccezione per la Sardegna, nella maggior parte delle Regioni meridionali e insulari più di un ragazzo su quattro non pratica sport né attività fisica. Viceversa, le percentuali più elevate si rilevano nella Provincia Autonoma di Bolzano (74,5%), in Friuli-Venezia Giulia (73,2%), Valle d'Aosta (72,6%) e Liguria (71,6%). Anche per la pratica sportiva degli e delle adolescenti le differenze sono marcate sia rispetto al titolo di studio dei genitori che al livello delle risorse economiche della famiglia. Sono soprattutto quelli che vivono in famiglie con status socioculturale più basso a presentare i livelli più elevati di sedentarietà: non pratica sport né attività fisica il 32,1% di quanti vivono in famiglie i cui genitori hanno al massimo la terza media contro il 12,9% di chi vive in famiglie in cui almeno un genitore è laureato"³⁷.

Dopo il Covid la situazione è ancora peggiorata: molti circoli sportivi e palestre, anche nelle Regioni più virtuose, hanno riaperto con un numero di iscritti notevolmente inferiore rispetto agli anni precedenti. La sedentarietà nella fascia di età 3-17 è aumentata ovunque ma le differenze regionali restano. In generale, secondo i nuovi dati dell'ISTAT, la percentuale di bambine, bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni che pratica sport in modo continuativo è crollata dal 54,1% del 2019 al 36,2% del 2021. Covid-19, insomma, ha strappato allo sport il 20% dei giovani che prima dell'emergenza sanitaria svolgevano regolare attività fisica. Così tra il 2019 e il 2021 le Regioni del Nord sono passate dal 62,4% di bambine, bambini e adolescenti sportivi al 42,9% e il Mezzogiorno dal 42,5% al 24,5%. A rinunciare alle attività sportive sono stati soprattutto i bambini tra i 3 e i 10 anni di età: nel 2019 praticava sport in maniera continuativa il 51,6% dei bambini di quella fascia di età, nel 2021 solo il 28,5%. Per avere un confronto: nella fascia di età 11-17 il calo è stato inferiore con la percentuale di sportivi scesa dal 56,7% del 2019 al 44,1% del 2021. I maschi sono in generale più sportivi delle femmine, ma la differenza tra i due generi è

Sport pop

Palermo, quartiere La Kalsa. Venti squadre miste – bambini e bambine di età diverse, di diversa origine e classe sociale – si sfidano a rotazione su un campetto in rovina. Calcio, pallavolo, cricket. Padova, quartiere periferico di Arcella. In un capannone circondato da prati trascurati, macerie e case popolari, una ventina di bambini – figli di immigrati di prima o seconda generazione – corre, salta e si diverte inseguendo una palla. Roma, quartiere di San Lorenzo. In una serie di campetti di proprietà della chiesa, che stavano per essere trasformati in parcheggi e strutture per il padel, la squadra mista di calcio si prepara ad affrontare una partita di campionato. Negli altri campi, tutto intorno, grandi e piccini si allenano a calcio, basket, rugby, pallavolo. In nome del profitto, le città sottraggono gli spazi a chi vorrebbe giocare o fare sport. In queste e in altre città d'Italia, alcune associazioni dello sport popolare si sono riprese quegli spazi e li difendono con tutti i mezzi che hanno, per offrire a tutti, e soprattutto ai più giovani, la possibilità di crescere attraverso lo sport.

Articolo di Pisapia L., *Tutti devono giocare*, L'Essenziale, 14 ottobre 2022

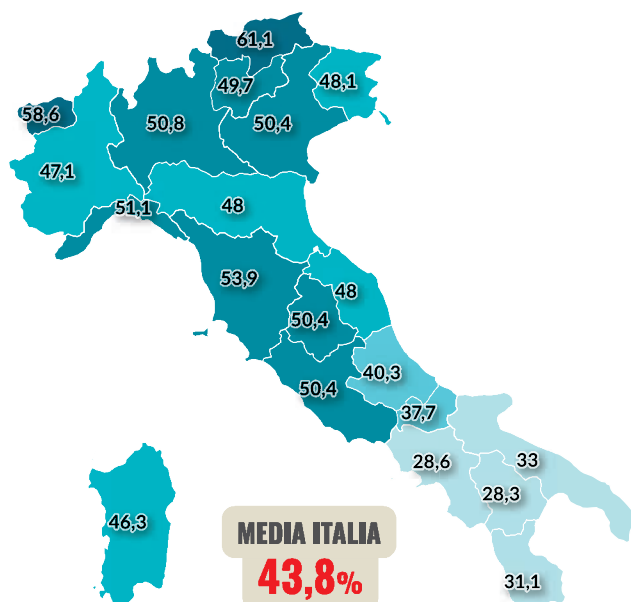
³⁷ ISTAT, Report Stili di vita di bambini e ragazzi, anni 2017-2018 https://www.istat.it/it/files/2019/10/Report_Stili_di_vita_minori.pdf

BAMBINE E BAMBINI SPORTIVI

Nel 2020-2021 ha praticato sport in maniera continuativa nel nostro Paese il 43,8% dei bambini tra i 3 e i 17 anni, nel Mezzogiorno solo uno su tre. Ma guardando solo al 2021, il peggioramento dovuto alle restrizioni dell'emergenza Covid è enorme (dal 54% del 2019 al 36%), soprattutto per i bambini di 3-10 anni. Inoltre nella diffusione della pratica sportiva pesano ancora di più le disuguaglianze socio-culturali, di genere e la carenza di strutture soprattutto in alcune aree del Paese.

Bambini e ragazzi di 3-17 anni che praticano sport in modo continuativo (%)

Media anni 2020-2021 - Fonte: ISTAT

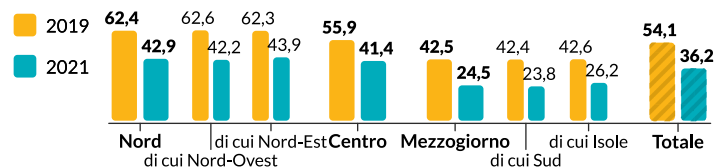


3-17enni che praticano sport in modo continuativo (%)

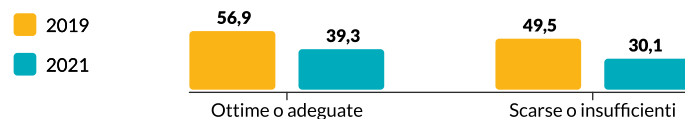
- 28,3 - 33
- 37,7 - 40,3
- 46,3 - 48,1
- 49,7 - 53,9
- 58,6 - 61,1



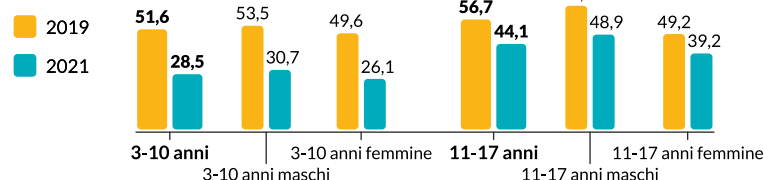
Bambini e ragazzi di 3-17 anni che praticano sport in modo continuativo per ripartizione geografica (%) - Confronto anni 2019-2021



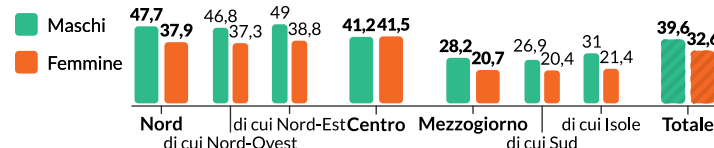
Bambini e ragazzi di 3-17 anni che praticano sport in modo continuativo per condizioni economiche della famiglia (%) - Confronto anni 2019-2021



Bambini e ragazzi che praticano sport in modo continuativo per genere e fasce di età (%) - Confronto anni 2019-2021



Bambini e ragazzi di 3-17 anni che praticano sport in modo continuativo per genere e ripartizione geografica - Anno 2021



particolarmente spiccata nel Mezzogiorno dove nel 2021 ha svolto attività fisica il 28,2 % dei maschi tra i 3 e i 17 anni e il 20,7% delle femmine della stessa età (al Nord: maschi 47,7 % e femmine 37,9%; al Centro: maschi 41,2% e femmine 41,5%). Colpisce inoltre come il divario tra bambini e ragazzi provenienti da famiglie benestanti e in difficoltà economica si sia ampliato: i primi hanno ridotto la quota degli sportivi dal 56,9% al 39,3, i secondi dal 49,5% al 30%, un tonfo di quasi 20 punti percentuali. In media, nel 2020-2021, la percentuale di bambine, bambini e adolescenti che pratica sport in modo continuativo è del 43,8% con livelli più bassi al Sud (Sicilia 29,1%) e più alti al Nord (Trentino 61,1%). La media dei 3-17enni che non fanno alcuna attività sportiva è del 24,7%, 1 su 4, con picchi del 45,5% in Campania.

“Prima della pandemia – specifica Cappa - si cominciava a notare un trend di miglioramento, grazie al lavoro dei pediatri e degli endocrinologi ma si teme che il lockdown abbia compromesso questi progressi. Per avere una valutazione ufficiale serviranno i dati aggiornati dell’Istituto Superiore di Sanità, ma possiamo intanto riportare quello che noi medici stiamo osservando nei nostri centri. Nel Lazio per esempio avevamo un 30% tra obesi e sovrappeso, ma questa percentuale è aumentata del 15-20%. Si tratta evidentemente di un rebound legato all’inattività dei ragazzi. In Campania dove il sovrappeso in età pediatrica era già più alto della media nazionale, le conseguenze del Covid saranno ancora più preoccupanti». I dati dell’ISS sui chili che i bambini della primaria hanno accumulato durante la pandemia devono ancora essere diffusi, ma conoscendo l’impatto di Covid sull’attività sportiva le previsioni non possono essere ottimistiche”.

Secondo l’indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” dell’ISTAT condotta nella primavera del 2021 non ha svolto né sport né attività fisica il 24,9% dei bambini tra i 6 e i 10 anni (rispetto al 18,5% del 2019), il 21,3% di quelli tra 11 e i 14 anni (rispetto al 15,7) e il 19,9% dei ragazzi tra 15-17 anni (rispetto al 18,7%)³⁸. E dato che nel frattempo le famiglie si sono impoverite e i costi degli impianti sportivi sono invece aumentati, l’attività sportiva dei figli potrebbe essere diventata dopo il Covid una spesa per molti insostenibile. Tanto per alimentare il circolo vizioso, poi, gli impianti sportivi pubblici scarseggiano al Sud e sono molto più diffusi al Nord, come emerge dal rapporto Uisp (Unione Italiana Sport Per tutti) 2021. “L’attitudine alla pratica sportiva non è omogenea nelle diverse Regioni del Paese anche, probabilmente, per una differente disponibilità di strutture organizzate, di servizi e facilities, di personale specializzato. Pesano nella diffusione della pratica sportiva anche le disuguaglianze socioculturali”, si legge nel documento³⁹. Anche le voci delle famiglie raccolte dai Punti Luce confermano gli ostacoli che si leggono nei rapporti ufficiali. Ad esempio, Francesca Donnicola del Punto Luce di Brindisi racconta come molti genitori sono preoccupati dell’essere sovrappeso dei figli che, in effetti, negli ultimi anni sembra un problema più diffuso tra i ragazzi e le ragazze che si rivolgono al Punto Luce. Mentre Pina Lipari del Punto Luce di Palermo Zisa lamenta che, se un certificato medico per svolgere attività fisica costa dai 40 ai 70 euro, è facile che una famiglia in difficoltà rinunci a mandare il figlio a praticare uno sport anche per non doversi sobbarcare questa ulteriore spesa.

³⁸ ISTAT, Aspetti della vita quotidiana <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=24359#>

³⁹ UISP, Svimez, Sport e Salute, Il costo sociale della sedentarietà, settembre 2021

COVIBESITY

I bambini e le bambine tra i 5 e gli 11 anni dell'era Covid pesano in media 2,30 chili in più dei loro coetanei del periodo pre-pandemico. Il dato è riportato⁴⁰ in una indagine condotta negli Stati Uniti dove il tasso di sovrappeso e obesità infantile era già tra i più elevati al mondo. L'unione di Covid e obesità è stata battezzata "Covibesity" e ha già tenuto impegnati gli epidemiologi per calcolarne la diffusione e quantificarne gli effetti. I più meticolosi sono stati per ora quelli dei Centers for Diseases Control and Prevention degli Stati Uniti che hanno confrontato le tendenze dell'indice di massa corporea di oltre 430 mila bambine, bambini e adolescenti tra i 2 e i 19 anni prima e durante la pandemia (dal 1° gennaio 2018 al 29 febbraio 2020 e dal 1° marzo al 30 novembre 2020). Tra il periodo pre-pandemico e quello pandemico, il tasso di aumento mensile dell'indice di massa corporea è circa raddoppiato⁴¹.

E i bambini che erano già in sovrappeso nel periodo pre-pandemico hanno guadagnato più chili degli altri. In questo modo la percentuale di bambine, bambini e ragazzi obesi in un anno è aumentata di oltre 5 volte. Per esempio: nell'agosto del 2019, prima di Covid quindi, la percentuale di individui obesi tra i 2 e i 19 anni era del 19,3%, nell'agosto del 2020

era del 22,4%. I più colpiti dalla covibesity sono stati i bambini e le bambine tra i 6 e gli 11 anni: in questa fascia di età l'indice di massa corporea pandemico è risultato 2,5 volte superiore a quello pre-pandemico.

La tendenza osservata negli Stati Uniti ha allarmato i pediatri italiani che conoscono bene i tassi di sovrappeso e obesità infantile del nostro Paese. Già prima della pandemia in Italia si registravano percentuali di sovrappeso pari al 20,4% e di obesità pari al 9,4%. La sospensione delle attività sportive, la didattica a distanza, le ore trascorse in casa seduti davanti a uno schermo attingendo dalla credenza merendine scaccia-noia non promettono nulla di buono. Covid-19 ha pesato sui bambini, nel vero senso della parola. Circa il 40% dei bambini ha modificato le proprie abitudini alimentari durante la pandemia, il 27% ha mangiato di più, incrementando in particolare il consumo di snack (60,3%), di succhi di frutta (14%) e di bibite (10,4%). Durante i mesi di chiusura delle scuole il tempo passato davanti a uno schermo è aumentato di circa 5 ore al giorno nei bambini di età compresa tra 6 e 18 anni (complice la Dad)⁴². Tutto ciò si ripercuote sulla bilancia.

⁴⁰ Woolford S. et al, *Changes in Body Mass Index Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic*, JAMA, August 27, 2021.

⁴¹ www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7037a3.htm?s_cid=mm7037a3_w

⁴² L'impatto degli stili di vita della SARS CoV 2 https://sip.it/wp-content/uploads/2021/12/Pediatri_a10-11_web_pag_14-15_CORR.pdf

I CONSIGLI DELLA SIP

Per contrastare gli effetti della covibesity, la Società Italiana di Pediatria aderisce al progetto “Non siete soli” promosso da Eni Foundation, in collaborazione con CISOM, Caritas Ambrosiana e Fondazione Banco Alimentare che prevede campagne educative rivolte alle famiglie, ai ragazzi e iniziative nelle scuole.

Ma quali sono le principali raccomandazioni per una corretta alimentazione in età pediatrica e adolescenziale? La Società Italiana di Pediatria (SIP) ha 7 consigli da dare a proposito:

1 Non solo cibo, ma anche convivialità, si ai pasti consumati in famiglia. Sono momenti importanti per la giornata del bambino e gli studi rivelano che queste occasioni di consumo aiutano a mantenere una dieta più ricca e varia, tanto che risultano avere un lieve effetto protettivo contro lo sviluppo di sovrappeso e obesità nei bambini. Si consiglia quindi di consumare almeno 5 pasti alla settimana in famiglia per promuovere sani comportamenti alimentari.



Alessia Matriacovo per Save the Children

2 Consumare 5 pasti giornalieri, fino ai 12 anni, poiché è stato dimostrato che tale numero di pasti al giorno riduce il rischio di obesità. Infatti, gli studi suggeriscono un possibile effetto nella riduzione del senso di fame garantito da regolari frequenze alimentari. Oltre ai 3 pasti principali (colazione, pranzo e cena), si raccomanda dunque di consumare 2 spuntini, uno a metà mattina e uno a metà pomeriggio con l'intenzione di ridurre la fame fino al pasto successivo.

3 Non saltare la prima colazione. Consumare cibo nella fascia oraria compresa tra le 6 e le 9 del mattino riduce il rischio di sviluppare obesità in età pediatrica. Al contrario se la prima colazione viene saltata si verifica un consumo di alimenti eccessivo e sproporzionato nelle ore successive, che incide sul bilancio energetico con un eccesso di assunzione energetica rispetto alla spesa energetica giornaliera.

4 **Fare attenzione alla composizione del pasto.** Numerosi studi dimostrano, ad esempio, l'impatto negativo del consumo di cibi da fast food nel bambino. Inoltre, alcuni studi confermano che il rischio aumenta con l'aumentare dell'età, ovvero maggiore è l'autonomia nella scelta dei cibi da parte dei ragazzi, maggiore è la volontà di consumare alimenti da fast food. Altrettanto importanti risultano le scelte degli snack, da limitare quelli con elevato contenuto energetico, ricchi in grassi saturi, zuccheri raffinati e sale.

5 **Limitare le bevande zuccherate.** Sono drink o bevande arricchite con dolcificanti calorici il cui consumo elevato causa un'elevata introduzione di zuccheri liberi sia in bambini che adulti. Si raccomanda di proporre ai bambini un consumo quotidiano di acqua evitandole.

6 **Attenzione alle porzioni degli alimenti,** è stato infatti evidenziato in numerosi studi che il consumo alimentare giornaliero dei bambini a partire dai 4 anni sia ampiamente influenzato dalla dimensione della porzione che viene servita loro, da qui l'importanza di educare i genitori a stimare porzioni corrette per i propri figli in base all'età.

7 **Incoraggiare un'attività fisica giornaliera** di intensità moderata-vigorosa per almeno 60 minuti in tutti i soggetti di età compresa tra 3 e 17 anni. No alla sedentarietà e si a limitare il tempo speso davanti agli schermi specialmente durante i pasti.

“Il modello alimentare di riferimento è la Dieta Mediterranea, ricca di alimenti di origine vegetale (verdure frutta, cereali integrali, legumi, semi), caratterizzata dall'impiego di olio di oliva come principale fonte di grassi aggiunti e da un consumo moderato di pesce, uova, pollame e prodotti caseari abbinato ad un ridotto consumo di carne rossa. Diversi studi su bambini e adolescenti hanno dimostrato che minore è l'aderenza al modello mediterraneo e maggiore è la prevalenza di sovrappeso e obesità”, spiega Elvira Verduci Consigliere Nazionale SIP e Professore Associato di Pediatria all'Università degli Studi di Milano.

P Più casi di pubertà precoce

Tra marzo e settembre 2020 i casi di pubertà precoce o anticipata osservati sono più che raddoppiati rispetto allo stesso periodo del 2019. Uno studio osservazionale coordinato dall'Ospedale Bambino Gesù che ha coinvolto i centri di Endocrinologia pediatrica dell'Ospedale Gaslini di Genova, del Policlinico Federico II di Napoli, dell'Ospedale Pediatrico Microcitemico di Cagliari e della Clinica Pediatrica Ospedale di Perugia, ha rilevato 338 casi contro i 152 dell'anno precedente. Il fenomeno ha interessato soprattutto bambine di età intorno ai 7 anni. Lo studio, pubblicato dalla rivista *Endocrine Connections*, conferma i numeri della precedente ricerca del Reparto di Endocrinologia del Bambino Gesù, (*Italian Journal of Pediatrics* 2021) e prova a gettare luce sulle cause attraverso interviste telefoniche alle famiglie dei pazienti. Anche se non è possibile definire un sicuro nesso causale, i risultati suggeriscono che un evento stressante (come il primo lockdown del 2020) possa aver innescato una precoce attivazione puberale in soggetti predisposti a causa di uno stile di vita più sedentario già presente prima della pandemia.

Il diritto di mangiare bene

La povertà alimentare colpisce talvolta anche i bambini che vivono in Italia, nonostante il nostro Paese faccia parte del “mondo ricco e sviluppato”. Nel 2021, il 5,2% dei giovani tra 1 e 15 anni non consumava un pasto proteico al giorno, secondo l’indagine Eu-Silc (Indagine sul reddito e le condizioni di vita ISTAT). Stessa percentuale al Nord, più elevata nel Mezzogiorno (6,7%) e più contenuta nelle regioni centrali (2,7%).

Il modo più efficace per azzerare la povertà alimentare dei bambini e delle bambine dai 3 ai 10 anni è garantire un pasto proteico ed equilibrato e di qualità (possibilmente biologico e a chilometro zero) a scuola, cioè avere la possibilità di usufruire di una mensa alla scuola dell’infanzia e alla scuola primaria. Ma la mensa scolastica rappresenta anche un servizio essenziale per garantire opportunità eguali di salute e di apprendimento: un’alimentazione corretta a scuola infatti contribuisce allo sviluppo psico-fisico dei bambini, soprattutto di coloro che a casa non hanno a disposizione un’alimentazione adeguata alla loro crescita. Questo rafforza anche le capacità cognitive, oltre al fatto che la condivisione del pasto rappresenta un importante momento di sviluppo socio-relazionale. La mensa è inoltre condizione essenziale per assicurare un tempo scuola più ampio, una leva fondamentale per contrastare la povertà educativa. Una recente analisi di Save the Children⁴³ mostra inoltre come, nelle province ove si concentrano gli alunni che vivono in famiglie più svantaggiate dal punto di vista socio-economico e culturale, la presenza della mensa alla scuola primaria sia correlata a migliori risultati scolastici, così come misurati dai test Invalsi.

🔍 Povertà alimentare diffusa

“Ti è mai capitato di aprire il frigorifero, la dispensa e di trovarla con poco cibo o addirittura vuota?” Sono le parole di Giorgia, 14 anni, una delle 66 interviste in profondità raccolte nel rapporto “Cresciuti troppo in fretta” lanciato ad ottobre da ActionAid. Il rapporto indaga la povertà alimentare dalla prospettiva degli adolescenti tra 11 e 16 anni di età che vivono in famiglie che si rivolgono ad enti di assistenza a Corsico e Baranzate, in provincia di Milano, e a Siena. Tra le famiglie intervistate, il 74% è in ritardo con le bollette, l’87% non può affrontare spese extra e impreviste, il 42% dichiara di non potersi permettere un pasto adeguato per sé e i propri figli.

ActionAid, *Cresciuti troppo in fretta. Gli adolescenti e la povertà alimentare in Italia.*



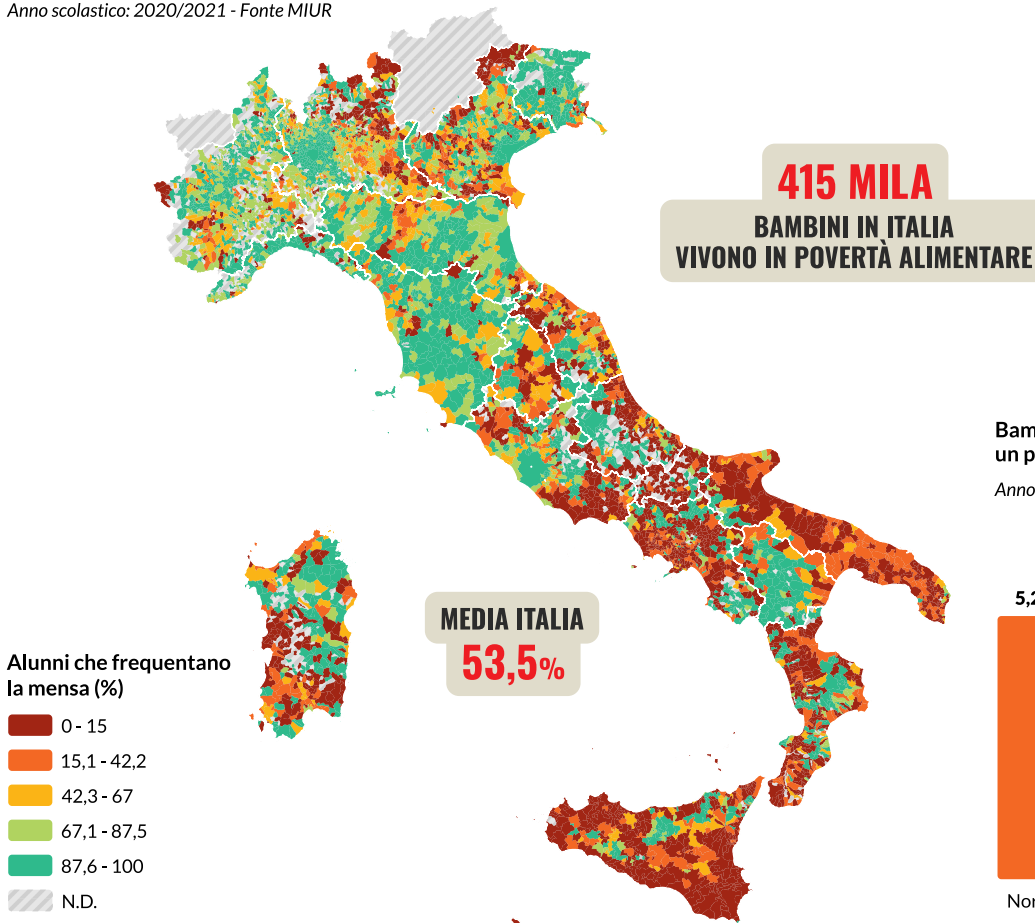
⁴³ Save the Children, *Alla ricerca del tempo perduto: Un'analisi delle disuguaglianze nell'offerta di tempi e spazi educativi nella scuola italiana*, settembre 2022, <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/allaricerca-del-tempo-perduto.pdf>

TUTTI A MENSA!

Nell'a.s. 2020/21 in Italia il 53,5% dei bambini alla scuola primaria (pubblica) mangiava a mensa, ma con enormi differenze Nord-Sud e in alcune regioni con sensibili variazioni interne, perché la mensa è un servizio offerto dai Comuni. La mensa deve diventare al più presto un servizio essenziale gratuito, dai 3 ai 10 anni, innanzitutto per scongiurare la povertà alimentare, che, nel 2021, colpisce 1 bambino su 20, bambini cioè che vivono senza un pasto proteico al giorno.

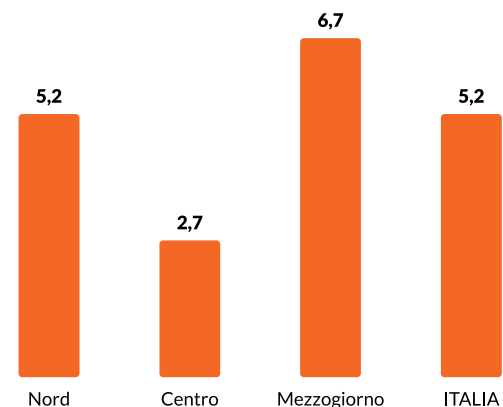
Alunni della scuola primaria che frequentano la mensa (%)

Anno scolastico: 2020/2021 - Fonte MIUR



Bambini di 1-15 anni che non consumano un pasto proteico al giorno (%)

Anno: 2021 - Fonte: Eu-Silc (EUROSTAT)



Negli anni, visto che il servizio di refezione scolastica è interamente a carico dei Comuni – che a loro volta richiedono la compartecipazione delle famiglie che ne usufruiscono – la distribuzione delle mense nelle scuole primarie in Italia è stata tale per cui queste sono molto più presenti e con maggiore qualità proprio nei Comuni più ricchi e organizzati del Paese. Laddove la povertà socioeconomica e la povertà educativa sono più incisive, invece, le mense sono merce rara: ad esempio, le province di Ragusa, Agrigento, Catania registrano percentuali inferiori al 10% di copertura, e Napoli e Palermo sotto al 6%. Sono province, queste ultime, dove più di uno studente su quattro proviene da famiglie appartenenti al quintile socioeconomico più basso. Osservando la mappa con la percentuale di alunni della primaria (pubblica) che frequentano la mensa al livello di singolo comune, appare subito evidente come la media italiana, del 53,5%, sintetizzi situazioni molto variegate: dalla Toscana in su prevalgono le aree in cui più di 2/3 degli studenti mangiano a mensa. Fanno eccezione il Veneto e la Lombardia orientale. Sardegna, Lazio e Abruzzo spaziano da zero al 100% con una variabilità enorme, la Basilicata invece è l'unica regione del Mezzogiorno in cui gran parte dei bambini mangiano a scuola.

Bisognerebbe garantire un pasto gratuito ed equilibrato al giorno per i bambini e le bambine della scuola primaria, indipendentemente dal fatto che vadano a scuola in un Comune finanziariamente povero, o in dissesto finanziario o sciolto per mafia e commissariato. Tutti i Comuni dovrebbero garantire il servizio mensa gratuito e di qualità almeno alla fascia di alunni in povertà relativa che frequentano le scuole pubbliche primarie e la scuola dell'infanzia. È urgente quindi che il Governo stabilisca un Livello Essenziale delle Prestazioni per il servizio di refezione scolastica intervenendo a sostegno delle spese correnti nei Comuni carenti. In prospettiva, poi, l'obiettivo è quello di ampliare il tempo pieno (40 ore) per tutti gli alunni dai 3 ai 10 anni, per migliorare gli apprendimenti, ridurre le disuguaglianze e sconfiggere la dispersione scolastica. Il PNRR ha a tal fine stanziato 960 milioni destinati all'estensione del tempo pieno nelle scuole primarie, di cui 400 milioni serviranno unicamente alla costruzione di mense. Mense e tempo pieno rappresentano però solo una condizione necessaria ma non sufficiente per combattere la privazione educativa, che dipende ancora molto dalle condizioni sociali, culturali ed economiche dei territori.

È importante quindi intervenire sulla formazione dei docenti, la didattica innovativa e inclusiva e aprire le scuole al territorio, creando reti che coinvolgano gli attori della comunità, volti a trasformare le scuole in spazi aperti e partecipativi, di sperimentazione educativa e sociale. E per ridurre le disuguaglianze di salute dei bambini nell'età in cui si affacciano nel mondo, dai 3 ai 10 anni, è fondamentale garantire loro un'alimentazione adeguata a scuola, così come scuole aperte e comunità educanti in cui sviluppare i loro talenti e capacità, non solo scolastici, ma anche nello sport, nella musica, nell'arte, nella cittadinanza digitale, nella lettura, investendo anche sugli spazi all'aperto e i giardini scolastici dove i bambini possano giocare in libertà. E pensare alla scuola anche come luogo fondamentale di promozione della salute e di sani stili di vita, in rete con gli altri servizi socio-sanitari del territorio. Solo un maggior coordinamento tra servizi sanitari, sociali e la scuola può promuovere il benessere di tutti i bambini, anche attraverso la prevenzione, e intercettare i bisogni e le fragilità.

Le mense nel PNRR

“Il PNRR ha stanziato 400 milioni per la costruzione di 1000 mense. Dal primo bando di gara, sono risultate valide solo 600 candidature su 1088. 100 milioni sono stati rimessi a bando e altri 200 milioni sono stati aggiunti dallo Stato per un totale di circa 300 milioni ancora da assegnare. Il nuovo bando è stato chiuso l'8 settembre 2022, dopo una proroga. Da un'analisi sui 600 progetti già assegnatari dei fondi emerge che solo poco più della metà degli interventi prevede l'effettiva costruzione di nuove mense. Il restante degli interventi saranno ristrutturazioni, demolizioni con ricostruzione, ampliamenti dei locali o riconversioni di spazi esistenti.”
Cristina Orlando e Luca Brugnara, economisti dell'Osservatorio Conti Pubblici, si sono occupati dell'offerta di mense scolastiche e dei fondi ad esse dedicate dal PNRR.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-il-pnrr-l-estensione-del-tempo-pieno-e-le-mense-scolastiche-nelle-scuole-primarie>

AULE VERDI

Giocare e imparare in spazi aperti, possibilmente in mezzo al verde, fa stare meglio sia fisicamente che mentalmente i bambini. Diverse ricerche lo hanno dimostrato: ad esempio un recente studio ha visto che la vicinanza alla vegetazione nei primi anni di vita favorisce una migliore funzionalità polmonare una volta compiuti i 10 anni, mentre ricerche dell'università dell'Illinois dimostrano come anche un'esposizione minima all'ambiente naturale migliori significativamente i sintomi dei bambini affetti da disturbi del comportamento.

In Italia, secondo il WWF, più di 40.000 cortili scolastici sono cementati, completamente inagibili o non fruibili, o in alcuni casi utilizzati solo per la ricreazione e l'attività motoria. Il WWF stima che negli edifici scolastici esistano più di 64,5 milioni di metri quadrati di spazi esterni che, se adeguatamente attrezzati, avrebbero il potenziale di migliorare la qualità dell'offerta didattica, l'educazione alimentare e civica, il benessere psico-fisico degli alunni e di tutta la comunità educante. Recuperare quegli spazi per creare aule verdi inclusive, ovvero aree all'aperto che consentano di giocare, imparare, relazionarsi con i compagni e riconquistare il rapporto con la natura, attraverso ad esempio orti didattici, microhabitat e giardini botanici è un

obiettivo raggiungibile. Si concilierebbero così i riconosciuti benefici dell'outdoor education in termini di benessere psico-fisico, socialità, prevenzione, sviluppo emotivo e intellettuale, con la possibilità di recuperare cortili scolastici inutilizzati, adottare aree verdi esterne alla scuola e recuperare aree degradate limitrofe. La scuola diventerebbe spazio aperto, inclusivo e comunitario che partecipa alla rigenerazione urbana di spazi a misura di bambino e garantisce equità nell'accesso alla natura.



I sentieri accidentati dell'apprendimento

“È la scuola un luogo dove la persona è riconosciuta in tutta la globalità di corpo e mente, di emozioni e ragione, di cuore e intelletto e dove si superano i dualismi come quello cartesiano tra pensiero e materia, o come quello tra soggetto e oggetto? Un luogo dove i verbi dello scrivere, parlare, ascoltare, leggere si coniugano con quelli dell'esplorare, costruire, danzare, mimare, sentire, fare, simulare, toccare, manipolare, interpretare e rappresentare, sperimentare e provare, o invece è lo spazio dell'unidimensionalità, della frammentazione, dell'oblio, non solo delle emozioni, ma anche delle proprie disposizioni particolari, uniche, della globalità della persona?” Se lo chiede Marco Orsi, insegnante pedagogista ideatore di una metodologia didattica che valorizza tutte le dimensioni proprie dell'individuo. Perché domandarselo? Le leggi, le direttive ministeriali, le circolari, le linee guida ripetono all'unisono la stessa parola: inclusione. La scuola italiana è sulla carta una scuola altamente inclusiva. Lo è diventata negli ultimi trent'anni aprendosi sempre di più alle tante diversità degli alunni, in un primo tempo semplicemente accettate e accolte poi considerate come importanti risorse. Si è partiti con la legge rivoluzionaria 517/77 che ha abolito le classi speciali per i ragazzi con disabilità, si è passati per la legge 170 del 2010 sui disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e si è arrivati al riconoscimento dei Bisogni Educativi Speciali con la direttiva ministeriale 27 dicembre 2012.

Sono le tappe di un percorso che, in sintesi, è iniziato rivendicando il diritto di essere tutti uguali e si è concluso affermando che siamo tutti diversi e che il compito della scuola non è più solo quello di evitare che le differenze si trasformino in disuguaglianze ma che le differenze, di qualunque tipo socio-culturali, linguistiche, di apprendimento, di funzionalità, siano considerate valori che arricchiscono l'intera comunità: la classe, la scuola, la società.

La normativa italiana riconosce l'inclusione come valore fondante del sistema educativo tanto da prevedere, con l'istituzione dei BES, il diritto ad un apprendimento personalizzato anche a studenti non certificati, non diagnosticati, non patologici: “ogni alunno con continuità o per determinati periodi, può manifestare Bisogni Educativi Speciali: o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali, rispetto ai quali è necessario che le scuole offrano adeguata e personalizzata risposta”⁴⁴.

Significa che la scuola va incontro a tutti gli alunni, anche a quelli la cui sintomatologia non rientra nei manuali diagnostici, a quelli che non hanno una certificazione di DSA (disturbi specifici dell'apprendimento, dislessia, disgrafia, discalculia) o di disabilità. Va incontro a quegli alunni che, semplicemente, da soli “non ce la fanno”. Perché sono demotivati, hanno difficoltà di relazione con i

Una scuola per i 5 sensi

Le Linee Guida per la progettazione delle 216 nuove scuole che saranno costruite con 1,189 miliardi di fondi PNRR prevedono “didattiche che integrino diversi stili cognitivi (visivo, verbale e non verbale, uditivo e cinestetico). Da questo punto di vista, la progettualità architettonica dovrebbe sapere valorizzare la centralità del corpo come dimensione chiave dell'apprendimento, soprattutto nel primo ciclo. Anche a scuola, infatti, la conoscenza può crescere grazie a spazi, ambienti e strategie didattiche pensati per favorire un apprendimento che coinvolga intenzionalmente corporeità e movimento. Un approccio multisensoriale facilita in particolare gli allievi con disturbi dell'apprendimento o che incontrano maggiori difficoltà con il canale visivo-verbale, basato su lettura e scrittura. Bisogna, dunque, immaginare spazi che curino e valorizzino tutti gli aspetti della percezione”.

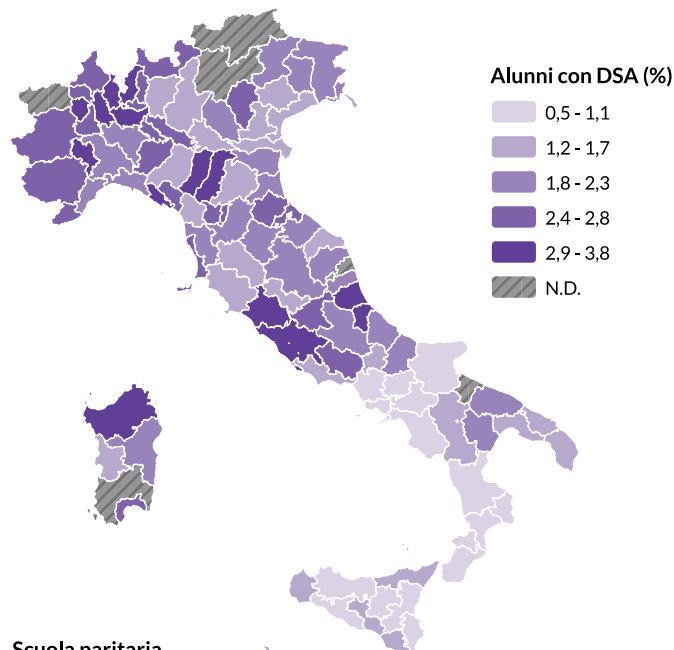
⁴⁴ Direttiva MIUR del 27 Dicembre 2012

IN CLASSE CON DISLESSIA, DISGRAFIA...

Nelle due mappe provinciali è rappresentata la frequenza di bambini/e alla primaria (a sinistra) e di ragazzi/e alla secondaria di primo grado (a destra) con una certificazione per disturbo specifico dell'apprendimento (dislessia, disgrafia, ecc). In alcuni distretti sanitari, l'iter per la diagnosi di questi disturbi può essere molto complicato, nelle scuole si tende a non rilevare e non intervenire con un piano personalizzato di studio e un approccio didattico innovativo.

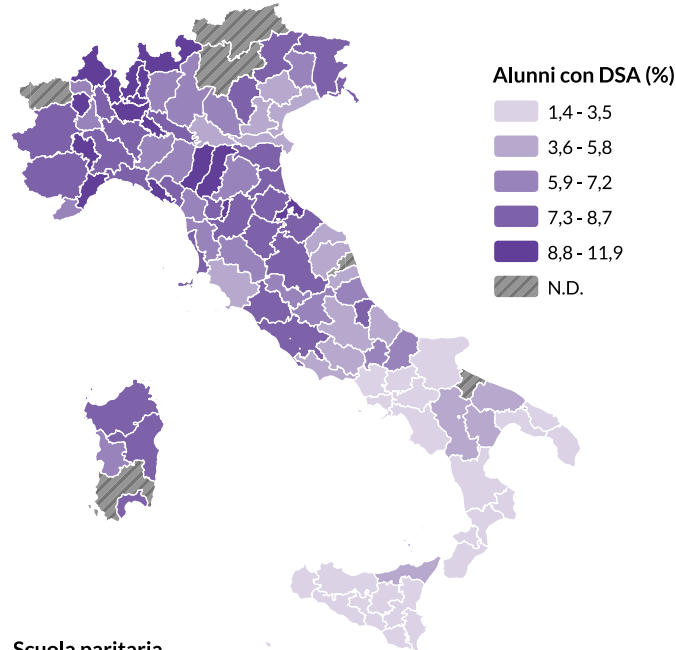
Alunni DSA che frequentano la scuola primaria statale (%)

Anno scolastico: 2020/2021 - Fonte: MIUR



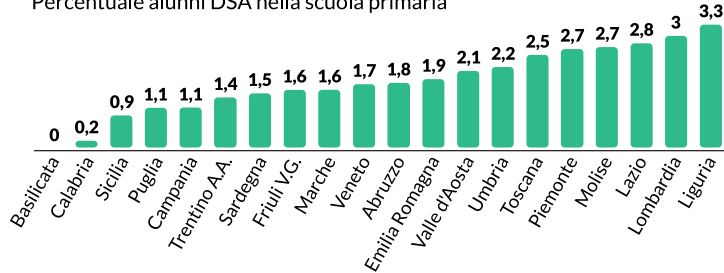
Alunni DSA che frequentano la scuola secondaria di I grado statale (%)

Anno scolastico: 2020/2021 - Fonte: MIUR



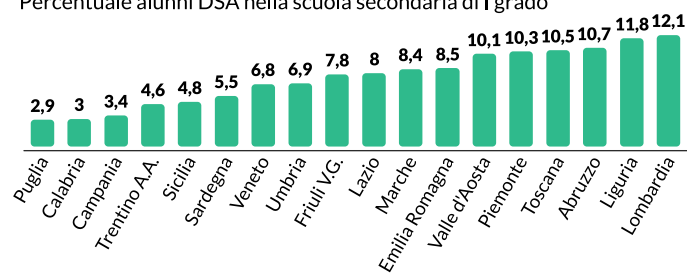
Scuola paritaria

Percentuale alunni DSA nella scuola primaria



Scuola paritaria

Percentuale alunni DSA nella scuola secondaria di I grado



compagni, hanno disturbi del comportamento, fanno fatica a staccarsi dalla famiglia, vivono in condizioni socioeconomiche svantaggiate ecc.. Il parametro di riferimento per la valutazione dei Bisogni Educativi Speciali è l'International Classification of Functioning dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un indicatore che tiene conto del funzionamento globale del soggetto indipendentemente dagli aspetti diagnosticabili clinicamente. Stiamo parlando di bambini con fragilità emotive, relazionali, con problemi di autoregolazione, con comportamenti ostili-oppositivi o passivi, con difficoltà organizzative, oltre che con disturbi dell'apprendimento o disabilità. Ecco, la scuola italiana è ufficialmente attrezzata, con tanto di normative, teorie pedagogiche e strumentazioni didattiche, per modellare un insegnamento su misura sui bisogni degli alunni.

Sa come farlo, ma lo fa davvero? E torniamo alla domanda di Orsi: cosa accade nelle aule delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria del nostro Paese? Che fine ha fatto la tradizionale asticella del rendimento "normale" fissata per tutti alla stessa altezza che lasciava indietro chi non riusciva a superarla? È sparita del tutto nella nuova scuola inclusiva? "A 50 anni dalla Lettera a una professoressa scritta da un gruppo di studenti di Don Milani, e soprattutto in una società che sulla sfida educativa si gioca il futuro, non si può trascurare il valore di una scuola realmente inclusiva e accogliente, in grado di ridurre le disparità, la povertà educativa e la dispersione scolastica in Italia", scriveva Giulio Cederna nell'Atlante dell'Infanzia a Rischio 2017.

Con l'inclusione scolastica non stiamo messi a buon punto. Tanto per cominciare come ha evidenziato l'indagine della Corte dei Conti (luglio 2018) mancano i dati sull'applicazione dei principi sanciti dalla legge. Scoprire come vengono accolti nelle scuole dell'infanzia o primaria i bambini "difficili" ai margini delle performance "medie" è importante perché questi alunni vengono considerati un gruppo a rischio di dispersione scolastica indipendentemente dal fatto che siano riconosciuti come portatori di Bisogni Educativi Speciali. Secondo i dati ISTAT gli alunni con Bisogni Educativi Speciali sono il 6,5% nella scuola primaria di primo grado. C'è il timore che questi bambini, se non ricevono sin dalle prime classi della scuola, un adeguato sostegno per stare al passo con gli altri finiscano poi nelle statistiche dell'abbandono scolastico: i dati del 2020/2021 dicono che la percentuale di abbandono complessivo, per la scuola secondaria di I grado, è stata dello 0,64% (pari a 10.938 alunni), mentre per la scuola secondaria di II grado del 3,79% (pari a 98.787 alunni). In totale, dunque, sono circa 110 mila gli alunni che hanno abbandonato la scuola nell'anno scolastico del Covid registrati dalle scuole nell'Anagrafe Studente del Ministero dell'Istruzione⁴⁵.

Dal 3 al 5% degli studenti vive una diversità neuronale nell'apprendimento, con diverse specificità che non consentono quello che definiamo un "apprendimento tradizionale". Dai dati sulle certificazioni DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) presentate dagli alunni della scuola primaria nel 2020/21, forniti a Save the Children dal Ministero dell'Istruzione, risulta che in media il 2% degli alunni ha presentato la certificazione, con percentuali dell'1% o inferiori al Sud. Sono bambini ancora troppo spesso liquidati come "pigri", "svogliati", "distratti". I genitori, spesso, si rassegnano al giudizio dell'insegnante ripetuto a ogni colloquio come un ritornello "Suo figlio non si impegna" e si ritrovano ad aiutare i figli costretti a fare e rifare lo stesso compito senza mai riuscire a

⁴⁵ Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza *La dispersione scolastica in Italia: un'analisi multifattoriale*, 2022 <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2022-06/dispersione-scolastica-2022.pdf>



Da quando è iniziata la scuola, tre anni fa,
 la mia vita è parecchio difficile.
 Sono diverso dagli altri bambini, forse.
 Sto sempre fuori dal gruppo.
 Le maestre all'inizio mi sgridavano perché le cose
 fatte un momento prima se ne andavano dalla testa,
 come se non fossero esistite mai.
 Poi è stato peggio.
 Pensano che non posso capire, che non ce la faccio.
 Eppure le parole le vedo, una alla volta.
 Non so metterle insieme, mi si confondono negli
 occhi, mi spariscono nella testa e alla fine non le
 trovo più. E allora balbetto, oppure mi prende la
 solitudine del cuore.
 Nelle pagine, lì le parole sono nere, fredde e
 sconosciute. Mi fanno paura, sono cattive e
 misteriose.

Illustrazioni tratte da **Le parole scappate** di Arianna Papini, Coccole Books, 2014. Per gentile concessione di Coccole Books.

raggiungere il risultato sperato. “Forse vorrei dire: Mi scusi, professoressa Girolami, ma provare a curare un dislessico facendogli fare 100 volte lo stesso esercizio è il motivo per cui i ragazzi con questi problemi si sentono ancora più sbagliati, poco intelligenti, senza voglia di studiare, perché alla 101esima volta faranno ancora lo stesso sbaglio, lo capisce o no che quel ragazzo apprende le cose in maniera diversa da quella che è la cosiddetta normalità? Non deve fargli fare 100 volte la stessa cosa ma semmai trovare 100 modi diversi per arrivarci, uno di questi andrà bene anche per lui”, racconta Guido Fogliata autore del racconto “La dislessia è uno strano animale”, una delle testimonianze raccolte sul sito dell’Associazione Italiana Dislessia (www.aiditalia.org). Una scuola davvero inclusiva è per l’appunto quella che cerca i 100 modi diversi per coinvolgere tutti i bambini e le bambine indipendentemente dai loro tempi di apprendimento e dalle loro esigenze. Un metodo ben noto ai tutor del progetto Fuoriclasse di Save the Children, l’iniziativa nata nel 2011 per contrastare la dispersione scolastica e favorire la motivazione all’apprendimento per garantire la piena attuazione del diritto all’istruzione, come sancito nella Convenzione Onu sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza.

Ma la scuola inclusiva funziona, gli alunni raggiungono gli obiettivi didattici? Negli ultimi anni sono stati sollevati dubbi sull’efficacia di una scuola basata su una didattica su misura, considerata svalutante per gli alunni senza difficoltà e poco efficace per quelli con difficoltà. In sostanza i critici della scuola inclusiva la pensano così: ci abbiamo provato a coinvolgere tutti, abbiamo avuto risultati scadenti, non ha funzionato, torniamo alle classi differenziali. Si tratta dei cosiddetti “inclusio-scettici” che “non credono all’inclusione, alla sua realizzabilità e ai suoi effetti positivi per tutti gli alunni/e, con o senza Bisogni Educativi Speciali, e come San Tommaso vorrebbero mettere il dito nella piaga di Cristo, per vedere se è vera”⁴⁶. Dario Lanes e Giuseppe Augello, tra i maggiori esperti in Italia di didattica inclusiva, hanno spiegato perché gli scettici hanno torto ma hanno anche fatto capire quanto sia difficile dimostrarlo con le evidenze scientifiche. Perché in Italia manca la cultura della validazione e le tante esperienze di successo non vengono raccontate nelle riviste internazionali seguendo i criteri delle pubblicazioni scientifiche, riportando i dati, la metodologia adottata, i risultati ottenuti, il tempo necessario per ottenerli ecc...

Secondo una indagine del Censis, per esempio, a maggio 2020 risultavano in Italia 1.139 istituzioni scolastiche aderenti al gruppo delle “avanguardie educative” (il 49,3% nelle aree del Mezzogiorno), un movimento per ripensare il modello didattico puntando su innovazione e inclusione. Tra le idee progettuali più sperimentate (da 622 istituzioni scolastiche, il 54,6%) al primo posto si colloca la *flipped classroom*, la classe capovolta, che si basa sul principio che la lezione diventa compito a casa mentre il tempo in classe è usato per attività collaborative, esperienze, dibattiti e laboratori. Un altro esempio di successo di innovazione dal basso è quello del movimento “scuola senza zaino”, nato nel 2002 a Lucca e applicato soprattutto ma non solo alle scuole primarie, che si basa sui valori di ospitalità (ambiente scolastico), responsabilità (autonomia e responsabilità dell’alunno) e comunità scolastica. Nel 2013 gli istituti aderenti erano 50, oggi sono 296, per un totale di 604 plessi. Negli Stati Uniti, dove a differenza di quanto accade dalle nostre parti, ogni progetto intrapreso viene quantificato e valutato, è stato dimostrato che gli alunni che frequentano scuole inclusive, tutti, compresi quelli senza alcun bisogno specifico, hanno performance migliori nella lettura e nel calcolo matematico di quelli iscritti in scuole tradizionali non inclusive⁴⁷.

Sciropo di teatro

Il progetto “Sciropo di Teatro”, lanciato da Fondazione Ater in Emilia Romagna, ha messo in rete gli Assessorati regionali alla Cultura, alla Sanità e al Welfare, i Comuni soci, le organizzazioni sindacali e scientifiche dei pediatri e le farmacie aderenti a FederFarma e AssoFarm. In 21 comuni, i bambini dai 3 agli 8 anni e i loro accompagnatori potranno andare a teatro con un voucher fornito da pediatri e farmacisti, al costo di due euro a spettacolo.

