



ATLANTE DELL'INFANZIA
(A RISCHIO) IN ITALIA 2024

UN DUE TRE... STELLA

I primi anni di vita

A cura di
Vichi De Marchi
con
Diletta Pistono
Cristiana Pulcinelli



Save the Children

ATLANTE DELL'INFANZIA
(A RISCHIO) IN ITALIA 2024

UN DUE TRE... STELLA

I primi anni di vita

A cura di:
Vichi De Marchi

Con:
Diletta Pistono
Cristiana Pulcinelli

Revisione testi:
Michela Lonardi

Coordinamento grafico:
Silvia De Silvestri

Progetto grafico:
Enrico Calcagno Design

**Elaborazioni mappe
e infografiche:**
Luca Petrone
(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.



Stampa:
STR PRESS srl

Publicato da Save the Children
Novembre 2024

Proprietà artistica e letteraria
© Save the Children

ISBN
9788894378443



Si ringraziano

PER LA PROGETTAZIONE E SUPERVISIONE

Antonella Inverno
Save the Children Italia

PER LA COLLABORAZIONE E IL CONTRIBUTO DI DATI SPECIFICI

ISTAT
Istituto Nazionale
di Statistica

Emanuela Bologna
Miria Savioli

insieme a
Domenico Adamo
Alessandra Burgio
Cinzia Castagnaro
Raffaella Chiocchini
Alessandro Cimbelli
Cinzia Conti
Valeria de Martino
Clodia Delle Fratte
Francesca Dota
Francesca Gallo
Valentina Joffre
Francesca Lariccia
Marzia Loghi
Marianna Mantuano
Elisa Marzilli
Giulia Milan
Rossella Molinaro
Lucilla Scarnicchia
Stefano Tersigni

**CENTRO STUDI
CONFINDUSTRIA**

Ciro Rapacciuolo
Senior Economist

IFEL – Fondazione ANCI
Istituto per la Finanza
e l'Economia Locale

Walter Tortorella
Capo Dipartimento Economia
Locale

Giuseppe De Blasio
Ricercatore

SVIMEZ
Associazione per lo sviluppo
dell'industria nel Mezzogiorno

PER LA CONCESSIONE DI IMMAGINI E CONTRIBUTI

Sonia Maria Luce Possentini
Pittrice e illustratrice

Mara Pace
Anselmo Roveda
Martina Russo
Barbara Schiaffino

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

Le case editrici
Babalibri
Carthusia Edizioni
Pulce s.r.l. Edizioni

Per le parole dei bambini e delle
bambine in apertura di ogni
sezione: © Scuole e Nidi
d'infanzia – Istituzione del Comune
di Reggio Emilia Dal volume
"Un pensiero in festa. Le metafore
visive nei processi di apprendimento
dei bambini" Reggio Children
editore, Reggio Emilia, 2022

PER IL CONTRIBUTO AUTORIALE

Mario Cucinella
Architetto

Caterina Guzzanti
Attrice e autrice

Carlo Piano
Scrittore e giornalista

Renzo Piano
Architetto

PER AVER PRESTATO IDEE E VOCI

Valeria Balbinot
Responsabile formazione c/o
Centro per la Salute del Bambino,
coordinamento Programma "Nati
per Leggere"

Claudia Bernabucci
Presidente Associazione
Cubo Libro

Andrea Brandolini
Vice direttore del Dipartimento
Economia e statistica, Banca
d'Italia

Jennifer Chiarolanza
Pediatria Ambulatorio di pediatria
di gruppo "Il Piccolo Principe",
Modena e membro
dell'Associazione Culturale Pediatri

Chiara Crupi
Presidente Kollatino Underground
ets e direttrice del format Anomalie

Maria Gabriella De Luca
Direttrice della Terapia Intensiva
Neonatale e della Neonatologia,
AORN "A. Cardarelli" di Napoli

Serena Donati
Ricercatrice Centro nazionale
prevenzione delle malattie e
promozione della salute, Istituto
Superiore di Sanità e componente
del Comitato Percorso Nascita
Nazionale, Ministero della Salute

Cristian Fabbi
Direttore Fondazione Reggio
Children

Aldo Fortunati

Direttore Area documentazione, ricerca e formazione, Istituto degli Innocenti

Anna Granata

Pedagogista prof.ssa Dipartimento di Scienze umane per la formazione "Riccardo Massa", Università di Milano Bicocca

Elena Granata

Urbanista e prof.ssa Dipartimento di Architettura e Studi Urbani, Politecnico di Milano

Ilaria Lega

Psichiatra e ricercatrice Istituto Superiore di Sanità

Claudio Mangialavori

Pediatra Ambulatorio di pediatria di gruppo "Il Piccolo Principe", Modena e membro dell'Associazione Culturale Pediatri

Michele Marangi

Prof. Dipartimento di Pedagogia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e ricercatore c/o CREMIT

Tullia Musatti

Ricercatrice Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione, CNR

Walter Nanni

Responsabile Ufficio Studi Caritas italiana

Annalisa Perino

Pedagogista

Mariacristina Picchio

Ricercatrice Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione, CNR e responsabile del Gruppo di ricerca Sviluppo Umano e Società

Paola Pileri

Ginecologa e responsabile del coordinamento attività consultoriali ed adozioni, ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano

Ilaria Pitti

Prof.ssa Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Università di Bologna

Enrica Pizzi

Ricercatrice Centro nazionale prevenzione delle malattie e promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità

Stefano Portelli

Antropologo e membro dell'Assemblea di autodifesa dagli sfratti di Roma

Alessandro Rosina

Prof. Dipartimento di Scienze statistiche, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Chiara Saraceno

Prof.ssa emerita Università di Torino e Berlin Social Science Center e honorary fellow c/o Collegio Carlo Alberto

Paolo Siani

Pediatra e direttore della Struttura Complessa di Pediatria delle malattie croniche e multifattoriali, Ospedale "Santobono Pausilipon" di Napoli

Giorgio Tamburlini

Pediatra, presidente Centro per la Salute del Bambino

Rosario Zurzolo

Presidente Eurocoop di Camini

Le infermiere Giulia Brondi, Cristina Nasca, Teresa Villani e le segretarie Elisa Garuti, Maddalena Castellani Tarabini dell'ambulatorio di pediatria di gruppo "Il Piccolo Principe" di Modena.

PER GLI INCONTRI SU FIOCCHI IN OSPEDALE - ROMA

Barbara Costantini

Assistente sociale, Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Francesca Giansante

Assistente sociale e responsabile del servizio sociale, Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Chiara Giorno

Psicologa-psicoterapeuta e operatrice "Fiocchi in Ospedale", Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Fondazione Arché

Anna Teresa Inglese

Psicologa-Psicoterapeuta e operatrice "Fiocchi in ospedale", Policlinico Universitario "A. Gemelli"

Gina Riccio

Dottore di ricerca-psicoterapeuta e coordinatrice "Fiocchi in ospedale" Roma, Fondazione Arché

PER GLI INCONTRI SU FIOCCHI IN OSPEDALE - MILANO

Valentina Affettuoso

Operatrice Mitades APS "Fiocchi in Ospedale", ASST GOM Niguarda

Chiara Carriglio

Operatrice Fondazione Arché "Fiocchi in Ospedale", Ospedale Macedonio Melloni - ASST Fatebenefratelli Sacco

Giorgia Falanga

Operatrice Fondazione Arché "Fiocchi in Ospedale", Ospedale Macedonio Melloni - ASST Fatebenefratelli Sacco

Cecilia Pizzochero

Operatrice Mitades APS, "Fiocchi in Ospedale", ASST GOM Niguarda

Giulia Radogna

Presidente cooperativa Mitades

Giorgia Tassini

Operatrice Mitades APS per "Spazio Mamme"

Sofia Trezzi

Coordinatrice territoriale del progetto "Per mano - QuBi", Save the Children

PER GLI INCONTRI SU FIOCCHI IN OSPEDALE - NAPOLI

Brunella Cozzolino

Coordinatrice "Fiocchi in Ospedale", AORN "A. Cardarelli" di Napoli

Daniela Palmisano

Educatrice perinatale e consulente in allattamento alla pari, "Fiocchi in ospedale", AORN "A. Cardarelli" di Napoli

Arianna Russo

Psicologa, "Fiocchi in ospedale", AORN "A. Cardarelli" di Napoli

PER LA PREZIOSA COLLABORAZIONE

Un grazie collettivo al mondo di Save the Children Italia che ha contribuito con scritti, suggerimenti e idee ad arricchire questa edizione dell'Atlante. Un ringraziamento particolare a

Francesco Chiaradia

Patrizia Luongo

Francesca Romana Marta

Christian Morabito

Samuele Pelloni

Stefania Rossetti

e, come sempre, per il contributo di progettazione, idee e stimolo **Raffaella Milano**

Sonia Maria Luce Possentini è l'artista che illustra questa edizione dell'Atlante dell'Infanzia (a rischio). Nel corso della sua carriera ha ottenuto numerosissimi riconoscimenti, tra il cui premio Andersen e il premio Rodari. Collabora con diverse case editrici, soprattutto nel campo dell'editoria per ragazzi. "Ogni lavoro che decido di illustrare rappresenta una sfida: ogni storia ha un suo intimo rapporto con me stessa e il mio immaginario"; così Sonia Maria Luce Possentini riassume il suo approccio artistico, lo stesso che l'ha guidata nell'interpretare, attraverso un'esplosione di colori e di intrecci, ciò che succede nelle connessioni neuronali dei nuovi nati, che si sviluppano a un ritmo velocissimo proprio nei primi tre anni di vita.

Indice

Prefazione	6
Introduzione	8



SPAZI FUTURI

Chi saremo nel 2080	11
Caro bebè quanto costi	12 26



SPAZI PER NASCERE

La linea di partenza	29 30
L'Italia divisa in sala parto	33
Quel confine sottile tra efficienza clinica e violenza ostetrica	44
<i>di Francesca Romana Marta</i>	
Una giornata con... Fiocchi in Ospedale	46
L'ingiustizia della mortalità	48
Una giornata con... L'Ospedale Cardarelli	54
Pediatri non più soli	57
Una giornata con... Il Piccolo Principe	64
Consultori in cerca di identità	68



SPAZI PER CRESCERE

Imparare la genitorialità	74
Scrittori & culle <i>di Mara Pace</i>	77
Interferenze tecnologiche	83
Il congedo del padre	88
La voce delle storie <i>di Caterina Guzzanti</i>	91
Chi è più istruito tra lui e lei	92
Più piccoli e più poveri	95
Crescere dietro le sbarre	105
Il maltrattamento nella prima infanzia <i>di Stefania Rossetti</i>	108
Leggere prima di leggere <i>a cura della Rivista Andersen</i>	110



SPAZI DI INCONTRO

	119
Il villaggio nido	120
Gli integrati da 0 a 6	126
Lo spazio che educa	130
Progetti che regalano futuro <i>di Mario Cucinella</i>	135
I sensi all'erta nell'outdoor	136
Focus PNRR	138



SPAZI DA ABITARE

	149
I luoghi che contano	150
La magia del cantiere <i>di Carlo e Renzo Piano</i>	153
Prigionieri di un'isola di calore	154
L'attacco degli invisibili	161
La città proibita	166
Il rammento delle periferie	174
Conclusioni	180
Note	182

Prefazione

C'è un gioco che, da piccoli, probabilmente abbiamo fatto tutti. Ci mettevamo faccia al muro e spalle ai nostri coetanei e gridavamo *Un, due, tre... stella!*, per poi voltarci velocemente. I nostri amici, nel frattempo, dovevano avanzare verso di noi, senza farsi sorprendere nel movimento. Se li vedevamo muoversi, dovevano arretrare e ricominciare da capo il loro piccolo cammino. Mi sono sempre chiesta perché dicevamo "stella" e cosa c'entrasse l'astronomia con quel gioco. Da grande ho capito che i corpi celesti non c'entravano nulla, ma che il vero nome del nostro passatempo – poi trasformatosi per forme dialettali – era "Un, due, tre... stai là!", in cui lo *stai là* esprime il perfetto senso del gioco: stai fermo, non devi muoverti, non puoi avanzare perché se ti vedo sei penalizzato.

È quello che sta succedendo all'infanzia oggi: bambini e bambine che cercano di iniziare il loro cammino nei primissimi anni di vita e che troppo spesso vengono fermati. Stai là, non stella. Ma non c'è niente che somigli alla magia o al sogno: quello che vivono i bambini e le bambine in Italia oggi è qualcosa che sembra, invece, sempre di più un continuo fermarsi e ripartire, sperando di poter arrivare il più lontano possibile. E in tanti, troppi, restano fermi ai blocchi di partenza, perché nascono con una zavorra troppo pesante, quella delle disuguaglianze che si trascinano di generazione in generazione.

L'Atlante dell'Infanzia (a rischio) di quest'anno ci racconta l'Italia dei piccolissimi, di quei bambini che vengono al mondo in un Paese fragile, in cui l'ascensore sociale sta precipitando velocemente. È in questo contesto che i primi mille giorni di vita si trasformano da essere una grande opportunità per far fiorire interessi e capacità a diventare un percorso a ostacoli, che lascia indietro e penalizza quelli che nascono nei contesti più fragili.

Durante la prima infanzia si inizia a conoscere e capire il mondo, se stessi, gli altri. Economisti, neuroscienziati e sociologi affermano che le competenze necessarie per crescere e vivere nel XXI secolo - cognitive, socio-emozionali e fisiche - si formano, in larga misura, a partire dalla nascita e prima di frequentare la scuola, seguendo un processo cumulativo. Proprio per questo le disuguaglianze tra i bambini, per quanto riguarda l'acquisizione di capacità e competenze, si formano ben prima di varcare la porta della scuola dell'obbligo.

Le prove prodotte dalle neuroscienze sull'importanza delle esperienze positive nella prima infanzia per un pieno sviluppo del cervello sono, dunque, evidenti, eppure questa fase del ciclo di vita riceve concretamente poca attenzione nelle politiche pubbliche. Nonostante gli studi dimostrino che i bambini esposti a difficoltà prolungate nei primi mesi della loro vita si ritrovino poi in età adulta ad essere meno capaci di affrontare le sfide future e che molti dei principali problemi di salute sperimentati nella vita adulta siano legati alle esperienze dei primi 1000 giorni, raramente gli investimenti prioritari riguardano i servizi per bambini e famiglie in questo periodo così delicato. La salute e i diritti del singolo bambino o dei gruppi a maggiore rischio evolutivo sono

interconnessi con temi sociali più ampi e complessi e il sostegno, con adeguati investimenti, può avere ricadute significative sul benessere dell'intera comunità sociale. Il premio Nobel per l'economia James Heckman sostiene, ad esempio, che investire in educazione di qualità per la primissima infanzia genera benefici sociali ed economici per la società, così da diventare "adulti più autonomi e capaci di impegnarsi nella vita in modo attivo", persone "capaci di impegnarsi con gli altri". Secondo il Nobel i benefici si osservano, a ricaduta, persino sulle seconde generazioni. Non si tratta ovviamente di dare un valore economico alla vita di un bambino, ma di capire quanto è fondamentale investire sulla loro primissima infanzia per generare un circolo virtuoso che avrà ricadute sull'intera comunità. Proprio a partire da quelle più svantaggiate e marginalizzate.

Di fronte a tutto questo, Save the Children ha attivato dal 2022 il programma Poli Millegiorni in diverse aree del territorio italiano caratterizzate da carenza di servizi educativi per la prima infanzia e alti livelli di vulnerabilità socioeconomiche. Il programma sperimenta poli educativi multidisciplinari in favore di bambini e bambine tra 0 e 6 anni e dei loro genitori. Ad oggi sono già attivi sei progetti territoriali nelle città di Bari, Catania, Locri, San Luca, Tivoli e Moncalieri, realizzati in partenariato con gli enti pubblici e le associazioni del territorio. Si tratta di un intervento che è sempre più strategico e che vuole essere al fianco di quei genitori che si trovano a dare alla luce i propri figli in situazioni di forte marginalità. Per questo motivo abbiamo voluto che nascesse un nuovo Polo Millegiorni anche a Caivano, nella zona del Parco Verde, nota alle cronache per drammi gravissimi che hanno coinvolto bambine e adolescenti.

È da quei luoghi che bisogna ripartire, è lì che bisogna esserci, accanto a quei genitori che hanno bisogno di sostegno e di uno spazio, fisico e mentale, che possa proteggere i loro figli e dare loro nuove prospettive. In particolare, nel Polo vengono offerti un servizio educativo mattutino per i bambini da 0 a 3 anni e laboratori educativi settimanali per genitori e bambini da 0 a 6 anni (accompagnamento alla lettura e intelligenza numerica, psicomotricità, attività sportive), che possono essere l'occasione per i nuclei di ritrovarsi in uno spazio a loro dedicato. Sono attivati sportelli aperti alle famiglie dove si svolgono azioni di sostegno alla genitorialità e incontri con gli attori del territorio, al fine di costruire una rete di servizi rivolti alla cura, al supporto e presa in carico dei nuclei più vulnerabili.

Ecco quindi che "Un, due, tre... stella!" non equivale più a "stai là". È questa l'opportunità che bisogna dare ai bambini e alle bambine sin dalla loro nascita: non farli rimanere fermi, ma dare loro la possibilità di guardare alle stelle e sognare, realizzando così il loro pieno potenziale.

Daniela Fatarella
Direttrice Generale
Save the Children Italia





Introduzione

Lo sfoglia pagine

I primi anni di vita passano veloci e di essi difficilmente ne serbiamo il ricordo, né ci soffermiamo troppo a pensarli in età adulta. Eppure sono i più importanti di tutta l'esistenza.

Lo sono per lo sviluppo cognitivo, per le opportunità e gli stimoli che si ricevono o vengono negati, per la salute fisica e per il benessere mentale.

Il punto di partenza, però, non è uguale per tutti, dipende dalle condizioni sociali, economiche, culturali che marcano i territori e dalle disuguaglianze che possono segnare la nascita e la crescita. Proprio per l'importanza di questo periodo, abbiamo deciso di dedicare la XV edizione dell'Atlante dell'Infanzia (a rischio) in Italia ai primi tre anni di vita e a ciò che li precede.

Nella prima sezione dell'Atlante abbiamo voluto indagare l'aspetto demografico della società italiana con uno sguardo al futuro che ci proietta lungo una traiettoria di progressivo invecchiamento del Paese e di lenta erosione delle nascite, con famiglie che già oggi hanno cambiato pelle, hanno assunto multiple forme, modificando il modello tradizionale di famiglia. Raccontare l'Italia

di chi nasce oggi ci ha portato anche in territori, paesi, borghi dove i bambini e le bambine non nascono più e in qualche angolo della nazione che ancora non ha conosciuto l'inverno demografico.

Scrivere di chi è molto piccolo significa raccontare il mondo che lo circonda, la madre che lo partorisce, i genitori che lo accudiranno.

Nella seconda sezione di questo Atlante ci accostiamo, perciò, al mondo delle neomamme per seguirle nei nove mesi della gravidanza e analizzare, attraverso loro, il "percorso nascite" in bilico tra due opposte tendenze. Spesso si verifica un'eccessiva medicalizzazione con scarso ascolto della voce delle donne nelle fasi della gestazione e del parto. In parallelo esiste una carenza di strutture, dipendenti anche da divari territoriali, e non di rado uno scarso "accompagnamento" per chi ha una gravidanza a rischio, fragilità importanti o è un neonato bisognoso di cure mediche.

Mai come nei primi anni di vita, il ruolo dei genitori è così importante. "Responsiva" è l'aggettivo che abbiamo accostato al sostantivo genitorialità, a indicare la reattività e il flusso di risposte che il ruolo paterno e materno richiedono nel momento in cui le connessioni neurologiche del nuovo nato si creano velocissimamente e i suoi

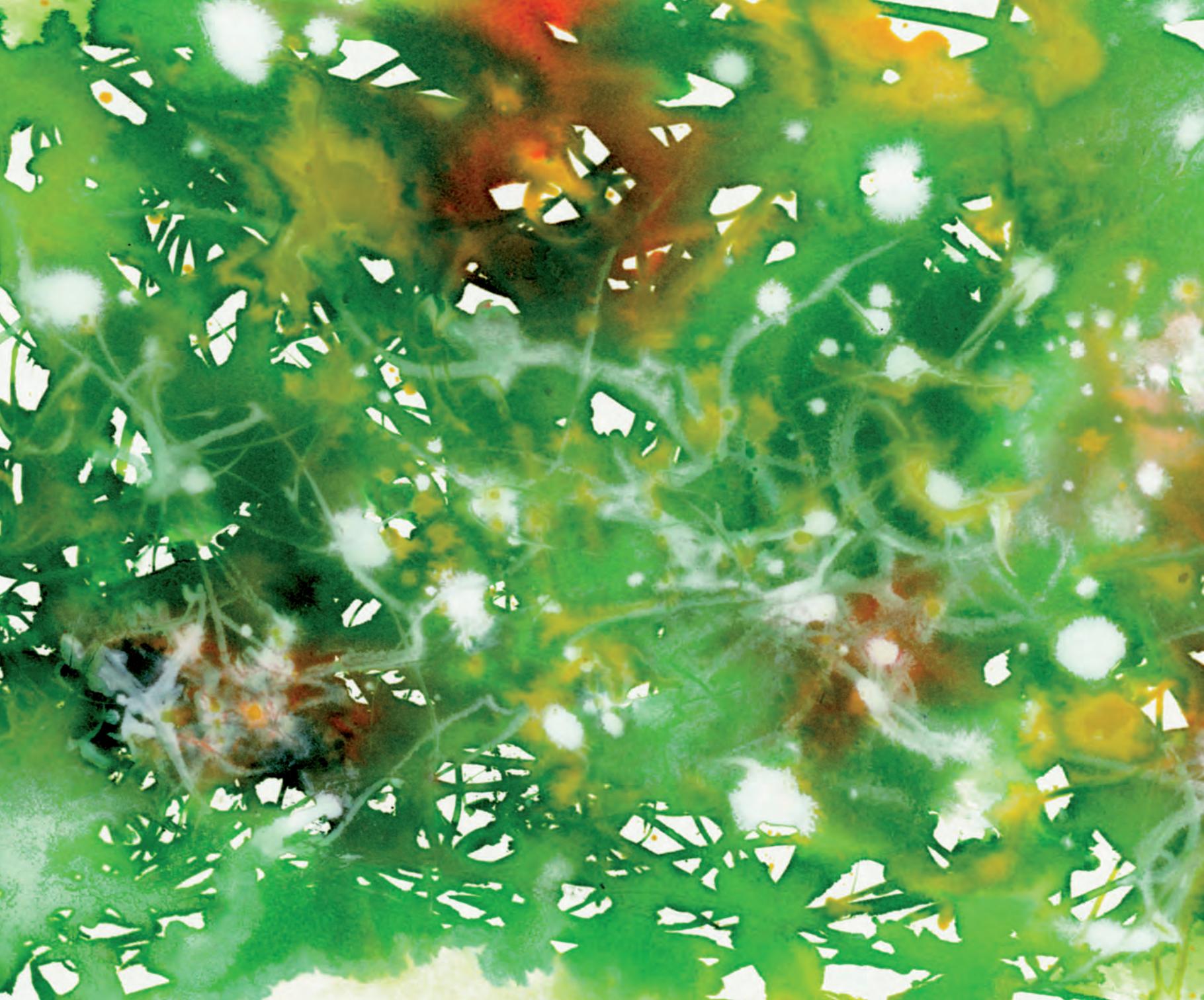
bisogni di “risposta” affettiva e di stimolo crescono rapidamente. Esserci per riconoscere i suoi segnali. A questo tema è dedicata la terza sezione dell’Atlante con un’analisi dei ruoli dei genitori, dei loro diritti, qualsiasi sia la famiglia che hanno formato. È una fotografia della “genitorialità responsiva”, ma è anche un’indagine sulle famiglie dove la povertà condiziona le azioni e occupa i pensieri.

Troverete spesso ripetuta, in apertura delle sezioni, la parola SPAZIO, la più adatta ad affermare il valore e il bisogno di un “luogo” simbolico e reale, naturale e costruito, in cui insediarsi per crescere. Tra gli spazi più importanti vi è quello educativo che coincide, per i piccolissimi, con lo spazio del nido, quando si sperimenta la cura di altre mani e di altre figure e ci si addestra alla socialità tra pari in un servizio ancora oggi non disponibile o accessibile a tutti ma che, proprio e soprattutto per il suo valore educativo, dovrebbe esserlo. A questo tema, con l’aiuto di tante voci, abbiamo dedicato la quarta sezione con un focus, in collaborazione con SVIMEZ, anche sugli investimenti del PNRR.

Come sempre ci accompagna nell’esplorazione del pianeta infanzia, la rivista Andersen con i suoi consigli di lettura sul tema e la sua analisi di come il mondo dei più piccoli si riflette nelle storie.

Abbiamo invitato a scrivere per noi Mario Cucinella, l’architetto di luoghi educativi simbolo come il nido di Guastalla; l’autrice e attrice Caterina Guzzanti che ci racconta la magia della lettura a voce alta, un dono da fare fin dai primi giorni di vita. E ci sono le osservazioni di Carlo e Renzo Piano, figlio scrittore e padre architetto, che riflettono per noi sul costruire come attività ancestrale praticata anche dai più piccoli, potente sinonimo “di edificare che è fiducia nel futuro”.

L’Atlante, in questo viaggio immaginario fatto tenendo per mano un bambino e una bambina, si conclude con una quinta sezione scritta osservando il nostro territorio così diseguale per condizioni e offerta di servizi, di opportunità di vita e di bellezza. È un viaggio nelle città spesso ostili ai bambini, con pochi spazi per loro che sono anche tra i più esposti alle ondate di calore e all’inquinamento. Il nostro viaggio ci ha portato, come in ogni edizione dell’Atlante, nelle periferie dove maggiore è la presenza dei nuovi nati: sono territori spesso difficili ma ricchi di proposte da parte di una società civile che non disarma. E che, come in un gioco di magia, riesce a volte a farle rifiorire.





SPAZI FUTURI

“ Il punto di
domanda è
un gancio
per la testa ”

D. 4 anni

Chi saremo nel 2080

L'allarme sull'inverno demografico italiano risuona da tempo. Si fanno sempre meno figli e sempre meno donne sono in età fertile. Anche le famiglie cambiano, sono più piccole, più atomizzate. Tanti, tra i più giovani e i più istruiti, emigrano, costruendo altrove il proprio progetto di vita. Non che l'Italia sia un caso isolato, anche l'Europa vive il suo inverno demografico, ma in alcuni Paesi l'inverno è più mite, la contrazione della natalità è minore, seppure non in grado di ribaltare la prospettiva di un'Europa "vecchio continente". Sarà in grado la piccola fetta di appena il 2% di popolazione italiana che nel 2023 aveva tra 0 e non ancora 3 anni di proiettarci nel futuro? A 26 anni Albert Einstein aveva impresso una svolta fondamentale alla storia della fisica, a 20 anni Guglielmo Marconi aveva dato il via alla rivoluzione delle trasmissioni via radio, mentre Marie Curie a 30 anni già era sulla buona strada con le ricerche sulla radioattività che la porteranno al Nobel per la fisica, prima donna nella storia a conquistarlo. Ci saranno nuovi Einstein o novelle Marie Curie nel nostro futuro o saranno tutti, giovani e meno giovani, impegnati a sostenere la cura e il peso degli anziani di un Paese tra i più longevi al mondo (e questa è, comunque, una buona notizia) e più rapidamente invecchiati?

In Italia nascono ormai meno di 400 mila bambini e bambine all'anno, 379 mila nel 2023, a fronte di 660 mila decessi, e da anni il "saldo naturale" della popolazione è negativo e non del tutto compensato dall'immigrazione¹. Istat evidenzia "tendenze la cui direzione parrebbe irreversibile, pur se in un contesto nel quale non mancano elementi di incertezza"². L'allarme da tempo preoccupa la politica. Un'Italia invecchiata è destinata a contare meno anche sugli scenari internazionali, oltre che ad arrancare economicamente. Di qui la costituzione, quest'anno, di una Commissione parlamentare d'inchiesta incaricata di analizzare i trend demografici nazionali e i loro effetti socioeconomici³. I dati presenti e futuri disegnano un'Italia destinata ad abbandonare la tipica struttura a piramide della popolazione, sostituendola con l'immagine di un fungo dall'ampio cappello sostenuto da un fragile gambo.

Secondo le previsioni dell'Istat, la popolazione residente è in decrescita: da circa 59 milioni al 1° gennaio 2023 a 58,6 milioni nel 2030, a 54,8 milioni nel 2050, fino a 46,1 milioni nel 2080, se si considera uno scenario mediano, cioè né troppo "ottimista" né decisamente "pessimista". Colpisce, ancor di più, l'ampliamento dello squilibrio tra la generazione dei bambini e ragazzi al di sotto dei 18 anni e la generazione più anziana (dai 65 anni in su). Oggi la fascia dei minorenni rappresenta solo poco più del 15,3% del totale della popolazione, ma nel 2050 si potrebbe assottigliare al 13,5%, per poi mantenere un valore quasi stabile nel 2080 (13,8%), mentre è destinato a crescere il peso relativo degli anziani (dall'attuale 24% al 34,5% del 2050, al 35,4% del 2080, sempre in un'ipotesi mediana)⁴.



FAMIGLIE NATURALI?

"Se esistesse uno schema immutabile di 'famiglia naturale' dovremmo trovarlo universalmente presente sia in tutte le culture umane sia nel corso dell'intera storia della nostra specie, e invece sappiamo che non è così: fin dagli albori della vita sulla Terra sono stati sperimentati modelli assai eterogenei e contrastanti di famiglia e di non-famiglia": con queste parole la rivista *Micromega* (4/2024) ha presentato un suo numero dedicato all'istituzione familiare con contributi di Chiara Saraceno, Telmo Pievani, Fabrizio Tonello e numerosi altri studiosi. Da tempo sul tema si è espressa anche la Società Italiana delle Storie con il documento "La famiglia 'naturale' non esiste" (2019).



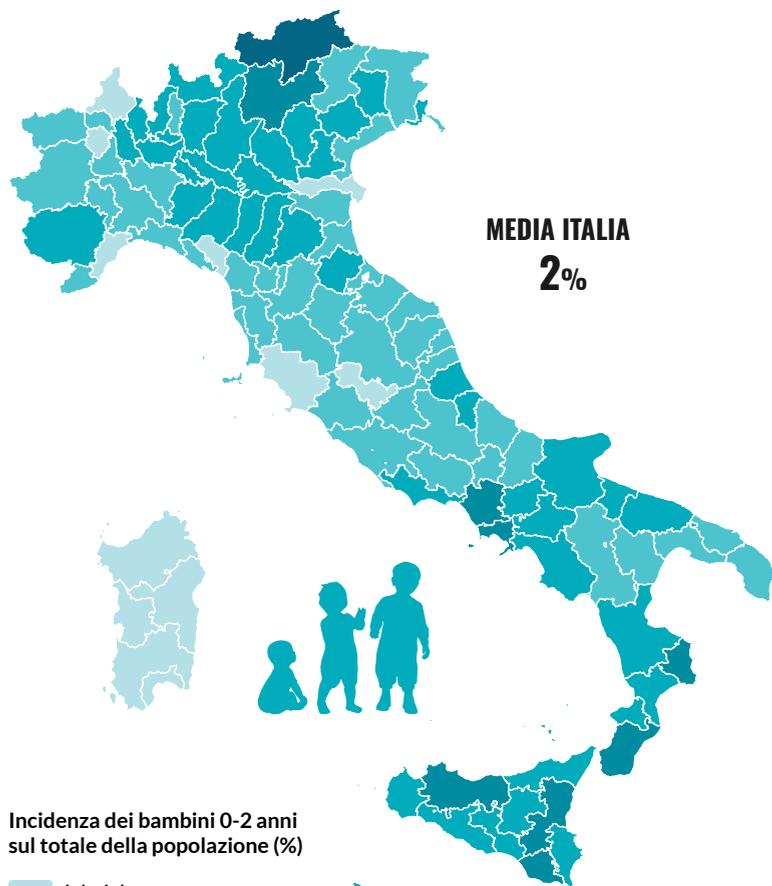
iStock.com/Tero Vesalainen

Anche le famiglie cambieranno: tra venti anni saranno più frammentate, più piccole, con una convergenza Nord-Centro-Sud rispetto al numero medio dei loro componenti, che sarà circa di due persone. Già oggi le famiglie sono cambiate. La coppia sposata con figli non è più il modello che domina incontrastato. Essa ha perso terreno a favore di coppie conviventi con o senza figli, di nuclei monogenitoriali, soprattutto madri sole con figli, di famiglie ricostituite, mentre escono dal limbo in cui erano relegate le coppie omogenitoriali, di cui forte si avverte l'eco delle necessarie battaglie per una parità di diritti dei loro figli. Cresce, soprattutto tra i giovani genitori, la tendenza a non sposarsi (24% tra chi ha almeno un figlio sotto i 3 anni), mentre le famiglie monogenitoriali con bambini piccolissimi sono ormai il 14%, fenomeno che riguarda quasi esclusivamente le donne (12,4%), essendo la quota di padri "genitori unici" con bambini molto piccoli di appena l'1,6%⁵.

Geografie demografiche

Incidenza dei bambini 0-2 anni sul totale della popolazione

Anno: 2023 - Fonte: ISTAT



Incidenza dei bambini 0-2 anni sul totale della popolazione (%)

- 1,4 - 1,6
- 1,7 - 1,9
- 2,0 - 2,2
- 2,3 - 2,5
- 2,6 - 2,8

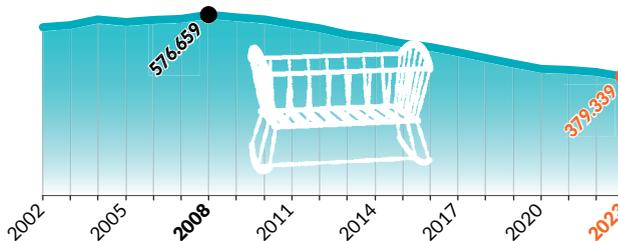
Comuni sopra i 1000 abitanti con la più alta percentuale di bambini 0-2 anni

Fonte: Elaborazioni IFEL per Save the Children Anno: 2023



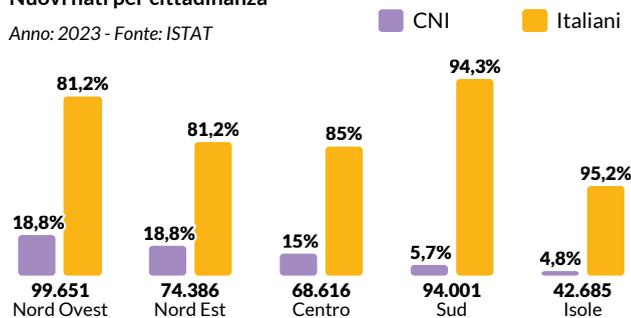
I nuovi nati anno per anno

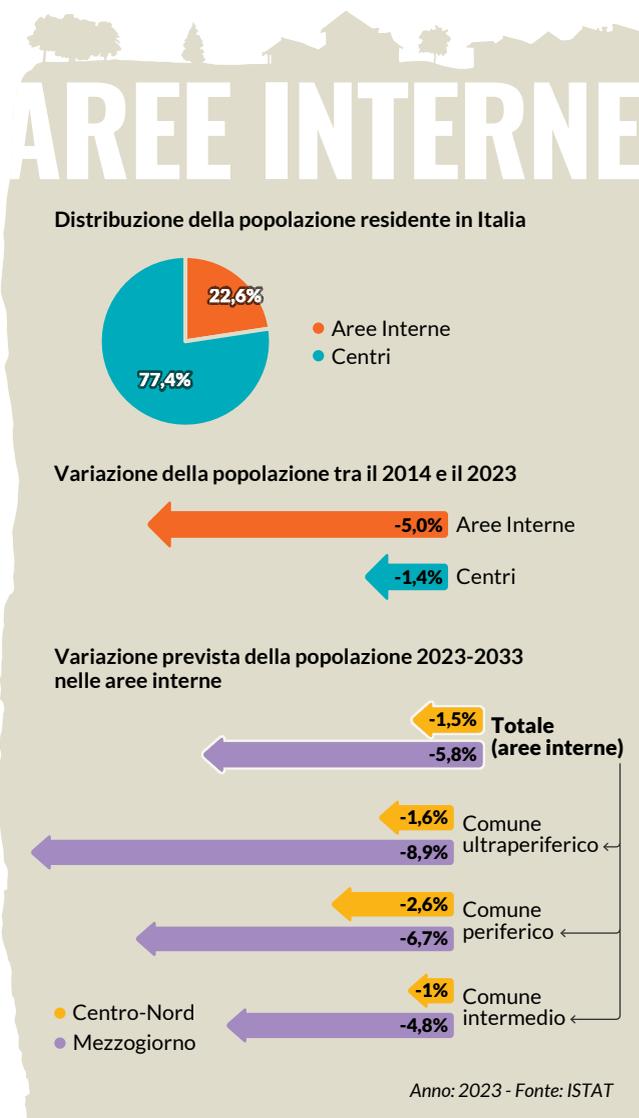
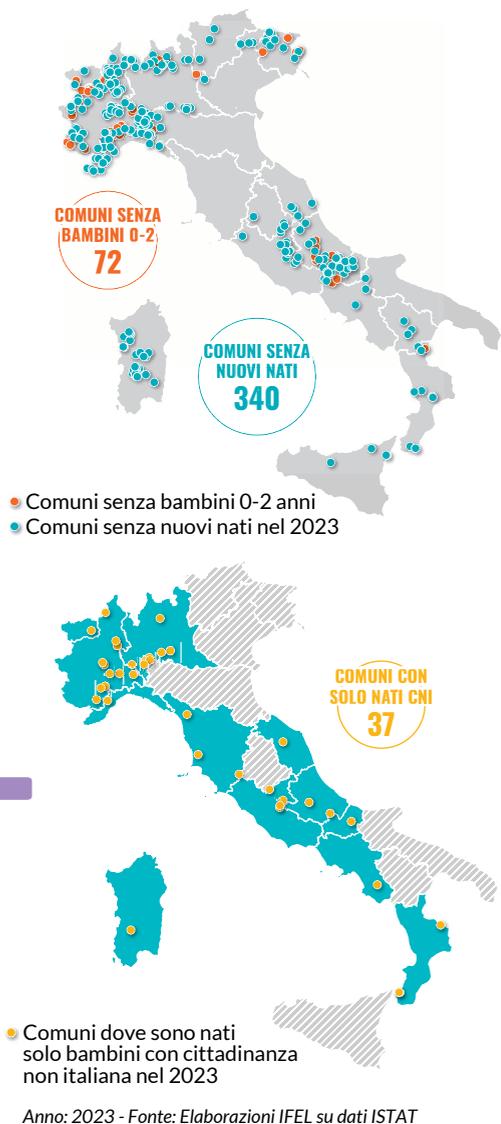
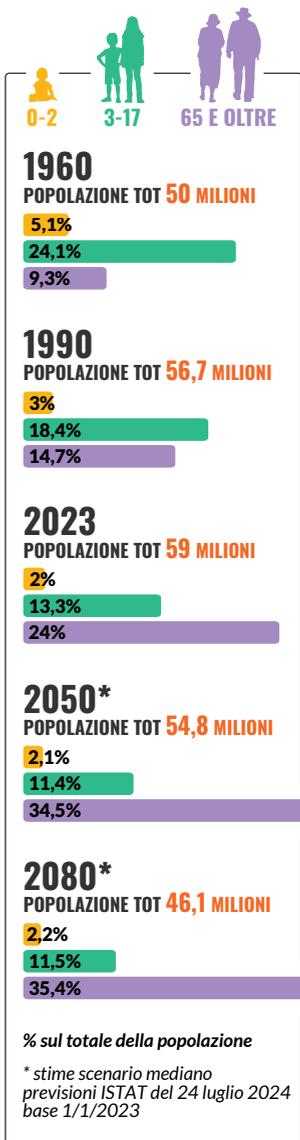
Anno: 2023 - Fonte: ISTAT



Nuovi nati per cittadinanza

Anno: 2023 - Fonte: ISTAT





Ben diversa la fotografia dell'Italia degli anni Sessanta, gli anni del boom economico, delle fabbriche che andavano a pieno ritmo, delle Seicento stipate di famiglie piene di bambini, ma anche di un orizzonte femminile chiuso tra le mura domestiche. Nel 1960, i minorenni 0-17enni erano, infatti, il 29,2% della popolazione e i piccoli sotto i 3 anni arrivavano al 5,1%, a fronte di un esiguo 9,3% di popolazione over 65. Quasi un residente su tre era minorenni e solo un residente su dieci era anziano. Il Sud, in questa istantanea demografica, faceva la parte del leone⁶. Ne scrive il demografo Massimo Livi Bacci: "Nel 1970, la demografia del Mezzogiorno non aveva ancora smarrito la sua tradizionale vivacità. Le donne meridionali mettevano al mondo una media di tre figli, quasi uno in più rispetto al resto del paese, e assicuravano una robusta crescita della popolazione. La questione meridionale, mezzo secolo fa, aveva ancora una natura demografica: natalità alta, forte crescita della popolazione attiva, emigrazione verso il nord del paese e del continente. Il 1970 mise fine al rigoglioso ciclo demografico del dopoguerra: da allora, la riproduttività ha iniziato a declinare, raggiungendo in anni recenti, i livelli del Centro Nord, da tempo tra i più bassi d'Europa"⁷. Già nel 1990 la proporzione generazionale, in Italia, era cambiata: su 100 residenti, 21,4 erano minorenni, solo 3 avevano da 0 a 2 anni e 14,7 erano anziani. La popolazione totale però continuava ad aumentare. Poi nel 2012 avviene il capovolgimento: la crescita ormai lentissima della popolazione si ribalta e diventa negativa con cambiamenti molto rapidi⁸.

Nel 2002-2003, in Italia erano presenti poco meno di 2 milioni di famiglie con almeno un bambino sotto i 3 anni (1 milione 920 mila), l'8,7% del totale dei nuclei familiari con o senza figli. Vent'anni dopo, nel 2022-2023, i nuclei con almeno un bambino piccolo (sino ai 3 anni) si sono ridotti a meno di 1 milione e mezzo (1 milione 450 mila), ossia al 5,7% di tutte le famiglie. È mutata anche la "fotografia dei genitori": vent'anni fa erano italiani nel 93% dei casi, oggi una coppia su 4 con bambini 0-2 anni ha almeno un genitore di origine straniera⁹. Il demografo Alessandro Rosina, curatore del Rapporto Giovani 2024 "La condizione giovanile in Italia" dell'Istituto Giuseppe Toniolo (Il Mulino, 2024), ripercorre per noi questo graduale slittamento delle opzioni riproduttive sottese ai trend demografici: "Oggi avere figli è una scelta deliberata che ha bisogno di condizioni per realizzarsi, non come in passato quando il figlio semplicemente arrivava. Se chiediamo ai giovani italiani attorno ai vent'anni o anche prima, quando ancora non si confrontano con le difficoltà del futuro, quali sono i loro desideri e progetti, non c'è differenza rispetto ai coetanei europei, compresi i francesi dove la fecondità è più elevata che in Italia. Ma se la stessa domanda la poniamo a 25, 30, 32, 35 anni, via via si abbassa l'asticella. Nel confronto con le difficoltà oggettive del distacco dalla famiglia d'origine, con le incertezze economiche legate al lavoro, con le carenze di politiche, e anche osservando come vivono i coetanei che hanno fatto scelte procreative, chi desiderava avere tre figli dice due, chi desiderava due è contento di uno, chi ne voleva uno decide che in fondo si può realizzare anche senza figlio. Si tratta, sostanzialmente, di una strategia adattiva. Nel confronto con la realtà, il progetto iniziale di vita rischia di produrre frustrazione, quindi progressivamente lo si indebolisce per importanza e valore".

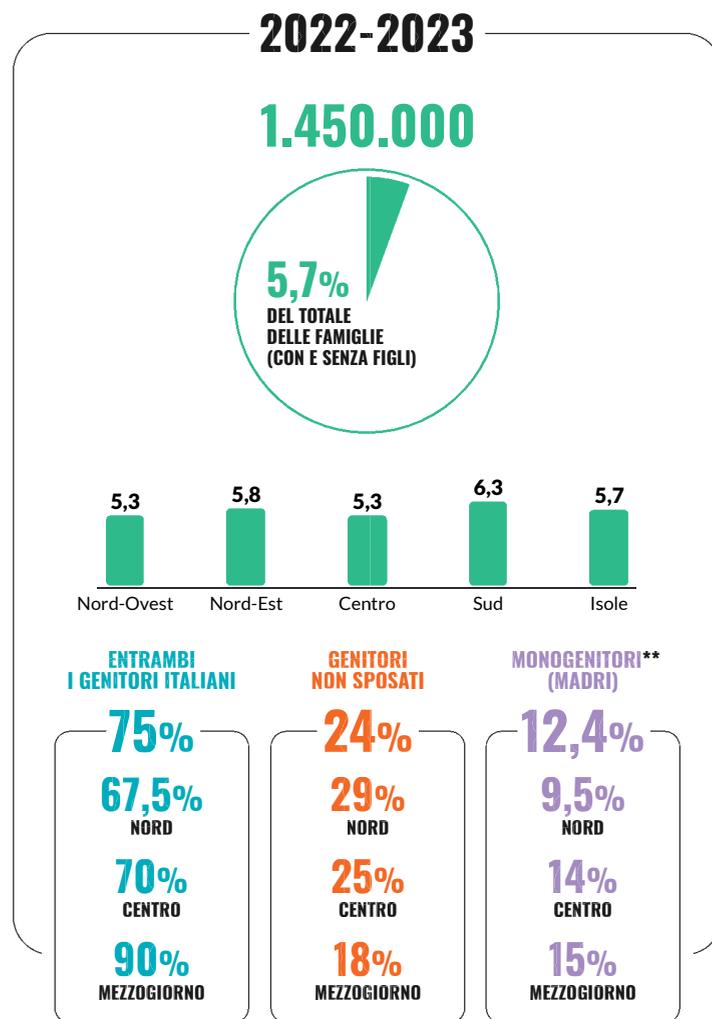
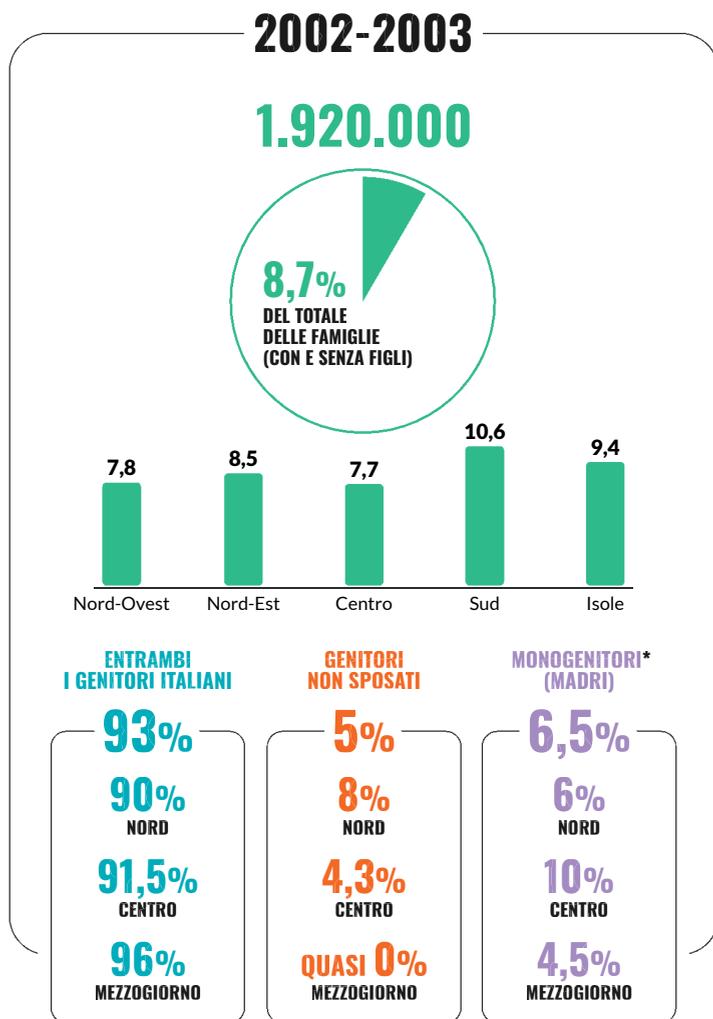


MINIMI STORICI

Nel 2023 il tasso di fecondità, registrato da Istat, è sceso a 1,2 figli per donna, anch'esso quasi un minimo storico e ben lontano da quel 2,1 che garantirebbe la stazionarietà della popolazione nel lungo periodo.

Famiglie con almeno un figlio 0-3 anni

Fonte: Elaborazioni ISTAT per Save the Children dall'Indagine Aspetti della Vita Quotidiana



*MONOGENITORI PADRI 0,5%

**MONOGENITORI PADRI 1,6%



Tra i molti fattori, pesa la sempre più lunga transizione dei giovani all'età adulta. Ne scrive l'Istat nel suo Rapporto annuale 2024: nel 2022, il 67,4% dei 18-34enni viveva in famiglia (erano il 59,7% nel 2002), con valori intorno al 75% in Campania e Puglia. Si posticipano anche matrimonio e procreazione. Nel 2022, l'età media al (primo) matrimonio era di 36,5 anni per lo sposo (31,7 nel 2002) e 33,6 per la sposa (28,9 nel 2002); quella della prima procreazione per le donne è salita a 31,6 anni, contro 29,7 anni nel 2002¹⁰. Di questa realtà "antagonista", la precarietà del lavoro, la scarsità dei percorsi di formazione e il rischio povertà per le persone under 35 rispetto a quelle over 65 sono parte integrante (sul tema della povertà si veda l'approfondimento nella sezione terza di questo Atlante) e chiamano in causa il posto dei giovani nel nostro Paese, stretti tra crisi demografica, flussi in uscita e un sempre più oneroso accesso a una stabile condizione abitativa, con un indice di sovraffollamento abitativo che in Italia, nel 2022, riguardava il 25,1% della popolazione, ben al di sopra della media europea (16,8%)¹¹.

Pesano anche le preoccupazioni per la gestione sociale della maternità e paternità. "I giovani temono la scarsa considerazione che la nostra società attribuisce all'essere genitori. Non sono tanto gli incentivi economici a fare la differenza, quanto la presenza di servizi, la possibilità per un neogenitore di fare un viaggio, di andare al ristorante, di pernottare in un albergo, di vivere anche al lavoro il suo essere padre o madre con agio. Nella nostra società, invece, al di là dei proclami, i bambini danno fastidio. Anche chi ha i mezzi economici e un buon lavoro teme la solitudine di questa condizione", ci dice la ginecologa Paola Pileri, che coordina il lavoro di sette consultori a Milano. La temono soprattutto le future madri su cui solitamente pesa il maggior carico di cura e il difficile compito di trovare un equilibrio tra casa e lavoro, quando il lavoro c'è e lo si potrà conservare anche dopo essere diventate madri. Né va dimenticato che, insieme alle variabili socioeconomiche, agiscono mutati modelli "culturali". Ne è convinta la sociologa Chiara Saraceno: "È diventato culturalmente legittimo – ci dice – affermare di non essere interessati a fare figli, sentirsi ugualmente realizzati e desiderare di fare altro nella vita". Nelle difficoltà del presente Ilaria Pitti, docente presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia all'Università di Bologna, intravede, però, una piccola luce: "Mi sembra ci sia una speranza nei tentativi dei giovani di ripensare la famiglia con relazioni di cura che si espandono alle reti amicali, per cui è possibile immaginarsi genitori contando sugli amici a cui affidare i figli in caso di necessità. Al momento i giovani stanno ri-immaginando il modo di stare in coppia e di fare famiglia. Il passo successivo, secondo me, potrebbe essere quello di ri-immaginarsi genitori", ci dice.



IL FUTURO DEI TEENS

A partire dall' "Indagine bambini e ragazzi – Anno 2023", Istat ha elaborato per Save the Children i dati specifici per la fascia 17-19enni, quella più prossima all'età adulta, suddivisi per genere. Da essi emerge come il timore del futuro già si affacci nella tarda adolescenza. Si tratta di una paura che, tuttavia, non blocca il desiderio di immaginarsi madri (72,3%) o padri (73,9%). Tra le ragazze, solo una su 10 dichiara di non volere figli, mentre per molte altre e altri il desiderio è avere una famiglia numerosa. Due figli è il numero ideale per 3 giovani su 5 (maschi o femmine), mentre sono più le femmine, quando desiderano avere figli, che immaginano di averne 3 o più. Un quarto di loro sogna, infatti, una famiglia numerosa.

Borghi senza nascite

Tra i dati demografici più recenti, alcuni, più di altri, hanno il potere di evocare scenari distopici. Nel 2023 i comuni italiani erano 7.904, in 340 di essi (tutti piccoli, sotto i 5.000 abitanti) non è nato nessun bambino e in ben 72 comuni non esistono bambini al di sotto dei 3 anni. A questi bisogna aggiungere i 37 comuni in cui nel 2023 non ci sarebbero stati nuovi nati se non ci fossero stati i neonati di origine straniera¹².

Piemonte, con le sue tante e impervie località montane, Abruzzo, Lombardia, ma anche Friuli-Venezia Giulia sono le regioni con il più alto numero di comuni senza bambini sino ai 3 anni¹³. Sono dati che i ricercatori di IFEL, l'Istituto per la Finanza e l'Economia Locale dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), monitorano con attenzione consapevoli del fatto che la crisi demografica, i fenomeni di spopolamento e di invecchiamento della popolazione impattano



IL PIÙ PICCOLO

Sono "piccoli" i comuni con una popolazione pari o inferiore alle 5.000 unità. Il comune più piccolo d'Italia è Morterone, in provincia di Lecco, con 32 abitanti. L'incidenza percentuale più elevata di piccoli comuni si registra in Valle d'Aosta, dove solo il capoluogo supera i 5.000 residenti. Seguono il Molise (94,1%) e il Piemonte (88,6%).

IFEL, *Piccoli comuni*, Marzo 2024



violentemente sugli equilibri interni e nel rapporto tra generazioni e aree territoriali. Se in decenni passati le migrazioni interne avvenivano lungo l'asse Sud-Nord, oggi un flusso consistente prende la strada che dai borghi e dai piccoli paesi porta verso le località di media grandezza e verso le grandi città, con una tendenza accentuata nel nostro Mezzogiorno, più esposto di altre zone a fenomeni di spopolamento e denatalità (si veda il box qui a fianco). Le ragioni che in questi anni hanno spinto tante persone a lasciare i propri territori d'origine ce le elenca Walter Tortorella, responsabile Dipartimento Economia Locale e Formazione di IFEL: "I comuni dove non ci sono bambini piccoli o dove non ci sono nascite presumibilmente hanno pochissime o nessuna persona in età feconda e sono abitati da una popolazione con un'età media molto alta. Va fatta anche una correlazione con il reddito medio disponibile che, sappiamo, influisce sulla natalità e, soprattutto, conta la presenza o meno di servizi. Basta a volte che chiuda l'unica farmacia del paese, che è il primo presidio sanitario di piccole realtà locali, perché si crei un sommovimento. Il lavoro non è la motivazione principale che spinge ad abbandonare il proprio comune, piuttosto lo si lascia perché si avverte di non avere pari diritti di cittadinanza, di non godere dei servizi sociosanitari e scolastici, di non poter contare su luoghi di ritrovo, su una rete infrastrutturale e di trasporti. Se chiude l'unico bazar o peggio il bar, quel comune è morto, non ha più un luogo dove la gente si ritrovi. È un cane che si morde la coda. I piccoli comuni sopravvivono a volte perché hanno una vocazione turistica estiva o da fine settimana, altrimenti neppure gli immigrati ci vanno a vivere perché loro, più di altri, hanno bisogno dei servizi di base, come la scuola a tempo pieno o il nido. La presenza o meno di bambini 0-3 anni è, infatti, molto legata ai servizi". I dati lo confermano: nei piccoli comuni al di sotto dei 5.000 abitanti, nel 2023, vivevano 629 mila stranieri, il 6,5% del totale dei residenti. Nei comuni con più di 5.000 abitanti tale percentuale raggiungeva il 9,2%¹⁴.

Guardando al futuro, Walter Tortorella, che con Francesco Monaco ha curato il volume "L'altra faccia della luna. Comuni ai margini tra quotidianità e futuro" (Rubettino, 2022), paventa un altro spettro: "Nel giro di meno di cinquant'anni si rischia di avere interi comuni dove non vivrà più nessuno", ci dice. Poco conta che una manciata di piccoli comuni abbia, ancora oggi, tassi di natalità superiori alla media (si veda il box "I comuni dei tanti bambini" a pag. 24), l'Italia minore, con i suoi splendidi borghi e paesi, rischia comunque di scomparire come tessuto vivo per tramutarsi in museo a cielo aperto, se non in territorio in rovina.



LA STRATEGIA SNAI

Per contrastare la marginalizzazione territoriale e il declino demografico, dieci anni fa è stata disegnata la Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI) che ha previsto interventi multisettoriali *place-based*: sono state individuate 72 aree di intervento che coprono complessivamente 1.070 comuni per un totale di 2.072.718 abitanti con uno stanziamento di 591 milioni di euro. Con la nuova programmazione dei fondi europei 2021-27, sono state poi ridefinite alcune aree interne e ne sono state aggiunte 56 nuove, che complessivamente coinvolgono altri 764 comuni, in cui risiede una popolazione pari a 2.056.139 persone. Complessivamente si tratta, quindi, di 124 aree di progetto, che coinvolgono 1.904 comuni, in cui vivono 4.570.731 abitanti.

AREE INTERNE

Le Aree interne sono costituite da piccoli Comuni (Intermedi, Periferici e Ultraperiferici), connotati da scarsa accessibilità ai servizi essenziali, opposti ai Centri (Poli, Poli intercomunali, Comuni di Cintura), dotati, invece, di infrastrutture che garantiscono tali servizi essenziali¹. L'Istat, che ha dedicato un approfondimento alla demografia delle Aree interne², sottolinea che, al 1° gennaio 2024, nelle Aree interne risiedono circa 13 milioni e 300 mila individui, circa un quarto della popolazione residente in Italia: un numero che si è ridotto negli ultimi 10 anni, più che nel resto del Paese: "Dal 1° gennaio 2014 al 1° gennaio 2024 la popolazione residente nelle Aree interne è poi diminuita del 5,0% (...), mentre quella dei Centri dell'1,4% (da 46 milioni e 300 mila a 45 milioni e 700 mila)".

Occorre poi distinguere i fenomeni demografici anche all'interno delle stesse Aree interne e tra Aree interne del Centro-Nord e Aree interne del Mezzogiorno. Tra il 2014 e il 2024, rileva Istat, "il declino demografico risulta generalizzato ad ampia parte del territorio nazionale ma con più evidente forza nelle aree periferiche (-6,3%) e ultraperiferiche (-7,7%)". Non solo, "la perdita di popolazione nelle Aree interne del Mezzogiorno (-6,3%, -483 mila individui) è più

intensa rispetto a quella nelle Aree interne di Nord e Centro dove la diminuzione è, rispettivamente, del 2,7% e del 4,3% (oltre -100 mila individui per entrambe)". Guardando al futuro, Istat ha stimato che, nei prossimi 10 anni (dal 2024 al 2033), se è vero che la popolazione nel nostro Paese scenderà da 59 milioni (1° gennaio 2023 anno base) a 58,2 milioni nel 2033 (-1,4%), tale calo risulterà più accentuato per i Comuni delle Aree interne (3,8%) rispetto ai Comuni dei Centri (-0,7%). In particolare i Comuni Ultraperiferici del Mezzogiorno potrebbero vedere una contrazione dell'8,9% della popolazione attuale.

Il flusso migratorio tra Aree interne e Centri è stato consistente negli ultimi 20 anni "con una perdita complessiva,

dovuta allo scambio tra aree pari a poco meno di 190 mila residenti delle Aree interne, equivalenti alla scomparsa di una città come Taranto". In particolare, Istat stima che in questo periodo (2002-2023) le Aree interne abbiano perso circa 160 mila giovani laureati (25-39enni). Ma il calo di popolazione, nelle Aree interne è soprattutto legato al crollo delle nascite e alla presenza di una popolazione invecchiata³.





I ragazzi sono partiti

I demografi ritengono che i futuri flussi migratori non possano controbilanciare il segno negativo della dinamica naturale, anche se ogni previsione – avverte Istat – è azzardata, perché sono troppe le variabili difficilmente prevedibili: “spinte migratorie nei Paesi di origine, attrattività del Paese sul piano economico-occupazionale, instabilità del quadro geopolitico internazionale caratterizzato da crisi belliche e dal potenziale innesco di periodi di recessione economica alternati a periodi di ripresa” sono gli elementi che i ricercatori dell’Istat individuano come variabili di cui è difficile prevedere la traiettoria¹⁵.

Nei primi anni del duemila, l’apporto alle nascite da parte dei migranti arrivati da poco in Italia e le migliori prospettive economiche avevano contribuito ad un aumento di nuovi nati fino al picco di oltre 576 mila neonati nel 2008. Poi il loro numero è costantemente diminuito con molte diversità territoriali. Nel Nord, ad esempio, nel 2023, il 18,8% dei nuovi nati aveva cittadinanza non italiana (quindi entrambi i genitori stranieri), mentre al Centro questa quota è stata del 15% e nel Mezzogiorno solo del 5%¹⁶.

In parte si tratta di un adattamento agli stili di vita del Paese di approdo, ma molto dipende anche da trend economici e sociali che li hanno spinti ai margini. “Nel 2022, tenendo conto delle differenze di composizione tra le famiglie, il reddito disponibile medio degli adulti stranieri era circa due terzi di quello degli italiani” scrive in Doppiozero Andrea Brandolini, Vice Capo del Dipartimento Economia e Statistica della Banca d’Italia¹⁷. A ciò si aggiunge la debolezza delle reti sociali e familiari tanto più avvertita nel momento in cui si progetta di fare un figlio. “Ciò che non funziona nelle politiche generazionali e di genere in Italia incide ancora di più sui giovani e le donne stranieri perché possono contare meno su un *welfare* informale e su una comunità di riferimento. Quindi c’è una convergenza dei comportamenti procreativi che procede abbastanza velocemente”, ci sottolinea il demografo Alessandro Rosina.

Inevitabile che, pur restando più elevato l’apporto degli immigrati alle nascite rispetto a quello degli italiani, la tendenza sia all’allineamento. Lo conferma anche l’Istat: “Il contributo delle migrazioni alla dinamica demografica si è ridotto nell’ultimo decennio, i flussi migratori caratterizzati dalla realizzazione di progetti di vita nel nostro Paese hanno via via lasciato il posto a quelli dettati dall’emergenza. Nel contempo è ripresa l’emigrazione dei cittadini italiani”¹⁸.



LE PROSPETTIVE DI LAVORO

Nelle sue Considerazioni Finali sulla Relazione Annuale 2023, il Governatore della Banca d’Italia, Fabio Panetta, dedica un paragrafo al calo demografico e alle risposte del mercato del lavoro ricordando come da qui al 2040 il numero di persone in età lavorativa diminuirà di 5,4 milioni di unità, malgrado un afflusso netto dall’estero di 170.000 persone all’anno. Questa contrazione si tradurrebbe in un calo del 9% del PIL pro capite. Più ingressi per lavoro dall’estero potrebbero contribuire a rilanciare l’occupazione in Italia, contrastando il calo demografico.

Quando si parla di flussi migratori si pensa, di solito, a chi fortunatamente, spesso a rischio della vita, approda nel nostro Paese. Molto meno si ha in mente la fuoriuscita di quella platea di giovani italiani che ha lasciato l'Italia: tra il 2008 e il 2022 sono 525.000, in prevalenza laureati, attratti dalle migliori opportunità di reddito e lavoro e, almeno in Europa, dalle più generose politiche familiari. Solo un terzo di loro è, successivamente, rientrato in Italia¹⁹. A lanciare l'allarme su uno squilibrio generazionale sempre più profondo anche a causa di questo drenaggio di risorse, è la voce autorevole del Governatore della Banca d'Italia, Fabio Panetta, che nelle sue Considerazioni finali sul 2023 ha sottolineato come, negli anni 2000, siano stati migliaia i giovani che hanno cercato migliori prospettive di lavoro all'estero.

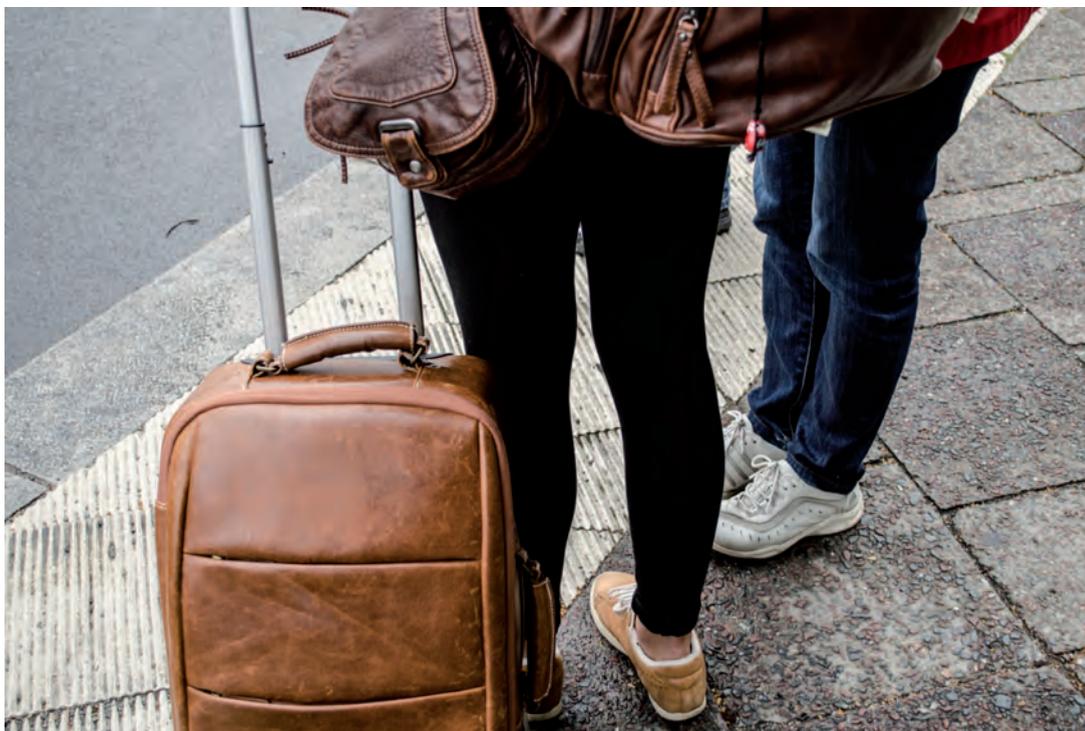
Al di là dell'attrazione cosmopolita e della mobilità che manifestano le giovani generazioni, pesano, sulla loro scelta di espatrio, considerazioni economiche e la ricerca di migliori opportunità di lavoro e di vita. "Se si considera per esempio la prospettiva di un giovane che voglia formare una famiglia, nel 2022, a parità di costo della vita, il reddito disponibile (quindi comprensivo dei trasferimenti sociali e al netto delle imposte) di una coppia con un bambino era in media più alto che in Italia del 19% in Svezia, del 25% in Francia, del 33% in Germania e di oltre il 40% in Austria e nei Paesi Bassi", scrive Andrea Brandolini²⁰.

Forse sarebbe necessario mettersi in ascolto dei giovani, delle loro richieste e dei loro bisogni, offrire migliori condizioni abitative, di reddito, di conciliazione, per trattenerli in Italia e cercare, anche con la loro presenza, di fronteggiare l'inverno demografico.



FANTADEMOGRAFIA

"Fantascienza e demografia" è un e-book curato da Alessio Fornasin e Francesco Scalone, scaricabile gratuitamente, che indaga i principali filoni che hanno rappresentato, in modi immaginari e futuribili, gli andamenti della popolazione: dalla fantascienza sociologica a quella catastrofica, dalla Space Opera al Cyberpunk, analizzando opere di autori vissuti dall'Ottocento ai giorni nostri.



I COMUNI DEI TANTI BAMBINI

Se consideriamo la quota dei bambini e delle bambine da 0 a 2 anni residenti, la media italiana è di un misero 2% sul totale della popolazione, ma in circa 200 comuni, piccoli e medi, questa quota supera il 3%. Escludendo i comuni piccolissimi con meno di 200 abitanti, è Platì, in Calabria, il comune con la quota più elevata di bambini 0-2 anni (4,78% della popolazione) e ai primissimi posti troviamo anche un comune con poco più di 5.000 abitanti in Sicilia, Camporotondo Etneo, con il 4% di bambini piccoli. La gran parte dei comuni con quote elevate di bambini nei primi 1000 giorni di vita si trovano in Alto Adige, unica area del Paese che non ha mai sperimentato l'inverno demografico¹.

Guardando alla mappa provinciale, le province con la più elevata quota di

bambini sotto i 3 anni, dopo la provincia di Bolzano (2,78%), si collocano nel Mezzogiorno: Ragusa, Caserta, Catania e Napoli, appena sopra il 2,4%². Si tratta di aree del Paese in cui la piramide demografica si è ribaltata più lentamente e la popolazione in età fertile non si è ancora ridotta fortemente come nel resto d'Italia, in parte perché qui più a lungo ha prevalso un modello familiare ancorato a ruoli di genere tradizionali, basati sulla famiglia numerosa, allargata a più generazioni.

Vi sono, poi, realtà in cui le politiche di accoglienza verso i rifugiati e i nuovi arrivati di origine straniera hanno ribaltato il trend demografico trasformando paesi in "agonia" in centri vitali, con una popolazione giovane e dove nascono bambini e

bambine. Un esempio noto a tutti è quello di Riace, paese calabro, assunto a simbolo di accoglienza con Mimmo Lucano, artefice di quella rinascita che, dopo lunghe traversie giudiziarie, è stato prosciolto da ogni accusa.

A pochissimi km di distanza da Riace, nel cuore della Locride, in bilico tra il mare e la collina, c'è Camini, paese quasi spopolato che è tornato a vivere grazie all'arrivo di rifugiati e di persone di origine straniera. La storia di Camini ce la racconta Rosario Zurzolo, responsabile di Eurocoop, cooperativa sociale del terzo settore: "Nel 1999 ho fondato la cooperativa per favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati: nel 2011, con l'arrivo dei primi ragazzi dalla Costa d'Avorio, il progetto si evolve fornendo un servizio di accoglienza per garantire l'indipendenza e

l'integrazione dei richiedenti asilo e dei rifugiati". Si tratta, specifica, della gestione di un progetto SAI (Sistema Accoglienza Integrazione) del Ministero dell'Interno a cui ha partecipato il Comune. Ed ecco, nel giro di pochi anni, il paese mutare fisionomia: "Nel 2011 non c'era la scuola materna e c'era solo una pluriclasse di 8 bambini della primaria. Oggi abbiamo la materna e quattro classi di scuola primaria", ci racconta con orgoglio Rosario Zurzolo. Il primo effetto dell'arrivo dei rifugiati e della popolazione di origine straniera nel piccolo paese è aver trainato il rientro di molti autoctoni, persone che avevano abbandonato il paese ormai fantasma e che ora vi fanno ritorno.

"Il progetto, uno dei più grandi in rapporto alla sua popolazione, si

svolge nella parte alta del paese. Qui sono sorti in pochi anni laboratori di falegnameria, di tessitura, di ceramica, ci sono gli orti sociali, tra poco apriremo un caseificio. Dopo anni dall'avvio del progetto c'è chi ha comperato casa a Camini, una famiglia eritrea, un'altra curdo-turca. Nel tempo si sono succedute persone di venti diverse nazionalità. Oggi molti arrivano dall'Afghanistan, qualche anno fa erano soprattutto siriani. C'è chi resta e chi, dopo aver goduto del progetto con un'offerta che spazia dall'alfabetizzazione ai corsi di formazione professionale, a quelli per conseguire la patente di guida, se ne va in altre parti d'Italia, forte della conquistata autonomia che, in fondo, è ciò a cui mira il progetto". E i bambini? Chiediamo, "Ne sono nati oltre 100 dal 2011. Oggi a Camini ci

sono più di 500 abitanti con un rapporto tra popolazione autoctona e nuovi arrivati di quasi uno a uno. Siamo un paese per giovani", ci dice Rosario Zurzolo rimarcando con orgoglio il percorso compiuto. Ci lascia con un'ultima raccomandazione: "Preferisco la parola interazione a integrazione". Vuole sottolineare che è proprio quel fitto intreccio di incontri, legami, visioni, socialità, nella diversità, che hanno reso Camini una vera comunità.



