



**Centro per la  
Salute del  
Bambino**

# **PROPOSTA PER UN SISTEMA DI SERVIZI 0-6 CHE TUTELI I DIRITTI DI TUTTI I BAMBINI E TUTTE LE BAMBINE A SALUTE, EDUCAZIONE E CURE RESPONSIVE**

## **Premessa**

Sappiamo che **a un anno di vita i bambini sono già disuguali**. A volte per stato di salute, spesso per competenze cognitive e socio-relazionali. A tre-quattro anni queste differenze divengono ancora più ampie e continuano poi ad accrescersi negli anni successivi. **Le diversità di opportunità offerte dall'ambito familiare e dalla comunità attraverso i suoi servizi costituiscono la causa di queste disegualianze**, tanto precoci quanto difficilmente reversibili, e spesso con effetti intergenerazionali (1-3).

*I più recenti portati della scienza aprono la strada a un nuovo modo di concepire l'attività di prevenzione e cura, in particolare nei primi anni di vita: **è necessario che il bambino**, sia quando è sano, che quando è malato, **venga visto e "curato" come un tutt'uno di mente e corpo**, e che i servizi che si occupano d'infanzia "si parlino" anch'essi, per offrire prestazioni integrate e coerenti (4).*

Nella realtà italiana, la carenza di politiche e interventi a supporto delle famiglie aggrava le disegualianze già presenti in base al reddito del nucleo familiare e alla condizione di occupazione e livello di istruzione dei genitori, soprattutto delle madri. Se la qualità e la distribuzione dei servizi socio-sanitari già presenta notevoli disparità territoriali, pur nell'ambito di una sostanziale universalità di accesso, i servizi educativi e quelli culturali sono tutt'altro che universali e con ancora maggiori differenze territoriali: 3 bimbi su 4 non hanno accesso al nido o a una biblioteca con sezione ragazzi, con un drammatico divario tra Centro-Nord e Sud (5-6).

**Le misure e le risorse** (sebbene significative) **contenute nel PNRR non saranno sufficienti** ad assicurare a tutte le bambine e i bambini che vivono in Italia pari opportunità educative nei loro primi, fondamentali anni, tenendo anche conto che la pandemia ha aggravato le iniquità già esistenti e ne ha create di nuove.

Quand'anche le risorse fossero sufficienti ad assicurare, in tempi ragionevoli, un accesso universale al nido, questo non basterebbe a prevenire disegualianze, esposizione ad ambienti ed eventi avversi, esclusione sociale. **Dei nuovi nati occorre infatti prendersi cura ben prima dell'accesso al nido, attraverso un supporto alle risorse e alle competenze dei genitori.**

**L'ambiente familiare resta infatti il principale fattore condizionante il presente e in buona parte il futuro dei nuovi nati (7-8)**. La ricerca ci dice che è possibile rendere l'ambiente familiare, quindi in primo luogo i genitori, più informati, più attenti, più responsivi ai bisogni, più capaci di fornire opportunità di sviluppo, e meno violenti nelle parole e negli atti (8-10).

## Un sistema universalistico progressivo nell'intensità degli interventi, multisettoriale ed equo.

Occorre quindi **dare supporto a tutte le famiglie**, non solo quelle definite a priori "vulnerabili", anche perché i servizi basati solo su criteri predefiniti di rischio, o l'intervento su segnalazione, possono far perdere opportunità preziose di intervento precoce<sup>1</sup>. **La progressività ci deve essere, ma costruita su una base universale di informazione e supporto** che tenga conto delle differenze territoriali rispetto alla presenza e qualità dei servizi.

L'approccio è quello ribadito anche dal documento OMS-UNICEF-BM sulla *nurturing care* del 2018 (11), che prevede **tre livelli di intervento**: uno **universale** di informazione e promozione; uno **più selettivo** su situazioni individuali, o di gruppi sociali, a rischio, a **prevenzione** di esiti negativi; e uno **più intensivo di protezione** su situazioni multiproblematiche conclamate su indicazione dei servizi (vedi figura).



