



FINO ALL'ULTIMO BAMBINO



Save the Children

**MILIONI DI BAMBINI
SENZA UN DOMANI
IN ITALIA E NEL MONDO:
LA SFIDA DI SAVE THE CHILDREN**

Testo redatto da:

Chiara Saturnino
con il contributo di
Francesca Romana Marta

**Si ringraziano
per la collaborazione:**

Laura Anzideo,
Elena Avenati,
Alessia Borrelli,
Chiara Damen,
Giusy De Loiro,
Matteo Delmonte,
Cinzia De Pedrini,
Josiane El Khoury,
Marco Guadagnino,
Antonella Inverno
e Eleonora Tantaro.

Foto di copertina:

Matteo Bianchi Fasani

Progetto grafico:

G. Santoro
Odd Episodes Studio Collective

Pubblicato da:

Save the Children Italia Onlus
Ottobre 2016

FINO ALL'ULTIMO BAMBINO

Milioni di bambini senza un domani in Italia e nel mondo:
la sfida di Save the Children



Indice

Prefazione	1
I numeri	3
Introduzione	5
1. La trappola della povertà e le sfide globali	7
2. La minaccia della povertà estrema nei Paesi a basso reddito	11
2.1 Senza un domani perché	15
2.2 L'istruzione, strumento di sviluppo inclusivo	23
2.3 L'esperienza tratta dai nostri progetti internazionali	27
3. Povertà ed esclusione sociale in Italia	31
3.1 Senza un domani perché	35
3.2 I vantaggi dell'educazione prescolare e il valore redistributivo dei servizi per l'infanzia	40
3.3 L'esperienza tratta dai nostri progetti nazionali	46
Conclusioni e Raccomandazioni	51
Indice delle Tabelle e delle Figure	56
Appendice	57
Bibliografia principale di riferimento	58
Note	62

Prefazione

Erica è una bambina di soli 2 anni, e ogni giorno lotta con la morte. Vive in un piccolo villaggio in Mozambico, lontano km e km dal primo centro abitato e da strutture sanitarie. Quasi tutti i giorni, insieme alla mamma Adelina, percorre 3 ore di cammino per raggiungere un piccolo campo da cui ricavano fagioli e mais, unica fonte di sostentamento per la famiglia. Purtroppo però la siccità degli ultimi mesi ha causato ingenti danni al raccolto, così Erica e la mamma sono senza cibo e con pochissima acqua. Erica è debilitata e gravemente malnutrita, poiché spesso si ciba solo di un impasto fatto di acqua e bacche. Erica, lontano dagli occhi del mondo, nel suo villaggio remoto in Mozambico, è una bambina senza un domani.

Proprio come quei 6 milioni di bambini che ogni anno perdono la vita prima di compiere 5 anni, per cause prevenibili e curabili. Proprio come quei 58 milioni di bambini che nei paesi poveri non vanno a scuola. Proprio come quel milione di bambini che vive in povertà assoluta in Italia, senza la possibilità di avere il necessario per crescere e sviluppare il proprio potenziale.

Perché c'è un filo sottile e doloroso che lega tutti i bambini senza un domani, ovunque essi si trovino. Nei più remoti villaggi dell'Africa o dell'Asia, o nei quartieri più disagiati delle città italiane. L'impossibilità di costruirsi un futuro.

Se in Mozambico Erica lotta con la malnutrizione, anche Dario che ha 4 anni e vive solo con la mamma in una città del sud Italia, non sempre può avere un pasto proteico una volta al giorno e vive nella più assoluta povertà in una piccola casa buia e senza riscaldamento. E Yasmeen, arrivata in Libano dalla Siria con la madre e i suoi 5 fratelli, in fuga dalla guerra, non può studiare come vorrebbe, perché è ipovedente e avrebbe bisogno di un sostegno a scuola.

Erica, Dario, Yasmeen sono bambini senza un domani. Bambini senza acqua, cibo, cure mediche. Bambini senza una casa, senza la possibilità di studiare. Bambini costretti a scappare dalle guerre, a nascondersi, a crescere in fretta e affrontare mari neri pieni di morte. Bambini esclusi a causa delle loro disabilità, isolati. Bambini poveri tra i poveri, che vivono senza possibilità di sognare, crescere o anche banalmente vivere la loro infanzia.

Oggi viviamo in un mondo dove il progresso tecnologico cerca di rendere tutto possibile e pensabile, dove si può viaggiare velocemente da un angolo all'altro della terra, dove tutti possono accedere a ogni informazione. Un mondo dove passi avanti sono stati fatti e si continuano a fare nella ricerca scientifica e medica. Un mondo dove siamo riusciti a dimezzare la mortalità infantile. Un mondo in cui sempre più spesso si parla di diritti e dove molte battaglie sono state vinte per vederli garantiti.

Eppure, nonostante ciò, esistono ancora bambini come Erica, Yasmeen e Dario.

Per loro Save the Children è nata e continua a portare avanti la sua missione: salvare i bambini in pericolo e tutelarne i diritti. E ogni persona che nel mondo lavora con la nostra organizzazione la segue come fosse la stella polare. Con coraggio, in maniera instancabile ed inarrestabile, costi quel che costi.

Ecco perché nasce la campagna **Fino all'ultimo bambino**: per salvare e dare un futuro ai bambini senza un domani, in Italia e nel mondo.

Crediamo fortemente che sia inaccettabile che, ancora oggi, condizioni arbitrarie come il luogo di nascita, l'appartenenza a un'etnia o religione, la situazione economica della famiglia o addirittura l'essere maschio o femmina, determinino la qualità della vita di un bambino o la sua stessa sopravvivenza. Noi faremo di tutto per eliminare la discriminazione e combattere le barriere che impediscono a milioni di bambini vulnerabili di accedere al cibo, alle cure sanitarie e all'educazione. In una parola ai loro diritti. E non ci arrenderemo finché non avremo raggiunto fino all'ultimo di loro.


Dove può andare un mondo che si vanta del proprio progresso ma senza riuscire a investire fino in fondo nell'unica vera fonte di ricchezza, ovvero i propri bambini?

Finché non saremo in grado di raggiungere, aiutare, proteggere fino all'ultimo di questi bambini, il progresso di cui l'umanità si fregia e a cui aspira rischia di essere solo un guscio vuoto. Abbiamo un dovere cui non possiamo abdicare: salvare i bambini, che sono la nostra linfa, il nostro investimento per il futuro.

Perché, come diceva Albert Einstein, **“Non c'è a questo mondo grande scoperta o progresso che tenga, fintanto che ci sarà anche un solo bambino triste”**.

#finoallultimobambino

Valerio Neri
Direttore Generale
Save the Children Italia Onlus



I Numeri

NEL MONDO

385 milioni

di minori nel mondo vivono in povertà estrema¹.

6 milioni

di bambini ancora oggi muoiono per cause prevenibili e curabili, circa **16 mila** al giorno².

1 bambino su 4

sotto i 5 anni è colpito da malnutrizione cronica. La malnutrizione si stima sia concausa del 50% delle morti al di sotto del quinto anno di vita.

60 milioni

i minori tra 6-11 anni che non vanno a scuola, **58 milioni** solo nei Paesi più poveri. Per loro diminuiscono le possibilità di avere un futuro³.

La povertà non colpisce solo i paesi a basso reddito.

NEI PAESI OCSE

Sono 30 milioni

i bambini che vivono in povertà⁴.

IN ITALIA

Oltre 1 milione

di minori vive in povertà assoluta⁵.

Oltre 2 milioni

i piccoli che vivono una condizione di povertà relativa nel nostro Paese.

1 su 20

non può permettersi un pasto proteico almeno una volta al giorno⁶.

1 su 10

deve rinunciare ad abiti nuovi.

2030 la data entro cui la comunità internazionale dovrà essere in grado di azzerare questi numeri, senza lasciare nessuno indietro⁷.

385 milioni ▶ minori che vivono in povertà estrema.

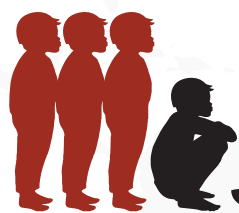
6 milioni ▶ decessi per cause prevedibili e curabili.

16.000/giorno (ca.)



60.000.000

MINORI TRA I 6 E GLI 11 ANNI
CHE NON VANNO A SCUOLA



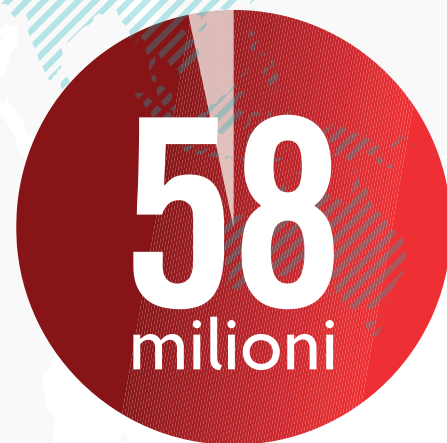
1 su 4

**MALNUTRIZIONE
CRONICA**

colpisce un minore su quattro ed è la concausa
del 50% delle morti sotto il quinto anno di vita.

50%

50%



**58
milioni**

solo nei Paesi più poveri

Nei paesi OCSE

**BAMBINI IN
POVERTÀ**

**30
milioni**

In Italia

1 su 20



Minori che non possono permettersi
un pasto proteico.

+ 1 milione
minori in condizioni di
POVERTÀ ASSOLUTA

+ 2 milioni
minori in condizione di
POVERTÀ RELATIVA

La povertà non colpisce
solo i Paesi a basso reddito.

1 su 10



Minori che devono rinunciare
ad abiti nuovi.

2000

2015 2016

2030

Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs)

Agenda per lo sviluppo sostenibile (SDGs)

**ENTRO IL 2030 LA COMUNITÀ INTERNAZIONALE DOVRÀ ESSERE IN GRADO DI AZZERARE QUESTI NUMERI,
SENZA LASCIARE NESSUNO INDIETRO.**

Introduzione

Sono milioni i bambini nel mondo che vivono in povertà, milioni quelli coinvolti in emergenze umanitarie e a cui non vengono riconosciuti i diritti e le opportunità che dovrebbero invece essere garantiti a tutti. Numeri grandi, a cui si fa fatica a dare concretezza. Eppure sono vite, volti a cui è stato negato un domani, a volte solo per essere nati nel posto o al momento sbagliato. Quei numeri rappresentano le grandi sfide globali che il mondo, ancora oggi, si trova a dover affrontare.

A settembre dello scorso anno l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha celebrato i successi raggiunti dalla comunità internazionale con gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio⁸ e approvato la nuova Agenda che guiderà gli Stati verso il 2030.

Dal 2000 al 2015, sono stati fatti enormi passi avanti nel contrasto alle sfide globali, però la crescita non ha coinvolto tutti allo stesso modo. Inoltre, le grandi emergenze umanitarie, come quella che ha preso campo ad Aleppo, in Siria - dove si è tornati a colpire scuole e ospedali - o la crisi yemenita, hanno addirittura aggravato la situazione di molte popolazioni. E così, in un contesto internazionale in cui sempre più si fa riferimento al benessere come percorso naturale delle nostre società, si continua ancora a lottare per sopravvivere e continuano a perpetuarsi forme di povertà anche estrema e di esclusione sociale.

Ma cosa significa essere poveri? È una condizione che incide a volte sulla possibilità di sopravvivenza dei bambini perché rende impossibile anche la soddisfazione dei bisogni primari. La povertà è però un fenomeno molto più complesso, è multidimensionale, non riguarda cioè solo gli aspetti materiali della vita ma incide anche sulla sfera sociale ed emozionale del minore e ne influenza le opportunità di crescita e sviluppo future. Povertà vuol dire anche “essere poveri di diritti”.

Si tratta di una realtà che non interessa solo i Paesi a basso reddito, ma tocca tanto il Sud quanto il Nord del mondo.

È per questo che i nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG)⁹ si applicano a tutti i 193 Stati che li hanno sottoscritti. Con l'approvazione della nuova Agenda, i Governi hanno confermato - tra gli altri - il loro impegno politico a porre fine alla povertà estrema e alla fame entro il 2030 (SDG 1), ad acquisire la sicurezza alimentare (SDG 2), a ridurre in maniera decisiva il numero di morti materne, neonatali e infantili garantendo la copertura sanitaria universale (SDG 3), e a fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti (SDG 4). Tratto distintivo della nuova Agenda è inoltre il carattere inclusivo - che mira a raggiungere tutti, soprattutto i più vulnerabili - e l'impegno a costruire società più resilienti, capaci cioè di difendere i propri membri da eventuali emergenze.

Da anni Save the Children contribuisce a realizzare questi obiettivi attraverso le campagne globali e gli interventi sul campo. Dal 2009 abbiamo raggiunto 122 milioni di mamme e bambini nel mondo con i nostri programmi di salute. In Italia, solo nel 2015 sono stati circa 30 mila i beneficiari dei nostri progetti di contrasto alla povertà e sicurezza alimentare. In linea con la nuova Agenda, abbiamo lanciato quest'anno **Fino all'ultimo bambino**, la campagna globale che amplia ed estende il lavoro iniziato sette anni fa, con l'obiettivo di raggiungere - in Italia e nel mondo - tutti i bambini finora esclusi.

Il nostro percorso quest'anno parte proprio da qui, dai minori esclusi, dai bambini "senza un domani" perché la povertà nega loro un futuro.

Il rapporto è diviso in tre sezioni. Il primo capitolo si apre con la definizione di povertà e con una riflessione sulle sfide che comporta per la popolazione infantile. Si fa riferimento al carattere multidimensionale e intergenerazionale della povertà e ai meccanismi che la alimentano.

La seconda parte si incentra sulle conseguenze della grave deprivazione nei Paesi a basso reddito e sulle cause che fanno sì che, ancora oggi, parte della popolazione non venga raggiunta dai processi di sviluppo.

L'ultimo capitolo apre una finestra sulla povertà in Italia, proponendo - attraverso l'analisi dei dati più recenti - una lettura su cosa significa, per mamma e bambino, essere vittima di deprivazione e di esclusione sociale nel nostro Paese.

Un breve paragrafo è infine dedicato alle recenti emergenze e crisi umanitarie, dal conflitto in Siria al terremoto del Centro Italia. Lo sviluppo inclusivo non può non considerare i contesti di crisi.

Il report si chiude con un messaggio positivo: gli antidoti alla povertà infantile esistono. Si tratta di interventi che si sono rivelati efficaci, in questi anni, nella risposta alle sfide globali gli stessi che Save the Children Italia adotta sia a livello internazionale che nei programmi avviati nel nostro Paese.

Accelerare i progressi verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile è un risultato ambizioso ma possibile. È un percorso che richiede risorse, un chiaro impegno politico e la volontà collettiva affinché sia rispettato il diritto di ogni bambino - e soprattutto dei più vulnerabili - alla salute, alla nutrizione e all'istruzione, e affinché tutti abbiano accesso allo stesso sistema di opportunità.



Foto: Luca Muzi / Save the Children

CAPITOLO 1

**LA TRAPPOLA DELLA POVERTÀ
E LE SFIDE GLOBALI**

CAPITOLO 1

LA TRAPPOLA DELLA POVERTÀ E LE SFIDE GLOBALI

Dal lancio degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio a oggi il mondo ha fatto incredibili passi avanti nella lotta alla povertà. Nonostante la comunità internazionale sia riuscita a dimezzare la proporzione di persone che vivono con meno di \$1,25 al giorno¹⁰, si stima siano ancora oltre 700 milioni gli individui in condizioni di povertà estrema¹¹, circa la metà sono bambini. Inoltre i processi di sviluppo non hanno coinvolto le comunità allo stesso modo. L'accesso alle risorse e ai servizi resta duramente compromesso per alcune categorie della popolazione che sono state e continuano a essere escluse dai processi di crescita. Si crea così un forte divario che finisce col perpetuare casi di povertà ed esclusione a danno di determinati gruppi.

