CRESCERE BENE: INFANZIA E ADOLESCENZA COME RESPONSABILITÀ CONDIVISA TRA SANITÀ, SCUOLA E TERRITORI

Quando si discute del futuro del Servizio sanitario nazionale (SSN), il confronto si concentra quasi sempre sull'invecchiamento della popolazione, sulla sostenibilità economica, sulle liste d'attesa e sulla carenza di personale. Sono questioni reali e centrali.
Accanto a questi temi, però, resta spesso in ombra una domanda ancora più fondamentale: quali condizioni stiamo costruendo oggi perché bambini e adolescenti possano crescere bene?
È importante dirlo con chiarezza: la salute delle nuove generazioni non dipende principalmente dal sistema sanitario. Il SSN è un attore essenziale, ma non rappresenta il principale determinante del loro benessere. Sappiamo bene che la salute dei bambini e adolescenti si costruisce soprattutto nel contesto sociale, educativo, economico e ambientale in cui vivono.
Famiglia, asilo, scuola, qualità dei servizi educativi, sicurezza degli spazi urbani, condizioni abitative, opportunità culturali e sportive, accesso tempestivo ai servizi sociali e sanitari: sono questi i fattori che incidono in modo decisivo sullo sviluppo fisico, psicologico e relazionale delle nuove generazioni.
Le evidenze scientifiche mostrano come molte delle disuguaglianze osservabili in età adulta abbiano origine nei primi anni di vita e tendano a consolidarsi durante l'infanzia e l'adolescenza. Investire in queste fasi della vita significa quindi intervenire precocemente sui determinanti della salute lungo tutto il corso dell'esistenza, riducendo le fragilità future e migliorando la qualità della vita delle persone.
Per questo, investire nell'infanzia significa adottare politiche pubbliche capaci di integrare sanità, scuola, servizi sociali e comunità. La sfida non è potenziare singoli ambiti d'intervento, ma costruire una *governance* che renda queste competenze parte di un progetto comune (vedi a riguardo Tamburlini G. Un sistema coordinato e integrato di servizi per l'accompagnamento e il supporto alle famiglie nei primi 1.000 giorni. *Medico e Bambino* 2026;45(5):324-5. doi: 10.53126/MEB45324).
È soprattutto a livello territoriale che questa ricomposizione può realizzarsi. Regioni e Comuni dispongono oggi di risorse più consistenti rispetto al passato, ma tali risorse arrivano frequentemente suddivise in capitoli distinti - sanitario, sociale, educativo, infrastrutturale - che finiscono per alimentare interventi validi, ma scarsamente coordinati tra loro.
Le conseguenze di questa frammentazione emergono con particolare evidenza nell'adolescenza, una fase della vita in cui i bisogni diventano più complessi e richiedono risposte integrate.
Per molti anni il disagio adolescenziale è stato interpretato come un fenomeno transitorio o come una conseguenza temporanea della pandemia. Oggi appare sempre più evidente che siamo di fronte a cambiamenti strutturali. L'aumento delle fragilità psicologiche, dei disturbi d'ansia e depressivi, dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, del ritiro sociale, dei comportamenti autolesivi e delle difficoltà relazionali rappresenta una delle principali sfide sanitarie e sociali del nostro tempo.

A preoccupare non è soltanto la crescita dei bisogni, ma anche la difficoltà di costruire risposte continue e realmente integrate. Troppo spesso servizi sanitari, scuola, servizi sociali, Terzo settore e Amministrazioni locali operano con linguaggi, tempi e obiettivi differenti. Le famiglie sono costrette a orientarsi tra strutture e professionisti diversi, mentre bambini e ragazzi attraversano servizi molteplici senza una regia condivisa che assicuri continuità nei percorsi.
L'integrazione può assumere forme molto concrete:

- Centri educativi territoriali nei quali psicologi, educatori e assistenti sociali collaborino nella prevenzione del disagio e nel sostegno alle famiglie, evitando inutili passaggi burocratici.
- Presìdi di prossimità collocati anche nei luoghi frequentati quotidianamente da bambini e adolescenti - come scuole, spazi aggregativi e impianti sportivi - nei quali possano collaborare, secondo modelli organizzativi definiti a livello territoriale, educatori, psicologi e altri professionisti della rete. L'obiettivo non sarebbe soltanto offrire un servizio aggiuntivo, ma rendere più facile l'intercettazione precoce delle situazioni di difficoltà.
- Un ulteriore passo potrebbe essere rappresentato dalla costruzione di un percorso condiviso per le situazioni più complesse di vulnerabilità: un referente riconoscibile per la famiglia, una valutazione multidisciplinare e un progetto individuale concordato tra servizi sanitari, scuola e servizi sociali, con verifiche periodiche e continuità nel tempo. In questo modo l'integrazione non sarebbe soltanto uno scambio di informazioni tra professionisti, ma una modalità concreta di presa in carico, nella quale la famiglia non debba essere lasciata sola a ricomporre i diversi pezzi del sistema.
- Esiste, infine, una carenza di strutture residenziali e semiresidenziali adeguate ad accogliere bambini e adolescenti che, per condizioni di fragilità sociale, familiare, psicologica o psichiatrica, necessitano temporaneamente di un contesto educativo e assistenziale diverso da quello familiare. La disponibilità è oggi insufficiente soprattutto per le situazioni più complesse, con il rischio di percorsi frammentati, liste d'attesa o collocazioni non appropriate. In alcuni casi, la mancanza di una soluzione territoriale può anche prolungare la permanenza in ospedale oltre la fase acuta.
  Per questo sarebbe necessario rafforzare una rete territoriale di comunità e strutture residenziali e semiresidenziali, differenziate per tipologia di bisogno e integrate con i servizi sanitari, sociali, educativi e con le famiglie. L'obiettivo non è solo quello di aumentare i posti disponibili, ma di garantire risposte appropriate e diversificate, evitando che la ricerca di una collocazione diventi essa stessa un'emergenza.

