



**PER MANO:
CONTRASTARE LA POVERTÀ
NEI PRIMI MILLE GIORNI DI VITA**



Save the Children

PERCORSI DI NASCITA
DURANTE LA PANDEMIA

Redazione testi:

Pamela Aquilani, Enrico Di Rosa e Francesca Romana Marta

Foto di copertina:

Francesca Leonardi per Save the Children

Rispetto di genere:

Per Save the Children, da sempre, il rispetto di genere rappresenta una priorità fondamentale, e, in tutte le nostre attività, poniamo la massima attenzione al rispetto dei diritti delle bambine. Nel presente documento, per semplificazione e sintesi, in alcuni casi viene utilizzato il maschile universale “bambini” come falso neutro e cioè come riferimento sia a bambine che bambini.

Coordinamento editoriale:

Laura Binetti

Grafica e infografiche:

Giorgia Simonini

Stampa:

STR PRESS srl

Pubblicato da:

Save the Children Italia Onlus
Piazza di San Francesco di Paola, 9
00184 Roma

PER MANO: CONTRASTARE LA POVERTÀ NEI PRIMI MILLE GIORNI DI VITA

Percorsi di nascita durante la pandemia

RINGRAZIAMENTI

Questo rapporto è il frutto di un impegno protrattosi per diversi mesi. Il gruppo di lavoro di Save the Children, coordinato da Pamela Aquilani, con Enrico Di Rosa e Francesca Romana Marta si è avvalso della consulenza e del supporto metodologico di alcune ricercatrici dell'Istituto Superiore di Sanità con le quali sono attive numerose collaborazioni di ricerca e progettazione relative al periodo dei cosiddetti primi mille giorni. Si ringraziano quindi per la partecipazione attiva al lavoro di analisi e interpretazione dei dati Angela Giusti, Enrica Pizzi e Laura Lauria e per la loro collaborazione Silvia Andreozzi e Francesca Zambri.

Di fondamentale importanza è stato il contributo delle tutor territoriali che hanno realizzato il progetto nelle città di Torino, Milano, Roma, Napoli e Bari, che insieme alle coordinatrici nazionali sono state coinvolte in due focus group di approfondimento. **Le osservazioni e le considerazioni valutative di Giorgia Tassini, Marta Falanga, Gina Riccio, Maria Rossi, Brunella Cozzolino, Tonia Mellone e Angelica Centrone sono state posizionate nel corpo di questo rapporto in un formato corsivo e sono anonimizzate.**

Si ringraziano quindi i partner che hanno realizzato questo progetto con Save the Children:



Il progetto non sarebbe stato possibile senza il contributo dei sostenitori e di alcune fondazioni e aziende che hanno scelto di supportare Save the Children nella lotta al contrasto della povertà infantile. Hanno contribuito alla realizzazione di Per Mano Enel Cuore Onlus, la Fondazione CRT, la Fondazione Unicredit, la Fondazione De Agostini, AON, IGT, Estée Lauder, Luxottica, Community, Ridiamo Onlus. **Enel Cuore Onlus in particolare, ha permesso con il suo intervento di agire in modo fondamentale nella vita delle famiglie dei neonati raggiunti dal progetto. Alcune delle loro storie, e quelle delle loro famiglie, sono raccontate in questo rapporto.**

INDICE

1	PER MANO. ACCANTO A 1.000 BAMBINE E BAMBINI NEI LORO PRIMI 1.000 GIORNI DI VITA	6
	1.1 Se cambi l'inizio della storia cambi tutta la storia	6
	1.2 Un nuovo approccio metodologico	13
	1.3 Un biennio di emergenza mondiale	17
	1.4 Gli effetti della pandemia su Per Mano	23
2	LE FAMIGLIE PRESE PER MANO	32
	2.1 Una premessa	32
	2.2 Chi sono le mamme, i papà, le bambine e i bambini di Per Mano?	38
	2.3 Per Mano a Torino	42
	2.4 Per Mano a Milano	46
	2.5 Per Mano a Roma	48
	2.6 Per Mano a Napoli	52
	2.7 Per Mano a Bari	54
3	L'INTERVENTO	58
	3.1 Il profilo del bisogno	58
	3.2 Cosa ha fatto Per Mano con i genitori che ha supportato?	64
	3.3 Le doti di cura	73
	3.4 Il ruolo della tutor	76
4	CONCLUSIONI E PROPOSTE	82
	4.1 Come andare avanti	83
	4.2 Raccomandazioni per l'agenda politica	88
	STORIE	97
	NOTE	102

1 | **PER MANO. ACCANTO A 1.000 BAMBINE E BAMBINI NEI LORO PRIMI 1.000 GIORNI DI VITA**

1.1 Se cambi l'inizio della storia cambi tutta la storia

Intervenire nella storia delle bambine e dei bambini prima della nascita o dai primi giorni significa contribuire a migliorare la qualità e l'aspettativa delle loro vite, garantire l'accesso ai diritti fondamentali per il loro sviluppo e ridurre il rischio di disuguaglianze.

I primi mille giorni di vita influiscono in maniera molto significativa sul profilo di sviluppo di una persona, per questo Save the Children promuove da anni l'intervento precoce e integrato nelle vite delle bambine e dei bambini più vulnerabili. Rifacendosi all'approccio del *Nurturing Care Framework for Early Childhood Development*¹, Save the Children realizza azioni che mirano ad assicurare l'esposizione precoce ad esperienze educative, la protezione dai rischi di maltrattamento, il benessere fisico, un'alimentazione adeguata e il supporto di

relazioni affettuose e rassicuranti.

In questo quadro, e con l'obiettivo di inserire elementi di innovazione nell'intervento sui primi mille giorni, nel 2019, in occasione del suo centenario, **Save the Children ha promosso *Per Mano*, un progetto sperimentale di contrasto alla povertà mirato al sostegno della primissima infanzia.**

Il progetto si è proposto di raggiungere **1.000 bambine e bambini** e di accompagnarli fin dall'inizio della loro vita, in un percorso personalizzato di presa in carico integrata, allo scopo di **costituire intorno a loro una rete di tutela, rafforzare la relazione di cura e promuovere una migliore inclusione delle famiglie nella comunità territoriale di riferimento.**

Rispetto ai programmi sulla prima infanzia già attivi, **Per Mano nasce con l'ambizione**

1.000 giorni

**PER RIDURRE
LE DISUGUAGLIANZE**

**LE FAMIGLIE
CON I FIGLI
PICCOLI SONO
LE PIÙ POVERE**



di creare sul territorio un ponte solido e duraturo tra i nuclei familiari vulnerabili e/o a rischio di marginalità e le comunità e i servizi che li circondano, grazie ad un affiancamento variabile per intensità e durata e attraverso uno strumento di supporto economico concreto e adattabile alle esigenze delle famiglie.

Nei due anni di realizzazione, il progetto ha accompagnato 1.009² bambine e bambini e le loro famiglie, di cui 919 direttamente supportate dalle operatrici di Per Mano. Come si può immaginare, la realizzazione di Per Mano nel corso del biennio 2020-21 si è misurata con gli effetti dell'emergenza sanitaria, socioeconomica ed educativa derivante dalla pandemia da Covid-19. La mappa dei bisogni rilevati dal progetto è stata fortemente modificata dalla pandemia, le cui conseguenze hanno gravato pesantemente sulla condizione di fragilità di bambine e bambini, in particolare nei contesti territoriali più vulnerabili.

Nella maggior parte dei casi, **le famiglie supportate hanno subito la perdita o la riduzione del lavoro, molte hanno denunciato la mancanza di un alloggio adeguato e la necessità di occupare alloggi abbandonati o di condividere spazi ristretti con amici e familiari; quasi tutte hanno avuto gravi**

difficoltà nell'accesso ai servizi necessari per la tutela dei diritti fondamentali dei propri figli, come i servizi anagrafici, i servizi educativi o il pediatra di libera scelta. La pandemia ha inoltre peggiorato la condizione di isolamento e stress delle neomamme, ha aggravato il loro senso di inadeguatezza, ha impedito a chi viveva in contesti abusanti di poter uscire dalle mura domestiche, ha isolato le cittadine e i cittadini stranieri e ha reso più difficile per loro lo svolgimento di pratiche fondamentali per veder regolarizzata la propria identità e quindi riconosciuti i propri diritti. Al fabbisogno così diversificato e complesso delle famiglie incontrate, **il progetto ha contribuito ad offrire risposte personalizzate** in base alle opportunità offerte dal territorio di residenza, ai servizi attivi, alle risorse accessibili e/o messe a disposizione dal progetto stesso. **Ma soprattutto ha offerto la possibilità di un punto di riferimento unico, disponibile e facilmente raggiungibile: la tutor territoriale.**

Nelle città di Torino, Milano, Roma, Napoli e Bari, dove è stato realizzato il progetto, infatti, i percorsi di accompagnamento delle famiglie sono stati coordinati da una figura innovativa introdotta da Per Mano, quella della tutor territoriale, che ha promosso e condiviso con le famiglie progetti personalizzati per favorire

il superamento di situazioni di emergenza, di marginalità e isolamento, valorizzando un'ampia rete di relazioni con i servizi e i progetti del territorio.

Le famiglie sono state segnalate al progetto prevalentemente dai servizi sociosanitari e del terzo settore, e sebbene provenissero da realtà anche molto differenti tra loro – Per Mano ha lavorato con persone appartenenti ad oltre 65 diverse nazionalità – tutte erano accomunate da condizioni di incertezza, isolamento rispetto alla rete dei servizi e precarietà organizzativa ed economica.

Per ciascuna famiglia sono stati definiti **obiettivi volti a mitigare le condizioni di bisogno e a rafforzare la capacità di organizzare autonomamente una relazione stabile ed efficace con il territorio**: consultori familiari e altri servizi sanitari, servizi sociali, servizi educativi, servizi di pronta accoglienza e supporto abitativo, servizi di supporto linguistico e legale, servizi offerti dai progetti della rete di Save the Children, come Fiocchi in Ospedale e Spazio Mamme, o da altri progetti realizzati da organizzazioni civiche del territorio.

“Per Mano – racconta una tutor – ha rappresentato una garanzia di continuità, sia nella presenza e nella relazione con le famiglie, che nella sollecitazione degli altri attori della rete. È stato un faro acceso in un momento in cui c’era un’opacità, una nebbia generalizzata”.

Per Mano, infatti, ha risposto a bisogni reali e spesso invisibili, e, nei territori dove ha operato, ha contribuito a colmare un gap molto rilevante di tutela dei diritti in una fase delicata nella vita delle famiglie. Infatti, il momento più critico per la costruzione della relazione genitoriale, quello dei primi 1.000 giorni, è anche il momento in cui le famiglie si ritrovano più isolate, chiamate a gestire con urgenza un cambiamento radicale di status, che ha ricadute significative sulla situazione socioeconomica ed emotiva dei nuclei. Anche le statistiche confermano che, per esempio, **l’incidenza della povertà assoluta è più elevata tra le famiglie con figli piccoli**, soprattutto se monogenitoriali³.

PER MANO IN NUMERI

PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO PER FAMIGLIE E BAMBINI NEI PRIMI MILLE GIORNI

SEDI DEL PROGETTO IN ITALIA

● TORINO ● NAPOLI ● ROMA ● BARI ● MILANO

217

FAMIGLIE SEGUITE
PER 18 MESI
AD ALTA INTENSITÀ

DOTI DI CURA FINO A

2.000€

919

BAMBINI
RAGGIUNTI

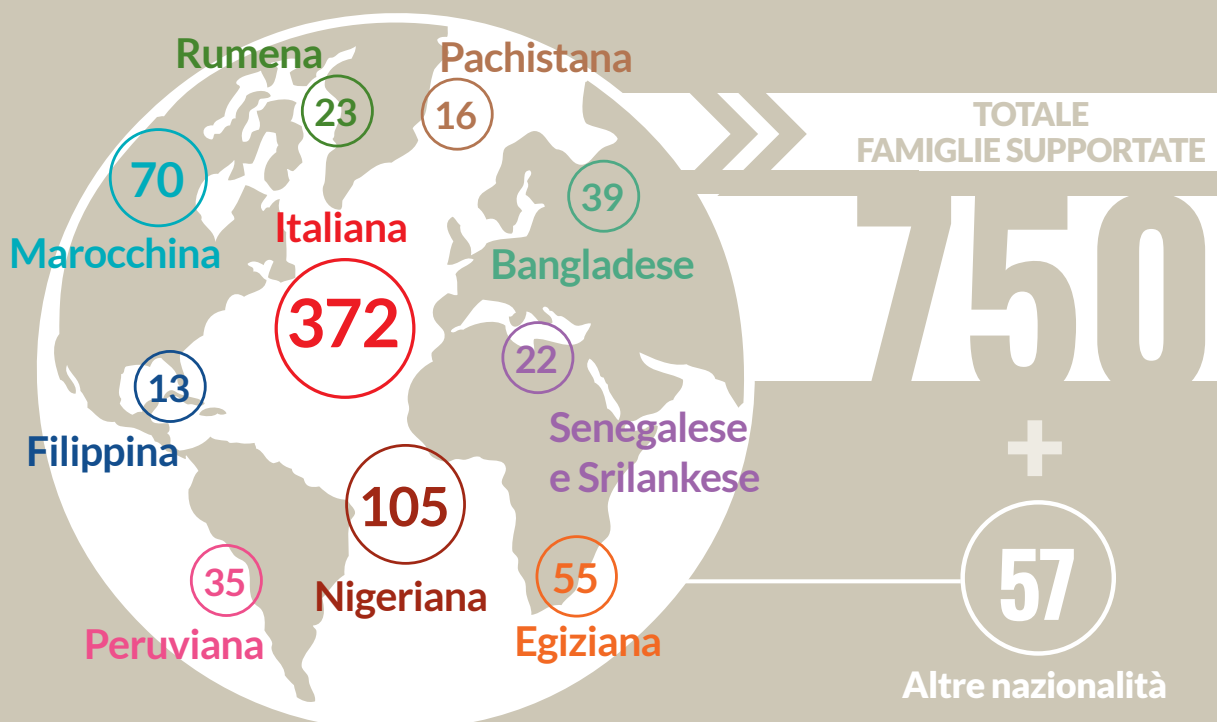
702

FAMIGLIE SEGUITE
DA 3 A 9 MESI
A BASSA/MEDIA INTENSITÀ

DOTI DI CURA FINO A

250€

PRINCIPALI NAZIONALITÀ DELLE FAMIGLIE SUPPORTATE



RISULTATI RAGGIUNTI CON LE FAMIGLIE SEGUITE AD ALTA INTENSITÀ

SUPPORTO ECONOMICO:

560.000€

TOTALI INVESTITI NELLE DOTI DI CURA

- orientamento lavorativo
- di supporto da parte delle istituzioni

94%
è fuoriuscito
dall'emergenza

29%
ha dichiarato
un miglioramento
della situazione
lavorativa

13%
ha ottenuto
il sussidio
pubblico

ACCESSO AI SERVIZI

- orientamento alla rete dei servizi del territorio
- sensibilizzazione ai servizi educativi fascia 0-3
- facilitazione all'accesso e fruizione dei servizi socio-sanitari

83%
è stato
accompagnato
presso
il servizio sociale,
di cui 26%
è stato preso
in carico

73%
è stato
messo in rete
con i servizi
territoriali
(consultori,
asl, servizi
educativi,
terzo settore)

37%
delle bambine
e dei bambini
sostenuti
frequentava
il nido alla fine
del progetto

SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ

- uscita dall'isolamento
- attività di gruppo e di supporto psicologico
- contrasto all'affaticamento genitoriale
- valorizzazione delle risorse personali

84%
è uscito
dall'isolamento
sociale

86%
ha consolidato
le proprie
capacità
genitoriali



Eppure, la fase che va dall'inizio della gravidanza ai primi tre anni di vita⁴ delle bambine e dei bambini risente fortemente di **un'organizzazione molto discontinua e frammentata dei servizi educativi e di welfare pubblico, in particolare dei nidi**, che varia da regione a regione e da città a città, penalizzando soprattutto quelle fasce della popolazione con capitale sociale, economico e relazionale più debole. **Il risultato è che in quei primi mille giorni la leva sociale del supporto e dell'accompagnamento è spesso assente o limitata al solo versante sanitario – diagnostica, parto ospedaliero, pediatria e in rari casi corsi di accompagnamento alla nascita – con tutti i limiti di una disomogeneità dell'offerta, sia in termini quantitativi che qualitativi.**

L'approccio sperimentato da Per Mano è diventato un punto di riferimento a livello locale, contribuendo a raggiungere ancora oggi, centinaia di bambine e bambini e le loro famiglie. Nello specifico, la stessa metodologia

è stata ripresa a **Milano**, dove grazie al supporto della Fondazione Cariplo e del programma QuBi - Ricetta contro la povertà infantile, è stato realizzato il progetto **Per Mano QuBi**, oggi alla sua seconda edizione, che è riuscito a raggiungere oltre 300 bambine e bambini tra zero e tre anni residenti nella **periferia milanese**. Nella città di **Torino**, attraverso un'iniziativa congiunta con il Comune e alcune realtà territoriali locali, il progetto **Per Mano in Piazza** ha attivato uno sportello di tutoring territoriale collocato nella popolare zona di Porta Palazzo e dedicato all'orientamento e accompagnamento delle famiglie nei primi 1.000 giorni di vita che ha già raggiunto circa **100 nuclei familiari**. A **Roma**, la figura della tutor territoriale è stata inserita in Nuovi Percorsi, progetto che si rivolge a **nuclei monogenitoriali vulnerabili** e, in particolare, a madri fuoriuscite da percorsi di sfruttamento e tratta che rischiano di essere nuovamente risucchiate in circuiti di sfruttamento lavorativo e sessuale.

L' **Offerta** **di ASILI NIDO**

È INSUFFICIENTE
E DISOMOGENEA
TRA LE DIVERSE
AREE DEL PAESE

1.2 Un nuovo approccio metodologico

Il progetto *Per Mano* ha sviluppato una metodologia fondata sull'**azione territoriale diffusa**, sull'**accompagnamento personalizzato prolungato** e ad intensità variabile e sull'impiego di doti di cura flessibili.

- **Azione territoriale diffusa:** *Per Mano* ha identificato come motore dell'azione di progetto la figura del/della **tutor territoriale**, che opera trasversalmente su un determinato territorio, con l'intento di creare **un punto di riferimento unico sia per le persone destinatarie dell'intervento, sia per i servizi e i progetti della rete**. Le tutor (se ne parla al femminile perché nel progetto erano tutte donne) hanno facilitato il percorso di presa in carico, accompagnando le persone tra un servizio e un altro, aiutandole a superare le rigidità di burocrazie, linguaggi e governance che rallentano e ostacolano la comunicazione e la collaborazione.
- **Accompagnamento personalizzato:** il progetto ha previsto **percorsi personalizzati di accompagnamento di intensità variabile in base alla situazione delle persone coinvolte**.

Delle famiglie seguite, più di 700 hanno beneficiato di un accompagnamento di "bassa – media intensità", ovvero un supporto progettuale dai 3 ai 9 mesi. In casi di estrema vulnerabilità sono stati invece sviluppati interventi più prolungati e più impegnativi sul piano economico, con più di 200 bambini e le loro famiglie sostenuti fino a 18-20 mesi in percorsi ad "alta intensità".

"Direi che la presa in carico di bassa soglia è soprattutto accoglienza, poi ascolto, rassicurazione, analisi condivisa dei bisogni, progettazione e ovviamente monitoraggio (...) ma è fondamentale anche un momento per valutare e ridefinire gli obiettivi nel corso del tempo".

- **Doti di cura.** È un fatto che la pressione economica e la precarietà lavorativa, abitativa e sociale impediscano alle famiglie di pianificare il futuro, limitando, tra le altre cose la disponibilità e l'attenzione all'azione di cura. **Per questo il progetto è**

**TRA ZERO E SEI ANNI:
I PROGRAMMI DI SAVE THE CHILDREN**

© Francesca Leonardi per Save the Children



SPAZIO MAMME

FIOCCHI IN OSPEDALE

PRECOCITÀ

I PRIMI 1000 GIORNI
SONO CRUCIALI!

GENITORIALITÀ

LAVORARE CON
E NON PER LE FAMIGLIE

**INTEGRAZIONE
E INTERSETTORIALITÀ**
INTEGRARE SANITARIO, SOCIALE
E EDUCATIVO

**RIFERIMENTO
AL SISTEMA PUBBLICO**
LA REGIA FINALE DELLA PRESA
IN CARICO DEVE ESSERE PUBBLICA

PER MANO

© Emanuela Colombo per Save the Children



TUTOR TERRITORIALE
APPROCCIO OLISTICO E INTEGRATO

DOTI DI CURA
SOSTEGNO MATERIALE CONCRETO

**INTERVENTO
PERSONALIZZATO**
DI INTENSITÀ VARIABILE E FINO
A 18 MESI

stato dotato di un budget destinato alle doti di cura⁵: un sostegno economico e pratico, flessibile e facilmente attivabile dalla tutor, per ridurre la pressione dei bisogni elementari della vita quotidiana (acquisto generi alimentari, utenze, affitto) quando le famiglie non possono soddisfarli direttamente e quando non possono far ricorso in tempi utili alle risorse rese disponibili dal welfare pubblico. Le famiglie seguite con percorsi a bassa-media intensità sono state supportate con doti tra i 200 e i 400 Euro, mentre quelle seguite per periodi lunghi e con intensità maggiore hanno beneficiato di doti economiche più consistenti, fino a 2.000 Euro per ciascuna bambina o bambino.

