

Senato della Repubblica

Audizione di Save the Children sul percorso nascita

2 luglio 2015

1. Premessa – Il Rapporto Mamme in arrivo

Il mio contributo informativo ha per oggetto il percorso nascita vale a dire il periodo che intercorre dal momento della scoperta di una gravidanza al termine dei primi tre anni di vita del bambino.

Save the Children, la più grande organizzazione internazionale indipendente dedicata dal 1919 alla tutela dei diritti dei bambini e alla salvaguardia del loro benessere, svolge, tra le altre attività, ricognizioni conoscitive che si focalizzano su fenomeni di interesse per la vita e il sano sviluppo dei bambini. Tra queste, una particolare rilevanza hanno assunto negli ultimi anni i rapporti conoscitivi dedicati alla condizione delle mamme nel mondo e in Italia.

Per quanto riguarda in particolare l'Italia, dopo un esame degli effetti della crisi sulla maternità (Rapporto Mamme nella crisi) e degli effetti delle maternità precoci (Rapporto Piccole mamme), l'attenzione si è focalizzata sul percorso nascita e nel mese di febbraio 2015 è stato pubblicato il rapporto Mamme in arrivo del quale io sono tra i curatori.

Il Rapporto, come tutti gli strumenti conoscitivi messi a punto da Save the Children, non si propone come un lavoro di carattere statistico né di economia sanitaria – lavori peraltro egregiamente condotti da istituti di ricerca pubblici e privati – ma come un contributo alla formulazione di linee di intervento per le politiche pubbliche che hanno un impatto sulla condizione dei bambini e, in particolare, dei bambini che nascono in contesti di fragilità economica e sociale. Questo lavoro si fonda sia sull'acquisizione di informazioni di carattere statistico, sia sull'esame degli strumenti legislativi e delle politiche pubbliche già esistenti, sia sulla valorizzazione delle esperienze condotte sul campo da Save the children e da altri attori partner.

Il Rapporto Mamme in arrivo valorizza quindi sia il lavoro di indagine condotto da istituzioni quali EUROSTAT, OCSE, ISTAT, Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, Società professionali coinvolte nel settore materno-infantile, Istituti di ricerca privati e mondo accademico in generale, sia l'esperienza del progetto Focchi in Ospedale, avviato dal 2012 da Save the Children in alcuni grandi ospedali italiani. Si tratta di un progetto di ascolto e accoglienza di mamme e genitori sia prima, sia dopo l'esperienza del parto, che mira a rafforzare le competenze genitoriali, a migliorare il coordinamento e l'integrazione dei servizi ospedalieri con quelli del territorio e a favorire una presa in carico integrata dei nuclei particolarmente fragili.

2. Quadro di riferimento: umanizzazione, sicurezza, appropriatezza.

Il quadro di riferimento del Rapporto è rappresentato dalle "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel

percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” frutto dell’accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, i Comuni e le Comunità montane del 16 dicembre 2010 e da tutti i documenti e le linee guida prodotti successivamente con l’intento di favorire l’attuazione degli obiettivi contenuti in quell’accordo.

I provvedimenti definiti nell’accordo del 2010 si rifacevano tutti a un obiettivo strategico fondamentale, quello di accrescere l’umanizzazione, la sicurezza e l’appropriatezza degli interventi di assistenza e cura durante il percorso nascita.

Questo obiettivo rappresenta il quadro di riferimento al quale il Rapporto si rifà. A questo obiettivo si riferiscono dunque, sia i punti critici messi in luce dal Rapporto, sia le linee di lavoro che vengono proposte.

3. In Italia si nasce bene, ma al nord si nasce meglio

In Italia si nasce bene. La mortalità infantile e quella materna si sono enormemente abbattute nell’ultimo ventennio facendo raggiungere al nostro paese posizioni di assoluta qualità al livello europeo e dei paesi OCSE. Rispetto a una media europea del 3,9 per mille, l’Italia presenta un dato di mortalità infantile (0-1 anni) del 3,2 per mille (ISTAT 2014 su dati 2011). Si consideri che la Svezia che risulta essere il paese più virtuoso ha un tasso del 2,1 per mille.

Tuttavia, questo dato assolutamente incoraggiante, si scontra con una vistosa disparità territoriale. La Società Italiana di Pediatria segnala il fatto che le percentuali di mortalità infantile, non solo sono del 30% più alte nelle regioni del sud rispetto a quelle del nord, ma anche che negli ultimi 10 anni la distanza non si è ridotta, con punte del 4,8 per mille in Sicilia e 4,1 in Campania contro il 2,6 del Piemonte, il 2,7 del Veneto o il 2,9 della Lombardia.