⁴⁶ Lanes D. e Augello G., *Gli inclusio-scettici. Gli argomenti di chi non crede nella scuola inclusiva e le proposte di chi si sbatte tutti i giorni per realizzarla*, Erickson, 2019

⁴⁷ Cole C. M., Waldron N., Majd M., *Academic progress of students across inclusive and traditional settings*. *Ment Retard*, 2004 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15008642/>



Da quando tutti sanno che le parole mi volano via non è meglio di prima.
Cioè, da un certo punto di vista sì, perché le maestre mi stressano meno, ma sono triste perché penso che nessuno crede più che ce la posso fare.
Quando la nonna ancora stava bene avevo appena iniziato la prima, e lei diceva: – Attenti che a questo bambino non gli corre l'occhio sulle pagine.
Il babbo e la mamma se la prendevano con lei, ma io dentro di me sapevo che aveva capito.
L'occhio non mi corre, vedo una parte delle parole e mi sembrano tutte sole lì, nel mezzo alle altre che vanno come fuori fuoco dall'obiettivo della macchina fotografica.

Illustrazioni tratte da **Le parole scappate** di Arianna Papini, Coccole Books, 2014. Per gentile concessione di Coccole Books.

COME PROMUOVERE UNA DIDATTICA INCLUSIVA A MISURA DI TUTTI GLI STUDENTI

5 STRATEGIE DIDATTICHE E METODI DI INSEGNAMENTO

1 **Sguardo personalizzato.**
Il primo passo è vedere chi si ha di fronte, riuscire a cogliere le differenze nell'apprendimento di ciascuno studente.

Se si notano alcune differenze, in termini di lettura, di scrittura in un dettato, di calcolo è importante rilevarle e ragionare insieme allo studente sulle fatiche e sulla comprensione degli errori.

La formulazione di una diagnosi il più precocemente possibile nelle difficoltà di apprendimento sostiene gli studenti nel loro percorso.

È importante inoltre cogliere le difficoltà ma anche le risorse di ciascuno studente e tramite queste cercare di lavorare sulle mancanze.



Priscilla Tangari per Save the Children

2 **Metodo di studio.**
Ciò che sta al centro dell'apprendimento, oltre alle abilità di ciascuno, sono gli strumenti e le strategie nello studio. L'attenzione è come garantire a tutti di svolgere al meglio e nel minore tempo possibile una consegna data. Le strategie di studio sono procedure controllabili, di cui lo studente dovrebbe essere consapevole, che hanno lo scopo di sostenere l'apprendimento e permettere di ricordare i contenuti in momenti successivi. La gestione del

tempo e delle proprie energie è il primo fattore da prendere in considerazione nella propria organizzazione. La comprensione dei contenuti d'apprendimento va curata con attenzione, chiedendo a tutti gli studenti di fare emergere le conoscenze pregresse sull'argomento, facendo ipotesi sul testo e provando a fare insieme letture mirate con scopi precisi. Nel caso di **studenti con disturbi specifici di apprendimento** è fondamentale calibrare questa strategia, **incoraggiando** ad investire un tempo maggiore nelle strategie

anticipatorie e nell'utilizzo degli indici testuali (tutte le informazioni che si trovano intorno al testo, i titoli, le didascalie, le immagini). Infine la memorizzazione per costruire un discorso organico, ricco e coeso attraverso mappe e schemi, brevi riassunti e la ripetizione orale dei contenuti. Le mappe possono essere create manualmente, oppure ci si può avvalere dell'ausilio di software specifici (cfr. Fogarolo e Guastavigna, *Insegnare ed imparare con le mappe*, Erickson, Trento, 2013).

3 **Lavorare per piccoli gruppi, eterogenei ed omogenei a seconda delle finalità.**

Tavoli di apprendimento, di approfondimento e di potenziamento. Tutti gli studenti potranno sperimentare strumenti compensativi necessari per alunni con disturbo specifico dell'apprendimento ma utili per tutti per lo studio e la memorizzazione. Il lavoro sul metodo di studio si presta molto bene all'applicazione in piccolo gruppo, attraverso il confronto reciproco delle proprie esperienze e dei risultati delle esercitazioni.

4 **Strumenti specifici, strumenti per tutti.** Il primo strumento per coloro che hanno **difficoltà nella lettura** è la sintesi vocale.

Il sintetizzatore è un programma che consente allo studente di leggere

senza essere dipendente da altri, trasformando il testo scritto in un testo audio. Un'alternativa è rappresentata dagli audiolibri, che consentono all'allievo di avere una lettura effettuata dalla voce umana, e di ridurre la fatica sperimentata nella decodifica che li allontana dal mondo narrativo. Per quanto riguarda la **scrittura** alcuni primi accorgimenti potrebbero riguardare l'utilizzo dello stampato maiuscolo, privilegiando poi interrogazioni orali ed evitando l'esercizio di una scrittura veloce sotto dettatura. Infine il docente dovrebbe cercare di valorizzare il contenuto e non l'ortografia. Per l'**abilità di calcolo** è invece necessario evitare di far ripetere gli esercizi in cui si è commesso un errore per impedire che lo stesso diventi automatico; evitare il sovraccarico cognitivo permettendo di utilizzare degli strumenti nello svolgimento del compito (tavola pitagorica, calcolatrice, ecc.); proporre esperienze concrete e/o rappresentate visivamente e non insistere sulla memorizzazione delle tabelline.

5 **Alleanza studente, docenti, famiglia.**

I risultati migliori si hanno quando tutte le componenti riescono a lavorare congiuntamente secondo un'intenzionalità educativa e formativa comune. Lo studente,

protagonista del proprio percorso formativo, riesce nella misura in cui si sente supportato sia a casa sia a scuola perché l'obiettivo è comune: crescere cittadini curiosi e interessati che hanno a cuore il proprio apprendimento. È quindi fondamentale che la triade abbia un confronto costante per cercare la strada più efficace per imparare ad imparare.

Queste sono solo alcune delle strategie utili a creare un clima di fiducia reciproca in cui alunno, docente e genitore collaborano per stimolare e sostenere al meglio la capacità di apprendere. Imparare ad imparare come possibilità per mantenere e sviluppare una formazione continua è l'obiettivo che la scuola e la famiglia devono raggiungere. Le modalità, poi, si differenziano e si modellano sulle possibilità e capacità di ciascuno.

Tratto da:
www.savethechildren.it/blog-notizie/la-didattica-inclusiva-bambini-con-bisogni-educativi-speciali

Un ospedale su misura

Non c'è il sonoro, ma il linguaggio labiale è chiarissimo: "I want my mummy". Laura, una bambina di due anni e 5 mesi, è ricoverata in un ospedale inglese per la rimozione delle tonsille, un'operazione di routine che veniva risparmiata a pochissimi bambini fino a qualche anno fa: è disperata, sente gli altri bambini piangere e non può fare a meno di imitarli, vuole la sua mamma e lo ripete più volte, allontana bruscamente l'infermiera che cerca di consolarla. "I want my mummy", dice di nuovo.

La piccola Laura con i riccioli da Shirley Temple probabilmente non lo ha mai saputo, ma le sue lacrime riprese in primo piano hanno di fatto inaugurato una nuova era dell'ospedalizzazione pediatrica. Il breve documentario girato in bianco e nero, senza sonoro, dallo psichiatra scozzese James Robertson in un ospedale inglese venne proiettato nel 1952 alla Royal Society of Medicine di fronte a una vasta platea composta da medici e infermieri innescando negli anni successivi una serie di riforme che avrebbero rivoluzionato l'assistenza ospedaliera dei bambini. All'epoca del documentario, nonostante le battaglie di autorevoli psicanalisti come John Bowlby, il padre della teoria dell'attaccamento, e dello stesso Robertson, i genitori non potevano restare accanto ai figli in ospedale.

La piccola Laura con il suo pianto aveva mostrato alla comunità scientifica la necessità di adeguare gli ospedali ai bisogni dei bambini, a cominciare dalla possibilità di avere accanto i propri genitori. Del resto l'ampio utilizzo della penicillina nei reparti ospedalieri già a partire dagli anni Quaranta limitava molto il rischio del diffondersi di infezioni tra pazienti e visitatori esterni e la sicurezza degli ambienti era garantita.

Così, sullo sfondo del grido "I want my mummy", è iniziata negli anni Sessanta quella riforma dell'assistenza ospedaliera, partita dal Regno Unito e poi allargatasi al resto del mondo, che sarebbe culminata nella carta di EACH (European Association for Children in Hospital) del 1988 sui diritti dei bambini in ospedale.

Nel mezzo ci sono stati altri documentari, studi scientifici, indagini nazionali che hanno contribuito a rendere gli ospedali luoghi migliori per i bambini. Il rapporto Platt, una indagine commissionata dal governo inglese a Harry Platt presidente della Royal College of Surgeon of England e terminata nel 1959, stabiliva alcuni nuovi principi fondamentali che sarebbero stati poi accolti universalmente: l'istituzione di dipartimenti pediatrici separati da quelli degli adulti, la presenza di spazi per giocare, la formazione specifica del personale sanitario, il coinvolgimento delle famiglie, il rispetto dei bisogni (la possibilità di portare con sé gli oggetti del cuore), l'attenzione a evitare esperienze traumatiche (come assistere a terapie sgradevoli somministrate ad altri pazienti) e così via...

Nel 1988 quando a Leida in Olanda si riunirono 12 associazioni europee impegnate a garantire il benessere dei bambini in ospedale, le indicazioni del rapporto Pratt erano ancora attuali tanto da



Flavio Lo Scalzo/Reuters/Contrasto



essere confluite, rivisitate e aggiornate, nei 10 punti della Carta di Leida ratificata da 16 Paesi europei (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Norvegia, Olanda, Portogallo, Svezia, Svizzera). L'anno successivo la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 ha rafforzato ulteriormente l'impegno degli Stati ad assicurare a bambine, bambini e adolescenti l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie insieme al maggior benessere possibile nel corso del ricovero.

Oggi, che gli ospedali pediatrici o i reparti di pediatria delle strutture generaliste sono visibilmente realizzati a misura di bambino e tutto, dalle pareti colorate, alle aree gioco, alle attività ricreative, alla presenza dei famigliari, è in linea teorica pensato per garantire il benessere dei piccoli pazienti, restano tuttavia alcuni punti critici che rischiano di compromettere i buoni propositi delle convenzioni, delle carte dei diritti del malato e delle linee guida delle società scientifiche.

A partire dalla carenza di organico: i pediatri sono pochi, ne andranno in pensione molti nei prossimi anni e ci sono pochi giovani pronti a rimpiazzarli. "Dal punto di vista assistenziale, c'è la concreta preoccupazione di non riuscire a mantenere i livelli quantitativi e qualitativi che si è stati in grado di assicurare fino ad oggi alla popolazione infantile e adolescenziale. Sempre più spesso, al di fuori dei pochi ospedali esclusivamente pediatrici esistenti, i minorenni vengono riferiti agli specialisti d'organo della medicina dell'adulto. Viene così a perdersi quell'unitarietà di visione del bambino che da sempre caratterizza e distingue la disciplina pediatrica e che consente di considerare l'età evolutiva non come una sommatoria di organi, ma come un vero e proprio organismo complesso in via di sviluppo", si legge nel 12° rapporto del Gruppo CRC.

L'altra sfida che la pediatria di oggi deve affrontare per poter rispettare la sua missione, curare i bambini nel miglior modo possibile, è riuscire a convincere le famiglie che in alcuni casi, non sempre ma neanche troppo di rado, il migliore ospedale è nessun ospedale. I numeri registrati durante la pandemia sono indicativi: nei pronto soccorso italiani durante l'emergenza sanitaria di Covid-19 si è assistito a una riduzione del 60-80% degli accessi di minori⁴⁸. Il dato dimostra che si è sempre fatto un uso eccessivo e inappropriato dei servizi di urgenza e suggerisce la necessità di individuare tipi di assistenza alternativi per tutti i casi in cui l'ospedale non è indispensabile. Tra questi la telemedicina. Già alla fine del 2020 l'Istituto Superiore di Sanità aveva diffuso delle indicazioni per la televisita, la teleconsultazione, la teleriabilitazione, il telemonitoraggio e il coaching a distanza in pediatria. In questo modo il bambino invece di andare in ospedale resta a casa. Il che, normalmente, è un fatto positivo. Ma non sempre. Gli ospedali, ma a maggior ragione potrebbe valere lo stesso anche per strutture più agili sul territorio come le case della comunità, possono infatti avere un ruolo importante nel riconoscere i casi di maltrattamento e abuso sui minori.

Al Meyer di Firenze è attivo dal 2005 il gruppo Gaia (Gruppi Abusi Infanzia Adolescenza), un team multidisciplinare composto da pediatri, psicologi, neuropsichiatri, esperti in ginecologia

⁴⁸ AA.VV., *Delayed presentation of children to the emergency department during the first wave of COVID-19 pandemic in Italy: Area-based cohort study*, Acta Paediatrica, 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34214214/>

pediatrica, infermieri, assistenti sociali, specializzato nell'individuare segni sospetti di quella vasta gamma di violenze che la pediatria internazionale definisce come "child abuse and neglect" (CAN). Vi rientrano la patologia delle cure (negligenza o sovratrattamento), il maltrattamento fisico, il maltrattamento psicologico e gli abusi sessuali. Gruppi analoghi sono presenti in tanti altri ospedali pediatrici, dal Sant'Orsola di Bologna, al Burlo Garofolo di Trieste, al Bambin Gesù di Roma e oltre 15mila pediatri hanno aderito alla rete nazionale antiabuso nata nel 2016 in collaborazione con Telefono Azzurro, Società Italiana di Pediatria (SIP), Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e Associazione Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI).



In Italia sono oltre 77 mila i minori presi in carico dai servizi sociali che risultano vittime di maltrattamento. Nel 4,2% dei casi la segnalazione arriva dall'ospedale. Il dato riportato nella *Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, realizzata da Terre des Hommes e Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), si riferisce al 2018 e non tiene conto di quanto accaduto durante la pandemia quando la convivenza forzata in famiglia e l'acuirsi dei fattori stressanti ha presumibilmente peggiorato la situazione. Almeno così suggeriscono i risultati di alcune indagini condotte in diversi Paesi. Uno studio della Johns Hopkins University School of Medicine di Baltimora, pubblicato sulla rivista *Child abuse & Neglect*, per esempio, ha documentato che nel 2020 il 13% delle lesioni e traumi pediatrici trattati nella struttura erano riferibili a un abuso fisico, contro il 4% dell'anno precedente.

In base alle statistiche nazionali di Stati Uniti, Canada, Paesi Bassi (nel nostro Paese mancano dati aggregati sul territorio) i casi di maltrattamento sui minori riguardano dal 2% al 10% degli accessi al pronto soccorso. Riconoscere i segnali delle violenze sui minori che arrivano in ospedale non è semplice: il maltrattamento non sempre lascia tracce evidenti e i sintomi per cui viene richiesto il consulto, quelli a cui il medico dedica principalmente la sua attenzione, spesso non hanno nulla a che fare con la violenza subita. Per questo molti ospedali si sono dotati di protocolli specifici per riconoscere tempestivamente i casi di abuso. Tra questi c'è il Bambin Gesù di Roma dove dal 2010 vengono monitorati seguendo uno schema con 14 indicatori chiave tutti i pazienti che accedono al pronto soccorso. Gli indicatori sono divisi in tre categorie: dichiarazioni anamnestiche o incongruenze, incuria/negligenza e lesioni evidenti all'esame obiettivo. Se uno dei 14 indicatori risulta positivo vengono avviate specifiche procedure di indagine clinica.

Nel 2008 e nel 2009, prima dell'introduzione dello screening, sono stati segnalati in tutto rispettivamente 15 e 22 casi sospetti di abuso. Dal 2010, anno di introduzione del protocollo, si è osservato un costante aumento dei casi sospetti, 31 nel 2010, 52 nel 2011 e 194 nel 2012. Nel 2013 lo screening è stato perfezionato e reso più specifico: in quell'anno sono stati segnalati 82 casi.

Nei bambini più piccoli, al di sotto dei 5 anni, il tipo di maltrattamento più diffuso è la cosiddetta "patologia delle cure" che si traduce in incuria, discuria o ipercuria (i bambini sono accuditi poco, male o eccessivamente), tra i 4 e i 6 anni la violenza più frequentemente rilevata dai medici del Bambin Gesù è stata l'abuso sessuale, tra i 7 e i 12 anni la trascuratezza e maltrattamenti. I ricercatori hanno anche osservato che le femmine sono più suscettibili agli abusi sessuali e i maschi a quelli fisici.

"Uno strumento di screening è essenziale ed efficace per il riconoscimento precoce delle vittime di abusi. Un'analisi approfondita dei casi sospetti attraverso un metodo standardizzato, come il percorso clinico, ha consentito di arrivare alla diagnosi in modo più accurato e preciso", scrivono gli autori dello studio italiano.

CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI IN OSPEDALE (ABIO E SIP)

1 I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure. Possibilmente a domicilio o in ambulatorio e, qualora non esistessero alternative valide, in ospedale. A tale fine deve essere garantita loro una assistenza globale attraverso la costruzione di una rete organizzativa che integri ospedale e servizi territoriali, con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia.

2 I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari...), senza alcuna limitazione di tempo o di orario.



Yara Nardi/Reuters/Contrasto

3 L'ospedale deve offrire facilitazioni (letto, bagno, spazio per effetti personali, pasti a prezzo convenzionato) ai genitori dei bambini e adolescenti ricoverati e deve aiutarli e incoraggiarli – se ciò è compatibile con le loro esigenze familiari - a restare in ospedale. Inoltre, perché possano adeguatamente prendersi cura del loro figlio, i genitori devono essere informati sulla diagnosi, sull'organizzazione del reparto e sui percorsi terapeutici in atto.

4 I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici – e mai in reparti per adulti – possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le differenti esigenze di un bambino o di un adolescente. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori, compatibilmente con il rispetto delle esigenze degli altri bambini e adolescenti ricoverati e alle necessità assistenziali del bambino o adolescente stesso.

5 Ai bambini e agli adolescenti deve essere assicurata la continuità dell'assistenza pediatrica da parte dell'equipe multidisciplinare ospedaliera 24 ore su 24 sia nei reparti di degenza sia in pronto soccorso.

6 I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia.

7 I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio - adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute - in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro.

8 I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e

la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia.

9 I bambini e gli adolescenti - e i loro genitori - hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quando possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata.

10 Nell'attività diagnostica e terapeutica che si rende necessaria, devono essere sempre adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei bambini e degli adolescenti e la sofferenza della loro famiglia.

Approvata dal CdA di Fondazione ABIO Italia il 2 agosto 2007; Approvata dal Consiglio Direttivo SIP il 27 luglio 2007.

Piccola storia della Carta

Nel 1988 i rappresentanti di associazioni di volontariato di Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Islanda, Italia, Norvegia, Olanda, Svezia, Svizzera (a cui si sono poi associate anche Austria, Grecia, Irlanda e Portogallo) a Leida concordarono il testo di una Carta dei diritti dei bambini in ospedale divenuta famosa con il nome Carta di EACH. Prendendo spunto da quella Carta e dalla Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989, nel 2008 Fondazione ABIO Italia in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria ha redatto la Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale, che pubblichiamo qui a fianco, adattando i punti alla situazione italiana e rendendoli più aggiornati. Assieme a questa carta oggi c'è anche la Carta AOPI, Associazione Ospedali Pediatrici Italiani.



Oliva è una ragazza di 15 anni che vuole essere libera in una Sicilia, quella degli anni Sessanta, in cui per chi nasce donna la libertà è una conquista e non un diritto.

*Ma Oliva rappresenta la voglia di autodeterminazione di molti adolescenti di tutti i tempi e l'empatia dei giovani per il personaggio e le battaglie che affronta scatta spontaneamente. È facile immaginare che tanti ragazzi dalla sezione ospedaliera del Gobetti Marchesini Casale Arduino presso l'ospedale Regina Margherita di Torino che hanno scelto il libro di Viola Ardone, *Oliva Denaro* (Einaudi, 2021) per il progetto "Adotta uno scrittore", si siano immedesimati con la protagonista. L'autrice, che è anche insegnante di italiano e latino al liceo, li ha incontrati in occasione del Salone del Libro lo scorso 3 maggio e di tutti loro ha conservato un ricordo indelebile che ha voluto imprimere nell'emozionante resoconto di quella giornata speciale.*

QUELLO CHE SIAMO, QUELLO CHE SAREMO

Cronaca di un giorno con studenti speciali

di Viola Ardone

“**N**oi siamo delle studentesse speciali, non frequentiamo una classe ma svolgiamo lezione in camera, all'interno dell'ospedale Regina Margherita di Torino”.

Maria ha gli occhi grandi, troppo grandi per quel viso così sottile. Ha quindici anni, gli stessi che avevo io quando mi sentivo brutta, sbagliata e goffa. Anche lei si sente così, mi dice. Si sente grassa, aggiunge. Pesarà sì e no 40 chili e si sente grassa. Ha un tubicino che le sale per la narice destra e si sente grassa. Maria mi legge nel pensiero e mi rassicura: “sto ricominciando a mangiare, è difficile”. “Certo che è difficile”, rispondo e ci sorridiamo senza dire altro. Le parole sono un pretesto per stare insieme, stamattina.

È il 3 maggio, il giorno del mio onomastico, sono le 10 e mezza e la festa è veramente a sorpresa. La notte prima di quest'incontro con le ragazze e i ragazzi dell'ospedale Regina Margherita di Torino non ho dormito. Sono un'insegnante, mi dicevo, saprò come parlare loro. Sono una scrittrice, racconto storie, mi rassicuravo. Il sonno però non arrivava. Li avevo visti già altre due volte per il progetto “Adotta uno scrittore” organizzato dal Salone di Torino, ma in collegamento: io a casa mia, loro in una stanzetta di ospedale.

¶ *Maria ha gli occhi grandi, troppo grandi per quel viso così sottile. Ha quindici anni, gli stessi che avevo io quando mi sentivo brutta, sbagliata e goffa. Anche lei si sente così, mi dice. Si sente grassa, aggiunge. Pesarà sì e no 40 chili e si sente grassa.*

Guardarsi negli occhi era impossibile, e senza gli occhi cadono anche le parole. Ci vogliono sguardi, per capirsi, perché i discorsi a volte sono solo la prosecuzione di uno sguardo. Ombretta e Alfonsina, le loro bravissime insegnanti, nel corso degli incontri on line erano state il collante tra me e loro, tra le loro domande, diligentemente trascritte su un foglio di carta, e le mie risposte, simili a tante altre nel corso di tanti altri incontri con i lettori. Ma questi lettori sono diversi, mi dico mentre il sonno si allontana come un legno alla deriva e i pensieri fanno ressa nella mente. Apro gli occhi un minuto prima che la sveglia suoni e mi preparo. L'ospedale pediatrico Regina Margherita è un palazzone bianco appoggiato contro un cielo azzurro, fa caldo e c'è silenzio. Ombretta viene ad accogliermi all'ingresso. Ti stanno aspettando, mi dice, andiamo. Quando penso a una classe di studenti penso a una scuola, al via vai dell'atrio, ai ritardatari della seconda ora, a una teoria di aule disposte su corridoi più o meno puliti, a jeans strappati, a sneakers colorate, a risate che esplodono come palloncini, a voci stentoree di docenti che snocciolano le loro spiegazioni con pazienza infinita.

Questa però non è una scuola, è un ospedale. Dottori, infermieri, degenti, parenti dei degenti.

- Saliamo al primo piano, - mi dice Ombretta, e io la seguo. - Ieri pomeriggio, - mi informa, - le ho trovate arrabbiate perché sono state dimesse due compagne che andranno in comunità. Alcune di loro sono molto oppositive, altre apatiche. Io e la collega Alfonsina abbiamo parlato un po' con loro e ci è sembrato che tutto sommato non considerano la proposta in maniera negativa e questo è già tanto: la nostra

utenza non è proprio formata da studentesse modello, ma da ragazze e ragazzi che sono stati messi di fronte a prove dure dalla vita e hanno maturato una rabbia nei confronti degli adulti dai quali non si sentono comprese.

- Sì, capisco, - rispondo a Ombretta, - ho avuto esperienza con i ragazzi del minorile a Nisida, - le dico per rassicurare me stessa più che lei. Ombretta sorride, forse avverte il mio imbarazzo. - Qui è un po' diverso, - mi dice. - Il Regina Margherita è l'ospedale con la più grande sezione ospedaliera d'Italia, quest'anno abbiamo avuto 160 studenti delle superiori iscritti alla scuola ospedaliera, la maggior parte sono seguiti in neuropsichiatria, altri in oncematologia e in altri reparti. Sono in maggioranza ragazze. Quest'anno due ragazzi di oncologia purtroppo hanno perso la loro battaglia contro la loro malattia e ci hanno lasciati. È vero, è diverso, penso mentre ascolto Ombretta elencare dati e numeri, un modo forse per rendere meno ingombrante il dolore mentre arriviamo al luogo dell'incontro.

La stanza è grande, assomiglia a un'aula ma senza i banchi, c'è una scrivania per me, una specie di cattedra e in capo a qualche minuto entrano loro. Sono ragazze per lo più, ma non mancano i maschi. Alcune di loro hanno portato con sé un cuscino e lo posizionano sulla sedia prima di appoggiarci le gambe magrissime, una lo stringe come fosse un pelouche. Sono quasi tutte in tuta e t-shirt, grigia o bianca, i capelli legati, senza un filo di trucco. Così diverse dalle mie alunne, colorate e esuberanti. Guardano avanti a sé, qualcuna si osserva le mani, solo un paio di occhi è rivolto verso di



Apro gli occhi un minuto prima che la sveglia suoni e mi preparo. L'ospedale pediatrico Regina Margherita è un palazzone bianco appoggiato contro un cielo azzurro, fa caldo e c'è silenzio. Ombretta viene ad accogliermi all'ingresso. Ti stanno aspettando, mi dice, andiamo.



Il Regina Margherita è l'ospedale con la più grande sezione ospedaliera d'Italia, quest'anno abbiamo avuto 160 studenti delle superiori iscritti alla scuola ospedaliera.

me. Appartengono a un ragazzo dall'aria vivace, si chiama Francesco, mi dice quando glielo chiedo. Ricambio il suo sorriso. Ecco, ho un alunno, posso contare su due occhi e due orecchie, me li farò bastare.

Mi alzo dalla sedia, faccio il giro della cattedra e mi ci siedo sopra, come fossi nella mia classe.

- Del mio romanzo, Oliva Denaro, abbiamo già parlato nel corso dei due incontri on line, - dico loro. - Oggi vorrei parlare d'altro. Conquisto altri due occhi, sono quelli di Maria. - Vorrei parlare di me e di voi, se lo vorrete, di quello che vi piace leggere, se vi piace, di quello che scrivete, se scrivete. Francesco accenna un sorriso, uno di quelli che in modalità Dad sarebbe stato impossibile vedere. Ecco, penso, è fatta, ho un aggancio. - E se vi fa piacere, aggiungo, qualcuno di voi potrebbe leggerci qualcuno dei suoi scritti.

Si alza un brusio, buon segno, è quello che fa una classe quando riesci ad interessarla. Gli occhi di Francesco lampeggiano. - E poi vorrei parlare di me, di come mi sentivo io alla vostra età, della paura che avevo di non essere accettata, che il mio corpo fosse sgraziato, che lo sguardo degli altri potesse trovarmi insufficiente e inadeguata.

Il brusio si fa più intenso, gli occhi delle ragazze non sono più persi in un punto indefinito della parete, non fissano più il profilo delle unghie. Inizio a parlare con loro, le cerco con lo sguardo una alla volta e faccio domande a ciascuna. - Cosa ti piace fare? Qual è la tua passione? Come ti vedi tra cinque, dieci, venti anni? La psicologa, vorresti fare la psicologa perché hai ricevuto aiuto. Tu invece l'insegnante.

Ombretta, Alfonsina e io ci scambiamo uno sguardo pieno di orgoglio. - Tu il cantante,

bello! Vuoi farci sentire qualcosa? No, va bene, certo, senza accompagnamento è difficile. Scrivi canzoni, anche, mi piacerebbe sentirne qualcuna. Tu la dottoressa degli animali, la veterinaria, mi piace. Io da bambina volevo fare il domatore di leoni e poi sono diventata insegnante. Ci sono andata vicina, vero? Le ragazze e i ragazzi un po' sorridono, poi iniziano a parlare e finalmente cade il silenzio dell'ospedale e si trasforma nel chiasso della scuola.

Quello che siamo, quello che vorremmo essere e quello che saremo: è la sola vera trama di ogni romanzo. E così, parlando di noi, parliamo di storie, e la letteratura stamattina la facciamo provando a immaginarci nel futuro e dal futuro vediamo con chiarezza che questi giorni di malessere e di reclusione, questi giorni ospedalieri sono già un ricordo, l'ombra di un passato che sbiadisce in un presente diverso in cui il male oscuro è stato già sconfitto e le ombre della malinconia sono un ricordo che intimorisce, sì, quello per sempre forse, ma non abbatte.

- Vorrei che ognuno di voi, se vuole, scrivesse un bigliettino in forma anonima e lo mettesse qui, agito davanti a loro il bicchiere di plastica che mi era stato lasciato accanto alla bottiglia di minerale. - Che cosa dobbiamo scrivere, - chiede Maria. - Quello che volete: un pensiero, un'idea, un desiderio, un romanzo.

Maria sorride, ha un brillantino incastonato sull'incisivo, ricordo di un'epoca in cui nel suo corpo non era iscritto il dolore, e presagio di giorni in cui il suo sorriso tornerà a brillare. Ombretta distribuisce penne e fogli, qualcuno si china per scrivere



Si alza un brusio, buon segno, è quello che fa una classe quando riesci ad interessarla. Gli occhi di Francesco lampeggiano.



Le ragazze e i ragazzi un po' sorridono, poi iniziano a parlare e finalmente cade il silenzio dell'ospedale e si trasforma nel chiasso della scuola. Quello che siamo, quello che vorremmo essere e quello che saremo: è la sola vera trama di ogni romanzo.

qualcosa, poi strappa la striscia e la appallottola, la infila nel bicchiere. Qualcuno no.

Quando hanno finito, agito i bigliettini per mescolarli ben bene nel bicchiere. - Volete che li legga ad alta voce? Brusio, nel linguaggio della classe vuol dire di sì.

“Leggere un libro è entrare in un mondo nuovo, in cui conoscere altri modi di pensare e immaginare nuovi mondi”.

“Grazie per averci permesso di uscire un paio d’ore dal nostro reparto riportandoci alla nostra quotidianità oggi eravamo come a scuola”.

“La magia della scrittura ci ha portato lontano almeno per un po’ da un mondo fatto di camici bianchi, mascherine, flebo”.

Leggo i messaggi in successione senza alzare gli occhi dai bigliettini, non voglio sapere chi ha scritto cosa, e tutte le parole via via diventano frasi di un unico discorso. Dopo che li ho estratti tutti, il bicchiere di plastica torna vuoto e lo poggio sulla cattedra a testa in giù. Solo allora alzo gli occhi e sento il silenzio. È un silenzio molto diverso da quello iniziale, è fatto di una condivisione profonda e cala sulla classe solo in quei momenti in cui c’è grande unità. Francesco mi segue con lo sguardo e alza la mano. - Io non ho consegnato il bigliettino, - mi dice. - Non importa Francesco, non era obbligatorio. - Non l’ho consegnato, - aggiunge, - perché vorrei leggere una cosa che avevo già scritto. Una poesia. Silenzio, brusio, sorrisi: i segnali inconfondibili di una classe in buona salute

scolastica. Sfila il telefonino dalla tasca e cerca tra le note, mi sorride con gli occhi che dardeggiano e poi inizia.

Io non ricordo le parole della tua poesia, Francesco, ricordo che parlava di buio, di ombra e di desiderio di luce, della porta chiusa della tua stanza contro cui si andava a frantumare la tua voglia di vivere, della paura che alberga nel pozzo al centro del nostro cuore, della vita, della morte. Di ognuno di noi.

Ricordo che era breve ma è durata un’eternità. E che dopo averla sentita nessuno di noi in quella stanza era rimasto uguale. E infine: silenzio, brusio, sorrisi, applausi.



Quando hanno finito, agito i bigliettini per mescolarli ben bene nel bicchiere. - Volete che li legga ad alta voce? Brusio, nel linguaggio della classe vuol dire di sì.

“Leggere un libro è entrare in un mondo nuovo, in cui conoscere altri modi di pensare e immaginare nuovi mondi”.

“Grazie per averci permesso di uscire un paio d’ore dal nostro reparto riportandoci alla nostra quotidianità oggi eravamo come a scuola”.

“La magia della scrittura ci ha portato lontano almeno per un po’ da un mondo fatto di camici bianchi, mascherine, flebo”.

**Cambiamento
Salute mentale
Isolamento
Hikikomori
Disturbi alimentari
Disagio psicologico
Dipendenze
Cyberbullismo
Gaming
Disforia di genere
Sessualità
Identità
Salute di genere
Lockdown**



LA PIÙ DELICATA DELLE TRANSIZIONI

11-17 ANNI

Dentro e fuori
la mente

Il peso della
pandemia

Non mangio
quindi sono

Allarme hikikomori

Dipende...

Il genere conta

Sessualità
e salute

Victor Hugo nel romanzo “I lavoratori del mare” ne parlava come della “più delicata delle transizioni”. E in effetti l’adolescenza, quella fase della vita che separa l’infanzia dall’età adulta, è un momento critico, un periodo di grandi cambiamenti in cui le persone diventano individui indipendenti, creano nuove relazioni, sviluppano abilità sociali e apprendono comportamenti che durano per il resto della vita. Proprio per questo può essere uno dei periodi più impegnativi nella storia di una persona.

In quella che si presenta come una velocissima transizione neurologica, fisica ed emotiva dall’infanzia all’età adulta, avverte l’OMS, i giovani affrontano una serie di rischi per la salute. Ad esempio sono esposti a sostanze nocive come tabacco, alcol e droghe, devono affrontare rischi di violenza e incidenti stradali e possono sperimentare devastanti problemi di salute mentale come depressione, ansia, autolesionismo, abuso di sostanze, dipendenza da videogiochi, disturbi alimentari. Inoltre possono dover affrontare malattie sessualmente trasmissibili o, nel caso delle ragazze, gravidanze precoci¹. Molti di questi problemi sono legati a determinanti sociali.

La transizione è una fase problematica sempre e ovunque, ma qualcuno ha pensato che le cose stessero cambiando e si è posto la domanda: come stanno gli adolescenti europei di oggi rispetto a quelli di trent’anni fa?

La risposta sta in uno studio pubblicato sulla rivista *Lancet Child Adolescent Health* a marzo del 2022 in cui i ricercatori hanno valutato il peso delle malattie non trasmissibili sui giovani tra i 10 e i 24 anni in Europa tra il 1990 e il 2019². Ne è emerso che gli adolescenti di oggi stanno meglio rispetto ai loro genitori - nel senso che muoiono meno a causa di malattie non trasmissibili - ma stanno anche peggio - nel senso che perdono anni di vita in buona salute. In sostanza, se la mortalità continua a diminuire, il carico di disabilità per gli adolescenti è aumentato nel corso degli ultimi trent’anni, soprattutto a causa di problemi di salute mentale.

Negli ultimi tempi ci si è accorti anche che la salute degli adolescenti è stata a lungo trascurata, forse sulla base dell’assunzione che si tratta di un gruppo di popolazione sano, il che è tendenzialmente vero, ma meno di quanto si pensasse. La stessa OMS ha ammesso che ai guadagni ottenuti con gli investimenti nei programmi per la salute materno-infantile non corrisponde un andamento simile nell’età adolescenziale e la riduzione della mortalità infantile non è stata accompagnata da una riduzione della mortalità degli adolescenti di pari entità.

Sembra che ci troviamo di fronte a una generazione dimenticata³, secondo il titolo di un editoriale apparso su *The Lancet Child Adolescent Health*: mancano iniziative e servizi pensati specificamente per questa fascia d’età e spesso mancano perfino i dati sullo stato di salute di questi ragazzi.

Anche in Italia il rapporto sui consultori familiari dell’Istituto Superiore di Sanità⁴ denuncia il fatto che i servizi per i giovani sono diventati sempre più esigui. Dall’indagine è emerso infatti che, complessivamente, gli ambiti nei quali è stata più frequentemente effettuata attività di

¹ www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health

² Armocida B. et al, *Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019*, *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6: 367–83. Published Online March 24, 2022

³ *Universal health coverage and the forgotten generation*, *The Lancet Child Adolescent Health*, Vol 3 November 2019

⁴ ISS, *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019*, 2022



programmazione nelle aziende sanitarie sono stati i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) (94,4%), l'educazione affettiva e sessuale (88,9%) e l'allattamento (87,8%). Le quattro attività meno rappresentate sono invece le attività rivolte agli adolescenti: educazione alimentare, prevenzione bullismo e cyberbullismo, tutela della fertilità, prevenzione dell'uso di sostanze.

Oggi si comincia a capire che gli adolescenti hanno bisogni particolari legati ai loro repentini cambiamenti e che, proprio per questo motivo, trattarli come bambini cresciuti o, al contrario, come giovani adulti non funziona. L'approccio "una stessa strategia per tutti" non paga e contemporaneamente serve un approccio globale alla salute degli adolescenti che non si riduca ad interventi pensati per casi specifici e sull'onda dell'emergenza, come è stato per l'infezione da HIV, o la salute sessuale, o la vaccinazione per il Covid-19.

Ma soprattutto serve ascoltarli. Nel 2017 l'OMS assieme ad altri partner come UNICEF, UNAIDS e UNFPA ha lanciato l'iniziativa *Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)* per cambiare il modo in cui i Paesi si confrontano con la salute degli adolescenti. In particolare si chiede una inclusione sistematica delle aspettative e delle prospettive dei ragazzi stessi nella progettazione delle iniziative dei vari Paesi. Il tema è molto sentito, tanto che a febbraio 2022, l'OMS/Europa ha pubblicato nuove linee guida su come coinvolgere adolescenti e giovani nel processo decisionale sulla loro salute. La nuova guida, dal titolo "Nothing about us, without us. Tips for policy-makers on child and adolescent participation in policy development"⁵, invita i governi e i responsabili politici ad ascoltare e comprendere le prospettive, le esperienze e le esigenze dei giovani quando prendono decisioni politiche che riguardano la loro salute.

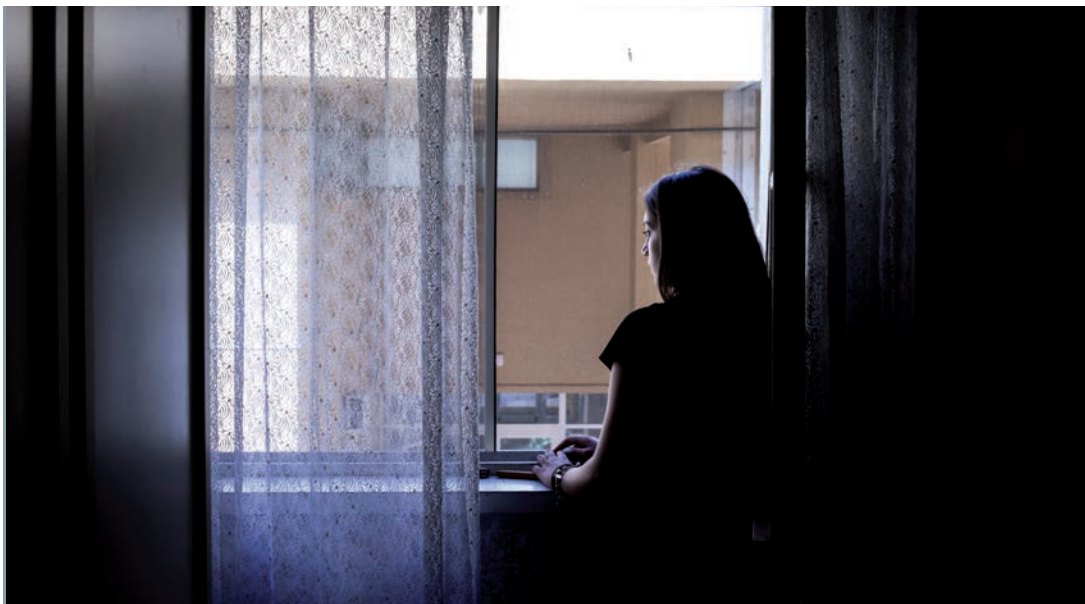
Anche la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC) stabilisce il diritto della persona di età minore a "esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa e le opinioni del fanciullo debbono essere debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità".

⁵ www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/521529/WHO-adolescent-policy-maker-tips-eng.pdf

Dentro e fuori la mente

Fiammetta è molto giovane, avrà meno di vent'anni, davanti alla telecamera racconta in modo apparentemente sereno quello che ha vissuto qualche anno prima, quando frequentava il secondo liceo: "Da fuori - dice - sembravo una ragazza normalissima, senza problemi, forse un po' taciturna", ma dentro Fiammetta era tristissima. Poi un pomeriggio non ha retto più il peso della sua sofferenza e ha mandato giù una bottiglietta di benzodiazepine. La sua storia, insieme a quella di altri ragazzi che come lei hanno avuto un passato di autolesionismo fino ad arrivare a pensare di togliersi la vita, è raccontata in "Come stanno i ragazzi", documentario del 2019 di Alessandro Tosatto e Andrea Battistuzzi, realizzato in collaborazione con la Fondazione Salus Pueri che sostiene la Pediatria di Padova. Sono storie di disagi di cui, come dice Fiammetta, "nessuno vuole parlare", storie di ragazzi invisibili, rappresentative di un fenomeno preoccupante.

In tutto il mondo il suicidio si attesta tra le prime 5 cause di morte negli adolescenti, ma in Europa il suo peso è maggiore e si posiziona al secondo posto, subito dopo gli incidenti stradali, ed è responsabile della perdita di tre vite al giorno⁶. In generale nel vecchio continente i disturbi legati alla salute mentale degli adolescenti sono un po' più diffusi che altrove: secondo il rapporto UNICEF, pubblicato nel 2021 ma che riporta dati del 2019, nel mondo più di 1 adolescente su 7 tra i 10 e i 19 anni convive con un disturbo legato alla salute mentale, circa il 13% di ragazze e ragazzi di quella fascia d'età. In Europa sarebbero 9 milioni: ovvero il 16,3%. L'Italia non si discosta molto dalla media europea: "si stima che il 16,6% fra i 10 e i 19 anni soffra di problemi legati alla salute



Francesco Alesi per Save the Children

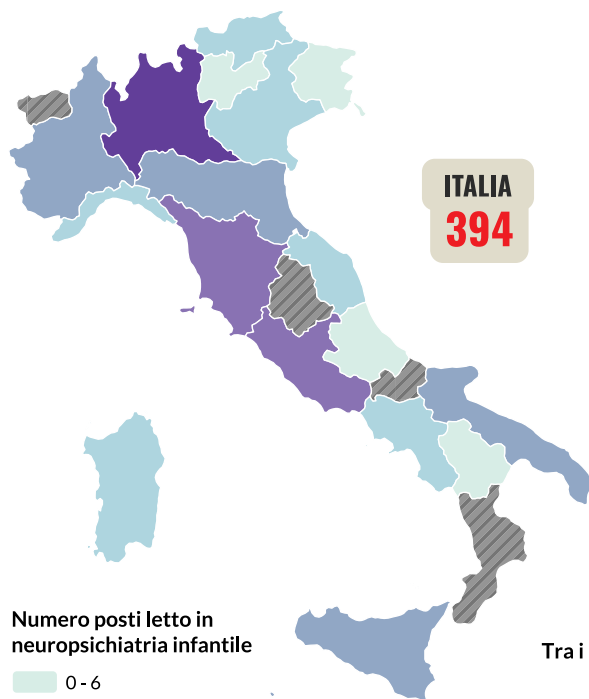
⁶ United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2021: On My Mind - Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York, October 2021. <https://www.UNICEF.it/media/in-europa-9-milioni-di-adolescenti-con-vivono-con-un-disturbo-mentale-suicidio-2-causa-di-morte/>

STRUTTURE PER LA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE TRA GLI ADOLESCENTI

I posti letto nei reparti di neuropsichiatria infantile nel 2019 erano 394. E molte regioni non ne hanno nessuno. Mancano anche strutture semiresidenziali e diurne. I centri per la cura dei disturbi alimentari sono censiti di continuo dall'ISS. Nella pagina a fronte: i dati tratti dalla Relazione al Parlamento sulle Dipendenze 2022, (CNR - Istituto di Fisiologia Clinica) sull'uso di droghe, alcol e psicofarmaci tra gli studenti 15-19 anni. Quest'anno è stato inserito anche l'isolamento sociale.

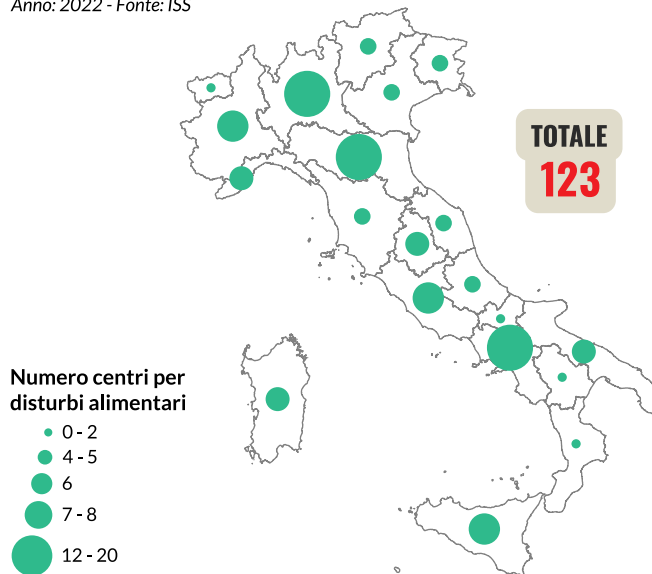
Numero posti letto degenza in neuropsichiatria infantile

Anno: 2019 - Fonte: Ministero della Salute

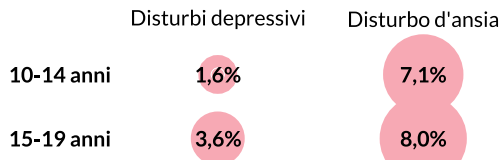


Censimento dei centri per la cura dei disturbi alimentari

Anno: 2022 - Fonte: ISS

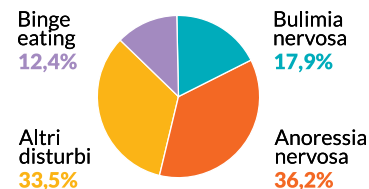


Tra i principali problemi di salute mentale in Italia...



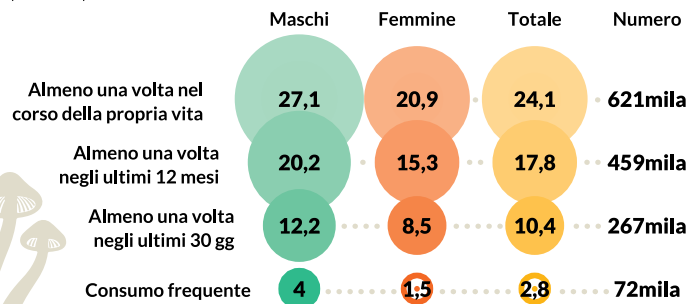
Anno: 2019 - Fonte OMS (Global Burden Diseases GBD)

I disturbi alimentari



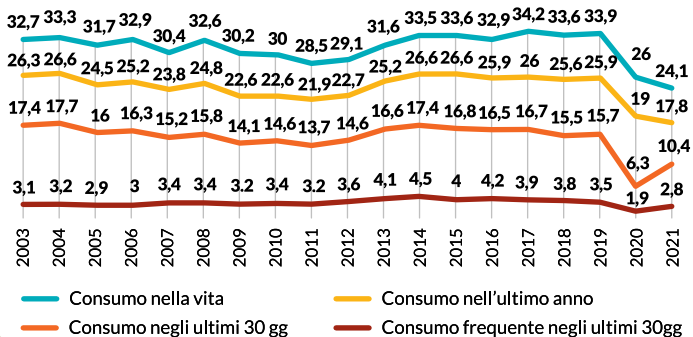
Studenti di 15-19 anni che hanno utilizzato una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei

Anno: 2021 - Fonte: Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC)



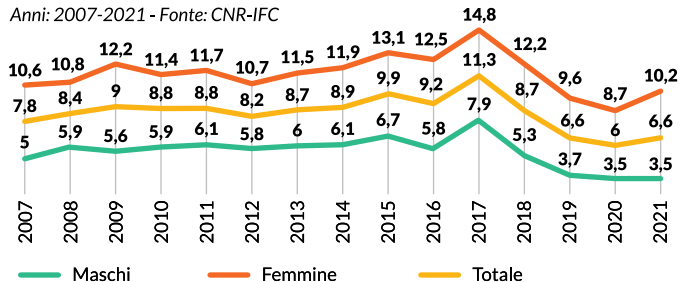
Consumi di sostanze illecite nella popolazione studentesca (%)

Anni: 2003-2021 - Fonte: CNR-IFC



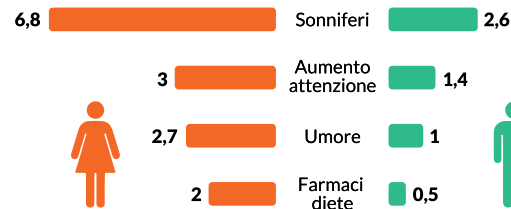
Studenti di 15-19 che negli ultimi 12 mesi hanno assunto psicofarmaci non prescritti (%)

Anni: 2007-2021 - Fonte: CNR-IFC



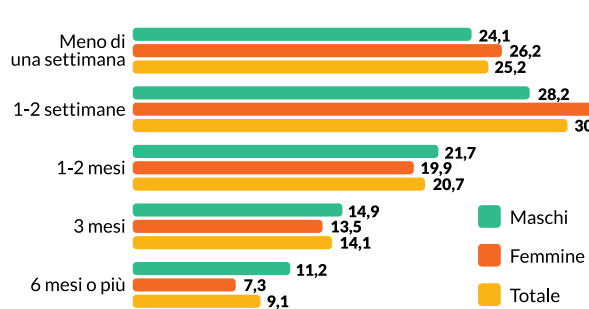
Utilizzo di psicofarmaci non prescritti per tipologia e genere (%)

Anno: 2021 - Fonte: CNR-IFC



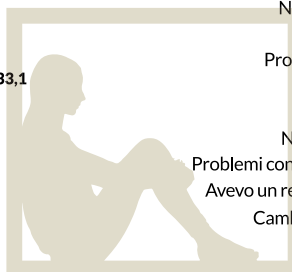
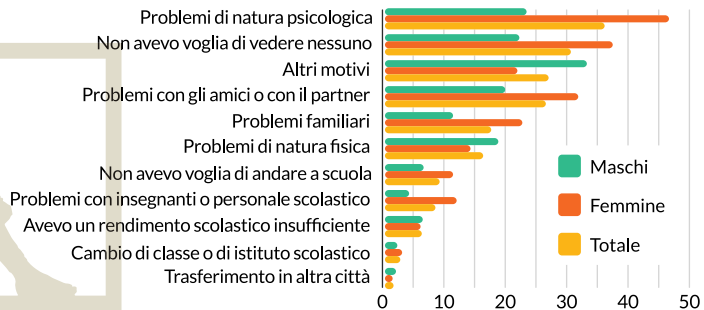
Studenti che si sono isolati volontariamente per durata e genere (%)

Anno: 2021 - Fonte: CNR-IFC



Studenti che si sono isolati volontariamente per causa e genere (%)

Anno: 2021 - Fonte: CNR-IFC



mentale, circa 956.000 adolescenti. Fra le ragazze, la percentuale è maggiore (17,2%, pari a 478.554) rispetto ai ragazzi (16,1%, pari a 477.518)”, ha commentato Carmela Pace, presidente UNICEF Italia. Ansia e depressione rappresentano il 40% dei disturbi mentali diagnosticati. Va sottolineato, però, che parliamo di dati stimati, peraltro - vedremo fra poco - probabilmente sottostimati, perché, come si legge nello stesso rapporto UNICEF, trovare dati sulla salute mentale di bambine, bambini e adolescenti è un’impresa ardua, quasi impossibile. In molti Paesi poveri del mondo quei dati non vengono proprio raccolti e in molti Paesi ricchi spesso vengono raccolti con modalità che non facilitano il loro reperimento, le comparazioni e le analisi. Prendiamo l’Italia. Il panorama è estremamente frammentato con una forte variabilità territoriale che si evidenzia già nel fatto che, a seconda della regione considerata, la neuropsichiatria infantile fa parte di Dipartimenti diversi. Il nuovo rapporto del CRC, Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza⁷ denuncia “la perdurante mancanza di un sistema informativo nazionale per la salute mentale delle persone di minore età che rende difficile analizzare le attività territoriali e gli andamenti regionali”. “Nel nostro Paese - conferma Maria Luisa Scattoni ricercatrice dell’ISS - non abbiamo dati nazionali sui disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva. Il sistema informativo sulla salute mentale che raccoglie i dati dai Dipartimenti e li invia al Ministero per il rapporto sullo Stato di Salute riguarda oggi solo i cittadini italiani da 18 anni in su. Recentemente è stato creato un Gruppo di Lavoro presso il Ministero della Salute che sta mettendo in piedi un sistema informativo per l’età evolutiva e da cui si attendono dati epidemiologici certi per il 2023. Il gruppo di lavoro, in cui sono rappresentate le regioni, l’ISS, le società scientifiche, cerca di mettere a punto una raccolta dati da ambulatori, centri diurni, centri residenziali e semi-residenziali, ospedali e risponde a una esigenza espressa da tempo dalle regioni e dai professionisti”.