È importante sottolineare che il progetto si è inserito in contesti dove Save the Children già opera da anni con due programmi dedicati alla prima infanzia, intessendo relazioni di scambio e di reciproco invio. In questa dinamica, *Per Mano* si è giovato, sia dell'approccio "universalistico" del programma Fiocchi in Ospedale – che dall'interno dei centri nascita identifica una platea molto vasta di futuri e neogenitori –, sia del carattere ricettivo dello Spazio Mamme, un luogo fisico che offre ai genitori una dimensione comunitaria e un ambiente strutturato in grado di supportare

il benessere complessivo del nucleo, e di intervenire quindi, direttamente o indirettamente, nel rafforzamento della fiducia in se stessi e nella qualità della relazione di cura.

L'esperienza progettuale di *Per Mano* ha quindi anche valorizzato aspetti metodologici già sperimentati da vari anni da questi due programmi, e precisamente:

- **Dimensione integrata e intersettoriale della presa in carico:** ogni azione di supporto è fortemente orientata a **costruire una rete protettiva integrata e multidisciplinare** intorno al nucleo familiare, composta da attori pubblici, privati e civici, e **fortemente intersettoriale**, cioè riferita al campo sanitario, a quello sociale e a quello educativo;
- **Sistema di riferimento al servizio pubblico:** la regia della presa in carico sociale per essere efficace e garantire una tutela forte **deve essere pubblica**, e quindi gestita da un servizio sanitario, sociale o educativo di diretta gestione delle istituzioni pubbliche o convenzionato con esse. Tutte le azioni di presa in carico sono dunque orientate a promuovere un aggancio a un servizio pubblico in base alle specifiche esigenze della persona;

-
- **Precocità degli interventi:** intervenire precocemente, in molti casi sin dalla gravidanza, consente di **ridurre le diseguaglianze in modo più efficace**, soprattutto attraverso un orientamento dei nuclei familiari verso i servizi sociali ed educativi, prevenendo tutti quei danni che possono derivare da una situazione di precarietà socioeconomica, psicosociale, linguistica, o da condizioni ambientali tossiche (come sfruttamento, violenza domestica o dipendenze) o della mancanza di documenti di identità e soggiorno;
 - **Empowerment dei genitori:** intervenire nei primi anni di vita di bambine e bambini significa soprattutto **lavorare a fianco**

degli adulti di riferimento. Lo scambio di opinioni e il dialogo con i genitori - e tra genitori - può contribuire in maniera efficace a ridurre le loro insicurezze, a rafforzare le loro competenze, a favorire una condivisione efficace di percorsi miranti al raggiungimento di una piena autonomia. I progetti quindi operano sia per decomprimere i bisogni primari (identificando servizi adeguati e/o erogando doti materiali di supporto), sia per sostenere gli sforzi di orientamento nella propria condizione di genitori, sia per offrire strumenti e competenze utili per cercare e svolgere un'attività lavorativa e assicurare sostegno e stabilità al nucleo familiare.

1.3 Un biennio di emergenza mondiale

Per Mano è stato pensato e scritto in un periodo precedente alla pandemia da Covid-19. E come tutto quello che ha attraversato il biennio 2020-21, porta i segni di un profondo cambiamento dell'ambiente cognitivo, emotivo e operativo dove le persone hanno vissuto, lavorato, e avuto relazioni tra loro.

Distanziamento fisico e sociale. Il progetto Per Mano è stato colpito in primo luogo, da alcune grandi trasformazioni della disciplina delle relazioni, tutte ascrivibili alla sgradevole, ma molto diffusa immagine del "distanziamento sociale".

Il distanziamento non è stato solo evocativo, ma anche concretamente descrittivo di una fenomenologia che ha segnato il biennio 2020-21: distanziamento fisico ha voluto dire riduzione della prossimità e quindi aumento dell'isolamento; ha voluto dire abbandono obbligato dello spazio pubblico e condiviso in favore di quello privato con tutte le conseguenze che questo comporta per tutte le persone il cui spazio privato è insalubre, angusto, violento o che, semplicemente, uno

spazio privato non ce l'hanno. Distanziamento fisico ha voluto dire anche aumento della distanza sociale tra le persone, con un allargamento drammatico del divario tra le persone più ricche e quelle più povere⁶. Tutto questo ha avuto un riverbero molto significativo anche sul progetto Per Mano che ha dovuto rapidamente rimettere a punto una macchina pensata per un habitat di lavoro sociale che, semplicemente, non esisteva più.

Tempo, spazio e ondate. Il tempo è stato il primo fattore messo in crisi dalla pandemia. I tempi di gestione delle singole attività si sono allungati enormemente. Perché ogni azione di supporto, ogni invio di una persona a un servizio, doveva fare i conti con il lavoro da remoto del personale, con l'impossibilità di svolgere in autonomia azioni elementari come prenotare una visita medica, dal momento che le prenotazioni ammettevano solo procedure online e molte persone non disponevano dei dispositivi necessari per attuarle. Essendo il tempo una tessera del domino che dal punto di origine tende a ricadere a cascata sulla catena degli eventi successivi, nell'organizzazione

2 anni

DI PROFONDO CAMBIAMENTO

di EMERGENZA

del progetto dopo aver modificato l'assetto delle prassi di presa in carico, ha naturalmente modificato i tempi di lavoro del personale, dilatando gli orari, accumulando le procedure, creando anche momenti di stress e di profonda stanchezza.

Il secondo fattore rilevante ha riguardato ovviamente la praticabilità dello spazio fisico. La rottura della prossimità ha traslato ogni relazione negli spazi virtuali. Abitare gli spazi virtuali, un'abitudine che ormai abbiamo tutti consolidato nelle nostre routine, non ci apparteneva – con questa intensità - all'inizio del 2020 e, soprattutto, non apparteneva alla maggioranza delle famiglie che si sono relazionate con il progetto Per Mano. Lo spazio virtuale delle piattaforme, delle prenotazioni online, della DAD, dei trasferimenti di fondi, delle richieste di sussidio, hanno rappresentato uno scoglio spesso insormontabile per molte persone alle quali il progetto Per Mano ha spesso “portato fisicamente a casa” beni e servizi, ma anche informazioni e documenti stampati. La paura degli spazi pubblici, come quelli dei mezzi di trasporto, ha anche ridotto enormemente la possibilità di muoversi e di accedere fisicamente a servizi essenziali, non ultimo quello dei Drive in per fare il tampone

molecolare di verifica del contagio.

Infine, il progetto, concepito per realizzare dei percorsi di supporto che si dovevano svolgere nel tempo, ha dovuto fare i conti con un **andamento a corrente alternata della vita sociale**, scandito dai ritmi delle ondate pandemiche e delle relative e conseguenti ondate di contromisure socioeconomiche. Premesso che molta parte delle famiglie interessate dal progetto sperimenta una condizione di grave precariato e irregolarità lavorativa, con la conseguente assenza di misure riparative pubbliche, negli interstizi tra un'ondata e un'altra, molte famiglie sono riuscite a recuperare una fonte di reddito, magari riaffacciandosi all'occupazione precedente, o riuscendo a costruire un'alternativa. Con il ripresentarsi dell'ondata pandemica successiva, però, molte di queste famiglie sono tornate a chiedere un supporto al progetto perché rimaste nuovamente senza una fonte di reddito.

Piccola mappa del disagio. Non sono ancora disponibili dati strutturati e completi sull'effetto che la pandemia ha avuto in termini di riduzione dell'efficacia dei servizi pubblici, risulta utile tuttavia ricavare dall'esperienza del progetto Per Mano una

PICCOLA MAPPA DEL DISAGIO

MODIFICA DELLE ROUTINE
DI ASSISTENZA E CURA

PAURA DELLA PROSSIMITÀ
CON I NEONATI

ISOLAMENTO

CONFUSIONE SUI PROTOCOLLI
PER LE PARTORIENTI POSITIVE

IMPOVERIMENTO E RIDUZIONE
DELL'ASSISTENZA SOCIALE

DEPRESSIONE POST-PARTUM
E DISAGIO PSICOSOCIALE
PERINATALE

AUMENTO DEL RISCHIO
DI VIOLENZA CONTRO
LE BAMBINE E I BAMBINI

AUMENTO DELLA VIOLENZA
DOMESTICA

RISPOSTA DEL PROGETTO PER MANO



IL PROGETTO HA SUPPORTATO LE FAMIGLIE CON:

REFERENTE UNICO TERRITORIALE FACILMENTE RAGGIUNGIBILE

- La tutor territoriale

AZIONI DI SEMPLIFICAZIONE DELLA QUOTIDIANITÀ

- traduzioni
- informazioni aggiornate sulle procedure e protocolli
- supporto nella gestione delle operazioni online
- supporto nelle comunicazioni da remoto con professionisti sanitari e sociali

SUPPORTO ECONOMICO FLESSIBILE E CONTINUATIVO

- per percorsi personalizzati di rafforzamento del nucleo

SOLUZIONE RAPIDA DI BISOGNI EMERGENZIALI

- acquisti alimentari
- farmaci
- utenze luce e riscaldamento

ACCOMPAGNAMENTO A UN SISTEMA DI TUTELA FORTE

- servizio sociale
- nido
- pediatra
- consultorio familiare

piccola mappa del disagio che ha colpito soprattutto le famiglie con condizioni socioeconomiche e di rete più instabili.

- **Impoverimento e riduzione dell'assistenza sociale.** Per molte persone si è trattato di un periodo di significativa riduzione del reddito. L'accesso alle opportunità di supporto economico e alle esenzioni è stato particolarmente complicato, sia a causa della chiusura di molti servizi e dall'irreperibilità degli assistenti sociali, sia a causa delle condizioni di irregolarità dell'occupazione che non prevedeva quindi alcun tipo di supporto a ristoro. Inoltre, famiglie di professionisti, piccoli imprenditori e partite IVA che non avevano mai fatto ricorso al servizio sociale si sono rivolte al progetto perché non sapevano come richiedere un sussidio pubblico;

- **Modifica delle routine di assistenza e cura.** Per le donne in gravidanza o neomamme è stato un periodo di estrema confusione sui protocolli e i percorsi di cura: ambulatori chiusi, accompagnamento alla nascita sospeso, diagnostica pubblica spesso inaccessibile, visite in ospedale sospese,

accompagnamento familiare alla sala parto regolamentato in modo difforme da ospedale a ospedale e sospeso completamente durante il primo lockdown;

- **Paura della prossimità con i neonati.** Per le donne in gravidanza o neomamme è stato un periodo di estrema preoccupazione per la difficoltà di avere informazioni chiare e univoche sulla eventuale trasmissione del virus, i pericoli di contagio, l'allattamento e la promiscuità con i neonati.

"(...) Immaginatevi che cosa vuol dire avere paura di abbracciare il bambino appena nato, perché magari ti hanno diagnosticato che sei positiva e non sai se lo puoi allattare (...) non avere mai nessuno accanto durante gli esami diagnostici, non avere nessuno accanto in sala parto, se non a seguito di una complicata procedura".

- **Isolamento.** L'emergenza sanitaria e sociale del biennio 2020-21 si è distinta, tra l'altro, per due imperativi: rimanete quanto più possibile isolati e state lontani dagli ambienti

sanitari, a meno di emergenze. Volendo limitarsi agli effetti di questo secondo punto, tutti gli accessi agli ambienti sanitari (sale parto, ambulatori, corsie) erano vincolati a protocolli che escludevano o limitavano enormemente la presenza di persone che accompagnassero la donna; la neomamma non aveva la possibilità di ricevere visite, anche una volta tornata a casa. E quindi nei giorni più complicati del rientro a casa le mamme erano costrette a gestire da sole - o con il solo aiuto del proprio partner, quando disponibile - la cura del neonato e la routine familiare. L'isolamento ha colpito in misura ancora maggiore tutte le famiglie di futuri e neogenitori nelle quali erano presenti una o più persone positive al Covid-19.

In questi casi il progetto Per Mano ha provveduto, in collaborazione con le reti del circuito solidaristico e della protezione civile, alle consegne domiciliari di pacchi alimentari e farmaci.

- **Confusione sui protocolli per le partorienti positive.** I protocolli per le donne positive al virus che devono partorire non hanno seguito un iter omogeneo nelle diverse parti del territorio nazionale. Ovunque, tuttavia, nei periodi più acuti del contagio,

le partorienti risultate positive al Covid-19 prima del parto o al momento del ricovero, sono state trasferite in ospedali dedicati (o aree ospedaliere dedicate e protette), con reparti attrezzati a gestire la co-mobilità o, come nel caso delle ostetriche, l'evento nascita, riducendo al minimo i rischi di contagio verticale.

“Troppe mamme sono state separate dai figli inutilmente, quando oramai si sapeva che anche le mamme positive al Covid-19 potevano tranquillamente restare con il bambino e allattarlo. E invece non è stato fatto.

E quindi parliamo di bambini che sono rimasti da soli presso il nido dell'ospedale, anche venti o trenta giorni, bimbi che non sono stati abbracciati dai genitori, da nessuno. (...) Ed è capitato troppo spesso (anche) a distanza di tanti e tanti mesi, anche dopo campagne internazionali rassicuranti”.

- **Depressione post-partum e disagio psicosociale perinatale.** Si può immaginare, anche se non è stato rilevato da analisi

specifiche, che possa essere stato particolarmente acuto il disagio psicosociale perinatale e la sua variante più severa, la cosiddetta depressione post partum, anche in considerazione dell'isolamento in cui le future e neomamme sono state costrette a vivere.

- **Aumento della violenza domestica.**

La riduzione degli spazi di vita, l'impoverimento, la scarsa disponibilità della propria compagna in procinto di diventare mamma (o appena diventata mamma), hanno

amplificato significativamente le situazioni di tensione e violenza all'interno del nucleo familiare⁷.

- **Aumento del rischio di violenza contro le bambine e i bambini.** Specie in presenza di un neonato e in assenza di un'azione di rete familiare, amicale o dei servizi, la tensione dei genitori, in alcuni casi, si è trasformata in irritabilità e aggressività nei confronti del neonato e/o di eventuali altri fratellini o sorelline presenti in casa.

Aumento della **VIOLENZA** domestica

COME CONSEGUENZA
DELL'ISOLAMENTO

1.4 Gli effetti della pandemia su Per Mano

”

“La pandemia è stata un terremoto, ha scosso le basi del progetto, ha alterato gli spazi di lavoro. I percorsi di supporto si sono prolungati, i bisogni delle famiglie sono diventati enormi e spesso difficili da gestire, moltissime famiglie hanno perso lavoro e fonti di reddito, hanno rischiato di perdere la casa perché non riuscivano a pagare l'affitto; alcune famiglie hanno perso la casa e non c'erano servizi in grado di supportarle in questo bisogno. La capacità di un ascolto sociosanitario sembrava sparita... per mesi (...) i bisogni sono aumentati e persone che avevano trovato una via di autonomia, ce le siamo viste tornare dopo sei mesi (...).”

Di fronte al rapido cambiamento di prospettiva che l'emergenza sanitaria e sociale ha portato nella vita delle persone, il progetto Per Mano ha dovuto, altrettanto rapidamente, misurarsi con

un necessario aggiornamento di sistema.

Senza prossimità. A marzo 2020 la maggior parte delle famiglie destinatarie di percorsi ad alta bassa e media intensità erano già state identificate. Per le tutor, che si sono ritrovate a dover riorganizzare dalla scrivania di casa un lavoro fatto di accompagnamenti, referral, colloqui in presenza, incontri con i servizi e con altri operatori ed operatrici del terzo settore, il lavoro è diventato altro. Le giornate trascorrevano al telefono a assicurare le famiglie, a cercare di capire come riorganizzare un lavoro di ascolto, accompagnamento, presa in carico che sembrava impossibile svolgere senza la fondamentale componente della prossimità.

“Ricordo che in quei mesi avevo il telefono che bolliva, le orecchie che bollivano. Rimanevo seduta al tavolo fino alle 8, alle 9 di sera (...) Certe volte eravamo noi le uniche referenti, gli unici telefoni a cui rispondeva qualcuno. I servizi sociali erano chiusi (...) tutto era chiuso, i pediatri non rispondevano al telefono,





lavoravano solo le emergenze. Ma tutto sembrava essere emergenza. Eravamo le uniche persone attive, o almeno quelle che rispondevano. Quindi immaginate la mamma che anche semplicemente ha il bambino malato, e ti chiama per chiedere "che faccio che il pediatra non mi risponde"? Non ci puoi andare, era tutto bloccato. Noi eravamo chiamate per qualsiasi cosa".

Quando le disuguaglianze aumentano di spessore. La condizione emergenziale ha reso più pesanti le disuguaglianze. L'incapacità di parlare e comprendere la lingua italiana che rendeva incomprensibili notizie e regole di comportamento, l'assenza di una rete di supporto con cui condividere, anche a distanza, le proprie preoccupazioni, la perdita di lavori precari e senza tutela, il lockdown in case affollate, l'assenza di reti wifi o di strumenti per connettersi con un mondo che lentamente si sarebbe riorganizzato online, ha compromesso l'equilibrio di migliaia di famiglie. E, per le famiglie che in quel periodo stavano per avere un figlio, o ne avevano uno molto

piccolo, gli equilibri si sono spesso spezzati. Il primo impegno è stato quello di fornire alle famiglie beni necessari a superare bisogni emergenziali, beni di prima necessità appunto: viveri, farmaci, rate di affitto, bollette. Questo tipo di impegno, gestito con risorse proprie e in collaborazione con le reti di pronto soccorso sociale e di protezione civile, ha alimentato una comunicazione informale di passaparola tra le famiglie più fragili, che hanno iniziato a rivolgersi alle tutor territoriali perché avevano bisogno di beni per i più piccoli. E per un certo periodo il progetto ha dovuto rispondere all'emergenza, distribuendo pacchi alimentari, acquistando prodotti e servizi per le bambine e i bambini.

"Tante famiglie nuove sono arrivate tramite passaparola, perché magari una mamma che stava seguendo il progetto aveva delle amiche, delle vicine di casa che si trovavano in crisi e quindi le accompagnava da noi per chiederci le stesse cose. Si creava un'aspettativa forte, come se fossimo un presidio di salvezza, di conforto, di supporto. E quindi la difficoltà

è stata quella di far capire il progetto, spiegare che non si trattava solo di fare la spesa o distribuire abiti e pannolini, ma che dietro c'era un progetto più ampio, un percorso da costruire insieme. Non è stato facile”.

L'impianto dei cosiddetti ristori, che pure è stato ampio e ramificato, non è sempre riuscito a dare risposte tempestive e di facile accessibilità. In più, spesso il profilo delle persone seguite dal progetto risultava invisibile ai criteri di accesso dei sussidi economici pubblici. Per un periodo di tempo molto lungo l'unico orizzonte di cura accessibile è sembrato essere quello del circuito solidaristico e quello di progetti di bassa soglia, come Per Mano, che, grazie alle doti e ai contatti con le reti territoriali di solidarietà, sono riusciti a garantire continuità nel supporto economico, e ad assicurare interventi di semplificazione della vita quotidiana, come tradurre i contenuti delle disposizioni anti contagio, fare le prenotazioni online, mettersi in comunicazione da remoto con un assistente sociale o con un pediatra.

“C'è stato un periodo in cui sembrava che il mondo si fosse fermato. Sono stati il terzo settore, il privato sociale, le parrocchie, la protezione civile o la Croce Rossa a dare risposte. Insomma, le istituzioni sembravano lontane, inaccessibili. Quindi (...) noi abbiamo un po' fatto da rete di salvataggio”.

L'inaccessibilità dei servizi è stato un problema reale. Anche a causa dell'assoluta novità e gravità delle circostanze, le garanzie ordinarie dei servizi di welfare pubblico sembravano essere saltate. Ristabilire connessioni con i servizi, mantenere e ricostruire protocolli di gestione integrata delle prese in carico ha richiesto un enorme sforzo organizzativo. Dall'iscrizione a scuola, al garantire appuntamenti pediatrici o ginecologici, ai contatti con i servizi sociali. Ciascuna di queste operazioni, che normalmente viene svolta in tempi rapidi e secondo procedure standardizzate, ha richiesto moltissimo tempo, prolungando i tempi delle prese in carico e accrescendo il carico di stress organizzativo ed emotivo delle famiglie.

“Le famiglie con le quali lavoriamo noi non hanno una grande dimestichezza con la vita online. Non hanno i dispositivi, non hanno le reti, non hanno il Wi-Fi, non hanno la competenza linguistica, non hanno familiarità con la comunicazione in rete. Sono abituate a prenotare le visite allo sportello e a fare gli acquisti in negozio. Il fatto che lo sportello di prenotazione delle visite in ospedale è chiuso a tempo indeterminato, e che per prenotare la visita devi fare un'operazione online da casa probabilmente implica che tu la visita salti”.