<sup>1</sup> Un esempio tra tanti: se l'esito negativo che si vuole prevenire è l'insufficiente competenza in *literacy* e *numeracy* in bambini di 15 anni (indicatore usato dal sistema PISA), problema che si sa essere associato a basso reddito e bassa scolarità della famiglia di provenienza, un intervento rivolto al 20% della popolazione 0-6 provenienti da famiglie di basso SES, ipotizzando una sua efficacia del 50%, ridurrebbe il numero di bambini con questo esito negativo da circa 32.000 su 100.000 all'anno (dati PISA 2018, arrotondati) a circa 16.000 all'anno. Ma i bambini di famiglie con reddito superiore, cioè il rimanente 80% della popolazione (400.000 all'anno), con la stessa insufficiente competenza sono 61.000 e resterebbero tali in assenza di intervento. Il problema caratterizzato dagli interventi basati sul rischio è ben noto, in quanto il rischio si distribuisce tipicamente su tutta la popolazione anche se in proporzioni diverse, variabili a seconda della tipologia di rischio. Quindi una popolazione "a basso rischio" di 400.000 può produrre più esiti negativi di una popolazione "ad alto rischio" di 100.000. Nessuno degli esiti negativi più comuni e rilevanti nei bambini, dall'insuccesso scolastico, alla violenza domestica, ai problemi di salute fisica e mentale, benché la distribuzione sia sempre diseguale in base alle caratteristiche della famiglia, può essere affrontato con buona efficacia intervenendo solo su popolazioni a maggior rischio. Inoltre, va considerato che gli interventi sul rischio predefinito comportano per la popolazione target uno stigma non facilmente evitabile.

*Programmi rivolti ai genitori e ai loro bambini/e, a partire dai primi mesi o ancor prima, dalla gravidanza, che offrono occasioni di incontro in piccoli gruppi per facilitare lo scambio tra pari, **portano infatti grandi benefici ai bambini/e**, proprio perché fanno bene ai loro genitori. Questi sono accompagnati da **operatori qualificati** (educatori, ostetriche o altri professionisti a seconda dei servizi che li attivano) e appositamente formati, a scoprire modalità di interazione con i loro bambini semplici ma di qualità, forme di educazione autorevole e mai violenta, e a utilizzare al meglio i servizi e i benefici disponibili, ad ampliare le loro reti sociali e di mutuo aiuto (come s'è visto durante la pandemia), a favorire la co-genitorialità, e a **“portare a casa” buone pratiche, riguardo la nutrizione, la salute ma anche la lettura, il gioco, l'esperienza musicale, contaminando, questa volta con un ‘virus buono’, nonni e amici.***

*La ricerca dimostra che **il vantaggio** che i bimbi/e ne traggono **si perpetua negli anni successivi**, nel percorso scolastico e nella vita, che i benefici sono particolarmente consistenti nei bambini/e appartenenti a famiglie di basso SES (8-9), e che gli apporti educativi precoci determinano modificazioni permanenti in aree cerebrali che controllano funzioni cognitive decisive (12).*

*Programmi che prevedano, anche questi a partire dal sesto mese di gravidanza, un contatto con tutte le famiglie e che propongano **una visita domiciliare** per portare informazioni, facilitare un corretto contatto e uso dei servizi pre- peri- e post-natali, sono pure largamente **efficaci a prevenire situazioni di disagio e a promuovere salute e buone pratiche genitoriali** (13-15) e possono essere utilmente coordinati con **i programmi che offrono spazi e incontri per genitori e bambini**. Gli studi condotti da molti anni in ambito internazionale dimostrano che per essere efficaci i programmi di visite domiciliari necessitano di **competenze professionali composite**, che integrano saperi sia di tipo socio-educativo che sanitario. In Italia queste competenze in gran parte esistono, ma frammentate tra profili professionali diversi, quali gli Infermieri di Comunità, gli Assistenti Sanitari, gli Educatori Professionali socio-sanitari e psico-pedagogici per l'infanzia, profili che meriterebbero di essere rivisti e coordinati e la cui formazione deve incorporare i contenuti più recenti riguardanti lo sviluppo precoce del bambino e la genitorialità (6, 16, 17).*