Il problema della mancanza di dati è evidenziato anche dalla sintesi dei lavori del Tavolo tecnico sulla salute mentale in preparazione della seconda conferenza nazionale sulla salute mentale, “Per una salute mentale di comunità”, svolta a maggio 2021, a vent’anni di distanza dalla prima⁸. Il documento si sofferma anche sulla disomogeneità territoriale: “Dai pochi sistemi informativi regionali attivi e da altre fonti secondarie emerge una grave disomogeneità nell’organizzazione della rete dei servizi di NPIA (NeuroPsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza), che determina una enorme variabilità nei percorsi di cura e rende complesso garantire equità di risposta”. In molte Regioni non è stato formalmente strutturato un sistema di servizi di NPIA. E, quando i servizi esistono, non sempre sono integrati in una rete coordinata di cura. In particolare, mancano non solo i letti di ricovero dedicati, ma soprattutto le strutture semiresidenziali terapeutiche, indispensabili per garantire interventi a maggiore complessità e intensità e per prevenire, per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero e alla residenzialità terapeutica. Del resto, prosegue il documento del Tavolo tecnico, solo il 49,5% degli obiettivi programmati che riguardano la salute mentale sia degli adulti che dei minorenni erano stati attuati ad aprile 2021: “Le Regioni che presentano maggiori criticità con più di 6 obiettivi programmati non attuati sono: Basilicata, Abruzzo, Sardegna, Calabria, Lazio, Campania, Molise e Liguria”. Tra gli obiettivi più critici ci sono gli interventi tempestivi e integrati per i disturbi psichici gravi in adolescenza,

La cultura della comunità

“Si tratta anche di favorire il pieno superamento dello stigma con cui è stata spesso marchiata la malattia mentale e, in generale, di far prevalere la cultura della comunità sulla mentalità dello scarto, secondo cui si prestano cure e attenzioni maggiori a chi apporta vantaggi produttivi alla società, dimenticando che quanti soffrono fanno risplendere, nelle loro esistenze ferite, la bellezza insopprimibile della dignità umana”, dal messaggio di Papa Francesco alla Conferenza Nazionale sulla salute mentale di giugno 2021.

⁷ Gruppo di lavoro per la CRC, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia, maggio 2022

⁸ Tavolo tecnico salute mentale, documento di sintesi, maggio 2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf

l'identificazione precoce delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo, la lotta allo stigma.

Eppure, quello della salute mentale di bambine, bambini e adolescenti è un problema sempre più impellente in tutta Europa. E già da prima dell'emergenza Covid. Nello studio sullo stato di salute dei giovani europei di cui abbiamo parlato⁹ gli autori hanno riscontrato che gli anni di vita persi a causa di disturbi mentali fra gli adolescenti europei sono aumentati del 32% in 30 anni. Inoltre, i disturbi mentali sono la principale causa di anni in buona salute persi dai giovani, dovuti a malattie non trasmissibili (22,5%). L'esordio del primo disturbo mentale emerge in un terzo degli individui prima dei 14 anni, in quasi metà entro 18 anni e in quasi due terzi prima dei 25 anni¹⁰. Solo il 20-40% degli adolescenti con problemi di salute mentale è diagnosticato dai servizi sanitari e solo il 25% riceve un trattamento appropriato. Questo problema è aggravato dal fatto che molti giovani non chiedono aiuto ed è probabilmente esacerbato da barriere all'accesso ai servizi di salute mentale come lo stigma, i costi, la mancanza di servizi sanitari, o la richiesta del consenso dei genitori.

In Italia, “negli ultimi 10 anni – dice Maria Antonella Costantino, Direttrice dell’Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - abbiamo assistito a un raddoppio dell’accesso ai servizi di bambine/i e ragazze/i con disturbi neuropsichici”. Il Tavolo sulla salute mentale stima che prima della pandemia 200 bambini e ragazzi su 1000 avessero un disturbo neuropsichiatrico (ovvero circa 1.890.000 minorenni), ma meno di un terzo avesse accesso ad un servizio territoriale di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e, di questi ultimi, solo la metà riuscisse ad avere risposte terapeutico-riabilitative territoriali appropriate, con estrema variabilità regionale. “Molti - commenta Costantino - finiscono nel privato”. La carenza di strutture è un nodo cruciale: “Noi ricoveriamo pochissimo – prosegue Costantino - ma in alcuni casi è necessario farlo e, a livello nazionale, ci sono solo 394 posti letto per la neuropsichiatria infantile. Alcune regioni non ne hanno neppure uno, il che vuol dire che l’intervento verrà fatto a chilometri di distanza dalla residenza della famiglia. Il 20% dei ricoveri con diagnosi di disturbo psichico finiscono nei reparti di psichiatria dell’adulto con gravi conseguenze per i ragazzi. Spesso mancano le figure professionali, medici e operatori, molti dei quali in fuga per il livello di pressione altissimo cui sono sottoposti. Ma soprattutto mancano le strutture semiresidenziali, i centri diurni, le strutture per gli interventi intensivi a domicilio, tutta la rete coordinata di cura che dovrebbe evitare il ricovero”. “La legge 180 del 1978, che ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici, e la legge 517 del 1977, che ha disposto la chiusura delle scuole speciali e classi differenziali, sono alla base della nascita di un sistema territoriale di neuropsichiatria infantile di comunità”, sottolinea Giancarlo Rigon neuropsichiatra infantile che, assieme a Costantino, ha coordinato il gruppo di lavoro sull’infanzia e l’adolescenza del tavolo tecnico sulla salute mentale. Il nuovo sistema nato da quelle riforme prevede la creazione di servizi territoriali che coinvolgano le comunità e che siano attente al contesto sociale. È un sistema ormai condiviso da tutta l’Europa e al centro anche del *Global Mental Health Summit* che si è svolto il 13 e il 14 ottobre 2022 a Roma. Ma ha bisogno di strutture, investimenti e di una dimensione nazionale. “Senza un sistema informativo collettivo e un coordinamento nazionale non si può garantire una equità di risposta”, conclude Rigon.

⁹Armocida B. et al, *Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019*. *Lancet Child Adolesc Health* 2022; 6: 367–83. Published Online March 24, 2022

¹⁰Più precisamente: tra le persone che nel corso della loro vita presentano un disturbo mentale, il 34,6% ha un esordio prima dei 14 anni, il 13,8% tra i 15 e i 18 anni, e il 14,1% tra i 19 e i 25 anni. Cfr. Solmi M. et al, *Age at onset of mental disorders worldwide: large scale metaanalysis of 192 epidemiological studies*, *Mol Psychiatry* 27, 281-295 (2022) <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>



FOCUS SUI MINORENNI AL TAVOLO TECNICO SULLA SALUTE MENTALE

Accendere un riflettore sull'età evolutiva: l'esigenza è nata dai lavori del Tavolo tecnico sulla salute mentale ed ha dato il via alla creazione di un Gruppo di approfondimento che ha da poco terminato i suoi lavori. Ne abbiamo parlato con uno dei coordinatori, il dottor Giancarlo Rigon.

Partiamo dal Tavolo tecnico: istituito presso il Ministero della Salute il 24 gennaio 2019 e aggiornato nella sua composizione nel febbraio 2021, tra i suoi compiti prevede di "verificare l'implementazione di linee guida, linee di indirizzo e documenti scientifici, ivi compresi gli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni e Conferenza unificata, e di verificare l'appropriatezza e la qualità dei percorsi di trattamento e riabilitazione erogati per i disturbi mentali". È composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del Ministero dell'Istruzione, delle Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'AIFA, delle Società scientifiche, degli Ordini professionali, delle Associazioni professionali e dei familiari.

La Conferenza Nazionale sulla salute mentale tenutasi nel giugno 2021 ed i relativi lavori di preparazione condotti dal Tavolo tecnico, avevano messo in evidenza la tematica dell'età evolutiva alla quale si è deciso di dedicare una attenzione specifica. È nato quindi il Gruppo di approfondimento sulla salute mentale delle bambine dei bambini e degli adolescenti coordinato dai neuropsichiatri infantili Giancarlo Rigon e Maria Antonella Costantino, affiancati da tre componenti dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), a sottolineare l'attenzione riservata alle realtà territoriali nella loro dimensione amministrativa e sociale.

I lavori del Gruppo sono iniziati a dicembre 2021 e terminati a luglio 2022 con un documento presentato ai componenti del Tavolo tecnico i quali erano stati tenuti al corrente del percorso che si veniva svolgendo in occasione delle riunioni generali. La richiesta iniziale fatta ai diversi componenti del tavolo (che includono, tra gli altri, psicologi, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, psichiatri, infermieri, professionisti della riabilitazione, rappresentanti dell'ANCI) era quella di segnalare esperienze innovative e proposte concrete sul tema della salute mentale nell'età evolutiva che andassero ad articolare ulteriormente quanto già emerso durante le riunioni plenarie del tavolo e presentate nel corso della Conferenza di giugno 2021.

E le segnalazioni sono arrivate numerose con una distribuzione regionale abbastanza omogenea.

A dimostrazione del fatto che a livello territoriale ci sono tante realtà che spesso neppure si conoscono e che sarebbe utile mettere a sistema.

Ne citiamo alcune: sportelli di ascolto per consulenze gratuite in situazioni di disagio aperti ad adulti, minori e famiglie; interventi per famiglie inviate dai servizi di salute mentale o dalle autorità giudiziarie con diverse problematiche (affido di minori, tossicodipendenza, trascuratezza, maltrattamento). Uno sportello presso il pronto soccorso di un ospedale per offrire uno spazio psicologico di ascolto ai giovani tra 14 e i 25 anni che accedono al servizio di emergenza.

Un servizio compagno-adulto che consiste nell'intervento domiciliare svolto da un giovane psicologo.

E poi la governance del servizio pubblico per la rete di collaborazione con il terzo settore. Ma anche un centro clinico per la prima infanzia per i disturbi funzionali e di sviluppo, un altro per i disturbi dell'apprendimento, un servizio ponte tra ospedale e territorio ... Il documento del sottogruppo di lavoro si apre con alcune premesse: la prima è che viene assunto il punto di vista della salute mentale e il modello bio-psico-sociale, ovvero un approccio che attribuisce il risultato della



malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici, psicologici e sociali. Questo approccio consente di avere una visione che raccoglie nelle diverse età della vita una particolare attenzione alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia, alla riabilitazione, oltre che alla condizione fisica, psichica e relazionale-sociale del soggetto. La seconda premessa è che i servizi sanitari sono un fattore centrale della tutela della salute mentale, ma non ne esauriscono la dimensione che abbraccia invece l'intero contesto di vita delle persone, quindi l'insieme delle loro relazioni affettive e sociali e le istituzioni che di loro si occupano.

La terza premessa è data dal richiamo alla storia della nascita della neuropsichiatria di comunità per l'età evolutiva avvenuta grazie a due leggi: la 180 del 1978 che prevedeva la chiusura dei manicomi e la 517 del 1977 che prevedeva la chiusura delle scuole speciali e delle classi differenziali.

Oltre ai diversi contributi, il sottogruppo ha raccolto quanto emerso dalle audizioni con l'Associazione italiana famiglie bambini con ADHD, Mito e Realtà (associazione che si occupa di comunità terapeutiche), l'UNICEF, il Coordinamento nazionale dei dipartimenti di salute mentale e i contributi della Dott.ssa Maria Luisa Scattoni dell'ISS e del prof. Raffaele Ciambrone del Ministero dell'Istruzione.

Il gruppo di lavoro ha ripreso anche il tema

della carenza di flussi informativi per la Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) e ha avanzato alcune proposte per affrontarlo: in primo luogo si chiede la piena applicazione delle Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichici di infanzia e adolescenza, un documento del 2019 siglato nella Conferenza Stato Regioni. Le linee prevedono, pur nella piena autonomia delle Regioni, un insieme condiviso di aspetti organizzativi e contenuti che renderebbe il nostro Paese più omogeneo nel fornire risposte adeguate alle esigenze dei cittadini. In secondo luogo, si chiede di promuovere il finanziamento e l'applicazione del V Piano Nazionale Infanzia e Adolescenza. La terza proposta riguarda l'effettiva applicazione dei LEA per i disturbi della NPIA, che significa potenziamento dei servizi territoriali con équipe multidisciplinari complete, centri diurni integrati, implementazione posti letto, percorsi integrati, e poi attività in telemedicina e teleriabilitazione per le quali è stata rilevante l'esperienza del Covid. Dal punto di vista organizzativo, si propone di prevedere una unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile ogni 150.000-250.000 abitanti, con presenza di una équipe multidisciplinare completa, e l'attivazione di un centro diurno terapeutico integrato in ciascun servizio territoriale per i disturbi psichiatrici in adolescenza e per i gravi disturbi del neurosviluppo nei primi anni di vita. Le proposte sono in linea con quanto già previsto dalle linee di indirizzo in tema di

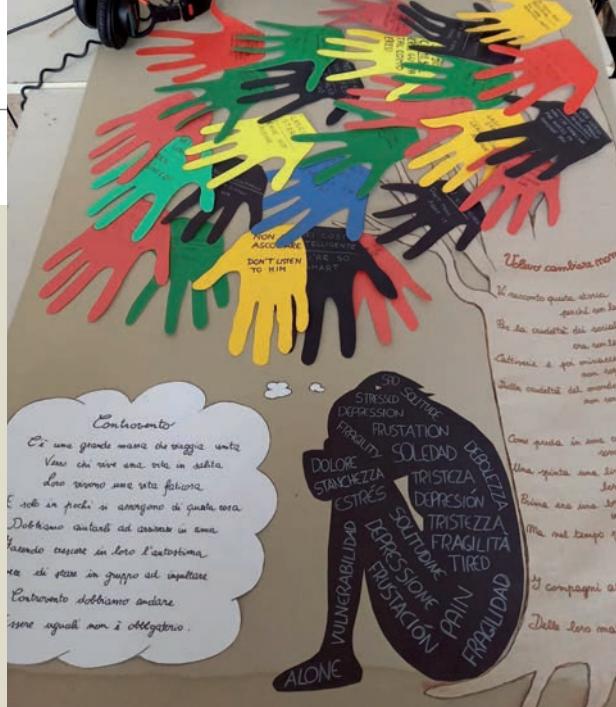
età evolutiva concordate con le Regioni nel 2019 e che sono tutt'oggi in corso di recepimento e di applicazione.

Il documento si chiude ricordando che nel corso dei lavori del Tavolo e della Conferenza sulla Salute Mentale sono emerse alcune tematiche che richiedono specifici approfondimenti come la disabilità, la giustizia minorile, i minorenni di origine straniera, la scuola, le strutture residenziali e diurne.

SIAMO FUORI DI TESTA

Cosa vuol dire essere fuori di testa? “Non è sempre sbagliato...”, “Magari è uno che pensa fuori dagli schemi”. Perché le persone della tua età vanno fuori di testa? “Non ci sentiamo compresi da quelli più grandi, noi abbiamo un pensiero più aperto”. Chi può aiutare una persona che va fuori di testa? E come? “Parlandoci, facendolo sfogare, magari portandolo a fare un giro, a mangiare qualcosa” “Standogli vicino, non giudicandolo, facendolo sfogare”. “Lo possono aiutare gli amici, i genitori, i parenti. Lo psicologo no”.

Gli studenti delle classi terze della scuola secondaria di I grado I.C. “Francesca Morvillo” nel quartiere della periferia romana Tor Bella Monaca, contraddistinto da un elevato disagio socioeconomico-educativo, rispondono in modo chiaro agli stimoli degli operatori del TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva) D6 ASL Roma 2. A settembre del 2022 gli operatori con la collaborazione della dirigente scolastica Valeria Sentili sono entrati a scuola a parlare con i ragazzi



I pensieri dei ragazzi della scuola secondaria di I grado I.C. “Francesca Morvillo” nel quartiere della periferia romana Tor Bella Monaca.

di cosa vuol dire “essere fuori di testa” e ne hanno tratto un breve video per l’evento sulla salute mentale RoMens (26 settembre-2 ottobre2022) dal titolo “Siamo fuori di testa...ma diversi da loro” come il verso della canzone dei Maneskin, racconta Dario Bosi psicologo tra gli autori del progetto. Il quadro che emerge è quello di una generazione che sa che essere fuori di testa può essere una condizione temporanea (“una cosa normalissima”) e che la rete degli affetti e delle amicizie può essere di aiuto per superare i momenti critici. Ma testimonia anche lo stigma (“hai paura di essere giudicato”) e un certo timore delle istituzioni (“lo psicologo no”) su cui sarebbe importante riflettere.

Una richiesta di aiuto

La chiusura delle scuole per via della pandemia ha avuto un importante impatto sul benessere psicologico degli studenti e ha fatto emergere un bisogno fino a quel momento sottovalutato. In mancanza di una risposta strutturata territoriale come lo psicologo di base, il “bonus psicologico” è una misura tampone per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia che è stata proposta per la prima volta nel 2021 per il mondo della scuola e ripresentata nel Decreto Milleproroghe con un ampliamento della platea di beneficiari alla popolazione in generale. Sulle 266mila domande arrivate all’INPS da parte di under35 al 20 ottobre 2022, il 32,1% (più di 78mila domande) riguarda bambine, bambini e adolescenti da 0 a 18 anni. Rispetto alla popolazione minorile residente, la Sardegna è la regione con le maggiori richieste, seguita dal Lazio. Il 52% delle richieste, arriva da famiglie in condizione di (o a rischio di) povertà, con un ISEE inferiore ai 15mila Euro. Hanno espresso la richiesta di aiuto il 59,1% delle ragazze e il 40,9% dei ragazzi. Per la misura sono disponibili 25 milioni di euro, non sufficienti, nonostante il rifinanziamento, a coprire tutte le richieste pervenute. I minorenni però non avranno una particolare priorità per l’inserimento in graduatoria.

Il peso della pandemia

Su questa già difficile situazione è piombata la pandemia di Covid-19. Uno studio pubblicato a febbraio 2022 ha analizzato 35 indagini condotte in diversi Paesi, tra cui l'Italia, per valutare i problemi di salute mentale della fascia d'età tra i 4 e i 19 anni dovuti a Covid-19. La conclusione è che la pandemia "ha avuto un effetto multiforme e sostanziale sulla salute mentale di bambini e adolescenti"¹¹. I problemi principali individuati sono, in ordine decrescente: ansia, depressione, solitudine, stress, paura, tensione, rabbia, stanchezza, confusione e preoccupazione. I bambini e gli adolescenti che avevano già disordini dello sviluppo o psichiatrici così come obesità, malattie croniche dei polmoni, deficit dell'attenzione, fibrosi cistica, disordini ossessivo compulsivi sono risultati particolarmente vulnerabili. Anche il rapporto BES Benessere Equo e Sostenibile 2021 dell'ISTAT sostiene che "due anni della pandemia hanno messo a dura prova il benessere psicologico della popolazione. In particolare, nel 2021 si osserva un peggioramento nelle condizioni di benessere mentale specialmente tra i ragazzi di 14-19 anni"¹².

La SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, a fine 2021 ha rilevato che nei primi nove mesi dell'anno il numero dei ricoveri per disturbi psichiatrici di bambini e adolescenti negli ospedali italiani aveva superato il totale del 2019. Discontrollo degli impulsi, autolesività, disturbi del comportamento alimentare sono tra le principali diagnosi in aumento. Tra i fattori di rischio la chiusura delle scuole, il non poter utilizzare spazi di socializzazione, la paura del contagio, la mancanza di contatto fisico, ma anche un atteggiamento del mondo adulto non attento: "C'è stata poca fiducia nei confronti dei ragazzi che hanno subito attacchi molto pesanti – sottolinea Maria Antonella Costantino - si diceva, ad esempio, che erano loro a diffondere la pandemia, ma erano affermazioni fatte indipendentemente dai dati: in realtà i giovani sono corsi a vaccinarsi. Nel nostro centro diurno, i ragazzi hanno avuto tassi di infezione inferiori alla media".

Anche un'indagine condotta dalla Società Italiana di Pediatria tra marzo 2020 e marzo 2021 in 9 regioni italiane (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Umbria), dà risultati drammatici evidenziando che mentre gli accessi totali degli under 18 ai Pronto Soccorso si sono quasi dimezzati (-48,2%) rispetto al 2019, quelli per patologia neuropsichiatrica sono rimasti quasi gli stessi. I ricoveri per patologia neuropsichiatrica infantile hanno subito un aumento del 39,5%. Psicosi e disturbi del comportamento alimentare le prime due cause di accesso in pronto soccorso per patologia neuropsichiatrica. Per i ricoveri invece la principale causa è stata l'ideazione suicidaria seguita da depressione e disturbi della condotta alimentare¹³.

¹¹ Theberath M. et al, *Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies*, SAGE Open Medicine, 18 february 2022

¹² ISTAT, *BES Il benessere equo e sostenibile in Italia, 2021*

¹³ <https://sip.it/2021/10/13/nellultimo-anno-aumentati-dell84-gli-accessi-di-minori-al-pronto-soccorso-per-disturbi-neuropsichiatrici/>

Le cose non sono migliorate molto nel 2022. Lo stato di malessere diffuso tra gli studenti in Italia emerge con forza dai dati di uno studio condotto dall'Istituto Ricerche Economiche e Sociali dell'Emilia-Romagna e Alta Scuola Spi-Cgil per conto di Spi-Cgil Nazionale, Rete degli Studenti Medi, Unione degli Universitari. L'indagine ha coinvolto 30mila studenti iscritti alle scuole superiori e all'università con questionari, interviste e focus group svolti fra febbraio e marzo 2022. Risultati: 9 giovani su 10 affermano di manifestare sintomi di stress e forte disagio psicologico. Nel corso della pandemia è aumentata la solitudine presente nel 70% degli intervistati e l'ansia nel 60%. Più di uno studente su quattro ha avuto esperienze di disturbi alimentari (28%), il 15,5% per atti di autolesionismo, il 10% ha fatto uso di droghe, il 12% di alcol in quantità eccessive¹⁴.

Infine, i dati diffusi dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù il 9 settembre 2022, alla vigilia della Giornata mondiale dedicata alla prevenzione del suicidio: negli ultimi 10 anni gli accessi per ideazione suicidaria o tentato suicidio al Bambino Gesù sono cresciuti esponenzialmente. Ma nei due anni della pandemia l'aumento è stato del 75% rispetto al biennio precedente: dai 369 casi del 2018-2019 ai 649 del 2020-2021, in media praticamente un caso ogni giorno. In particolare le ospedalizzazioni in Neuropsichiatria per autolesionismo sono passate dal 30 a oltre il 60% del totale. Il sistema quasi ovunque ha rischiato di andare in tilt: "L'emergenza salute mentale post covid ha messo carichi aggiuntivi a un sistema che su neurosviluppo e salute mentale dei bambini già investiva pochissimo. Abbiamo ulteriormente limitato gli spazi, gli orari, le risorse a disposizione, i medici e gli operatori sanitari", prosegue Costantino.



¹⁴ Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della pandemia. <https://www.cgil.lombardia.it/wp-content/uploads/2022/07/indaginecompleta2.pdf>

La difficoltà della situazione è confermata dai primi risultati del rapporto “Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi” promosso dall’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza (AGIA), assieme all’Istituto Superiore di Sanità (ISS)¹⁵. Si tratta di un progetto triennale suddiviso in tre fasi, a maggio 2022 sono stati resi pubblici i risultati della prima fase il cui obiettivo è stato l’ascolto attraverso focus group di esperti che lavorano a contatto con minori in ambito psico-sociale, educativo, sanitario.

I risultati di questa prima fase evidenziano che le criticità nei servizi, preesistenti, si sono aggravate durante la pandemia con un aumento della domanda e una risposta spesso inadeguata. Questo ha avuto conseguenze in termini di uguaglianza di opportunità tra chi, non avendo risposta adeguata nel pubblico, si è rivolto al privato, e chi non ha potuto accedervi rimanendo isolato. Inoltre, c’è stato l’incremento delle richieste di aiuto a partire dalla seconda ondata della pandemia per esordio di patologie di natura neuropsichiatrica o per aggravamento di situazioni pregresse. L’esordio ha riguardato soprattutto soggetti in condizioni di vulnerabilità connessa alla condizione familiare, ambientale, socioculturale ed economica. I disturbi e i sintomi più frequentemente riportati sono: disturbi del comportamento alimentare, ideazione suicidiaria, episodi di autolesionismo, alterazioni ritmo sonno-veglia e ritiro sociale. I soggetti più colpiti sono preadolescenti e adolescenti, in special modo coloro che si trovano nelle fasi di transizione scolastica.

Ci sono tuttavia alcuni fattori positivi in questo quadro drammatico: il primo è che la pandemia sembra aver alleggerito lo stigma poiché ci si è sentiti legittimati a chiedere aiuto in una situazione oggettivamente difficile per tutti; il secondo è il ricorso allargato alla telemedicina che ha permesso ad alcuni ragazzi di rimanere in contatto con i servizi. Le voci dal territorio cosa dicono? Abbiamo ascoltato alcuni Punti Luce di Save the Children che ci danno conto di cambiamenti importanti. In Puglia, racconta Francesca Donnicola, “dopo il lockdown i ragazzi cercano momenti di ascolto per parlare soprattutto delle difficoltà relazionali. Non sempre sono richieste dirette, ma ci si accorge che c’è una difficoltà perché, ad esempio, pur di relazionarsi con persone della loro età mettono in atto comportamenti strani. Dalle scuole partono molte richieste di visite neuropsichiatriche ma l’accesso è veramente difficile e i tempi sono lunghissimi: può volerci anche un anno”. Anche nel Lazio la situazione si è complicata. Nelle parole di Rita Fiorentino di Fuoriclasse Aprilia: “In generale sono aumentati i disturbi d’ansia, relativi spesso al senso di inadeguatezza, alla percezione di non sentirsi all’altezza. Ma l’aspetto che più ci ha colpito dopo la pandemia è l’aumento dell’aggressività e della conflittualità tra i ragazzi. È come se dopo mesi in cui il contatto è stato vietato, o comunque strettamente controllato, il conflitto e l’aggressività fossero diventati l’unica forma di contatto. Il problema principale è che molti minori fanno fatica a tradurre i loro bisogni in richieste e spesso neanche sanno dell’esistenza di servizi che possano aiutarli. Questo non significa che non ne abbiano bisogno”.

Agire subito per evitare le emergenze

“Durante i diversi momenti di lockdown molti ragazzi e ragazze della mia età hanno invertito il ritmo sonno-veglia, perso la propria routine, e tutto questo nel tempo ha generato ansia, rabbia, e squilibrio.... Tanti adolescenti, ma non solo, adesso più che in passato, hanno bisogno di un aiuto psicologico e questo dovrebbe essere garantito dalle istituzioni, per esempio con lo psicologo nelle scuole o con un accesso più facile per i ragazzi e le ragazze negli Ospedali o in altre strutture di comunità, nei territori dove si abita. Questo è molto importante e soprattutto non si deve agire solo quando ci sono le emergenze ma bisogna farlo anche per evitare che tutto diventi emergenza”.

Enoch, intervento durante l’evento IMPOSSIBILE 2022 di Save the Children, frutto di un lavoro condiviso con il gruppo adolescenti del Punto Luce Palermo Zen

¹⁵ AGIA e ISS, *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, maggio 2022

UN PROGETTO PER MONITORARE I DISTURBI NEUROPSICHICI

Maria Luisa Scattoni

*Referente dell'ISS per il progetto
finanziato dal Ministero della Salute*

I progetto CCM 'Effetti dell'emergenza pandemica Covid-19 sui minori di età: strategie di prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze', finanziato attraverso il Bando CCM della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e perseguito attraverso un'iniziativa congiunta Ministero della Salute-Ministero dell'Istruzione-ISS-Regioni-AIFA, intende promuovere il monitoraggio dell'andamento degli accessi ai servizi per disturbi neuropsichici e dipendenze nei minori di età per fornire tempestivamente dati affidabili per la programmazione regionale e nazionale.

A causa della pandemia Covid-19 e delle misure messe in atto per contenerla, le bambine, i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli



Mostra RI-SCATTI, Fino a farmi scomparire, opera di Sofia Santosuuso

ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici. In Italia, non esiste un flusso informativo nazionale sui disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza né sulle dipendenze nei minori di età e le azioni di programmazione regionale e nazionale condotte sinora si basano su informazioni derivate da campioni poco rappresentativi o dati raccolti in maniera non sistematizzata. Pertanto,

al fine di monitorare e migliorare i servizi dedicati alla salute mentale e alla sua promozione, è stato istituito un Gruppo di Coordinamento interregionale costituito da professionisti clinici, rappresentanti delle Istituzioni e tecnici gestori ed amministratori dei sistemi informativi delle diverse regioni italiane, per analizzare i flussi regionali relativi ai ricoveri ordinari, al consumo di psicofarmaci, alle attività territoriali e agli eventuali profili di comorbidità. Il gruppo di coordinamento ha identificato, tra gli indicatori per

l'analisi dei flussi informativi regionali, i codici diagnostici di interesse e 4 categorie diagnostiche principali [MDC01 (Malattie e disturbi del Sistema Nervoso), MDC19 (Malattie e disturbi mentali), MDC20 (Abuso di alcol e farmaci e disturbi mentali organici indotti) e MDC21 (Traumatismi ed avvelenamenti)]. Dall'avvio del progetto sono stati analizzati semestralmente i flussi informativi di 12 Regioni e Province Autonome (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Province di Trento e Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia) che rappresentano approssimativamente il 74% della popolazione in Italia. Le analisi statistiche hanno applicato il modello della “*trend analysis*” valutando l'andamento degli indicatori a partire dal 2015 fino al 2021. Nella valutazione dei risultati sono stati considerati i tassi di ospedalizzazione della popolazione residente e non residente (fasce d'età: 0-17; 18-25 anni), la specializzazione del reparto di dimissione, la disponibilità di posti letto regionali. L'analisi dettagliata sull'andamento mensile degli indicatori nel corso del 2020-2021 ha permesso di valutare specificatamente l'impatto della pandemia e delle misure restrittive Covid-correlate.

I risultati preliminari indicano che dal 2015 si è assistito ad un aumento

significativo della domanda sanitaria su tutto il territorio nazionale e che le diverse Regioni hanno elaborato diversi profili di risposta. Nel corso del 2020 si è assistito ad una riduzione degli accessi in modo diffuso su tutto il territorio nazionale sebbene il grado di riduzione sia stato diverso nelle diverse regioni che hanno avuto contesti epidemiologici e modalità di adattamento dei servizi differenti. Nel 2021 si è assistito ad un aumento degli accessi su tutto il territorio nazionale e tra le condizioni più frequentemente riscontrate sono inclusi i disturbi del comportamento alimentare, le sindromi nevrotiche, somatoformi e legate a stress e altre sindromi e disturbi comportamentali, i disturbi di personalità specifici, le sindromi affettive, i disturbi della condotta e le dipendenze. Inoltre, se nel 2021 si è assistito ad un aumento degli accessi di bambine, bambini e adolescenti con condizioni cliniche particolarmente severe, l'aumento degli accessi per alcuni determinati disturbi è significativamente in aumento dal periodo pre-pandemico (es. disturbi della condotta alimentare).

Questi dati, seppur preliminari, confermano la necessità di investire diffusamente su tutto il territorio nazionale attraverso interventi strutturali che permettano di aumentare il numero e la

specializzazione dei professionisti oltre che garantire la funzionalità delle Unità di NPIA predisponendo spazi e strumenti dedicati. L'analisi dei flussi informativi attraverso i robusti indicatori identificati dal Gruppo di Coordinamento interregionale ha documentato il sottodimensionamento delle risposte assistenziali pubbliche in età evolutiva e stimato un ulteriore aumento della domanda per alcuni disturbi specifici. È quindi necessario estendere l'analisi a tutti i flussi informativi disponibili per monitorare il fenomeno e predisporre interventi specifici che devono includere la diffusione di strategie per promuovere la salute mentale positiva (resilienza, autostima, autoefficacia) e contrastare condotte e comportamenti a rischio nelle bambine, bambini e adolescenti.

Non mangio quindi sono

“La perfezione non esiste, ma la ricerca della perfezione è una condanna”. Così scrive Fiorenza Sarzanini, giornalista del Corriere della Sera, nel suo libro “Affamati d’amore” per descrivere il percorso di Marilù, una giovane donna che per tredici anni ha convissuto con l’anoressia nervosa. Il controllo ossessivo - del proprio peso, del proprio corpo, della propria vita - alla ricerca di una idea di perfezione, è al centro dei disturbi alimentari che però vanno considerati malattie complesse, frutto dell’interazione di fattori biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici e psichiatrici.

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione sono malattie caratterizzate da un comportamento alimentare disfunzionale, un’eccessiva preoccupazione per il peso e un’alterata percezione dell’immagine del proprio corpo¹⁶. All’interno di questa categoria troviamo l’anoressia nervosa (progressiva restrizione calorica e paura di ingrassare legata a un disturbo dell’immagine corporea), la bulimia nervosa (episodi di abbuffata seguiti da comportamenti definiti “di compenso” come il vomito autoindotto, l’utilizzo di lassativi, il digiuno e l’intensa attività fisica) e il disturbo da alimentazione incontrollata o Binge eating (episodi di ingestione rapida e compulsiva di eccessive quantità di cibo).

Questi disturbi sono diventati nell’ultimo ventennio una vera e propria emergenza di salute mentale in tutto il mondo per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti. Una recente revisione di tutti gli articoli scientifici sull’argomento ha messo in evidenza che, benché i tassi di incidenza siano più o meno stabili nel mondo almeno fino al 2019, l’anoressia è in aumento tra ragazze e ragazzi sotto i 15 anni. Ad essere colpite sono più le femmine che i maschi: si calcola che il 4% delle ragazze durante la loro vita soffrano di anoressia nervosa e il 3% di bulimia nervosa, contro lo 0,3 e l’1% dei maschi¹⁷. Un dato confermato anche da Laura Della Ragione, responsabile Rete Disturbi Comportamento Alimentare Usl 1 dell’Umbria: “Negli ultimi dieci anni si è abbassata in modo vistoso l’età di insorgenza dei Disturbi Alimentari con esordi frequenti a 8-10 anni. La patologia non riguarda più solo gli adolescenti, ma va a colpire anche bambini in età prepubere, con conseguenze molto più gravi sul corpo e sulla mente”. Chi soffre di anoressia e bulimia ha un rischio di morire 5 volte più alto di chi non ne soffre. In particolare l’anoressia, secondo l’OMS, ha il più alto tasso di mortalità tra tutti i disturbi mentali, e può portare a morte prematura a causa di complicazioni mediche dovute alla restrizione calorica o del suicidio¹⁸.

A peggiorare un quadro che già era preoccupante, è arrivata la pandemia di Covid-19. Un articolo pubblicato su *The Lancet Psychiatry* conferma che la pandemia ha avuto effetti negativi sulla salute mentale in generale, ma in particolare sulle persone che già soffrivano

¹⁶ www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie

¹⁷ van Eeden A.E. a,b; van Hoeken D.; Hoek H.W. a,b,c, *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Current Opinion in Psychiatry: November 2021 - Volume 34 - Issue 6 - p 515-524 doi: 10.1097/YCO.00000000000000739

¹⁸ OMS: Mental health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>



RI-SCATTI. *Fino a farmi scomparire.*

Mostra ideata e organizzata dal PAC Padiglione di Arte Contemporanea di Milano e da RISCATTI Onlus in collaborazione con l'Ospedale Niguarda di Milano e l'Associazione ERIKA. Cento fotografie restituiscono le esperienze di dieci ragazze e ragazzi che hanno trovato il coraggio e la forza di raccontare le loro storie di sofferenza, disagio, paura, nelle quali l'idea di poter controllare lo stimolo della fame e di poter vivere senza il cibo diventano obiettivi da perseguire per annullare la propria fisicità e limitare la propria presenza, in un disperato tentativo di voler scomparire.

o erano a rischio di disturbi dell'alimentazione, in alcuni casi facendo emergere la malattia, in altri peggiorandone i sintomi¹⁹. Secondo alcune stime, globalmente, l'incidenza è aumentata di almeno il 15,5% nel 2020.

In Italia, un'indagine basata sull'incrocio di diversi flussi informativi analizzati dal Consorzio interuniversitario CINECA, segnala che nel 2020 l'aumento delle nuove diagnosi sarebbe stato addirittura di quasi il 40% rispetto al 2019: nel primo semestre 2020 sono stati rilevati 230.458 nuovi casi contro i 163.547 del primo semestre dell'anno precedente²⁰. Tutti i pazienti assistiti nel nostro Paese nel 2020 sarebbero 2.398.749, ma si considera che sia un dato sottostimato poiché c'è una grande quota di pazienti che non arriva alle cure. Molte persone non chiedono aiuto o perché negano il problema (è il caso dell'anoressia) o perché se ne vergognano (in particolare i bulimici). Inoltre, il pregiudizio secondo cui questi disturbi siano una prerogativa delle famiglie benestanti ha fatto sì che si perdessero molte diagnosi. Si è visto infatti che si tratta di malattie che possono colpire trasversalmente la popolazione, ma che, come spesso accade, ad essere curate sono le persone che appartengono a famiglie meno svantaggiate.

Anche la SINPIA, Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ha lanciato un allarme: i ricoveri in ospedale per cause legate ai disturbi del comportamento alimentare sono triplicati tra il 2019 ed il 2021, con un trend in ulteriore aumento in questo inizio del 2022 e un'età di esordio di queste patologie che è scesa a 11-13 anni. "La paura dell'infezione da virus SARS-CoV-2 - ha commentato Rosamaria Siracusano, coordinatore della sezione scientifica di Psichiatria della SINPIA - ha favorito la sensazione di perdita di controllo che, nelle persone con disturbi alimentari, è spesso gestita con un aumento delle restrizioni dietetiche o altri comportamenti estremi di controllo del peso o con episodi da abbuffata".

Gli effetti dei disordini alimentari sono molto pesanti, sia sotto il profilo fisico che quello psicologico. Dal punto di vista fisico, comportano danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente, danneggiamento di gengive e denti, seri danni cardiaci, al fegato e ai reni, problemi al sistema nervoso, con difficoltà di concentrazione e di memoria, danni al sistema osseo, con accresciuta probabilità di fratture e di osteoporosi, blocco della crescita, emorragie interne, ipotermia e ghiandole ingrossate. Le ripercussioni psicologiche, invece, possono essere depressione, basso livello di autostima, senso di vergogna e colpa, difficoltà a mantenere relazioni sociali e familiari, sbalzi di umore, tendenza a comportamenti manichei e maniacali. A marzo 2022, in occasione della giornata nazionale del fiocchetto lilla dedicata ai disturbi dell'alimentazione, l'Istituto Superiore di Sanità aveva fornito gli ultimi dati sulla mappa dei servizi per questi problemi. Erano 108 le strutture censite su tutto il territorio nazionale (101 del Servizio Sanitario Nazionale e 7 del privato accreditato): 55 centri al Nord (di cui 19 in Emilia Romagna), 18 al Centro Italia e 35 tra Sud e Isole. Risultano in carico al 65% dei Centri censiti quasi 9.000 utenti (8.947), prevalentemente di genere femminile, il 90% rispetto al 10% di maschi. Il 58% degli utenti ha tra i 13 e i 25 anni, il 7% meno di 12 anni. Rispetto alle

Q Un diario oltre l'anoressia

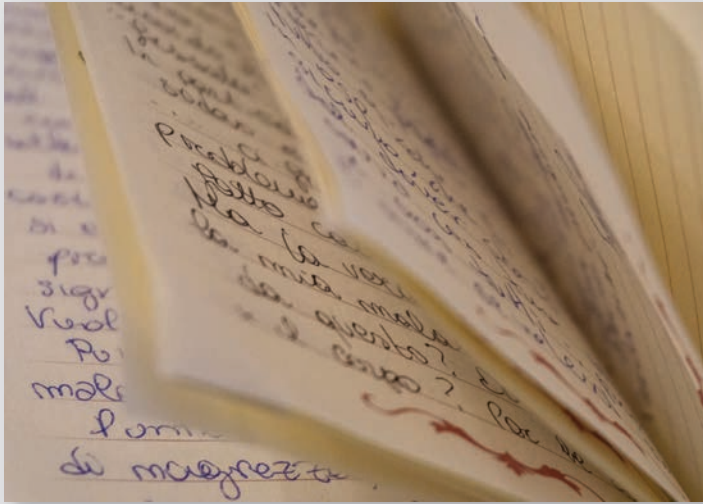
Caterina ha soltanto 11 anni quando si ritrova a lottare contro l'anoressia. Da qui il ricovero al Centro Disturbi Alimentari di Todi, il percorso, la ricaduta e finalmente, dopo due anni, l'ingresso in convitto in cerca un nuovo inizio. Per due mesi Caterina scrive il suo diario in cui racconta il tempo passato in collegio, i rapporti con i compagni, la solitudine, le nuove amicizie, le difficoltà e le speranze. Ma ritorna anche al periodo della malattia. Il diario è intervallato da haiku, brevi poesie formate soltanto da tre versi che catturano un sentimento o un'immagine.

Caterina Minni, *Inchiostro*,
Il pensiero scientifico editore, 2017

¹⁹ SZipfel S., Schidt U., Giel K. E., *The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic*, The Lancet Psychiatry, January, 2022
DOI:
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00435-1)

²⁰ www.iss.it/en/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/6778881

Opera di Sofia Santosuossio



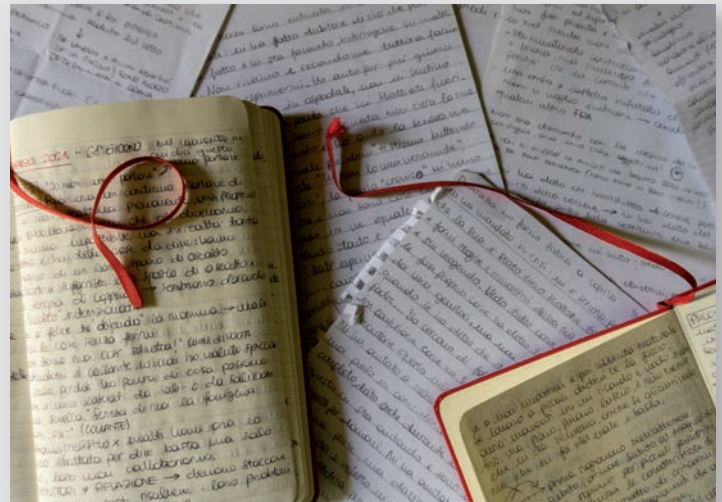
Opera di Alessandra Vismara



Opera di Giulia Mazza



Opera di Giulia Mazza



RI-SCATTI. Fino a farmi scomparire.

più frequenti diagnosi l'anoressia nervosa è rappresentata nel 36,2% dei casi, la bulimia nervosa nel 17,9% e il disturbo di binge eating nel 12,4%. Sono 1.099 inoltre i professionisti che lavorano nei centri, tutti formati e aggiornati: soprattutto psicologi (21%), psichiatri o neuropsichiatri infantili (17%), infermieri (14%) e dietisti (11%). La mappa dell'ISS è disponibile online (piattaformadisturbialimentari.iss.it) è aggiornato continuamente (a ottobre 2022 le strutture censite sono diventate 123) e riporta anche i contatti per poter chiamare e la tipologia di interventi proposti in ogni struttura.

Anche in questo caso la rete dei servizi territoriali è fondamentale: "Gli ambulatori territoriali con équipe specializzata formata (psichiatra, psicologo, nutrizionista o dietista - dice Laura Dalla Ragione - possono ridurre significativamente il rischio di ricovero in ospedale. Se il disturbo viene trascurato è più facile finire in pronto soccorso in condizioni già gravi".

Allarme hikikomori

Interrompono gli studi, si chiudono nella propria abitazione o nella propria camera e chiudono le relazioni con il mondo esterno per settimane o addirittura per mesi. In alcuni casi mantengono i contatti con amici e parenti attraverso l'utilizzo di Internet e svolgono alcune attività all'interno del mondo digitale. È una fotografia del fenomeno che prende il nome giapponese di *hikikomori*, ma che dall'estremo oriente oggi è trasmigrato anche in Italia destando una certa preoccupazione, tanto che la relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze di quest'anno per la prima volta affronta anche questo tema²¹. La relazione riporta come nello studio ESPAD Italia, che il CNR conduce annualmente dal 1995 in un campione significativo di scuole italiane sull'uso di sostanze psicoattive, nel 2021 si sia aggiunta una parte dedicata proprio all'abbandono scolastico e al ritiro sociale volontario.

Sappiamo che la dispersione scolastica è un fenomeno influenzato da molte variabili e che, nonostante gli interventi di prevenzione, ancora rappresenta un problema importante per il nostro Paese. Accanto a questo fenomeno però negli ultimissimi anni abbiamo assistito a casi di ritiro sociale volontario che spesso si manifestano in prima istanza proprio con l'abbandono della scuola: "Il non andare a scuola - spiega Vincenzina Ancona neuropsichiatra infantile che dirige il servizio interventi precoci in età evolutiva della ASL RM2 - è il primo sintomo del malessere. E spesso viene confuso con l'abbandono scolastico. È importante attivare quindi una collaborazione con le scuole attraverso lo sportello psicologico con l'obiettivo di capire come mai ci sono assenze prolungate, un fenomeno che spesso non ha niente a che fare con il non voler studiare". I criteri utilizzati per inserire questa problematica all'interno della quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), il manuale utilizzato

Un Protocollo per affrontare il ritiro sociale

Il primo sintomo del ritiro sociale è non andare a scuola, ma come distinguere queste assenze dall'abbandono scolastico? Vincenzina Ancona, Neuropsichiatra Infantile che dirige il Servizio UOSD Interventi Precoci in Età Evolutiva della ASL RM 2 (un bacino di utenza di circa 1 milione e 300.000 abitanti), sottolinea che la crescita di questo fenomeno negli ultimi anni ha portato anche ad avviare un Protocollo con il Policlinico Umberto I per affrontarlo. Il lavoro comincia con le scuole dove lo sportello psicologico cerca di capire come mai c'è un certo numero di assenze prolungate che niente hanno a che fare con il non voler studiare. "Molto lavoro va fatto con le scuole - spiega Ancona - ci sono professori sensibili e altri meno, ma in generale si tende a valorizzare la performance e non si coglie l'aspetto emotivo-relazionale. Ci sono casi di bambini e adolescenti con disturbi psicopatologici complessi, dove l'inserimento scolastico assume valenza terapeutica. Quanto è importante in questi casi l'aiuto degli insegnanti e del gruppo classe. Basterebbe una semplice domanda tra spiegazioni, interrogazioni e dinamiche del gruppo dei pari: come state?"

²¹ Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, *La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2022*

in tutto il mondo per classificare i disturbi mentali, sono un marcato isolamento che dura da oltre sei mesi e un impatto significativo sulla vita quotidiana della persona. Coloro per i quali l'isolamento è durato dai 3 ai 6 mesi possono essere considerati pre-hikikomori e quindi potenzialmente a rischio.

Cosa emerge dai dati raccolti nell'anno scolastico 2020-2021 allora? L'82% dei dirigenti scolastici che hanno risposto al questionario segnala almeno uno studente della scuola coinvolto nel fenomeno della dispersione scolastica, mentre il 28,7% ha riferito che almeno uno studente è stato coinvolto nel fenomeno dell'isolamento sociale. Più nello specifico, la percentuale degli studenti che non hanno terminato l'anno scolastico è risultata pari al 2,0%, con quote leggermente maggiori nelle regioni meridionali (2,2%). Lo 0,2% degli studenti ha invece ricevuto una certificazione di ritiro sociale dal medico di base e, a livello territoriale, il fenomeno ha riguardato lo 0,1% degli studenti delle regioni del Nord, lo 0,2% del Sud Italia e lo 0,4% del Centro.

Ascoltando i ragazzi, invece, è emerso che, escludendo le restrizioni dovute alla pandemia da Covid-19 e le uscite legate alla frequenza scolastica, il 5,6% degli studenti in Italia riferisce di non lasciare mai la propria casa o la propria stanza per attività extrascolastiche (il 6,8% dei maschi e il 4,4% delle femmine). Poco meno di un quinto degli studenti (18,7%) afferma che, nel corso della sua vita, si è isolato per un tempo significativamente lungo (non considerando il periodo di lockdown dovuto all'emergenza sanitaria da Covid-19). In questo periodo non è uscito di casa, nemmeno per andare a scuola, e non ha frequentato amici o conoscenti. Il 12,3% degli studenti riferisce invece che, pur non avendolo fatto, avrebbe voluto isolarsi. Fra coloro che affermano di essersi isolati per un tempo significativo, circa un quarto è rimasto isolato per meno di una settimana, il 30,9% fra una e due settimane e il 20,7% per uno o due mesi. Il 14,1% degli studenti è rimasto isolato per circa 3 mesi mentre il 9,1% per oltre 6 mesi, in entrambi i casi con prevalenze maggiori fra i ragazzi.

L'aggravamento del fenomeno durante la pandemia è confermato dall'indagine realizzata dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) da cui emerge che ritiro sociale e abbandono scolastico sono notevolmente aumentati²².

La scuola si conferma come il luogo dove intercettare il disagio prima che diventi grave. Nel 2019 il Ministero dell'Istruzione ha condiviso un documento che delinea strategie, approcci e strumenti per individuare e prevenire il ritiro sociale grave, con l'obiettivo di favorire l'inclusione scolastica in adolescenza. Sotto accusa il mondo creato dagli adulti: "la letteratura identifica l'hikikomori come fenomeno provocato in larga parte dalla competizione sociale e dalle alte aspettative di realizzazione personale tipiche delle società moderne, le quali possono risultare particolarmente stressanti e nocive sui soggetti caratterialmente più fragili e sensibili, in particolare i giovani"²³. C'è poi un legame tra il ritiro sociale e altri due fenomeni: l'uso di sostanze psicoattive e l'utilizzo di Internet, a dimostrazione del fatto che i problemi sono spesso intrecciati tra loro.