Sentieri interrotti. Dopo il primo anno di pandemia, c'è stato il periodo delle graduali riaperture e delle grandi incertezze. L'attesa e l'incertezza sono state gli stati d'animo più diffusi per le famiglie delle bambine e dei bambini presi per mano: attese e incertezza per l'arrivo dei bonus affitto, dei bonus bebè, dei redditi di emergenza o delle casse integrazione, attesa per rientrare al lavoro o per un'altra opportunità di lavoro. Attese per le riaperture

al pubblico dei servizi essenziali per le bambine e i bambini, attese per le quarantene, gli isolamenti, le scuole aperte e poi richiuse. Il Covid-19, che ha scosso le abitudini di tutti e tutte, per le persone più fragili ha creato un vero e proprio limbo. Sentieri di vita improvvisamente interrotti e senza un profilo visibile di continuità e di prospettiva.

La perdita del lavoro o la drastica riduzione delle ore lavorative per le persone che prima avevano un'occupazione hanno spinto tutte le realtà territoriali a creare connessioni con enti che si occupavano di inserimento lavorativo, percorsi di orientamento al lavoro, corsi professionalizzanti. A causa delle chiusure totali o parziali dei CAF, molte tutor hanno supportato in prima persona le famiglie che volevano accedere ai sussidi pubblici o ai ristori, hanno seguito gli iter di regolarizzazione/aggiornamento di documenti di soggiorno e fatto fronte a richieste di ogni tipo.

“Improvvisamente ci siamo trovate ad aiutare le famiglie per fare cose che, prima della pandemia, erano scontate. Un esempio: l'iscrizione

IL **Difficile** accesso ai servizi **ESSENZIALI**

HA ACCRESCIUTO IL CARICO DI STRESS ORGANIZZATIVO ED EMOTIVO DELLE FAMIGLIE.

del bambino dal pediatra. Una pratica ordinaria che improvvisamente era diventata difficilissima. Parlo anche di famiglie italiane che parlavano e leggevano benissimo la lingua e che hanno avuto problemi a iscrivere il bimbo nelle liste del pediatra o a fare la pratica per avere l'esenzione nel pagamento delle rette del nido. (...) Diciamo che i problemi si sono moltiplicati perché sono diventati problemi anche cose che prima si facevano facilmente (...) Più nulla è stato dato per scontato".

Nuove povertà e fragilità di ritorno. Un altro fenomeno molto ricorrente è stato quello dei cosiddetti nuovi poveri, famiglie che non si sarebbero mai rivolte a un servizio sociale prima della pandemia, famiglie che fino al 2019 riuscivano a rimanere in equilibrio nella precarietà, e che la pandemia sommata alla nascita di un figlio o di una figlia ha fatto cadere, facendole riscoprire sole e senza una rete di supporto. Per molte di queste famiglie chiedere aiuto, o rivolgersi ai servizi

sociali è spesso motivo di vergogna o anche, semplicemente, molte di queste persone non sanno proprio come si accede a un servizio di supporto. Anche per questo, a volte, il progetto Per Mano è sembrata la scelta più accettabile per chiedere una mano.

Molto rilevante, rispetto al lavoro di presa in carico pre-pandemia, è stato il fenomeno delle prese in carico "di ritorno": mamme rimaste nuovamente incinte, situazioni che sembravano essersi stabilizzate e che invece hanno subito il contraccolpo di una nuova ondata di contagi, nuove famiglie inviate dai servizi per un supporto (il progetto ha continuato ad accogliere famiglie fino a luglio 2021).

"Abbiamo gestito numerosi casi "di ritorno", in cui le persone sono state prese in carico due volte nel giro di pochi mesi, perché magari abbiamo seguito una donna con un neonato, abbiamo provveduto a un aggancio solido con un servizio sociale e poi, o perché rimasta nuovamente incinta, o perché il marito ha perso nuovamente il lavoro, c'è stata la necessità di avviare un nuovo percorso".

Per le neomamme, spesso disoccupate e isolate, l'incertezza è stata deleteria, non solo da un punto di vista economico, ma anche e soprattutto dal punto di vista emotivo e psicologico. Dopo lunghi periodi di confusione, ansia e isolamento nelle proprie case, la mancanza di una prospettiva chiara sul futuro, unita alle difficoltà di discernere chiaramente la veridicità delle notizie relative all'efficacia dei vaccini, è stata motivo di forte stress. La capacità di assumere decisioni rispetto alla propria salute e a quella dei propri bambini è stata messa in discussione dal moltiplicarsi di notizie allarmanti sugli effetti dei vaccini. Uno dei compiti, non del tutto prevedibile, del progetto, in tutte le aree dove si è realizzato, è stato quello di supportare la serenità, la capacità decisionale e la salute mentale dei genitori, e soprattutto delle mamme.

”

“Quando è cominciata la campagna vaccinale, si è creata una situazione molto confusa per le mamme (...) vulnerabili, che non sempre avevano accesso a tutte le informazioni e spesso non le comprendevano appieno. È stato difficile per loro capire se si potevano vaccinare durante la gravidanza, se si potevano vaccinare mentre allattavano e molte di loro non lo hanno fatto o si sono sentita in colpa perché lo volevano fare (...) spesso sono state scoraggiate dai propri mariti o dalla famiglia, e talvolta anche dai sanitari. Si è quindi sofferta, nel periodo delle riaperture, una mancanza di comunicazione chiara e diretta alle neomamme. Il target su cui ha operato il progetto, quello dei futuri e neogenitori in condizioni di fragilità, è rimasto abbastanza scoperto da linee guida univoche. Quindi poteva capitare che una mamma si sentisse dire una cosa dal medico di base, poi andava

all'ospedale e se ne sentiva dire un'altra. Di conseguenza, molte delle mamme seguite dal progetto non si sono vaccinate, non hanno avuto il green pass e quindi hanno subito pesanti limitazioni anche nella vita sociale. In particolare, molte mamme che avevano tratto giovamento dalla partecipazione alle attività di gruppo con altri genitori, hanno dovuto interrompere la loro frequenza per mancanza del green pass e questo ha arrecato un danno notevole alla loro serenità e alla loro voglia di riprendere a vivere nella normalità.

Questo è stato un danno molto sensibile, soprattutto per le donne straniere. Insomma (...) abbiamo rischiato più o meno di perdere il 30% delle donne nelle attività di gruppo. E il lavoro di supporto, anche linguistico, di spiegazione delle informazioni e di incoraggiamento a fare il vaccino è stato particolarmente impegnativo”.

2 | LE FAMIGLIE PRESE PER MANO

2.1 Una premessa

Questo rapporto non è la restituzione di un lavoro di ricerca scientifica. Le informazioni esaminate sono tratte, in parte, dall'analisi delle schede di monitoraggio con le quali sono state seguite le famiglie destinatarie delle attività, e, in parte, dal confronto diretto con le tutor territoriali e con le coordinatrici del progetto, che sono state coinvolte in due focus group di analisi dei risultati. Uno di questi incontri, coordinato da alcune colleghe ricercatrici dell'Istituto Superiore di Sanità ha, in particolare, focalizzato l'attenzione sull'analisi dei risultati del progetto e sulle modalità organizzative e le criticità del lavoro svolto. Prima di addentrarsi nelle considerazioni di restituzione, è importante fare alcune precisazioni al fine di leggere i risultati di questo progetto indossando gli occhiali giusti per apprezzarne il senso e valutarne l'interesse e il significato.

Imprevisti che diventano normalità. Il progetto Per Mano è stato pensato e scritto nel 2019.

L'impianto valutativo del progetto ha dovuto adattarsi a un contesto sociale e relazionale completamente imprevisto, ha dovuto fare i conti con la difficoltà di gestire le comunicazioni, di controllare gli esiti delle azioni avviate, di perdere i contatti con le persone prese in carico, anche perché, semplicemente, non avevano più le risorse per ricaricare un cellulare o pagare un abbonamento ai trasporti. Lo sconvolgimento degli equilibri di vita portato dall'emergenza sanitaria e da quella globale che l'ha seguita e accompagnata, ha reso, se possibile, ancora più invisibili e irraggiungibili alcune persone, modificando in maniera molto significativa anche la possibilità di realizzare un monitoraggio ordinato e integrato delle azioni di presa in carico.

Il lavoro da remoto. Il lavoro da remoto, che ha caratterizzato una grande parte delle azioni svolte dal progetto, ha spesso costretto la dimensione dello scambio alle sole conversazioni telefoniche o videochiamate,

con un danno rilevante per quanto riguarda i non detti che possono essere colti dagli scambi diretti attraverso i movimenti, gli sguardi, i contatti di saluto. La mancanza di questo aspetto, soprattutto nelle relazioni con le persone straniere, nelle quali almeno una delle due interlocutrici parla una lingua che non è la propria lingua madre, o interagisce attraverso una terza parte – che è la mediazione linguistica – ha reso più complessa l'analisi dei bisogni, la verifica delle reazioni, la fluidità del dialogo, l'analisi, appunto, di quelle parti non facilmente esprimibili a parole del proprio vissuto, che spesso sono parte integrante dei percorsi di valutazione condivisa dei bisogni e di presa in carico.

Il peso delle sensibilità personali. Le professioniste che hanno svolto il lavoro sul campo, le tutor territoriali, erano otto operatrici di diversa formazione e con diversi gradi di familiarità con i progetti, i metodi e gli approcci usati da Save the Children. In più,

il progetto Per Mano, pur avendo, come già detto, una certa analogia con gli altri progetti destinati a questo target, è stato concepito con alcune caratteristiche metodologiche peculiari e inedite. Per tutte le operatrici coinvolte c'è stato dunque un periodo dedicato alla formazione, anche per prendere confidenza con gli strumenti di monitoraggio, che dovevano essere applicati per periodi molto più prolungati rispetto alle precedenti abitudini di lavoro (le prese in carico degli altri programmi di Save the Children solitamente hanno una durata minore). Durante lo svolgimento del progetto ci sono stati incontri periodici di confronto con il coordinamento nazionale, durante i quali sono state condivise le informazioni e discussi insieme criticità e dubbi. Tuttavia, nonostante questo impegno di armonizzazione delle azioni, la sensibilità individuale delle tutor, sia nella raccolta delle informazioni riferite dai destinatari del progetto, sia nella loro interpretazione, sia infine nella valutazione di singole situazioni,

PER TUTTE
LE OPERATRICI
COINVOLTE
C'È STATO UN

Periodo

DEDICATO

alla FORMAZIONE





rimane un fattore molto rilevante nel monitoraggio dei singoli percorsi.

Reale, riferito e osservato. Nell'analisi di un percorso di presa in carico sociale occorre sempre trovare un bilanciamento tra le informazioni che provengono dall'osservazione diretta dell'operatrice, quelle riferite in maniera esplicita dal destinatario/destinataria dell'azione e quelle raccolte attraverso fonti indirette (quali, ad esempio, familiari, servizi che hanno in carico la persona, documenti e certificazioni, osservazione delle relazioni e degli ambienti familiari). È un lavoro che nei progetti di ricerca viene attentamente ponderato e calibrato già in sede di progettazione. In questo rapporto gli elementi riferiti, quelli raccolti in modo indiretto e quelli osservati hanno contribuito a restituire un racconto molto rispondente alla realtà delle azioni svolte e dei percorsi intrapresi dalle persone, dove la dimensione qualitativa e quella quantitativa inevitabilmente si incontrano e reciprocamente si danno senso.

Gli strumenti di lavoro e le tipologie di prese in carico. Le osservazioni e le analisi che

seguono sono state realizzate sulla base dei dati estratti dalle schede di monitoraggio compilate da Giugno 2019 a Novembre 2021 dalle tutor territoriali per ogni bambino supportato e la sua famiglia.

Tali schede, oltre a restituire i dati anagrafici e una fotografia del profilo socioeconomico di ogni famiglia, hanno rilevato, grazie ad un'indagine compiuta all'inizio e aggiornata periodicamente, i bisogni specifici di ogni nucleo familiare, gli interventi realizzati per soddisfarli e i risultati ottenuti.

Le intensità variabili e cambiamenti in corso d'opera. Come è stato già accennato, le

famiglie sono state seguite con due diverse intensità di supporto: alta e bassa-media.

Questa modalità di classificazione dei bisogni e dei relativi interventi rispondeva alla necessità di un'azione molto flessibile e personalizzata, che tagliasse la tipologia e la durata del percorso su ogni singolo caso.

Tuttavia, anche alla luce delle considerazioni fatte in precedenza relativamente agli effetti

dell'emergenza Covid-19 sul progetto, anche questa suddivisione ha mostrato dei limiti. La personalizzazione dell'azione di supporto e del percorso di rafforzamento del singolo nucleo ha subito spesso delle trasformazioni rilevanti, indipendenti dalla volontà dei protagonisti, e imprevedibili, perché magari derivanti dagli effetti della pandemia o dalla decisione, anch'essa imprevedibile, di una famiglia di tornare nel proprio paese di origine perché erano venute a mancare le condizioni per rimanere in Italia. Quindi nuclei familiari sui quali si era immaginato di poter intervenire con un'azione di semplice orientamento e accompagnamento, si sono trovati, magari semplicemente per una nuova gravidanza, in una condizione di grave emergenza socioeconomica, mentre famiglie che, in un primo momento avevano mostrato

una situazione multiproblematica e complessa, hanno magari deciso di trasferirsi a casa dei propri genitori nel paese di origine.

Per questo anche la classificazione delle prese in carico è stata riadattata in corso d'opera, mettendo in luce cluster molto fluidi di destinatari del progetto, per i quali era preferibile un follow up attento e costante rispetto a un'etichetta rigida che li posizionasse in una fascia di bisogno predeterminata.

Al termine del progetto, le proporzioni previste in fase di progettazione sono rimaste per lo più invariate, con un 80% di percorsi più leggeri e un 20% di interventi lunghi e intensi. Ma il processo di classificazione dei bisogni ha seguito un percorso discontinuo e non lineare, in piena sintonia con la estrema variabilità del contesto.

2.2 Chi sono le mamme, i papà, le bambine e i bambini di Per Mano?

“Di progetti per le famiglie ce ne sono tanti, però noi abbiamo avuto la possibilità di lavorare con quelle famiglie che stanno per nascere, quindi diciamo che la ricchezza per noi è stata vedere una famiglia che inizia, e che inizia con noi”.

Nel corso di due anni, il progetto Per Mano ha accompagnato le famiglie di 919 bambine e bambini dalla fase della gravidanza fino ai primi tre anni di vita.

I dati emersi dal lavoro di monitoraggio ci confermano la precocità dell'intervento: **nel 35% dei casi le madri si sono avvicinate al progetto già dalla gravidanza**, altrettante nei primi tre mesi di vita del bambino. Nel resto dei casi i bambini avevano dai 4 mesi in su, ma solo in una manciata di casi superavano l'anno di età. **Il progetto è stato realizzato nelle città di Torino, Milano, Roma, Napoli e Bari, ed ha accompagnato famiglie in condizioni di precarietà sociale, economica, psicologica e sanitaria di 55 nazionalità differenti.** Per la

maggior parte si è trattato di famiglie italiane, nigeriane, marocchine, egiziane e bengalesi, ma le comunità migranti di Italia sono state tutte più o meno rappresentate nel progetto⁸. Una puntualizzazione: alcune delle mamme che hanno preso parte al progetto sono a loro volta nate in Italia, e sia loro che i loro figli sono sulla carta cittadini stranieri, immigrati, sebbene l'unico paese che abbiano mai conosciuto sia il nostro. Riteniamo importante sottolineare le nazionalità di provenienza dei nuclei, perché ci aiutano a definire i contorni di un disegno sfocato, ma ci teniamo a sottolineare che quello che accomuna le famiglie prese in carico non è la loro nazionalità “straniera” ma la loro condizione di marginalità, povertà e disagio sociale. Circa il 30%, ossia 277 famiglie, sono arrivate al progetto Per Mano grazie a segnalazioni dei servizi pubblici (servizi ospedalieri, servizi sociali e consultori), mentre il 32% sono state prese in carico grazie alla rete di organizzazioni ed enti del terzo settore. Per il resto, il 22% delle famiglie sono arrivate grazie agli altri progetti di Save

the Children presenti sui territori, mentre i nuclei rimanenti si sono per lo più avvicinati spontaneamente al progetto, grazie al passaparola tra le comunità e i servizi.

Per quello che riguarda il profilo socioeconomico delle famiglie partecipanti, è descrivibile principalmente attraverso due fattori: un reddito insufficiente e un rilevante problema di disoccupazione femminile⁹.

Dei 919 minori presi in carico, 141, pari al 15%, vivevano in un nucleo monogenitoriale con la sola mamma, che nell'80% dei casi, all'inizio del percorso di presa in carico, era disoccupata. Il problema della disoccupazione materna aveva comunque un'incidenza molto alta anche nel caso di coppie genitoriali: solo in 79 casi su 777 minori presi in carico in nuclei bi-genitoriali, - pari al 10% - i genitori risultavano entrambi occupati; negli altri casi un solo genitore percepiva reddito e, nella quasi totalità dei casi, si trattava del padre¹⁰. In 552 casi, pari al 60% del totale, il nuovo nato aveva almeno un fratello o una sorella, mentre in 359 casi si trattava di primi figli. Il dato è interessante, se consideriamo che

l'incidenza di povertà assoluta delle famiglie aumenta con l'aumentare del numero dei figli (dati Istat 2020).

Nella realizzazione del progetto Per Mano ha avuto un peso il territorio di riferimento. Per la costruzione dei percorsi di accompagnamento delle famiglie è stata necessaria non solo la conoscenza degli attori in gioco, ma anche quella del ritmo, della storia e della tradizione dei servizi nelle diverse città, a volte addirittura nei differenti municipi di una stessa città.

Quello che però è emerso dal progetto, nel quadro delle diversità territoriali, è stata la profonda omogeneità e somiglianza dei bisogni e delle problematiche espresse o emerse dal rapporto con le famiglie.

Sembrerebbe quasi che, quando si vive in posizione di marginalità sociale, abbia poca importanza il grado di efficienza del sistema all'interno del quale ci si muove, perché dai margini difficilmente vi si accede.

Il risultato è che le situazioni di disagio affrontate nelle diverse città si sono assomigliate molto, nonostante i contesti territoriali fossero naturalmente differenti.

Disoccupazione FEMMINILE

REDDITO INSUFFICIENTE E





2.3 Per Mano a TORINO

A Torino il progetto è stato realizzato dal Vides Main, una cooperativa sociale che lavora da molti anni con Save the Children nel contrasto alla povertà, per la promozione della salute educativa di bambini e ragazzi e per il supporto della genitorialità. La tutor di progetto ha operato per lo più nella periferia Nord-Ovest della città, nel quartiere delle Vallette, storicamente definito dall'edilizia popolare realizzata negli anni sessanta per accogliere gli operai immigrati, provenienti da tutta Italia e che faticavano a trovare alloggio in altre aree della città. La tutor ha operato in misura minore anche in altre zone della città, valorizzando le reti di supporto costruite con l'ospedale Maria Vittoria, dove dal 2016 è attivo il progetto Fiocchi in Ospedale, con il progetto Civico Zero da molti anni attivo nella popolare zona di Porta Palazzo, con la rete dei consultori delle circoscrizioni 4, 5 e 6 e con l'USCA che fa riferimento all'Ospedale Sant'Anna.

A Torino sono stati presi in carico 131 tra bambine e bambini, 25 ad alta intensità e 106 a bassa-media. I nuclei familiari incontrati appartenevano a 16 nazionalità differenti. Tra le più rappresentate, nel

39% dei casi, pari a 51 nuclei, si è trattato di famiglie con cittadinanza italiana, 35 famiglie avevano quella marocchina, 16 quella nigeriana, ed 8 quella egiziana.

Un dato importante a Torino riguarda il coinvolgimento delle reti territoriali nella segnalazione delle famiglie in difficoltà:

i servizi pubblici hanno segnalato 49 famiglie (il 37,4%) mentre ben 59 (il 45%) sono arrivate grazie ad altri servizi, in particolare grazie agli enti del terzo settore. 9 famiglie sono arrivate dal progetto Fiocchi in Ospedale e 13 nuclei sono arrivati spontaneamente grazie al passaparola. In linea con il dato nazionale, nel 32% dei casi la mamma si è avvicinata al progetto durante la gravidanza, mentre nel 35% lo ha fatto quando i figli avevano meno di 3 mesi di età. Dei 131 nuclei accompagnati, 126 hanno riferito dati riguardanti la condizione occupazionale.

Di questi, 20 nuclei erano monogenitoriali, tutti composti da mamma e bambino, e solamente in due casi la mamma era occupata all'inizio della presa in carico (10% del totale). Per quanto riguarda gli altri 106 nuclei in cui erano presenti

PER MANO TORINO

© Francesca Leonardi per Save the Children



IL PROGETTO
È STATO
REALIZZATO DA



**CONTRASTO
POVERTÀ
EDUCATIVA**

**PROMOZIONE
SALUTE
BAMBINI E RAGAZZI**

**SUPPORTO
GENITORIALITÀ**

16

NAZIONALITÀ
DIFFERENTI

51
ITALIANA

35
MAROCCHINA

16
NIGERIANA

8
EGIZIANA

131

NUCLEI FAMILIARI
PRESI IN CARICO

106
BASSA/MEDIA
INTENSITÀ

25
ALTA
INTENSITÀ

126

HANNO RIFERITO
DATI RIGUARDANTI
LA CONDIZIONE
OCCUPAZIONALE

106
FAMIGLIE CON ENTRAMBI I GENITORI
in 40 casi erano tutti e due disoccupati in 12 casi erano invece entrambi occupati

54
DISPONEVANO DI UN SOLO REDDITO
in un solo caso si trattava di quello della madre

111
MADRI RISULTAVANO ESSERE DISOCCUPATE

entrambi i genitori, in 40 casi erano tutti e due disoccupati e in 12 casi erano invece entrambi occupati. Le rimanenti 54 famiglie disponevano di un solo reddito e in un

solo caso si trattava di quello della madre. Considerando i 126 nuclei totali, le madri risultavano essere disoccupate nell'88% dei casi (ben 111).



