



**Disuguaglianze e prima infanzia.
Interventi precoci per un futuro in salute**

**Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni
Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà**

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia - ASLTO3 - Regione Piemonte

**Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute -
ASLTO3 - Regione Piemonte**

Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute

Autori

**Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia
Mariella Di Pilato, Maurizio Marino, Paola Ragazzoni, Sonia Scarponi**

Settembre 2016

Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute

Il policy brief è stato realizzato nell'ambito del progetto, finanziato dall'INMP, "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute". Questo bief integra e sviluppa i contenuti dell'istantanea "Prima infanzia e sviluppo in salute", DoRS, marzo 2016 in www.dors.it (Pubblicazioni/Istantanee)

Autori: Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia, Mariella Di Pilato, Maurizio Marino, Paola Ragazzoni, Sonia Scarponi

Si ringraziano Giancarlo Biasini, Daniela Del Boca, Gianna Patrucco e Giorgio Tamburlini per aver offerto il loro contributo esperienziale in qualità di esperti

Si ringraziano, inoltre, tutti coloro che, a vario titolo, hanno contribuito alla stesura del policy brief

La data dell'ultimo accesso ai riferimenti bibliografici e sitografici è luglio 2016

Immagine di copertina: autore blueMix in pixabay.com

Copia del documento è reperibile su:

- www.disuguaglianzedisalute.it
- www.dors.it (Temi/Disuguaglianze sociali di salute/Policy Brief)

Per ulteriori informazioni:

Info@dors.it

Citazione consigliata:

Capra P, Dettoni L, Suglia A, Di Pilato M, Marino M, Ragazzoni P, Scarponi S. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Grugliasco: DoRS, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, INMP, 2016

ISBN 978-88-95525-33-4



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale

INDICE

Premessa	6
Messaggi chiave	7
1. Garantire il diritto di tutti i bambini al ‘miglior inizio’	9
2. Quali politiche? Fotografie dall’Italia	15
3. Interventi efficaci e buone prassi	28
Allegato “Sintesi delle principali revisioni sistematiche”	53
Bibliografia	75

Questo documento si rivolge a decisori politici e tecnici, operatori socio-sanitari ed educativi e stakeholder per sensibilizzarli sul tema della prima infanzia che deve essere prioritario, nei programmi e nelle politiche, perché è in quei primi anni di vita che si gioca il benessere e la realizzazione delle generazioni future.

L'attenzione oltre ai piccoli deve andare alle famiglie, perché supportare lo sviluppo precoce del bambino (**Early Childhood Development - ECD -**) comporta agire in modo tempestivo ed efficace fin dal concepimento, continuare durante tutta la gravidanza e nei primi anni di vita del bimbo.

Questo policy brief vuole principalmente essere uno strumento di advocacy e suggerire ai suoi destinatari politiche, interventi efficaci e buone prassi per assicurare, il più possibile, ad ogni bambino il “migliore inizio”.

Il policy brief si articola in:

- **messaggi chiave** che sintetizzano il contenuto del documento
- **inquadramento teorico metodologico** del tema
- **affondo sulle politiche** con uno sguardo alla situazione italiana
- individuazione e descrizione degli **interventi efficaci** ed esempi di **buone prassi** a livello nazionale e internazionale
- analisi sintetica delle **principali revisioni sistematiche** attinenti gli interventi efficaci (Allegato “Sintesi delle principali revisioni sistematiche”)

Per quel che concerne gli interventi efficaci si è fatto riferimento esclusivo alle revisioni sistematiche¹ di letteratura, perché sono considerate una fonte di prove scientifiche più appropriata e utile, rispetto ai singoli studi di letteratura primaria, in quanto offrono una valutazione critica di tutta la letteratura disponibile su un certo tema o su una modalità di intervento e riducono il rischio di errore nella scelta e nell'interpretazione dei risultati degli studi inclusi.

Inoltre è stata condotta una breve intervista con alcuni **esperti**, per raccogliere dati qualitativi e punti di vista privilegiati sui temi di questo policy brief, con l'obiettivo di condividere e verificare alcune indicazioni rispetto alle politiche e agli interventi più efficaci e sostenibili nello specifico della realtà italiana.