²² AGIA, ISS, *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, Documento di studio e proposta, 2022

²³ <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/assets/d9972afa54/Roma-hikikomori-4-12-2019.pdf>

Dipende...

Fumo e alcol sono in crescita, soprattutto fra le ragazze. Il consumo di sostanze illecite è in flessione, ma cresce il numero delle sostanze sequestrate nel nostro Paese. E crescono le “nuove dipendenze” e i fenomeni correlati: uso di Internet, cyberbullismo, gaming, questi ultimi più frequenti tra i giovani di genere maschile. È la fotografia di un momento di passaggio quella fornita dalla Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia 2022²⁴. La pandemia da Covid-19 infatti ha avuto un impatto anche sull’universo delle dipendenze. Sia perché le restrizioni hanno rallentato il mercato, sia perché hanno influito negativamente sulle attività delle strutture sociosanitarie dedicate alla cura.

Ma il mercato appare sempre più fluido e ha saputo riadattarsi alle restrizioni in brevissimo tempo. Oltre a cannabis, cocaina, eroina, il fronte delle sostanze illegali si modifica rapidamente. Nel 2021 sono state identificate 62 nuove sostanze psicoattive (NPS), di cui 8 mai rilevate prima sul territorio nazionale. Si tratta di sostanze che vengono assemblate in piccoli laboratori clandestini, il che le rende anche potenzialmente più pericolose. Sono costantemente in evoluzione perché rimangono legali finché non vengono iscritte all’interno delle tabelle

²⁴ Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, *La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2022*



iStock.com/Sara Ruiz



iStock.com/Sturti

ministeriali delle sostanze stupefacenti. Il loro consumo interessa principalmente le fasce di età più giovani. Nel corso del 2021, circa 77 mila studenti fra i 15 e i 19 anni hanno fatto uso di Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) e, nella maggior parte dei casi, il loro consumo è stato accompagnato a quello di altre sostanze, come anfetamine o Ecstasy.

La relazione prende spunto dal percorso partecipativo della VI Conferenza nazionale sulle dipendenze e da quel percorso trae alcune indicazioni trasversali per far fronte al problema: sviluppare la partecipazione di tutti gli attori interessati, favorire la depenalizzazione, implementare l'integrazione e aggiornare i flussi informativi, attivare percorsi sistematici di valutazione dell'efficacia, individuare risorse strutturali dedicate e continue.

Dalla fotografia del Rapporto, emergono dati anche su altre dipendenze. Per quanto riguarda il fumo, crescono i consumi di tabacco fra gli studenti e, come dicevamo, in particolare fra le studentesse. Oltre un terzo ha fumato la prima sigaretta prima del compimento dei 13 anni di età. Il 21% degli studenti fuma quotidianamente, la maggior parte (53%) fuma al massimo 5 sigarette al giorno. Inoltre in quattro anni è quintuplicata la percentuale di studenti che utilizza sigarette senza combustione raggiungendo un quarto degli studenti. Circa 600mila studenti nel corso del 2021 hanno utilizzato sigarette elettroniche con una prevalenza più alta fra le studentesse. L'indagine sugli Aspetti della Vita Quotidiana dell'ISTAT ha rilevato che nella fascia 14-17 anni, le fumatrici nel 2021 erano il 4,8% e i fumatori il 6,6% (5,7% la media in Italia), mentre a 18-19 anni fumano il 15,2% delle giovani e il 23% dei giovani²⁵. La percentuale di giovanissime fumatrici under-18 è aumentata dal 6,8% del 2019 all'8,7% del 2020, per ritornare all'8,2% nel 2021. Per i ragazzi, invece, la quota dei fumatori è leggermente diminuita dal 12,7% al 12,1 e poi al 12% del 2021. Più elevati livelli di istruzione dei genitori rappresentano un fattore protettivo nell'abitudine al fumo dei figli adolescenti (14-19 anni): fuma il 6,3% degli adolescenti con un genitore laureato e il 12,5% se i genitori hanno al più la licenza media inferiore. In Italia, nel 2021, fumava circa un adolescente tra i 14 e i 19 anni su 10, con un valore massimo registrato in Sardegna (15,8%).

Anche per l'uso di alcol si osservano per la prima volta prevalenze superiori tra le studentesse. In generale, oltre mezzo milione di studenti (21%), nel corso del 2021 ha consumato bevande alcoliche fino al punto di barcollare, non riuscire a parlare correttamente, vomitare o dimenticare l'accaduto e per circa 15mila ragazzi è stato un comportamento frequente. Anche l'Indagine conoscitiva sulle dipendenze patologiche diffuse tra i giovani dell'ISTAT mostra un andamento simile con un consumo di alcol più alto tra le ragazze. I dati sul "consumo di alcol a rischio" tra gli adolescenti 14-17enni mostrano un aumento tra le ragazze dal 2019 al 2020 (dal 27 al 30%) mentre tra i ragazzi si registrava un lieve calo dal 29,6% al 28,3%. Nel 2021, tuttavia scende al 22% la quota delle ragazze e al 25,5% quella dei ragazzi. Sempre nel 2021, ISTAT stima che i ragazzi 16-17enni che bevono alcol tutti i giorni siano l'1,3% mentre solo lo 0,2% delle coetanee consuma alcol ogni giorno²⁶.

Per un confronto dei nostri adolescenti tra i 15 e i 19 anni con i coetanei europei aiuta guardare l'indagine europea sulla salute (EHIS) che si riferisce però al 2019: secondo queste stime fumava

²⁵ ISTAT, Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà - anno 2021, oltre a dati elaborati per questo Atlante

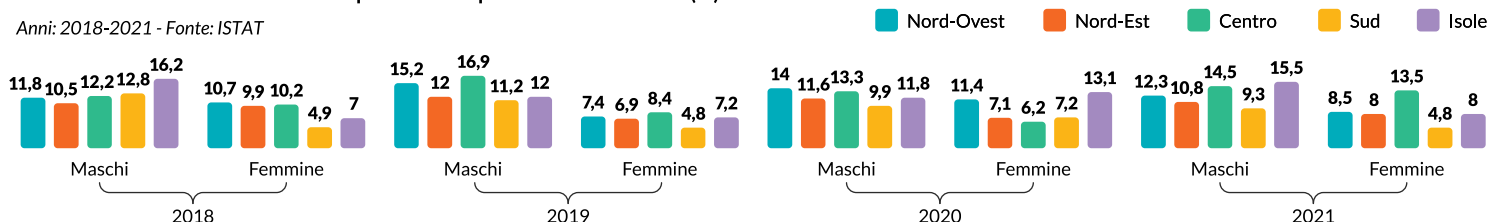
²⁶ Ibidem

COMPORAMENTI A RISCHIO SALUTE PER GLI ADOLESCENTI

L'indagine ISTAT sugli Aspetti della Vita Quotidiana rileva ogni anno alcune abitudini e fattori di rischio per la salute degli adolescenti: circa 1 su 20 fuma sigarette ogni giorno già a 14-17 anni, ma tra i 14 e i 19 sono di più, soprattutto se maschi, se abitano nel centro Italia e provengono da famiglie con meno istruzione. Tra gli adolescenti di 16-17 anni, 1 su 20 ha bevuto e mischiato alcol (binge drinking) e circa 1/3 degli 11-17enni non mangia mai frutta e verdura.

Adolescenti 14-19 anni che fumano per sesso e ripartizione territoriale (%)

Anni: 2018-2021 - Fonte: ISTAT



Adolescenti 14-17 anni che fumano tutti i giorni Media Italiana per sesso (%)

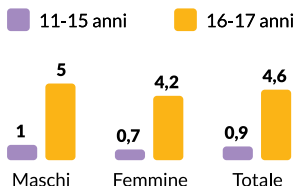
Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



Binge drinking

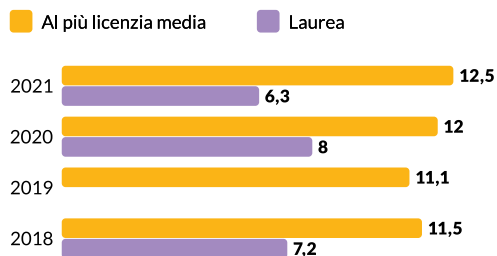
Adolescenti che consumano 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione Media Italia (%)

Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



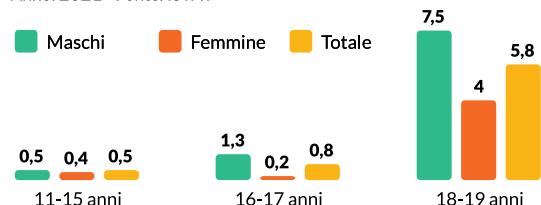
Adolescenti 14-19 anni che fumano per titolo di studio dei genitori (%) - Anni 2018-2021

Anni: 2018-2021 - Fonte: ISTAT



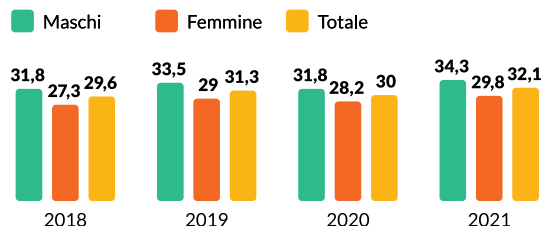
Adolescenti che consumano alcol tutti i giorni Media Italiana (%)

Anno: 2021 - Fonte: ISTAT



Adolescenti 11-17 anni che non mangiano mai frutta e verdura - Media Italiana (%)

Anni: 2018-2021 - Fonte: ISTAT



il 14,4% degli adolescenti in Italia, stessa percentuale in Spagna, mentre in Germania era del 20% e in Francia del 18,6%. In Grecia, Olanda e Polonia invece i giovani fumatori erano intorno ad 1 su 10. I ragazzi in Italia erano meno propensi a bere almeno una volta a settimana 5 o più bicchieri di bevande alcoliche, in un'unica occasione (binge drinking) rispetto ai loro coetanei europei (1,3% a fronte della media UE del 6,3%, con quote del 10% in Francia, Olanda e Germania e picchi del 22% in Danimarca)²⁷.

Stessa cosa per l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica che ha interessato circa 170mila studenti nel corso del 2021 e che ha visto una prevalenza tripla fra le studentesse. Oltre il 50% lo ha fatto per “star meglio con se stesso” e “migliorare l'andamento scolastico”.

Oltre alle vecchie dipendenze dobbiamo fare i conti con le nuove: internet fra le prime. Del resto, ormai da tempo i servizi per le dipendenze non risultano più dedicati al trattamento esclusivo di pazienti con disturbo da uso di sostanze, ma anche di persone affette da disturbi correlati ad altre forme di dipendenze e problematicità comportamentali quali gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, social network, gaming, disturbi alimentari, shopping compulsivo, sex-addiction, spesso problematiche legate ad un quadro di comorbilità psichiatrica.

Così, sono oltre 350mila gli studenti che, nel 2021, hanno un profilo di rischio per l'uso di Internet. Cresce sensibilmente anche il numero di studenti coinvolti in fenomeni legati al cyberbullismo sia per quanto riguarda le vittime, che arrivano al 46%, sia per quanto riguarda i cyberbulli (29%). Circa l'1% degli studenti ha accettato un invito a partecipare a prove o sfide online. La percentuale triplica se si considerano coloro che hanno ricevuto l'invito.

“Non è l'iperconnessione in sé un segnale di disagio ma il comportamento compulsivo con la rete che provoca difficoltà nei rapporti affettivi, sul lavoro e nello studio” afferma Adele Minutillo, ricercatrice del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto Superiore di Sanità. E proprio per le famiglie di questi ragazzi l'ISS ha prodotto una mappa online dei servizi per la cura e prevenzione della dipendenza da nuove tecnologie (dipendenzainternet.iss.it). La dipendenza da Internet può venir confusa con il ritiro sociale, il fenomeno dell'hikikomori, ma non sempre si tratta della stessa cosa: per chi non esce di casa, Internet è lo strumento per rimanere in collegamento con il mondo esterno.

Anche il gaming problematico, cioè un utilizzo eccessivo dei videogame che mette a repentaglio la salute e favorisce l'allontanamento dalla scuola e dagli affetti, è considerata una dipendenza preoccupante. Ed è piuttosto diffuso, secondo uno studio pubblicato recentemente sulla rivista *Addiction*. Dalla ricerca emerge che in Europa un ragazzo su cinque è ad alto rischio di gaming problematico (circa il 20%) e l'esposizione al fenomeno dei ragazzi (30,8%) risulta tre volte più alto di quello delle ragazze (9,4%). La percentuale di studenti in Italia con un alto rischio di gaming problematico è del 23,9%, superiore alla media europea²⁸.

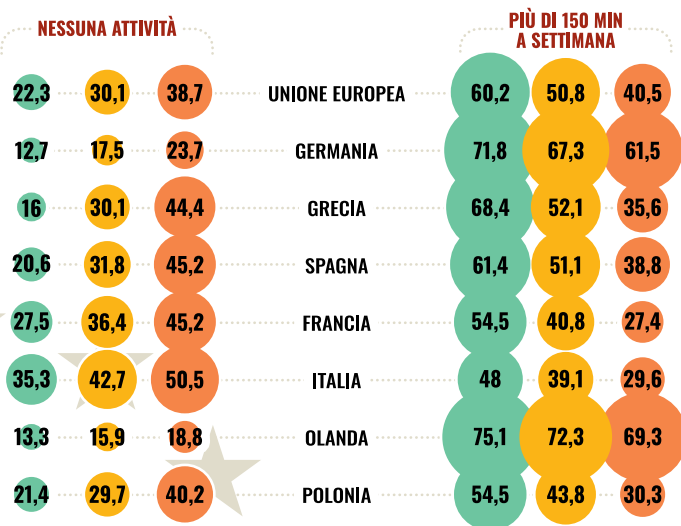
²⁷ Dati elaborati dall'ISTAT per questo Atlante

²⁸ Colasante E. et al, *Problematic gaming risk among European adolescents: a cross-national evaluation of individual and socio-economic factors*, *Addiction* 2022

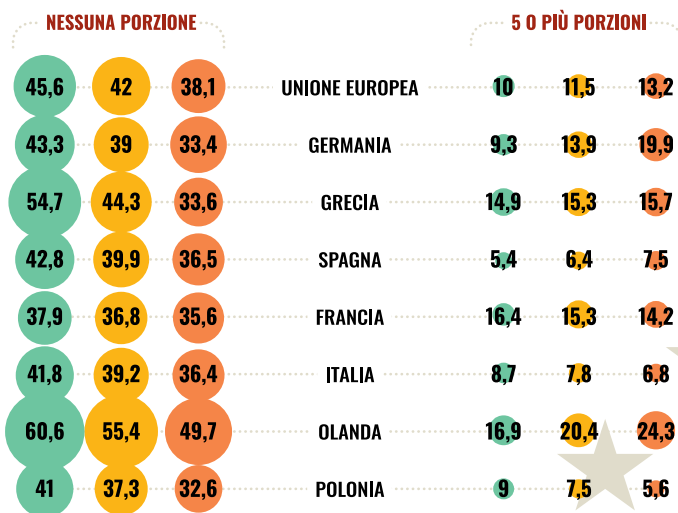
CATTIVE ABITUDINI

L'Indagine Europea sulla Salute, *European Health Interview Survey (EHIS)*, condotta in Italia dall'ISTAT, è utile per confrontare i comportamenti a rischio e le cattive abitudini di adolescenti di 14-19 anni in tutti i Paesi europei. Abbiamo scelto i più simili al nostro per capire come si posizionava l'Italia in questo confronto prima della pandemia, nel 2019, ultimi dati disponibili.

Attività fisica e aerobica salutare (%)



Consumo giornaliero di frutta e verdura (%)

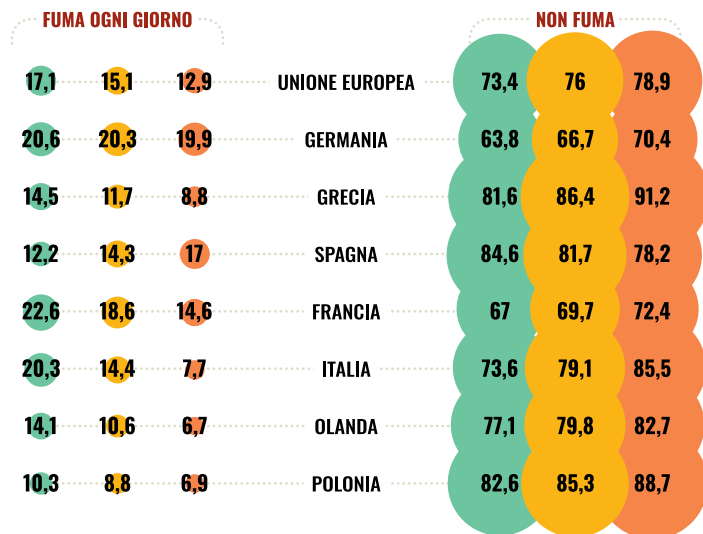


RAGAZZE E RAGAZZI
15-19 ANNI

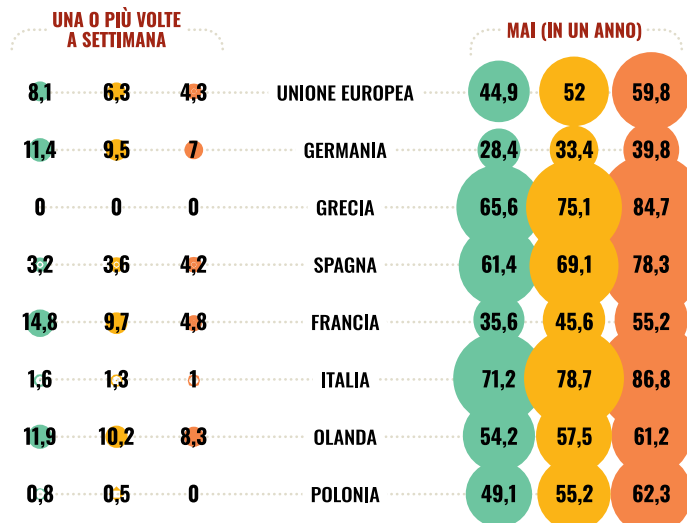
MASCHI MEDIA FEMMINE



Fumatrici e fumatori (%)



Binge drinking.
Assunzione di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche,
in un'unica occasione (%)

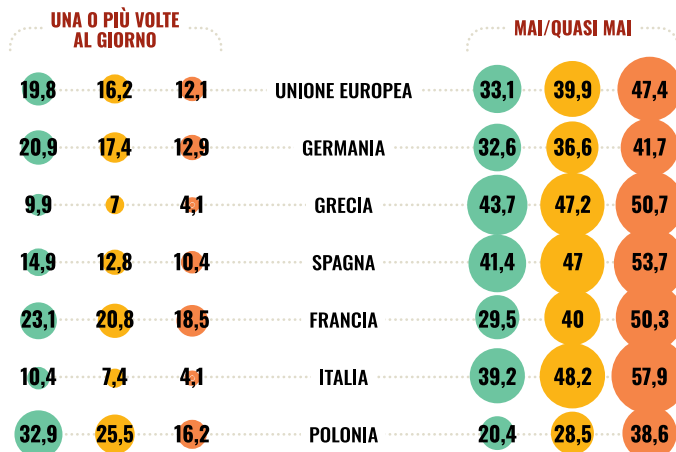


RAGAZZE E RAGAZZI
15-19 ANNI

MASCHI MEDIA FEMMINE



Consumo di bevande zuccherate/gasate (%)



L'ESPERIMENTO SCUOLA

Un grande esperimento, il più grande mai visto, sulla scuola. Ha coinvolto tutto il mondo ed è quello a cui abbiamo assistito negli ultimi due anni. Fino a febbraio 2022, scrive l'autore di un articolo pubblicato sulla rivista scientifica *Nature*, la scuola a livello planetario è stata chiusa per la pandemia di Covid-19 per una media di 4 mesi e mezzo, la chiusura ha interessato 1 miliardo e seicentomila ragazzi e ha causato quello che le Nazioni Unite hanno chiamato il più profondo impatto negativo sull'istruzione della storia²⁹. Che ripercussioni avrà? Sicuramente problematiche, anche se per alcuni possiamo vederla come un'occasione per ripensare un sistema scolastico che aveva già diverse falle.

In Italia un rapporto ISTAT del 5 maggio 2022 ha misurato gli effetti del cambiamento intervistando un ampio campione di alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado nell'anno scolastico 2020-2021. La quasi totalità degli alunni ha sperimentato periodi di didattica a distanza, anche se mentre l'80% dei ragazzi italiani ha potuto seguire sin-



Francesco Alesì per Save the Children

da subito e con continuità la didattica a distanza nel periodo compreso tra marzo e giugno del 2020, tra gli alunni di origine straniera la percentuale di chi ha potuto essere costante nella frequenza delle lezioni online scende al 71,4%. In ogni caso la maggioranza degli studenti, il 67,7%, dice di preferire le lezioni in presenza. Una quota non trascurabile di alunni segnala anche un peggioramento della situazione economica della famiglia (29,4%), anche in questo caso sono soprattutto i ragazzi con cittadinanza non italiana (CNI) a mostrare il disagio maggiore. Come è stato affrontato Covid-19 nelle scuole? A questo proposito a

luglio 2022 sono stati presentati i risultati di un'indagine svolta dalla Fondazione GIMBE in collaborazione con l'Associazione nazionale dirigenti pubblici e alte professionalità della scuola (ANP) che ha coinvolto 312 dirigenti scolastici per un totale di 649 scuole suddivise in infanzia, primaria, secondaria di primo e secondo grado e rappresentative di tutte le regioni italiane. Ne è emerso un panorama contraddittorio in cui spesso le problematiche delle scuole, ad esempio sulla difficoltà di tracciamento, sono state accentuate da una risposta inadeguata dovuta alla carenza di personale sanitario nei servizi epidemiologici delle Asl.

In altri casi le difficoltà dipendono dalle carenze strutturali delle scuole stesse, ad esempio in due terzi delle scuole (66,6%) in classe è stato possibile mantenere la distanza di almeno 1 metro fra gli alunni, mentre a causa delle aule troppo piccole nel 6,4% non è stato possibile e nel 27% possibile, ma non in tutte le classi. Un tema emerso dall'indagine è quello della ventilazione. Mentre le sanificazioni di superfici con detersivi e/o igienizzanti liquidi hanno continuato ad essere effettuate nell'89,7% dei casi "nonostante le conoscenze scientifiche – commenta il presidente della Fondazione GIMBE Cartabellotta – abbiamo definitivamente confermato già dalla primavera 2021 che il SARS-CoV-2 si trasmette quasi esclusivamente per via aerea", poca o nessuna attenzione è stata data invece alla ventilazione dei locali. Per migliorare ventilazione e aerazione dei locali ci si è affidati infatti prevalentemente al protocollo "finestre aperte" (285 scuole), in misura minore ad attrezzature per la purificazione e filtrazione dell'aria (84 scuole) e solo in 9 casi sono stati installati sistemi di ventilazione meccanica controllata. Nel 46% dei casi non è stata ricevuta nessuna informazione, dal Ministero o dalle ASL, sulla trasmissione prevalente del virus per aerosol e su dispositivi o impianti per l'areazione degli ambienti scolastici. In tal senso, continua Cartabellotta "la limitata

consapevolezza delle evidenze scientifiche porta a stanziare troppo denaro pubblico in attività di disinfezione delle superfici, senza destinare adeguati investimenti al miglioramento della qualità dell'aria, per il quale ci si continua ad affidare prevalentemente al protocollo *finestre aperte*"³⁰.

Le soluzioni "strutturali", del resto, sono poco frequentate dalle scuole italiane. Secondo il XX Rapporto "Osservatorio civico sulla sicurezza a scuola" di Cittadinanzattiva presentato a settembre 2022, abbiamo un patrimonio edilizio scolastico vecchio e malconcio, visto che più del 40% delle scuole è stato costruito prima del 1976 e oltre la metà è privo delle certificazioni di agibilità statica e di prevenzione incendi. Un problema che riguarda soprattutto gli istituti secondari di secondo grado. Inoltre, il rapporto conta 45 casi di crollo registrati negli istituti di vario ordine e grado fra settembre 2021 e agosto 2022, circa un episodio ogni quattro giorni di scuola. Mentre rimane il problema delle classi sovraffollate con circa l'8% del totale, ossia 9.974 classi delle superiori nel 2020-21 con più di 26 studenti, che rende difficile avere un ricambio d'aria sufficiente³¹.

Sicurezza scolastica

Secondo il rapporto 2022 di Cittadinanzattiva³² sull'edilizia scolastica nell'anno scolastico 2021/2022 ci sono stati 45 crolli e una scuola su due è priva di certificazioni di agibilità. Oggi, anche grazie al PNRR, si può mettere in sicurezza parte degli edifici scolastici, ma gli investimenti non bastano a risolvere tutti i problemi. Manca una cornice legislativa unitaria che metta al centro studenti, studentesse, genitori e personale scolastico per il miglioramento delle strutture, sia sotto il profilo della sicurezza che delle esigenze pedagogiche. Per questo nella scorsa legislatura è stata presentata una Proposta di legge³³ promossa da Save the Children e firmata da tutte le forze politiche per normare la partecipazione, le responsabilità delle istituzioni, il supporto tecnico agli enti locali e l'unificazione dei fondi. Il nuovo Governo e il nuovo Parlamento dovrebbero ripartire da lì.

²⁹ Pearson H., *The school experiment*, *Nature*, 26 maggio 2022

³⁰ www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106596

³¹ www.cittadinanzattiva.it/notizie/15194-presentato-il-xx-osservatorio-nazionale-sulla-sicurezza-delle-scuole.html

³² Cittadinanzattiva, *XX Rapporto Osservatorio nazionale sulla sicurezza delle scuole*, settembre 2022

³³ Proposta di legge n° 2214 d'iniziativa dei deputati Gallo, Aprea, Brescia, Fratoianni, Fusacchia, Gadda, Latini, Lattanzio, Magi, Mollicone, Piccoli Nardelli, Toccafondi, *Disposizioni e delega al governo in materia di sicurezza nell'ambito scolastico, nonché misure in favore delle vittime di eventi emergenziali di protezione civile*, 24 ottobre 2019

Il genere conta

La salute non è uguale per tutti. Sesso e genere, ad esempio, contano. Ma di questo ci si è accorti solo una trentina di anni fa, nel passato la medicina ha avuto una impostazione decisamente androcentrica, ad esempio le sperimentazioni cliniche venivano fatte quasi esclusivamente su persone di sesso maschile, mentre l'interesse per le donne rimaneva relegato soprattutto agli aspetti riproduttivi³⁴. Oggi si sa che il sesso e il genere interagiscono in modi complessi e che la loro interazione ha diversi effetti sulla salute. Il sesso - ovvero le caratteristiche biologiche che fanno la differenza tra maschi e femmine e che comprendono l'anatomia sessuale e riproduttiva, i livelli ormonali, i cromosomi, l'espressione dei geni - può influire sul rischio di contrarre una malattia, la sua progressione, la gravità, le manifestazioni cliniche. Ad esempio, è stato dimostrato che Covid-19 è una malattia più grave negli uomini che nelle donne, in termini di ospedalizzazioni e morti, anche perché nelle persone di sesso maschile sono presenti alte quantità dei recettori di un particolare enzima a cui si lega il virus SARS-CoV-2. Il genere invece - ovvero l'insieme delle caratteristiche socio-culturali che differenziano gli uomini dalle donne come le norme, i ruoli, le relazioni di potere, il controllo delle risorse, gli stili di vita - contribuiscono a definire la vulnerabilità ad alcune malattie, l'esperienza della malattia stessa, i comportamenti più o meno salutari, l'accesso ai servizi, le risposte ai trattamenti medici e, infine, lo stato di salute in generale. Ad esempio, gli uomini hanno un rischio maggiore di infettarsi con il virus di Covid-19 e un rischio maggiore di prendere la malattia in forma grave anche perché in genere si lavano meno le mani delle donne, bevono e fumano di più e hanno più patologie concomitanti che rendono i sintomi dell'infezione più gravi³⁵. Tutto questo è vero per gli adulti, ma recentemente ci si è accorti che può valere anche per bambine, bambini e adolescenti, tanto che nel 2019 la SIP ha creato un gruppo di studio sulla medicina di genere in pediatria con l'obiettivo di promuovere un nuovo approccio alla medicina, dal neonato all'età adolescenziale e nel 2022 ha diffuso la prima guida alla medicina di genere in età pediatrica³⁶.

Le patologie che ad oggi risultano dipendenti dal genere sono una quindicina: tra queste ad esempio c'è la celiachia che nelle forme più importanti ha una prevalenza femminile così come i disturbi del comportamento alimentare, mentre la malattia di Kawasaki e le infezioni respiratorie al contrario sembrerebbero avere una prevalenza maschile. Inoltre, la possibilità di andare incontro a una pubertà precoce è da 10 a 20 volte superiore nelle bambine rispetto ai bambini. E ancora, la scoliosi ha una prevalenza sino a 7 volte maggiore nelle ragazze, mentre i disturbi dello spettro autistico sono 4 volte più frequenti nei maschi. La lista potrebbe allungarsi nei prossimi anni, perché l'approccio di genere in pediatria è relativamente recente e gli studi potrebbero aumentare di numero scoprendo nuove realtà.

Un'attenzione particolare va dedicata alla salute di bambine, bambini e adolescenti con varianza o disforia di genere. La prima si ha quando i minori d'età presentano espressioni e ruoli che non



L'iniziativa di qualche anno fa per bagni gender free del movimento "Studenti indipendenti" all'interno del Dipartimento degli Studi Umanistici dell'Università degli studi di Torino. I ragazzi avevano sostituito i cartelli con le indicazioni per "uomo" e "donna" nei bagni dell'ateneo.

corrispondono a quello che ci si aspetterebbe in base al sesso di appartenenza (abbigliamento, giochi, attività, sport), la seconda quando non si identificano nel genere attribuito alla nascita (maschio/femmina) o si riconoscono nell'altro genere. Come si legge nel 12° Rapporto CRC, la salute delle persone è influenzata dalle dinamiche tra orientamento sessuale, identità di genere, espressione di genere e caratteri sessuali e "la mancata consapevolezza e accettazione delle varianti di uno o più di questi aspetti individuali rispetto al sistema socioculturale di riferimento costituisce un determinante delle discriminazioni e di molteplici problemi di salute, fisica e psichica, delle persone". Uno dei rischi è che chi si discosta da alcuni canoni attesi dalla società, possa "andare incontro a fenomeni di discriminazione, violenza e bullismo con importanti ricadute sullo stato di salute". Per gli adolescenti, più vulnerabili da un punto di vista psicologico rispetto agli adulti, le fragilità possono evolvere in bassa autostima, isolamento sociale, non accettazione del corpo. Nei casi più gravi depressione e suicidio.

Da poco sono state pubblicate le linee guida per la salute transgender³⁷ elaborate da un gruppo internazionale di esperti (*World Professional Association for Transgender Health's - WPATH*) secondo le quali agli adolescenti va offerto un intervento con approccio integrato e una valutazione biopsicosociale. "Secondo le linee guida – spiega Jiska Ristori, psicologa della struttura Operativa Dipartimentale Andrologia, Endocrinologia femminile e incongruenza di genere dell'ospedale Careggi di Firenze – in alcuni casi i minorenni possono accedere alla terapia con farmaci che bloccano lo sviluppo puberale in modo reversibile per poter riflettere in modo sereno contenendo le problematiche psichiche: una sospensione della pubertà. Si può anche accedere a un percorso ormonale se però la persona ha le informazioni corrette e la maturità per intraprenderlo. Alla chirurgia invece in Italia si accede dopo i 18 anni".

Quanti bambini e ragazzi interessa questa condizione? Secondo alcuni studi la "disforia di genere" nell'infanzia si attesterebbe intorno al 2-3%, ma si pensa che la percentuale possa essere più alta poiché mancano indagini epidemiologiche specifiche. Fra gli adolescenti, gli studi su gruppi clinici indicano una prevalenza fra 1 su 7400 e 1 su 100.000 per i maschi e fra 1 su 30.400 e 1 su 400.000 per le femmine, ma anche in questo caso i dati reali potrebbero essere superiori, perché le indagini sono basate soltanto sulle persone che si sono rivolte ai centri specializzati³⁸. "Uno studio che valuti la dimensione della popolazione transgender non c'è, però c'è sicuramente un incremento delle richieste di aiuto anche da parte di persone in età evolutiva, una tendenza che è stata già osservata in altre città europee e che ora arriva anche da noi. Probabilmente si tratta di una emersione del fenomeno: più persone si sentono libere di dichiararsi. Quello che è certo è che il non accesso ai servizi può avere un impatto negativo sulla loro salute psicologica", conclude Ristori.

Dai dati preliminari di uno "Studio sullo stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia" condotto dall'ISS in collaborazione con centri clinici distribuiti su tutto il territorio nazionale e associazioni e collettivi transgender, emerge che il tasso di depressione è più alto di dieci volte rispetto alla popolazione generale e che i transgender adulti denunciano una difficoltà ad accedere ai servizi sanitari: la percentuale di chi si sente discriminato arriva al 46%³⁹.

³⁴ Il genere come determinante di salute, Quaderni Ministero Salute 2016, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf

³⁵ www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health

³⁶ SIP, Guida alle differenze di genere in età pediatrica, 2022 <https://sip.it/wp-content/uploads/2022/05/defGuidaDef.pdf>

³⁷ WPATH, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*, International Journal of Transgender Health 2022, VOL. 23, NO. S1, S1-S258

³⁸ Ferrara P. et al, *Disforia di genere: quello che il pediatra deve sapere*, *Pediatria* – numero 10-11 – ottobre-novembre 2021 – pag. 8

³⁹ www.iss.it/web/guest/comunicati-stampa/-/asset_publisher/fjTKmjJgSgdK/content/comunicato-stampan%C2%B041-2022-%C2%A0salute-di-genere-basso-livello-di-prevenzione-nella-popolazione-transgender?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_fjTKmjJgSgdK_assetEntryId=7190609&_e

Sessualità e salute

“**I**ndossare a lungo una mascherina per una ragazza o un ragazzo di 12-13 anni non è la stessa cosa che per un adulto. A quell'età il volto cambia rapidamente e quando ci si leva la mascherina forse l'altro non ci riconosce più. La stessa cosa può accadere se per mesi il contatto visivo avviene solo attraverso uno schermo”. Questo, racconta Rita Fiorentino del progetto Fuoriclasse di Aprilia, può essere un problema anche per l'affettività e la sessualità degli adolescenti che si nutre di vicinanza, di sguardi, di relazioni in presenza. “Molti ragazzi non sanno esprimere i loro bisogni, non sanno neppure che c'è qualcuno che può rispondere alle loro richieste di aiuto. Non sanno dove sono i servizi territoriali e spesso neppure ne conoscono l'esistenza. Dobbiamo aiutarli a prendere coscienza dei propri diritti”. Così, approfittando della difficoltà che i ragazzi stavano vivendo rispetto alla sessualità e ai cambiamenti che hanno vissuto nei mesi della pandemia, gli operatori di Aprilia hanno attivato il consultorio per alcuni incontri sull'educazione all'affettività e alla sessualità. “È stato un grande successo, in particolare tra i ragazzi di 14-16 anni c'è stata una partecipazione elevata e una richiesta di continuità”. Anche il Punto Luce di Save the Children a Casal di Principe ha sperimentato qualcosa di simile: “Lavorando con le scuole ci siamo resi conto che l'autoeducazione sessuale tra i ragazzi oggi è basata soprattutto sulla pornografia. Abbiamo avuto anche alcune richieste da parte di adolescenti di una maggiore informazione sull'argomento, allora abbiamo chiesto al consultorio di attivare un laboratorio sulla sessualità, però abbiamo trovato delle resistenze, un po' perché il personale soffre di un sovraccarico di lavoro, un po' perché erano preoccupati per i genitori. Dicevano: ma questa è una tematica molto delicata, i genitori potrebbero sollevare questioni, preoccuparsi di cosa diciamo ai loro figli...”, racconta Valeria Ruffo. Le due storie rendono l'idea di come sia complicata la situazione dell'educazione all'affettività e alla sessualità nel nostro Paese. L'Italia è uno dei pochi Paesi dell'Unione europea (insieme a Bulgaria, Croazia, Lituania e Romania) nei quali l'educazione alla sessualità non è obbligatoria nelle scuole. La decisione di affrontare il tema è lasciata ai dirigenti scolastici e, quando questo avviene, il corso tende a focalizzarsi sugli aspetti biologici, tralasciando gli aspetti psicologici, sociali e emotivi che invece sono dichiarati fondamentali dall'UNESCO e dall'OMS⁴⁰. Da un lato la preoccupazione dei genitori, degli insegnanti, di altre figure adulte su come affrontare questi temi, dall'altro la ritrosia dei ragazzi a far emergere un bisogno, precludono la possibilità di informarsi agli adolescenti che, non trovando risposte, le cercano dove possono, magari su siti porno. Eppure gli esperti sono tutti d'accordo sul fatto che l'educazione sessuale può avere un impatto positivo sulla salute dei giovani.

Alcuni studi hanno dimostrato ad esempio che programmi di educazione sessuale hanno risultati positivi sulla riduzione di comportamenti a rischio, sull'aumento dell'uso dei contraccettivi, su un inizio meno precoce dei rapporti sessuali e sulla diminuzione del numero

La dott.ssa Thompson

Sono diversi i teen drama visibili in Italia dove il tema dell'educazione sessuale a scuola è affrontato con ironia, ma anche realismo e occhio ai problemi emergenti. L'ultimo uscito è *Heartbreak*, ambientato in una scuola australiana, dove diversi liceali sono obbligati a seguire un corso di orientamento alla sessualità. Il più noto è *Sex Education*, una serie inglese che attraverso le lezioni della dott.ssa Thompson “parla davvero, garbatamente e con toni giocosi (l'atteggiamento ideale verso un tema del genere rivolto a un target giovanile) di masturbazione, impotenza, eiaculazione precoce, slut shaming e così via. Tutte informazioni che le generazioni di liceali dello scorso millennio senza accesso a internet ottenevano solo tramite il sentito dire o esperienze spesso foriere di danni collaterali e che ancora oggi sono affrontate senza trasparenza” (Wired, 9 gennaio 2019).

⁴⁰ *Sexuality education across the European Union: an overview*, European Commission 2020



TIAMO
ENZA



SEI LA MIA QUEN
E
IMPARA A
SCRIVERE

TIAMO

SEI LA MIA QUE
SEI IL MIO KI



di partner⁴¹. Sembra che ci sia anche un collegamento con una riduzione delle infezioni da Hiv e in generale delle malattie a trasmissione sessuale e con la riduzione delle gravidanze precoci. Quello che è sicuro è che non porta a un aumento dell'attività sessuale o all'aumento delle infezioni.

L'OMS individua anche un effetto positivo sul numero di abusi sessuali.

A questo proposito fanno riflettere i risultati di una indagine curata dall'Osservatorio nazionale infanzia e adolescenza della Fiss (Federazione italiana sessuologia scientifica). Dall'indagine emergono risultati significativi riguardo al tema della gelosia e al tasso di violenza nelle relazioni affettive. Il 36,9% dei giovani intervistati dichiara di aver avuto un rapporto amoroso con un partner eccessivamente geloso e il 6,7% di loro attualmente ha una relazione sentimentale con un lui o una lei gelosi. Inoltre, "il 23 per cento riporta di aver subito violenza dal proprio partner; mentre il 12% afferma di aver agito qualche forma di violenza sul partner. In particolare, il 14% dei rispondenti dichiara di aver subito violenza verbale e psicologica dal partner, il 6% violenza sessuale e il 3% di tipo fisico", sottolinea Piero Stettini, vicepresidente Fiss. Attingere modelli e conoscenza sulla sessualità dalla pornografia sicuramente non aiuta.

"L'educazione sessuale introdotta come materia curricolare nelle scuole sarebbe importante anche per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse – dice Barbara Suligoi, Direttrice del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità – sarebbe utile spiegare cosa sono, quali sono i sintomi e come si trasmettono anche perché c'è una percentuale di casi tra i più giovani più elevata di quanto ci si attenderebbe. Del resto, anche gli adulti spesso non sono sufficientemente informati sull'argomento: servirebbe una educazione rivolta a tutte le età per capire come proteggere se stessi e gli altri. I consultori sarebbero un luogo ideale, ma purtroppo sono stati molto ridimensionati". Ma anche valutare il fenomeno in termini quantitativi è problematico: "È difficile anche solo stimare quanti siano i ragazzi sotto i 18 anni che hanno infezioni sessualmente trasmesse perché per le visite mediche c'è bisogno del consenso dei genitori o di un accompagnatore adulto, questo vuol dire che spesso i giovani non si rivolgono al medico e le infezioni vengono trascurate e in alcuni casi possono cronicizzare". Alcune di queste infezioni sono facilmente curabili con gli antibiotici ma se non vengono tempestivamente diagnosticate e trattate possono cronicizzare e comportare gravi conseguenze, ad esempio la Chlamydia può portare alla chiusura delle tube e quindi all'infertilità. E purtroppo, proprio le ragazze tra i 15 e i 24 anni mostrano una prevalenza di infezione da Chlamydia trachomatis quadrupla rispetto alle età superiori, con potenziali conseguenze sulla loro fertilità futura se non curate adeguatamente⁴².

Per quanto riguarda il Papilloma virus (HPV) che provoca infezioni genitali e in alcuni casi tumore del collo dell'utero, del pene e dell'ano, sappiamo che la sua trasmissione potrebbe essere prevenuta con la vaccinazione. Dal 2008 il vaccino viene offerto alle ragazze di 12 anni, all'inizio la copertura è stata buona, poi le adesioni sono diminuite: "Oggi siamo intorno al 30% – dice Suligoi – ma in alcune regioni la percentuale è ancora più bassa. Si deve promuovere la vaccinazione che oggi è offerta sia a maschi che a femmine e in alcune regioni è estesa anche a fasce d'età superiori: uno strumento prezioso per ridurre la diffusione di alcuni tumori".

⁴¹ Montgomery P. & Knerr W., (2018). *Review of the evidence on sexuality education: Report to inform the update of the UNESCO International technical guidance on sexuality education*. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000264649>; Lopez, L. M., Bernholc A., Chen M., & Tolley E. (2016). *School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents*. The Cochrane Library. doi:10.1002/14651858.CD012249

⁴² Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2020, Notiziario ISS

Oltre alle malattie sessualmente trasmissibili esistono disfunzioni e disturbi sessuali dei quali spesso non si parla e che possono diventare fonte di stress. Ha fatto scalpore il caso di Giorgia Soleri, giovane attivista e influencer che ha dichiarato pubblicamente di soffrire di vulvodinia, un'inflammazione delle terminazioni nervose nella zona corrispondente all'ingresso della cavità vaginale. Un disturbo ancora oggi sottodiagnosticato e poco conosciuto. Negli ultimi anni sono state organizzate numerose campagne di sensibilizzazione e il 3 maggio 2022 è stata presentata alla Camera una proposta di legge per il riconoscimento della vulvodinia e della neuropatia del pudendo nei LEA (i Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio sanitario nazionale). Anche per i ragazzi è importante fare dei controlli fin dalla giovane età, per consentire di identificare eventuali patologie, o problemi a livello dell'apparato genitale che, diagnosticati precocemente, possono spesso essere curati, come disfunzione erettile, eiaculazione precoce, varicocele, fimosi prepuziale.





Anna Oliverio Ferraris, psicologa e psicoterapeuta, ha insegnato Psicologia dello sviluppo presso l'Università La Sapienza di Roma. Ha diretto la rivista "Psicologia contemporanea". È autrice di numerosi saggi scientifici e divulgativi. Il suo ultimo lavoro è "La costruzione dell'identità", per l'editore Bollati Boringhieri.

IL "LAVORO" PSICOLOGICO SULL'IDENTITÀ NELL'ADOLESCENZA

di Anna Oliverio Ferraris

“Non sono quello che dovrei essere e neanche quello che ho intenzione di essere, però non sono quello che ero prima”.

Questo aforisma, che lo psicologo americano Erik Erikson trovò inciso con un temperino su un tavolo di legno in un saloon del West, descrive con limpida sintesi il rapporto dell'adolescente con la propria identità: come egli, emergendo dall'infanzia, si vive e si auto rivela nel suo incamminarsi verso un tipo di identità via via più autonoma dalla famiglia e autocentrata su un percorso personale.

Dopo avere assorbito, negli anni infantili, i modelli familiari, ora avverte il bisogno di esprimere la propria singolarità. E tuttavia, in un mondo multiforme come il nostro, popolato da identità reali e virtuali, senza una collocazione definita nel contesto sociale e con un percorso formativo *in progress*, il giovane si guarda intorno e fa delle prove. Indossa delle identità che potrà approfondire ma anche dismettere.

Erikson spiega come il passaggio dall'infanzia all'adolescenza comporti la transizione da una fase di *totale accettazione dei valori parentali* a una fase di *diffusione dell'identità* in cui l'adolescente prende le distanze dalla propria condizione infantile senza però saper spiegare chi è lui/lei



Il giovane si guarda intorno e fa delle prove. Indossa delle identità che potrà approfondire ma anche dismettere.

veramente. In una sorta di *moratoria* esplora identità diverse, senza tuttavia impegnarsi in scelte definitive che lo costringerebbero a seguire un percorso preciso, precludendosi altre possibilità.

Questa esplorazione può esprimersi negli atteggiamenti, nell'abbigliamento, nel linguaggio. Ma può anche esprimersi in tante altre forme: dalle scelte musicali all'"innamoramento" di idoli dello spettacolo, dalla politica a interessi culturali o sportivi. Non solo, può realizzarsi anche nella fantasia, introspektivamente, in sogni a occhi aperti, come nel romanzo *L'Adolescente* di Dostoevskij, dove il protagonista preda di un delirio di grandezza si prefigura evoluzioni irrealistiche. Oppure in esibizioni pubbliche nel gruppo degli amici dettate dal desiderio di *estimità*, dal bisogno cioè di trovare se stessi attraverso lo sguardo degli altri, le loro reazioni, la loro approvazione.

Nel bene e nel male gli altri hanno un ruolo di spettatori attivi importante, soprattutto nella società contemporanea dove l'esposizione di sé è potenziata dai media dell'immagine. Sorprendente ma comprensibile, dopo tanti successi in competizioni internazionali, fu il ritiro clamoroso, per un improvviso cedimento psicologico, della ginnasta americana Simone Biles alle olimpiadi di Tokyo 2020. Tralasciando gli altri elementi emersi durante il caso, la sua storia ci dice quanto gli sguardi del pubblico, ricercati in alcune situazioni, possano essere disturbanti e paralizzanti in altre. Sentirsi osservati e valutati per le proprie prestazioni dagli sguardi degli spettatori può

essere esaltante ma anche intimorente. Quegli sguardi hanno infatti il potere di validare o invalidare l'immagine di sé, di innalzare o abbassare autostima di colui o colei che si trova ad essere al centro dell'attenzione. Il peso di questa condizione può essere così schiacciante, da indurre l'individuo a sganciarsi dalla propria identità sociale per rifugiarsi nel proprio sé individuale. Succede a chi è abituato all'esposizione negli stadi e sui media, ma accade anche in situazioni meno eclatanti.

Cinzia, quindici anni, che a seguito di un trasloco familiare ha dovuto lasciare tutto il gruppo degli amici, cambiare città e scuola, ha difficoltà a reggere lo sguardo dei nuovi compagni e delle nuove compagne di scuola, che appartengono a famiglie più abbienti della sua, indossano abiti costosi e conducono un tipo di vita diverso dal suo. Teme il loro giudizio, teme l'immagine poco gratificante che possono farsi di lei, teme di scorgere nei loro sguardi una immagine che non conferma quella che lei ha di se stessa o desidera avere sulla scena pubblica. Se questa immagine entra in crisi anche il suo senso di sicurezza entra in crisi. Per questo tiene sempre i capelli calati sugli occhi e a scuola evita di guardare in faccia i compagni.

Come ha spiegato il sociologo George Mead (in *Mente, sé e società*), gli altri possono validare o invalidare la nostra identità oppure alcuni aspetti di essa, più o meno importanti per la nostra integrità psichica, per l'immagine coerente che ognuno ha di se stesso e anche per l'autostima. Sebbene non si debba sottovalutare il lavoro soggettivo di interiorizzazione e di



Nel bene e nel male gli altri hanno un ruolo di spettatori attivi importante, soprattutto nella società contemporanea dove l'esposizione di sé è potenziata dai media dell'immagine.



Gli altri possono validare o invalidare la nostra identità oppure alcuni aspetti di essa, più o meno importanti per la nostra integrità psichica, per l'immagine coerente che ognuno ha di se stesso e anche per l'autostima.

costruzione personale, basato sui successi ottenuti in ambiti diversi, compreso quello sociale, a partire dai primi anni di vita, l'individuo vede e definisce sé stesso anche attraverso l'interiorizzazione dei modi in cui lo vedono e lo definiscono gli altri.

Il modellamento può infatti essere reciproco. Persino i bambini, che pure sono fortemente influenzati dai modelli parentali, possono a loro volta modellare, inconsapevolmente, i comportamenti e le risposte degli adulti.

Secondo B.J. Casey, studiosa del cervello degli adolescenti, i teenager sono imprudenti non perché sottovalutano i rischi ma perché sopravvalutano le ricompense che dai rischi che essi affrontano possono derivare (mostrare il proprio valore, essere ammirati, avere il consenso dei pari). Questa ricerca dell'approvazione comporta dei rischi, ma ha anche un senso in termini evolutivi: diventare adulti significa infatti distanziarsi dal mondo e dalle regole dei genitori e iniziare a farsi la propria strada nel futuro che si condividerà con i coetanei. D'altro canto, una delle condizioni più difficili da tollerare per un adolescente (ma non solo) è proprio l'esclusione. Essere esclusi significa non disporre di una identità sociale. Quando questo accade l'escluso può cercare di farsi accettare adeguandosi alle richieste altrui, ma anche indossare una identità negativa pur di avere un ruolo e rendersi riconoscibile.

Dato che l'identità sociale è l'interfaccia tra sé e il mondo, tra l'io e gli Altri, la maggior parte degli adolescenti si impegna molto nella vita di relazione e di gruppo e la maggior parte di loro compie tutti quegli apprendimenti necessari per vivere nella

comunità, adattarsi agli ambienti di studio e di lavoro, creare delle amicizie, esprimere le proprie potenzialità. Ma anche per discriminare tra ambienti sani e malsani e imparare a difendersi.

Nonostante i timori che molti nutrono sulla maturità degli adolescenti, la maggior parte dei ragazzi e delle ragazze emerge non solo indenne da questa età di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, ma anche pronta ad armonizzare la propria identità privata con quella pubblica.



La maggior parte dei ragazzi e delle ragazze emerge non solo indenne da questa età di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta, ma anche pronta ad armonizzare la propria identità privata con quella pubblica.

DENTRO
al libro


ANDERSEN
rivista e premio

PRENDERSI CURA DENTRO UNA STORIA

I libri e le narrazioni tra salute e crescita

di Anselmo Roveda



Illustrazione tratta da *L'erba magica di Tu Youyou*, di Xu Lu - ill. di Alice Coppini, Editoriale Scienza, 2018. Per gentile concessione di Editoriale Scienza.

I libri "servono" a niente. E a tutto. Consentono, infatti, una molteplicità di esperienze emotive che hanno fortemente a che fare con l'evoluzione personale, contribuendo - pure nella lettura della più irreal e fantastica fiction, e certo, forse soprattutto, nella lettura che diverte - alla consapevolezza di sé e di ciò che ci circonda. Insomma, meglio ci attrezzano all'incontro con gli altri e con il mondo. Vale a ogni età, a maggior ragione durante l'età evolutiva. Quantomeno per il fatto che le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi, restano - dati sulle abitudini di lettura alla mano - le fasce d'età che hanno migliore consuetudine con i libri e la lettura.