Il mancato accesso alla ricchezza e il divario sociale sono fenomeni che non riguardano solo Paesi poveri ed economie emergenti. Nei Paesi ad alto reddito la crescita economica ha permesso un generale miglioramento dei livelli di benessere. Tuttavia nell'Unione Europea circa il 27% di bambini e adolescenti minori di 18 anni è a rischio di povertà e di esclusione sociale¹². In Europa, se la povertà era diminuita prima della crisi economica (nel 2009 erano 114 milioni le persone a rischio), nel 2012 ha toccato quota 122 milioni per poi mostrare un debole segno di miglioramento solo tra il 2012 e il 2014. Alcuni gruppi della popolazione sono sistematicamente più a rischio di altri: giovani, donne, disoccupati e individui con un basso livello di istruzione.

Nel nostro Paese nel 2015 erano 1 milione 582 mila le famiglie in povertà assoluta - in tutto 1 milione 131 mila bambini (il 10%) - e 2 milioni 678 mila invece le famiglie in povertà relativa. Circa il 20% sono bambini, ben 2 milioni 110 mila. Forti le differenze geografiche, per istruzione e per struttura familiare: il Sud riporta i casi peggiori; tra i gruppi più a rischio le famiglie numerose e quelle con un basso livello di istruzione.

La povertà si manifesta in diverse forme. È prima di tutto materiale e quindi si presenta, anche nei Paesi più ricchi, come minore accesso a beni e servizi di base o di qualità. Ma ci sono altri due aspetti che definiscono il fenomeno. Il primo è il carattere multidimensionale, il secondo quello intergenerazionale. La povertà è multidimensionale perché diventa causa non solo di deprivazione materiale, ma intacca anche altri ambiti della vita provocando la perdita di capitale umano, con conseguenti costi sociali ed economici.

Tra gli aspetti che fanno più discutere quello della povertà educativa che, ostacolando la possibilità di istruzione dei bambini, ne compromette di conseguenza l'accesso in età adulta a migliori opportunità e migliori condizioni di vita rispetto a quelle della famiglia di provenienza. L'altro aspetto della povertà è proprio il suo carattere intergenerazionale e cioè la capacità di investire anche le future generazioni. E' dimostrata la correlazione positiva tra le condizioni dei genitori e quelle dei figli¹³.

Un bambino che, per via dello scarso accesso alle risorse, non conosce un corretto sviluppo fisico e cognitivo, avrà infatti minori possibilità di intraprendere un percorso scolastico di qualità e di proseguire negli studi rispetto a un coetaneo che vive in condizioni più agiate. Un danno ingente sia a livello individuale - per il capitale umano perso, per i risvolti sulla vita lavorativa e sul compenso salariale - che per la vita economica dell'intera società. Il bilancio del mancato investimento nella salute di mamme e bambini è ulteriormente aggravato infatti dalla conseguente perdita di crescita economica e dalla necessità di spesa per la cura e l'assistenza.

Si tratta di una condizione ciclica, che finisce col perpetuare condizioni di povertà ed esclusione (figura 1) trasformandosi in una vera e propria trappola.

Figura 1 - La trappola della povertà e le principali conseguenze a livello sociale ed economico.



Fonte: Elaborazione dell'autore.

Sebbene la differenza tra Paesi resti ancora la manifestazione più evidente della disuguaglianza, esistono comunque forti disparità anche all'interno dello stesso Paese.

Ad esempio tra zone rurali e urbane o tra la popolazione più ricca e quella più povera. Differenze che persistono sia nei Paesi in via di sviluppo che nei più ricchi, identificando una fetta della popolazione vittima di discriminazione e marginalizzazione. Spesso tra i più svantaggiati vi sono anche le donne, nonostante il ruolo attivo svolto nella società sia in campo lavorativo, che nella cura e nell'assistenza sul piano domestico.

La Convenzione per i Diritti dell'Infanzia (CRC)¹⁴, approvata nel 1989 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, riconosce a tutti i bambini il diritto alla vita, a un'infanzia e a un'adolescenza sicura. Purtroppo però molti minori non solo vedono violati questi diritti fondamentali, ma vivono in condizioni che rischiano di prolungare la permanenza nello stato di povertà in cui versano. La crescita e lo sviluppo dovrebbero partire proprio da loro. A ribadire questo principio sono oggi gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che propongono, entro i prossimi 15 anni, di eliminare la povertà estrema e garantire l'accesso ai servizi di base e di qualità partendo proprio dai gruppi più svantaggiati.





Foto: Jonathan Hyams / Save the Children

CAPITOLO 2

**LA MINACCIA DELLA POVERTÀ ESTREMA
NEI PAESI A BASSO REDDITO**

CAPITOLO 2

LA MINACCIA DELLA POVERTÀ ESTREMA NEI PAESI A BASSO REDDITO

Sono 6 milioni i minori che hanno perso la vita nel 2015 prima di compiere 5 anni, circa 16 mila al giorno. Molti di loro, complice l'alto tasso di povertà e il mancato accesso ai servizi essenziali, per cause prevenibili e curabili.

Nonostante la comunità internazionale sia riuscita a dimezzare il numero delle morti a livello globale, purtroppo milioni di bambini sono stati esclusi dai progressi.

Con la nuova Agenda gli Stati si sono impegnati a raggiungere, entro il 2030, l'obiettivo di riduzione delle morti infantili a meno di 25 casi ogni mille nati vivi, quelle neonatali a un valore inferiore alle 12 unità.

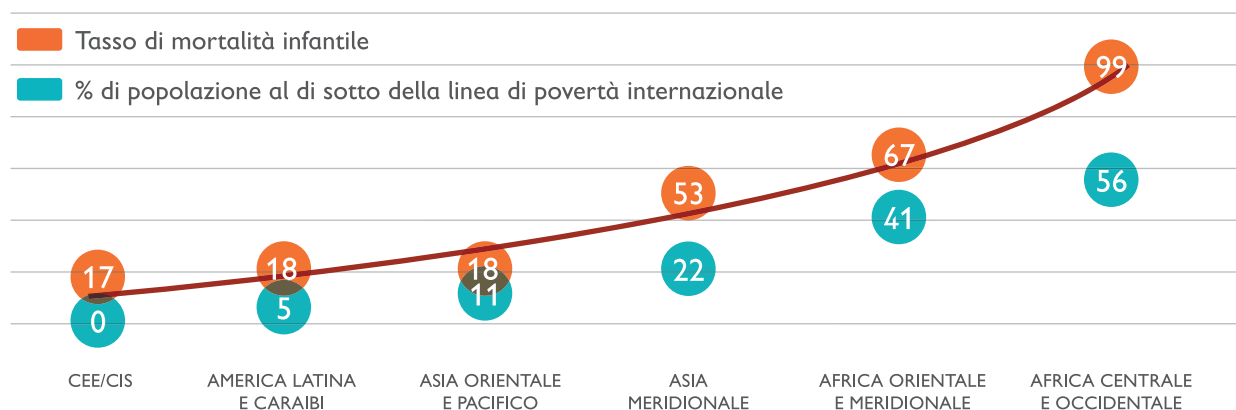
La povertà estrema è una delle principali sfide da affrontare per abbattere gli alti tassi di mortalità e per garantire un futuro a mamme e bambini, perché incide sulla possibilità di ottenere cure mediche, di intervenire su casi di malnutrizione, di accedere all'istruzione.

Come si nota in figura 2, i contesti più poveri sono da sempre quelli che riportano i più alti tassi di mortalità. È il caso, ad esempio, dell'Africa subsahariana e dell'Asia meridionale.

Nelle due aree i livelli di povertà compromettono l'accesso alle risorse e ai servizi di base.

Si nota infatti una forte corrispondenza tra la percentuale di persone che vive al di sotto della linea di povertà e l'incidenza di mortalità.

Figura 2 - Relazione tra tasso di mortalità infantile e livelli di povertà.



Fonte: Elaborazione dell'autore su dati UNICEF e Banca Mondiale.

Nei contesti più poveri, anche le scarse condizioni igienico-sanitarie contribuiscono agli alti tassi di mortalità. Se pensiamo all'accesso a fonti adeguate di acqua potabile, solo il 68% della popolazione ne può usufruire in Africa subsahariana contro il 94% registrato in media negli altri Paesi, solo il 30% ha accesso a servizi igienico sanitari adeguati contro il 68% registrato a livello mondiale. Forti le differenze tra aree rurali e urbane (tabella 1).

In Africa subsahariana, ad esempio, l'87% della popolazione urbana ha accesso all'acqua potabile e il 40% ad adeguati servizi igienici contro, rispettivamente, il 56% e il 23% della popolazione che vive fuori dalle città. Tra i casi più critici quello del Mozambico, dove l'81% dei residenti nelle città ha accesso a fonti di acqua potabile, il 42% a servizi igienico-sanitari, contro il 37% e il 10% delle aree rurali.

Nelle zone rurali dell'Asia meridionale solo il 35% della popolazione accede a servizi igienici adeguati contro il 65% delle aree urbane. Se si considera l'India, la percentuale scende al 28% nelle aree rurali e al 63% nelle aree urbane.

Tabella 1 - Uso di fonti di acqua potabile e servizi igienici nelle aree urbane e rurali per ripartizione geografica.


	Uso di fonti adeguate d'acqua potabile (%)			Uso di adeguati servizi igienici (%)		
	Totale	Area urbana	Area rurale	Totale	Area urbana	Area rurale
Africa subsahariana	68	87	56	30	40	23
Africa orientale e meridionale	66	88	57	33	47	26
Africa centrale e occidentale	69	86	55	27	35	20
Medio Oriente e Nord Africa	93	95	89	91	93	87
Asia meridionale	92	95	91	45	65	35
Asia orientale e Pacifico	94	97	90	76	86	64
America Latina e Caraibi	95	97	84	83	88	64
CEE/CIS	97	99	93	86	89	81
Mondo	91	96	84	68	82	51


Fonte: UNICEF, The State of The World's Children (2016 update).

I bassi standard di vita continuano a mettere a rischio sia la salute della mamma che quella del bambino, una realtà che penalizza principalmente i gruppi più poveri o più emarginati.

* Secondo la classificazione UNICEF appartengono a questo gruppo i Paesi dell'Europa centrale e orientale e la Comunità degli Stati Indipendenti.



 Save the Children

 Save the Children

2.1

SENZA UN DOMANI PERCHÉ

I bambini senza un domani nei Paesi a basso reddito sono proprio le vittime delle gravi deprivazioni materiali. Lottano per la sopravvivenza perché non hanno accesso ai servizi di salute, a un pasto quantitativamente e qualitativamente soddisfacente, vivono in ambienti poco sani o troppo poco sicuri per garantire loro un corretto sviluppo psico-fisico e, molto spesso, non hanno accesso a quei livelli minimi di istruzione che consentirebbero di uscire dal ciclo di povertà.

La salute del bambino è messa a dura prova già in fase fetale, quella in cui il rapporto con la salute della mamma è così forte da definire le sfide che il piccolo dovrà poi affrontare nei primi anni di vita¹⁵.

Per questo l'accesso ai programmi di salute e nutrizione si è dimostrato in questi anni una delle chiavi fondamentali per combattere gli alti tassi di mortalità; ma è ancora alta la percentuale di donne che non ha accesso ai servizi sanitari, di salute sessuale e riproduttiva¹⁶, al continuum di cure che dovrebbero ricevere già dall'adolescenza, poi per tutto il corso della gravidanza e nella fase direttamente successiva, come stabilito anche dall'Agenda 2030¹⁷.

I casi peggiori in Africa subsahariana e in Asia meridionale. In queste aree sono ancora poche le donne che si sottopongono ai check prenatali raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e che, di conseguenza, hanno accesso ai trattamenti necessari per sé e per la vita che portano in grembo. In particolare, come riportato in tabella 2, in Africa orientale e meridionale solo il 45% delle donne ne ha accesso, il 42% in Asia del Sud. In Etiopia ne ha accesso solo il 32%, in Malawi il 45%, così come in India.

In entrambe le macroaree solo il 49% dei parti è poi assistito da personale qualificato.

In Africa subsahariana, dove il rischio di morire prima del compimento del quinto anno è 14 volte superiore rispetto al rischio che si registra nei Paesi sviluppati, solo il 21% dei bambini e il 43% delle donne ha accesso a un controllo dopo la nascita.

Solo il 40% dei bambini in Asia meridionale.

A livello globale, inoltre, il 56% della popolazione nelle aree rurali non ha accesso a servizi sanitari contro il 22% della popolazione urbana. Le difficoltà di accesso alle cure dipendono anche dalla carenza di personale specializzato necessario a garantire la copertura sanitaria. Ancora una volta, le aree extraurbane sono tra le più escluse.

Tabella 2 - Accesso alle cure e tasso di mortalità materna, neonatale e infantile per area geografica.

	Cure prenatali (%)		Parto (%)		Check post-natale (%)		Tasso di mortalità			MMR
	Almeno una visita	Almeno 4 visite	Assistito da person. qualif.	In una strutt. sanitaria	Per neonati	Per mamme	< 5 anni	< 1 anno	< 1 mese	
	2010-2015	2010-2015	2010-2015	2010-2015	2010-2015	2010-2015	2015	2015	2015	
Africa subsahariana	78	49	50	51	21	43	83	56	29	546
Africa orientale e meridionale	80	45	49	49	18	36	67	46	25	417
Africa centrale e occidentale	76	52	54	54	22	49	99	66	32	679
Medi Oriente e Nord Africa	85	63	80	75	—	—	29	23	15	110
Asia meridionale	69	42	49	69	40	48	53	42	30	182
Asia orientale e Pacifico	95	82	93	88	57	80	18	15	9	62
America Latina e Caraibi	96	87	94	93	—	—	18	15	9	68
CEE/CIS	96	85	98	96	—	—	17	15	9	25
Mondo	85	58	75	73	34	54	43	32	19	216

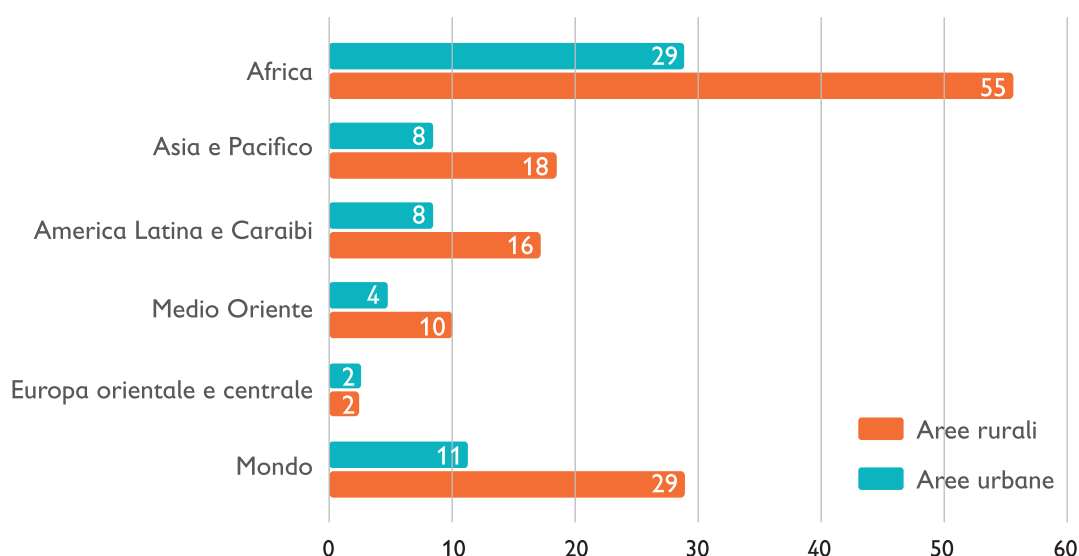
Fonte: UNICEF, The State of The World's Children (2016).