Caro bebè quanto costi

Le spese dei genitori cominciano già prima che la figlia o il figlio venga al mondo. E sono spese sempre più salate. Con il Centro Studi di Confindustria abbiamo analizzato la dinamica dei prezzi di alcuni beni e servizi per la prima infanzia tra il 2019 e il 2023, selezionati dall'indice dei prezzi al consumo di Istat. Colpisce, innanzitutto, che la voce "latte e pappe" abbia subito un aumento del 19,1% in quattro anni, superiore anche al forte aumento dell'indice generale dei prezzi pari al 16,2%. Dopo l'alimentazione, la crescita più marcata si osserva per i costi dei nidi, pari all'11,3%, incremento legato alla riorganizzazione imposta dalla pandemia e concentrato nel settore privato: per i posti finanziati dai Comuni l'aumento risulta pari all'1,5%¹. Nello stesso periodo, i salari nominali sono cresciuti meno dei prezzi (circa l'8%²) con una conseguente riduzione dei salari reali, ancora inferiori del 6,9% rispetto a prima della pandemia³, e del potere d'acquisto delle famiglie.

Inoltre, secondo un'elaborazione del Centro Studi Confindustria e di Save the Children sui dati diffusi da Federconsumatori⁴, tra il 2014 e il 2024, i costi pre-nascita – visite mediche, ecografie, abbigliamento premaman, ecc. – sono cresciuti del 37%, passando dai circa 2.000 euro complessivi del 2014 a oltre 2.740 euro nel 2024. La maggior parte delle spese (61% del totale) sono quelle destinate a visite ed ecografie, aumentate in un decennio del 58%, così come i farmaci e gli integratori (+59%). Poi, nei primi anni di vita del bambino, le spese sono prevalentemente legate all'acquisto di beni (abbigliamento, latte e pappe, giochi o passeggini, per citarne solo alcune) e servizi (come la frequenza del nido o le visite pediatriche).

Federconsumatori dal 2014 presenta anche una fotografia dei costi di beni e servizi acquistati nel primo anno di vita dei bambini⁵, fornendo una forbice di prezzi che tiene conto dei costi minimi e massimi che le famiglie affrontano per ognuno di questi beni, presumibilmente a seconda della capacità di spesa. Queste indagini confermano l'aumento dei prezzi. Nel 2024, nel primo anno di vita di un bambino, una famiglia può spendere una somma che va dai 7.400 euro ad oltre 17.500 euro, con un aumento, rispetto al 2014, che va dal 10% per i valori minimi al 22% per quelli massimi.

Le voci che incidono di più nel bilancio familiare e non sono "comprimibili" sono quelle relative a "latte e pappe" (1.788 euro annui come costo minimo), ai pannolini (spesa minima 552 euro annui), a crema e salviette (minimo 145 euro) e ai farmaci (spesa minima 454 euro). Per una famiglia con redditi medio-bassi l'aumento dei prezzi risulta molto pesante, soprattutto per alcune voci di spesa e soprattutto negli ultimi quattro anni, quelli caratterizzati da alta inflazione. È questo, ad esempio, il caso di beni come i pannolini, il cui costo minimo è aumentato dell'11% a fronte di una riduzione del 5% per quello massimo, o delle creme (+14% per i costi minimi e +9% per quelli massimi) o di latte e pappe (+8% e +7% rispettivamente per i costi minimi e massimi).

La spesa nel primo anno di vita

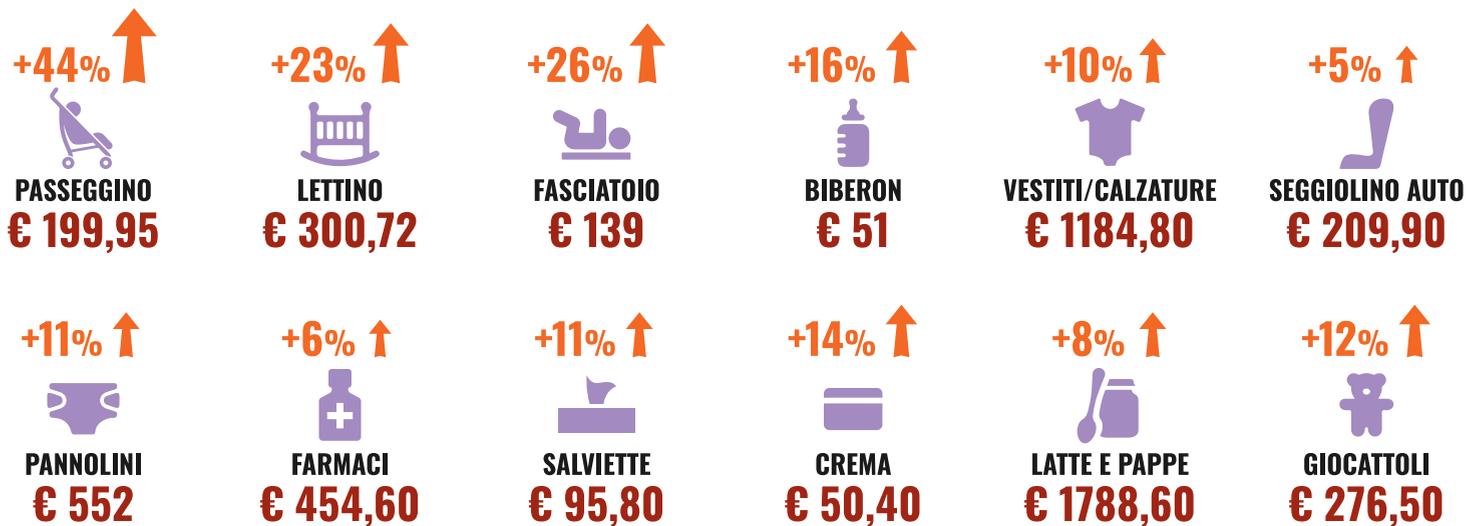
Dinamica dei prezzi al consumo per alcuni beni e servizi per la prima infanzia

Anno: 2019-2023 - Fonte: Elaborazioni Centro Studi Confindustria su dati ISTAT per Save the Children



Costo minimo annuale 2024 e variazione percentuale dei prezzi minimi 2021-2024 di alcuni beni per neonati

Anno: 2024 e variazione 2021-2024 - Fonte: Federconsumatori ed elaborazioni Save the Children su dati Federconsumatori







SPAZI PER NASCERE

“ Quando va forte
il vento si diverte
e quando va piano
rallenta perché
è stanco ”

M. 4 anni

La linea di partenza

Nel nuovo millennio si è verificata una vera rivoluzione nella comprensione di come si sviluppa un individuo. Si è capito che gli stimoli, le esposizioni ad alcuni fattori e le informazioni che giungono al feto attraverso la madre, e poi al lattante e al bambino, soprattutto nel periodo che va dalla gestazione al compimento dei due anni, determinano il corretto sviluppo di organi e tessuti, in particolare di quelli fisiologicamente più plastici, come il cervello, ma sono anche in grado di influenzare lo stato di salute dell'individuo adulto. In sostanza, le esperienze precoci possono modificare, nel bene e nel male, l'intera vita di una persona, sia dal punto di vista fisico che cognitivo e affettivo.

La comprensione del fenomeno dal punto di vista fisico nasce da alcuni studi degli anni Novanta del secolo scorso grazie a cui sono state osservate correlazioni significative tra condizioni prenatali e perinatali, ad esempio una denutrizione del feto e la probabilità di sviluppare in età adulta malattie come diabete, obesità e cardiopatie¹. Gli studi sono poi proseguiti prendendo in esame fattori sociali, ambientali, comportamentali e biologici a cui si è esposti nel corso dello sviluppo fetale e infantile. Ne sono scaturite osservazioni che hanno cambiato radicalmente alcune convinzioni della medicina.

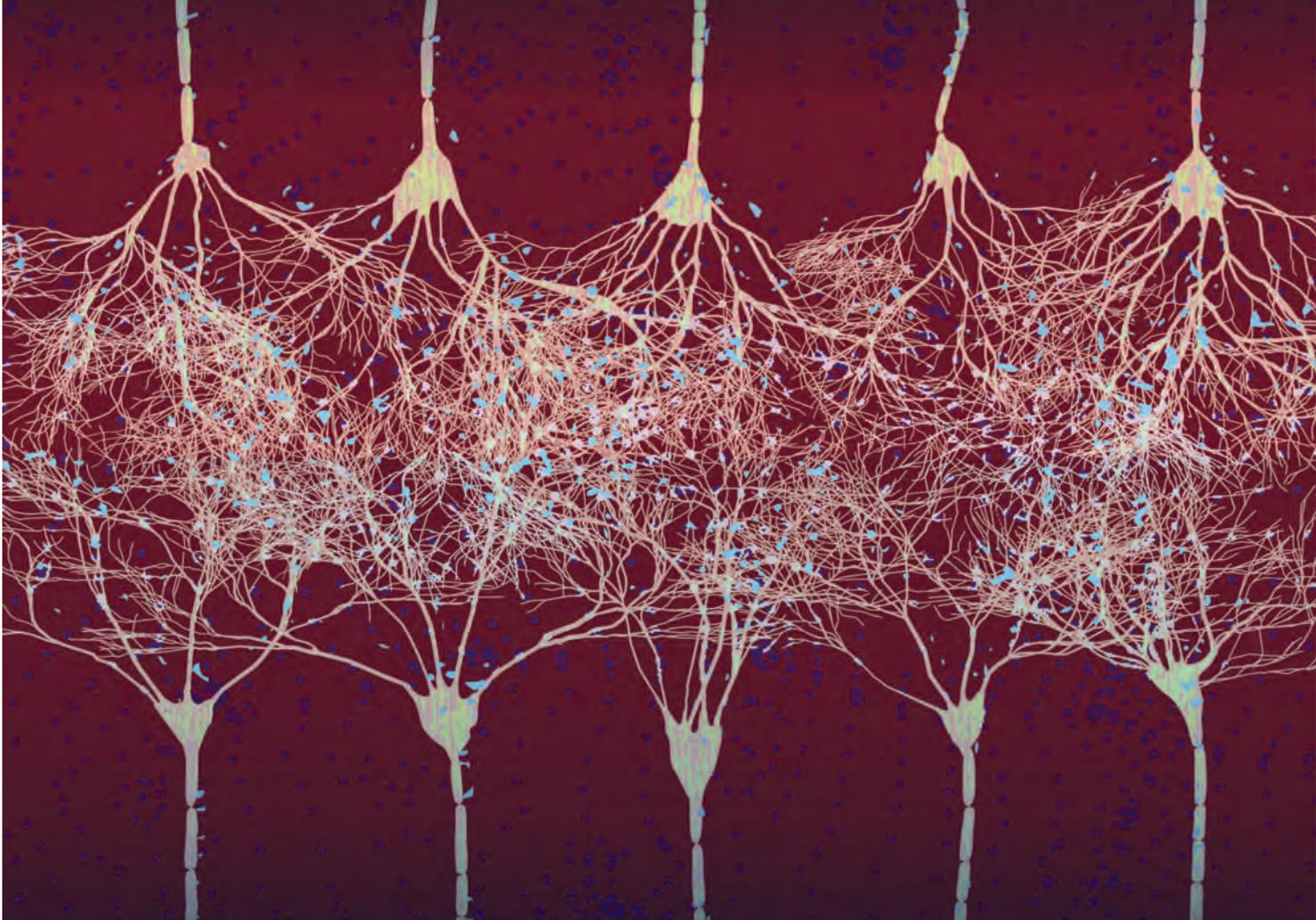
Un aspetto affascinante di questo approccio, conosciuto come *Developmental Origins of Health and Disease* (DOHaD), è la comprensione dei meccanismi biologici alla base di queste associazioni tra esposizioni a fattori di rischio e salute. Al contrario di quanto si pensava fino a qualche anno fa, i geni da soli non determinano le caratteristiche di una persona e nemmeno l'emergere di alcune malattie. Lo sviluppo è invece un processo dinamico in cui geni e ambiente interagiscono. Le esperienze precoci possono influenzare l'espressione genica, ovvero modificare il modo in cui i geni sono attivati o disattivati. Un bambino, ad esempio, può essere portatore di alcuni geni che lo predispongono ad una certa condizione, ma può non sviluppare mai quella condizione perché non è mai stato esposto ad un ambiente in grado di innescarla. I suoi geni in questo caso rimangono "silenti".

L'epigenetica, una disciplina piuttosto recente, studia proprio come l'età e l'esposizione a fattori ambientali – tra cui agenti chimici e fisici, dieta e attività fisica – possano dare vita a modificazioni epigenetiche, ovvero modificazioni non della sequenza del DNA, ma dell'espressione dei geni. Accanto al genoma, oggi si parla quindi anche di epigenoma, ovvero l'insieme di tutte le molecole che rendono possibili i cambiamenti epigenetici presenti nell'organismo. Una prima grande differenza tra genoma ed epigenoma risiede nel fatto che, mentre il primo si mantiene piuttosto costante per tutta la vita e in tutte le cellule, il secondo cambia nel corso della nostra esistenza ed è diverso anche tra cellula e cellula. Ad esempio, ci sono studi che hanno dimostrato come l'esposizione a sostanze chimiche durante lo sviluppo prenatale e nella prima infanzia possa alterare l'epigenoma e aumentare il rischio di sviluppare malattie, come il cancro, anche a molti anni di distanza².



SEGUITI DALLA NASCITA

In Italia è in corso il progetto multicentrico Piccolipiù, un gruppo di 3000 bambini e bambine reclutati nel periodo ottobre 2011-marzo 2015 in diversi punti nascita dislocati sul territorio nazionale, che sono monitorati nel tempo rispetto alle esposizioni ambientali e socioeconomiche, allo stile di vita, alla crescita e allo stato di salute. Anche il progetto MUBICOS è nato nel 2010 all'interno del Registro Nazionale Gemelli. Tramite il confronto fra i gemelli, la ricerca stima il peso della componente ambientale e genetica nello sviluppo di malattie o tratti complessi.



Da queste conoscenze è nata un'altra nuova disciplina, la *life course epidemiology*, che intende studiare proprio l'effetto delle esposizioni a diversi fattori di rischio che avvengono nel corso della vita sulla salute delle persone, andando indietro fino alle esposizioni durante le prime fasi di vita e la gestazione, che si sono rivelate le fasi più "sensibili" sia per le esperienze positive che negative³. A questo scopo vengono studiate le coorti dei nuovi nati, ovvero un gruppo di individui nati in un certo periodo e luogo. Questi studi raccolgono informazioni sul neonato, notizie sulla gravidanza e la salute materna, e controllano, nel tempo, l'ambiente in cui crescono i bambini, l'accesso alle cure mediche e altri fattori ritenuti importanti. Si è scoperto così, ad esempio, che l'ipertensione può essere associata all'esposizione del feto al fumo materno, alla denutrizione in utero, al basso peso alla nascita e all'eccessiva assunzione di sale durante i primi mesi di vita.

Dal punto di vista dello sviluppo cognitivo e affettivo, le neuroscienze hanno dimostrato come le connessioni tra i neuroni (ovvero tra le cellule del sistema nervoso) possono essere modificate dall'esperienza. L'infanzia è un periodo di crescita esplosiva della struttura e della funzione del cervello. È anche il periodo più plastico del suo sviluppo, basti pensare che il cervello raddoppia il suo peso nel primo anno di vita. L'architettura strutturale e funzionale del cervello è complessa e reagisce al mondo esterno a partire dall'ultimo trimestre di gestazione. Funzioni cognitive sofisticate che riguardano il linguaggio, l'uso dei numeri, la socialità sono correlate alla rapida creazione di reti che collegano le varie regioni del cervello. Queste "reti di connettività funzionale" si sviluppano più rapidamente dal periodo fetale alla fine del secondo anno di età⁴. Si è anche osservato che alcune attività possono favorire lo sviluppo strutturale delle connessioni tra i neuroni, facendole aumentare di numero. Fin dai primi mesi di vita l'esposizione al contatto fisico, alla parola, alla musica, ad oggetti capaci di generare esperienze significative per quella fase di crescita, assume una grande rilevanza per lo sviluppo affettivo e cognitivo⁵. Questo vale anche per l'esposizione a fattori di tipo socioeconomico. Ad esempio, vi sono prove che più a lungo le persone sono esposte a difficoltà socioeconomiche, in particolare se questa condizione comincia nell'infanzia, più alto è il tasso di declino della memoria in età avanzata⁶.



ALIMENTAZIONE DELLA MAMMA E SALUTE DEL BAMBINO

Anche l'alimentazione materna rientra nei fattori ambientali a cui viene esposto il feto. Una nuova ricerca ha evidenziato come una dieta ricca di grassi e zuccheri durante la gravidanza aumenti il rischio di problemi al cuore nel bambino, accrescendo anche la probabilità di diabete di tipo 2 in età adulta. Lo studio, realizzato da Bertossa e colleghi e pubblicato quest'anno sul *Journal of Physiology*, dimostra per la prima volta come un'alimentazione materna ricca di grassi (saturi e trans) e zuccheri vada ad alterare i livelli di un ormone tiroideo fondamentale per lo sviluppo del cuore nel bambino.



Oggi, dunque, sappiamo molte cose. Sappiamo che mangiare cibi sani, non fumare e non bere alcol in gravidanza, partorire in un modo naturale e sicuro, tenere il bambino o la bambina con sé fin dal primo momento, avere a fianco la persona con cui si condivide l'essere genitore, poter allattare, toccare, accarezzare, abbracciare il proprio figlio, cantare e leggere insieme a lui o lei, avere qualcuno che si prende cura della eventuale depressione materna, seguire il calendario delle vaccinazioni e poi vivere in un ambiente non inquinato, avere spazi esterni dove poter portare il neonato, evitare lo stress sono tutte buone pratiche per il migliore sviluppo del bambino. Ma sappiamo anche che spesso le buone pratiche rimangono sulla carta perché non possono essere seguite anche a causa di alcune condizioni che sono state identificate come i determinanti sociali della salute. Tra questi vi sono le condizioni in cui una persona è nata, vive, lavora, il suo livello di istruzione, il genere, le politiche sociali, l'accesso ai servizi sanitari, il suo stato socioeconomico. Facciamo qualche esempio. Far crescere il proprio figlio o la propria figlia in una casa spaziosa, poco rumorosa, priva di umidità, è una chimera per chi può permettersi a malapena di abitare un sottoscala, magari in coabitazione con altre famiglie. Cantare e leggere al proprio figlio sono attività che possono non essere valutate da chi ha un basso livello di istruzione. E via discorrendo. Non a caso i determinanti sociali della salute sono definiti "la causa delle cause" delle malattie. Il primo passo, allora, è risalire a quella prima causa e cercare di eliminarla in modo che la partenza, nella gara della vita, sia per tutti uguale.

L'Italia divisa in sala parto

La grande maggioranza dei parti avviene in modo naturale e fisiologico. Ciò nonostante, il parto è un momento delicato per vari motivi. In primo luogo, può capitare che non tutto vada per il verso giusto e che ci si trovi a dover affrontare un rischio più o meno atteso e importante per la salute della madre e del bambino o bambina. Inoltre, il parto è un momento di enormi cambiamenti in cui la condizione fisica e psicologica della madre può dare segni di fragilità o mostrare un peggioramento di fragilità già emerse in precedenza. È anche il momento in cui i nuovi genitori hanno bisogno di supporto e informazioni per gestire una condizione del tutto nuova.

L'evento parto è l'esito finale dei nove mesi della gravidanza e come andranno le cose dipende anche da come si è affrontato tutto il periodo precedente.

Negli ultimi anni, in tutti i Paesi industrializzati si è affermato un modello fortemente medicalizzato del percorso della gravidanza e del parto, il che, se da un lato ha inciso positivamente sugli esiti delle gravidanze a rischio, ha però fatto "perdere parzialmente di vista il carattere fisiologico dell'evento nascita, con il rischio di interventi assistenziali inappropriati rispetto all'evoluzione naturale del percorso"¹. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che "l'assistenza al

percorso nascita garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza”². Perché la crescente medicalizzazione dei processi del parto tende a “minare la capacità della donna di partorire e ha un impatto negativo sulla sua esperienza”³.

In sostanza, si ritiene positivo il fatto che la donna mantenga un costante controllo sull’evento nascita tramite il coinvolgimento nel processo decisionale, anche quando gli interventi medici siano necessari o desiderati. Come si legge nelle nuove Linee guida dell’Istituto Superiore di Sanità sulla gravidanza fisiologica del 2023⁴, “quattro [sono le] componenti che, indipendentemente dal Paese, dalla cultura di appartenenza e dalle differenze sociodemografiche, le donne giudicano essenziali per un’esperienza positiva della nascita. Queste componenti includono il rispetto delle caratteristiche socioculturali individuali, la salute fisica per madre e feto/neonato (...), una transizione efficace verso il travaglio e la nascita e una esperienza positiva della maternità in grado di aumentare la loro autostima, competenza e autonomia”.

Anche nel nostro Paese assistiamo a un eccesso di medicalizzazione per una larga parte della popolazione, testimoniato, ad esempio, dall’elevato numero di ecografie in gravidanza e dal numero di parti cesarei ancora troppo alto. Essa (paradossalmente) coesiste con alcune sacche di popolazione, identificate con determinate caratteristiche sociodemografiche come la giovane età, la cittadinanza non italiana e il più basso grado di istruzione che, invece, hanno un accesso carente ai controlli in gravidanza secondo una divisione che troviamo spesso rappresentata anche nel periodo postnatale.

Per capire cosa avviene in Italia partiamo allora da una fotografia su quali donne partoriscono, dove partoriscono, come partoriscono e quale assistenza hanno.

Molti di questi elementi si possono rintracciare sul Certificato di assistenza al parto (CeDAP) e attraverso l’analisi dell’evento nascita basata sui dati che il Ministero della Salute pubblica tutti gli anni. Qui ci riferiamo a quella pubblicata a ottobre 2023, l’ultima disponibile al momento della stesura dell’Atlante, che riporta i dati del 2022⁵.

Identikit delle neo mamme

Nel 2022 le donne che hanno partorito in Italia avevano per lo 0,8% meno di 20 anni, per il 25,9% tra i 20 e i 29 anni, per il 62,7% tra i 30 e i 39 anni e per il 10,5% oltre 40 anni. Negli ultimi anni si nota un aumento progressivo dell’età materna. Al contrario di quello che avviene in Italia, l’incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni risulta ancora prevalente negli altri Paesi europei (45,9%). Va sottolineato che l’aumento dell’età materna è correlato a un aumento di rischio non solo per la salute della madre, ma anche per quella del bambino o bambina, in particolare si possono verificare aborti spontanei e morti fetali endouterine, parti pretermine e patologie genetiche⁶.

Circa il 20% dei parti a livello nazionale riguarda madri di cittadinanza non italiana. La percentuale sale nel Centro-Nord arrivando al 26%. I nuovi nati con cittadinanza non italiana,



TROVARE LE PAROLE

A Roma, presso l’associazione di promozione sociale Asinitas, si può seguire il corso “Parole di mamma” indirizzato a donne in gravidanza e mamme straniere. Oltre a essere un corso di lingua italiana con l’intento di trasmettere la lingua come strumento per orientarsi nel complesso mondo sanitario, in particolare nel periodo della gravidanza, è anche un spazio intimo dove le donne condividono i loro dubbi, le loro curiosità, in cui i saperi e le credenze caratteristiche del proprio bagaglio culturale vengono messe in un terreno comune. “Parole di mamma” promuove anche l’incontro tra mamme straniere e italiane attraverso scambi di saperi sul *maternage*.



iStock.com/vetavaicule

invece, sono solo il 13,3% perché molti bambini e bambine nascono da mamma straniera e papà italiano. Le mamme straniere partoriscono in media a un'età più bassa delle italiane, tuttavia, "la letteratura descrive la gravidanza e il parto come un periodo di vulnerabilità per le donne immigrate a causa delle più frequenti condizioni di svantaggio socioeconomico, delle barriere linguistiche e culturali, delle difficoltà di accesso e fruizione dell'assistenza e della mancanza di una rete familiare di sostegno"⁷. Per quanto riguarda il livello di istruzione, tra le mamme italiane il 42,5% ha una scolarità medio alta, il 22,7% medio bassa ed il 34,8% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale, invece, una scolarità medio bassa (41,3% titolo di scuola elementare o media inferiore, 39% diploma, 19,7% laurea). Il livello di istruzione della madre può influenzare sia l'accesso ai servizi, sia le strategie di assistenza al feto e al neonato (si veda scheda a pag. 53).

Controlli in gravidanza

Il numero di visite di controllo offerte alle donne in gravidanza non deve essere inferiore a 4: lo stabiliscono le Linee guida del Ministero della Salute per la gravidanza fisiologica, pubblicate nel 2010 e attualmente in fase di aggiornamento⁸.

In effetti, a livello nazionale, nel 91,9% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è contenuta allo 0,7% per le donne con cittadinanza italiana e all'1,3% per le donne con cittadinanza straniera. Anche la giovane età della madre si associa a una mancanza di controlli: il 2,4% delle madri sotto i 20 anni non fa nessuna visita durante la gravidanza.

Anche il momento in cui viene effettuata la prima visita è importante e rappresenta un indicatore utilizzato in sede internazionale per la valutazione dell'accesso alle cure prenatali. Secondo le Linee guida, la prima visita andrebbe effettuata entro la decima settimana di gestazione. Se si analizza la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo l'undicesima settimana – indicatore di difficoltà di accesso all'assistenza – si trovano alcune correlazioni significative con le caratteristiche sociodemografiche delle madri, in particolare con la cittadinanza, il titolo di studio e l'età.

Le donne con cittadinanza straniera si sottopongono alla prima visita di controllo oltre il terzo mese di gravidanza nel 10,5% dei casi, rispetto all'1,9% delle donne italiane. La percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'undicesima settimana di gestazione è pari all'11,3%, mentre per le donne con scolarità alta la percentuale è del 2,9%. Anche la giovane età della donna, meno di 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli tardivi, con la prima visita oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 12,4% dei casi.

Per quanto concerne le ecografie, nel 2022 a livello nazionale sono state effettuate in media 5,7 ecografie per ogni gravidanza, con valori regionali variabili tra 4,1 ecografie in media nella regione Piemonte e 7,7 nella regione Sardegna. Per il 76,7% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, che è il valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute. Il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza, ovvero non dipende dal fatto che ci si trovi di fronte a una gravidanza più rischiosa. Il dato mette quindi in evidenza, come sottolineano gli estensori del rapporto CeDAP, "il fenomeno dell'eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza"⁹.

I parti tra pubblico e privato

Dove partoriscono le donne in Italia? A livello nazionale, l'89% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, il 10,8% nelle case di cura private accreditate e solo lo 0,15% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, ecc.). Tuttavia, nelle regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate, le percentuali sono sostanzialmente diverse: ad esempio, in Campania solo il 56,4% delle donne partorisce in una struttura pubblica contro il 43,6% che si rivolge al privato accreditato.

Nel 2010, secondo il Piano per la riorganizzazione dei punti nascita e l'Accordo Stato-Regioni¹⁰, iniziava il percorso che doveva portare alla chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di 500 parti all'anno e alla razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di 1.000. La decisione era stata presa sulla base del fatto che le strutture più piccole sono spesso prive di una copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiológica e medico-pediátrica



DALL'AFRICA LE MAMME PIÙ NUMEROSE

Circa il 20% dei parti che avvengono in Italia riguarda donne di cittadinanza non italiana. Ma da quali aree geografiche arrivano? Le aree di provenienza più rappresentate sono quelle dell'Africa (28,7%), il 23,8% delle madri vengono da Paesi europei non UE e il 19,6% da Paesi dell'Unione Europea. Le madri di origine asiatica e sudamericana costituiscono rispettivamente il 19,3% ed il 7,9% delle madri straniere.

Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto CeDAP. Analisi dell'evento nascita. Anno 2022*, Ottobre 2023

attiva 24 ore al giorno, quindi meno sicure per eventuali gravidanze a rischio. Contemporaneamente, in questi punti nascita il ricorso al cesareo risultava molto più frequente rispetto alle strutture più grandi.

Nel 2022 la situazione è cambiata rispetto ai dieci anni precedenti, ma non di molto, almeno in alcune aree del Paese. Il 62,2% dei parti si è svolto in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Si tratta di 137 punti nascita, 20 dei quali di grandi dimensioni con oltre 2.500 parti l'anno. Ma ancora il 7,5% dei parti ha luogo in strutture che accolgono meno di 500 parti annui. Le differenze regionali sono consistenti. In tre regioni, tutte collocate al Centro-Nord del Paese, oltre il 70% dei parti si è svolto in punti nascita di grandi dimensioni (almeno 1.000 parti annui): Lombardia, Emilia-Romagna e Provincia Autonoma di Trento. Al contrario, nelle Regioni del Mezzogiorno oltre il 35% dei parti si svolge in punti nascita con meno di 1.000 parti annui. In particolare, in Molise tutti i punti nascita hanno effettuato nel 2022 meno di 1.000 parti annui.

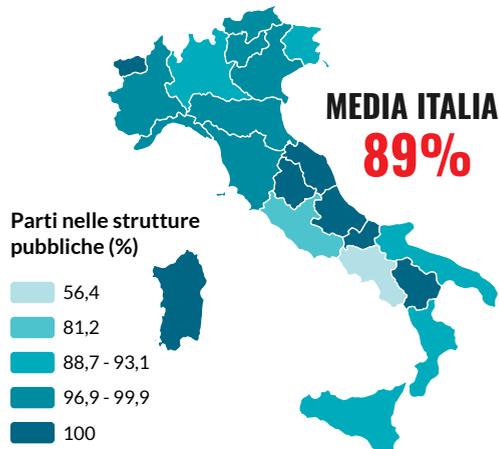
Serena Donati, ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità che si occupa di salute delle donne e dell'età riproduttiva e che fa parte del Comitato Percorso Nascita Nazionale istituito dal Ministero della Salute, ci racconta che da anni il Comitato si batte per la chiusura dei punti nascita sotto i 500 parti l'anno, poiché non garantiscono le risorse necessarie a tempo pieno per partorire in sicurezza, considerando anche una razionalizzazione delle risorse che si protrae da anni: "Nei piccoli centri nascita la qualità dell'assistenza è scadente. Sono luoghi dove è difficile mantenere la presenza costante delle quattro figure mediche e paramediche raccomandate, dove i giovani professionisti non vogliono andare perché non imparano niente e, se assistono un parto difficile, rischiano. Dobbiamo far capire alla donna che se ha una gravidanza a rischio non deve andare a partorire in un piccolo punto nascita solo perché lì lavora il ginecologo che la segue, ma deve andare dove c'è una assistenza intensiva per lei e per sua figlia o figlio. Questo non è in contrasto con la demedicalizzazione dell'evento nascita. Anche all'interno di un grande hub vanno creati percorsi per la gravidanza fisiologica dove si è assistiti dall'ostetrica, garantendo un travaglio in cui la donna può scegliere la posizione, dove ha possibilità di movimento, di entrare in acqua se lo vuole e dove c'è una persona di fiducia. Anche l'assistenza in sala parto deve essere garantita dall'ostetrica fin quando non si verifichi una complicanza che richieda la presenza del medico".

Su questo punto anche le Linee di indirizzo del Ministero della Salute sulle gravidanze a basso rischio ostetrico sono chiare¹¹. Poiché – vi si legge – dalla letteratura internazionale emerge che la gestione della gravidanza e del parto a basso rischio da parte delle ostetriche è associata non solo ad esiti di salute materni e neonatali non diversi da quelli delle unità di ostetricia tradizionali, ma anche ad una riduzione degli interventi medici (come taglio cesareo, episiotomia, ecc.) e ad una maggiore soddisfazione delle donne; "è necessario che l'assistenza, sia nell'accompagnamento alla gravidanza sia al parto e al post partum/puerperio per donne e neonati, venga modulata nel rispetto della sua natura fisiologica, sapendo eventualmente cogliere e individuare la patologia da indirizzare a strutture adeguate".

I percorsi della nascita

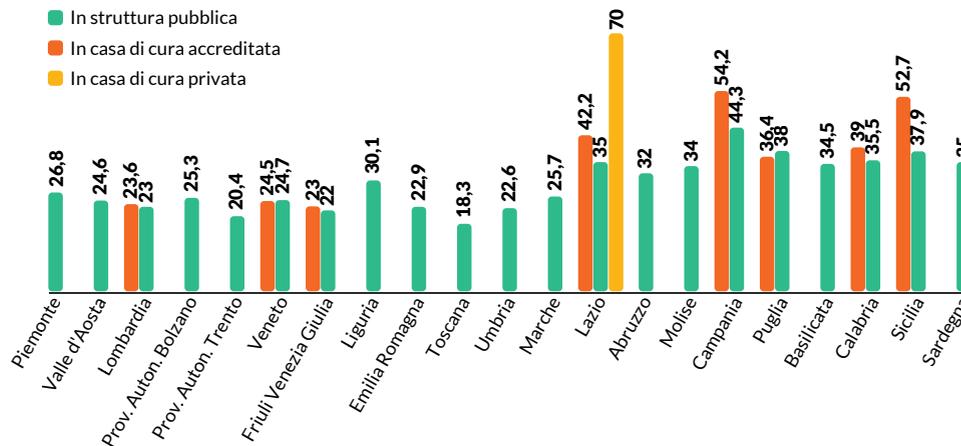
Parti nelle strutture pubbliche per regione (%)

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



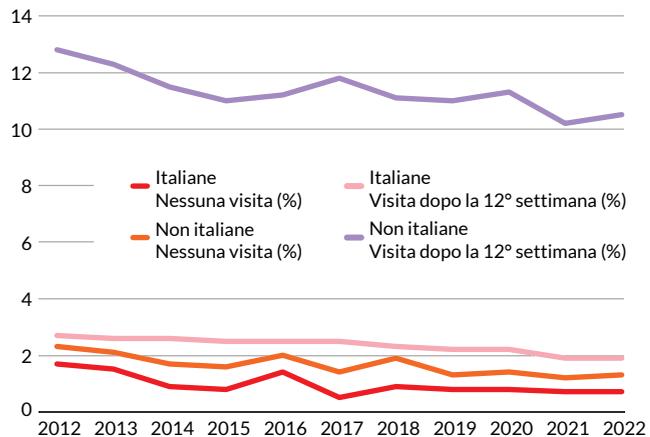
Percentuale di parti cesarei per tipo di struttura (pubblica e privata)

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



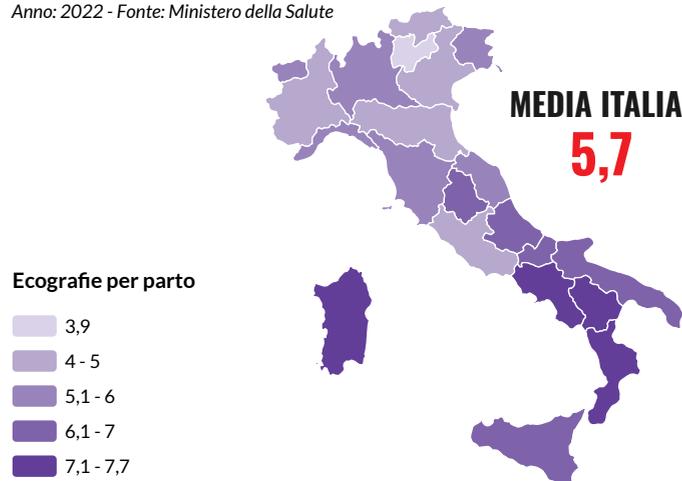
Assenza o carenza di visite di controllo in gravidanza (% gestanti)

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



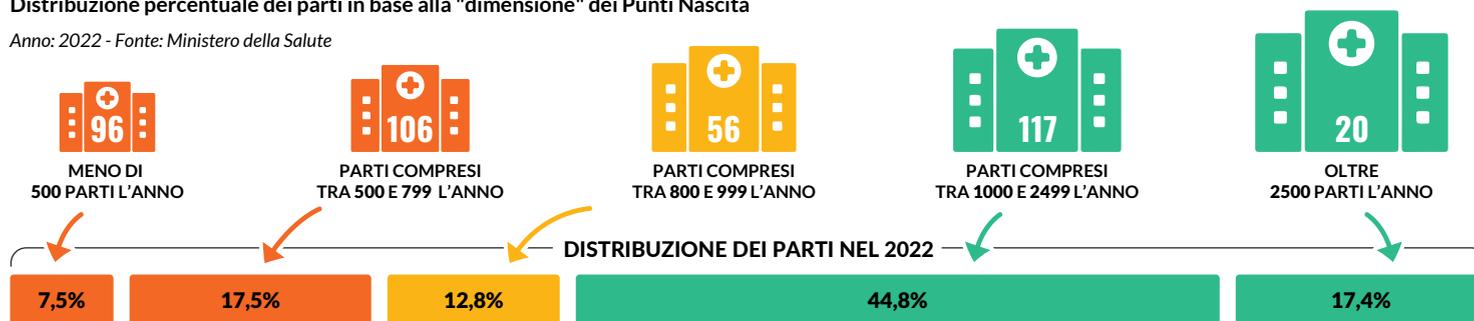
Numero medio regionale di ecografie in gravidanza

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



Distribuzione percentuale dei parti in base alla "dimensione" dei Punti Nascita

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



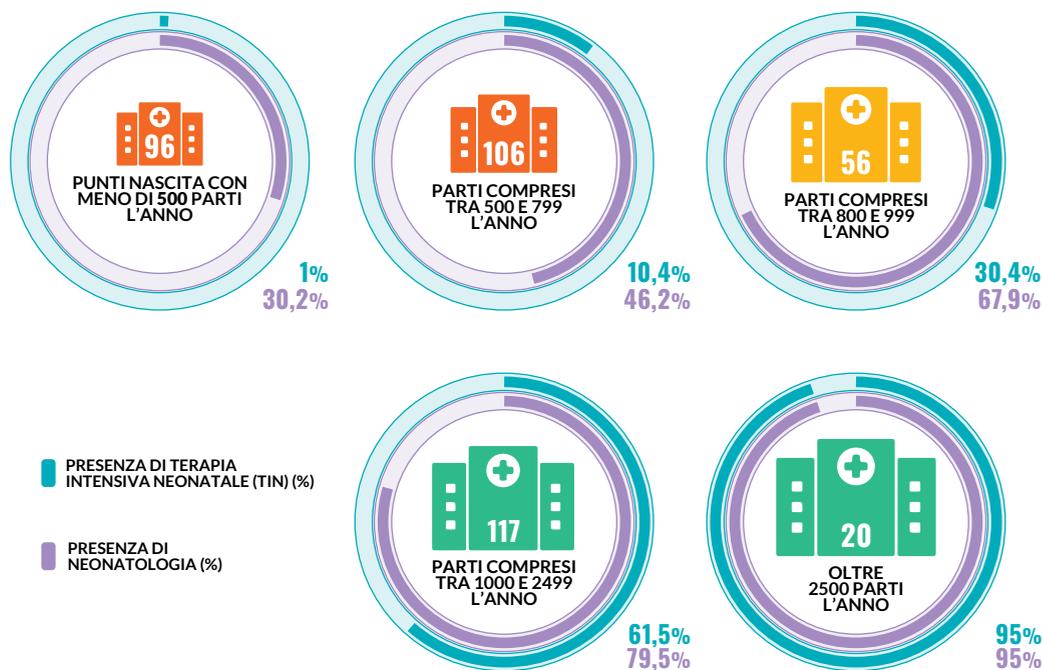
Numero posti disponibili in Terapia Intensiva Pediatrica

Anno: 2023 - Fonte: Lancet*



* Minardi C, Conti G, Moscatelli A, Tesoro S, Bussolin L. Shortage of paediatric intensive care unit beds in Italy. Lancet 2023; 401: 1525.

Presenza di Terapia Intensiva Neonatale e di Neonatologia per "dimensione" dei Punti Nascita





iStock.com/Balticboy

Ancora troppi cesarei

Il ricorso al taglio cesareo è aumentato in tutto il mondo dall'inizio degli anni Novanta. Il problema è che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questo aumento non è stato accompagnato da benefici per la madre e per il neonato o neonata¹².

Il taglio cesareo – si legge in una dichiarazione dell'OMS¹³ – se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica, può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Tuttavia, come ogni intervento chirurgico, comporta dei rischi a breve e lungo termine, con ripercussioni anche a distanza di molti anni dal parto, e può compromettere la salute della donna, del bambino e le gravidanze future: va, quindi, evitato nel caso in cui non ci sia una indicazione medica specifica. Naturalmente la decisione va sempre presa insieme alla donna, rispettando le sue scelte e tenendo presente l'obiettivo che la madre abbia il controllo dell'evento nascita, ma è indispensabile una corretta informazione su rischi e benefici di un atto medico invasivo come il parto cesareo.



LE NUOVE LINEE GUIDA DELL'ISS

Nel 2023 è stata pubblicata la prima parte delle nuove linee guida sulla gravidanza fisiologica elaborate dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il documento affronta due temi: le informazioni da dare alle donne in gravidanza, in un contesto di grande circolazione di notizie spesso non affidabili, e gli *screening* delle malattie infettive da offrire in gravidanza.

Qualche anno fa una indagine condotta dall'OMS¹⁴ dimostrava che un tasso di tagli cesarei superiore al 10-15% non si associava a una diminuzione della mortalità di madre e neonato. Si raccomandava, perciò, di non superare quella percentuale. Recentemente si è deciso di non stabilire una soglia precisa sotto la quale mantenersi perché la mortalità non è l'unico indice da considerare e anche perché le situazioni differiscono da Paese a Paese e anche da struttura a struttura. In assenza di dati più precisi, rimane comunque la raccomandazione di ridurre, per quanto è possibile, il numero di cesarei, anche perché il ricorso alla chirurgia spesso non ha a che fare con motivi medici. Tra le cause individuate per spiegare la crescita dei parti cesarei ci sono la

crescente incidenza della obesità materna, una più elevata età della madre, l'aumento in proporzione delle donne che non hanno avuto altri figli e di quello delle nascite multiple. A cui si aggiungono la paura del dolore, aspetti organizzativi, incentivi finanziari e fattori socioculturali. Ad esempio, la decisione di procedere con un cesareo programmato potrebbe essere dovuta a esigenze organizzative della struttura o del ginecologo, oppure, per le cliniche private, al fatto che il parto con taglio cesareo viene rimborsato a cifre più alte rispetto a quello vaginale¹⁵.

In Italia, nel 2022 il 31% dei parti è avvenuto con taglio cesareo¹⁶. Il dato è in discesa rispetto al passato - nel 2012 era il 36% - probabilmente anche grazie alle linee di indirizzo pubblicate dal Ministero della Salute nel 2010 proprio per favorire la riduzione del ricorso al cesareo¹⁷. Tuttavia, si tratta di una percentuale ancora troppo alta che dimostra come, nel nostro Paese, ci sia, in generale, ancora un ricorso eccessivo alla chirurgia in sala parto. La percentuale si modifica in modo importante rispetto al luogo in cui la donna partorisce: secondo il rapporto "Certificato di assistenza al parto CeDAP" del Ministero della Salute¹⁸, c'è, in particolare, un'elevata propensione all'uso del taglio cesareo nelle case di cura accreditate, in cui la procedura viene utilizzata in circa il 44,5% dei parti contro il 29,3% registrato negli ospedali pubblici. La variabilità regionale è piuttosto alta, ma dipende anch'essa dal numero di punti nascita privati: si va dal 18,3% della Toscana ai picchi del 48,6% della Campania e del 36,5% del Lazio, regioni dove il privato è maggiormente presente. Lo stesso rapporto ci dice anche che il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 27,4% dei parti di madri straniere e nel 31,8% dei parti di madri italiane, probabilmente a causa di una minore medicalizzazione della gravidanza nel caso delle madri straniere e di un maggior ricorso alle strutture pubbliche.

Per cercare di ridurre il numero dei parti cesarei, l'OMS ha stilato delle Linee guida di interventi non clinici con alcune raccomandazioni¹⁹. Tra queste troviamo l'educazione alla salute delle donne, che è riconosciuta come una componente essenziale dell'assistenza prenatale, da realizzare, ad esempio, attraverso seminari di formazione al parto per madri e coppie, programmi di formazione al rilassamento condotti da infermiere e infermieri, programmi di prevenzione psicosociale basati sulla coppia e sulla psicoeducazione per le donne con paura del dolore o ansia.

Un'altra raccomandazione riguarda l'uso di linee guida di pratica clinica basate sull'evidenza, associato all'obbligo di un secondo parere per l'indicazione al parto cesareo.

Inoltre, si raccomanda un modello di assistenza collaborativa ostetrica-ginecologa (cioè un modello di staff basato sull'assistenza fornita principalmente dalle ostetriche, con il supporto 24 ore su 24 di una o un ginecologa/o che fornisce una copertura interna per il travaglio e il parto, senza altre mansioni cliniche concorrenti). Su questo punto, in particolare, nel 2017 sono state pubblicate le già citate Linee di indirizzo del Ministero della Salute per la gestione in autonomia delle ostetriche nelle gravidanze a basso rischio ostetrico²⁰.

Infine, si considerano utili strategie finanziarie (ad esempio, riforme assicurative che equiparino i compensi medici per i parti vaginali e per i parti cesarei) per gli operatori sanitari e per le strutture sanitarie.



FAMILY FRIENDLY

Finora il papà o la persona scelta dalla puerpera potevano assistere solo ai parti naturali, ma recentemente le cose stanno cambiando e si sta diffondendo la pratica di far entrare la persona di fiducia anche durante il parto cesareo, se programmato. Al Sant'Anna di Torino, al Policlinico di Milano, in alcuni punti nascita della Toscana la pratica del parto cesareo dolce, che in inglese prende il nome di "family friendly", è già una realtà.

I rischi della depressione

Le Linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla promozione dello sviluppo infantile hanno individuato il supporto alla salute mentale materna fra le aree prioritarie per migliorare lo sviluppo infantile precoce²¹. I disturbi mentali della donna durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto – soprattutto depressione e ansia – sono frequenti: si stima che nel mondo colpiscano 1 donna su 5²². In particolare, il rischio aumenta nelle donne con una precedente sindrome di disordine bipolare. In alcuni casi i disturbi possono manifestarsi durante la gravidanza, in altri essere scatenati dal parto.



Si è visto che questi disturbi hanno un impatto sia sulla salute delle madri che su quella dei nuovi nati. In particolare, per le bambine e i bambini sono stati associati a un aumentato rischio di nascita pretermine e mortalità infantile, un basso tasso di vaccinazioni, problemi emotivi, cognitivi e dello sviluppo, scarse prestazioni scolastiche. Secondo alcuni studi, le bambine e i bambini esposti a depressione o ansia materna durante la gravidanza e il primo anno di vita hanno un rischio aumentato di oltre 6 volte di sviluppare problemi emotivi e di circa 3 volte di presentare problemi cognitivi o della condotta all'età di 11 e 16 anni rispetto ai bambini non esposti a queste condizioni materne²³.

Uno studio della *London School of Economics* ha stimato che nel Regno Unito il costo della sola depressione perinatale è pari a 75.728 sterline per ogni donna esposta a questo disturbo, di cui quasi tre quarti ascrivibile all'impatto a lungo termine sulla salute del bambino²⁴.

La situazione è particolarmente complessa se si considera che spesso le donne che soffrono di questi disturbi tendono a non chiedere aiuto per paura dello stigma o di perdere la custodia del bambino.

La percentuale di disturbi mentali perinatali cresce rispetto al totale della popolazione se prendiamo in esame le donne migranti. Secondo una metanalisi condotta su 135 studi condotti in vari Paesi e pubblicata nel 2023 su *The Lancet*, una donna migrante incinta o che ha partorito da poco su quattro è affetta da depressione, una su cinque da ansia e una su undici da disordine post traumatico da stress²⁵.

Un altro elemento da prendere in considerazione è il suicidio materno che è una delle cause principali di morte materna nei Paesi ad alto reddito. In particolare, una ricerca condotta in Italia ha mostrato che nel nostro Paese tra il 2006 e il 2012 il tasso di mortalità per suicidio delle madri durante la gravidanza o entro un anno dal suo termine è stato di 2,3 per 100.000 nati vivi. Una frequenza per fortuna molto bassa, tuttavia le morti per suicidio rappresentano il 12,2% di tutte le 549 morti materne (ovvero avvenute durante la gravidanza o entro un anno dal suo esito) verificatesi negli anni considerati: più delle morti dovute all'emorragia ostetrica (10,6%)²⁶.

Nella maggior parte delle donne morte per suicidio che avevano una storia psichiatrica diagnosticata prima o durante la gravidanza, i disturbi non erano segnalati nella scheda di dimissione ospedaliera e questo suggerisce che non fossero stati presi in considerazione dai professionisti del percorso nascita.

Per tutti questi motivi è stata condotta un'indagine sui Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) alla quale hanno partecipato il 94% dei DSM nazionali e dalla quale è emerso che soltanto il 58% dei DSM offre un *counselling* preconcezionale alle proprie utenti in età riproduttiva e solo il 5% dispone di materiale informativo per questo scopo; il 54% dei DSM non è dotato di un'équipe o di un professionista di riferimento per la psicofarmacoterapia durante la gravidanza e l'allattamento e l'80% dei DSM non ha definito un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i disturbi mentali perinatali²⁷.



UN GENE PER GLI ABBRACCI

Il gene TRPC5, se mancante o compromesso, può causare obesità, problemi comportamentali e, nelle madri, depressione postnatale. È quanto ha scoperto un team di scienziati britannici e statunitensi con lo studio "Loss of transient receptor potential channel 5 causes obesity and postpartum depression", pubblicato dalla rivista *Cell* (2024). Il gene consente all'organismo di produrre l'ossitocina, un ormone che viene rilasciato durante il parto, l'allattamento e in risposta agli abbracci, contribuendo a stimolare il senso di attaccamento. In mancanza di questo ormone le mamme possono faticare a stringere un legame forte col proprio bambino: potrebbe essere questa la scintilla che scatena la depressione.

QUEL CONFINE SOTTILE TRA EFFICIENZA CLINICA E VIOLENZA OSTETRICA



Francesca Romana Marta

Coordinatrice Programmi primi 1000 giorni,
Save the Children Italia

All'inizio del 2024 è stato pubblicato, per iniziativa della Commissione Europea, uno studio curato dall'antropologa Patrizia Quattrocchi dell'Università di Udine, dal titolo "Obstetric violence in the European Union: Situational analysis and policy recommendations"¹. Nel documento si definisce la violenza ostetrica come una violazione dei diritti umani e una forma di violenza istituzionale di genere, derivante dalla pratica di azioni inappropriate, dolorose o non consensuali, e di comportamenti sessisti durante l'assistenza al parto.

La materia è vasta. I primi pronunciamenti internazionali sul

tema, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risalgono agli anni Ottanta². Solo in Europa esistono oggi 47 organizzazioni non governative impegnate sull'argomento e 5 diversi osservatori nazionali, oltre a network di ricerca attivi nella statistica medica di genere³ e a un ricco dibattito sulla riduzione dell'approccio medicalizzato alla nascita nei casi cosiddetti a "basso rischio ostetrico" e sulla pratica di forme e luoghi alternativi per il parto. Poiché, tuttavia, il parto ospedaliero è quello più raccomandato e poiché è fondamentale assicurare a tutte le donne un percorso assistenziale sicuro, occorre capire come intervenire per modificare gli aspetti violenti della relazione assistenziale, mantenendo inalterata la garanzia della sicurezza clinica. Partendo dunque dai documenti più recenti e arricchendo la riflessione

con l'esperienza concreta dei programmi di Save the Children dedicati al periodo perinatale, si possono porre alcuni punti fermi sugli elementi che caratterizzano la "violenza ostetrica".

Il contesto.

Si tratta di una forma di violenza di genere agita durante il parto in un contesto istituzionale. Non è una violenza di tipo individuale, ma strutturale e di sistema.

Il contenuto.

Parliamo di procedure cliniche e farmacologiche praticate senza informazione e consenso, con mancanza di *privacy*, mancanza di rispetto della dignità delle persone e del loro corpo, discriminazione delle persone più vulnerabili perché straniere, sole, affette da patologie, molto giovani o incapaci di reagire

ad aggressioni verbali e fisiche. Molte di queste pratiche, considerate “normali” durante il travaglio e il parto, rispondono più alle esigenze di funzionamento dell’organizzazione assistenziale che non alla domanda di salute della donna e della creatura che ospita nel suo corpo.

I riferimenti di policy.

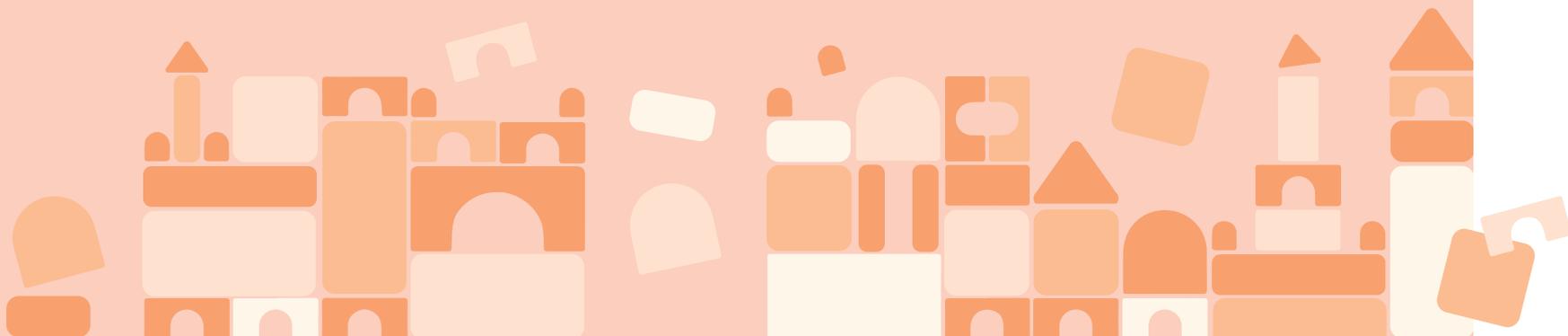
Nel 2010, con l’approvazione delle Linee guida sull’appropriatezza degli interventi assistenziali durante gravidanza e parto⁴, la Conferenza Stato-Regioni italiana prendeva una posizione molto apprezzabile. Dichiarava infatti che, per offrire una buona qualità di assistenza alla nascita, occorre coniugare la sicurezza del percorso e l’umanizzazione delle pratiche. A distanza di 14 anni, mentre gli aspetti di sicurezza rispetto agli esiti di mortalità materna e neonatale sono

per l’Italia motivo di orgoglio a livello mondiale, la componente dell’umanizzazione della relazione assistenziale non ha prodotto cambiamenti significativi.

Gli effetti.

Gli impatti della violenza ostetrica maggiormente studiati hanno a che vedere con la salute mentale delle donne, con la qualità delle relazioni tra la madre e il suo bambino o bambina e con la capacità di prendersene cura. Le esperienze negative durante il periodo perinatale possono, inoltre, contribuire a un generale senso di sfiducia verso le strutture sanitarie, a una scarsa propensione alla ricerca successiva di cure mediche per sé e per il proprio bambino o bambina, nonché a una riduzione del desiderio di una ulteriore maternità.

In conclusione, quindi, la violenza ostetrica, al netto di ogni altra considerazione su forme e luoghi alternativi per il parto, si contrasta identificando provvedimenti in grado di modificare l’inerzia di un sistema strutturato. Occorre lavorare su due fattori principali che impattano su formazione del personale e procedure organizzative. Innanzitutto, serve integrare i requisiti di sicurezza del percorso clinico con la pratica professionale (e non occasionale) di un’interazione umana, fatta di informazione, rispetto, non discriminazione e consenso. In secondo luogo, occorre formare tutto il personale sanitario – e non solo quello ostetrico – a una relazione sana e non abusante con il corpo delle persone, in particolare con il corpo femminile, orientata all’esercizio di una responsabilità di cura e non solo di guarigione.





Le autrici dell'Atlante raccontano la visita al programma Fiocchi in Ospedale

Una giornata con... Fiocchi in Ospedale

La chiamano “stress da innovazione” quell’ansia che afferra futuri e neogenitori di fronte alla nascita di un figlio. È un impasto di attese, paure e desideri che può deflagrare di fronte a condizioni di fragilità. Marginalità sociale ed economica, senso di isolamento, precarietà, disagio psichico possono, infatti, acuirsi alla nascita di un figlio. Fiocchi in Ospedale di Save the Children Italia si struttura a partire da questa fotografia perché, in molte situazioni, serve una ciambella di salvataggio, un’ancora che stabilizza in un momento di grande instabilità. È un progetto “a bassa soglia” sorto nel 2012 in collaborazione con aziende sanitarie e ospedaliere, policlinici universitari e associazioni territoriali in 9 città italiane: Torino, Milano, Pescara, Roma, Napoli, Bari, Sassari, Brindisi e Ancona. In sette di queste realtà ci sono spazi e presenze fisiche all’interno dei nosocomi, in pochi altri casi si tratta di “antenne” in grado di intercettare i bisogni e intervenire per sostenere la mamma e il nuovo nato. Ovunque resta, comunque, fondamentale la triangolazione tra strutture sanitarie, sociali e reti territoriali, perché i bisogni materno-infantili sono molteplici, la genitorialità contemporanea è un arcipelago di diversità e i percorsi di accompagnamento pure.

Al Niguarda di Milano ci accolgono le tante operatrici che fanno parte della galassia Fiocchi in Ospedale, con le associazioni partner e con realtà come Per mano o Spazio Mamme. Lo sportello di Fiocchi, all’interno dell’ospedale, è una presenza che aiuta a intercettare, ancora prima della nascita, le situazioni di fragilità: “Andiamo quasi tutti i giorni in reparto, ci facciamo conoscere, chiediamo alle ostetriche se vi è qualche caso particolare che va seguito. Prima del parto le future mamme arrivano da noi su segnalazione, talvolta del consultorio; dopo il parto vengono perché ci hanno conosciute all’ospedale o ne hanno sentito parlare nella rete territoriale”, ci dicono. Ospedale e territorio sono i due cerchi concentrici da cui arrivano le persone che approdano a questo programma, suggerisce Sofia Trezzi che, a Milano, coordina il progetto Fiocchi al Niguarda e al Melloni.

Cecilia Pizzochero è un’operatrice Mitades, sigla che fa parte della galassia Fiocchi in Ospedale. Si occupa di *home visiting* per uno specifico progetto: “Facciamo una prima visita entro i primi 10 giorni dal parto e poi dopo un mese. Si tratta di arginare situazioni difficili, di depressione post partum, acute da condizioni socioeconomiche difficili”. L’intercettazione precoce dei casi da seguire conta molto, ci ripetono in tante. La permanenza nei reparti al momento del parto è ormai di brevissima durata, di solito non più di

due giorni, pochi per costruire un rapporto di fiducia e comprendere la reale situazione di bisogno, compresa la difficoltà dei genitori stranieri a districarsi tra i meandri della burocrazia.

Valentina Affettuoso, operatrice di Fiocchi in Ospedale al Niguarda, ce lo conferma: “Spesso sono mamme che non hanno documenti anche se sono arrivate qui per il ricongiungimento familiare. Molti genitori hanno difficoltà a chiedere informazioni sia per la barriera linguistica che per la complessità della nostra burocrazia. Nonostante le leggi in vigore, molti diritti di mamma e bambino, nella pratica, sono poco rispettati. Non siamo uno sportello dedicato a questo, ma si tratta di una priorità che affrontiamo con urgenza perché senza documenti la mamma non può, ad esempio, accedere al pediatra”. In molti casi il sostegno si concretizza in una piccola “dote di cura”, un aiuto materiale per arginare una situazione di vera emergenza, dai pannolini ai soldi per pagare una bolletta prima che l’utenza venga staccata. Fiocchi è l’amico che non hai nella solitudine della nascita, quando non puoi contare su reti di salvataggio familiari, amicali o comunitarie. È un dare che crea fiducia ci ripetono tutte, da Milano, a Napoli, a Roma.

Nella capitale, il programma di Save the Children è attivo in più poli, dall’ospedale San Camillo al Vannini, al Policlinico A. Gemelli.

Gina Riccio, psicologa, coordina il progetto Fiocchi in Ospedale a Roma. “Collaboriamo in équipe multiprofessionali e ci occupiamo degli invisibili. Al San Camillo, si incontrano spesso genitori con grandi svantaggi socioeconomici, è un polo che sorge vicino ai campi rom, sulla cui popolazione pesano molti pregiudizi. Assistiamo mamme con l’HIV e abbiamo un accordo con il vicino ospedale Spallanzani che si occupa anche di Aids e sieropositività. Dove non arriva l’ospedale arriva Fiocchi con un lavoro a staffetta o in parallelo, in modo da poter seguire queste persone sul territorio una volta uscite dall’ospedale. Siamo presenti anche nei CAS, i Centri di Accoglienza Straordinaria, dove veniamo chiamate dagli operatori in casi di necessità”. Il tempo è poco quando si sta in ospedale, quasi impossibile attivare un mediatore culturale per comunicare con la mamma che non conosce l’italiano. Anche gli assistenti sociali “istituzionali” sono visti con sospetto dalle neomadri che vivono ai margini. Paradossalmente è proprio la “dote di cura”, quell’aiuto iniziale di qualche centinaio di euro, a stabilire un legame di mutua riconoscibilità e fiducia, sottolinea Francesca Giansante, per 25 anni responsabile del servizio sociale del Gemelli e grande “amica” di Fiocchi in Ospedale: “Fiocchi dà risposte immediate. Quando l’aiuto proposto è pratico, di tipo economico, si crea quella disponibilità all’ascolto da parte della donna su cui poi costruire una relazione duratura”. Alla domanda su

quanto e come siano cambiate (e aumentate) le situazioni di fragilità, il coro è unanime: “Oggi sono in emergenza quelli che hanno lavori normali, le famiglie monogenitoriali, chi ha il mutuo da pagare e non ha i soldi per la spesa o per i pannolini, gli ‘invisibili’ che non hanno il permesso di soggiorno e non possono accedere ad alcuna forma di aiuto”.

Chiacchieriamo ancora, sino al momento dei saluti. Portiamo con noi l’eco di un ultimo scambio di informazioni tra le operatrici: “Ho bisogno di una carrozzina per una mamma”... “Ne ho una io da darti”. Poche altre frasi stabiliscono la modalità della consegna. Nella loro concretezza raccontano cosa significhi prendersi cura dell’altro.

(Sono tantissime le operatrici della galassia Fiocchi in Ospedale e delle diverse associazioni che abbiamo incontrato a Roma e a Milano. Impossibile citarle tutte ma a tutte va il nostro sincero ringraziamento)

L'ingiustizia della mortalità

La morte entro il primo anno di vita per fortuna in Italia è un evento molto raro, ma il rischio di morire non è uguale per tutti i bambini e le bambine. In Italia c'è una doppia disuguaglianza che dovrebbe far riflettere. La prima riguarda i bambini stranieri, la seconda i bambini – sia stranieri che italiani – che vivono nel Sud del Paese e nelle Isole. Sono dati inquietanti quelli che emergono da uno studio pubblicato nel 2024 a firma di un pediatra e due ricercatrici dell'Istat¹.

Prima di tutto, però, dobbiamo capire di cosa stiamo parlando. Il tasso di mortalità infantile è il numero di bambini deceduti fra la nascita e il primo anno d'età calcolato per 1.000 nati vivi. Da questa percentuale gli studiosi stimano la probabilità per un bambino di morire entro il primo anno di vita. È considerato un importante indicatore del livello di sviluppo e benessere di un Paese ed è strettamente correlato alla situazione sanitaria, economica, ambientale e sociale della popolazione a cui viene applicato.

In Italia, questo tasso dal 2014 si mantiene sotto al 3 per mille nati vivi. Nel 2020 era pari a 2,51, nel 2021 (l'anno più recente di cui sono disponibili i dati Istat) a 2,57². La media europea nel 2021, secondo Eurostat, è il 3,2 per mille e va dall'1,8 della Finlandia al 5,5 della Bulgaria³. Quindi le bambine e i bambini nati in Italia si stima abbiano in media una probabilità di morire nel primo anno di vita più bassa della media dei Paesi europei, ma con delle differenze regionali significative. Il tasso di mortalità infantile, poi, può essere suddiviso in altri due importanti indicatori: il tasso di mortalità neonatale, che si riferisce alle morti che avvengono nei primi 28 giorni dopo la nascita, e quello di mortalità postnatale, che si riferisce ai decessi da 28 giorni dopo la nascita al compimento del primo anno di vita.

Lo studio di cui scrivevamo poco sopra, uscito su *Italian Journal of Pediatrics*⁴, ha valutato le differenze territoriali per quanto riguarda tutti e tre questi parametri per l'anno 2020, sia per i bambini italiani (ovvero nati da almeno un genitore con cittadinanza italiana) che per bambini nati da entrambi i genitori stranieri, utilizzando i dati dell'Istat. Che cosa è emerso? Innanzitutto, che i bambini residenti nel Mezzogiorno, sia figli di italiani che di genitori stranieri, hanno un tasso di mortalità infantile, ovvero entro il primo anno d'età, superiore di circa il 70% rispetto ai residenti nel Nord. Le regioni con una mortalità infantile più elevata sono risultate Calabria, Sicilia, Campania e Puglia, con alcune aree (la Calabria) che raggiungono un tasso più che doppio rispetto ad altre (Toscana ed Emilia-Romagna) e pari a quello dei Paesi che si trovano nella parte bassa della classifica europea (Polonia 3,9 e Croazia 3,8 per mille). In secondo luogo, che i bambini figli di entrambi i genitori stranieri (con cittadinanza non italiana, CNI) hanno una mortalità infantile più alta dei bambini figli di italiani di circa il 60% su tutto il territorio nazionale, ma con lo stesso tasso di disuguaglianza tra Nord e Sud riscontrato tra i bambini figli di italiani (1,77 contro 3,02 per gli italiani e 3,28 contro 5,44 per i bambini CNI). In sostanza, i



TEST COMBINATO PER LA DIAGNOSI PRENATALE

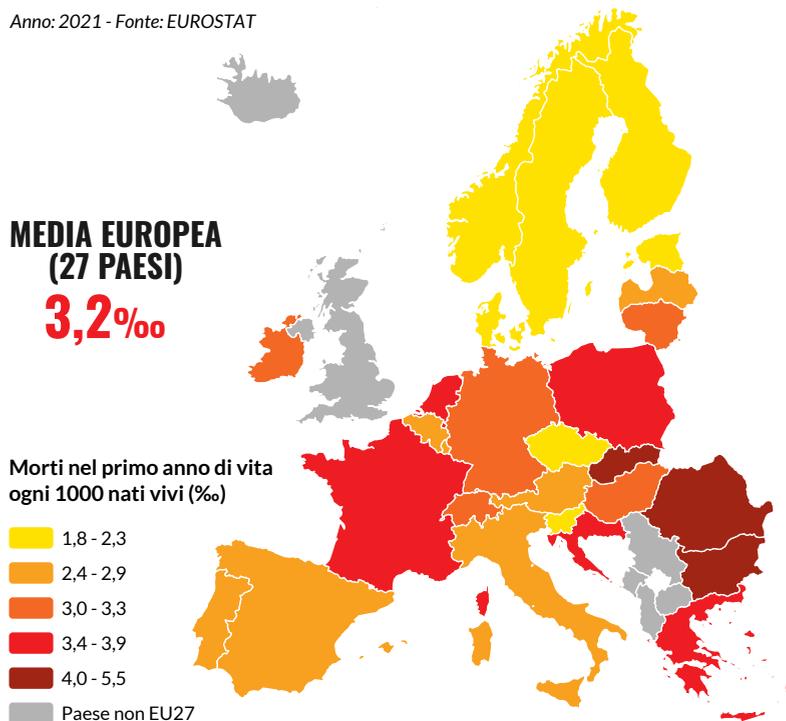
Nei nuovi LEA la principale novità per la gravidanza sta nell'approccio alla diagnosi prenatale: niente più amniocentesi gratuita per le mamme in attesa over 35. Diventa gratuito per tutte, indipendentemente dall'età, il test combinato (*screening* con bitest e traslucenza nucale) e solo in caso di rischio di patologia fetale aumentato o di altri fattori di rischio genetico della coppia, si può accedere gratuitamente agli esami invasivi, amnio e villocentesi. Offerto alle donne con particolari condizioni di rischio l'esame della curva glicemica per la diagnosi del diabete gestazionale. Introdotti gratuitamente il corso di accompagnamento alla nascita, l'assistenza in puerperio e il colloquio con lo psicologo in caso di disagio emotivo in gravidanza e/o puerperio.

La roulette dei territori

L'Italia è tra i Paesi europei con i minori tassi di mortalità infantile, ma pesano ancora troppo i divari tra aree del Paese.

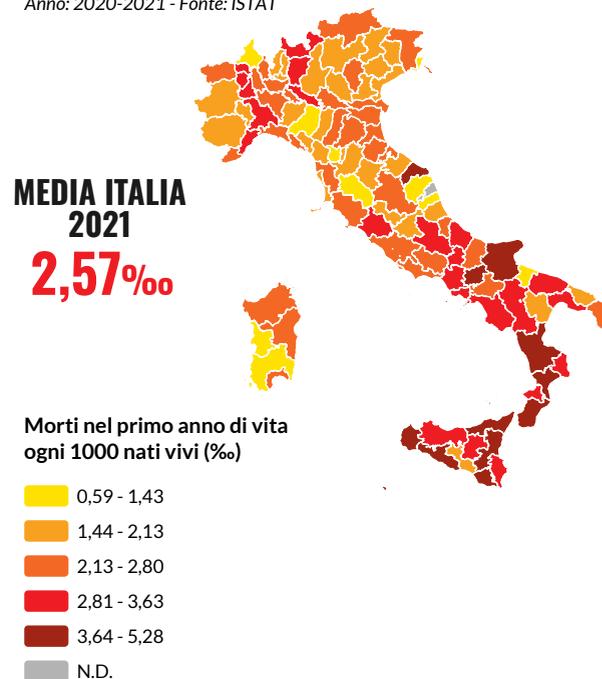
Tasso di mortalità infantile per Paese di evento

Anno: 2021 - Fonte: EUROSTAT

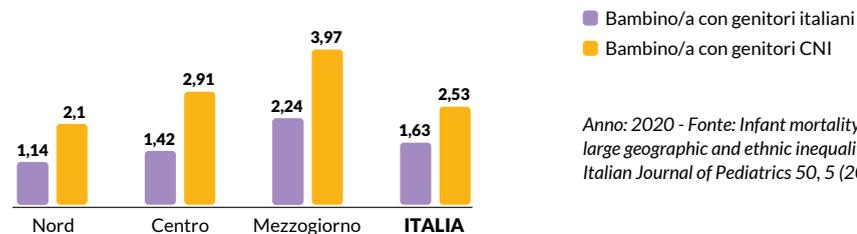


Tasso di mortalità infantile per provincia, media 2020-2021

Anno: 2020-2021 - Fonte: ISTAT

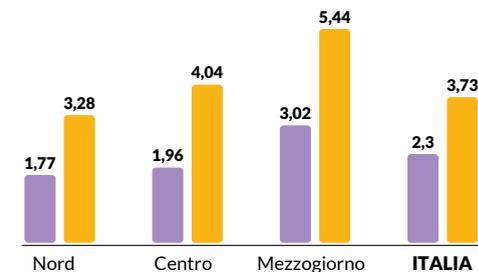


Mortalità neonatale entro il 28° giorno di vita (‰)



Anno: 2020 - Fonte: *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities. Italian Journal of Pediatrics* 50, 5 (2024)

Mortalità infantile entro il 1° anno di vita (‰)



bambini stranieri residenti nel Sud del Paese e nelle Isole hanno un ulteriore elemento di rischio.

Se guardiamo alla mortalità neonatale, ovvero quella avvenuta entro il primo mese di vita, vediamo che nel 2020 il tasso nel nostro Paese è stato in generale di 1,76 morti per mille nati vivi, ma anche in questo caso è stato del 55% superiore tra i bambini figli di stranieri che tra quelli figli di italiani (2,53 contro 1,63 per mille).