Italo Calvino diceva che un classico è “un libro che si configura come equivalente dell’universo, al pari degli antichi talismani”; quindi un libro dotato di grandi poteri.

Estenderei volentieri la considerazione a ogni buon libro, anzi a ogni libro capace di farsi amare da giovani lettrici e lettori. Ma quali sono i poteri dei talismani? Soccorrere, proteggere e propiziare; i libri, poi, in realtà, hanno molti altri poteri, compreso quello di divertire. Ad ogni modo, le idee del soccorrere (venire in aiuto, sostenere), proteggere (rendere consapevole, preconizzare situazioni e attrezzarsi per affrontarle) e propiziare (rendere possibile il futuro) sono fortemente correlate con l’idea stessa di cura e, dunque, perfettamente si prestano a contribuire alla costruzione di percorsi di educazione alla lettura capaci di farci confrontare pure, ma non soltanto, con le questioni che investono la salute, fisica e mentale.

Ricordando sempre che i libri non si prescrivono, si offrono; sarà chi legge che sceglierà se e come, quando e perché leggere proprio quella storia.

Del resto, non è la tematizzazione ma il potere complessivo della narrazione a coinvolgere; la tematizzazione servirà, innanzitutto ai mediatori adulti della lettura, soltanto a orientarsi su vicende e avventure che rispondano al nostro desiderio di lettura del momento.

Quando penso al potere delle storie nel determinare le persone, anche quelle che vivono situazioni di profonda fragilità, mi viene in mente lo scrittore scozzese Robert Louis Stevenson; autore di classici per ogni età come *L'isola del tesoro* e *Lo strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde*, ma anche di versi per bambini.

Stevenson, affetto fin da bambino da una grave malattia polmonare, causa di febbri e emorragie, scelse - benché inizialmente avviato, secondo tradizione familiare, a studi di ingegneria civile e poi di giurisprudenza - la letteratura. Una scelta, quella di diventare scrittore, nutrita dall’essere lettore e ascoltatore appassionato, anche qui fin dall’infanzia. Complice l’amata Cummy, la donna, un po’ bambinaia un po’ infermiera, che provvedeva al giovane Robert e alla madre (anch’essa affetta dai medesimi problemi di salute).

L’apprezzato e sperimentato potere delle storie poté, a lungo, assai più degli acciacchi di Stevenson; consentendogli di consegnarci capolavori che popolano ancora oggi il nostro immaginario.

BAMBINI E RAGAZZI, IN TUTTE LE DECLINAZIONI POSSIBILI

Un assaggio di bibliografia
a cura di Martina Russo

Il rapporto con la malattia l'esperienza dell'ospedalizzazione

- Fabrizio Silei - ill. di Marco Somà, **Il bambino di vetro**, Einaudi Ragazzi.

Vincitore del Premio Andersen 2012 come Miglior libro 9/12 anni, questo romanzo breve racconta la storia di Pino, che a causa della sua malattia - una forma grave di emofilia - è costretto a stare in casa, senza poter frequentare la scuola e i coetanei. La sua situazione impone una notevole solitudine, alla quale i genitori vorrebbero in qualche modo porre rimedio. Con tutte le titubanze del caso, il papà, in particolare, è artefice del suo avvicinamento ai ragazzi del quartiere, che lo prendono sotto la loro ala protettrice e gli consentono di aprirsi al mondo e a una nuova normalità. Ma sullo sfondo una nonna classista e paranoica trama perché il nipote rimanga sotto le sue cure.

- Janosch, **Ti curo io, disse Piccolo Orso**, Logos.

Piccolo Tigre è malato e nulla sembra farlo stare meglio. Per fortuna c'è Piccolo Orso che si occupa di lui, facendo tutto quello che è necessario: lo porta a casa, gli rimbecca le coperte, gli prepara da mangiare e, ovviamente, lo riempie di coccole e attenzioni. L'amico sembra stare meglio, ma dopo un po' c'è bisogno di nuove cure e nuove visite, fino alla decisione di recarsi all'ospedale degli animali. Un albo tenero e delicato, capace di parlare - attraverso i suoi dialoghi surreali e le sue immagini avvolgenti - ai lettori di tutte le età.

- Beatrice Masini - ill. di Simona Mulazzani, **Il posto giusto**, Carthusia.

La scrittura di Masini e le illustrazioni di Mulazzani si incontrano e trovano un delicato equilibrio per raccontare la vita in ospedale e nelle strutture di accoglienza delle famiglie con piccoli ricoverati, attraverso la delicata metafora dell'albero che ha radici profonde e rami lunghi. Un albo capace di offrire una visione diversa di un luogo che può spaventare, e che al tempo stesso deve essere ripensato da chi ne fruisce e da chi vi lavora, grazie anche al sostegno di realtà come la Fondazione per l'Infanzia Ronald McDonald Italia, che ha fortemente voluto la realizzazione di questo libro, progettato con un editore capace di cogliere la commissione e renderla letteratura.

- Marianne Dubuc, **Il leone e l'uccellino**, Orecchio Acerbo.

Un uccellino si spezza un'ala, proprio nel bel mezzo della migrazione autunnale. La sua condizione è precaria, ma fortunatamente a soccorrerlo e assisterlo c'è un leone, che lo cura e accoglie fino a quando non sarà pronto a volare di nuovo. Inutile dire che dalla cura nasce un'amicizia, una condivisione dei tempi e degli spazi che renderà certamente difficile il distacco, ma, allo stesso tempo, suggellerà un legame profondo.



Illustrazione tratta da **Il leone e l'uccellino**, di Marianne Dubuc, Orecchio Acerbo, 2014. Per gentile concessione di Orecchio Acerbo.

Io e gli altri: il rapporto con la malattia delle persone care

- Patrick Ness - trad. di Giuseppe Iacobaci, **Sette minuti dopo la mezzanotte**, Mondadori.

Una creatura misteriosa compare ogni notte a Conor, per raccontargli alcune storie e chiedendogli in cambio, una volta finiti questi racconti, di raccontargli a sua volta quella che definisce "la verità". Conor non sembra aver paura di questa apparizione; sicuramente è molto più preoccupato del progredire della malattia della mamma, che sembra peggiorare di giorno in giorno.

Metaforico e potente, questo romanzo nasce da un'idea di Siobahn Dowd, scomparsa prima della stesura del libro, e, nella sua redazione finale a opera di Patrick Ness, è vincitore della Carnegie Medal, oltre ad essere stato spunto per l'omonimo film.

- Lois Lowry - trad. di Enrico Santachiara, **Un'estate da morire**, 21lettere.

Meg è la protagonista del primo romanzo di Lois Lowry, autrice divenuta celebre per la saga distopica di *The Giver*. Qui, facendo ricorso alla sua personale esperienza, racconta l'estate in cui l'esistenza di Meg è completamente sovvertita, dapprima dal trasloco in campagna, poi dalla malattia della sorella, che va a minare quell'aura di perfezione estetica e caratteriale da cui la ragazza è sempre stata circondata. Un romanzo delicato ma che non risparmia nulla, finalista del Premio Andersen 2022 come Miglior libro oltre i 12 anni. Al centro le relazioni, familiari e non solo, che vanno a costruire quella rete di affetti che si tende nel momento del bisogno.

- Kenneth Oppel - ill. di Jon Klassen - trad. di Giordano Aterini, **Il nido**, Rizzoli.

L'arrivo di un nuovo nato è di per sé un momento di grande cambiamento: a maggior ragione quando le cose non vanno

come dovrebbero e all'orizzonte si profilano problemi di salute. I genitori di Steve sono molto presi da quanto sta accadendo alla bambina appena nata e lui si ritrova a gestire da solo un momento di grande difficoltà, soprattutto quando si mette a dormire e i suoi sogni sono popolati dalle spaventose vespe che hanno fatto il nido sul retro della casa, varcando la soglia tra ciò che è onirico e ciò che è reale. Un percorso di formazione in precario equilibrio, dalle atmosfere cupe ben rappresentate dalle illustrazioni di Klassen, tanto delicate quanto inquietanti.

- Arianna Papini, **Le parole scappate**, Coccole Books.

Per una nonna e un nipote il rapporto con le parole è tutt'altro che semplice: la prima inizia a dimenticarle, il secondo ha difficoltà a leggerle. Ma non ci sono solo le parole e i due sapranno trovare la forza per superare ogni ostacolo tanto nel loro legame quanto nell'accettazione delle proprie caratteristiche.



Illustrazione tratta da **Il leone e l'uccellino**, di Marianne Dubuc, Orecchio Acerbo, 2014. Per gentile concessione di Orecchio Acerbo.



Illustrazione tratta da **Il leone e l'uccellino**, di Marianne Dubuc, Orecchio Acerbo, 2014. Per gentile concessione di Orecchio Acerbo.



Illustrazioni tratte da **Il posto giusto**
di Beatrice Masini e Simona
Mulazzani, Carthusia Edizioni, 2014.
Per gentile concessione di
Carthusia.

Quel che non si vede: il rapporto con la malattia mentale

- Chloe Daykin - ill di Richard Jones - trad. di Mario Sala Gallini, **Fish boy**, Giunti.

Billy si trova a suo agio solo sotto la superficie dell'acqua e tutte le mattine trova pace fuggendo dalla realtà nuotando, dimenticando per un momento i problemi che lo affliggono a casa - la misteriosa malattia della mamma - e a scuola, dove subisce costantemente atti di bullismo. Il mare però, attira Billy a sé più del previsto; offrendogli una via di fuga più che definitiva. L'intervento di Patrick, "il ragazzo nuovo" con cui Billy ha stretto amicizia, sarà provvidenziale.

- Cindy Baldwin - trad. di Giulia Bertoldo, **Dove crescono i cocomeri**, Harper Collins

Suo malgrado, Della si rende conto che la malattia della mamma è tornata. Una malattia subdola, che sembra manifestarsi all'improvviso - nell'atto ossessivo di togliere a un'anguria tutti i semi - ma che invece, Della lo capisce pian piano, è una parte di sua madre, una parte da amare, nonostante tutto. Un romanzo delicato e in equilibrio, che prescinde dalle etichettature e si sofferma con intelligenza sul senso di responsabilità, diventando, a tutti gli effetti, un racconto universale, finalista come miglior libro oltre i 12 anni al Premio Andersen 2021.

- Axl Cendres - trad. di Rosa Vanina Pavone, **La compagnia degli addii**, Il Castoro.

In una casa di cura per persone che combattono problemi mentali e dipendenze, si viene creando una compagnia variegata, quella dei Suicidanti composta da Alex, adolescente narratore, e Alice, sua coetanea, entrambi

scampati a tentativi di suicidio; Colette - anziana amante delle metafore e nostalgica del suo Lucien, che è riuscito dove lei ha fallito - Victor - adolescente con problemi di peso e Jacopo - erede di una ricca famiglia italiana.

Lo strano gruppo decide di fuggire dal centro per raggiungere la casa in Normandia di Jacopo e riuscire nell'intento finale buttandosi dalla scogliera: in fuga verso la morte, la strana compagnia ha modo di confrontarsi con il proprio passato e di intrecciare rapporti che prima parevano impossibili, forti del fatto che quello sarà l'ultimo viaggio.



Illustrazioni tratte da **Il posto giusto** di Beatrice Masini e Simona Mulazzani, Carthusia Edizioni, 2014. Per gentile concessione di Carthusia.

Intorno a me: la relazione con l'ambiente circostante

- Allen Zadoff - trad. di Daniele Troilo, **Cibo, ragazze e tutto quello che non posso avere**, Biancoenero.

Andrew pesa 139 chili e vive una vita che si è cucito addosso, senza davvero seguire le sue ambizioni o inclinazioni. Ad un certo punto però - nella cornice di una consuetissima scuola americana fatta di armadietti, mense e corridoi popolati da bulli - qualcosa cambia: Andrew si innamora di April e per conquistarla non si accontenta più di quella che è stata finora la sua zona di comfort. Il suo piano perfetto per diventare membro della squadra di football e diventare interessante ai suoi occhi avrà risvolti inaspettati, per lui e per i lettori.

- Miriam Dubini, **Non toccate la terra**, Rizzoli.

Un romanzo forte e di denuncia, che mette nero su bianco la tragica realtà dell'Ilva di Taranto, capace di avvelenare anche la terra del Rione Tamburi. Una realtà ancora tristemente attuale, qui raccontata dal punto di vista dei bambini, prime vittime dell'indifferenza e della rassegnazione. Cinque supereroi che non hanno paura e che credono possa esistere un futuro migliore per loro e per la loro terra.

- Sharon Draper - trad. di Alessandro Peroni, **Melody**, Feltrinelli.

Sharon M. Draper battezza la sua protagonista col musicale nome che dà titolo al romanzo, Melody. Ma la ragazza in questione di suoni ne emette ben pochi, e nessuno ben articolato, a causa di una paralisi cerebrale che l'ha costretta al silenzio e all'incomprensione per tutti i suoi 11 anni. Non può parlare, né comunicare in alcun modo, né tanto meno camminare o muoversi. A questo si aggiunge che, a discapito di quanto può

apparire dall'esterno, Melody è intelligente, intelligentissima, ma praticamente nessuno se n'è mai accorto. Tutto cambia quando dall'esterno arriva una via d'uscita dall'isolamento: un computer, capace di far uscire Melody dal suo guscio e far finalmente capire al mondo le sue emozioni e le sue potenzialità.

- Chiara Lorenzoni - ill. di Sophie Fatus, **Le parole di Bianca sono farfalle**, Giralangolo

Bianca non sente e non parla come i suoi coetanei, ma ha tutto un suo modo speciale di comunicare, fatto di gesti e immagini, capaci di prendere vita tanto sulla pagina quanto nella quotidianità della bambina. Se i suoni non fanno per lei, tutt'altro si può dire dei volti, dei sorrisi, degli sguardi, attraverso i quali comprende il mondo e vi si interfaccia, in una danza di movimenti che affascina e rende liberi.



Illustrazioni tratte da **Le parole scappate** di Arianna Papini, Coccole Books, 2014. Per gentile concessione di Coccole Books.



Illustrazioni tratte da **Le parole scappate** di Arianna Papini, Coccole Books, 2014. Per gentile concessione di Coccole Books.



Cittadinanza
Migranti
Educazione
Integrazione
Rifugiati
Protezione
Mensa
Attività motoria
Spazi aperti
Sostegno allo studio
Benessere
Accoglienza
Ascolto
Guerre

BAMBINI SENZA

**Per chi arriva
da solo**

**Norme, linee guida
e codice fiscale**

**Emily, Adam, Amir
Come state?**

La scuola, un mondo

In arrivo dall'Ucraina

Senza cittadinanza, senza residenza, senza codice fiscale, senza pediatra, a volte senza genitori. Sono tanti i “senza” che riguardano i minorenni di origine straniera e che spesso diventano un ostacolo per il loro diritto alla salute.

A dirci come stanno i migranti nel mondo ci prova l'ultimo rapporto sulla salute della popolazione migrante e rifugiata dell'OMS uscito a luglio del 2022¹. Sebbene molti Paesi abbiano politiche sanitarie che prevedono servizi per rifugiati e migranti, queste garanzie non risultano essere sempre attuate in modo efficace, e persistono ampie disparità tra gli indicatori di salute di rifugiati e migranti rispetto a quelli della popolazione generale nei Paesi ospitanti. Un dato da cui partire è che la popolazione migrante non è in origine meno sana di quelle ospitanti, come ormai dicono molti studi: piuttosto, a gravare sulla loro salute è l'impatto concomitante e sfavorevole di fattori sociali, come il livello di istruzione, il reddito, la disponibilità e qualità di alloggi, l'accesso ai servizi, le barriere linguistiche, culturali e legali. Un ulteriore problema evidenziato dal rapporto è che questi gruppi vulnerabili risultano “quasi invisibili” perché spesso rifugiati e migranti non vengono inclusi nelle indagini globali e la cittadinanza non riportata nei dati sanitari. Le informazioni sulla salute dei rifugiati e dei migranti rimangono dunque frammentarie: secondo l'OMS è urgente disporre di dati comparabili tra i Paesi e nel tempo per monitorare i progressi verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in materia di salute.

Anche in Italia si riscontrano problemi analoghi a quelli individuati dall'OMS a livello globale, a dimostrarlo alcuni dati riportati da Epicentro, il portale di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità²:

- nel corso di una gravidanza le donne migranti che effettuano meno di cinque visite mediche sono di più rispetto a quelle italiane (16,3% vs 8,5%); sono di più anche quelle che effettuano il primo controllo ginecologico dopo la dodicesima settimana di gestazione (12,5% vs 3,8%) e quelle che effettuano meno di due ecografie ostetriche totali (3,8% vs 1%)
- uno studio condotto su 553 bambini ha evidenziato che la carie era presente nel 77,5% dei piccoli migranti e nel 55,9% dei bambini italiani
- studi condotti in Norvegia e Italia suggeriscono che tra la popolazione migrante i tumori tendono a essere diagnosticati a uno stadio più avanzato
- le donne immigrate hanno un'adesione allo screening cervicale inferiore del 40% rispetto alle italiane e un'adesione alla mammografia inferiore del 55%
- la carenza di mediatori culturali e interpreti è uno degli ostacoli all'accesso alle cure.

In particolare la salute dei minorenni di origine straniera andrebbe monitorata attentamente, secondo le agenzie internazionali, perché presenta diversi fattori di rischio. Si tratta di una fetta di popolazione tutt'altro che marginale: in Italia i minorenni di origine straniera senza la cittadinanza italiana sono poco più di 1 milione (1.056.187 al 1° gennaio 2022), l'11,5% della popolazione residente in Italia con meno di 18 anni. Se però includiamo i minori che hanno acquisito la cittadinanza “al seguito” dei loro genitori, diventano 1 milione e 300 mila e rappresentano il 13% del totale dei minorenni³. Di questi, oltre 1 milione è nato in Italia. In base alla modifica della legge

¹ World report on the health of refugees and migrants: summary. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² www.epicentro.iss.it/migranti/world-report-health-of-refugees-and-migrants-2022

³ ISTAT, *Rapporto Annuale 2022*, Cap. 3



sulla cittadinanza discussa dal Parlamento nel 2022 (*Ius Scholae*) circa 280 mila⁴ di loro avrebbero potuto divenire cittadini italiani, riducendo notevolmente ostacoli e barriere alla loro piena integrazione.

Bisogna considerare che la popolazione delle persone con cittadinanza non italiana (5 milioni 193 mila a fine 2021) ha una componente giovane ben più elevata di quella dei cittadini italiani, infatti uno straniero su cinque ha meno di 18 anni, mentre poco più di un italiano su sette è minorenni (15,6%). La distribuzione geografica dei minori di origine migrante si concentra al Nord e in alcune aree del Centro, in particolare nelle province di Prato, Modena, Mantova e altre province tra Lombardia e Piemonte, oltre alle province dei punti di arrivo via mare e via terra (Ragusa, Gorizia-Trieste, e Imperia dove spesso sono bloccati e respinti al confine mentre cercano di entrare in Francia). I minorenni con genitori stranieri nati in Italia e ben integrati nelle rispettive comunità e nel sistema scolastico rappresentano ormai la maggioranza. Ma vi sono gruppi più vulnerabili, ad esempio quelli con genitori senza permesso di soggiorno e/o senza residenza, o tutti quelli in povertà economica e abitativa anche a causa delle barriere che impediscono di accedere alle misure di sostegno (uno degli esempi più evidenti è il requisito dei 10 anni di residenza nel nostro Paese per ottenere il reddito di cittadinanza). Nel 2021, secondo le stime dell'ISTAT, oltre un terzo delle famiglie con genitori stranieri e figli minorenni era in povertà assoluta (36%). Particolarmente vulnerabili sono anche tutte le bambine, i bambini e gli adolescenti rifugiati o richiedenti asilo: anche in questo caso si tratta di una popolazione non piccola; si stima che di tutte le persone che sbarcano sulle nostre coste attraverso il Mediterraneo, un quarto siano minorenni.

⁴ Ibidem: "Considerando però i requisiti previsti dalla proposta originaria (nascita in Italia o arrivo prima del compimento dei 12 anni, continuità della presenza e frequenza di 5 anni di scuola), la platea di aventi diritto è stimabile in circa 280 mila ragazzi. Si tratta di una stima di massima perché basata sull'assunto che abbiano frequentato la scuola dai 6 anni e che non abbiano interrotto gli studi prima dei 16 anni", pag.195

Per chi arriva da solo

E poi ci sono le ragazze e i ragazzi che arrivano via mare o via terra soli, senza figure adulte di riferimento, sradicati dalla loro realtà quotidiana e sottoposti a sfide, minacce e sfruttamento in un viaggio che diventa quasi sempre una drammatica Odissea. Sono circa 17 mila i “minori stranieri non accompagnati” attualmente presenti in Italia, il 20% in Sicilia, censiti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (14.553 ragazzi e 3.115 ragazze al 31 agosto 2022), di cui 5.420 provenienti dall’Ucraina⁵ (in realtà i minorenni ucraini sono inclusi dal Ministero dell’Interno in questo gruppo ma molto spesso sono arrivati in Italia accompagnati e affidati a parenti adulti). Secondo uno studio italiano⁶ i migranti minorenni in generale, ma quelli non accompagnati in modo particolare, affrontano rischi legati alla situazione socio-politica del Paese da cui provengono, alla distanza e alla modalità del viaggio che hanno intrapreso e alla accoglienza del Paese d’arrivo. Tutti fattori che hanno un impatto negativo sulla loro salute psico-fisica. E in effetti anche l’ISSOP, *International Society for Social Pediatrics and Child Health* riporta che questi bambini mostrano alti tassi di depressione e disturbo post traumatico da stress nei primi anni dopo il reinsediamento.

Ognuna e ognuno dei “minori stranieri non accompagnati” ha la sua storia, differente da tutti gli altri, ma ci sono alcuni tratti comuni: sono adolescenti in fuga da privazioni e violazioni dei loro diritti, che hanno lasciato la loro terra d’origine per divenire “stranieri” in altri Paesi, che affrontano da soli viaggi difficilissimi e sotto continua minaccia, che probabilmente hanno visto morire persone care, che hanno subito violenze e sofferto condizioni disumane. A tutti loro l’Italia riconosce diritti e tutele in virtù di una legge innovativa a livello europeo (la legge n.47 del 7 aprile 2017, Misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati). “L’intensità della sofferenza psicologica che caratterizza il loro vissuto, unitamente alle sfide legate al processo di adattamento e integrazione al nuovo contesto, sollecitano una presa in carico integrata, tempestiva e competente sin dalla primissima fase di ingresso in Italia”, si legge in una pubblicazione dell’UNICEF che riguarda il supporto a giovani migranti nel nostro Paese⁷. Tra i principi sanciti dalla Legge 47, c’è l’introduzione del divieto assoluto di respingimento alla frontiera, la legge inoltre ribadisce ed estende la piena garanzia all’assistenza sanitaria prevedendo l’iscrizione del minore non accompagnato al SSN, anche prima che gli venga rilasciato il permesso di soggiorno. Soprattutto a livello psicosociale, è universalmente riconosciuto che queste ragazze e ragazzi hanno urgente bisogno di cure e sostegno: “L’arrivo in terra straniera, la non conoscenza della lingua e della cultura del posto, la condizione di precarietà e persino di vera e propria ‘sospensione’ del tempo di vita determinato da complessi iter legali e burocratici da superare, costituiscono ulteriori pesanti elementi che acutizzano la condizione di isolamento e incidono profondamente sul recupero del benessere psico-fisico, emozionale e relazionale messo alla prova dal viaggio migratorio”⁸. Come rileva il Piano d’Azione Garanzia Infanzia (PANGI)⁹ è essenziale potenziare i servizi di

⁵ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, DG dell’immigrazione e delle politiche di integrazione, report mensile minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia, Dati al 31 agosto 2022, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-agosto-2022.pdf>

⁶ Zambri F. et al., *Taking care of minor migrants’ health: the professionals’ perception and training needs*, Annali dell’Istituto Superiore di Sanità, 2020

⁷ UNICEF, *Buone pratiche per il supporto psicosociale per adolescenti e giovani rifugiati e migranti*, aprile 2022

⁸ INMP, *Primo rapporto nazionale sull’attuazione del protocollo per la determinazione dell’età dei minori stranieri non accompagnati*, Prefazione, Settembre 2022, www.inmp.it/pubblicazioni/Primo_rapporto_MSNA_2022.pdf

⁹ Gruppo di lavoro denominato “Politiche e interventi sociali in favore dei minorenni in attuazione della Child Guarantee” istituito con decreto del ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, Piano di azione nazionale per l’attuazione della Garanzia Infanzia, 21 settembre 2022, (PANGI) <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/Documents/PANGI.pdf>



sostegno psicosociale a favore dei minorenni non accompagnati ospiti nelle strutture di accoglienza locali, promuovendo una formazione specifica su traumi delle migrazioni, etnopsicologia e etnopsichiatria per gli operatori dei servizi sociosanitari territoriali, coinvolgendo diverse figure, come psicologi, educatori, pedagogisti, assistenti sociali, e potendo contare su figure e servizi di mediazione linguistica e culturale.

Nel 2022, UNICEF ha analizzato tredici buone pratiche di servizi di supporto psicosociale e salute mentale rivolti ai minorenni e giovani migranti e rifugiati che vivono in Italia. Le pratiche individuate vorrebbero rappresentare modelli di intervento virtuosi e adeguati ai loro bisogni da replicare in altri territori. Tra le caratteristiche di questi modelli di intervento più efficaci sono state ravvisate: “la capacità di prestare attenzione all’unicità di ciascun percorso di vita al fine di erogare un supporto individualizzato e adeguato ai bisogni; la presenza di équipe multidisciplinari capaci di garantire la valutazione olistica dei bisogni, e la pianificazione di interventi basati sul continuum di cure; il meccanismo di presa in carico integrata e attento alle necessità linguistiche e culturali degli utenti, la definizione di meccanismi di *referral* strutturati e l’attenzione alle dimensioni legate all’età e al genere e a come questi influenzino anche l’espressione della sofferenza e il tipo di supporto da attivare”¹⁰.

Norme, linee guida e codice fiscale

Purtroppo l’applicazione di questi principi e delle norme nei percorsi di accoglienza sanitaria dei minorenni che arrivano via mare e via terra non è sempre e ovunque garantita. Eppure nell’ultimo decennio vi sono stati diversi interventi e indicazioni normative : nel 2013, il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBI-SIP) ha redatto le Nuove Indicazioni operative per l’accoglienza sanitaria del minore migrante¹¹, e nel 2017 l’Istituto Nazionale di Medicina e Povertà (INMP), l’ISS e la Società Italiana Medicina Migrante (SIMM) hanno pubblicato le Linee Guida “Controlli sanitari e percorsi di tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia”¹². Grazie al lavoro coordinato di queste realtà scientifiche, istituzionali e del terzo settore sono stati esplicitati i percorsi appropriati per far emergere, sin da loro arrivo, i bisogni fisici e psichici delle persone immigrate e la successiva presa in carico per ogni fase del percorso di accoglienza. Sempre nel 2017, il Ministero della Salute ha emanato le Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale¹³.

¹⁰ UNICEF, *Buone pratiche per il supporto psicosociale per adolescenti e giovani rifugiati e migranti*, aprile 2022

¹¹ Nuove Indicazioni del GLNBI-SIP per l’accoglienza sanitaria al minore migrante, del 30 novembre 2013: www.sip.it/wp-content/uploads/2017/09/Indicazioni_GLNBM.pdf

¹² Istituto Nazionale di Medicina e Povertà (INMP) – Istituto Superiore di Sanità (ISS) – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Linee guida “Controlli sanitari e percorsi di tutela della salute per i migranti in arrivo in Italia con i recenti flussi migratori”, del 24/07/2017: www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Linea-Guida-Controlli-sanitari-all'arrivo-e-percorsi-di-tutela-sanitaria-per-i-migranti-ospiti-presso-i-centri-di-accoglienza-Presentazione-e-download.

¹³ Linee guida del Ministero della Salute per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (22/03/2017): www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf.

Per i bambini e le bambine senza cittadinanza italiana con genitori che hanno un permesso di soggiorno e una residenza, l'iscrizione al SSN avviene in modo analogo a quella dei bambini italiani. Per altri gruppi più vulnerabili subentrano varie difficoltà. E soprattutto, molte famiglie migranti appena arrivate hanno irregolarità nell'accesso o nel soggiorno, e questo comporta, nella prassi, molti ostacoli all'accesso alle cure. "In Italia è praticamente impossibile entrare da migranti regolari. Quando si parla di irregolari dobbiamo pensare che sono persone a cui verrà riconosciuto il diritto a restare" spiega Salvatore Geraci, già presidente della SIMM e responsabile Area sanitaria Caritas. In questi anni, nonostante la norma del 2017 (il DPCM 12 gennaio del 2017 sui "Nuovi LEA"), che ribadiva che "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono iscritti al SSN e usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani", non sempre l'accesso al SSN e al Pediatra di libera scelta sono stati garantiti a tutti. "Un esempio", continua Geraci, "è costituito dall'impossibilità di poter procedere all'iscrizione al Sistema Sanitario regionale in caso di mancata precedente assegnazione del Codice fiscale al minore o al neonato". Senza il codice fiscale i bambini in famiglie prive di autorizzazione al soggiorno in molte Regioni¹⁴ potevano essere iscritti al SSN solo come comunitari con codice ENI (Europeo Non Iscritto) o come stranieri con codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), ed essere visitati solo dal pediatra del consultorio, negli ambulatori STP-ENI o al Pronto Soccorso. Fino a quando l'Agenzia delle Entrate, con la Risoluzione n.25 del 6 giugno 2022, ha definito con precisione "l'attribuzione del codice fiscale ai minori stranieri non regolari e ai minori stranieri non accompagnati ai fini



Francesca Leonardi per Save the Children

¹⁴ Salvatore Geraci e la SIMM all'inizio del 2022 hanno monitorato l'accesso al sistema sanitario per i minori migranti in tutte le regioni, Iscrizione al SSN non garantita a tutti i minori migranti, www.simmweb.it/attachments/articolo/1096/2022_nota_SIMM_minori_con_mappe.pdf

dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale". In pratica, ci spiega Geraci, "l'Agenzia dice a tutte le Agenzie locali di rilasciare un codice fiscale a tutti i minori figli di immigrati anche irregolari e indica anche una procedura che va dalle ASL verso l'Agenzia delle Entrate e poi ritorna alle ASL che, con il codice fiscale, provvedono all'iscrizione del minore d'età al SSN". La circolare è stata quindi inviata dal Ministero della Salute a tutte le Regioni. L'obiettivo è arrivare al più presto all'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale. La fase della pandemia, con tutti i problemi sollevati anche per le vaccinazioni Covid e per la diffusione e la cura di questi minori particolarmente vulnerabili, e subito dopo l'arrivo in brevissimo tempo di migliaia di rifugiati ucraini nella primavera 2022, hanno dato una spinta decisiva a questo intervento più risoluto dei precedenti per far sì che tutte le Regioni e tutti i distretti sanitari si conformino alle norme nazionali in vigore da oltre due decenni per la tutela del diritto alla salute di tutti i minorenni stranieri in Italia¹⁵. In particolare, le Regioni Lazio e Marche hanno dato impulso a questa 'accelerazione'.

Per l'esenzione del ticket è stato necessario introdurre uno specifico comma nella Legge di Bilancio 2020, con relativa copertura finanziaria, per riconoscere il diritto ad un codice di esenzione dalla spesa sanitaria dopo i 6 anni (quindi tra i 7 e i 17 anni) ai "minorenni privi di un sostegno familiare", in affidamento e minori non accompagnati¹⁶.

¹⁵ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, www.parlamento.it/parlam/leggi/d/eleghe/98286dl.htm

¹⁶ Legge 160 del 27 dicembre 2019, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022", www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/12/30/19G00165/sg.

EMERGENCY A CASTEL VOLTURNO

Al fine di colmare un vuoto normativo ed assistenziale, dal 2015 EMERGENCY ha attivato, all'interno del progetto di Castel Volturno, in Campania, un ambulatorio pediatrico dedicato ai figli di cittadini stranieri ai quali non veniva assegnato il Pediatra di Libera Scelta (PLS) in quanto sprovvisti di codice fiscale, necessario per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR). Sono stati più di 700 i bambini seguiti in questi anni dai pediatri di

EMERGENCY, principalmente tra 0 e 3 anni, perché nel frattempo i genitori, nella maggior parte dei casi, riuscivano a regolarizzare la propria posizione amministrativa in Italia e ad iscrivere i figli al SSR con assegnazione del PLS.

A questi bambini EMERGENCY ha garantito, oltre alle cure, anche i controlli periodici di crescita (c.d. bilancio di salute) e ha fornito ai genitori indicazioni e supporto su vaccinazioni, allattamento, svezzamento, igiene e cura del bambino. In parallelo all'attività di assistenza sanitaria, EMERGENCY ha intrapreso anche un'attività di advocacy verso l'ASL e la Regione, che il 17 marzo

2022 ha portato finalmente all'emanazione di una circolare regionale che permette l'assegnazione del PLS ai minori extracomunitari privi di codice fiscale. Si tratta sicuramente di un grande passo avanti fatto dalla Regione Campania nella tutela del diritto fondamentale alla salute che purtroppo, però, esclude ancora da questo beneficio i figli dei cittadini comunitari non residenti.

Sergio Serraino, Ambulatorio Emergency di Castel Volturno

Emily, Adam, Amir Come state?

Emily, Adam, Nour, Gabriel, Aurora, Amir... Sono i nomi più comuni tra le bambine e i bambini con background migratorio che nascono in Italia, da madre, padre, genitori di origine straniera. Senza di loro, negli anni 2000 la natalità sarebbe stata talmente bassa da far collassare l'intero sistema. Il nostro servizio sanitario, tra i migliori al mondo, garantisce lo stesso diritto alla salute e accesso all'assistenza per chi vive in Italia.



Eppure, tra i “determinanti di salute” dell’età evolutiva e nella gestazione avere background migratorio rappresenta ancora un fattore di rischio: almeno fino al 2019 (dati più aggiornati ancora non ci sono) la mortalità infantile e neonatale era maggiore per i bambini nati da donne con cittadinanza non italiana. Le famiglie di origine straniera in Italia hanno un rischio di povertà ed esclusione sociale molto più elevato della media delle famiglie, una minor conoscenza del nostro sistema sanitario, talvolta i genitori se arrivati da poco hanno anche barriere linguistico-culturali da affrontare. La scarsa disponibilità di informazioni per orientarsi e la ridotta alfabetizzazione sanitaria – ovvero la capacità di ottenere, leggere, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie al fine di prendere decisioni appropriate sulla propria salute – rende difficile alle persone migranti accedere ai servizi sanitari per sé e per i propri figli in modo adeguato: da un lato si riscontra una sottoutilizzazione dei servizi di prevenzione, dall’altro un eccessivo uso dei servizi di emergenza. L’alfabetizzazione sanitaria è uno dei requisiti fondamentali anche per la sicurezza alimentare, la conservazione del cibo e l’uso consapevole dei farmaci¹⁷.

Tra i problemi sanitari che si riscontrano nella popolazione di bambine, bambini e adolescenti di origine straniera troviamo una copertura vaccinale più bassa della media italiana (oltre a una difficoltà a ricostruire la storia vaccinale del minore), un maggior rischio di sedentarietà e di sovrappeso, anche dovuto al cambiamento di dieta.

Inoltre, alcuni pediatri e neuropsichiatri infantili riscontrano negli adolescenti e nei giovani con background migratorio un maggiore stress accumulato negli anni – il cosiddetto carico allopatico che accomuna tutti i bambini che affrontano sin da piccolissimi stress legati all’insicurezza economica, alla povertà alimentare e alla povertà abitativa, stress legati alla perdita di sicurezza dovuta all’allontanamento dalla propria famiglia allargata nel Paese di origine. Le deprivazioni, le difficoltà fisiche e psichiche affrontate nel processo migratorio in prima persona o dai loro genitori, innescano meccanismi di adattamento nei bambini, che, se non vi sono interventi di prevenzione e promozione della salute deflagrano a distanza di anni, spesso in adolescenza.

“I ragazzi stranieri di solito arrivano ai servizi in una situazione di urgenza: nel loro caso è difficile intercettare prima la sofferenza mentale. Nella maggior parte dei casi li incontriamo quando hanno un problema acuto: sfasciano tutto, picchiano qualcuno, fanno atti di autolesionismo. Un fattore di rischio importante per l’emergere di questi problemi si è dimostrato vivere in una comunità non integrata perché aumenta lo stigma”, con le parole di Stefano Vicari, docente di Neuropsichiatria infantile all’università Cattolica di Roma e primario della Neuropsichiatria infantile dell’ospedale pediatrico Bambin Gesù.

Le barriere culturali che si frappongono tra operatori e persone con background migratorio in effetti sono percepite come un ostacolo da entrambi. Ad esempio spesso gli operatori non conoscono i modi culturalmente diversi di prendersi cura dei neonati. Tra le barriere culturali

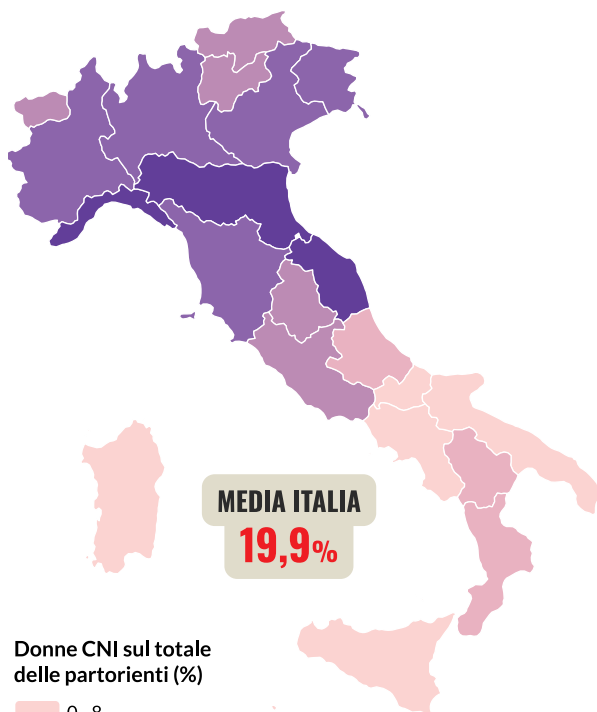
¹⁷ Zambri F. et al, *Taking care of minor migrants' health: the professionals' perception and training needs*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2020, <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1079/661>

MADRI DI ORIGINE STRANIERA

Abbiamo elaborato alcuni dati CeDAP (Certificato di assistenza al parto) 2021 da poco rilasciati dal Ministero della Salute, che mostrano che un bambino su 5 nasce da madre di origine straniera e che, nonostante l'età più giovane rispetto alle madri italiane per cittadinanza, in Umbria e molte regioni del Nord, le donne CNI partoriscono più di frequente con parto cesareo.

Donne CNI sul totale delle partorienti (%)

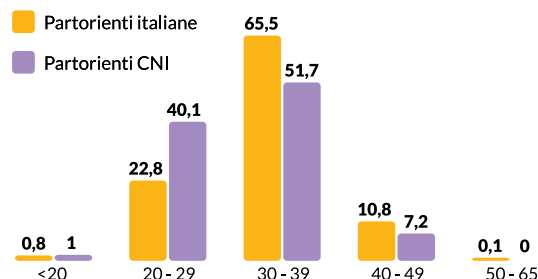
Anno: 2021 - Fonte: Ministero della Salute



Donne CNI sul totale delle partorienti (%)

- 0 - 8
- 9,8 - 14,7
- 17,2 - 22,5
- 25,3 - 28,1
- 30,6 - 34,4

Partorienti 2021 per fasce d'età al parto (%)

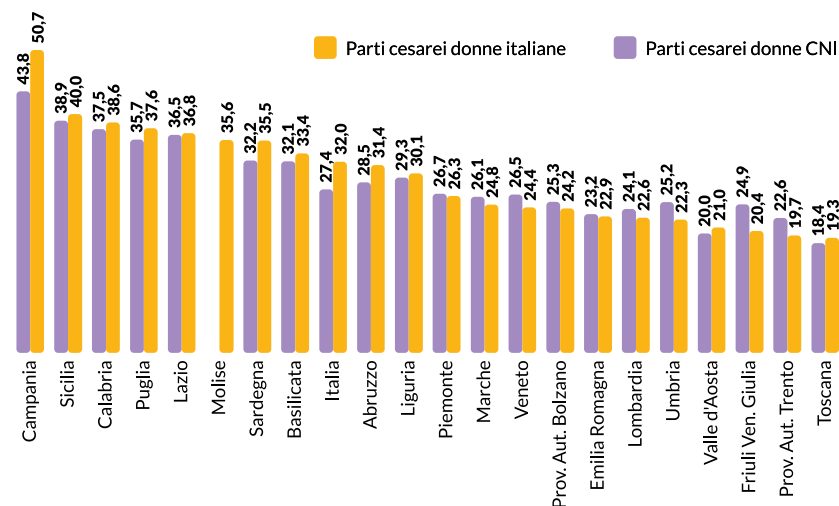


ETÀ MEDIA DELLE DONNE AL PRIMO FIGLIO

ITALIANE
32,1 ANNI

CNI
29,2 ANNI

Parti cesarei (%)



troviamo anche la poca aderenza alle terapie a lungo termine da parte dei migranti, specialmente per le bambine e i bambini, la non accettazione di alcune tecniche diagnostiche, disordini psicologici che vengono interpretati in modo differente dai caregiver. È per questo che il training diventa fondamentale, un training che deve essere indirizzato a professionisti della sanità, educatori, mediatori culturali, tecnici, amministratori, in generale a tutti coloro che si prendono cura dei bambini¹⁸.

Un dato interessante sulle condizioni di salute delle gestanti e dei nati che punta il riflettore su una evidente disuguaglianza di salute tra madri-neonati italiani e madri-neonati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria¹⁹ è quello sulla percentuale di prematuri che nascono prima della 32^a settimana, quindi circa 2 mesi o più prima del termine, definiti “nati gravemente pre-termine”: tra le madri italiane corrispondono allo 0,8% dei piccoli nel biennio 2019-2020, per le madri immigrate da Paesi a forte pressione migratoria all'1,2% con punte dell'1,7% in Umbria e dell'1,5% nel Lazio²⁰. Eppure le madri non italiane partoriscono in età più giovane, quindi il dato dimostra che vi sono criticità nella presa in carico del percorso nascita e nella promozione della salute per molte donne di origine straniera. Criticità che si ripercuotono sulla salute e il benessere dei nati e si protraggono nel corso della loro infanzia e adolescenza. D'altro canto, un'indagine condotta dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza qualche anno fa, indicava che “l'80% delle adolescenti straniere non ha mai avuto accesso a una visita ginecologica, contro il 30% delle loro coetanee italiane, il numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) risulta molto più elevato, e il basso livello di istruzione, la condizione di povertà e la debolezza della rete sociale di riferimento di tali ragazze minorenni determinano scarsa conoscenza dei sistemi di contraccezione e scarsa disponibilità all'utilizzo”²¹.

¹⁸ Zambri F. et al, *Taking care of minor migrants' health: the professionals' perception and training needs*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2020, <https://annali.iss.it/index.php/anna/article/view/1079/661>

¹⁹ Paesi a forte pressione migratoria o PFP è una definizione che si trova nelle statistiche sanitarie e si riferisce ai Paesi dell'Africa, Centro e Sud America, Asia (escluso Giappone, Israele), Europa centro-orientale.

²⁰ Dati elaborati per il Rapporto Osserva Salute 2021 (prex maggio 2022) capitolo: Salute nella popolazione straniera su dati del Ministero della Salute CedAP anno 2021

²¹ UNICEF, *Deep Dive Garanzia Infanzia, Analisi delle politiche, programmi e risorse per il contrasto alla povertà minorile e all'esclusione sociale in Italia*, pag. 80 <https://www.unicef.org/eca/media/23056/file/Deep%20Dive%20Italy%20-%20Main%20Report%20IT.pdf>



Scrittrice e giornalista, già curatrice dell'Atlante dell'Infanzia a rischio. Fa parte dell'Advisory Board di Save the Children Italia. Tra i suoi libri più recenti, "Ragazze per l'Ambiente. Storie di Scienziate e di ecologia" scritto con Roberta Fulci (Editoriale scienza, 2021) e il romanzo "Nato a Hiroshima" (DeA, 2020)

LA SCUOLA DELLE DONNE

di Vichi De Marchi

Periferia est di Roma, quartiere Tor Pignattara, a via Policastro 45, al secondo piano di un edificio moderno, c'è la scuola delle donne, frequentata soprattutto da giovani immigrate con figli.

Saliamo le scale. I muri sono tappezzati di disegni su plastica. Sono schizzi dal tratto infantile e dai colori variopinti, profili e sagome di donne, immagini velate o con i capelli al vento che si tengono per mano. I loro nomi sono scritti accanto ai disegni; Rasha, Zaina, Zozo, Mariam.

Chi si nomina afferma la propria esistenza e in quelle poche rampe di scale che ci separano dal nostro incontro c'è già il racconto di un percorso.

Ci accoglie Behts Ampuero Valera, origini peruviane, studi in antropologia, responsabile e anima dell'Associazione Asinitas, nata nel 2005 per offrire corsi di italiano a migranti e rifugiati nel loro Centro interculturale Miguelim.

Tante sono le donne che si sono avvicinate alla scuola.

È quasi naturale che quel luogo, primo e fondamentale presidio di integrazione, si ramifichi. L'associazione comincia ad occuparsi di animazione culturale, di accompagnamento alla nascita. Dialoga con le giovani donne immigrate attraverso le "parole di mamma", progetto che racchiude diverse azioni: avvicinamento alla lingua italiana sui temi della maternità, incontri di



salute e orientamento socio sanitario. Lo fa con l'aiuto di mediatrici culturali che incontriamo.

Mona viene dall'Egitto e ha degli enormi occhi chiari, Mitul arriva dal Bangladesh e ha una grande grinta. Tutte ci regalano mille sorrisi insieme al caffè, ai biscotti e al calore di un incontro. Poco dopo ci raggiunge Nasrin che compie i primi passi nel mondo della mediazione culturale dopo essere stata rappresentante di classe nella scuola dei figli. Sono delle traghettatrici a cui si aggrappano le giovani mamme immigrate per transitare dal mondo di provenienza a quello di arrivo. Mona, Mitul e le altre non prestano solo le parole per nominare le cose e penetrare una realtà sconosciuta. Sono un punto di riferimento per le immigrate, l'esempio di una sorellanza ritrovata, un modello a cui rifarsi quando si pensa di non farcela. Parlano l'arabo o il bengalese e l'italiano. Anche i loro percorsi di vita parlano alle altre donne.

Mona è giunta a Roma dall'Egitto nel 1996. "Sono arrivata da sola", ci dice. "Ah quindi non eri ancora sposata". "No, intendo dire che non avevo ancora dei figli". Ridiamo, spieghiamo che da noi essere sola significa essere single, niente mariti, compagni, compagne, figli. "No, da noi è diverso". Mitul le dà ragione. Nonostante il salto di continente, dal Nord Africa all'Asia, il linguaggio è lo stesso. "Anch'io sono arrivata nel 2009 con il marito, cioè sola".

La scuola di italiano per giovani immigrate (due volte alla settimana è aperta solo per loro, "così le famiglie si rassicurano") si

trasforma quasi naturalmente in una "scuola di mamme", di chi i figli ce li ha e di chi li vorrebbe avere.

"Alcune arrivano in Italia con matrimoni combinati. Per tutte l'obiettivo è fare famiglia che significa avere dei figli. Se non sei capace di fare dei figli è un problema. Anche avere un solo figlio è spesso vissuto male", raccontano. Sulle giovani immigrate e sul loro essere madri gravano le aspettative della comunità di origine e le regole ferree del patriarcato.

Bangladesh, Pakistan, India, Marocco, Egitto, Tunisia, Algeria sono i paesi di provenienza di questo *melting pot* di quartiere disteso ai lati della via Casilina con i suoi vecchi insediamenti, le nuove realtà, le tante contraddizioni ma anche con alcune eccellenze come la scuola Pisacane, frequentata da moltissimi bambini di origine straniera, tanti nati in Italia.

La scuola è anche il primo passo per le mamme per aprirsi al quartiere, per desiderare di superare la barriera linguistica che imprigiona, per fare rete, per scambiarsi informazioni.

"Quando sono arrivata avevo paura ad uscire, non sapevo l'italiano, stavo sempre alla finestra", racconta Mona che ora sfreccia per il quartiere oberata dai suoi mille impegni di mediatrice culturale. Anche Nasrin confessa che non usciva quasi mai per la stessa ragione. Non così Mitul, arrivata in Italia con una laurea in giurisprudenza e un buon inglese. "Almeno con quello potevo farmi capire", racconta. Lei ha potuto contare anche su un marito che l'ha incoraggiata allo studio dell'italiano.



Mona, Mitul e le altre sono un punto di riferimento per le immigrate, l'esempio di una sorellanza ritrovata, un modello a cui rifarsi quando si pensa di non farcela.



La scuola è il primo passo per le mamme per aprirsi al quartiere, per fare rete.

Molte, invece, non vengono capite nelle loro difficoltà da mariti assenti per il troppo lavoro. La barriera linguistica, che opprime tante, diventa un macigno se si aspetta un figlio. Lo spaesamento e la lontananza dalla casa materna e paterna ingigantiscono le paure, la salute fisica e psichica ne risente, la nostalgia diventa un velo tra sé e i luoghi della nuova vita.

“Abbiamo cominciato a fare dei gruppi di donne in gravidanza perché la maggioranza di loro aveva difficoltà a parlare con i medici”, spiega Behts. Sono incontri utili anche a incamerare le parole che serviranno in sala parto, per non sentirsi smarrite, per non viverci come corpo consegnato ad altri. “Quando le accompagniamo ad una visita medica, il personale sanitario è più attento. Forse si sente osservato o forse sa che ciò che dice viene meglio compreso”, sottolinea Mona.

L'importanza della presenza di donne mediatrici culturali non sta solo nella “traduzione linguistica” che compiono ma anche nell'opera di spiegazione che fanno di come funziona il sistema sanitario italiano. “Spesso le donne non capiscono perché si devono sottoporre a così tanti esami clinici in gravidanza, temono che se il medico li richiede significa che qualcosa non sta andando bene”, dice Mitul.

Nel 2017 questa miriade di azioni germogliate in seno al progetto Parole di mamma, a cui collaborano anche due ostetriche, una nutrizionista, si rafforza con il progetto Fiocchi in ospedale di Save the Children che consente di dare maggior sostegno socio-sanitario alle donne

partorienti e alle neomamme con una presenza diretta all'interno dell'ospedale Vannini. “Ora ci andiamo con regolarità due volte alla settimana”. Si tratta di un complesso di prossimità nel cuore del quartiere dove partoriscono in molte. Poco distante, a piazza dei Condottieri, c'è il consultorio familiare, altro punto di riferimento importante anche per far conoscere i servizi del territorio. “Spesso è il consultorio a chiamarci”, sottolinea Behts che ci tiene a mostrare come ogni azione, presenza e iniziative rafforzino un tessuto di azioni che fanno rete. Tra le urgenze vi è anche il controllo delle nascite che è uno dei problemi che affrontano con più fatica le donne immigrate, alle prese con divieti e tabù. Difficile è anche la condizione delle donne che arrivano in Italia, dove già vive il marito, a pochi mesi dal parto, direttamente dal Paese di origine, senza esami clinici, senza una storia medica che aiuti i sanitari. “Tante hanno problemi di salute, soffrono di diabete gestazionale per via di una cattiva alimentazione, sono anemiche”, ci spiega Mitul.