A fronte di un bisogno di circa 41 operatori sanitari ogni 10.000 abitanti, si stima che globalmente ne manchino circa 10,3 milioni, di cui il 70% (7 milioni) nelle aree rurali.

Anche la spesa pro capite per i servizi sanitari varia molto dalle città alle aree esterne con un deficit nelle zone rurali doppio rispetto a quello registrato nelle aree urbane.

Tra gli indicatori che danno un'idea della carenza di servizi, il tasso di mortalità materna, che risulta 2,5 volte più grande nelle aree rurali rispetto alle urbane (figura 3), con conseguenze rilevanti sulle possibilità di cura del piccolo nelle prime fasi di vita.

Figura 3 - Tasso di mortalità materna per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali.



Fonte: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division (2015).
Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015.

Tra i minori più a rischio, chi vive nelle aree rurali e la popolazione più povera.

Secondo recenti stime UNICEF¹⁸, i bambini che abitano nelle zone extraurbane rischiano 1,7 volte in più di morire rispetto a chi vive nelle città.

Anche i minori più poveri, si stima abbiano il doppio delle possibilità di morire prima del compimento dei 5 anni rispetto ai più ricchi.

Le disparità si registrano anche nell'accesso alle cure post natali.

Se pensiamo ai due maggiori killer infantili, polmonite e diarrea, i bambini che vivono in famiglie benestanti in Madagascar hanno 1,5 possibilità in più di ricevere l'assistenza adeguata rispetto ai nuclei più svantaggiati. La disparità è ancora maggiore in Etiopia dove le possibilità si quadruplicano per i bambini più ricchi rispetto ai coetanei più poveri.

Molto spesso poi le famiglie meno abbienti e costrette a vivere nelle aree extraurbane coincidono anche con le minoranze etniche, come succede nelle province di Mondol Kiri e Rattanak Kiri in Cambogia.

Nel Paese l'obiettivo di riduzione delle morti infantili è stato raggiunto a livello nazionale, ma nelle due province il tasso di mortalità risulta di 3,5 volte più alto di quello che si registra nella capitale Phnom Penh.

SPOSE BAMBINE

In molte aree, **a mettere a rischio la salute di mamme e bambini sono anche fattori culturali legati alla questione di genere**. Il fenomeno delle spose bambine, ad esempio, è ancora molto diffuso. Ogni anno sono circa 15 milioni le ragazze nel mondo che si sposano prima dei 18 anni. Ragazze a rischio di gravidanze precoci. La carenza di cure rispetto alle donne che affrontano la maternità in età più adulta e il fatto che il corpo non sia preparato ad affrontare la gestazione, sono spesso causa di morti premature. Le complicazioni legate a gravidanza e parto rappresentano, per le adolescenti, la seconda causa di morte. Le percentuali maggiori nelle aree rurali e tra la popolazione povera. Per loro il rischio di esclusione sociale è poi aggravato dal minore accesso all'istruzione dovuto alla gravidanza precoce.

Altro fattore che contribuisce in maniera decisiva agli alti tassi di mortalità è la **malnutrizione**, un problema che gli Stati - d'accordo con la nuova Agenda di Sviluppo - si sono impegnati a eliminare entro il 2030.

Si stima che la malnutrizione sia concausa di circa la metà delle morti infantili.

A provocarla, il mancato accesso alle risorse ma anche la scarsa adozione di buone pratiche per la cura dei piccoli.

Una delle chiavi per migliorare la salute del bambino e ridurre i rischi sia in età infantile che in età adulta è l'allattamento al seno, pratica che Save the Children Italia incoraggia nei programmi di salute.

Si stima che la metà dei neonati al mondo non venga allattata al seno nell'arco di un'ora dalla nascita, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Solo il 43% dei bambini sotto i 6 mesi viene poi allattato esclusivamente al seno¹⁹.

Eppure si stima che questa pratica, effettuata dal primo giorno di vita, riduca il rischio di morti neonatali fino al 45%. L'allattamento esclusivo aumenta inoltre di ben 14 volte le possibilità di sopravvivenza del bambino e riduce di 7 volte il rischio di morire per infezioni.

In tutto si stima che, se praticato universalmente, l'allattamento potrebbe salvare ogni anno la vita di circa 820 mila bambini sotto i 5 anni e aiutare a ridurre il rischio di sviluppare problemi di obesità in età adulta.

Tabella 3 - Basso peso alla nascita e allattamento al seno per ripartizione geografica.

	Basso peso alla nascita (%)	Inizio precoce dell'allattamento al seno (%)	Allattamento al seno esclusivo <6 mesi (%)
Africa subsahariana	13	49	40
Africa orientale e meridionale	11	59	54
Africa centrale e occidentale	14	40	29
Medio Oriente e Nord Africa	—	45	35
Asia meridionale	28	39	46
Asia orientale e Pacifico	—	44	31
America Latina e Caraibi	9	49	32

Fonte: UNICEF, aggiornamento 2016,
<http://www.unicef.it/doc/6935/settimana-mondiale-allattamento-al-seno-2016.htm>



In Asia meridionale, nonostante negli ultimi 15 anni sia triplicata la percentuale di donne che praticano l'allattamento al seno, i progressi risultano ancora insufficienti: circa 21 milioni di neonati non vengono accostati al petto durante le prime ore di vita. Lo scarso peso alla nascita (tabella 3) e una nutrizione insufficiente o poco sicura, evolve inoltre facilmente in casi di **stunting**²⁰, una forma di malnutrizione cronica - definita come un inadeguato rapporto altezza per età - che ostacola il corretto sviluppo psico-fisico del bambino.

Nel 2014 si stimava che circa 158 milioni di bambini sotto i 5 anni - 1 su 4 - ne fossero colpiti. Ben tre quarti di loro vivevano in Africa subsahariana e Asia meridionale (tabella 1 in appendice). In Africa subsahariana la crescita della popolazione ha addirittura superato i progressi fatti: se nel 2000 si registravano circa 50 milioni di casi di malnutrizione cronica, nel 2014 - complice la crescita della popolazione - i casi ammontavano a 57 milioni. In Etiopia ne è colpito il 40% della popolazione infantile, il 49% in Madagascar, la metà della popolazione da 0-5 anni in Eritrea. In Asia meridionale, dal 2000 al 2014, i progressi sono stati evidenti, ma ancora l'area registra il più alto numero di casi al mondo, con quasi 64 milioni di bambini colpiti.

I casi di stunting in Asia meridionale e Africa subsahariana colpiscono in media il 50% del quintile più povero della popolazione, contro il 20% del quintile più ricco (tabella 4).

I bambini che nascono in contesti poveri hanno quindi il doppio delle possibilità di essere colpiti da malnutrizione cronica rispetto ai più ricchi. In Sudan, ad esempio, ne soffre il 15% dei bambini nel quintile più ricco contro il 42% del quintile più povero, in Gambia rispettivamente il 15% contro il 30%.

Tabella 4 - Prevalenza dei casi di stunting per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali e per quintile di reddito.

	Stunting (%) 2010-2015	Prevalenza Stunting <5 anni (%) 2009-2015					
		Area urbana	Area rurale	Rapporto rurale/urbano	20% più povero	20% più ricco	Rapporto poveri/ricchi
Africa subsahariana	36	26	41	1,5	46	22	2,1
Africa orientale e meridionale	36	29	40	1,4	45	26	1,8
Africa centrale e occidentale	35	25	41	1,6	47	19	2,5
Medio Oriente e Nord Africa	18	17	27	1,6	28	15	1,8
Asia meridionale	37	33	42	1,3	52	25	2,0
Asia orientale e Pacifico	11	12	23	2,0	45	20	2,2
America Latina e Caraibi	10	13	26	2,0	22	7	3,3
CEE/CIS	10	10	16	1,6	19	9	2,3
Mondo	24	21	35	1,7	43	21	2,1

Fonte: UNICEF, The State of the World's Children (2016).

La disuguaglianza tra ricchi e poveri risulta molto alta anche in America Latina dove la popolazione infantile proveniente dalle famiglie meno abbienti ha il triplo delle possibilità di essere colpita da **stunting** rispetto ai bambini che vivono in condizioni più agiate. È il caso del Guatemala col 17% di incidenza tra i bambini provenienti dalle famiglie più ricche e il 66% di incidenza per i più poveri.

Le differenze si ripetono di nuovo tra aree urbane e aree rurali con un maggiore svantaggio per i bambini che vivono fuori dalle città. Sempre in Guatemala il 53% dei bambini nelle zone rurali è colpito da malnutrizione cronica contro il 35% nelle zone urbane.

Ma la malnutrizione in molti Paesi a basso reddito ha una doppia faccia. Un altro problema recentemente in ascesa nei Paesi in via di sviluppo è infatti l'obesità, cresciuta di circa il 20% tra la popolazione sotto i 5 anni dal 2000 al 2014 (tabella 2 in appendice). In tutto si tratta di 41 milioni di minori in quella fascia di età. Circa la metà vive in Asia, un quarto in Africa. Tra i casi che colpiscono maggiormente, l'Africa settentrionale passata dal 12,2% della popolazione infantile colpita nel 2000 al 16% del 2014, Caucaso e Asia centrale dal 9,1% al 12,4%.

TRA I PIÙ ESCLUSI LE VITTIME DI EMERGENZE CLIMATICHE

Tra i più esclusi anche le popolazioni danneggiate a causa di emergenze climatiche. La sicurezza alimentare nei Paesi dell'Africa orientale e meridionale, ad esempio, è attualmente messa a dura prova anche dall'emergenza El Niño, la corrente oceanica responsabile del caldo torrido e delle alluvioni²¹. Circa 26,5 milioni i minori a rischio.

Il fenomeno climatico sta impoverendo i raccolti e aumentando i casi di malnutrizione. Le comunità sono spesso costrette a spostarsi in cerca di acqua, cibo, pascoli per gli animali e lavoro, allontanandosi così anche dai servizi di salute ed esponendosi a maggiore insicurezza sociale.

È per questo che l'Agenda 2030 insiste sul concetto di resilienza e sullo sviluppo inclusivo. Il secondo Obiettivo di Sviluppo Sostenibile, che mira a porre fine alla fame e a promuovere la sicurezza alimentare, prevede esplicitamente lo sviluppo e l'implementazione di programmi volti a rafforzare i contesti più deboli rendendo la popolazione capace di prevenire o di reagire a eventuali shock o alle crisi di diversa natura che possono presentarsi.

2.2

L'ISTRUZIONE, STRUMENTO DI SVILUPPO INCLUSIVO

L'accesso all'istruzione è in genere tra gli strumenti più efficaci per rompere il ciclo di povertà, garantendo la mobilità sociale e riducendo la persistenza in un determinato status socio-economico. Non solo favorisce lo sviluppo cognitivo del bambino e ne amplia le conoscenze, ma risulta anche fondamentale per il suo sviluppo socio-emozionale e per la creazione delle reti di relazione del minore.

Se nel 2000 i Paesi in via di sviluppo registravano un tasso di iscrizione alla scuola primaria pari all'83%, la percentuale ha raggiunto il 91% nel 2015, dimezzando gli alti tassi di dispersione scolastica. I progressi più evidenti in Africa subsahariana dove il numero di bambini iscritti è più che raddoppiato dai 62 milioni del 1990 ai 149 milioni recentemente registrati.

La crescita negli ultimi 15 anni è stata inoltre più veloce di quella registrata nei precedenti 10. Se tra il 1990 e il 2000 l'incremento era dell'8%, tra il 2000 e il 2015 il tasso è aumentato del 20%. Nonostante i successi ottenuti, è ancora alto il numero di bambini che in molte regioni non ha accesso all'istruzione di base.

Sono circa 60 milioni i minori che non frequentano la scuola primaria, 58 milioni nei Paesi più poveri. Ben 18 milioni solo in Africa centrale e occidentale (tabella 5). Tassi che si riflettono anche

Tabella 5 - Tasso di scolarizzazione e dispersione scolastica per ripartizione geografica.

	Tasso scolarizzazione adulti (%) 2009-2014	Tasso iscrizione alla scuola primaria (%) 2010-2014	Dispersione scolastica bambini in età primaria 2010-2014	
			Tasso (%)	Numero (000)
Africa subsahariana	60	79	21	32.960
Africa orientale e meridionale	67	84	16	11.826
Africa centrale e occidentale	53	74	26	18.403
Medio Oriente e Nord Africa	79	90	10	4.852
Asia meridionale	67	94	6	10.259
Asia orientale e Pacifico	95	96	4	6.500
America Latina e Caraibi	92	94	6	4.020
CEE/CIS	99	95	5	954
Mondo	85	91	9	59.204

Fonte: UNICEF, The State of the World's Children (2016)

nelle competenze in età adulta: nel 2015 circa 757 milioni di adulti erano ancora incapaci di leggere e scrivere. In Africa centrale e occidentale il tasso di scolarizzazione per la popolazione adulta è ancora pari al 53%.

Alcuni studi hanno dimostrato la correlazione positiva nei livelli di istruzione di genitori e figli²². Lo status socio-economico dei genitori influenza la qualità degli studi a cui accedono i figli, la trasmissione di capitale umano e le reti sociali con cui il minore si confronta.

È necessario, quindi, non solo intervenire per favorire l'accesso universale a un'istruzione gratuita e di qualità, ma anche intervenire proprio a favore di quei minori che vivono in condizioni più svantaggiate.

Il secondo Obiettivo di Sviluppo del Millennio ha permesso la realizzazione di importanti progressi nelle percentuali di accesso all'istruzione primaria. Anche stavolta però i risultati non hanno raggiunto tutti allo stesso modo. **Il tasso di scolarizzazione è ancora troppo basso per i bambini che nascono e crescono nelle aree rurali, per le famiglie povere o** laddove i genitori hanno raggiunto un basso livello di istruzione (tabella 6).

Nelle aree rurali solo il 79% della popolazione frequenta la scuola primaria contro il 91% delle aree urbane. La percentuale si abbassa in Africa subsahariana, in particolare nell'area centrale e occidentale dove solo il 62% della popolazione rurale frequenta la scuola contro l'86% delle aree urbane. Chi nasce nelle città ha quindi 1,4 possibilità in più di frequentare la scuola rispetto ai bambini in età primaria che vivono nelle zone extraurbane.

Nei 63 Paesi a basso e medio reddito circa il 20% della popolazione più povera rischia 4 volte di più di non ottenere una buona istruzione se comparato alla fetta più ricca della popolazione all'interno dello stesso Paese.

Tabella 6 - Tasso di scolarizzazione per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali e per quintile di reddito.

	Tasso iscrizione scuola primaria (%) 2010-2014		Tasso alfabetizzazione giovani (%) 2009-2015		Tasso frequentazione scuola primaria 2009-2014					
	M	F	M	F	Aree urbane	Aree rurali	Rapporto	20% più povero	20% più ricco	Rapporto
Africa subsahariana	81	76	76	66	86	68	1,3	55	91	1,7
Africa orientale e meridionale	85	84	79	72	87	74	1,2	64	89	1,4
Africa centrale e occidentale	78	70	73	57	86	62	1,4	46	91	2,0
Medio Oriente e Nord Africa	91	88	94	90	95	84	1,1	78	97	1,2
Asia meridionale	94	94	87	79	85	77	1,1	65	93	1,4
Asia orientale e Pacifico	96	96	99	99	97	96	1,0	90	97	1,1
America Latina e Caraibi	93	94	98	98	—	—	—	—	—	—
CEE/CIS	95	95	100	100	—	—	—	—	—	—
Mondo	92	90	93	89	91	79	1,1	67	93	1,4

Fonte: UNICEF, The State of the World's Children (2016).

A livello mondiale la differenza è evidente. Il 93% della popolazione più ricca frequenta le scuole primarie contro il 67% più povero. In Africa centrale e occidentale i bambini provenienti da famiglie più abbienti hanno il doppio delle possibilità di frequentare la scuola rispetto al 20% più povero.

