

## MEMORIA PER L'AUDIZIONE DEL 29 APRILE 2014

### 7° Commissione Senato (Istruzione)

Disegno di legge n. 1260:

*“Disposizioni in materia di sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita fino a sei anni e del diritto delle bambine e dei bambini alle pari opportunità di apprendimento”.*

Signor Presidente, Signori componenti della Settima Commissione,

ringraziamo per l'invito a partecipare all'audizione relativa ad una proposta di legge che riteniamo di estrema importanza per i bambini e le loro famiglie, rappresentando essa uno dei primi atti strategici di investimento per la crescita del nostro paese e per un orizzonte che guarda oltre la crisi economica, per lo sviluppo del capitale umano, la più grande risorsa italiana.

Apprezziamo molto che si sia deciso di assicurare l'effettiva attuazione dei diritti di ogni cittadino fin dalla nascita, e di aver scelto l'ottica 0-6 e la scelta del nido quale servizio educativo, non più a domanda individuale.

*L'Associazione Culturale Pediatri (ACP) costituita a Milano il 5 settembre 1974 è una libera associazione che raccoglie 2.500 pediatri in 35 gruppi locali, finalizzata allo sviluppo della cultura pediatrica ed alla promozione della salute del bambino. L'Associazione svolge attività di formazione, ricerca, informazione per l'educazione sanitaria, definizione di protocolli diagnostico-terapeutici e valutazione della qualità delle cure e supporto a programmi di cooperazione internazionale.*

*L'ACP ha un codice etico di comportamento nei rapporti con l'industria che investe sia i singoli pediatri che l'Associazione stessa. L'adozione di un codice di comportamento ha un duplice obiettivo: da una parte quello di offrire una garanzia di indipendenza da interessi commerciali a tutela dell'utente, del medico stesso e dei suoi colleghi, e del servizio sanitario; dall'altra quello di promuovere un rapporto con l'industria che miri a obiettivi utili e rilevanti, sia in campo assistenziale che nel campo della formazione e della ricerca. ACP svolge attività editoriale, di formazione e di ricerca, rigorosamente no profit. ([www.acp.it](http://www.acp.it) – [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it))*

---

**Presidente:** Paolo Siani - [presidente@acp.it](mailto:presidente@acp.it)

**Consiglieri:** A. Biasini, C. Berardi, G. Cirillo, A. Nova, M. Orrù, G. Rapisardi, N. Sansotta, ML. Zuccolo  
[direttivo@acp.it](mailto:direttivo@acp.it)

**Segretaria nazionale:** Gianni Piras: - [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) - (+39) 392 3838502

**Sede Legale:** Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 – 09070 Narbolia (OR)

**web:** [www.acp.it](http://www.acp.it)

L'ACP ritiene che, relativamente agli interventi e servizi 0-6 anni, ed in riferimento all'art.3 (servizi educativi per l'infanzia) ed in particolare alle lettere "a" e "b" e cioè agli **spazi gioco per i bambini e soprattutto ai centri per bambini e famiglie che accolgono bambini dai primi mesi di vita insieme ad un adulto accompagnatore**, con caratteristiche di aggregazione sociale e ludica per i bambini e di comunicazione e incontro tra gli adulti sui temi dell'educazione e della genitorialità, **sia necessario prevedere una loro strutturazione attraverso un modello di riferimento per tutte le regioni italiane**. Tale modello di riferimento deve essere di tipo universalistico e di promozione della salute e del benessere in un'ottica di contrasto all'esclusione sociale e di superamento delle disuguaglianze. Sarà indispensabile intercettare e avviare ai servizi educativi per l'infanzia costituiti da nido, micronido e sezione per bambine e bambini in età compresa tra i ventiquattro e i trentasei mesi, proprio quei bambini a rischio psicosociale che possono essere facilmente identificati alla nascita con semplici indicatori; sono proprio quelli i bambini che non frequentano gli asili nido e arrivano troppo tardi in contatto con le agenzie educative. Sappiamo tutti, per l'ampia letteratura e per le numerose esperienze nazionali e internazionali di riferimento, che lo **svantaggio comincia prima della nascita** e si accumula per tutta la vita. **Le azioni per ridurre le disuguaglianze sociali, educative e nella salute**, devono cominciare prima della nascita e devono seguire tutta la vita di un bambino. Solo questo può interrompere il legame tra svantaggio precoce e scarsi risultati nella vita. Per questa ragione, dare ad ogni bambino la **migliore partenza nella vita** è la raccomandazione prioritaria anche per ridurre le disuguaglianze sociali, nella salute e nell'educazione. Le dispari opportunità nei bambini e nelle loro famiglie, sono infatti sotto gli occhi di tutti.