L'importanza della presenza di donne mediatrici culturali non sta solo nella “traduzione linguistica” che compiono ma anche nell'opera di spiegazione che fanno di come funziona il sistema sanitario italiano.



Mona racconta lo smarrimento delle giovani donne in gravidanza alle prese con diete mediche improntate alla cucina italiana. Per loro, custodi della tradizione anche culinaria, è qualcosa di estraneo, quasi impossibile da seguire: “per fortuna ci aiuto la nostra nutrizionista, impegnata in un’opera di traduzione, trasformare una dieta mediterranea in qualcosa di diverso, vicino ai loro gusti e alle loro abitudini, garantendo gli stessi principi nutrizionali”.

Appeso al muro, nella stanza che ci ospita, un cartellone bianco, fitto di scritte, segnala che lì si è svolto, da poco, un incontro di “alfabetizzazione” con la nutrizionista. Catturo parole sparse qua e là scritte a pennarello: lieviti, batteri, fermentazione, cibo fresco, zuccheri, conservanti, il cibo come garante della salute. Capisco che hanno parlato di salute non solo come assenza di malattie. In un angolo del grande poster è scritto che la salute è fatta di corpo, spirito e mente. Forse serve a dire che non fa bene nascondere il male dell’anima o vergognarsi dei propri malesseri psichici e che se arriva la depressione dopo il parto è normale ed è giusto occuparsene. Non tutte sono uguali nella maternità.

“Negli anni del Covid la sofferenza psichica di molte di loro è aumentata. La differenza è che ora hanno meno timore a chiedere aiuto, si sentono autorizzate a farlo. Lo scoglio talvolta sono i servizi. In tante occasioni ci siamo trovate di fronte a un muro”, spiega Behts. Il muro è rappresentato da un sistema sanitario che, negli anni, ha diminuito il servizio di consulenza psicologica e, soprattutto, non fornisce un vero e proprio supporto di mediazione

linguistica per la popolazione migrante. Se la gravidanza e il parto sono passaggi importanti che necessitano spesso di un sostegno, lo sono anche le prime settimane dopo il parto e l’allattamento. “Le donne vogliono allattare. Noi le aiutiamo”, prosegue Behts. “Se serve facciamo consulenza individuale con l’ostetrica e un’operatrice esperta. Capita che i medici, sul foglio di dimissione, consiglino il latte artificiale nonostante l’allattamento vero e proprio non sia stato ancora avviato e questo un po’ disorienta i neogenitori che non sanno bene come approcciarsi alla pratica di allattamento”.

Si continua a parlare di donne e di figli, di sogni e di progetti, di solidarietà e di sfide.

Il nostro incontro si avvia alla conclusione. “Le mie torte sono buonissime” si vanta con un sorriso Mona mentre ci saluta. “Anche le mie. Sono davvero buone”, replica Mitul.

La sfida ci piace. “Torniamo per assaggiare le vostre torte!”, promettiamo.

“Vi aspettiamo, anche perché non vi abbiamo ancora parlato dei nostri corsi di teatro...”.



La scuola, un mondo

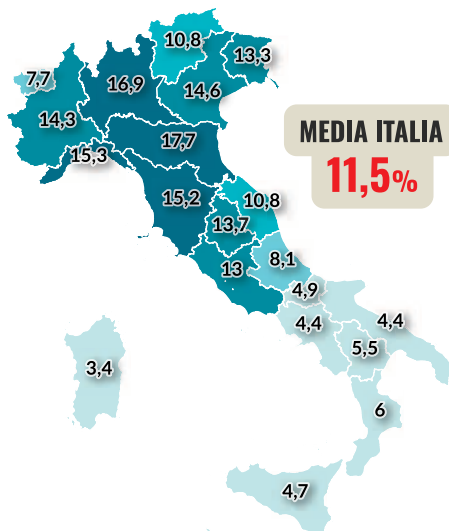
Frequentare un asilo nido e una scuola inclusiva e di qualità diventa per bambine e bambini di origine migrante fondamentale per integrarsi e orientarsi tra le opportunità che questo Paese o il luogo in cui vivono può offrire loro. A scuola si può capire quali siano i rischi e i fattori protettivi per il proprio benessere, ad esempio quali stili di vita sani seguire, come riconoscere e affrontare discriminazioni e razzismo in un ambiente protetto per potersi proteggere coltivando l'autostima e le abilità sociali.



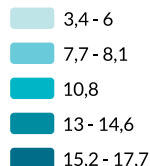
LA SCUOLA È MULTICULTURALE

Bambini e ragazzi di 0-17 anni con cittadinanza non italiana (CNI) sul totale dei minorenni per regione (%)

Anno: 2021 - Fonte: ISTAT

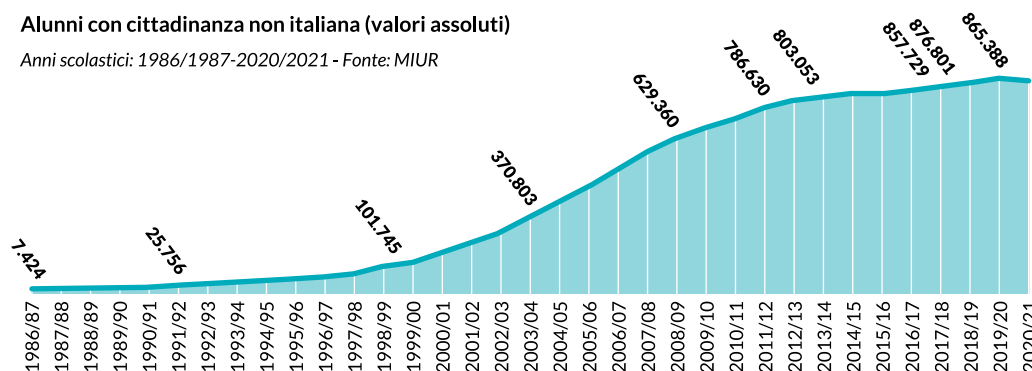


0-17enni CNI sul totale dei minorenni (%)

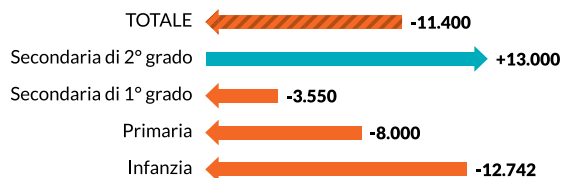


Alunni con cittadinanza non italiana (valori assoluti)

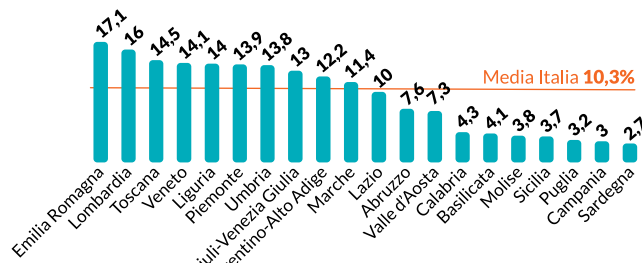
Anni scolastici: 1986/1987-2020/2021 - Fonte: MIUR



Variatione alunni CNI tra l'a.s. 2019/20 e l'a.s. 2020/21

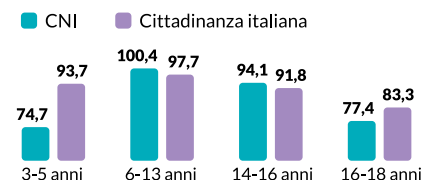


Studenti CNI sul totale degli alunni (%)

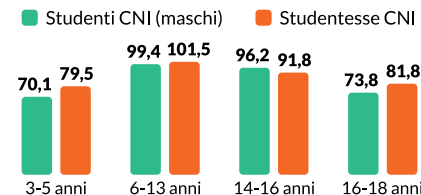


Tasso di scolarità per fasce d'età e cittadinanza (%)

Anno scolastico: 2020/2021 - Fonte: MIUR



Tasso di scolarità alunni CNI. Differenze di genere (%)



Spesso questi piccoli cittadini sono chiamati a creare ponti culturali facendosi mediatori tra la cultura familiare d'origine e quella in cui si trovano immersi. La scuola potrebbe essere di aiuto in questo compito complesso e che spesso grava solo sulle loro spalle. Perché la scuola è il mondo che dovrebbe accogliere e ascoltare i bisogni e le aspirazioni di queste bambine e bambini e accompagnarli in un lungo processo di apprendimento che permetta di sviluppare le capacità di ognuno in ogni fase della crescita. E allo stesso tempo, la scuola può fare tesoro della ricchezza multiculturale che sono capaci di portare in un tempo della vita in cui l'apertura all'altro e la curiosità prevalgono sui pregiudizi e le rigidità mentali.

Le nuove Linee guida per l'integrazione del Ministero dell'Istruzione²², "Orientamenti interculturali - Idee e proposte per l'integrazione di alunni e alunne provenienti da contesti migratori" guardano avanti e invitano ad un cambio di prospettiva, secondo cui bisogna investire nella multiculturalità come accrescimento di opportunità per tutti anziché colmare "deficit", in linea con l'idea di una scuola attenta allo sviluppo di competenze sociali, life skills e soft skills, cioè abilità trasversali utili nella vita personale e lavorativa. Tra le molte indicazioni, vi sono azioni programmate sull'insegnamento della lingua italiana e la valorizzazione del plurilinguismo, che presuppongono una formazione del personale scolastico non sempre di facile attuazione, ma che necessitano del coordinamento e la collaborazione di tutti gli attori chiave e ispirate ad una visione della diversità culturale come risorsa a vantaggio di tutti.

L'integrazione e il benessere si realizzano attraverso molte strade: ad esempio la mensa, l'attività motoria e il gioco in spazi aperti si sono rivelati strumenti fondamentali per la promozione della salute a scuola, soprattutto per fasce più vulnerabili come, appunto, alunne e alunni di origine migrante ma anche bambini in povertà, che vivono in famiglie che hanno difficoltà a garantire un'alimentazione di qualità, ad iscrivere i bambini ad attività sportive, o a farli giocare all'aperto senza rischi. E sono anche strumenti utili per coinvolgere maggiormente i genitori di questi bambini, perché la presenza di una mensa, di una palestra e altri spazi fruibili è necessaria per organizzare il tempo pieno e consentire alle scuole di rimanere aperte anche oltre l'orario scolastico, offrendo attività creative e sportive a basso costo dedicate anche ai genitori, magari insieme ad attività di orientamento nella rete di servizi sociosanitari del territorio o in quella dei servizi digitali.

Vi sono ancora molte criticità nei percorsi di inclusione scolastica degli alunni con background migratorio, soprattutto di prima generazione, cioè che non sono nati in Italia, a partire dall'elevato tasso di abbandono scolastico: nel 2020, il 35,4% dei giovani 18-24enni con cittadinanza non italiana (CNI) non aveva completato l'istruzione secondaria o percorsi di formazione, il dato più alto in Europa, e ben 14 p.p. (punti percentuali) superiore alla percentuale di giovani italiani che avevano abbandonato precocemente gli studi (l'11%). L'"esclusione" scolastica e i vari tipi di fallimento formativo colpiscono maggiormente i maschi: tra i giovani CNI, l'abbandono sfiora il 40%, in pratica 2 alunni su 5 non arrivano al diploma, quasi 27 p.p. al di sopra della percentuale dei giovani con cittadinanza italiana (13,3%). Tra le ragazze, sono il 30,8%

²² Osservatorio nazionale per l'integrazione degli alunni stranieri e l'educazione interculturale del Ministero dell'Istruzione, *Orientamenti Interculturali. Idee e proposte per l'integrazione di alunne e alunni provenienti da contesti migratori*, marzo 2022, www.miur.gov.it/documents/2018/2/0/Orientamenti+Interculturali.pdf/be99b531-74d3-8035-21af-39aaf1c285f5?version=1.0&t=1647608565245



le giovani CNI che non finiscono la scuola secondaria o i percorsi di formazione professionale, 22 p.p. in più rispetto alle coetanee italiane (l'8,5%). Questo enorme divario prefigura livelli di istruzione più bassi per la popolazione di origine straniera. L'esclusione dal percorso scolastico può facilmente condurre verso peggiori condizioni lavorative, instabilità del reddito, precarietà, esclusione sociale. Ma questo, come abbiamo detto più volte, ha importanti conseguenze sulla salute con minore aspettativa di vita, peggiori condizioni socioeconomiche, maggiori rischi legati a patologie, invecchiamento più rapido.

I dati sul tasso di scolarità fanno anche emergere il drammatico crollo della scolarità dopo i 16 anni, con l'interruzione di frequenza scolastica tra i 17 e i 18 anni che porta quasi un quarto degli studenti CNI a non completare il percorso di istruzione secondaria, soprattutto i maschi. La povertà che, come abbiamo visto, colpisce molto più le famiglie straniere (il 36% con genitori entrambi CNI), spinge peraltro molti ragazzi a cercare un lavoro - spesso irregolare - appena terminato l'obbligo scolastico, restringendo così per un'altra generazione l'opportunità di migliorare le condizioni di vita, economiche, sociali e di salute. Il circolo vizioso non si interrompe.

🔍 Alcuni libri sulle migrazioni

Le popolazioni umane migrano da milioni di anni, per necessità o per scelta. È così che siamo evoluti. *Homo sapiens* ha conquistato la libertà di migrare e il diritto di restare. Valerio Calzolaio, Telmo Pievani, *Libertà di migrare. Perché ci spostiamo da sempre ed è bene così*, Einaudi, 2016

Storie di fughe e asili, erranze e approdi letti attraverso la lente dell'antropologia delle migrazioni e l'indagine del campo sociale nei contesti campani. In mezzo a tanta sofferenza ci sono anche migrazioni dall'esito positivo, integrazioni pienamente realizzate. Annalisa Di Nuzzo, *Minori migranti*, Carocci editore, nuova edizione 2020

Minori migranti in viaggio (attra)verso l'Europa. Un report che racconta, attraverso le testimonianze dei minori migranti, le difficoltà interminabili che molti di loro devono affrontare nei loro viaggi verso l'Europa. Save the Children, *Nascosti in piena vista*, giugno 2022

Dal Pakistan all'Iran, e poi dall'Iran alla Turchia, alla Grecia e infine all'Italia, quella di Ali e Mohammed è un'epopea tragica, ma anche una storia di coraggio, determinazione e ottimismo. Ali Ehsani, Francesco Casolo, *Stanotte guardiamo le stelle*, Universale Economica Feltrinelli, 2017

In arrivo dall'Ucraina

La domanda era: quali sono le cose simili tra i bambini e i ragazzi ucraini e quelli italiani? La risposta di Nikolai (nome di fantasia) è stata: "Siamo tutte persone". Nikolai è arrivato dall'Ucraina in Italia da pochi mesi, ha 14 anni e un pensiero già adulto. La testimonianza di Nikolai emerge da una ricerca di Save the Children International sulla salute mentale e il benessere psicofisico dei minorenni di origine ucraina e la loro esperienza di sradicamento che si è svolta tra luglio e agosto 2022²³. Da febbraio dello stesso anno oltre 7 milioni e 600mila rifugiati sono arrivati in Europa scappando dalle zone di guerra e si

²³ Save the Children International, *This is my life, and I don't want to waste a year of it*, 2022.



stima che il 40% di essi sia minorenni. La ricerca è nata con l'intento di capire come è stato vissuto questo passaggio. Sono stati coinvolti circa 1000 bambini, con una indagine su un campione non rappresentativo di minorenni ultradodocenni e caregivers e 10 focus group realizzati in 8 Paesi europei, Finlandia, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Romania e Svezia.

Dalla analisi dei risultati emerge che i bambini che hanno lasciato l'Ucraina si trovano ad affrontare sfide importanti per adattarsi al nuovo ambiente, riportando alti livelli di ansia e infelicità. In particolare il 57% degli intervistati si sente un po' o molto meno felice da quando ha lasciato l'Ucraina, il sentimento riguarda soprattutto i ragazzi dai 16 anni in su tra i quali la percentuale sale al 66%, ossia un ragazzo su tre. Quando è stato loro chiesto quali emozioni negative avevano provato nell'ultimo mese, le risposte sono state: la preoccupazione per il futuro (55%), sentirsi irrequieti (44%) e soli (44%). L'ansia colpisce soprattutto i ragazzi più grandi (78%).

Nonostante l'accesso all'istruzione debba essere garantito secondo la Direttiva sulla protezione temporanea e le leggi europee affermino che i bambini rifugiati e migranti devono essere iscritti a scuola entro tre mesi dal loro arrivo, circa un terzo (32%) degli intervistati non aveva frequentato la scuola prima delle vacanze estive e un altro 25% aveva frequentato le lezioni solo online. Un elemento di preoccupazione è che una quota considerevole di loro non intende iscriversi e frequentare la scuola: un quarto degli intervistati dice di non volersi iscrivere o di essere incerto al riguardo. Tanti i timori emersi riguardo al percorso scolastico, dal rimanere indietro nel curriculum ucraino se frequentano le scuole nel Paese ospitante, frequentare livelli di studio non adeguati alla loro età e preparazione, senza avere una visione di lungo periodo. Dati ancor più preoccupanti se si pensa che i risultati indicano una relazione diretta tra la frequenza scolastica e il senso di benessere riportato dai bambini, anche nel ridurre il loro sentimento di solitudine.

Per sentirsi più a casa, dice il 57% dei ragazzi consultati, ci sarebbe bisogno di avere amici della comunità che li ospita (purtroppo solo il 35% afferma di avere nuovi amici locali) nonché l'opportunità di praticare sport o uno dei loro hobbies (56%) e imparare la lingua (54%). Numerosi i bisogni mostrati dai minori, dall'aver un migliore accesso ai servizi, con procedure più agevoli e in una lingua per loro comprensibile, come per le cure mediche, o abitazioni adeguate con maggiore indipendenza. Dall'altra, i caregiver non si mostrano a conoscenza dei servizi disponibili per i propri figli: il 59% afferma di non sapere dove cercare sostegno per i propri figli e coloro che sono stati in grado di utilizzare i servizi segnalano in modo considerevole l'utilità delle attività ricreative per i propri figli (68%), seguite da attività che si concentrano sul benessere del bambino o sulla gestione delle emozioni (54%).

Anche in Italia, la somministrazione di questionari che hanno coinvolto una cinquantina di partecipanti, tra bambini ultradodocenni e caregivers, ha permesso di raccogliere più nel dettaglio il punto di vista di bambini, bambine e adolescenti di origine ucraina. Le sensazioni raccolte nell'attività di ricerca qualitativa in Italia sono tristezza, preoccupazione per il futuro, paura di non farsi capire: "Il pensiero di iniziare la scuola in Italia è molto angosciante, soprattutto a causa delle

Focus sull'Italia

Alla ricerca di Save the Children International ha partecipato anche l'Italia. Oltre alle attività di tipo qualitativo, sono stati distribuiti questionari a 52 persone giunte dall'Ucraina tra febbraio e maggio 2022: ragazzi tra i 12 e i 18 anni e i loro caregivers (genitori o genitori adottivi, per il 94% si trattava di madri).

Dalle loro risposte emergono tre grandi temi: gli ostacoli all'integrazione, l'impatto psicologico ed emotivo dello spostamento sui figli, cosa vedono come necessario per sentirsi a casa. Gli adulti trovano ostacoli soprattutto nell'accesso al lavoro e alle cure mediche. Molti di loro ritengono che i figli siano più tristi di prima della fuga e dicono che presentano segni di nervosismo e lamentano incubi notturni.

Per sentirsi a casa oltre il 70% degli adulti pensa che servirebbe imparare la lingua del Paese che li ospita, per oltre la metà di loro è fondamentale trovare un lavoro e che i figli frequentino la scuola. I ragazzi che hanno risposto al questionario dichiarano di aver sperimentato nell'ultimo mese irrequietezza e momenti di rabbia, e, oltre un terzo, preoccupazione per il futuro e solitudine.

Per sentirsi a casa pensano servirebbe imparare la lingua, avere degli amici, essere a scuola con altri studenti, avere l'opportunità di giocare e fare sport.



barriere linguistiche”, dice un ragazzo. “Mi preoccupo per l’inserimento scolastico- dice una ragazza - temo di non riuscire a conseguire l’ultimo anno di scuola necessario per il diploma. Sto pensando di ritornare in Ucraina dopo la guerra. Sono disorientata perché mi è stato riferito che in Italia è obbligatorio continuare gli studi ma non so in quale luogo poter continuare a studiare”. In molti raccontano di sentire la necessità di un orientamento scolastico: “in Ucraina studiavo, frequentavo un istituto tecnico e adesso non so come fare, non so se seguire un corso online o andare a scuola qui, dato che in Italia è obbligatorio... non so come gestire la cosa”.

Alcune testimonianze sono drammatiche su quello che hanno lasciato: “Io ho tanti amici maggiorenni - dice un quindicenne - si sono arruolati e non so più niente di loro”. È difficile accettare che non tutti i miei parenti sono con me” aggiunge una ragazza di quattordici anni.

Assieme alla realizzazione dell’indagine e del focus group, sono stati intervistati dei professionisti che si occupano di queste problematiche e che hanno aiutato a capire quali possono essere i loro bisogni.

Maria Antonella Costantino, direttore dell’Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (UONPIA) della Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, racconta che da loro sono arrivati per la maggior parte bambini e ragazzi che avevano difficoltà rilevanti già nel loro Paese: disabilità complesse, problemi psichiatrici e di comportamento. “E’ anche vero che il tempo trascorso dall’inizio del conflitto è ancora limitato dal punto di vista dell’emergere di queste problematiche. In questa fase è più facile che i bambini presentino sintomi nell’ambito della depressione, dell’ansia o dell’inibizione che però dipendono, più che dall’effetto diretto della guerra, dalla situazione complessiva in cui si trovano: l’alloggio, se i genitori hanno un lavoro, l’accoglienza in generale. Anche l’attenzione dei genitori in questi



primi mesi è focalizzata su altre cose rispetto ai sintomi di malessere dei figli, a parte naturalmente i casi gravi”. Il servizio di Neuropsichiatria infantile del Policlinico di Milano è uno dei pochi in Italia che ha un nucleo per i migranti minori non accompagnati già dal 2009 e di situazioni critiche nel corso degli anni gli operatori ne hanno viste molte: “quello che ci fa impressione è la differenza tra l’attenzione riservata ai migranti dall’Ucraina e quella riservata ad altri gruppi di persone. Abbiamo visto, ad esempio, ragazzi provenienti dalla Libia sia prima che dopo gli accordi e non erano più gli stessi. In quei casi andiamo oltre la guerra: sono ragazzi che hanno fatto l’esperienza di torture, prigione, disumanizzazione. Ma di loro si parla poco”.

La stessa riflessione viene da Cristina Ialongo, psicologa che ha partecipato a un progetto Medici Senza Frontiere dedicato all’emergenza Ucraina lavorando a Trieste, Roma, Napoli e Palermo per un primo intervento sui rifugiati durato 3 mesi: “Bisognerebbe usare questa esperienza come buona prassi per l’accoglienza in generale in modo che anche un bambino afghano abbia accesso in tempi brevi a cure di qualità”.

La fuga da un Paese in guerra e l’essere rifugiati impatta su una serie di aspetti fondamentali per lo sviluppo e in particolare il neurosviluppo dei bambini, spiega Costantino. Le conseguenze possono essere molto diverse a seconda della storia individuale, ma questa condizione: “cambia radicalmente la quotidianità e le abitudini, va a stradicare la fiducia nella possibilità che gli adulti siano in grado di fornire cura e accudimento, spesso significa subire la perdita - per morte o per allontanamento - di persone di riferimento come la madre o il padre. Per non parlare dei bambini che hanno visto fare a pezzi persone conosciute o addirittura sono stati costretti ad uccidere, per fortuna non è il caso degli ucraini, ma nel passato ne abbiamo visti diversi. Tutto questo va ad impattare sugli ingredienti che aiutano i bambini a sentirsi sicuri, a poter imparare e costruire

relazioni”. Anche l’impatto sui caregiver dipende naturalmente dai percorsi specifici di ogni persona, ma “il pensiero del futuro, l’angoscia per quello che si è perso, l’angoscia per la propria incolumità e per quella dei propri figli, o comunque dei bambini che sono stati loro affidati, sono presenti in tutti. In particolare quella per i bambini può diventare una preoccupazione determinante per lo stato di salute dell’adulto”.

Marco Antonielli, psicologo che collabora con Sanità di frontiera, un’associazione senza scopo di lucro che realizza interventi nel settore delle diseguaglianze, del benessere psicofisico, dell’inclusione sociale, parla della sua esperienza all’hotel Capannelle di Roma dove da metà aprile a luglio 2022 sono transitate circa 500 persone, di cui diversi minori: “Non era previsto un supporto psicologico specifico per i bambini e i ragazzi, ma abbiamo avuto modo di osservarli, anche perché nella comunità ucraina c’è la tendenza a lasciare i bambini a se stessi, quindi si creavano gruppi numerosi di ragazzini che giravano per la hall dell’albergo durante molte ore al giorno. La problematica principale emersa è un disturbo dell’adattamento piuttosto diffuso, ovvero una modificazione della condotta e dell’emotività in seguito a un cambiamento del contesto ambientale. I genitori lamentano che i figli non hanno un comportamento usuale, presentano frequenti picchi di rabbia, spesso non mangiano per diversi giorni perché abituati a cibi diversi”.

In generale Marco ha osservato due diverse tipologie di ragazzi: quelli arrivati ad aprile scorso che faticano a capire il senso dell’andare via da casa perché non hanno vissuto una vera situazione di guerra e quelli che sono arrivati successivamente che hanno vissuto mesi sotto i bombardamenti e che quindi presentano altre problematiche: hanno meno disturbi di condotta, meno problemi di cibo, ma sono più chiusi. “In ogni caso tutti i rifugiati appena arrivati sono un po’ anestetizzati, è difficile che esprimano bisogni o presentino problematiche, le difficoltà maggiori si manifestano dopo un po’ di tempo”.

Il peso maggiore dell’essere sradicati spesso grava sulle donne. Molte delle donne arrivate in quei primi giorni di guerra accompagnavano figli con disabilità motoria, psichica o neurologica, come racconta Cristina Ialongo: “All’inizio del conflitto sono partiti i più fragili: bambini cardiopatici, diabetici, affetti da tumore, con epilessia, problemi del linguaggio i cui percorsi di cura sono stati interrotti. Ho visto il peso dell’affrontare queste situazioni per una madre sola che non conosce la lingua del Paese che la ospita e non capisce come funziona la sanità, a chi deve rivolgersi, come trovare un medico. Le donne reagivano con profonda diffidenza, confusione e paura rispetto al nostro sistema sanitario che, pure garantendo loro un servizio ottimo, spesso non ha un’offerta di mediazione adeguata”.

C’è un principio che vale per tutti i rifugiati, conclude Costantino: “è il principio per cui l’accoglienza e l’ascolto che trovano nel Paese che li ospita e nelle persone intorno a loro aiuta a fare la differenza tra avere vissuto un’esperienza catastrofica ma mantenere il senso della propria identità e la speranza nel futuro, e fissarla invece come esperienza traumatica”.



Disabilità
Inclusione
Scuola
Potenziale umano
Servizi territoriali
Supporto
Famiglie
Spazi
Diritti
Didattica innovativa
Barriere
Vulnerabilità
Opportunità
Risorse

I BAMBINI DELLE BARRIERE

All together now

La scuola
dell'inclusione

A che punto siamo?

All together now

Tutti insieme si è più forti. È per questo che le associazioni, che mettono in contatto tra loro le famiglie che vivono la stessa esperienza, hanno un ruolo così importante nel caso di bambine, bambini e adolescenti con disabilità, soprattutto se sono causate da malattie rare. Insieme non solo si è meno soli, ma si può affrontare meglio e il prima possibile il percorso di riabilitazione. “Il primo elemento necessario perché un bambino con disabilità possa avere un percorso di vita ricco di opportunità è avere una diagnosi tempestiva. Oggi le conoscenze scientifiche ci dicono che i primi mille giorni sono connotati da una plasticità neuronale che consente di agire per un potenziamento delle abilità, se non si sfrutta questo periodo tutto il percorso verrà pregiudicato. Il secondo elemento è che la disabilità sia comunicata alla famiglia con chiarezza e una buona dose di empatia, questo consentirà di orientare verso percorsi abilitativi in tempi brevi. L'importante è che la comunicazione del fatto che ci si trova di fronte a un percorso di vita diverso da quello che si era immaginato non comporti un trauma, allontanando il momento della riabilitazione”, le parole sono di Roberto Speciale, presidente nazionale di Anffas, una associazione nata nel 1958 da un gruppo di genitori di bambini con disabilità intellettive.

Erano anni in cui le persone con disabilità e le loro famiglie vivevano “in una situazione drammatica, circondate da un clima di ghettizzazione e compatimento”, come si legge sul sito. Da allora molte cose sono cambiate e buona parte di questo cambiamento si deve proprio alle associazioni di familiari. Le moltissime associazioni che sono nate per la tutela dei diritti delle bambine, dei bambini e degli adolescenti con disabilità sia fisiche che intellettive e relazionali si sono battute portando avanti proposte di legge, organizzando raccolte di firme e manifestazioni pubbliche, ma anche occupandosi della gestione di servizi, un insieme di iniziative che ha creato nuova sensibilità nei confronti di questi temi e ha aperto la strada alla tutela dei diritti delle persone con disabilità. “Molto è stato fatto – prosegue Speciale - Oggi possiamo dire che quando emerge il sospetto di una malattia rara, spesso la famiglia viene orientata tempestivamente sul territorio per cominciare un percorso. Tuttavia ci sono casi che spesso non vengono diagnosticati tempestivamente, ad esempio i disturbi dello spettro autistico. Oltre alla diagnosi precoce, poi, ci vogliono alte competenze per il trattamento. Con l'ISS abbiamo creato linee guida per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico, ma in molte aree del Paese non trovano riscontro: non è un sistema strutturato e manca l'omogeneità”.

Oggi Anffas, Associazione nazionale di famiglie e persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo, è membro del gruppo CRC e partecipa attivamente all'elaborazione dei rapporti per monitorare la situazione dell'attuazione della Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. In Italia il Gruppo di lavoro per la Convenzione sui

Disabilità in cifre

Questo sito web diffonde le statistiche ufficiali sulla disabilità prodotte dall'ISTAT e dalle istituzioni appartenenti al Sistema statistico nazionale, con lo scopo di documentare le condizioni di vita e il livello di inclusione sociale delle persone con disabilità, e fornire così un supporto alla programmazione delle relative politiche e al monitoraggio dello stato di attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD). Oltre agli indicatori UNCRPD, si possono consultare molti altri dati e ci sono i link ad organismi nazionali e internazionali rilevanti.

<https://disabilitaincifre.istat.it/dawinciMD.jsp>

CALCIO INTEGRATO

Nel 2015 a Roma è nato il progetto sperimentale “Calcio Insieme” per l’insegnamento del calcio a bambini con disabilità intellettiva, in prevalenza con disturbo dello spettro autistico, ma anche sindromi di Asperger, disprassici e sindrome di Sotos. Il progetto è giunto all’ottavo anno, grazie alla collaborazione tra la AS Roma e l’Accademia di Calcio Integrato. Inizialmente hanno partecipato al programma 30 bambine e bambini per ogni anno sportivo, diventati 80 nella stagione sportiva 2022/23.

Lo staff di Calcio Insieme è formato da 4 psicologi dello sport, 16 istruttori di calcio giovanile, 1 logopedista, 3 medici, 1 manager per famiglie e scuole, 1 responsabile scientifico/tecnico, 1 responsabile del progetto. Le esperienze sul campo hanno messo in pratica quello che conoscenze scientifiche avevano già dimostrato. Le ricerche condotte con giovani con disabilità intellettiva hanno infatti dimostrato che, in generale, lo sport migliora l’autostima e i processi mentali, cognitivi e affettivi dei giovani e costituisce l’unico antidoto contro la sedentarietà e le problematiche che spesso si accompagnano (eccesso ponderale, goffaggine motoria, problemi cardiocircolatori, comportamenti compulsivi). Nello specifico, la pratica del calcio ha messo in luce come l’attività di



squadra e l’interazione con altri compagni e con lo staff tecnico rappresentano un tassello significativo per il miglioramento della loro vita relazionale non solo durante gli allenamenti e le partite,

ma anche al di fuori del contesto sportivo. Migliora l’integrazione a scuola con i compagni di classe e gli insegnanti e a casa con i genitori e gli eventuali fratelli e sorelle.

diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, costituito da oltre 100 associazioni del Terzo settore, fa un'opera di costante monitoraggio della sua attuazione nel nostro Paese. Assieme alla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza va ricordata la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità adottata dall'ONU il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia nel 2009. La legge italiana di ratifica della Convenzione ha contestualmente istituito l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità al quale partecipano molte associazioni del Terzo settore, tra cui la stessa Anffas. L'associazione aderisce alla FISH, Federazione Italiana Superamento Handicap, alla rete Uniamo e poi c'è il grande ombrello dove tutte si ritrovano: il Forum Nazionale del Terzo settore.

Negli anni di vita dell'Associazione sono stati tanti i progetti realizzati per il supporto alle persone con disabilità, da quelli che consentono di vivere una vita con maggiore autonomia a quelli più specifici sui temi della salute a quelli che favoriscono l'inclusione scolastica e lavorativa. I progetti di Anffas sono indirizzati anche a sostenere le famiglie, cominciando dai passi iniziali, con una informazione puntuale sui diritti e le agevolazioni, fino ad occuparsi del "dopo di noi". Il "dopo di noi" è un tema molto sentito soprattutto oggi che nel mondo si registra un aumento dell'aspettativa di vita delle persone con disabilità intellettiva. E allora diventa estremamente importante rispondere alla domanda che molti genitori si pongono: cosa accadrà a nostro figlio quando noi non ci saremo più? Tutto questo apre nuove sfide per la società, i governi, le famiglie, gli operatori e le stesse persone con disabilità al fine di assicurare che la qualità della loro vita non diminuisca nell'età anziana.

Un altro punto importante del lavoro delle associazioni è la valorizzazione della figura dei *siblings*, ossia dei fratelli e delle sorelle delle persone con disabilità, figure spesso messe in secondo piano rispetto ai genitori, ma che invece hanno un ruolo importante nella gestione della persona con disabilità e che possono anche subire contraccolpi psicologici di cui spesso gli stessi genitori non si rendono conto o dei quali non mettono a fuoco il reale peso. Si tratta di situazioni che, se non affrontate in maniera adeguata, possono in alcuni casi dare origine a disagi e difficoltà di adattamento da parte dei fratelli, che col tempo possono diventare anche permanenti, dando origine a disagi come ansia e depressione. Dal 2006 Anffas ha attivato il Servizio S.A.I.? (Sportello Accoglienza e Informazione) per fornire gratuitamente informazioni, suggerimenti e consulenza su tutti i principali argomenti di interesse per la disabilità, in particolare intellettuale e relazionale (agevolazioni, documentazione e modulistica legislativa, lavoro, scuola...). Il servizio S.A.I. ha oggi 133 sportelli presenti sull'intero territorio nazionale ed è diventato uno strumento di monitoraggio sullo stato di violazione dei diritti delle persone con disabilità sull'intero territorio nazionale. Recentemente l'Associazione ha aperto anche una riflessione su autodeterminazione ed auto rappresentanza che sono un diritto fondamentale delle persone con disabilità. Perché questo diritto venga garantito occorre fornire a tutte le persone con disabilità intellettive i giusti ed adeguati sostegni.

I diritti dei bambini con disabilità

Articolo 7 Bambini con disabilità

- 1 Gli Stati Parti prenderanno ogni misura necessaria ad assicurare il pieno godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali da parte dei bambini con disabilità su base di eguaglianza con gli altri bambini.
- 2 In tutte le azioni concernenti i bambini con disabilità, il superiore interesse del bambino sarà tenuto prioritariamente in considerazione.
- 3 Gli Stati Parti garantiranno che i bambini con disabilità abbiano il diritto di esprimere le proprie opinioni liberamente in tutte le questioni che li riguardano, le loro opinioni saranno prese in opportuna considerazione in rapporto alla loro età e maturità, su base di eguaglianza con gli altri bambini, e che sia fornita adeguata assistenza in relazione alla disabilità e all'età allo scopo di realizzare tale diritto.

Tratto dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità

IL CORO DELLE MANI BIANCHE

Ognuno canta usando il mezzo espressivo che riesce meglio a controllare: chi può usa la voce, gli altri si esprimono facendo cantare le mani, che indossano dei guanti bianchi e che si muovono nell'aria dipingendo emozioni grazie alle molteplici possibilità offerte dalla LIS (Lingua dei Segni Italiana). Il risultato è un coro bellissimo da ascoltare e da vedere. Il coro delle Mani Bianche Roma si ispira al sistema venezuelano delle

orchestre e dei cori giovanili, fondato dal Maestro Josè Antonio Abreu, che da oltre quarant'anni, lavora con il sostegno del governo per la promozione dell'emancipazione delle bambine, bambini e adolescenti di strada, dalla criminalità, dalla droga, dalla dispersione scolastica attraverso un vero sistema integrato di formazione musicale gratuita. In Italia i laboratori del coro delle Mani Bianche Roma hanno l'obiettivo di promuovere un reale processo di inclusione attraverso la musica. Il coro accoglie bambine, bambini, adolescenti e anche adulti, con e senza fragilità. I partecipanti al laboratorio musicale, esprimono il loro potenziale emotivo/creativo e musicale attraverso lavori di gruppo, secondo

il metodo del cooperative learning. L'Associazione Onlus Mani Bianche Roma dal 2010 ha attivato numerosi laboratori musicali inclusivi nella città di Roma ed è costituita da un'equipe di musicisti ed esperti clinici della relazione e della disabilità. Una parte dell'attività consiste nei laboratori che si svolgono nelle scuole. "È nostra opinione – dicono i responsabili dell'associazione – che la scuola rappresenti il luogo privilegiato in cui far nascere un coro delle Mani Bianche, poiché si intreccia in modo multidisciplinare nella didattica, offrendo a tutti i bambini la possibilità di vivere l'esperienza musicale come strumento di crescita artistica, psicoaffettiva e relazionale".



DISABILITÀ INTELLETTIVE E DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO, COSA SONO?

Definire le disabilità intellettive non è una cosa semplice, poiché le **persone con disabilità intellettive possono essere davvero molto diverse tra di loro** ed un ruolo è svolto anche dall'ambiente in cui le stesse vivono.

Solo quando la disabilità intellettiva è espressione di una particolare condizione genetica, ad es. sindrome di Down o sindrome dell'X fragile, ci può essere un aspetto fisico tipico. Anche in questi casi **bisogna ricordare che ogni persona, senza o con disabilità intellettiva, è unica**. Secondo il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un **disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici**.



Giuseppe Chiantera per Save the Children

Affinché possa essere diagnosticata una condizione di disabilità intellettiva, è necessario che siano soddisfatti i seguenti **tre criteri**:

- **Deficit delle funzioni intellettive**, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati e standardizzati;
- **Deficit del funzionamento adattivo** che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità;

- **Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo.** L'età e le caratteristiche dell'esordio dipendono dall'eziologia (causa) e dalla gravità della menomazione della struttura e/o delle funzioni cerebrali.

In altri termini, le persone con disabilità intellettive possono avere difficoltà nello svolgere le attività di vita quotidiana, come ad esempio i compiti domestici, la gestione del tempo e del denaro, le relazioni interpersonali, etc...

Le persone con disabilità intellettive tendono ad avere **processi di formazione più lenti** con la necessità di supporti per sviluppare nuove abilità, comprendere informazioni difficili e interagire con gli altri. Inoltre tendono a perdere le abilità acquisite.

(Fonte DSM5) - **L'autismo** è stato per anni erroneamente considerato un disturbo dovuto a inadeguate relazioni nell'ambiente familiare dipendenti dal comportamento dei genitori. Attualmente la posizione scientifica condivisa a livello internazionale considera l'autismo una **sindrome comportamentale associata a un disturbo dello sviluppo del cervello e della mente con esordio nei primi tre anni di vita.** Sia fattori genetici che ambientali sono oggi considerati all'origine dello spettro autistico.

Il disturbo dello spettro dell'autismo è

un disturbo con esordio in età evolutiva. Rappresenta una condizione che **colpisce circa l'1% della popolazione**, con stime simili in campioni di bambini e adulti; gli studi fatti su tutta la popolazione, e non solo su quella che accede ai servizi, danno stime di 1 su 50.

Il fatto che il disturbo venga considerato all'interno di uno "spettro" significa che **la distribuzione della frequenza di un dato comportamento problematico varia nel tempo e nell'intensità della sua manifestazione.** Questo comporta che all'interno delle dimensioni dell'autismo, si racchiudono persone con caratteristiche cliniche eterogenee.

Ogni persona con autismo è unica e irripetibile perché esistono infinite combinazioni di questa sindrome.

I Disturbi dello Spettro Autistico sono caratterizzati da una **compromissione grave e generalizzata in 2 aree dello sviluppo:** quella delle capacità di comunicazione e interazione sociale e quella nell'area degli interessi e delle attività.

Tratto da: Anffas, Associazione nazionale di famiglie e persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo.
(www.anffas.net/)

🔍 Essere autistici a L'Aquila

“Maria (nome di fantasia) ha 4 anni e ha una prescrizione, emessa il 26 novembre 2021, per un intervento riabilitativo presso l'Ambulatorio dedicato all'autismo, al pari di altre decine di piccoli utenti. Maria è collocata in lista di attesa presso una struttura accreditata al Servizio Sanitario Regionale, ma l'assenza di fondi non permette l'avvio del percorso riabilitativo. L'intervento riabilitativo tempestivo nell'autismo è fortemente raccomandato nelle indicazioni ufficiali dell'ISS ed è quanto mai importante per i bambini per un pronto recupero delle competenze”. È una delle storie che l'associazione "Autismo Abruzzo Onlus" ha raccolto dai genitori di bambini e ragazzi autistici. Il problema segnalato dall'associazione è, come spesso accade, quello di una legge non rispettata: “L'Italia è il primo Paese al mondo ad essersi dotato di una normativa specifica e l'Abruzzo è la prima Regione ad aver compreso la necessità di tali servizi. Non resta che applicare su tutto il territorio regionale il Regolamento approvato dalla Giunta Regionale con la Delibera n. 360 del 2019”. Domenico Capanna, coordinatore del Punto Luce de L'Aquila, conferma che molte famiglie nel corso del tempo hanno chiesto aiuto e portano le figlie e i figli negli spazi del Punto Luce, in mancanza di luoghi che li accolgano: “Nel sociale c'è sul territorio e sulla città un'assenza di risorse, scarsissima collaborazione e poco dialogo tra enti, servizi e livelli politici”.

La scuola dell'inclusione

Il modello italiano di inclusione scolastica dei bambini con disabilità o limitazioni funzionali è tra i più avanzati al mondo, ma la sua attuazione richiede un'intensa e costante attività di coordinamento, monitoraggio, figure professionali formate aggiuntive, cioè la presenza di insegnanti di sostegno e di assistenti comunali per l'autonomia e la comunicazione, edifici scolastici privi di barriere e con accorgimenti specifici per l'accesso e la mobilità di alunni con diverse forme di disabilità, arredi speciali, ausili didattici e informatici.

L'Italia anche nel caso dell'inclusione scolastica è partita in anticipo rispetto all'Europa e al mondo, con la stessa capacità di visione che ha ispirato negli anni '60 la riforma della scuola media obbligatoria e, qualche anno dopo, la riforma della scuola materna statale per tutti. Anche la riforma che conduce pian piano all'inclusione scolastica degli alunni con disabilità ha inizio in quegli anni, con la legge 118/71, che per la prima volta afferma il principio che la scuola pubblica deve essere aperta a tutti e tutte, prevedendo anche il trasporto dedicato agli alunni con disabilità, l'accesso agli edifici scolastici mediante il superamento delle barriere architettoniche, l'assistenza durante gli orari scolastici degli alunni più gravi. Nel 1977 (Legge 517) vengono stabiliti presupposti e condizioni, strumenti e finalità per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità e vengono chiuse le scuole speciali e le classi differenziali. Un decennio più tardi, la Sentenza n. 215/87 della Corte Costituzionale sancisce il diritto pieno e incondizionato di tutti gli alunni con disabilità alla frequenza nelle scuole di ogni ordine e grado, una sentenza che ha orientato tutta la successiva normativa primaria e secondaria. Prima fra tutti la legge 104 del 1992 che afferma che il diritto soggettivo al pieno sviluppo del potenziale umano della persona con disabilità non può essere limitato da ostacoli o impedimenti che dunque possono essere rimossi con servizi territoriali dedicati, assicurando il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali sulla base di accordi di programma. Questo principio, si applica anche all'integrazione scolastica, per cui si delinea un percorso formativo individualizzato, definito attraverso il Profilo Dinamico Funzionale e il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.)¹.

“La scuola è cominciata da poco meno di un mese e già riceviamo segnalazioni ripetute da ogni parte del Paese su lacune, violazioni, disagi che hanno impedito agli alunni e alle alunne con disabilità di iniziare l'anno al pari dei compagni. In alcuni casi, a quanto pare, gli stessi Dirigenti Scolastici inviterebbero le famiglie a trattenere a casa i figli, fino a quando la scuola non avrà attivato gli adeguati sostegni e supporti, che devono essere individuati nei PEI (Piano Educativo Individualizzato), unico strumento per l'inclusione reale”: lo scrive la FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap) sul sito superando.it all'inizio dell'anno scolastico 2022/23.

Come spesso avviene nel nostro Paese, alla capacità di visione delle norme non sempre si accompagna la capacità organizzativa e attuativa per rendere funzionante il modello di inclusione.

🔍 Letture animate

“*Storie per tutti, letture ad alta voce accessibili*” è un progetto rivolto a tutti i bambini, con particolare attenzione ai quelli più fragili. Le storie vengono animate con il racconto attraverso interpreti in Lingua dei Segni, trasposizione in simboli oppure la proposta di percorsi polisensoriali che permettono di “toccare” quanto viene raccontato. Il progetto viene portato avanti dal Centro Documentazione Handicap di Bologna che da oltre quarant'anni gestisce la più grande biblioteca italiana specializzata sulla disabilità, con una sezione ragazzi che raccoglie testi sulla disabilità e altre tematiche di difficile approccio quali le guerre, la morte e l'abuso. All'interno della sezione ragazzi c'è un'ampia selezione di libri accessibili con diversi codici comunicativi (in simboli, Braille, tattili, ad alta leggibilità, in Lis).

¹ Ministero Istruzione, *Linee Guida Per L'integrazione Scolastica degli Alunni con Disabilità*, www.miur.gov.it/documents/2018/2/0/Orientamenti+Interculturali.pdf f/be99b531-74d3-8035-21af-39aaf1c285f5?version=1.0&t=1647608565245

O meglio, l'inclusione scolastica, per garantire il miglior sviluppo possibile a ciascun bambino con disabilità e una grande opportunità educativa per tutte le alunne e gli alunni, richiede risorse, un continuo coordinamento e l'integrazione tra la scuola e i servizi socio-sanitari, tra la scuola e le amministrazioni, oltre ad un impegno costante e competente del corpo docente, dei dirigenti, degli educatori e del personale di supporto. E non è facile trovare tutte queste condizioni insieme. Uno strumento importante per migliorare l'attuazione di questo complesso modello è un sistema informativo adeguato, che in tempo reale rilevi i bisogni, le carenze e renda più trasparente la condizione effettiva di inclusione in ciascuna scuola, in ciascun Comune, e l'efficacia dei servizi offerti. Ed è fondamentale garantire a tutti gli attori coinvolti una formazione continua di qualità che garantisca una didattica inclusiva e rispettosa del benessere di ogni bambina, bambino e adolescente.

“Il mondo della scuola – ci racconta Speciale di Anfass – spesso diventa il luogo dove vengono rilevati per la prima volta i disturbi. Il rapporto con le famiglie diventa un tema delicato perché i genitori potrebbero non accettare che il figlio presenti qualche problema. Lo psicologo, che dovrebbe essere presente nel contesto scolastico, dovrebbe essere coinvolto in questo percorso



altrimenti si rischia uno spostamento in avanti nel tempo degli interventi riabilitativi con tutto il danno che questo può comportare. Nel momento in cui il disturbo è acclarato, la scuola dovrebbe attrezzarsi perché ci siano attenzioni e sostegni adeguati. Il tempo della scuola è lungo: almeno 15 anni della vita in cui si forma il carattere e si acquistano competenze. Se il tempo-scuola diventasse un tempo ricco, con una didattica innovativa per consentire ai bambini con disabilità di poter apprendere e sentirsi accolti, questo cambierebbe le traiettorie di vita di centinaia di migliaia di persone”.

Cosa c'è da fare ancora? “Nell'ambito della riforma della scuola ha visto la luce il nuovo modello PEI. Mentre finora veniva fatto senza effettuare una effettiva valutazione individuale, ora invece entra in campo la valutazione multidisciplinare e viene introdotto il nuovo profilo di funzionamento che diventa predittivo dei sostegni alla didattica. Si taglia un abito su misura che accompagna la persona in tutto il percorso scolastico. Tutto il sistema viene riordinato affinché non sia il bambino ad adattarsi al contesto, ma il contesto al bambino perché possa esprimere la sua potenzialità. Il nuovo modello muove i suoi primi passi, non sprechiamo anche questa occasione. Nel passato abbiamo visto grandi leggi perse nel nulla, non facciamo lo stesso errore”.

IL NUOVO PIANO EDUCATIVO INDIVIDUALE

Il Decreto Interministeriale 182 del 29 dicembre 2020, inizialmente annullato nel 2021 e poi ripristinato con la Sentenza n° 3196/22, aggiorna quanto definito dal D.L. 66/2017, in merito alle modalità di redazione del PEI (Piano Educativo Individualizzato).

La normativa è frutto del lavoro congiunto di più figure professionali e ha portato alcuni cambiamenti mirati a favorire l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità: tra i principali, lo snellimento dell'iter che porta alla stesura del documento, i criteri di scelta

per gli insegnanti di sostegno, il ruolo delle famiglie e del corpo docente, la definizione di modelli unificati su scala nazionale e le valutazioni durante l'anno.

Il nuovo modello di PEI introdotto dal decreto 182 esplicita le modalità di sostegno didattico, compresa la proposta del numero di ore di sostegno alla classe, le modalità di verifica, i criteri di valutazione, gli interventi di inclusione svolti dal personale docente nell'ambito della classe e in progetti specifici, la valutazione in relazione alla programmazione individualizzata, nonché gli interventi di assistenza igienica e di base, svolti dal personale ausiliario nell'ambito del plesso scolastico e la proposta delle risorse professionali da destinare all'assistenza, all'autonomia e alla comunicazione. Il decreto ha definito le Linee guida e

comprende i quattro “nuovi modelli di PEI”, dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di secondo grado, la Scheda per l'individuazione del “debito di funzionamento” (per l'individuazione del bisogno di supporto per l'alunno, delle condizioni di contesto facilitanti e per la segnalazione delle difficoltà riscontrate), e una Tabella per l'individuazione dei fabbisogni di risorse professionali per il sostegno e l'assistenza.

Alla base di queste indicazioni vi è l'ICF, l'International Classification of Functioning dell'OMS, che si propone come un modello di classificazione bio-psico-sociale attento all'interazione fra la capacità di funzionamento di una persona e il contesto sociale, culturale e personale in cui essa vive.

A che punto siamo?