Ancora oggi **molte delle differenze legate all'accesso all'istruzione riguardano anche il genere**. Rispetto alle bambine e alle adolescenti, bambini e ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni registrano in genere migliori possibilità di accesso all'istruzione.

Per quanto riguarda il tasso di iscrizione alla scuola primaria, Asia e America Latina sembrano aver raggiunto una maggiore uguaglianza tra i livelli di istruzione di bambine e bambini, stessa cosa può dirsi per il tasso di alfabetizzazione giovanile.



In Africa centro-occidentale, invece, le differenze risultano ancora marcate, con un 78% di bambini che accede alla scuola primaria contro il 70% delle bambine.

La situazione peggiora se si guarda ai tassi di alfabetizzazione dei giovani, con un 73% per i ragazzi e un 57% per le ragazze.

Lo scarso accesso delle donne all'istruzione le relega ancora a un ruolo marginale nelle società in cui vivono e non riconosce loro le stesse opportunità offerte invece alla popolazione maschile.

L'eliminazione della disparità di genere è tra i traguardi che gli Stati si sono impegnati a raggiungere entro il 2030.



2.3

L'ESPERIENZA TRATTA DAI NOSTRI PROGETTI INTERNAZIONALI

Gli interventi efficaci per arrivare fino all'ultimo bambino

L'esperienza acquisita da Save the Children Italia sul campo ha mostrato come tra i fattori che contribuiscono maggiormente ad alleviare gli alti tassi di mortalità vi siano gli interventi di salute e nutrizione e quelli volti a migliorare il grado di istruzione della popolazione. Gran parte dei nostri progetti, in linea con quanto dettato dalla nuova Agenda di Sviluppo, mira proprio a garantire l'accesso a beni e servizi di base, raggiungendo anche i bambini più vulnerabili.

Ad esempio, coi programmi di salute e nutrizione Save the Children Italia è intervenuta nel 2015 in 9 Paesi ad alto rischio di mortalità materna e infantile. Nel 2015, siamo riusciti a raggiungere oltre 1,8 milioni di persone, tra cui 800 mila bambini.

Sono oltre 52 mila i minori raggiunti invece con i **programmi di sicurezza alimentare**.

Il ciclo di povertà può essere rotto anche attraverso una serie di interventi che si sono dimostrati efficaci nel contrasto alla malnutrizione. Si tratta di semplici soluzioni generalmente legate alla prevenzione e al trattamento delle forme di malnutrizione.

In **Malawi**, operiamo in collaborazione con i servizi sanitari per promuovere interventi salvavita e l'adozione di corrette pratiche igieniche e sanitarie da parte delle famiglie e delle comunità. Questi interventi spaziano dalla fornitura dell'equipaggiamento necessario alla formazione del personale, dalla sensibilizzazione delle comunità all'attività di **advocacy** per chiedere al Governo l'adozione di politiche adeguate per la salute di mamme e bambini.

Sempre in Malawi cerchiamo di dare priorità ai più esclusi, portando assistenza ai bambini colpiti da HIV e AIDS, orfani e figli di adulti ammalati.

Stessa cosa in **Mozambico**, dove siamo presenti da 32 anni. L'alto tasso di mortalità di mamme e bambini nel Paese è aggravato anche dall'alta percentuale di mamme adolescenti. Per questo lavoriamo nelle province di Gaza, Manica, Mamane, Nanpula e Zambezia per garantire l'accesso ai servizi sanitari e sostenendo programmi a favore della salute sessuale e riproduttiva.

Abbiamo inoltre avviato progetti di educazione inclusiva, intervenendo a fianco dei più emarginati e dei bambini disabili. In tutto, abbiamo raggiunto 244 mila beneficiari.

In **India**, abbiamo ottenuto ottimi risultati attraverso le attività di sensibilizzazione condotte in collaborazione con le strutture sanitarie pubbliche e le comunità delle aree di intervento. In particolare, attraverso i progetti di nutrizione abbiamo contribuito al cambiamento delle abitudini alimentari delle famiglie. La formazione del personale sanitario è stata invece fondamentale nell'identificazione precoce, nella classificazione e nel trattamento dei casi di malnutrizione.

In **Etiopia** abbiamo affrontato l'emergenza El Niño attraverso la fornitura di attrezzature agricole, capi di bestiame, semi e la realizzazione di punti di approvvigionamento d'acqua potabile. La situazione di crisi rischia di protrarsi ancora nel 2017.

Per questo risulta indispensabile continuare a concentrare gli investimenti nell'area e garantire assistenza alla popolazione colpita e, in particolare, alle fasce più vulnerabili.



Infine, **coi nostri progetti di istruzione** abbiamo raggiunto nel 2015 quasi 1 milione di bambini. Abbiamo cercato così di contrastare l'alto tasso di dispersione scolastica e di promuovere l'apprendimento e il pieno sviluppo delle potenzialità del minore.

In **India** la Costituzione afferma il diritto di tutti i bambini all'istruzione gratuita, ma troppo spesso questo diritto non viene riconosciuto. In questi casi collaboriamo con le organizzazioni e le istituzioni locali per favorire la creazione di ambienti inclusivi e migliorare, di conseguenza, la qualità dell'istruzione.

In **Etiopia** molti dei nostri progetti si articolano tra istruzione e sicurezza alimentare. Tra i principali obiettivi che ci prefiggiamo vi sono la costruzione di scuole con servizi igienici adeguati e la fornitura di attrezzature didattiche. Fondamentale però è anche la qualità dell'istruzione, obiettivo che perseguiamo proponendo occasioni di formazione per l'acquisizione di specifiche competenze da parte di insegnanti e direttori scolastici, anche volte all'adozione di buone pratiche alimentari.



In **Uganda** realizziamo progetti per migliorare l'accesso ad un sistema educativo di qualità, sia attraverso la costruzione di aule e altre infrastrutture, sia attraverso la formazione degli insegnanti, la distribuzione del materiale scolastico e il coinvolgimento di genitori e membri della comunità nella gestione della scuola. Inoltre nel 2015 abbiamo esteso il nostro impegno a sostegno dei centri di prima infanzia.

Riteniamo inoltre che l'empowerment delle donne e delle ragazze rappresenti una delle chiavi essenziali per lo sviluppo. Dato il loro ruolo all'interno delle società come principali responsabili dei processi di produzione e distribuzione ma anche della cura dei bambini, risulta necessario porle al centro dei processi di crescita.





Foto: Giuseppe Chiantera / Save the Children

CAPITOLO 3

**POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE
IN ITALIA**

CAPITOLO 3

POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE IN ITALIA

Povertà ed esclusione sociale sono due realtà che non colpiscono solo i Paesi più poveri, ma incidono anche nei Paesi a reddito medio-alto. Se nei primi - si è visto - possono compromettere addirittura la sopravvivenza del minore, in quelli più ricchi si presentano forse in maniera più latente, ma generano disuguaglianze che permeano l'intero tessuto sociale con rilevanti conseguenze per la sicurezza, la crescita sana e lo sviluppo psico-fisico del bambino.

In Italia il problema tocca milioni di persone. Nel 2015 erano 1 milione 582 mila le famiglie in povertà assoluta. In tutto 4 milioni 598 mila persone tra cui 1 milione 131 mila bambini, un numero sufficiente a riempire la città di Milano.

Povertà assoluta significa nel nostro Paese dover contenere le spese per il cibo, rinunciare al dentista e a gran parte della spesa sanitaria²³, essere costretti a dire no ad una vacanza e a spese culturali ed educative.

Sono invece 2 milioni 678 mila le famiglie in povertà relativa, per un totale di 8 milioni 307 mila persone coinvolte²⁴. Sono considerati poveri, quindi, in relazione all'accesso a beni e servizi registrato per il resto della popolazione. Tra loro, 2 milioni 110 mila bambini (il 20% circa).

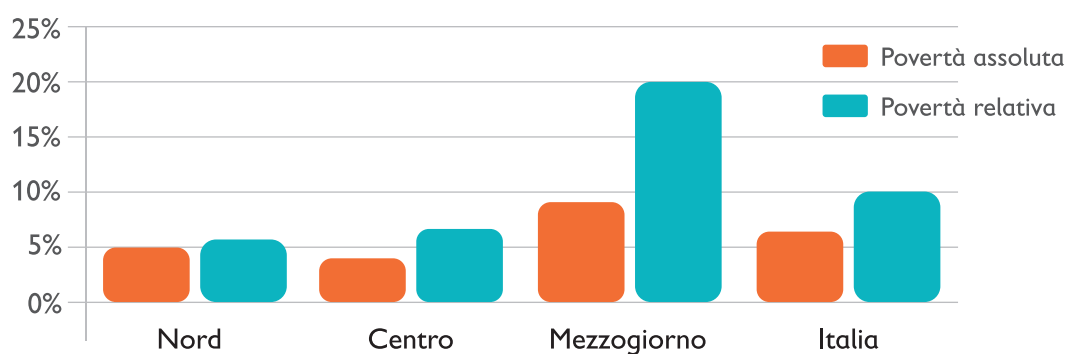
Secondo l'ultimo rapporto ISTAT, i minori "sono i soggetti che in termini di povertà e deprivazione hanno pagato il prezzo più elevato della crisi, scontando un peggioramento della loro condizione relativa anche rispetto alle generazioni più anziane.

L'incidenza di povertà relativa per i minori, che tra il 1997 e il 2011 aveva oscillato su valori attorno all'11-12 per cento, nel 2012 ha superato il 15 per cento e ha raggiunto il 19 nel 2014"²⁵.

Tra le famiglie più a rischio, quelle in cui l'adulto di riferimento ha un basso grado di istruzione (l'8,5% vive in povertà assoluta contro il 3,5% con un titolo d'istruzione superiore), è disoccupato o in cerca d'occupazione (19,8%) o, ancora, svolge mansioni da operaio (11,7%). Sia la soglia di povertà assoluta che quella relativa variano molto per ripartizione geografica (figura 4).

Nel Mezzogiorno - come si nota in figura 4 - i dati peggiori, con un 9% della popolazione residente che vive in povertà assoluta (contro il 4,5% in media nel centro e Nord Italia) e il 20% in povertà relativa (contro il 6% delle altre aree).

Figura 4 - Incidenza della povertà in Italia per area geografica.



Fonte: ISTAT, aggiornamento 2016.

In parte la causa va ricercata nella nota “questione meridionale” che tuttora grava sulle Regioni del Sud, con un livello di servizi insufficiente rispetto alle necessità della popolazione e con un sensibile divario rispetto alle regioni del centro-nord, fattore che comporta una continua fuga dalla bassa qualità delle prestazioni²⁶.

Il Mezzogiorno d'Italia ha infatti accumulato, nel corso degli anni, pesanti ritardi aggravati poi dalla recessione economica e dalla forte contrazione di un mercato del lavoro già debole.

Anche l'ampiezza del nucleo familiare, come prevedibile, incide sui livelli di povertà.

Il 31% di famiglie con 5 o più componenti versa in condizioni di povertà relativa, una quota che arriva al 38% nelle Regioni del Mezzogiorno. Anche la povertà assoluta è più diffusa tra le famiglie numerose. Ne è colpito il 17% dei nuclei con 5 o più componenti.

La massima incidenza si registra per le coppie con almeno 3 figli minori e con anziani a carico. La dimensione familiare risulta determinante per quanto riguarda la condizione di povertà anche quando la dimensione è molto piccola, vale a dire, nel caso delle famiglie mono-genitoriali.

Infine, l'incidenza della povertà è più alta per le famiglie di soli stranieri. Il 31% vive in condizioni di povertà relativa contro l'8% di nuclei composti da soli italiani, un valore che sale fino al 45% nel Mezzogiorno, il che indica che quasi la metà di famiglie di stranieri nel Sud vive in condizioni di vulnerabilità sociale. Il 28% delle famiglie di soli stranieri versa invece in condizioni di povertà assoluta contro il 4% circa delle famiglie di soli italiani.

Data la maggiore presenza di stranieri nelle aree metropolitane più che nelle aree periferiche o della provincia, è proprio nelle città - in controtendenza con quanto avviene a livello internazionale - che si registra un'incidenza maggiore dei casi di povertà.

I livelli più alti si registrano anche in questo caso tra le famiglie con più componenti e con almeno 3 figli minori.

QUANTO SI SPENDE IN ITALIA PER LA PROTEZIONE SOCIALE

Una misura del sistema di welfare è data dai livelli di protezione sociale che lo Stato riconosce ai suoi cittadini, e quindi dalla spesa per salute, invalidità, vecchiaia, superstiti, famiglia/figli, disoccupazione, abitazione ed esclusione sociale.

In Italia la spesa per prestazioni sociali è pari al 28,6% del PIL, una percentuale che si attesta in linea coi valori registrati in media dagli altri membri dell'UE²⁷. Il nostro Paese ha fortemente ridotto, negli ultimi anni, la dinamica di crescita della spesa sociale: ha mantenuto una tendenza positiva anche se con incrementi modesti (tra l'1 e l'1,5%). Date le dinamiche che interessano la popolazione, e cioè il crollo delle nascite e l'aumento dell'età media, la composizione della spesa è caratterizzata da una forte attenzione nei confronti della terza età - che assorbe la metà dell'importo stanziato - e un interesse ridotto invece per gli altri settori (tabella 7).

Tabella 7 - Composizione della spesa per protezione sociale in Italia.

Composizione spesa per protezione sociale in Italia	
Esclusione sociale	0,7
Abitazione	0,1
Disoccupazione	6
Famiglia	4,1
Superstiti	9,3
Disabilità	5,5
Malattia	23,7
Vecchiaia	50,7

Fonte: : Istat (2016). Rapporto Annuale 2016. La situazione del Paese.

Alla famiglia ad esempio - e quindi anche all'infanzia - è destinato solo il 4,1% della spesa totale. Questa ripartizione rende il sistema di protezione sociale italiano meno efficace in queste aree rispetto a quello degli altri Paesi, e fornisce minori garanzie sul rischio di povertà. Anche dopo i trasferimenti infatti, il rischio di cadere in uno stato di deprivazione in Italia subiva una riduzione di soli 5,3 punti a fronte di una riduzione media registrata in Europa di 8,9 punti. Inoltre, complice la difficoltà di accesso al mercato del lavoro, il rischio di povertà dopo i trasferimenti diminuisce, ma risulta sempre alto per le fasce più giovani. Considerando che la popolazione che registra difficoltà nell'accesso al lavoro è la stessa in età riproduttiva, questo dato si ricollega inevitabilmente al peggioramento delle condizioni economiche dei minori.

Risulta quindi necessario agire non solo su interventi redistributivi, ma anche pre-distributivi, a partire dalle politiche di istruzione fino ad arrivare a regolazioni del mercato del lavoro e delle politiche contrattuali.

La crescita della povertà è quindi un fenomeno mondiale. È per questo che l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite è indirizzata a tutti i 193 Paesi che l'hanno sottoscritta. Intervenire senza lasciare nessuno indietro, arrivando fino all'ultimo bambino, è un impegno che tutti i Governi devono assumere. Risulta fondamentale sia nel contrasto alla povertà globale e alle sfide di sostenibilità che gli Obiettivi del Millennio hanno posto in luce, sia nelle politiche interne per permettere a tutti i bambini di crescere in condizioni di sicurezza accedendo a un comune ventaglio di opportunità.

Nei Paesi ad alto reddito è un obiettivo che dipende molto dalle scelte politiche messe in atto. La crisi economica e la conseguente scelta di ridurre i benefici delle politiche di welfare sembrerebbero aver causato, in molti Paesi, un crollo di opportunità per i gruppi più svantaggiati. Su questo aspetto si concentrerà quindi l'analisi che riguarda i Paesi ad alto reddito, focalizzando l'attenzione sulle forme di deprivazione che genitori e bambini nati in Italia, in situazioni di disagio socio-economico, devono sostenere.