La mortalità infantile in Italia è riconducibile per lo più a due ordini di cause: da un lato, quelle relative a condizioni che hanno origine nel periodo perinatale, come la sofferenza (o *distress*) respiratoria, la prematurità, l'ipossia (ovvero una carenza di ossigeno nei tessuti dell'organismo), le complicanze della gravidanza; dall'altro, quelle che dipendono da malformazioni congenite. È da sottolineare come i bambini stranieri abbiano un tasso di mortalità più elevato per quasi tutte le cause di morte.

Lo studio italiano si basa sui dati del 2020, nel frattempo l'Istat ha elaborato i dati per il 2021 che tuttavia non cambiano molto il panorama. La mortalità infantile per territorio di residenza in media è pari al 2,57 per mille in Italia, ma se guardiamo ai diversi territori scopriamo che nel Nord-Ovest è al 2,27, nel Nord-Est al 2,22, al Centro al 2,09, al Sud al 3,06, nelle Isole al 3,63 per mille. Alcune Regioni spiccano per avere un tasso particolarmente alto: 4,16 Calabria, 3,89 Sicilia, 3,11 Campania, 3,27 Liguria⁵.

Osservati i dati, proviamo a capire il perché di queste disuguaglianze. Lo studio di Simeoni e colleghi⁶ avanza alcune ipotesi: in primo luogo le condizioni socioeconomiche. Bambini, bambine e adolescenti che vivono nelle regioni del Sud Italia e nelle Isole sono a più alto rischio di povertà assoluta e il rischio è particolarmente elevato tra le bambine e i bambini nati da genitori stranieri, come dimostra il dato secondo cui nel 2023 a livello nazionale il 35,6% delle famiglie di soli stranieri vive in povertà assoluta, ovvero oltre una famiglia su tre. Una percentuale in crescita rispetto al 2022 quando era al 33,2% e comunque molto più alta rispetto al 6,4% delle famiglie di soli italiani, sia per il 2022 che per il 2023⁷. E la correlazione tra lo stato di povertà e il rischio di ammalarsi è ben documentata da tutti gli studi sui determinanti sociali delle malattie, come ampiamente documentato nell'Atlante dell'Infanzia 2022⁸.

C'è poi - proseguono gli autori - l'organizzazione della sanità nel Mezzogiorno che è meno efficace che nel Nord. Un indicatore di questo problema è dato dall'emigrazione sanitaria, un fenomeno che riguarda anche i bambini. Ad esempio, come spieghiamo nella scheda a pag. 56, le unità di terapia intensiva pediatrica che accolgono i bambini e le bambine già dopo il primo mese di età in tutto il Mezzogiorno sono solo 55, meno che nella Regione Lazio. Come sottolinea anche Paolo Siani, direttore della Struttura Complessa di Pediatria dell'ospedale Santobono di Napoli e già Vicepresidente della Commissione bicamerale per l'infanzia e l'adolescenza: "Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dedicati alla pediatria si fermano a Roma, in tutto il Sud ce ne è solo uno, a Enna. Questo vuol dire che i casi problematici o particolari vanno tutti al Nord". L'indice di fuga - ovvero il numero di pazienti



ALLARME MORBILLLO

L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) avverte che nel 2024 si sta registrando una rapida crescita dei casi di morbillo dovuta a un calo nelle vaccinazioni. Tra le malattie prevenibili con la vaccinazione, spiega l'Agenzia, il morbillo è quella che più preoccupa perché, oltre a essere la malattia più contagiosa al mondo, può causare anche gravi complicanze. L'encefalite, in particolare, può essere mortale nel 15% dei casi e nel 40% dei casi può provocare danni permanenti come ritardo mentale, epilessia, sordità.



pediatrici (tra 0 e 18 anni) che vanno a farsi curare in una regione diversa da quella di residenza – nel 2020, secondo una ricerca effettuata dall'Istituto Mario Negri, si attesta in media all'8,7% a livello nazionale, ma con differenze territoriali spiccate, che vanno dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise, al 30,8% della Basilicata, al 26,8% dell'Umbria e al 23,6% della Calabria⁹. A parte i disagi economici, fisici e psicologici per i bambini e i loro genitori che devono spostarsi spesso a centinaia di chilometri di distanza dalla propria casa e dalle famiglie, questa migrazione implica anche un passaggio di denaro dalle Regioni del Sud a quelle del Nord del Paese poiché la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino.

Per quanto riguarda, in particolare, la maggiore mortalità neonatale dei figli di genitori stranieri, sembra che debba essere messa in relazione alle condizioni perinatali e, in particolare, alla salute della donna in gravidanza. È vero che le donne straniere che partoriscono sono mediamente più giovani delle italiane (quindi meno a rischio sulla carta), ma hanno molti svantaggi economici e sociali, come ad esempio “il maggior numero di gestanti minorenni e ragazze madri, basso reddito familiare, occupazioni meno garantite e più gravose, alimentazione inadeguata, condizioni abitative precarie, cure ostetriche ritardate o inadeguate”¹⁰.

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede cure mediche durante la gravidanza e il parto gratuito per tutte, comprese le donne senza permesso di soggiorno, ma spesso all'accesso a queste cure si frappongono ostacoli come la mancanza di informazioni sui servizi disponibili, le difficoltà linguistiche, il timore verso le autorità locali, le differenze culturali. Si tratta di condizioni che vengono sottolineate anche da chi lavora sul territorio. Ad esempio, Valentina Affettuoso che lavora a Fiocchi in Ospedale, programma di Save the Children Italia al Niguarda di Milano, ci racconta che “molto del nostro lavoro consiste nell'aiutare le mamme straniere incinte che non sanno come muoversi, non hanno informazioni di base e non riescono a recuperarle, sia per quanto riguarda le prestazioni sanitarie, sia per le questioni burocratiche come l'ottenimento della residenza, senza la quale in teoria non si può avere il medico di base e il pediatra” (si veda scheda a pag. 63).

Anche le operatrici di Fiocchi in Ospedale che ha sede al Cardarelli di Napoli sottolineano le difficoltà di accesso ai servizi e ai bonus a cui avrebbero diritto le famiglie straniere, ma anche le differenze culturali che a volte si rivelano un ostacolo per il corretto percorso sanitario in gravidanza. Anche per questo è importante la figura della mediatrice culturale, una figura che purtroppo spesso manca nelle équipes che si occupano di gravidanza e nascita.



IL MASSAGGIO CHE VIENE DALL'ORIENTE

Il massaggio infantile è un'antica tradizione in molti Paesi orientali che si sta espandendo anche nel mondo occidentale. Le recenti ricerche scientifiche hanno infatti confermato i numerosi benefici del massaggio sullo sviluppo e sulla maturazione del neonato e del bambino a livello fisico, psicologico ed emotivo. Il contatto fisico aiuta a comprendere il linguaggio del piccolo, reagendo con amore e ascoltandolo con rispetto.

QUINDICI BUONE PRATICHE

“**N**ASCITA. Nascere e crescere in Italia” è una ricerca coordinata dall’Istituto Mario Negri di Milano¹. Si tratta di uno studio di coorte condotto su oltre 5.000 bambine e bambini italiani nati tra aprile 2019 e luglio 2020 che vengono seguiti dalla nascita fino ai sei anni. La distribuzione dei piccoli per area geografica di residenza rispecchia quella della popolazione generale in Italia. I bambini vengono osservati a partire dalla prima visita dal pediatra e le informazioni vengono fornite dai genitori. Dallo studio sono nati diversi articoli scientifici, in uno dei quali, uscito a gennaio 2024, si fornisce il resoconto di una ricerca che ha coinvolto 3.337 bambini distribuiti su tutto il territorio italiano².

La ricerca ha preso in esame 15 pratiche messe in atto dai genitori che sono internazionalmente riconosciute per avere un effetto positivo sullo sviluppo e la salute dei bambini e delle bambine. Di queste, 5 riguardano la prevenzione in gravidanza (non fumare, non bere alcolici, leggere a voce alta durante la gravidanza, assumere acido folico durante la gestazione e vaccinare la mamma contro la pertosse), 3 riguardano la prevenzione dopo la nascita (adottare la posizione supina durante il sonno, vaccinare il neonato o la neonata contro lo pneumococco,

allattare al seno in modo esclusivo), le restanti 7 sono pratiche che riguardano lo stile di vita (mettere il bambino o la bambina a pancia in giù durante il giorno per rinforzare la muscolatura – il cosiddetto *Tummy time* –, ascoltare musica insieme, dedicare tempo a passeggiate all’aperto, praticare la *routine* della buonanotte, ovvero dedicare del tempo ad attività rilassanti prima di dormire, limitare il tempo passato davanti agli schermi e alla TV, leggere a voce alta al bambino o alla bambina).

Quello che i ricercatori hanno osservato è che le caratteristiche sociodemografiche influiscono sull’aderenza alle buone pratiche: le madri giovani, che non lavorano, con un livello di istruzione basso e che vivono nel Sud o che sono nate all’estero vi aderiscono in modo significativamente minore.

Inoltre, alcune pratiche su cui c’è stata una forte campagna di informazione negli ultimi anni (come il non fumare in gravidanza o l’assunzione di acido folico) sono le più seguite. Anche se, a ben guardare, spesso non sono seguite nel modo consigliato per avere un impatto decisamente positivo. Si è visto, ad esempio, che l’assunzione “corretta” di acido folico è minore al Sud e nelle Isole rispetto al Centro-Nord. Così come nel Mezzogiorno si seguono meno la pratica di vaccinare la madre contro la pertosse, l’allattamento al seno in modo esclusivo fino a sei mesi quando possibile, le passeggiate all’aperto e la minimizzazione del tempo passato davanti alla TV e agli schermi in generale. Al contrario l’adesione alla *routine* della sera per l’addormentamento è praticata più al Sud, così come l’astinenza dall’alcol da parte della futura madre.





Le autrici dell'Atlante raccontano la visita all'Ospedale di Napoli

Una giornata con... l'Ospedale Cardarelli

In una mattina di fine luglio, Omar sgambetta nella stanza caldissima senza nessun apparente disagio, si sofferma davanti al libro colorato aperto sul tavolino e lo guarda con attenzione. Poi, quando Arianna prende in mano una brioche, si avvicina curioso, anche se un po' guardingo, e ne addenta un pezzetto con grande stupore ed emozione del papà e della mamma che assistono a questo strano fenomeno: Omar che mangia. Come spesso capita in questi casi, ha un problema con il cibo questo bimbo dalla storia complicata: nato da madre tossicodipendente, è stato ricoverato qui a lungo per una sindrome di astinenza neonatale, poi il Tribunale per i minorenni lo ha affidato a una casa-famiglia e infine è arrivata l'adozione. Ma all'ambulatorio *follow up* dei bambini a rischio, Omar torna regolarmente per i controlli. Lo terranno in carico fino ai 3 anni di vita, come tutti i bambini e le bambine che arrivano dopo il ricovero in terapia intensiva neonatale o in neonatologia. Siamo all'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) "A. Cardarelli" di Napoli, Fiocchi in Ospedale, un progetto di Save the Children nato come un servizio a bassa soglia all'interno degli ospedali per ascoltare e accompagnare futuri e neogenitori. È qui, nella stanza accanto all'ambulatorio, e ad accogliere Omar, oltre ai suoi genitori adottivi, ci sono anche io, insieme a Brunella Cozzolino,

Arianna Russo e Daniela Palmisano. Brunella è la coordinatrice di Fiocchi in Ospedale e sta qui dal 2013, Arianna è psicologa e Daniela è un'educatrice perinatale, consulente per l'allattamento che gestisce un laboratorio di "tocco dolce" che ha lo scopo di ricreare un contatto fisico tra i genitori e il bambino ricoverato.

Mentre cominciamo a chiacchierare ci raggiunge Maria Gabriella De Luca, direttrice della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e della Neonatologia con cui facciamo il punto della situazione. Qui arrivano circa 300 bambini e bambine l'anno, molti sono figli di mamme che hanno partorito in questo stesso ospedale perché il Cardarelli ha un centro per le gravidanze a rischio; altre vengono da diverse città della Campania e anche dalle Isole perché l'ospedale è dotato di eliporto. In alcuni casi si tratta di parti programmati, altre volte d'urgenza. A volte le mamme arrivano senza aver fatto i controlli previsti durante la gravidanza e quindi si ritrovano a partorire un bambino malformato oppure che ha gravi infezioni senza saperlo. Le patologie più diffuse sono quelle legate alla prematurità. "Molti arrivano per asfissia perinatale – ci racconta De Luca – per questi bambini c'è bisogno di un trattamento ipotermico che va fatto entro 6 ore. Spesso arrivano dalle cliniche private che, essendo dei punti nascita di primo livello, non sono attrezzati per tale trattamento. Inoltre, purtroppo, proprio nei punti nascita di primo livello manca la cultura del trasferimento in utero, ovvero

far venire qui la mamma prima di partorire: far nascere il bambino e poi trasferirlo comporta dei rischi maggiori". I posti sono 8 in TIN e 10 in neonatologia, sono sufficienti, a parte il periodo invernale quando si presentano epidemie di bronchiolite. Spesso però ci si trova a dover ricoverare i bambini e le bambine oltre il mese di vita (che sarebbe il limite d'età per la degenza in TIN) per le carenze delle terapie intensive pediatriche (si veda scheda a pag. 56).

I bambini e le bambine rimangono ricoverati di solito abbastanza a lungo, fino a due mesi. Spesso i loro corpicini sono legati a tubi e sensori. I genitori possono entrare solo in alcuni orari che variano da ospedale a ospedale, qui al Cardarelli dalle 13 alle 16:30, anche se De Luca ha fatto da tempo richiesta per un orario prolungato fino alle 21. Ma ci sono anche casi in cui le donne non usufruiscono neanche dell'orario di ingresso perché non riescono ad entrare nel reparto di terapia intensiva dove è ricoverato il proprio figlio. "Assistiamo a volte a vere e proprie immobilizzazioni muscolo-scheletriche, disorientamento e stati confusionali in situazioni di crisi di panico tra i genitori che intercettiamo sulla porta di ingresso alla terapia intensiva neonatale – dice Arianna – e comunque entrare in questo reparto è difficile per tutti perché, oltre a provare il proprio dolore, si assorbe quello degli altri". Oltre ai problemi dei genitori, ci sono quelli dei bambini: "Sono bambini spesso prematuri e con un corpo traumatizzato – spiega Daniela – che quando escono hanno bisogno di un

accompagnamento. Il laboratorio di tocco dolce che curo ha proprio lo scopo di stabilire una relazione attraverso il contatto tra i genitori e il bambino, una relazione che purtroppo non c'è nel periodo del ricovero, quando a occuparsi del piccolo è più il personale sanitario che la mamma e il papà e con poco tempo da dedicare a questi aspetti della cura. Ma serve anche ai genitori perché in questo modo si riappropriano del bambino, riuscendo a sentirsi competenti". È così che si impara a toccare il bambino, a fargli riconoscere il proprio odore, a utilizzare pochi canali sensoriali alla volta, ad esempio, quando parli meglio non muovere le mani e viceversa, per evitare un sovraccarico percettivo. Un altro strumento importante nel percorso dall'incubatrice a casa è la raccolta del latte materno: "Molte donne che hanno i bambini in terapia intensiva soffrono di tristezza, paura e sensi di colpa, come se la nascita prematura fosse causata dal loro corpo di madre incapace di portare la gravidanza a buon fine. E soffrono per non poter far nulla per il proprio figlio. Estrarre il latte, anche poche gocce, le fa sentire parte attiva della cura. E in questa operazione si possono coinvolgere anche il papà e un eventuale fratellino o sorellina che aiutano a estrarre, conservare, portare il latte materno al nuovo nato", ci racconta Arianna.

Fiocchi in Ospedale si occupa soprattutto delle famiglie che tornano a casa. Perché tornare a casa non vuol dire che i problemi siano finiti. Spesso questi bambini hanno problemi di alimentazione o soffrono di un eccesso di protezione da

parte di genitori preoccupati. "C'è stato un caso – ricorda Brunella – di un parto gemellare prematuro, uno dei due bambini non ce l'ha fatta, l'altro sì. Ma dopo che è stato dimesso ormai in buone condizioni, la mamma ha vissuto ancora mesi chiusa in casa con il bimbo, indossando la mascherina ed evitando di portarlo fuori e di fargli incontrare qualunque persona, per paura che potesse ammalarsi". È proprio quando tornano a casa che spesso i genitori crollano e chiedono aiuto. "Per questo l'offerta va fatta a tutti, finché stanno qui spesso rifiutano un supporto, ma poi quando escono ci chiamano...", dice Arianna.

Accanto a questi problemi psicologici, ci sono le incombenze burocratiche che spesso i genitori non sono in grado di affrontare. Anche qui Fiocchi in Ospedale è prezioso: andare all'anagrafe, fare lo SPID, rivolgersi al CAF senza essere raggirati da chi si spaccia per competente, perdere giornate di lavoro per capire come muoversi, sono tutti ostacoli che si frappongono all'accoglienza del nuovo nato e che le operatrici di Fiocchi cercano di abbattere. Certo, manca un servizio di mediazione linguistico-culturale che invece sarebbe prezioso. E mancano gli spazi per accogliere le famiglie che, quando possono, affittano un B&B per il mese in cui il bimbo è ricoverato. Quando non possono... dormono dove capita. "In alcune TIN – ci dice la De Luca – c'è una stanza dove possono riposare i genitori dei piccoli degenti e molte hanno un locale con tiralatte... A dimostrazione del fatto che si può fare".

IN ITALIA POCHE TERAPIE INTENSIVE PEDIATRICHE

Nel 2022 le Terapie Intensive Neonatali erano 120 su 395 punti nascita¹, con una distribuzione piuttosto omogenea su tutto il territorio nazionale. Questi reparti dovrebbero ricoverare i bambini e le bambine entro i primi 30 giorni di vita, in realtà accolgono piccoli anche oltre questa soglia, perché quello che è davvero carente nel nostro Paese sono i posti in terapia intensiva pediatrica.

Il problema, sollevato da anni dalla Società Italiana di Neonatologia, è stato ripreso recentemente da una lettera pubblicata sulla prestigiosa rivista medica *The Lancet*².

In Italia, nel 2023 il numero di letti in terapia intensiva pediatrica era 273 per 9.788.622 bambini, bambine e adolescenti di età compresa tra 1 e 18 anni: un letto ogni 35.856 abitanti di quella fascia d'età, che è lontano dallo standard raccomandato dall'Unione Europea di 1 letto ogni 20-30 mila minori. Il caso della Sardegna – scrivono gli autori – illustra bene questo problema: nonostante l'isolamento geografico dal resto della penisola italiana, la regione non dispone di un solo posto letto in terapia intensiva pediatrica. E 16 regioni in Italia hanno meno del 25% dei posti letto raccomandati dagli standard europei.

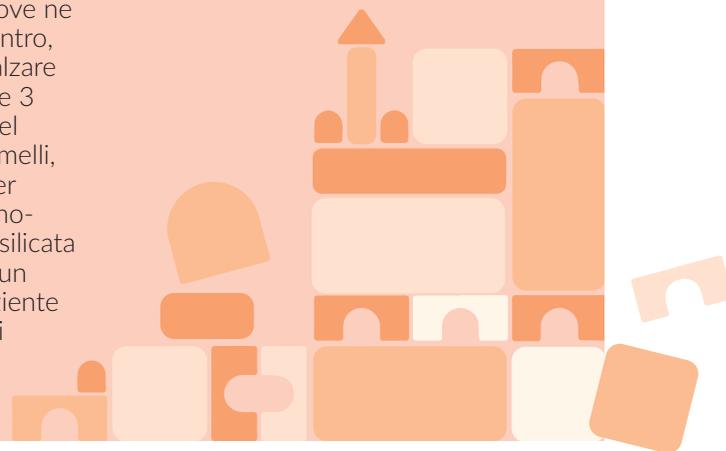
Secondo l'articolo, la carenza di posti letto nelle macroaree italiane rispetto al numero di posti letto che servirebbero secondo gli standard europei è del 67,3% al Sud, del 42,3% al Nord e del 2,2% al Centro. Questo scarso accesso alle strutture di terapia intensiva mette i bambini e le bambine di queste regioni in grave svantaggio quando sono necessarie cure mediche tempestive per emergenze potenzialmente letali. In conclusione, l'Italia ha attualmente una carenza di posti letto in terapia intensiva pari al 44,4% rispetto agli standard europei. Questa carenza sottolinea la necessità di un miglioramento urgente, evidenziano gli esperti.

Nella cartina geografica delle terapie intensive per bambini, bambine e adolescenti, si va dai 128 posti letto al Nord, a fronte di un fabbisogno di 222, ai 55 del Mezzogiorno, dove ne servirebbero 168, ai 90 del Centro, sotto solo di 2 posti letto. Ad alzare la media in Centro Italia sono le 3 terapie intensive pediatriche del Lazio, quelle degli ospedali Gemelli, Bambino Gesù e Umberto I. Per contro, in Valle D'Aosta, Trentino-Alto Adige, Umbria, Molise, Basilicata e Sardegna non c'è nemmeno un posto letto e se un piccolo paziente arriva in ospedale in condizioni

particolarmente critiche, deve essere immediatamente trasferito in un'altra regione.

“È un problema molto importante – commenta Maria Gabriella De Luca, direttrice della Terapia Intensiva Neonatale del Cardarelli di Napoli – perché bambini di pochi mesi o devono emigrare oppure finiscono nelle terapie intensive per adulti dove però non hanno dispositivi adatti, persino gli aghi non sono delle dimensioni giuste”.

Oltre all'allargamento nel numero dei posti letto e alla creazione di una rete di riferimento, la Società Italiana di Neonatologia propone di realizzare terapie intensive neonatali allargate alla gestione del lattante/bambino critico, individuate per caratteristiche logistiche ed organizzative e per macroaree territoriali o di bacino di popolazione di competenza³.





I NUOVI MEDICI DI FAMIGLIA

È appena uscita una nuova edizione rivista di “Pediatria di famiglia. L'evoluzione necessaria di un mestiere tra nuovi bisogni di salute e nuovi contesti organizzativi” a cura di Michele Gangemi e Giorgio Tamburlini (Il pensiero scientifico editore, 2024). Si tratta di un'opera corale che riassume, a quarant'anni di distanza dalla precedente edizione, il percorso e le criticità della pediatria di famiglia soffermandosi sulla trasformazione del modello organizzativo delle cure primarie pediatriche.

Pediatri non più soli

“**O**gni bambino ha diritto all'assistenza sanitaria, come previsto dal Servizio Sanitario Nazionale, con un medico dedicato: il pediatra di libera scelta”. Così si legge sul documento sui primi mille giorni di vita prodotto dal Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età¹. È importante – prosegue il documento – che i genitori facciano riferimento al pediatra non solo per le visite periodiche, ma anche per approfondimenti su tematiche relazionali, nutrizionali e di prevenzione necessarie per la salute e lo sviluppo del bambino o bambina. Perché l'assistenza sanitaria prende in considerazione tutte le dimensioni, secondo la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità”².

I pediatri, dunque, dovrebbero essere punto di riferimento per i genitori in modo da garantire un corretto sviluppo in questa delicata e importantissima fase della vita di un essere umano, secondo i principi del *Nurturing Care*³. Quali ostacoli si frappongono alla realizzazione di questa indicazione nel nostro Paese?

Il primo è il tempo. “Ci sono pediatri che per loro vocazione o per scelta hanno compreso di dover assolvere a un compito pure sugli aspetti della genitorialità, ma anche i migliori di loro

dicono che più di una mezz'ora non riescono a dedicare a questo tema per mancanza di tempo”, ci racconta Giorgio Tamburlini, pediatra, già direttore scientifico dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, presidente del Centro per la Salute del Bambino.

I pediatri di libera scelta hanno tempi limitati da dedicare al bambino, anche perché sono pochi. A sostenerlo c'è anche il Ministero della Salute che nell'Annuario statistico, pubblicato ad aprile 2024 e relativo ai dati del 2022, scrive: “Tutte le Regioni sono comunque caratterizzate da una carenza più o meno accentuata di pediatri in convenzione con il SSN”⁴.

Bisogna ricordare che i bambini da 0 a 6 anni devono per legge essere assistiti da un pediatra di libera scelta, mentre i bambini da 6 a 14 anni possono essere assistiti dal pediatra oppure da un medico di medicina generale, a discrezione dei genitori o a causa di situazioni particolari, ad esempio una carenza di pediatri nella zona in cui risiedono. E in effetti, secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al primo gennaio 2023 l'81,8% della popolazione censita da Istat di età 6-13 anni risulta assistita dai pediatri di libera scelta, con percentuali molto diverse tra le regioni: si passa dal 95,9% della Liguria al 60,3% della Sardegna⁵. Al compimento dei 14 anni la revoca del pediatra è automatica, tranne per pazienti con documentate patologie croniche o disabilità, per i quali può essere richiesta una proroga fino al compimento del sedicesimo anno.

Nel 2022, sempre secondo il Ministero della Salute, “Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 993 bambini – con un'ampia variabilità territoriale (da un valore di 863 bambini per pediatra in Toscana a 1.281 bambini per pediatra nella Regione Piemonte)”⁶ (si veda la mappa nella pagina a fianco). Per carico medio potenziale ci si riferisce al numero di bambini e bambine residenti nell'area in cui opera un medico pediatra. C'è una piccola discrepanza tra il numero dei bambini residenti e il numero dei bambini che sono realmente assistiti dal pediatra di libera scelta perché, come spiegavamo prima, dopo i 6 anni d'età alcuni vengono iscritti con il medico di medicina generale.

Il vecchio Accordo Collettivo Nazionale prevedeva che il massimale di assistiti per pediatra fosse di 800 bambini⁷. Sempre nel 2022, ultimo anno di cui il Ministero della Salute fornisce i dati ufficiali, i pediatri con più di 800 assistiti, erano il 72,8%, con punte di 86,9% in Veneto, 86,3% in Piemonte, 86,7% nelle Marche⁸. Probabilmente anche per ovviare a una situazione irregolare, l'Accordo Collettivo Nazionale firmato nel 2022⁹ ha elevato il numero massimo di assistiti di un pediatra di famiglia a 880, a cui si possono aggiungere con deroga nazionale ulteriori 120 scelte temporanee (ovvero iscrizioni effettuate da residenti in ambiti limitrofi, non residenti, extracomunitari). Inoltre, i fratelli di un bambino o bambina già in carico ad un pediatra possono essere iscritti con quello stesso medico, anche se ha raggiunto il suo massimale di assistiti. Infine, esistono deroghe regionali e locali, soprattutto legate all'indisponibilità di altri pediatri sul territorio, che portano a superare in molti casi i 1.000 iscritti.

Nel 2024 il nuovo Accordo Collettivo Nazionale che, nel momento in cui scriviamo è in corso di contrattazione, eleva il numero massimo di assistiti da un pediatra a 1.000, cifra che comprende sia le scelte a tempo indeterminato che quelle a tempo determinato e le varie deroghe: si tratta



PER MANO

Nel 2019 Save the Children ha promosso Per Mano, un progetto mirato al sostegno della primissima infanzia. L'obiettivo di Per Mano è di prendere in carico fino a 1000 tra bambini e bambine nati in Italia in condizioni di grave vulnerabilità. A ciascuno di loro viene assicurato un percorso condiviso di sostegno e di accompagnamento verso un sistema stabile di tutela e di autonomia. L'intervento si sviluppa su un arco che può variare da 3 a 18 mesi ed è composto da due aspetti fondamentali: un sostegno materiale per decomprimere lo stato di bisogno della famiglia e favorire le attività di cura per il bambino o la bambina; un rafforzamento delle capacità e delle condizioni generali di benessere dei genitori, attraverso l'accompagnamento costante con un operatore per l'intero periodo di presa in carico.

di un limite che, almeno sulla carta, non potrà essere superato.

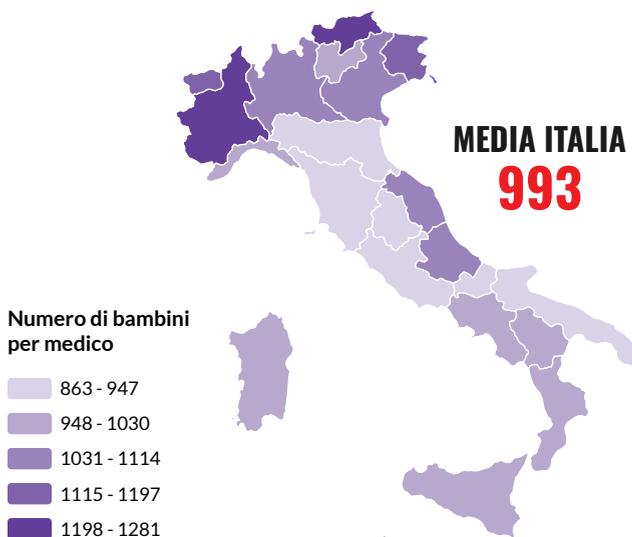
Dunque, i pediatri di libera scelta sono pochi. Ma si riesce a quantificare quanti ne mancano? In un rapporto pubblicato a maggio 2024, la Fondazione GIMBE ha stimato una carenza di 827 pediatri di libera scelta su tutto il territorio nazionale. Il calcolo è stato fatto utilizzando le rilevazioni SISAC al 1° gennaio 2023 e considerando come accettabile un rapporto di un pediatra ogni 800 assistiti, un valore medio tra un rapporto ottimale di 600 e il massimale con deroga di 1.000. Notevoli le differenze regionali: il 62% delle carenze si concentra in sole 3 grandi regioni del Nord: Lombardia (244), Piemonte (136), Veneto (134)¹⁰.

Ma il tempo si rivela un ostacolo a un buon funzionamento dell'assistenza anche in un altro senso: i pediatri di libera scelta in Italia sono anziani. Sempre secondo l'Annuario statistico del Ministero della Salute, il 79% ha ottenuto la specializzazione oltre 23 anni fa (si veda la mappa in basso). Il che vuol dire che fra qualche anno ci saranno meno medici per i nuovi nati: si calcola, infatti, che andranno in pensione entro il 2026 più di 1.700 pediatri ed entro il 2031 circa 3.500. Il problema è che il numero di pediatri di libera scelta è già in discesa da alcuni anni: dal 2019 al 2022 quelli in attività sono diminuiti di 446 unità (il 6% in meno)¹¹.

Pediatri: pochi e non più giovani

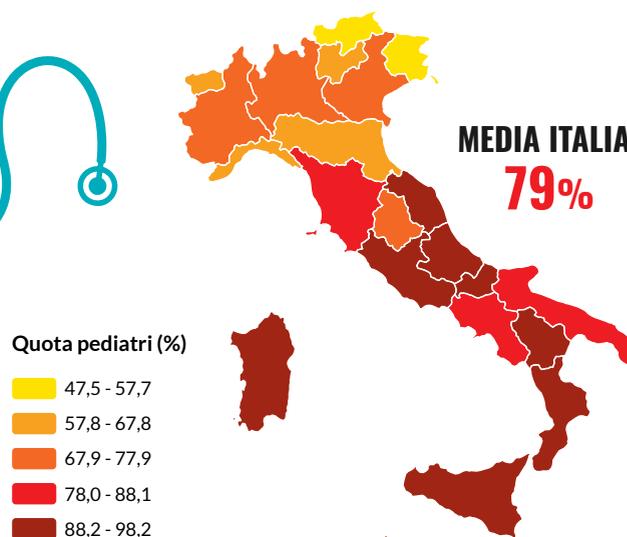
Numero di bambini (0-13 anni) residenti per medico pediatra

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



Quota di pediatri con più di 23 anni di anzianità

Anno: 2022 - Fonte: Ministero della Salute



Come sostiene Claudio Mangialavori, pediatra dell'ambulatorio di pediatria di gruppo "Il Piccolo Principe" di Modena e membro dell'Associazione Culturale Pediatri, "I prossimi anni vedranno il pensionamento di molti pediatri di famiglia e il ricambio generazionale sarà lento; dopo 25 anni di drastiche riduzioni di borse di studio, soltanto negli ultimi 5 anni è aumentato in modo significativo il numero di medici in Formazione Specialistica in Pediatria, un incremento che però da solo non sembra poter colmare, almeno nel breve tempo, la carenza".

In effetti, il numero di borse di studio per la scuola di specializzazione in pediatria, dopo un decennio di sostanziale stabilità, è nettamente aumentato negli ultimi 5 anni: da 496 nell'anno accademico 2017/2018 a 885 nel 2022/2023, ma le falle da tappare sono molte dopo anni di sottofinanziamento e tagli al personale, anche nell'ambito ospedaliero. Secondo quanto riporta il 13° Rapporto del Gruppo CRC, nell'assistenza pediatrica ospedaliera "Il progressivo ridursi degli organici e delle competenze specialistiche pediatriche costringe bambine, bambini e adolescenti ad un sempre più frequente riferimento agli specialisti dell'area medica dell'adulto"¹². Secondo alcuni dati forniti dalla Società Italiana di Pediatria, oltre il 25% dei bambini, delle bambine e degli adolescenti tra 0 e 17 anni viene ricoverato in reparti per adulti¹³. A questo si aggiunge un fenomeno emergente degli ultimi anni, ovvero il ricorso delle organizzazioni sanitarie ai pediatri "a gettone" per scongiurare la chiusura di molti reparti di pediatria che, sicuramente, non consente una programmazione efficace e una continuità della cura.

E qui siamo di fronte a un secondo ostacolo: lo spazio. Mancano spazi adatti ai minori negli ospedali, visto che spesso bambini e bambine vengono ricoverati in reparti per adulti. Mancano spazi anche negli studi del pediatra di libera scelta che spesso si riducono a una stanza in cui il medico riesce solo a visitare il piccolo su un lettino. Mentre per capire come sta un bambino – come ci spiega Mangialavori – il pediatra deve osservarlo in uno spazio sufficientemente ampio da consentirgli di muoversi liberamente, giocare in modo spontaneo e relazionarsi con la madre, il padre o i nonni.

In questo quadro, cosa si può fare? Forse non è solo un problema di numeri, ma di esplorare modelli di assistenza diversi. Una risposta la dà lo stesso Mangialavori: "Credo sia proprio questo il momento opportuno per disegnare un modello di riorganizzazione della pediatria del territorio incentrata sul lavoro di équipe multiprofessionali, capaci di integrarsi con una rete sociosanitaria-educativa di servizi territoriali e nelle quali sia possibile la presa in carico dei bisogni di salute di un maggior numero di bambini". Una risposta potrebbe, dunque, risiedere in un diverso modello organizzativo, dove una équipe multiprofessionale possa prendere in carico la promozione dello sviluppo dei bambini nel suo complesso. Anche Giorgio Tamburlini è d'accordo: "Alcuni gruppi di pediatri si stanno attrezzando per inserire nei bilanci di salute anche la valutazione e la promozione dello sviluppo del bambino. Ma da soli non ce la fanno, tanto più che oggi hanno un carico maggiore perché sono di meno e, nello stesso tempo, i genitori sono sempre più in ansia. Per fare meglio, i pediatri hanno bisogno di aggregarsi maggiormente e di prevedere del personale che possa occuparsi di alcune attività per liberare tempo e spazio per il colloquio coi genitori". L'esperienza dell'ambulatorio di pediatria di gruppo "Il Piccolo Principe" di Modena che raccontiamo nel reportage a pag. 64-65 è da inserire tra le buone pratiche che possono migliorare



MEDICI IN FUGA

Secondo i dati riportati dal sindacato SUMAI (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana), dal 2019 al 2021, dall'Italia sono andati all'estero 21.397 medici, fra i quali 14.341 specialisti. In particolare, i medici in formazione per i servizi di emergenza-urgenza sono molto carenti nel nostro Paese. Questo si riflette negativamente anche sull'assistenza pediatrica, come ha fatto notare la presidente della Società Italiana di Pediatria, Annamaria Staiano.



il panorama dell'assistenza pediatrica. Ma perché davvero il sistema funzioni, ci sono due cose che vanno potenziate: la formazione e la rete dei servizi. La formazione serve ai medici perché possano affrontare in modo appropriato non solo le patologie, ma anche i bilanci di salute, ovvero le “visite filtro”, eseguite in particolari momenti della crescita del bambino, che permettono l'individuazione precoce di eventuali problemi di salute e di sviluppo. Ma la formazione serve anche al personale non medico affinché possa occuparsi, ad esempio, dell'*home visiting*, ovvero i controlli a domicilio sul benessere del neonato e della famiglia o per il supporto all'allattamento.

Per Paolo Siani, direttore della Struttura Complessa di Pediatria delle malattie croniche e multifattoriali dell'ospedale Santobono di Napoli, la figura del pediatra è centrale perché nel suo studio passa la quasi totalità dei bambini, quindi ha modo di intercettare e di intervenire precocemente anche su situazioni complesse: “Quello che spesso da noi non c'è, e che invece esiste nei Paesi anglosassoni, è una figura professionale che non sia un medico e che vada a casa nei primi mesi di vita del bambino, ma anche prima della nascita. È importante perché se si vede una famiglia problematica, si capisce che per quel bambino c'è bisogno di un intervento particolare del pediatra. Inoltre, molte difficoltà potrebbero essere risolte da chi va a casa, senza un aggravio per il medico. Ad esempio, l'allattamento materno: la visita a casa nei primi 15 giorni salva almeno la metà delle mamme in difficoltà con l'allattamento”.

Quello che servirebbe è un intervento universale, spiega Tamburlini, ovvero rivolto a tutte le famiglie con un neonato o neonata e non solamente a quelle ritenute potenzialmente “a rischio”, prima di tutto perché le fragilità sono tutt'altro che apparenti, quindi un approccio selettivo rischia di perdere la maggioranza di esse. In secondo luogo, perché il sostegno alla genitorialità dovrebbe essere un diritto universale. E poi c'è l'aspetto dello stigma: va evitato che il fatto di visitare una famiglia possa essere interpretato come indicatore di una situazione problematica: “Il miglior modo per raggiungere famiglie difficili da contattare è che questo avvenga nell'ambito di un intervento che interessa tutte le famiglie indistintamente. D'altronde ci sono Paesi, anche europei, in cui l'*home visiting* è un servizio universale, poi in base a quello che si trova, l'articolazione degli interventi successivi può essere più o meno complessa. Si parla infatti di un universalismo progressivo, con interventi graduati in base ai bisogni che emergono”. Anche in questo caso però il personale deve essere formato: “Si tratta di un lavoro che sta a metà strada tra il sapere ostetrico e quello educativo – prosegue Tamburlini – che interviene su come il genitore si relaziona con il proprio bambino in termini di interazione, gioco, lettura, eccetera. È una funzione che, col personale che abbiamo oggi, è difficile possa essere svolta da una persona sola. Allora si può pensare di organizzare il servizio in modo che intervengano in tempi successivi le diverse figure professionali coinvolte, oppure si deve cercare di formare il personale a partire da profili già esistenti come l'assistente sanitaria visitatrice per la quale ci sono anche dei corsi di laurea”. L'altro aspetto da potenziare è la rete. Consultori familiari, punti nascita e pediatri di libera scelta devono lavorare insieme: “C'è bisogno di continuità e coerenza tra i tre servizi in termini di messaggi su salute della donna, allattamento, alimentazione complementare”.

GLI INVISIBILI SENZA RESIDENZA

ARoma è via Modesta Valenti, dal nome di una donna senza fissa dimora che morì alla stazione Termini nel 1983. A Pavia è via Pavia. A Torino è via della Casa comunale. In alcune città il nome scelto è più esplicito, come a Omegna (via Introvabili) o a Cosenza (via dell'Accoglienza). Non cercate queste strade sulle mappe delle città perché non le trovereste: sono le cosiddette 'residenze fittizie o di solidarietà'. Si tratta di vie inesistenti che consentono a una persona senza una dimora fissa di avere accesso ad alcuni diritti fondamentali, come la salute e l'istruzione.

La creazione di questi indirizzi fittizi a cui le persone senza dimora possono registrare la propria residenza esisteva da anni per permettere ai senzatetto di ricevere le

comunicazioni. Da dieci anni a questa parte però è diventato il modo con cui alcuni Comuni si sono ingegnati per far fronte ai problemi nati dall'articolo 5 della Legge n. 80 del 2014. La Legge dice che chi occupa un immobile, anche se in condizione di necessità, non ha diritto a registrare la residenza nel luogo in cui vive, né ad allacciarsi ai pubblici servizi (acqua, luce, gas) e neppure ad entrare in graduatoria nei successivi cinque anni per ottenere un alloggio popolare.

Senza residenza, però, non è possibile godere a pieno del diritto alla salute, in quanto l'iscrizione anagrafica è una condizione necessaria ai fini dell'assegnazione di un medico di famiglia e di un pediatra. Anche per quanto riguarda la scuola, la mancanza di residenza è un ostacolo. Infatti, anche se la residenza non è un requisito formalmente previsto per l'iscrizione ai cicli formativi primari e secondari, costituisce una condizione necessaria per l'accesso ad alcuni servizi, come la mensa e il buono libri, subordinati alla presentazione

dell'ISEE. Siccome la certificazione ISEE è legata alla registrazione anagrafica, chi non ha residenza rimane tagliato fuori dalle misure di sostegno. Anche l'iscrizione al nido in molte realtà è ostacolata dalla mancanza di residenza, in alcuni casi però si è cercato di ovviare al problema: ad esempio, nel comune di Roma dal 2023 l'iscrizione agli asili nido è aperta anche a chi ha una residenza fittizia¹.

La norma del 2014 ha conseguenze che vanno oltre i suoi intenti primari: in molti denunciano il fatto che anche chi è costretto ad accettare canoni di locazione in nero, vive in ospitalità o in situazioni non formalizzate, non vede riconosciuto il diritto alla residenza perché non può fornire all'anagrafe un regolare contratto.

Nel corso dei dieci anni che ci separano dalla emanazione della Legge, sono stati in molti a protestare per le sue conseguenze che rendono di fatto "invisibili" dal punto di vista amministrativo tante persone, lasciandole così prive di diritti: oltre alle organizzazioni per il diritto all'abitare, Medici Senza Frontiere, Actionaid, Medici per i Diritti Umani. Ma al momento l'iniziativa per fronteggiare i problemi che derivano dalla sua applicazione è lasciata ai diversi Comuni italiani.





Le autrici dell'Atlante raccontano la visita allo studio di pediatria di Modena dove lo spazio e il gruppo fanno la differenza

Una giornata con... Il Piccolo Principe

Al primo piano di una palazzina moderna in una zona un po' periferica di Modena c'è "Il Piccolo Principe"¹, uno studio di pediatria di gruppo nato nel 2009 e che dal 2016 si è trasferito qui. In queste stanze di solito c'è un gran movimento: vi circolano oltre 6.000 bambini e bambine. Noi le visitiamo in un momento di relativa calma, verso l'ora di pranzo. C'è una sala d'attesa con giocattoli, libri e grandi quadri colorati alle pareti, frutto di un progetto sulla famiglia che ha visto dialogare gli artisti con chi si occupa di salute. Poi c'è una saletta più piccola per i bambini che arrivano con qualche patologia in corso, in modo da isolarli dai sani. Una stanza per le segretarie, una per le infermiere e poi sei studi, grandi e luminosi, per i sei pediatri di libera scelta che lavorano in gruppo: "Non abbiamo studi ampi perché ci piace stare comodi – ci spiega Claudio Mangialavori, uno dei pediatri fondatori del gruppo – ma perché serve spazio. Prima di tutto per far star bene il bambino e chi lo accompagna: a volte c'è solo la madre, a volte la madre e il padre, a volte vengono anche i nonni, e noi li accogliamo tutti. In secondo luogo, lo spazio serve a noi: per capire come sta il bambino dobbiamo guardarlo mentre si muove e gioca spontaneamente e non disteso sul lettino. Spesso visitiamo seduti sul

tappetone in modo da osservare come il piccolo si sposta nello spazio e come interagisce con gli altri e con gli oggetti. Poi dobbiamo avere un posto per i giochi e soprattutto per i libri, in modo da far conoscere anche ai genitori uno strumento fondamentale per la crescita del loro figlio. Io ho uno scaffale dedicato al romanzo 'Il piccolo principe' tradotto in lingue diverse, mi faccio portare i libri dalle famiglie quando tornano dai viaggi nel loro Paese natale: è una bellissima sorpresa per una mamma cinese trovare un libro nella sua lingua nello studio del pediatra. E poi, naturalmente, serve un luogo luminoso e colorato".

Oltre ai sei pediatri, al Piccolo Principe ci sono quattro infermiere e due segretarie. Parliamo con tutti e le parole che ascoltiamo più frequentemente sono "integrazione" e "condivisione". È un lavoro davvero di gruppo in cui ognuno porta la propria competenza in modo paritario, ragionato e programmato. Una volta al mese, ci raccontano le segretarie, che sono il *front desk* dello studio, si svolge una riunione di tutto il gruppo, compresa la segreteria, un'altra volta una riunione che coinvolge medici e infermiere e, infine, una riunione dell'équipe medica.

Tutti concordano sul fatto che la pediatria di gruppo permette di dare un servizio più efficiente alle famiglie. Lo studio, infatti, è aperto dal lunedì al venerdì per molte ore al giorno. La mattina, dalle 8:30 alle 12:30, le segretarie fissano gli appuntamenti di

chi chiama al telefono. Le infermiere sono presenti mattina e pomeriggio, i medici hanno i loro orari di studio e poi una reperibilità telefonica sia mattutina che serale fino alle 20. Ogni medico segue i suoi pazienti (ognuno ne ha circa mille), ma è a disposizione in caso di necessità per visitare anche i pazienti del collega che in quel momento è assente. Le infermiere svolgono un ruolo fondamentale. Ce lo raccontano Teresa, Giulia, un'altra Giulia e Cristina: "Siamo quattro infermiere presenti su due turni. Oltre a rispondere al telefono e occuparci del *triage*, ogni mattina per due ore vediamo i bambini per medicazioni, punture e per la cura di piccole patologie. Abbiamo messo a punto dei protocolli con i medici per gestire in autonomia alcuni percorsi. Questo per noi è molto importante". Poi c'è la presa in carico dei neonati: "Quando i neogenitori arrivano per la prima volta, dedichiamo del tempo per parlare con loro del vissuto della gravidanza, della loro famiglia, di quali aiuti hanno, dei problemi che devono affrontare. Questo crea un legame, aiuta le famiglie a orientarsi e ci permette di riconoscere situazioni di fragilità per le quali avere delle accortezze in più".

Il bacino di utenza del Piccolo Principe è vario, con famiglie che arrivano da tutta Modena, il 25% delle quali sono straniere. "A volte – spiega Teresa – la lingua è un problema, ma spesso ci sono i figli maggiori a fare da traduttori. Comunque, se al telefono non riusciamo a capirci, li facciamo venire

allo studio, di persona, un modo per comunicare si trova". *L'home visiting* non si riesce a fare per mancanza di fondi e di personale e anche per questioni burocratiche. Ed è un peccato perché, come dice Cristina, il vissuto è diverso: "Per esempio, noi facciamo vedere come allattare, ma trovare la giusta posizione sulla sedia dell'ambulatorio non è come farlo sul divano di casa. Molte madri qui allattano benissimo, poi tornano a casa e non riescono...". Il lavoro di gruppo fa bene anche ai medici, ci dice Jennifer Chiarolanza, pediatra dello studio: "Prima di tutto ci arricchisce: ognuno porta la sua esperienza e il suo sapere a tutti gli altri; inoltre, ci permette di confrontarci sui casi, di creare un messaggio coerente e condiviso. Ci rafforza nelle nostre decisioni, ad esempio su come utilizzare i farmaci, perché non ci sentiamo più soli nella scelta. Infine, consente di scaricare una parte di adempimenti burocratici che da soli ci sommergerebbero. Insomma, siamo tutti più sereni e un pediatra più sereno è un pediatra migliore".

Alla base di questa scelta, però, ci deve essere una progettualità condivisa, come ci spiega Claudio Mangialavori: "Il primo principio da cui partiamo è che la famiglia è parte integrante del sistema curante, anzi la famiglia è al centro di questo sistema e i pediatri sono un supporto, sia pure dotati di una grande competenza sulle patologie. Da questo discende che l'educazione sanitaria è un lavoro fondamentale da fare e che si deve

pensare a un superamento dell'approccio paternalistico o direttivo della medicina. Nella struttura si lavora tutti alla pari, con un rafforzamento delle diverse competenze. Anche il rapporto con gli infermiere si modifica in un modo che risulta più efficiente, soprattutto in un momento di carenza di pediatri: se una parte del lavoro viene gestita dagli infermiere, il medico può prendersi cura di più pazienti. In sostanza, va superata la visione 'medico-centrica' a favore di un modello che metta al centro l'équipe multiprofessionale paritaria. Ma questo non è sempre facile".

Il modello della pediatria di gruppo si sta espandendo, ma mentre alcune Regioni incentivano la formazione di pediatrie di gruppo, anche economicamente istituendo un fondo, sia pure modesto, per la gestione del personale, altre Regioni non prevedono la creazione di questa forma di associazione. L'Associazione Culturale Pediatri qualche tempo fa aveva proposto questo modello per la riorganizzazione della medicina territoriale, sulla base di buone pratiche già consolidate, ma al momento la pediatria di gruppo è sparita dagli ultimi accordi collettivi. Eppure, ci dicono i pediatri, "le Case di comunità di questo avrebbero bisogno".

LEA NON PER TUTTI

Tredici regioni promosse, una bocciata e sei ancora inadeguate in almeno un'area assistenziale.

È il risultato del monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) relativo all'anno 2022 e presentato dal Ministero della Salute a giugno 2024¹. I LEA, definiti nel 2001 e aggiornati nel 2017, sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Coprono una vasta gamma di servizi sanitari, tra cui quelli specificamente dedicati alla salute dei bambini e delle bambine.

La valutazione si basa sul Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), una griglia di 88 indicatori, di cui 22 definiti "core" che si riferiscono a tre macroaree: di prevenzione, ospedaliera e distrettuale. Nella macroarea distrettuale troviamo l'assistenza sanitaria di base, l'emergenza territoriale, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica

ambulatoriale, l'assistenza protesica e l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.

Complessivamente, in base a questi parametri, raggiungono la sufficienza superando la soglia dei 60 punti Piemonte, Lombardia, Veneto, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata. La Valle d'Aosta risulta sotto la soglia di adempienza in tutte e tre le macroaree, data la specificità della regione e la diversa organizzazione tra sanità e servizi socio-assistenziali, non colta dalla raccolta dati ministeriale². Mentre Calabria, Sicilia e Sardegna sono sotto la sufficienza nelle due macroaree della prevenzione e del distretto. Infine, Bolzano, Abruzzo e Molise vanno sotto i 60 punti nell'area della prevenzione.

Nella macroarea prevenzione destano preoccupazione le coperture vaccinali

nei bambini (al di sotto dei valori ottimali fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella maggior parte delle regioni) e le attività di controllo degli alimenti, insufficienti in Campania e Valle d'Aosta e in peggioramento in diverse regioni. Critico al Sud l'indicatore sintetico sugli stili di vita (in media in lieve peggioramento rispetto al 2021), mentre per i parti cesarei si conferma la differenza tra Nord e Sud e, nelle strutture con oltre mille parti annui, si assiste a un aumento dei parti cesarei in 14 regioni.

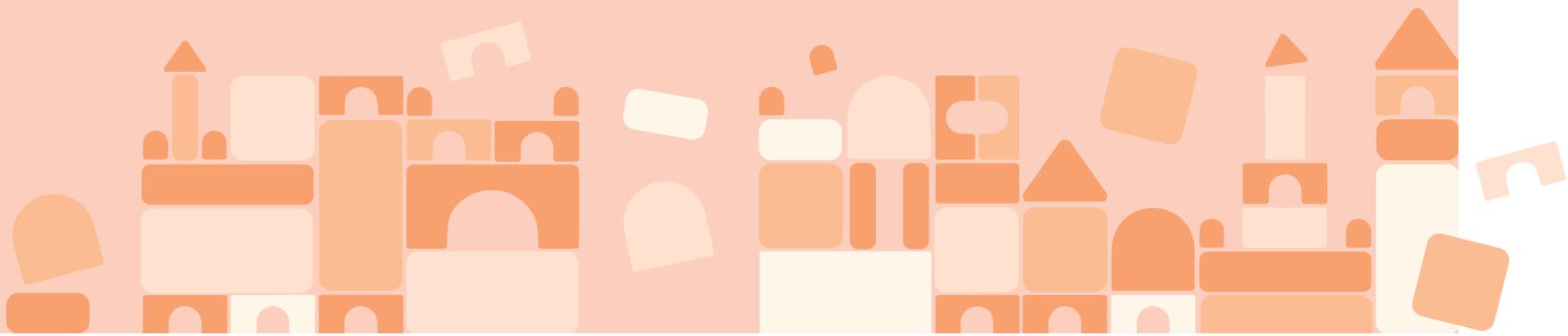
Un'altra criticità riguarda la mancata approvazione dei tariffari per le prestazioni ambulatoriali e per l'assistenza protesica, prevista nell'aggiornamento dei LEA del 2017. In sostanza, senza l'approvazione dei tariffari si impedisce l'entrata in vigore di alcuni LEA che consentono di dare a tutti i cittadini, indipendentemente dalla regione in cui vivono, alcune

prestazioni ambulatoriali nuove come quelle per la procreazione medicalmente assistita o per gli *screening* neonatali, oppure che già si eseguono ma a tariffe spesso più alte di quelle che oggi sarebbero corrette. Lo stesso vale per l'assistenza protesica: si tratta di ausili per la comunicazione per disabilità gravi, oppure carrozzine o sollevatori per il bagno, apparecchi acustici a tecnologia digitale. È di marzo 2024 la notizia che la piena operatività dei nuovi tariffari slitta al 1° gennaio 2025, mentre sarebbe dovuta finalmente scattare il 1° aprile 2024. Con questo rinvio si accumula un ritardo di ben otto anni rispetto al momento in cui i nuovi LEA sono stati approvati. Lo slittamento è avvenuto nonostante la Ragioneria Generale dello Stato avesse sollecitato l'entrata in vigore del decreto e nonostante nei mesi precedenti si sia sollevata la protesta di molte associazioni tra cui Cittadinanzattiva e Osservatorio Malattie Rare³.

Un capitolo a parte riguarda poi lo *screening* neonatale. Gli *screening* neonatali rappresentano un importante intervento di prevenzione sanitaria secondaria che permette la diagnosi precoce di un ampio spettro di malattie congenite. Diagnosticare tempestivamente alcune malattie congenite vuol dire migliorare in modo significativo la prognosi della malattia e la qualità di vita dei pazienti, evitando gravi disabilità.

Attualmente sono 49 le patologie sottoposte a Screening Neonatale Esteso (SNE), tra cui la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito e la fenilchetonuria. Secondo l'Osservatorio Screening Neonatale⁴, però, sono almeno sette le patologie o i gruppi di patologie rare che avrebbero tutti i requisiti in regola per essere integrate nello SNE. Tra queste c'è anche l'atrofia muscolare spinale (SMA): come avviene per altre

patologie, in linea con l'autonomia regionale in ambito sanitario, per ora sono 13 le Regioni che, negli ultimi anni, si sono organizzate per l'inclusione della SMA attraverso progetti pilota, in alcuni casi poi stabilizzati. Al momento lo *screening* per la SMA è quindi attivo in Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Liguria, Puglia, Piemonte (al cui centro di coordinamento si appoggia anche la Val D'Aosta) Toscana, Trentino-Alto Adige, Veneto, Sicilia. Le Regioni in cui è in programma l'avvio di progetti sperimentali per aggiungere la SMA agli *screening* sono Basilicata, Marche e Sardegna. A luglio 2024 non risultavano invece attive né in programma iniziative per lo *screening* della SMA in Calabria, Emilia-Romagna, Molise e Umbria.



Consultori in cerca di identità

Secondo l'indagine che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha svolto nel 2019, i consultori familiari in Italia sono circa 1.800, uno ogni 35.000 abitanti¹. La Legge n. 34/96 prevede la disponibilità di un consultorio ogni 20.000 abitanti. Nel POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile), adottato nel 2000, si è fatta distinzione fra zone rurali, per le quali sarebbe auspicabile averne uno ogni 10.000 abitanti, e zone urbane con uno ogni 25.000 abitanti. Qualsiasi parametro si prenda in esame, sono pochi. Peccato perché il ruolo dei consultori è fondamentale come sostegno pubblico alla salute materno-infantile e alla genitorialità. Lo ribadisce anche il documento del Ministero della Salute sulle azioni per i primi mille giorni: "È necessario, pertanto, potenziare e rendere equamente distribuita sul territorio l'offerta dei Consultori Familiari per il sostegno alla salute riproduttiva, al percorso nascita e alla genitorialità"².

Il numero dei consultori familiari è andato progressivamente diminuendo nel corso degli ultimi dieci anni³. Tuttavia, i consultori sono vivi. E sono utili. Lo dimostra il fatto che l'assistenza in gravidanza e la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) nei consultori sono aumentate nel corso degli anni. La frequenza ai corsi è importante; ad esempio, è stato rilevato che chi ha frequentato un CAN allatta di più al seno, in modo esclusivo, fino a 4-5 mesi d'età del neonato (36% contro il 20% di chi non ha mai frequentato un CAN)⁴, così come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità⁵. Che i consultori siano vivi lo dimostrano anche le parole di Paola Pileri, responsabile del coordinamento attività consultoriali ed adozioni ASST FBF Sacco di Milano: "In alcuni giorni i nostri consultori sono pieni. Dipende dal territorio, dal passaparola, dalla presenza del mediatore culturale. In generale, però, in caso di bisogno arrivano tutti, in caso di controllo invece no: la prevenzione è un lusso per pochi". La prevenzione è un lusso, parole su cui meditare.

Cosa fanno i consultori? Come sono organizzati? Come sono cambiati nel tempo? Le risposte risultano più difficili del previsto perché questi servizi sono realtà distinte nelle diverse regioni e anche all'interno della stessa regione: "Questo rende difficile la comunicazione sui consultori – spiega Pileri – ad esempio, la realtà dove lavoro è composta da 7 consultori con 87 persone in servizio. È un polo territoriale e opera all'interno di una Azienda Socio-Sanitaria Territoriale che comprende anche 4 grandi ospedali, ma noi non dipendiamo in alcun modo da un ospedale e anche il personale è tutto in forze al consultorio. Però ci sono altre realtà in Lombardia in cui i consultori dipendono dai dipartimenti materno-infantili ospedalieri, oppure ci sono realtà in cui i consultori, non avendo personale proprio, lo prendono in prestito dagli ospedali. Io credo che l'integrazione con l'ospedale sia fondamentale, ma il consultorio non deve diventare una sua appendice, perché il tipo di problematiche e l'utenza con cui ci si confronta sono diversi".



ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

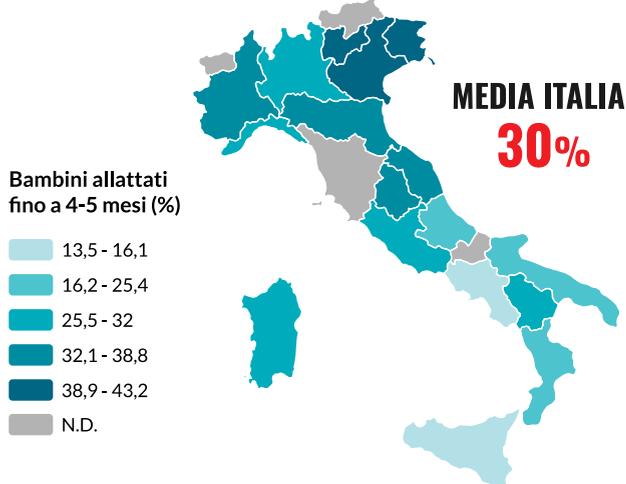
In quasi tutti i consultori vengono organizzati Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), consigliati alle gestanti a partire dalla 25° settimana di gravidanza. Questi corsi forniscono sostegno e informazioni da parte di figure professionali alle donne, ai loro partner e alle loro famiglie sul percorso nascita e sono una occasione per incontrare altre donne in attesa, vivere insieme a loro un percorso di scoperta, confrontarsi, ascoltare le proprie emozioni. La sorveglianza 0-2 dell'ISS ha valutato l'effetto positivo della frequenza di questi corsi per la messa in pratica di azioni positive nei confronti dei bambini e delle bambine di quella fascia d'età.

Il seno che nutre

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che l'allattamento al seno è uno dei modi più efficaci per garantire la salute dei bambini e delle bambine. Inoltre allattare riduce il rischio per la mamma di sviluppare diverse malattie. Per questi motivi l'OMS raccomanda il latte materno come alimento esclusivo per i primi 6 mesi di vita, quando sia possibile. Tuttavia, nel mondo meno della metà dei bambini sotto i 6 mesi è allattato esclusivamente al seno. In Italia, il 30% dei bambini riceve allattamento esclusivo fino a 4-5 mesi, mentre il 13% non è stato mai allattato. Molti ostacoli si frappongono all'allattamento materno, in particolare la conciliazione dei tempi lavorativi con l'allattamento, una scarsa informazione fornita ai neogenitori, una politica aggressiva delle ditte produttrici di latte artificiale. Tra i fattori che favoriscono l'allattamento al seno ci sono l'aver seguito un Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN) in un consultorio e coinvolgere i padri precocemente nell'accudimento del bambino.

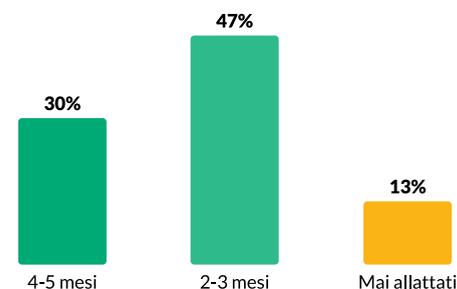
Bambini allattati al seno in via esclusiva a 4-5 mesi (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni



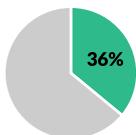
Bambini che sono stati allattati esclusivamente al seno (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni

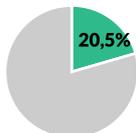


Il corso di accompagnamento alla nascita (CAN) aiuta le mamme ad allattare

Mamme che allattano in via esclusiva fino a 4-5 mesi DOPO aver seguito un CAN



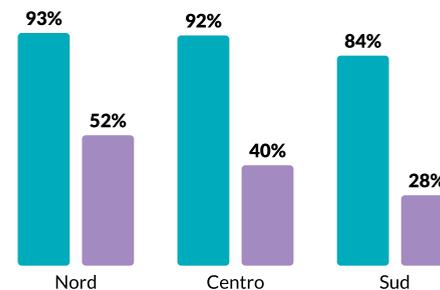
Mamme che allattano in via esclusiva fino a 4-5 mesi SENZA aver seguito un CAN



Allatta in via esclusiva il neonato a 4-5 mesi il **39%** delle mamme laureate



Attività di promozione e sostegno dell'allattamento nei consultori (%)



● Counselling su allattamento
● Gruppo di sostegno tra mamme su allattamento

Nel corso degli anni e soprattutto nel Sud del Paese, i consultori hanno sviluppato un'anima più dedita all'assistenza sociale, come si può dedurre dal fatto che il numero medio di ore lavorate dagli assistenti sociali è molto più alto nel Mezzogiorno rispetto al Centro e al Nord, mentre questo non vale per ostetriche e medici. Pileri, tuttavia, non è d'accordo con questo modello: "Smettiamola di dire che il consultorio è accoglienza: l'accoglienza è necessaria, ma non è più sufficiente. Se negli anni Settanta era sufficiente avere dei bravi professionisti, oggi serve dotare il consultorio di una identità tecnologica, poter fare telemedicina, teleconsulti, avere computer, ecografi, poter eseguire microbiologia. Nello stesso tempo deve rimanere un posto di accoglienza del bisogno e non della prestazione. Fornire prestazioni, infatti, è compito degli ambulatori, il consultorio invece si occupa di percorsi. Faccio un esempio: se accolgo una gravidanza, la donna dovrebbe essere seguita dalla nostra struttura fino al momento del parto e poi tornare da noi subito dopo. Ma, per seguire tutto il percorso, ci vuole personale preparato. Con il PNRR i soldi anche per i consultori ci sono, bisogna allora imparare a vederli come un luogo aggiornato".

Serve personale formato e che sia più presente: dall'indagine del 2022 dell'ISS sui Consultori⁶ emerge, infatti, che le quattro figure di riferimento del consultorio familiare – ginecologo, ostetrica, psicologo e assistente sociale – hanno un orario sottodimensionato quasi ovunque. Eppure, l'assistenza pubblica offerta dall'ostetrica nel consultorio familiare risulta particolarmente gradita alle donne che partoriscono. Ad affermarlo è una ricerca sulla qualità percepita del percorso nascita condotta sempre dall'ISS in 16 punti nascita e 2 centri nascita, noti come sede di buone pratiche assistenziali, e i cui risultati sono stati presentati nel 2023⁷. Nella stessa indagine invece le donne intervistate non trovano soddisfacenti la quantità e la qualità delle informazioni sui cambiamenti di umore e sulla salute mentale delle donne dopo il parto fornite dai punti nascita e dai consultori.

Oggi, poi, il consultorio deve confrontarsi con le Case di comunità. Si chiede il pediatra Paolo Siani: "Dove si immaginano i consultori? All'interno della Casa di comunità? Oppure possono essi stessi diventare una Casa di comunità materno-infantile e per l'adolescenza? Non è stato deciso. Anche perché questa fascia d'età è poco considerata. Le Case di comunità al momento sono state ridotte, in alcune regioni rimodulate, nel Sud del Paese ancora non ci sono proprio. Il motivo è il costo, anche perché il PNRR finanzia le strutture ma non il personale". "Con il Decreto Ministeriale 71 – aggiunge Pileri – i consultori diventano un servizio facoltativo nelle Case di comunità. In ogni distretto c'è l'obbligo di avere almeno un consultorio, ma se debba stare all'interno o no della Casa di comunità è una decisione che prendono i distretti". A 50 anni dalla sua nascita il consultorio sta cercando di ridefinire la sua identità. Sarà un'identità più sociale o più sanitaria? Forse l'alternativa è meno drastica di quanto si pensi: se davvero il consultorio fosse inserito in una rete territoriale di servizi, la sua identità potrebbe essere sfaccettata, multiforme e davvero utile.

SE CANTO STO MEGLIO

“**P**rima di iniziare il corso io non sapevo più che giorno era, non sapevo se era lunedì, domenica, non lo sapevo più... Da quando ho iniziato il corso sapevo che era mercoledì”. Anche ritrovare il senso del tempo e dello spazio può essere un sintomo di rinascita dopo un periodo di buio. E cantare può essere uno strumento per emergere dai momenti più difficili.

Lo dimostrano le parole di una mamma che ha preso parte a “Music and Motherhood”, uno studio pilota multinazionale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha l’obiettivo di mettere in luce il ruolo delle arti e della cultura nell’assistenza sanitaria¹. L’idea è quella di creare incontri di canto di gruppo destinati alle madri con sintomi di disagio emotivo nel periodo postnatale e ai loro bambini e bambine.

Tutto nasce da una ricerca che ha dimostrato che il canto può far recedere più velocemente i sintomi della depressione postparto rispetto ad altri interventi come, ad esempio, incontri di gioco da effettuare insieme al bambino².

Si è deciso quindi di sperimentare il progetto in tre Paesi europei membri dell’OMS (Italia, Danimarca e Romania) per valutarne la fattibilità e l’impatto all’interno di diversi contesti

culturali. In Italia, “Music and Motherhood” è stato coordinato da un gruppo di ricercatrici del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con i servizi consultoriali della ASL Città di Torino, della ULSS 6 Euganea, della ASL Roma 2 e con CCW-Cultural Welfare Center, un’associazione che dal 2020 promuove e sostiene l’alleanza strategica tra cultura e salute.

L’intervento è consistito in un incontro di canto di gruppo a settimana per una durata di 10 settimane ed è stato condotto in tre consultori familiari a Roma, Torino ed Este (PD). Ogni ciclo di incontri era rivolto a 8-10 neomamme con sintomi depressivi e ai loro bambini e bambine, e condotto da un leader di canto formato ad hoc dall’OMS.

“L’obiettivo principale – racconta Ilaria Lega, psichiatra e ricercatrice dell’Istituto Superiore di Sanità – era soprattutto quello di capire se l’intervento fosse bene accetto.

Ci siamo trovati ad affrontare molte storie di isolamento e ad accogliere molte mamme migranti. Abbiamo riscosso, in cambio, un grande entusiasmo. E una riduzione significativa dei sintomi depressivi”. L’accoglienza positiva probabilmente va anche al di là della valutazione dell’intervento, come dimostra il commento di una partecipante: “Io pure me so’ sorpresa... l’acqua, il caffè... Ti sei sentita coccolata e dici: ‘Ah allora non sono proprio trasparente’. Perché le difficoltà comunque sono tante, ognuna c’ha le sue. E arrivare in un posto dove ti senti veramente... ti senti vista, capita, aiutata... è un’altra cosa”.







SPAZI PER CRESCERE

“ Il mio papà
ha inciampato...
il ghiaccio gli ha fatto
lo sgambetto ”

A. 3 anni

Imparare la genitorialità

Sulla scrivania c'è un foglio di carta dentro una cartellina di plastica un po' consumata, contiene quattro immagini in sequenza. Jennifer Chiarolanza, che di mestiere fa la pediatra, lo tiene sempre lì e, quando arriva un piccolo paziente, lo fa vedere alla mamma, al papà, alla nonna o a chiunque lo accompagni. E poi spiega: "La prima è un'immagine del cervello di un bambino appena nato, vedi questi puntini? Sono i neuroni. Sono tanti, ma sono distanti l'uno dall'altro, sono solitari. Queste invece sono le immagini del cervello dello stesso bambino dopo un mese, sei mesi, due anni. I puntini sono ancora lì, ma sono connessi da una rete sempre più fitta di filamenti. Sono proprio questi collegamenti che fanno sviluppare le capacità del bambino. Sai come fa il cervello del tuo bambino a passare da questa immagine a questa? Anche grazie alle tue attenzioni. Quando tu lo accarezzi, lo coccoli, lo baci, ci parli, gli leggi un libro, gli fai ascoltare la musica, le connessioni tra i suoi neuroni si moltiplicano".

Le parole di Jennifer fanno capire, in pochi minuti, ciò che alla ricerca ha richiesto molti anni per diventare chiaro: il cervello umano è plastico. La sua architettura si costruisce nel tempo e il processo comincia prima della nascita. Ma quello che è emerso dai più recenti studi è il ruolo dell'esperienza. Le prime esperienze di un bambino contribuiscono, infatti, a rendere questa architettura robusta o fragile. Nei primi anni di vita si stima che ogni secondo si crei circa un milione di connessioni tra i neuroni¹ e questa rete è fondamentale per l'apprendimento, la salute e la memoria. Dopo un periodo di rapida proliferazione, comincia una fase in cui le connessioni si riducono secondo un processo che si chiama "potatura sinaptica", anche questa, però, è molto importante perché, proprio come quando potiamo un albero, i rami che restano si rafforzano. La potatura sinaptica permette di sfoltire la matassa in modo che i circuiti cerebrali che rimangono siano più efficienti.

Da queste basi scientifiche è nata la visione del *nurturing care*, le cure che nutrono. "Per uno sviluppo sano del cervello in questo periodo i bambini hanno bisogno di un ambiente sicuro, protettivo e amorevole, di alimentazione e stimoli adeguati da parte dei genitori o dei caregiver" si legge nella prefazione del testo che dal momento della sua pubblicazione ad opera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2018 è diventato un po' la bibbia per tutti quelli che si occupano di infanzia² (si veda la scheda a pag. 78). La *nurturing care* è l'insieme di alcune componenti che assicurano il pieno dispiegamento delle potenzialità di un bambino: la salute, la nutrizione, la sicurezza, una genitorialità responsiva e opportunità per un apprendimento precoce. "Nutrire i bambini", dunque, significa assicurare loro cose materiali, come cibo sano e cure mediche, certo, ma significa anche prestare attenzione ai loro bisogni, ai loro interessi e rispondere tempestivamente alle loro richieste. Significa, inoltre, incoraggiare



RICONOSCIMENTO FACCIALE

I neonati mostrano già poco dopo la nascita di preferire le immagini di visi orientati correttamente: è una sorta di predisposizione al riconoscimento dei volti, fondamentale per l'apprendimento nel corso dello sviluppo. È quanto emerge dallo studio "Cortical route for face-like pattern processing in human newborns" dell'Università di Trento, in collaborazione con l'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto. Lo studio getta una luce sulle basi neurali di una tendenza innata nell'essere umano che ha un grande significato per lo sviluppo del bambino e per la sua capacità di stabilire un contatto con chi si prende cura di lui.



i bambini e le bambine a esplorare l'ambiente e a interagire con i *caregiver* e le altre persone che lo circondano.