Le cause di questa disomogeneità sono da attribuirsi in parte ad una disparità di condizioni generali di benessere dei nuclei familiari, ma per la maggiore parte dei casi, secondo l’opinione dei pediatri esiste un problema di disomogeneità nell’assistenza e nelle cure perinatali: disomogeneità nella sicurezza dei punti nascita e nella disponibilità di TIN, disomogeneità nella disponibilità di trasporti materni e neonatali di emergenza, disomogeneità nella pratica degli screening neonatali, discrezionalità delle singole regioni per quanto riguarda anche l’obbligatorietà di alcune vaccinazioni.

4. In Italia si nasce poco

Anche le donne straniere si attestano su una percentuale di fecondità stabile e non più in crescita. Le sfide di un paese con un gap sempre più alto tra numero di morti e numero di nuovi nati. Il tasso di natalità era del 9,8 per 1000 nel 2008 e 8,5 nel 2013, il che significa 70 mila bambini in meno. È come se fosse scomparsa l’intera città di Viterbo. E tra il 2013 e il 2014 il calo delle nascite raggiunge il suo record con un tasso che si aggira intorno all’8 per mille e 5000 bambini in meno rispetto al 2013 (da 514 mila a 509 mila)! Il numero di nascite più basso dall’Unità d’Italia.

5. Prepararsi al parto

La preparazione al momento del parto rappresenta un tema cruciale per la qualità della nascita e delle cure genitoriali dopo la nascita.

L'Italia è considerabile come il paese che ha inventato e sperimentato prima di ogni altro in Europa lo strumento del consultorio familiare. Uno strumento fondamentale per ridurre la medicalizzazione della gravidanza e del parto umanizzandola, senza trascurare però un'adeguata preparazione delle coppie all'imminente cambiamento della propria vita legato alla nascita di un figlio. Al centro dell'azione del consultorio familiare vi sono tre elementi considerati fondamentali dalle linee guida scaturite dall'accordo Stato Regioni del 2010:

- ✓ l'offerta attiva, cioè la cura del contatto con i potenziali beneficiari del servizio, anche quelli che non vanno di loro iniziativa, e quindi l'informazione completa di tutti i potenziali beneficiari riguardo agli aspetti, clinici e non, connessi alla gravidanza, al parto e alla genitorialità;
- ✓ l'approccio multidisciplinare alla gravidanza e alla nascita, che rende il percorso nascita un percorso fisiologico e non una malattia da risolvere tra ambulatorio e ospedale;
- ✓ l'integrazione socio-sanitaria dell'assistenza, e quindi l'intervento preventivo e precoce di orientamento sulle opportunità di assistenza sanitaria e sociale offerte dal territorio prima e dopo il ricovero ospedaliero per il parto e la riduzione del rischio di trovarsi da soli una volta usciti dall'ospedale, con conseguenze particolarmente gravi soprattutto per i nuclei più deboli sul piano economico e sociale come quelli a basso reddito, quelli monoparentali o quelli immigrati.

Nonostante la loro diffusione capillare sul territorio che li rende il servizio di prossimità più diffuso dopo i Comuni, i consultori familiari pubblici non sembrano rappresentare un punto di forza dell'assistenza perinatale. L'Istituto Superiore di Sanità nel suo rapporto di valutazione sul percorso nascita¹, dopo aver ribadito la centralità della rete dei consultori per un'assistenza accogliente sul territorio, formula una lista di criticità emerse in sede di valutazione:

- ✓ Pochi fondi: forme sostanziali di emarginazione da parte dei tradizionali servizi sanitari, che operano spesso adottando un modello di salute biomedico e con modalità paternalistico-direttive. Conseguente scarsità di risorse assegnate. Si consideri che nel 2008, cioè in una fase "pre-crisi", solo 6 Regioni (più alcune AASSLL del Lazio) risultano dotate di un budget vincolato da parte delle AASSLL per le attività dei consultori: Piemonte, Provincia di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, e Sicilia².
- ✓ Poco personale: personale insufficiente per tipologia e per numero di ore.
- ✓ Pochi consultori: numero limitato di consultori (con organico adeguato) per unità territoriale: la legge 34/1996 stabilisce che ci sia una media di un consultorio ogni 20 mila abitanti (uno ogni 10-15 mila per realtà rurali o disperse, uno ogni 25-30 mila per realtà urbane).
- ✓ Scarsità di servizi offerti: Scarsità di offerta di servizi di secondo livello di ginecologia ambulatoriale e di terapia familiare. Debolezza di "offerta attiva", cioè di un percorso dinamico che va dal consultorio alle persone, con garbo e capacità di ascolto delle diverse necessità.
- ✓ Impossibilità di valutazione dell'operato: assenza di indicazioni programmatiche, a livello regionale e, conseguentemente, a livello di ASL, con identificazione scientifica di obiettivi di salute misurabili

¹ Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, "Percorso nascita: promozione e valutazione dei modelli operativi", 2012, p. 5-6.