3.1

SENZA UN DOMANI PERCHÉ

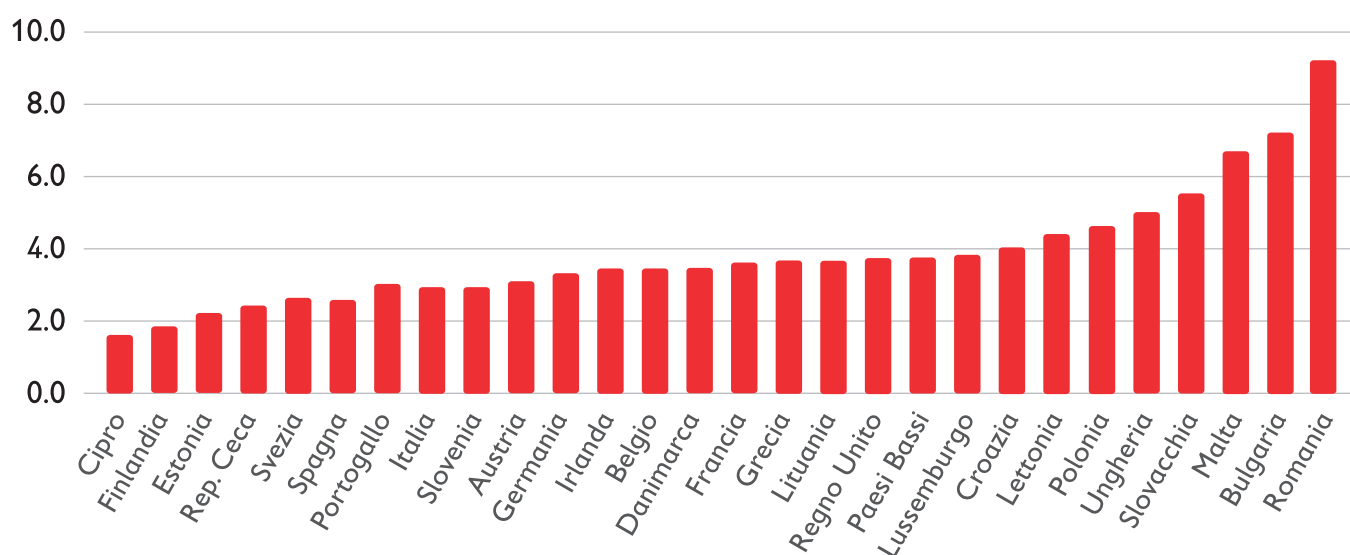
L'Italia è in questo momento a rischio di crac demografico²⁸: complice la contrazione della spesa sociale dedicata al welfare e ai servizi socio-assistenziali, per il quinto anno consecutivo il nostro Paese registra un calo delle nascite. Dal 2008 al 2015, siamo passati da 576 mila nati a 488 mila, il minimo storico dall'Unità d'Italia. Un dato che suona allarmante, considerato l'aumento di decessi e la riduzione delle aspettative di vita.

Oltre a una componente di riduzione demografica della coorte di donne fertili - e, naturalmente, alla libera scelta personale - il fenomeno del crollo della natalità è comunque ascrivibile anche alla riduzione delle opportunità di sostegno, all'aumento della precarietà lavorativa e al conseguente aumento dell'età media della mamma al primo figlio, che significa inevitabilmente minore probabilità di rimanere incinta. E se fino agli anni '80 era il Mezzogiorno a sostenere la natalità nel nostro Paese, il disagio socio-economico che investe il Sud Italia ha avuto ripercussioni anche sulle nascite che hanno subito un calo rispetto a quanto invece succede nel Nord Italia, dove si registra il numero maggiore di nati²⁹.

Un'altra nota dolente che tocca il Mezzogiorno è il tasso di mortalità infantile nel primo anno di vita, più alto del 30% rispetto al Nord Italia. Un fattore senz'altro correlato alla maggiore fragilità socio-economica delle Regioni del Sud, ma anche e soprattutto a una disuguaglianza di qualità nell'assistenza e nelle cure perinatali³⁰.

Se guardiamo ai livelli di mortalità infantile in Europa, l'Italia risulta nona in classifica, con 2,9 morti su 1.000 nati vivi, registrando una lieve ma costante diminuzione rispetto agli anni precedenti³¹. A livello europeo, Cipro riporta il più basso tasso di mortalità infantile con 1,6 decessi ogni 1.000 nati vivi, seguita dalla Finlandia con 1,8. Il rapporto sale a 9,2 per la Romania, ultima in classifica.

Figura 5 - Tasso di mortalità infantile nei Paesi europei.

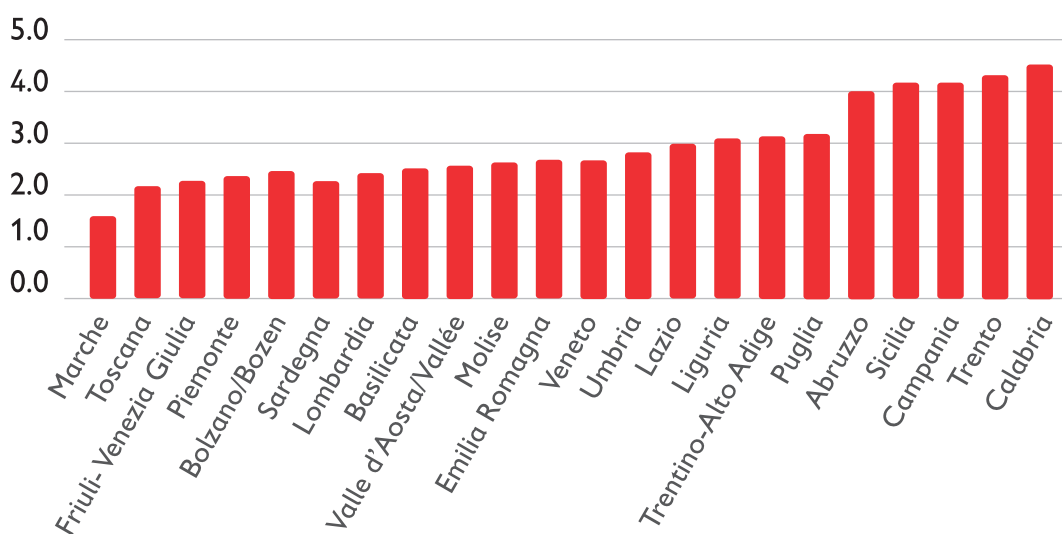


Fonte: ISTAT (2016). Noi Italia 2016.

Nonostante i tassi si mantengano bassi, anche in Europa si registrano differenze tra le diverse aree geografiche. I Paesi del Nord, dell'area continentale e mediterranea riportano mediamente risultati migliori di quanto succeda ad Est. L'Italia riflette in parte queste dinamiche con differenze tra Nord e Sud dello stivale.

Se la media è bassa rispetto ad altri Paesi europei, alcune regioni sono riuscite meglio di altre ad abbattere i livelli di mortalità tra i bambini nel primo anno di vita (figura 6). Ad esempio, se Marche, Toscana e Friuli registrano tassi molto simili a quelli riportati dai Paesi europei più virtuosi (rispettivamente con 1,7, 2,2 e 2,2), lo stesso non si può dire per le altre regioni, tra cui quelle del Mezzogiorno - oltre il picco negativo di Trento con 4,3 - che registrano tra i tassi più alti (4,5 per la Calabria, 4,2 per Sicilia e Campania, 3,4 per la Puglia), raggiungendo la quota di alcuni Paesi dell'Est europeo dove le condizioni di vita sono meno favorevoli che in altre aree (ci riferiamo ad esempio alla Lettonia e alla Polonia che riportano in media un tasso di mortalità pari a 4,5 ogni 1.000 nati vivi).

Figura 6 - Tasso di mortalità infantile in Italia.



Fonte: ISTAT (2016). Noi Italia 2016.

Il Sud resta indietro anche sui tempi di accesso alle cure nel periodo della gravidanza.

Se a livello nazionale oltre il 94% delle donne si sottopone alla prima visita entro il terzo mese di gravidanza³², il 7% delle donne nel Sud non effettua la prima visita entro il terzo mese contro il 4% del Nord Italia. Le regioni del Sud risultano meno virtuose anche nell'adozione di buone pratiche durante la gravidanza. Il 72% delle fumatrici al Sud ha smesso di fumare durante la gravidanza contro l'oltre 75% del Nord, solo il 32% delle donne impegnate in mansioni pesanti - e quindi nocive per la salute della mamma e del piccolo durante la gravidanza - ha interrotto entro il terzo mese contro il 60% circa registrato al Nord.

Sicuramente a influire sull'adozione di buone pratiche durante la gravidanza sono anche i livelli di istruzione, che determinano una migliore consapevolezza rispetto ai rischi e ai benefici che certi stili di vita possono causare nel corso della gestazione.

Circa il 98% delle donne con un titolo di istruzione superiore effettua la prima visita nei tempi indicati dai protocolli nazionali contro il 91,5% di donne che non ha osservato l'obbligo scolastico. Solo il 65% smette di fumare contro l'83% delle donne più istruite. Il tasso di mortalità infantile è solo uno degli indicatori che mostrano lo stato di benessere di un Paese.

Ma il benessere di un bambino è descritto anche dal livello di assistenza che il welfare gli accorda e dal percorso che lo attende nel periodo di crescita.

La continuità dell'assistenza e la qualità dell'offerta di servizi di sostegno nella fase perinatale sono fondamentali. Tuttavia, anche nel nostro Paese le donne sono spesso costrette a fare fronte alla carenza di strutture per la salute sessuale e riproduttiva, alla scarsa accessibilità di servizi a favore delle neo-mamme e alla carenza di informazioni necessarie per affrontare in sicurezza e serenità tutte le fasi del percorso nascita.

Dal 1975 questo compito di sostegno, informazione e cura è stato affidato ai consultori familiari. Per assicurare servizi efficienti, i consultori devono prevedere la presenza di più professionisti, dal ginecologo all'ostetrica, dallo psicologo all'assistente sociale e al pediatra.

Devono inoltre essere capillari sul territorio in modo da risultare accessibili. Il consultorio è concepito quindi proprio come uno strumento di umanizzazione del percorso nascita e fonte di sicurezza soprattutto per le neo-mamme.

Purtroppo però, per via della scarsità di risorse e di personale, i dati più recenti³³ mostrano una diminuzione dei consultori su tutto il territorio nazionale con una densità che non risponde alle esigenze della popolazione femminile e che non rispetta i criteri stabiliti dalla legge istitutiva, registrando una presenza media di un consultorio ogni 29 mila abitanti, anziché ogni 20 mila, con le consuete differenze territoriali (tabella 8).

I consultori attivi sono inoltre caratterizzati dalla scarsità dei servizi multidisciplinari offerti che spesso li rendono incapaci di rispondere in modo soddisfacente alle diverse esigenze che si possono presentare.

Tabella 8 - Consultori pubblici in Italia per Regione.

Regione	Consultori Pubblici	X 10.000 donne 15-49 anni	X 20.000 abitanti
ITALIA SETTENTRIONALE	896	1.5	0.7
Piemonte	224	2.4	1
Valle d'Aosta	22	7.9	3.5
Lombardia	209	1	0.4
Bolzano	0	0	0
Trento	9	0.8	0.3
Veneto	99	0.9	0.4
Friuli Venezia Giulia	21	0.8	0.3
Liguria	73	2.3	0.9
Emilia Romagna	239	2.5	1.1
ITALIA CENTRALE	520	2	0.9
Toscana	264	3.3	1.4
Umbria	31	1.6	0.7
Marche	64	1.9	0.8
Lazio	161	1.3	0.6
ITALIA MERIDIONALE	485	1.5	0.7
Abruzzo	59	2.0	0.9
Molise	4	0.6	0.3
Campania	170	1.2	0.6
Puglia	146	1.5	0.7
Basilicata	36	2.7	1.2
Calabria	70	1.5	0.7
ITALIA INSULARE	251	1.6	0.8
Sicilia	182	1.5	0.7
Sardegna	69	1.8	0.8
ITALIA	2152	1.6	0.7

Fonte: Ministero della Salute, (2014). Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza.

Anche l'offerta sanitaria presenta rilevanti lacune, soprattutto al Sud, per via della minore diffusione dei servizi e della qualità mediamente inferiore rispetto quanto registrato nel resto del Paese³⁴. Costi e tempi d'attesa mostrano un andamento inverso nella sanità pubblica e nella sanità privata, col risultato che solo i più abbienti possono accedere alle cure. Nel 2013 in Italia oltre 100 punti nascita, dove sono venuti alla luce oltre 40 mila bambini, risultavano non in sicurezza in base agli standard dettati dalle linee guida ministeriali. La gran parte nelle regioni del Sud, in particolare in Campania.

Solleva perplessità anche la scarsa presenza di ostetriche - in qualità di riferimento non "clinico" - durante le fasi che precedono e seguono il parto. Sono infatti figure indispensabili per guidare i futuri genitori nel percorso di preparazione alla nascita. Per quanto le ostetriche siano presenti nella quasi totalità dei parti (nel 97% dei casi), la loro presenza non è scontata nelle fasi immediatamente precedenti e successive alla nascita del bambino. Cresce invece la medicalizzazione, anche non appropriata, nel corso della gravidanza, accompagnata da un'esagerata prescrizione di farmaci e di accertamenti diagnostici.

I cosiddetti 1.000 giorni, che vanno dal concepimento fino ai primi due anni di vita del bambino, descrivono un periodo molto delicato in cui - ancora una volta - l'accompagnamento delle future e neo-mamme risulta fondamentale. Le aiuta infatti nell'apprendimento di pratiche utili per lo sviluppo del piccolo e per superare il senso di inadeguatezza e di isolamento che alcune possono avvertire.

Se la nascita è un fatto naturale, diventare mamme non è semplice né scontato. Tra i momenti post-partum che dovrebbero essere facilitati e incoraggiati, ad esempio, vi sono l'accostamento immediato del piccolo al corpo della madre e l'allattamento al seno.

L'allattamento immediato al seno è sempre consigliato per tutte le mamme che ne hanno la possibilità³⁵, anche quando la disponibilità di latte sostitutivo non costituisce un problema. È una scelta eco-compatibile, che aumenta le chance di salute e protezione per il bambino. Si stima migliori la salute del piccolo, ne aumenti il quoziente intellettivo e riduca anche il rischio, per le donne, di contrarre cancro al seno e diabete.

Anche se l'85% delle neo-mamme dichiara di aver allattato il proprio bambino, risulta piuttosto bassa la percentuale di bambini che assume esclusivamente latte materno nei primi sei mesi di vita, come raccomandato dall'OMS/UNICEF³⁶, pari a circa il 42,7%.

Anche stavolta le statistiche registrano dati non uniformi su tutto il territorio.

Se le regioni del Nord-Est praticano più spesso l'allattamento al seno (ben l'87%), la quota è più bassa nel Mezzogiorno (83%). Ad abbassare tanto la media è la Sicilia, dove solo il 71% delle donne allatta al seno.

Al Sud è inoltre più bassa la percentuale di donne che allattano entro la prima ora.

Si tratta del 23% contro il 52% registrato nel Nord-est e il 41% del Nord-Ovest.

Le donne con un livello maggiore di istruzione tendono ad allattare di più rispetto a chi invece ha un titolo di istruzione inferiore. Sono l'89% contro l'82%. Incrociando i dati sul territorio con quelli relativi all'istruzione, la percentuale di donne del Mezzogiorno, più istruite, che allattano, sale all'88%, in linea con le altre aree territoriali. È stabile in tutte le regioni - intorno all'85% - la quota di donne diplomate che allattano, mentre si mantiene bassa (77%) per le donne del Sud con un titolo d'istruzione inferiore.

3.2

I VANTAGGI DELL'EDUCAZIONE PRESCOLARE E IL VALORE REDISTRIBUTIVO DEI SERVIZI PER L'INFANZIA

Le statistiche più recenti confermano che in Italia rimane alta la percentuale di famiglie che soffrono una situazione di grave deprivazione³⁷.