Questi destini si incrociano in ambito sanitario e della salute (maggiore rischio di malattia e di morte), in ambito scolastico e formativo (minore accesso alla conoscenza, ridotte performance di apprendimento già in seconda elementare nel sud dell'Italia), in ambito lavorativo (minore qualificazione, lavori usuranti sottopagati), in ambito sociale (marginalità, devianza, povertà).

La consapevolezza della necessità di interventi integrati che siano efficienti ed efficaci devono però trovare **forma organizzativa in modelli e percorsi di intervento** che siano in grado di **offrire in modo equo, tempestivo e precoce**, azioni di aiuto alle famiglie ed ai bambini, prima della nascita e nelle epoche precoci della vita (0-3 anni):

- strutturare **modelli e percorsi di intervento precoci (0-3 anni)**, in una prospettiva longitudinale che si anticipi ai **primi mille giorni di vita**, quindi un modello-prototipo precoce e tempestivo con il più alto grado potenziale di efficienza e di efficacia, in cui il **sostegno ai genitori e l'home visiting** a valenza educativa ne siano i pilastri fondamentali.
- I cardini principali di questo modello di intervento precoce integrato possono essere sintetizzati in:
  - **Accoglienza e valutazione dell'inclusione sociale alla nascita e anche in gravidanza presso i punti nascita ospedalieri** (vedi Fiocchi in ospedale di Save the Children e modello Adozione Sociale dell'Associazione Culturale Pediatri – in allegato)

- **Accoglienza e Accompagnamento Territoriale**, in un'ottica di precocità e continuità, intorno agli hub presenti (consultorio, asili nido, unità operative materno-infantili) e quello da strutturare (**CENTRI PER BAMBINI E FAMIGLIE**), che dovranno prevedere una serie di azioni proporzionali al bisogno: **offerta attiva di sostegno dei genitori e home visiting** a forte valenza educativa attraverso la realizzazione di un modello ordinario di sostegno ed intervento precoce, **percorsi comunitari** di contrasto all'isolamento ed esclusione sociale, come gruppi di auto-aiuto post gravidanza e di sostegno genitoriale, **percorsi ordinari**, attraverso i servizi presenti, per la valutazione multidimensionale, i Progetti Personalizzati di sostegno alle famiglie, da parte di una Equipe Territoriale Integrata socioeducativa e sanitaria.

**Noi siamo certi che gli interventi per essere davvero efficaci devono essere precoci (alla nascita o ancora prima), aspettare l'età del nido, dove esiste, o della scuola dell'infanzia è ineluttabilmente troppo tardi affinché le bambine e i bambini, possano davvero sviluppare pienamente le loro potenzialità di relazione, autonomia, creatività, apprendimento.**

Ringraziamo ancora per aver coinvolto l'ACP nella speranza che le nostre note possano essere d'aiuto per il Disegno di Legge che speriamo venga presto approvato nell'interesse di tutte le bambine e i bambini del nostro Paese e sia in grado di colmare la disparità nel numero degli asili nido tra il sud e il resto del Paese.

Infine vi chiediamo di continuare a investire nell'infanzia, sui bambini che nascono oggi, nel 2014, e che tra 18 anni terminata la scuola dell'obbligo potranno avere delle opportunità. Vi chiediamo di dare vita a un grande piano infanzia nel nostro Paese.

Cordialmente,



*Dr. Paolo Siani*

**Il Presidente**

**Associazione Culturale Pediatri (ACP)**

- ✓ In allegato gli elementi fondamentali del Modello Adozione Sociale dell'ACP.

## MEMORIA PER L'AUDIZIONE DEL 29 APRILE 2014 7° Commissione Senato (Istruzione)

### **Disegno di legge n. 1260:**

“Disposizioni in materia di sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita fino a sei anni e del diritto delle bambine e dei bambini alle pari opportunità di apprendimento”.

### **ALLEGATO** **Modello Adozione Sociale** *Associazione Culturale Pediatri (ACP)*

**Dal Libro: Il Programma Adozione Sociale 1994-2012 - Edizioni Ad Est dell'Equatore Napoli 2014 - In corso di pubblicazione.**

## **CAPITOLO II**

### **2.1 Le origini e la storia del Programma Adozione Sociale**

Il Programma nasce dalla sperimentazione nel quartiere napoletano di Secondigliano del 1994, su iniziativa dell'Associazione Culturale Pediatri insieme all'Assessorato alla Dignità del Comune di Napoli (così si chiamava, e non a caso, l'Assessorato alle Politiche Sociali), nell'ambito della più grande cornice programmatica di “Napoli bambini di Europa”, in integrazione con il Distretto Sanitario n. 50 (oggi 30) dell'ASL Na 1.

Era il 1994 quando i pediatri campani dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) discutevano di bambini “ripetenti in ospedale”, cioè di bambini che ripetutamente finivano nelle corsie delle pediatrie cittadine perché, come si disse allora, malati di povertà.