Questo approccio si è dimostrato fondamentale non solo per promuovere lo sviluppo precoce ma anche per proteggere i bambini e le bambine dagli effetti più negativi di eventi avversi.

Al centro delle cure che nutrono ci sono i genitori e, con loro, tutti coloro che si prendono cura del bambino. Ecco, dunque, che emerge in modo prepotente il ruolo dell'ambiente familiare di appartenenza e, in particolare, dei genitori. La cosiddetta "genitorialità responsiva", ovvero la capacità di cogliere i bisogni del bambino, i suoi segnali e rispondere tempestivamente, dimostrando interesse e affetto, diventa uno dei punti chiave per garantire il pieno sviluppo del bambino e della bambina.



In quest'ottica diventa centrale il concetto di Ambiente di Apprendimento Familiare (AAF) con cui "si intende l'insieme delle relazioni, degli ambienti fisici e degli eventi a cui il bambino viene esposto nell'ambito della famiglia e che costituiscono, nel loro insieme, il contesto principale in cui si svolge e da cui dipende il suo sviluppo, quanto meno nel corso dei primi due-tre anni di vita"³. L'Ambiente di Apprendimento Familiare comprende, quindi, le pratiche messe in atto dai genitori, ma anche gli spazi fisici, i tempi, le *routine* domestiche, le interazioni con l'ambiente familiare esteso: i parenti, gli amici, i nonni. Tutto questo intreccio di componenti che il bambino trova quando viene al mondo, prima ancora di affacciarsi ai servizi educativi, può influenzare lo sviluppo delle competenze cognitive, ma anche di quelle socio-relazionali, e sembra essere il singolo fattore più importante per gli esiti cognitivi, spesso ancora più importante dei determinanti socioeconomici, ovvero di tutti i fattori sociali ed economici che hanno un effetto

SCRITTORI & CULLE

Immaginiamo spesso l'albo illustrato come un'opera destinata esclusivamente ai più piccoli, ma sarebbe più corretto dire che si tratta di una forma narrativa destinata *anche* all'infanzia. L'incontro tra immagini e parole crea una sorta di spazio bianco che diventa oggetto di libertà interpretativa e che offre infinite possibilità di dialogo e confronto, anche tra lettori adulti.

Per questa ragione gli albi illustrati vengono di frequente proposti ai futuri genitori, da un lato perché familiarizzano con un linguaggio che potranno poi condividere con i loro bambini, ma anche come occasione di riflessione sulla propria (nascente) genitorialità. Ve ne consigliamo cinque.

Parto di Chiara Carminati e Massimiliano Tappari (Franco Cosimo Panini). Un libro di fotografie e parole poetiche, un racconto a due voci che emoziona e sorprende.

Non aspettavamo te di Luca Tortolini e Serena Mabilia (Clichy). Due scoiattoli ricevono una scatola e al suo interno trovano un piccolo rinoceronte. Non proprio quello che si aspettavano. Ma spesso è così quando incontriamo qualcuno per la prima volta e questo non impedisce l'amore.

Ogni volta di Silvia Vecchini e Daniela Tieni (Lapis). Una poesia illustrata che riflette su cosa significa accompagnare un figlio nell'esplorazione del mondo, cambiando e crescendo insieme a lui.

Zagazoo di Quentin Blake (Camelozampa). Un albo divertente e profondo, firmato da uno dei più amati artisti contemporanei, per celebrare le infinite trasformazioni della vita e del percorso di crescita.

Tutto cambia di Anthony Browne (Camelozampa). Ogni nascita porta con sé un senso di mistero e inquietudine. Il grande illustratore britannico racconta l'arrivo di un bambino dal punto di vista del fratello maggiore.

*a cura di Mara Pace,
redazione rivista Andersen*



sullo sviluppo cognitivo dei bambini e delle bambine. Secondo quanto riporta un amplissimo studio longitudinale effettuato nel Regno Unito su decine di migliaia di bambini: "Per tutti i bambini la qualità dell'ambiente di apprendimento domestico è più importante per lo sviluppo intellettuale e sociale rispetto all'occupazione, all'istruzione o al reddito dei genitori"⁴. Ciò non toglie che prima ancora della capacità di essere "genitori responsivi", bisogna considerare la possibilità di esserlo, ovvero considerare quelli che potremmo chiamare i determinanti sociali della genitorialità: in sostanza per essere un genitore responsivo si deve poter stare con il proprio figlio almeno qualche ora al giorno, senza dover affrontare gravi stress, senza essere afflitti da preoccupazioni relative all'abitazione, alla mancanza di lavoro, alla salute. In sostanza, le disuguaglianze possono minare la genitorialità responsiva.

NURTURING CARE FRAMEWORK: UN BUON INIZIO

Nella seconda decade degli anni 2000, grazie allo sviluppo delle neuroimmagini, si è avuta piena consapevolezza di quanto i primi 1000 giorni di vita – tra l'inizio della gestazione e il terzo anno postnatale – siano cruciali per lo sviluppo di una persona. Per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF e altri rappresentanti della comunità scientifica internazionale hanno dato vita a quello che è ormai considerato il manifesto dei primi 1000 giorni: il documento "Nurturing Care Framework for Early Child Development"¹.

Il messaggio centrale del documento si può sintetizzare così: la tutela del benessere di bambine e bambini e il contrasto a potenziali fattori di svantaggio si giocano in massima parte all'inizio della loro vita. Una cura attenta, condivisa e nutriente praticata nei primi 1000 giorni riduce

il rischio di danni cognitivi e psicologici che possono condizionare la libertà, la fiducia e le opportunità di sviluppo di una persona per tutto l'arco della vita. L'inizio della storia può cambiare tutta la storia!

Le cure che nutrono si possono riassumere in tre punti:

1 il benessere di bambine e bambini è il risultato dell'interazione di cinque comportamenti: promozione della salute fisica e mentale, alimentazione sana, protezione da ogni forma di maltrattamento, educazione precoce e genitorialità responsiva;

2 nel promuovere le cure che nutrono non bastano singole azioni, ma serve un habitat nutriente fatto di persone, di spazi fisici accoglienti, di relazioni educative che facilitino la

conoscenza dell'ambiente, di gesti di tenerezza, di silenzio, di parole, di musica, di gioco e lettura condivisi;

3 le cure non nutrono solo le persone piccole! Le cure nutrono la fiducia delle persone adulte in loro stesse, danno loro sicurezza e conforto. Contribuiscono a rendere i genitori capaci di imparare a gestire la loro nuova condizione senza sentirsi mai completamente soli.



Se finora questo approccio è stato un po' trascurato, oggi diventa non più aggirabile, come ci dice Giorgio Tamburlini, pediatra e presidente del Centro per la Salute del Bambino (CSB): "La questione è stata sottovalutata nel passato dal mondo dell'educazione e della pedagogia che si è concentrato più su come interagire col bambino che con i genitori. Oggi dobbiamo cambiare, anche perché c'è un elemento di novità ed è che i genitori, nonostante siano più istruiti di quanto fossero in precedenza, manifestano difficoltà crescenti perché hanno molta meno conoscenza ed esperienza del ruolo genitoriale. Quasi sempre sono genitori di figli unici, spesso loro stessi sono figli unici, c'è molta meno vita di comunità in famiglie allargate. In generale, si trovano più soli nel loro ruolo di genitori. Senza tener conto che la sovraesposizione alle informazioni li rende più consapevoli delle loro responsabilità di genitore, ruolo che prima si assolveva in modo più naturale e molto veniva affidato alla comunità. Oggi, con la consapevolezza, sono aumentate preoccupazione e ansia".

La qualità dell'ambiente familiare ha dimostrato di avere un impatto importante sul futuro del bambino; si rende quindi necessario mettere i genitori nelle condizioni di utilizzare al meglio le loro risorse. Ovvero, c'è bisogno di sviluppare programmi e azioni che promuovano la genitorialità responsiva: "Gli interventi finalizzati a offrire ai bambini le migliori opportunità di salute e di sviluppo cognitivo e socio-relazionale devono porsi l'obiettivo di dare supporto economico, psico-educativo e di servizi alle famiglie, per far sì che possano svolgere al meglio le loro funzioni genitoriali", si legge in un documento del Centro per la Salute del Bambino stilato insieme a Dors, centro di documentazione per la promozione della salute⁵. Anche il Piano Nazionale della Garanzia Infanzia (PANGI) del 2022 sottolinea l'importanza dell'accompagnamento alla genitorialità. E il Gruppo CRC nel suo 13° Rapporto nota come sia importante che si prevedano delle azioni stabili a supporto delle competenze genitoriali perché è dimostrato che queste azioni producono benefici durevoli con costi limitati⁶. Per fare questo però – raccomanda il rapporto – c'è bisogno di investire nella formazione del personale e in politiche che riguardano l'abitazione, l'accesso ai servizi educativi di qualità, l'estensione dei congedi parentali con particolare riguardo ai padri.

La formazione del personale è un punto particolarmente delicato: le azioni a sostegno dei genitori prevedono, infatti, operatori che, andando nelle case oppure in luoghi come i consultori o i nidi o i centri per le famiglie, aiutino i genitori ad assumere comportamenti corretti, ma anche semplicemente li informino sui servizi che possono trovare sul territorio. Come ci spiega Paolo Siani, pediatra e direttore della Struttura Complessa di Pediatria delle malattie croniche e multifattoriali dell'ospedale Santobono di Napoli: "Non c'è bisogno che sia il mondo sanitario a farsi carico di questo e nemmeno i servizi sociali che intervengono sul disagio già manifestato. C'è bisogno invece di un'altra figura, una 'mamma esperta', per così dire, una persona che si occupa di *maternage* e che possa sostenere le famiglie. L'altra cosa che deve fare questa figura è tenere il collegamento col territorio. In alcune zone del Paese, un terzo delle famiglie ha bisogno di un sostegno che nel 90% dei casi già esiste sul territorio ma



VILLAGGI PER CRESCERE

Nel 2018 sono nati i Villaggi per Crescere, nell'ambito di un progetto attuato dal Centro per la Salute del Bambino. A settembre del 2023 i Villaggi erano presenti in molte regioni lungo tutta la penisola, dalla Lombardia alla Sicilia. Lo scopo dei Villaggi è quello di fornire ai genitori e ai loro bambini spazi e tempi dedicati per scoprire il piacere della condivisione di alcune attività, accompagnati da personale qualificato, secondo il principio della genitorialità responsiva.

FAMIGLIE OMOGENITORIALI E BAMBINI SENZA DIRITTI

Lea è una bambina sorridente e spericolata, nata due anni fa in Italia, ha due mamme, solo una però può, ufficialmente, prendersi cura di lei firmando autorizzazioni, presidiando l'ospedale, il consultorio e il nido. Lea è una dei 1.500 minorenni, ma probabilmente sono molti di più¹, a cui - se non viene applicato l'istituto dell'"adozione in casi particolari", un iter complesso, lungo ed invasivo - non sono riconosciuti i diritti ad essere assistiti, mantenuti, istruiti da parte del genitore intenzionale, anche in caso di separazione, né il diritto alla continuità affettiva con il genitore intenzionale e/o i suoi parenti in caso di separazione o di morte del genitore biologico.

L'Italia è uno dei pochi Paesi in Europa, insieme a Polonia, Ungheria, Romania,

Lettonia, Bulgaria, Slovacchia e Lituania, che non riconosce validità anche giuridica alle famiglie omogenitoriali. Il nostro ordinamento non prevede la possibilità di riconoscimento del figlio da parte del genitore intenzionale all'interno di una famiglia omogenitoriale. La Legge sulle unioni civili n. 76/2016 ha regolato i rapporti della coppia omosessuale, mancando di regolamentare la relazione della coppia con i figli nati al suo interno e non garantendo ai bambini e alle bambine che fanno parte di quelle famiglie di godere pienamente dei propri diritti.

La Corte costituzionale² e la Cassazione³ hanno evidenziato la necessità di un intervento legislativo nel nostro Paese per colmare questa grave discriminazione che incide

negativamente e in maniera diretta su bambini e bambine che sono già parte di una famiglia. Dello stesso avviso sono molte organizzazioni della società civile e con esse l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza⁴, oltre a pediatri⁵ e psicologi⁶ che si sono espressi a favore del riconoscimento delle famiglie omogenitoriali, sottolineando come la tutela del benessere dei bambini figli di coppie omogenitoriali possa essere garantita in modo completo solo dalla loro affermazione sociale come singoli e come appartenenti ad una formazione familiare specifica e come questo dipenda in modo innegabile dal riconoscimento giuridico che lo Stato attua nei confronti di questi piccoli cittadini e dei loro genitori.



di cui la famiglia non sa nulla. C'è bisogno, dunque, di qualcuno che li porti al consultorio per fare la vaccinazione entro il primo mese di vita del bambino, o dal pediatra, o al Comune per ottenere l'assegno unico di cui ha diritto ma non sa come fare, oppure all'asilo nido. Nei nostri comuni ci sono molti luoghi dove si leggono i libri a voce alta ai bambini, ma i genitori spesso non li conoscono; se li portiamo a vedere questi posti, miglioreremo il rapporto madre-padre-bambino. Insomma, c'è bisogno di un collegamento con la comunità".

Ma è importante che il supporto alla genitorialità sia un servizio di sostegno e accompagnamento e che venga percepito dalle famiglie come tale e non come un modo per indagare sulla situazione familiare. Primo, perché si sta toccando la corda sensibile delle scelte dei genitori nei confronti dei propri figli e, secondo, perché lo scopo è quello di raggiungere il numero più alto di persone e questo lo si può fare solo se si instaura un rapporto di fiducia con l'operatore che deve quindi essere formato al dialogo. "Si sta ragionando – ci dice Tamburlini – sulla possibilità di presentare alla mamma la persona che si occuperà del sostegno alla genitorialità prima ancora delle dimissioni dal punto nascita, proprio per creare un rapporto di fiducia, e di avviare colloqui con i genitori anche al di fuori dell'abitazione, ad esempio presso un nido, al bar oppure addirittura online. Perché non bisogna perdere nessuno e non tutti sono disponibili a far entrare in casa un operatore".

Le azioni, per essere efficaci, devono essere rivolte a tutti e non solo a chi è ritenuto "fragile": su questo in molti concordano. Il perché ce lo spiega Tamburlini: "Ci sono diversi aspetti che portano a prediligere un intervento universale. Il primo è che le fragilità sono tutt'altro che apparenti, quindi, un approccio selettivo rischia di perdere la maggioranza di esse. Ad esempio, si può considerare come fattore di rischio la povertà materiale, ma oggi sappiamo che gli aspetti di povertà educativa sono molto trasversali. Se si utilizza un approccio selettivo riservato alle situazioni a rischio, o si arriva tardi perché il rischio si è già tramutato in difficoltà oppure si intercetta solo una parte che potrebbe, peraltro, essere minoritaria. Il secondo aspetto è che il sostegno alla genitorialità dovrebbe essere un diritto universale.

E poi c'è un altro aspetto di cui tener conto: il fatto che vengo a casa tua perché hai qualcosa che non funziona non è una cosa che fa piacere, mentre il miglior modo per raggiungere famiglie difficili da contattare è che questo appaia come un qualcosa rivolto a tutti. Ti contatto e ti do un sostegno in quanto genitore, non in quanto persona che ha difficoltà, poi l'articolazione degli interventi successivi può essere più complessa". Un approccio al quale ci si riferisce come "universalismo progressivo", un servizio per tutti ma che modifica le proprie azioni in base ai bisogni che emergono.



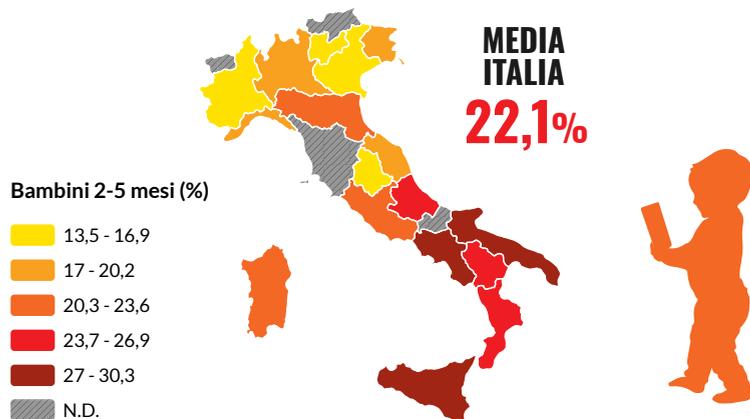
HOME VISITING

Nata nel diciannovesimo secolo in Inghilterra e poi sviluppata nel resto d'Europa, la pratica dell'*home visiting* assume sfumature diverse nelle esperienze dei servizi sociosanitari dei differenti Paesi, in base agli obiettivi su cui pone l'accento: la prevenzione di malattie, il contrasto ai maltrattamenti su minori, il miglioramento nell'accesso ai servizi, la formazione dei neogenitori. Qualunque sia l'obiettivo preminente, perché tali programmi funzionino è necessario che si coinvolga uno staff ampio, si creino protocolli appropriati, siano supervisionati e finanziati adeguatamente.

Troppi schermi e poche letture

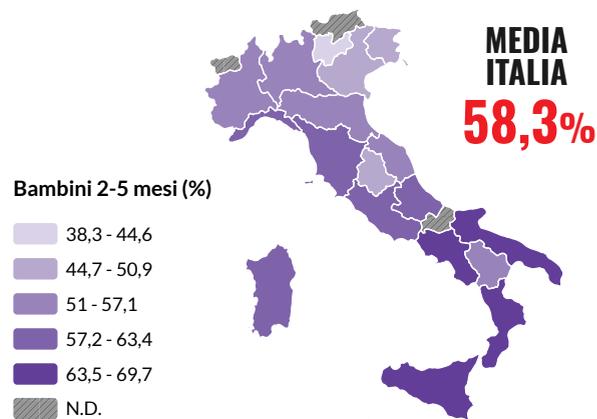
Bambini (2-5 mesi) che quotidianamente passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni



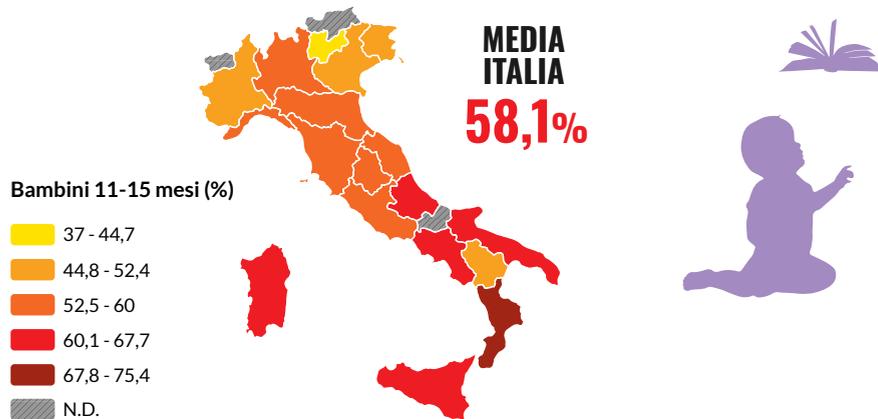
Bambini (2-5 mesi) a cui non è stato letto alcun libro nella settimana precedente la rilevazione (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni



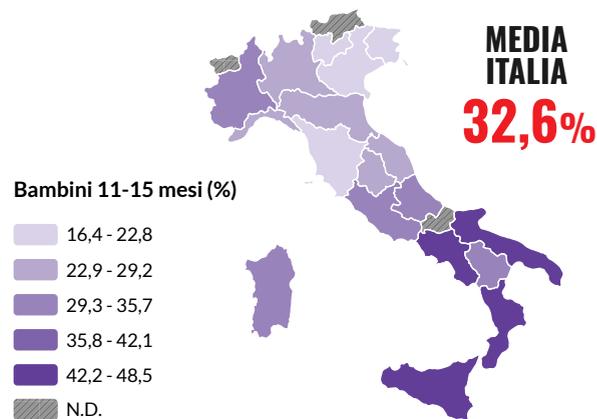
Bambini (11-15 mesi) che quotidianamente passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni



Bambini (11-15 mesi) a cui non è stato letto alcun libro nella settimana precedente la rilevazione (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISS Sorveglianza 0-2 anni



Interferenze tecnologiche

I luoghi della casa sono il primo ambiente che abita il neonato e poi il bambino. Dapprima scopre il mondo attraverso il corpo materno o quello paterno. “Su quel corpo il bambino esplora i buchi, le superfici, avverte il calore, il freddo, il caldo, il ruvido, il liscio, il peloso, prova sensazioni diverse. Quando è pronto, scende dal corpo del genitore e comincia ad esplorare quello che gli sta intorno”, ci dice Annalisa Perino, autrice di “Qui abita un bambino” (Uppa edizioni), che raccomanda di fare attenzione alla scelta dei giocattoli, delle parole, dell’accompagnamento sonoro, degli arredi, degli oggetti, della luce, di badare all’essenziale, di consentire la sopravvivenza di spazi vuoti in casa, di usare pochi e semplici giocattoli, con meno plastica e più materiali naturali o di uso comune. “Se c’è tantissimo, il bambino farà fatica a concentrare l’attenzione su qualcosa in particolare. Basta poco per rendere l’ambiente stimolante, si può usare un tappetino morbido, non distraente, di gommapiuma foderato con una stoffa neutra e su questo spazio del bambino collocare oggetti semplici ma diversi, uno che suona, uno che rotola, uno che riesce a modellare con le mani. Si possono usare un piccolo ritaglio di stoffa, un guanto di spugna morbido, così inizia a sperimentare la consistenza degli oggetti... Non servono giocattoli costosi, bastano gli oggetti di casa, un cucchiaino ad esempio. L’esplorazione prende valore nel momento in cui curo gli oggetti e l’allestimento. Meglio non tenere il bambino a manipolare seduto sul seggiolone ma a terra, meglio nel silenzio”.

Ma cosa succede se in questa esplorazione di luoghi e spazi avviene l’incontro con gli schermi, con l’onnipresente TV di casa, con il computer o lo smartphone dei genitori?

L’Istituto Superiore di Sanità (ISS), nella sua indagine Sorveglianza Bambini 0-2 anni, mette in guardia dai rischi di un’esposizione precoce agli schermi e rileva come ci siano troppi bambini e bambine che “passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o cellulari già a partire dai primi mesi di vita: il 22,1% nella fascia 2-5 mesi, percentuale che cresce all’aumentare dell’età fino ad arrivare al 58,1% tra i bambini di 11-15 mesi”¹. Eppure, la raccomandazione della Società Italiana di Pediatria è di attendere i due anni di età prima di esporre i bambini agli schermi e dai 3 ai 5 anni di età di farlo per meno di un’ora al giorno.

A livello territoriale, la precoce esposizione agli schermi già tra i 2 e i 5 mesi di vita mostra valori più elevati al Sud, con quote che variano dal 13,6% nella Provincia Autonoma di Trento al 30,3% in Sicilia e Puglia. La maggior parte dei bambini esposti passa meno di un’ora al giorno davanti a uno schermo, ma c’è anche chi vi trascorre almeno 1-2 ore con valori che passano dall’1,9% (Veneto) al 9,1% (Calabria). Sempre l’ISS rileva come i livelli di esposizione crescano all’aumentare dell’età in tutte le regioni e, tra i bambini di 11-15 mesi, la quota di chi sta davanti a uno schermo almeno 1-2 ore al giorno varia tra il 6,5% (P.A. di Trento) e il 39,3% (Calabria), confermando anche per questa fascia di età la presenza di livelli di esposizione più elevati nelle regioni del Sud².

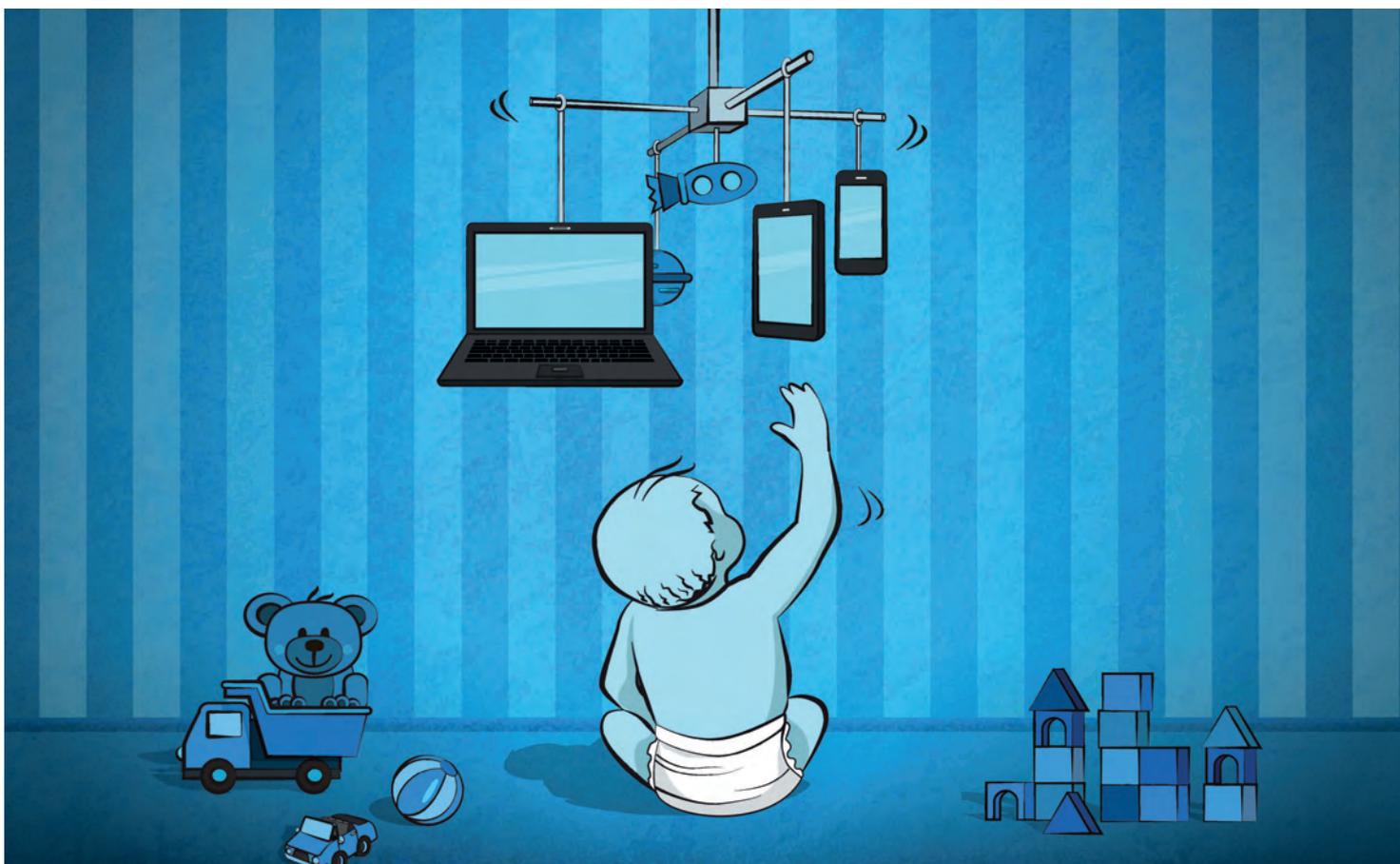


PODCAST & DIGITALE

Il podcast “Venti minuti con...” è un approfondimento sui temi della cultura digitale e della medialità. Il primo appuntamento è dedicato al rapporto tra infanzia e schermi. Lo organizza il CREMIT, Centro di Ricerca sull’Educazione ai Media, all’Innovazione e alla Tecnologia. La puntata è accessibile al link: www.spreaker.com/episode/addome-sticare-gli-schermi-20-minuti-con-michele-marangi--58579726

Esiste, poi, un rapporto divaricante tra esposizione agli schermi e lettura a voce alta nei bambini e nelle bambine molto piccoli. Più i genitori usano lo schermo come *baby-sitter* e meno si concedono del tempo per la lettura a voce alta. In molti casi non sono consapevoli dei rischi di un'esposizione precoce agli schermi, né dei benefici della lettura a voce alta per lo sviluppo emotivo, relazionale e cognitivo del loro figlio o figlia.

Nella settimana precedente l'intervista effettuata nell'ambito della indagine Sorveglianza Bambini 0-2 anni, nel 2022, non è mai stato letto un libro al 58,3% dei bambini nella fascia di età 2-5 mesi, con valori più alti nelle regioni del Sud e una punta massima di non lettura del 69,7% in Sicilia. Sempre nello stesso periodo di rilevazione, nella fascia 11-15 mesi la quota di bambini a cui non viene letto nulla decresce ma resta comunque alta: 32,6% in media con un picco in Campania (48,5%)³.



Sin qui la fotografia di comportamenti che, per ovvie ragioni anagrafiche, non rientrano nelle scelte dei piccoli ma attengono agli adulti: genitori, nonni, *caregivers*.

Michele Marangi, docente all'Università Cattolica di Milano e ricercatore del CREMIT, ci parla delle *technoference* (*technology-based interference*), termine coniato per descrivere l'interferenza della tecnologia nelle nostre relazioni, i cui effetti sono particolarmente problematici per la fascia di età 0-2 anni quando è richiesta al genitore grande concentrazione, un'attenzione fatta di sguardi, di presenza, di vicinanza fisica.

Il digitale, dunque, agisce nella quotidianità dei piccolissimi ancor prima che essi siano messi davanti ad uno schermo. "Esiste una parola inglese, contrazione di *breastfeeding* e *texting*, per descrivere le situazioni in cui la madre mentre allatta manda, riceve o legge messaggi al cellulare. In un momento in cui il contatto oculare e l'esserci contano moltissimo, uno schermo si frappone tra lei e il bambino. Lungi da me criminalizzare le madri", ci tiene a sottolineare Michele Marangi, che ai bambini 0-6 anni e il digitale ha dedicato lo studio "Addomesticare gli schermi" (Scholé edizioni), "ma per il bambino che non vede la mamma mentre si nutre al seno o perde il contatto oculare è dannosissimo". Più in generale la *technoference* fa sì che il tempo trascorso dai genitori davanti ad uno schermo interferisca con le opportunità di parlare e rispondere al proprio figlio o figlia e si traduca in una minor attenzione verso i bambini molto piccoli.

Il mondo virtuale, del resto, spesso esiste nella loro vita ancor prima della nascita, con i genitori che postano le ecografie e danno avvio alla lunga catena di sequenze di immagini condivise sui social del proprio figlio o figlia, comportamento noto con il nome di *sharenting*, crasi dei termini inglesi *share* (condividere) e *parenting* (genitorialità).

"In generale esiste una *routine* tecnologica degli adulti che impatta sulla vita dei più piccoli. Non si tratta di vivere in una bolla di vetro, di allontanare la tecnologia, ma di saperne modulare l'uso, soprattutto di essere consapevoli dei suoi effetti nella relazione con i più piccoli", raccomanda Michele Marangi. A sostegno della necessità di coltivare la relazione con i più piccoli attraverso la presenza, la voce, la lettura, la mimica, Michele Marangi segnala uno studio australiano pubblicato sul *Journal of American Medical Association*⁴, effettuato su 200 famiglie con bambini di 12-36 mesi tramite una tecnologia avanzata di riconoscimento vocale e rilevazioni a cadenza semestrale, in cui si evidenzia quanto l'esposizione precoce al digitale incida negativamente sulle competenze cognitive e, nello specifico, sul linguaggio.

Nella mancata interazione con l'adulto, i bambini e le bambine che stanno per un'ora davanti ad uno schermo, ci riassume Marangi, "potrebbero perdere 397 parole, 294 vocalizzazioni, cioè loro che si esprimono, e 68 possibilità di conversazioni ogni giorno. Se si moltiplica tutto questo per una settimana, un mese o un anno si capisce quale perdita di vocabolario e di interazione i bambini smarriscano. Nell'immediato, probabilmente questa perdita non è visibile o misurabile, ma sappiamo dagli studi sull'età evolutiva come nei primi tre anni di vita si formi la base di ciò che svilupperemo crescendo".

Misura e consapevolezza, tempo dedicato senza interferenze, è ciò che serve nell'era digitale ai genitori dei più piccoli ma anche dei più grandi.



TEMPI DIGITALI

All'infanzia e al mondo virtuale è dedicata l'edizione 2023 dell'Atlante dell'Infanzia (a rischio) "Tempi digitali", con numerosi riferimenti alle buone pratiche e ai meccanismi che anche i genitori devono mettere in atto per la tutela dei minori e per comportamenti consapevoli nell'ambiente digitale.

VOCE E LIBRO: LA MAGIA DI NATI PER LEGGERE

Era il 1999 quando nasceva il programma Nati per Leggere (NpL) dall'incontro tra l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), l'Associazione Italiana Biblioteche (AIB) e il Centro per la Salute del Bambino (CSB). Esso puntava alla promozione della lettura ad alta voce rivolta ai bambini e alle bambine, dalla nascita sino ai sei anni. L'idea era semplice ma in qualche modo rivoluzionaria. Il pediatra, deputato a salvaguardare la salute del bambino, si metteva a dispensare libri e a consigliare, come buona pratica, la lettura a voce alta già in gravidanza e poi nei primi giorni e mesi di vita del bambino.

Oggi di strada NpL ne ha fatta parecchia. Nel 2023 al programma hanno partecipato 1.799 Comuni, 2.166 biblioteche e 1.564 pediatri, a cui si sono affiancati 2.148 nidi

pubblici e privati e 406 librerie, oltre ad altri 681 presidi attivi, dagli ospedali alle associazioni territoriali. Il tutto retto da una rete di 5.824 volontari. Rispetto al 2022, vi è stato un aumento nel numero di biblioteche, pediatri, nidi e scuole dell'infanzia coinvolti nel programma, mentre si è registrato un decremento di oltre il 10% nel numero di Comuni attivi (intesi come enti, non territori).

Valeria Balbinot, della segreteria nazionale di NpL, avverte tuttavia che le cifre emerse dalla rilevazione NpL per il 2023 possono essere, in alcuni casi e per alcuni territori, sottostimate in quanto raccolte su base volontaria dai referenti locali. Più precise, invece, perché ancorate a degli obblighi "istituzionali" e di rendicontazione, le rilevazioni nelle regioni dove NpL è entrato a pieno titolo nel tessuto di

una legge regionale di promozione della lettura.

"NpL è un'impresa fatta di migliaia di piccole imprese – ci dice Giorgio Tamburlini, pediatra, co-fondatore di NpL – ciascuna ha un motore diverso, può essere il pediatra, o il bibliotecario o un'associazione. Sicuramente le biblioteche sono una realtà importante di NpL, mentre i pediatri attivi sono una 'consistente minoranza'.

La variabilità tra territori attivi, anche nella stessa regione, è notevole, ad eccezione di quelle regioni che hanno adottato una legge di promozione della lettura come Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Umbria, per citare alcuni esempi. Di recente la Calabria si è dotata di una propria legge di promozione della lettura, anche se non sono stati ancora stanziati i fondi". La lettura precoce sostenuta da NpL si

concretizza, di solito, nel dono di uno o più libri alle famiglie, talvolta acquistati dai Comuni, preferibilmente donati attraverso il pediatra nel corso dei primi bilanci di salute, oppure attraverso la biblioteca, o direttamente dai centri nascita o dall'ufficio anagrafe.

Innegabili i molteplici benefici di questa pratica. Oltre a stimolare competenze linguistiche e cognitive e ad essere un canale attraverso cui le disuguaglianze alla nascita possono essere stemperate, essa crea un legame di comunicazione forte tra genitore e bambino. “La pratica della lettura a voce alta è un buon aggancio anche per la presenza del papà che può attivare, in questo modo, una relazione speciale con il figlio che la madre già ha, in modo esclusivo, con l'allattamento al seno”, sottolinea Valeria Balbinot.

NpL, a cui si sono ispirati altri programmi come “Nati per la Musica”, ha evidenziato, per primo e su scala nazionale, l'importanza della relazione come tassello fondamentale del benessere e della salute del bambino. “Tra i parametri adottati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per monitorare la salute infantile 0-2 anni vi è anche NpL. Il sondare aspetti non strettamente sanitari o medici ma che riguardano una dimensione relazionale attenta allo sviluppo affettivo non ha paragoni all'estero”, conclude con orgoglio Giorgio Tamburlini. Infine, in un Paese che si posiziona agli ultimi posti in Europa sia per livelli di partecipazione culturale fuori casa, sia per la lettura di almeno un libro all'anno¹, NpL può forse aiutare nella magia di far amare, anche da adulti, le storie. Ne è convinta la studiosa di letteratura per ragazzi Rita Valentino

Merletti: “L'incontro sul terreno dell'immaginario, la relazione intensamente affettiva che si viene a creare nel momento in cui l'adulto acconsente di entrare in uno spazio di creatività, rimane, nell'esperienza del bambino, un momento di incancellabile gravidanza”².

Tra i libri che meglio funzionano per i piccolissimi vi sono i libri attivi o tattili che permettono al bambino di interagire toccando con il dito alcune parti, i libri in bianco e nero, perfetti per le capacità visive nei primi mesi di vita, di piccolo formato o a fisarmonica che sono più maneggevoli, e quelli con tanti volti disegnati in modo che il bambino impari a decodificare le espressioni e ad associare le emozioni.



Il congedo del padre

Avere un papà vicino, presente, empatico nei primi mesi di vita del bambino fa bene. Fa bene al figlio o alla figlia, alla mamma e anche al papà. Molti articoli scientifici hanno dimostrato, nel corso degli anni, i benefici di questo coinvolgimento paterno precoce. In particolare, la sua presenza favorisce lo sviluppo cognitivo, sociale e affettivo dei bambini e delle bambine, con una diminuzione dei comportamenti violenti e antisociali e un miglioramento del rendimento scolastico in adolescenza¹; aiuta anche a migliorare la salute psicofisica con benefici per la salute mentale in fase preadolescenziale². La presenza paterna, inoltre, faciliterebbe l'allattamento e migliorerebbe la salute psichica della madre³. Provato, dunque, che si stratta di un comportamento positivo, ci si chiede come fare per promuoverlo.

Alcune azioni sono state messe in atto, ad esempio, tra il 2019 e il 2021, con il progetto pilota europeo PARENT a cui hanno partecipato Portogallo, Italia, Austria e Lituania, con l'obiettivo di facilitare la parità di genere e contrastare la violenza verso le donne, promuovendo fin dalla gravidanza l'impegno dei padri nelle cure familiari e domestiche. Nel 2023-24 nasce un nuovo progetto europeo sul solco del precedente: il 4E-PARENT, con l'obiettivo di mettere insieme risorse e visioni provenienti da ambiti diversi a favore di una paternità inclusiva, compartecipe e non violenta, sulla base di quanto già realizzato con il precedente progetto PARENT. Le quattro "E" riepilogano i presupposti del progetto in corso: *Early* per la partecipazione da subito, *Equal* a indicare un approccio paritario ed equo, *Engaged* che richiama la partecipazione attiva e *Empathetic* per la valenza empatica, accudente e "responsiva". Il progetto individua come beneficiari finali i genitori di bambini e bambine da 0 a 6 anni, con un focus specifico sui primi 1000 giorni⁴.

Una prerogativa essenziale affinché il neogenitore possa fare il papà è però il tempo. Ovvero deve poter passare del tempo con suo figlio o figlia. Il *Millennium Cohort Study*⁵, un vasto studio prospettico di coorte che segue circa 19.000 ragazzi e ragazze nati tra il 2000 e il 2001 in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, tuttora in corso, in un approfondimento sul ruolo dei padri conclude che le politiche del lavoro dovrebbero permettere ai padri una maggiore partecipazione alle cure dei figli, al fine di favorire un migliore sviluppo neurocomportamentale dei bambini nei primi anni di vita⁶. Le politiche del lavoro, dunque, sono importanti. Lo dimostra anche uno studio pubblicato nel 2023 secondo cui il congedo dal lavoro sia della madre che del padre dopo il parto ha un effetto benefico sulla salute mentale dei neogenitori⁷. Eppure il congedo di paternità è ancora un problema in molti Paesi. In Europa la situazione è molto eterogenea, anche se dal 2019 una direttiva europea relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i *caregiver* ha quantificato in minimo dieci giorni retribuiti al 100% la durata del congedo di paternità⁸.



MOBILITAZIONE LONDINESE

Il movimento The Dad Shift ("Diventare papà") è attivo in Gran Bretagna per chiedere un aumento del congedo di paternità, tra i più brevi al mondo. Gli attivisti a Londra hanno attaccato colorati marsupi con (finti) bambini alle statue di importanti personaggi maschili: si sono così ritrovati con un bambino stretto al petto l'ingegnere Isambard Kingdom Brunel, gli attori Laurence Olivier e Gene Kelly, i calciatori Thierry Henry e Tony Adams. Lo scopo è attirare l'attenzione sull'importanza del legame tra papà e figlio o figlia e invitare il governo inglese ad agire rapidamente per migliorare le condizioni del congedo di paternità.



In Italia, il congedo di paternità è stato introdotto nel 2012, quando si riconobbe ai padri un giorno di congedo di paternità obbligatorio, remunerato al 100%, e due giorni facoltativi. Nel corso degli anni la durata di questo congedo è stata prolungata. Dal 2022, con il Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105 in attuazione della direttiva europea, il congedo di paternità è stabilito in 10 giorni obbligatori (da parte del datore di lavoro, non del padre che è libero di farne o meno richiesta), retribuiti al 100%, anche non continuativi, più un giorno alternativo ad un giorno di congedo di maternità, da prendere tra i due mesi precedenti la nascita e i cinque mesi successivi. Si può usufruire del congedo anche in caso di adozione e il periodo è estensibile fino a 20 giorni in caso di gemelli; tuttavia, l'accesso a tali congedi riguarda solo i padri lavoratori dipendenti, con una discriminazione verso i lavoratori autonomi e precari, numerosissimi tra i giovani. Considerando il 2022, anno in cui sono nati circa 400 mila bambini e bambine, poco meno di 172 mila neopadri hanno usufruito del congedo, il 64% di chi ne aveva diritto. Ne usufruiscono di più i padri occupati in grandi aziende a tempo indeterminato ed è più elevato il numero di padri che ne usufruisce nelle province del Nord e tra chi ha un reddito più alto⁹. Nel 2023, la percentuale di neopadri che hanno avuto diritto al congedo e ne hanno usufruito è rimasta praticamente stabile (64,5%). Risulta, inoltre, come i padri che hanno preso il congedo di paternità siano più inclini a fruire del congedo parentale nei primi 3 anni di vita del figlio¹⁰.

In molti altri Paesi europei la durata del congedo di paternità è significativamente più alta dello standard minimo di dieci giorni stabilito dalla direttiva europea. Pur nella difficoltà di confrontare i diversi sistemi, il più recente schema elaborato dal Parlamento europeo indica come il Paese più virtuoso sia la Finlandia, dove dal 2022 entrambi i genitori hanno diritto a 160 giorni di congedo e possono cedere fino a 63 giorni all'altro genitore; un altro Paese all'avanguardia è la Spagna, con 16 settimane (di cui 6 obbligatorie) di congedo di paternità retribuite al 100%¹¹.

Oltre al congedo di maternità e di paternità, i lavoratori dipendenti hanno diritto a richiedere il congedo parentale per prendersi cura dei figli fino a 12 anni. Esso è della durata massima di complessivi 10 mesi cumulativi per entrambi i genitori ed è retribuito al 30%. Il padre può prendere fino a 6 mesi, ma può richiedere un mese in più, elevando il totale tra lui e la madre a 11 mesi invece di 10. In generale, per la madre il limite è sempre 6 mesi. I genitori possono usufruire del congedo anche contemporaneamente. Se un genitore è solo o ha l'affidamento esclusivo del figlio può fruire di un congedo parentale fino a 11 mesi, di cui 9 retribuiti al 30%. A partire dal 2023, per i neogenitori¹², è stato introdotto un mese di congedo parentale (uno dei 6 o 7 mesi previsti e retribuiti al 30%) retribuito all'80% che può essere goduto o dalla mamma o dal papà nei primi 6 anni del bambino. La Legge di Bilancio per il 2024 ha aumentato a due mesi questa possibilità, ma solo per chi termina nel 2024 il congedo di maternità o paternità obbligatorio¹³.

C'è da sottolineare che in molti Paesi europei, diversamente dall'Italia, il congedo parentale è esteso al secondo genitore, non esclusivamente il padre, ampliando così le tutele alle famiglie omogenitoriali, e ne possono usufruire anche altri tipi di lavoratori, non solo quelli dipendenti¹⁴.

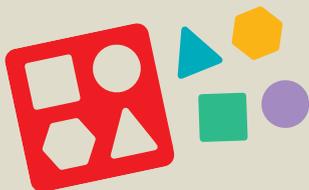
Purtroppo, anche nei Paesi che adottano politiche più generose riguardo ai congedi per entrambi i genitori, l'utilizzo di questo strumento non trova piena applicazione: i padri ne usufruiscono molto poco soprattutto per questioni culturali e professionali¹⁵. Sarebbe importante, quindi, focalizzarsi su queste problematiche per ridurre il divario sull'utilizzo del congedo. Secondo un articolo pubblicato recentemente su Dors, Centro di documentazione per la promozione della salute della Regione Piemonte, "Strategie promettenti per aumentare l'utilizzo del congedo includono la riduzione dello stigma rispetto al suo utilizzo, collocare il congedo pagato nell'ambito di una più ampia serie di politiche di aiuto alla famiglia sul luogo di lavoro, e la formazione di manager e direttori attenti e solidali verso gli impegni familiari dei loro lavoratori"¹⁶.



POCO NOTO E MOLTO VOLUTO

Da una ricerca svolta dall'Osservatorio D e SWG per Valore D, nel 2024 in Italia il 76% degli uomini intervistati e il 72% delle donne hanno affermato di sapere che esiste il congedo di paternità ma solo il 13% dei primi e il 14% delle seconde ne conosce i dettagli.

Una volta spiegato, 3 uomini senza figli su 5 dichiarano che un congedo di 10 giorni è totalmente insufficiente.



CATERINA GUZZANTI

Attrice e autrice

La voce delle storie

Nella mia vita di bambina la parola è associata a tanti ricordi ma soprattutto alle letture di mio padre. O almeno a quelle che mi ricordo quando già ero più grandicella. Ricordo i sentimenti di fortissima partecipazione che mi suscitavano le storie che raccontava perché il suono della sua voce e la bellezza delle pagine che mi leggeva erano un momento di cura esclusiva dedicate a me. In particolare mi ricordo quando mi lesse “Il richiamo della foresta” di Jack London (io ero una grande appassionata di cani) e l’attenzione con cui resistevo al sonno e cercavo di immaginare le avventure di Buck, rapito dalla sua bella casa e mandato a fare il cane da slitta tra i ghiacci dei cercatori d’oro. Erano letture piene di paesaggi, ragionamenti, pensieri e personaggi, ognuno con la sua voce e il proprio modo di parlare; quella di Jack London era una storia avvincente e spaventosa che mi faceva restare con il fiato sospeso. Era l’energia che mio padre metteva nell’immergersi a rendere quelle letture così affascinanti.

Quando a scuola leggemmo “Cent’anni di solitudine” di Gabriel García Márquez, che era un libro che mio padre mi aveva consigliato già più volte di leggere (non gli avevo dato retta

perché come “La storia” di Elsa Morante aveva un titolo respingente per un’adolescente), gli chiesi di leggermi qualche capitolo perché, già a metà libro e rapita dalla storia, non vedevo l’ora di sentire Aureliano Buendía e la sua famiglia interpretati da papà.

Da allora la parola letta, quella detta, le sue mille variazioni, il potere delle storie e soprattutto l’uso del linguaggio parlato mi hanno sempre accompagnata anche nel mio lavoro. Credo, infatti, che il mio lavoro di recitazione, di imitazione, di critica, di studio del linguaggio e di scrittura, deve molto a quelle prime letture, alla voglia che mi hanno comunicato di vestire i panni degli altri e di cogliere i mille aspetti di un personaggio. Ma, soprattutto, mi hanno regalato il desiderio di essere a mia volta una *storyteller* sia nella sfera “pubblica” sia nella sfera privata. Quando è nato mio figlio la lettura a voce alta è diventata, già da neonato, un’abitudine intima, un filo sottile che tesseva la nostra relazione, un momento di condivisione, di amore, tutto per noi. Oggi mio figlio Elio ha 9 anni e, leggendo per lui nel modo più avvincente (e spesso buffo) che conosco e che posso, credo di aver partecipato a donargli la gioia di ritrovarsi lettore. Ho letto per lui libri fantastici fin da quando era piccolo e continuo tuttora, così che oltre a tutti i libri, i fumetti e i manga che lo appassionano tanto, continui parallelamente l’ascolto di storie che magari non affronterebbe da solo ma che grazie a me diventano fruibili e appassionanti. Scelgo libri per ragazzi un po’ più grandi e mi sorprende sempre quando mi fermo per chiedergli se ha capito una parola o un concetto forse difficili e lui quasi sempre ne ha dedotto perfettamente o grossomodo il significato, dal contesto o dall’intonazione che ho dato io. Sono tanti i mondi immaginari, reali, distopici che regaliamo ai figli nutriti e cresciuti anche grazie alle parole e penso che leggere a voce alta per qualcun altro sia, anche da adulti, uno dei regali più belli e preziosi che si possano fare.



Chi è più istruito tra lui e lei



LE EQUILIBRISTE

Su maternità e condizione delle madri in Italia, Save The Children ogni anno pubblica il rapporto "Le Equilibriste". L'edizione 2024 è incentrata sulle politiche familiari con un confronto anche internazionale e un'analisi dei percorsi di *welfare* previsti in alcuni Paesi europei.

Nell'arco di vent'anni, nel nostro Paese, sono parzialmente cambiati i comportamenti all'interno delle coppie con figli piccoli in parallelo all'indebolimento di alcuni stereotipi di genere e dei modelli familiari più tradizionali. Un elemento interessante riguarda la percentuale di famiglie con figli piccoli in cui la madre ha un livello di istruzione superiore a quello del padre; nell'arco di circa vent'anni tale percentuale è passata dal 28% al 38%. Contestualmente si è ridotta di 10 punti la percentuale di famiglie in cui i genitori hanno pari istruzione ed è rimasta invariata (al 18-19%) la quota di famiglie in cui è lui ad avere un titolo di studi più elevato¹. In sostanza, la coppia conferma ciò che succede nelle aule scolastiche: le ragazze studiano più a lungo dei coetanei maschi.

Un'altra indicazione dei mutati modelli di riferimento all'interno delle coppie con bambini molto piccoli proviene dalle stime che l'*European Institute for Gender Equality* (EIGE) ha elaborato sul tempo che quotidianamente madri e padri dedicano alla cura dei figli. Nell'indagine realizzata nel 2022 la coppia convivente con figli, in Italia, dichiara di condividere abbastanza equamente il carico di cura "primario" (quello, cioè, dedicato ai figli piccoli), anche se non sempre le opinioni sulla reale divisione dei compiti di cura coincidono: la pensa, infatti, così il 35,5% delle madri e il 47% dei padri. Diverso se si considera il sottoinsieme in cui entrambi i genitori sono occupati: in quel caso la sensazione di poter contare su una vera condivisione di "cura" si fa più marcata e più concorde (lo pensano il 44% delle madri e il 48% dei padri)².

Nonostante i maggiori livelli di istruzione e una più bilanciata divisione dei compiti di cura, la condizione lavorativa delle neomamme, tuttavia, non è cambiata: nel 2023 solo il 55,3% delle donne con figli di 0-3 anni lavorava, a fronte del 92% degli uomini, e solo nel 48,5% di famiglie con figli piccoli entrambi i genitori lavoravano. Il dato allarmante è che nel 2002-2003 la situazione era pressoché identica se non leggermente migliore: allora, infatti, nel 50% delle famiglie con bambini 0-3 anni entrambi i genitori erano occupati. La percentuale di famiglie in cui è lei ad essere occupata e non lui era appena del 2% nel 2023, vent'anni fa era dell'1,4%. Sono aumentate anche le situazioni atipiche di nuclei familiari dove nessuno dei due lavora o non ha un lavoro regolare, o dove sono mantenuti dalle famiglie d'origine (7%)³.

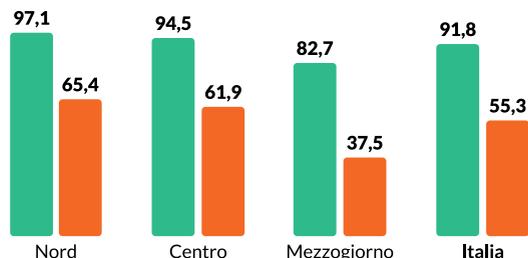
Questi dati evidenziano i nodi irrisolti del mercato del lavoro femminile e la penalizzazione della donna madre, tema trattato da Save the Children nel suo rapporto "Le equilibriste"⁴: è la cosiddetta *child penalty*, cioè il calo di occupazione, di ore lavorate, di salario e di reddito che l'evento della maternità produce nel primo anno e poi negli anni successivi. Il difficile percorso lavorativo delle donne madri trova conferma anche nel XXIII Rapporto annuale dell'INPS (2024). Con la nascita di un figlio sale la probabilità di uscita dal lavoro per la donna e si riduce per l'uomo (è una stima basata sull'osservazione longitudinale di coloro che, tra i lavoratori dipendenti privati, non siano più presenti nel settore privato nell'anno successivo). Se prima la probabilità di uscita dal lavoro è simile per uomini e donne con l'8,5-

Bilanci di coppia

Tasso di occupazione dei genitori (25-49 anni) con almeno un figlio di 0-3 anni (%)

Anno: 2023 - Fonte: ISTAT Indagine Forze Lavoro

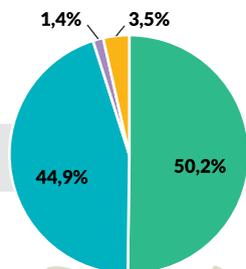
Maschi Femmine



Lavoro e istruzione in famiglie con almeno un bambino di 0-3 anni

Anni: media 2002-2003 e media 2022-2023 - Fonte: Elaborazioni ISTAT per Save the Children

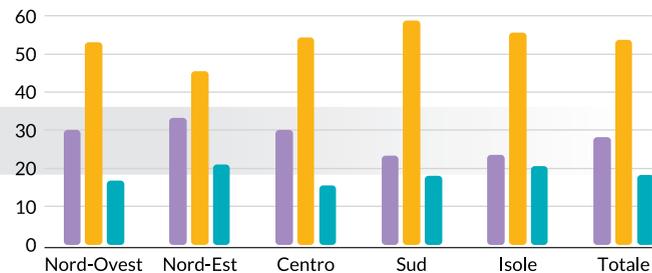
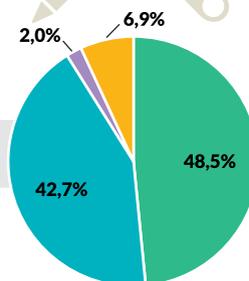
2002-2003



Chi lavora in famiglia?

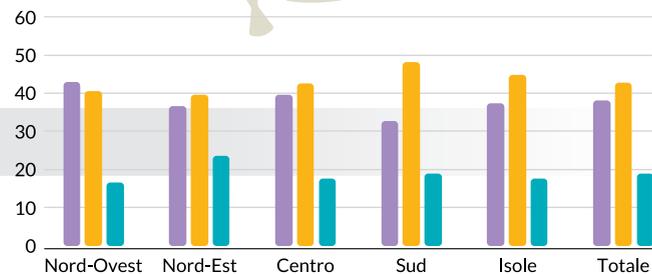
Lavorano entrambi Lui lavora, lei no Lei lavora, lui no Altro

2022-2023



Livelli di istruzione di lei e lui

Più alto lei Uguale Più alto lui



9% per i primi e il 10,5-11% per le seconde, nell'anno di nascita la percentuale sale al 18% per le donne e scende all'8% per gli uomini con effetti che si prolungano nel tempo. Infatti, a sette anni dalla nascita del figlio, la probabilità di uscita dal lavoro è del 5% per gli uomini e del 9% per le donne. Anche il reddito delle neomadri è penalizzato in assenza di tutele. "Nell'anno in cui diventano madri le donne subiscono un calo dei redditi annui di circa il 76%, mentre per gli uomini si osserva un incremento salariale di circa il 6%. (...) Per gli uomini (...) la nascita di un figlio non interferisce con il trend crescente e a 7 anni dall'evento si osserva un incremento [del reddito] che sfiora il 50%"; tuttavia, con l'indennità del congedo di maternità per le donne esso cala del 16% e nell'arco di tre anni torna al livello pre-nascita⁵.

L'Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL) ogni anno raccoglie i dati sulle dimissioni dei neogenitori con figli 0-3 anni evidenziando come "l'arrivo di un figlio sia – ancora oggi – un momento critico per le carriere femminili: nel 63% delle dimissioni delle donne convalidate dall'Inl (perché presentate nei primi 3 anni di vita dei figli) viene inserita come motivazione la fatica di conciliazione vita e lavoro contro un 78,9% di uomini che, nella stessa condizione (quindi nei primi 3 anni di vita del figlio) indica il passaggio ad un'altra azienda. Inoltre, la maggior parte di queste dimissioni avviene nelle famiglie in cui è presente un solo figlio, sottolineando quanto il momento più critico di permanenza nel mercato del lavoro sia proprio la fase immediatamente successiva alla prima maternità"⁶.

NONNI ANTICRISI

Il contributo dei nonni alla crescita dei nipoti è mutato in parallelo ai mutamenti familiari e alle dinamiche demografiche. "In tutti i paesi europei, l'aumento della speranza di vita e la diminuzione dei tassi di natalità, con il conseguente forte e veloce processo di invecchiamento della popolazione, stanno anche profondamente influenzando le dinamiche intergenerazionali. Vivere più a lungo

significa che diverse generazioni coesistono per più anni. D'altra parte, la fecondità ridotta e posticipata fa sì che le persone assumano i ruoli familiari sempre più tardi. In particolare, si diventa nonni (se lo si diventa), in età sempre più avanzata", sottolineano le studiose Margherita Moretti, Elisa Cisotto e Alessandra De Rose, che rilevano come l'età media in cui si diventa

nonni è aumentata di tre anni tra il 1998 e il 2016, sia per gli uomini (da 59 a 62 anni), sia per le donne (di circa cinque anni più giovani)¹.

Oltre che sul piano educativo e di accudimento, la funzione dei nonni, in anni di crisi economica e di precarietà lavorativa, agisce come volano economico per le giovani famiglie più fragili, grazie al loro reddito di



Più piccoli e più poveri

Il termine povertà è stato declinato dalle diverse teorie economiche, sociologiche, antropologiche in vari modi. Chi ne è vittima, invece, lo definisce più o meno negli stessi termini: non riuscire ad arrivare a fine mese, non farcela a curarsi, essere costretti a risparmiare sul gas, sulla luce, mangiare male, temere di perdere anche quel poco che si ha perché non esistono margini per chi vive sul bordo del baratro. Vive male soprattutto chi ha figli, ancor peggio se il figlio o la figlia ha meno di tre anni, sono cioè in un'età "fragile" dove i bisogni di accudimento, di cura, di presenza sono maggiori e più vincolanti. Lo dicono i dati Istat che misurano la povertà materiale a partire dall'indagine sulla spesa delle famiglie. Istat ha stimato che nel 2023 il 14% dei minorenni, oltre 1 milione 300 mila, viveva in una situazione di povertà assoluta, cioè in famiglie con una capacità di spesa inferiore a quella necessaria per acquisire beni e servizi che garantiscono condizioni (minime) di vita dignitosa¹. Tra i minorenni, per l'anno 2022, Istat ha misurato anche i tassi di povertà assoluta per le diverse fasce d'età mostrando come su 100 bambini di età sino ai 3 anni quasi 15 di loro si trovassero in questa

pensionati. Tuttavia, questa particolare forma di *welfare* familiare rischierà, in un futuro prossimo, di indebolirsi fortemente quando arriveranno alla pensione tante persone con un percorso lavorativo intermittente e precario. I segnali già ci sono, avverte Walter Nanni, Responsabile Ufficio Studi Caritas italiana, che rileva come stia aumentando la povertà assoluta anche tra chi ha un'età avanzata.

“Osserviamo un aumento degli anziani tra quanti si rivolgono a noi. Per anni abbiamo avuto una presenza di anziani di circa il 5% sul totale degli utenti, quest'anno sono circa l'8%-9%, dipende dalle zone. Questo indebolimento della loro condizione economica si riflette sulle famiglie in difficoltà con bambini 0-3 anni che normalmente fanno affidamento anche sul supporto dei nonni e che

proprio per questo sono ritenute un po' al riparo dalla povertà estrema. Oggi, invece, cominciano ad esserci anziani, o meglio neo anziani, con situazioni pensionistiche molto critiche e ne avremo sempre di più. Questo è un segnale d'allarme che ci dice come in futuro la povertà dei bambini sarà collegata anche alla presenza di un gruppo di popolazione anziana sempre più debole”.





condizione (14,7%). Il dato, poi, decresce leggermente al crescere dell'età sino ad attestarsi all'11,7% nel caso degli adolescenti 14-17enni (il tasso di povertà dei minorenni nel 2022 era del 13,4%)². È una faticosa risalita lungo una traiettoria che lascia comunque ai margini i più giovani e le loro famiglie. La fotografia statistica dell'Italia attuale ci dice, infatti, come i nuclei con bambini molto piccoli e non necessariamente numerosi, rischiano di vivere in povertà assoluta più di quelli con figli più grandi. Sono i più piccoli, nell'Italia familistica, a detenere il primato dei più poveri, con un tasso di povertà assoluta di 5 punti superiore alla media della popolazione complessiva (9,7%)³: significa che un bambino di 0-3 anni in Italia ha un rischio di povertà di 1,5 volte superiore rispetto al resto della popolazione.

Per i minorenni un altro fattore di grande vulnerabilità, come da anni dimostrano le statistiche, è quello dell'origine migrante. La povertà assoluta colpisce complessivamente le famiglie con figli minori (italiane e straniere) in 12 casi su 100 (11,8%), ma se i genitori sono entrambi di origine straniera, senza cittadinanza italiana, l'incidenza è più che tripla (36,1%)⁴. Scrive l'economista della Banca d'Italia Andrea Brandolini in Doppiozero: "Le condizioni sul mercato del lavoro, e i criteri di erogazione di molti trasferimenti sociali, si riflettono sugli standard di vita delle famiglie degli immigrati, assai inferiori a quelli degli italiani secondo tutti gli indicatori disponibili"⁵.



I DATI ISTAT NEL 2023

Nel momento in cui l'Atlante sta andando in stampa giungono i dati ISTAT sulla povertà nel 2023 che indicano come la povertà assoluta minorile sia aumentata dal 13,4 al 13,8%. Ad essere colpite sono soprattutto le famiglie con figli minori, passate dall'11,7% al 12,4%, in particolare le famiglie con due figli.

Considerando solo la fascia dei minori, nel Centro Italia i 7-13enni che vivono in povertà assoluta sono passati dal 10,7% nel 2022 al 13,9% nel 2023: si tratta di una variazione consistente. E se nel 2022 erano i bambini 0-3 ad essere maggiormente colpiti dalla povertà, quest'anno è la fascia di chi ha tra i 4 e i 6 anni a mostrare il dato più rilevante: 14,8%.

I dati, nonostante le leggere variazioni sul 2022, indicano, anche per il 2023, una vera e propria emergenza povertà.

Tra i tanti fattori che hanno contribuito a mantenere alto il livello di povertà assoluta delle famiglie di origine straniera, oltre alle precarissime condizioni di lavoro, vi è stata la loro esclusione dal sostegno monetario fornito con il Reddito di Cittadinanza, che vincolava il beneficio alle sole famiglie presenti regolarmente da molti anni in Italia, escludendo quelle più vulnerabili attraverso il requisito dei 10 anni minimi di residenza, criterio definito "indirettamente discriminatorio" da una sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione europea (sentenza del 29 luglio 2024).

Se si guarda, invece, alla popolazione nel suo complesso, il Reddito di Cittadinanza ha effettivamente mitigato la povertà ed ha contribuito a contenere gli effetti negativi della crisi economica scatenata dalla pandemia. La povertà assoluta individuale per l'intera popolazione è aumentata dal 9,1% del 2020 al 9,8% del 2023, con l'ultima crisi, ma sarebbe aumentata ancor di più senza una misura di contrasto alla povertà. Per i minorenni, tuttavia, l'incidenza della povertà assoluta è sensibilmente aumentata, da un livello già elevato del 12,4% del 2020 al

L'ASSEGNO UNICO (NON DEL TUTTO) UNIVERSALE

L'Assegno Unico Universale (AUU) è un contributo economico, modulato in base all'ISEE, che spetta per ciascun figlio fino a 18 anni e a specifiche condizioni fino ai 21 anni, oppure senza limiti in presenza di disabilità. Nel suo primo anno di applicazione, tra marzo e dicembre 2022, alle famiglie sono stati erogati 13,22 miliardi di euro, nel 2023 18,09 miliardi di euro. I nuclei familiari che hanno beneficiato di questo aiuto nel 2023 sono stati 6.504.682 per un totale di 10.057.119 figli, il 93% degli aventi diritto, con maggiore diffusione al Sud e tra chi ha figli piccoli, e minore tra gli stranieri¹. L'importo medio mensile per figlio è passato da 147 euro nel 2022 a 162 euro nel 2023², anche per effetto di alcune maggiorazioni: con la Legge di Bilancio

2023 è stata riconosciuta una maggiorazione del 50% dell'AUU per il primo anno del figlio e per i bambini tra 1 e 3 anni appartenenti a famiglie con 3 o più figli. Della prima maggiorazione (per un importo mensile medio di 77 euro) hanno beneficiato 369 mila bambini in media per una spesa di circa 360 milioni; della seconda hanno beneficiato 98 mila bambini in media con 91 euro mensili di maggiorazione media³. In base alle stime Istat, degli aggiustamenti apportati all'AUU nel 2023 hanno beneficiato le famiglie che appartengono ai due quinti più poveri, con una variazione sul reddito familiare rispettivamente del 3,6% e del 2,2%⁴. Per il 2024, gli importi dell'assegno sono stati adeguati all'incremento dei prezzi e aumentati

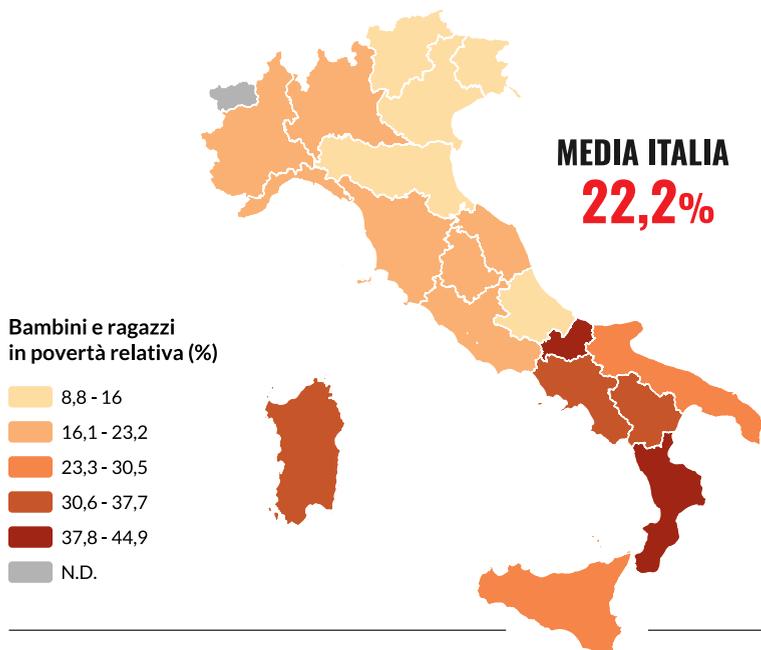
del 5,4%, e la soglia ISEE per ottenere l'importo massimo è stata alzata a 17 mila euro (era di 15 mila nel 2022 e di 16.215 euro nel 2023). Nei primi due mesi del 2024, l'importo medio è aumentato a 175 euro mensili per figlio⁵.



Minori e famiglie in povertà

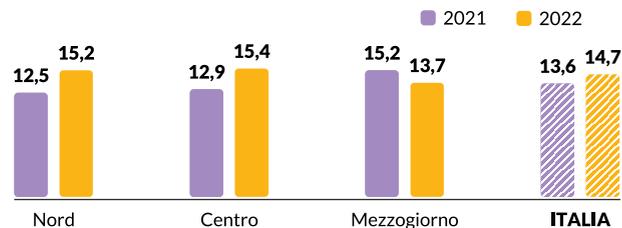
Bambini e ragazzi 0-17enni in povertà relativa (%)

Anno: 2022 - Fonte: Elaborazioni ISTAT per Save the Children



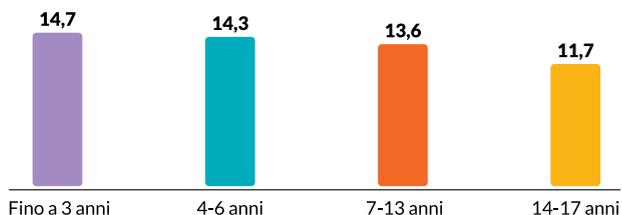
Povertà assoluta dei bambini fino a 3 anni (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



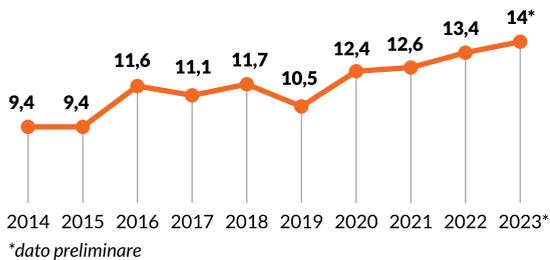
Bambini in povertà assoluta per classi d'età (0-17 anni) (%)

Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



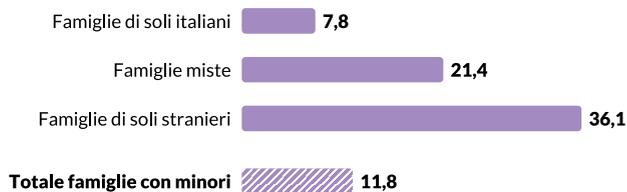
Andamento della povertà assoluta minorile negli ultimi anni (%)

Anno: 2023 - Fonte: ISTAT



Famiglie con figli minorenni in povertà assoluta (per ogni 100 famiglie della stessa tipologia) (%)

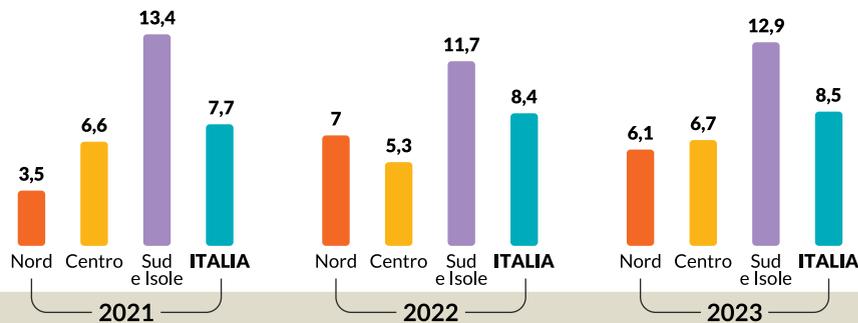
Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



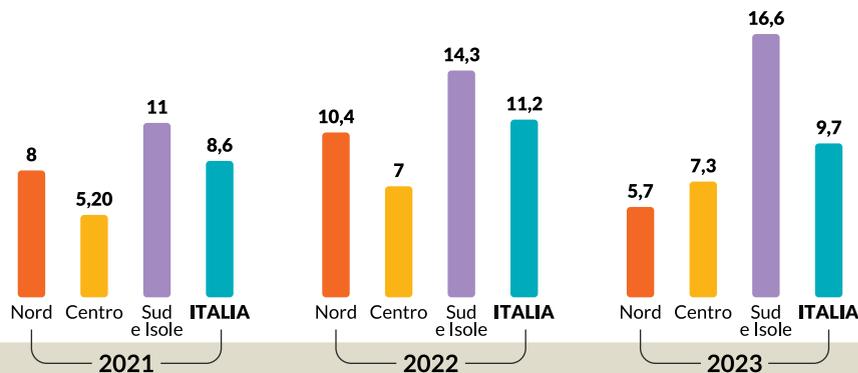
Povert  alimentare e energetica



Bambini 0-5 anni che vivono in famiglie che non riescono a garantire almeno un pasto proteico ogni due giorni



Bambini 0-5 anni che vivono in famiglie che non riescono a riscaldare adeguatamente l'abitazione



14% del 2023⁶. Per la fascia 0-3 anni, poi, sappiamo che la povertà è cresciuta di oltre un punto percentuale soltanto tra il 2021 e il 2022, dal 13,6% al 14,7%⁷. Considerando che nel marzo 2022 è stato introdotto anche l'Assegno Unico Universale per i figli fino a 21 anni che ha fornito un'ulteriore protezione dal rischio povertà per i minorenni⁸, è lecito pensare che in assenza di queste misure sarebbero scivolati in povertà alcune centinaia di migliaia di bambini, bambine e adolescenti in più.