Accanto a rendere universale l'accesso ai nidi, occorre quindi muoversi per **“sostenere le competenze genitoriali”** - come peraltro affermato nel PNRR - individuando tempi e spazi per offrire quest'opportunità a tutti i giovani adulti che stanno per diventare o sono da poco diventati genitori. Questi percorsi creano un'alleanza, un patto di corresponsabilità educativa tra operatori e genitori che si attua in luoghi nei quali tali soggetti sono protagonisti dell'agire educativo, culturale e sociale, invece di essere un mero luogo di fruizione di servizi.

Tutti i settori possono e devono contribuire a un sistema integrato di servizi 0-6<sup>2</sup> che possa funzionare bene e per tutti: il **sanitario**, a partire dai percorsi pre e post-natali e dai bilanci di salute presso i pediatri di famiglia, che devono prevedere anche contenuti di supporto alle conoscenze e competenze genitoriali; l'**educativo**, concependo il lavoro con i genitori come parte integrante della missione educativa; il **sociale**, chiamato a intervenire dove questi percorsi precoci individuano elementi di fragilità, che possono richiedere interventi di supporto più complessi, ma anche a partecipare della funzione preventiva di rischi e fragilità; il **culturale**, perché biblioteche, musei, giardini e aree naturali, spettacoli musicali e teatrali offrono importanti occasioni di piacere, scoperta, crescita.

---

<sup>2</sup> Il fatto che si auspichi un sistema integrato 0-6 non significa che dopo questa età non sia più necessario operare in modo collaborativo tra i diversi settori. Sta a sottolineare le particolari necessità che in questi primi anni dei bambini si manifestano nelle loro famiglie e a cui non è pensabile di dare una risposta efficace, in termini di promozione, prevenzione, e protezione se non con la collaborazione dell'intero sistema dei servizi, e delle comunità di riferimento.

**La visione<sup>3</sup>: i diritti essenziali possono e devono essere tradotti in livelli essenziali di assistenza, e diventare operativi sull'intero territorio nazionale.**

La considerazione della possibilità di procreare è libera da preoccupazioni di carattere economico, facilitata dalla **presenza di un sistema di tutele** (congedi parentali, altre misure di conciliazione tra lavoro e figli), e di **servizi per la prima infanzia e per i genitori**. La decisione di procreare è consapevole e informata su eventuali rischi e interventi preventivi, che sono resi disponibili dal sistema dei servizi.

Il percorso di cure prenatali include sia gli aspetti medici che elementi di **preparazione alla "nascita" e quindi ai ruoli genitoriali** e non solo al "parto".

I **punti nascita** sono **dimensionati**, in termini di risorse umane e strumentali e di flusso di pazienti, per poter garantire un'assistenza di qualità e sono inseriti in un sistema di riferimento per i parti ad alto rischio ostetrico e/o neonatologico. I punti nascita **rispettano le raccomandazioni internazionali** sulle cure appropriate e rispettose riguardanti le modalità del parto, il contatto precoce madre-neonato, la prevenzione del dolore e l'allattamento immediato ed esclusivo.

I punti nascita sono **coordinati con i servizi territoriali**, sia di salute che sociali, e sono inseriti **in un percorso di continuità**, cui le famiglie accedono durante l'assistenza alla gravidanza e nuovamente alla dimissione, sia per i neonati e le mamme dopo un parto fisiologico, che in caso di patologie o fattori di rischio.

