



IL 9° RAPPORTO SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



È stato presentato l'8 giugno a Roma, alla presenza del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Giuliano Poletti e dell'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza Filomena Albano, il **9° Rapporto di monitoraggio della CRC** in Italia, alla cui redazione hanno contribuito **134 operatori delle 91 associazioni del network CRC**.

Il Rapporto fornisce uno stato dell'arte aggiornato delle politiche per l'in-

fanzia preparato da coloro che tutti i giorni lavorano con e per i bambini/ragazzi, popolazione passata da 11.222.308 (il 19,7% della popolazione) del 1991 (con un tasso di natalità del 9,79% di nati vivi ogni 1000 residenti) a 10.096.165 (16,6%) del 2015.

Molti i progressi avvenuti in questi anni, ma le **143 raccomandazioni** rivolte alle Istituzioni e contenute nel documento fanno riflettere su come il cammino sia ancora lungo. Numerose leggi sono ancora ferme in Parlamento, quali ad esempio la riforma del sistema di protezione e accoglienza dei minori stranieri non accompagnati e l'acquisizione della cittadinanza per i minorenni di origine straniera. Il Rapporto CRC, inoltre, sottolinea la carenza di dati certi, completi fra loro e comparabili, riguardanti la condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, mentre tra le note positive sottolinea alcune recenti novità in materia di interventi programmatici, quale ad esempio l'approvazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Infanzia" del IV Piano nazionale d'azione per l'infanzia, e l'istituzione di un Fondo dedicato specificatamente al contrasto della povertà educativa minorile (di entrambi *Medico e Bambino* ha dato notizia nel News box di maggio).

Il Rapporto approfondisce 50 tematiche che ricalcano i raggruppamenti dei diritti della CRC. Il focus del Rapporto, che nel 2015 e 2016 è stato sui primi anni di vita e sulla necessità di investire in questo periodo della vita, sia migliorando accesso e qualità dei servizi che supportando i genitori con politiche economiche e sociali e interventi volti a rafforzarne conoscenze e competenze, è stato dedicato per il 2017 agli adolescenti. Gli **adolescenti** dai 14 ai 17 anni che vivono in Italia sono 2.293.778, di questi 186.450 sono stranieri. Trascorrono le loro giornate con il telefonino in mano (il 92,6%); fanno uso di alcol, tabacco e cannabis (63,4%), conoscono il

sexting, l'11,5% di loro gioca d'azzardo on line e oltre il 50% ha subito azioni di bullismo e/o cyberbullismo; 7000 di loro vivono in comunità, con molte incertezze sul loro futuro dopo il compimento del 18esimo anno. L'Italia è anche tra i Paesi europei con il più alto tasso di dispersione scolastica: il 15% dei ragazzi tra 18 e 24 anni ha conseguito al massimo il titolo di scuola media. Nel 2015, l'8,4% degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni ha partecipato ad associazioni culturali, ricreative o di altro tipo; e il 9,7% ha svolto attività gratuite in associazioni di volontariato (nel 2014 erano l'8,6%). Le politiche per l'adolescenza vivono in un limbo, trovandosi anche a cavallo tra quelle dedicate all'infanzia e quelle rivolte ai giovani. Solo per fare un esempio, non esistono linee guida sul passaggio dal pediatra di famiglia al medico di medicina generale. Il Gruppo CRC sottolinea la necessità di interventi educativi qualificati, che coinvolgano sinergicamente e congiuntamente gli attori del cosiddetto "quadrilatero formativo" (famiglia, scuola, istituzioni, Terzo Settore) e, allo stesso tempo, attivino le risorse dei ragazzi e delle ragazze e ne valorizzano il protagonismo. Per quanto riguarda il **capitolo salute**, si sottolinea come non molto sia mutato rispetto allo scenario descritto nel Rapporto del 2015. Permangono infatti disuguaglianze inaccettabili tra le varie aree del Paese, negli esiti delle cure, nell'accesso ai servizi, nelle tipologie e nella qualità dei servizi assicurati; ci sono poi carenze nella continuità delle cure, dalla diagnostica alla presa in carico, in particolare per bambini con problemi e bisogni complessi, e un'insufficienza di **azioni di prevenzione** e promozione della salute. Gli elementi positivi sono da individuare negli indicatori nazionali di mortalità e in alcuni casi di appropriatezza delle cure, soprattutto specialistiche (come oncologia, reumatologia pediatrica e altre), che ci collocano al di sopra o nella media europea. Tuttavia, anche in questi casi, le medie nazionali nascondono tanto le gravi carenze quanto le eccellenze esistenti sul territorio. In merito alle azioni di prevenzione, è aumentata la consapevolezza del fatto che la salute si produce con azioni e politiche che vanno oltre il sistema sanitario e che quanto avviene, o non avviene, nei primi anni di vita, a partire dal periodo periconcezionale, è estremamente importante. Purtroppo, tutto questo fatica a tradursi in azioni concrete. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) si è tradotto nei Piani Regionali (PRP) ma, tra questi, solo pochi hanno previsto obiettivi specifici e dettagliati o stanziato risorse per un investimento nell'ambito dei primi 1000 giorni. Merita una menzione in tal senso il Progetto "Salute Infanzia 2.0" della Regione Umbria', che è sorretto da un'adeguata formazione degli operatori e da un impianto valutativo dei risultati.