2.4 Per Mano a MILANO

Il progetto è stato realizzato dalla Fondazione Archè Onlus e dall'Associazione di Promozione Sociale Mitades, partner storici di Save the Children a Milano. Il lavoro svolto dalle due tutor territoriali è stato piuttosto diffuso nei diversi territori della città, con un'azione più capillare nella periferia Nord-Ovest, grazie alla presenza del programma Fiocchi in Ospedale all'interno degli Ospedali Niguarda e Sacco e allo Spazio Mamme nel quartiere di Quarto Oggiaro. Molte famiglie sono arrivate anche dal municipio 4, grazie ai contatti con l'assistente sociale di comunità attivato dal Programma QuBi, la ricetta contro la povertà infantile della Fondazione Cariplo¹¹. **A Milano sono stati presi in carico 172 minori con le loro famiglie**, 55 ad alta intensità e 117 a bassa-media. 52 di queste sono arrivate al progetto grazie ai programmi di Save the Children già attivi sul territorio, 54 sono state segnalate dai servizi pubblici e 55 dalle reti del terzo settore. Solo 11 si sono rivolte al progetto attraverso un accesso spontaneo. Anche a Milano, abbastanza in linea con il dato nazionale, il 30,2% delle prese in carico sono iniziate quando la mamma era ancora incinta, nel 36,6% dei casi il minore aveva invece fra 0 e 3 mesi, mentre nel restante 31,4% era più grande (per 3 bambini il dato

non è stato registrato). Le bambine e i bambini del progetto Per Mano a Milano appartengono a 26 nazionalità differenti: il 24,4% (corrispondente a 42 minori) è di nazionalità italiana. Tra quelli di nazionalità straniera, il numero più alto è di nazionalità egiziana, con 38 nuclei familiari. Seguono quella egiziana per numerosità le comunità marocchina, peruviana e bengalese che raggruppano nel loro insieme 35 tra bambine e bambini. I rimanenti 57 nuclei si articolano in 21 nazionalità differenti. I nuclei monogenitoriali mamma-bambino seguiti a Milano sono stati 34, tra i quali anche uno con una mamma minorenni. Dei 33 nuclei di mamme maggiorenni in 9 casi le mamme risultavano occupate e in 24 casi invece disoccupate. Considerando invece i 138 nuclei con la coppia genitoriale, poco meno del 10% delle coppie ha dichiarato di percepire un doppio reddito, mentre nel 26% dei casi hanno dichiarato di essere entrambi disoccupati. Delle 88 coppie che hanno dichiarato di percepire un solo reddito, in 82 casi si trattava del reddito del papà. **Anche in questa città dunque la componente femminile è risultata quella largamente penalizzata in termini occupazionali: infatti, su 172 mamme, 143 sono risultate disoccupate.**

PER MANO MILANO

© Emanuela Colombo per Save the Children



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA



26

NAZIONALITÀ
DIFFERENTI

42
ITALIANA

38
EGIZIANA

35
MAROCCHINA
PERUVIANA
BENGALESE

57
ALTRE
NAZIONALITÀ



172

NUCLEI FAMILIARI
PRESI IN CARICO

117
BASSA/MEDIA
INTENSITÀ

55
ALTA
INTENSITÀ



138

NUCLEI COPPIA
GENITORIALE

meno del 10%

HA DICHIARATO DI PERCEPIRE UN DOPPIO REDDITO
il 26% dei casi hanno dichiarato di essere entrambi disoccupati

88

COPPIE MONOREDDITO
in 82 casi si trattava del reddito del papà

143

MADRI RISULTAVANO ESSERE DISOCCUPATE

2.5 Per Mano a ROMA

Asinitas Onlus e Fondazione Archè Onlus sono i due partner che hanno realizzato Per Mano nella città di Roma. Sebbene anche qui le mamme e i papà siano arrivati da molte zone diverse, il progetto ha preso corpo soprattutto nella periferia orientale e sudorientale di Roma – nei municipi V, VI e VII – e in misura minore nella periferia Ovest – nei municipi XIII e XIV.

Roma è una città vasta e disomogenea, sia sul piano urbanistico che sul piano sociale. Attorno ad un massiccio centro storico, bacino di caduta dell'industria turistica e della pubblica amministrazione locale e nazionale, si susseguono e si sovrappongono territori molto diversi tra loro, accomunati da una frammentazione della rete dei trasporti e dei servizi pubblici, e distinti invece da una densità abitativa che tende a divenire sempre più intensa quanto più ci si allontana dalle zone centrali. Le aree dove il progetto ha operato maggiormente sono assai densamente popolate – si pensi che il V e VI municipio di Roma sommano da soli circa mezzo milione di abitanti – e la popolazione rappresenta un melting pot di culture e linguaggi. A quartieri gentrificati dove i prezzi

dei servizi e delle abitazioni sono cresciuti enormemente nell'ultimo decennio, si alternano quartieri caratterizzati da profonde sacche di disagio sociale ed economico. Il VI municipio, il più periferico tra quelli presi in considerazione, dove StC opera anche con due Spazi Mamme, detiene il primato del più basso reddito medio pro-capite e del più alto tasso di disoccupazione della capitale, seguito a ruota dal XIII municipio con i quartieri Boccea, Casalotti e Monte Spaccato, dove pure il progetto ha operato.

A Roma sono stati presi in carico 279 bambine e bambini, di cui 57 ad alta intensità e 222 a bassa-media. Anche a Roma sono state numerose le nazionalità rappresentate, 42 in totale: 66 nuclei italiani, 30 nigeriani, 27 bengalesi, 18 peruviani, 17 marocchini, 12 senegalesi, 11 rumeni, 10 indiani e 88 nuclei rappresentativi di 34 diverse nazionalità. Le famiglie di Roma sono giunte al progetto tramite i programmi territoriali di Save the Children nel 32,2% dei casi: oltre agli Spazi Mamme, erano operativi cinque progetti Fiocchi in Ospedale presso i presidi del San Giovanni, San Camillo, Policlinico Umberto I, Ospedale Madre Giuseppina Vannini e

PER MANO ROMA

© Francesca Leonardi per Save the Children



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA



42

NAZIONALITÀ
DIFFERENTI

66

ITALIANA

30

NIGERIANA

27

BENGALESE

18

PERUVIANA

17

MAROCCHINA

12

SENEGALESE

11

RUMENA

10

INDIANA

88

ALTRE NAZIONALITÀ

279

NUCLEI FAMILIARI
PRESI IN CARICO

222

BASSA/MEDIA
INTENSITÀ

57

ALTA
INTENSITÀ

221

NUCLEI COPPIA
GENITORIALE

29

HANNO DICHIARATO DI PERCEPIRE UN DOPPIO REDDITO

64

CASI CON ENTRAMBI I GENITORI DISOCCUPATI

83%

DELLE MADRI RISULTAVA ESSERE DISOCCUPATE

Policlinico Gemelli. Gli invii da servizio pubblico sono stati 82, pari al 29,4%; mentre 77 nuclei sono stati inviati da altri progetti di organizzazioni territoriali del terzo settore o del circuito solidaristico e parrocchiale. Anche a Roma non moltissimi gli accessi spontanei, solo 28 pari al 10% dei casi. Per due famiglie non si conosce il dato di provenienza.

Per quanto riguarda la fase di vita dei minori, 93 mamme si sono affacciate al progetto durante la gravidanza, mentre in 119 casi i minori avevano meno di 3 mesi, confermando ancora una volta la precocità dell'intervento (solo in 65 casi i minori avevano più di tre mesi).

I nuclei monogenitoriali composti da sole madri sono stati 58. Tra questi 12 mamme avevano un'occupazione, mentre le altre risultavano completamente prive di reddito. Considerando i 221 nuclei con entrambi i genitori presenti, in 29 casi erano entrambi occupati e in 64 erano entrambi disoccupati. Nei 126 nuclei con un solo reddito, in 118 casi si trattava del reddito del padre, e in 8 casi di quello della mamma. Di due famiglie non si possiede la specifica, ma la linea di tendenza della scarsissima occupazione femminile viene confermata: l'83% delle mamme seguite dal progetto risultavano disoccupate.



2.6 Per Mano a NAPOLI

A Napoli il progetto è stato realizzato da Pianoterra Onlus, per il territorio centrale della città di Napoli e dalla Cooperativa Sociale Orsa maggiore, che opera nella nona municipalità, nei quartieri di Soccavo e Pianura.

Le famiglie accompagnate a Napoli sono state 186, di cui 50 prese in carico con accompagnamenti ad alta intensità e 136 con accompagnamenti a bassa-media intensità. A differenza delle altre città, a Napoli le famiglie accompagnate erano nel 74,2% dei casi (138) italiane: nelle aree del rione Traiano e dei limitrofi territori di Soccavo e Fuorigrotta, dove si è svolta un'ampia parte del progetto, abitano prevalentemente famiglie napoletane di origine italiana. Le famiglie supportate in questa zona della città sono accumulate da problemi rilevanti di disagio abitativo – è piuttosto noto il fenomeno degli “scantinatisti”, persone che vivono in scantinati abusivi – e da alti tassi di abbandono scolastico. Al contrario, il lavoro svolto con le famiglie residenti nelle municipalità 3, 4 e 7 di Napoli, che confinano a Est con il centro città, ha visto per lo più nuclei della comunità nigeriana, 25 nuclei, il 13,45% del totale, ma anche pachistana (3 nuclei), ucraina (5 nuclei) e srilankese (4 nuclei)¹².

La gran parte delle donne supportate – oltre il 34% - è stata inviata dai servizi pubblici, quasi il 20% è stato inviato da associazioni territoriali; il 16,6% delle mamme è arrivato grazie al passaparola e poco più del 16% è stato inviato da Fiocchi in Ospedale attivo all'ospedale Cardarelli e ai due Spazi Mamme operativi nelle due aree territoriali interessate. Purtroppo, per un 10% delle prese in carico il dato di provenienza è andato perduto. **Anche a Napoli sono numerose le mamme che hanno avuto accesso al progetto durante la gravidanza: si tratta di 82 donne, pari al 44% del totale.** Sono 58 i casi di nuclei con minori di età compresa tra gli 0 ed i 3 mesi (il 31,1%) e 46 quelli con minori di età superiore ai 3 mesi. I nuclei monogenitoriali mamma bambino sono stati 19, e solo in 4 casi la mamma era occupata, a fronte di 14 disoccupate e di una minore di 16 anni. I nuclei con entrambi i genitori erano 167, solamente nell'11,3% dei casi (19) entrambi i genitori avevano un'occupazione, mentre nel 37,1% (62) erano entrambi disoccupati. Nel 51,5% dei casi (86) solamente uno dei genitori era occupato, nello specifico si trattava di 80 padri e 6 madri. Sul totale delle 186 prese in carico, solamente 29 mamme erano quindi occupate.

PER MANO NAPOLI

© Francesca Leonardi per Save the Children



IL PROGETTO È STATO REALIZZATO DA



16
NAZIONALITÀ
DIFFERENTI

138
ITALIANA

25
NIGERIANA

5
UCRAINA

18
ALTRE



186
NUCLEI FAMILIARI
PRESI IN CARICO

136
BASSA/MEDIA
INTENSITÀ

50
ALTA
INTENSITÀ



167
NUCLEI COPPIA
GENITORIALE

19
HANNO DICHIARATO DI PERCEPIRE UN DOPPIO REDDITO

62
CASI CON ENTRAMBI I GENITORI DISOCCUPATI

86
FAMIGLIE CON UN SOLO REDDITO

2.7 Per Mano a BARI

Nella città di Bari il progetto è stato gestito dall'Associazione Il Melograno, Centro di Informazione Maternità e Nascita. La tutor ha accolto famiglie provenienti per lo più dal municipio 1, nello specifico dal quartiere Libertà – dove si concentra la maggior parte della popolazione – e dal municipio 4, nei quartieri Carbonara e Ceglie, tutti territori caratterizzati da significative sacche di disagio socioeconomico. Minore il numero di famiglie arrivate da comuni limitrofi, come Putignano, Modugno e Sannicandro, considerati quartieri dormitorio e totalmente sprovvisti di servizi per la prima infanzia.

A Bari sono state 74 le famiglie seguite dal progetto, di cui 23 ad alta intensità e 51 a bassa-media. Di questi, il 27% si è avvicinato al progetto in maniera spontanea, un altro 27% è stato inviato da altri progetti di Save the Children - a Bari sono presenti sia lo Spazio Mamme che Fiocchi in Ospedale presso il Policlinico -. Il 35,1% (26) è arrivato grazie alle segnalazioni dei servizi pubblici e il 10,9% (8) attraverso invii delle organizzazioni del terzo settore.

A Bari, diversamente che altrove, le mamme

raggiunte dal progetto durante la gravidanza hanno rappresentato la maggioranza delle prese in carico, il 51,3% (38). Nel 24,3% dei casi (18) la presa in carico è cominciata quando il minore aveva tra 0 e 3 mesi, e nel resto dei casi (ovvero il 24,3%) quando era poco più grande.

Le famiglie coinvolte appartengono a 15 nazionalità diverse, quella più rappresentata è stata la nigeriana, nel 36,4% dei casi, corrispondenti a 27 tra bambine e bambini, mentre nel 23% dei casi, pari a 17 minori, si è trattato di nuclei italiani. Tra le restanti 13 nazionalità rappresentate, la più consistente è quella pachistana, con 6 minori.

Una seconda differenza rispetto alle altre città, è rappresentata dal basso numero di nuclei monogenitoriali, soltanto 3, e in tutti i casi le mamme erano disoccupate.

Tra i 71 nuclei con entrambi i genitori in nessun caso essi sono risultati entrambi occupati, mentre nel 24% dei casi (17) erano entrambi disoccupati. Tra i 54 nuclei con un solo genitore occupato, in 49 casi era il padre a percepire reddito e solo in 5 casi la madre.

Le madri sono risultate essere disoccupate nel 93,2% dei nuclei familiari presi in carico.

PER MANO **BARI**

© Francesca Leonardi per Save the Children



IL PROGETTO
È STATO
REALIZZATO DA



15

NAZIONALITÀ
DIFFERENTI

27

NIGERIANA

17

ITALIANA

13

ALTRE



74

NUCLEI FAMILIARI
PRESI IN CARICO

51

BASSA/MEDIA
INTENSITÀ

23

ALTA
INTENSITÀ



71

NUCLEI COPPIA
GENITORIALE

17

CASI CON ENTRAMBI I GENITORI DISOCCUPATI

54

FAMIGLIE MONOREDDITO

in 49 casi era il padre a percepire reddito e solo in 5 casi la madre

93,2%

DELLE MADRI RISULTAVA ESSERE DISOCCUPATE





Save the Children
100 ANNI

3 | L'INTERVENTO

Le osservazioni che seguono riguardano le sole 217 famiglie prese in carico ad alta intensità, molte delle quali, il 76,2%, sono state seguite per almeno 18 mesi, arrivando in alcuni casi anche all'anno.

Si è deciso di analizzare più da vicino questa tipologia di prese in carico perché il loro monitoraggio – durato più a lungo – è stato più attento ed ha permesso una più puntuale estrazione dei dati.

È importante però ribadire che la distinzione tra le famiglie seguite ad alta intensità e quelle a bassa-media col proseguire del progetto si è notevolmente ridotta e che, considerato che i profili dei bisogni e le azioni realizzate sono stati molto simili tra le due categorie, **le famiglie prese in carico ad alta intensità rimangono un ottimo campione di osservazione per comprendere l'intervento nella sua totalità.**

3.1 Il profilo del bisogno

All'inizio di ogni percorso realizzato con le famiglie, le tutor hanno svolto una serie di

colloqui conoscitivi con il nucleo, sulla base dei quali sono stati costruiti gli interventi personalizzati.

I bisogni dichiarati

Dai colloqui è subito emerso un disagio significativo da parte delle famiglie incontrate, che, infatti, hanno tutte espresso il **bisogno di supporto economico.**

Il problema della disoccupazione rappresenta una costante: circa **il 60% dei minori presi in carico aveva almeno un genitore disoccupato, mentre, tra i genitori occupati, il 10% ha espresso preoccupazioni per le proprie condizioni lavorative**, considerate non idonee per irregolarità o pericolosità e questa percentuale potrebbe essere molto sottostimata. Sono molte le famiglie che non hanno approfondito gli aspetti formali della propria posizione lavorativa, e diverse situazioni, con il passare del tempo, si sono rivelate molto complesse da questo punto di vista: oltre a situazioni di lavoratori e lavoratrici in nero, sono emerse numerose situazioni ai limiti della legalità o del tutto illegali.

IL 92% DELLE FAMIGLIE

**non aveva un
REDDITO ADEGUATO**

IL 34,5%
DI QUESTE
HA DICHIARATO
DI NON
BENEFICIARE
DI ALCUN
SUPPORTO
DALLO STATO

“Noi abbiamo preso in carico molte famiglie nelle quali i genitori avevano sempre lavorato (...) La pandemia ha fatto sì che d'improvviso perdessero il lavoro o venisse ridotto loro l'orario lavorativo, quindi le entrate. Insomma, diciamo che, in alcuni casi, le entrate si sono completamente azzerate nel giro di una settimana”.

Anche nelle famiglie con un reddito mensile stabile, sono pochissimi i casi in cui questo è stato dichiarato sufficiente dai genitori intervistati. Sulla totalità delle famiglie coinvolte infatti, **il 92% ha dichiarato di non disporre di un reddito adeguato.**

Alle famiglie è stato inoltre chiesto, all'inizio della presa in carico, se stessero ricevendo un qualche tipo di sostegno economico da parte del comune, dei servizi sociali, educativi o sanitari, da associazioni di volontariato o dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS). **Il 34,5% delle famiglie (75 nuclei) ha dichiarato di non beneficiare di alcun sostegno¹³.**

Un secondo elemento di disagio espresso dalle

famiglie è quello dell'accesso ai servizi. **Il 53% dei nuclei presi in carico**, durante il primo colloquio, **ha dichiarato di aver bisogno di supporto per accedere ai servizi sanitari, per problemi di salute che riguardavano il minore preso in carico (nel 33% dei casi) e/o altri membri della famiglia (nel 32% dei casi)¹⁴.** Il 29% delle famiglie ha dovuto gestire patologie croniche e/o invalidanti, mentre circa il 20% ha avuto necessità di supporto per accedere a visite specialistiche. È risultato significativo il numero delle nascite a rischio, segnalate per il 15% delle prese in carico totali (nella maggior parte dei casi le problematiche sembrano però essersi risolte nel giro di poco tempo dalla nascita¹⁵). È stato inoltre segnalato un numero limitato di situazioni di dipendenza da farmaci o droghe.

“Noi lavoriamo molto con famiglie straniere (...) le supportiamo nell'accesso a quelli che sono i loro diritti, e parliamo con loro anche di diritto alla salute (...) è tuttora difficile per un bimbo o una bimba nati da genitori richiedenti asilo avere il pediatra o ottenere il codice fiscale”.

Per quello che riguarda il supporto nella gestione di aspetti legali e amministrativi, il 23% dei nuclei presi in carico nei percorsi ad alta intensità ha espresso la necessità di ricevere supporto per ottenere la regolarizzazione dei **documenti** di soggiorno.

Un aspetto che si è presentato con grandissima frequenza è stato quello del disagio abitativo: un problema in continua crescita, aggravato dalle diverse ondate dei contagi pandemici, e che si è mostrato sempre più urgente per le famiglie coinvolte laddove la disponibilità di uno spazio di vita adeguato si trasformava sempre più in una condizione base per la tutela della salute. Dei 217 nuclei, il 60% ha dichiarato di avere una situazione abitativa non adeguata ai bisogni della propria famiglia: di questi, il 35% ha dichiarato di vivere in un alloggio insalubre o inadeguato, il 13% ha evidenziato una mancanza di alloggio stabile, poco più del 7% ha dichiarato di vivere in un alloggio occupato ed il 5% in un alloggio senza contratto o garanzie.

Durante i colloqui con le tutor, il 55% delle famiglie prese in carico ha espresso la necessità di ricevere aiuto per poter regolarizzare la propria situazione abitativa.

“Penso al problema dell'alloggio, un problema che ci è esploso tra le mani in questo progetto, la tutela del diritto alla casa. È stato sconvolgente vedere come posti, che credevamo più organizzati dal punto di vista dell'offerta di housing sociale, come Milano, in realtà avevano gli stessi problemi di Napoli o di Bari e forse in alcuni casi era più semplice risolverli a Napoli, a Bari, perché c'erano più canali informali (...) altri modi per supportare le persone (...). Ma il problema della casa, è stato qualcosa che c'è stato ovunque, dappertutto, ed è stato un problema che ha legato tutti questi territori così differenti”.

La pandemia ha amplificato il problema del diritto alla casa, già grave in precedenza, che sommandosi a quello del lavoro, ha reso l'uscita da situazioni di emergenza molto difficili, se non attraverso soluzioni completamente inidonee per i minori e le famiglie (sfruttamento, debiti, alloggi improvvisati, divisione dei nuclei).