Alcuni dati importanti sull'inclusione scolastica sono raccolti annualmente dal Ministero dell'Istruzione e dall'ISTAT, ma vi sono ancora molte lacune nelle informazioni che rendono difficile un vero e proprio "mainstreaming" delle politiche e degli interventi sui diritti dei minorenni con disabilità. Sono molte le dimensioni che incidono sull'inclusione scolastica e sul diritto alla salute e al benessere delle bambine e dei bambini con disabilità e bisogna evidenziarle. Dalla progettazione degli spazi scolastici e degli spazi urbani, alla realizzazione degli interventi e dei servizi dedicati a bambine, bambini e adolescenti fino alla valutazione delle politiche e degli investimenti. Bisogna poter analizzare, dati alla mano, l'impatto delle politiche adottate sulla vita dei minorenni con disabilità.

I dati per l'anno scolastico 2020/21, ad esempio, ci consentono di mappare al livello regionale le scuole accessibili prive di barriere per alunni con disabilità motoria: sono solo il 32% nella media nazionale, meno di una su tre. Quindi due scuole su tre hanno barriere architettoniche che impediscono accesso e mobilità ai bambini con disabilità motoria. Le scuole accessibili sono meno di una su quattro, il 23% in regioni come la Campania e la Liguria, e superano appena il 40% in Lombardia e nelle Marche, le due regioni più organizzate. Solo una scuola su 100 invece è dotata di ausili per l'accessibilità degli alunni con cecità o ipovedenti².

La presenza di alunni con disabilità nei vari gradi scolastici segnala la partecipazione delle bambine e dei bambini e adolescenti con disabilità al sistema educativo, ma nel caso dei più piccoli segnala anche la capacità di diagnosi precoce della disabilità da parte della scuola, della famiglia, dei servizi sociosanitari territoriali. I dati partono però dalla scuola dell'infanzia, mentre per i servizi educativi da 0 a 2 anni ancora non sono disponibili dati elaborati al livello nazionale. Nonostante l'aumento degli ultimi anni, dall'1,4% del 2014/15 al 2,5% del 2019/20 (ma il 2020/21 con la pandemia registra un 2,4%), l'emersione delle disabilità alla scuola dell'infanzia è ancora abbastanza rara: un solo bambino su 40. Alcune disabilità sono difficili da diagnosticare precocemente, ma spesso intervengono anche carenze del sistema di supporto e accoglienza che spingono o costringono i genitori di questi bambini a non mandarli a scuola a 3 o 4 anni. Tenerli a casa però vuol dire privarli dell'opportunità di intervento precoce che la scuola dovrebbe e potrebbe garantire, oltre a vincolare un genitore, spesso la madre, e costringerla a procrastinare il rientro al lavoro. Sappiamo ad esempio che solo l'1,5% dei piccoli di 3 anni che frequentano la scuola dell'infanzia ha una disabilità certificata, mentre a 5 anni la percentuale sale all'8%³. Alla scuola primaria, la presenza delle alunne e alunni con disabilità è costantemente aumentata dal 2015, dal 3,1% al 4,4% del 2020/21, raggiungendo la stessa percentuale presente nella secondaria di primo grado, segnale di una migliorata capacità di diagnosi già alle elementari. Alle superiori, invece, la quota degli alunni con disabilità cala di oltre un punto e arriva al 3%, un segnale evidente delle gravi carenze del sistema scolastico nel secondo ciclo dal punto di vista dell'inclusione, dell'organizzazione e della

Un LEP per il trasporto scolastico

La legge di bilancio 2022 (Comma 174) ha introdotto un percorso di avvicinamento ad un Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) per garantire un graduale aumento della quota di alunni privi di autonomia a cui i Comuni garantiscono il trasporto scolastico gratuito, stanziando risorse dedicate nel Fondo di Solidarietà Comunale. Ha inoltre istituito un Fondo per sostenere la spesa dei Comuni dedicata al finanziamento degli assistenti per gli alunni con disabilità, di 100 milioni annui.

² Dati contenuti nel Report dell'ISTAT *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità A.S. 2020-2021* del gennaio 2022. Anche i dati citati nel testo a seguire provengono da questo Report. <https://www.istat.it/it/archivio/265364>

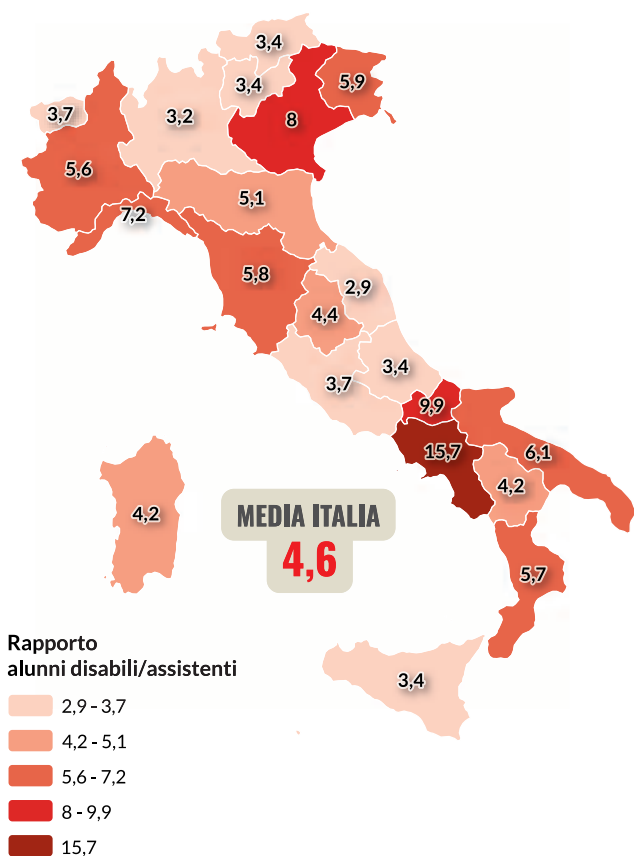
³ UNICEF, *Deep Dive sulla Garanzia Infanzia*, nota 95 pag. 179, <https://www.unicef.org/eca/media/23056/file/Deep%20Dive%20Italy%20-%20Main%20Report%20IT.pdf>

INCLUSIONE IN NUMERI

Non ci sono molti dati su bambine e bambini con disabilità che vivono in Italia, ma il Ministero dell'Istruzione pubblica i dati sulla quota di alunni con disabilità presente nei vari gradi scolastici anche in evoluzione temporale, i dati sulla formazione specifica per gli insegnanti, e i dati sugli assistenti alla comunicazione (nella mappa, il numero di alunni con disabilità per ogni assistente comunale segnala una carenza di queste figure in Veneto e al Sud).

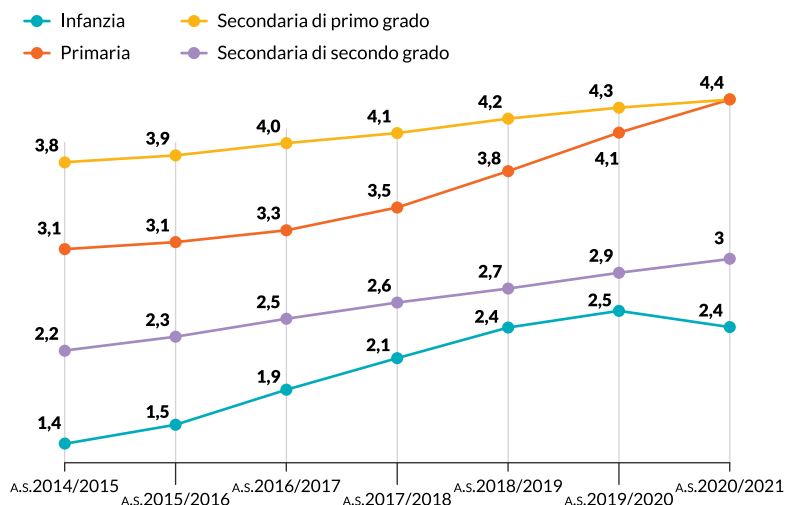
Rapporto alunni/assistenti all'autonomia e alla comunicazione

Anno scolastico 2020-2021 - Fonte: ISTAT

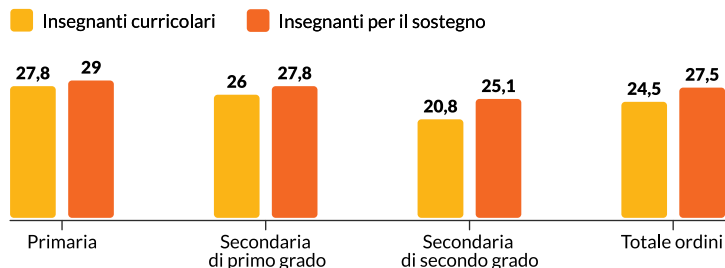


Alunni con disabilità per ordine scolastico e anno scolastico (%)

Fonte: MIUR



Insegnanti curricolari e per il sostegno che hanno seguito corsi sui modelli inclusivi (%)

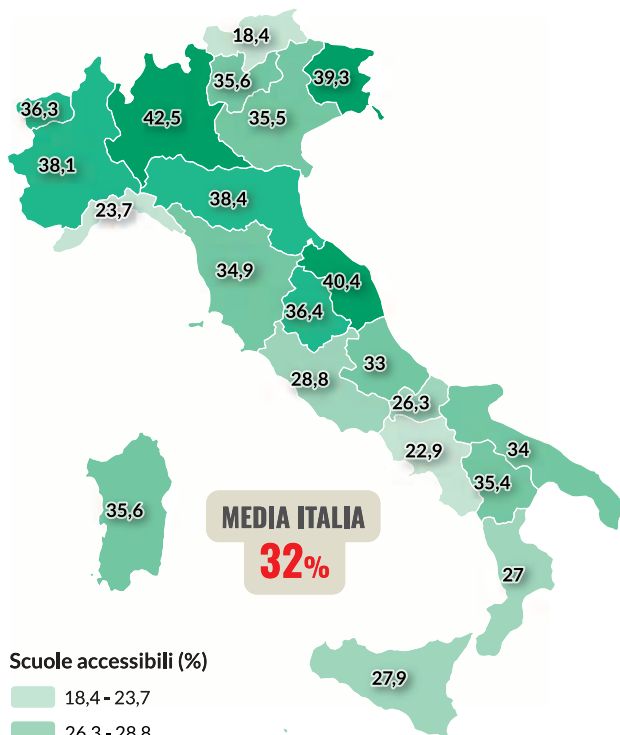


SCUOLE SENZA BARRIERE

I dati sulle scuole accessibili mostrano che solo 1/3 delle strutture garantisce la mobilità ad ogni bambina e bambino, cioè è costruito senza barriere, con ampie differenze regionali: la quota maggiore si registra in Lombardia (2 scuole su 5) la minore in Campania (meno di 1 scuola su 4). Solo il 15% delle scuole è attrezzato con segnalazioni visive per non udenti e soltanto l'1% dispone di mappe a rilievo e percorsi tattili per ipovedenti.

Scuole statali e non statali accessibili (%)

Anno scolastico 2020-2021 - Fonte: ISTAT

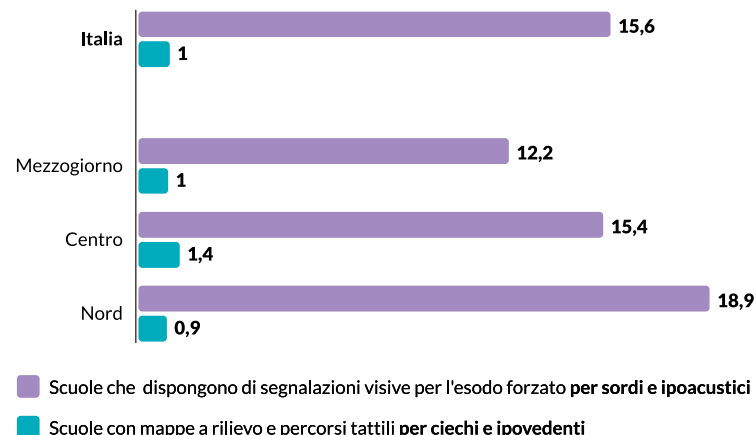


Scuole accessibili (%)

- 18,4 - 23,7
- 26,3 - 28,8
- 33 - 35,6
- 36,3 - 38,4
- 40,4 - 42,5

Scuole statali e non statali con strumenti sensoriali per disabilità (%)

Fonte: ISTAT



SCUOLA PUBBLICA

ANNO SCOLASTICO
2020/21

TOTALE ALUNNI
7.507.484
(INFANZIA, 1° E 2° CICLO)

DI CUI
268.671
CON DISABILITÀ

684 MILA
DOCENTI

E

152.521
INSEGNANTI DI SOSTEGNO

capacità di adattamento anche didattico e pedagogico ai bisogni di ciascuno. Carenze simili a quelle che conducono all'abbandono scolastico da parte di moltissimi adolescenti con vulnerabilità o svantaggio familiare. D'altro canto, questa scarsa partecipazione delle e degli adolescenti con disabilità è anche frutto delle maggiori difficoltà di relazione tra pari, in un'età in cui l'accettazione di sé e degli altri è più difficile e le dinamiche di prevaricazione, disagio e bullismo sfuggono maggiormente all'attenzione degli adulti presenti a scuola o in famiglia.

Nell'anno 2020/21 nel sistema scolastico pubblico erano presenti 268.671 alunne e alunni con disabilità (dai 3 anni in su), su un totale di 7 milioni e mezzo di bambini e ragazzi: il 3,6%. Gli insegnanti di sostegno nella scuola pubblica erano 152.521, ma un terzo di loro non ha una formazione specifica e circa il 20% è stato assegnato in ritardo, in particolare il 24% al Centro-Nord, con punte in Lombardia (29%) e Liguria (34%). La formazione sulle metodologie inclusive non è ancora molto diffusa, infatti solo il 24% dei docenti curricolari e il 28% tra gli insegnanti per il sostegno ha partecipato a corsi di formazione su queste tematiche. Nella secondaria di secondo grado questa quota scende al 20% per gli insegnanti curricolari e al 25% per quelli di sostegno. Oltre agli insegnanti di sostegno è fondamentale la presenza anche degli assistenti all'autonomia e alla comunicazione, che affiancano gli insegnanti per il sostegno. Queste figure, finanziate dai Comuni, possono migliorare la qualità dell'azione formativa facilitando la comunicazione dello studente con disabilità e stimolando lo sviluppo delle sue abilità nelle diverse dimensioni dell'autonomia. Dalla rilevazione del Ministero dell'Istruzione e dell'ISTAT emerge una carenza di queste figure, soprattutto in alcune regioni del Sud: se nella media nazionale è presente un assistente ogni 4,6 alunni, nel Mezzogiorno, dove gli assistenti sono meno, il rapporto cresce a 5,4, con punte massime in Molise e in Campania dove supera, rispettivamente, la soglia di 9 e 15 alunni con disabilità per ogni assistente. La presenza di assistenti aumenta invece nelle regioni del Centro e del Nord (con un rapporto rispettivamente di un assistente per ogni 4,1 e 4,3 alunni) mentre Lombardia e Marche registrano il rapporto più basso (rispettivamente 3,2 e 2,9)⁴.

La disabilità nelle bambine, bambini e adolescenti può essere trasversale e presentarsi insieme ad altre situazioni di vulnerabilità, per questo occorre sempre valutare gli effetti sui minorenni con disabilità di tutte le politiche adottate. La scuola, anche grazie ai dati forniti dalla maggior parte degli istituti, è l'istituzione più inclusiva. Ma "a parte i servizi dedicati, gli altri servizi che si occupano delle persone migranti, delle famiglie disagiate o a rischio di povertà, della casa e dell'alimentazione, prestano poca attenzione alle persone minorenni con disabilità e non ne raccolgono dati e statistiche. Anche quando vi sono specifiche misure destinate a persone minorenni e adolescenti con disabilità queste misure sono generiche e poco centrate sulla persona⁵. A fine 2021, il Parlamento ha approvato la legge delega 227 sulla Disabilità (riforma prevista nel PNRR), che apre la strada ad un ripensamento dell'intero sistema di presa in carico "che, per i bambini e adolescenti con disabilità, unitamente ai propri familiari, deve risultare tempestivo, globale e continuativo". A tal fine è urgente che siano aggiornati i LEA e definiti i Livelli Essenziali delle Prestazioni "rendendo concretamente esigibili in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale diritti, servizi, interventi e prestazioni"⁶.

Diritto al gioco e allo sport

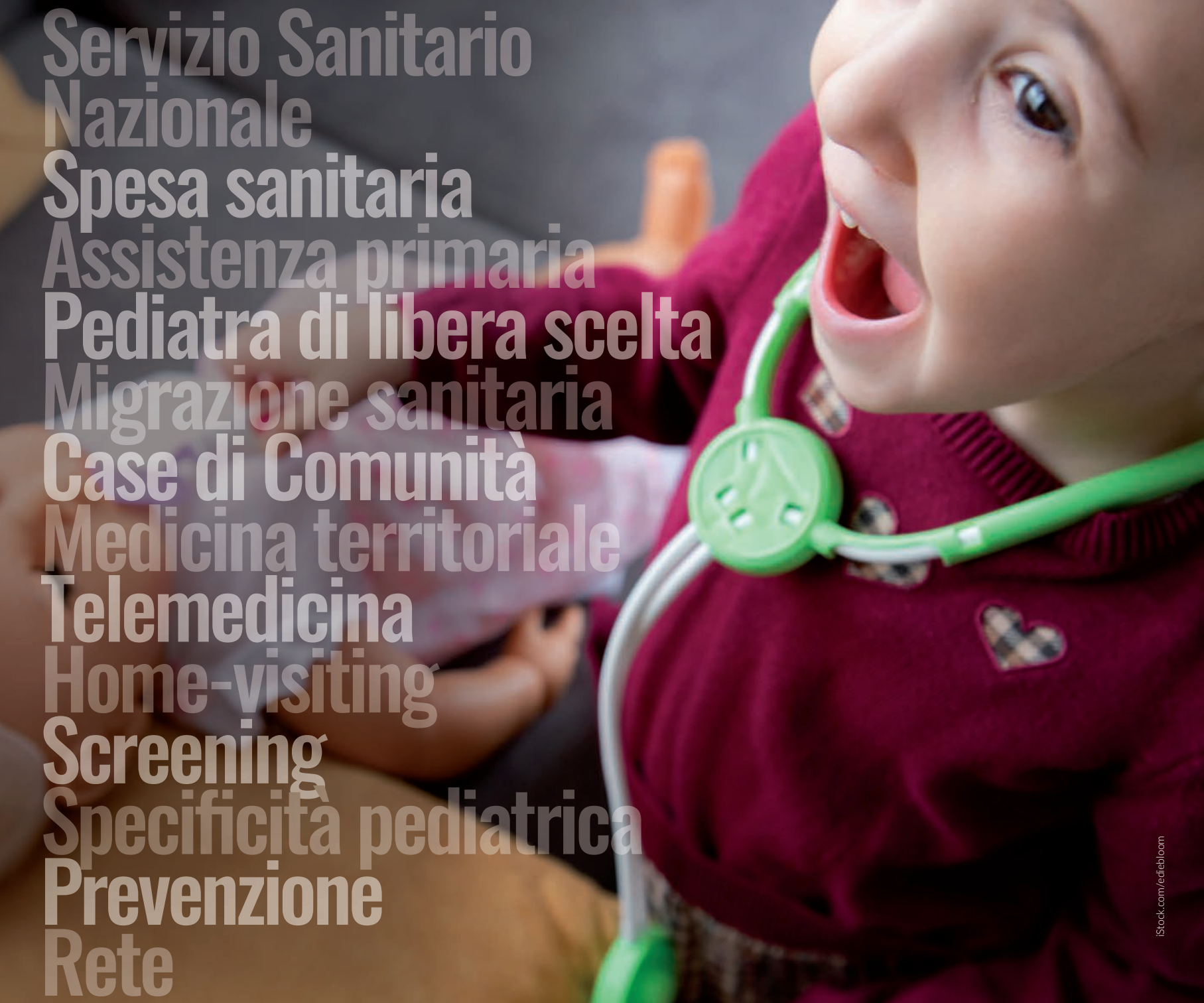
In Italia sono solo 234 i parchi gioco definiti "inclusivi". Tuttavia, a ben vedere, non sono inclusivi per tutti e spesso non sono accessibili a bambine, bambini e adolescenti con disabilità intellettive. Inoltre sono concentrati prevalentemente al Centro Nord. Manca una legge che renda effettivo il diritto al gioco e allo sport per tutte le persone di minore età, inclusi bambine e bambini con disabilità. Servirebbero, inoltre, risorse economiche adeguate per ludoteche, ludobus, giochi nei quartieri e per consentire la riappropriazione degli spazi pubblici urbani senza barriere. E quanto emerge dal documento di studio e proposta dell'AGIA (Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza), *Il diritto al gioco e allo sport dei bambini e dei ragazzi con disabilità*, pubblicato nel 2019.

⁴ ISTAT, L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità A.S. 2020-2021, 12 gennaio 2022 (istat.it)

⁵ UNICEF, *Deep Dive Garanzia Infanzia*, 2022, pag. 76, <https://www.unicef.org/eca/media/23056/file/Deep%20Dive%20Italy%20-%20Main%20Report%20IT.pdf>

⁶ Gruppo CRC, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, maggio 2022, pagg. 102-103.





Servizio Sanitario
Nazionale
Spesa sanitaria
Assistenza primaria
Pediatria di libera scelta
Migrazione sanitaria
Case di Comunità
Medicina territoriale
Telemedicina
Home-visiting
Screening
Specificità pediatrica
Prevenzione
Rete

LA SANITÀ CHE VORREI

Arciperlago ospedale

In viaggio per curarsi

Più pediatri
più assistenza primaria

PNRR e territorio

I nuovi LEA
e lo screening neonatale

Nel 1978 con la legge 833 nasce il Servizio Sanitario Nazionale. Prima di quel momento in Italia esisteva il sistema delle mutue in cui il diritto alla tutela della salute era garantito non al cittadino, ma al lavoratore, con la conseguenza che chi non rientrava in questa categoria poteva accedere alle cure gratuite solo se iscritto alle liste comunali degli indigenti di cui si occupava lo Stato. C'era poi il fatto che non tutte le mutue erano uguali: esistevano importanti differenze tra le prestazioni. Date queste premesse, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale si configura come una vera rivoluzione anche concettuale perché con la riforma si attua il superamento dello stato assistenziale per raggiungere uno stato di diritto. La tutela della salute diventa un diritto di tutti i cittadini, di ogni età, sesso e censo. Proprio come recita la Costituzione. Non solo, per la prima volta viene enunciato il principio della tutela globale della salute del bambino sino al termine dell'età evolutiva, tutela che viene affidata al Pediatra di libera scelta.

Il servizio sanitario nazionale (SSN) è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività (Legge 883/1978).

Il diritto alla tutela globale della salute di bambine, bambini e adolescenti significa soprattutto diritto ad uno sviluppo che consenta il fiorire delle loro capacità, del benessere e della libertà. Il diritto alla salute, lo abbiamo visto, dipende da molte variabili: l'accesso alle cure, l'ambiente, gli stili di vita, il sistema sanitario del Paese in cui il bambino vive. Per questo ogni Stato dovrebbe investire nel sistema sanitario e in un welfare sociosanitario integrato che garantisca il miglior stato di salute ad ogni bambino sin dalla nascita. Lo Stato italiano programma, organizza, finanzia il Servizio Sanitario Nazionale, dedicandogli una quota di spesa pubblica. Dagli anni '90, le riforme del SSN hanno via via attribuito maggiore importanza all'economicità e appropriatezza dell'assistenza e hanno reso le Regioni e le aziende sanitarie sempre più autonome nella gestione e nell'organizzazione delle risorse, anche in virtù della riforma del Titolo V della Costituzione. Ma probabilmente, guardando alle cifre, le disuguaglianze regionali si sono accentuate e l'investimento complessivo è diventato troppo esiguo.

Nell'ultimo decennio, fino al 2019, l'Italia ha dedicato all'assistenza sanitaria una quota di PIL decrescente e inferiore alla media europea e ai principali partner europei, come Germania, Francia e Regno Unito. Invece è costantemente cresciuta la spesa sanitaria a carico delle famiglie. Nel 2019, prima della pandemia, la spesa sanitaria pubblica era pari al 6,4% del PIL, ben al di sotto del 9,8% della Germania, il 9,3% della Francia, o il 7,8% del Regno Unito, e molto simile al 6,5% della Spagna. La spesa sanitaria a carico delle famiglie, invece, era pari al 2,3% del PIL, mentre in Francia e Germania era pari all'1,9 e 1,8%. Nel 2020, con un finanziamento extra di 3,7 miliardi per



Francesca Leonardi per Save the Children

fronteggiare la pandemia, la spesa pubblica sanitaria è balzata al 7,4% del PIL (quella privata è rimasta al 2,3%), e nel 2021, con un extra finanziamento per la gestione Covid di 1,785 miliardi, è stimata al 7,1%. Nel 2020, la spesa sanitaria pubblica in percentuale al PIL è aumentata anche negli altri grandi Paesi europei, al 7,8% in Spagna, arrivando al 10,3% in Francia, al 10,9% in Germania e al 10,4% nel Regno Unito¹. La legge di bilancio 2022 ha previsto un incremento annuo dell'1,6%, pari a 2 miliardi, inferiore sicuramente al tasso di inflazione, che potrebbe riportare la spesa sanitaria di nuovo verso il 6,4% di PIL del periodo pre-Covid. Insomma, nonostante le difficoltà incontrate da cittadini e personale sanitario durante l'emergenza pandemica - difficoltà che hanno messo a fuoco le debolezze del nostro sistema sanitario - non sono previsti maggiori investimenti ordinari in salute per gli anni futuri, che vadano oltre gli investimenti strutturali finanziati dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

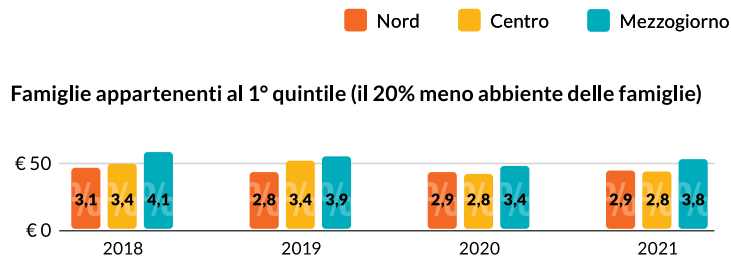
Ma come investiamo le risorse del nostro SSN? La quota principale è destinata all'assistenza ospedaliera (il 44%), il 19,1% va all'assistenza territoriale, il 13,3% all'assistenza specialistica, l'11,6% a quella farmaceutica, il 7% alla medicina di base (inclusi i Pediatri di libera scelta) ed un 5% viene investito nella prevenzione. Nell'ultimo decennio, prima della pandemia, la spesa sanitaria ha via via fatto sempre più affidamento sulla partecipazione delle famiglie alla spesa per prestazioni e cure private, principalmente nell'ambito dell'assistenza specialistica e territoriale, con il pagamento del ticket o rivolgendosi direttamente ai privati. Come mostrano i dati sulla spesa delle famiglie con figli minorenni, il 20% più abbiente spende in tutte le macroaree circa 250 euro mensili, affidandosi

¹ OECD, Health Statistics 2022

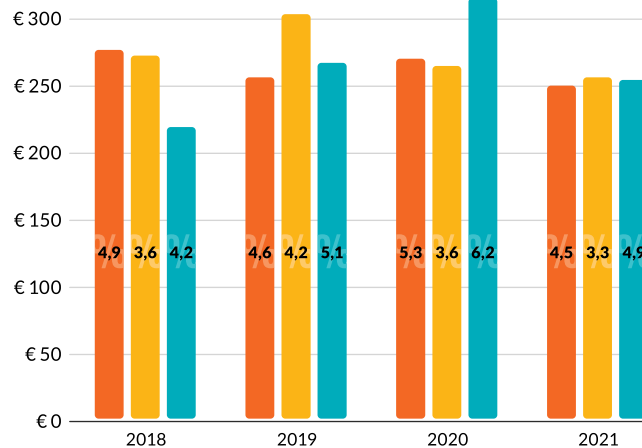
Spesa media mensile delle famiglie con minori per servizi sanitari e salute

I valori percentuali inseriti negli istogrammi si riferiscono alla quota di spesa mensile totale che la famiglia destina a servizi sanitari e salute.

Fonte: ISTAT



Famiglie appartenenti al 5° quintile (il 20% più abbiente delle famiglie)



quindi per le questioni di salute di più ai privati, mentre il 20% delle famiglie meno abbienti spende meno di 50 euro al centro nord, un quinto, e poco più di 50 euro nel Mezzogiorno, affidandosi molto di più al SSN.

Tra il 2018 e il 2021, le famiglie del quinto meno capiente al Nord hanno mantenuto sempre lo stesso livello di spesa sanitaria, al Centro la hanno leggermente ridotta nel biennio del Covid, 2020-21, mentre nel Mezzogiorno hanno ridotto la spesa sotto i 50 euro mensili solo nel 2020 e ripreso poi a spendere poco più di 50 euro nel 2021, come nel biennio 2018-2019. Tra il 20% di famiglie benestanti si nota solo un leggero ridimensionamento di spesa nel 2021 per il centro-nord ed un aumento oltre i 300 euro mensili nel 2020 per il Mezzogiorno. In generale, questi dati ci indicano che al Nord la spesa familiare per la salute è rimasta più stabile nonostante la pandemia e che in Italia le famiglie più abbienti spendono 5 volte di più rispetto al quinto di famiglie meno abbienti, segno che ricorrono più spesso all'acquisto di prestazioni private, o in intramoenia, e quando ricorrono a prestazioni offerte dal SSN pagano il ticket.

Secondo l'ISTAT, nel 2021 sono l'11% coloro che hanno desistito e rinunciato alle cure per problemi economici o per difficoltà di accesso al servizio e per gli effetti della pandemia (erano il 9,6% nel 2020 e il 6,3% nel 2019). In alcune regioni la situazione è percepita come più critica da parte degli intervistati: in Sardegna dove la percentuale sale al 18,3%, con un aumento di 6,6 punti percentuali rispetto al 2019; in Abruzzo la quota si stima pari al 13,8%; in Molise e nel Lazio la quota è pari al 13,2% con un aumento di circa 5 punti percentuali rispetto a due anni prima. Da indagini più approfondite, risulta che quello che condiziona maggiormente il ricorso o la rinuncia alle cure e l'accesso alle prestazioni del SSN sono le liste d'attesa, già "tallone di Achille" del Sistema Sanitario Nazionale in tempi ordinari, ancor più congestionate durante l'emergenza della pandemia. L'indagine svolta da Cittadinanzattiva per il Rapporto civico sulla salute 2022², indica che "la principale criticità per i cittadini, in particolare per i più fragili, che di fatto non sono riusciti più ad accedere alle prestazioni nel 2021, sono i lunghi tempi di attesa (che rappresentano il 71,2% delle segnalazioni di difficoltà di accesso). Essi sono riferiti nel 53,1% di casi agli interventi chirurgici e agli esami diagnostici, nel 51% alle visite di controllo e nel 46,9% alle prime visite specialistiche, poi le liste d'attesa per la riabilitazione (32,7%) per i ricoveri (30,6%) e quelle per attivare le cure domiciliari-ADI (26,5%) e l'assistenza riabilitativa domiciliare (24,4%). Al livello regionale, Calabria, Puglia, Campania, Molise, Basilicata sono le regioni in cui i cittadini hanno incontrato i maggiori ostacoli. Non molto però si è indagato sulle prestazioni, visite, cure a cui bambine, bambini e adolescenti hanno rinunciato. I dati disponibili mostrano ad esempio che vi è stato un calo significativo nelle vaccinazioni HPV: le ragazze undicenni che hanno effettuato il ciclo completo passano da un valore del 41,6% nel 2019 al 30,3 del 2020. I dati riferiti alla popolazione maschile segnalano tassi di copertura ancora molto bassi, 24,2% nel 2020 rispetto al 32,2% nel 2019. Sempre il Rapporto civico sulla salute evidenzia come il 17,4% delle 13.748 segnalazioni ricevute dal PIT di Cittadinanzattiva fa riferimento all'assistenza territoriale, in particolare al rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (25,8%), di cui i cittadini lamentano lo scarso raccordo con gli specialisti e i servizi sul territorio, nonché la scarsa disponibilità in termini di orario, reperibilità e presa in carico.

🔍 Più risorse per il SSN nel 2022

Le principali finalità alle quali è destinato l'incremento del livello del "fabbisogno sanitario nazionale standard" dalla Legge di Bilancio 2022 sono: l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (Pan-Flu) 2021-2023; il potenziamento dell'assistenza territoriale; risorse per provvedere a un aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); risorse per il recupero delle liste d'attesa; indennità di natura accessoria per dirigenza medica e comparto.

Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021, ottobre 2022

² Cittadinanzattiva, *Rapporto civico sulla salute 2022. I diritti dei cittadini e il federalismo sanitario*, 5 maggio 2022, www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14977-presentato-il-rapporto-civico-sulla-salute-2022-i-diritti-dei-cittadini-e-il-federalismo-sanitario.html

Arcipelago ospedale

L'assistenza ospedaliera è sempre rimasta in gran parte a carico dello Stato e delle Regioni, che ricevono la loro quota di Fondo Sanitario Nazionale e possono aggiungere risorse proprie, poiché, anche quando affidata al privato convenzionato, su 100 euro spesi, 96 sono a carico delle Regioni e solo 4 euro a carico delle famiglie o assicurazioni integrative³. In generale gli indicatori di "performance" delle cure ospedaliere e delle fasi acute del sistema italiano sono migliori della media europea, almeno lo erano fino al 2019. L'analisi dell'OCSE sul Profilo della Sanità in Italia 2021 osserva che "il numero di decessi ritenuti potenzialmente evitabili con il ricorso a interventi sanitari è stato uno dei più bassi dell'UE nel 2018, a dimostrazione dell'efficacia generale del sistema sanitario italiano nel trattamento di pazienti con affezioni potenzialmente letali". Anche i tassi di sopravvivenza ai tumori (inclusa la leucemia infantile) sono più alti rispetto alla media UE. Eppure, nonostante questi numeri ci confermino come un'eccellenza, "prima della pandemia, tra il 2014 e il 2019, in Italia il numero di posti letto ospedalieri per 1000 abitanti era rimasto stabile a 3,2, un valore notevolmente inferiore alla media UE, pari a 5,3. E con differenze significative a livello regionale: nel 2019 nelle regioni meridionali è stata registrata in generale una capacità inferiore, pari a 2,4 posti letto per 1000 abitanti, rispetto ai 3,4 posti letto per 1000 abitanti delle Regioni settentrionali del Paese"⁴. Il dato più preoccupante, oltre ad una cronica carenza di infermieri - il numero di infermieri per 1000 abitanti è del 25% inferiore alla media UE - è il calo del numero di medici che esercitano negli ospedali pubblici e in qualità di medici di base. Se gli attuali criteri di accesso alla formazione specialistica dovessero rimanere invariati, con l'aumentare dell'età media dei medici negli anni a venire si prevede una carenza significativa di personale, soprattutto in alcune discipline di specializzazione e in medicina generale: medici di pronto soccorso e pediatri sono in cima alla lista. In pratica, anche se l'assistenza ospedaliera in generale ha buoni risultati ed attrae più risorse pubbliche rispetto agli altri 'settori', e con il Covid ha ottenuto una parte consistente delle nuove risorse 'straordinarie', ha comunque bisogno di investimenti maggiori soprattutto su medici e infermieri. I posti letto in degenza ordinaria nei reparti pediatrici sono solo il 4,1% del totale (anno 2020), andrebbero aumentati per evitare che i bambini finiscano in reparti con adulti. Tutti investimenti che dovrebbero partire dalle regioni del Mezzogiorno, dove le carenze del sistema spingono molte famiglie, soprattutto con bambini e adolescenti, ad una costosa e annosa migrazione sanitaria. Costosa per le famiglie, non solo in termini economici, e costosa per le Regioni da cui si muovono, chiamate a compensare quelle dove i loro residenti trovano assistenza.

HERA

Nell'ottobre 2021 a Bruxelles è nata HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority), la nuova agenzia europea per prevenire, individuare e rispondere rapidamente alle emergenze sanitarie come ad esempio possibili nuove epidemie, incidenti con rilascio di sostanze tossiche nell'ambiente, ma anche lo sviluppo di fenomeni pericolosi per la salute dei cittadini europei come la resistenza dei germi ai farmaci. Con la pandemia Covid-19 è risultato chiaro che non basta gestire queste crisi a livello nazionale, ma che è necessaria un'azione sempre più condivisa a livello europeo anche in tema di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria.

https://ec.europa.eu/info/departments/health-emergency-preparedness-and-response-authority_it

³ OCSE e European Observatory on Health Systems and Policies, *Italy Country Report, State of Health in the EU, Profilo della sanità 2021*, 13 dicembre 2021, www.oecd-ilibrary.org/docserver/92056604-it.pdf?expires=1665079785&id=id&acname=guest&checksum=B267360274D352BC0C927E4C3165DOBA

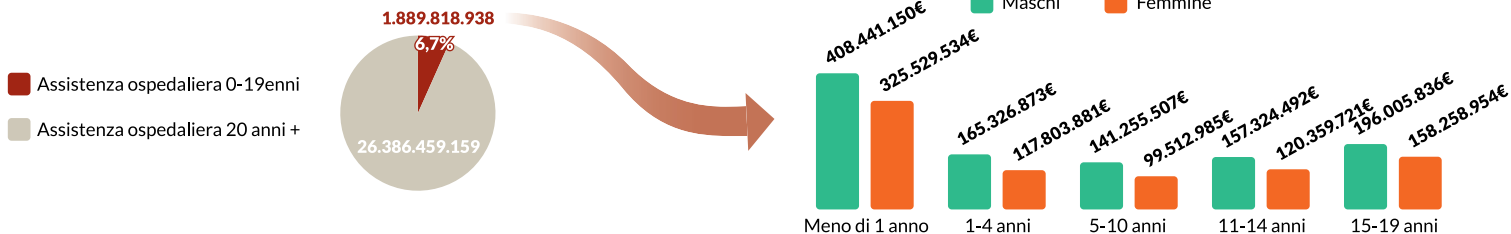
⁴ Ibidem



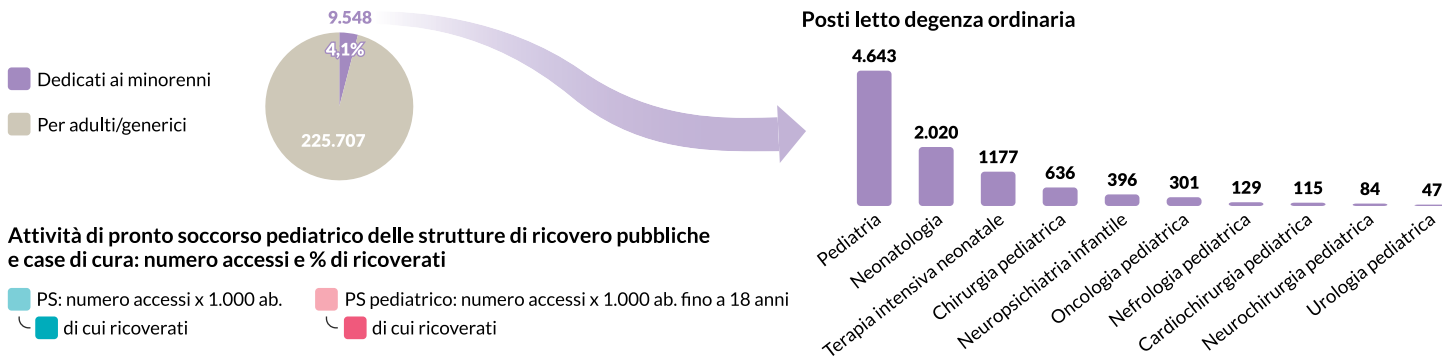
POCHI POSTI LETTO, TROPPO PRONTO SOCCORSO

Dai dati dell'Annuario Statistico 2020 pubblicato nel 2022 dal Ministero della Salute si può stimare che il costo dell'assistenza ospedaliera per la fascia d'età 0-19 anni rappresenta una piccola fetta del totale, concentrata sull'evento nascita/neonatologia, che i posti letto nei reparti pediatrici sono solo il 4,1%, visto anche l'aumento dei posti letto dopo il Covid, ma che gli accessi al Pronto Soccorso (PS) pediatrico sono circa il 30% del totale degli accessi fino al 2019 (27% nel 2020), segno di carenza di servizi "filtro", cioè pediatra di base e assistenza territoriale.

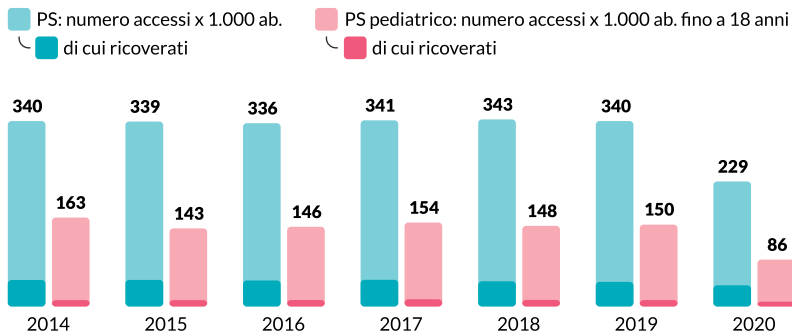
Remunerazione per assistenza ospedaliera per genere e fasce d'età (euro)



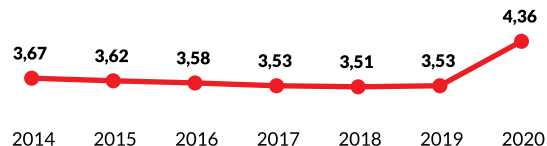
Posti letto degenza ordinaria su un totale di 1004 strutture ospedaliere



Attività di pronto soccorso pediatrico delle strutture di ricovero pubbliche e case di cura: numero accessi e % di ricoverati



Posti letto per acuti e non acuti per 1000 residenti



In viaggio per curarsi

Se un bambino che vive nel Mezzogiorno si ammala, il rischio di dover migrare in altre regioni per curarsi è più elevato del 70% rispetto a quello di un bambino che vive nel Centro o nel Nord Italia. Il dato emerge da uno studio pubblicato nel 2021 su “Italian Journal of Pediatrics”⁵. La mobilità sanitaria dal Sud al Nord del Paese è un fenomeno conosciuto, ma in questo studio per la prima volta gli autori valutano in modo scientifico l’entità della migrazione sanitaria dei minori. L’analisi si concentra sui bambini da 0 a 14 anni (l’età pediatrica) utilizzando i dati del “Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero – SDO 2019” pubblicato dal Ministero della Salute. È emerso che bambine, bambini e adolescenti residenti nel Mezzogiorno rispetto a quelli residenti nel Centro-Nord sono stati curati più frequentemente in altre Regioni (11,9% contro 6,9%), percentuale che cresce sensibilmente soprattutto quando si considerano i ricoveri ad alta complessità (21,3% contro il 10,5% del Centro-Nord).

Naturalmente la migrazione sanitaria ha un costo umano altissimo in termini di fatica, di spostamenti, di difficoltà a trovare un luogo dove riposare per i genitori, dell’essere isolati, lontani dalle proprie famiglie e abitudini. Ed è senz’altro il costo più importante. Ma ha anche un costo economico: lo studio ci dice infatti che la migrazione sanitaria dal Mezzogiorno (dove risiede circa il 35% delle bambine, bambini e adolescenti) verso altre Regioni è costata 103,9 milioni di euro, pari al 15,1% della spesa totale dei ricoveri, e l’87,1% di questo costo (90,5 milioni di euro) ha riguardato la mobilità verso gli ospedali del Centro-Nord. Si tratta di trasferimenti di fondi dalle Regioni del Sud verso quelle del Centro-Nord. Se guardiamo ad alcune Regioni, l’impatto economico è particolarmente elevato: per il Molise è pari al 45,9% di tutte le spese sanitarie per l’assistenza ai minori al di sotto dei 15 anni, per la Basilicata al 44,2%, per la Calabria e l’Abruzzo al 26,9 % e al 26,3%. In termini assoluti la Campania, regione del Sud con il più elevato numero di bambini tra 0 e 14 anni, è quella che spende di più per ricoveri fuori regione (25 milioni di euro su un totale di 212 milioni, pari al 12% dei costi di ospedalizzazione per questa fascia di popolazione).

Nel 2020 e 2021 i numeri dei viaggi dei malati sono crollati. Una conseguenza del Covid: naturalmente, spostarsi e viaggiare è diventato più difficile per tutti, a volte impossibile. Secondo i dati forniti da Agenas in un nuovo rapporto (agenas.gov.it) nel 2021 il calo della mobilità a livello nazionale è stato del 15%, nel 2020 del doppio. Si tratta per lo più di mobilità “evitabile”, cioè riferita a prestazioni non molto complesse. E, forse, in alcuni casi, ha permesso di scoprire che alcuni luoghi della sanità del Sud sono di alto livello. Perché la scelta di spostarsi verso il Nord, spesso è dettata da una sfiducia verso le istituzioni che ha radici lontane nel tempo. E infatti in una elevata percentuale di pazienti, quasi il 60%, la motivazione della migrazione è di solito da ricercare nello scetticismo sulle capacità diagnostiche ed assistenziali dei centri del Sud o nei dubbi relativi alla correttezza della diagnosi⁶. Ora si dovrà vedere se nel 2022 i numeri torneranno al pre-pandemia.

⁵ De Curtis, Bortolan, Diliberto, Villani, a cura di, *Italian Journal of Pediatrics*, 2021 <https://ijonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-021-01091-8>

⁶ Minasi D., *La migrazione sanitaria pediatrica vista da Sud*, in *Pediatria* 7-8(2021), https://sfp.it/wp-content/uploads/2021/09/Pediatria7-8_web_pag_6-7.pdf

La Presidente della SIP, la Società Italiana di Pediatria, Annamaria Staiano ha indicato due strade principali per investire in maniera efficiente nel sistema sanitario a tutela dei bambini e diminuire questa inaccettabile disuguaglianza: rafforzare la medicina territoriale che con la pandemia ha dimostrato di essere il vero anello debole del SSN, rivedendo i percorsi della pediatria generale, e soprattutto completare il processo di informatizzazione del SSN. “Non è pensabile che nel 2021 la stragrande maggioranza delle strutture sanitarie del Meridione non sia dotata di una cartella informatica”, ha dichiarato. “L’investimento tecnologico ed in particolare il rilancio della telemedicina può rappresentare un validissimo strumento per favorire il processo di continuità ospedale-territorio, facilitare l’accesso ai servizi di cura, ed ottimizzare la gestione delle patologie croniche, consentendo, allo stesso tempo, di potenziare le cure domiciliari e di ridurre gli spostamenti non necessari, soprattutto per i pazienti che si trovano in aree interne, come isole o comuni montani”.

Le risorse investite nell’assistenza ospedaliera sono solo in piccola parte dedicate ai bambini e adolescenti, fasce d’età che hanno per natura minor bisogno di cure in ospedale. Se la quota dei minorenni sull’intera popolazione è pari al 15,6%, la quota di spesa ospedaliera a loro destinata è solo il 6%. Viste le gravi carenze in alcune Regioni, e visto che già si risparmia molto su questa fascia d’età, è arrivato il momento di investire di più su tutta l’assistenza pediatrica e neonatale soprattutto nei territori più carenti, partendo dal Sud.

La pandemia ha disvelato alcune criticità in ambito pediatrico, come ci spiega il prof. Alberto Villani, Direttore del Dipartimento di Pediatria Generale del Bambin Gesù, prima fra tutti “la scomparsa del tema ‘bambini’ nelle prime fasi dell’emergenza, considerati inizialmente un gruppo non a rischio, quindi poco interessanti anche per i decisori o la comunicazione e una gestione della pandemia disattenta all’età evolutiva – i pediatri italiani sono stati invece i primi a dimostrare la vulnerabilità al virus SARS-CoV-2 dei più piccoli e dei neonati. Il crollo degli accessi in Pronto Soccorso per la paura del contagio in ospedale ha causato danni anche ai bambini, ad esempio molti interventi di appendicite sono divenuti interventi di peritonite a causa di questa reticenza”.

Q Ancora divari...

“L’Italia ha un sistema sanitario superiore alla maggior parte dei Paesi europei, ma che costa poco: il ‘costo’ complessivo pro-capite è del 15% inferiore e la spesa pubblica del 40% più bassa della media europea”, ci spiega Federico Spandonaro, docente di economia sanitaria all’università Tor Vergata e responsabile scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

“Il nostro SSN è efficiente e ha pochi sprechi, ma nei decenni non è riuscito a colmare i divari geografici: la legge 883 che ha istituito il SSN aveva l’obiettivo di affrontare il tema delle disparità territoriali, ma su questo fronte poco è cambiato. Oltre ad avere servizi sanitari regionali più efficienti, il Nord ha beneficiato dell’aumento della quota di offerta privata di assistenza, perché le famiglie possono investire di più per cure e prestazioni e anche perché al Nord sono molti di più i lavoratori coperti dalla sanità integrativa inserita nei contratti collettivi. Quando parliamo di spesa privata, infatti, ci riferiamo principalmente a quella ‘out of pocket’, cioè spesa delle famiglie per servizi privati e sanità integrativa”.



Rossella Donderi

Torino. Uno spazio che l'Associazione CasaOz mette a disposizione di bambini e famiglie che incontrano la malattia. All'interno della sede, alcune residenze accolgono le famiglie che arrivano da fuori Torino per far curare i propri figli presso le Aziende Ospedaliere della città o della prima cintura.

LA QUOTIDIANITÀ CHE CURA

CasaOz nasce 15 anni fa a Torino per accogliere i bambini e le famiglie che incontrano la malattia. Qualsiasi malattia: “perché la malattia, qualsiasi essa sia, crea un ribaltamento che provoca gli stessi disagi”, dice Enrica Baricco che di CasaOz è il presidente. Al centro diurno arrivano così i bambini che hanno subito un trapianto di fegato, quelli con disabilità intellettive e quelli con malattie oncologiche. “Noi offriamo la Quotidianità che Cura – prosegue Baricco – alcune attività sono strutturate per garantire una vita più normale possibile: facciamo teatro, sport, scuola di fumetto. Se i bambini non ce la fanno a seguire, non abbassiamo il livello dell’offerta, ma affianchiamo loro un operatore più qualificato che dia sostegno per poter accedere a una vita più ricca”. Ma durante la giornata arrivano anche i genitori che fanno assistenza ai figli. Le degenze possono essere molto lunghe e i genitori si trovano spesso a vivere una vita in ospedale: “Qui possono venire a fare un bucato, farsi una doccia, prendere un caffè, parlare con qualcuno, mangiare insieme ad altri e poi tornano in ospedale con

una energia ritrovata”. Come si svolge la giornata? Alcuni genitori vanno a prendere i ragazzi a scuola, altri passano la mattina in reparto, poi vengono qui, si mangia insieme, si chiacchiera, si gioca, si fanno i programmi delle attività future, vacanze estive, gite. Le famiglie che si rivolgono a CasaOz sono soprattutto famiglie anche con problemi economici. Per lo più sono mamme da sole: “i mariti lavorano lontano e loro soffrono di grande solitudine”. CasaOz ha anche 4 residenzialità notturne, si tratta di piccoli alloggi dove le famiglie possono fermarsi per un periodo, o finché il figlio riceve le cure di cui ha bisogno. “Le abbiamo aperte perché abbiamo scoperto che esistevano situazioni drammatiche con genitori che dormivano in macchina per assistere i figli”, ancora esistono per la verità, ma CasaOz è un rifugio almeno per qualcuno di loro. Nel 2007 l’associazione inizia a operare in uno spazio dato in concessione dal Comune di Torino presso il Villaggio Olimpico. Nel 2010 CasaOz costruisce la nuova sede a Corso Moncalieri con il contributo di Enel Cuore e con la generosa collaborazione di varie istituzioni, aziende, fondazioni e privati, su un terreno messo a



Paolo Saglia

disposizione dal Comune di Torino. “Ci conoscono soprattutto grazie al tam tam: la mamma che ha trovato un sostegno parla con altre mamme nella stessa condizione che magari incontra in ospedale o alle visite mediche. Noi collaboriamo molto con l’ospedale pediatrico Regina Margherita, in particolare cerchiamo di sensibilizzare le caposala dei reparti perché facciano da tramite”. Anche gli assistenti sociali che si trovano ad affrontare situazioni familiari difficili spesso indirizzano qui le famiglie.