Tabella 9 - Il costo della deprivazione materiale in Italia.

Il costo della deprivazione materiale in Italia	% di bambini che deve rinunciare a
Abiti nuovi	8,5
Due paia di scarpe	2,9
Mangiare frutta fresca e verdura una volta al giorno	2,6
Mangiare pasto proteico almeno una volta al giorno	5,7
Libri extrascolastici adatti alla loro età	7,7
Giochi da usare all'aria aperta	6,0
Giochi da usare in casa	5,6
Svolgere regolarmente attività di svago fuori casa	13,7
Di festeggiare il compleanno	7,1
Invitare amici per giocare o mangiare insieme	7,5
Partecipare a gite/eventi scolastici a pagamento	10,5
Disporre in casa di uno spazio adeguato per lo studio	11,4
Una settimana di vacanza all'anno	29,5

Fonte: ISTAT (2015). Il Benessere equo e sostenibile in Italia.

Sul piano pratico, questo significa che non possono ad esempio sostenere spese impreviste, permettersi una settimana di ferie all'anno lontano da casa, saldare arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti, permettersi un pasto proteico ogni due giorni o riscaldare adeguatamente l'abitazione. La situazione si fa ancora più grave per le famiglie ampie, monoreddito, con adulti di riferimento disoccupati o in cerca di occupazione.

Sono condizioni che incidono fortemente sul benessere dei bambini.

Se guardiamo alla popolazione sotto i 16 anni questo significa che ben 1 bambino su 20 non può permettersi un pasto proteico almeno una volta al giorno (circa il 5,7%), 1 su 10 deve rinunciare ad abiti nuovi e a libri non scolastici (tabella 9).

Per questi bambini anche la vita sociale risulta duramente compromessa: molti di loro non possono prendere parte ad attività extra-scolastiche a pagamento, non possono avere giochi nuovi o festeggiare il compleanno, devono rinunciare alle vacanze con la scuola o con la propria famiglia. Si tratta di carenze che non solo costringono a standard di vita più bassi rispetto al resto della popolazione, ma si ripercuotono sul benessere psicologico del minore, compromettendone le capacità relazionali.





I servizi socio-assistenziali rappresentano in questi casi importanti strumenti di protezione sociale e di redistribuzione della ricchezza, fondamentali per l'accesso del piccolo che vive in condizioni svantaggiate a pari diritti ed opportunità rispetto ai suoi coetanei.

La disponibilità di servizi gratuiti di qualità - asili nido, micronidi e altri servizi socio-educativi - è di rilevante importanza per assicurare l'accesso di tutti i bambini almeno ad un pasto proteico al giorno, all'assistenza nelle prime fasi di crescita, al gioco e agli standard di vita che dovrebbero essere garantiti in età prescolare.

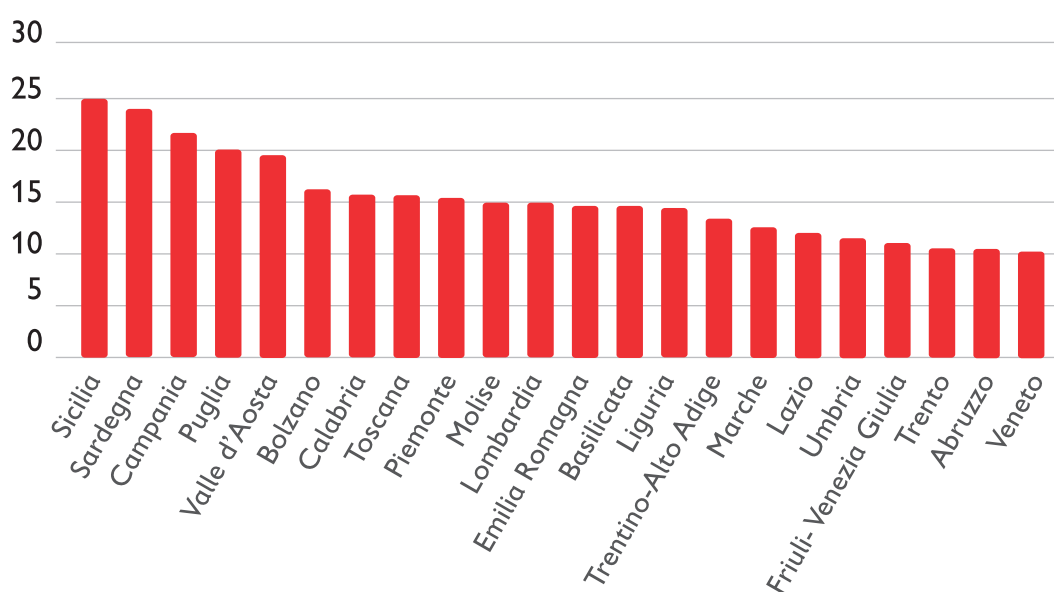
Ma in Italia solo la metà dei Comuni, nel 2012, offriva servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anche in questo caso risulta forte la differenza tra le percentuali di copertura sui territori registrate nelle diverse Regioni: dal 100% del Friuli Venezia Giulia all'8,8% della Calabria³⁸.

La carenza di queste strutture è una delle principali cause della povertà educativa di bambini e adolescenti. È stato provato infatti che l'assistenza di qualità nei primi anni di vita del bambino ha un potenziale effetto positivo sul suo benessere, favorendone lo sviluppo socio-emozionale. È inoltre collegata a una minore incidenza di problemi comportamentali e a un miglior rendimento in età scolare³⁹.

Non sorprende quindi il risultato di recenti statistiche che attesta che proprio al Sud - dove l'offerta di servizi per l'infanzia è minore - il rendimento scolastico è più basso.

Circa la metà degli alunni in Calabria non acquisisce i livelli minimi di competenze in matematica, circa 1/3 non acquisisce i livelli minimi di lettura in Calabria, Sicilia e Campania⁴⁰.

Figura 7 - Tasso di abbandono scolastico nelle regioni italiane.



Fonte: ISTAT (2016).

È forte la differenza legata al reddito: in Calabria ad esempio non raggiunge le competenze minime in lettura il 13% dei giovani provenienti da famiglie benestanti contro il 44% proveniente da nuclei più poveri.

Ancora una volta, le regioni del Sud riportano anche il maggior numero di abbandoni scolastici dopo la licenza media. Un caso esemplare è quello siciliano dove un adolescente su quattro non prosegue gli studi.



Inoltre, l'assenza o l'insufficienza di servizi socio-educativi per la prima infanzia non consente un'adeguata attenzione e comprensione di situazioni familiari fragili, in cui risulterebbe utile un sostegno alla genitorialità.

La presenza di servizi di qualità per la fascia d'età 0-6 anni è quindi utile per individuare precocemente eventuali situazioni di disagio; incide inoltre sulla possibilità, per le donne, di conciliare gli impegni tra famiglia e lavoro. Con l'arrivo di un figlio molte mamme diventano equilibriste tra cura dei familiari e vita professionale⁴¹.

Sono loro infatti le principali responsabili dell'assistenza di anziani e bambini. Inoltre, l'aumento di separazioni e divorzi (+100%) negli ultimi 20 anni ha prodotto un'ulteriore concentrazione del lavoro di cura sulle spalle delle donne madri. Si stima che in Italia la donna dedichi circa 5 ore al giorno al lavoro familiare non retribuito contro le 2 ore dedicate dagli uomini.

A dimostrare la maggiore presenza in famiglia sono anche i congedi parentali, richiesti ancora principalmente dalle donne piuttosto che dagli uomini.

Così, la scarsa disponibilità di strutture che possono prendersi cura del bambino in età prescolare, in assenza di reti informali di sostegno, costringe molte mamme a sacrificare la loro vita professionale, rinunciando al lavoro. Il tasso di occupazione per madri da 25 a 49 anni scende infatti all'aumentare del numero dei figli.

È pari al 59% in presenza di un figlio, scende al 54% per le donne con due minori a carico fino ad arrivare a quota 40% con l'arrivo del terzo figlio⁴².

La stessa cosa non succede per gli uomini, che mantengono invece più stabili i livelli di occupazione.

Figura 8 - Livelli occupazionali delle mamme in Italia dopo la nascita di un figlio.



Fonte: Eurostat, Tasso di occupazione per genere, età, livello di istruzione, figli a carico (ultimo aggiornamento).

Diventare genitore può produrre quindi anche un impoverimento della famiglia.

Significa sostenere spese in più e far fronte ai bisogni della famiglia allargata, a volte rinunciando a un reddito.

Solo nelle Regioni con una maggiore presenza di servizi socio-assistenziali per la prima infanzia, il tasso di occupazione delle donne resta più stabile.

La presa in carico dei bambini nella fascia d'età 0-3 anni è infatti positivamente correlata all'occupazione femminile e alla presenza di donne nelle amministrazioni locali. Anche stavolta i risultati migliori sono registrati dalle regioni dell'Italia settentrionale⁴³.

Tra il 2012 e il 2013 il 13% dei bambini minori di 3 anni ha frequentato i servizi. In totale si tratta di circa 210 mila bambini iscritti in asili nido (92%) o in nidi famiglia e altri servizi integrativi (il restante 8%). In Calabria e Campania, dove l'offerta comunale è più bassa, la quota di bambini che frequenta i servizi non raggiunge il 3%.

La mancanza di meccanismi di flessibilità degli orari lavorativi o di servizi che promuovano misure di conciliazione di responsabilità familiari e professionali, rischia di ripercuotersi sullo stile di vita del minore, a partire dall'acquisizione di abitudini alimentari sbagliate fino alla mancata assistenza nelle prime esperienze di apprendimento. Anche stavolta i risultati migliori sono registrati dalle regioni dell'Italia settentrionale.

3.3

L'ESPERIENZA TRATTA DAI NOSTRI PROGETTI NAZIONALI

Gli interventi chiave per arrivare fino all'ultimo bambino

Molte madri e molti padri percepiscono un senso di inadeguatezza rispetto alle funzioni genitoriali, spesso dettato da un disagio socio-economico che non permette loro di poter rispondere in maniera soddisfacente ai bisogni dei propri figli.

La partecipazione attiva dei genitori nel processo di crescita dei bambini va inoltre supportata, in molti casi, attraverso interventi ad hoc. Spesso questo sostegno è ricevuto solo in situazioni particolari di grave disagio. I servizi socio-assistenziali dovrebbero invece essere delle realtà consolidate sul territorio e intervenire nelle situazioni più critiche molto prima che queste si trasformino in contesti a rischio.

Save the Children è presente in Italia a sostegno dei minori che vivono in condizioni di maggiore vulnerabilità con l'obiettivo di intervenire precocemente sui fattori di rischio che possono causare problemi al corretto sviluppo psico-fisico del bambino o che possono perpetuare condizioni di povertà ed esclusione sociale.

Col programma **Fiocchi in Ospedale** siamo presenti in sei grandi strutture ospedaliere⁴⁴ per accompagnare i genitori che ne hanno bisogno nella fase della gravidanza e del rientro a casa dopo il parto. Sosteniamo le mamme e i papà durante tutto il percorso, proponendo un approccio di lavoro fortemente integrato con le strutture ospedaliere, i servizi territoriali pubblici e del terzo settore. Il servizio Fiocchi in Ospedale si propone come uno spazio libero, aperto, gratuito a cui rivolgersi per una pluralità di bisogni che vanno dalla richiesta di informazioni, al sostegno psicologico, materiale o legale. Parte del lavoro si realizza nella fase di rientro a casa, attraverso un monitoraggio a distanza e un'azione di follow up condotta di concerto con i servizi territoriali di riferimento della mamma/coppia.

Nei casi più delicati, di particolare fragilità sociale o economica, il nucleo familiare viene preso in carico, e il servizio Fiocchi in Ospedale coordina un intervento integrato di sostegno di medio - lungo periodo. Dal 2012 al 2015 abbiamo supportato oltre 14.300 genitori e 11.350 bambini in situazioni di disagio.

Oltre al programma Fiocchi in Ospedale, abbiamo attivato **6 Spazi Mamme**⁴⁵ a livello territoriale per sostenere le donne in condizioni di deprivazione, sia attraverso la fornitura di beni e servizi di prima necessità, che attraverso il sostegno psicologico.

Una delle attività principali dello Spazio Mamme consiste nel supporto alla genitorialità finalizzato a rafforzare il legame genitore-figlio, ad accrescere l'autostima dei genitori e a rafforzare le loro competenze di cura e accudimento del bambino. Inoltre il servizio, attraverso un coordinamento con i servizi sociali e i servizi di orientamento al lavoro, promuove attività di inserimento lavorativo e di formazione professionale. Anche gli Spazi Mamme adottano un approccio multidimensionale, attraverso la presenza di personale specializzato su diversi fronti: dall'assistenza psicologica a quella pedagogica, sanitaria, sociale e legale. Il programma promuove inoltre per tutti i bambini in età prescolare l'accesso a momenti di socializzazione e incontro per favorire il pieno sviluppo delle loro capacità.

Infine, per ridurre il rischio di povertà e di esclusione sociale, la nostra Organizzazione ha attivato dei **Punti Luce** su tutto il territorio - dalla Sicilia alla Lombardia - che si propongono come centri ad alta intensità educativa in zone che risentono della carenza di servizi socio-assistenziali, culturali e ricreativi. Siamo presenti anche a Palermo, Napoli, nelle periferie di Milano e Torino. In tutto, abbiamo raggiunto 14 mila minori coi programmi contro la dispersione scolastica e la povertà educativa, incentivando anche la partecipazione ad attività extra scolastiche che favoriscono la socializzazione e rappresentano uno dei migliori antidoti contro la discriminazione.



BAMBINI SENZA UN DOMANI NEI CONTESTI DI EMERGENZA

Oltre l'80% dei 25 Paesi che non hanno raggiunto gli Obiettivi 4 e 5 del Millennio (salute materna e mortalità infantile) e dei 44 che hanno ottenuto risultati insufficienti sono i cosiddetti "Stati fragili", quelli colpiti da recenti conflitti o disastri naturali⁴⁶.

In questi Paesi si stima che il rischio di morte per donne e bambini - tra le categorie più vulnerabili - sia di 14 volte più alto del rischio che corre un uomo.

I dati ci dicono infatti che nei 35 Paesi attualmente colpiti da crisi umanitaria nel 2015 sono morte circa 185 mila mamme, circa il 61% delle morti materne totali (303 mila). Si tratta di 417 mamme morte ogni 100 mila nati vivi, un tasso pari a quasi il doppio delle stime globali (216 morti per 100 mila nati vivi).

Nei contesti più fragili, generalmente, donne e adolescenti sono tra i soggetti più vulnerabili, perché esposte al rischio di violenza sessuale e alla mancanza di accesso a servizi di base. Anche il tasso di mortalità infantile ne risente. Il 53% delle morti sotto il quinto anno di vita avviene proprio in contesti di crisi⁴⁷. Buona parte di queste morti si registra nel primo mese dalla nascita.

Negli stessi Paesi 75 milioni di bambini vedono inoltre compromesso il loro diritto all'istruzione.