I bisogni non dichiarati

Durante i colloqui e con il passare del tempo, anche grazie al rapporto di fiducia instauratosi tra le tutor e le famiglie, le operatrici sono state in grado di interpretare e far emergere altri tipi di disagio difficili da esplicitare da parte dei genitori, in particolar modo dalle mamme.

Si è trattato principalmente di **problemi più personali, legati alla sfera emotiva**, primo tra tutti il senso di agitazione e di ansia derivante dall'**isolamento**, che **ha caratterizzato il 62% delle famiglie**.

L'isolamento per le mamme che hanno preso parte al progetto è molto profondo e stratificato: un primo livello di isolamento è dovuto al recente arrivo in Italia o ad una marginalità sociale tipica di alcune donne che vivono in Italia anche da molti anni ma che non hanno nessun contatto al di fuori della famiglia o della comunità di appartenenza; c'è poi l'isolamento tipico del post-parto, presente anche nelle famiglie più strutturate e con reti familiari e amicali più solide, a cui si è sommato l'isolamento imposto dalla pandemia. Questi fattori, specie se sommati assieme, hanno generato conseguenze psicologiche molto significative nelle donne che sono diventate

madri nel biennio 2019-20.

Le mamme e i papà che hanno mostrato un certo grado di affaticamento genitoriale sono stati l'87% del totale, mentre per il 40% è emerso il bisogno di lavorare al consolidamento delle capacità genitoriali. Molto spesso questi bisogni si sono sommati all'interno della stessa famiglia e sono stati risolti, come si vedrà in seguito, con un'azione integrata di supporto. Va detto che quella del **supporto alla genitorialità**¹⁶ è un'azione svolta quotidianamente nei programmi zeroesi di Save the Children, e le tutor erano forse più equipaggiate a rispondere a questo tipo di bisogni, rispetto agli altri che sono emersi, spesso fuori dalla loro area di expertise. **L'isolamento delle famiglie più vulnerabili e gli effetti di confusione e ansia che si accompagnano a tale isolamento, ha avuto pesanti conseguenze non solo per quanto riguarda l'esercizio di una genitorialità serena e consapevole, ma anche sulla capacità e la volontà di accedere ai servizi di base per l'esercizio di diritti fondamentali**. Già prima della pandemia, all'inizio dei percorsi di accompagnamento, **il 63% circa del totale delle famiglie aveva manifestato**

la necessità di un supporto per accedere ai servizi sociali, sanitari ed educativi.

Questa domanda però, con il manifestarsi dell'emergenza pandemica, ha subito un'impennata, coinvolgendo anche famiglie che, in un primo momento pensavano di potercela fare autonomamente. Infatti, il progetto ha operato per accompagnare ai servizi ben 181 famiglie, pari all'83% dei nuclei coinvolti nel progetto.

Un altro aspetto collegato al tema dell'accesso ai servizi emerso durante i colloqui è stato quello riguardante la **conoscenza della lingua italiana**. All'inizio del progetto circa il 26% delle madri supportate aveva una conoscenza scarsa o insufficiente della lingua italiana ed era quindi incapace di rapportarsi in autonomia con i servizi¹⁷.

“Molto spesso le famiglie straniere, che hanno poca competenza linguistica, comprendono poco alcune diagnosi oppure iter burocratici molto complessi come la richiesta di sussidio per la 104, o il sostegno a scuola. Sono passaggi complicati per chiunque. Ecco, quando non hai neanche

la lingua, quando non capisci bene che cosa sta succedendo e che cosa devi fare, quelli sono accompagnamenti che fanno la differenza, perché il bambino rischia di restare fuori o di arrivare troppo tardi a vedere riconosciuto un bisogno speciale e un diritto di tutela”.

Infine, emergono due tipologie di bisogno che, probabilmente, sono state ampiamente sottostimate, perché di difficile lettura, soprattutto con percorsi di presa in carico condotti a distanza. Si tratta dei bisogni psicosociali e di quelli di tutela e protezione. **La necessità di ricevere un supporto a livello emotivo o psicologico, per condizioni come depressione, disagio emotivo o ansia, è stata registrata con il nome di bisogno psicosociale, ed è emersa nel 20% circa dei nuclei presi in carico ad alta intensità.** Tutto considerato, questo dato appare essere piuttosto limitato e il sospetto è che molte famiglie abbiano preferito tacere su questo aspetto per concentrarsi invece su bisogni più facilmente misurabili e sui quali la risposta poteva essere più immediata.

Lo stesso vale per i bisogni di protezione

legati a episodi di violenza familiare. In un periodo in cui le statistiche hanno confermato un'impennata delle situazioni di violenza domestica, in particolare durante il primo lockdown¹⁸, i casi di violenza domestica emersi tra le donne accompagnate da Per Mano sono

stati 24 su 217 famiglie, pari all'11,5% del totale. Pur essendo questo un dato piuttosto rilevante in termini percentuali, in base ai colloqui effettuati e ai segnali che si sono potuti osservare, potrebbe trattarsi di una sottostima del fenomeno reale.



© Francesca Leonardi per Save the Children

3.2 Cosa ha fatto Per Mano con i genitori che ha supportato?

”

“Scatta una presa in carico nel momento in cui una persona non ha la necessità di una risposta singola e puntuale a una problematica, ma si trova in un contesto di multi-problematicità. Ha quindi un problema economico, un problema sociale, un problema sanitario, un problema abitativo e magari anche un problema linguistico. Quindi si parla di presa in carico integrata (...) nel momento in cui è chiara la necessità di mettere insieme più attori per risolvere o per contribuire a supportare una famiglia che ha una serie di problemi concatenati tra loro”.

Nella sua complessità, il percorso seguito dalle tutor per ciascuna delle famiglie dei minori presi in carico può essere riassunto

in quattro punti: capire il bisogno, darsi degli obiettivi e una strategia di azione, attivare i servizi necessari al nucleo per affrontare positivamente il bisogno e, infine, far lavorare insieme attori e servizi diversi, assicurando una sinergia di intenti per raggiungere l'obiettivo di un rafforzamento della tutela e, auspicabilmente, di un'autonomia del nucleo.

Le tutor quindi, dopo aver identificato i bisogni, hanno proposto degli interventi e, di comune accordo con le famiglie e con gli altri servizi, li hanno realizzati e monitorati.

Supporto per alleviare il disagio socioeconomico delle famiglie

Probabilmente l'intervento più rilevante di tutto il progetto è stato quello di **decompressione economica dello stato di bisogno delle famiglie**.

Come si vedrà poi più analiticamente, **Il 97% delle famiglie accompagnate ad alta intensità ha beneficiato di una dote di cura che poteva arrivare fino a 2.000 Euro¹⁹**, e che è stata

CAPIRE IL

Bisogno

DARSI DEGLI

OBIETTIVI

E UNA STRATEGIA DI AZIONE,

utilizzata nel corso dei 18 mesi per rispondere a bisogni specifici.

La disponibilità di doti economiche è stato un punto di forza per il progetto e per i territori, soprattutto in ragione di una durata medio-lunga dei percorsi di presa in carico. Infatti, sebbene il sostegno economico possa riservare delle ovvie insidie nel percorso di presa in carico – esiste il rischio di creare una relazione paternalistica e una correlata partecipazione “condizionata” ai percorsi di accompagnamento – in realtà disporre di risorse liquide, da utilizzare in modo flessibile, ha contribuito a decomprimere una sofferenza immediata e a creare un legame di fiducia che è risultato molto efficace nel medio periodo. Infatti, avendo a disposizione un periodo di tempo medio lungo, con la maggior parte delle famiglie si è riusciti a fare un uso consapevole, proporzionato e responsabile della dote, evitando il rischio di un approccio assistenziale e “mordi e fuggi”.

“Durante il lockdown, (...) abbiamo lavorato affinché a queste famiglie non mancasse il necessario, l'indispensabile. Perché mentre si muoveva tutta la macchina della Croce Rossa, dei servizi, dei bonus, ci sono famiglie che grazie a questo progetto hanno potuto avere qualche piccola, piccolissima certezza”.

Il supporto materiale attraverso le doti di cura ha avuto un impatto molto significativo, permettendo al 94% delle famiglie di uscire da situazioni di emergenza.

La decompressione economica, seppur momentanea, ha permesso alle famiglie di superare le emergenze più pressanti e di concentrarsi su altri obiettivi: il pagamento di una quota di affitto, la copertura di alcune spese mediche, il saldo di utenze in scadenza

attivare i servizi NECESSARI

E FAR

LAVORARE INSIEME

ATTORI E SERVIZI DIVERSI

in un momento particolarmente delicato degli equilibri familiari ha permesso ai nuclei di guardare avanti.

Il sostegno economico delle doti di cura non è stato l'unico supporto attivato, si è cercato anche di favorire il contatto con opportunità di inserimento lavorativo, di formazione professionale, o di supporto nella gestione dell'organizzazione familiare. Le tutor hanno indirizzato il 41% delle famiglie a servizi di orientamento lavorativo e professionale, e il 23% a corsi di orientamento sulla gestione dell'economia domestica, mentre il 17,5% delle famiglie è stato accompagnato nella richiesta di sussidi e bonus, inclusi i diversi "ristori" resi disponibili dal governo in periodo pandemico.

"Dopo l'emergenza sanitaria, il dramma della casa e quello del lavoro sono diventati ancora più allarmanti. Abbiamo cercato di inserire i genitori in percorsi di orientamento e ricerca attiva del lavoro, quindi abbiamo costruito anche noi un progetto di questo genere e molte famiglie sono state accompagnate alla ricerca di un

lavoro per fronteggiare una crisi economica (...) che appunto per famiglie già vulnerabili rischiava di essere una vera catastrofe".

Il 30% delle famiglie ha portato a termine i corsi di formazione professionale e accompagnamento al lavoro; tuttavia, solo nel 4,6% dei casi (10 nuclei) questi hanno coinciso con l'avvio di un percorso lavorativo o con la programmazione di colloqui di lavoro, mentre il 13% dei nuclei familiari è riuscito ad ottenere un sussidio pubblico.

Nonostante il progetto non avesse una specifica finalità di supporto occupazionale, il 29% circa delle famiglie alla fine del percorso ha segnalato un miglioramento nella situazione lavorativa, anche se, va ricordato, questo non corrisponde automaticamente al superamento del disagio economico.

Per quanto riguarda la fonte di sostentamento familiare, i nuclei con entrambi i genitori occupati e quelli con la sola madre occupata sono praticamente raddoppiati, passando rispettivamente dal 2,3% al 4,6% e dal 7% al 13%; mentre i nuclei nei quali lavorava solamente il padre sono aumentati di poche unità, passando al 40,6% al 43%.

Accompagnamento e orientamento ai servizi

Per quel che riguarda l'**accompagnamento e orientamento ai servizi**, uno degli obiettivi primari di questo progetto, l'**83% del totale dei nuclei presi in carico ad alta intensità hanno avviato una relazione con il servizio sociale e di questi, il 22,6% ha avviato una presa in carico strutturata con il servizio.**

Le stesse famiglie accompagnate al servizio sociale pubblico, sono anche state messe in contatto con i servizi del privato sociale, soprattutto per bisogni inerenti la formazione linguistica, l'educazione delle bambine e dei bambini, il supporto legale. **Molto intenso è stato anche il lavoro di rete con gli altri servizi territoriali pubblici (consultori, ASL, servizi educativi) che ha riguardato il 73% dei nuclei totali.** Il lavoro di costruzione o rafforzamento di una rete di cura intorno alle famiglie è stato quello più efficace nel promuovere l'autonomia delle famiglie.

”

“Il progetto ha prodotto delle reti di supporto più solide intorno alle famiglie che ne hanno beneficiato e delle relazioni più stabili di collaborazione tra i servizi.

Questo ovviamente non è vero per tutte le famiglie, per tutte le bambine e i bambini, e per tutti i servizi, però, nella maggior parte dei casi e in tutte le città, questa è stata una pratica positiva, uno dei risultati più interessanti del progetto, a prescindere appunto dal territorio di realizzazione (...) in tutti i territori si sono rafforzate le reti tra associazioni, soprattutto del privato sociale, ma anche con i servizi pubblici”.

Un'altra azione di fondamentale importanza, è stata quella dell'orientamento e accompagnamento ai **servizi educativi per le bambine e i bambini**. Dai dati di monitoraggio, risulta che il 33% delle famiglie è stato orientato ed accompagnato al nido, mentre l'8% circa ha usufruito di altri servizi educativi. Non è una percentuale molto elevata, anche rispetto alla rilevanza che questo aspetto riveste nel contrasto precoce a povertà e diseguaglianze tra bambini in tutti i progetti di Save the Children. Ma sono diversi i fattori e le criticità che vanno considerati in questo specifico contesto.

Da una parte ci sono stati i timori che la situazione pandemica ha generato nei confronti di tutti gli spazi di socialità, e che ha spinto molte madri, a maggior ragione se disoccupate, a tenere a casa i figli.

In secondo luogo, va considerata anche la riduzione dei posti disponibili nei nidi, conseguente all'istituzione del sistema delle bolle dovute ai protocolli di sicurezza Covid-19. Accanto a questo, occorre tenere conto della rigidità, soprattutto in molti comuni dove il progetto ha operato, dei requisiti di accesso al servizio nido che, molto spesso, privilegiano coppie con entrambi i genitori occupati e escludono, di conseguenza, un gran numero di famiglie nelle quali, proprio come nel caso delle famiglie seguite da Per Mano, i genitori sono disoccupati o solo parzialmente occupati.

Infine, non va sottovalutato che i costi del nido sono spesso molto elevati rispetto alle possibilità di spesa delle famiglie prese in carico e questo influisce negativamente, o con una rinuncia preventiva all'iscrizione o con un ritiro dopo qualche mese di frequenza.

È quindi importante sottolineare come, nonostante le tutor abbiano svolto un'azione

capillare di sensibilizzazione verso l'importanza di iscrivere le bambine e i bambini al nido, non sempre quest'azione è andata a buon fine.

In ogni caso, **alla fine del progetto il 37% dei minori preso in carico risultava iscritto al nido.**

Per quanto concerne l'accesso ai **servizi sanitari**²⁰, le percentuali di accompagnamento risultano più basse, anche perché, molto spesso, dato che il periodo dei primi mille giorni si sviluppa prevalentemente in un contesto sanitario, molte relazioni sono già attive e non occorrono – o si ritiene che non occorran – interventi ulteriori. Circa il 9% delle mamme coinvolte nel progetto Per Mano sono state accompagnate al consultorio per interventi specifici di supporto alla gravidanza e al puerperio; il 31% delle famiglie ha ricevuto interventi di home visiting sanitaria e il 23% dei nuclei ha partecipato a momenti di supporto al percorso nascita non patologico, come attività di accompagnamento alla nascita, gruppi – anche online – di supporto all'allattamento, attività di controllo routinario come i bilanci di salute.

Considerando la totalità dei nuclei presi in carico, oltre 64% di essi, pari a 140 famiglie, hanno visto rafforzata la propria rete

ACCOMPAGNAMENTO AI

Servizi EDUCATIVI

di relazioni con i servizi sociali, sanitari e/o educativi.

Supporto alla genitorialità

Molti interventi messi in atto dalle tutor hanno riguardato il **supporto alla genitorialità**. Questi interventi hanno spaziato dal sostegno psico-pedagogico, fornito al 72% delle famiglie, al sostegno alla relazione tra genitori e figli, della quale ha beneficiato il 60% dei nuclei, fino all'accoglienza in spazi di socializzazione sicuri, anche online, laboratori di formazione per i genitori e momenti di scambio di materiale e articoli per l'infanzia, ai quali hanno partecipato, rispettivamente, il 63%, il 54% ed il 67% dei nuclei seguiti dal progetto.

Attraverso questa pluralità di azioni, il **progetto ha supportato quasi il 90% dei nuclei che avevano manifestato – in modo esplicito o implicito – segni di affaticamento genitoriale, aiutandoli a superare questa condizione e a ridurre l'insicurezza e l'isolamento.** Nell'86% delle famiglie è stato riscontrato un miglioramento delle capacità genitoriali.

Questi risultati non sono affatto secondari o scontati. Infatti, sebbene il supporto alla genitorialità rientri nelle caratteristiche di

base di tutti le azioni che Save the Children promuove nell'area della prima infanzia, la crisi pandemica ha prodotto un peggioramento molto sensibile delle condizioni di isolamento, ansia e affaticamento nei genitori, e ha reso inaccessibili molti di quegli spazi tradizionalmente utilizzati per il supporto alla genitorialità, gli scambi orizzontali tra pari, il dialogo e l'incontro con professionisti.

In questo periodo più che mai è apparso cruciale il valore della socializzazione come strumento per uscire dalla marginalità e per ricreare un senso di appartenenza e di solidarietà comunitaria, importante per tutte e tutti, ma indispensabile per le famiglie più vulnerabili per uscire dall'isolamento.

"Noi abbiamo fatto tante uscite, abbiamo fatto dei soggiorni al mare di quattro giorni, (...) abbiamo organizzato tanti laboratori, tante attività e abbiamo visto che molte mamme hanno socializzato tra loro, creando dei legami che poi continuano anche dopo, oltre i nostri locali (...). Questo è un tassello importante, offrire un

“luogo sicuro”, con delle attività, qualcosa da fare che non sia solo venire a giocare con i bimbi (...) ma un luogo in cui si possano sentire sicure e costruire relazioni”.

La rete intorno alle famiglie non può essere solo di servizi, è necessario per la salute mentale delle mamme e dei papà, e quindi per il benessere delle bambine e dei bambini, che ci siano anche reti amicali, di supporto reciproco, per un'interpretazione più ampia del concetto di una comunità di riferimento, che passi anche dalla creazione di habitat solidali, dove le persone con problematiche comuni possono supportarsi a vicenda.

Interventi di contrasto del disagio abitativo

Per quanto riguarda il disagio **abitativo**, gli interventi che le tutor sono riuscite a realizzare hanno riguardato il supporto alla domanda di alloggio popolare (nel 7% dei casi); l'orientamento ai servizi di supporto alloggiativo pubblico (nel 6% dei casi); l'accompagnamento alla ricerca di un alloggio privato (nel 5,5%); l'inserimento in una struttura di accoglienza (poco più del 2%).

Nonostante gli interventi siano stati piuttosto limitati, il 63% di coloro che hanno dimostrato di avere un bisogno abitativo ha visto la propria situazione stabilizzata del tutto o in parte. Questo dato conferma l'efficacia dell'intervento integrato, nel quale un supporto economico o legale, ad esempio, può provocare indirettamente il miglioramento delle condizioni abitative perché i documenti di soggiorno possono aprire la strada di un alloggio popolare, o un piccolo introito economico può favorire la regolarizzazione di un contratto di affitto.

Tuttavia, non si può ignorare il fatto che l'emergenza abitativa ha, soprattutto nelle grandi città, un profilo di problematicità che supera di gran lunga le prerogative di un progetto come Per Mano. Infatti, a fine progetto il 37% di chi presentava bisogni abitativi, si trovava in una situazione invariata o addirittura peggiorata. Non solo. Occorre tenere presente che l'impossibilità di accedere ad una soluzione abitativa sana e sufficientemente stabile rischia di vanificare qualsiasi ulteriore intervento, anche del servizio sociale, spesso impotente di fronte a questa condizione.

Interventi a tutela della salute

L'intervento di **supporto alla salute mentale** dei genitori è stato attuato tramite tre azioni: il supporto emotivo e psicosociale, che è stato fornito alla totalità delle famiglie che l'hanno richiesto, quasi il 20% del totale; l'orientamento ad un servizio di sostegno psicologico, del quale ha beneficiato il 10% dei nuclei familiari; ed infine l'inserimento in una rete di supporto strutturata, del quale ha beneficiato solamente il 3% delle famiglie.

Al termine dei percorsi di presa in carico, il 76% delle 42 famiglie che avevano manifestato bisogni di tipo psicosociale ha ottenuto una figura di supporto, il 62% ha intrapreso un percorso stabile presso un servizio professionale, mentre il 14% godeva del supporto stabile di una rete amicale o di pari.

Questi dati mostrano quanto la figura della tutor territoriale abbia rappresentato un presidio di supporto emotivo significativo per le persone che hanno manifestato un bisogno psicosociale, infatti, essi hanno spesso trovato

nelle tutor una figura di supporto con la quale stabilire un rapporto di fiducia, propedeutico al loro avvicinamento ai servizi.

”

“Una cosa che il progetto ha dato alle famiglie che sono state seguite, è un miglioramento in termini di salute mentale, anche nei casi meno drammatici, dove siamo state meno impegnate (...) anche in questi casi, il progetto ha dato a queste persone la possibilità di essere viste. (...) Per loro il progetto ha significato soprattutto avere qualcuno che potesse ascoltarle, che potesse anche solo raccogliere lo sfogo, raccogliere l'esperienza, essere lì a sentire quello di cui avevano bisogno o a raccogliere le loro storie, le loro fatiche. Io credo che questo sia stato un grandissimo argine contro (...) il cadere in un buco nero. (...) Essere lì a dire sì, ti ascolto, sì, ti vedo, ci sei. (...) Non devi farcela per forza da sola”.