¹ La revisione sistematica è una sintesi di studi selezionati in base ad un quesito esplicito, un'esplicita descrizione della strategia di ricerca adottata, un'esplicita dichiarazione di quale tipo di studi sono stati inclusi ed esclusi, un esame critico della qualità degli studi inclusi nella revisione e un processo critico e trasparente per interpretare i risultati degli studi inclusi nella revisione

- 🌀 **nella prima infanzia si costituiscono le fondamenta sulle quali l'individuo costruirà il resto della sua esistenza.** Molti problemi di salute e sociali degli adulti - quali ad esempio obesità, malattie cardiovascolari, problemi di salute mentale, dispersione scolastica, disoccupazione - affondano le radici nella gravidanza e nella prima infanzia. Di contro esperienze positive precoci sono associate a migliori esiti scolastici, a un sano sviluppo sociale ed emotivo, a migliori risultati nel contesto lavorativo e, in generale, a un migliore stato di salute!
- 🌀 lo **'sviluppo precoce del bambino'** (Early Childhood Development - **ECD** -) è un processo integrato e influenzato da un'ampia varietà di determinanti (individuali, ambientali e relazionali) che intervengono in tempi e contesti diversi
- 🌀 **agire nei primi anni di vita** di un bambino:
 - favorisce uno 'sviluppo in salute'
 - riduce povertà, svantaggio e disuguaglianze di salute
 - risulta 'economicamente' vantaggioso
- 🌀 **i fattori protettivi** che condizionano in maniera significativa lo sviluppo salutare del bambino sono:
 - la salute e il benessere della madre
 - l'allattamento al seno
 - l'attaccamento sicuro e un contesto relazionale di qualità
 - uno status socio-economico adeguato
 - la resilienza individuale e una comunità resiliente
- 🌀 **in Italia un minore su dieci è povero.** Secondo l'ISTAT, che ragiona in termini di povertà assoluta e di povertà relativa, nel 2014 i minori in condizioni di **povertà assoluta** erano 1.045.000 (il 10% della popolazione di riferimento), mentre parlando di **povertà relativa** sempre con riferimento al 2014, i minori che in Italia vivono in questa condizione ovvero in famiglie che possono permettersi un livello di spesa modesto e comunque inferiore alla linea mediana nazionale (fissata nel 2014 in 1.698 euro per una famiglia di 4 persone), sono numericamente di poco inferiori ai 2 milioni, quasi 1 su 5, pari al 19% della popolazione generale

 per garantire il miglior inizio a tutti i bambini, serve un **'whole government approach'** ovvero una strategia di alleanza tra governo, amministrazioni locali e settore privato per attuare:

- politiche di sviluppo, occupazione e lavoro, scuola e servizi socio-educativi, welfare e territorio
- politiche sanitarie a carattere universalistico e progressivo portate avanti dal servizio sanitario nazionale attraverso programmi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari

 **in Italia l'adozione di un whole government approach deve tenere conto di questi scenari:**

- gli interventi di sostegno al reddito e per potenziare l'offerta dei servizi non sempre sono in grado di far fronte alle diverse situazioni di disagio
- la necessità di ampliare e consolidare l'offerta dei servizi per la prima infanzia
- la necessità della messa a sistema di politiche sanitarie universalistiche e progressive, a gestione centralizzata, che sostengono e promuovono gli interventi intersettoriali a favore della prevenzione, della promozione di stili di vita salutari e di cura, per tutti i bambini e le loro famiglie - con attenzione alla fascia 0-6 anni - su scala nazionale e territoriale
- nei fatti, la richiesta di forme organizzative per la prevenzione e l'assistenza che siano in grado di affrontare le esigenze del bambino e della famiglia con risposte fondate sulle evidenze scientifiche, quali: percorso nascita, consultori familiari, linee guida gravidanza, allattamento materno, assistenza pediatrica, territoriale e ospedaliera

 per ridurre le disuguaglianze di salute - agendo sul gradiente sociale -, le azioni devono essere universali, ma con una portata e un'intensità proporzionate al livello di svantaggio. Questi tipi di strategie sono note come **'strategie universali progressive'**. In tal modo è possibile migliorare la salute dei più poveri e ridurre le disuguaglianze di salute tra tutti i gruppi e non solo tra i punti estremi della scala sociale. Azioni di maggiore intensità saranno necessarie per chi vive condizioni di maggiore svantaggio sociale ed economico

 tra gli **interventi efficaci**, riferiti alla **sfera socio-sanitaria e socio-educativa**, che rientrano in una strategia universale progressiva si annoverano le visite domiciliari, i programmi per genitori, i nidi e la scuola dell'infanzia