Alan Kurdi e Omran Daqneesh hanno incarnato per tutti la ferocia della crisi umanitaria che sta interessando il Medio Oriente, diventando simbolo della violazione di diritti che sta distruggendo la Siria. Dal 2011, anno di inizio del conflitto, si stima che le persone fuggite dal Paese abbiano superato i 4 milioni. Metà di loro sono bambini. In media, 100 siriani ogni ora lasciano la loro casa, e il numero inoltre è in continuo aumento⁴⁸. Attualmente circa 13,5 milioni di siriani hanno bisogno di aiuti umanitari e 7,5 milioni di bambini in tutto - la stessa ampiezza della popolazione dello Stato di Washington - sono colpiti dalla guerra. La crisi ha risvolti pesanti anche sulla situazione educativa. Si stima che circa 3 milioni di bambini stiano perdendo la scuola, un'intera generazione che rischia di vedersi privata del proprio futuro⁴⁹. Il caso di Omar ha messo alla luce come i bambini più colpiti non sono solo quelli che vanno via cercando un futuro migliore, ma anche quelli che restano, rischiando ogni giorno la vita o di restare vittime di abusi e sfruttamento. Proprio in **Siria**, siamo intervenuti a sostegno di donne e bambini colpiti. Abbiamo seguito le rotte migratorie e portato sostegno ai rifugiati siriani anche in Giordania, Libano, Iraq ed Egitto. Inoltre parte del nostro lavoro l'abbiamo svolto anche in Europa, punto di approdo per molti rifugiati siriani. Abbiamo intensificato le attività nei luoghi di sbarco, creando Spazi a Misura di Bambino e garantendo loro beni di prima necessità e supporto psicologico.

Anche in Yemen la popolazione sta affrontando una grave crisi che ostacola l'accesso al cibo, a fonti d'acqua potabile sicure e a servizi sanitari di base⁵⁰. Ammontano a oltre 21 milioni le persone nel Paese che hanno bisogno di aiuti umanitari, tra cui quasi 10 milioni di bambini. Inoltre 800 mila bambini hanno dovuto lasciare le proprie case, 7,7 minori sono colpiti da denutrizione, 1,3 milioni sono affetti da grave malnutrizione. Da marzo 2015 - quando il conflitto si è duramente aggravato - siamo presenti nel Paese fornendo assistenza a oltre 775 mila persone tra cui più di 400 mila bambini attraverso distribuzione di cibo, supporto tecnico e socio-sanitario.

I bambini in emergenza non sono solo quelli che vivono in situazioni di conflitto né solo nei Paesi più poveri. Basti ricordare il terremoto che ha colpito, pochi mesi fa, il Centro Italia. Oltre 200 le vittime, tra cui tanti minori. Tra i Comuni più colpiti quello di Amatrice, letteralmente rasa al suolo dal sisma. In tutti i contesti di emergenza a pagarne le conseguenze sono soprattutto i bambini che, oltre a ritrovarsi in un forte stato di privazione materiale, rimangono fortemente traumatizzati dall'accaduto. Per questo siamo intervenuti subito anche in Italia attivando, in meno di 48 ore dal sisma, spazi a misura di bambino per garantire ai minori che hanno vissuto il trauma uno spazio sicuro e un clima di gioco.

La comunità internazionale ha recentemente confermato, con l'adozione dell'Agenda 2030, che raggiungere tutti non basta, bisogna che ci sia l'impegno sociale e politico per rendere le comunità più sicure e anche più resilienti, più capaci, quindi, di rispondere a possibili e a volte prevedibili emergenze.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Gli ultimi 15 anni hanno dimostrato che l'impegno della comunità internazionale nei confronti delle grandi sfide del Millennio ha prodotto i suoi risultati.

I tassi di povertà, fame e mortalità infantile sono stati dimezzati ed è migliorato l'accesso ai servizi di base e all'istruzione. Tuttavia abbiamo visto che il cambiamento non ha coinvolto tutti allo stesso modo. Tanti gruppi - e tanti bambini - sono stati esclusi dai processi in corso e non hanno ancora accesso alle cure sanitarie, a una nutrizione quantitativamente e qualitativamente sufficiente e a una buona istruzione. In molti casi si tratta di persone discriminate per via del genere, della religione, per disabilità, per il solo fatto di essere nate in contesti di crisi o per via dell'appartenenza ad un'etnia diversa.

Si tratta di eventi non tanto sporadici quanto vorremmo, che non toccano solo i Paesi più poveri, quelli a basso e medio reddito; povertà ed esclusione sociale persistono, seppure in diverse forme, anche nei Paesi più ricchi.

Per questo l'Agenda 2030, lanciata lo scorso anno dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, a differenza della precedente si applica a tutti gli Stati che l'hanno sottoscritta, con l'obiettivo di non lasciare nessuno indietro e raggiungere, per primi, proprio i gruppi che vivono in condizioni più svantaggiate.

Si tratta di un framework che individua traguardi chiari anche a livello nazionale tra cui: eliminare la povertà entro il 2030 in tutte le sue forme, raggiungere la sicurezza alimentare, garantire salute e benessere per tutti e a tutte le età, con obiettivi rivolti in particolare a mamme e bambini e, infine, assicurare a tutti un'istruzione di qualità. La nuova Agenda punta sul concetto di sviluppo inclusivo, mira quindi a garantire la realizzazione degli obiettivi per l'intera popolazione, nessuno escluso.

Le grandi sfide dell'ultimo secolo hanno inoltre messo in luce quanto il raggiungimento degli obiettivi individuati resti particolarmente critico per le realtà colpite da crisi. L'Agenda 2030 pone l'accento anche su questo aspetto, e invita gli Stati a farsi promotori di interventi volti a rendere i Paesi più resilienti per prevenire eventuali shock o garantire, anche in questi casi, l'accesso ai servizi essenziali.

Da anni Save the Children è impegnata a favore degli Obiettivi legati in particolare alla tutela dell'infanzia, sia nello scenario internazionale - a supporto dei Paesi più poveri - che a livello nazionale. Anche quest'anno le sfide globali ci vedono impegnati nel campo della salute, della nutrizione, dell'istruzione, della lotta alla povertà, alla disuguaglianza di genere e ad ogni altra forma di discriminazione, con la speranza di riuscire a garantire un domani a tutti i bambini a cui ancora oggi è negato un futuro. Per accelerare il percorso verso gli Obiettivi 2030,

con la campagna globale **Fino all'ultimo bambino** chiediamo ai leader mondiali di impegnarsi a raggiungere tre garanzie:

- **Finanza Equa** e cioè il finanziamento sostenibile e l'accesso gratuito ai servizi essenziali;
- **Trattamento Equo** inteso come adeguamento di norme e politiche per il raggiungimento degli Obiettivi, anche in casi di emergenza, e rimozione di barriere e forme di discriminazione;
- **Accountability** e cioè maggiore trasparenza e partecipazione dei gruppi più esclusi.

In particolare Save the Children chiede ai Governi, ai donatori e alla comunità internazionale:

Finanza Equa

- rispettare gli impegni presi e incrementare lo stanziamento di risorse per la cooperazione allo sviluppo e la risposta alle emergenze, favorendo gli investimenti nei settori della salute, della nutrizione e dell'educazione;
- garantire un sistema di tassazione e redistribuzione più equo, eliminando i costi d'accesso ai servizi essenziali.

Trattamento Equo

- assicurare - in linea col secondo Obiettivo di Sviluppo Sostenibile - un'adeguata nutrizione per mamme e bambini, la prevenzione e il trattamento di casi di malnutrizione e la sicurezza alimentare, promuovendo sistemi di produzione sostenibili e implementando politiche agricole resilienti;
- garantire la copertura sanitaria universale e il continuo di cure per donne, adolescenti e bambini in vista del raggiungimento del terzo Obiettivo;
- assicurare - secondo quanto previsto dal quarto Obiettivo di Sviluppo Sostenibile - l'accesso universale all'istruzione inclusiva e di qualità e favorire il completamento del percorso formativo, anche nei contesti di crisi;
- eliminare le barriere per l'accesso alla salute, alla nutrizione e all'istruzione, abolendo leggi e politiche discriminatorie che limitano l'accesso ai servizi essenziali;
- abbattere il divario di genere e favorire l'empowerment delle ragazze, ponendole al centro dei processi di sviluppo.

Accountability

- garantire l'allineamento delle politiche estere e nazionali, piani e budget con l'Agenda 2030 mantenendo al centro di tutte le strategie l'impegno a non lasciare nessuno indietro;
- raccogliere e condividere dati in modo regolare, attraverso database sicuri e accessibili a tutti, che rispondano alla necessità di analisi a livello disaggregato, fondamentali per porre in evidenza i gruppi più vulnerabili;
- assicurare, a tutti i livelli di governance, una maggiore partecipazione dei gruppi più esclusi e in particolare dei bambini nei processi decisionali e nell'allocazione dei fondi;
- garantire la trasparenza e il monitoraggio sullo stanziamento e l'utilizzo delle risorse economiche.

Ci si aspetta quindi che anche l'Italia faccia la sua parte riconfermando il proprio impegno, anche economico, a favore della cooperazione internazionale allo sviluppo. Se nel triennio 2008-2012 si è assistito a un crollo dei fondi italiani destinati all'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS)⁵¹ - tanto da relegare l'Italia al penultimo posto tra i Paesi OCSE per fondi erogati - l'ultimo triennio ha segnato invece un'inversione di tendenza. Tuttavia l'impegno preso in ambito internazionale è ancora lontano dall'essere raggiunto⁵². Lo scorso anno il nostro Paese ha infatti stanziato solo lo 0,21% del PIL (3,8 miliardi di dollari) per l'APS a fronte dello 0,7% promesso⁵³. Il Governo prevede di raggiungere l'obiettivo dello 0,7% entro il 2030. Auspichiamo quindi che l'Italia riconfermi, nel prossimo triennio, il segnale positivo di ripresa e che si possa già passare entro il 2019 dallo 0,25% allo 0,28% per arrivare allo 0,3% nel 2020.

Il 2017 sarà un importante anno di passaggio per il nostro Paese: rappresenterà una sfida ma anche un'opportunità. È anche l'anno infatti della presidenza italiana al G7. Si tratta di un momento fondamentale per riaffermare l'impegno nella lotta alla malnutrizione, a favore della salute globale e dell'istruzione, obiettivi che hanno visto spesso l'Italia in prima linea nella scena politica internazionale.

Oltre all'impegno rispetto alle sfide globali, l'Italia - si è visto - è in corsa anche sul fronte domestico per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Nel nostro Paese la disomogeneità nella copertura e nella fruizione di alcuni servizi socio-assistenziali fondamentali - che caratterizza soprattutto il Mezzogiorno - è una delle principali disfunzioni del sistema. La scarsa distribuzione della rete di assistenza sanitaria e sociale compromette ogni giorno il benessere di molti bambini, a partire dal percorso di nascita fino a influenzarne le possibilità future. In molti casi questi fattori contribuiscono a perpetuare il ciclo e la trasmissione intergenerazionale della povertà. In contrasto con quanto accade nei contesti più poveri, il mancato raggiungimento degli obiettivi per molte aree non è da attribuire solo a fattori di contesto, ma a scelte di welfare. Negli ultimi anni si è assistito infatti alla contrazione di risorse destinate alla protezione sociale. Dai dati presentati si è rilevata la necessità di intervenire attraverso soluzioni re-distributive ma anche pre-distributive, agendo quindi non solo per appianare le disuguaglianze di reddito - e di accesso ai servizi - ma anche offrendo a tutti le stesse possibilità di raggiungere la stabilità economica attraverso la parità di accesso all'istruzione e al mercato del lavoro.

Per questo si raccomanda al Ministero della Salute, al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e alle Regioni, in linea col principio di **Finanza Equa**, di:

- Rendere l'asilo nido un diritto soggettivo, ancorché non obbligatorio, per tutti i bambini, inserendolo nel sistema integrato di educazione e istruzione, attraverso una rapida approvazione del decreto legislativo delegato al Governo dalla L. 107/2015.
- Rafforzare le infrastrutture per l'infanzia con particolare riferimento alle regioni del sud Italia, a partire dalla rete degli asili nido e dei servizi innovativi.

L'asilo nido va ripensato come fulcro di un intervento polifunzionale di servizi e di opportunità per i bambini, le famiglie e la comunità territoriale in senso ampio. Questo approccio implica: caratterizzare il progetto educativo dell'asilo nido come intervento di qualità per la buona crescita e lo sviluppo cognitivo e comportamentale dei bambini nei primi anni di vita, dal punto di vista della salute, delle abilità psico-motorie, della relazionalità e dello sviluppo delle potenzialità; fare dell'asilo nido un centro di educazione alla genitorialità, un punto di riferimento per le famiglie dove trovare occasioni di apprendimento, di scambio tra pari, di socializzazione, di counseling esperto, di sostegno educativo e sociale; rendere l'asilo nido un "catalizzatore" delle risorse civiche presenti sul territorio, luogo significativo per la comunità locale, per sviluppare competenze, accrescere il "capitale sociale" complessivo del territorio, valorizzare le competenze civiche, sociali e professionali già presenti.

- Promuovere interventi di cura e accompagnamento per bambini e neogenitori fin dal percorso nascita, con una presa in carico integrata tra punto nascita, servizi territoriali e terzo settore.
- Incentivare l'occupazione femminile, rafforzando il sistema di tutela delle lavoratrici, promuovendo gli strumenti di conciliazione, la flessibilità degli orari e lo Smart Working, sostenendo le imprese attraverso la leva della fiscalità.

Si invitano inoltre il Governo e le Regioni, in linea col principio del **Trattamento Equo**, a:

- Garantire il pieno accesso alle misure di sostegno alla genitorialità già previste in Italia, con particolare riferimento alle donne sole e ai nuclei famigliari a basso reddito (voucher maternità, sostegno per la retta dei nidi o per la baby sitter...).
- Garantire il pieno accesso a tutti i bambini alla mensa scolastica, prevedendo la gratuità per tutte le famiglie in situazione di povertà e stigmatizzando l'esclusione dei bambini i cui genitori sono morosi nei pagamenti delle rette dovute. Promuovere il contrasto a ogni forma di povertà educativa, programmando gli interventi in maniera strategica allo scopo di assicurare il tempo pieno e le attività anche pomeridiane nelle scuole delle zone del Paese a più alto rischio di esclusione, sulla base di indicatori che riguardano il tasso di disoccupazione, di dispersione scolastica, di povertà.

Infine, per facilitare i meccanismi di **Accountability**, si raccomanda agli attori nazionali e locali di:

- Garantire la spesa e un'efficiente implementazione dei fondi FEAD, attivando sinergie per combattere la deprivazione materiale di bambini e ragazzi in ambito scolastico fornendo il materiale scolastico necessario a studenti della scuola primaria e secondaria appartenenti a nuclei familiari in condizione di grave disagio economico.
- Garantire la spesa e un'efficiente implementazione della misura del Sostegno all'Inclusione Attiva, come primo passo verso un reddito di inclusione sociale per tutti i cittadini che versano in condizioni di povertà.

- Coinvolgere, in collaborazione con le organizzazioni presenti sul territorio, i destinatari degli interventi nella programmazione, implementazione, monitoraggio e valutazione delle politiche.
- Rafforzare la capacità di tutela da maltrattamenti o abusi sui bambini in tutti i servizi socio-educativi pubblici, privati e non profit, prevedendo un sistema scritto e diffuso a tutte le persone coinvolte, incluse le famiglie, relativo ai rischi di abuso, maltrattamento e condotta inappropriata da parte degli operatori. Il Sistema di Tutela deve prevedere in particolare un Codice di Condotta, che ciascun operatore dovrà sottoscrivere, relativo ai comportamenti da adottare o da evitare nella relazione tra operatori e bambini e bambine; meccanismi di segnalazione e risposta del sospetto di abuso e maltrattamento che garantiscano la tempestività, l'adeguata risposta e il necessario livello di riservatezza della segnalazione; valutazione ricorrente dei rischi e attivazione di risposte (di carattere strutturale, operativo, di sicurezza), valutazione del bisogno formativo specifico degli operatori, monitoraggio e valutazione del Sistema di Tutela.”