Ora è in corso un progetto specifico per le ragazze con i disturbi alimentari messo in piedi in collaborazione con la Neuropsichiatria infantile del Regina Margherita, l’intento è quello di mettere a disposizione un luogo dove c’è gente di ogni tipo per recuperare un equilibrio che è venuto temporaneamente a mancare: “funziona bene”, dice Baricco.



A CasaOz circolano ogni giorno circa 150 tra bambine, bambini, ragazze e ragazzi, la maggior parte dei quali ha una malattia o una disabilità, ma il 20-25% sono le sorelle e i fratelli delle persone con disabilità, sui quali facilmente può gravare una situazione familiare complessa e che possono risentirne con sintomi di

ansia o depressione. Da quando è stata aperta, la struttura ha visto passare oltre 2400 persone provenienti da 45 Paesi del mondo. Di solito le persone si fermano da 3 a 6 mesi, ma se vengono dalla provincia di Torino o dalla regione possono rimanere in contatto anche per anni. “Il nostro compito è quello di

favorire un accompagnamento verso altri servizi, essere facilitatori di connessioni. L'isolamento, che la malattia di per sé già crea, è accentuato se non riesci a creare legami con chi si trova in una situazione simile alla tua o se non riesci ad accedere ai servizi che il nostro Paese offre”.

Più pediatri più assistenza primaria

Insomma, il danno sulla salute dei bambini c'è stato, ma le fasce d'età più giovani non hanno beneficiato di gran parte delle risorse aggiuntive per l'emergenza Covid. L'emergenza causata dai danni collaterali da pandemia, come l'aumento vertiginoso degli accessi in neuropsichiatria infantile, ha comunque spinto a stanziare qualche risorsa, 28 milioni di euro, non molto, per il potenziamento dei servizi territoriali ed ospedalieri di Neuropsichiatria infantile ed adolescenziale (art. 33 DL 73/2021). In una fase di emergenza, le risorse si sono naturalmente concentrate sugli adulti e soprattutto sugli anziani, i più colpiti, per la gestione della fase acuta in ospedale. Per la gran parte dei minorenni, l'assistenza ospedaliera gioca un ruolo chiave solo al momento della nascita. Dopo le primissime fasi della vita, l'impatto più sostanziale sulle condizioni di salute delle bambine, dei bambini e adolescenti è infatti quello generato dalla prevenzione e dalla promozione della salute, e dalla possibilità per tutti di accedere all'assistenza del Pediatra di Libera Scelta (PLS), che dovrebbe essere garantita sin dalle dimissioni in ospedale alla nascita e fino ai 17 anni. Il pediatra rappresenta il primo punto d'accesso al sistema sanitario. Attualmente in Italia per ogni Pediatra di Libera Scelta vi sono 970 residenti di 0-14 anni e gli iscritti effettivi per ciascun pediatra sono in media 883 (il tetto massimo per legge è fissato ad 800 pazienti). Dal confronto tra il numero dei potenziali assistiti e quello dei pediatri di libera scelta emerge chiaramente come il numero dei pediatri, molto ridotto negli ultimi anni, è insufficiente a garantire l'assistenza a tutti i bambini. Se ci atteniamo allo scenario di base stabilito per legge di 1 pediatra ogni 800 bambini da zero fino almeno ai 14 anni, mancano all'appello circa 1.400 pediatri. Se, come chiedono molti esperti e associazioni, si volesse garantire un pediatra anche agli adolescenti fino ai 17 anni, si arriverebbe ad un fabbisogno di 1.700 nuovi pediatri. Al contrario, il numero di pediatri (7.285 al 2020) tende a diminuire progressivamente, perché il numero dei pensionamenti continua a superare quello dei nuovi specialisti.

La carenza di assistenza di base e di assistenza territoriale (abbiamo già parlato del prosciugamento dei consultori, sia per numero di strutture sia per carenze di equipe multidisciplinari) è facilmente ravvisabile anche nel fenomeno dell'eccessivo ricorso ai servizi di emergenza-urgenza ai Pronto Soccorso ospedalieri anche per i pazienti pediatrici. Il crollo degli accessi in Pronto Soccorso Pediatrico a causa della paura di contagio nelle prime fasi della pandemia (da 150 ogni mille abitanti del 2019 ad 86 nel 2020)⁷, con una forte riduzione dei casi poco gravi (codici verdi) è la dimostrazione che bisogna rafforzare l'assistenza territoriale e di base per i bambini anche per decongestionare i Pronto Soccorso ospedalieri.

Pediatri in ospedale

“La tendenza alla progressiva riduzione dei pediatri disponibili a lavorare nei reparti ospedalieri si è ulteriormente consolidata, aggravando le criticità degli organici e mettendo a rischio quantità e qualità delle prestazioni rivolte alla popolazione pediatrica. A disegnare questa realtà concorrono fattori diversi ben identificabili: le cessazioni dal servizio per raggiunti limiti di età, la concorrenza di altre opportunità professionali territoriali o nel settore privato e, soprattutto, l'oggettiva insufficienza numerica dei giovani specialisti pediatri disponibili a rimpiazzare i colleghi che lasciano l'ospedale. Le proiezioni per i prossimi anni ci prospettano un saldo negativo nel ricambio generazionale che a fatica riuscirà ad essere colmato”.

Gruppo CRC, 12° Rapporto di monitoraggio, pag. 96

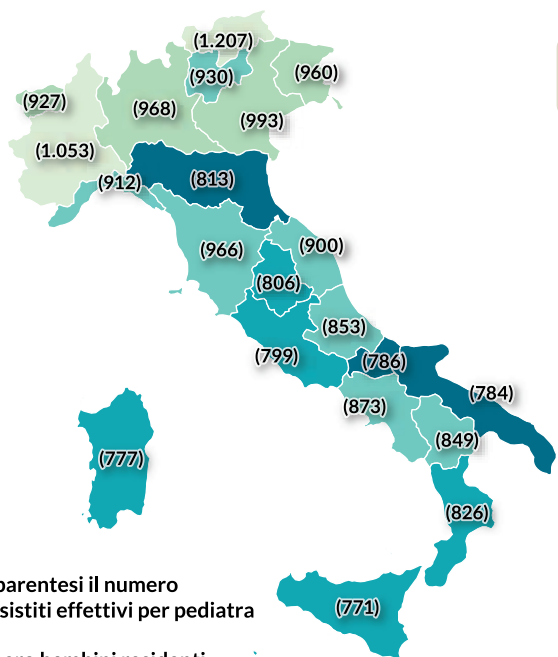
⁷ Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2020*, luglio 2022, https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3245

PEDIATRI DI BASE

Il numero di pediatri di libera scelta (PLS) è diminuito negli anni e potrebbe continuare a scendere (l'81% dei PLS ha già oltre 23 anni di specializzazione). Per rispettare il limite di legge di 800 assistiti per ogni pediatra servono 1.400 nuovi PLS. Solo Puglia, Molise ed Emilia Romagna sembrano rispettare le norme. In realtà, il PLS sarebbe un diritto anche per gli adolescenti, fino ai 17 anni, ma attualmente si può essere assistiti dal PLS solo fino a 14 anni.

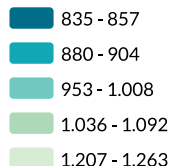
Numero bambini 0-14 anni residenti per medico pediatra

Anno: 2020 - Fonte: Ministero della Salute, Annuario statistico dati 2020



Tra parentesi il numero di assistiti effettivi per pediatra

Numero bambini residenti per medico pediatra



MEDIA ITALIA

BAMBINI RESIDENTI PER MEDICO PEDIATRA

970

NUMERO SCELTE PER PEDIATRA (ASSISTITI EFFETTIVI)

883

LIMITE DI LEGGE ASSISTITI EFFETTIVI

800

NEL 2020

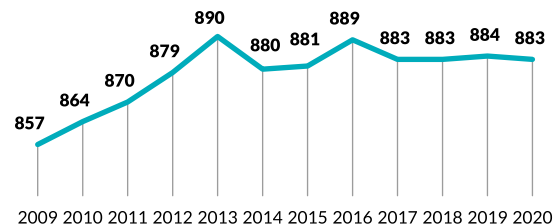
L'81%

DEI PEDIATRI AVEVA UN'ANZIANITÀ DI OLTRE

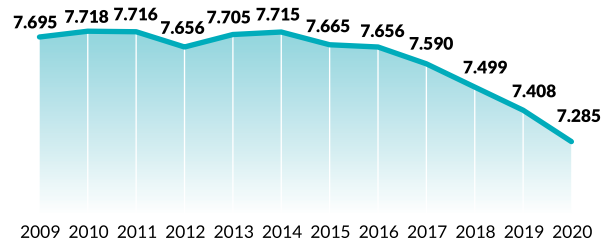
23 ANNI

DI SPECIALIZZAZIONE

Numero assistiti per pediatra - Serie storica 2009-2020



Numero pediatri - Serie storica 2009-2020



Bambine, bambini e adolescenti non dovrebbero arrivare in ospedale se non quando veramente necessario, e in molti casi dovrebbero invece funzionare i “filtri” al ricovero in ospedale, così come quelli verso attività specialistiche e diagnostiche. La strada per ridurre l'accesso inappropriato ai servizi ospedalieri di pronto soccorso passa per il rafforzamento della rete territoriale: pediatri di libera scelta e ambulatori pediatrici, servizi di assistenza pediatrica 7 giorni alla settimana, possibilmente in strutture di prossimità, come Case della Salute, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, coadiuvati da equipe multidisciplinari, con odontoiatra, dietista, psicologo, assistente sociale, logopedista, mediatore linguistico-culturale. La salute dei bambini deve essere innanzitutto ‘mantenuta’ attraverso la prevenzione - con le vaccinazioni e gli screening appropriati - e attraverso la promozione del benessere. Le Case di Comunità possono rappresentare un elemento prezioso: oltre ad offrire le prestazioni pediatriche più comuni, dovrebbero operare in rete con la scuola, i servizi sociali, le strutture educative e ricreative territoriali. Non a caso l'OMS ha proposto il concetto della “salute in tutte le politiche”, con un approccio che, riconoscendo il ruolo dei determinanti sociali e ambientali della salute, prevede l'integrazione e la partecipazione di diversi sistemi tradizionalmente separati, come i servizi sanitari, i servizi educativi, le

IL LIBRO DEI SOGNI PER LA SALUTE MENTALE

“**P**er promuovere la salute mentale di bambine, bambini e adolescenti in Italia serve innanzitutto una genitorialità fatta di relazioni ed emozioni positive, quindi la prima cosa da fare è aiutare i genitori a fare i genitori, con una attenzione particolare agli aspetti educativi. Aiutarli vuol dire anche fornire loro servizi e attenzioni: se sono costretti a lavorare 12 ore al giorno quando possono stare con i figli? Nei Paesi anglosassoni alle 17

tutti smettono di lavorare e tornano a casa a fare i genitori. Inoltre dovremmo dare seguito alla Direttiva della Commissione europea sugli asili nido: in questo momento l'Italia è agli ultimi posti in Europa per numero di bambini che frequentano gli asili nido. La seconda cosa da fare, soprattutto per i pre-adolescenti e gli adolescenti, è puntare sulla scuola. È qui che i ragazzi imparano le relazioni positive: dovremmo quindi pensare alla scuola non come luogo di formazione di competenze, ma come luogo di promozione del sapere. Nel mio libro dei sogni ci sono scuole sempre aperte che diventano posti di aggregazione giovanile, dove c'è il verde, si può fare sport, i soffitti non cadono e le tapparelle funzionano per far entrare

la luce. Tutto questo promuove la salute mentale. Ovviamente però non basta, perché nell'emergere di disturbi mentali c'è anche una componente biologica. Servono quindi più servizi sul territorio per curare chi ha già sviluppato malessere. I servizi sono pochissimi: noi al Bambin Gesù curiamo bambini e ragazzi dal sud, nel nord spesso i ragazzi vengono ricoverati nei reparti per adulti”.

Stefano Vicari, docente di neuropsichiatria infantile all'università cattolica di Roma e primario della neuropsichiatria infantile dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù.



organizzazioni civiche, le pubbliche amministrazioni. È dunque necessario un investimento nell'assistenza primaria pediatrica e nella prevenzione, a partire dal sostegno alla genitorialità nei primi 1000 giorni, nella educazione a sani stili di vita, nei servizi psicosociali in grado di intercettare precocemente problemi e disturbi prima che deflagrino in forme acute e patologiche.

Abbiamo visto nei capitoli precedenti quanto carenti siano i servizi integrati di prossimità per arrivare ad esempio ad una diagnosi precoce di un disturbo psicologico o del neurosviluppo e ad un intervento efficace e tempestivo. Servizi in grado di migliorare drasticamente la qualità della vita presente e futura di migliaia di bambini e delle loro famiglie. Nel caso delle terapie riabilitative (quali ad esempio logopedia, neuro-psicomotricità, terapie per l'autismo), che coinvolgono un'ampia fetta di popolazione minorenni, oltre al lungo iter che le famiglie intraprendono per la diagnosi è poi molto difficile accedere ai percorsi riabilitativi, con liste di attesa anche di anni per chi si rivolge ai servizi del SSN non avendo disponibilità economiche per accedere ai servizi privati.

Abbiamo analizzato quanto importante siano le iniziative e i servizi di promozione del benessere psicofisico di bambini e adolescenti in rete con i contesti scolastici per prevenire obesità, comportamenti a rischio e dipendenze in adolescenza e disturbi di salute mentale. "È urgente sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici e di strategie di promozione della salute mentale, diffuse e condivise nella società civile, che riportino bambini e adolescenti al centro degli investimenti, in stretto raccordo tra ambito educativo, scolastico, sociale e sanitario" raccomanda il Gruppo CRC alla Conferenza delle Regioni⁸. Naturalmente, per investire al meglio sulla base dei reali bisogni delle persone di minore età è urgente sviluppare un sistema informativo capillare, con flussi informativi specifici e uniformi che possano essere centralizzati presso il Ministero della Salute, l'ISS, e che consentano una programmazione e una valutazione degli interventi.

⁸ Gruppo CRC, 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio dell'attuazione della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia

PNRR e territorio

Le carenze nell'assistenza primaria sono oggettive e l'esigenza di un rafforzamento dei servizi territoriali è ampiamente riconosciuta, tanto che quasi la metà delle risorse nell'ambito della salute previste nel PNRR finanzieranno lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e della telemedicina (4 miliardi) e dell'assistenza territoriale attraverso una riforma del sistema di prossimità e la costruzione di Case di Comunità e Ospedali di Comunità in tutte le regioni (3 miliardi). La fetta più grossa però è quella relativa alla transizione digitale e all'aggiornamento tecnologico di tutta l'infrastruttura sanitaria, per cui sono previsti 7,4 miliardi. Un altro miliardo e 300 milioni sono infine destinati alla ricerca scientifica, la formazione e il trasferimento tecnologico.

La riforma del sistema territoriale è contenuta nel decreto 23 maggio 2022, n° 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", che definisce un nuovo modello organizzativo per le cure territoriali. Elemento portante del modello organizzativo sono le Case di Comunità, "il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale". Le nuove strutture di prossimità "anche munite di strumentazioni per la telemedicina, permetteranno di garantire la presa in carico multidisciplinare e la continuità assistenziale, e un buon rapporto di collaborazione tra ospedale e territorio che consentirebbe anche di decongestionare gli ospedali a cui oggi si ricorre per prestazioni ed esami che possono essere eseguiti anche sul territorio", spiega Paolo Siani, primario di pediatria all'ospedale Santobono di Napoli ed ex parlamentare.

Frutto di un lungo confronto, alla fine "nel contesto attuale, è il meglio che si potesse sperare, ma si doveva avere il coraggio di fare molto di più", ci spiega Nerina Dirindin, docente di economia del welfare all'università di Torino da decenni impegnata nell'analisi del sistema sanitario, "perché nella realizzazione delle Case di Comunità si potranno dare varie interpretazioni e naturalmente molto dipenderà anche dalle risorse ordinarie per la gestione di queste strutture che ogni distretto e ogni regione potrà stanziare per gli anni a venire" prosegue Dirindin, dato che alcuni dei servizi più importanti per le persone di minore età non sono garantiti e i decisori compiranno le loro scelte. Nelle case di comunità, così come progettate, le attività consultoriali e l'attività rivolta ai minori è "facoltativa", gli interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18) sono "facoltativi", i servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza solo "raccomandati", così come la medicina dello sport.

La sensibilità di decisori, manager, dirigenti, assessori e le scelte che compiranno nei prossimi mesi saranno dirimenti: innanzitutto è urgente inserire molti più specialisti dell'età evolutiva



Francesca Leonardini per Save the Children

nei Consultori (sia quelli già esistenti sia quelli che auspicabilmente saranno inseriti nelle Case di Comunità), nei TMSREE (una sigla che sta per Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva), nei SerD (Servizi pubblici per le dipendenze patologiche) con servizi dedicati all'adolescenza, incluse le "nuove dipendenze" – gioco d'azzardo e gaming, il ritiro sociale – che potrebbero trovare spazi adeguati e "meno stigmatizzanti" all'interno delle nuove Case di Comunità. Nello sviluppo dell'assistenza territoriale dovrebbe trovare spazio anche il rafforzamento dei servizi di riabilitazione, dell'home-visiting, soprattutto per neonati e neogenitori, delle strutture semiresidenziali e residenziali, ma anche di spazi di ascolto e mutuo aiuto per gruppi di adolescenti, genitori e caregiver per condividere esperienze, problematiche, informazioni.

CASE DI COMUNITÀ «HUB»

Queste nuove strutture, evoluzione in qualche modo dell'esperienza delle Case della Salute (diffuse soprattutto in Toscana, Emilia e Veneto), saranno in tutto 1.430, una ogni 40.000-50.000 abitanti, e dovranno essere pronte entro il 2026. Quelle più complete, le cosiddette HUB, a cui saranno collegate quelle più piccole, "Spoke", garantiranno l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni – SAI, e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica (inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità), sia di continuità di assistenza sanitaria per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

Agostiniani R., *Dalle Case della Salute alle Case di Comunità*, in *Pediatria* numero 9 – settembre 2022, https://sip.it/wp-content/uploads/2022/10/Pediatria_9_WEB_pag_10-11.pdf

I nuovi LEA e lo screening neonatale

Nel 2017, il DPCM 12 gennaio 2017 ha definito i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Dopo 16 anni sono stati aggiornati ponendo a carico del SSN numerose nuove prestazioni, destinando a tale scopo risorse aggiuntive. I LEA sono costituiti da attività, servizi e prestazioni che tutti gli assistiti hanno diritto a ricevere dal SSN in condizioni di uniformità su tutto il territorio, cioè in ogni regione e in ogni distretto sanitario. Rappresentano le garanzie che lo Stato assicura ai propri cittadini. Tra i “nuovi LEA” introdotti nel 2017 c’è anche lo screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita e per le malattie metaboliche ereditarie. Le richieste di inclusione, esclusione o aggiornamento delle prestazioni e dei servizi inclusi nei LEA possono essere avanzate da cittadini e associazioni di pazienti, istituzioni sanitarie o scientifiche, aziende produttrici di tecnologie sanitarie e loro associazioni. Nel triennio 2016-2018 risultano pervenute 9 richieste di aggiornamento; 56 richieste nel 2019 e 122 nel 2020. La maggior parte delle richieste degli ultimi due anni proviene da associazioni di pazienti/cittadini (49%), seguite da quelle provenienti da società scientifiche o da enti del SSN (39%).

Nei LEA sono inseriti anche gli screening neonatali, per consentire diagnosi precoci delle malattie metaboliche ereditarie e un tempestivo trattamento. Con l'introduzione dei nuovi LEA, lo screening neonatale esteso è divenuto obbligatorio in ogni regione per 47 patologie rare, elencate in un Decreto ministeriale. Ci sono però nuovi studi medici che permetterebbero di allungare l'elenco con altre patologie rare, attraverso la procedura di aggiornamento dei LEA. Tuttavia manca un ultimo tassello, l'approvazione di un atto, il cd. Decreto Tariffe, che istituisce il Nuovo Nomenclatore Tariffario, fermo da due anni in Conferenza Stato-Regioni.

“L'approvazione del Decreto garantirebbe l'erogazione di nuove e lungamente attese prestazioni, ma soprattutto ne agevolerebbe l'erogazione uniforme su tutto il territorio nazionale” denunciano da Cittadinanzattiva e Osservatorio Malattie Rare. In attesa che la burocrazia faccia il suo corso, ad agosto la Regione Puglia con una propria legge ha attivato un progetto pilota sperimentale di due anni per estendere lo screening obbligatorio ad altre malattie.

Per misurare e monitorare che tutte le persone possano ricevere le cure e le prestazioni previste nei nuovi LEA, in ciascuna regione e ciascun distretto sanitario, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e dell'appropriatezza, è stato istituito il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)⁹. Sono stati quindi selezionati diversi indicatori in grado di misurare e valutare il rispetto dei LEA nei territori e nel tempo. Ma per i minorenni, mancano ancora troppi dati

🔍 Malattie metaboliche

Le malattie metaboliche ereditarie (MME), denominate anche errori congeniti del metabolismo, costituiscono una categoria importante di malattie genetiche rare, causate dall'alterato funzionamento di una specifica via metabolica. Esse rappresentano un gruppo eterogeneo di oltre 700 diverse patologie che, prese singolarmente, sono rare ma nel loro insieme presentano un'incidenza cumulativa che varia da 1 su 500 a 1 su 4.000 nati vivi. La precocità della diagnosi delle MME può avere un ruolo determinante nell'efficacia del trattamento. Cittadinanzattiva, *Screening Neonatali Estesì: la diagnosi precoce per la salute di chi nasce*. Raccomandazione civica, luglio 2022

¹⁰ DM12marzo2019

per consentire una misurazione adeguata della reale applicazione dei nuovi LEA su tutto il territorio. Nel Piano Nazionale per la Garanzia Infanzia, si raccomanda di “promuovere, attraverso l’utilizzo delle fonti di dati sanitari e delle altre fonti informative pertinenti, l’adozione di indicatori e metodologie condivise da utilizzare nel monitoraggio e nella valutazione dell’assistenza sanitaria per i minorenni, all’interno di quanto previsto dal Nuovo sistema di garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), recependo le raccomandazioni della Child Guarantee (Raccomandazione Ue 2021/1004 del Consiglio del 14 giugno 2021) che istituisce una Garanzia europea per l’infanzia”. È urgente che istituzioni centrali e regionali, istituzioni scientifiche, associazioni di pazienti e famiglie, centri clinici siano sempre più coordinati per garantire la piena attuazione delle norme e l’equità di accesso ai servizi sanitari a tutti i bambini che nascono e vivono in Italia.



Francesca Leonardi per Save the Children

“ Conclusioni

Gli effetti della pandemia su chi ha vissuto in questi anni una fase determinante della crescita sono stati a lungo ignorati. Eppure sono profondi, di lunga durata, in buona parte ancora da scoprire. Per questo motivo è urgente che il mondo degli adulti impari a chiedere ai ragazzi e alle ragazze “come stai?”. Al tempo stesso, la pandemia ha sottoposto il sistema sanitario ad un drammatico *stress-test* che ha fatto esplodere criticità stratificate negli anni, divari territoriali, modelli di intervento inefficaci e inattuali. Anche al nostro sistema sanitario dobbiamo chiedere: “Come stai?”. I dati, le mappe, le testimonianze raccolte in questo Atlante cercano di offrire qualche risposta.

Dal punto di osservazione di un’organizzazione internazionale come Save the Children, non si può che guardare al Servizio Sanitario italiano con una certa dose di orgoglio. Per le sue alte professionalità, la qualità delle cure, ma soprattutto per l’inclusività di un sistema che, almeno in linea di principio, non chiude le porte in faccia a nessuno: chi è senza assicurazione sanitaria, chi non ha soldi, chi non ha un permesso di soggiorno. E i risultati si vedono, a partire dal livello di mortalità sotto i 5 anni che in Italia è uno dei più bassi al mondo. È un vero privilegio vivere in un Paese dove l’accesso universale al servizio sanitario pubblico è considerato un diritto acquisito, mentre in altri Stati economicamente sviluppati milioni di persone – e di bambini – sono tuttora privi di assistenza sanitaria di base e devono indebitarsi se c’è bisogno di cure costose. La sanità per tutti è un valore essenziale della nostra democrazia da proteggere in ogni circostanza.

Questa consapevolezza non può farci velo, tuttavia, delle difficoltà concrete che il sistema sta attraversando.

Nei capitoli dell’Atlante abbiamo provato ad esplorare la salute dei bambini dal momento della nascita fino all’età adulta. Interviste, dati e mappe fotografano tanti – troppi! – volti diversi di un servizio sanitario che spesso è “nazionale” solo sulla carta, per le abissali disuguaglianze territoriali e la distanza che intercorre tra le sue punte di eccellenza e i suoi baratri.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, oltre a prevedere con la *Missione salute* un investimento significativo – più di 15 miliardi – disegna una riforma della sanità territoriale che può rispondere a molte delle criticità registrate dall’Atlante. Ma la fase di attuazione presenta grandi incognite. A partire dalle *Case della Comunità*. Dovrebbero diventare il fulcro di una nuova rete territoriale per la salute, integrata con i servizi sociali ed educativi, sostenuta dal rilancio dei Consultori e dei servizi per la salute minorile, da costruire con la partecipazione dei cittadini. È un progetto ambizioso che richiede un vero cambio di

paradigma nelle politiche della salute e un investimento in risorse umane e strumentali commisurato all'impresa. L'alternativa è quella di trovarsi tra qualche anno davanti ai vecchi poliambulatori, magari ristrutturati e con una nuova targa all'ingresso. La stessa incognita pesa sul servizio pediatrico, se si vuole davvero assicurare un servizio di qualità a tutti i bambini, indipendentemente dal loro status giuridico e dal luogo in cui vivono. Perché – sembra un paradosso, ma in realtà la dice lunga sulle politiche a sostegno delle famiglie – in un'Italia dove la natalità crolla a picco, i pochissimi bambini che nascono hanno sempre meno chance di trovare un pediatra che si prenda cura di loro. Quando guardiamo alla disponibilità di servizi per i minori sul territorio, incontriamo poi tanti genitori che una volta ottenuta una diagnosi per un bambino con disturbi comportamentali o dell'apprendimento vengono piantati in asso di fronte a liste di attesa di anni per avviare una terapia. A meno che non si abbia la possibilità di pagare un centro privato. Come raccontano al presidio sanitario "Eugenio Emanuele" – l'ambulatorio popolare promosso a Palermo dalla Associazione Zen Insieme, con il sostegno di Save the Children – dove succede di incontrare una mamma di un bambino di tre anni affetto da autismo e di una bimba di cinque con problemi neuropsichiatrici. Ad entrambi i bambini è stata prescritta logopedia e riabilitazione psicomotoria. Ma la lista di attesa è di due anni, e la mamma è stata costretta a scegliere di far seguire le cure ad uno solo dei due figli, il bambino più piccolo e con la patologia più grave, ad un costo di 650 euro al mese.

Sono queste, in carne ed ossa, le domande di salute che attendono risposta.

La risposta dipenderà, in primo luogo, dalle istituzioni nazionali e regionali, dagli investimenti sulle strutture e soprattutto sulle risorse umane, indispensabili per passare dalle parole ai fatti. Ma dipenderà anche dalla forza che tutti sapremo esercitare nei prossimi mesi per spingere in alto l'asticella del diritto alla salute. Speriamo davvero che questo Atlante possa essere un utile strumento in mano a quanti vorranno essere non spettatori ma protagonisti del processo di cambiamento.



La riforma della rete territoriale potrebbe produrre un positivo effetto anche sulla qualità delle cure negli ospedali, oggi loro malgrado impegnati – a partire dai Pronto Soccorso – nella missione impossibile di turare le falle di un'assistenza di base che fa acqua da tutte le parti.

All'auspicato allentamento della pressione sulle strutture ospedaliere che può derivare dal potenziamento dei servizi di base, dovrebbe corrispondere una ripresa di impegno dentro i nosocomi proprio sul fronte dei diritti dei bambini. Perché la pandemia ha fatto chiudere le porte agli ospedali, costringendo molte donne a vivere il momento del parto da sole, molti volontari ad abbandonare i reparti, molti bambini ricoverati a trascorrere le loro giornate senza i genitori accanto; in qualche caso ha fatto smantellare ludoteche e spazi educativi.

Tutto questo non può diventare la “nuova normalità”. Nel rispetto delle misure di prevenzione, abbiamo bisogno che gli ospedali si attrezzino per riaprire le porte alle comunità. Gli esempi positivi fortunatamente non mancano e dimostrano come la presenza di famiglie, volontari, amici non è un ostacolo alle terapie ma ne è una parte fondamentale, se consideriamo la salute di un bambino – così come di ogni essere umano – non l’assenza di malattie, ma una condizione di benessere che riguarda la socialità così come tutte le dimensioni della vita.

L’Atlante dedica particolare attenzione ai temi del benessere psicofisico e della salute mentale. La sofferenza psicologica tra gli adolescenti e i pre-adolescenti, già presente prima della crisi sanitaria, si è manifestata in questi ultimi anni in modo sempre più grave e diffuso. Le risposte date fino ad oggi – come il “bonus psicologo” e alcuni stanziamenti sui servizi – sono inadeguate rispetto all’entità del danno. C’è bisogno di una solida e diffusa rete di sostegno della salute mentale in età evolutiva per accompagnare tutto il percorso della crescita, fino all’età adulta. Al contempo, sono gli stessi neuropsichiatri infantili a dirci che il tema della salute mentale deve essere affrontato non solo sul piano sanitario, ma con un approccio integrato, sociale ed educativo, che preveda interventi quali il sostegno alla genitorialità, l’ascolto psicologico nelle scuole, l’apertura di spazi per la socializzazione e lo sport, la formazione continua di educatori e docenti. Il recente Summit globale sulla salute mentale ospitato a Roma lo scorso ottobre ci ha ricordato poi la necessità imprescindibile di coinvolgere i diretti interessati – le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi – nella definizione dei processi di cura. Del resto, è bene ricordare che sono stati gli stessi adolescenti – come quelli del Movimento SottoSopra per Save the Children – ad aver sollevato per primi con forza, durante la pandemia, la necessità di un intervento a tutela del benessere psicologico delle giovani generazioni, consapevoli, più degli adulti, di quanto stava loro accadendo.

Come evidenziamo nelle pagine dell’Atlante, anche il migliore sistema sanitario non potrà mai assicurare, da solo, la tutela della salute di un bambino. È l’intero ambiente di crescita a giocare un ruolo decisivo. Pensiamo all’alimentazione. L’Italia – con il suo clima mite e la dieta mediterranea – è assurdamente ai primi posti in Europa per numero di bambini sovrappeso, obesi e sedentari. Le mappe dell’Atlante mettono in luce come queste condizioni di cattiva salute si concentrino nelle regioni dove c’è maggiore povertà minorile e il minor numero di mense scolastiche. In un momento in cui la povertà assoluta tra i bambini raggiunge il suo picco storico, è urgente garantire il servizio di mensa scolastica in tutte le scuole primarie, gratuito per le famiglie in difficoltà economica. Sarebbe questa una strada concreta per far avanzare la salute dei bambini – con un pasto sano almeno una volta al giorno e una buona educazione alimentare – e per combattere, contemporaneamente, la povertà educativa, con l’apertura pomeridiana delle scuole. Un discorso analogo dovrebbe essere fatto sulla lotta all’inquinamento e su quella che abbiamo imparato a chiamare “giustizia ambientale”. La tutela della salute impone l’esercizio di una responsabilità su tutte le scelte politiche, non solo su quelle sanitarie, e interpella le istituzioni ad ogni livello, così come le famiglie, le

scuole, il mondo dello sport, quello della ricerca, il mondo produttivo, il terzo settore e l'associazionismo.

Tra i punti di forza del nostro Paese vi è la presenza di una straordinaria rete di risorse civiche – associazioni, organizzazioni di professionisti, volontari, gruppi di auto-aiuto – impegnata per la tutela del diritto alla salute. L'abbiamo vista all'opera negli anni della pandemia, al fianco del personale sanitario. In molte circostanze il lavoro di questa rete è stato pubblicamente osannato. Ma non sempre a questo riconoscimento ha corrisposto l'effettiva opportunità di partecipare alla programmazione e alla progettazione dei servizi. Eppure, la presenza di queste risorse ha un grande valore aggiunto se non le si confina nel ruolo di tappabuchi delle carenze del servizio pubblico. Sono risorse essenziali per concretizzare, nei fatti, quella che si usa chiamare *One Health*, cioè l'aspirazione ad una salute che riguarda gli esseri umani così come la vita di tutto il pianeta. Milioni di ragazze e ragazzi nel mondo si stanno mobilitando attorno a questo obiettivo che le grandi crisi – sanitaria e climatica – hanno reso sempre meno astratto e sempre più vicino. Nessuno può aspirare a "star bene" da solo: la nostra salute dipende da quella degli altri e da quella del pianeta sul quale ci è dato di vivere.



Giunto alla tredicesima edizione, l'Atlante quest'anno presenta una grande novità. Il dialogo con i lettori non si interrompe, ma prosegue sul nuovo *Data-hub* di Save the Children, uno spazio virtuale aperto a tutti che sarà dedicato alla raccolta e alla diffusione costante di informazioni, dati, analisi e ricerche sull'infanzia e sull'adolescenza, in Italia e nel mondo. È uno spazio che alimenteremo grazie alla collaborazione generosa che in questi anni ci è stata sempre assicurata dalle principali istituzioni di ricerca, da università, centri studi e fondazioni. Contiamo di arricchire ulteriormente questa rete di collaborazioni con tanti altri attori, compreso chi opera sul campo e chi gestisce dati nel mondo delle imprese. Perché questa scelta? Perché abbiamo bisogno di conoscere meglio il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza nelle sue trasformazioni, per orientare le politiche pubbliche così come l'azione sociale ed educativa. E perché avvertiamo, in questa fase storica, la necessità di rafforzare l'alleanza tra il mondo della ricerca e i movimenti per i diritti, per costruire insieme una lettura critica dei dati che aiuti a reggere l'urto della realtà che cambia. A tutti quelli che lo vorranno arrivarci a presto, dunque, nel nuovo spazio virtuale dell'Atlante.

Raffaella Milano

Direttrice dei Programmi Italia-Eu
Save the Children Italia



Bibliografia

- AA.VV., *Delayed presentation of children to the emergency department during the first wave of COVID-19 pandemic in Italy: Area-based cohort study*, Acta Paediatrica, 2021
- ACP Associazione Culturale Pediatri, *Studio Nascita*, ottobre 2021
- AGENAS, *Programma Nazionale Esiti (PNE) – edizione 2021*
- AGIA, *La dispersione scolastica in Italia: un'analisi multifattoriale*, 2022
- AGIA e ISS, *Pandemia, neurosviluppo e salute mentale di bambini e ragazzi*, maggio 2022
- Agostiniani R., *Dalle Case della Salute alle Case di Comunità*, Pediatria numero 9 – settembre 2022
- AIFA, *Antibiotico-resistenza: un rischio globale che richiede strategie condivise*, 2016
- AIFA, *L'uso degli antibiotici in Italia, Rapporto nazionale 2020*, 2022
- Almeida D. et al, *Green and blue spaces and lung function in the Generation XXI cohort: a life course approach* European Respiratory Journal 2022
- Amartya Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2014
- Armocida B. et al, *Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10–24 years in the EU, 1990–2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019*, Lancet Child Adolescent Health 2022
- Baroncelli L., Maffei L., *Plasticità neurale*, - Dizionario di Medicina (2010) Enciclopedia Treccani
- Bharrmal N. et al, *Understanding the Upstream Social Determinants of Health*, RAND Health, 2015
- Blangiardo G., *Calo di nascite a gennaio 2021: sintomo di un disturbo occasionale o conferma di un malessere strutturale?* 2021
- Bonati M. et al, *Licensed medicines, off-label use or evidence-based. Which is most important?* Arch Dis Child. 2017
- Bonati M. et al, *Off Label e diritto alle cure disponibili più appropriate*, R&P 2017
- Bouchard M.F. et al, *Prenatal Exposure to Organophosphate Pesticides and IQ in 7-Year-Old Children*, Environ Health Perspect, 2011
- Bowe B. et al, *The 2016 global and national burden of diabetes mellitus attributable to PM2.5 air pollution*, The Lancet Planetary Health, 2018
- Caporale N. et al, *From cohorts to molecules: Adverse impacts of endocrine disrupting mixtures*, Science, 2022
- Caritas, *Casa e Abitare nel PNRR Analisi e prospettive*, marzo 2022
- Carra L., Vineis P., *Il Capitale Biologico – Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali*, Codice Edizioni, 2022
- Cole C.M. et al, *Academic progress of students across inclusive and traditional settings*. Ment Retard, 2004
- Centre for Community Child Health, *The First Thousand Days An Evidence Paper*, September 2017
- Centro per la Salute del Bambino (CSB), *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*, traduzione italiana del documento: World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group, *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018
- CGIL Lombardia, *Chiedimi come sto. Gli studenti al tempo della pandemia*, Indagine luglio 2022
- Cittadinanzattiva, *Rapporto civico sulla salute 2022. I diritti dei cittadini e il federalismo sanitario*, 5 maggio 2022
- Colasante E. et al, *Problematic gaming risk among European adolescents: a cross-national evaluation of individual and socio-economic factors*, Addiction 2022
- Cole C. M., Waldron N., Majd M., *Academic progress of students across inclusive and traditional settings*, Ment Retard, 2004
- Commissione europea, *Proposal for a Council Recommendation on the Revision of the Barcelona Targets on early childhood education and care*, COM/2022/442 final, 7 set 2022

- Commissione europea, *Sexuality education across the European Union: an overview*, European Commission 2020
- De Curtis M. et al, *Increase of stillbirth and decrease of late preterm infants during the COVID-19 pandemic lockdown*, Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2021
- De Curtis M. et al, a cura di, *Pediatric interregional healthcare mobility in Italy*, Italian Journal of Pediatrics, 2021
- Dell'Acqua G., *Il ritiro sociale grave in adolescenza: la sfida dell'inclusione scolastica*, MIUR, 2019
- Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, *La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, 2022
- DM 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 Giugno 2022
- Editoriale, *Universal health coverage and the forgotten generation*, The Lancet Child Adolescent health, Vol 3, November 2019
- EU, *State of Paediatric Medicines in the EU 10 years of the EU Paediatric Regulation*, Report from the Commission to the European Parliament and the Council, 2017
- Ferrara P. et al, *Disforia di genere: quello che il pediatra deve sapere*, Pediatria–numero 10-11, 2021
- Gruppo di lavoro “Politiche e interventi sociali in favore dei minorenni in attuazione della Child Guarantee”, *Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia*, 21 settembre 2022
- Gruppo di lavoro per la CRC, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 12° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, maggio 2022
- Guillette E.A. et al, *An anthropological approach to the evaluation of preschool children exposed to pesticides in Mexico*. Environ Health Perspect 1998
- Holst G. et al, *Air pollution and family related determinants of asthma onset and persistent wheezing in children: nationwide case-control study*, BMJ 2020
- IACG, *No time to wait: securing the future from drug-resistant infections*, 2019
- Ianes D., Augello G., *Gli inclusio-scettici. Gli argomenti di chi non crede nella scuola inclusiva e le proposte di chi si sbatte tutti i giorni per realizzarla*, Erickson, 2019
- INMP, *Primo rapporto nazionale sull'attuazione del protocollo per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*, Settembre 2022
- ISPRA, *Inquinamento indoor: aspetti generali e casi studio in Italia*, 2010
- ISS, *Indagine Nazionale sui Consultori Familiari 2018-2019 Risultati generali*. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati, 2022, Rapporti ISTISAN 22/16
- ISS, *Le Infezioni Sessualmente Trasmesse: aggiornamento dei dati dei due Sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2020*, Notiziario ISS, 2022
- ISTAT *Indagine sugli Aspetti della Vita Quotidiana*, 2022
- ISTAT, *L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità A.S. 2020-2021*, gennaio 2022
- ISTAT, *Rapporto BES 2020*
- ISTAT, *Rapporto BES 2021, il benessere equo e sostenibile in Italia*, 21 aprile 2022
- ISTAT, *Rapporto annuale 2022, La situazione del paese*, luglio 2022
- ISTAT, *Rapporto SDGs 2021*, ottobre 2022
- ISTAT, *Report Stili di vita di bambini e ragazzi*, anni 2017-2018, 29 ottobre 2019
- Koslowski A. et al, *18th International Review of Leave Policies and Related Research 2022*
- Landrigan P.J., Fuller R. et al, *The Lancet Commission on pollution and health*. The Lancet 2017
- Legambiente, *H2O, la chimica che inquina l'acqua*, giugno 2020
- Legambiente, *Mal'aria di città. Quanto manca alle città italiane per diventare clean cities*, febbraio 2022
- Legambiente, *Rapporto Civico 5.0. Il diritto a vivere in classe A*, 2022

- Marmot M., *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016
- Marmot M., *Status Syndrome*, Bloomsbury, London, 2004
- Minasi D., *La migrazione sanitaria pediatrica vista da Sud*, *Pediatria* 7-8(2021)
- Ministero della Salute, *Il genere come determinante di salute*, Quaderni Ministero Salute 2016
- Ministero della Salute, *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future, 2019
- Ministero della Salute, *Tavolo tecnico salute mentale*, documento di sintesi, maggio 2021
- Ministero della Salute, *GARD Italy*, Documento di strategia, agg. 2021
- Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2020*, luglio 2022
- Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*, a cura della DG della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica, ottobre 2022
- Ministero della Salute, *Rapporto OsservaSalute 2021*, 2022
- Ministero Istruzione, *Linee Guida Per L'integrazione Scolastica degli Alunni con Disabilità*, 2009
- Ministero Istruzione, Osservatorio nazionale per l'integrazione degli alunni stranieri e l'educazione interculturale del Ministero dell'Istruzione, *Orientamenti Interculturali. Idee e proposte per l'integrazione di alunne e alunni provenienti da contesti migratori*, marzo 2022
- Ministero Istruzione, *Gli alunni con cittadinanza non italiana a.s. 2020/2021*, luglio 2022
- OCSE e European Observatory on Health Systems and Policies, *Italy Country Report, State of Health in the EU, Profilo della sanità 2021*, 13 dicembre 2021
- OECD, *Health Statistics 2022*
- OMS, Ufficio regionale Europa, *Una vita sana e prospera per tutti in Italia: Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia*, 2022
- Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2021*. Agenzia Italiana del Farmaco, Roma 2022
- Pearson H., *The school experiment*, *Nature*, 26 maggio 2022
- Provenzi L. et al, *Measuring the Outcomes of Maternal COVID-19-related Prenatal Exposure (MOM-COPE): study protocol for a multicentric longitudinal project*, *BMJ*, 2020
- Rasanathan K., *10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale*, *The Lancet*, 2018
- Renzetti S., Cagna G., Calza S., et al, *The effects of the exposure to neurotoxic elements on Italian schoolchildren behavior*. *Sci Rep* 11, 9898 (2021)
- Save the Children, *Il Miglior Inizio, Disuguaglianze e Opportunità nei primi anni di vita*, 2019
- Save the Children International, *This is my life, and I don't want to waste a year of it*, 2022.
- Save the Children, *Le equilibriste. La maternità in Italia 2022*, maggio 2022
- Save the Children, *Alla ricerca del tempo perduto: Un'analisi delle disuguaglianze nell'offerta di tempi e spazi educativi nella scuola italiana*, settembre 2022
- Simeoni S., Frova L., De Curtis M., *Inequalities in infant mortality in Italy*. *Ital J Pediatr*. 2019
- SIP Società Italiana di Pediatria, *Guida alle differenze di genere in età pediatrica*, 2022
- SNPA - Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, *Riapertura delle scuole: un'occasione per ripensarle dal punto di vista della tutela ambientale?*, 6 agosto 2020

- Solmi M. et al, *Age at onset of mental disorders worldwide: large scale metaanalysis of 192 epidemiological studies*, Mol Psychiatry 27, 281295 (2022)
- Staiano A. et al, *L'impatto sugli stili di vita della SARS-CoV-2*, Pediatria, n. 10-11, ottobre-novembre 2021
- Tamburlini G., *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche*, Medico e bambino, 2014
- Toffol G., *Inquinamento e salute dei bambini*, Il pensiero scientifico, 2017
- Landrigan P. et al, *The Lancet Commission on pollution and health*, The Lancet, Volume 391, Issue 10119, pp.462-512, 2018
- Theberath M. et al, *Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies*, SAGE Open Medicine, 18 febbraio 2022
- Thompson RA., Nelson CA., *Developmental science and the media. Early brain development*. Am Psychol 2001;56(1):5-15
- UISP, Svimez, Sport e Salute, *Il costo sociale della sedentarietà*, settembre 2021
- UNICEF, *Buone pratiche per il supporto psicosociale per adolescenti e giovani rifugiati e migranti*, aprile 2022
- UNICEF, *Deep Dive sulla Garanzia Infanzia, Analisi delle politiche, programmi e risorse per il contrasto alla povertà minorile e all'esclusione sociale in Italia*, 2022
- United Nations Children's Fund, *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*, UNICEF, New York, October 2021
- van Eeden et al, *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Current Opinion in Psychiatry: November 2021
- Wenner Moyer M., *The COVID generation: how is the pandemic affecting kids' brains?* Nature, 2022
- Weyde K. V. et al, *Road traffic noise and children's inattention*, Environmental Health: A Global Access Science Source, 2017
- WHO, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*, 2009
- WHO, *Covid-19 and the social Determinants of health and health equity: evidence brief*, 2021
- WHO, *Nothing about us, without us*, 2022
- WHO, *Rapporto World Health Statistics 2022*
- WHO, *Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breastmilk substitutes*, 2022
- WHO, *World report on the health of refugees and migrants: summary*, Geneva, 2022
- Woolford S. et al, *Changes in Body Mass Index Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic*, JAMA, August 27, 2021
- WPATH, *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, Version 8, International Journal of Transgender Health 2022
- Zambri F. et al, *Taking care of minor migrants' health: the professionals' perception and training needs*, Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 2020
- Zipfel S. et al, *The hidden burden of eating disorders during the COVID-19 pandemic*, The Lancet Psychiatry, January, 2022

→ Lista degli acronimi

ACP	Associazione Culturale Pediatri
ADHD	Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AGIA	Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ANCI	Associazione nazionale comuni italiani
ASL	Azienda sanitaria locale
ATS	Ambito territoriale sociale
BES	Bisogni educativi speciali
CAN	Corsi di accompagnamento alla nascita
CCM	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CdC	Casa di Comunità
CeDAP	Certificato di assistenza al parto
CG	Child Guarantee
CNI	Cittadinanza non italiana
CRC	Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Child Rights Convention)
DSA	Disturbi Specifici dell'Apprendimento
EMA	European Medicines Agency
ENI	Europeo Non Iscritto
FDA	Food and Drug Administration
FESR	Fondo europeo di sviluppo regionale
FIMP	Federazione italiana medici pediatri

FIMMG	Federazione italiana medici di medicina generale
FSE	Fondo sociale europeo
GLNBI-SIP	Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria
Gruppo CRC	Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
HALE	Speranza di vita in buona salute
IACG	Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance
INMP	Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà
INPS	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISEE	Indicatore Situazione Economica Equivalente
ISPRA	Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
MMG	Medici di Medicina Generale
MNT	Malattie non trasmissibili
MSNA	Minori stranieri non accompagnati
NPIA	Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
NPS	Nuove sostanze psicoattive
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia
NSIS	Nuovo sistema informativo sanitario

OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità (in inglese: WHO World Health Organisation)
ONIA	Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza
OsMed	Osservatorio sui medicinali
PANGI	Piano d'Azione Nazionale Garanzia Infanzia
PANSM	Piano nazionale di azioni per la salute mentale
PCTO	Percorsi per le competenze trasversali ed orientamento
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNIA	Piano nazionale infanzia e adolescenza
PNRR	Piano nazionale di ripresa e resilienza
PS	Pronto Soccorso
PTOF	Piano triennale dell'offerta formativa
PUA	Punto unico di accesso
RdC	Reddito di cittadinanza
SARS-CoV-2	Il virus che causa Covid-19
SerD	Servizi pubblici per le dipendenze patologiche
SIMM	Società Italiana Medicina Migrante
SINBA	Sistema Informativo sulla cura e la protezione dei bambini e della loro famiglia
SINPIA	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SIOSS	Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali
SIP	Società Italiana di Pediatria
SIUSS	Sistema informativo unitario dei servizi sociali

SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STP	Stranieri Temporaneamente Presenti
TMSREE	Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva
UNICEF	Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia
UNAIDS	Programma delle Nazioni Unite per l'HIV e l'AIDS
UNFPA	Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione
USR	Ufficio Scolastico Regionale

Noi di Save the Children vogliamo che ogni bambina e ogni bambino abbiano un futuro. Lavoriamo ogni giorno con passione, determinazione e professionalità in Italia e nel resto del mondo per dare alle bambine e ai bambini l'opportunità di nascere e crescere sani, ricevere un'educazione ed essere protetti.

Quando scoppia un'emergenza, siamo tra i primi ad arrivare e fra gli ultimi ad andare via. Collaboriamo con realtà territoriali e partner per creare una rete che ci aiuti a soddisfare i bisogni delle e dei minori, garantire i loro diritti e ascoltare la loro voce.

Miglioriamo concretamente la vita di milioni di bambine e bambini, compresi quelli più difficili da raggiungere.

Save the Children, da oltre 100 anni, lotta per salvare le bambine e i bambini a rischio e garantire loro un futuro.



Save the Children

Save the Children Italia Onlus
Piazza di San Francesco di Paola 9
00184 Roma - Italia
tel +39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info.italia@savethechildren.org

www.savethechildren.it

“ ATLANTE
DELL'INFANZIA
(A RISCHIO)
IN ITALIA 2022

COME STAI?

”

LA SALUTE
DELLE BAMBINE
DEI BAMBINI
E DEGLI
ADOLESCENTI

Come stai? Una domanda così semplice, ma così importante, che spesso ci dimentichiamo di fare. Noi adulti abbiamo dimenticato, ad esempio, di farla alle bambine, ai bambini e agli adolescenti che hanno vissuto anni complicati e che ora faticano a tornare al “prima”, come se niente fosse accaduto.

In questo Atlante dell'infanzia (a rischio), giunto alla tredicesima edizione, siamo voluti partire da qui, dalla domanda “come stai?”, per parlare di salute perché crediamo che l'ascolto dei problemi e dei bisogni sia il primo

passo per agire in modo efficace.

E di agire c'è bisogno, in fretta per di più, perché la salute dei nostri bambini oggi non è garantita quanto dovrebbe essere. Non solo per colpa del Covid: come per altri temi, un fattore di stress come la pandemia ha solo peggiorato una situazione già critica in partenza.

In queste pagine abbiamo esplorato lo stato di salute, a partire dai primi fondamentali mille giorni e fino all'adolescenza, e le politiche sanitarie con lo sguardo rivolto alle disuguaglianze, determinanti anche in questo campo. Abbiamo trovato luci ed ombre. Ora bisogna mettere al centro la salute perché le ombre spariscano.