Sono peggiorati, causando un giustificato allarme da parte delle istituzioni deputate alla salute pubblica, i dati riguardanti le coperture vaccinali, specchio di un'incrinatura della fiducia nei



confronti del servizio pubblico e dei professionisti sanitari, ma anche di un'insufficiente attitudine e competenza dei servizi e dei professionisti in tema di comunicazione. La copertura vaccinale viene ancora concepita e proposta, nella gran parte dei casi, come elemento separato da una più comprensiva opera di promozione e prevenzione della salute durante i primi anni di vita, perdendo in questo modo un'opportunità di un dialogo efficace e convincente con le famiglie. Anche in questo caso, le differenze regionali sono inaccettabili: nel 2014, la copertura della seconda dose del vaccino morbillo-parotite-rosolia (di seguito MPR) è stata del 65% in Calabria e Sicilia e di oltre l'85% in Veneto e Piemonte, dove sono state intraprese a livello regionale azioni per assicurare coperture migliori².

Le **disuguaglianze** nell'accesso ai servizi sia curativi che preventivi sono molto ampie, e a scapito dei territori e dei gruppi sociali maggiormente a rischio. Ad esempio, per quanto riguarda la prevenzione delle "morti in culla", un'indagine effettuata in Veneto³ indica che solo il 32,6% delle donne di origine sub-sahariana intervistate mettono il bambino a dormire nella posizione corretta contro il 66,8% delle italiane, tra le quali ci sono comunque ampie differenze determinate dal livello socio-culturale. La stessa indagine evidenzia che oltre il 70% delle mamme italiane ha svolto un corso pre-parto, contro solamente il 24,3% delle mamme nord-africane o il 9,1% delle cinesi. Anche per quanto riguarda le condizioni in cui si svolgono la gravidanza e la nascita, sia dal punto di vista strettamente medico sia dal punto di vista delle cure olistiche alle mamme e ai neonati, persistono differenze inaccettabili fra territori e fra i vari centri. Procedo, ma con significative diversità di applicazione tra una Regione e l'altra, l'iter di accordi e piani che devono dar vita ad aggregazioni e forme di collaborazione tra pediatri di famiglia e tra questi e gli altri servizi territoriali, e che costituiscono i presupposti per un uso migliore e più efficace delle risorse, a vantaggio della tempestività, dell'integrazione e quindi della continuità dei percorsi assistenziali. L'attenzione, sia delle autorità sanitarie sia delle organizzazioni professionali, è quasi esclusivamente rivolta all'urgenza, cioè alle prestazioni date in acuzie, piuttosto che ai bambini con patologia cronica e alle sempre più numerose problematiche che riguardano il neuro-sviluppo e la salute mentale. In gran parte d'Italia, ma con drammatiche differenze tra Regione e Regione, e a volte anche all'interno delle stesse Regioni, i tempi di attesa per la presa in carico di bambini con problemi di neuro-sviluppo e di salute mentale, da parte di équipe specialistiche, sono inaccettabili; mentre gli operatori di prima linea non hanno ancora le competenze necessarie per fornire un'adeguata sorveglianza e quindi un'identificazione precoce della problematica, accompagnata da appropriati consigli alle famiglie. Le differenze nell'accesso e nella qualità dei servizi si sommano alle determinanti sociali nel causare ampie differenze negli esiti delle cure sanitarie: nel 2013, la mortalità infantile tra i residenti italiani era del 2,9%, mentre tra gli stranieri era del 4,3%; i tassi di mortalità