Non si tratta di modelli teorici, ma di esempi concreti di una diversa organizzazione dei servizi territoriali, capace di rispondere ai bisogni delle nuove generazioni in modo più efficace.
In questa prospettiva il SSN rimane un pilastro imprescindibile, ma non può essere lasciato solo. Deve diventare

parte di una rete stabile che coinvolga scuola, servizi sociali, amministrazioni locali, associazionismo e comunità.
La questione, dunque, non riguarda soltanto quanto investire nella Sanità dei prossimi anni, ma come rendere coerenti e complementari gli investimenti già esistenti nei diversi settori.
Investire nell'infanzia e nell'adolescenza significa costruire territori capaci di accompagnare lo sviluppo delle persone, non soltanto di curarne le malattie. Significa passare da un sistema che interviene quando il problema è già esploso a uno che riconosce precocemente le fragilità, le affronta in modo condiviso e le trasforma in opportunità di crescita.
Colpisce che un tema così strategico continui a essere affrontato separatamente nei dibattiti pubblici, come se sanità, scuola e politiche sociali appartenessero a mondi distinti. Eppure è proprio nella loro integrazione che si gioca una parte rilevante del futuro del Paese.
Una società che investe davvero su bambini e adolescenti non è quella che moltiplica gli interventi, ma quella che sa renderli coerenti, coordinati e continui nel tempo. Perché la qualità della crescita delle nuove generazioni non determina soltanto il loro futuro, ma anche la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, la coesione sociale e la capacità di sviluppo dell'intero Paese.

Federico Marchetti
UOC di Pediatria, Ospedale di Ravenna,
Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC),
Università di Bologna

SE BAMBINE E BAMBINI FOSSERO IL PARAMETRO
Suggerimenti per un tribunale implacabile e per una tassa ineludibile

Immaginiamo che l'interesse di bambine e bambini diventi il metro con cui misurare, pubblicamente, le azioni di Governi e Amministrazioni locali, così come, magari, dei singoli, di tutti noi. Bambine e bambini, intendiamoci, nella loro interezza: la loro integrità fisica, la loro salute, la loro nutrizione, la loro sicurezza, il loro pieno diritto ad avere un nome, un'identità plurale di persone in crescita, con un retroterra culturale, una storia familiare, dei desideri. Soprattutto, con un'esistenza riconosciuta nel suo valore qui e ora, non in quanto nostro futuro, nostra proiezione, capitale umano da sviluppare per la società di domani. Un metro quindi molto diverso da quelli di cui già disponiamo: gli indicatori, e relative classifiche, su salute, nutrizione, educazione, sicurezza, povertà.

Immaginiamo che questo metro misuri gli effetti su bambine e bambini, nostri o di altri Paesi, delle azioni pubbliche così come di quelle private, e che queste misure siano sistematicamente rese pubbliche, da chi vuole essere "avvocato" dell'infanzia: società professionali, organizzazioni, fondazioni, media. Non accadrebbe forse allora che chi dei bambini fa strumento di conflitto, o chi non ne considera la condizione e le sofferenze, che siano interi Governi o singoli o gruppi, diventi oggetto di pubblico abominio prima ancora che per sentenze formali di tribunali?
Il *superiore* (è superlativo assoluto, quindi *primario*) interesse del minore è riconosciuto dalla Convenzione sui Diritti dell'infanzia (CRC), e la CRC è stata sottoscritta da tutti i Governi o quasi. Ma sappiamo bene che non vi è diritto più disatteso, oggi. Nel mondo, come purtroppo drammaticamente evidente, soprattutto per mano dei signori della guerra, veri antigenitori, ma pure per mano di chi sottrae o lesina i fondi ai servizi per l'infanzia. Nelle nostre stesse comunità, dove pure accade che questo primario interesse venga così spesso eluso, dai bilanci delle Pubbliche Amministrazioni così come a volte dalle stesse aule di giustizia, e dai comportamenti dei singoli, come accade di vedere in non pochi casi di separazione conflittuale. Per riuscire dove gli ordinamenti internazionali e nazionali non riescono, occorre portare questa materia sempre davanti, in prima pagina. Ogni nuova strage, ogni nuova piccola vittima di proiettili o di diritti calpestati, dovrebbe avere il suo nome in prima pagina.

E immaginiamo che, coerentemente con questa metrica e visione *child-focused*, ci sia una tassa ("di scopo", così si chiamano, e sono previste dalla legge) specificamente finalizzata a finanziare nidi, scuole, spazi, laboratori, un servizio civile precoce. Si sa, ed è comprensibile, che nessuno ami le tasse. Ma se ci fosse una chiara finalizzazione per l'infanzia, dimostrata da evidenze e documentabile nei suoi effetti, non ci sarebbe un'adesione molto ampia e convinta?

Basterebbe renderli sempre visibili, le bambine e i bambini, per tenerli bene in testa.

Giorgio Tamburlini
CSB, Centro di Competenze 1.000 giorni