

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

LA SALUTE DEI BAMBINI IN ITALIA. DOVE VA LA PEDIATRIA? IL PUNTO DI VISTA E LE PROPOSTE DELL'ACP

Supportare il bambino e la famiglia nei primi tre anni di vita con un insieme integrato di servizi.

*Commento a cura di Costantino Panza
Pediatria, S. Ilario d'Enza (RE)*

Il documento "La Salute dei Bambini in Italia. dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell' ACP", prodotto ed approvato in assemblea nel giugno 2014, affronta i temi essenziali per un piano nazionale per l'infanzia e propone alcuni spunti al Governo nazionale ed ai Governi regionali raggruppandoli in otto punti. Dopo i commenti di Dante Baronciani, Simona di Mario, Massimo Farneti Renata Bortolus e Laura Reali, ospitati nei precedenti numeri delle Pagine elettroniche di Quaderni ACP, riproponiamo in questo numero un tema molto caro ai pediatri, come sostenere i primi mille giorni, con una riflessione sull'esistente oggi, i cambiamenti avvenuti, i risultati raggiunti e sulle nuove politiche e forme assistenziali necessarie ma ancora da costruire.

In una recente classifica UNICEF sui Paesi più industrializzati, la **Innocenti Report Card 13**, l'Italia è al 35° posto, su 42, nella disuguaglianza di reddito, con un tasso di povertà infantile (ossia la percentuale di bambini e adolescenti che vive in famiglie con reddito equivalente inferiore al 50% della mediana nazionale) del 17.7%. Anche dal punto di vista dell'istruzione non siamo messi molto bene: il 12% dei bambini italiani sono sotto il livello di competenze nelle principali materie scolastiche. Infine siamo al 28° posto su 35 nelle disuguaglianze nella salute infantile. Nel punteggio medio in tutte le dimensioni della disuguaglianza, i bambini italiani si posizionano al 32° posto: peggio di noi stanno solo i bambini bulgari, turchi e israeliani. In questo scenario che è andato progressivamente peggiorando negli ultimi anni, le azioni raccomandate dal punto 3 del documento ACP "Dove va la pediatria" si impongono a maggior ragione ancora oggi per la loro estrema attualità.

Secondo l'ultimo Lancet Early Childhood Development Series del 2016, il migliore sostegno che si può offrire al bambino nei primi anni di vita è descritto dal termine *Nurturing Care*, ossia l'impegno alla salute, nutrizione, sicurezza, protezione, caregiving responsivo e a un ambiente stimolante l'apprendimento già dai primi giorni di vita. La *nurturing care* è assicurata al bambino dai genitori e più in generale dal microsistema familiare con il supporto di un ambiente che rende possibile questa interazione. Pertanto il modo migliore per supportare il bambino è offrire un efficace sostegno al ruolo genitoriale, come indicato nel documento ACP. I programmi di sostegno possono essere indirizzati alla *prevenzione* (harsh parenting, depressione materna, maltrattamento, disturbi di comportamento del bambino, violenza domestica, riduzione delle visite mediche al PS o prevenzione di malattie) oppure programmi di *promozione* di buone pratiche

(positive parenting, scolarità, promozione delle abilità cognitive e/o emotive del bambino, lettura, musica e così via). Per una panoramica di questi interventi rimandiamo a un recente [Articolo del Mese \[1\]](#).

Una recente revisione sistematica appena pubblicata di interventi per promuovere l'Early Childhood Development (ECD) all'interno delle Cure Primarie ha raccolto i risultati di 9 interventi sul sostegno allo sviluppo sociale, di linguaggio e motorio, 8 interventi sullo sviluppo del comportamento agendo sulle competenze genitoriali e, infine, 7 interventi su obiettivi specifici (coliche del lattante, lettura ad alta voce) [2]. Gli interventi erano perlopiù volti al miglioramento delle competenze genitoriali e del bambino, questi ultimi basati sulla teoria sociale cognitiva, e gli esiti erano misurati sul bambino e/o sul genitore. Nessuno di questi interventi è stato svolto in Italia. Un possibile motivo per cui non sono stati rinvenuti in letteratura internazionale studi provenienti dal nostro Paese può essere imputato a una imperfetta selezione degli studi in quanto il coinvolgimento delle Cure Primarie all'interno dei diversi interventi può non essere stato rilevato dagli autori della revisione a causa delle differenze nella organizzazione di rete o di allocazione delle risorse nelle diverse nazioni. Tuttavia, pensiamo noi, proprio le caratteristiche delle Cure Primarie pediatriche italiane, svolte da medici in rapporto parasubordinato con il SSN, dove l'organizzazione delle cure non prevede la costituzione di una rete di professionisti se non per la copertura degli orari di assistenza diurni rende difficile una progettazione di interventi di comunità. Inoltre, l'Accordo Collettivo Nazionale per i pediatri di libera scelta (l'ultimo ratificato risale all'orami lontano 2005) indica i livelli minimi di assistenza e non prevede la possibilità di costruire progetti di intervento da svolgersi coinvolgendo necessariamente i diversi attori dell'assistenza pediatrica (pediatri di famiglia, Aziende Sanitarie, Regione). Speriamo che le recenti proposte per nuove organizzazioni delle Cure Primarie come le Aggregazioni Funzionali Territoriali, le Unità Complessa di Cure Primarie o le Case della Salute potranno prevedere la costruzione di progetti ad hoc e la disponibilità di un budget finanziario per questi interventi.

Soprattutto, manchiamo ancora di *knowledge translation*, ossia dei processi che permettono di passare dalle conoscenze - i risultati delle ricerche - all'applicazione di interventi specifici in un preciso contesto in base ai bisogni rilevati. I risultati da ricercare e misurare dovrebbero quindi avere un preciso riscontro nel modello causale del progetto, il che richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali riunite in un unico team, dai ricercatori ai clinici fino ai decisori politici.