² Ministero della Salute, "Organizzazione e attività dei Consultori familiari pubblici in Italia nell'anno 2008", 2010, p.14.

e di indicatori di esito corrispondenti, di popolazione bersaglio e di azioni raccomandate con i relativi indicatori di risultato e di processo, sulla base dei quali disegnare la progettazione operativa e stimare i carichi di lavoro e le risorse necessarie. Conseguente assenza di valutazione scientifica dell'operato, o limitata alla valutazione delle sole prestazioni ambulatoriali tradizionali.

Il fenomeno – tra i tanti – che si accompagna al depotenziamento del ruolo dei consultori familiari nel percorso nascita e alla conseguente riduzione della partecipazione ai Corsi di accompagnamento alla nascita e che probabilmente ha con esso una correlazione significativa, è quello dell'eccessiva medicalizzazione della gravidanza.

Secondo l'Istituto superiore di Sanità, il 72% delle donne in gravidanza effettua oltre tre ecografie – spesso di qualità non eccellente – quando le linee guida le raccomandano non più di due nei casi di gravidanza fisiologica. Inoltre, il 75% delle donne incinte assume almeno un farmaco durante la gravidanza.

6. Nascere in sicurezza?

La ragione per cui la Conferenza Stato Regioni nelle sue linee guida del 2010 raccomandava la chiusura o la messa in sicurezza dei punti nascita che effettuavano meno di 500 parti all'anno è una ragione di sicurezza. Sicurezza legata alla disponibilità di doppia guardia ostetrica 24 ore su 24, alla disponibilità di TIN, alla disponibilità di sistemi di trasporto materno e neonatale di emergenza e alla consuetudine a una certa "manualità" del parto naturale.

Le strutture con meno di 500 parti all'anno, stando alle SDO pubblicate dal Ministero della Salute lo scorso luglio 2014 e riferite all'anno 2013, ammontano a una percentuale di poco inferiore al 30% dei punti nascita (29,4%). Tali strutture sono concentrate in particolare nelle regioni del sud d'Italia, con una punta particolarmente alta in Campania (20), seguita dalla Sicilia (18), dal Lazio (12) e dalla Sardegna (10).

La questione dei piccoli punti nascita è complessa, sia perché esiste una forte pressione da parte dell'utenza ad avere strutture di prossimità piuttosto che affrontare un viaggio magari lungo per raggiungere una struttura sicura (si veda a riguardo la sollevazione popolare che c'è stata in Abruzzo contro l'assessore regionale dopo la chiusura di alcuni piccoli punti nascita), sia perché in alcune situazioni geografiche la presenza di un piccolo punto nascita risulta come l'unica risorsa (si pensi ai piccoli comuni di montagna o alle isole più piccole).

Rimane il fatto però che i piccoli punti nascita sono considerati a rischio e che è proprio nei piccoli punti nascita che si registra la percentuale più elevata di parti chirurgici considerati "non appropriati" e cioè eseguiti principalmente per ragioni di carattere organizzativo o per evitare i rischi professionali connessi al parto naturale per il quale non si dispone dell'adeguata "familiarità".

**PUNTI NASCITA CHE EFFETTUANO MENO
DI 500 PARTI L'ANNO PER REGIONE**

ANNO 2013

Fonte: quotidianosanità.it 2014

Regione	Punti nascita - 500 parti
Piemonte	6
Lombardia	8
Prov. Aut. Trento	4
Prov. Aut. Bolzano	4
Veneto	9
Friuli Venezia Giulia	3
Emilia Romagna	8
Toscana	8
Umbria	6
Marche	1
Lazio	12
Abruzzo	4
Molise	1
Campania	20
Puglia	8
Basilicata	2
Calabria	1
Sicilia	18
Sardegna	10
Italia	133