Gli altri interventi realizzati nell'ambito della salute sono stati le consulenze informative sui servizi sanitari, fornite al 37% dei nuclei, e il lavoro di rete con i servizi ospedalieri e di medicina territoriale, del quale ha usufruito il 35,5% degli utenti. **Nella maggior parte dei casi, il 77%, la patologia segnalata è stata curata oppure ha ricevuto supporto di lungo termine**, in poco meno dell'8% delle situazioni ciò è avvenuto soltanto in maniera parziale, mentre il 6% dei nuclei bisognosi non ha ottenuto alcun miglioramento.

Interventi per migliorare l'accesso a servizi di tutela

Per quanto riguarda i **24 casi nei quali si è riscontrato un bisogno di protezione** per rischio di pregiudizio o danno nei confronti di una bambina o di un bambino, Per Mano si è fatto promotore di azioni volte alla **protezione da violenza diretta o assistita per nove famiglie**, mentre per altre cinque è stato attivato un **percorso di protezione integrato (Child Safeguarding Policy)**²¹. Queste azioni dirette hanno riguardato poco più della

metà dei casi, ma questo non significa che il resto delle donne non sia stato supportato. Al contrario, coloro che hanno preferito evitare un'azione diretta sono state sostenute con misure alternative di accompagnamento all'autonomia volte ad iniziare, in un secondo momento, un percorso di protezione integrato.

Interventi per migliorare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine migranti

Per quanto riguarda i problemi di accesso alla documentazione l'intervento di Per Mano si è rivelato essere molto efficace, infatti, dei 51 nuclei che hanno presentato questa problematica, il 78% ha risolto il problema, oppure è riuscito ad avviare correttamente il processo amministrativo necessario per farlo.

Considerando il fattore **linguistico**, è importante sottolineare che, dove il progetto ha agito inserendo le donne nei corsi di lingua italiana, ovvero nel **15% dei casi**, c'è stato un netto miglioramento della loro competenza linguistica.

3.3 Le doti di cura

Il progetto Per Mano ha impiegato circa 560.000 Euro di doti di cura, utilizzate per le azioni di supporto dei 919 bambini presi in carico.

Per i 217 percorsi ad alta intensità è stata spesa una media di 1.650 Euro a famiglia, mentre per i 702 minori presi in carico a bassa-media intensità sono stati spesi in media 280 Euro²².

Le **doti di cura** sono uno strumento che StC utilizza da alcuni anni nei programmi a bassa soglia. Il loro obiettivo è quello di rafforzare il livello di tutela dei diritti di bambine, bambini e adolescenti attraverso due tipi di azione: ridurre la condizione di sofferenza connessa alla mancata tutela di un diritto e al conseguente manifestarsi di un bisogno di cura (alimentare, di salute, di sicurezza, di educazione); aumentare l'offerta di strumenti e competenze di cura a disposizione dei genitori o degli altri adulti di riferimento, soprattutto attraverso la costruzione o il rafforzamento delle relazioni con i servizi e le opportunità presenti sul territorio di riferimento. La differenza più rilevante tra le doti di cura utilizzate ordinariamente e quelle usate dal progetto Per Mano è stata essenzialmente la maggiore consistenza delle singole doti destinate ai percorsi ad alta intensità, e la durata più lunga delle prese in carico.

Le spese sostenute attraverso l'uso delle doti sono state raggruppate in nove categorie, la più consistente e vasta delle quali è stata quella dei **beni di prima necessità**. All'interno di questa categoria si è deciso di far rientrare tutti i prodotti necessari per il benessere dei neonati e delle loro famiglie: generi alimentari, pannolini, prodotti per la cura e l'igiene personale e della casa, capi di abbigliamento, passeggini, latte in polvere e tutti gli altri beni necessari nei primi 1.000 giorni.

Per i beni di prima necessità sono stati spesi circa 306.000 Euro.

Fondamentale è stato anche il **supporto materiale a contrasto del disagio abitativo**: **89.230 Euro** sono stati spesi per sostenere i nuclei familiari nel pagamento di utenze e affitti arretrati, ma anche per acquistare pezzi di arredo o realizzare lavori volti a migliorare le condizioni di vivibilità degli alloggi.

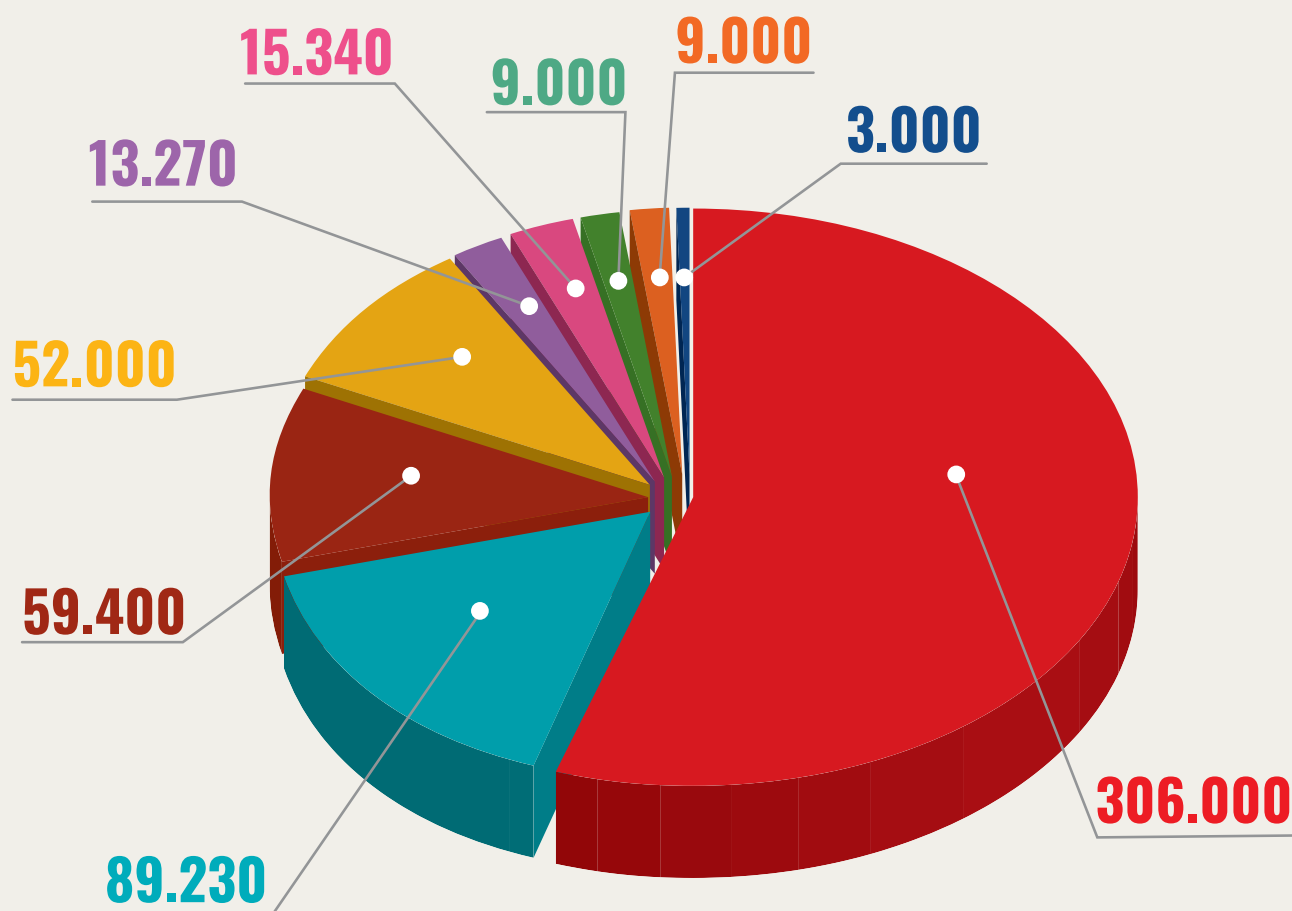
Una parte importante del budget, circa 59.400 Euro, è stata impiegata in azioni di supporto e rafforzamento delle competenze dei genitori, ovvero tutto ciò che potesse favorire il benessere e le capacità dei genitori in un'ottica di autonomia organizzativa, linguistica e di cura. Un esempio sono le spese per le gite e gli incontri di gruppo, per il supporto psicologico o emotivo, le spese

560.000 Euro
in DOTI di CURA

PER LE FAMIGLIE
PIÙ FRAGILI

FONDI IMPIEGATI PER LE DOTI DI CURA RIPARTITI PER TIPOLOGIA DI AZIONI DI SUPPORTO

* valori in Euro



■ Beni di prima necessità

■ Spese mediche

■ Spese farmaceutiche

■ Supporto legale

■ Mediazione linguistico-culturale

■ Materiale scolastico e supporto per la DAD

■ Spese legate agli spostamenti per raggiungere i servizi di cura

■ Azioni di supporto e rafforzamento delle competenze dei genitori

■ Supporto materiale a contrasto del disagio abitativo

per i corsi professionali o di lingua italiana o per la patente di guida, le spese per i corsi di studio o quelle per la mediazione genitoriale.

È importante sottolineare che il valore generale di questi servizi – che come abbiamo visto hanno avuto l'impatto maggiore sul benessere delle famiglie – non può essere completamente monetizzato perché molte di queste attività sono state realizzate a costo zero, in quanto offerte dalle associazioni partner o da altre associazioni presenti nelle reti attivate sui territori.

Circa 52.000 Euro sono stati impiegati per spese farmaceutiche, ovvero per i medicinali e/o altri prodotti acquistati in farmacia, una voce a parte è stata creata invece per le **spese mediche**, per le quali sono stati impiegati **13.270 Euro**, che hanno coperto ogni spesa per visite e controlli medici che non è stato possibile effettuare attraverso il servizio pubblico o per le quali è stato comunque pagato il ticket. Le spese in questione non hanno riguardato solo i minori presi in carico dal progetto ma anche le visite che nel periodo di presa in carico si sono rese necessarie per fratellini o sorelline più grandi (le spese venivano riconosciute valide nel momento in cui veniva dimostrata la loro importanza per la stabilità di tutto il nucleo).

Alcuni nuclei familiari sono stati supportati con azioni di contrasto alla povertà educativa, attraverso spese dirette a coprire le rette del nido o di altri servizi educativi, spese per la mensa della scuola di fratellini o sorelline dei piccoli presi in carico, e qualsiasi altra spesa relativa alla loro educazione nel periodo pandemico, come l'acquisto di materiale scolastico e il supporto per la DAD. Per questa tipologia di spese sono stati impegnati **15.340 Euro**.

Una parte del budget – circa 9.000 Euro – è stata impiegata per accompagnare gli utenti del progetto ai servizi, pagando loro le spese per gli spostamenti – ovvero abbonamenti a mezzi pubblici, pagamenti di taxi e in alcuni casi donazioni per coprire le spese di carburante di servizi di trasporto solidali.

Circa 9.000 Euro sono stati spesi per il supporto legale, quindi per il pagamento di spese processuali o burocratiche, in maggior misura sostenute per rinnovi di permessi di soggiorno, spese consolari e spese per servizi legali. Infine, **poco più di 3.000 Euro sono stati utilizzati per la mediazione linguistico-culturale**, un servizio di fondamentale importanza, e non sempre facilmente reperibile attraverso il servizio pubblico.

3.4 Il ruolo della tutor

Abbiamo immaginato la tutor come una “camminatrice sociale”: mutuando un’immagine propria degli anni 60, dove “camminatore” era la persona che portava la corrispondenza nei vari uffici di un ministero, stabilendo di fatto una regia della comunicazione interna, la camminatrice sociale è una persona che trasferisce e accompagna le famiglie delle bambine e dei bambini presi in carico all’uso dei servizi e li orienta alla conoscenza del territorio. Ora che, grazie all’analisi quantitativa e qualitativa dei percorsi, si è potuto vedere in dettaglio cosa ha voluto dire realizzare percorsi personalizzati intorno ai bisogni delle famiglie, è possibile cominciare a delineare la complessità del lavoro portato avanti dalle otto operatrici del progetto.

Nel loro operato le tutor erano autonome e flessibili, il loro punto di forza stava nel non dover seguire un determinato protocollo o un determinato percorso per ottenere un risultato: nel momento in cui si sono presentate delle criticità era sempre presente la possibilità di tracciare delle strade differenti. La possibilità di rivedere gli obiettivi, di ragionare insieme alle colleghe e al coordinamento nazionale del progetto

per identificare soluzioni, anche innovative, a problematiche che magari si erano già presentate in altri territori, ha permesso loro di avere degli ampi margini di flessibilità. Ma anche di difficoltà.

Un approccio integrato ai bisogni delle famiglie

Uno degli aspetti più impegnativi, che è emerso sin dall’inizio e che si è ulteriormente ampliato con la pandemia, è stato quello di creare una mediazione tra l’approccio personalizzato del progetto e la standardizzazione del servizio pubblico, per sua natura vincolato a procedure e tempistiche rigide, e a volte incapace di rispondere in modo rapido e integrato a situazioni di multiproblematicità²³.

Mettere insieme attori fondamentali e diversi – sociali, sanitari, educativi – per raggiungere obiettivi di benessere complessivo della famiglia, non è stato affatto semplice, anche quando necessario per approcciare in modo olistico e integrato i bisogni delle famiglie.

“Se una bambina deve fare una diagnosi per un disturbo dello spettro autistico, per esempio,

spesso l'assistente sociale non lo sa. E poiché l'assistente sociale non parla con la scuola, non sa che la bambina deve andare a fare una visita per avere una diagnosi. (...) È necessario in queste circostanze fare degli interventi di home-visiting per spiegare bene alla mamma a casa che cosa deve fare e come deve comportarsi, ma, al tempo stesso, bisogna anche accompagnare la mamma presso la Asl per farle capire effettivamente che cosa le dice la dottoressa sulla diagnosi della bambina (...) Poi occorre fare degli interventi insieme all'educatrice a scuola e poi, di nuovo, a casa per far capire bene alla mamma quello che fanno a scuola e come lei, a casa, può dare seguito agli interventi fatti a scuola (...) Tutto questo poi va riferito all'assistente sociale (...) Insomma, è un lavoro molto complicato, intenso e molto impegnativo".

L'accompagnamento e la mediazione operata dalle tutor hanno contribuito a ridurre i limiti dell'approccio "a canne d'organo" del sistema pubblico. La possibilità di offrire servizi di mediazione linguistico-culturale, di accompagnare fisicamente – o di organizzare servizi di accompagnamento per – le famiglie più in difficoltà presso i servizi, la possibilità di supportare le madri in difficoltà a muoversi in autonomia in territori difficili aiutandole ad ottenere la patente di guida, sono tutti esempi dell'autonomia organizzativa della tutor, che in questo modo è realmente riuscita a far accedere le famiglie ai servizi necessari per esercitare diritti di base e a ridurre quel gap di accessibilità divenuto profondissimo negli ultimi due anni.

Una porta aperta

Un altro aspetto che ha caratterizzato il ruolo della tutor è stato quello di rappresentare un punto di riferimento unico e "generalista":

la tutor ha rappresentato una porta d'accesso per tutti i servizi e per tutte le problematiche sempre aperta al confronto.

La figura della tutor non era "chiusa" nell'ambito del sociale o del sanitario, aveva al contrario la possibilità di vedere

una famiglia con uno sguardo più ampio, allargando così anche il raggio delle possibilità d'azione.

La complessità – che in questo progetto va sempre di pari passo con la ricchezza – del ruolo è stata proprio nell'approccio interdisciplinare alla presa in carico, nella possibilità di tenere insieme sguardi professionali diversi, cercando di integrarli.

“Eravamo battitrici libere, nel senso che potevamo tranquillamente muoverci negli interstizi e, da quella posizione, trovare anche soluzioni più creative o anche più insolite (...) non avevamo delle risposte né standardizzate e né protocollate (...). Questo sicuramente ha permesso una libertà maggiore, però anche una responsabilità maggiore, un'autonomia e anche una solitudine maggiore”.

Certo questo ha significato portare un peso in alcuni casi davvero eccessivo. A partire dal primo lockdown le tutor non si sono limitate a fare da ponte tra le persone e i servizi, ma si sono trovate spesso a esercitare una funzione di regia delle prese in carico integrate. Tra i

loro compiti, spesso c'è stato anche quello di tenere insieme i pezzi della comunità di servizi disegnata nei territori delle cinque città dove ha agito Per Mano.

“Quando la presa in carico si spezzettava in 3.000 interventi, molte volte non comunicanti tra loro, noi dovevamo essere un po' delle facilitatrici di tutti questi passaggi, cioè avevamo il compito di non perdere i passaggi intermedi, di non far cadere il filo quando qualcosa si inceppava”.

Un approccio integrato ai bisogni delle famiglie

“Questo progetto ha prodotto una cesura tra il prima e il dopo. Cioè prima del progetto la situazione era in un certo modo. Dopo il progetto la situazione è cambiata: è tale per cui anche i servizi locali, servizi sociali, gli ospedali, i consultori... sanno che esiste questo progetto, sanno che esiste un punto di riferimento, si è prodotto un cambiamento nella percezione”.

Questi aspetti, che hanno caratterizzato la figura della tutor in tutti i territori dove ha operato, hanno anche avuto l'effetto di rafforzare le reti di supporto intorno ai nuclei. Il lavoro svolto dalle tutor per sensibilizzare le associazioni e i servizi a prestare una differente attenzione alle neomamme in difficoltà ha effettivamente permesso di accendere una luce diversa sui prime mille giorni.

”

“[Un risultato del progetto è] sicuramente uno slancio maggiore sul lavoro di rete e una maggiore visibilità delle relazioni tra i pezzi della rete, oltre che una maggiore consapevolezza dei bisogni sociali ed educativi dei piccolissimi. Molte reti di supporto che abbiamo visto in città durante la pandemia consideravano spesso i bambini dall'età scolare in su. Solo raramente anche la fascia dalla scuola dell'infanzia (...). Mentre noi abbiamo potuto portare in luce anche i bisogni della fascia dei più piccoli,

fin dalla gravidanza (...) in termini di prevenzione dei bisogni anche educativi, sociali e di socializzazione dei bambini della fascia 0-3 anni”.

Un risultato di questo lavoro è stato appunto quello dell'intervento precoce e della **prevenzione**: inserire all'interno di reti di servizi e tutela neomamme o donne ancora in gravidanza ha permesso di evitare l'aggravarsi di alcune situazioni familiari potenzialmente allarmanti.

“Il progetto ha permesso il contatto con famiglie che magari non sarebbero mai arrivate a noi se non ci fosse stato Per Mano (...) il problema più grosso è proprio quello della prevenzione, in quanto non c'è una comunicazione stabile tra i consultori familiari e gli ospedali, dove le donne vanno a partorire. C'è un vero e proprio gap, quindi tutti questi bambini a volte non riesci a vederli fino a che non

*arrivano alla scuola dell'infanzia.
E quando arrivano è troppo tardi.
Spesso le segnalazioni arrivano
dai servizi sociali territoriali
e i servizi sociali prendono in
carico le famiglie quando già ci
sono delle problematiche forti.
Invece con questo progetto la
parte sanitaria (...) è stata spinta
comunque a farci prendere
in carico delle situazioni che
sembravano sotto controllo ma
che poi si sono rivelate molto
complesse”.*

L'esistenza di reti più attente e coinvolte nella gestione delle vulnerabilità ha permesso in alcuni casi di chiudere il percorso delle famiglie di Per Mano in modo armonico, perché i nuclei avevano effettivamente raggiunto un'autonomia tale da non aver più bisogno della facilitazione o della regia delle tutor.

“Noi tutor abbiamo fatto la parte iniziale, abbiamo attivato la rete (...) e quindi poi la famiglia si è potuta muovere autonomamente in quella rete là, e quindi non c'è stato più troppo bisogno di venire

da noi perché (...) la famiglia ha trovato la sua rete di cura e va avanti da sola. Ecco si va avanti così”.

“Pensando alle famiglie che si stanno muovendo bene all'interno della rete, provo una grande soddisfazione, non solo personale. È molto bello aver visto dall'inizio che quelle mamme e quei papà ce l'avrebbero fatta (...) e poi vedere effettivamente i risultati che hanno raggiunto. Ti fa capire che, a volte, bastava rompere l'isolamento per attivare quelle risorse che loro stessi non pensavano di avere”.

In termini di sostenibilità, il progetto Per Mano ha attivato un'energia di relazioni locali positiva, che si è conservata anche successivamente alla chiusura del progetto. Per quelle famiglie che alla chiusura del progetto necessitavano ancora di un supporto e di un accompagnamento, l'esistenza di reti più solide e più abituate a collaborare, ha significato trovare altri progetti o altre risorse da mettere in circolo in modo sinergico.

“Ci sono situazioni che continueranno ad avere bisogno di un supporto. Quindi il nostro lavoro di “chiusura” è stato anche quello di cercare altre strade, altri progetti, dove inserirli per continuare il loro percorso verso l'autonomia”.

Uno dei risultati del progetto è stato quello di creare connessioni, legami, ambienti abilitanti. Sebbene l'intervento individuale su ogni singola famiglia abbia ottenuto degli ottimi risultati in termini di fuoriuscita da una situazione di emergenza e di isolamento, risulta sempre più importante, a maggior ragione dopo un periodo pandemico, l'importanza di creare o rafforzare le comunità intorno ai nuclei.