1. Garantire il diritto di tutti i bambini al ‘miglior inizio’

Le esperienze vissute nella prima infanzia sono una base preziosa per l'intero ciclo di vita e sono influenzate dall'ambiente in cui i bambini nascono e crescono e dalle figure adulte che per prime si prendono cura di loro - in famiglia, nei servizi e nella comunità di appartenenza -.

I primi anni di vita possono condizionare, sia in senso positivo che negativo, lo sviluppo futuro dei bambini. Questo non significa che ciò che accade fin da piccolissimi incida necessariamente e inesorabilmente sulla crescita futura, ma che le prime esperienze orientano lo sviluppo secondo percorsi che sarà più difficile modificare a mano a mano che il bambino diventa adulto.

Nella comunità scientifica, esiste un ampio consenso sull'efficacia degli interventi^{II} che agiscono sullo **'sviluppo precoce del bambino'** (Early Childhood Development - ECD -) (**Box 1**), già dal periodo pre e periconcezionale. Tali interventi contribuiscono a **migliorare le capacità cognitive, emotive e sociali** e la stessa **capacità di apprendimento**, a **favorire l'inclusione sociale** e a **ridurre le disuguaglianze^{III}**, specialmente se rivolti ai gruppi sociali più svantaggiati^{IV}.

La Commissione sui Determinanti Sociali di Salute^V ha evidenziato che per ridurre le disuguaglianze di salute - agendo sul gradiente sociale^{2 VI VII} -, le azioni devono essere universali, ma con una portata e un'intensità proporzionate al livello di svantaggio³. Questi tipi di strategie sono note come 'strategie universali progressive'. In tal modo è possibile migliorare la salute dei più poveri e ridurre le disuguaglianze di salute tra tutti i gruppi e non solo tra i punti estremi della scala sociale. Azioni di maggiore intensità saranno necessarie per chi vive condizioni di maggiore svantaggio sociale ed economico.

Agire nei primi anni di vita di un bambino:

- **favorisce uno 'sviluppo in salute'**. Uno 'sviluppo in salute' - che comprende salute fisica, sociale, emotiva, sviluppo di competenze cognitive e linguistiche (**Box 2**) - contribuisce al benessere fisico e mentale e facilita l'affermazione personale e professionale della persona lungo tutto il corso della vita
- **riduce povertà, svantaggio e disuguaglianze di salute.** Ogni bambino ha bisogno di ambienti e di legami che siano sicuri, salutari, educativi e che offrano cura e supporto. Interventi mirati nella prima infanzia contribuiscono, in maniera rilevante, a ridurre le disuguaglianze di salute di una generazione
- **risulta 'economicamente' vantaggioso.** Nei primi anni di vita esiste il più elevato ritorno degli investimenti fatti a beneficio dell'individuo e dell'intera società (**Box 3**)

² La posizione socio-economica di un individuo è correlata ad alcune variabili fondamentali quali: reddito, istruzione, occupazione, genere, classe sociale e gruppo etnico di appartenenza. "Il gradiente sociale [...] descrive la relazione statistica esistente tra lo stato di salute e la posizione socio-economica degli individui [...]" (cfr. Rif. Bibl. VII - Glossario). In termini di salute, il gradiente sociale ci dice che "[...] quanto più bassa è la posizione sociale di una persona, tanto peggiore è la sua salute. Le azioni di contrasto devono concentrarsi sulla riduzione della pendenza di tale gradiente" (cfr. Rif. Bibl. VI, pag. 292)

³ Cfr. Rif. Bibl. I

Come agire:

- **facilitando l'accesso all'istruzione.** L'esperienza educativa produce una serie di effetti che vanno oltre i risultati scolastici. Ha, infatti, un impatto sulle abilità e sulle competenze cognitive, sul patrimonio di conoscenze, ma anche sulle opportunità di occupazione e quindi sulle prospettive di reddito, sugli stili di vita rilevanti per la salute, sulle capacità di fruire dei servizi socio-sanitari
- **riducendo le disuguaglianze del nucleo familiare** correlate a:
 - disoccupazione, lavoro irregolare, temporaneità del lavoro dei genitori
 - processi di esclusione al lavoro e/o alle reti sociali dovuti a disabilità
 - problemi di salute mentale
 - essere stranieri
 - essere senza casa
 - essere monogenitori
 - vivere in un quartiere degradato e in case inadeguate
- **creando un ambiente dove le infrastrutture sociali** (servizi per la prima infanzia, biblioteche, aree giochi,...) **favoriscano lo sviluppo del bambino** e contribuiscano a ridurre le disuguaglianze summenzionate

Buona parte degli interventi per lo 'sviluppo precoce del bambino' è attuata supportando, direttamente o indirettamente, le **risorse**, le **competenze** e la **salute dei genitori**, e la loro **partecipazione** concreta alle azioni e alle decisioni che li riguardano è fondamentale.

Per favorire uno sviluppo precoce e in salute del bambino sarà quindi necessario un approccio coordinato, poliedrico e multicomponente che comporti **politiche e interventi multisettoriali**⁴ tra sistema sanitario, educativo e sociale.

⁴ Un esempio in tal senso è il "Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015 - 2017. Un percorso politico partecipato", che ha attivato quattro tavoli tematici su: integrazione socio-sanitaria, contrasto alla povertà e inclusione sociale, politiche di sostegno alle responsabilità familiari, sportelli di accesso alla rete dei servizi territoriali. Cfr. Rif. Bibl. XXIX

Box 1

L'Early Childhood Development

Il periodo che va dallo sviluppo prenatale agli otto anni di vita è detto **Early Childhood Development, ECD**. Questo termine, indica sia lo **'sviluppo precoce del bambino'**, sia l'insieme degli interventi che lo favoriscono.

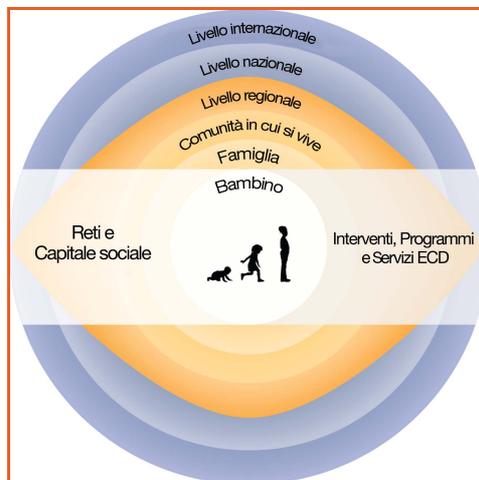
Gli interventi precoci si basano sulle seguenti dimensioni, e sugli studi/ricerche a essi correlati:

- dimensione neurobiologica
- dimensione psicologica
- dimensione sociale ed economica

Nei primi anni di vita il cervello umano⁵ si sviluppa rapidamente ed è molto sensibile alle influenze dell'ambiente esterno^{viii ix}. Il bambino è inserito in una società che svolge un ruolo attivo sul suo sviluppo in quanto comprende la famiglia, la scuola, la comunità di riferimento e i suoi sistemi di relazione. Questo contesto complessivo può offrire o togliere opportunità: di apprendimento, di successo scolastico, di cittadinanza sociale, di salute⁶,...

Lo **sviluppo globale del bambino**, per l'ECD, è quindi un **processo integrato e influenzato da un'ampia varietà di determinanti** (individuali, ambientali e relazionali), che intervengono in tempi e contesti diversi. Il Total Environment Assessment Model of Early Child Development - **TEAM-ECD**^{7 x} (Fig. 1) - della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'OMS, ben descrive le interconnessioni, tra gli ambienti di vita, con relative esperienze e relazioni, le politiche, ai diversi livelli di governo, i programmi e gli interventi, che possono promuovere e favorire lo sviluppo del bambino.