La continuità è garantita dalla pediatria di famiglia sia sul piano medico, sia preventivo che curativo, che del supporto alla genitorialità, con il concorso di altri servizi (psicologici, educativi, sociali) quando necessario. **L'accesso al pediatra è garantito a tutti i bambini per lo meno nella fascia 0-6 anni.**

L'organizzazione delle cure primarie pediatriche è tale da garantire un **accesso 12/24h**, una **reperibilità nei fine settimana**, opportunità di **sviluppo professionale** e **articolazione delle competenze** all'interno del gruppo di professionisti, e **tempi e competenze per la promozione dello sviluppo della genitorialità responsiva** e per una risoluzione della gran parte delle problematiche di salute, sia preventive che curative. La valutazione dello sviluppo è sempre accompagnata dalla promozione dello stesso, in una **prospettiva di dialogo con i genitori e di un rafforzamento delle loro risorse e competenze.**

Tutti i genitori usufruiscono di **opportunità di incontro** sui temi dello sviluppo e della genitorialità responsiva, basati sulle linee guida internazionali che prevedono il coinvolgimento pratico in attività assieme ai loro bambini/e. A tutti i genitori, per lo meno in aree e per gruppi caratterizzati da povertà educativa e fragilità socio-economiche e psicosociali, o specifici problemi medici, vengono offerti **supporti a domicilio da parte di operatori a questo qualificati.**

**Tutti i bambini hanno la possibilità di accedere**, per lo meno dai 12 mesi, **a un nido di qualità**, che comprende come requisito il coinvolgimento di tutte le loro famiglie in attività svolte in orari che ne consentano la partecipazione.

**Tutti i genitori possono usufruire di congedi parentali**, sia retribuiti che retribuiti parzialmente, **nel primo anno di vita del bambino** e in seguito in caso di disabilità e patologie croniche.

**Tutti gli operatori dei servizi per l'infanzia e le famiglie ricevono una formazione** sia curricolare che in servizio sui temi dello **sviluppo precoce, della genitorialità responsiva e di come supportarla**. Gli operatori delle cure primarie e in particolare i pediatri di libera scelta ricevono una formazione sia curricolare che in servizio sui temi della prevenzione, diagnosi e gestione del maltrattamento, della promozione dello sviluppo neuropsichico e della valutazione neuro-evolutiva.

<sup>3</sup> Modificato dal documento "Senza confini" (6).

I **messaggi** sulla prevenzione e promozione dello sviluppo e della genitorialità responsiva e le attività lungo tutto il percorso pre, peri e post nascita, almeno fino ai 3 anni di vita, sono **coerenti e condivisi tra attori delle cure primarie** (consultori, pediatria di famiglia, servizi ospedalieri, servizi sociali, altri) con una definizione comune di funzioni, percorsi e responsabilità. Le **attività di lettura condivisa, di gioco e di esperienza musicale e artistica precoce sono promosse sistematicamente e in modo condiviso** dai servizi sanitari, educativi e culturali a partire dal primo anno di vita.

Bambini e famiglie con disabilità e patologie croniche hanno un punto di riferimento all'interno dei percorsi di cura e abilitazione, vale a dire **un operatore incaricato di coordinare l'insieme degli interventi** tra i diversi servizi e di facilitare l'utilizzo appropriato dei servizi.

Se tutti fanno la loro parte, le risorse necessarie per garantire ad ogni famiglia queste opportunità sono alla portata di tutte le amministrazioni locali, con il supporto del Terzo Settore, delle Fondazioni, delle organizzazioni professionali, dei service e delle aziende.

## TRE LINEE DI INTERVENTO

Si possono individuare **tre fondamentali linee di intervento in grado di contribuire a costruire, nei territori, un "sistema 0-6" in grado di dare un adeguato supporto alle famiglie coinvolgendo tutti i settori**. Le tre linee di intervento sono strettamente collegate tra loro e sinergiche rispetto alla finalità di creare a livello dei territori un sistema 0-6 capace di assicurare promozione, prevenzione e protezione e di supportare bambine e bambini e le loro famiglie.