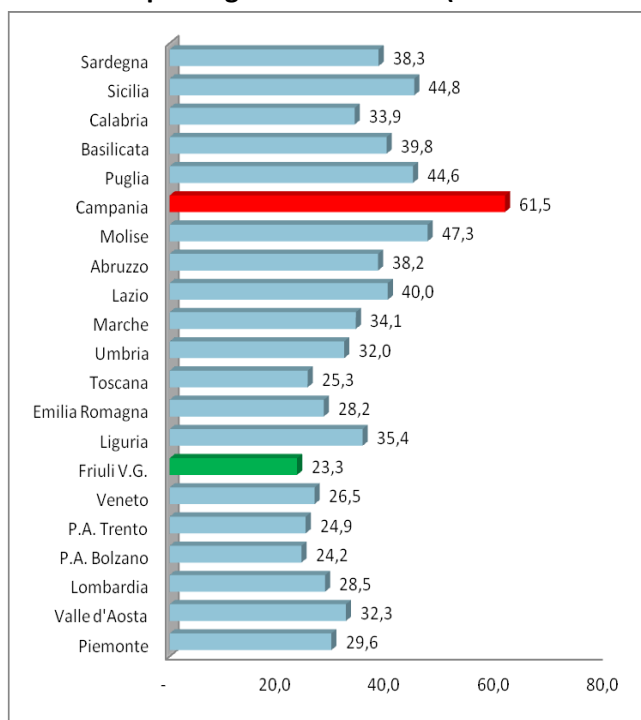
7. Cesarei in eccesso

In Italia i cesarei sono triplicati in 30 anni: nel 1980 erano l'11% dei parti e arrivano al **37,5 nel 2010**. Sebbene le SDO del 2014 certificano una riduzione al 36,3% (un totale di 190 mila parti), la percentuale massima raccomandata dall'OMS è del 15% e, nel 2011 la media dell'UE27 è del 26,7%

La distribuzione territoriale dei cesarei certifica una profonda differenza tra le regioni del nord e quelle del centro sud, con una punta del 61,5% in Campania.

Sebbene il ricorso al parto cesareo debba essere considerato – quando appropriato – come un vero e proprio intervento salvavita, occorre evitare che esso sia praticato in assenza di reale necessità poiché il parto cesareo comporta rischi 3 volte maggiori per la salute della mamma e del bambino rispetto al parto vaginale.

Parti cesarei per Regione. Anno 2013 (Fonte: SDO 2014)



8. Scarsa informazione e difficile accesso ai servizi. La crisi del “dopo” parto

Uscire dall’ospedale e tornare a casa rappresenta il momento di maggiore stress per le mamme/coppie che hanno appena avuto un bambino.

Questa condizione è naturalmente aggravata dalle diverse tipologie di fragilità sociale: precarietà abitativa e/o lavorativa; scarsa conoscenza delle opportunità disponibili sul proprio territorio aggravata da una scarsa conoscenza della lingua italiana; stress e *maternity blues* che sfociano a volte in vere e proprie patologie depressive con gravi conseguenze per la capacità della mamma di prendersi cura del proprio bambino.

La crisi economica e la contrazione della spesa pubblica per il welfare non contribuiscono certo a migliorare la situazione.

L’Italia spende per i servizi di cura dell’infanzia (0-3) circa 1558 dollari all’anno, contro i 2858 della Francia e i 6409 della Svezia (OCSE 2011) La spesa dedicata alle famiglie sul totale della spesa sociale pone l’Italia al terzultimo posto tra i paesi europei (ISTAT 2014) con uno stanziamento pari al 4,8 %, praticamente invariato dal 2009.

Su una media di presa in carico dei bambini tra 0 e 2 anni da parte dei soli servizi di asilo nido del 12,3% (media italiana), ci si misura con un sensibile divario territoriale: 25% in Emilia Romagna, 20% in Toscana, il 19% in Friuli; tra il 15 e il 17% in Lombardia, Marche, Lazio, Trentino Alto Adige; tra il 10 e il 13% in Umbria, Sardegna, Liguria, Piemonte; tra il 5 e il 10% in Basilicata, Abruzzo e Sicilia. Campania, Puglia e Calabria non arrivano al 5%.

Asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia - % presa in carico utenti 0-2 anni a.s. 2012-2013

Fonte: ISTAT luglio 2014

REGIONI	Asili nido	Servizi integrativi
Piemonte	12,9	0,4
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	21,7	5,4
Liguria	14,2	1,9
Lombardia	15,3	2,2
Trentino-Alto Adige/Südtirol	15,5	3,3
<i>Bolzano/Bozen (d)</i>	<i>10,3</i>	<i>2,8</i>
<i>Trento</i>	<i>20,7</i>	<i>3,9</i>
Veneto	10,3	0,7
Friuli - Venezia Giulia	19,6	2,8
Emilia - Romagna	25,0	2,3
Toscana	20,3	2,4
Umbria	13,8	2,6
Marche	16,2	0,8
Lazio	16,7	0,6
Abruzzo	8,8	1,0
Molise	10,3	0,1
Campania	2,0	0,6
Puglia	4,2	0,2
Basilicata	7,0	-
Calabria	2,1	-
Sicilia	5,5	0,1
Sardegna	11,7	1,3
ITALIA	12,3	1,2

Spesso poi le iniziative di integrazione ai redditi pensate per le persone che si trovano in condizioni di particolare fragilità economica e sociale non riescono ad arrivare ai destinatari per una cattiva gestione della comunicazione.

Un caso tra tutti è quello del cosiddetto voucher maternità, introdotto nel dicembre 2012 con la cosiddetta Legge Fornero sul mercato del lavoro. Accanto alla misura "simbolica" del breve congedo obbligatorio di paternità, si prevedeva infatti una disponibilità per i neo genitori dei voucher per l'acquisto di servizi di baby sitting o per il pagamento della (o di parte della) retta per l'asilo nido, pubblico o privato. I voucher sono stati finanziati con 20 milioni di euro all'anno per tre anni, dal 2013 al 2015.

L'utilizzo dei voucher non ha avuto però un buon esito. La scarsa informazione, la complicata procedura per inoltrare la domanda, la compilazione esclusivamente online e l'intoppo burocratico che si è creato nel mese di febbraio 2013 con la circolare del Ministero della Funzione Pubblica che vietava l'erogazione del voucher per i dipendenti della PA (per i quali doveva essere emanata un'apposita circolare), sono stati tutti fattori che hanno contribuito allo scarso successo della proposta.

Come sottolineato da un'interrogazione parlamentare al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Giuliano Poletti³, nel 2013, su 20 milioni di euro, ne sono stati utilizzati solo 5, coinvolgendo circa 3 mila persone. Non solo. L'esclusione dei dipendenti pubblici ha portato ad una serie di ricorsi che ha spinto a sospendere il voucher per l'anno 2014, congelando altri 20 milioni di euro.

La misura, che è stata inserita nella legge di stabilità 2015, con un'estensione anche alle lavoratrici pubbliche e un aumento dell'erogazione mensile da 300 a 600 euro, è stata ulteriormente integrata con il cosiddetto bonus bebè, vale a dire un assegno annuo di 960 euro – suddiviso in erogazioni mensili da circa 80 euro – per le famiglie con redditi complessivamente inferiori ai 25 mila euro all'anno, con possibilità di raddoppio del contributo per le famiglie al di sotto dei 7 mila euro all'anno. Si dovrà valutare a questo punto in quale misura questo provvedimento è stato utilizzato da quelli che dovevano essere, nelle intenzioni, i principali beneficiari.

9. Linee di lavoro

Le linee di lavoro che si possono identificare in questo quadro sono molte. Ne propongo 4 che ritengo propedeutiche e cruciali.

Informazione. Investire su una strategia di informazione rivolta, sia ai decisori e agli operatori, sia alle persone che decidono di entrare nel percorso della nascita di un figlio.

Il primo livello riguarda principalmente le attività di divulgazione e circolazione delle informazioni ricavate dagli strumenti già esistenti, in particolare i Certificati di assistenza al parto (Cedap) e le Schede di dimissione ospedaliera. La quantità di spunti di intervento che si può ricavare da questi strumenti correttamente elaborati non si limita ad un loro utilizzo in chiave epidemiologica, ma, se adeguatamente discusso e interpretato nelle sedi decisionali (Regioni e ASL principalmente) e operative (dirigenza e personale sanitario) può portare a importanti revisioni dei comportamenti organizzativi e a un miglioramento sensibile della qualità dell'assistenza e della cura. Occorre intervenire perché questo tipo di informazioni sia quindi elaborato, interpretato e utilizzato in modo omogeneo da tutte le realtà regionali, evitando la polarizzazione dei comportamenti e le disparità di utilizzo tra territorio e territorio quando non tra ASL e singole strutture di un medesimo territorio.