in Calabria erano ancora il doppio rispetto a molte Regioni del Nord. Esistono significative disparità anche in altri indicatori: la proporzione dei bambini che ricevono una diagnosi che li abilita a fruire di un insegnante di sostegno; il numero di bambini affetti da disabilità che usufruiscono di un sostegno; la quota di minori non autonomi - nello spostarsi, mangiare o andare al bagno - al Sud è doppia rispetto al Nord. Ancora, nel territorio relativo ai percorsi di inclusione scolastica, per i quali l'Italia si è data norme che rappresentano una eccellenza sul piano internazionale, il Censis ci ricorda che se i bambini Down che frequentano il nido o la scuola dell'infanzia sono l'82,1%, tra i 7 e i 14 anni la quota raggiunge il 97,4%, ma già tra i 15 e i 24 anni la percentuale scende a poco meno della metà, anche se l'11,2% prosegue il percorso formativo a livello professionale. Tra i ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico, è il 93,4% a frequentare la scuola, ma il dato scende al 67,1% tra i 14 e i 20 anni. A conferma di un gap nelle politiche di inclusione a partire dall'età adolescenziale.

Il commento

Di fronte a questa situazione complessiva, risulta evidente che "i servizi... devono sempre più adottare metodologie per il superamento delle disuguaglianze nell'accesso (offerta attiva, recupero dei contatti, monitoraggio socio-sanitario integrato da parte dei diversi servizi a livello delle piccole aree). Fondamentale è anche adottare strategie operative integrate e trasversali tra sistemi sanitario, sociale, educativo, ambientale, urbanistico, tenendo conto, anche nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, dei determinanti primari della salute (psico-sociali, biologici, ambientali). Altra opzione strategica è la precocità degli interventi nella vita dei bambini, al fine di ottenere risultati positivi a breve, medio e lungo termine, che solitamente si raggiungono, infatti, entro i primi mille giorni di vita, dal concepimento al 2° anno di vita. La tempestività delle azioni di prevenzione e promozione della salute in ambito materno-infantile rappresenta un fattore strategico nelle azioni di salute pubblica per la proiezione esponenziale di danni e benefici nel corso della vita dei singoli e della comunità".

L'aspetto confortante è che queste ultime indicazioni strategiche sono alla base del IV Piano d'Azione per l'infanzia e l'Adolescenza, proposto dall'Osservatorio per l'infanzia e in via di approvazione finale da parte del Governo, che auspichiamo possano essere attuate nel prossimo biennio.

Giorgio Tamburlini

Bibliografia

1. Disponibile su: http://www.regione.umbria.it/notizie/-/asset_publisher/54m7RxsCDsHr/content/progetto-salute-infanzia-2-0-presentato-percorsoformativo?read_more=true.
2. Sulle varie iniziative regionali: <http://www.epicentro.iss.it/territorio/segnalazioni.asp>.
3. www.genitoripiù.it.
4. ISTAT. La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia, gennaio 2014.