Questi interventi **integrano le altre misure di supporto al reddito** delle famiglie con figli e **alla conciliazione lavoro-cura** già approvati (vedi assegno unico), in parte in corso di definizione e attuazione, e comunque necessari (5).

### LINEA 1

**La prima linea consiste nel pieno coinvolgimento del sistema socio-sanitario ai fini della promozione efficace di una genitorialità responsiva fin dalle prime epoche della vita, le più cruciali.**

Partendo dal fatto che il sistema sanitario è l'unico che ha contatti con l'universo delle famiglie e che può garantire anche continuità nei contatti per i primissimi anni, grazie ai percorsi nascita e alla pediatria di libera scelta, questo può essere ottenuto **inserendo negli incontri pre- e post-parto**, gestiti dai diversi operatori (soprattutto ostetriche e pediatri di famiglia) **elementi di "nurturing care"** finalizzati alla **promozione di una genitorialità responsiva quale fondamentale fattore di sviluppo e di prevenzione di vulnerabilità e diseguaglianze** (6,11,16,17).

Gli **strumenti** per realizzare questo sono innanzitutto l'adozione di **moduli di formazione per gli operatori dell'infanzia sulla genitorialità responsiva, da sviluppare** con il contributo dei professionisti che lo dovranno utilizzare, e che possa costituire elemento di orientamento e guida per servizi e operatori su contenuti e modalità di proposta degli stessi ai genitori nelle diverse sedi (in particolare: incontri pre e post-parto proposti dalle Aziende sanitarie, bilanci di salute proposti dalla pediatria di libera scelta).

**Obiettivo:** raggiungere progressivamente tutti i neo-genitori, con almeno tre incontri pre-nascita e due post-nascita nei primi 3 mesi, e incorporare i contenuti nei bilanci di salute del pediatra (dal primo mese a 36 mesi).

## LINEA 2

La **seconda linea**, che si basa su un'ampia mole di studi e ricerche effettuate in campo internazionale e sull'esperienza attuata in Italia dai Centri per Genitori e Bambini attivati in alcune Regioni, da alcuni Centri per le Famiglie e dal Progetto *Un Villaggio per crescere* attivo dal 2018, **consiste nella creazione di spazi per genitori e bambini a partire dai loro primi mesi, dove i genitori, con il supporto di educatori professionali, sono introdotti a pratiche d'interazione di qualità quali lettura condivisa, gioco, espressione artistica e musicale, con un approccio che ha dimostrato di produrre benefici significativi sia sui bambini che sui genitori** (8,9,11,16).

*Un Villaggio per crescere*, finanziato dall'Impresa Sociale Con i Bambini, da Fondazione Generali THSN e Generali Italia, apre questi spazi soprattutto in periferie urbane o in zone dove i servizi educativi sono assenti o carenti, e si propone come componente sinergica al sistema educativo 0-6 e in particolare dei nidi, assicurando, anche laddove questi servizi esistono, un accompagnamento e un supporto alle famiglie in un periodo cruciale quale il primo anno di vita e un coinvolgimento attivo di tutti i genitori (18).

**Questo tipo di intervento può essere attuato** – ed è questa la strada maestra - **dalle pubbliche amministrazioni, in gestione diretta o affidata a Enti del Terzo Settore**. E può essere attuato, o sostenuto con specifici contributi, da Fondazioni, Enti privati quali i service, e Aziende nell'ambito delle iniziative di responsabilità sociale. **I costi**, sulla base dell'esperienza dei Villaggi, si aggirano attorno ai 60.000 euro all'anno per uno spazio con tre educatori, aperto 10-12 ore alla settimana, in grado di servire (fuori da restrizioni Covid) 150-200 nuove famiglie all'anno per un totale di almeno una decina di incontri, comprendendo anche i materiali da distribuire alle famiglie, la formazione continua degli operatori e un sistema di raccolta dati ai fini del monitoraggio operativo e della valutazione d'impatto (19).