Figura 1. TEAM-ECD



Fonte: University of British Columbia. The Human early learning partnership

⁵ Il Center on the Developing Child dell'Università di Harvard, in collaborazione con l'Università della Southern California (USC), ha prodotto il video "Brain Hero" che ben descrive, visivamente, come le azioni messe in atto da genitori, insegnanti, decisori,... possano influenzare lo sviluppo e la vita dei bambini e la stessa comunità di appartenenza. In: developingchild.harvard.edu/resources/brain-hero/

⁶ "[...] gli elementi dell'ambiente fisico, sociale ed economico [...] influiscono sullo stato di salute di un individuo. La distribuzione di questi elementi all'interno dei sistemi sociali è influenzata da fattori non naturali, ma determinati da scelte di natura politica, economica e organizzativa, spesso alla base delle disuguaglianze e iniquità in salute rilevabili tra gruppi distinti di popolazione. Questi fattori si chiamano determinanti sociali di salute e impattano quotidianamente sulla salute delle persone perché sono l'insieme delle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano" (cfr. Rif. Bibl. VII La salute del bambino nei primi anni di vita - Scheda 1)

⁷ Per approfondimenti sui riferimenti teorici del TEAM-ECD (modello ecologico, psicologia dello sviluppo, determinanti sociali di salute, economia politica,...) cfr. Rif. Bibl. III e X

I **fattori protettivi** che condizionano in maniera significativa lo sviluppo salutare del bambino sono:

- la **salute** e il **benessere della madre**. La madre, già dalla fase embrionale, deve adottare stili di vita salutari e poter accedere a cure e sostegno adeguati, così come gli altri membri del suo nucleo familiare
- l'**allattamento al seno**. Gioca un ruolo importante nella crescita e nel nutrimento affettivo/emotivo di cui il bambino ha bisogno
- un **contesto relazionale di qualità**. La prima relazione fondamentale per un buono sviluppo del bambino è l'**attaccamento sicuro**^{8 XI} con chi se ne prende cura (genitori, caregiver). Un bambino ha un buono sviluppo psicoaffettivo se vive in un ambiente emotivamente accogliente, che risponde ai suoi bisogni e che gli offre opportunità di esplorare ciò che lo circonda, di giocare e di imparare a relazionarsi agli altri. Esplorazioni che hanno un esito positivo aumentano nel bambino l'autostima e incoraggiano altre esplorazioni. Così il bambino impara a conoscere e a padroneggiare il suo ambiente e a sviluppare competenze e autoefficacia. La **famiglia** - intesa come gruppo di persone che vivono insieme contribuendo alle attività familiari quotidiane -, e la sua rete amicale e sociale, è il contesto principale e fondamentale in cui il bambino sperimenta le prime relazioni di qualità^{XI} e da cui parte per esplorare il mondo circostante. Una famiglia in cui il bambino può sperimentare oltre all'affetto, il rispetto, l'equità di genere, la condivisione del potere, dei compiti e delle responsabilità, pone le basi per il benessere fisico e psichico, presente e futuro, di tutti i suoi componenti, in primis dei bambini^{XIII}
- uno **status socio-economico adeguato**. Le condizioni socio-economiche influenzano molti aspetti della vita di una famiglia, e quindi di un bambino, e possono determinare il livello di conoscenze/informazioni/abilità, le caratteristiche e le condizioni, più o meno favorevoli, degli ambienti di vita e di lavoro (abitazione, quartiere di residenza, servizi e infrastrutture, percorso scolastico, professione e relativa retribuzione,...), lo stato di salute. Diverse ricerche^{XIV XV XVI XVII} hanno evidenziato come i bambini nati in famiglie socio-economicamente svantaggiate siano maggiormente a rischio di basso peso alla nascita^{9 XVIII}, problemi dentali, bassi punteggi a test cognitivi¹⁰, perdita del quoziente intellettivo iniziale^{XIX}, difficoltà comportamentali e di socializzazione, abbandono o disinvestimento scolastico
- la **resilienza individuale**^{11 XX} e una **comunità resiliente**^{12 XXI} e accogliente che supporti, anche in presenza di difficoltà e avversità, una crescita salutare dei bambini e le loro famiglie. Le comunità resilienti sono quelle che permettono a tutte le persone di avere un equo accesso ai servizi e alle infrastrutture di cui hanno bisogno e pari opportunità di partecipazione alla vita sociale e che, al tempo stesso, tutelano e promuovono le diversità. Nelle comunità resilienti gli individui avvertono che le relazioni e i sistemi di supporto sociale sono forti e che possono avere un aiuto in caso di necessità (da un vicino, un amico, un operatore)
- le **politiche intersettoriali**: sanitarie, di occupazione e lavoro, di welfare e territorio¹³
- gli **interventi**, i **programmi** e i **servizi di cura** (educativi e socio-assistenziali) che agiscono su salute e sviluppo del bambino, su salute, benessere, vita sociale e ruolo dei genitori e che sono rivolti a tutte le famiglie ma modulati sulla base dei differenti bisogni¹⁴

