



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori VALENTE, CIRINNÀ, CUCCA, GARAVINI, LAUS,  
MARCUCCI, MARGIOTTA e NANNICINI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 APRILE 2018**

Delega al Governo per l’istituzione del sistema integrato di accoglienza, protezione sociale e sostegno del minore dal concepimento fino al terzo anno di età

ONOREVOLI SENATORI. - La povertà minore in Italia continua a crescere al ritmo di oltre 300.000 minori all'anno. Se nel 2012 erano 1.058.000 i minori in condizioni di povertà (il 10,3 per cento della popolazione di riferimento), nel 2013 erano saliti a 1.434.000. Un dato preoccupante, nel quadro più generale della popolazione in situazione di povertà.

In Italia, secondo i dati riferiti al 2013, erano 3.230.000 le famiglie in condizione di povertà relativa (il 12,6 per cento), per un totale di 10.048.000 individui poveri, il 16,6 per cento dell'intera popolazione.

I dati mostrano, rispetto all'anno precedente, una certa stabilità del fenomeno in tutte le ripartizioni geografiche del Paese, ma con dinamiche differenti a seconda della composizione del nucleo familiare. Come ad esempio capita alle famiglie più ampie, cioè con tre o più figli minori, per le quali, sia al nord (dal 13,6 per cento al 21,9 per cento) che al sud (dal 40,2 al 51,2 per cento), cresce maggiormente la povertà relativa.

Anche l'intensità della povertà, che misura di quanto, in percentuale, la spesa media delle famiglie povere è al di sotto di una data soglia di povertà, è aumentata nel 2013 rispetto all'anno precedente raggiungendo il 21,4 per cento (corrispondente a una spesa media di 764 euro mensili). Nel Mezzogiorno la povertà è più diffusa rispetto al resto del Paese e raggiunge un'intensità del 23,5 per cento. La situazione è più grave in Calabria (32,4 per cento) e in Sicilia (32,5 per cento), regioni in cui un terzo delle famiglie è relativamente povero.

Il disagio economico è più diffuso se all'interno della famiglia è presente un numero crescente di figli minori: l'incidenza di

povertà, pari al 20,4 per cento tra le coppie con due figli e al 32,9 per cento tra quelle che ne hanno almeno tre, sale rispettivamente al 23,1 per cento e al 34,3 per cento.

Il fenomeno, ancora una volta, è particolarmente evidente al sud, dove la metà delle famiglie, con tre o più figli minori, è povera.

Questo quadro peggiora ulteriormente se si analizzano i dati relativi alla povertà assoluta. Nel 2013, in Italia, 2.028.000 famiglie (il 7,9 per cento) risultavano in condizione di povertà assoluta, per un totale di 6.020.000 individui (il 9,9 per cento dell'intera popolazione; era l'8 per cento nel 2012). La metà di queste famiglie (1.014.000) risiede nel Mezzogiorno, così come gli individui (3.072.000 persone). Sempre al sud, la povertà assoluta delle famiglie raggiunge il 12,6 per cento (era il 9,8 per cento nel 2012). Anche per l'indice di povertà assoluta si conferma lo svantaggio, che aumenta rispetto al 2012, delle famiglie più ampie, soprattutto con minori: l'incidenza è pari al 22,1 per cento se i componenti sono almeno cinque e al 21,3 per cento tra le coppie con tre o più figli. Se si confrontano i dati sui minori in povertà assoluta degli anni 2011, 2012, e 2013, si nota come si è passati al nord dal 4,7 per cento del 2011 al 10,2 per cento del 2013, al centro dal 4,7 per cento al 10,2 per cento e al sud dal 10,9 per cento al 19,1 per cento. I dati del 2013 confermano la forte associazione tra povertà, bassi livelli di istruzione, bassi profili professionali ed esclusione dal mercato del lavoro.

La crisi economica che stiamo attraversando dal 2008 non ha fatto che accentuare la spirale della povertà e dell'esclusione so-

ziale che coinvolge anche i minori. Tra i 41 Paesi più ricchi, ad esempio, l'Italia occupa il 33° posto e ha visto aumentare il tasso di povertà minorile di 5,7 punti percentuali dal 2008 (quando era al 24,7 per cento) al 2012 (quando era al 30,4 per cento). Si vedano: Istituto nazionale di statistica (ISTAT), *La povertà in Italia. Anno 2013, Report* del 14 luglio 2014, e Gruppo CRC, *8° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*.