**Obiettivo:** offrire a tutti i genitori la possibilità di condividere con altre famiglie l'esperienza genitoriale e di rafforzare le loro competenze con l'accompagnamento di operatori professionali attraverso almeno 8-10 incontri nel primo anno di vita del bambino.

## LINEA 3

La **terza linea**, che comprende le prime due e ne costituisce il meccanismo attuatore, è volta a realizzare **modelli territoriali di collaborazione e integrazione tra servizi sanitari educativi, sociali e culturali che siano in grado di fornire alle famiglie - tutte - informazioni e percorsi di accompagnamento finalizzati a sostenere le competenze genitoriali**.

Dal punto di vista gestionale, sono da prevedere **accordi territoriali tra enti** (Aziende Sanitarie, Comuni, Terzo Settore), i cui modelli – da adattare alle caratteristiche dei territori - sono già in fase di attuazione in alcuni Comuni, spesso attraverso Piani di Zona, e Province autonome, e sono stati sperimentati in diversi progetti finanziati dal bando 0-6 dell'impresa sociale Con i Bambini, nonché nell'ambito del programma P.I.P.P.I. (20).

**La promozione e gestione di questi accordi spetta agli Enti locali** (Comuni e loro circoscrizioni, Consorzi, Ambiti sociali) **in collaborazione con Aziende Sanitarie, Istituti Scolastici e Terzo Settore**. Il compito è quello di individuare e pianificare le azioni necessarie e il contributo di ognuno per ciascuno dei tre livelli di intervento necessari: quello universale, quello selettivo e quello intensivo, in altri termini quello di **promozione**, quello di **prevenzione** del rischio e quello di **protezione** in situazioni multiproblematiche conclamate.

Uno strumento fondamentale per far sì che tali accordi siano operativi ed efficaci, consiste in percorsi di **formazione multi-professionale tra operatori dei diversi settori**, al fine di un reciproco riconoscimento, condivisione di informazioni e messaggi. Gli incontri di formazione sono il presupposto per **creare reti e collaborazioni a livello locale tra i diversi settori sanitario, educativo sociale e culturale**, in questo senso già attuati con ottimi risultati nell'ambito di programmi quali *Nati per Leggere* e *Nati per la Musica*, che il CSB coordina a livello nazionale in collaborazione con l'Associazione Italiana Biblioteca e l'Associazione Culturale Pediatri.

La partecipazione attiva alla rete agisce come **moltiplicatore delle opportunità e quindi delle risorse** e genera restituzioni in grado di ripagare adeguatamente gli investimenti effettuati. Inoltre, il "mettersi in rete" presuppone una visione illuminata, una **capacità di individuare obiettivi progettuali di alto livello, valutandone la fattibilità** attraverso la condivisione di risorse appartenenti ai partner che aderiscono agli accordi. I servizi se ne giovano in termini di efficacia, se **gestiti in modo coordinato** tra diversi enti, condividendo risorse umane ed economiche, previa individuazione degli obiettivi, della definizione delle attività concrete e operative da realizzare, dell'esplicitazione delle risorse e delle competenze necessarie, della creazione di gruppi funzionali alla realizzazione delle attività (21-22).

È essenziale a questo fine che questo approccio multi e transdisciplinare coinvolga trasversalmente anche **le sedi di alta formazione per introdurre i temi** dello sviluppo precoce (i primi 1000 giorni) e della genitorialità responsiva **nei curricula di formazione di tutti gli operatori - sociali sanitari educativi e culturali - che si occupano di infanzia** (16,22).

**Obiettivo:** attivare in tutti i territori un tavolo 0-6 che metta in rete tutti i servizi per bambini e famiglie a costituire un sistema organico e integrato di servizi, sostenuto da una regia unica, da piani di sviluppo e di progressiva integrazione dal punto di vista dei percorsi anche formativi.