Tuttavia qualcosa bolle in pentola a livello nazionale. Le Fondazioni di origine bancaria e il Governo nel 2016 hanno firmato un Protocollo d'Intesa per la gestione di un Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile destinato al sostegno di interventi sperimentali finalizzati a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che impediscono la piena fruizione dei processi educativi da parte dei minori. Il Fondo ha una consistenza di 120 milioni di euro l'anno per tre anni ed è alimentato dalle Fondazioni di origine bancaria che per questo usufruiranno di un credito d'imposta. L'operatività del fondo è stata assegnata all'impresa sociale "Con i bambini" (<http://www.conibambini.org/>) e, all'interno dei diversi progetti presentati, segnaliamo il FA.C.E. (Farsi Comunità Educante), un progetto che si propone di potenziare e ampliare l'accesso ai servizi educativi e di cura dei bambini di età 0/6 anni in 4 territori target (Reggio Emilia, Napoli, Palermo, Teramo) attraverso la promozione della partecipazione delle famiglie, in particolare quelle in condizione di fragilità e marginalità. Questo progetto ha visto il coinvolgimento dell'Associazione Culturale Pediatri ed è stata prevista una valutazione di impatto a distanza dalla conclusione del progetto educativo.

Un'altra interessante opportunità è il **Reddito di inclusione (REI)**, che ha sostituito dal 1 gennaio 2018 il Sostegno per l'inclusione attiva. Il REI è una misura di contrasto alla povertà dal carattere universale, condizionata alla valutazione della condizione economica. I cittadini possono richiederlo presso il Comune di residenza e si compone di due parti: a) un beneficio economico, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica, b) un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa volto al superamento della condizione di povertà, predisposto sotto la regia dei servizi sociali del Comune. Quest'ultima caratteristica rende il Reddito di inclusione di interesse per il pediatra. Nel caso in cui il REI venga richiesto da genitori con bambini piccoli, i servizi sociali del Comune potrebbero predisporre dei progetti educativi ad hoc per queste famiglie in accordo con il pediatra. Pertanto il pediatra potrebbe iniziare a tessere una rete e abbozzare progetti sostenibili dalla comunità (ad esempio un ciclo di attività in biblioteca su NpL o NpM) per poi proporli ai servizi sociali comunali come misura di contrasto alla povertà da inserire nei progetti locali di REI.

Infine come è andata con l'azione raccomandata dal documento ACP sul sostegno verso gli asili nido? Nell'ultimo rapporto ISTAT del 2017 (che si riferisce alla situazione del 2014-2015) è segnalata una diminuzione degli investimenti economici dei Comuni del 5%, mentre il documento ACP auspica un innalzamento del 5%! L'obiettivo di raccogliere almeno il 33% della popolazione 0-3 anni nelle strutture socio-educative per l'infanzia si scontra con una realtà ancora insoddisfacente: in tutto il territorio nazionale i posti disponibili negli asili nido sono il 22.8% con differenze importanti tra nord e sud. Mentre al nord-est la copertura è del 30%, nel sud d'Italia solo 10 bambini su 100 possono usufruire di questo preziosa opportunità educativa. In più, le famiglie contribuiscono in misura sempre maggiore ai costi di questo servizio, passando dal 17.4% del 2004 al 20.3% del 2014. Questa situazione negativa è in parte contrastata da un accordo tra il Ministero dell'Istruzione e le Regioni, finanziato dal Governo e rinnovato di anno in anno dal 2007, per l'istituzione di **Sezioni Primavera** che accolgano bambini di 24 mesi all'inter-

no delle strutture delle Scuole d'Infanzia riconoscendo il valore educativo e non assistenziale di queste agenzie. Inoltre l'INPS sostiene annualmente altre misure finanziarie come il **Voucher baby sitting**, un bonus per sostenere il pagamento di un servizio di Baby Sitting alternativo al congedo parentale e il **Bonus asilo nido**, un'agevolazione che prevede l'erogazione di un contributo economico pari a 1.000 euro/anno per sostenere l'iscrizione all'asilo nido, oltre ad altre misure di sostegno come il **Premio alla nascita** e il **Bonus Bebé**.

Mentre in Italia le misure di sostegno rimangono frammentate e finanziate annualmente e con risorse limitate, La Norvegia ha deciso di rendere universale l'asilo nido. L'impegno ad accogliere tutti i bambini a partire dall'età di un anno ha migliorato in tutti i bambini norvegesi le competenze linguistiche, in particolare nei bambini provenienti da famiglie a basso reddito, con la conseguenza di una riduzione del divario tra bambini ricchi e poveri [3]. Questo fatto dovrebbe spingere le società scientifiche pediatriche italiane a impegnarsi per iniziative affinché lo Stato promuova politiche di adozione, anche in Italia, di agenzie educative 0-3 anni universali, per tutti i bambini. Non una spesa, ma un investimento per lo sviluppo di tutta la nazione e per l'uguaglianza dei bambini.

1. Panza C. I primi 5 anni: dalla ricerca alle politiche. Pagine Elettroniche Quaderni ACP 2016;23(6):am.1
2. Peacock-Chambers E, Ivy K, Bair-Merritt M. Primary Care Interventions for Early Childhood Development: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2017;140(6). pii: e20171661
3. Dearing E, Zachrisson HD, Mykletun A, et al. Estimating the Consequences of Norway's National Scale-Up of Early Childhood Education and Care (Beginning in Infancy) for Early Language Skills. *AERA Open* 2018;4(1): 2332858418756598

Per corrispondenza
costpan@tin.it