Povertà significa esclusione sociale e assenza di diritti di cittadinanza o, meglio, titolarità di diritti condizionati.

Lasciare al loro destino i bambini che nascono da famiglie in difficoltà socio-economica significa, di fatto, condannare una parte consistente della popolazione a un destino di marginalità e determinare, per la società, un carico di povertà e di devianza che può minare alla base qualsiasi possibilità di sviluppo.

In questo contesto precario, sostenere la genitorialità, la relazione tra madre e bambino, e il contesto familiare chiamato ad accogliere un ulteriore membro può contribuire in misura determinante a promuovere il benessere delle nuove generazioni e dell'intero contesto sociale del quale entrano a far parte. I primi mille giorni (trecento giorni dal concepimento alla nascita), dal concepimento al terzo anno di vita, in particolare, rappresentano il periodo di maggiore importanza nella crescita dei bambini. In questo periodo, infatti, sono poste le basi per la salute e il benessere nell'infanzia che, tuttavia, incideranno anche nell'età adulta.

La nuova strategia della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la salute di bambini e adolescenti 2015-2020 - richiesta dai Ministri della salute dei 53 Paesi della Regione europea dell'OMS, di cui costituiscono l'organo deliberativo (Comitato regionale europeo dell'OMS) - ha inteso fare fronte all'evoluzione delle problematiche relative alla salute e alle conoscenze rispetto all'analogo

documento approvato nel 2005. In particolare, l'analisi su cui si è basato il documento ha evidenziato che, in gran parte dei Paesi, mancano piani per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza, dotati di fondi *ad hoc*, e mancano strategie complessive che coinvolgano altri settori, oltre a quello sanitario, nel contrasto ad alcune patologie e nella promozione della salute. La strategia adottata dalla 64ª sessione del Comitato regionale europeo dell'OMS il 18 settembre 2014, pertanto, risulta ispirata a quattro principi:

1) l'approccio *life course*, per cui devono essere colte tutte le opportunità di intervento efficace dal periodo preconcezionale fino all'adolescenza, trattandosi del migliore approccio per massimizzare i benefici degli interventi pubblici;

2) l'applicazione di politiche e di interventi basati sull'evidenza;

3) la ricerca di *partnership*, innanzitutto tra settori diversi (salute, educazione, ambiente, politiche sociali e altro) del Governo e quindi con i diversi portatori di interesse;

4) una sottolineatura della salute come diritto universale, oltre che come investimento produttivo. In particolare l'approccio *life course* della strategia richiede ai Paesi membri dell'Unione europea che siano fatti sforzi per interrompere i circoli viziosi, che si attivano ancora prima della nascita, produttivi di esiti negativi per i nuovi nati, creando disuguaglianze, promuovendo, al contrario, sinergie positive che possono riguardare la nutrizione, le cure genitoriali, i servizi per l'infanzia e altro. Le nuove evidenze a cui ci si riferisce riguardano, più precisamente, i rapporti tra sviluppo prenatale e salute negli anni successivi e i benefici conseguenti a interventi precoci, in particolare nei primi tre anni.

Sono, infatti, evidenti sia l'efficacia degli interventi precoci di sostegno genitoriale - con inizio durante la gestazione e durante le prime epoche della vita, su diverse dimensioni della salute e del benessere, del bambino e dei

genitori - sia la rilevazione che questa tipologia di interventi determina risparmi e riduzione di tutta una serie di costi sociali che si producono, con effetti più o meno a lungo termine, in conseguenza dell'esclusione sociale.

Risulta, dunque, necessario istituire un sistema integrato e multidimensionale di ac-

coglienza, di accompagnamento e di sostegno alle gestanti, ai nuovi nati e alle loro famiglie, trattandosi della modalità più efficiente ed efficace di prevenzione e di promozione della salute e del benessere delle nuove generazioni, anche in un'ottica di uguaglianza delle opportunità.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

*(Delega al Governo per l'istituzione del sistema integrato di accoglienza, protezione sociale e sostegno del minore dal concepimento fino al terzo anno di età)*

1. Nel rispetto degli articoli 3, 38, 117, secondo comma, lettera *m*), e 119 della Costituzione e in attuazione dei principi di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, al fine di sviluppare e di uniformare sul territorio nazionale gli interventi di tutela, protezione sociale e sostegno dei bambini fino a tre anni di età, nonché di tutela delle gestanti e dei relativi nuclei familiari, il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per istituire il sistema integrato di accoglienza, protezione sociale e sostegno del minore dal concepimento fino al terzo anno di età, di seguito denominato «sistema», sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sociali e sanitarie, di presa in carico attraverso una progettualità personalizzata e partecipata e di sostegno alle scelte dei genitori, nonché nella definizione, nell'attuazione e nella valutazione degli interventi.