Anche l'Assegno Unico pone come requisito un limite minimo di due anni di residenza, il che esclude le famiglie fragili di stranieri ma anche di italiani in precarietà abitativa senza la residenza. La percentuale di minorenni di origine migrante in povertà nel 2022 è rimasta sempre elevatissima (uno ogni tre) e dopo la crisi scatenata dalla pandemia da Covid-19, è peggiorata anche la condizione dei minorenni italiani: al Centro-Nord è povero un bambino italiano su 19 (prima della pandemia era 1 su 20) e nel Mezzogiorno uno su 7 (era 1 su 9)⁹. Ce lo conferma la sociologa Chiara Saraceno: "Al Nord la situazione, in particolare per i minorenni, sta peggiorando perché oltre alla forte presenza di famiglie di origine straniera che sappiamo essere le più povere, l'aumentato costo della vita, in particolare dell'abitazione, spinge ai margini e talvolta espelle dalla città i nuclei più fragili, anche di italiani. Si pensi ai costi per vivere a Milano. Né la povertà incide solo sulle famiglie dove nessun adulto è occupato. Numericamente la maggioranza dei poveri si trova nelle famiglie di occupati. C'è un problema di bassi salari e di precarietà, di part-time involontario. Se in famiglia c'è un unico percettore di reddito, l'arrivo di un figlio rompe il fragile equilibrio su cui si basava il bilancio familiare". Di lavoro ci parla anche Walter Nanni, responsabile Servizi Studi della Caritas Italiana: "Il panorama di emergenza economica in cui vivono i genitori con bambini 0-3 anni fa sì che accettino il primo lavoro che capita, spesso non adeguato alla propria formazione, a differenza di un giovane senza responsabilità familiari che può attendere un'occasione migliore di impiego. La vulnerabilità dei neogenitori al mercato grigio e nero del lavoro è forte". Basta poco per precipitare nella povertà assoluta i cui effetti multidimensionali sono particolarmente gravi per i bambini più piccoli: deprivazioni alimentari, povertà energetica, emergenza casa, ipoteca sulla salute, ecc. "Per chi ha meno di tre anni la povertà alimentare pesa sia in termini quantitativi che qualitativi e incide sulla salute presente e futura", avverte Chiara Saraceno. "Conta anche dove è dislocata l'abitazione. Spesso le famiglie povere vivono in quartieri insicuri, lontano dai servizi, dove è difficile accedere a negozi con cibi freschi e lontano dal pediatra: la distanza diventa, nei fatti, un impedimento al monitoraggio costante della crescita nei primi anni di vita con conseguenze durature sulla salute. Essere poveri da bambini è altamente predittivo dell'essere poveri da adulti".



L'INDAGINE EU-SILC

L'Indagine EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*) costituisce una delle principali fonti di dati sulla situazione sociale e sul disagio economico dei Paesi dell'Unione europea. Nel 2017, e poi nel 2021, è stato implementato, in aggiunta alle variabili rilevate annualmente, il modulo "Minori", dedicato alle condizioni di vita di chi ha meno di 16 anni, che ha consentito il calcolo di un indice specifico di deprivazione materiale e sociale, basato su alcune caratteristiche, condizioni e situazioni tipiche dei minori in Europa: ad esempio, la disponibilità di un pasto proteico al giorno o di frutta fresca e verdura una volta al giorno, la disponibilità di libri e giochi adatti all'età, la possibilità di festeggiare il compleanno, invitare amici a casa, partecipare a gite scolastiche o andare in vacanza con la famiglia una settimana l'anno.

La casa del malcontento

L'indagine campionaria europea EU-SILC (*EU Statistics on Income and Living Conditions*), condotta in Italia dall'Istat, fornisce preziose indicazioni sulla povertà alimentare delle famiglie con figli da 0 a 5 anni. Nel 2023, a più di un bambino di 0-5 anni su 12 (8,5%) non era garantito un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni. Si tratta di 196 mila bambini e bambine, un'intera grande e immaginaria città italiana popolata di piccoli senza nutrimento sufficiente per il corpo (e la mente). La carenza di un'alimentazione bilanciata e adeguata al sano sviluppo fisico – così viene definita la povertà alimentare – non colpisce però tutti i bambini nella stessa misura: nel Mezzogiorno si trova in questa condizione il 13% dei bambini 0-5 anni con valori più che doppi rispetto al Nord (6,1%) e quasi doppi se confrontati con quelli del Centro (6,7%). Il dato per il 2023 conferma quello del 2022 ed è leggermente migliore rispetto al 2021 quando ancora si avvertivano gli effetti dell'onda lunga del Covid-19¹⁰.

SPAZIO MAMME

Spazio Mamme è il programma di Save the Children nato per contrastare la povertà minorile e prevenire il fenomeno della povertà educativa attraverso la presa in carico precoce di genitori in attesa o di bambine e bambini tra zero e sei anni che vivono

una situazione di difficoltà, attraverso l'offerta di spazi d'accoglienza, cura, gioco e condivisione. Sono spazi in cui i genitori possono ritrovarsi e confrontarsi, in cui si promuovono percorsi di autonomia e si sperimentano modelli di attivazione delle comunità territoriali e dei servizi educativi, culturali e di sostegno sociale.

Suggerimenti ai genitori, orientamento per risolvere anche problemi pratici e indicare i servizi e i sostegni di cui hanno diritto, percorsi di inclusione dei bambini e delle bambine 0-6 anni che vivono una condizione di marginalità sono tra le principali attività degli Spazi Mamme. Attualmente ve ne sono 13 attivi nelle città di Torino, Milano, Genova, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, San Luca (RC), Palermo, Catania e Sassari, che hanno accolto nel 2023 più di 2.870 bambine e bambini, genitori e adulti di riferimento.



Anche la povertà energetica, così come la povertà alimentare, rappresenta una dimensione della povertà materiale ed uno degli aspetti della povertà abitativa che, per un bambino nei suoi primi anni di vita, è gravida di effetti negativi. Sempre l'indagine EU-SILC indica che in Italia, nel 2023, oltre 220 mila bambini e bambine di meno di 6 anni hanno vissuto in una casa che non si poteva riscaldare adeguatamente. Anche in questo caso i divari territoriali si sono fatti sentire: mentre al Nord la povertà energetica colpiva poco più di un bambino su 17 (5,7%) e al Centro uno su 13 (7,3%), nel Mezzogiorno riguardava un bambino su 6 (16,6%). Nel 2022, anno dell'impennata dei prezzi energetici, la situazione era ancor più negativa, con più di 260 mila bambini 0-5 anni coinvolti: 11,2% la media nazionale rispetto al 9,7% del 2023¹¹.

“Sicuramente una delle povertà che pesa di più è quella energetica. Moltissime famiglie vivono in condizioni abitative precarie, spesso in scantinati e, in generale, in situazioni di poca luce, costrette quindi a consumare più elettricità. In sostanza, i poveri tendono a una povertà energetica più forte della media delle famiglie, anche tenendo conto che le abitazioni hanno infissi di scarsa qualità, gli elettrodomestici vecchi consumano di più. Tutto, insomma, congiura nel far lievitare il costo della bolletta. Anche accendere la luce per far studiare il figlio o per far giocare il piccolo di casa è un problema ma anche una necessità”, ci racconta Walter Nanni sulla scorta della grande *messe* di testimonianze che la Caritas italiana raccoglie quotidianamente nel suo lavoro di assistenza. Oggi, anche “raffreddare” la casa sta diventando una necessità impellente, soprattutto là dove ci sono bambini molto piccoli, i più esposti, assieme agli anziani, agli effetti negativi delle ondate di calore.

Un documento redatto da UNICEF per la Commissione europea nell'ambito della *Child Guarantee*¹² evidenzia come “ad oggi, non esiste in Italia una strategia nazionale per monitorare in maniera strutturale il disagio abitativo delle persone minorenni”. Rispetto ad altri Paesi dell'Europa occidentale, l'Italia si contraddistingue per una grave carenza di politiche abitative a fronte di una diffusione e un'intensità del disagio abitativo relativamente marcati.

Il disagio abitativo è anch'esso multidimensionale: è fatto di povertà energetica, di sovraffollamento, di irregolarità e marginalità residenziale, ecc., particolarmente diffusi tra le famiglie con figli. Non sempre è agevole quantificare la precarietà abitativa delle famiglie con minori, ad esempio conoscere quante di loro sono state sfrattate per morosità incolpevole. Il Ministero dell'Interno, nell'elaborare i dati sulle richieste di esecuzione e gli sfratti eseguiti, non disaggrega il dato sulle famiglie con figli minorenni. Né sappiamo quanti minori vivono con le loro famiglie in edifici occupati a rischio sgombero, quanti in appartamenti di edilizia popolare malsani. Pochi o quasi assenti anche i dati dei bambini senza fissa dimora: sappiamo, però, dal Censimento permanente Istat del 2021 che il 35% delle persone che risiedevano in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei erano minorenni¹³.

“Si dice che in Italia tutti abbiano una casa di proprietà, ma il 20% che vive in affitto è in gran parte il più povero della popolazione, con condizioni abitative di grande precarietà. Questa situazione colpisce soprattutto donne, madri sole, famiglie migranti, tra cui molti lavoratori e lavoratrici precari che si sono trovati disoccupati con la crisi del Covid. Nel 2021 l'Italia era il Paese europeo con la



FOTOGRAMMI ABITATIVI

I dati di fonte Istat indicano che a livello nazionale si contano 116,8 abitazioni per km²: la Lombardia presenta la densità più alta (234,7 abitazioni per km²), la Basilicata quella più bassa (36,2 abitazioni per km²). Le abitazioni costruite tra il 1961 e il 2000 sono quasi 20 milioni e corrispondono al 56,3% del totale delle abitazioni.

La Valle d'Aosta è la regione con la più alta percentuale di case non occupate (che comprendono sia le abitazioni vuote sia quelle occupate solo da persone non residenti) corrispondente al 27,2% delle abitazioni complessive.



maggior percentuale di inquilini sotto sfratto, con l'1,4% di loro sottoposti a un procedimento esecutivo (segue la Grecia, con l'1,2%). Molte case in affitto sono trascurate dai proprietari, che sanno di non poter essere puniti per l'umidità e la muffa che fanno ammalare i bambini, a volte anche gravemente. Nel 2020 un medico legale inglese ha riconosciuto per la prima volta che la morte di un bambino di due anni, figlio di una famiglia sudanese alloggiata in un monolocale vicino Manchester, era dovuta alla muffa e all'umidità a cui la grande compagnia proprietaria dell'appartamento non aveva posto rimedio. Il caso ha portato all'elaborazione di una legge per evitare altre morti infantili dovute all'incuria degli appartamenti, promulgata a gennaio 2024. Nessuna iniziativa del genere è in corso in Italia, dove il problema dell'abitare è diventato un problema di salute pubblica", ci dice Stefano Portelli, antropologo e membro dell'Assemblea di autodifesa dagli sfratti di Roma. "L'Italia contravviene al Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite (PIDESC), ratificato nel 1978", aggiunge, "che vieta gli sfratti di persone vulnerabili, a meno che non venga fornita loro un'alternativa abitativa dignitosa. Dal 2021 molte famiglie con bambini, anziani o disabili hanno richiesto la protezione di questo trattato ONU e in decine di casi l'Alto Commissariato ai Diritti Umani ha ordinato di sospendere gli sfratti, addirittura di compensare economicamente le famiglie. Il governo italiano non ha rispettato queste richieste, causando spesso danni irreparabili a famiglie con minori, o mettendo a rischio la loro salute".

Forte la preoccupazione anche in Walter Nanni: “Lo sfratto è una situazione che mette molto a rischio la famiglia costringendola a scelte abitative di emergenza, talvolta autogestite in situazioni illegali, di occupazione, con rischi anche per i bambini”. Si tratta di un’opzione tanto più gravida di incognite oggigiorno, quando a cercare ricovero in una casa occupata, con un mercato degli affitti completamente bloccato, si rischia il carcere¹⁴.

Ben conosciamo gli effetti dirompenti che la povertà abitativa produce sullo sviluppo dei più piccoli: crescere in un ambiente insalubre, in spazi ristretti e sovraffollati, porta con sé rischi di malattie e disturbi alle vie respiratorie, un’“impronta biologica” sulla condizione fisica e mentale ormai tracciata da studi longitudinali come Lifepath¹⁵.

Caritas Italiana in collaborazione con Save the Children ha condotto, all’inizio del 2024, uno studio sulle famiglie che si rivolgono alla sua rete e che hanno figli nella fascia 0-3 anni. Sebbene non si tratti di una fotografia rappresentativa di tutta l'Italia perché i beneficiari ascoltati in questa indagine sono concentrati più al Nord (circa la metà dei 12.591 beneficiari intervistati, di cui l'80% stranieri) e meno di un quinto nel Mezzogiorno, lo studio fornisce indicazioni preziose sulle caratteristiche delle famiglie in difficoltà, i loro bisogni e fragilità, l'ambito delle difficoltà e delle rinunce¹⁶. Tra le persone



intervistate con bambini 0-3 anni, a chiedere aiuto sono soprattutto le mamme (69,8%); in un quarto dei casi sono monogenitrici (a fronte dell'8,2% degli uomini), una su 3 se italiane. Si tratta di una realtà di *single mothers* ampia e studiata in Paesi come la Gran Bretagna, meno da noi. "C'è una forte incidenza di mamme sole con bambini 0-3 anni", ci dice Walter Nanni. "Sono più italiane che straniere. Nel momento in cui c'è la separazione anche il reddito è diviso a metà, la donna è la più penalizzata perché di solito porta con sé i figli, con maggiori costi e un peso di cura che spesso la costringe a rinunciare al lavoro".

Con un'età media di 36 anni, i genitori assistiti dalla Caritas sembrano divisi quasi equamente tra disoccupati (38,8%), lavoratori poveri (29,6%) e casalinghe (24,4%). Per capire le privazioni specifiche dei bambini nei primi anni di vita è utile l'analisi svolta sulle principali difficoltà di spesa "nell'acquisto di prodotti di uso quotidiano, come pannolini (lo esprime il 58,5% degli assistiti), abiti per bambini (52,3%) o alimenti per neonati come il latte in polvere (40,8%). (...) il 38,3% manifesta fatiche nell'acquisto di medicinali o ausili medici per neonati, specie se in presenza di disabilità (...). Tra gli stranieri il peso di tali difficoltà appare molto più marcato, così come risulta molto più alta (...) la percentuale di chi palesa fatiche nell'acquisto del mobilio per bambini, come fasciatoi o lettini (42,8% contro il 27,8% degli italiani)"¹⁷. Altro tema indagato, che attiene al diritto alle cure di ciascun bambino, è stato quello della disponibilità e accessibilità al pediatra di libera scelta che riguarda 85 bambini su 100. Ci sono, dunque, 15 bambini piccoli su 100 in condizioni di vulnerabilità che non possono contare sull'assistenza pediatrica primaria. Si tratta di un dato preoccupante le cui cause risiedono, oltre che nella difficoltà di reperire e raggiungere un pediatra, nella mancanza di regolarità nel permesso di soggiorno dei genitori: in alcune regioni, infatti, non sono state recepite le disposizioni in materia di obbligatorietà di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale dei minori stranieri, anche se figli di persone prive del permesso di soggiorno¹⁸.



SISTEMI DI TUTELA

È necessario costruire, sin dalla prima infanzia, degli ambienti tutelanti e sicuri, liberi da qualsiasi forma di abuso e malpratica, promuovendo politiche organizzative, procedure, strumenti per prevenire, intercettare e segnalare tempestivamente situazioni di abuso. In questo si sostanziano i "Sistemi di Tutela" che dovrebbero essere un requisito essenziale di tutti i servizi dedicati ai minori. Non sempre, però, succede e troppi allarmi restano inascoltati.

Crescere dietro le sbarre

“Paolo (nome di fantasia) ha 4 anni. È un bambino sano, vispo e sorridente, ama macchinine e mattoncini Lego. Frequenta la scuola materna ed è 'detenuto' insieme alla madre da 18 mesi. Gli piace andare a scuola, mi dice, 'perché esco un po'. Chiacchieriamo di merendine, supereroi, del fratellino più grande che 'mi viene a trovare quando non va a scuola'. Prima di salutarlo gli chiedo di esprimere un desiderio. Resto di stucco. 'Vorrei invitare i miei compagni - in verità dice i miei amici - a giocare da me, ma non posso perché la mia mamma ha sempre il mal di testa'".

Gemma Tucillo, già capo Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, componente del Tavolo Infanzia del Comune di Milano, scrive del suo incontro con il bambino dietro le sbarre in



“Senza colpe. Bambini in carcere”, volume curato dal medico-pediatra Paolo Siani (Guida ed.). Racconta anche che Paolo sa di dire una bugia, lo ammette, ma “ne dico solo una, solo questa”. Paolo, a 4 anni, ha già provato la vergogna della sua condizione e di quella della madre, entrambi reclusi. Al mattino è il primo ad essere prelevato con lo scuolabus e l’ultimo ad essere riaccompagnato, in modo che nessuno sappia da dove esce e dove rientra.

Le detenute madri presenti negli istituti penitenziari italiani al 31 luglio 2024 erano 21 con 24 figli “al seguito” di cui 7 italiane con 9 figli e 14 straniere con 15 figli¹. Le carceri interamente femminili sul territorio

italiano sono quattro (a Roma, Venezia, Pozzuoli e Trani) a cui si aggiungono i 5 ICAM (Istituti a custodia attenuata per detenute madri con figli piccoli) a Milano, Torino, Venezia, Cagliari e Lauro e le sezioni nido nelle carceri ordinarie. Non in tutte queste realtà ci sono, nel momento in cui scriviamo, donne con figli.

Il numero dei bambini nelle sezioni nido delle carceri o negli ICAM è diminuito negli ultimi anni e molto è successo sotto la spinta della pandemia da Covid-19 che, in nome della tutela della salute dei bambini e delle bambine, ha consentito di ricorrere a misure alternative come la detenzione domiciliare o la permanenza in case-famiglia protette, a dimostrazione che esisterebbero alternative al carcere, previste dalla legge, per le madri con figli piccoli, come sottolinea Antigone nel suo ventesimo rapporto sulla condizione di detenzione di donne e bambini². Eppure, oggi, la spinta a procedere in direzione contraria sta prevalendo. Infatti, l’articolo 15 del Disegno di Legge governativo su “Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell’usura e di ordinamento penitenziario” (C. 1660) è stato approvato dalla Camera dei deputati e, nel momento in cui scriviamo, è all’esame del Senato. Si tratta di una misura che riporta dietro le sbarre neonati e non ancora



I RAPPORTI DI ANTIGONE

“Nodo alla gola” è il titolo del XX Rapporto di Antigone sulla condizione detentiva in Italia (2024). Nel 2023 l’associazione ha redatto il primo rapporto sulle condizioni delle donne in carcere con un’analisi anche europea. Rebibbia, a Roma, risulta essere il carcere femminile più grande d’Europa.

nati. Esso, infatti, rende facoltativo e non più obbligatorio il rinvio dell'esecuzione della pena per le condannate incinte o madri di figli di età inferiore ad un anno. Dunque, sarà il giudice a decidere se, eventualmente, rinviare la pena, ma non ci sarà più alcuna tutela garantita per i bambini appena nati o le madri incinte. "L'unico aspetto che nella nuova disciplina (...) differenzia il trattamento delle donne incinte/madri di figli di età inferiore ad 1 anno rispetto alle madri di figli di età compresa tra 1 e 3 anni è il luogo dell'esecuzione della pena nel caso in cui l'esecuzione della stessa non fosse stata differita: per le donne incinte o madri di figli di età inferiore ad 1 anno la pena dovrà obbligatoriamente essere eseguita presso un istituto a custodia attenuata per detenute madri (ICAM)" si legge nel dossier del Servizio Studi del Senato e della Camera dei deputati³.

Accanto ai bambini piccoli costretti a conoscere il mondo attraverso le sbarre, vi sono poi oltre 100.000 minori con uno o entrambi i genitori in carcere. L'associazione Bambinisenzasbarre sottolinea l'importanza della genitorialità pur in un contesto carcerario, che significa favorire il rapporto dei figli minori con il genitore recluso, come previsto dalla "Carta dei diritti dei figli di genitori detenuti"⁴. Si tratta di azioni che dovrebbero colmare quella "distanza degli affetti" che il carcere crea; nel concreto, significa predisporre spazi e stabilire modalità che non siano traumatizzanti per il figlio o la figlia che varca i cancelli del penitenziario; consentire l'incontro con il genitore recluso senza necessariamente la presenza dell'altro genitore o di un adulto di riferimento, favorendo così un rapporto di maggior vicinanza e confidenza; assicurare la disponibilità di personale di supporto in grado di preparare gli incontri e di intercettare le fragilità familiari. Agire la propria genitorialità tra le mura del carcere aiuta anche nel percorso di reinserimento. Ed ecco il "Gruppo di parola", progetto di Bambinisenzasbarre, dove i carcerati si incontrano per discutere del loro essere genitori in uno spazio di formazione e informazione che diventa una palestra alla genitorialità. O i laboratori di disegno con cadenza mensile per l'incontro con i figli piccoli, mediato da un linguaggio condiviso che è spazio di creatività e di gioco per favorire una "normalità" familiare che il carcere, nel suo essere istituzione totale, cancella⁵.

IL MALTRATTAMENTO NELLA PRIMA INFANZIA



Stefania Rossetti

Coordinatrice Programmi Violenza di Genere
Save the Children Italia

Nel corso degli ultimi decenni, molto è stato fatto per portare il tema dei diritti delle persone minorenni al centro del dibattito pubblico e delle politiche di tutela. La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 ha sancito un passaggio fondamentale in questa direzione, definendo le persone minorenni non più come *oggetti di cura* ma come *sogetti di diritto*.

Il maltrattamento all'infanzia comprende "tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere"¹. Non solo violenza fisica, quindi, ma anche psicologica,

inadeguatezza nella relazione di cura e violenza assistita sono forme di maltrattamento.

In Italia, purtroppo, permane una generale difficoltà di rilevamento del fenomeno, soprattutto con focus sulla fascia 0-3 anni, sia per la varietà delle forme che assume, alcune delle quali ancora minimizzate, sia per la molteplicità dei suoi esiti, che si manifestano con un ampio spettro sintomatologico, sia perchè non disponiamo di un sistema di monitoraggio ufficiale che armonizzi fonti e criteri di rilevazione.

Tuttavia, i dati raccolti da alcune indagini nazionali indicano che tra i minorenni presi in carico dai Servizi Sociali circa un bambino ogni 5 è vittima di maltrattamento². Questi dati sono una sottostima della realtà, innanzitutto perchè, inevitabilmente, registrano solo la quota "emersa" dei casi, quelli che sono stati già intercettati dalle istituzioni competenti e, in secondo luogo, perchè comprendono solo alcuni tipi di maltrattamento, non registrando, ad esempio, il numero degli

infanticidi, degli orfani di crimini domestici, così come altre forme di violenza come le mutilazioni genitali. In ambito internazionale, gli ultimi dati rilevano che, a livello globale, circa 3 su 4 (circa 300 milioni) bambini e bambine tra i 2 e i 4 anni di età sono vittime di punizioni corporali e/o violenza fisica³. La prima infanzia è la fascia d'età più penalizzata e ciò si deve soprattutto alle difficoltà di rilevazione del disagio legate all'età delle vittime che hanno minori occasioni e capacità di esprimere chiaramente un malessere; alla limitata attuazione di interventi di prevenzione, sensibilizzazione e formazione, che aumenterebbero la capacità di rilevazione precoce dei casi, anche a rischio; alla complessità della risposta di protezione, che deve tenere conto di una costellazione di variabili e procedere ad un'analisi accurata di ogni caso specifico.

Il maltrattamento subito durante l'infanzia ha effetti tanto più gravi quanto più l'esposizione è precoce, ripetuta nel tempo e agita da figure di riferimento significative.

Gli esiti possono compromettere lo sviluppo fisico, cognitivo, emotivo e riverberarsi nel breve, medio e lungo periodo, perché influenzano la definizione dei modelli operativi interni di bambini e bambine, ostacolando non solo lo sviluppo di uno stile di attaccamento sicuro con le figure di riferimento primarie, ma anche lo sviluppo nel futuro di quelle capacità di resilienza ad esso così strettamente collegate, aumentando anche il rischio di trasmissione intergenerazionale della violenza.

Una forma di maltrattamento che colpisce in particolar modo i bambini e le bambine nella più tenera età, prevalentemente in ambito intrafamiliare, è la *Shaken Baby Syndrome* che si verifica quando il neonato viene scosso violentemente dal *caregiver*, generalmente durante gli episodi di "pianto inconsolabile" del bambino o della bambina. La fascia d'età più colpita è quella entro i 2 anni, con una maggiore incidenza tra le 2 settimane e i 6 mesi di vita, e le conseguenze per i bambini, sotto il profilo psicofisico, possono essere molto

gravi⁴. Garantire un accompagnamento pre- e post-nascita ai genitori è fondamentale per sostenerli nell'individuazione delle risposte più adatte a gestire questa delicata fase. Oltre alla violenza direttamente subita, anche la violenza cui bambini e bambine assistono, in maniera diretta o indiretta, può danneggiarne lo sviluppo neurocognitivo, in particolare per bambini e bambine al di sotto dei 4 anni⁵.

La violenza nei confronti di bambini e bambine, tuttavia, può cominciare già durante la gestazione. Spesso, erroneamente, si ritiene che la gravidanza sia una fase di serenità e protezione sia per la donna che per il feto. In realtà, spesso la violenza da parte di un partner intimo si manifesta proprio durante questo periodo (30% dei casi) e, laddove già precedentemente presente, può perdurare durante la gravidanza (69%) o anche aggravarsi (13%)⁶. Gli effetti della violenza subita dalla madre che si riversano anche sul feto sono molteplici e includono parto pre-termine, basso

peso del neonato alla nascita, aumento delle complicanze infettive prenatali⁷, fino ad arrivare alla morte del feto, della madre o di entrambi. La violenza, infatti, rappresenta la seconda causa di morte in gravidanza⁸. Inoltre, studi internazionali dimostrano come la violenza nei confronti della madre sia un fattore predittivo di maltrattamento nei confronti di figli e figlie⁹, precedendolo nel 78% dei casi¹⁰. La rilevazione precoce risulta quindi fondamentale sia in termini di protezione che di prevenzione di ulteriori violenze. Tuttavia, la gravidanza, oltre ad essere un potenziale fattore di rischio, rappresenta al contempo una grande opportunità per la rilevazione precoce della violenza, considerando i ripetuti contatti tra la gestante e i servizi sanitari. In questa direzione, la formazione del personale sanitario è fondamentale per fornire strumenti utili al corretto riconoscimento delle situazioni di rischio o di violenza e garantire una risposta di protezione adeguata.



LEGGERE PRIMA DI LEGGERE

di Anselmo Roveda e Mara Pace

I vasti oceani della letteratura per l'infanzia ospitano mari, baie e fiordi capaci di accogliere una proposta editoriale vieppiù specializzata, anche in relazione alle diverse fasce di età. Se con letteratura per l'infanzia si è a lungo definito il segmento editoriale rivolto alle bambine e ai bambini compresi negli anni dell'obbligo scolastico, e dunque più facilmente concentrati (almeno nei desideri degli adulti) sul testo, oggi, e da diversi decenni, la letteratura per l'infanzia è andata ad ampliare il proprio spettro di età, di fatto profilandosi come una proposta, giocoforza diversificata, rivolta a lettori tra 0 e 18 anni.

I libri per più piccoli, diciamo tra zero e trentasei mesi, pur esistendo da tempo in proposte sperimentali (a partire dai prelibri di Bruno Munari), hanno solo recentemente assunto una nuova centralità nelle riflessioni del mondo adulto. Anche in funzione di quanto emerso nell'ambito delle neuroscienze, abbiamo così assistito a un innalzamento sia quantitativo sia qualitativo della proposta.

Ma cosa significa, in concreto, leggere con bambini così piccoli? Dobbiamo tenere conto di almeno due aspetti. Prima di tutto, le modalità conoscitive ed esplorative della prima infanzia, punto di partenza imprescindibile perché non si crei uno scollamento tra ciò che l'adulto propone e ciò che il bambino può "leggere". Il bambino interpreta più facilmente una fotografia o un disegno? Sono più indicati i colori pastello o il bianco e nero? Dobbiamo seguire le libere esplorazioni dell'infanzia o guidarne i percorsi di scoperta? Leggere a un anno di vita è un'attività che coinvolge attivamente tutto il corpo. Il bambino che "mangia" i libri – personaggio che troviamo poi rappresentato in molti racconti per l'infanzia – non è un bambino poco interessato alla lettura, come spesso sospettano gli adulti di riferimento, bensì un bambino che sta dimostrando un forte interesse per questo oggetto strano, del quale deve ancora comprendere l'uso, e che perciò analizza ed esplora in ogni modo possibile. Ecco spiegato il senso del libro-gioco, dove la forma si fa contenuto, e dove l'esplorazione tattile diventa



Illustrazione tratta da "Merlino dove vai?"
di Eva Rasano, Pulce, 2023.
Per gentile concessione di Pulce S.r.l. Edizioni.

racconto ed esperienza. Affinché la lettura abbia senso fin dai primi mesi e anni di vita, servono dunque libri appositamente pensati e progettati, dal punto di vista delle forme, dei materiali, delle idee; libri che non prevedono una sola modalità d'uso, che non hanno istruzioni dettagliate e precise, ma che restano aperti all'interpretazione (e al gioco) dei lettori.

Il secondo aspetto di cui bisogna tenere conto quando si legge *insieme* a un bambino è proprio questa parola: insieme. La dimensione relazionale è centrale fin dalla gravidanza, nell'ascolto di una voce remota e che al tempo stesso ci contiene, accompagnando il nostro venire al mondo con canti e filastrocche: la musica che precede il linguaggio. Quando diventa possibile un'attenzione congiunta su un oggetto esterno, adulto e bambino rivolgono lo sguardo nella stessa direzione: comincia la lettura condivisa e dialogica, con il dito che indica ancora prima che la bocca sia in grado di formulare una domanda, mentre gli occhi "leggono" le immagini e le orecchie ascoltano il suono di una voce. I libri accompagnano questo movimento: uno sguardo di incontro, scambio e relazione, che si allarga sul mondo, sperimentando la meraviglia.

Trovare libri "aperti", capaci di accendere la curiosità del bambino e di attivare il dialogo con l'adulto (la cui ricchezza sta anche nella sua imprevedibilità e imperfezione), è il primo passo da compiere per scoprire insieme la lettura. Nelle prossime pagine troverete un possibile punto di partenza. Uno scaffale ad altezza di bambino e bambina di immagini, parole e sorprese.



Illustrazione tratta da "Cosa dice Piccolo Coccodrillo?" di Eva Montanari, Babalibri, 2020. Per gentile concessione di Babalibri.

UN PUNTO DI PARTENZA

Bibliografia a cura di Mara Pace e Martina Russo

L'assaggio di bibliografia che vi proponiamo in queste pagine va intesa come un punto di partenza per un'esplorazione libera e avventurosa. Concentriamo lo sguardo sui linguaggi, la cui varietà entra in dialogo con il rapido sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. Tra i primi titoli da proporre ci sono i libri in bianco e nero, a partire dalle sperimentazioni di Tana Hoban ("Bianco & Nero", Editoriale Scienza), e i cosiddetti libri di facce, che rispondono a un interesse primario del bambino, attraverso la fotografia o illustrazioni realistiche ("Piccole emozioni" di Sonia Maria Luce Possentini, Il Castoro).

Troverete libri-gioco, la cui tradizione ha radici in Italia, a partire dai libri con i buchi della Coccinella, e libri senza parole, da interpretare insieme. Grande attenzione la riserviamo anche alle parole, scelte con cura, secondo la lezione di Margaret Wise Brown: il suo albo "Buonanotte Luna" (ill. di Clement Hurt, Nord Sud edizioni) è il libro della buonanotte per eccellenza, disponibile in Italia nella traduzione poetica di Bruno Tognolini. Ed è poetica anche la traduzione di un altro grande classico per la prima infanzia, "A caccia dell'orso" di Michael Rosen e Helen Oxenbury (Mondadori), a cura di Chiara Carminati: un'avventura scandita da ripetizioni e suoni onomatopeici. È un titolo che, insieme a "Il piccolo bruco mai sazio" di Eric Carle (Mondadori) o alla minifiaba di Attilio Cassinelli (Lapis), accompagna i bambini nell'incontro con le storie e con il linguaggio dell'albo illustrato.

SCOPRO IL MONDO

Fotografia

- **NINNA NO** di Chiara Carminati e Massimiliano Tappari, Lapis. Una raccolta di ninna-nanne scritte da Chiara Carminati, tra le più importanti voci poetiche per l'infanzia, e una galleria fotografica di Massimiliano Tappari, che inquadra la realtà senza modificarla, andando in cerca di facce negli oggetti attorno a noi. Il libro, letto ad alta voce dall'adulto, accompagna i bambini fin dai primi mesi di vita e, in un secondo momento, diventa un gioco condiviso per esplorare insieme il mondo. Degli stessi autori, per la prima infanzia, ricordiamo "A fior di pelle" (Lapis) e "Piccolo Verde" (Editoriale Scienza).
- **IL VIAGGIO DI PIEDINO** di Elisa Mazzoli e Marianna Balducci, Bacchilega Junior. Attraverso poesia, illustrazione e fotografia, questo libro racconta i primi passi di un bambino. Le parole danno ritmo all'esplorazione autonoma del mondo, tra casa e spiaggia, e ci guidano nell'incontro con l'altro. Piedino, assoluto protagonista, essendo privo di corpo e di volto, diventa il piedino di tutti i bambini, che riconoscono se stessi tra le pagine e sperimentano l'immersione nella storia. In "Il viaggio di piedino" troviamo un papà, mentre in "Il sogno di ditino" (libro complementare al primo) andiamo incontro alla mamma.
- **LOOK BOOK** di Tana Hoban, Camelozampa. Un foro nella carta, un dettaglio misterioso, una pagina da voltare e due punti di vista per ogni soggetto rappresentato. Un gioco semplice e straordinario, per allenare la mente e l'immaginazione, ideato da Tana Hoban negli anni Settanta per insegnare a guardare senza fretta le immagini (e il mondo). Tra le pioniere della fotografia nei libri per l'infanzia, Tana Hoban ha realizzato numerosi albi per cambiare il nostro sguardo, a partire da "È rosso? È giallo? È blu?", sempre pubblicato da Camelozampa.

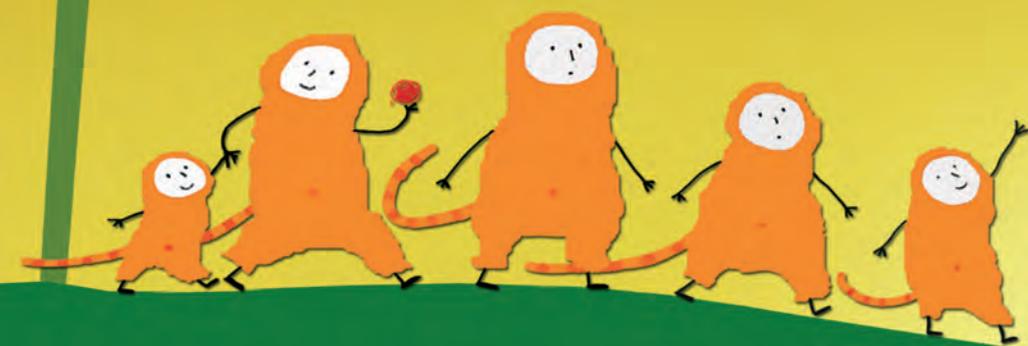
LEGGO CON TUTTO IL CORPO

I libri-gioco

- **FIORI** di Hervé Tullet, Franco Cosimo Panini. Un leprello per giocare con la luce, una creazione originale di Hervé Tullet per i primi mesi di vita (ma non solo). Il bambino, steso accanto al libro a fisarmonica, in una posizione fisiologica per la sua età, può esplorare con gli occhi le forme e i colori e sperimentare un primo incontro con la bellezza. Gli inserti di plastica colorata permettono alla luce di interagire con il cartone, dando vita a esperienze di lettura sempre nuove. Alla stessa serie appartengono anche "Balla!", "Guarda!" e "Forme".
- **5 MELE ROSSE** di Yusuke Yonezu, La Margherita. Yusuke Yonezu inizia a progettare libri-gioco nel 2010 e lo fa partendo dalla matematica. Cinque mele rosse, con pagine di cartone e alette da sollevare, introduce i più piccoli al mondo dei numeri, rappresentati con il disegno dei frutti e i numeri veri e propri. Si parte dal cinque per arrivare a zero, un conto alla rovescia a cui contribuiscono i numeri stessi, trasformandosi in elefanti, serpenti, tartarughe. Ogni animale si mangia una mela, fino alla sorpresa finale. Tra gli altri libri di Yusuke Yonezu ricordiamo "Gnam! A me piace..." (Minedition), "Perché piangi?" ed "È mio!" (entrambi La Margherita), titolo finalista al Premio Andersen 2024, che narra ai più piccoli la bellezza della condivisione.
- **PRENDI E SCOPRI** di Lucie Felix, Fatatrac. I libri-gioco si adattano alle modalità esplorative del bambino, alle mani che vogliono toccare e comprendere il mondo. Lucie Felix, quando ha progettato "Prendi e scopri", è partita dalle azioni: quelle descritte nel testo del libro (una sequenza di verbi, da prendere e costruire) e quelle che deve compiere concretamente il bambino, spostando un elemento di cartone (un cerchio, un rombo, un quadrato) da una pagina all'altra, trasformando l'illustrazione e svelando qua e là piccole sorprese. Della stessa autrice, basato sul medesimo meccanismo, ricordiamo anche "Poesia in giallo".

Tararì tararera... sesa terù di Piripù:

**Piripù Pà,
Piripù Màm,
Piripù Sò,
Piripù Bé
e Piripù Bibi.**



• **C'ERA UN LIBRINO PICCINO PICCINO PICCIÒ**

di Antonella Abbatiello, La Coccinella.

Primo titolo di una collana, nata oltre vent'anni fa e tornata oggi sugli scaffali. I testi giocano con la rima e la ripetizione, e tutto ruota attorno al concetto di grande/piccolo, sia dal punto di vista del racconto che della cartotecnica. Le ultime due pagine infatti raddoppiano, creando un effetto sorpresa con un elemento "grande" in contrasto a tutti gli oggetti e personaggi "piccoli" che l'hanno preceduto nel racconto. Antonella Abbatiello, con "C'era un librino piccino piccino picciò", celebra il potere della lettura e delle filastrocche nella prima infanzia.

GIOCO CON LA VOCE

Suoni e onomatopee

• **ASPETTAMI** di Komako Sakai e Hatsue Nakawaki, Babalibri.

Una bambina, al parco con il papà, esplora il mondo attorno a sé. Lo fa avvicinandosi alle creature viventi che incontra: piccioni, gatti, lucertole... L'invito ad aspettarla si traduce però nella fuga degli animali, che si allontanano, ognuno producendo un differente rumore.

Un piccolo libro di cartone e in cui immedesimarsi, le cui delicate illustrazioni sono opera di Komako Sakai, artista che più volte si è dedicata alla prima infanzia e alla sua quotidianità ("A tutti, buonanotte...", "Anna si sveglia", "Akiko e il palloncino", "Giorno di neve", tutti editi da Babalibri).

• **PICCOLO COCCODRILLO** di Eva Montanari, Babalibri.

Non un singolo titolo ma una serie, incentrata sulle vicende quotidiane di Piccolo Coccodrillo. Lo seguiamo nella sua giornata all'asilo, o al parco, mentre festeggia il compleanno o va al mare. Ogni volume racconta queste avventure di tutti i giorni attraverso suoni e rumori che ne caratterizzano le azioni, mantenendo alta l'attenzione del piccolo lettore che si immedesima e partecipa alla lettura. Interessante anche il formato, che gioca con l'orizzontalità delle immagini e la scelta di un cartone perfetto per essere maneggiato dai più piccoli.

• **TARARÌ TARARERA** di Emanuela Bussolati, Carthusia.

Se certamente la trama di un libro, anche per piccolissimi, è fondamentale, ancora più importante risulta la relazione che si viene a creare tra chi legge e chi ascolta, specialmente in questa fascia d'età. L'albo illustrato di Bussolati (primo di una breve serie dedicata ai medesimi protagonisti) è scritto in una lingua completamente inventata (il Piripù) che invita a una lettura espressiva, capace di rendere assolutamente comprensibile la storia. Un cucciolo (Piripù Bibi) parte per un'esplorazione solitaria e si perde. Superato qualche ostacolo, troverà un alleato (Gonende) che lo aiuterà a tornare a casa...

Illustrazione tratta da "Cosa dice Piccolo Coccodrillo?" di Eva Montanari, Babalibri, 2020. Per gentile concessione di Babalibri.



MI GUARDO ALLO SPECCHIO

Protagonisti in cui immedesimarsi

- **TUTINO** di Lorenzo Clerici, Minibombo.
Tutino è un bambino esploratore, protagonista di una serie di albi (ora disponibili anche in formato cartonato) che lo vedono alle prese con lo spazio circostante, con un albero, una pozzanghera, il vento, ma anche con situazioni cardine della sua età, come l'aver appetito o non avere sonno. Il bambino, con la sua immanicabile tuta da animale (un po' come Max in "Nel paese dei mostri selvaggi" di Maurice Sendak), ne combina una dopo l'altra, inanellando una serie di avventure all'aria aperta, capaci di catturare lo sguardo dei lettori e di divertirli con piccoli colpi di scena.
- **MOLLAN** di Lena Anderson, LupoGuido.
Arrivano dalla Svezia Mollan e la nonna, coppia ben assortita e rodata, sempre alle prese con una nuova avventura. In "Mollan. Un giorno con la nonna" le due trascorrono una giornata insieme, fin dal mattino, e non c'è mai un momento di noia. Lo conferma anche il volume "Mollan in cucina", in cui nonna e nipote si mettono di buona lena e impastano le girandole. Non prima di aver letto insieme un libro, aver ballato un po' insieme, e aver scacciato la malinconia del distacco dalla mamma.
- **MERLINO, DOVE VAI?** di Eva Rasano, Pulce edizioni.
Merlino non ha bisogno di grandi descrizioni: è un giovane volatile nero, dal becco giallo. Nel primo volume a lui dedicato (Premio Andersen 2024 come miglior libro 0-3 anni) scopre lo spazio che lo circonda, orientandosi tra "sopra" e "sotto" nella pagina, o "destra" e "sinistra" avendo come riferimento un albero. E ancora, si sperimenta il concetto di vicino e lontano, di permanenza dell'oggetto (ad un certo punto Merlino non si vede più, ma la sua voce si sente ancora), in un gioco condiviso, reso ancora più efficace dalla scelta stilistica (un collage essenziale) e dei materiali.

ASCOLTO IL SILENZIO

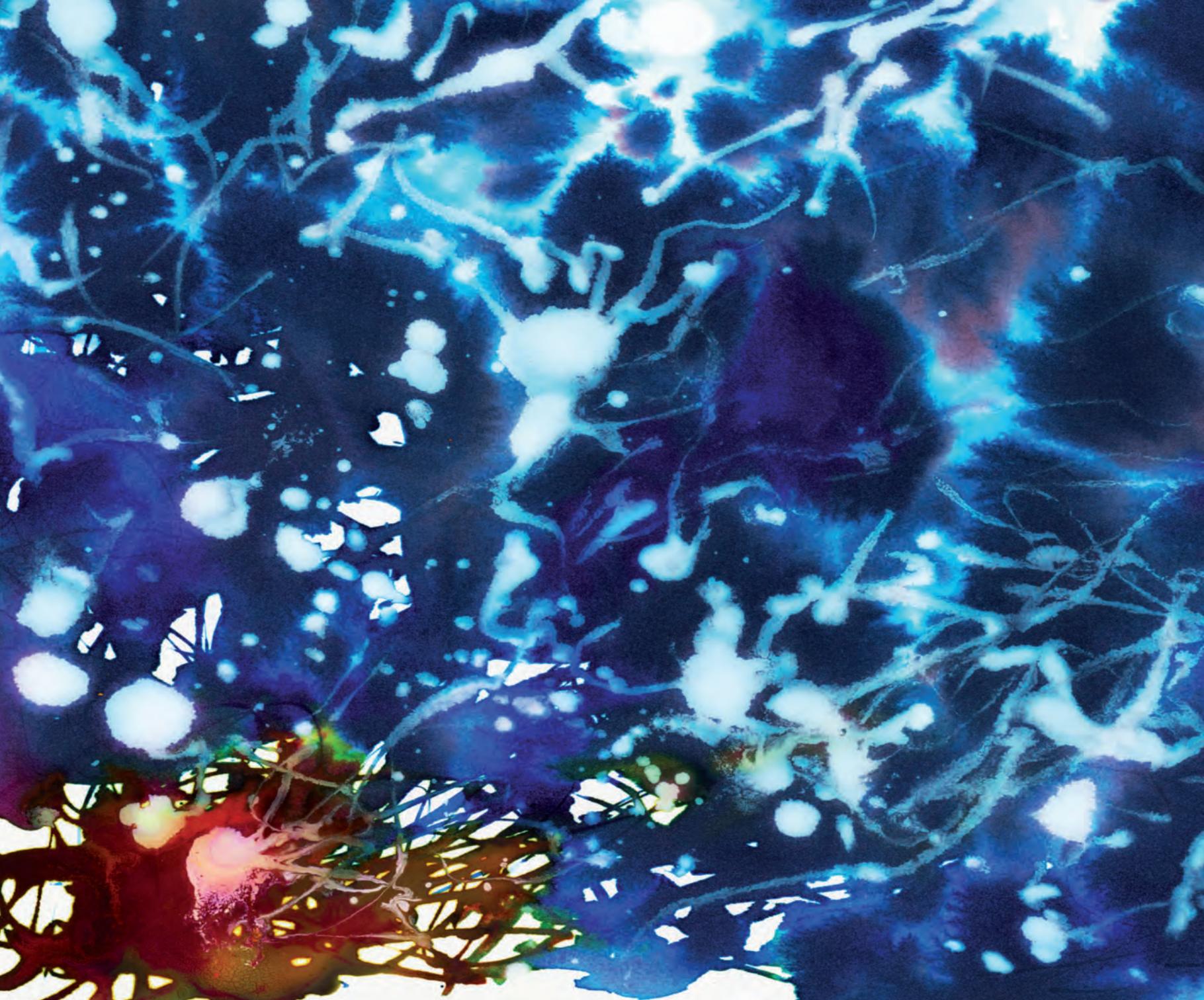
I libri senza parole

- **MI VESTO, MI DIVERTO, AL LAVORO E AMICI** di Helen Oxenbury, Camelozampa.
La casa editrice padovana ha riproposto una serie di libri senza parole di Helen Oxenbury all'interno della collana per piccolissimi "A bocca aperta". I volumi, cartonati e di formato quadrato (delle dimensioni perfette per una fruizione autonoma), si focalizzano sulle azioni di un bambino o una bambina, impegnati nella scoperta del mondo che li circonda. Ogni libro affronta una conquista di autonomia, guadagnata attraverso azioni routinarie o improvvisate: dalla vestizione alla pappa, al rapporto con gli animali di casa, l'osservazione dello spazio circostante, la gioia di un gioco non normato.
- **I LIBRI DELLE STAGIONI** di Rotraut Susanne Berner, Topipittori.
Quattro volumi illustrati dedicati al ciclo dell'anno, cartonati e di gran formato, offrono ai lettori e a chi li accompagna nella lettura uno spaccato di quotidianità vivace e animato. Tra il libro cerca&trova (in quarta di copertina alcuni spunti) e il *wimmelbuch* (il libro brulicante, fitto di piccole storie) ogni titolo presenta le medesime ambientazioni, variate solo dalle attività che caratterizzano lo scandire delle stagioni: i riferimenti spaziano da quelli legati alle festività (Natale, Halloween) a quelli della natura circostante il quartiere, alla presenza di determinati animali o cibi. Inoltre anche le attività umane si declinano nel tempo e, avendo sottomano tutti e quattro i volumi, si può osservare l'evolversi della costruzione del nuovo nido comunale.



Illustrazione tratta da "Merlino dove vai?"
di Eva Rasano, Pulce, 2023.
Per gentile concessione di Pulce S.r.l. Edizioni.







SPAZI DI INCONTRO

“ Il tuono è una
cosa che fa ballare
il cielo ”

M. 3 anni

Il villaggio nido

Lo dice un proverbio africano: per crescere un bambino c'è bisogno di un villaggio, ovvero servono voci, persone, luoghi e situazioni che plasmano e accompagnano la crescita. Nei nostri "villaggi" i bambini crescono e incontrano il mondo anche grazie al nido, luogo non più solo di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro dei genitori, come era stato immaginato e vissuto negli anni, ma vero e proprio *hub* educativo, dove anche le diseguaglianze si stemperano e il confronto con un mondo più vasto, pensato da educatori e pedagogisti a misura di bambino e bambina, plasma e sviluppa emozioni e competenze.

L'Italia, che pure gode di fama mondiale per alcune esperienze all'avanguardia – si pensi ai nidi di Reggio Emilia o a quelli della Toscana – sconta anche cronici ritardi, disparità nella qualità e grandi divari territoriali nell'offerta e disponibilità di servizi per la prima infanzia. Si tratta di squilibri che permangono, in particolare nel Mezzogiorno e nelle aree interne del Paese, nonostante l'accelerazione impressa negli ultimi anni per ampliare l'offerta di servizi educativi e l'ulteriore slancio che dovrebbe derivare dagli investimenti del PNRR a cui questo Atlante dedica uno speciale approfondimento.

Nell'anno educativo 2022/23, 205 mila bambini tra 0 e 2 anni hanno frequentato un nido o altro servizio educativo di pertinenza del comune in cui risiedono. L'anno precedente erano 190 mila¹. Si tratta di un'offerta che si veste di forme diverse: essa può avvenire attraverso nidi gestiti direttamente dall'Ente locale (frequentati lo scorso anno educativo dal 43% dei piccoli utenti) o indirettamente, attraverso cooperative e altre associazioni. In altri casi l'Ente locale finanzia nidi privati accreditati o, se il servizio non è presente, fornisce dei *voucher* alle famiglie affinché possano iscrivere il proprio figlio o figlia in un nido del comune limitrofo. Quest'ultimo caso riguarda in prevalenza realtà delle aree interne o località molto isolate, distanti dai servizi essenziali, dove anche la domanda risulta debole. A questa offerta si affianca quella dei privati non convenzionati.

Nel complesso, se guardiamo alla titolarità dei servizi, i posti disponibili si dividono a metà tra quelli offerti dai servizi pubblici e quelli presenti presso i privati. In media, in Italia, il 14,3% di bambini e bambine 0-2 anni nel 2022/23 ha potuto usufruire di un servizio a titolarità pubblica e il 15,7% a titolarità privata. Nell'insieme, si tratta di 30 posti ogni 100 bambini sotto i 3 anni d'età per un totale di 366 mila posti². Sono numeri che avvicinano, sia pure tardivamente, l'Italia al target europeo, fissato dal Consiglio di Barcellona nel 2002, di garantire almeno il 33% di posti nei servizi educativi ai piccolissimi di 0-2 e che il nostro Paese ha recepito con il Decreto Legislativo 65/2017 puntando, si legge nel testo, anche a un riequilibrio territoriale.



IL PIANO PANGI

La Raccomandazione (UE) 2021/1004 del Consiglio dell'Unione Europea del 14 giugno 2021, che ha istituito la Child Guarantee, ha impegnato l'Italia a redigere un piano (il Piano di Azione Nazionale della Garanzia Infanzia - PANGI) per garantire, tra le altre misure, l'accesso effettivo e gratuito ai servizi per la prima infanzia a tutti i bambini e le bambine a rischio povertà ed esclusione sociale, utilizzando anche i fondi strutturali europei del FSE+ della programmazione 2021-2027.



Il piccolo balzo in avanti registrato dall'Italia, tuttavia, non è solo “merito” della maggiore offerta ma anche del calo demografico. Anzi, soprattutto di quest'ultimo. A breve si dovrebbero poter misurare anche gli effetti prodotti dall'introduzione, nel 2022, di un Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) per garantire che in ogni comune almeno il 33% dei bambini e delle bambine sotto i 3 anni frequenti un nido o altro servizio entro il 2027 (Legge di Bilancio 2022, n. 234/2021). Si tratta di un obiettivo ambizioso a cui sono state destinate anche risorse crescenti per la gestione dei servizi da affiancare agli investimenti del PNRR, che avvicinerà l'Italia al nuovo target, stabilito in sede europea nel 2021, che prevede il raggiungimento, entro il 2030, di una copertura del 45% nell'offerta di nidi e servizi per la prima infanzia, mentre sposta dal 90% al 96% la copertura dei servizi educativi per la fascia dai 3 anni all'obbligo scolastico, target, di fatto, già raggiunto dal nostro Paese.

I numeri nell'offerta complessiva di servizi per la prima infanzia 0-2 anni evidenziano, in particolare, la disparità territoriale. “C'è una forbice aperta molto ampia fra l'offerta del 35-40% della Toscana, dell'Emilia-Romagna, dell'Umbria e di alcune altre regioni del Centro-Nord e il baratro di una percentuale inferiore al 10% di molte aree del Mezzogiorno. A titolo esemplificativo, se in Italia 1 bambino su 4 va al nido, nel Centro-Nord diventa 1 su 3, ma al di sotto di Roma questa proporzione diventa anche di meno di 1 bambino su 10. Di contro, ci sono realtà locali virtuose, la cui eccellenza è riconosciuta nel mondo, che hanno percentuali di copertura talvolta superiori al 50%, il che rappresenta un grande traguardo. Considerando che nei primi anni di vita bisogna pensare che il supporto provenga in via complementare dai nidi e dai congedi parentali, un'offerta che copre oltre il 50% dell'utenza potenziale 0-2 anni si traduce, nei fatti, in un servizio generalizzato” ci ricorda Aldo Fortunati, direttore dell'Area Documentazione, Ricerca e Formazione dell'Istituto degli Innocenti, Firenze, che elenca i tre “pilastri” su cui dovrebbe basarsi l'offerta educativa per la prima infanzia: diffusione, qualità e accessibilità.

Numerosi sono, ancora oggi, gli scogli che limitano l'accesso ai servizi per la prima infanzia, che includono, oltre ai nidi e i micronidi, i servizi integrativi come i Centri per i bambini e le famiglie e le sezioni primavera per chi ha dai 24 ai 36 mesi. Eppure, cresce la domanda, soprattutto nel Mezzogiorno e, in parallelo, si stima una grande frequenza di richieste di iscrizione non accolte, rileva Istat³.

Sull'accesso ai nidi, oltre ai criteri di ammissione che privilegiano entrambi i genitori lavoratori a scapito di chi un lavoro non ce l'ha, pesa come un macigno il costo della retta. Si tratta, infatti, di un servizio che, a differenza della scuola dell'infanzia pubblica (facoltativa e gratuita), è ancora oggi a domanda individuale e a pagamento. Lo confermano anche le rilevazioni dell'Istat per l'anno 2023 che pongono il costo della retta tra gli elementi che più incidono sulla scelta di mandare o meno il proprio figlio al nido⁴.

È ancora Aldo Fortunati a ricordarci che l'imposizione di una tariffa per frequentare il servizio costituisce un significativo pregiudizio per molte famiglie anche quando i nidi ci sono. Da oltre



GRATIS A SAN LAZZARO

Esistono Comuni, come San Lazzaro (Bologna), che hanno reso i nidi gratuiti per i residenti.

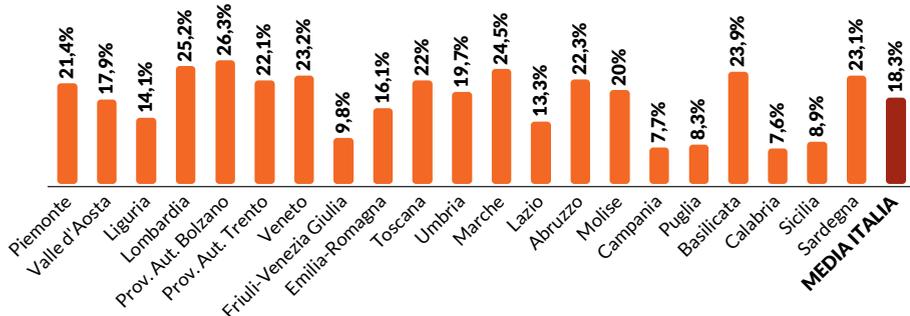
Questo percorso ha avuto inizio nel 2018 quando il Comune di San Lazzaro ha realizzato il primo nido gratuito a Castel de' Britti: il polo per l'infanzia 0-6 anni incentrato sull'*outdoor education* e il metodo montessoriano.

L'Amministrazione Comunale da allora ha iniziato a progettare la gratuità per tutti i nidi comunali, ritenendo questa misura un importante strumento di sostegno alla genitorialità e di lotta alle disuguaglianze.

Nidi: costi e benefici

Spesa a carico delle famiglie per la retta in % al costo totale sostenuto dai Comuni (nido e sez. primavera comunali o convenzionati)

Anno educativo 2022-23 - Fonte: ISTAT



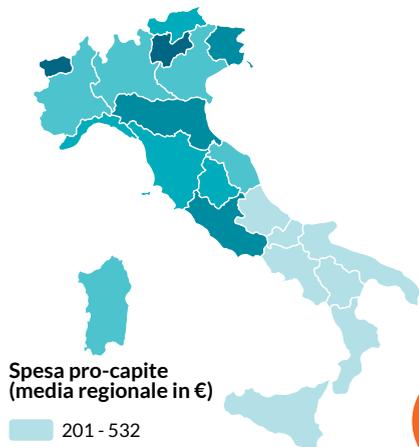
Numero di bambini accolti per tipologia di servizio finanziato dal Comune

Anno educativo 2022-23 - Fonte: ISTAT



Spesa pro-capite dei Comuni per bambino residente 0-2 anni

Anno educativo: 2022-2023 - Fonte: ISTAT

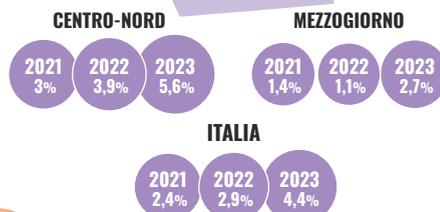


MEDIA ITALIA
1092€

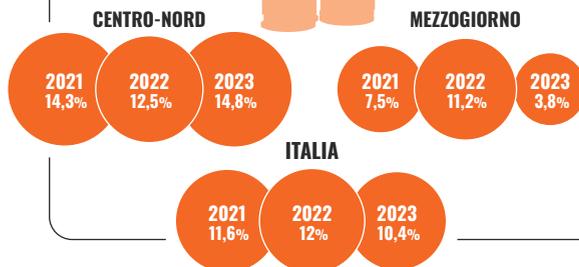


INDAGINE ISTAT ASPETTI VITA QUOTIDIANA
BAMBINI TRA 0-2 ANNI
NON ISCRITTI AL NIDO
PER MOTIVAZIONE
PRINCIPALE
(RISPOSTE MULTIPLE)

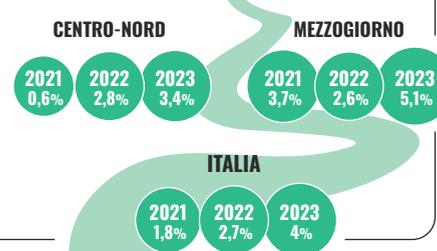
DOMANDA NON ACCETTATA



IL NIDO COSTA TROPPO



IL NIDO È TROPPO LONTANO



dieci anni l'Istituto degli Innocenti monitora questo aspetto su un campione di 50 città italiane che rappresentano circa il 20% della popolazione 0-2 anni. "Anche quando una famiglia ottiene un posto al nido, in molti casi vi rinuncia prima di far iniziare la frequenza, dopo aver appreso l'entità della retta, oppure in molti casi iscrive il bambino al nido ma, dopo qualche mese, lo trasferisce in una scuola dell'infanzia gratuita, come 'anticipatorio' o, in altri casi, effettua con irregolarità i pagamenti".

Da parte dei Comuni (non tutti in realtà) vi è un notevole sforzo per finanziare un servizio costoso ma fondamentale per la crescita nei primi anni di vita. A titolo di esempio, nell'anno 2022/23 i Comuni hanno speso per i 205 mila bambini e bambine iscritti ad un servizio 0-3 anni 1,66 miliardi di euro, di cui 300 milioni sono stati recuperati con le rette versate dalle famiglie, pari al 18,1% del totale, circa 1.500 euro annui per ogni bambino accolto. Quasi la totalità della spesa riguarda nidi e sezioni primavera comunali o convenzionati (non anche i servizi integrativi), a cui le famiglie partecipano coprendo il 18,3% dei costi⁵. La partecipazione delle famiglie alla spesa corrente varia da Comune a Comune come variano su base comunale i



LUOGHI & POLI

Il sovradimensionamento delle scuole dell'infanzia connesso alla riduzione del numero di bambini e bambine in età 3-5 anni in alcune aree del Paese, dove, parallelamente, è sensibile la carenza di servizi 0-3, suggerisce l'opportunità di realizzare in quelle situazioni i poli 0-6 nelle sedi delle scuole dell'infanzia. Queste possono divenire plessi multiservizi con interventi volti ad adeguare la natura di una parte degli spazi per accogliere fasce d'età diverse (0-3 anni o i bambini di 24-36 mesi delle sezioni primavera) o molteplici servizi (spazi gioco, ecc.). La proposta è sostenuta dall'Alleanza per l'Infanzia.

Per approfondire si veda Alleanza per l'Infanzia, *Una buona partenza per crescere. Il Sistema Integrato 0-6 anni in Italia: lo stato dell'arte e le proposte di Alleanza per l'Infanzia*, Gennaio 2024

criteri di ammissione al nido e l'ammontare complessivo delle rette: si va da una media regionale di contributo delle famiglie del 26,3% nella Provincia Autonoma di Bolzano e del 25,2% in Lombardia fino a circa l'8% in Campania, Puglia e Calabria⁶. E varia fortemente anche la spesa (l'investimento) dei Comuni pro-capite (in rapporto al numero di bambini 0-2 anni residenti), dai 200 euro della Calabria ai 2.400 dell'Emilia-Romagna, con una media nazionale di circa 1.100 euro⁷.

Solo una parte dei Comuni prevede l'esenzione totale per le famiglie più svantaggiate. Un'indagine di Altroconsumo, svolta nel 2023 nelle principali città, ha rilevato che con un ISEE di 10.000 euro annui la retta mensile variava da un minimo di 44 euro (Bologna) o 53 euro (Roma) fino a 193 euro (Torino) e 176 euro (Firenze)⁸. Tuttavia, non esiste ancora una rilevazione capillare sui criteri di accesso, di riduzione delle rette o di esenzione stabiliti da ciascun Comune, pur trattandosi di informazioni essenziali per progredire verso un sistema uniforme che garantisca la gratuità alle famiglie vulnerabili, come peraltro stabilito dalla Commissione europea con la *European Child Guarantee*. L'introduzione del Bonus Asilo Nido a partire dal 2017, un rimborso concesso alle famiglie in base al loro ISEE, ha aiutato ad affrontare i costi del nido, sia pubblico che privato. Ma occorre prima di tutto migliorare l'accessibilità dei posti offerti dai Comuni, in particolare garantire la gratuità alle famiglie in difficoltà. È certo, infatti, che i criteri di accesso stabiliti nella maggior parte dei Comuni e la modulazione delle rette abbiano, sino ad oggi, agevolato soprattutto la partecipazione delle famiglie con entrambi i genitori lavoratori, spesso famiglie con elevati tassi di istruzione e un certo livello di reddito oltre che "culturalmente" consapevoli del valore educativo del nido. Istat ha stimato che meno di 1 bambino di 0-2 anni a rischio povertà su 5 frequenta il nido (il 18%)⁹. "Benché le statistiche indichino come l'utilizzo del nido sia aumentato in tutte le classi di reddito nel corso degli ultimi decenni, gli aumenti più consistenti si registrano nelle fasce di reddito più alte, dove la frequenza ha raggiunto rispettivamente circa il 40% dei bambini che fa parte di tali fasce", si legge in un recente documento di Alleanza per l'Infanzia¹⁰.

Maggiore è la consapevolezza dell'"utilità" educativa del nido da parte dei genitori, più forte la pressione affinché si tramuti da servizio a domanda individuale a diritto universale. Ce lo riassume bene Cristian Fabbi, direttore della Fondazione Reggio Children, città che ha visto in tempi recenti una crescita esponenziale della frequenza, passata dal 30% al 57%. "I genitori vogliono mandare i propri figli al nido non per problemi organizzativi legati agli impegni lavorativi ma per il valore educativo che esso ha e lo pretendono come un diritto soggettivo del loro bambino. Manifestano il loro interesse con la presenza. Abbiamo un record di candidature di genitori per far parte del consiglio del nido... e se, come è capitato l'anno scorso, alcuni vedono respinta l'iscrizione per eccesso di domande, le loro proteste finiscono sui giornali per settimane, con motivazioni niente affatto legate al tema della conciliazione. Sono molto preparati e il nido lo pretendono, giustamente, come un diritto".



GNNI

Il Gruppo Nazionale Nidi e Infanzia (GNNI) nasce nel 1980 grazie all'impulso del pedagogista Loris Malaguzzi. Si occupa di promuovere la cultura dell'infanzia e dei servizi dedicati alla fascia di età 0-6 anni, favorendo lo sviluppo della professionalità educativa. Il GNNI svolge la sua attività tramite gruppi territoriali regionali, i quali animano iniziative nel proprio territorio di riferimento attraverso pubblicazioni e l'organizzazione di seminari e convegni.

www.grupponidiinfanzia.it

Gli integrati da 0 a 6

Tradizionalmente, il percorso educativo per la prima infanzia, in Italia, si è basato su una sorta di *split system*; da un lato il segmento 0-3 anni, a domanda individuale e a pagamento, dall'altro quello per chi ha dai 3 ai 6 anni, gratuito, universale, non obbligatorio.

Nella prospettiva di superare questa situazione, il Decreto Legislativo n. 65 del 2017 ha istituito un unico sistema educativo integrato che dovrebbe accompagnare tutti i bambini e tutte le bambine dalla nascita sino all'ingresso nella scuola dell'obbligo. L'intento di integrare e portare a unità il percorso incontra, però, numerose difficoltà e ostacoli nella sua applicazione. L'identità dello 0-6 richiede infatti una trasformazione culturale che deve ancora in parte compiersi nei fatti. Aldo Fortunati, dell'Istituto degli Innocenti, ne è convintissimo: "Serve un percorso di formazione unitario che, a distanza di sette anni dalla legge istitutiva, ancora manca. Se pensiamo al sistema 0-6 anni come primo segmento del sistema educativo nazionale dobbiamo dare identità ad una professionalità unica per questo percorso complesso che identifichi unitariamente educatori del nido e docenti di scuola dell'infanzia che oggi continuano a chiamarsi differenzatamente". Dietro profili e qualifiche diverse si annida il rischio di cristallizzare una vecchia visione duale dei servizi educativi che la legge – almeno a parole – avrebbe voluto orientare a unitarietà: da un lato il nido come servizio concentrato sulle funzioni di cura e di relazione, dall'altra la scuola dell'infanzia come propedeutica all'istruzione primaria. Si tratta di una sfida pedagogica e culturale non più rinviabile ma che non sempre trova nell'università un'alleata. A seguito del D.Lgs. 65/2017, che ha istituito il sistema integrato dalla nascita ai 6 anni, è stata introdotta la laurea triennale in Scienza dell'educazione con indirizzo specifico per l'infanzia per chi vuole operare nei servizi per lo 0-3 anni mentre era già attiva la laurea quinquennale in Scienza della formazione primaria per chi opera nella scuola dell'infanzia, abilitante anche all'insegnamento nella scuola primaria. A ciò va aggiunta la recente Legge n. 55 dell'8 maggio 2024 che istituisce gli albi delle professioni pedagogiche ed educative e la cui attuazione ha raccolto numerose obiezioni rispetto al fatto che non si farebbe certo un passo nella direzione di una integrazione dei profili e dei ruoli di educatori di nido e docenti di scuola dell'infanzia.

"C'è una discrepanza tra i due titoli di studio che inficia l'impalcatura del sistema integrato, anche perché il percorso di Scienza della formazione primaria è molto orientato verso contenuti disciplinari tipici della scuola primaria", ci sottolinea Mariacristina Picchio, ricercatrice presso l'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione (ISTC) del CNR e responsabile del Gruppo di ricerca Sviluppo Umano e Società (HDS Group).

L'Alleanza per l'Infanzia, in un suo recente documento, ha rilanciato la proposta di un titolo di studio unico per chi opera nei servizi 0-6 anni e sottolinea come sia urgente porre "ordine e omogeneità, a parità di lavoro svolto, nella giungla di differenze di salario, di orario di lavoro, di ferie e permessi nonché di stabilità e continuità del rapporto di lavoro in un mondo professionale dove esistono circa 16 tipologie di contratti diversi, con troppe differenze nella regolazione dei rapporti di lavoro tra



LA GESTIONE DEI SERVIZI

I servizi educativi per l'infanzia sono gestiti, in forma diretta o indiretta, dagli Enti locali o da soggetti privati, in base ai criteri definiti dalla normativa regionale. Il Ministero dell'Istruzione e del Merito indirizza, programma e coordina insieme alle Regioni l'estensione e la "qualificazione" del sistema integrato ed ha pubblicato a novembre 2021 le Linee Pedagogiche per il Sistema Integrato Zerosei con la consultazione e il contributo di molti protagonisti ed esperti.



iStock.com/RapidEye

pubblico (contrattazione nazionale e aziendale) e privato (scarsa presenza di contrattazione integrativa)¹. L'allarme lo lancia anche il Direttore di Reggio Children, Cristian Fabbi.

“È difficile trovare gli educatori dei nidi. Abbiamo fatto un concorso per 17 posti e si sono presentati in 13 perché questo lavoro ha bassi salari e grande fatica per 36 ore di lavoro la settimana”.

L'elenco delle falle nella formazione di un sistema unico 0-6 anni è lungo. La studiosa Tullia Musatti, dell'ISCT-CNR sottolinea la spinta che andrebbe data alla formazione dei “Poli per l'infanzia”, in grado di accogliere, in un unico plesso o con un unico coordinamento, più strutture di

educazione per le bambine e i bambini fino ai sei anni di età, favorendo così la continuità nell'offerta educativa e una maggiore qualità del servizio. “Ci sono esperienze importanti di Poli per l'infanzia in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia, Toscana, ma si tratta di una sfida che per essere realizzata richiede una formazione congiunta del personale”, ci dice.

Non si tratta solo della formazione accademica. Conta moltissimo la formazione in servizio, fatta assieme, obbligatoria, permanente e strutturale. E va potenziata – afferma Mariacristina Picchio – “la figura del coordinatore pedagogico in grado di accompagnare e sostenere la riflessione degli educatori e degli insegnanti nella progettazione dei servizi in un sistema integrato 0-6 anni. Si tratta di una figura diversa da quella del dirigente scolastico, non gravata da incarichi burocratici ma garante della qualità pedagogica, che cura i rapporti con le famiglie e mette in rete i servizi sul territorio per assicurare continuità educativa nel quadro di un vero sistema integrato a livello locale”. Ce lo conferma Cristian Fabbi: “La figura del coordinatore pedagogico è fondamentale. Anche l'educatore più motivato, lasciato solo si demotiva. Nei nidi di Reggio Emilia siamo fortunati perché oltre alla figura del coordinatore pedagogico abbiamo gli atelieristi che affiancano l'insegnante. Il coordinatore serve per favorire un confronto sulle cose da fare, sulla progettualità”.