”

“La cosa che sicuramente mi resta (...) dopo questo lavoro, questa bellissima esperienza, è il superamento dell'intervento individuale come intervento risolutivo. Credo molto di più che sia importante creare contesti, habitat, diciamo, in cui le persone vengono messe nella condizione (...) di potersi attivare e di farlo anche insieme, cioè di diventare anche un po' risorse gli uni per gli altri”.



4 | CONCLUSIONI E PROPOSTE

Questo progetto ha vissuto una storia molto intensa, che ha visto succedersi tre fasi distinte e collegate: la vecchia normalità, la crisi e la post normalità.

Non è facile restituire il senso di un intervento che, come ampiamente spiegato nelle pagine precedenti, ha dovuto fare fronte a una sollecitazione continua proveniente dai bisogni delle persone, ma anche a un costante cambiamento dei dati di contesto.

Tuttavia l'analisi del lavoro svolto ci dice molto, sia su quali elementi considerare imprescindibili nella progettazione futura

riguardante la primissima infanzia, sia su quali temi porre al centro dell'agenda politica nazionale.

Le conclusioni proveranno dunque a sintetizzare per punti questi due aspetti: una prima parte raccoglierà osservazioni utili alla progettazione, e una seconda parte indicherà alcune raccomandazioni alle istituzioni pubbliche che sono impegnate a gestire proprio in questi mesi, politiche di sostegno alla ripresa che impattano in modo significativo sulla vita delle famiglie, delle bambine e dei bambini di questo paese.

4.1 Come andare avanti

La progettazione sulla prima infanzia deve considerare:

- La salute dei minori come una dimensione multidimensionale sanitaria, sociale, educativa.
- Il bacino sanitario come un'area sensibile per l'identificazione della povertà e del disagio sociale.
- Il lavoro sociale come un lavoro integrato di relazione, monitoraggio di progetto, costruzione di reti.
- Le persone coinvolte dalle attività del progetto non come destinatari di un beneficio da trasferire, ma come interlocutori di un percorso da negoziare e costruire insieme.

La dimensione “sinfonica” della salute.

Mai come in questi ultimi due anni siamo stati spinti a una considerazione angusta e limitativa della salute. Essere in salute ha spesso significato aver superato indenni il rischio di un contagio. Il progetto Per Mano ha prepotentemente portato in luce come quella della salute di ogni persona, ma in particolare quella dei bambini, sia invece una dimensione di benessere globale, secondo la definizione dell'OMS, ma ancor meglio una dimensione sinfonica, dove devono trovare spazio e dialogare tra loro il benessere fisiologico dell'organismo, la cura della relazione con i genitori e con i pari, l'alimentazione educativa, la protezione da ogni forma di maltrattamento, la qualità ambientale e domestica. Insomma, una pluralità di

dimensioni che, in base ai bisogni specifici, vanno supportate nella loro interezza, prestando una cura particolare a quelle meno sviluppate e più a rischio. **Questo significa che durante i primi 1.000 giorni di vita (e non solo), bambine e bambini devono poter contare su azioni integrate di tipo sanitario, sociale e educativo.**

La centralità dell'osservatorio sanitario.

In questo quadro, tuttavia, il bacino dell'assistenza sanitaria è quello dove il disagio della primissima infanzia è maggiormente identificabile. Il progetto Per Mano ha dimostrato che, nonostante la concentrazione del mondo sanitario sulla gestione dell'emergenza pandemica, la quota più significativa di nuove segnalazioni di

NEI PRIMI

1.000 giorni

C'È BISOGNO DI
UN INTERVENTO
INTEGRATO

sociale, sanitario ed educativo





situazioni di disagio di bambini e bambine proveniva proprio dai servizi ospedalieri, dai consultori e dagli altri presidi sanitari del territorio. Occorre tenere conto che in molti contesti familiari e territoriali, l'ospedale o il presidio sanitario di riferimento rappresentano uno spazio neutrale e non giudicante di "soccorso generalista", che spesso viene interpellato in modo poco pertinente anche per esigenze e disagi che non hanno a che vedere con la salute fisica delle persone. **Quindi operare in un contesto di costante relazione con i servizi e i professionisti sanitari è fondamentale per dare un volto e un contesto a situazioni che potrebbero risultare altrimenti invisibili.**

I costi reali del lavoro di presa in carico sociale.

Il lavoro che le operatrici e le tutor territoriali hanno svolto per tutta la durata del progetto Per Mano è stato imprevedibilmente complesso. Questo è stato dovuto principalmente alla necessità di gestire una situazione imprevedibile e insolita come quella della pandemia. Ma oltre a questo aspetto accidentale, c'è un secondo aspetto di tipo strutturale, che merita di essere messo meglio a fuoco per il futuro. Si tratta di tempi e costi – economici e umani – meno evidenti allo sguardo della progettazione,

ma altrettanto reali e importanti, e che fanno parte integrante del del lavoro sociale, come il lavoro di raccolta dati e di monitoraggio dei percorsi delle famiglie. **Occorre pianificare con attenzione azioni, tempi e costi del lavoro che servirà a creare, mantenere e stabilizzare la rete territoriale della presa in carico**, composta da attori pubblici, privati e del privato sociale; da operatori sanitari, sociali ed educativi; da dirigenti dell'amministrazione locale, professionisti legali, sanitari, mediatori e mediatrici culturali; da servizi educativi, centri antiviolenza, rappresentanti delle forze dell'ordine, sindacati degli inquilini, centri di stoccaggio del banco alimentare, istituti religiosi, enti anti tratta. E l'elenco potrebbe continuare. **Questo progetto ha dimostrato che il lavoro di presa in carico sociale è un lavoro estremamente diversificato e dinamico, che richiede competenza, flessibilità, attenzione, e che va progettato in modo analitico evitando generalizzazioni e semplificazioni.**

Lavorare con i genitori e con le famiglie.

Prendersi cura dello sviluppo sereno di bambine e bambini è una responsabilità che non riguarda solo i genitori, ma coinvolge un numero ampio di attori pubblici, privati

e civici, come è apparso chiaro dalle pagine precedenti. Tuttavia, la capacità dei genitori e degli altri adulti di riferimento di farsi carico autonomamente del benessere della propria figlia o del proprio figlio è un elemento cruciale. Parlare quindi di supporto alla genitorialità significa porsi un obiettivo di condivisione profonda del percorso di presa in carico con i genitori, per rafforzarne la sensibilità, l'energia e le risorse personali.

La presa in carico sociale è un lavoro di relazione **con** interlocutori attivi e non l'elargizione di un beneficio **per** contenitori passivi, e l'obiettivo di questo lavoro non è solo quello di assicurare l'accesso a un

bene o a un servizio, ma anche e soprattutto quello di assicurare un accettabile livello di autonomia e di volontà di esercitare tale autonomia, nella piena consapevolezza delle proprie responsabilità, dei propri mezzi e delle modalità con cui accedere al supporto esterno quando i propri mezzi non sono sufficienti.

Questo progetto ci ha mostrato con forte evidenza che le persone con cui si lavora non possono essere considerate solo come dei "beneficiari", ma anche come degli interlocutori attivi e complessi, che occorre imparare ad ascoltare, e con i quali è inevitabile incontrare diversità di scelte e di aspettative.

Valorizzazione

delle **COMPETENZE** personali

4.2 Raccomandazioni per l'agenda politica

Alle istituzioni chiediamo di:

- Promuovere l'integrazione tra i sistemi sanitario, sociale e educativo.
- Migliorare non solo la quantità ma anche l'accessibilità degli asili nido su tutto il territorio nazionale.
- Riconoscere e supportare i progetti esistenti e promuovere azioni di co-progettazione con le istituzioni locali.
- Investire sulle azioni di collegamento dei sistemi territoriali di tutela.
- Ripensare il sistema di finanziamento dei progetti di presa in carico sociale.
- Dare priorità a tre gravi emergenze nazionali: casa, occupazione e occupazione femminile.

Il contesto post pandemico ci presenta un arcipelago di misure e politiche pubbliche indirizzate ad azioni di ripresa che si vanno ad affiancare e integrare con le misure ordinarie già esistenti. Molte di queste hanno una correlazione diretta con l'intervento in favore della primissima infanzia, sia riguardo ai cosiddetti primi 1.000 giorni, sia riguardo, più in generale, all'area prescolare, l'area chiamata zero-sei. Tutta questa mole di disposizioni e di risorse che transiterà – e sta già transitando – attraverso le maglie dell'amministrazione pubblica dovrà misurarsi con la capacità, sia di armonizzare e coordinare gli strumenti disponibili, sia di trasferire visioni

e competenze operative dal livello più alto delle istituzioni europee a quello più capillare delle amministrazioni locali, anche le più piccole, garantendo qualità ed efficienza dei provvedimenti e delle azioni concrete.

Si tratta di una sfida imponente, come da più parti si è detto, che deve misurarsi anche con il punto di vista di quegli attori che in questi ultimi due anni di emergenza si sono fatti carico di promuovere il benessere delle persone e, in particolare, delle bambine e dei bambini.

Per questo dall'osservatorio del progetto Per Mano, che è solo uno dei numerosi interventi



realizzati sul target della primissima infanzia in questi due anni, può essere utile e rilevante indicare alcuni temi da porre al centro dell'agenda politica.

Ci si rivolge quindi al Governo e al Parlamento italiani che dispongono e deliberano misure di gestione e indirizzo per le politiche sanitarie, di welfare e di strutturazione dei sistemi educativi integrati; ci si rivolge alle Regioni che affronteranno il complesso percorso di revisione dell'assistenza sociosanitaria territoriale; ci si rivolge alle amministrazioni locali che si misureranno con la progettazione e l'attuazione delle politiche educative e di welfare territoriale.

A tutte le istituzioni chiediamo di tenere in considerazione le raccomandazioni che seguono.

Assicurare alle bambine e ai bambini che nascono nel nostro paese la tutela integrata offerta dal sistema pubblico. La primissima infanzia ha una necessità incompressibile di "bucare" l'autoreferenzialità dei sistemi e delle *governance* delle politiche pubbliche. Le bambine e i bambini che nascono e si accingono a vivere i primi anni della loro esistenza hanno bisogno di un sistema di riferimento plurale, che parli la lingua di

settori diversi – quello sanitario, quello sociale e quello educativo - e che sia in grado di rispondere ai loro bisogni e a quelli delle loro famiglie in ogni circostanza, ma soprattutto quando queste famiglie vivono in condizioni di vulnerabilità sociale. Occorre supportare i poli di questo sistema multilingue, investendo sulla loro qualità e sulla semplificazione e armonizzazione delle procedure di comunicazione intersettoriale. La base minima e forte della tutela pubblica è quella composta da: **settore sanitario** (distretti strutturati con ospedali, case di comunità, consultori familiari, pediatri di libera scelta); **settore sociale** (assistenti sociali e servizi sociali); **settore educativo** (nidi e servizi educativi per la primissima infanzia universalmente accessibili). Ogni bambina o bambino che nasce deve poter contare sull'attivazione congiunta e contestuale di questo sistema, senza interruzioni, in ogni parte del territorio nazionale, con un'offerta accessibile e di qualità.

Riconoscere e supportare i progetti esistenti e promuovere azioni di co-progettazione con le istituzioni locali. Per rendere più efficace l'azione integrata è necessario ottimizzare i poli del servizio pubblico, ma non è sufficiente.

Secondo un principio sano di sussidiarietà territoriale, devono essere sostenuti anche quei servizi/progetti/figure professionali in grado di rispondere ai **bisogni reali** e diversificati delle **persone reali** che popolano questo paese, e di farlo in **tempo reale**. Vanno ampliate perciò le opzioni di offerta attiva. Per raggiungere questo obiettivo vanno supportati i progetti già esistenti, vanno promosse attività di co-progettazione tra attori pubblici, privati e civici nel campo sanitario, sociale ed educativo e va ampliata la concezione della multidisciplinarietà, aggiungendo alle tradizionali competenze della cura e del supporto psicosociale ed educativo, quelle della mediazione linguistica, quelle legali e giuslavoristiche, quelle della protezione dei minori e del contrasto alla violenza domestica. Tutto questo spesso già esiste e va solo identificato, riconosciuto, supportato e integrato efficacemente nel sistema;

Investire sulle azioni di collegamento dei sistemi territoriali di tutela. Il centro nevralgico dell'efficacia di un sistema integrato, intersettoriale e multidisciplinare è dato dalla capacità di esercitare un'azione di regia e coordinamento, che sappia tenere insieme i pezzi, conoscere

le diverse grammatiche e le diverse procedure, assicurare una comunicazione sufficientemente rapida ed efficace tra servizi sanitari, sociali e educativi, figure professionali di supporto, progetti territoriali, reti di solidarietà e pronta accoglienza. Servono figure in grado di suscitare, accelerare, ottimizzare e migliorare la creazione di questo sistema multilingue per l'accoglienza di bambine e bambini che nascono in Italia. Il palinsesto di cura e assistenza delle persone, anche quello migliore - si pensi, solo per citare uno dei più recenti, al Decreto Ministeriale n.71 riguardante la riforma dell'assistenza sociosanitaria territoriale²⁴ - non è sufficiente se non si riescono a creare le condizioni di una buona comunicazione con il supporto sociale, e con quello educativo. La figura dell'infermiere di famiglia/di comunità che lo stesso DM 17 inserisce giustamente come figura di raccordo tra i diversi attori del distretto sociosanitario, rimane un facilitatore della presa in carico sanitaria, ma non assicura alcuna relazione con le aree sociali ed educative che sono essenziali per una presa in carico efficace nei primi anni di vita. Servono figure e prassi di raccordo trasversali ai sistemi. **La tutor territoriale,**





nell'esperienza del progetto Per Mano, ha rappresentato un interessante prototipo di questa tipologia di figure e, se adeguatamente messa a fuoco per funzioni, prerogative e profilo professionale, potrebbe diventare un punto di regia importante del sistema integrato di presa in carico.

Ripensare il sistema di finanziamento dei progetti di presa in carico sociale.

Il lavoro di presa in carico sociale è una vera e propria politica pubblica che in questi due anni di pandemia ha reso evidente tutta la sua importanza. Le modalità di pianificazione e finanziamento di questa tipologia di lavoro vanno rimesse a fuoco. Va fatto un pensiero serio sui costi effettivi di un lavoro dove, alle azioni di ascolto, supporto, accompagnamento, orientamento ai servizi, si affiancano anche necessarie azioni di monitoraggio delle attività, di valutazione degli esiti dei progetti, azioni di coordinamento, azioni di costruzione della rete - che non è mai un dato di fatto, ma un obiettivo di lavoro. Il lavoro sociale per l'identificazione del bisogno, la promozione dell'accesso ai servizi pubblici e l'integrazione delle professionalità di supporto, è un pezzo fondamentale del welfare pubblico.

La pianificazione dei progetti di welfare territoriale, il loro finanziamento e la loro valutazione in un'ottica di sostenibilità e qualità vanno ripensati, e questo processo deve coinvolgere, oltre alle istituzioni pubbliche, anche quelle istituzioni della finanza sociale privata che supporta in modo considerevole le politiche di welfare del nostro paese.

Dare priorità a tre gravi emergenze nazionali: casa, occupazione e occupazione femminile.

Accanto alla necessità di un nuovo sistema di cura e di salute infantile, questo progetto, così come decine di altri progetti analoghi, ha messo in luce alcune emergenze nazionali, ben note da tempo e che tuttavia la crisi socioeconomica contestuale alla pandemia ha fatto esplodere, e la cui gestione al livello delle politiche pubbliche nazionali non può più essere rimandata, anche nel quadro degli impegni del programma operativo italiano per la **Child Guarantee**. Infatti, ciascuna di queste emergenze ha un impatto profondo e diretto sul benessere delle bambine e dei bambini e sui livelli inaccettabili di disuguaglianza che ancora sussistono tra di essi: si tratta dell'emergenza abitativa, dell'emergenza occupazionale, e - che non è esattamente la stessa cosa - dell'emergenza riguardante l'occupazione femminile.

La prima emergenza riguarda la casa. È fondamentale inserire nell'agenda pubblica nazionale un impegno per favorire l'**accesso universale ad alloggi dignitosi**, attraverso un piano di edilizia pubblica innovativo, un impegno serio per il censimento, la manutenzione e la ristrutturazione del patrimonio pubblico, un supporto significativo e non simbolico ai progetti di *housing* sociale. Questo impegno dovrà trovare uno sbocco particolarmente concreto nelle grandi città, dove il cosiddetto processo di *gentrificazione*, ha prodotto una singolare convivenza tra la crescita esorbitante dei prezzi degli alloggi - anche in zone periferiche -, la scomparsa del mercato degli affitti a canone sociale, e il correlato sviluppo di sacche di disagio sociale che si manifesta con massicci fenomeni di occupazione abusiva e insediamenti informali, non di rado amministrati da reti della criminalità organizzata.

La seconda emergenza riguarda l'**accesso all'occupazione**, soprattutto per persone che hanno reti familiari e amicali deboli, che cedono a proposte ben remunerate, ma ai bordi della legalità, o a forme subdole di sfruttamento lavorativo e racket. È fondamentale, come ormai da tempo si

auspica, produrre un'armonizzazione concreta e controllata delle misure di contrasto alla povertà, con le misure di supporto all'inserimento lavorativo e di contrasto al lavoro irregolare e precario.

Per finire, un dato impossibile da ignorare è quello della **disoccupazione femminile**, che occorre trattare a parte rispetto al generale fenomeno della disoccupazione, perché ha fisionomia, cause e contesti interpretativi molto peculiari. Volendo partire dal piccolo osservatorio del progetto Per Mano, solo 136 donne su 917, pari al 15% del totale, avevano un'occupazione all'inizio del percorso di presa in carico. A febbraio del 2021, i dati ISTAT che fotografavano gli effetti della pandemia, ci restituivano un panorama desolante, nel quale, tra le 101 mila persone che avevano perso il lavoro durante l'emergenza, 99 mila erano donne, il 98% della nuova disoccupazione! Nel contesto di questo rapporto, si può senz'altro affermare che la disoccupazione materna, ha un effetto domino sull'impoverimento della famiglia e sulle opportunità educative e sociali per le bambine e i bambini. In un paese dove il gender gap - nell'accesso al lavoro, nei salari, nella rappresentanza politica, nella gestione

DARE PRIORITÀ AL

diritto alla CASA

e all'occupazione FEMMINILE

di posizioni di potere pubblico – è ancora a livelli allarmanti, dove l'accesso al nido è spesso, nei fatti, un privilegio più che un diritto, e dove il tasso di denatalità ha avuto

picchi impressionanti negli ultimi dieci anni, promuovere politiche attive per l'occupazione femminile è una scelta improcrastinabile di benessere pubblico.

”

» STORIE

Milano - LA STORIA DI MABEL E MARGARITA*

Mabel era una giovane donna di 28 anni, incinta di Margarita, quando ha incontrato per la prima volta le operatrici del progetto Per Mano, a Milano.

“Quando ci siamo incontrate” - racconta Anna, tutor del progetto ‘Per Mano’ - “Mabel ci ha riferito fin da subito un vissuto di solitudine e affaticamento, legato al fatto di dover affrontare l'imminente nascita della sua bambina con molte incognite: un lavoro precario e, soprattutto, la mancanza di una casa dove risiedere al momento del parto e la lontananza del padre della bambina”.

La gravidanza di Mabel non è stata facile. Il medico le ha riscontrato valori del sangue alterati a causa di un'alimentazione inadeguata. Per mano ha, così, preso in carico Mabel' con un sostegno materiale già dalla gravidanza che ha permesso alla mamma una maggiore tranquillità per l'acquisto di cibo di qualità e una dieta più corretta, garantita anche dalle indicazioni della nutrizionista del progetto 'Fiocchi in Ospedale' di Save the Children.

Poco prima della nascita di Margarita, il compagno di Mabel è riuscito a tornare in Italia con visto turistico, e sono riusciti a trovare una sistemazione in un paese limitrofo alla città prima del parto. Anche grazie ai consigli della legale di Save the Children, la giovane si è subito mossa per ottenere la residenza nella nuova casa in modo da poter poi chiedere l'aiuto del servizio sociale territoriale.

Con il supporto della tutor di Per Mano, Mabel ha inoltre trovato un sostegno emotivo nel gruppo di mamme *“È stato veramente importante per me cominciare a frequentare il gruppo” - spiega Mabel - “mi ha fatto capire che non sono sola e che anche le altre mamme vivono le mie stesse difficoltà. Quando mia figlia è nata mi sentivo molto insicura. Piangeva spesso, soprattutto di notte, e pensavo che questo non fosse normale. Non sapevo come prenderla, non sapevo come allattarla. Condividere le mie paure, emozioni e insicurezze con altre donne mi è di grande aiuto, così come parlare con le operatrici, che sono sempre disponibili ad ascoltarmi e a darmi consigli. A volte una piccola indicazione pratica, ad esempio sull'uso del tiralatte, ti può far superare un problema che sembra insormontabile”.*

Durante la pandemia, Il papà di Margarita, nonostante il supporto legale offerto dal progetto, viveva ancora in uno status giuridico precario che non gli permetteva di lavorare in maniera stabile, e Mabel aveva da poco cominciato a lavorare come badante per supportare la famiglia. La situazione di forte affaticamento genitoriale e psicologico di Mabel si è oltremodo aggravata, non solo per la paura di non farcela ad arrivare a fine mese, ma anche per la paura dell'isolamento. Grazie al sostegno di Per Mano, l'intero nucleo familiare è stato sostenuto da una folla rete di supporto territoriale: un Assistente sociale territoriale, una psicologa ospedaliera, le Operatrici del progetto Fiocchi in Ospedale. Questo ha permesso a Mabel e alla sua famiglia di affrontare al meglio sia le difficoltà economiche che abitative, acquisendo la giusta consapevolezza per crescere al meglio Margarita.