Indice delle tabelle e delle figure

- Figura 1** La trappola della povertà e le principali conseguenze a livello sociale ed economico.
- Figura 2** Relazione tra tasso di mortalità infantile e livelli di povertà.
- Figura 3** Tasso di mortalità materna per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali.
- Figura 4** Incidenza della povertà in Italia per area geografica.
- Figura 5** Tasso di mortalità infantile nei Paesi europei.
- Figura 6** Tasso di mortalità infantile in Italia.
- Figura 7** Tasso di abbandono scolastico nelle regioni italiane.
- Figura 8** Livelli occupazionali delle mamme in Italia dopo la nascita di un figlio.
-
- Tabella 1** Uso fonti acqua potabile e servizi igienici per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali.
- Tabella 2** Accesso alle cure e tasso di mortalità materna, neonatale e infantile per area geografica.
- Tabella 3** Basso peso alla nascita e allattamento al seno per ripartizione geografica.
- Tabella 4** Prevalenza dei casi di stunting per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali e per quintile di reddito.
- Tabella 5** Tasso di scolarizzazione e dispersione scolastica per ripartizione geografica.
- Tabella 6** Tasso di scolarizzazione per ripartizione geografica nelle aree urbane e rurali e per quintile di reddito.
- Tabella 7** Composizione della spesa per protezione sociale in Italia.
- Tabella 8** Consultori pubblici in Italia per Regione.
- Tabella 9** Il costo della deprivazione materiale in Italia.

In Appendice

- Tabella 1** Incidenza dei casi di stunting nel 2000 e nel 2014 per ripartizione geografica.
- Tabella 2** Incidenza dei casi di stunting e sovrappeso nel 2000 e nel 2014 per ripartizione geografica.

Appendice

Tabella 1 - Incidenza dei casi di stunting nel 2000 e nel 2014 per ripartizione geografica.

	2000	2014
	Stunting (%)	
Oceania	38	39
Africa subsahariana	43	36
Asia meridionale	50	35
Sud-Est asiatico	38	27
Africa settentrionale	24	18
Asia occidentale	24	17
Caucaso e Asia centrale	27	15
America Latina e Caraibi	17	11
Asia orientale	19	7
Paesi sviluppati	5	4
Paesi in via di sviluppo	36	26
Mondo	33	24

Fonte: UNICEF, The State of the World's Children (2016).

Tabella 2 - Incidenza dei casi di stunting e sovrappeso nel 2000 e nel 2014 per ripartizione geografica.

	2000	2014	2000	2014
	Stunting (%)		Sovrappeso (%)	
Oceania	38	39	5,1	8,8
Africa subsahariana	43	36	4,4	4,5
Asia meridionale	50	35	2,8	4,1
Sud-Est asiatico	38	27	3,2	7,4
Africa settentrionale	24	18	12,2	16
Asia occidentale	24	17	6,5	7,5
Caucaso e Asia centrale	27	15	9,1	12,4
America Latina e Caraibi	17	11	7	7,5
Asia orientale	19	7	6,2	5,4
Paesi sviluppati	5	4	8,7	10
Paesi in via di sviluppo	36	26	4,6	5,7
Mondo	33	24	5,1	6,1

Fonte: UNICEF, The State of the World's Children (2016).

Bibliografia principale di riferimento

Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile – Asvis (2016). L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, Rapporto Asvis 2016. Asvis, Roma.

Bongaarts, J and Guilmo, C. (2015). How many more missing women, prenatal selection and postnatal excess mortality, 1970–2050. Popul Dev Rev, disponibile su: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)61439-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)61439-8.pdf)

Censis (2013). La crisi sociale del Mezzogiorno. Censis, Roma.

Censis (2015). 49° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. Censis, Roma.

Every Woman Every Child (2016). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) Survive, Thrive, Transform, UN.

Istat, (2014). Natalità e fecondità della popolazione residente. Istat, Roma.

Istat (2015). Gravidanza, parto e allattamento al seno. Istat, Roma.

Istat (2015). Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes 2015). Istat, Roma.

Istat (2016). Rapporto Annuale 2016. La situazione del Paese. Istat, Roma.

Ministero della Salute, (2014). Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l. 194/1978) .

OECD (2015). States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 ambitions, OECD Publishing, Paris.

OECD (2014). Peer Review Italy. OECD Publishing.

OECD (2016). Development Co-operation Report 2016. The Sustainable Development Goals as Business Opportunities. OECD Publishing.

OCSE (2013). Risultati PISA 2012 – Italia. OCSE.

Raitano M. (2011), “La riproduzione intergenerazionale delle disuguaglianze in Italia: istruzione, occupazione e retribuzioni”, Politica Economica, n. 3, pp. 345-374.

Save the Children (2015). Mamme in arrivo. Save the Children, Roma.

Save the Children (2016). Two years of droughts response in Ethiopia. Save the Children, London.

Save the Children (2016). Le equilibriste. Da scommessa a investimento. Le sfide della maternità in Italia.

Rapporto Mamme 2016. Save the Children, Roma.

Save the Children (2016). Childhood under siege. Living and dying in besieged areas of Syria, Save the Children, UK.

Save the Children (2016). Yemen's Children Suffering in Silence. Save the Children, UK.

Save the Children (2016). Every Last Child. The children the world chooses to forget. Save the Children, London.

Sen A. (1990). More than 100 million women are missing. Rev Books 20: 61–66, New York.

UN, Convenzione per i Diritti dell'Infanzia, fonte: www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf

UNESCO (2016). Global Education Monitoring Report 2016. Education for people and planet: creating sustainable features for all. UNESCO, Paris.

UNFPA (2015). Maternal mortality in humanitarian crises and in fragile settings.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, (2016). Global Humanitarian Overview 2016, United Nations OCHA, New York.

UNICEF (2012). Measuring Child Poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries, Innocenti Report Card 10, UNICEF Office of Research, Firenze.

UNICEF (2015). A Post-2015 world fit for children, UNICEF, disponibile su: <http://www.unicef.org/post2015/>

UNICEF (2016), Humanitarian Action for Children 2016 – Overview, UNICEF, New York.

UNICEF (2016). The State of the World's Children 2016. A fair chance for every child. Unicef, New York.

UNICEF and the World Bank Group (2016). Ending Extreme Poverty: a focus on children. UNICEF and the World Bank Group.

Vorster, H.H., 'The link between poverty and malnutrition: A South African perspective', Health SA Gesondheid 15(1), 435.

Votruba-Drzal E., Levine Coley R., Maldonado-Carreño C., Li-Grining L., Chase-Lansdale P.L., (2010). Child Care and the development of behavior problems among economically disadvantaged children in middle childhood. *Child Dev.*81(5).

WHO & UNICEF (1989). Dichiarazione congiunta WHO Unicef: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità, WHO, Ginevra.



Note

- ¹. UNICEF and World Bank Group (2016). Ending extreme poverty. A focus on children. UNICEF and World Bank Group.
- ². UNICEF (2015). The State of the World's Children 2015, UNICEF, Geneva.
- ³. UNESCO (2016). Global Education Monitoring Report 2016. Education for people and planet: creating sustainable features for all. UNESCO, Paris.
- UNICEF (2015). A Post-2015 world fit for children, UNICEF, disponibile su: <http://www.unicef.org/post2015/>
- ⁴. UNICEF (2012). Measuring Child Poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries, Innocenti Report Card 10, UNICEF Office of Research, Firenze.
- ⁵. Istat (2016), aggiornamento dati povertà in Italia 2016.
- ⁶. Istat (2015). Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia. Istat, Roma.
- ⁷. UN (2016). The Sustainable Development Goals Report 2016. UN, New York. Fonte: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- ⁸. UN, (2015). The Millennium Development Goals Report 2015, UN, New York. Fonte: www.un.org/millenniumgoals/
- ⁹. UN (2016). The Sustainable Development Goals Report 2016. UN, New York. Fonte: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- ¹⁰. MDG Monitor (2016). MDG 1: Eradicate extreme poverty and hunger, disponibile su: <http://www.mdgmonitor.org/mdg-1-eradicate-poverty-hunger/>
- ¹¹. La linea di povertà, secondo l'ultimo aggiornamento della Banca Mondiale, è fissata a \$1,90 al giorno. Fonte: <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/10/04/world-bank-forecast-global-poverty-to-fall-below-10-for-first-time-major-hurdles-remain-in-goal-to-end-poverty-by-2030>
- ¹². L'accezione "individui a rischio di povertà o di esclusione sociale" identifica tre forme di povertà: povertà monetaria, deprivazione materiale e bassa intensità lavorativa. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Europe_2020_indicators_-_poverty_and_social_exclusion
- ¹³. Raitano M. (2011), "La riproduzione intergenerazionale delle disuguaglianze in Italia: istruzione, occupazione e retribuzioni", Politica Economica, n. 3, pp. 345-374.
- ¹⁴. UN, Convenzione per i Diritti dell'Infanzia, disponibile su www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf
- ¹⁵. Save the Children, (2014). Nati per morire. L'indice del rischio di mortalità mamma-bambino. Save the Children, Roma.
- ¹⁶. A settembre dello scorso anno la partnership Every Woman Every Child ha lanciato la Strategia Globale per la salute di donne, bambini e adolescenti nata per porre fine alle morti prevenibili di mamme e bambini e per favorire il pieno sviluppo delle loro potenzialità a livello individuale e all'interno della società in cui vivono.
- ¹⁷. Every Woman Every Child (2016). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030) Survive, Thrive, Transform, UN.
- ¹⁸. UNICEF (2016). The State of the World's Children 2016. A fair chance for every child. Unicef, NY

- ¹⁹. UNICEF, aggiornamento 2016, <http://www.unicef.it/doc/6935/settimana-mondiale-allattamento-al-seno-2016.htm>
- ²⁰. Forma di malnutrizione cronica che si manifesta con un'alterazione del rapporto altezza per età.
- ²¹. Save the Children (2016). Two years of droughts response in Ethiopia. Save the Children, London.
- ²². Dubow E.F., Boxer P., Huesmann L.R., (2009). Long-term effects of parents' education on children's educational and occupational success: mediation by family interactions, child aggression, and teenage aspirations. Wayne State Univ Press, 55(3). Raitano M. (2011), "La riproduzione intergenerazionale delle disuguaglianze in Italia: istruzione, occupazione e retribuzioni", *Politica Economica*, n. 3, pp. 345-374.
- ²³. Cfr. Istat (2015). Rapporto sul Benessere equo e sostenibile (Bes 2015). Istat, Roma.
- ²⁴. Dati Istat aggiornati a luglio 2016. L'Istat definisce la soglia di povertà assoluta come il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza. L'Istat stima invece l'incidenza della povertà relativa calcolandola sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà relativa è calcolata sulla base della spesa familiare rilevata dall'indagine annuale sui consumi. La spesa media mensile per persona rappresenta la soglia di povertà per una famiglia di due componenti (nel 2015 pari a 1.050,95 euro mensili). Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza.
- ²⁵. Istat, Rapporto annuale, 2016.
- ²⁶. Censis (2013). La crisi sociale del Mezzogiorno. Censis, Roma.
- ²⁷. Istat (2016). Rapporto Annuale 2016. La situazione del Paese. Istat, Roma.
- ²⁸. Istat, (2014). Natalità e fecondità della popolazione residente. Istat, Roma.
- ²⁹. Istat (2015). Noi Italia. Istat, Roma.
- ³⁰. Save the Children (2015). Mamme in arrivo. Save the Children, Roma.
- ³¹. Istat (2016). Noi Italia 2016, disponibile al link <http://noi-italia.istat.it/>
- ³². Istat (2015). Gravidanza, parto e allattamento al seno. Istat, Roma.
- ³³. Ministero della Salute, (2014). Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (l. 194/1978).
- ³⁴. Censis (2015). 49° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. Censis, Roma.
- ³⁵. Istat (2014). Gravidanza, parto e allattamento al seno. Istat, Roma.
- ³⁶. WHO & UNICEF (1989). Dichiarazione congiunta WHO Unicef: L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità, WHO, Ginevra http://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione_congiunta_OMS-UNICEF_1989.pdf
- ³⁷. L'Istat fornisce una misura della grave deprivazione materiale intesa come percentuale di

persone che vivono in famiglie con almeno 4 di 9 problemi considerati sul totale delle persone residenti. I problemi considerati sono: i) non poter sostenere spese impreviste di 800 euro; ii) non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa; iii) avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti come per es. gli acquisti a rate; iv) non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni, cioè con proteine della carne o del pesce (o equivalente vegetariano); v) non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; non potersi permettere: vi) una lavatrice; vii) un televisore a colori; viii) un telefono; ix) un'automobile.

³⁸. Istat (2016). Noi Italia 2016. Istat, Roma
Votruba-Drzal E., Levine Coley R., Maldonado-Carreño C., Li-Grining L., Chase-Lansdale P.L., (2010). Child Care and the development of behavior problems among economically disadvantaged children in middle childhood. *Child Dev.*81(5).

³⁹. Burchinal MR, Cryer D., (2003). Diversity, child care quality, and developmental outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*, (18).

⁴⁰. OCSE (2013). Risultati PISA 2012 – Italia. OCSE.

⁴¹. Save the Children (2016). Le equilibriste. Da scommessa a investimento. Le sfide della maternità in Italia. Rapporto Mamme 2016. Save the Children, Roma.

⁴². Eurostat, (2014) Data Base Employment rate of adults by sex, age groups, educational attainment level, number of children and age of youngest child, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

⁴³. Istat (2016). Noi Italia 2016. Istat, Roma.

⁴⁴. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano,

Ospedale San Giovanni Addolorata, San Camillo Forlanini e Policlinico A. Gemelli a Roma, Ospedale Cardarelli a Napoli, Policlinico di Bari.

⁴⁵. Gli spazi Mamma sono presenti nelle città di Torino, quartiere Le Vallette; Milano, quartiere Quarto Oggiaro; Roma, Torre Maura; Napoli centro e Soccavo Pianura; Bari, quartiere Libertà.

⁴⁶. OECD (2015). States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 ambitions, OECD Publishing, Paris.

⁴⁷. UNFPA (2015). Maternal mortality in humanitarian crises and in fragile settings <http://www.unfpa.org/resources/maternal-mortality-humanitarian-crises-and-fragile-settings>

OECD (2015). States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 ambitions, OECD Publishing, Paris.

⁴⁸. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, (2016). Global Humanitarian Overview 2016, United Nations OCHA, New York. UNICEF (2016), Humanitarian Action for Children 2016 – Overview, UNICEF, New York.

⁴⁹. Save the Children (2016). Childhood under siege. Living and dying in besieged areas of Syria, Save the Children, UK.

⁵⁰. Save the Children (2016). Yemen's Children Suffering in Silence. Save the Children, UK.

⁵¹. Inteso come quota del bilancio statale destinata a progetti di cooperazione internazionale allo sviluppo.

⁵². OECD (2014). Peer Review Italy. OECD Publishing.

⁵³. OECD (2016). Development Co-operation Report 2016. The Sustainable Development Goals as Business Opportunities. OECD Publishing.



Save the Children

è la più importante organizzazione internazionale indipendente, dedicata dal 1919 a salvare i bambini in pericolo e a promuovere i loro diritti, subito e ovunque, con coraggio, passione, efficacia e competenza.

Opera in oltre 120 Paesi per garantire a tutti i bambini salute, protezione, educazione, sviluppo economico, sicurezza alimentare e promuovere la partecipazione di tutti i minori. Inoltre risponde alle emergenze causate da conflitti o catastrofi naturali.

Save the Children è stata costituita in Italia alla fine del 1998 come Onlus e ha iniziato le sue attività nel 1999. Oggi è una Ong riconosciuta dal Ministero degli Affari Esteri.

Oltre all'importante impegno a livello internazionale Save the Children Italia sviluppa programmi che hanno l'obiettivo di migliorare la vita dei bambini e delle bambine che vivono sul nostro territorio con interventi nell'ambito della lotta alla povertà minorile, della protezione dei minori a rischio di sfruttamento (come i minori stranieri non accompagnati), dell'educazione e della scuola, dell'uso sicuro delle nuove tecnologie, della tutela dei minori nelle emergenze.



Save the Children

Save the Children Italia Onlus
Via Volturno 58 -00185 Roma
tel + 39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info.italia@savethechildren.org

www.savethechildren.it