Lessico comune e continuità verticale tra i due segmenti dei servizi 0-6 saranno, però, difficili da ottenere se contratti e condizioni di lavoro del personale educativo resteranno così drasticamente difformi anche sul loro diritto-dovere a una formazione continua.



IL FONDO NAZIONALE 0-6

Il D.lgs. 65/2017, che ha istituito il Sistema integrato 0-6 anni (zerosei), ha anche attivato un Fondo nazionale per sostenere economicamente lo sviluppo del sistema, ripartito ogni anno tra le Regioni – in base ad un Piano d'azione pluriennale – e destinato ai Comuni. Sono circa 300 milioni annui a cui le Regioni devono aggiungere almeno il 25% (cofinanziamento). Con queste risorse i Comuni possono finanziare sia costruzioni, ristrutturazioni, messa in sicurezza, ecc. dei servizi, sia coprire la spesa corrente di gestione dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia, sia (almeno per il 5%) finanziare la formazione del personale e i coordinamenti pedagogici.

L'ACCESSO AL NIDO DEI BAMBINI DI ORIGINE STRANIERA

Politiche europee, studi scientifici e l'esperienza sul campo lo confermano: godere di servizi educativi di qualità sin dalla primissima infanzia è una base formidabile per proiettarsi nel futuro, tanto più per chi nasce in famiglie e in contesti svantaggiati, perché riduce i divari nelle opportunità di partenza e favorisce migliori risultati nel percorso scolastico¹.

Tra i piccolissimi che più possono trarre molteplici benefici dalla frequenza di un nido vi sono quelli di origine straniera. Dall'indagine svolta da Istat insieme all'Università Ca' Foscari di Venezia su un campione di 1.374 nidi, la percentuale di bambini e bambine 0-3 anni con cittadinanza non italiana (CNI) su 100 frequentanti era del 6,7% nell'anno educativo 2021/22, con una punta massima al Nord (8,5%), minima al Sud

(2,2%) e mediana al Centro (6,4%). A livello nazionale, la maggior parte dei bambini e delle bambine di origine straniera frequentava un nido pubblico (10,5% dei piccoli utenti) e solo una minima parte quello privato (3,4% dei bambini nei servizi privati)². Più numerosa la loro presenza nella scuola dell'infanzia (3-6 anni): l'11,7% a livello nazionale, di cui l'83% è nato in Italia³.

Anche se al Nord si concentra la quota maggiore di bambini e bambine stranieri iscritta ai servizi educativi per l'infanzia, "il rapporto tra la quota di stranieri residenti e la quota di iscritti ai servizi educativi per l'infanzia rimane simile in tutta la penisola: nei nidi e sezioni primavera la rappresentanza straniera è meno della metà di quella reale nella società", si legge nello studio Istat-Università Ca' Foscari⁴. A pesare sulla minore

propensione della popolazione di origine straniera a mandare i propri figli al nido, vi è, in particolare, il costo della retta con le innumerevoli variabili stabilite, da Comune a Comune, sull'entità delle esenzioni che, comunque, solo raramente azzerano il costo del servizio. "La previsione dell'esenzione totale dal pagamento della retta sulla base di indicatore di situazione economica (...) è presente mediamente in una struttura su dieci, in un quinto delle strutture pubbliche con un picco nel Centro Italia vicino al 16%"⁵.

In alcune realtà e per alcuni gruppi di popolazione, al costo del servizio si aggiungono l'inclinazione culturale a tenere presso di sé, in famiglia, i figli nei primi anni di vita e le barriere linguistiche che frenano l'accesso ai servizi per la prima infanzia. Si tratta di una sfida anche per gli educatori



che devono saper accogliere e integrare nelle loro pratiche educative *background* linguistici e culturali molto diversi tra loro. Per questo è prezioso – suggeriscono Mariacristina Picchio e Susanna Mayer – che nella fase dell’“ambientamento”, nel corso della quale le famiglie accompagnano, in presenza, il bambino o la bambina nei primi giorni di nido, gli educatori si pongano in ascolto dei genitori di origine straniera per comprendere le loro aspettative⁶.

Anche per i più piccoli, la transizione dalla casa al nido, significa confrontarsi con una “diversità” di contesto sociale e linguistico. Numerosi studi citati da Picchio e Mayer indicano come il gioco, in queste prime fasi, possa rappresentare uno spazio ibrido in cui i bambini e le bambine portano le loro conoscenze culturali che condividono

con altri bambini e con gli adulti, come pure il loro “bilinguismo infantile”. Si tratta, comunque, di un percorso di “ambientamento” che nei primi mesi può produrre qualche battuta d’arresto e attimi di disorientamento, soprattutto nei momenti “di transizione” della giornata; all’entrata al mattino, quando i gruppi di bambini e bambine sono dislocati nelle diverse stanze, e quando si deve transitare da un gruppo di attività ad un altro. Per i bambini e le bambine di origine straniera si tratta, infatti, di un doppio ambientamento: a quello sperimentato da tutti i piccoli coetanei si somma lo spaesamento dovuto all’immersione in un ambiente culturale e linguistico del tutto nuovo. Per i figli dei genitori migranti, infatti, “il nido è il primo luogo dove fanno esperienza della loro differenza e richiede loro delle nuove strategie di

adattamento”⁷. Anche in questo caso torna centrale il ruolo dell’educatore nel far acquisire al bambino o alla bambina la fiducia nel nuovo ambiente all’interno di una cornice che, pur essendo uguale per tutti, va ritagliato sui bisogni di ciascuno.



Lo spazio che educa

Loris Malaguzzi, il pedagogista che ha ispirato la creazione delle scuole dell'infanzia di Reggio Emilia, ne era convinto: lo spazio è il terzo educatore, una terza "presenza" accanto ai genitori e agli operatori dei nidi. Esso, se ben progettato e organizzato, educa per la sua qualità intrinseca di stimolare l'apprendimento, aiuta a sentirsi a proprio agio, a sviluppare il piacere del fare, possibilmente insieme. È uno spazio inteso come luogo abitativo, un "centro di interesse" che, attraverso i materiali, le forme, i colori, stimola curiosità e stupore, induce alla riflessione o all'azione, alla sosta o al movimento. Come valutare la sua qualità? Reggio Children nel volume "Fuori dal nido. Cento domande e mille risposte possibili per genitori e bambini che crescono" (Mondadori, 2023) immagina di dover consigliare un genitore su dove posare lo sguardo per valutare la bontà del nido e dei suoi spazi. "Cura, igiene, ricchezza di materiali diversi, e non solo di plastica; presenza di arredi che favoriscono l'autonomia del bambino: mobili primipassi che agevolano l'alzarsi in piedi, carrellini che possono facilitare gli spostamenti, pavimentazioni che rendono piacevole il gattonare, tappeti per i più piccoli dove poter stare sdraiati ma vicini agli altri" (pag. 76). Il consiglio è di guardare anche a ciò che favorisce la socialità, una delle finalità del nido. E allora meglio il piccolo tavolo per la pappa che accoglie cinque bambini piuttosto che singoli seggioloni, meglio il lettino possibilmente a terra, senza sbarre per favorire l'entrata e l'uscita in autonomia. Le pareti divisorie meglio se hanno degli oblò per guardare dall'altra parte, in un mondo altro, e anche per guardare verso l'entrata e scrutare l'arrivo dei familiari. Lo spazio può essere anche una piccola sfida: qualche gradino, una pedana, luoghi appena più alti da cui osservare il mondo per poi discendere. Spazio come separazione, per i più piccoli perché possano dormire secondo i loro ritmi non necessariamente comuni. "Riteniamo", si legge nel volume i cui testi sono stati curati dalla pedagogista Paola Cagliari, "che l'ambiente abbia una funzione educativa e che più è lo spazio a disposizione dei bambini, maggiori possono essere le opportunità di gioco e di apprendimento, le possibilità di scelta e l'organizzazione di proposte con piccoli gruppi che favoriscono la tranquillità e il rispetto dei tempi e delle passioni soggettive" (pag. 76-77). Si tratta di uno spazio prezioso soprattutto per quanti, a casa, vivono in ambienti angusti, sovraffollati o poco adatti al gioco.

Egle Becchi, pedagogista e storica dell'infanzia scomparsa nel 2022, titolava una sua opera "Per una pedagogia del buongusto" (Franco Angeli, 2010) a proposito della sua esperienza nel valutare i servizi educativi per l'infanzia del Comune di Pistoia, una delle eccellenze dell'"approccio toscano" basato sulla circolarità delle relazioni con i genitori e con la comunità. Secondo la pedagogista, i luoghi educativi, come i nidi d'infanzia, non devono essere solo funzionali, ma anche esteticamente curati e accoglienti così da favorire un senso di benessere e stimolare la sensibilità dei bambini e delle bambine. La "pedagogia del buongusto" implica, perciò, una progettazione degli ambienti che tenga conto dei colori, dei materiali e dell'arredamento, capaci di stimolare, fin dall'infanzia e in



L'APPROCCIO EMILIANO

Reggio Children è un centro internazionale per la difesa e la promozione dei diritti e delle potenzialità dei bambini e delle bambine. Nasce per valorizzare e rafforzare l'esperienza delle scuole e dei nidi d'infanzia comunali di Reggio Emilia. Si tratta di una realtà conosciuta in Italia e nel mondo come *Reggio Emilia Approach*.



L'APPROCCIO TOSCANO

Il *Tuscan Approach* ai servizi educativi indica il loro essere un servizio collettivo costituito da una rete, a partire dagli asili nido fino ai livelli superiori. Esso punta non solo alla loro quantità e qualità, ma anche alla loro capacità di creare socialità e condivisione di esperienze genitoriali. Formazione degli educatori e insegnanti, coinvolgimento dei genitori, rapporto con il territorio sono tra le sue caratteristiche.



sicurezza, l'amore per il bello. L'intreccio tra "cultura pedagogica" e "cultura del progetto del contesto educativo" rappresenta un tema su cui si è positivamente sperimentato negli anni il sodalizio tra pedagogisti, architetti e *designers* nell'ottica, come ci suggerisce Aldo Fortunati, di abbandonare il tradizionale modulo della "classe" quale unità di riferimento per realizzare la "trasmissione dei saperi", a favore di una interpretazione dell'architettura della scuola come "rete di opportunità per esperienze possibili". In fondo, prosegue lo studioso, "si tratta di riconoscere la naturale inclinazione dei bambini ad esplorare, conoscere, sperimentare e condividere all'interno del gruppo dei pari: bene, dunque, un ambiente in cui anche gli arredi non custodiscano ma rendano immediatamente disponibili e accessibili materiali e, in generale, opportunità, consentendo ai bambini di costruire una mappa del territorio in cui orientarsi, esplorare e costruire intenzioni e progetti valorizzando la loro autonomia, la loro attitudine alla cooperazione e, in generale, il loro protagonismo". Si tratta di un nuovo approccio allo spazio che sarebbe interessante trasporre anche all'interno della scuola dei più grandi e, in una prospettiva più ampia, porre alla base della progettazione degli stessi spazi urbani.

"Lo spazio organizza l'esperienza dei bambini e ne determina la qualità", ci conferma Mariacristina Picchio. "Serve, però, caratterizzarlo attorno a dei centri di interesse, dal gioco simbolico all'angolo della lettura, per favorire una fruizione autonoma delle proposte anche con un'attenzione all'estetica". È l'invito di montessoriana memoria "Aiutami a fare da solo!", di un bambino in cerca della propria autonomia.

Cristian Fabbi ci racconta una giornata tipo nei nidi di Reggio Emilia modulata sugli interessi dei bambini e sulle scelte pedagogiche per dare forza allo spazio come "terzo educatore": "Dividiamo i piccoli in 4-5 gruppi. Un gruppo sta con l'insegnante, un altro magari con l'altra insegnante, uno può andare nella zona costruzione, un altro dove c'è lo spazio dei libri... questo permette di diversificare le attività in modo che l'insegnante possa stare in osservazione di un gruppo ristretto di bambini. Alla fine della mattinata si fa una piccola assemblea dove i gruppi raccontano quello che hanno fatto attraverso semplici aneddoti. Per far sì che lo spazio sia davvero un educatore ci si deve impegnare, serve tempo e conta moltissimo il lavoro di osservazione e documentazione degli educatori". L'angolo della lettura, quello delle costruzioni, del gioco simbolico, della finzione, e poi lo spazio per gli allestimenti, l'atelier, il giardino con l'orto, l'osservazione degli insetti, la scienza: sono le tante opportunità educative che, a suo giudizio, possono caratterizzare i nidi, non solo di Reggio Emilia.

Se lo spazio "ben pensato" facilita la costruzione di una propria personale mappa di interessi, esso deve anche favorire la socialità, quel farsi e disfarsi di aggregazioni in base alla ricerca del rapporto con l'altro o per il condiviso interesse verso il medesimo oggetto di cui scrive in "Stare insieme, conoscere insieme" il gruppo di pedagogiste che, a lungo, ha studiato i servizi di Pistoia¹, città all'avanguardia con la sua Carta dei Servizi Educativi. Tullia Musatti, una delle autrici del volume, ci sottolinea come "l'organizzazione dello spazio debba favorire l'aggregazione dei bambini, il loro ritrovarsi attorno a un tavolo o in un'area gioco o in un luogo appartato, magari per confabulare".



UN'INDAGINE A TORINO

Il Collegio Carlo Alberto di Torino, in collaborazione con la Città di Torino e la Fondazione Ufficio Pio, ha svolto di recente una ricerca su un campione di famiglie torinesi che hanno deciso di non avvalersi dei servizi educativi per la prima infanzia: la maggior parte delle famiglie che non ha usufruito degli asili nido ha una scarsa conoscenza dei servizi disponibili, in modo particolare se si tratta di famiglie straniere. Inoltre, il 52% delle famiglie di bambini italiani e oltre il 90% delle famiglie di bambini stranieri non sa dell'esistenza del bonus nidi. Tante ritengono anche che al nido d'infanzia i bambini si ammalino troppo spesso.

Spazio, contesto, socialità, creatività evocano immediatamente la “serissima” attività del gioco e il ruolo dell’educatore/educatrice. Per Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista, grande studioso del bambino nei primi anni di vita, il gioco è un’esperienza culturale. È una forma di conoscenza della realtà, di esplorazione, di sperimentazione, che favorisce l’interrogativo su forme e usi degli oggetti e materiali, talvolta in aderenza alla realtà, altre volte ricorrendo alla fantasia, sempre in bilico tra mondo immaginario e reale². Gioco, nascondimenti, metafore, vivono della creatività infantile, di quel pensiero divergente che accomuna i bambini agli scienziati. “Un pensiero in festa” è il titolo della pubblicazione che nel 2022 Reggio Children ha dedicato a una ricerca e a una mostra sui processi metaforici nei bambini 0-6 anni, centrali per la costruzione della conoscenza del mondo in modo libero. Ed ecco un cavatappi diventare uno spaventapasseri, una piuma trasformarsi in un albero di neve o in una spada di luce e la grattugia sembrare una grattanuvole che “se grattugi le nuvole esce la pioggia”.

Centrale, in ogni momento di vita del nido è il ruolo dell’educatore, una figura che deve essere in grado di gestire i silenzi, di ascoltare, di guidare evitando lo spontaneismo ma senza soverchiare, di lasciar spazio anche al dissenso, capace di sviluppare quella “pedagogia della domanda”, spesso silente, che il pedagogista Paulo Freire elenca tra le “virtù” del buon educatore³ o, come sosteneva Egle Becchi, capace di rifarsi bambino senza abbandonare l’età adulta in nome di una “pedagogia del simbolico” e di “un’educazione al possibile” che, attraverso il gioco e il fantastico, organizza l’esperienza⁴. Lo spazio del nido, più che in ogni altro passaggio del sistema educativo, è anche uno spazio per i genitori, funzionale a quella alleanza tra “scuola e famiglie” su cui si fonda la buona riuscita di un percorso educativo. In questo spazio, fisico e simbolico, dove anche l’arredo deve prevedere, in alcuni momenti e in certe occasioni,



MINI-BIBLIOTECHE

‘IoleggoperchéLAB-NIDI’ è un progetto dell’Associazione Italiana Editori (AIE) e di numerosi altri partner, che mira a creare e a potenziare piccole biblioteche all’interno dei nidi per i bambini e le bambine da 0 a 3 anni. Nel 2023 sono stati 330 i nidi, selezionati nelle aree disagiate delle provincie della Lombardia, di Novara e di Verbano-Cusio-Ossola, che hanno avuto la possibilità di partecipare in via sperimentale a #ioleggoperchéLAB-NIDI.

iStock.com/kajakiki





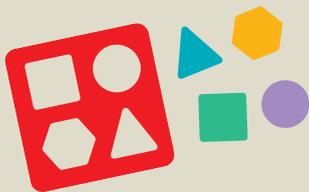
ADULTI AL NIDO

Un'indagine Istat-Università Ca' Foscari su un campione di 1.374 nidi ha rilevato che nel 38,7% delle unità di offerta è presente sia il gruppo genitori (cioè genitori con un ruolo di "rappresentanti") sia si prevede l'organizzazione di attività di coinvolgimento specifico dei familiari dei bambini e delle bambine iscritti. Nel 48,9% si organizzano attività che coinvolgono direttamente i genitori ma non è presente un gruppo-genitori, mentre solo in poco più del 6% delle unità di offerta non si prevedono né il gruppo né l'organizzazione di attività. La presenza di un gruppo di genitori e l'assenza di attività di coinvolgimento riguarda pochi casi residuali (1,7%).

Istat e Università Ca' Foscari,
I servizi educativi per l'infanzia in un'epoca di profondi cambiamenti,
p. 43, 2023

la co-presenza dell'adulto (seggiole, angoli per accoglierlo, spazi per merende comuni, per una festa, per un incontro), si allontana quella che il pediatra Giorgio Tamburlini definisce "la terra di nessuno", ovvero si attenua la solitudine di madri e padri lasciati da soli nei primi mesi dopo la nascita del figlio⁵. Lo spazio nido, al cui interno agiscono i genitori, consente anche di intercettare precocemente le fragilità dei contesti familiari. È uno spazio di socializzazione, di incontro, di verifica e allenamento al mestiere di genitore e, parallelamente, può favorire il formarsi strutturato di gruppi di madri e padri che partecipano alle scelte del "nido-educante".

A questa funzione di socializzazione concorrono anche i servizi educativi integrativi, in particolare i Centri per bambini e famiglie che accolgono i piccoli con un adulto accompagnatore fin dai primi mesi di vita. Si tratta di spazi strutturati, non informali, che consentono una transizione dal mondo privato e isolato della casa a uno spazio non-privato dove si incontrano altri bambini, altri genitori, si gioca, si sta assieme, e dove il personale in osservazione può dare utili consigli. Come rileva uno studio dei processi sociali tra le madri nei Centri per i bambini e le famiglie condotto in Francia, Giappone e Italia⁶, per chi vive nell'isolamento di una maternità priva di supporti o senza una famiglia allargata, frequentare il Centro non solo riduce l'isolamento, con benefici per il benessere della coppia mamma-bambino, ma consente anche di comprendere meglio la propria identità di genitore ed essere guidato nelle scelte da compiere. Al di là delle differenze culturali e organizzative, i benefici rilevati dallo studio etnografico sono risultati simili in tutti e tre i Paesi: non è il semplice incontro spontaneo di bambini e madri, come avviene in un parco o in un'area attrezzata per il gioco, a fare la differenza, bensì la presenza di personale preparato che può dare indicazioni valide all'interno di uno scambio sociale che coinvolge il gruppo dei *caregivers* (talvolta anche i nonni) e i piccolissimi.



MARIO CUCINELLA

Architetto

Progetti che regalano futuro

Costruire i luoghi dell'infanzia è un atto di generosità nei confronti delle nuove generazioni. Gli stiamo dicendo, attraverso la costruzione dello spazio, che ci prendiamo cura di loro. Citando Loris Malaguzzi, "l'architettura è il terzo educatore", significa che lo spazio ha un'influenza nei comportamenti dei piccoli. Anche le condizioni di comfort ambientali influenzano l'apprendimento e predisporre tali condizioni è un compito dell'architettura. Costruire un edificio per l'infanzia significa costruire memorie che rimarranno in queste generazioni e influenzeranno il loro futuro.

Un edificio pensato per loro deve essere anche pedagogico, deve raccontare come è fatto, di cosa è fatto e di come si relaziona con l'ambiente diventando, così, un messaggio educativo per il futuro. Sono tanti i significati di un edificio ed è per questo che dobbiamo fare attenzione e progettare con cura e responsabilità, perché ogni gesto, ogni spazio, ogni dettaglio influenzerà queste creature ed è nostra responsabilità fare per loro il meglio possibile.



www.mcarchitects.it/project/nido-d-infanzia-la-balena

Mario Cucinella è l'architetto del nido a forma di "ventre di balena" sorto a Guastalla dopo il terremoto che nel 2012 ha colpito l'Emilia. Si tratta di una delle più alte espressioni del dialogo multidisciplinare tra architettura, pedagogia,

psicologia e antropologia. Il progetto ha tenuto conto di molteplici aspetti collegati alla crescita del bambino, dalla forma degli spazi, alla loro organizzazione, fino all'insieme delle percezioni sensoriali: luce, colore, suono e sensazioni tattili.



I sensi all'erta nell'*outdoor*

Nella proposta educativa, lo spazio è anche quello esterno, l'*outdoor*, che sempre più si sta configurando come un vero e proprio spazio di apprendimento complementare all'*indoor*. Non più, spazio "salutistico" ma luogo di scoperte e di inclusione. Un gruppo di studiosi ha analizzato le pratiche di educazione all'aperto (*outdoor education*) in alcuni servizi per l'infanzia del Comune di Bologna, con una particolare attenzione al tema dell'inclusione¹. Tra i vantaggi più evidenti, rilevati dallo studio, vi è la dilatazione della sensorialità, attraverso la manipolazione della terra, il ruvido del legno, il liscio della foglia; tutti apprendimenti più difficili da realizzare in luoghi chiusi. Anche la motricità cambia in terreni talvolta leggermente scoscesi, con qualche irregolarità, che rappresentano una piccola sfida accettabile. Lo spazio, nell'ottica infantile, è qualcosa che si può modellare, fare a propria misura. Lo testimonia una delle operatrici intervistata dai ricercatori: "c'è tutto il pezzo dell'esplorazione, che sui bimbi molto piccoli è anche un'esplorazione sensoriale, cioè l'esterno ha una ricchezza sensoriale molto importante, molto significativa. [...] se i bambini hanno la possibilità di muovere dei materiali anche grandi come, appunto non so, un tronchetto o delle assi...vedi che proprio tracciano, costruiscono degli spazi, li definiscono, fanno dei percorsi, segnano!". In questo perimetrare e modellare, ciascuno cerca una propria dimensione, "un luogo per sé", come suggerisce lo stesso studio sulla *outdoor education* nei servizi 0-6 del Comune di Bologna²: "i bambini possono, ad esempio, sia trovare uno spazio ed un tempo per se stessi stando da soli, sia, al contrario, attivare dinamiche cooperative per raggiungere un fine comune, come lo spostamento di un grosso tronco. La minore strutturazione degli spazi viene considerata come un elemento formativo di forte pregio dell'ambiente outdoor, poiché consente di cimentarsi nell'esplorazione e nella conoscenza dell'ambiente che li circonda, permette in realtà ai soggetti occupati in tali azioni di sondare e comprendere meglio se stessi. In sintesi, percorrere il mondo esterno diviene importante soprattutto nel momento in cui consente pure di 'viaggiare' nei propri paesaggi interiori".

All'esterno, cambia anche la posizione dell'adulto-educatore con meno controllo e più fiducia: "I bambini se la sanno cavare!". Conta la sua capacità di collegare il dentro e il fuori, di garantire la circolarità delle esperienze; per farlo a volte serve spostare all'esterno attività svolte *indoor*, come l'angolo delle letture, e viceversa. All'esterno cambia anche la nozione di tempo che si fa più lento, più rilassato, modellato sulle esigenze di ciascuno.

All'origine, tra i progetti didattici apripista dell'*outdoor education* in Italia, c'è stata l'esperienza nata da "La Scuola nel Bosco", realizzata dal Comune di Bologna, dall'Università degli Studi di Bologna e dalla Fondazione Villa Chigi, centro di eccellenza per l'educazione ambientale. Si tratta di progetti sviluppatasi, in origine, nel Nord Europa, oggi molto seguiti in Paesi come Danimarca, Svizzera, Germania, e che timidamente si affacciano anche da noi. Il bosco diventa, in questa offerta educativa, il luogo delle scoperte e della motricità: scavalcare un tronco o raccogliere con delicatezza



PEDAGOGIA DELL'ESPERIENZA

Tra i convinti sostenitori dell'*outdoor education* vi è John Dewey filosofo e pedagogista statunitense, che contribuisce, attraverso il suo concetto "dell'esperienza", ad avvalorare l'educazione svolta all'aperto. Per Dewey, infatti, l'esperienza è concepita come rapporto tra uomo e ambiente, dove l'uomo non è uno spettatore passivo, ma interagisce con ciò che lo circonda. Il pensiero dell'individuo nasce dall'esperienza intesa come esperienza sociale. Per Dewey l'educazione deve aprirsi verso questo tipo di nuove esperienze.

una coccinella, finire in una pozzanghera o giocare con un rametto come fosse una spada sono apprendimenti che sviluppano un legame con la natura che durerà per la vita³. A contatto con la natura, in territori a forte vocazione contadina, spesso in aree interne, sono sorti anche gli agrinidi: si tratta di un “rurale sociale” dove l’impresa contadina diventa fornitrice di *welfare* locale. Tra le esperienze più avanzate vi è quella della Regione Marche che, in collaborazione con il Comune di Chiaravalle e grazie al Coordinamento pedagogico della Fondazione Montessori e del Gruppo Nazionale Nidi e Infanzia, ha sviluppato la presenza degli agrinidi sul suo territorio. Molti i vantaggi che questi “nidi di campagna” offrono anche in base alla loro localizzazione. Essi rappresentano un’opportunità integrata nell’ambiente per quelle famiglie che vivono in aree isolate, montane, dove esiste una reale necessità di servizi educativi per la prima infanzia, ma sono apprezzati anche da chi abita zone periferiche della città per invertire il moto campagna-città, puntando a ciò che può offrire il mondo rurale⁴.

I POLI MILLEGIORNI

Per contrastare le disuguaglianze nella prima infanzia, Save the Children Italia ha sviluppato il programma dei Poli Millegiorni: si tratta di spazi educativi integrati, che vedono una stretta collaborazione tra le agenzie educative presenti (nidi e scuole dell’infanzia), i servizi integrativi per la prima infanzia e altri progetti di Save the Children e dei suoi partner, mediante il coinvolgimento di attori di area sociale, sanitaria ed educativa. Nei Poli si realizzano gratuitamente attività educative per i bambini e le bambine tra 0 e 6 anni, accompagnamento allo sviluppo psicofisico, sostegno alla creatività e alla socialità; si tratta di azioni a supporto dei genitori, con attività di orientamento ai servizi territoriali e incontri tematici. Alle mamme viene offerta l’opportunità di acquisire competenze, promuovere la

conciliazione famiglia-lavoro, accedere a servizi di ascolto e sostegno legale, rafforzare le competenze, le capacità professionali e di vita e la partecipazione femminile.

I Poli valorizzano gli spazi fisici disponibili e l’integrazione e contaminazione tra le diverse metodologie educative per agire positivamente sulla qualità della vita di bambini e bambine della fascia 0-6 anni e delle loro famiglie, in un contesto educativo sicuro e protetto, secondo i principi della *Child Safeguarding Policy*¹ e del *Nurturing Care Framework*². I Poli collaborano con le realtà del territorio animando laboratori, eventi, attività di *outdoor education* e molte altre iniziative, e promuovono un approccio integrato che unisce gli aspetti educativi, culturali, sociali e sanitari

coinvolgendo l’intera comunità educante e di cura, per sviluppare un modello di intervento nella presa in carico dei nuclei più vulnerabili replicabile e sostenibile.

Sono sei i Poli Millegiorni attualmente presenti in Italia promossi da Save the Children in rete con organizzazioni partner territoriali³: Moncalieri, Tivoli, Locri, San Luca, Bari e Catania. Entro dicembre 2024 sarà inaugurato il settimo Polo a Caivano.



A map of Italy is shown in a light blue color against a dark blue background. A white magnifying glass icon is positioned over the northern part of the map, specifically over the regions of Lombardy and Veneto. To the right of the magnifying glass, the text "FOCUS PNRR" is written in a bold, white, sans-serif font.

FOCUS PNRR

SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA: COSA CAMBIA CON IL PNRR?

A cura di Svimez
e Save the Children

L'investimento nei servizi educativi per la prima infanzia (ECEC - *Early Childhood Education and Care*), soprattutto se di qualità, apporta benefici a tutti i bambini e le bambine, in particolare a quelli che provengono da contesti svantaggiati. Favorendo la creazione di solide fondamenta per l'acquisizione di competenze di base e trasversali fin dall'infanzia, i servizi ECEC contribuiscono al successo dell'apprendimento permanente e rappresentano il fondamento per la costruzione di sistemi educativi più equi, inclusivi ed efficaci. In Italia, tra il 2013 e il 2022, l'offerta pubblica e privata di nidi e sezioni primavera¹ è cresciuta relativamente ai bambini residenti di oltre 7 punti percentuali, passando dal 20,5% al 27,9%, per un totale odierno di 341 mila posti autorizzati².

Servizi educativi per la prima infanzia: posti autorizzati (v.a. e ogni 100 bambini/e nella fascia 0-2 anni) per settore del titolare.

Anno: 2022. Fonte: ISTAT

Tipo di servizio socio-educativo	Settore Privato		Settore Pubblico		Totale	
	v. a.	%	v. a.	%	v. a.	%
Nidi e sezioni primavera	174223	14,3	166877	13,7	341100	27,9
Nidi	136050	11,1	158873	13	294923	24,1
Nidi aziendali	5687	0,5	921	0,1	6608	0,5
Sezioni primavera	38173	3,1	8004	0,7	46177	3,8
Servizi integrativi per la prima infanzia	17238	1,4	7669	0,6	24907	2
Spazi gioco	9855	0,8	4363	0,4	14218	1,2
Servizi in contesto domiciliare	5801	0,5	129	0	5930	0,5
Centri bambini-genitori	1582	0,1	3177	0,3	4759	0,4
Tutte le voci	191461	15,7	174546	14,3	366007	30

Nota: La titolarità dei servizi è "elemento importante ma non esaustivo per descrivere il ruolo del settore pubblico nell'offerta dei servizi, considerati i molteplici rapporti che possono intercorrere tra i Comuni e gli attori del settore privato. A parità di incidenza dei servizi privati sul totale dell'offerta disponibile il ruolo dei Comuni può differire in virtù di accordi di convenzionamento e sovvenzionamento, con ripercussioni sulle tariffe e sui criteri di accesso al servizio da parte delle famiglie. Viceversa, nelle strutture a titolarità pubblica la gestione può essere affidata a enti privati, con modalità differenti fra le diverse amministrazioni locali." Fonte: Istat, *Nidi e servizi educativi per l'infanzia*, Giugno 2020, www.istat.it/it/files/2020/06/report-infanzia_def.pdf

Questa crescita, però, non è stata uniforme nel Paese e, di conseguenza, anche l'offerta attuale resta territorialmente disomogenea. I posti disponibili ogni 100 bambini nella fascia 0-2 anni variano dal 12,2% della Campania al 40,3% dell'Umbria. Sono quindi molti i comuni che presentano un *gap* consistente rispetto ai LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) introdotti con la Legge di Bilancio del 2021, che prevedono il graduale raggiungimento, entro il 2027, del 33% di posti offerti dal settore pubblico e privato a livello comunale.

Investimenti per asili nido e scuole dell'infanzia

Proprio alla luce dei marcati *gap* territoriali, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) aveva allocato 4,6 miliardi di euro da destinare alla creazione di 264.480 nuovi posti tra asili nido e scuole dell'infanzia. Le risorse erano così ripartite inizialmente: 2,4 miliardi di euro destinati alla creazione di nuovi posti nei servizi educativi per la fascia 0-2 anni, 600 milioni per le scuole dell'infanzia, 700 milioni per il finanziamento di progetti già in essere dedicati alla fascia 0-2 anni e 900 milioni per la gestione delle spese correnti. Tale importo è poi stato ridotto sia perché la Commissione europea non ha considerato ammissibili le spese per la gestione delle spese correnti, sia per quelle che sono state definite "circostanze oggettive" che hanno rallentato il processo di implementazione³. A seguito di tali revisioni, l'importo ora destinato all'aumento dell'offerta di servizi educativi per la fascia 0-6 anni ammonta a 3,2 miliardi e il nuovo obiettivo è quello di realizzare 150.480 nuovi posti nei servizi educativi per la fascia 0-2 anni entro giugno 2026. Questa cifra comprende le risorse stanziare con il Decreto n. 79 del 30 aprile 2024, attraverso il quale il Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM) ha lanciato il "nuovo Piano per gli asili nido", stanziando 734,9 milioni di euro, derivanti da rinunce, definanziamenti e non assegnazioni del precedente Piano, oltre a ulteriori risorse provenienti dal bilancio dello stesso MIM.

La differenza principale tra le risorse stanziare tramite il PNRR e quelle allocate con il Decreto n. 79/2024 sta nella modalità di assegnazione delle risorse. Se, infatti, per il PNRR si era scelto di procedere tramite bandi a cui i singoli Enti potevano decidere di aderire, con il Decreto n. 79 il Ministero ha individuato direttamente i comuni da finanziare, in base ad alcuni criteri di priorità, lasciando in ogni caso ai Comuni la decisione se aderire o meno.

Come varia l'offerta con il PNRR

Attraverso l'analisi dei dati contenuti nel dataset "Progetti del PNRR – Universo ReGiS"⁴, delle graduatorie relative al "nuovo Piano nidi" previsto dal Decreto n. 79 del 30 aprile 2024, dei dati Istat relativi all'offerta attuale dei servizi per la prima infanzia e alla popolazione nella fascia 0-2 anni e della stima del costo unitario per la creazione di posti nei servizi per la prima infanzia fornita nel Decreto n. 79/2024, è stato possibile calcolare sia i finanziamenti ricevuti dai singoli comuni, province e regioni, che avanzare una stima dei posti aggiuntivi che verranno creati. Complessivamente, i comuni italiani hanno ricevuto attraverso il PNRR e il nuovo Piano nidi un finanziamento pari a 3,294 miliardi di euro per i servizi educativi 0-2 anni.

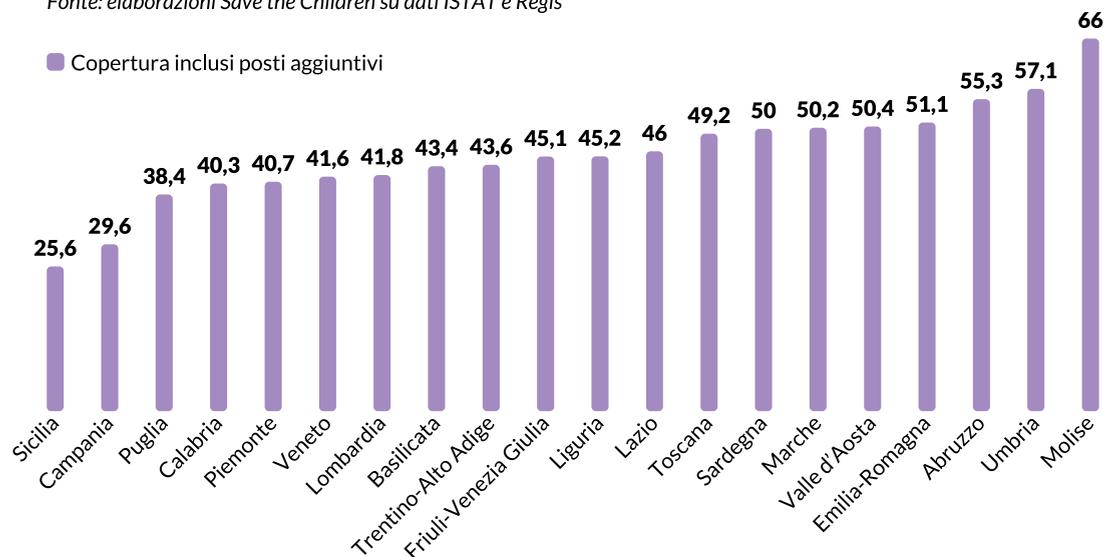
La maggior parte delle risorse è stata intercettata dalle regioni del Sud che ricevono il 41% del finanziamento totale (poco più di 1,3 miliardi di euro), seguite da quelle del Centro e del Nord-Ovest (che hanno ricevuto entrambe il 16% circa delle risorse). Il Nord-Est e le Isole hanno ottenuto, rispettivamente, il 14,5% e il 12% del totale dei finanziamenti. La Campania e la Puglia sono le due regioni che hanno ricevuto l'importo più elevato (rispettivamente 509 e 337 milioni di euro), mentre Basilicata e Friuli-Venezia Giulia registrano gli importi più bassi (rispettivamente circa 52 e 37 milioni di euro). Tuttavia, se si tiene conto anche della popolazione nella fascia 0-2 anni presente nelle singole regioni, emerge come le regioni che hanno ricevuto l'importo pro-capite maggiore sono l'Abruzzo e il Molise (con, rispettivamente, oltre 6 mila e 10 mila euro per bambino di età compresa fra 0 e 2 anni), mentre quelle che hanno ricevuto l'importo minore in relazione alla popolazione nella fascia d'età considerata sono la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia, il Piemonte e l'Emilia-Romagna, con meno di 2 mila euro per ogni bambino nella fascia 0-2 anni.

Questi investimenti consentiranno di accrescere l'offerta di servizi educativi per la prima infanzia e raggiungere così una copertura pari al 41,3% a livello nazionale, non lontano quindi dal target del 45% fissato a livello europeo per il 2030. Nonostante ciò, i divari territoriali rimarranno piuttosto ampi: 11 regioni riusciranno a superare il target del 45% (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lazio, Toscana, Sardegna, Marche, Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Abruzzo, Umbria e Molise), mentre 7 regioni raggiungeranno livelli compresi fra il 38% e il 45% di copertura (Puglia, Calabria, Piemonte, Veneto, Lombardia, Basilicata e Trentino-Alto Adige), mentre due (Campania e Sicilia), nonostante l'investimento, non riusciranno a raggiungere neanche la copertura del 33% fissata per il 2027 a livello locale.



Copertura percentuale dei servizi per la prima infanzia a seguito degli investimenti PNRR (per 100 bambini 0-2 anni residenti)

Fonte: elaborazioni Save the Children su dati ISTAT e Regis

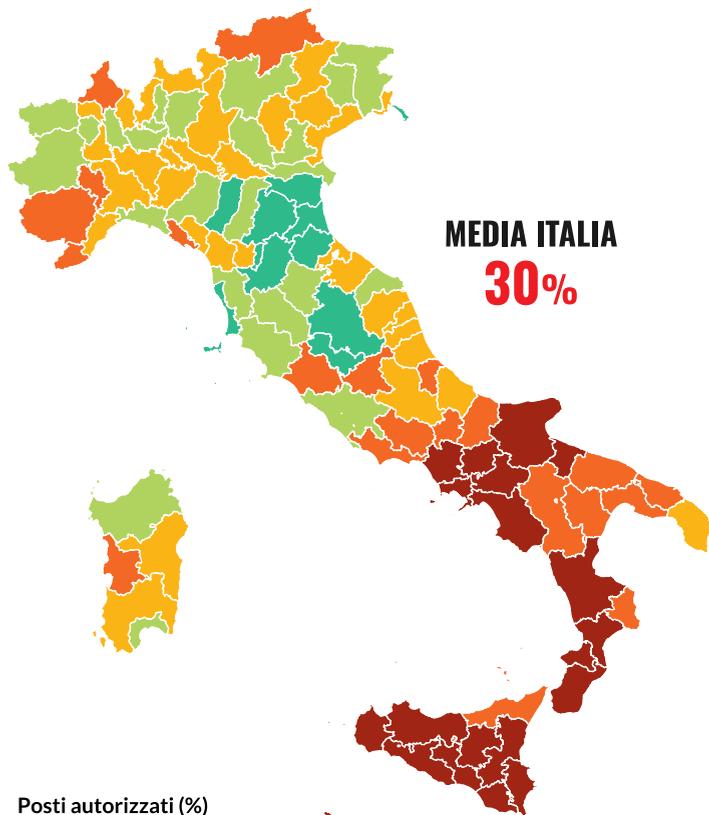


A livello provinciale, in poco più di un caso su due (55 province sulle 107 presenti nel database ReGiS) gli investimenti consentiranno di raggiungere il target del 45%, con valori che vanno dal 45,15% della provincia di Novara all'83,44% di Isernia. Tuttavia, sono solo 3 le province delle Isole che riusciranno a raggiungere e superare questa soglia, tutte in Sardegna (Sassari, che raggiungerà il 55,36% dall'attuale 37,23%, Sud Sardegna, che passerà dall'attuale 32,35% al 57,38%, e Nuoro, che incrementerà l'offerta dall'attuale 28,18% al 46,3%). Tredici, invece, le province del Sud che supereranno tale soglia: quattro in Abruzzo (Chieti, L'Aquila, Pescara e Teramo), due in Molise (Isernia e Campobasso), Campania (Benevento, Avellino), Puglia (Lecce e Brindisi) e Calabria (Vibo Valentia e Cosenza) e una in Basilicata (Potenza). Al contrario, nonostante gli investimenti, resteranno al di sotto del 30% di copertura ben 8 province, tutte del Mezzogiorno: Reggio Calabria (29,7%), Barletta-Andria-Trani (27,7%), Napoli (22,3%), Siracusa (28,5%), Palermo (21,1%), Catania (22,7%), Caltanissetta (18,8%) e Ragusa (26,5%).

Prima e dopo il PNRR

Posti autorizzati ogni 100 bambini 0-2 anni (pubblico + privato) (%)

Anno: 2022/2023 - Fonte: ISTAT

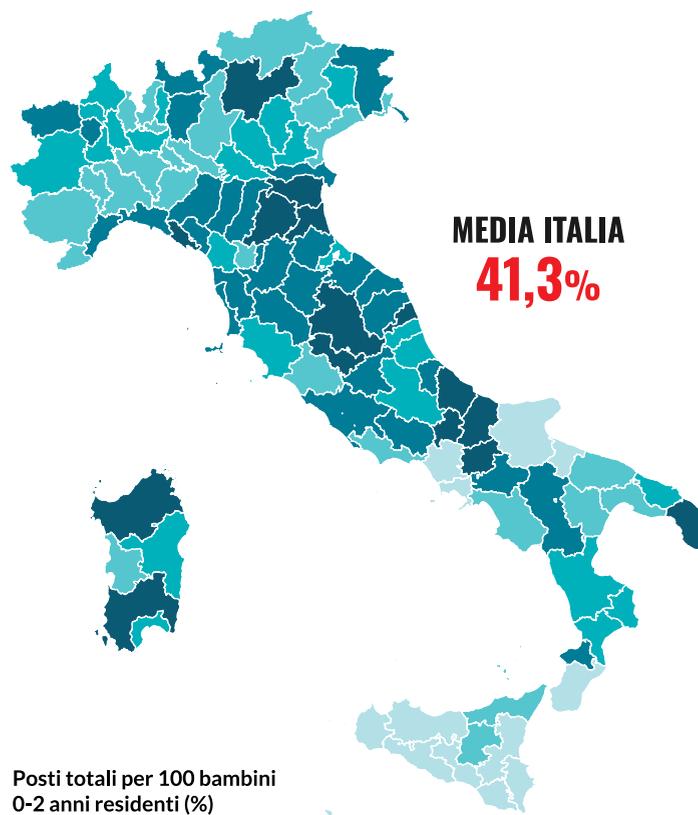


Posti autorizzati (%)

- 10,0 - 18,2
- 18,3 - 26,4
- 26,5 - 34,7
- 34,8 - 42,9
- 43,0 - 51,1

Copertura dopo l'attivazione di nuovi posti PNRR (%)

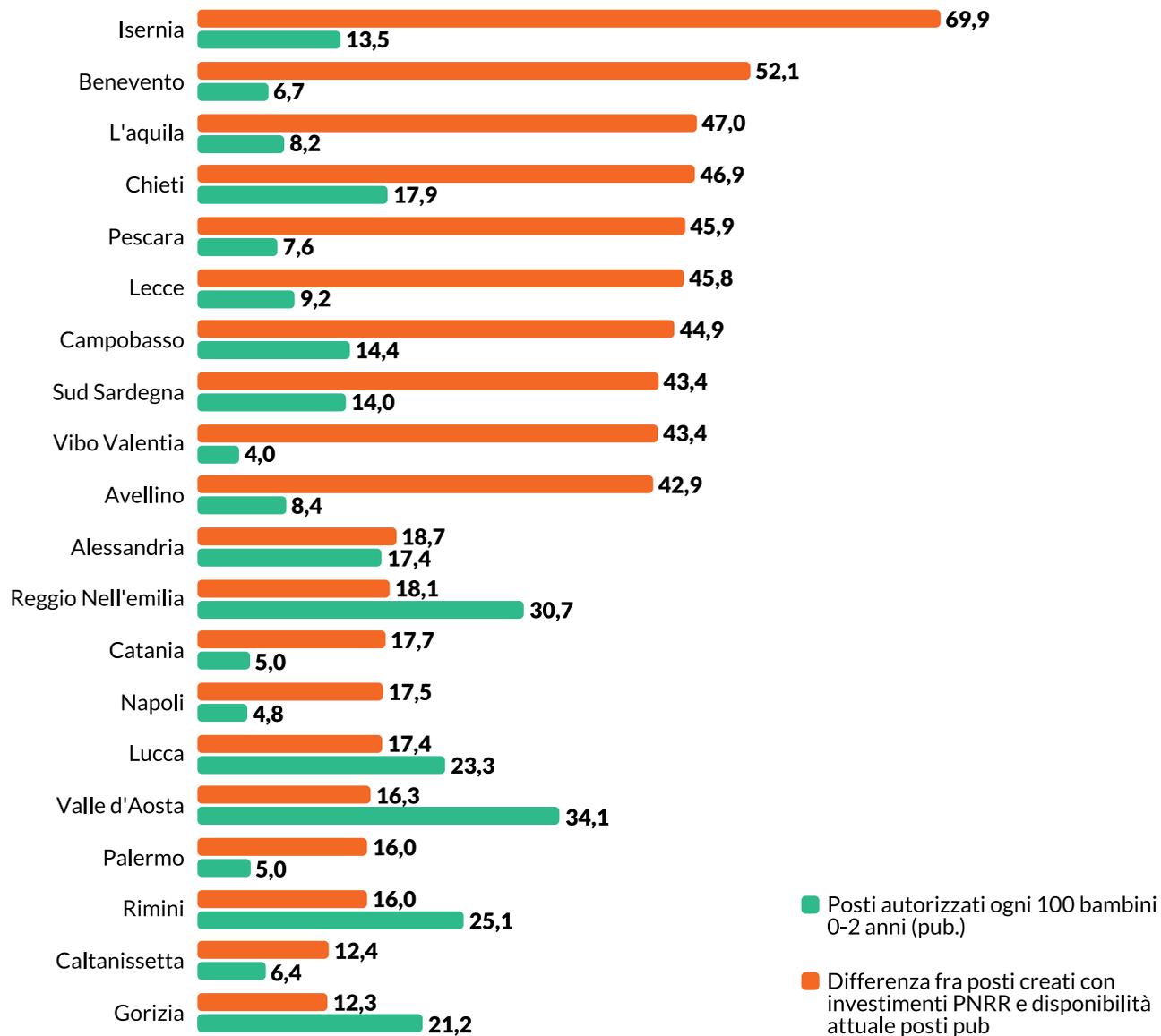
Anno: stime al 2026 - Fonte: Elaborazioni Save the children su Regis



Posti totali per 100 bambini
0-2 anni residenti (%)

- 18,8 - 30,6
- 30,7 - 40,0
- 40,1 - 46,3
- 46,4 - 54,0
- 54,1 - 83,4

Copertura servizi educativi per la prima infanzia offerti dal pubblico (ogni 100 bambini nella fascia 0-2) e variazione nella copertura post-investimenti PNRR. Province con le variazioni massime e minime.



Come mostrano le mappe, i nuovi posti nei servizi educativi per la prima infanzia che saranno disponibili a seguito degli investimenti, pur muovendosi nella giusta direzione, non sembrano essere sufficienti a ridurre le disuguaglianze attualmente esistenti a livello territoriale in termini di offerta del servizio.

Sebbene vi sia una leggera correlazione positiva tra offerta attuale e variazione nella copertura, i dati illustrati mostrano che l'incremento non sempre è maggiore laddove c'è maggiore carenza di servizi. La variazione nell'offerta di servizi educativi per l'infanzia assume valori diversi sul territorio. Si va da variazioni minime, inferiori ai 3 punti percentuali, nelle province di Gorizia e Trieste, a variazioni che superano i 40 punti percentuali nelle province di Benevento e Isernia. Tuttavia, ci sono province come Napoli o Catania che, a fronte di una copertura attuale pari, rispettivamente, al 12,12% e all'11,36%, vedranno una crescita in punti percentuali di appena 10 e 11 punti, una variazione simile a quella di province come Biella (+10 p.p.) o Pisa (+11 p.p.), che partono però da valori sensibilmente superiori, rispettivamente del 41% e 40%.

La sfida dei costi di gestione

Oltre alla disponibilità di posti nei servizi educativi per la prima infanzia è importante per gli Enti locali avere a disposizione anche risorse sufficienti a finanziarne la gestione. Su questo fronte agisce il Fondo di Solidarietà Comunale (FSC) che ha previsto uno stanziamento di risorse via via crescenti dal 2022 al 2027 per il raggiungimento degli obiettivi di servizio, che consistono nel garantire a regime su tutto il territorio nazionale il livello essenziale (33%) dei servizi educativi per l'infanzia. A partire dal 2025, e fino al 2028 compreso, lo stanziamento per il raggiungimento degli obiettivi di servizio annuali sino al raggiungimento del LEP sarà inserito in un nuovo Fondo Speciale Equità Livello dei Servizi. Con la sentenza della Corte costituzionale n. 71 del 2023, infatti, il giudice costituzionale ha invitato a intervenire per rimuovere l'anomalia per cui un fondo destinato alla perequazione generale come il FSC fosse composto da una parte di risorse con vincolo di destinazione d'uso. La dotazione del nuovo fondo sarà di 300 milioni per il 2025, 450 milioni per il 2026 e di 1 miliardo e 100 milioni sia per il 2027 che per il 2028. Nell'idea del legislatore dal 2029 questi stanziamenti (1 miliardo e 100 milioni a regime) potranno confluire nuovamente nel FSC, senza alcun vincolo di destinazione d'uso, una volta raggiunto l'obiettivo del 33% di copertura su base locale. Nel periodo di funzionamento del Fondo Speciale, la Legge di Bilancio 2024 ha previsto, nei confronti dei Comuni inadempienti, un potere di commissariamento da parte del Ministero dell'Interno in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi annuali, con nomina in prima istanza del Sindaco pro tempore⁵.

Per il 2024 sono stati stanziati 230 milioni, destinati ai comuni la cui offerta di servizi educativi per la prima infanzia pubblica e privata, nel 2018, era inferiore al 28,8%⁶. Le risorse, destinate a un totale di 5.150 comuni (tanti sono quelli con copertura inferiore a questa soglia), vengono



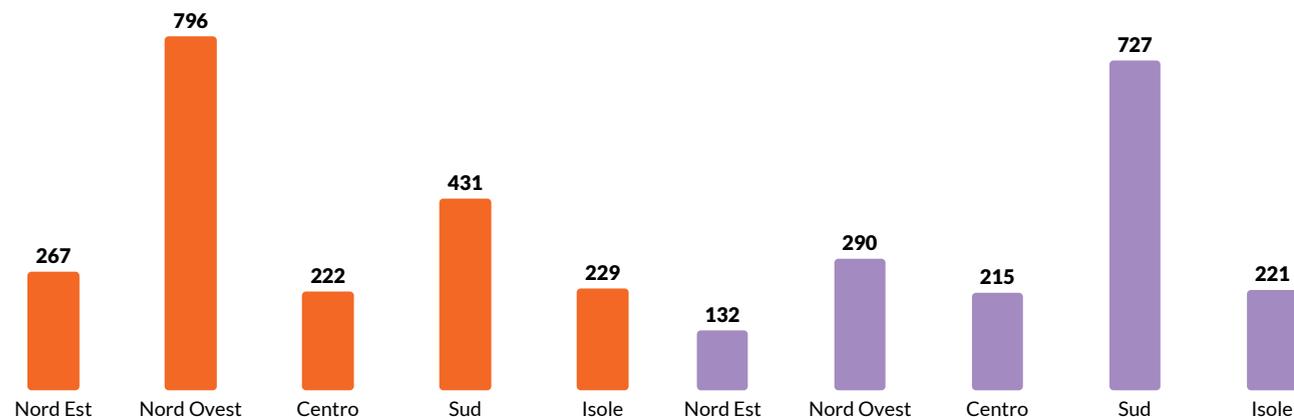
suddivise utilizzando un costo standard per utente, che ammonta a 7.670 euro annui. Dei 5.150 comuni destinatari del FSC, solo circa il 30,8% (1.585) creerà nuovi posti nei servizi educativi per l'infanzia tramite gli investimenti previsti dal PNRR o quelli stanziati con il Decreto n. 79 del 30 aprile 2024. Dei restanti 3.565, 1.615 sono comuni a rischio sovradimensionamento⁷ e 1.945⁸ quelli che, pur ricevendo il FSC non creeranno nuovi posti nei servizi educativi per l'infanzia tramite il PNRR o le risorse del Decreto n. 79/2023⁹. Questi comuni sono localizzati prevalentemente nel Nord-Ovest (41%), il 22% al Sud, il 14% nel Nord-Est, il 12% nelle Isole e l'11% al Centro.

Tra i comuni che hanno ricevuto il FSC e attiveranno nuovi posti con le risorse del PNRR o del Decreto n.79/2024, la maggior parte (46%) è situata al Sud, seguono i comuni del Nord-Ovest (18%), quelli del Centro e delle Isole (entrambi 14%) e infine quelli del Nord-Est (l'8%).

Comuni beneficiari del Fondo di Solidarietà Comunale

Comuni che hanno ricevuto FSC ma non creeranno nuovi posti nei servizi ECEC, per macroarea.

Comuni che hanno ricevuto FSC e creeranno nuovi posti nei servizi ECEC, per macroarea.



Appare naturale chiedersi se, e in che misura, il servizio offerto con i nuovi posti aggiuntivi sarà assicurato dalle risorse correnti destinate ai Comuni tramite il Fondo di Solidarietà Comunale. L'analisi dei dati presenta un quadro molto variegato. Ci sono comuni (319 in totale) nei quali le risorse assegnate tramite il FSC riusciranno a coprire i costi per utente per una percentuale inferiore al 5% dei nuovi posti creati; mentre in 34 comuni tale quota risulta uguale o superiore al 70%. Saranno poi ben 17 i comuni con una "copertura" che supera il 100%, vale a dire che

riceveranno tramite il FSC risorse in grado di finanziare il servizio per un numero di utenti maggiore dei posti che verranno effettivamente creati. È il caso del comune di Andria, ad esempio, dove il FSC consentirebbe di coprire le spese per 123 utenti aggiuntivi a fronte, però, di 120 nuovi posti attivati. O ancora del comune di Palermo che, a fronte di un finanziamento per sostenere le spese correnti di 855 utenti aggiuntivi, creerà solamente 671 nuovi posti. Nel comune che al momento presenta la copertura più bassa di servizi educativi per la prima infanzia (Volla, in provincia di Napoli), il FSC consentirà di finanziare i costi per il 91% dei 54 nuovi posti che verranno creati, il che permetterà di portare la copertura pubblica dall'attuale 1,6% al 6%.

Traguardi e criticità

Gli investimenti per la creazione di nuovi posti nei servizi educativi per la prima infanzia stanziati tramite il PNRR e il Decreto n. 79 del 30 aprile 2024 consentiranno di accrescere notevolmente l'offerta di servizi per la fascia 0-3, che raggiungerà un tasso di copertura del 41,3% a livello nazionale, non lontano quindi dal target del 45% fissato a livello europeo e da raggiungere entro il 2030.

Tuttavia, anche a fronte di questi investimenti, rimangono due criticità principali. La prima riguarda i *gap* territoriali nell'offerta dei servizi che permangono anche a seguito degli investimenti: in Sicilia e in Campania, ad esempio, nonostante la creazione di nuovi posti, non verrà raggiunto il target del 33% che avrebbe dovuto essere raggiunto già nel 2010 e, a livello provinciale, in 4 province non si raggiungerà neanche il 25% di copertura (Napoli, Palermo, Catania e Caltanissetta). La seconda criticità, ancora presente, riguarda il finanziamento della gestione dei nuovi posti creati, aspetto fondamentale per i Comuni e per le famiglie. Infatti, se da un lato ci sono Comuni che ricevono tramite il FSC risorse addirittura superiori a quelle che servirebbero per coprire i costi di gestione dei nuovi posti creati (come, ad esempio, quello di Andria o di Palermo), ce ne sono altri in cui le risorse del FSC non consentiranno di coprire neanche il 5% dei nuovi posti. Questo, oltre a generare incertezza sulla effettiva possibilità che i nuovi posti creati siano poi realmente operativi, potrebbe scoraggiare la decisione di intraprendere nuovi investimenti.







SPAZI DA ABITARE

“ Gli alberi di notte
nei boschi sono...
coraggiosi ”

A. 3 anni

I luoghi che contano

La cura, le attenzioni e l'empatia che i bambini e le bambine ricevono nei primi mille giorni di vita contano moltissimo. Ma contano anche i luoghi in cui nascono e crescono. Essi hanno il potere di conferire un *imprinting* positivo o negativo al corpo che si sviluppa, alla mente che si struttura, alle percezioni che sorgono, ben prima della nascita, già nel grembo materno. "Ciò include un'ampia gamma di condizioni dei luoghi dove i bambini vivono, crescono, giocano e studiano, che si fissano 'sotto la pelle' e interessano lo sviluppo del cervello e altri sistemi biologici – inclusi i sistemi immunitario e metabolico – con potenziali effetti dall'infanzia sino all'età adulta", si legge in una pubblicazione del *Center on the Developing Child* dell'Università di Harvard che, basandosi su numerosi indicatori, ha costruito un Indice di Opportunità dell'Infanzia (*Childhood Opportunity Index - COI*)¹.

I luoghi che contano sono quelli in cui si vive. È l'ambiente naturale fatto di qualità dell'aria, di disponibilità di acqua, di territori più o meno esposti ai disastri naturali, su cui l'azione dell'uomo ha inciso: cambiamenti climatici, suoli contaminati, isole di calore, inquinamento atmosferico. Ma è anche l'ambiente costruito: la casa che si abita, il quartiere in cui si vive, con la disponibilità o meno di servizi, di verde urbano, di luoghi per giocare, di trasporti per la mobilità urbana. Gli spazi raccontano della cura per la cosa pubblica ma sono anche una geografia della povertà e della marginalità, esibiscono la non equità di dove si nasce e si cresce.

"Urbanistica e pianificazione urbana (tra cui le politiche per la mobilità, per l'abitare, per gli spazi pubblici) non sono 'materie neutre', ma favoriscono o penalizzano alcuni gruppi sociali. Sono inclusive o esclusive, *by design*, fin dalla loro programmazione", si legge in "Il senso delle donne per la città" di Elena Granata (Einaudi, 2023, pag. 64). Le fasce più a rischio esclusione sono gli anziani, i disabili, le mamme con bambini molto piccoli. Due bambini nati in Italia lo stesso giorno possono trovarsi a crescere in due universi paralleli a pochi isolati di distanza. Per colmare queste disuguaglianze è necessario cercare di ridisegnare - dal punto di vista dei bambini - gli spazi urbani, a partire dalle periferie. Sono infatti proprio le periferie le vere città dei bambini, perché è lì che vanno a risiedere molte delle nuove famiglie². Spesso è con la maternità e nella cura dei bambini più piccoli che i genitori, le madri soprattutto, percepiscono quanto l'organizzazione e i ritmi della città siano basati su un modello produttivistico, sui tempi di chi lavora, per lo più tempi maschili, quasi nulla su quelli delle madri e dei bambini. Leslie Kern in "La città femminista" (Treccani, 2021) racconta della sua esperienza di madre in attesa: "La gravidanza e la maternità mi hanno regalato una visione di genere della città in alta definizione" perché, spiega, l'ha vista "da una nuova prospettiva" (pag. 38).

È d'accordo Elena Granata, architetta, docente al Politecnico di Milano, che ci dice: "I bambini fanno la vita delle mamme, non fanno la vita dei padri, la penalizzazione del mondo che colpisce le donne si riverbera immediatamente nella primissima infanzia".



URBANISTICA DI GENERE

Secondo Florencia Andreola, architetta ed esperta di *gender studies*, "l'urbanistica di genere è una disciplina che, per quanto sostanzialmente assente sul territorio italiano, da circa trent'anni si propone – in alcune località europee – di pianificare le città a partire da un punto di vista più ampio di quello tradizionale, capace di includere le differenze di bisogni e necessità tra i generi, contribuendo a migliorare la vita quotidiana di quei soggetti che la pianificazione urbana ha storicamente omesso". Tra questi compiti dimenticati dai pianificatori vi sono anche quelli di cura dei bambini più piccoli.

Andreola F., *Uno sguardo di genere sulla città*, DiTe Aisre, 17 aprile 2022



Ci sono esempi virtuosi di come alcune città hanno tentato di cambiare le cose a partire, spesso, da questioni apparentemente marginali rispetto alla primissima infanzia e alle madri. A Stoccolma, ad esempio, è stato deciso che la pulizia delle strade dalla neve non doveva privilegiare le arterie di grande scorrimento che portano in città, bensì andava data priorità alle zone residenziali, alle periferie e ai sobborghi, ai marciapiedi, alle piste ciclabili, alle corsie degli autobus e alle aree prossime ai nidi e alle scuole, riconoscendo che le donne con i loro bambini hanno più probabilità di camminare o di prendere i mezzi pubblici. Anche la città di Vienna ha adottato un approccio *gender mainstreaming*. Tutto è partito da un'indagine sull'uso dei mezzi pubblici da parte delle donne nel 1999, in cui hanno raccontato la loro complessità di movimento per conciliare accudimento e lavoro retribuito. Nel 2023 Vienna è stata nominata "città dove si vive meglio nel mondo" secondo la rivista Monocle. Il successo della pianificazione, con un occhio attento alle esigenze delle donne con figli piccoli, lo si deve molto alle politiche pubbliche ma anche alle iniziative dal basso, a partire dai bisogni espressi dalla popolazione e grazie alla presenza di urbaniste, architetture, amministratrici che hanno immaginato soluzioni semplici ma estremamente utili, come progettare aree comuni verdi attorno ai condomini in modo che i genitori possano stare con i figli che giocano senza doversi allontanare da casa. Anche Praga si è impegnata con numerose iniziative e ha predisposto una guida "How to Design a Fair-Shared City"³ per amministratori. In essa, due architetture immaginarie guidano il lettore attraverso otto storie indicando gli ostacoli che lo spazio urbano frappone, ad esempio, a una mamma con il passeggino o a una ragazza da sola al parco. Anche Milano ha ripensato gli spazi urbani in un'ottica di genere pubblicando "Milano Atlante di genere", che è stato selezionato dall'European Institute for Gender Equality (EIGE) fra le 10 *best practices* sul *gender mainstreaming* per l'*European Green Deal*⁴.

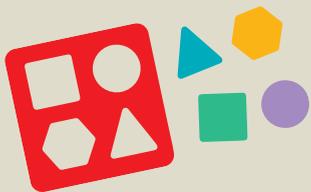
Talvolta basta il recupero di una piazza per restituire uno spazio di aggregazione e socialità alle mamme con i figli piccoli in periferie difficili, dove la strada rappresenta un pericolo più che un'opportunità di incontro. È successo a Roma, nel quartiere di Tor Bella Monaca, con la riqualificazione della piazza Largo Mengaroni a opera della Fondazione Paolo Bulgari, promotrice del più ampio Cantiere di Rigenerazione Educativa CRESCO, in partnership con numerose entità, tra cui l'associazione culturale Cubo Libro. "In quei quartieri marginali(zzati) nei quali l'espressione 'diritto alla città' suona a vuoto, le piazze sono da tempo zona rossa per i bambini" affermava Giulio Cederna, direttore della Fondazione Bulgari, nel corso dei lavori di riqualificazione conclusi a fine 2023⁵.

Si tratta di un'esperienza virtuosa, capace di ribaltare la narrazione a senso unico del quartiere, restituendo uno spazio di incontro a tante mamme e ai loro bambini e bambine che possono finalmente realizzare il diritto al gioco nei luoghi pubblici. Ripensare lo spazio significa, infatti, in molte di queste esperienze, ridare pienezza al senso di cittadinanza che si nutre anche del diritto alla mobilità e alla accessibilità (in sicurezza) dei luoghi sin dalla primissima infanzia.



PASSEGGIATE ESPLORATIVE

Sex & the City è un'associazione di promozione sociale (APS), fondata nel 2022, che osserva le città da un punto di vista di genere. Tra i suoi progetti vi è "Her Walks", camminate esplorative in città fatte dalle donne, insieme a tecnici e amministratori pubblici, per verificare in loco gli elementi che possono migliorare la percezione di sicurezza e la fruibilità degli spazi pubblici (illuminazione, arredo urbano, accessibilità, verde urbano, ecc.), nonché visualizzare e incoraggiare altri tipi di pianificazione, progettazione, manutenzione e ristrutturazione degli spazi pubblici che tengano conto delle esigenze delle donne.



CARLO E RENZO PIANO

Giornalista, architetto

La magia del cantiere

Costruire ha dentro qualcosa di ancestrale, impresso nel nostro codice genetico. Ci appartiene fin da bambini. Fa parte delle attività originarie, come cacciare quando serviva a sfamarsi, coltivare i campi ed esplorare territori sconosciuti. Dopo la ricerca del cibo viene la ricerca della casa. A un certo punto, l'uomo primitivo, insoddisfatto di abitare nelle grotte che erano scomode, brutte e umide, non si accontenta più dei rifugi offerti dalla natura e si mette a costruire con le sue mani.

Ma l'arte del costruire (che poi è l'architettura) va oltre il bisogno da cui nasce, è anche una risposta sociale ai sogni e alle passioni. Si fanno scuole, musei, teatri, luoghi pubblici dove stare con gli altri e conoscersi.

Non può essere un caso che gli unici giochi tradizionali che continuano ad appassionare i bambini del nuovo millennio sono quelli di costruzioni. In ogni città c'è un negozio monomarca che li vende. Sono gli stessi mattoncini colorati che incastravamo uno sull'altro da piccoli, allora assorbiti completamente nella missione, e già lo facevano i nostri padri prima di noi. Basta portare un bambino in un cantiere e ne resta subito incantato. Le gru che danzano in cielo, le ruspe, il battere

ritmico dei martelli pneumatici che fa da colonna sonora. I suoi occhi si riempiono di curiosità e intelligenza. Non sono soltanto i pensionati - i famosi *umarèll* - a restare affascinati dallo spettacolo straordinario dell'edificare. I cantieri sono posti meravigliosi, dove tutto si muove, dove il paesaggio cambia ogni giorno. Si osservano le cose nascere dal nulla. Per un bambino il cantiere è magia: oggi vedi sabbia e mattoni sparsi, domani vedrai un muro che sta in piedi da solo, e alla fine tutto diventerà un edificio alto, solido, dove la gente può abitare. Si trasforma in qualcosa che sfida la forza di gravità. Costruire è magia anche perché prevalgono su tutto solidarietà, passione, amore e orgoglio. L'orgoglio nasce quando fai una cosa importante per la comunità e, quando sei parte di una squadra, le differenze e le diversità come per miracolo spariscono.

Costruire è anche sinonimo di edificare, significa fiducia nel futuro, un gesto di pace, il contrario di distruggere. È appunto edificante.

Costruire è importante anche se non si vuole studiare da architetto, geometra, operaio o ingegnere. Un modo per coltivare l'ottimismo e riflettere è quello di realizzare castelli di sabbia sulla spiaggia, come facevamo da piccoli. Noi continuiamo a farlo anche adesso. Ci si può divertire a costruirli anche da adulti: i castelli di sabbia non servono a nulla, sono effimeri e destinati a scomparire, ma stimolano l'intelligenza e lo scambio delle idee. Ognuno aggiunge qualcosa all'insieme. Il castello di sabbia non è un esercizio di guerra, ma un gioco con le onde fine a se stesso. Per prima cosa devi stare fermo sulla battigia e osservare quanto l'onda sale e quanto scende. Il rapporto del castello con il mare è più importante di quanto appaia. Se è troppo vicino all'acqua verrà subito distrutto, se è troppo lontano, non potrà flirtare con le onde e l'ambiente circostante. Si impara tanto, anche a rispettare la natura. E poi aiuta a pensare come i bambini, preservando il tesoro dell'infanzia che è la cosa più importante di tutte.



Prigionieri di un'isola di calore



RISVOLTI GIURIDICI

Il cambiamento climatico è ormai una realtà. Come scrivono gli autori dell'ultimo rapporto di sintesi 2023 dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC), il gruppo di scienziati che per le Nazioni Unite studia il fenomeno, "le attività umane, principalmente attraverso le emissioni di gas serra, hanno inequivocabilmente causato il riscaldamento globale, con una temperatura superficiale globale che ha raggiunto il valore di 1,1°C" in più rispetto ai livelli preindustriali¹. E gli ultimi dati sulle emissioni dei gas serra, "rendono probabile che il riscaldamento supererà il limite di 1,5°C durante il 21° secolo e renderanno più difficile limitare il riscaldamento al di sotto dei 2°C"², proprio quello che l'accordo di Parigi del 2015, firmato da 194 Paesi, voleva scongiurare.

Da questa situazione sono scaturiti eventi meteorologici estremi più frequenti e più intensi che hanno causato impatti sempre più pericolosi sulla natura e sulle persone in ogni regione del mondo. Ce ne accorgiamo ogni giorno dalle notizie sulle alluvioni sempre più frequenti e devastanti e sulle estati sempre più roventi. Ogni aumento del riscaldamento, infatti, comporta una rapida *escalation* di questi fenomeni. Ondate di calore più intense, precipitazioni più violente e altri fenomeni meteorologici estremi che aumentano i rischi per la salute umana e gli ecosistemi. A farne le spese, più di altri, sono gli anziani e i bambini. Una revisione di molti studi ha messo in evidenza quali sono i rischi per la salute dei bambini. Gli effetti diretti del cambiamento climatico includono le ondate di calore, la variazione del regime delle precipitazioni, il rischio di alluvioni, siccità e incendi. Gli effetti indiretti includono la distruzione degli ecosistemi e quindi una insicurezza alimentare e idrica dovuta a periodi di siccità sempre più prolungati e ad alluvioni che distruggono le colture, l'aumento delle malattie infettive come malaria e dengue, dovute alla trasmissione di zanzare che vivono in ambienti caldi, l'aumento dell'inquinamento. Tutte queste condizioni hanno ricadute negative sulla salute fisica e mentale dei più piccoli³.

I bambini e le bambine risultano particolarmente vulnerabili all'incremento delle temperature per diversi fattori: sicuramente contano l'imaturità del meccanismo di termoregolazione, ma anche la minore superficie corporea – e dunque la minore possibilità di dispersione del calore attraverso il sudore – e l'incapacità di capire quando l'organismo ha bisogno di acqua. Tutto questo fa sì che questa fascia di popolazione sia a maggior rischio di un colpo di calore oppure di uno squilibrio di sostanze come sodio, potassio e magnesio, dovuto alla disidratazione, che compromette le normali funzioni dell'organismo. Esiste un rischio maggiore anche di malattie dei reni, respiratorie e infettive. La condizione più grave è senz'altro il colpo di calore, quando il corpo non può regolare più la propria temperatura, che può salire fino a superare i 41,1°C, causando danni al cervello o addirittura la morte se non viene rapidamente trattato.