Mabel e la sua famiglia hanno acquisito anche una maggiore autonomia nel rivolgersi ai servizi, nel conoscere i propri diritti e quelli della bambina e nella ricerca attiva di soluzioni ai propri problemi.

Oggi Mabel è una donna con un contratto part time a tempo determinato, consapevole delle sue competenze genitoriali ed organizzative, con una propria progettualità familiare sul lungo periodo e Margarita è una bambina felice, che frequenta il nido e che ha tutte le cure e l'affetto di cui ha diritto.

* Tutti i nomi indicati sono di fantasia, usati per proteggere l'identità dei minori e del nucleo familiare.

Napoli - LA STORIA DI CLAUDIA E SVEVA*

Sveva nasce a Napoli da due genitori molto giovani che hanno deciso di coronare il loro sogno d'amore sposandosi ed avendo subito la loro prima figlia.

Claudia, la madre di Sveva, ha sofferto la mancanza della madre e del padre fin da piccola. Mentre il padre soffriva di problemi di tossicodipendenza, la madre aveva problemi psichiatrici che l'hanno portata ad allontanarsi dalla famiglia lasciando Claudia alle cure della nonna. Prima di entrare in contatto con il progetto Per Mano quindi, Claudia aveva come punto di riferimento, oltre a suo marito, solo sua nonna. *"Quando l'abbiamo conosciuta Claudia era accompagnata dalla solitudine, anche perché è andata via da casa molto giovane, a 17 anni, e non aveva molte persone della sua età con cui confrontarsi"*: racconta Lulù, operatrice di Per Mano.

Oggi Claudia ha 24 anni e insieme a suo marito Roberto sono pieni di attenzioni verso la loro bambina. Entrambi i genitori hanno da subito dimostrato di avere la consapevolezza ed il desiderio di affidarsi a dei professionisti per migliorare le loro capacità genitoriali.

"Per me il progetto Per Mano è stato di grande aiuto perché mi sono sentita molto accolta dalle operatrici ed educatrici che mi sono state vicine quando avevo proprio il bisogno di essere accompagnata, data la brutta esperienza che avevo vissuto con il parto. Ho subito violenza ostetrica, ma grazie al progetto Per Mano ho avuto l'opportunità di essere visitata e poi seguita da ginecologi e ostetriche che mi hanno aiutata a superare il dolore psicologico e fisico che provavo", racconta Claudia, presa in carico con il progetto Per Mano fin dai suoi primi mesi di gravidanza

Dopo la prima fase post partum, il progetto Per Mano ha continuato a supportare in vario modo tutta la famiglia, anche e soprattutto durante il lockdown, offrendo a Claudia e Roberto un aiuto materiale, per affrontare al meglio le spese necessarie per la cura della piccola Sveva.

Grazie al sostegno del progetto, Claudia è riuscita ad affrontare al meglio anche il periodo del lockdown, nonostante sia stato duro per lei restare tanti giorni in casa con una bambina piccola, senza la possibilità di uscire. È riuscita a riemergere dalla solitudine, a trovare il coraggio di tirar fuori quel suo vissuto di dolore e disagio e di condividerlo con altre mamme che come lei avevano purtroppo avuto difficoltà simili.

"Il progetto Per Mano mi ha cambiato la vita ed è stato un punto di svolta per l'aiuto che ho avuto quando ho deciso di andare avanti con la mia vita e riscrivermi all'università. Con i fondi del progetto ho potuto completare l'iscrizione e pagare le prime rette" dice Claudia visibilmente contenta di aver ripreso a studiare.

Gli obiettivi della presa in carico di Sveva e del suo nucleo familiare sono stati raggiunti a pieno: oltre a un sostegno materiale, è stato avviato un intervento di empowerment genitoriale che ha incoraggiato Claudia ad avviare un percorso di inserimento lavorativo attraverso gli studi.

"Il progetto Per Mano per Claudia è stato un successo perché la ragazza è arrivata da noi incinta e si è sempre dimostrata molto fragile e chiusa. Invece con il progetto pian piano è riuscita ad aprirsi, ad esternare le sue difficoltà e a lavorarle insieme a noi. In questo modo è riuscita a trasformare queste sue fragilità in delle risorse e insieme abbiamo costruito un progetto di cambiamento che la sta portando verso l'autonomia, sia come mamma che come donna. Questo lo abbiamo visto soprattutto nella scelta di iscriversi all'università: oltretutto, Claudia si è talmente legata e appassionata al mondo di Per Mano che ha scelto di iscriversi proprio a Scienze dell'Educazione", conclude Tonia, tutor di Per Mano per il territorio di Napoli.

Torino - LA STORIA DI MICHELA E ARTURO*

Michela è la mamma di un ragazzo di 19 anni e di una bambina di 12 che da anni partecipano ai progetti che Save the Children realizza nel quartiere delle Vallette, a Torino.

Le operatrici conoscono Michela da molto tempo, frequenta i momenti di gruppo che vengono realizzati per i genitori si è data spesso da fare con attività di volontariato per supportare il lavoro di Save the Children nel territorio. Allo stesso modo le operatrici si sono date da fare per supportarla nei momenti più bui della sua storia, e per aiutarla a riemergere: quando a giugno del 2019 si è presentata da loro incinta di 20 settimane del suo terzo figlio, non hanno esitato un attimo ad inserirla nel progetto Per Mano.

Ad uno sguardo esterno, Michela è una mamma esperta e indipendente, lavora come cameriera, cresce da sola i suoi due figli e conosce i servizi del quartiere. Le operatrici però conoscono la sua storia e sanno che vive in condizioni di estrema vulnerabilità, è spesso in preda all'ansia e si preoccupa molto per il futuro della sua famiglia, per questo decidono di elaborare con lei un programma di supporto.

Michela infatti è una sopravvissuta: quattro anni prima era riuscita ad uscire da una storia di violenza, ma a causa delle ferite che sono state inflitte a lei e ai suoi figli – a lungo vittime di violenza assistita – è insicura e cade spesso in preda alle preoccupazioni. Teme per l'incolumità del nuovo arrivato e si sente sola, sebbene viva con un nuovo compagno e con i suoi figli. Anni prima le operatrici dei progetti di Save the Children l'avevano supportata nella ricerca di un avvocato e nell'andare avanti con il percorso di fuoriuscita da una relazione abusiva, ma ora hanno un nuovo compito, supportare Michela nel ricostruirsi una nuova maternità, libera dalla violenza.

Michela viene seguita per tutta la gravidanza, durante la quale ha bisogno di un forte supporto emotivo e psicologico. Il piccolo Arturo nasce prematuro e con il piede torto, deve portare prima un gesso e poi un tutore. A seguito del parto, Michela subisce un'isterectomia ed è costretta al riposo.

Il periodo del post-parto è, come si può immaginare, molto duro per lei. Le tutor le stanno accanto per cercare di alleviare il suo senso di inadeguatezza e rafforzare il rapporto mamma-bambino. Michela risponde bene, ma la situazione viene presto aggravata dalla pandemia.

È in questo periodo che il padre di Arturo lascia Michela e suo figlio per tornare a vivere dai genitori. Le tutor, che continuano a seguirla anche a distanza, le consigliano un supporto psicologico esterno, ma lei risponde che le basta essere parte del progetto, parlare con loro, tornare a frequentare il centro.

Appena le attività in presenza sono di nuovo rese possibili, Michela frequenta tutti i corsi di empowerment genitoriale, entra in un gruppo di nuove mamme, ritrova la fiducia nelle sue competenze. Inizialmente ha difficoltà a lasciare il bambino, continua a temere per la sicurezza dei suoi figli, ma condividere spazi e momenti di genitorialità con altre madri le ridà la fiducia nel prossimo, lentamente inizia a lasciare il bambino per riprendersi un po' di tempo per sé stessa. Frequenta laboratori di valorizzazione della propria creatività, decide di cercare un nuovo lavoro – dopo aver perso il posto a causa della maternità e della pandemia. In questo è stato fondamentale il sostegno delle tutor, che l'hanno supportata ad iscrivere al nido il piccolo Arturo, nonostante le sue iniziali reticenze.

Oggi Michela è una mamma-tutor: ha ritrovato confidenza nelle sue capacità ed è di sostegno alle mamme più inesperte, che ora la vedono come una figura di riferimento.

Continua a svolgere attività di volontariato presso il centro alle Vallette e a cercare un nuovo impiego.

La paura non governa più le sue giornate, vive con i suoi tre figli che crescono forti.

* Tutti i nomi indicati sono di fantasia, usati per proteggere l'identità dei minori e del nucleo familiare.

Quando abbiamo iniziato a scrivere questo rapporto eravamo appena usciti dall'ultima fase acuta della pandemia. Non pensavamo che lo avremmo concluso durante una nuova drammatica crisi, che coinvolge milioni di persone, tra le quali circa 6 milioni di bambine e bambini.

Se la pandemia ha reso evidenti i limiti del nostro modello di welfare, la guerra rischia di distruggere, oltre che le vite umane, anche i diritti delle persone, primo fra tutti quello delle bambine e dei bambini alla protezione e alla cura. Per questo ribadiamo il nostro impegno nel contrastare ogni forma di violenza e di conflitto armato.

Anche se non possiamo evitare che la storia mostri il suo volto più drammatico, dobbiamo continuare a esercitare la nostra responsabilità per migliorare le vite dei bambini e delle loro famiglie.

*Come diceva la fondatrice di Save the Children, Eglantyne Jebb **“non c'è un'impossibilità intrinseca di salvare i bambini nel mondo.***

È impossibile solo se ci rifiutiamo di provarci”

NOTE

- 1 WHO, World Bank Group, UNICEF, et al., Nurturing Care Framework for Early Childhood Development, 2018. I common approach a cui Save the Children fa riferimento per i suoi programmi destinati alla prima infanzia sono, tra gli altri: UN, Sustainable Development Goals (SDGs) 2030; Ministero della Salute, Piano nazionale della prevenzione 2020-2025; Ministero della Salute, AGENAS et al, Documenti preparatori del Dm 71 Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria nel territorio, 2021; Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 21-23, 2021; MIUR Linee pedagogiche per un sistema integrato di educazione e istruzione 06, 2021 e Orientamenti nazionali per i servizi educativi per l'infanzia, 2021.
- 2 Il progetto sin dall'inizio ha avuto come obiettivo quello di raggiungere 1.000 bambini e bambine nei primi 1.000 giorni di vita. Inizialmente si immaginava una divisione tra 200 nuclei famigliari da seguire con percorsi di lungo periodo (anche detti ad alta intensità) e 800 con percorsi di breve periodo (o a bassa-media intensità), ma le circostanze hanno richiesto un maggior investimento nelle prese in carico ad alta intensità – che sono divenute 217 – con una conseguente riduzione del budget disponibile per le basse intensità – che si sono attestate a 702, per un totale di 919, che sono le famiglie monitorate in questo report. A questo numero vanno però aggiunti 90 bambini e i loro nuclei famigliari incontrati con Per Mano ma inviati al programma Fiocchi in Ospedale, che hanno permesso di raggiungere un totale complessivo di 1.009 bambine e bambini.
- 3 https://www.istat.it/it/files/2021/06/REPORT_POVERTA_2020.pdf
- 4 Per quanto, secondo la definizione dell'OMS, i primi 1.000 giorni di vita si riferiscano al periodo che va dal concepimento al compimento del secondo anno di vita post natale, molta letteratura di riferimento parla di un periodo più prolungato che va a coincidere con la fase 0-3 anni, e cioè la fase che precede l'inserimento alla scuola dell'infanzia. Anche nel presente documento si utilizza la dicitura primi 1.000 giorni in questo modo estensivo.
- 5 Save the Children definisce una dote di cura “un intervento strutturato condiviso e temporaneo di supporto personalizzato, anche di tipo materiale, destinato a un nucleo familiare all'interno del quale vivano uno o più minori”. La condizione essenziale perché l'erogazione di una dote di cura abbia senso ed efficacia è rappresentata dall'esistenza di una presa in carico integrata del nucleo interessato, vale a dire da una mobilitazione coordinata, competente e integrata di attori pubblici, privati e del privato sociale dei settori sanitario, sociale ed educativo.
- 6 Cfr. OXFAM, La pandemia delle disuguaglianze, Rapporto 2022.
- 7 “Nel corso dell'epidemia di Covid-19 (...) soprattutto durante il periodo di confinamento (...) la coabitazione giorno e notte con il violento, l'aumento dello stress e l'oggettiva difficoltà per le donne di rivolgersi ai servizi dedicati per chiedere aiuto, hanno portato a un aumento drammatico delle violenze.” D.i.Re “Il nostro bilancio sociale 2020”, p.28.
- 8 Tutte le nazionalità rappresentate, tra parentesi il numero dei nuclei presi in carico: Italiana (372); Nigeriana (105); Marocchina (70); Egiziana (55); Bengalese (39); Peruviana (35); Rumena (23); Senegalese e Srilankese (22); Pachistana (16); Filippina (13); Indiana (12); Ecuatoriana (9), Etiopica e Salvadoregna (8); Albanese, Sudanese e Ucraina (7); Tunisina (6); Dominicana, Georgiana e Ivoriana (5); Bosniaca, Capoverdiana, Ghanese, Moldava e Siriana (4); Algerina, Boliviana, Burkinabè, Camerounense, Eritrea e Nepalese (3); Beninese, Congolese, Colombiana, Gambiana, Keniota, Togolese e Venezuelana (2); Australiana, Bielorusa, Bulgara, Croata, Francese, Gabonese, Guineiana, Honduregna; Kirghiza, Macedone del Nord, Maliana, Montenegrina, Nicaraguense, Nigerina, Polacca e Ugandese (1).

-
- 9 Il problema della disoccupazione materna è stato molto discusso anche a seguito dei dati Eurostat del 2020, che vedono le italiane all'ultimo posto nella classifica delle donne lavoratrici con figli in Europa <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210809-1>
- 10 Su 777 coppie in 409 casi (53%) lavorava esclusivamente il padre; in 28 lavorava esclusivamente la madre (3,6%); in 250 (32%) entrambi disoccupati; in 79 (10%) entrambi occupati – in 11 casi il dato non è stato registrato.
- 11 Milano ha un sistema di reti territoriali funzionante e molto vivace, recentemente stimolato dal programma QuBì, promosso dalla Fondazione Cariplo e sostenuto da una serie di fondazioni influenti nella città. Le ricette QuBì per contrastare la povertà infantile hanno fatto un enorme sforzo per armonizzazione e collegare le risorse del terzo settore e quelle del servizio pubblico, cosa che ha facilitato la conoscenza del progetto tra le reti. Vale la pena sottolineare che il progetto Per Mano, ormai concluso, continua in una versione ridotta nella città di Milano grazie al supporto della Fondazione Cariplo, con il nome di Per Mano QuBì, correntemente alla sua seconda edizione.
- 12 Per il resto si è trattato di nuclei Ghanesi (3), Capoverdiani (2), e un nucleo Algerino, uno Bulgaro, uno Burkinabè, uno Ivoriano, uno Kirghizo e uno Rumeno.
- 13 Il 26,7% ha dichiarato di essere sostenuto dai servizi sociali, il 24,4% da quelli sanitari, il 21,7% da associazioni di volontariato, il 17,5% dal comune ed il 5,5% dall'INPS. È importante specificare che questi aiuti si sono spesso cumulati fra di loro, infatti il 62,7% delle famiglie prese in carico usufruiva di almeno due di questi sostegni, il 2,76% usufruiva di un sostegno solo, mentre il 34,56% non usufruiva di alcun sostegno. È interessante segnalare che solo il 7,8% delle famiglie ha dichiarato di usufruire del Reddito di Cittadinanza.
- 14 La somma dei due è più alta del 53% poiché in alcuni casi sia il minore che uno o più membri della famiglia hanno manifestato questo bisogno.
- 15 Delle 33 nascite a rischio, in 29 casi la patologia è stata curata o è stato ottenuto un supporto di lungo termine (13% tot, 87% delle nascite a rischio), 2 situazioni sono rimaste invariate o peggiorate (1% tot, 6% delle nascite a rischio), di 2 non sono stati registrati i dati (1% tot, 6% delle nascite a rischio).
- 16 Per approfondire il tema si rimanda al progetto della rete zeroisei, questo articolo in particolare può essere di supporto: <https://retezeroisei.savethechildren.it/approfondimenti/diritto-relazione/costruire-il-senso-del-noi-attivita-di-supporto-alla-genitorialita/>
- 17 Per quanto riguarda i padri il dato è più positivo, con poco meno del 17% di scarsa conoscenza della lingua. Quest'ultimo dato va letto nel contesto dei rapporti di lavoro o sociali, che sono maggiori per i padri e più limitati o inesistenti per le donne, soprattutto in alcune comunità. È anche rilevante specificare che spesso erano le madri a relazionarsi con le tutor di Per Mano, e dunque non sempre è stato possibile valutare la conoscenza linguistica dei padri.
- 18 Se si guarda ai dati delle chiamate al numero verde nazionale antiviolenza 1522 si può, infatti, notare come dal 1° marzo al 16 Aprile 2020 ci sia stato un aumento del 73% rispetto allo stesso periodo del 2019 con un aumento delle vittime che hanno chiesto aiuto del 59% rispetto allo scorso anno (ISTAT, 2020).
- 19 L'obbiettivo era di fornirla al 100% dei nuclei, ma ciò non è stato possibile per vari motivi, è ad esempio capitato che il nucleo si rendesse irreperibile o irraggiungibile poco dopo il colloquio di apertura della presa in carico, oppure che, essendo molto poco collaborativo o interessato esclusivamente all'aspetto economico del progetto, le tutor si siano viste costrette ad interrompere la presa in carico in anticipo. A ciò vanno aggiunti anche una manciata di casi nei quali il minore preso in carico è deceduto o la madre ha avuto un aborto spontaneo (in alcuni casi la dote è stata utilizzata per supportare le spese funebri).

-
- 20** È importante specificare che in questo paragrafo parliamo di accompagnamento al sistema sanitario con l'obiettivo di far acquisire alle famiglie piena autonomia nell'accesso ai servizi di base e nell'esercizio di un diritto fondamentale. Separato è invece il discorso relativo all'accesso ai servizi sanitari legato a patologie specifiche o alla salute mentale, che abbiamo registrato come un bisogno differente. L'intervento – a tutela della salute – viene riportato più avanti.
- 21** A partire dal 2009 Save the Children Italia si è dotata di una Policy di tutela per minori – la Child safeguarding Policy – tramite la quale esprime il proprio posizionamento in merito alla tutela e alla protezione dei beneficiari e delle beneficiarie minorenni che raggiunge con i propri progetti e attività. Inoltre dal 2015 Save the Children Italia ha altresì adottato una policy per la protezione dei beneficiari e delle beneficiarie +18 (Protection against Sexual Exploitation, Abuse and Harassment Policy). Entrambe le policy contengono precisi standard di tutela, un codice di condotta vincolante per chiunque collabori con SC Italia e procedure chiare per riportare eventuali violazioni delle policies e del codice di condotta.
- 22** In totale, sono stati spesi 358.700,2 Euro per le alte intensità e 197.697,01 Euro per le basse e medie intensità. La spesa media per presa in carico si è attestata a 605,43 Euro, se si considerano invece solamente le 217 alte intensità la media di spesa per presa in carico è stata di 1.652,99 Euro, considerando invece le 702 prese in carico a bassa e media intensità la spesa media è stata di 281,61 Euro.
- 23** Con questo termine si intende la stratificazione di varie situazioni di complessità già da sole difficili da risolvere, per esempio: famiglie povere con patologie e/o dipendenze, con situazioni di violenza domestica, con problemi legati ai documenti, che quindi diventano un problema per l'accesso ai servizi essenziali o per trovare un lavoro con regolare contratto, ecc. La spirale può continuare all'infinito.
- 24** Disponibile per intero qui: <https://www.miur.gov.it/-/decreto-ministeriale-n-71-del-25-luglio-2020>

Noi di Save the Children vogliamo
che ogni bambina e ogni bambino
abbiano un futuro.

Lavoriamo ogni giorno con passione,
determinazione e professionalità
in Italia e nel resto del mondo per dare
alle bambine e ai bambini l'opportunità
di nascere e crescere sani, ricevere
un'educazione ed essere protetti.

Quando scoppia un'emergenza,
siamo tra i primi ad arrivare
e fra gli ultimi ad andare via.

Collaboriamo con realtà territoriali
e partner per creare una rete che ci aiuti
a soddisfare i bisogni delle e dei minori,
garantire i loro diritti e ad ascoltare
la loro voce.

Miglioriamo concretamente la vita
di milioni di bambine e di bambini,
compresi quelli più difficili da raggiungere.

Save the Children, da oltre 100 anni,
lotta per salvare le bambine e i bambini
a rischio e garantire loro un futuro.



Save the Children

Save the Children Italia Onlus
P.zza di San Francesco di Paola 9 - 00184
Roma
tel +39 06 480 70 01
fax +39 06 480 70 039
info.italia@savethechildren.org

www.savethechildren.it