Il secondo livello riguarda la circolazione delle informazioni dirette alle persone. Esistono anche in questo caso strumenti validissimi (dall'agenda della gravidanza curata dal Ministero della salute alle numerose linee guida prodotte dall'Istituto Superiore di Sanità) che sono assai poco conosciute, sia perché diffuse solo o prevalentemente in lingua italiana, sia perché accessibili solo attraverso percorsi di lettura altamente sofisticati come i siti internet delle istituzioni che li hanno prodotti. Valorizzare in questo senso luoghi e strumenti maggiormente accessibili soprattutto da un pubblico più fragile sul piano delle competenze e delle opportunità di ricerca, sarebbe auspicabile. In tal senso risultano di grande valore i luoghi di massima affluenza durante il percorso nascita come la rete delle farmacie comunali, gli ambulatori di analisi e gli

³ Interrogazione di Renate Gebhard, deputata del Südtiroler Volkspartei su Corriere.it , 30 ottobre 2014, http://www.corriere.it/cronache/14_ottobre_30/bonus-baby-sitter-esteso-statali-raddoppia-600-euro-62c2331e-5ffd-11e4-b0a9-d9a5bfba99fb.shtml

ambulatori ginecologici, i passaggi obbligati della vita familiare come i grandi centri commerciali, le strutture di aggregazione come le parrocchie e i centri dell'associazionismo caritativo e sociale.

Road map per la messa in sicurezza e l'umanizzazione di tutta la rete dei punti nascita. La *road map* dovrà partire da una attenta mappatura (che abbia un occhio di riguardo per i punti nascita "inevitabili" in zone difficilmente raggiungibili o mal collegate) e valutazione degli standard di sicurezza e di qualità dell'accoglienza di ciascun punto nascita. Tale mappatura sarà utile, tra l'altro, a mettere definitivamente in chiaro le funzioni delle strutture più piccole, le condizioni minime della loro messa in sicurezza e le eventuali funzioni alternative che tali strutture potrebbero svolgere nella fase della gravidanza e del puerperio, con relativi investimenti e tempistica, per evitare che il piano rimanga sulla carta senza essere operativo in tempi certi.

Promozione dell'offerta attiva, cardine del lavoro dei consultori familiari, caratterizzata da una "ricerca attiva" dei potenziali beneficiari dei servizi piuttosto che da un'attesa passiva che, gioco forza, tende a favorire le persone più attive e informate a discapito di quelle meno preparate e più fragili. In tal senso, oltre a una seria riflessione sul destino dei consultori familiari, si potrebbe integrare l'azione di questi servizi estendendo la funzione di sensibilizzazione al percorso nascita anche ad altri luoghi di eccellenza per il contatto con un pubblico potenziale. Anche in questo caso possono essere impiegate con una funzione di porta d'accesso verso i consultori familiari le scuole medie e superiori, le farmacie, gli ambulatori, la rete di biblioteche comunali, i servizi sociali.

Sperimentazione e promozione di una presa in carico integrata delle mamme/coppie/nuclei in condizione di particolare fragilità economica o sociale, intercettando la domanda prima o durante il ricovero ospedaliero e favorendo una continuità assistenziale che possa estendersi a una molteplicità di casi, non limitandosi a quelli più drammatici o eclatanti, ma andando a coprire anche un'area grigia di sofferenza sociale che sfugge alle maglie troppo rigide delle procedure ordinarie di comunicazione tra i servizi.

L'esperienza condotta tra il 2012 e oggi in alcuni ospedali italiani (Niguarda a Milano, Policlinico a Bari, Cardarelli a Napoli e Gemelli a Roma) da Save the Children e dai suoi partner locali – le associazioni Mitades, il Melograno e PianoTerra - con il progetto Fiocchi in Ospedale, ha dimostrato che uno sportello di ascolto a bassa soglia all'interno dell'ospedale consente di esercitare un'azione importante di fluidificazione e facilitazione di procedure anche elementari, ma spesso trascurate come il coordinamento tra i reparti ospedalieri, l'indirizzamento delle coppie ai servizi del proprio territorio, la gestione di prese in carico integrate tra consultorio familiare, ospedale e servizi sociali; la creazione di gruppi di mamme/genitori per l'allattamento, la cura del bambino o lo scambio di materiali di prima necessità; il coordinamento con i servizi territoriali per fronteggiare emergenze che rimarrebbero altrimenti fuori della portata dei singoli nuclei come la precarietà abitativa, le opportunità di accesso a benefici fiscali ed economici, l'accesso al collocamento lavorativo.