Il cambiamento climatico ha anche un risvolto giuridico. Diversi gruppi di cittadini, tra cui moltissimi giovani, si sono rivolti alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU) accusando gli Stati per non aver tutelato attivamente il loro diritto a un clima salubre. Alcune cause sono state dichiarate inammissibili, ma il 9 aprile 2024 la CEDU ha riconosciuto come la politica climatica della Svizzera comporti una violazione dei diritti umani. Tuttavia, la sentenza è stata contestata dal Parlamento svizzero, aprendo una controversia internazionale.



FINANZA CLIMATICA

Molte le azioni internazionali di Save the Children sui temi del cambiamento climatico per favorire l'adattamento delle comunità più vulnerabili. Tra le azioni necessarie e proposte vi è quella di giungere a un meccanismo formale di partecipazione degli adolescenti e dei giovani alle politiche ambientali. In vista della COP29, è stato anche sollecitato il governo italiano affinché sostenga la definizione di un nuovo obiettivo globale di finanza climatica, ambizioso e capace di rispondere ai bisogni e ai diritti dei minori.

L'esposizione al caldo estremo è dannosa anche durante la gravidanza, ad esempio è dimostrato che esiste un legame tra le alte temperature e il rischio di nascite pretermine⁴.

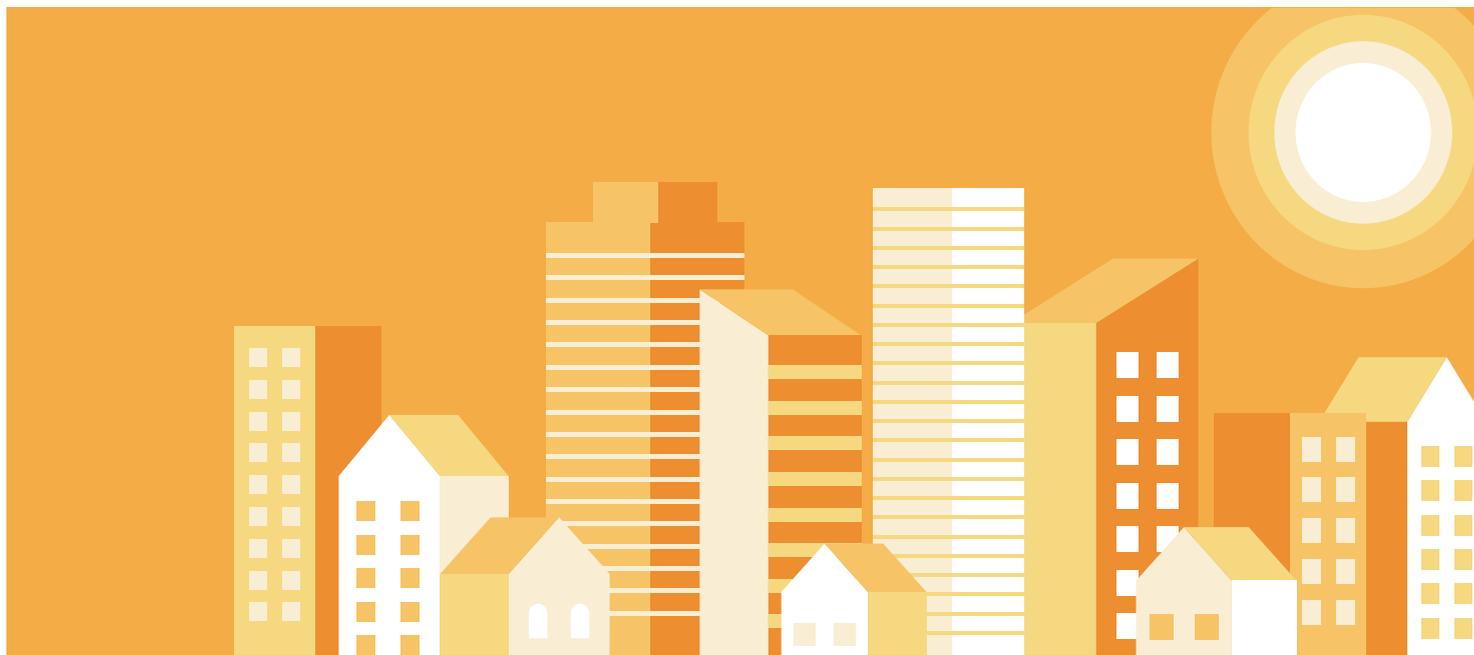
Secondo un'analisi di UNICEF, un bambino su cinque nel mondo – ovvero 466 milioni – vive in aree che registrano un numero almeno raddoppiato di giornate estremamente calde ogni anno rispetto ad appena sei decenni fa⁵.

Una ricerca condotta da Save the Children nel 2021 dimostra come, in base agli impegni sottoscritti nell'Accordo di Parigi, un bambino nato nel 2020 sarà esposto nel corso della propria vita in media a quasi 7 ondate di calore in più rispetto a una persona nata nel 1960⁶. In particolare, in Europa le ondate di calore sono in aumento più che in altre regioni del mondo, causando nel decennio 2010-2019 un incremento del 57% delle persone esposte rispetto al decennio 2000-2009⁷. Specialmente nelle aree urbane, gli impatti dell'aumento delle temperature sono particolarmente violenti a causa delle strutture urbane che producono il cosiddetto effetto "isola di calore". Le città sono più calde per una combinazione di fattori: asfalto, cemento e mattoni assorbono molto calore, causando un aumento della temperatura al suolo; inoltre, la mancanza di vegetazione non permette il raffreddamento dovuto all'ombra e alla traspirazione della vegetazione. Infine, anche le emissioni di automobili, condizionatori e altre attività urbane contribuiscono all'aumento del calore, all'ulteriore produzione di gas serra

e all'inquinamento dell'aria. Le città dell'Europa meridionale sono le più colpite. Infatti, si stima che le morti correlate al calore siano 6 volte più frequenti nel Sud del continente rispetto al Nord e nel 2100 saranno oltre 9 volte più frequenti⁸.

L'Italia, quindi, sta diventando un luogo particolarmente critico. Secondo uno studio pubblicato recentemente su Nature Medicine su oltre 47 mila morti dovute al caldo nel 2023 in Europa, ben 12.743 sono avvenute in Italia, il numero assoluto più alto. Se invece si guarda alla percentuale rispetto alla popolazione generale, il primato va alla Grecia⁹. Secondo UNICEF, in Italia 7,6 milioni di minori, pari a circa il 90% di tutta la popolazione di età inferiore ai 18 anni, vivono in aree in cui la frequenza delle ondate di calore è raddoppiata rispetto agli anni Sessanta del secolo scorso¹⁰.

Un indicatore interessante per capire l'effetto del caldo sui bambini è la temperatura superficiale. Al contrario della temperatura dell'aria che viene misurata al di sopra del suolo, quella superficiale riguarda il calore "al tatto" della "superficie" della Terra. "Viene rilevata attraverso satelliti che fotografano la superficie terrestre, quindi si riferiscono a tutte le superfici visibili dall'alto: tetti, abitazioni, strade, campi, chiome degli alberi", spiega il ricercatore dell'Istat Alessandro Cimbelli, e dà una misura della temperatura evidenziando nelle città le



cosiddette isole di calore. Greenpeace Italia, Alessandro Cimbelli e Stefano Tersigni, ricercatori Istat, hanno analizzato le temperature superficiali rilevate dai satelliti nei capoluoghi di regione italiani e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e hanno scoperto che l'87,3% della popolazione analizzata nel luglio del 2023 è stata costretta a vivere con una temperatura media superficiale uguale o superiore ai 40°C¹¹.

Tersigni e Cimbelli hanno condotto per questo Atlante un'analisi della popolazione di bambini tra 0 e 5 anni che vive nei capoluoghi di regione e nelle città metropolitane italiane per valutare quanto è risultata esposta a temperature medie pari o superiori a 40°C nei mesi di giugno, luglio e agosto 2024. Il risultato è preoccupante: a luglio, 349 mila bambini, il 93,7% dei piccolissimi residenti in queste città, è stato soggetto a così alte temperature. In particolare nel Sud del Paese, ma non solo: "anche in alcuni capoluoghi del Nord riscontriamo degli importanti valori di popolazione esposta a temperature al suolo uguali e superiori a 40°C", conferma Stefano Tersigni. Milano o Bologna ne sono un esempio. Questa sofisticata rilevazione giornaliera delle temperature al suolo, con il calcolo dei bambini 0-5 anni esposti alle isole di calore è stata condotta in queste città a partire dai mesi estivi del 2019, mostrando un *trend* di crescita in soli 5 anni, sia per il mese di luglio, sia per il mese di agosto. I bambini coinvolti erano circa 250 mila nel luglio 2019 e meno di 200 mila in agosto 2019, poi nelle ultime tre estati, dal 2022 al 2024 si è registrato un incremento sensibile, con circa 350 mila bambini piccoli esposti nel mese di luglio e circa 325 mila nel mese di agosto.

Va, inoltre, sottolineato che la rilevazione – che avviene tramite satelliti dell'ESA (European Space Agency) – sottostima il fenomeno, visto che, spiega Cimbelli, "stiamo parlando di temperature superficiali rilevate tra le 9 e le 11 di mattina, quindi non si tratta della temperatura massima giornaliera". Il futuro non è roseo: "L'andamento della temperatura media dell'aria a due metri dal suolo è in crescita come anche la temperatura al suolo", commenta Stefano Tersigni, "ciò determina un conseguente incremento della popolazione coinvolta", compresa quella dei bambini che, peraltro, hanno una vicinanza maggiore al suolo per la loro altezza e perché spesso viaggiano per le città sui passeggini a pochi centimetri da terra.

Cosa fare dunque per adattarsi al nuovo ambiente che già ci circonda? Ci sono i consigli individuali che i pediatri non si stancano di dare: evitare di far uscire il bambino e di fargli praticare attività fisica o sportiva nelle ore più calde; non esporlo mai al sole negli orari più a rischio (dalle 11 alle 17); aumentare la ventilazione dell'ambiente, eventualmente utilizzando un ventilatore; far indossare al bambino indumenti leggeri (preferibilmente di lino o cotone) che permettano una maggiore traspirazione; bagnare spesso la testa e rinfrescare tutto il corpo con una doccia o con un bagno; aumentare l'apporto idrico per reintegrare i liquidi persi tramite la sudorazione; privilegiare una dieta ricca di frutta e verdura. Ma ci sono anche iniziative collettive e istituzionali che possono fare la differenza. Ad esempio, tra le soluzioni più efficaci per ovviare al problema delle isole di calore vi è lo sviluppo di infrastrutture verdi urbane, ovvero gli spazi verdi e le zone umide multifunzionali, i tetti e le pareti verdi, le aree agricole e



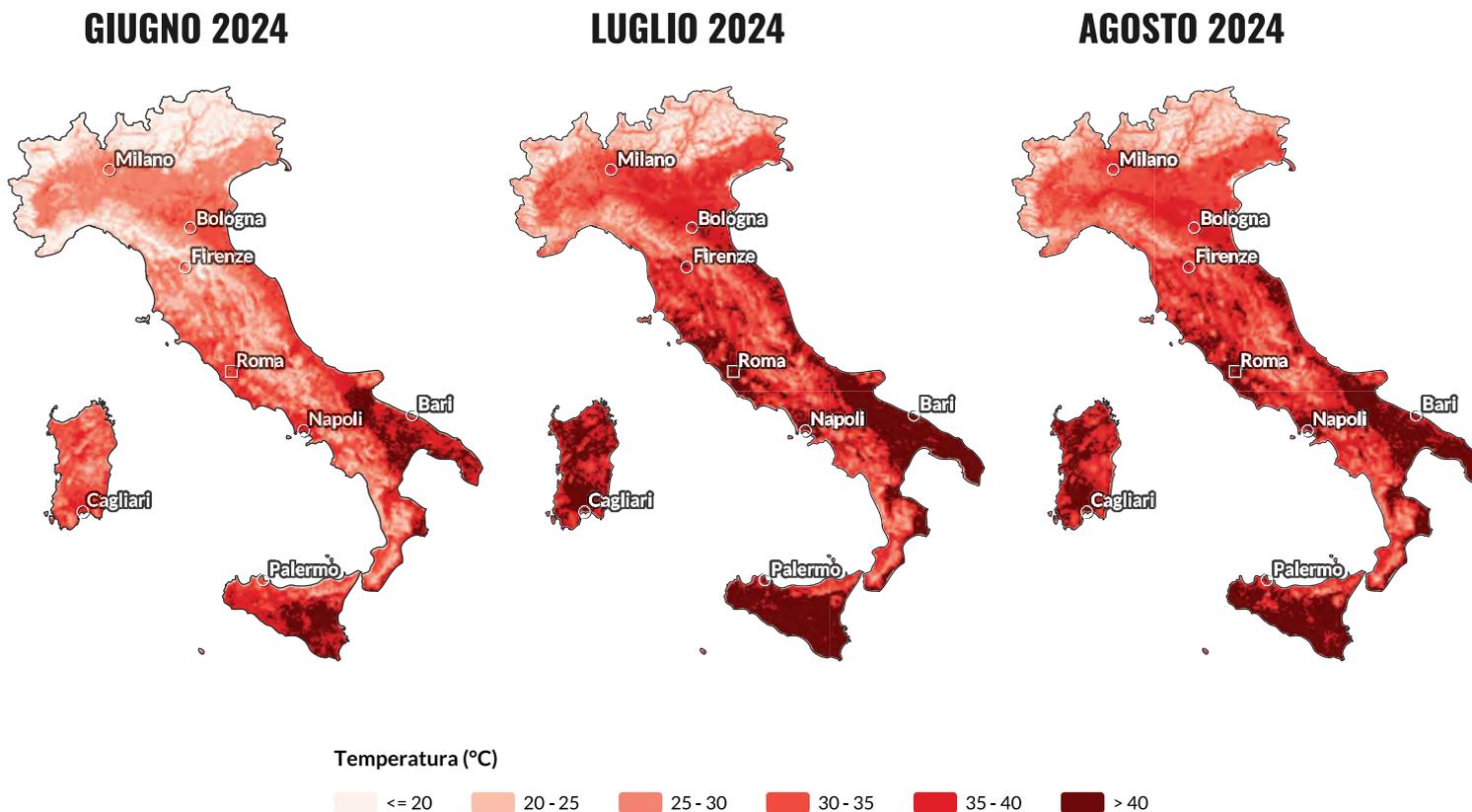
ONU & INFANZIA

Il dibattito politico e giuridico sulle questioni ambientali e, in particolare, sulla crisi climatica vede al centro l'infanzia perché sui bambini e sul loro futuro grava il peso maggiore. Questa centralità è stata riconosciuta anche dal Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza che si è espresso riguardo agli effetti negativi dei cambiamenti climatici sui diritti dei bambini, stabilendo che uno Stato parte della *Convention on the Rights of the Child* (CRC) possa essere ritenuto responsabile per gli impatti negativi delle proprie emissioni di CO2 sui diritti dei bambini sia all'interno che all'esterno del proprio territorio nazionale.

Italia bollente

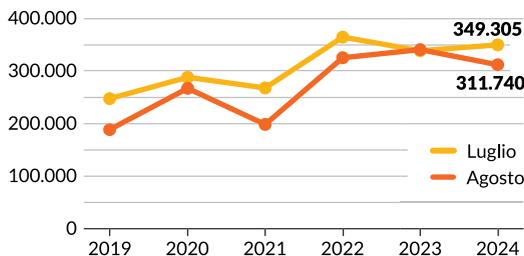
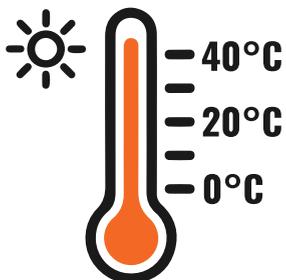
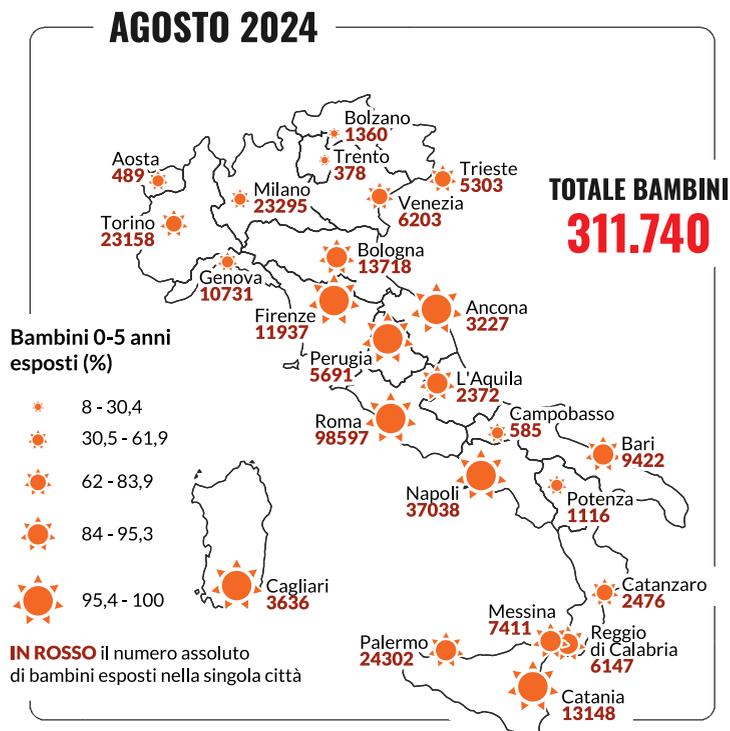
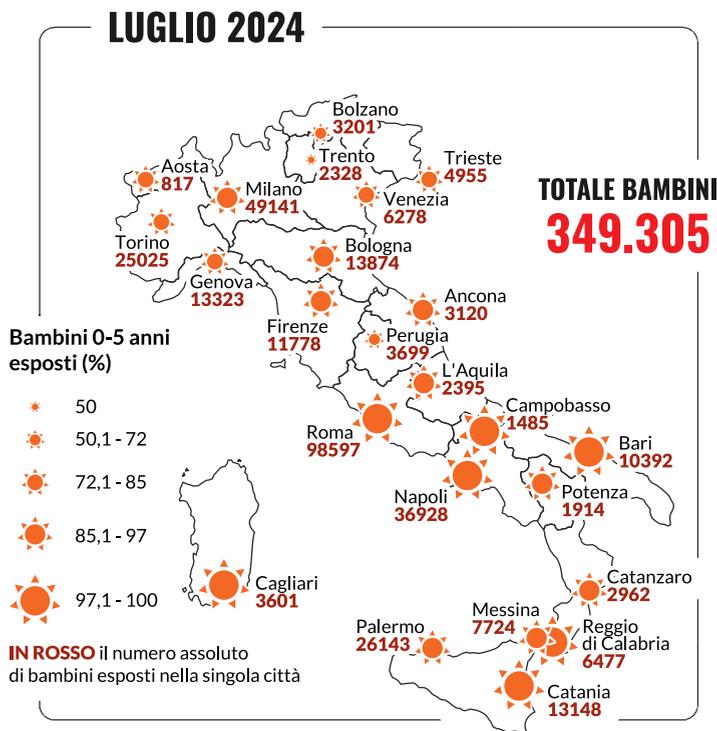
Alessandro Cimbelli e Stefano Tersigni, esperti di cambiamenti climatici presso Istat, hanno elaborato le tre mappe sottostanti, che rappresentano le temperature superficiali medie mensili rilevate nei tre mesi estivi del 2024 (giugno, luglio e agosto) tra le 9 e le 11 del mattino, utilizzando i dati del satellite Sentinel-3 del programma europeo Copernicus. Le mappe mostrano la distribuzione delle temperature al suolo per ogni chilometro quadrato. Nella pagina successiva, per i mesi di luglio e agosto 2024, i due esperti hanno stimato la percentuale di bambini piccoli (0-5 anni) esposti alle "isole di calore" sul totale dei bambini residenti nei capoluoghi di regione e nelle città metropolitane. Le isole di calore si riferiscono alle aree urbane dove le temperature al suolo hanno raggiunto o superato i 40°C. Accanto al nome di ciascuna città, è riportato il numero assoluto di bambini tra 0 e 5 anni coinvolti. Infine, nel grafico in basso, è evidenziato il notevole aumento del numero assoluto di bambini esposti a temperature elevate (medie mensili) nei mesi di luglio (linea gialla) e agosto (linea arancione) negli ultimi cinque anni (dal 2019 al 2024) nei capoluoghi considerati.

Temperatura superficiale media mensile (°C)



Bambini 0-5 anni residenti in aree dove la media mensile della temperatura al suolo ha raggiunto o superato i 40°

Anno: 2024 - Fonte: Elaborazione ISTAT per Save the Children



Numero di bambini 0-5 anni esposti alle isole di calore in città negli ultimi 5 anni (2019-2024)

le foreste urbane, le vie ciclabili e navigabili con funzioni anche ambientali, le coperture permeabili, le trincee drenanti, che possono abbassare le temperature fino a 5°C.

Tuttavia, la capacità di beneficiare di questi servizi, chiamati di *green cooling*, da parte dei cittadini è ancora relativamente diseguale e dipende dalle condizioni socioeconomiche dei cittadini all'interno di regioni e città europee. Nello specifico, uno studio pubblicato su *Nature Cities* ha esaminato l'"ingiustizia ambientale" che sta alla base dell'accesso alle soluzioni di *green cooling* in quattordici grandi aree urbane europee, tra cui Firenze e Roma, utilizzando indicatori socioeconomici¹². "In tutte le aree urbane analizzate, i cittadini residenti a più basso reddito, quali gli inquilini, gli immigrati e i cittadini disoccupati, hanno maggiori difficoltà di accesso ai servizi di *green cooling* a causa della sfavorevole conformazione urbanistica e sociale di molte città europee", afferma il ricercatore del CMCC e coautore dello studio Giacomo Nicolini¹³. Al contrario, i residenti ad alto reddito, le persone con cittadinanza e i proprietari di case hanno usufruito di una fornitura di raffreddamento superiore alla media. Anche il cambiamento climatico non è uguale per tutti.



METEO ESTREMO

In Italia tra gennaio e metà settembre del 2024 si sono verificati 1.899 eventi estremi di cui 212 tornado (52 nella prima metà di settembre, il 71% sulle coste tirreniche), 1.023 nubifragi (157 nella prima metà di settembre, il 91% sulle regioni del Centro-Nord), 664 grandinate con chicchi di grandi dimensioni (37 nella prima metà di settembre, record in Versilia con chicchi di diametro fra 7 e 9 cm). Sono i dati raccolti dall'Osservatorio ANBI sulle risorse idriche e rilanciate dal WWF.





istock.com/Jobalou

L'attacco degli invisibili

Ogni giorno, per ogni respiro che facciamo, una nuvola invisibile di particelle e molecole si infila nei nostri corpi mettendo a rischio la nostra salute. Forse è un po' forte l'immagine che utilizza l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in apertura della pagina dedicata alle minacce alla salute dell'inquinamento dell'aria¹, però fa capire bene il problema: le sostanze che vengono immesse nell'atmosfera dalle automobili, dal riscaldamento e dal raffreddamento delle case, dalle produzioni industriali, dall'agricoltura e dagli allevamenti sono invisibili ma possono essere molto dannose. In generale, l'inquinamento dell'aria aumenta il rischio di infezioni respiratorie, malattie cardiache, ictus, cancro dei polmoni, ma anche interruzioni di gravidanze e disturbi cognitivi, colpendo le persone più fragili come anziani, donne incinte, bambini e chi si trova in condizioni socioeconomiche difficili. I bambini, in particolare, sono più vulnerabili già durante lo sviluppo fetale e poi nei primi anni di vita quando i loro organi, come i polmoni e il sistema nervoso centrale, sono ancora in fase di maturazione.

Tra le sostanze più dannose per la salute ci sono sicuramente il biossido di azoto (NO₂) e le polveri sottili. Il primo è un gas che, se inalato in eccesso, può avere effetti nocivi sull'apparato respiratorio, sulle mucose, ma recentemente è stato anche associato a una minore capacità di attenzione nei bambini in un'età compresa tra i 4 e gli 8 anni². Secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente, in Italia 11.300 morti nella popolazione complessiva sono state attribuite a un'esposizione eccessiva all'NO₂ nel 2021, un numero tra i più alti in Europa³.

Il calcolo delle morti attribuibili a una determinata causa, in questo caso l'NO₂, viene fatto sulla base del legame causale individuato da studi scientifici tra un fattore di rischio e un esito per la salute che può risultare mortale. In altre parole: si calcola statisticamente quante morti si sarebbero potute evitare eliminando quella specifica causa nociva.

Le polveri sottili, invece, sono particelle molto piccole prodotte dalle attività umane che si disperdono nell'aria. In particolare, le PM₁₀ sono le particelle con un diametro uguale o inferiore a 10 µm (circa dieci volte meno del diametro di un capello) e le PM_{2,5} sono quelle con un diametro uguale o inferiore a 2,5 µm (circa trenta volte meno del diametro di un capello). Entrambe le PM entrano nell'apparato respiratorio, ma quelle più piccole sono le più pericolose perché possono penetrare a fondo nei polmoni e anche nel sistema circolatorio e quindi aumentare il rischio di malattie. Sempre secondo le stime dell'Agenzia Europea dell'Ambiente, nel 2021 in Europa sono state registrate nella popolazione generale circa 253 mila morti premature a causa del PM_{2,5} e l'Italia detiene il secondo posto – con 46.800 morti – in questa specifica classifica dei decessi⁴.

Nel 2021, dopo una revisione accurata di tutti gli studi sugli effetti sulla salute delle sostanze inquinanti, l'OMS ha riscritto le linee guida aggiornando quelle del 2005. I nuovi limiti di concentrazione di queste sostanze tossiche nell'aria sono stati individuati come i livelli più bassi per i quali è stato osservato un incremento della mortalità totale. Come riportiamo anche nelle nostre mappe, questi limiti sono stati tutti abbassati drasticamente e oggi prevedono per le PM₁₀ una concentrazione massima (della media) annuale di 15 µg/m³ (era 20), per le PM_{2,5} di 5 µg/m³ (era 10) e per il biossido d'azoto di 10 µg/m³ (era 40)⁵.

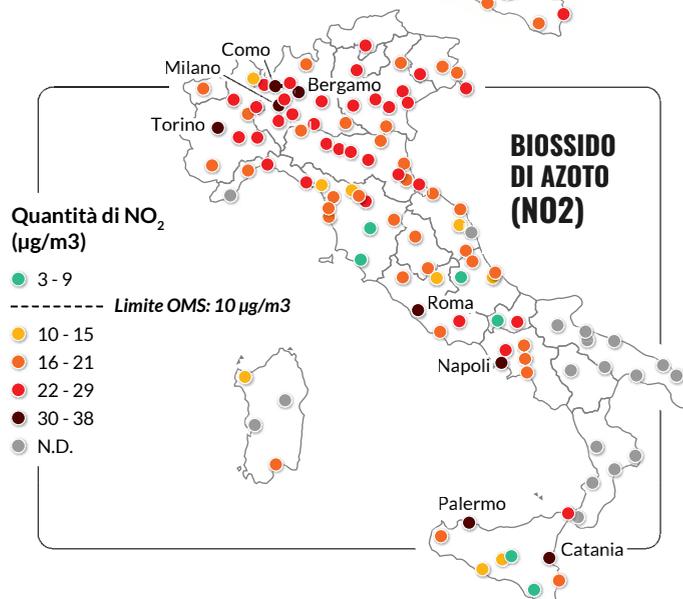
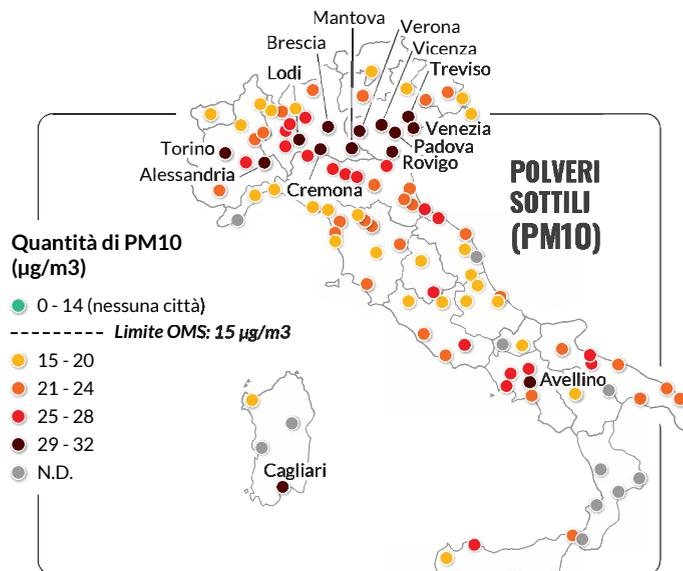
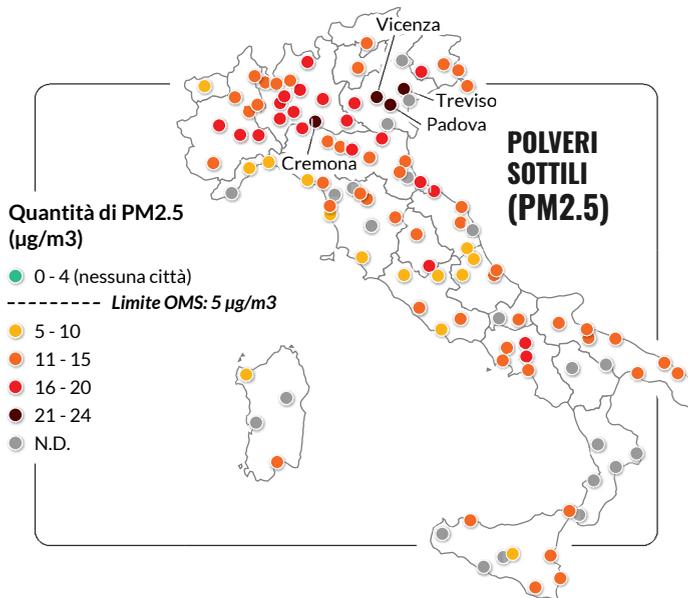
Naturalmente questi limiti non corrispondono ai limiti imposti dai governi e nemmeno dall'Europa, che sono tutti più alti. Tuttavia, ad aprile 2024 il Parlamento europeo ha adottato in via definitiva l'accordo su norme più stringenti sulla qualità dell'aria⁶. Le nuove regole stabiliscono limiti più severi per la concentrazione nell'aria di diversi inquinanti, tra cui appunto le polveri sottili (PM₁₀ e PM_{2,5}), il biossido di azoto (NO₂) e il biossido di zolfo (SO₂), avvicinando i limiti a quelli delle linee guida dell'OMS che dovranno comunque essere raggiunti, secondo l'accordo, entro il 2050. Le norme europee, dunque, prevedono che entro il 2030 i valori limite annuali dovranno essere più che dimezzati, passando rispettivamente per le PM_{2,5} da 25 µg/m³ a 10 µg/m³, per NO₂ da 40 µg/m³ a 20 µg/m³ e per PM₁₀ da 40 a 20 µg/m³.

L'accordo prevede che gli Stati membri abbiano la possibilità di richiedere, entro il 31 gennaio 2029, per ragioni specifiche e a rigorose condizioni, un rinvio del termine per il raggiungimento dei nuovi valori limite. La novità è che l'accordo prevede anche che, in caso di violazione delle

Aria tossica

Concentrazione media annuale di inquinanti nelle città capoluogo di provincia (µg/m³)

Anno: 2023 - Fonte: Elaborazione Legambiente su dati Arpa





MARI MALATI

Anche i mari non stanno bene. Su 394 punti campionati tra giugno, luglio e inizio agosto da Goletta Verde e Goletta dei Laghi 2024, due storiche campagne di Legambiente, in 19 regioni, il 36% è stato giudicato complessivamente “oltre il limite” con 101 punti che hanno ricevuto il giudizio di “fortemente inquinato” e 39 di “inquinato”. Sulle nostre coste in media si registra un punto inquinato ogni 76 km e il trend dei punti oltre il limite risulta in lenta crescita passando dal 31% del 2022, al 36% del 2023, fino al 37% di quest’anno. A influire sui risultati della qualità delle acque vi sono una cattiva depurazione, scarichi abusivi, inquinamento, ma anche l’accelerazione del cambiamento climatico che con le piogge intense mette sotto pressione i sistemi di depurazione.

nuove norme nazionali di applicazione della direttiva, le persone colpite dall’inquinamento atmosferico possano intraprendere azioni legali e ricevere un risarcimento se la loro salute è stata danneggiata.

In Italia, gli ultimi dati disponibili che riguardano il 2023 disegnano un panorama che all’apparenza potrebbe far ben sperare perché c’è un abbassamento di tutti i valori riscontrati nelle centraline rispetto al 2022. Tuttavia, due dati inducono a un minor ottimismo. Il primo è che a farli abbassare sembra abbiano contribuito, in modo determinante, le condizioni meteo che hanno caratterizzato l’inverno del 2023, come spiega l’ISPRA, l’Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale: “occorre considerare che i periodi di stagnazione atmosferica invernali (inversione termica a bassa quota, alta pressione livellata, assenza di precipitazioni, vento molto debole o assente) in alcune delle aree del paese solitamente più critiche, sono stati meno frequenti e intensi nell’anno appena trascorso rispetto al recente passato”⁷.

Il secondo motivo di cautela deriva dalla lettura del rapporto di Legambiente “Mal’Aria”⁸ in cui si sottolinea come, pur essendo stati abbastanza rispettati i limiti nazionali ($PM_{2,5}$ 25 $\mu g/m^3$, PM_{10} 40 $\mu g/m^3$, NO_2 40 $\mu g/m^3$), siamo molto al di sopra dei nuovi limiti imposti dall’Europa e moltissimo al di sopra di quelli considerati sicuri dall’OMS. Per le PM_{10} , delle 98 città analizzate nel report, solo il 31% (30 su 98) attualmente rispetta quelli che saranno i nuovi limiti previsti al 2030, mentre solo una città, L’Aquila, rispetta oggi i valori suggeriti dall’OMS. Per le $PM_{2,5}$ la situazione è analoga, con solo 14 città, sulle 87 di cui si avevano i dati disponibili, che oggi rispettano il valore previsto al 2030 dalla nuova direttiva e con nessuna che riesce a

raggiungere i valori suggeriti dall'OMS. Per l'NO₂ su 91 città analizzate, solo il 50% (45 su 91) oggi riesce a rispettare i nuovi limiti previsti e solo 7 rispettano quelli dell'OMS. E sappiamo quanto sia fondamentale per un bambino nei primi mille giorni di vita o per una gestante, che vivono nei capoluoghi analizzati, che i limiti stabiliti dall'OMS vengano rispettati. Purtroppo mancano i dati di diversi capoluoghi (la totalità in Calabria) perché le centraline di rilevazione non erano in funzione.

La cattiva qualità dell'aria è al primo posto tra le cause di mortalità legate all'inquinamento che, in generale, si stima causi nel mondo 9 milioni di decessi all'anno⁹. Ma esistono anche altre gravi minacce, ad esempio la plastica, la cui produzione e il cui incenerimento producono emissioni fortemente nocive. La plastica, inoltre, impiega centinaia di anni per degradarsi, tuttavia si rompe facilmente in piccoli pezzi, le cosiddette microplastiche, che stanno inquinando l'acqua, il cibo e l'aria dei nostri ambienti. La plastica, infatti, contiene migliaia di sostanze chimiche, alcune delle quali sono state classificate come carcinogene o come interferenti endocrini, ovvero in grado di alterare l'equilibrio ormonale. Le microplastiche sono già state trovate nei polmoni delle persone, questo significa che entrano nel nostro corpo anche attraverso la respirazione. Inoltre entrano nell'apparato circolatorio; sono state, infatti, individuate nel sangue e nelle placche delle carotidi. Ancora non sappiamo quali siano gli effetti a lungo termine di questa presenza. Quello che sappiamo però è che neonati e bambini piccoli sono più vulnerabili all'esposizione a sostanze chimiche e particelle, comprese le micro- e le nanoplastiche¹⁰.

C'è poi da considerare che oltre 200 sostanze chimiche sono tossiche per il sistema nervoso dell'essere umano e molte di queste sostanze le ritroviamo nell'ambiente. Anche in questo caso, i bambini sono particolarmente suscettibili ai loro effetti: anche piccole dosi di neurotossici durante il periodo dello sviluppo fetale e postnatale hanno effetti più gravi dell'esposizione a dosi anche più massicce ma nell'età adulta¹¹.

Gli spazi cittadini, dunque, spesso si rivelano pieni di insidie per i più piccoli, ma purtroppo gli spazi chiusi delle scuole o delle abitazioni talvolta non sono migliori: anche l'aria che respiriamo nelle nostre case non sempre è sana. Umidità, muffe, fumo possono risultare un miscuglio deleterio per la salute, anche in questo caso soprattutto dei neonati e dei bambini. Il problema è che dell'inquinamento degli spazi chiusi, cosiddetto *indoor*, sappiamo poco e spesso viene sottovalutato, come denuncia la Società Italiana di Pediatria¹².

Un rimedio almeno parziale ai danni dell'inquinamento a cui sono esposti i bambini e le bambine ci sarebbe: gli anglosassoni lo chiamano "*green prescription*", ovvero passare più tempo nel verde. Si è visto, infatti, che la vicinanza alla vegetazione nei primi anni di vita favorisce una migliore funzionalità dei polmoni anche da più grandi¹³. Aree di riforestazione urbana, quartieri verdi, spazi di gioco all'aperto, scuole dell'infanzia e scuole primarie con alberi e piante dove i bambini possano stare per almeno una parte dell'orario scolastico sarebbero, quindi, auspicabili per uno sviluppo fisico e cognitivo positivo nei primi anni di vita. Ma, come vedremo, anche questi spazi si rivelano angusti.



UN DECALOGO CONTRO GLI INQUINANTI *INDOOR*

In occasione della Giornata Mondiale dell'Habitat, che quest'anno si è svolta il 7 ottobre, l'Istituto Superiore di Sanità ha stilato un decalogo per proteggersi negli ambienti chiusi. Gli inquinanti atmosferici *indoor* sono molti e capaci di influenzare e peggiorare la salute delle persone, con effetti acuti a breve termine o cronici. Tra i consigli: fondamentale aprire spesso le finestre per cambiare l'aria, non eccedere con l'uso di prodotti per la pulizia come detersivi e detergenti, non fumare in casa e, se si hanno animali domestici, rimuovere gli allergeni dalle superfici.

Sicuramente la nostra società dimostra, rispetto al passato, una maggiore consapevolezza del problema ambientale e della necessità di affrontarlo, soprattutto per le nuove generazioni, testimoniata anche dalle modifiche della Costituzione approvate nel 2022. In particolare la modifica dell'articolo 9 inserisce tra i principi fondamentali la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi "anche nell'interesse delle future generazioni". La modifica dell'articolo 41, invece, stabilisce che l'iniziativa economica privata, pur essendo libera, non può svolgersi recando danno all'ambiente e che l'attività economica, sia pubblica che privata, deve essere indirizzata e coordinata anche a fini ambientali. Purtroppo, alla grande enfasi costituzionale non corrisponde sempre una altrettanto grande capacità di agire.

La città proibita

Lo psicologo americano Urie Bronfenbrenner concepiva l'ambiente di sviluppo del bambino come una serie di sistemi concentrici, connessi tra loro da relazioni, dirette o indirette, e ordinati gerarchicamente. Di questo sistema fanno parte l'ambiente in cui si vive, le relazioni che fin da piccolissimi si intrecciano con i luoghi e le presenze circostanti.

Lo spazio del bambino nei primi anni di vita è circoscritto, eppure altamente formativo. È lo spazio della casa, in alcuni casi del nido, ed è lo spazio esterno: la città, il quartiere, le aree attorno all'abitazione. Nonostante o forse a causa della bassissima natalità, lo spazio urbano appare ostile all'infanzia, disseminato di troppi divieti: non si gioca, non si intralcia, non si disturba, non si accede, non si sporca. "È impensabile che i bambini debbano usare gli spazi degli adulti. Eppure, i ristoranti sono poco attrezzati, gli alberghi non hanno giochi e angoli per i bambini, non ci sono le corsie protette per le biciclette. Nei parchi si tolgono le panchine che servono ai genitori mentre i bambini giocano. Abbiamo perso il buonsenso di capire che i luoghi devono essere frequentati anche dai bambini", ci dice Cristian Fabbì, direttore di Reggio Children.

Poniamo la questione anche a Elena e a Anna Granata, due sorelle, due professioni diverse, la prima architetta, con una cattedra di urbanistica al Politecnico di Milano, la seconda pedagogista, docente all'Università di Milano Bicocca. Si tratta di due prospettive che si integrano, frutto di professioni differenti, che ci aiutano a meglio capire come dovrebbe essere lo spazio a misura dei bambini più piccoli. "È l'età più bistrattata in un Paese che non fa figli e che non ha minimamente la cultura dell'infanzia. Lo spazio è progettato immaginando che non ci siano bambini", ci dice Elena Granata, con un occhio al territorio. La marginalità della primissima infanzia nello spazio pubblico ci viene riproposta anche da Anna Granata, in una prospettiva più pedagogica. "Vi è un'enorme difficoltà a trovare spazi per le mamme e i bambini nell'età dell'allattamento che è il periodo di maggior isolamento. Tranne alcune esperienze



IL DIRITTO AL GIOCO

L'articolo 31 della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (*Convention on the Rights of the Child* - CRC) sancisce il riconoscimento del gioco come un diritto di cui tutti i bambini, le bambine e gli adolescenti sono titolari.



iStock.com/Halfpoint

virtuose, per la coppia mamma-bambino l'unica offerta è data dal consumismo. Le madri vanno nei luoghi dello shopping o nei bar che frequentavano prima della maternità". Si tratta, sostiene, di un deficit di esperienza civica anche per il bambino.

Christine Murray, fondatrice di Women in Architecture Awards, scriveva su The Guardian che se le città fossero progettate dalle madri non ci sarebbero scale inaccessibili, bus che non hanno abbastanza spazio per due carrozzine o architetti freschi di laurea che non immaginano minimamente che le rampe di accesso, senza gradini, servono, oltre che alle sedie a rotelle, a ogni bambino al di sotto dei 3 anni¹.

Sulla scia delle riflessioni di Murray, un medico, Sebastian Kraemer, interveniva nel dibattito sulle colonne del quotidiano britannico immaginando città progettate, questa volta, dai neonati. Certamente – scriveva – ci sarebbero corsie e ascensori necessari alle carrozzine, ma ci direbbero anche quanto è importante per il loro sviluppo che i genitori o chi si occupa di loro abbiano compagnia. "Proprio perché nati così immaturi e fragili, gli umani si evolvono all'interno di multipli gruppi di accudimento. Nessuno da solo può farcela. Forte di questa intelligenza

La città verde

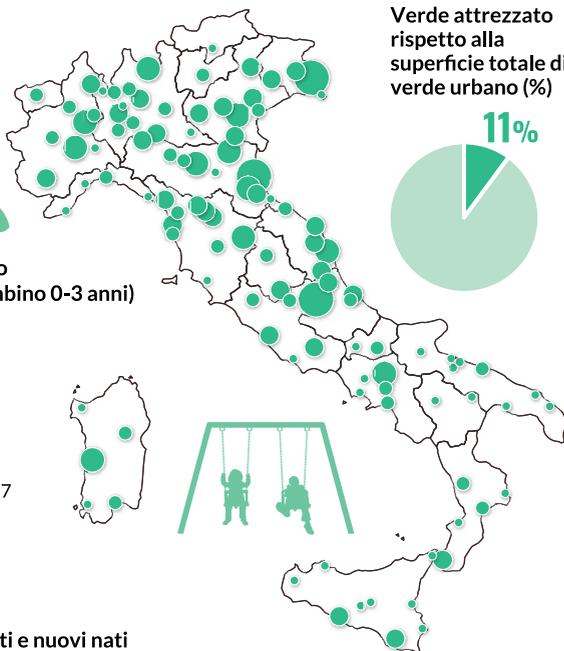
Verde attrezzato nelle città

Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



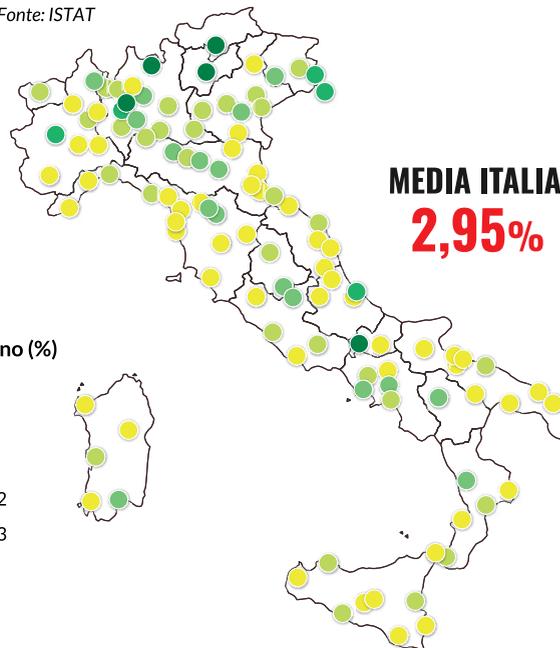
Verde attrezzato (m² per ogni bambino 0-3 anni)

- 0,9 - 62,4
- 62,5 - 128,9
- 129 - 284,8
- 284,9 - 609,2
- 609,3 - 1417,7



Verde urbano rispetto alla superficie totale delle città

Anno: 2022 - Fonte: ISTAT

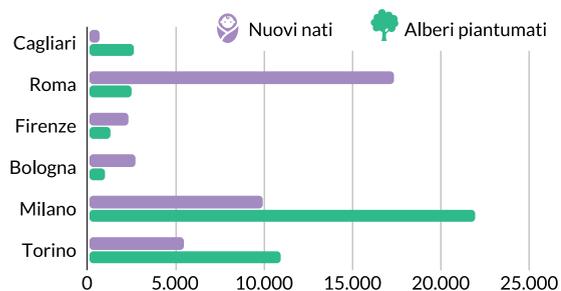


Verde urbano (%)

- 0,1 - 2
- 2,1 - 5,2
- 5,3 - 10,5
- 10,6 - 18,2
- 18,3 - 46,3

Alberi piantumati e nuovi nati

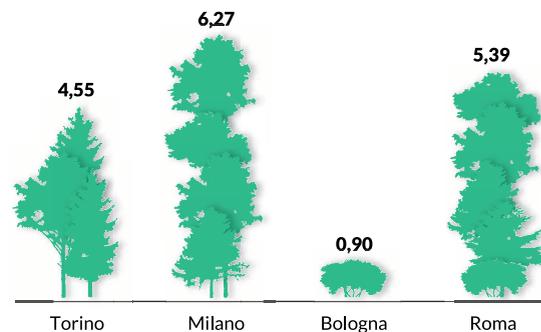
Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



* La selezione delle città è legata alla disponibilità dei dati comunicati dalle amministrazioni comunali

Aree di forestazione urbana (m² per bambino 0-3 anni)

Anno: 2022 - Fonte: ISTAT



ereditaria, il neonato che pianifica la città garantirebbe che in ogni quartiere ci sia un centro dedicato ai bambini, dove le persone che si occupano di lui possano condividere il peso ma anche il piacere dell'accudimento e avere, forse, qualche buon consiglio o aiuto"².

La *smart city* sembra, invece, aver perso questa "intelligenza ancestrale".

Spesso è la progettazione urbanistica ad essere nemica dell'infanzia e dei genitori, soprattutto nei nuovi insediamenti dove le relazioni di vicinato e i negozi di prossimità sono più rarefatti.

Jane Jacobs, urbanista, autrice nel 1961 del provocatorio saggio "Vita e morte delle grandi città" (Einaudi), in cui denunciava i guasti di una pianificazione urbanistica che non assumeva il punto di vista del pedone, scriveva di come l'elemento più importante nella primissima infanzia, quando si comincia ad esplorare il mondo e si muovono i primi passi verso l'autonomia, sia "l'occhio sulla strada", cioè quella possibilità di avere una forma della città dove quello che succede in strada, nel cortile, nelle scale del condominio, possa essere oggetto di attenzione acustica e visiva da parte delle mamme, dei padri, dei nonni, immaginando una vita civile fatta di spazi di mezzo tra le case, dove cominciare a socializzare col mondo in maniera protetta. Invece, sostiene Anna Granata, "i nostri bambini, nelle città, hanno solo spazi specializzati; la casa fatta più a misura dell'adulto che del bambino, il parco strutturato con una serie di giochi con funzioni specifiche che lasciano poco margine all'immaginazione e al gioco spontaneo".

Nelle città cementificate, la presenza del verde - una necessità "ecologica" dove poter giocare o sostare - scarseggia. Secondo i più recenti dati Istat, nel 2022 l'estensione delle aree verdi urbane copre appena il 2,9% dei territori comunali, pari a 32,8 m² pro-capite, con forti differenze territoriali e un primato che va al Nord-Est (62,3 m² pro-capite), grazie alle elevate dotazioni di Trento e Bolzano, città che investono molto anche nei servizi per l'infanzia. Non tutte le aree verdi sono, però, aperte alla fruizione diretta dei cittadini: la proporzione di quelle accessibili è poco più della metà, con 19,4 m² per abitante e quote più elevate nelle città del Nord (mediamente 30,7 nel Nord-Est e 20,3 nel Nord-Ovest), mentre arriva a 19 m² al Centro e a 11,8 m² nel Mezzogiorno. Tuttavia, anche questa ripartizione non racconta per intero ciò di cui dispongono i bambini e le bambine. Per loro contano le aree verdi attrezzate: giardinetti, piccoli parchi di quartiere con giochi, aree verdi con panchine dove giocare e ritrovarsi e dove è possibile ricreare una comunità anche tra gli adulti che li accompagnano. Il verde attrezzato rappresenta una fetta piccolissima di tutto il verde urbano, pari al 10,9% e, anche in questo caso, con forti differenze territoriali: più presente nelle città metropolitane (15,4%) e meno in quelle capoluogo di provincia (8,8%), più al Centro (15,7%) e molto meno nel Mezzogiorno (6,7%)³.

Se si scompone ulteriormente il dato del verde attrezzato rispetto alla popolazione 0-3 anni, un bambino che abita a Napoli, dove vivono 27.720 bambini, ha a disposizione appena 8,7m², ancor peggio stanno a Lecce, Crotone e Trapani. Fanalino di coda è Palermo con un verde attrezzato quasi inesistente: neppure un metro quadrato (0,85) per ciascuno dei 19.955 bambini di 0-3 anni che vivono sul suo territorio. Ben diversa le dotazioni di città come L'Aquila, Ravenna o Arezzo che hanno una disponibilità di verde attrezzato per ciascun bambino 0-3 anni rispettivamente di 844, 842 e 609 m²⁴.



A CIASCUNO IL SUO ALBERO

La Legge 113 del 1992 imponeva l'obbligo ai Comuni di piantumazione di un albero per ogni nuovo nato. Nel 2013 la legge è stata modificata limitando l'obbligo ai soli Comuni con oltre 15 mila abitanti. Nonostante realtà molto virtuose, la Legge è stata ampiamente disattesa.



iStock.com/Fluxfactory



FORESTE & UE

La nuova strategia per le foreste dell'UE prevede 3 miliardi di alberi in più entro il 2030, ma indica anche di incrementare e tutelare le aree verdi di minore dimensione, piccoli parchi e giardini, così come giardini privati e parchi agricoli. Fondamentale che tali azioni di accrescimento del verde diano priorità alle zone periferiche delle città con minori dotazioni.

Nel verde attrezzato o in aree urbane – piazze, cortili, parchi gioco – si dovrebbe realizzare il diritto al gioco riconosciuto dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Conclusa la Seconda Guerra Mondiale, nel 1946, l'architetto danese Aldo van Eyck, fu incaricato dal Dipartimento dei lavori pubblici di Amsterdam di progettare un *playground*, un parco giochi. La città voleva che in ogni quartiere ce ne fosse uno. Van Eyck immaginò luoghi che favorissero la vita di comunità di cui i bambini e le bambine erano parte. Li progettò negli spazi, talvolta molto piccoli, lasciati dalla guerra con le sue rovine, nei parchi, nelle piazze, pensando che la ricostruzione dovesse partire dai *playground* più che dagli edifici per lo svolgimento delle attività. Anche se pochi anni dopo lasciò il suo incarico, continuò nei decenni seguenti a progettare parchi gioco; ne realizzò oltre 700 con un approccio minimalista tutto teso a stimolare la creatività dei bambini⁵.

“Se ad Amsterdam il parco giochi è una sorta di simbolo, da noi questa cultura manca”, ci dice Elena Granata. “Ci manca l’attenzione ai materiali. All’estero si utilizzano molto la sabbia, l’erba, in generale i materiali naturali, perché sono quelli, tra l’altro, che nello sviluppo della psicomotricità e del tono muscolare, oltre che nell’esperienza tattile, sono più adatti ai bambini. Da noi, invece, domina la gomma antitrauma anche in virtù di una legislazione iperprotettiva. Oltretutto, in un’epoca di cambiamento climatico, i materiali che si usano nei *playground* italiani sono caldissimi e quindi insospitali. Impediscono il gioco anche perché spesso non sono situati in zone ombrose. Servono, invece, progetti a impatto climatico zero che tengano in considerazione l’ombra, l’acqua, il prato e materiali come la sabbia o il legno, più adatti ai bambini perché più ‘primitivi’, ma anche in grado di contrastare un clima sempre più estremo”.

Città insospitali, cementificate, poco o nulla a misura di bambino. Eppure, anche la città potrebbe essere un luogo di scoperte. “L’ambiente urbano è interessante per la deambulazione e l’olfatto. La città offre la scalinata, la rampa, la panchina. Passeggiare con il bambino, andare dove lui sceglie di dirigersi, accompagnandolo nelle sue osservazioni ci consente di scoprire dei suoi aspetti talvolta poco visibili. C’è chi cammina volentieri e chi si sofferma tantissimo. È un punto di vista diverso da quello dell’adulto”, ci dice la pedagogista montessoriana Annalisa Perino.

È una scoperta della città lenta, ondivaga, libera, quella del bambino, in totale contrasto con i tempi della città e di chi la abita. A dircelo è Anna Granata: “Lavoro e mobilità urbana degli adulti dettano la tempistica anche all’infanzia. Le madri corrono al nido trafelate per poi correre al lavoro. C’è una rigidità estrema dei tempi lavorativi, ma anche di quelli delle vacanze, delle feste, degli orari dei servizi per l’infanzia. Per i bambini misurarsi con dimensioni dell’uso del tempo e con sistemi organizzati così rigidi è una grande fatica”. È d’accordo anche la sorella Elena Granata. La pedagogista e l’architetta-urbanista concordano: “Mi ritrovo molto in questa questione del tempo che non c’è mai e non c’è fin da subito. Noi trasmettiamo prestissimo l’idea dell’andare di corsa mentre dovrebbe essere un diritto poter vivere almeno i primi 1000 giorni senza un tempo fortemente scandito che è una dimensione estranea al sistema cognitivo dei piccolissimi”. È l’effetto trascinarsi della *trip-chaining*, di cui scrive Elena Granata in “Il senso delle donne per la città” (Einaudi, pag. 61), ovvero quella modalità di movimento delle madri a ogni latitudine, strette tra compiti di cura e lavoro, composta da più tappe concatenate tra loro che rischia di stravolgere anche i tempi dell’infanzia.



LA CITTÀ SECONDO VAN EYCK

“To consider the city is to encounter ourselves. To encounter the city is to rediscover the child. If the child rediscovers the city, the city will rediscover the child – ourselves”.

van Eyck, A., *The Child, the City and the Artist*, 1962

IN FASCE IN BIBLIOTECA

Se un tempo la biblioteca era sinonimo di conservazione del patrimonio librario, oggi sempre più manifesta il suo essere luogo di fruizione culturale e, nei migliori dei casi, di aggregazione sociale.

Sono in particolare le biblioteche di pubblica lettura a svolgere questa funzione, soprattutto nelle zone più periferiche. Nel 2022, delle 8.131 biblioteche presenti sul territorio nazionale, quasi otto su 10 (77%) sono di pubblica lettura, svolgono cioè una funzione orientata prevalentemente alla comunità locale. Quasi tutte (92%) sono gestite da Enti locali, in maggioranza sono localizzate al Nord (60,2%), seguono il Mezzogiorno (27,2%) e il Centro (12,6%). Le prime cinque regioni per numero di strutture presenti sono: Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Sardegna. Tuttavia, ben un terzo dei comuni (33,7%) non ha alcuna biblioteca né di

pubblica lettura né di altro tipo: Abruzzo, Molise, Calabria e Basilicata sono le regioni con la quota più alta di comuni senza una biblioteca. Di contro, quasi tutti i comuni presenti in Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Veneto ne possiedono almeno una¹.

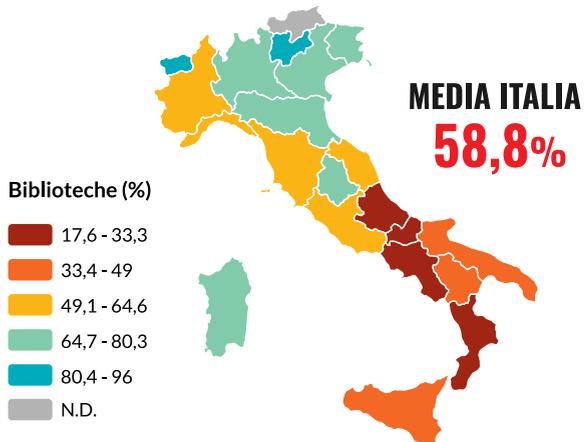
Postazioni Internet, orari prolungati, presenza di bibliotecari esperti, prestiti, emeroteca, spazi all'aperto sono alcune caratteristiche che definiscono la qualità dei suoi servizi. A cui vanno aggiunti gli spazi dedicati ai bambini piccolissimi, dagli 0 ai 6 anni, offerti dal 58,8% delle biblioteche di pubblica lettura, con un leggero decremento nell'offerta per i più grandi, dai 7 ai 17 anni (53,4%). Per i piccolissimi, sono soprattutto le biblioteche di pubblica lettura dell'*hinterland* delle città (67,6% delle biblioteche di queste aree) e delle città medie con una ridotta densità di popolazione (68,5% delle biblioteche

qui presenti) a offrire spazi e servizi. Angoli attrezzati, libri tattili, lettura a voce alta, piccoli laboratori fanno parte dell'offerta. Trento detiene il primato con il 96% delle biblioteche di pubblica lettura che destina spazi attrezzati ai bambini 0-6 anni, espressione di un territorio che non ha mai davvero sperimentato l'inverno demografico e che ha sempre posto attenzione ai servizi per l'infanzia. Seguono, per ricchezza di offerta a questo segmento di popolazione, Val d'Aosta (82,7%), Emilia-Romagna (75%), Veneto (74,9%) e Lombardia (74,1%). Complessivamente sono il Nord-Ovest e il Nord-Est a fare la parte del leone. Fanalino di coda è, invece, il Sud con un'offerta complessiva di servizi e spazi 0-6 anni che coinvolge appena il 28,3% delle sue biblioteche di pubblica lettura con Molise (17,6%), Campania (20,3%) e Calabria (24,3%) agli ultimi posti².

La voce dei libri

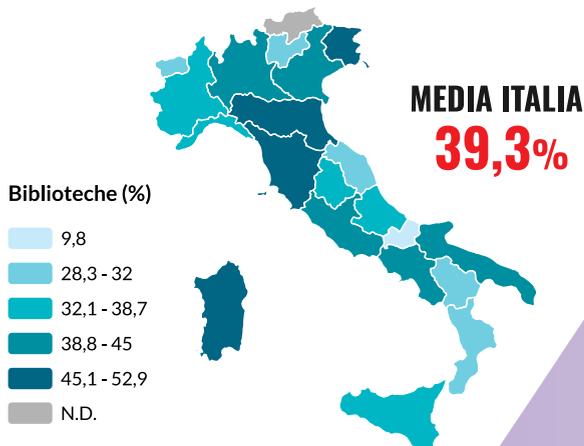
Biblioteche di pubblica lettura con spazi specificatamente attrezzati per l'infanzia (0-6 anni) (%)

Anno: 2022 - Fonte: Elaborazioni ISTAT per Save the Children



Biblioteche di pubblica lettura con giardino, cortile e/o terrazzo fruibile dall'utenza (%)

Anno: 2022 - Fonte: Elaborazioni ISTAT per Save the Children



1/3 DEI COMUNI ITALIANI È PRIVO DI BIBLIOTECHE

BIBLIOTECHE CON SPAZI ATTEZZATI PER BAMBINI 0-6 ANNI (%)

COMUNE ULTRA-PERIFERICO 36%

COMUNE PERIFERICO 45,2%

COMUNE CINTURA 67,6%

COMUNE POLO 55,6%



Il rammendo delle periferie

È difficile definire cosa sia la periferia per un bambino che nasce, muove i primi passi nella vita e per chi se ne prende cura. Anche perché l'etichetta di zona o quartiere "di periferia", spesso utilizzata, crea uno stigma che nasconde le risorse e le differenze che caratterizzano tante aree. Al di là delle coordinate spaziali, la periferia della prima infanzia – intesa come area marginale e di svantaggio – sembra estendersi ben oltre i quartieri dell'esclusione sociale, dell'edilizia spontanea e popolare, dei trasporti pubblici intermittenti o assenti. Le periferie sembrano sempre più ampie, si estendono anche a quartieri più centrali delle città – le periferie interne – e abbracciano i comuni cintura delle grandi città metropolitane. Il disagio negli spostamenti e il conseguente isolamento, il degrado o l'incuria degli spazi comuni complicano la vita di molti genitori con bambini piccoli nei contesti urbani, più o meno periferici.

Più facile individuare alcuni divari tra quartieri in termini di risorse economiche e culturali, di accessibilità ai servizi, di offerta educativa, di qualità degli spazi verdi, ricreativi e di socialità. Se volessimo circoscrivere le "vere periferie della prima infanzia" dovremmo mappare, nelle grandi aree metropolitane, l'assenza o la presenza di nidi d'infanzia, consultori e presidi sanitari pediatrici, le aree verdi attrezzate, i percorsi protetti per muoversi a piedi con la carrozzina e in bicicletta, le biblioteche con spazi dedicati ai bambini 0-3 anni, il trasporto pubblico accessibile a chi viaggia con un bebè e un passeggino. Ogni Comune metropolitano dovrebbe costruire e tenere aggiornata una mappa di questo tipo, consultabile facilmente anche dal cellulare, proiettandola sui pannelli interattivi ben visibili nelle città. Oppure promuovere progetti di mappatura collaborativa, grazie alle nuove tecnologie. Si tratta di uno strumento particolarmente prezioso, che si va diffondendo, soprattutto se utilizzato da persone che condividono simili bisogni – come, ad esempio, i genitori di bambini piccoli – che vivono nello stesso quartiere e possono formare una *community* per alimentare mappe che geolocalizzano e forniscono informazioni accurate e aggiornate sulle risorse disponibili sul territorio.

Nel frattempo, nel 2024, si è insediata la Commissione parlamentare d'inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie e l'Istat ha elaborato delle mappe per ognuna delle 14 città capoluogo delle città metropolitane, incrociando dati tratti dal Censimento permanente 2021 con dati di fonte amministrativa¹. Queste mappe mostrano "dall'alto" una fotografia dell'esistente con le sue disuguaglianze territoriali in termini di lavoro, istruzione, ospedali e risorse culturali, fornendo alcune indicazioni sui luoghi di vulnerabilità ed esclusione sociale.

Tra i nuovi dati elaborati da Istat per la Commissione parlamentare d'inchiesta sulle periferie abbiamo selezionato e mappato tre indicatori relativi alle tre principali città: Roma, Milano,



UN PAESAGGIO DI PENSIERI

Ripensare il paesaggio urbano in funzione del gioco e dell'apprendimento è possibile, bastano pochi accorgimenti durevoli nel tempo, replicabili e divertenti. Ad esempio, si possono collocare delle mappe-puzzle alle fermate degli autobus, dove i bambini possano allenare le proprie competenze spaziali, o dei pannelli mobili nei parchi, dove familiarizzare con parole, colori e numeri. È l'*Urban Thinkscape*.



Napoli², potenzialmente rilevanti anche per individuare le zone di criticità per le famiglie con bambini più piccoli. Un primo indicatore riguarda l'incidenza delle famiglie con figli (la cui persona di riferimento ha fino a 64 anni) con un possibile disagio economico (in cui nessun componente è occupato o percettore di pensione da lavoro). Esso fornisce solo un'indicazione indiretta, un indizio, della geografia urbana del disagio economico o sociale delle famiglie con figli fino a 3 anni. Il secondo indicatore riguarda il tasso di alloggi impropri, vale a dire la percentuale di alloggi occupati non identificabili come abitazioni, cioè baracche, roulottes, garage, insediamenti informali, sul totale delle abitazioni. Esso è rilevante perché sappiamo che nascere e crescere in situazioni di grave emergenza/marginalità abitativa ha effetti negativi e duraturi sullo sviluppo e la crescita dei piccolissimi. Il terzo indicatore segnala l'indice di affollamento delle abitazioni e può farci comprendere il disagio abitativo di molte famiglie con figli piccoli costrette a vivere in alloggi angusti, lontano dalle aree centrali e dai luoghi di lavoro, di cultura e svago, a causa di prezzi immobiliari che aumentano molto più dei redditi da lavoro.

Sono, infatti, i quartieri "dormitorio", con più giovani e meno anziani, a soffrire di un "grave disagio abitativo", senza che si siano intrapresi interventi pubblici di edilizia sociale o politiche

per far fronte al caro affitti, come avviene nella maggior parte degli altri Paesi europei. A Milano, ad esempio, secondo le rilevazioni dell'Istat "l'incidenza delle famiglie senza un reddito da lavoro sul totale delle famiglie residenti si attesta all'1,4%. Le quote più alte sono state rilevate nel Nil Tre Torri (3%) e, a seguire, nell'area Triulzo Superiore (2,6%) (...) caratterizzato anche dalla maggiore presenza di alloggi impropri (il 3% degli alloggi occupati è rappresentato, infatti, da luoghi di riparo non identificabili come abitazioni)"³. Altri quartieri della periferia milanese mostrano percentuali elevate, ma vi sono anche aree centrali con numerose situazioni di grave marginalità e di emergenze abitative (alloggi impropri). Il tasso di affollamento degli alloggi "regolari" è, invece, molto più elevato in quasi tutti i quartieri periferici e molto basso nei quartieri centrali, un'indicazione delle difficoltà di tante famiglie giovani spinte nelle periferie della città e nei quartieri di edilizia popolare. A Roma, sempre secondo l'Istat, "l'incidenza di famiglie con figli più esposte al disagio economico è più elevata rispetto a Torino, Milano e Genova ed è pari al 2,3%. Tra le Zone urbanistiche (Zu) più vulnerabili troviamo (...) Santa Palomba (5,4%), seguita dalla Zu Magliana (5,3%) che si contraddistingue, a sua volta, per una percentuale di 'alloggi impropri' (roulottes, caravan, garage, ecc.) del 7,3%, a fronte di una media comunale che non va oltre lo 0,2%. La rappresentazione cartografica dell'indicatore mostra che in numerose aree al di fuori del GRA queste famiglie superano la soglia del 3%, tra cui, ad esempio, Torre Angela, Borghesiana e Lunghezza a Est, Cesano, La Storta a Nord, Boccea e Massimina a Ovest, Acilia Sud e Infernetto a Sud"⁴. La mappa del sovraffollamento negli alloggi regolari indica, come a Milano, che il disagio abitativo è più presente nei quartieri periferici con una elevata presenza di giovani. A Napoli, rispetto a Milano e Roma, l'incidenza delle famiglie più vulnerabili raggiunge livelli molto più elevati, "6 famiglie su 100 devono provvedere al fabbisogno dei figli e di tutti gli altri componenti senza poter contare su una occupazione o su una pensione da lavoro. A San Pietro a Patierno la percentuale si colloca al di sopra del 9%, ed è oltre l'8% nei quartieri di Pendino, Secondigliano, San Giovanni a Teduccio e Miano"⁵.

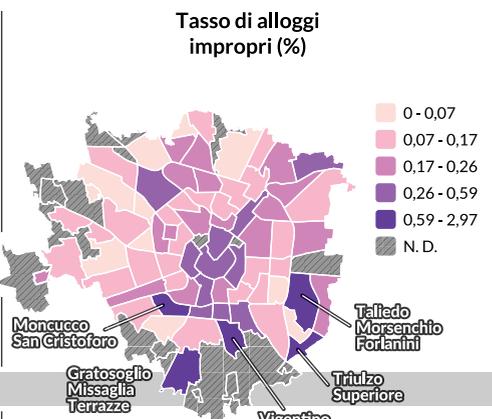
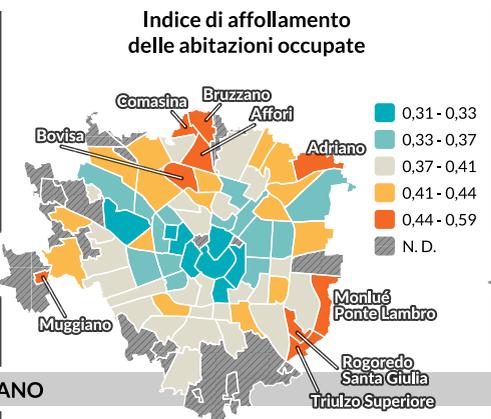
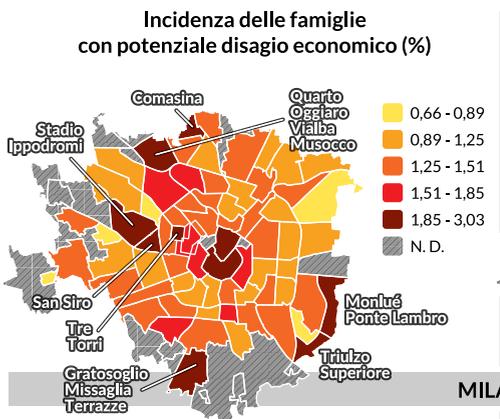
Anche gli ultimi dati sui provvedimenti di sfratto per il 2023⁶ mostrano come circa il 20% dei 40 mila provvedimenti, uno su cinque, sia emesso in una di queste tre città, Milano, Roma e Napoli, a indicare gli squilibri dei prezzi immobiliari e i problemi di disagio abitativo che vivono, in particolare, le tre metropoli.