## **RISORSE**

La realizzazione di quanto esposto richiede sia l'adozione di **una concezione nuova di integrazione attorno al bambino e alla famiglia da parte dei servizi**, sia **risorse aggiuntive**, da realizzare anche in forme di collaborazione e scambio di esperienze a livello europeo (23). Il primo aspetto richiede un impegno finanziario minimo e compatibile con le risorse attualmente disponibili. Consistenti risorse aggiuntive vanno invece previste per creare e rinforzare servizi attualmente inesistenti o carenti nell'organico, dai nidi ai servizi socio-sanitari territoriali, agli spazi per le famiglie, alla stessa pediatria di famiglia, laddove attualmente carenti. Le risorse vanno reperite sia tramite l'utilizzo di quanto già previsto in leggi e piani esistenti, sia in nuove misure. Di seguito una prima elencazione di massima, certo non esaustiva, e mirante a sottolineare l'esistenza di risorse a cui attingere, alcune già nei prossimi mesi.

**Per il settore sanitario:** il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (in particolare gli obiettivi strategici da 1.1 a 1.6). Soprattutto nelle sue declinazioni regionali, che sono attualmente in corso di definizione, il PNP costituisce un'ottima opportunità per sostenere tutti gli interventi descritti, in particolare per integrare gli interventi e assicurare formazione. E il **PNRR** per la parte finalizzata al rinforzo dei sistemi sanitari territoriali (missione 5), che va integrata per la parte che riguarda infanzia e adolescenza e per la parte finalizzata al sostegno alle famiglie vulnerabili (missione 6). Alcune azioni possono essere integrate nel sistema di Sorveglianza 0-2 già attivo a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.

**Per il settore educativo:** quanto previsto dal D.Lgs del 2015 relativo al sistema educativo integrato 0-6, che del sistema nel suo complesso costituisce un elemento fondamentale e, laddove esistente, può costituirne l'asse portante. E il PNRR per la parte finalizzata ai nidi (missione 4), che va integrata da criteri e meccanismi distributivi perequativi rispetto all'attuale situazione, oltre che da un supporto alle attività di progettazione e gestione, soprattutto nei territori dove in passato si sono registrate difficoltà nell'utilizzo dei fondi sia europei che nazionali.

**Per il settore sociale:** quanto previsto dalla legge n.328/2000, e recentemente, in merito al sostegno alle famiglie vulnerabili (linee guida ministeriali, progetto PIPPI) e al rafforzamento del servizio sociale, previsti anche dal PNRR.

**Per il settore culturale:** quanto previsto dai programmi di sostegno alla lettura (Nati per Leggere, Nati per la Musica), piani regionali di supporto alla lettura esistenti in diverse Regioni, piani e progetti supportati dal Centro Nazionale per il Libro e la Lettura e di promozione dell'accesso delle famiglie con bambini ai servizi culturali attuati in diversi Comuni.

Queste azioni, molte delle quali sostenute anche dall'11° Rapporto della rete CRC (24) e dalla mozione approvata in Parlamento nell'aprile scorso (25) possono infine trovare collocazione, e sostegno ulteriore, nell'ambito degli interventi previsti dalla *Child Guarantee* per le aree e i gruppi svantaggiati (26).

Certo, muoversi verso **un sistema integrato e con azioni concrete lungo queste linee**, che portino a sistema le progettualità migliori già esistenti (5-6), evitando quindi di proseguire prevalentemente su una strada di bandi e progetti su scala limitata e con un orizzonte temporale definito, **richiede una visione e una capacità di coordinamento che solo un'Agenzia nazionale per l'infanzia, dotata di competenze scientifiche, tecniche, e con una sufficiente indipendenza e autonomia può attuare con efficacia, continuità ed equità distributiva.**