Il pensiero dell'importanza delle componenti sociali nel determinare la salute, iniziava il suo lavoro, una sorta di tarlo in positivo, invisibile ma instancabile, nella mente del gruppo che presto mise a punto un percorso, chiamato poi di *Adozione Sociale*, per intercettare alla nascita le traiettorie di vita dei nati nella città e naturalmente delle loro famiglie.

Il Programma Adozione Sociale rappresenta il primo progetto italiano di sostegno precoce alla famiglia dopo la nascita di un bambino, analoghi programmi sono stati sperimentati successivamente a Trieste, Cesena ed in numerose città italiane.

Il percorso messo a punto per “modificare le traiettorie” dei più sfortunati necessitava l'individuazione di una serie di indicatori di rischio (validati dalla letteratura), tra questi la scolarità e l'età materna, la disoccupazione e la detenzione, la dipendenza da alcool e droghe, l'affollamento abitativo e le patologie croniche.

---

**Presidente:** Paolo Siani - [presidente@acp.it](mailto:presidente@acp.it)

**Consiglieri:** A. Biasini, C. Berardi, G. Cirillo, A. Nova, M. Orrù, G. Rapisardi, N. Sansotta, ML. Zuccolo  
[direttivo@acp.it](mailto:direttivo@acp.it)

**Segretaria nazionale:** Gianni Piras: - [segreteria@acp.it](mailto:segreteria@acp.it) - (+39) 392 3838502

**Sede Legale:** Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 – 09070 Narbolia (OR)

**web:** [www.acp.it](http://www.acp.it)

La presenza alla nascita di questi indicatori consentiva l'inclusione del bimbo e dei suoi genitori in un percorso protetto che prevedeva una continuità assistenziale a garanzia di un sostegno nel momento di maggiore fragilità e cioè al rientro a casa.

Il rapporto tra l'ospedale e il territorio trovava dunque una via di consolidamento dovuta al lavoro comune finalizzato allo stesso obiettivo e discusso allo stesso tavolo, tra pari, mirando all'integrazione del punto di vista e delle modalità di intervento sanitarie e del punto di vista e delle modalità di intervento sociali.

Il traguardo, raggiunto durante la messa a punto del percorso, fu singolare e sicuramente innovativo in quanto, per la prima volta, sostituiva una modalità di lavoro in serie (i circuiti si susseguono e possono anche non incontrarsi) con una modalità in parallelo (i circuiti lavorano contemporaneamente su più fronti e interagiscono). Fin dall'inizio si pose grande attenzione all'importanza della domiciliarità degli interventi.

In sintesi il percorso prevedeva una comunicazione del Punto Nascita alla Unità Operativa Materno Infantile di residenza della famiglia ed un successivo contatto degli operatori con la famiglia, e presso i servizi, e in casa.

La precocità del contatto ha avuto fin dall'inizio la giusta rilevanza per aumentare la possibilità di successo e nell'evitare che i fattori di rischio presenti potessero tramutarsi in un danno conclamato. Inizialmente gli obiettivi di "salute" precisi e raggiungibili - allattamento al seno, posizione nel sonno, vaccinazioni, etc. costituirono l'outcome da valutare.

L'autorevolezza della componente sociale e l'esperienza maturata, ancora acerba, impostarono le azioni di sostegno ponendo al centro l'intervento a domicilio delle assistenti sociali.

Tuttavia l'esperienza di Adozione Sociale in questa fase mise in luce la non adeguatezza dei servizi sociali in termini numerici, per far fronte alle numerose segnalazioni che pervenivano dai punti nascita cittadini coinvolti, ma anche relativamente alle modalità di approccio alle famiglie e alla percezione che le famiglie avevano del contatto offerto loro.

I Servizi Sociali troppo spesso sono stati e sono vissuti, per memoria acquisita e/o tramandata, come un controllo sanzionatorio più che come un attivatore di risorse esterne ed interne.

Dunque questo vissuto e la brevità dei contatti con le famiglie di fatto determinò una scarsa adesione delle famiglie al programma, quando proposto dal Servizio Sociale, mentre invece la precoce relazione con i Consultori, nell'ottica di favorire un rapporto sufficientemente buono tra madre e neonato e garantire loro un percorso di salute nel primo anno di vita del bimbo, funzionava molto meglio.

Questo progetto, nell'ambito dei progetti finanziati dalla L.**285/97**, viene esteso dal 1997 a tutta la città di Napoli.

La L.285/97 e i Piani nazionali ad essa collegati anticipano le azioni per l'infanzia e adolescenza basate sull'analisi territoriale, sulla concertazione, sull'integrazione istituzionale (Accordo di programma tra il Comune di Napoli, Asl NA1, Provveditorato agli studi, Centro giustizia minorile per la Campania e il Molise) e sul lavoro per progetti che con l'attuazione della legge **328/00** verranno promosse.