Anche altre grandi città italiane – analizzando i dati al livello "sub-comunale" elaborati dall'Istat per la Commissione parlamentare sulle periferie – sono segnate da profonde diseguaglianze al loro interno, qui declinate attraverso il disagio socio-abitativo. A Palermo, la percentuale di famiglie con figli che vive una condizione di potenziale disagio economico è simile a quella di Napoli (5,8%). "Ad Altarelli e Palazzo Reale-Monte Di Pietà le famiglie in evidente difficoltà salgono a 9 su 100, a circa 10 su 100 a Brancaccio-Ciaculli. Nel quartiere di Palazzo Reale-Monte Di Pietà il tasso di alloggi impropri è cinque volte maggiore (1%) rispetto alla media comunale (0,2%)"⁷. "A Torino le famiglie con figli, che scontano più di altre difficoltà di carattere economico, sono l'1,7%. A Villaretto il fenomeno sfiora il 4% del totale delle famiglie ed è superiore al 3% in ulteriori tre delle 94 Zone statistiche identificate: Borgata Monterosa,

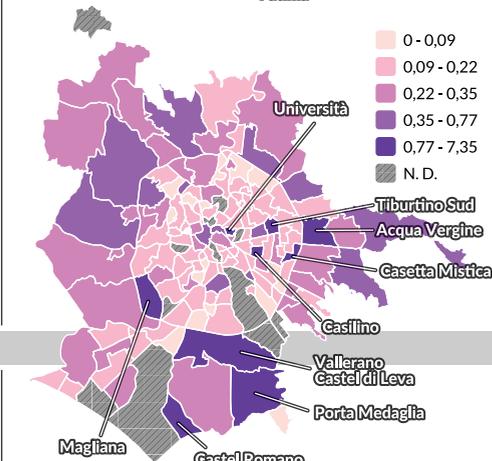
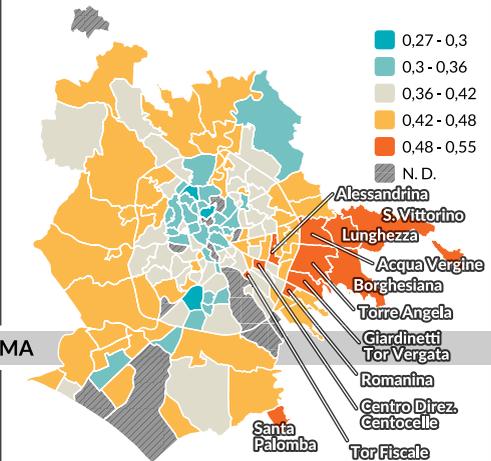
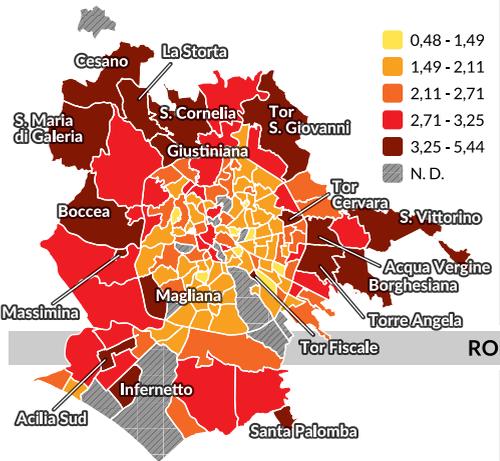


CARTOGRAMMI

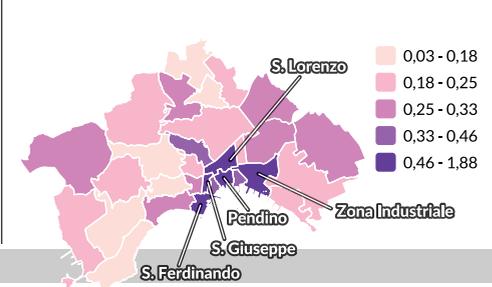
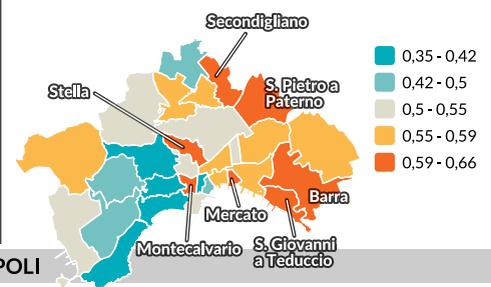
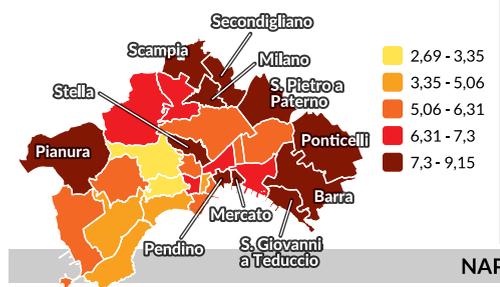
L'Istat, a giugno 2024, per l'Audizione davanti alla Commissione parlamentare di inchiesta sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie, ha pubblicato per ogni Città Metropolitana diversi indicatori al livello sub-comunale (su dati del Censimento Permanente 2021): a Milano sono espressi su scala di "nuclei di identità locale" o NIL, a Roma di "zone urbanistiche" e a Napoli di "quartieri". Qui a fianco abbiamo mappato tre di questi indicatori per ciascuna delle tre grandi città: "l'incidenza delle famiglie con figli con un potenziale disagio economico" (in cui nessun componente è occupato o percettore di pensione), poi "l'indice di affollamento delle abitazioni" (dato dal rapporto tra il numero di occupanti e il numero dei vani) e il "tasso di alloggi impropri" (roulottes, tende, caravan, camper, container, baracche, capanne, alloggi contenuti in costruzioni che non sono edifici, ecc.).



MILANO



ROMA



NAPOLI



Borgata Montebianco e Regio Parco”⁸. Le famiglie con figli con potenziale disagio economico rappresentano “a Genova, in media, l’1,3% del totale delle famiglie rilevate in occasione del Censimento permanente della popolazione del 2021. Le situazioni più critiche si registrano nelle Zone urbanistiche di Ca Nuova (3,5%) e Campi (3%)”⁹.

Sin qui la mappatura elaborata da Istat. Tuttavia, la periferia non è solo marginalità o assenza di servizio. Il grande architetto Renzo Piano, con i giovani professionisti riuniti nel gruppo G124, ha dedicato molte energie a ciò che chiama “il rammendo delle periferie”, vale a dire l’incessante opera di riqualificazione di quanto già esiste. “Le periferie – afferma – sono fabbriche di desideri, di aspirazioni e poi nelle periferie abita l’80, il 90 per cento delle persone che vivono in città. Questa parola è sempre accompagnata da un aggettivo denigratorio. Sono ‘lontane, tristi, abbandonate’. Ma non è mica vero: quando ci lavori scopri che sono piene di energia e non solo, anche di bellezza”¹⁰.

È la bellezza, ad esempio, della piazza riqualificata di Largo Mengaroni a Tor Bella Monaca (Roma), “rigenerata” grazie al lavoro di “tessitura” di tanti: dalla Fondazione Paolo Bulgari con Giulio Cederna, all’associazione culturale Cubo Libro animata da Claudia Bernabucci con la sua biblioteca e gli spazi di incontro aperti a tutti, soprattutto a tante mamme con i loro bambini.

“Sono giovanissime e di tante nazionalità”, ci dice. “Nella piazza e nei nostri spazi ritrovano una dimensione insieme amicale e protetta”. Sono luoghi dove anche la cultura si insedia. Da Torre Maura a Tor Bella Monaca, il festival internazionale del circo contemporaneo Anomalie (rigorosamente senza animali, ci tengono a precisare i suoi organizzatori) riesce a trasformare la periferia in un centro di interesse culturale, dove l’arte performativa produce inclusività grazie ai suoi spettacoli di piazza gratuiti e di alto livello artistico. Ce ne parla Chiara Crupi, presidente del Kollatino Underground ets, direttrice del format Anomalie: “La cultura, l’arte e la formazione alle arti, potenzialmente garantite per diritto, come semi piantati nel fertile terreno della periferia metropolitana, sbocciano in spazi inaspettati, rigenerando vite e comunità, creando aiuole dove ogni famiglia e individuo possono diventare protagonisti di un racconto collettivo”. È una sfida al presente che interroga il futuro: quello dei bambini, dei luoghi che amano, delle persone che li accompagnano verso il domani.

GLI SPAZI DI CAIVANO

L’impegno di molte associazioni del terzo settore e di altre risorse di comunità attive nelle periferie talvolta possono fare la differenza, fornendo anche un aiuto materiale: vestiti, prodotti e attrezzature per la prima infanzia troppo costosi per molti. Tuttavia, nelle zone più a rischio, serve un intervento più strutturato, in rete con le amministrazioni e i servizi del territorio. Un esempio interessante è il Polo Milleggiorni da poco inaugurato a

Caivano, comune cintura della provincia di Napoli, una sorta di periferia dell’area metropolitana partenopea, noto per una serie di interventi realizzati come risposta ai gravissimi fatti di cronaca dell’estate 2023. Qui Save the Children, insieme ad altre realtà territoriali, ha allestito spazi per i bambini di 0-6 anni e i loro genitori con laboratori indirizzati agli adulti *caregiver* (di lettura, dedicati all’esplorazione di sé, delle emozioni,

delle relazioni e professionalizzanti) e per i piccoli (laboratori di psicomotricità, creativi, di manipolazione, ecc.), oltre a sportelli informativi per orientare sulla disponibilità di servizi nel territorio. Si tratta di un intervento organico di aiuto e accompagnamento completamente gratuito, utile anche ad intercettare le situazioni più critiche di vulnerabilità.



Conclusioni

Nel 2023 i nuovi nati sono stati solo 379 mila. Per intenderci, quattro volte meno delle automobili immatricolate nell'anno. Ma nonostante il continuo allarme "culle vuote", al testardo gruppo di bambini che si ostina a nascere in Italia non viene garantito tutto il necessario per crescere.

I bambini tra zero e tre anni sono tra i più poveri. Ad oggi meno di un terzo trova posto in asilo nido. Restano fuori soprattutto i bambini del Sud e quelli in difficoltà economica. La sanità neonatale italiana è un'eccellenza, ma indagando da vicino emergono gravi disuguaglianze. I piccoli sono colpiti anche dalla povertà ambientale: privati della ricchezza di ecosistema e biodiversità (che il rinnovato articolo 9 della Costituzione ci impone di salvaguardare "nell'interesse delle future generazioni"). L'Atlante esplora queste realtà con una lente intersezionale, per rilevare i fattori di svantaggio che si sommano e si sovrappongono, intrappolando bambini e bambine negli anni decisivi.

Anni decisivi: perché, alla nascita, ogni bambino è un "miliardario" della mente. Piero Angela usava questa espressione per spiegare la rilevanza dei primi mille giorni. Grazie ai progressi della ricerca, ormai sappiamo che ciò che succede ai bambini nei primi tre anni condiziona – nel bene e nel male – l'intero corso dell'esistenza. Ma questa consapevolezza e l'accresciuta sensibilità sul tema non hanno provocato un cambiamento delle politiche. La cura dei piccoli rimane ai margini dell'impegno pubblico, in gran parte delegata a genitori e famiglie. I nuovi "miliardari" rischiano di trovarsi presto espropriati delle loro ricchezze.

Cosa servirebbe per accogliere degnamente, come comunità responsabile, tutti i nuovi nati? Un sostegno capillare alla genitorialità, percorsi nascita e pediatri, congedi parentali paritari, agevolazioni economiche, soluzioni abitative favorevoli. E, ancora, visite domiciliari a neonati e genitori, asili nido accessibili e di qualità, spazi di incontro, una rete educativa e di *welfare* territoriale con il contributo di terzo settore e aziende. I diritti dei più piccoli dovrebbero guidare anche scelte su materie apparentemente più lontane: spazi urbani, tutela ambientale, mobilità, tempi e orari, offerta culturale, e così via. Non è un'utopia e non c'è molto da inventare. Le proposte di soggetti come Alleanza per l'Infanzia indicano chiaramente ciò che occorre fare, alla luce delle più avanzate esperienze nazionali e internazionali.

Grazie alla mobilitazione di tanti, negli ultimi anni alcuni passi avanti in Italia sono stati fatti, a partire dall'Assegno Unico e dagli asili nido. Ma troppo pochi e troppo lenti. Se la scienza ha rivoluzionato il modo di intendere i primi anni di vita, è tempo di rivoluzionare anche le politiche. Mettendo in soffitta i bonus e i servizi "a domanda individuale" che le famiglie devono inseguire, a favore di una base di diritti esigibili e di un'offerta attiva, universalistica, per tutti i

nuovi nati. Una piccola rivoluzione copernicana, dove al posto del sole questa volta mettiamo i bambini e i loro genitori, attorno ai quali far orbitare la rete delle opportunità (e non viceversa). Per un salto del genere servono volontà, alleanze e risorse. La buona notizia è che questa rivoluzione “conviene” a tutti. L’Organizzazione Internazionale del Lavoro ha calcolato che, nei Paesi europei, ogni dollaro investito nella cura della prima infanzia produce un ritorno di 3,44 dollari sul PIL¹. Un altro studio², discusso al vertice sociale europeo di La Hulpe, stima che un aumento della spesa volto ad espandere la copertura dei servizi educativi per la prima infanzia non soltanto non incide negativamente sul debito, ma può anche ridurlo nel medio-lungo termine, grazie ad un ritorno significativo in termini di gettito fiscale, dovuto alla maggiore crescita economica ed occupazione femminile.

Per un motivo o per l’altro il risultato non cambia: occorre investire sui primi anni di vita. Questo investimento è necessario, allargando lo sguardo, anche su scala mondiale. Qui parliamo d’Italia, ma senza ignorare il mondo che bussa alle porte. Che può prendere il volto, tra i tanti, di una bambina nata il 25 agosto su un barchino di vetroresina nei pressi di Lampedusa, mentre rischia di affondare con la mamma e la sorellina di 5 anni. Lei è tratta in salvo, molti altri no. Quando parliamo dei nuovi nati in Italia, parliamo anche di lei, di loro. Perché i diritti dei bambini saranno tali solo quando varranno per tutti e tutte. Altrimenti, non possiamo chiamarli “diritti”.

Tra i tanti ostacoli che i nuovi nati devono affrontare, l’Atlante ci racconta però anche l’infinita bellezza dei primi anni, periodo unico di scoperta, creatività e di gioco. Lo fa raccogliendo le voci autorevoli di chi è impegnato sul campo. I numeri e le mappe servono ma non bastano, occorre essere al fianco dei bambini in carne ed ossa. Mettersi alla loro altezza, al loro livello. Ma attenzione, come insegnava il grande pedagogista Janusz Korczak, questo non vuol dire abbassarsi o curvare. Al contrario, significa “essere obbligati ad innalzarsi fino all’altezza dei loro sentimenti”. Tirarsi su, allungarsi, alzarsi sulla punta dei piedi. E allora: un, due, tre... stella!

Raffaella Milano
Direttrice Ricerche
Save the Children Italia





NOTE



SPAZI FUTURI

Chi saremo nel 2080

- 1 Istat, *Rapporto annuale 2024*, 2024, www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2024-la-situazione-del-paese-2/
- 2 Istat, *Il Paese domani: crescerà lo squilibrio tra nuove e vecchie generazioni, aumenteranno le differenze*, 24 luglio 2024, www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf
- 3 Per approfondire si veda Camera dei Deputati, *Delibera 31 luglio 2024: Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto*, GU n.188 del 12-08-2024
- 4 Elaborazioni Save the Children su dati Istat, Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2023 e Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione - Base 1/1/2023, anno di riferimento 2050 e 2080, <https://demo.istat.it/?l=it>
- 5 Elaborazioni Istat dall'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" per Save the Children, media anni 2022 e 2023
- 6 Elaborazioni Save the Children su dati Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente - Anni 1952-1971, anno di riferimento 1960, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/s/IT1,POP,1.0/POP_INTCENSPOP/DCIS_RICPOPRES1971/IT1,164_346_DF_DCIS_RICPOPRES1971_1,1.0
- 7 Massimo Livi Bacci, *Mezzogiorno esangue*, Neodemos, 19 gennaio 2024, www.neodemos.info/2024/01/19/mezzogiorno-esangue/
- 8 Elaborazioni Save the Children su dati Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente - Anni 1982-1991, anno di riferimento 1990, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/s/IT1,POP,1.0/POP_INTCENSPOP/DCIS_RICPOPRES1991/IT1,164_279_DF_DCIS_RICPOPRES1991_1,1.0
- 9 Elaborazioni Istat dall'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" per Save the Children, media anni 2002-2003 e media anni 2022-2023
- 10 Istat, *Rapporto annuale 2024 - In pillole*, 2024, www.istat.it/it/files//2024/05/Rapporto-Annuale-in-pillole.pdf
- 11 Eurostat, *Living conditions in Europe - housing*, anno di riferimento 2022, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_housing#Key_findings
- 12 Elaborazioni IFEL su dati Istat per Save the Children, anno di riferimento 2023
- 13 Ibid.
- 14 Elaborazioni IFEL su dati Istat, 2024, in IFEL, *Piccoli comuni*, Marzo 2024, www.fondazioneifel.it/images/PiccoliComuni_marzo24.pdf
- 15 Istat, *Il Paese domani: crescerà lo squilibrio tra nuove e vecchie generazioni, aumenteranno le differenze*, 24 luglio 2024, www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Previsioni-popolazione-famiglie_2023.pdf
- 16 Dati disponibili sul database Istat, Bilancio demografico, anno di riferimento 2023, <https://demo.istat.it/>
- 17 Brandolini A., *Di nascite, migranti e destini collettivi*, Doppiozero, 22 luglio 2024, www.doppiozero.com/di-nascite-migranti-e-destini-collettivi
- 18 Istat, *Rapporto Annuale 2024*, pp. 111-112, 2024 www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf
- 19 Banca d'Italia, *Considerazioni finali del Governatore*, 31 maggio 2024, www.bancaditalia.it/pubblicazioni/interventi-governatore/integov2024/cf_2023.pdf
- 20 Brandolini A., *Di nascite, migranti e destini collettivi*, Doppiozero, 22 luglio 2024, www.doppiozero.com/di-nascite-migranti-e-destini-collettivi

Aree interne

- 1 "La mappatura delle Aree interne origina dall'individuazione dei Comuni Polo e Polo intercomunale sulla base della presenza di determinati servizi sui tre versanti della salute, dell'istruzione e della mobilità. Gli altri Comuni (di Cintura, Intermedi, Periferici e Ultraperiferici) sono individuati sulla base dei tempi medi di percorrenza stradale necessari per



raggiungere i Poli. Alla prima mappatura realizzata per il ciclo di programmazione 2014-2020 è seguito un aggiornamento nell'ambito del ciclo di programmazione 2021-2027" in Istat, *La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future*, 29 luglio 2024, www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/STATISTICA-FOCUS-DEMOGRAFIA-DELLE-AREE-INTERNE_26_07.pdf

2 Ibid.

3 Ibid.

I comuni dei tanti bambini

- 1 Elaborazioni IFEL per Save the Children, anno di riferimento 2023
- 2 Elaborazioni Save the Children su dati Istat, Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024, anno di riferimento 2024, <https://demo.istat.it/>

Caro bebè quanto costi

- 1 In base ai dati sulla spesa dei Comuni e delle famiglie per nidi e sezioni primavera rilevati da Istat per il 2019 e per il 2022 (anno educativo 2022-2023, ultimo disponibile), la retta media versata dalle famiglie è passata da 1.501 euro annuali a 1.523 euro – si tratta dei posti offerti dai Comuni, cioè nidi e sezioni primavera pubblici e posti riservati dai Comuni nei servizi privati convenzionati. Dati disponibili sul database Istat, Servizi offerti dai comuni - reg., https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,Z0800SSW,1.0/SSW_SOCSE/DCIS_SERVSOCEDU1/IT1,47_850_DF_DCIS_SERVSOCEDU1_2,1.0
- 2 Centro Studi Confindustria, *Rapporto di previsione. Tassi, PNRR, superbonus, energia: Che succederà alla crescita italiana? - Primavera 2024*, pag. 35, Grafico 17, 2024, www.confindustria.it/home/centro-studi/prodotti/previsioni/rapporto/highlights/rapporto-previsione-economia-italiana-primavera-2024/fd2ea763-9dc6-4cdd-9dc7-572a88720fe9
- 3 OCSE, *Prospettive dell'occupazione OCSE 2024 Nota Paese: Italia*, 2024, www.oecd.org/it/publications/prospettive-dell-occupazione-ocse-2024-nota-paese_4668c6a8-it/italia_a_d27f7855-it.html#:~:text=L'Italia%20C3%A8%20il%20Paese,rispetto%20a%20prima%20della%20pandemia.

4 Si vedano i dati rilasciati nei comunicati relativi al tema "Caro bimbo" di Federconsumatori, www.federconsumatori.it/argomenti/caro-bimbo/

5 I beni e servizi considerati nelle analisi di Federconsumatori sono i seguenti: passeggino, lettino, box, fasciatoio, biberon (x4), vestiti e calzature, seggiolino auto, seggiolino pappa, rialzo da sedia, culla, sterilizzatore, scaldabiberon, ciuccio (x4), marsupio, sdraietta, girello, pannolini, farmaci, visite mediche, bagnetto, salviette, crema, latte e pappe, biscotti e giocattoli.

SPAZI PER NASCERE

La linea di partenza

- 1 Brescianini S. et al., *Esposizioni precoci e salute futura: il ruolo della Life Course Epidemiology e le coorti di nuovi nati*, Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 37(2), pp. 3-7, 2024
- 2 Si veda, ad esempio, Perera F. e Herbstman J., *Prenatal environmental exposures, epigenetics, and disease*, Reproductive Toxicology, Vol. 31(3), pp. 363-73, 2011, doi: 10.1016/j.reprotox.2010.12.055
- 3 Wagner C. et al., *Life course epidemiology and public health*, The Lancet Public Health, Vol. 9(4), pp. e261-e269, Aprile 2024
- 4 Black M.M. et al., *Early childhood development coming of age: science through the life course*, The Lancet, Vol. 389(10064), pp. 77-90, 2017
- 5 Ministero della Salute, *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, 2019
- 6 Marden J.R. et al., *Contribution of socioeconomic status at 3 life-course periods to late-life memory function and decline: early and late predictors of dementia risk*, American Journal of Epidemiology, Vol. 186(7), pp. 805-814, 2017, doi: 10.1093/aje/kwx155

L'Italia divisa in sala parto

- 1 Ministero della Salute, *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*, 2017



- 2 Citato in Ibid.
- 3 World Health Organisation, *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, pag. 11, 2018, (traduzione propria)
- 4 Istituto Superiore di Sanità, *Linee guida: Gravidanza fisiologica (prima parte)*, 2023
- 5 Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto CeDAP. Analisi dell'evento nascita. Anno 2022, 2023*. I dati riportati nei paragrafi successivi fanno riferimento a questa fonte.
- 6 Si veda Ministero della Salute, Età e fertilità, <https://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?lingua=italiano&id=4556&area=fertilita&menu=stilivita#:~:text=L'aumento%20dell'et%C3%A0%20materna,e%20patologie%20genetiche%20come%20la>
- 7 Istituto Superiore di Sanità, *Linee guida: Gravidanza fisiologica (prima parte)*, 2023
- 8 Ministero della Salute, ISS, CeVEAS, *Linee guida: Gravidanza fisiologica*, 2010. La prima parte delle linee guida è stata aggiornata nel 2023, si veda ibid.
- 9 Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto CeDAP. Analisi dell'evento nascita. Anno 2022, 2023*
- 10 Conferenza Unificata Stato-Regioni e Stato-Città ed Autonomie Locali, *Accordo 16 dicembre 2010: Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»*, GU n.13 del 18-1-2011.
- 11 Ministero della Salute, *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*, 2017
- 12 World Health Organization, *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
- 13 World Health Organization, *WHO Statement on Caesarean Section Rates: Frequently asked questions*, 10 aprile 2025, <https://www.who.int/news/item/10-04-2015-who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>
- 14 World Health Organization, *Dichiarazione dell'OMS sul tasso dei tagli cesarei*, 2015, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_ita.pdf?sequence=14
- 15 World Health Organization, *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
- 16 Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto CeDAP. Analisi dell'evento nascita. Anno 2022, 2023*
- 17 Ministero della Salute, *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*, 2010
- 18 Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto CeDAP. Analisi dell'evento nascita. Anno 2022, 2023*
- 19 World Health Organization, *WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
- 20 Ministero della Salute, *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)*, 2017
- 21 World Health Organization, *Improving early childhood development: WHO Guideline*, 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>
- 22 Istituto Superiore di Sanità, *Depressione peripartum: le Linee guida*, 11 gennaio 2024, <https://www.epicentro.iss.it/materno/linee-guida-depressione-peripartum> [ultimo accesso 05 Settembre 2024]; WHO, *Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*, 19 settembre 2022, <https://shorturl.at/otqso>
- 23 Bauer A. et al., *Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort*, *Psychol Med.*, Vol. 45(1), pp. 51-61, 2015, doi: 10.1017/S0033291714001044



- 24 Bauer A. et al., *Lifetime costs of perinatal anxiety and depression*, *Journal of Affective Disorders*, Vol. 192, pp. 83-90, 2016, doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005
- 25 Stevenson K. et al., *The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis*, *The Lancet Public Health*, Vol. 8(3), pp. e203-e216, 2023, doi: 10.1016/S2468-2667(22)00342-5
- 26 Lega I. et al., *Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy*, *Archives of Women's Mental Health*, Vol. 23(2), pp. 199-206, Aprile 2020, doi: 10.1007/s00737-019-00977-1
- 27 Lega I. et al., *Perinatal mental health care in the Italian Mental Health Departments: a national survey*, *European Psychiatry*, Vol. 24, pp. 1-25, Maggio 2024, doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1749

Quel confine sottile tra efficienza clinica e violenza ostetrica

- 1 Commissione europea, Direzione generale della Giustizia e dei consumatori e Quattrocchi P., *Obstetric violence in the European Union: situational analysis and policy recommendations*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>
Si tratta della ricerca più recente sull'argomento condotta in Europa.
- 2 Il primo evento istituzionale dedicato all'argomento risale al 1985, quando la *World Health Organization* (WHO) e la *Pan American Health Organization* (PAHO) promossero una conferenza internazionale dal titolo "Appropriate technology for birth".
- 3 Si veda, ad esempio, la rete *Euro Peristat*, <https://www.europeristat.com/>
- 4 Ministero della Salute, *Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*, Comunicato n. 405, 2010

L'ingiustizia della mortalità

- 1 Simeoni S., Frova L. e De Curtis M., *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities*, *Italian Journal of Pediatrics*, Vol. 50, art. 5, 2024, doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>

- 2 Dati disponibili sul database Istat, Mortalità infantile per territorio di residenza, <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26469#>
- 3 Dati disponibili sul database Eurostat, Causes of death - infant mortality by country of occurrence, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_AINFO/default/table?lang=en
- 4 Simeoni S., Frova L. e De Curtis M., *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities*, *Italian Journal of Pediatrics*, Vol. 50, art. 5, 2024, doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>
- 5 Dati disponibili sul database Istat, Mortalità infantile per territorio di residenza, <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26469#>
- 6 Simeoni S., Frova L. e De Curtis M., *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities*, *Italian Journal of Pediatrics*, Vol. 50, art. 5, 2024, doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>
- 7 Istat, *Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione*, 25 marzo 2024, www.istat.it/wp-content/uploads/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf
- 8 Per approfondire si veda Save the Children, *Atlante dell'infanzia (a rischio) in Italia. Come stai?*, 2022, www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/13-atlante-dell-infanzia-a-rischi-o-come-stai
- 9 Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - IRCCS, *Migrazione sanitaria pediatrica: bambini in fuga verso il Nord da Molise, Calabria e Basilicata per curarsi*, 16 novembre 2022, <https://www.marionegri.it/magazine/migrazione-sanitaria-pediatrica>
- 10 Simeoni S., Frova L. e De Curtis M., *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities*, *Italian Journal of Pediatrics*, Vol. 50, art. 5, 2024, doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01571-z>

Quindici buone pratiche

- 1 Per approfondire si veda <https://nascita.marionegri.it/>
- 2 Pandolfini C. et al., *Parental practices that influence children's development: how often are they implemented and by whom - results from the NASCITA birth cohort study*, *European Journal of Pediatrics*, Vol. 183(7), pp. 3029-3038, 2024 doi: 10.1007/s00431-024-05564-w



In Italia poche terapie intensive pediatriche

- 1 Ministero della Salute, *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2022, 2023*
- 2 Minardi C. et al., *Shortage of paediatric intensive care unit beds in Italy*, The Lancet, Vol. 402 (10412), p. 1525, 2023, doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01791-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01791-9)
- 3 Società Italiana di Neonatologia, *Lattanti critici, la proposta Sin: Tin "allargate" anche ai primi mesi pediatrici*, Comunicato Stampa SIN XXVIII Congresso Nazionale, 2022, <https://www.sin-neonatologia.it/cs-sin-xxviii-congresso-nazionale-tin-allargata-31-10-2022/>

Pediatri non più soli

- 1 Ministero della Salute, *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, 2019
- 2 World Health Organisation, *Constitution of the The World Health Organization*, 1984 (traduzione propria)
- 3 OMS, Unicef e Banca Mondiale, *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*, 2018, (trad. a cura di CSB onlus), <https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/05/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>
- 4 Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2022, 2024*
- 5 Fondazione GIMBE, *Carenza pediatri: ne mancano almeno 827, due su tre in Lombardia, Piemonte e Veneto. Oltre 1.000 bambini per pediatra in Piemonte, Veneto, Valle d'Aosta e Bolzano. Entro il 2026 previsti oltre 1.700 pensionamenti, ma nessuna certezza sul ricambio generazionale*, Comunicato stampa, 21 maggio 2024
- 6 Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2022, 2024*
- 7 Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 29 luglio 2009, art. 38, comma I.
- 8 Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2022, 2024*
- 9 Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, *Accordo Collettivo Nazionale. Disciplina dei rapporti con i medici di pediatri di libera scelta ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni. Triennio 2016-2018, 2022*

- 10 Fondazione GIMBE, *Carenza pediatri: ne mancano almeno 827, due su tre in Lombardia, Piemonte e Veneto. Oltre 1.000 bambini per pediatra in Piemonte, Veneto, Valle d'Aosta e Bolzano. Entro il 2026 previsti oltre 1.700 pensionamenti, ma nessuna certezza sul ricambio generazionale*, Comunicato stampa, 21 maggio 2024
- 11 Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Anno 2022, 2024*
- 12 Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 13° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, 2023
- 13 Stati Generali della Pediatria, *Le 5 sfide da affrontare per una salute a misura di bambino* (dossier), 2023, <https://sip.it/2023/03/03/stati-general-della-pediatria-le-5-sfide-da-affrontare-per-una-salute-a-misura-di-bambino/>

Gli invisibili senza residenza

- 1 RomaToday, *Negli asili nido del comune di Roma anche senza residenza. Tutti i nuovi criteri*, 11 febbraio 2023, <https://www.romatoday.it/politica/criteri-accesso-asili-comune-di-roma.html>

Una giornata con... Il Piccolo Principe

- 1 Per approfondire si veda <https://ilpiccoloprincipe.mo.it/>

LEA non per tutti

- 1 Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2022, 2024*
- 2 Aostaoggi.it, *Sanità, Valle d'Aosta 'sotto la soglia di adempienza'*, 15 luglio 2024, www.aostaoggi.it/sanita/28845-sanita-valle-d-aosta-sotto-la-soglia-di-adempienza
- 3 Cittadinanzattiva, *"I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe". Lettera al Ministro Schillaci per l'entrata in vigore del Decreto Tariffe*, 20 marzo 2024, www.cittadinanzattiva.it/comunicati/16350-i-diritti-dei-cittadini-non-meritano-altre-proroghe-lettera-al-mi-nistro-schillaci-per-lentrata-in-vigore-del-decreto-tariffe.html



- 4 Osservatorio Screening Neonatale, *Screening neonatale SMA: già attivo in tredici regioni italiane e in via di introduzione in altre tre*, 11 luglio 2024, <https://www.osservatorioscreening.it/screening-neonatale-sma-gia-attivo-in-sette-regioni-italiane-e-in-via-di-introduzione-in-altre-quattro/>

Consultori in cerca di identità

- 1 Istituto Superiore di Sanità, *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019*, 2022
- 2 Ministero della Salute, *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, 2019
- 3 Ministero della Salute, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022*, 2024
- 4 Istituto Superiore di Sanità, *Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino. Risultati dell'edizione 2022*, 2023, https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/pdf/23-03-2023/PIZZI_SALVATORE_23_03_2023_.pdf
- 5 Per approfondire si veda World Health Organization, *Breastfeeding*, www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- 6 Istituto Superiore di Sanità, *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019*, 2022
- 7 Si tratta del progetto "Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita, anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati" coordinato dal Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (ISS), www.epicentro.iss.it/materno/progetto-per-la-promozione-della-salute-nei-primi-1000-giorni

SPAZI PER CRESCERE

Imparare la genitorialità

- 1 Center on the Developing Child - Harvard University, Brain Architecture, <https://shorturl.at/c5ppW>
- 2 OMS, Unicef e Banca Mondiale, *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*, 2018, (trad. a cura di CSB onlus), <https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/05/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>
- 3 Tamburlini G., *I bambini in testa. Prendersi cura dell'infanzia a partire dalle famiglie*, Il pensiero scientifico editore, 2023
- 4 Sylva K. et al., *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project*, 2004, <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/18189/2/SSU-SF-2004-01.pdf> (trad. propria)
- 5 Dors e CSB, *Promuovere lo sviluppo del bambino, prevenire le disuguaglianze. Interventi efficaci e raccomandazioni*, 2021
- 6 Gruppo CRC, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 13° Rapporto di aggiornamento*, 2023, <https://gruppocrc.net/wp-content/uploads/2024/01/13%C2%B0-Rapporto-CRC-VERSIONE-DEFINITIVA-3.pdf>

Nurturing care framework: un buon inizio

- 1 La traduzione in italiano a cura del CSB onlus è disponibile al seguente link: <https://csbonlus.org/il-nurturing-care-framework/>

Famiglie omogenitoriali e bambini senza diritti

- 1 Secondo una rilevazione Istat del 2022 su un campione non esaustivo di 21 mila coppie omosessuali o bisessuali legate da unione civile (o che lo sono state in passato), il 7,5% di queste ha figli minori. Si stima pertanto che i figli minori possano essere circa 1.500. Fonte: Istat, *Discriminazioni lavorative nei confronti delle persone LGBTQ+ - Anno 2022*, 2023 www.istat.it/comunicato-stampa/discriminazioni-lavorative-nei-confronti-delle-persone-lgbt-in-unione-civile-o-gia-in-unione-anno-2022/
- 2 Corte costituzionale, Sentenza 32 e 33, 2021



- 3 Corte di Cassazione, Sezioni unite civili, Sentenza 30 dicembre 2022, n. 38162
- 4 AGIA, *Certificato europeo di filiazione, Garlatti: "È uno strumento per la tutela dei diritti dei minorenni"*, 7 marzo 2023, www.garanteinfanzia.org/certificato-europeo-di-filiazione-garlatti-e-uno-strumento-la-tutela-dei-diritti-d-ei-minorenni-0
- 5 Lettera aperta alla Ministra Roccella dell'Associazione Culturale Pediatri, 2023, <https://acp.it/it/2023/04/famiglie-arcobaleno-pediatri-alla-ministra-roccella-preoccupante-vuoto-normativo-e-spone-i-bambini-a-una-grave-carezza-di-diritti.html>
- 6 Lettera aperta alla Ministra Roccella degli Ordini degli Psicologi delle Regioni Lazio, Campania, Sicilia, Marche, Abruzzo, Veneto ed Emilia-Romagna, 2023, www.oprs.it/cittadino/2023/02/07/famiglie-omogenitoriali-lettera-aperta-alla-ministra-roccella/

Interferenze tecnologiche

- 1 Istituto Superiore di Sanità, *Sorveglianza 0-2 anni: la maggioranza delle mamme mette in atto "buone pratiche" ma risulta alta l'esposizione a fumo passivo e agli schermi dei device. Nella fotografia dell'ISS i primi mille giorni di vita*, 23 marzo 2023, www.iss.it/-/sorveglianza-0-2-anni-la-maggioranza-delle-mamme-mette-in-atto-buon-e-pratiche-ma-risulta-alta-l-esposizione-a-fumo-passivo-e-agli-schermi-dei-device-nella-fotografia-dell-iss-i-primi-mille-giorni-di-vita
- 2 Istituto Superiore di Sanità, *Indagine 2022: esposizione a schermi*, 2023, <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-esposizione-schermi>
- 3 Istituto Superiore di Sanità, *Indagine 2022: lettura in famiglia*, 2023, <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/indagine-2022-lettura-precocce>
- 4 Brushe M.E. et al., *Screen Time and Parent-Child Talk When Children Are Aged 12 to 36 Months*, *JAMA Pediatrics*, Vol. 178(4), pp. 369-375, 2024, <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2815514>

Voce e libro: la magia di nati per leggere

- 1 Dati Eurostat 2022 in Podcast "Dati alla mano", puntata "Giovani generazioni" con Conti C., Conti C. e Bologna E., <https://www.spreaker.com/episode/giovani-generazioni-60651389>

- 2 ACP, AIB e CSB, *Nati per Leggere 1999-2019. La storia, le attività, i risultati, le prospettive*, Settembre 2019, https://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2019/10/Report-20-anni_COMPLETO-WEB-protetto.pdf

Il congedo del padre

- 1 Sarkadi A. et al., *Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies*, *Acta Paediatrica*, Vol. 97(2), pp. 153-158, Febbraio 2008, doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x
- 2 Opondo C. et al., *Father involvement in early child-rearing and behavioural outcomes in their pre-adolescent children: evidence from the ALSPAC UK birth cohort*, *BMJ Open*, Vol. 6, pp. e012034, 2016, doi:10.1136/bmjopen-2016-012034
- 3 Pisacane A. et al., *A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion Pediatrics*, Vol. 116(4), pp. e494-8, Ottobre 2005, doi:10.1542/peds.2005-0479; Paulson J.F. et al., *Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis*, *JAMA*, Vol. 303(19), pp. 1961-9, 2010, doi:10.1001/jama.2010.605
- 4 Per approfondire si veda il sito del progetto in italiano, con risorse dedicate ai padri: <https://4e-parentproject.eu/>
- 5 Per approfondire si veda il sito <https://cls.ucl.ac.uk/cls-studies/millennium-cohort-study/>
- 6 Tanaka S. e Waldfogel J., *Effects of parental leave and work hours on fathers' involvement with their babies*, *Community, Work & Family*, Vol. 10(4), pp. 409-426, 2007, doi: 10.1080/13668800701575069.
- 7 Heshmati A. et al., *The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review*, *Lancet Public Health*, Vol. 8, pp. e57-75, 2023
- 8 Direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 giugno 2019
- 9 Elaborazioni Save the Children su dati INPS, www.savethechildren.it/blog-notizie/festa-del-papa-aumenta-l-utilizzo-del-congedo-di-paternita
- 10 INPS, XXIII Rapporto annuale, pp. 236-7, Settembre 2024, www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale.html



- 11 Parlamento europeo, *Maternity and paternity leave in the EU*, Marzo 2023, [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739346/EPRS_ATA\(2023\)739346_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739346/EPRS_ATA(2023)739346_EN.pdf)
- 12 Per neogenitori si intende chi ha avuto figli nel 2023 o ha finito la maternità e/o paternità in quell'anno.
- 13 INPS, Indennità di congedo parentale per lavoratrici e lavoratori dipendenti, www.inps.it/it/it/dettaglio-scheda.it.schede-servizio-strumento.schede-servizi.50583.indennit-per-congedo-parentale-per-lavoratrici-e-lavoratori-dipendenti.html [ultimo agg. 27 giugno 2024]
- 14 Ad esempio, in Francia, Spagna, Inghilterra e nei Paesi scandinavi il congedo è esteso a genitori dello stesso sesso. Per approfondimenti si veda Addati L., Cattaneo U. e Pozzan E., *Care at work. Investing in care leave and services for a more gender equal world of work*, Geneva, International Labour Office, 2022, https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf
- 15 Addati L., Cattaneo U. e Pozzan E., *Care at work. Investing in care leave and services for a more gender equal world of work*, Geneva, International Labour Office, 2022, https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf; OECD, *PF2.2: Parents' use of childbirth-related leave*, OECD Family Database, <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/data-sets/family-database/pf2-2-use-childbirth-leave.pdf>
- 16 Capra P., *Il congedo parentale giova al benessere mentale di mamme e papà*, Dors, 24 febbraio 2023, <https://www.dors.it/2023/02/il-congedo-parentale-giova-al-benessere-mentale-di-mamme-e-papa/>

Chi è più istruito tra lui e lei

- 1 Elaborazioni Istat dall'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" per Save the Children, media anni 2002-2003 e 2022-2023
- 2 Dati disponibili sul Gender Statistics Database di EIGE, Distribution of childcare within the household, by type of childcare task and employment status, anno 2022, https://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs/indicator/eige_gap_child_resp__ggs_child

_distrib_emp/hbar/year:2022/geo:IT/sex:M,W/distribution:EQALLY_BOTH/employment:EMPLOYED/childcare_type:PERSONAL_CARE

- 3 Elaborazioni Istat dall'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" per Save the Children, media anni 2002-2003 e 2022-2023 ed elaborazioni Istat dall'indagine "Rilevazione sulle forze di lavoro" per Save the Children, anno di riferimento 2023
- 4 Save the Children, *Le equilibriste. La maternità in Italia 2024*, 2024, <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italiana-nel-2024>
- 5 INPS, XXIII Rapporto annuale, pp. 207 e seguenti, Settembre 2024, <https://www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale.html>
- 6 Percorsi di Secondo Welfare, *Grembo: parlare di genitorialità, oggi*, 9 settembre 2024, https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/famiglia/grembo-parlare-di-genitorialita-oggi/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=intrecci_nel_mediterraneo_essere_genitori_oggi_il_futuro_dellassistenza_agli_anziani_e_le_altre_storie_della_settimana&utm_term=2024-09-14

Nonni anticrisi

- 1 Moretti M., Cisotto E. e De Rose A., *Nonni in buona salute: cosa è cambiato negli ultimi 20 anni*, Neodemos, 2 luglio 2024, <https://www.neodemos.info/2024/07/02/nonni-in-buona-salute-cosa-e-cambiato-negli-ultimi-20-anni/?print=print>

Più piccoli e più poveri

- 1 Istat, *Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione*, 25 marzo 2024, https://www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf
- 2 Elaborazioni Istat per Save the Children, anno di riferimento 2022
- 3 Istat, *Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione*, 25 marzo 2024, https://www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf



- 4 Elaborazioni Istat per Save the Children, anno di riferimento 2022
- 5 Brandolini A., *Di nascite, migranti e destini collettivi*, Doppiozero, 22 luglio 2024, www.doppiozero.com/di-nascite-migranti-e-destini-collettivi
- 6 Dati disponibili sul database Istat, Individui poveri - sesso ed età, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/IT1,HOU,1.0/HOU_POVER/DCCV_POVERTA/IT1,34_727_DF_DCCV_POVERTA_9,1.0 e Istat, *Resta stabile la povertà assoluta, la spesa media cresce ma meno dell'inflazione*, 25 marzo 2024, https://www.istat.it/it/files/2024/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2023_25.03.24.pdf
- 7 Elaborazioni Istat per Save the Children, anno di riferimento 2021 e 2022
- 8 Per approfondire si veda lo studio Istat, *La redistribuzione del reddito in Italia - Anno 2023*, 6 marzo 2024, www.istat.it/comunicato-stampa/la-redistribuzione-del-reddito-in-italia-anno-2023/
- 9 Brandolini A., *Di nascite, migranti e destini collettivi*, Doppiozero, 22 luglio 2024, www.doppiozero.com/di-nascite-migranti-e-destini-collettivi e Brandolini A., *Crisi economica e infanzia: l'Italia nella doppia recessione*, 2019
- 10 Elaborazioni Istat su dati EU-SILC per Save the Children, anni di riferimento 2021, 2022, 2023
- 11 Ibid.
- 12 UNICEF, *Deep Dive Garanzia Infanzia. Analisi delle politiche, programmi e risorse per il contrasto alla povertà minorile e all'esclusione sociale in Italia*, Aprile 2022, <https://www.unicef.org/eca/media/23056/file/Deep%20Dive%20Italy%20-%20Main%20Report%20IT.pdf>
- 13 Istat, *Popolazione residente e dinamica demografica - Anno 2021*, 15 dicembre 2022, <https://www.istat.it/it/files//2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021.pdf>
- 14 Si veda art. 10 del Disegno di Legge "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell'usura e di ordinamento penitenziario" (A.C. 1660) approvato dalla Camera dei deputati e in attesa di passare all'esame del Senato nel momento in cui scriviamo.
- 15 Lifepath è un consorzio di ricerca europea che indaga l'impatto delle disuguaglianze socioeconomiche sulla salute e l'invecchiamento e raccoglie negli anni, longitudinalmente, tutti i dati socioeconomici, i dati sull'ambiente di vita dei bambini, i dati biometrici, i dati clinici, ecc. Per approfondire si veda <https://www.lifepathproject.eu/>
- 16 Caritas italiana, *La povertà in Italia. Rapporto statistico nazionale 2024*, 2024, pp. 35 e seguenti https://archivio.caritas.it/materiali/Rapporti_poverta/report_statistico_2024.pdf
- 17 Ibid., p. 39
- 18 Come sancito dall'articolo 63 del DPCM del 12 gennaio 2017: "I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani". Con l'iscrizione al SSN italiano a titolo obbligatorio, tutti i minori, siano essi figli di genitori privi di titolo di soggiorno o minori non accompagnati o regolari ma in attesa di rilascio o rinnovo del permesso, hanno diritto al pediatra di libera scelta o al medico di medicina generale, quali soggetti destinatari delle più ampie misure di tutela in relazione alla loro naturale vulnerabilità.

L'Assegno Unico (non del tutto) Universale

- 1 INPS, XXIII Rapporto annuale, pp. 222-3, Settembre 2024, www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale.html
- 2 Ibid.
- 3 INPS, *Osservatorio statistico - Assegno Unico Universale*, Giugno 2024, <https://www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/osservatori-statistici-e-altre-statistiche/dati-cartacei--auu.html>
- 4 Istat, *La redistribuzione del reddito in Italia - Anno 2023*, 6 marzo 2024, www.istat.it/comunicato-stampa/la-redistribuzione-del-reddito-in-italia-anno-2023/
- 5 INPS, XXIII Rapporto annuale, pp. 222-3, Settembre 2024, www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale.html



Crescere dietro le sbarre

- 1 Dati del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica in Servizio Studi del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell'usura e di ordinamento penitenziario*, A.C. 1660-A, art. 15, 5 settembre 2024, <https://temi.camera.it/leg19/dossier/OCD18-20311/disposizioni-materia-sicurezza-pubblica-tutela-del-personale-servizio-nonche-vittime-usura-e-ordinamento-penitenziario-12.html>
- 2 Antigone, *Nodo alla gola. XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, 2024, https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/wp-content/uploads/2024/05/Antigone_XXRapporto_NodoAllaGola.pdf
- 3 Servizio Studi del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, di tutela del personale in servizio, nonché di vittime dell'usura e di ordinamento penitenziario*, A.C. 1660-A, art. 15, 5 settembre 2024, <https://temi.camera.it/leg19/dossier/OCD18-20311/disposizioni-materia-sicurezza-pubblica-tutela-del-personale-servizio-nonche-vittime-usura-e-ordinamento-penitenziario-12.html>
- 4 Per approfondire si veda Bambinisenzasbarre, Carta dei diritti dei figli di genitori detenuti – cos'è, <https://www.bambinisenzasbarre.org/carta-dei-diritti-dei-figli-dei-genitori-detenuti/#coseCarta>
- 5 Per approfondire si veda Bambinisenzasbarre, Interventi per la genitorialità in carcere, www.bambinisenzasbarre.org/all-project-list/genitorialita-in-carcere/
- 6 AGIA, CISMAI, Terre des Hommes, *Il Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*, 2021, www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2021-07/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf
- 7 WHO, *Global status report on preventing violence against children 2020*, 2020, www.who.int/publications/i/item/9789240004191
- 8 Terre des Hommes, *Non scuoterlo! Prima indagine sui casi di bambine e bambini vittime di Shaken Baby Syndrome in Italia*, 2023, https://nonscuoterlo.terredeshommes.it/pdf/SBS_terredeshommes_dossier.pdf
- 9 Scheeringa M. S. et al., *Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorders infancy and early childhood*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 34, pp. 191-200, 1995
- 10 Dubini V. e Curiel P., *La violenza come fattore di rischio in gravidanza*, Risveglio Ostetrico, anno I - n. 1/2, 2004
- 11 Chambliss L.R., *Intimate partner violence and its implication for pregnancy*, Clin. Obstet. Gynecol., Vol. 51(2), pp. 385-97, 2008, doi: 10.1097/GRF.0b013e31816f29ce
- 12 Dati OMS citati in Dubini V., *Fermiamo la violenza contro le donne*, Gyneco AOGOI, n.5, p. 14, Settembre 2005
- 13 Cox C.E., Kotch J.B. e Everson M.D., *A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment*, Journal of Family Medicine, Vol. 18(1), pp. 5-17, 2003
- 14 Milani L. e Gatti E., *Assistere alla violenza familiare: effetti ed esiti evolutivi* in Di Blasio P. (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze genitoriali*, Unicopli, pp. 93-110, 2005

Il maltrattamento nella prima infanzia

- 1 WHO, *Report of the consultation on child abuse prevention*, WHO, Geneva, 29-31 March 1999, 1999 (trad. disponibile in OMS e ISPCAN, *Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi*, 2009, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf?sequence=3&isAllowed=y)



SPAZI DI INCONTRO

Il villaggio nido

- 1 Dati disponibili sul database Istat, Servizi offerti dai comuni – reg., https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/IT1,Z0800SSW,1.0/SSW_SOCSE/DCIS_SERVSOCE DU1
- 2 Dati disponibili sul database Istat, Servizi sul territorio – reg., https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/IT1,Z0800SSW,1.0/SSW_SOCSE/DCIS_SERVSOCE DU1
- 3 Istat, *Dopo la pandemia iscrizioni in ripresa. Ma è ancora lontano il target europeo*, 23 novembre 2023, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/11/REPORT-ASILI2021-2022.pdf>
- 4 Si veda infografica a pag. 123 con elaborazioni realizzate da Istat per Save the Children, a partire dall'indagine *Aspetti della vita quotidiana*, anno 2023
- 5 Dati disponibili sul database Istat, Servizi offerti dai comuni – reg., https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/IT1,Z0800SSW,1.0/SSW_SOCSE/DCIS_SERVSOCE DU1
- 6 Ibid.
- 7 Dati disponibili sul database Istat, Indicatori - prov., https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categorie/IT1,Z0800SSW,1.0/SSW_SOCSE/DCIS_SERVSOCE DU1
- 8 Altroconsumo, *Pochi nidi, rette salate*, Altroconsumo Inchieste, pp. 25-29, Febbraio 2024, www.altroconsumo.it/vita-privata-famiglia/mamme-e-bimbi/news/inchiesta-asili-nido
- 9 Istat, *Dopo la pandemia iscrizioni in ripresa. Ma è ancora lontano il target europeo*, 23 novembre 2023, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/11/REPORT-ASILI2021-2022.pdf>
- 10 Alleanza per l'Infanzia, *Una buona partenza per crescere. Il Sistema Integrato 0-6 anni in Italia: lo stato dell'arte e le proposte di Alleanza per l'Infanzia*, Gennaio 2024,

www.alleanzainfanzia.it/wp-content/uploads/2024/01/Documento-Alleanza-Convengo-Gennaio-2024-finale.pdf

Gli integrati da 0 a 6

- 1 Alleanza per l'Infanzia, *Garantire servizi per l'infanzia accessibili per tutti i bambini e tutte le bambine sull'intero territorio nazionale*, p. 3, 31 maggio 2024, www.alleanzainfanzia.it/garantire-servizi-per-linfanzia-accessibili-per-tutti-i-bambini-e-tutte-le-bambine-sullintero-territorio-nazionale/

L'accesso al nido dei bambini di origine straniera

- 1 Per approfondire si veda, ad esempio, Save the Children, *Il miglior inizio*, 2019, <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/rapporto-il-miglior-inizio-disuguglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita>
- 2 Istat e Università Ca' Foscari, *I servizi educativi per l'infanzia in un'epoca di profondi cambiamenti*, 2023
- 3 Ministero dell'Istruzione e del Merito, *Gli alunni con cittadinanza non italiana - A.S. 2021/22*, Agosto 2023, https://miur.gov.it/documents/20182/7715421/NOTIZIARIO_Stranieri_2122.pdf/2593fc66-1397-4133-9471-b76396c2eb97?version=1.1&t=1691593500475. Nell'a.s. 2022/23 la presenza di alunni con cittadinanza nella scuola dell'infanzia è salita a 12,5% (Ministero dell'Istruzione e del Merito, *Gli alunni con cittadinanza non italiana - A.S. 2022/23*, Agosto 2024, https://www.miur.gov.it/documents/20182/8426729/NOTIZIARIO_Stranieri_2223.pdf/d5e2aa0c-cbde-b756-646d-a5279e2b980d?version=1.0&t=1723104803484)
- 4 Pag. 34-35
- 5 Istat e Università Ca' Foscari, *I servizi educativi per l'infanzia in un'epoca di profondi cambiamenti*, p. 38, 2023
- 6 Picchio M. e Mayer S., *Transitions in ECEC services: the experience of children from migrant families*, European Early Childhood Education Research Journal, Vol. 27(2), pp. 285-296, 2019, doi: 10.1080/1350293X.2019.1579552
- 7 Picchio M., Mayer S. e Pettenati P., *Participer et communiquer. L'expérience de deux enfants de parents migrants dans une crèche italienne*, in Rayna S. e Brougère G., *Petites enfances, migrations et diversités*, Peter Lang, p. 133, 2014 (traduzione propria)



Lo spazio che educa

- 1 Musatti T. et al., *Stare insieme, conoscere insieme. Bambini e adulti nei servizi educativi di Pistoia*, Edizioni junior, 2018
- 2 Aluffi Pentini A., *Oltre il gioco euristico: formare educatori in ricerca*, cap. 4 in La Rocca C., Moretti G. e Aluffi Pentini A. (a cura di), *La professione dell'educatore nel sistema integrato zero-sei*, RomaTre-Press, 2023
- 3 Freire P., *Le virtù dell'educatore. Una pedagogia dell'emancipazione*, EDB, 2017
- 4 Becchi E., *Per una pedagogia del buongusto*, Franco Angeli, 2010
- 5 Welforum.it - Osservatorio nazionale sulle politiche sociali (a cura di Perneti A.), *"Non basta nascere": la campagna europea "First Years, First Priority"*, 23 maggio 2024, www.welforum.it/non-basta-nascere-la-campagna-europea-first-years-first-priority/
- 6 Musatti T. et al., *Social processes among mothers in centres for children and parents in three countries*, *Child & Family Social Work*, Vol. 22(2), pp. 834-842, 2017

I sensi all'erta nell'outdoor

- 1 Bortolotti A., Schenetti M. e Telese V., *L'Outdoor Education come possibile approccio inclusivo. Una ricerca nei servizi educativi zero-sei del Comune di Bologna*, *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, Vol. 8(1), pp. 417-433, 2020, doi: <https://doi.org/10.7346/sipes-01-2020-29>
- 2 Ibid.
- 3 Donati P., Salvaterra I. e Schenetti M., *Quando la scuola va nel bosco*, *Infanzia*, Vol. 6, pp. 381-385, 2012, www.fondazionevillaghigi.it/wp-content/uploads/2016/07/Donati-P.-Salvaterra-I.-Schenetti-M.-Quando-la-scuola-va-nel-bosco.pdf
- 4 Per approfondire si veda Agrinido, www.regione.marche.it/Portals/0/Agricoltura/AgricolturaSociale/agrinido/Agrinido.pdf

I Poli Milleggiorni

- 1 Save the Children Italia, *Child Safeguarding Policy*, <https://www.savethechildren.it/child-safeguarding-policy>

- 2 OMS, Unicef e Banca Mondiale, *La Nurturing Care per lo sviluppo infantile precoce*, 2018, (trad. a cura di CSB onlus), <https://csbonlus.org/wp-content/uploads/2020/05/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>
- 3 I partner territoriali implementatori dei Poli Milleggiorni sono: Associazione Talità Kum, CSI Catania, Servizi Educativi del Comune di Catania, Scuola dell'Infanzia "Margherita" - Catania, A.P.S. Mama Happy Centro Servizi Famiglie Accoglienti, Associazione Culturale Pediatri, Comune di Bari, Coop. Soc. Occupazione e Solidarietà, I.C. "Don Lorenzo Milani" - Bari, Università degli Studi di Bologna - Dipartimento di Scienze dell'Educazione "Giovanni Maria Bertin", Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali, Associazione Civitas Solis, Associazione Vides Main onlus, Cooperativa Sociale onlus Santi Pietro e Paolo - Patroni di Roma, Ker Educazione Counselling soc. coop. sociale a.r.l. onlus, Comune di Moncalieri, Comune di Locri, Comune di San Luca, Comune di Tivoli.

Servizi educativi per la prima infanzia: cosa cambia con il PNRR?

- 1 Le sezioni primavera sono sezioni della scuola dell'infanzia adibite all'accoglienza dei bambini e delle bambine di età compresa fra i 24 e i 36 mesi. Va tuttavia segnalato che la prescolarizzazione dei bambini e delle bambine non rappresenta l'offerta educativa più appropriata per la fascia di età, tanto che già nel IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva del 2016-2017 si sottolineava la necessità di limitare la prescolarizzazione dei bambini nella fascia 0-3 anni (www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/Piano-di-azione/Documents/IV-Piano-%20Azione-infanzia.pdf).
- 2 La copertura sale al 30% se si considerano anche i servizi integrativi.
- 3 Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e per il PNRR, *Quarta relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 22 febbraio 2024, <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/quarta-relazione-al-parlamento-sullo-stato-di-attuazione-del-pia.html>



- 4 Il ReGiS è “lo strumento unico attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali interessate devono adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.” (si veda www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/Interventi/regis--il-sistema-gestionale-unico-d-el-pnrr.html). Il dataset “Progetti del PNRR - Universo ReGiS” riporta per ciascuna misura o sub-misura del Piano il corredo informativo di tutti i progetti identificati tramite CUP/CLP presenti sulla piattaforma ReGiS alla data di estrazione (il dataset è disponibile a questo link: www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/catalogo-open-data/Progetti_del_PNRR_Universo_ReGiS.html). I dati utilizzati per le stime presentate in questa nota sono stati estratti il 18 aprile 2024. A tale data, risultavano avviati progetti per un importo totale di 2.570.316.222,74 euro. Le stime complessive dei posti aggiuntivi che verranno a crearsi tengono conto anche delle risorse stanziare attraverso il Decreto n. 79 del 30 aprile 2024 (723.716.000 euro), per un totale complessivo di 3,294 miliardi di euro.
- 5 In caso di perdurante inadempienza, ha luogo la nomina di un Commissario prefettizio. Le somme non spese vengono recuperate in favore del Bilancio dello Stato solamente ove ci sia una certificazione dell'assenza di utenti potenziali del servizio di asilo nido.
- 6 Calcolato il numero di utenti aggiuntivi necessari a raggiungere il livello di servizio pari al 33%, è stato individuato implicitamente il livello di fabbisogno standard pro-utente (7.670 euro) da prendere a riferimento per il finanziamento degli utenti aggiuntivi. Nel calcolo degli utenti aggiuntivi e delle rispettive risorse, oltre agli utenti necessari per colmare il *gap* rispetto al 28,8% di copertura, confluiscono anche i posti non utilizzati negli asili nido comunali dei comuni sotto obiettivo. Per potenziare il servizio, gli Enti locali possono: ampliare la disponibilità del servizio negli asili nido comunali (nuove strutture o attivazione di posti inutilizzati), in gestione diretta o esternalizzata; trasferire le risorse aggiuntive assegnate in base ad accordi con Comuni vicini che svolgono il servizio di asilo nido, con riserva di nuovi posti; trasferire le risorse aggiuntive assegnate all'ambito territoriale di riferimento o ad altra forma associata con vincolo di nuovi utenti nel comune stesso e/o nell'ambito territoriale di riferimento; ricorrere a convenzioni con gli asili nido o micronidi privati, con riserva di nuovi posti;
- trasferire le risorse aggiuntive assegnate alle famiglie con voucher/contributi per fruire del servizio di asilo nido o micronido sul territorio; scegliere altre modalità autonomamente determinate riconducibili ai servizi educativi per l'infanzia di cui all'articolo 2, comma 3, lettera b) e lettera c), punti 1 e 3, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65, strutturati su almeno 5 giorni a settimana e con almeno 4 ore di frequenza giornaliera, con affidamento dei bambini in età 3-36 mesi iscritti ad uno o più educatori in modo continuativo. Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Obiettivi di servizio asili nido e modalità di monitoraggio per la definizione del livello dei servizi offerto per il 2024*, 17 novembre 2023, <https://www.mef.gov.it/export/sites/MEF/ministero/commissioni/ctfs/documenti/Asili-nido-Nota-metodologica-obiettivi-di-servizio-2024.pdf>
- 7 Sono i comuni in cui il numero di bambini nella fascia 0-2 anni è inferiore a 18. Per maggior informazioni su come sia stata identificata questa soglia per individuare i comuni a rischio sovradimensionamento si veda Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Piano asili nido e scuole dell'infanzia: prime evidenze dall'analisi delle graduatorie*, 2022, www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2022/11/Focus-9_2022-Asili-nido.pdf
- 8 Per i 5 restanti non sono disponibili informazioni sul numero di bambini nella fascia 0-2 anni. Si tratta dei comuni di Uggiate-Trevano (Como), Albaredo Arnaboldi (Pavia), Moransengo-Tonengo (Asti), Alano di Piave ((Belluno) e Gambugliano (Vicenza).
- 9 Va tuttavia tenuto presente che i Comuni possono partecipare in forma aggregata e quindi che le risorse ricevute possono essere utilizzate per coprire i costi dell'utilizzo del servizio da parte dei minori residenti in comuni limitrofi.



SPAZI DA ABITARE

I luoghi che contano

- 1 National Scientific Council on the Developing Child, *Place Matters: The Environment We Create Shapes the Foundations of Healthy Development*, Working Paper 16, 2023, https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2023/03/HCDC_WP16_R2A.pdf (traduzione propria)
- 2 Per approfondire si veda Save the Children, *Fare spazio alla crescita*, 2023 www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/fare-spazio-alla-crescita
- 3 Sidorova M. et al., *How to Design a Fair-Sahred City?*, WPS Prague, 2016, <https://www.wpsprague.com/fairsharedcity>
- 4 Andreola F. e Muzzonigro A., *Milano Atlante di genere*, Milano Urban Center, 2021, <https://sexandthecity.space/milano-atlante-di-genere/>
- 5 Cederna G., A Roma nasce «CRESCO», «Cantiere di Rigenerazione Educativa per Tor Bella Monaca», 2 marzo 2021, <http://www.biennalespaziopubblico.it/2021/03/a-roma-nasce-cresco-cantiere-di-rigenerazione-educativa-per-tor-bella-monaca/>

Prigionieri di un'isola di calore

- 1 IPCC, *Headline Statements del Rapporto di Sintesi AR6 (traduzione italiana)*, 2023, <https://ipccitalia.cmcc.it/headline-statements-del-rapporto-di-sintesi-ar6/>
- 2 Ibid.
- 3 Helldén D. et al., *Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework*, *The Lancet Planetary Health*, Vol. 5 (3), pp. e164-e175, 2021, doi: 10.1016/S2542-5196(20)30274-6. Per approfondire si veda anche Save the Children, *Born into the climate crisis*, 2021, www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/nati-crisi-climatica
- 4 Wang L. et al., *Heat exposure induced risks of preterm birth mediated by maternal hypertension*, *Nat. Med.*, Vol. 30(7), pp. 1974-1981, 2024, doi: 10.1038/s41591-024-03002-w

- 5 UNICEF, *Clima, quasi mezzo miliardo di bambini vive in aree in cui il numero di giorni di caldo estremo è almeno il doppio rispetto a quello dei loro nonni*, 14 agosto 2024, www.unicef.it/media/clima-quasi-mezzo-miliardo-di-bambini-vive-in-aree-in-cui-il-numero-di-giorni-di-caldo-estremo-e-almeno-il-doppio-rispetto-ai-nonni/
- 6 Save the Children, *Born into the climate crisis*, 2021, www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/nati-crisi-climatica
- 7 Van Daalen K.R. et al., *The 2022 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: towards a climate resilient future*, *The Lancet*, Vol. 7(11), pp. e942-e965, Novembre 2022, [www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00197-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00197-9/fulltext)
- 8 EU Science Hub – Joint Research Center, *Temperature-related mortality burden to worsen in Europe*, 22 agosto 2024, https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/temperature-related-mortality-burden-worsen-europe-2024-08-22_en#:~:text=Excessively%20high%20or%20low%20temperatures,in%20the%20north%20by%202100.
- 9 Gallo E. et al., *Heat-related mortality in Europe during 2023 and the role of adaptation in protecting health*, *Nature Medicine*, 2024, doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03186-1>
- 10 UNICEF, *Mezzo miliardo di bambini vive il doppio dei giorni di caldo rispetto ai loro nonni*, 14 agosto 2024, <https://www.unicef.ch/it/attualita/notizie/2024-08-14/mezzo-miliardo-di-bambini-vive-il-doppio-dei-giorni-di-caldo-rispetto#:~:text=Ricerca-,Mezzo%20miliardo%20di%20bambini%20vive%20il%20doppio%20dei,caldo%20rispetto%20ai%20loro%20nonni&text=Una%20nuova%20analisi%20dell'UNICEF,superiori%20ai%2035%20gradi%20Celsius>
- 11 Greenpeace, *L'estate che scotta*, Luglio 2024, www.greenpeace.org/static/planet4-italy-stateless/2024/07/a965bfdd-report-istat-def-.pdf
- 12 Endreny T.A., *Mapping inequities in green cooling services*, *Nature Cities*, Maggio 2024, doi: 10.1038/s44284-024-00080-2
- 13 CMCC, *Nelle città europee le ondate di calore colpiscono i più vulnerabili*, 7 giugno 2024, www.cmcc.it/it/articolo/nelle-citta-europee-le-ondate-di-calore-colpiscono-i-piu-vulnerabili



L'attacco degli invisibili

- 1 OMS, *Air pollution: The invisible health threat. WHO trains health workers to battle air pollution and protect global health*, 12 luglio 2023, www.who.int/news-room/feature-stories/detail/air-pollution—the-invisible-health-threat
- 2 Crooijmans K. et al., *Nitrogen dioxide exposure, attentional function, and working memory in children from 4 to 8 years: Periods of susceptibility from pregnancy to childhood*, *Environment International*, Vol. 186, 2024, doi: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2024.108604>
- 3 European Environmental Agency, *Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease 2023*, 24 novembre 2023, www.eea.europa.eu/publications/harm-to-human-health-from-air-pollution/harm-to-human-health-from
- 4 Ibid.
- 5 Istituto Superiore di Sanità, *Qualità dell'aria: le nuove linee guida dell'OMS*, 30 settembre 2021, www.epicentro.iss.it/ambiente/qualita-aria-linee-guida-oms-2021
- 6 Direttiva (UE) 2024/... del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa alla qualità dell'aria ambiente e per un'aria più pulita in Europa, www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0233-AM-355-355_IT.pdf
- 7 Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, *La qualità dell'aria in Italia nel 2023*, 2024, www.isprambiente.gov.it/files2024/area-stampa/comunicati-stampa/informativa-dati-snpa.pdf
- 8 Legambiente, *Mal'Aria di città*, 2024, https://www.legambiente.it/wp-content/uploads/2021/11/Report_Malaria-2024.pdf
- 9 Lancet Planet Health, *Pollution and health: a progress update*, Vol. 6, pp. e535-47, 2022, [www.thelancet.com/pdfs/journals/lanplh/PIIS2542-5196\(22\)00090-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanplh/PIIS2542-5196(22)00090-0.pdf)
- 10 Heather A.L. et al., *Discovery and quantification of plastic particle pollution in human blood*, *Environment International*, Vol. 163, Maggio 2022, doi: [10.1016/j.envint.2022.107199](https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107199); Huynh K., *Presence of microplastics in carotid plaques linked to cardiovascular events*, *Nature Reviews Cardiology*, Vol. 21, p. 279, 2024

- 11 Fuller R. et al., *Pollution and health: a progress update*, *The Lancet Planetary Health*, Vol. 6(6), pp. e535-e547, 2022, [www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(22\)00090-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(22)00090-0/fulltext)
- 12 Capizzi A.B. e Bernardini R., *Qualità dell'aria indoor*, Società Italiana di Pediatria, <https://sip.it/2022/11/10/qualita-dellaria-indoor/>
- 13 Almeida D. et al., *Green and blue spaces and lung function in the generation XXI cohort: a life course approach*, *European Respiratory Journal*, Vol. 60(6), 2022, doi: [10.1183/13993003.03024-2021](https://doi.org/10.1183/13993003.03024-2021)

La città proibita

- 1 Murray C., *What would cities look like if they were designed by mothers?*, *The Guardian*, 27 agosto 2018, <https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/aug/27/architects-diversity-cities-designed-mothers>
- 2 Kraemer S., *What cities would look like if they were designed for humans*, *The Guardian*, Letters, 29 agosto 2018, www.theguardian.com/politics/2018/aug/29/what-cities-would-look-like-if-they-were-designed-for-humans (traduzione propria)
- 3 Istat, *Nelle città peggiora la qualità dell'aria, progressi limitati su mobilità, verde e rifiuti urbani*, 24 maggio 2024, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/REPORT-ambiente-2022.pdf>
- 4 Elaborazione Istat per Save the Children, anno di riferimento 2022
- 5 Withagen R. e Caljouw S.R., *Aldo van Eyck's Playgrounds: Aesthetics, Affordances, and Creativity*, *Front. Psychol.*, Vol. 8(1130), 2017, www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2017.01130/full#B48

In fasce in biblioteca

- 1 Istat, *Le biblioteche di pubblica lettura in Italia anno 2022*, 1 luglio 2024, www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/Focus_Biblioteche_pubblica_lettura-1.pdf
- 2 Elaborazione Istat per Save the Children, anno di riferimento 2022



Il rammento delle periferie

- 1 Istat, *Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica. Nota di sintesi*, 26 giugno 2024, www.istat.it/audizioni/sicurezza-e-stato-di-degrado-delle-citta-e-delle-loro-periferie/
- 2 I dati sono espressi su scala di "quartieri" (Napoli), "zone urbanistiche" (Roma) o "nuclei di identità locale" (Milano), perimetrare per stabilire confini statistici di aree omogenee dal punto di vista morfologico, ambientale e demografico.
- 3 Istat, *Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica. Nota di sintesi*, 26 giugno 2024 www.istat.it/storage/audizioni/sicurezza-degrado-citta/Audizione-Istat-Commissione-periferie-Testo_26giugno2024.pdf
- 4 Ibid.
- 5 Ibid.
- 6 Dati disponibili su Ministero dell'Interno, Procedure di rilascio di immobili ad uso abitativo (INT 00004), anno di riferimento 2023, https://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Procedure_di_rilascio_di_immobili_ad_uso_abitativo_int_00004-7734141.htm
- 7 Istat, *Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. Report Comune di Palermo*, 26 giugno 2024, <https://www.istat.it/audizioni/sicurezza-e-stato-di-degrado-delle-citta-e-delle-loro-periferie/>
- 8 Istat, *Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica. Nota di sintesi*, 26 giugno 2024 https://www.istat.it/storage/audizioni/sicurezza-degrado-citta/Audizione-Istat-Commissione-periferie-Testo_26giugno2024.pdf
- 9 Ibid.
- 10 Corriere della sera, G124: *il progetto di Renzo Piano per dare ai nostri figli un futuro migliore*, n.d., <https://specialistudio.corriere.it/cersaie/g124-il-progetto-di-renzo-piano-per-dare-ai-nostri-figli-un-futuro-migliore/>

Conclusioni

- 1 ILO, *The benefits of investing in transformative childcare policy packages towards gender equality and social justice*, Ottobre 2023, www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/briefingnote/wcms_900115.pdf
- 2 L'impatto stimato si riferisce, in primo luogo, all'aumento della presenza nel mercato del lavoro delle madri. Fonte: Darvas Z., Welslau L. e Zettelmeyer J., *Incorporating the impact of social investments and reforms in the EU's new fiscal framework*, Working Paper, Bruegel, 2024, <https://www.bruegel.org/working-paper/incorporating-impact-social-investments-and-reforms-european-unions-new-fiscal>



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, a garantire i loro diritti e ad 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, è la più importante organizzazione internazionale indipendente che lotta per salvare le bambine e i bambini a rischio e garantire loro un futuro.

ATLANTE DELL'INFANZIA
(A RISCHIO) IN ITALIA 2024

UN DUE TRE... STELLA

I primi anni di vita

Ogni fase della vita è importante ma ve ne è una che è decisiva. Sono i primi anni di vita. A questa età, insieme fragile e potente, è dedicata la XV edizione dell'Atlante dell'Infanzia (a rischio). Sono gli anni in cui le connessioni neuronali si sviluppano a un ritmo esponenziale, in cui salute fisica, accudimento, stimoli sensoriali, affettivi, cognitivi, lavorano all'unisono. La loro assenza o carenza stabilisce già un punto di partenza diseguale in un'Italia dei pochi bambini.

L'Atlante volge lo sguardo anche al periodo della gestazione, alle madri e ai padri che si addestrano ad essere "buoni genitori", spesso nella solitudine di una condizione di fragilità economica e sociale. Nelle poche culle di un Paese che invecchia, oggi troviamo i suoi cittadini più poveri di ricchezze economiche e più ricchi di potenzialità: i bambini nei loro primi anni di vita. È da lì che inizia il nostro viaggio nel pianeta infanzia in questa edizione 2024.



Save the Children

Save the Children Italia - ETS
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