2. Nell'esercizio della delega di cui al comma 1, in conformità ai principi della legge 8 novembre 2000, n. 328, e della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989, resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176, nonché alle disposizioni dell'Unione europea e alle strategie adottate in materia di cura e di tutela dell'infanzia dalla stessa Unione

europea, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi specifici:

a) le prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza sociale per le gestanti, per i nati e per i nati sono aggiuntive e integrative di quelle sanitarie e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2001;

b) i servizi del sistema afferiscono al Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

c) il sistema è costituito dal raccordo delle prestazioni dal concepimento al terzo anno di vita, coinvolgendo i servizi e i soggetti individuati per ciascuna delle fasi di cui all'allegato 1 annesso alla presente legge.

3. I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze

4. Gli schemi dei decreti legislativi di cui al comma 1 sono trasmessi alla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che si esprime entro trenta giorni, e alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per le conseguenze di carattere finanziario, che si esprimono entro quaranta giorni dalla data di assegnazione, trascorsi i quali i decreti legislativi sono adottati anche in assenza del parere.

5. Con uno o più decreti legislativi, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al comma 1, possono essere adottate disposizioni correttive e integrative, nel rispetto dei

principi e criteri direttivi e delle procedure stabiliti dal presente articolo.

Art. 2.

*(Livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie)*

1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, acquisito il parere delle Commissioni parlamentari competenti, sulla base dei principi e criteri di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, sono fissati i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie e i livelli essenziali di assistenza sanitaria in favore delle gestanti, dei nati e dei nuclei genitoriali e familiari dei nuovi nati.

Art. 3.

*(Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza)*

1. Dopo la lettera *f*) del comma 1 dell'articolo 3 della legge 12 luglio 2011, n. 112, è inserita la seguente:

«*f-bis*) monitora lo stato di attuazione del sistema integrato di accoglienza, protezione sociale e sostegno del minore dal concepimento fino al terzo anno di età».

## ALLEGATO 1

(Articolo 1, comma 2, lettera c))

## FASE I

Servizi e soggetti: strutture di maternità pubbliche e private, distretti socio-sanitari, medici di medicina generale, Istituto nazionale della previdenza sociale, servizi sociali, consultori:

a) iscrizione presso le strutture di maternità pubbliche o private per le gestanti dal momento del concepimento e istituzione di un registro territoriale delle gravidanze, presso i distretti socio-sanitari, che costituisce debito informativo per i sistemi di sorveglianza regionali e nazionali;

b) monitoraggio delle gravidanze, assicurando il rafforzamento dei punti unitari di accesso regionali affinché garantiscano l'informazione alle gestanti e ai nuclei familiari sulle opportunità e sulle tipologie di assistenza sanitaria e socio-sanitaria disponibili per una gravidanza sicura;

c) accoglienza psico-socio-sanitaria durante la gravidanza, anche attraverso l'omogenea promozione, qualitativa e quantitativa, sul territorio nazionale, dei consultori.

## FASE II

Servizi e soggetti: strutture di maternità pubbliche o private, operatori psico-socio-sanitari dei punti nascita, consultori, servizi territoriali materno-infantili, pediatri di libera scelta, servizi sociali:

a) accoglienza psico-socio-sanitaria-educativa in tutti i punti nascita pubblici o privati;

b) dimissione socio-sanitaria protetta per tutti i nati e attivazione dei servizi territoriali di residenza della madre.

## FASE III

Servizi e soggetti: servizi territoriali socio-sanitari-educativi, operatori tutoriali, *équipe* multidisciplinari territoriali, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale:

a) promozione e valorizzazione di progetti personalizzati, per i nuclei familiari in difficoltà o a rischio di esclusione sociale, concordati con gli stessi nuclei, di tipo socio-sanitario-educativo, anche mediante visite domiciliari, definiti da un'apposita *équipe* multidisciplinare territoriale;

b) tutoraggio e accompagnamento, anche domiciliare, per i nuclei familiari in difficoltà o a rischio di esclusione sociale, attraverso operatori di prossimità di formazione socio-sanitaria-educativa, in numero adeguato per ciascun territorio.