Questi elementi fondamentali, unitamente ai piani nazionali e cittadini ad essa collegati, entrano a far parte coerentemente della Pianificazione di Zona in atto nel Comune di Napoli.

In questa nuova logica di un welfare di comunità, il servizio pubblico sociale e sanitario realizzano, al proprio interno ed insieme, un nuovo assetto organizzativo e funzionale che tende a superare gli steccati specialistici e lavora per un'attivazione a rete delle risorse su progetti, su di un equilibrio tra regia centrale (Comune e ASL) e gestione decentrata (distretti e municipalità); con una concezione di pubblico allargata (come indicano la L. 328/'00 ed il D.Lgs. 229/'99) anche a prestazioni erogate in integrazione con quel "privato sociale" disposto a collaborare più direttamente e che risponda a standards di accreditamento e certificazione di qualità.

Privato sociale che coopera in pieno alla realizzazione delle attività sociali e sociosanitarie e che viene coinvolto con pari dignità dal momento programmatico a quello di valutazione e formativo.

Le esperienze assimilate negli anni e l'humus legislativo favorevole (approvazione della legge di riforma dei servizi sociali 328/2000) permisero a questo punto di inserire a pieno titolo il programma "Adozione Sociale" tra i programmi prioritari del Piano di Zona del Comune di Napoli, del corrispondente Piano Attuativo Locale e dei Programmi delle Attività territoriali della ASL Na1, tra il 2000 ed il 2009.

L'attenzione, in questa nuova formulazione del programma-intervento veniva centrata non su un elemento, il bambino e/o la diade madre-figlio, ma su l'intera famiglia vista come 'cellula relazionale' della comunità, un microsistema in grado, se sostenuto e rafforzato, di mettere in moto una catena positiva di benessere e salute.

Si passava da un *modello lineare* che vedeva gli indicatori di rischio in relazione quasi diretta e proporzionale con gli esiti, a un *modello sistemico* che prevedeva l'intersecarsi e il sovrapporsi di sfere di influenza legate a fattori necessari: scolarità ed età materne, povertà, isolamento sociale, devianza, che rendono vulnerabile l'individuo e il suo nucleo familiare; fattori aggravanti di amplificazione: depressione materna, perdita del lavoro, difficoltà abitative e malattie croniche; fattori protettivi: forti relazioni familiari, di vicinato, di comunità.

Dopo questa lunga esperienza napoletana, con Delibera di Giunta Regionale Campania n. 2063 del 13.12.2006 viene definito il Programma "Adozione Sociale" di **Sostegno alle Famiglie delle bambine ed i bambini dei territori a ritardo di sviluppo** e finanziato per il triennio, 2009-2011, con fondi europei per lo sviluppo sociale (FSR), dalla Regione Campania.

La Delibera riprende le esperienze del programma sviluppato a Napoli a partire dal 1994 nel quartiere di Secondigliano e successivamente diffuso all'intera città di Napoli.

Il Programma viene realizzato in partenariato obbligato con le Aziende Sanitarie Locali, con altri enti istituzionali, il terzo settore ed il volontariato, in otto Ambiti Sociali della regione, con un modello generale di riferimento (vedi successiva figura) che prevede:

- ✓ procedure di accoglienza e dimissione sociosanitaria alla nascita;
- ✓ costituzione di un'equipe integrata territoriale e conoscenza dei nati del proprio territorio e delle condizioni di rischio sociale e sanitario;
- ✓ accoglienza di tutti i nuovi nati sul territorio entro pochi giorni dalla nascita;
- ✓ sostegno/accompagnamento alle famiglie a rischio con minori da 0 a 3 anni anche mediante tutor e home visiting e con progetti personalizzati con le famiglie;
- ✓ monitoraggio e valutazione delle procedure e dei risultati del sostegno/accompagnamento.

I **destinatari** del Programma sono:

- ✓ Famiglie di nuova formazione alla nascita del figlio.
  - Famiglie di nuova formazione che presentino uno o più indicatori di rischio:
  - Età della madre inferiore a 20 anni
  - Livello di istruzione della madre inferiore o uguale alla licenza elementare
  - Famiglia monoparentale
  - Abitazione precaria e/o coabitazione
  - Disoccupazione del padre
  - Malattie croniche invalidanti nei genitori
  - Un genitore detenuto
  - Genitore extracomunitario

4

- ✓ Famiglie numerose a rischio sociale.
- ✓ Famiglie con minori con patologie invalidanti.
- ✓ Famiglie che accolgono minori in adozione e in affido.
- ✓ Famiglie in cui il/i genitori presentano un disagio psico-sociale rilevante (depressione post-partum, problemi relazionali intrafamiliari, genitore dipendente da alcool o droghe...).