## REFERENZE

1. National Scientific Council on the Developing Child. *The Science of Child Development*. Center for the Developing Child, Harvard University, 2007.
2. Cameron JL, Eagleson KL, Fox NA, Hensch TK, Levitt P. *Social origins of developmental risk for mental and physical illness*. J Neurosci 2017;37(45):10783-10791. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1822-17.2017.
3. Tamburlini G. *Come le disuguaglianze nascono, crescono e possono essere contrastate*. Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 4/2019:4, 203-17.
4. National Scientific Council on the Developing Child. *Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined*: Working Paper No. 15, 2020. Retrieved from [www.developingchild.harvard.edu](http://www.developingchild.harvard.edu).
5. Alleanza per l'Infanzia e EducAzioni. *Investire nell'infanzia: prendersi cura del futuro a partire dal presente*, 2020.
6. Centro per la Salute del Bambino e Associazione Culturale Pediatri. *Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze*, 2nda ed. aprile 2021.
7. Melhuish E. *Early childhood environments: long-term consequences of early childhood education and parenting*. In S. Hay (Ed.), *Early Years Education and Care: New Issues for Practice from Research*. Routledge, Oxford, 2015.
8. Tamburlini G. *L'Ambiente familiare di apprendimento (seconda parte)*. Medico e Bambino, 2020;39(3):167-76.
9. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK (2021) *Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis*. PLoS Med 18(5): e1003602. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>.
10. Milani P. *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Carocci, Roma, 2018.
11. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. Farah MJ, Sternberg S, Nichols TA et al. *Randomized Manipulation of Early Cognitive Experience Impacts Adult Brain Structure*, Journal of Cognitive Neuroscience 2021, 33:6, 1197–1209.
13. Tamburlini G. *Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione*. Medico e Bambino 2014:33.
14. Korfmacher J *Review of Tools & Instruments for Early Childhood Home Visiting for the CEE/CIS UNICEF Region*. 2013.
15. Murdoch Children's Institute and Community Child Health at the Royal Children's Hospital, Melbourne. *Sustained home visiting for vulnerable families and children: A review of effective programs*. 2014.
16. Tamburlini G Volta A *Il bambino tutto intero: per un approccio integrato al bambino e al suo ambiente*. Medico e Bambino 2021;40(4):1237-244.
17. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. *Linee di indirizzo nazionali. L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*. Roma, 2017.
18. Barbieri V, Sepich P, Sivori MC, Tamburlini G. *Dal focus sul bambino a un agire orientato alla famiglia: l'esperienza dei Villaggi per Crescere*. Bambini 2021:1:60-3.
19. Alushaj A, Benvegnù C, Caracciolo N, et al. *Un Villaggio per Crescere: il modello, i dati, le voci, e... riflessioni a metà percorso*. Quaderni acp 2020;27(3):118-21.
20. PIPPI. Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. [www.minori.gov.it/it/ilprogramma-pippi](http://www.minori.gov.it/it/ilprogramma-pippi).
21. Salvini A e Gambini E. *Fare rete 15 linee guida per sperimentare la rete tra organizzazioni di volontariato CESVOT*, 2015. <https://www.volontariatotrentino.it/sites/default/files/download/fate%20rete.pdf>
22. Milani P *L'analisi ecosistemica dei bisogni del bambino permette di diventare collettivamente più intelligenti in: Integrazione dei servizi e formazione degli operatori per l'infanzia*. Medico e Bambino 2021;40(4):1247-48.
23. *Towards A Child Union! Reducing Inequalities In the EU Through Investment In Children's Early Years* (a cura di C. Morabito e M. Vanderbroek). The Foundation for European Progressive Studies, Fundación Pablo Iglesias, November 2020.
24. Rete CRC. *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. 11° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 20 novembre 2020.
25. Camera dei Deputati. 1-00405 - *Mozione sul mancato supporto a bambini ed adolescenti, del Governo nel gestire la pandemia*. Aprile 2021.
26. European Commission. *Child Guarantee for disadvantaged children*. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>