⁸ “[...] fornire una base sicura da cui un bambino o un adolescente possa partire per affacciarsi nel mondo esterno e a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato” (cfr. Rif. Bibl. XI)

⁹ Per ‘basso peso alla nascita’ si intende il peso inferiore al 3° percentile per la popolazione di riferimento, che viene indicata in base al sesso, alla settimana gestazionale e all’etnia del neonato

¹⁰ Questi test valutano il livello di competenze prevalentemente di tipo cognitivo o esecutivo, quali ad esempio, memoria, attenzione, capacità visuo-spaziali, lessico, capacità logiche

¹¹ “[...] il termine resilienza indica la capacità dell’individuo di superare gli eventi negativi e traumatici attraverso un processo efficace di adattamento che, non solo consente di superare le difficoltà, ma conduce alla crescita e allo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente stressanti” (cfr. Rif. Bibl. XX)

¹² “Le comunità resilienti reagiscono in modo proattivo a situazioni nuove o avverse, si preparano a cambiamenti economici, sociali e ambientali e affrontano meglio la crisi e le difficoltà” (cfr. Rif. Bibl. XXI)

¹³ Cfr. Capitolo 2

¹⁴ Cfr. Capitolo 3

Box 2

Ridurre i gap socio-culturali

Il linguaggio è una delle funzioni più importanti che il bambino sviluppa nella prima infanzia e la sua evoluzione è collegata a quella delle abilità cognitive ed emotive^{xxii}.

Il linguaggio è un importante indicatore del progresso evolutivo infantile. Diverse ricerche, pubblicate da metà degli anni novanta^{15 xxiii}, hanno dimostrato che il progresso evolutivo linguistico dipende in modo importante dallo stato socio-economico del nucleo familiare di appartenenza. **La qualità dell'interazione tra bambino e genitori può, tuttavia, fare la differenza.** Questa interazione, che inizia già durante la gravidanza e poi dai primi momenti di vita, si compone di nutrimento, parole, tatto, lettura ad alta voce, canto,...^{16 xxiv}.

Studi longitudinali, nello specifico, hanno osservato che, a due anni di età, una buona proprietà di linguaggio della figura materna riduce le differenze di numero di parole usate da bambini appartenenti a famiglie con status socio-economico definito 'basso' piuttosto che 'medio'^{xxv}.

Lo studio longitudinale di **Hart 2003**¹⁷, che è considerato un lavoro approfondito sull'apprendimento linguistico nei primi anni di vita, ha riportato che, **a tre anni, tra bambini americani di classi sociali diverse, esiste un divario di circa 30 milioni di parole.**

I figli dei professionisti sentono in media 2.153 parole all'ora rispetto alle 616 dei bambini appartenenti a famiglie seguite dai servizi sociali. Inoltre, due terzi di tutte le frasi rivolte ai bambini svantaggiati nel loro contesto familiare sono scoraggianti. I figli dei professionisti sono incoraggiati dieci volte di più di quanto non siano scoraggiati (**Fig. 2**).

Figura 2. Status socio-economico e literacy



Fonte: Hart B, Risley TR. The early catastrophe. The 30 million of word gap by age 3. American educator 2003

I programmi che sostengono e rinforzano la qualità della relazione tra genitori e bambino, come **Nati per leggere**¹⁸ che ha l'obiettivo di promuovere la lettura, ad alta voce, in famiglia sin dalla nascita e **Nati per la musica**¹⁹ che ha l'obiettivo di ascoltare e 'fare' musica in famiglia, sono programmi da valorizzare e sui quali continuare a investire.

¹⁵ Cfr. Rif. Bibl. XVII

¹⁶ Cfr. Rif. Bibl. XXII

¹⁷ Cfr. Rif. Bibl. XVII

Box 3

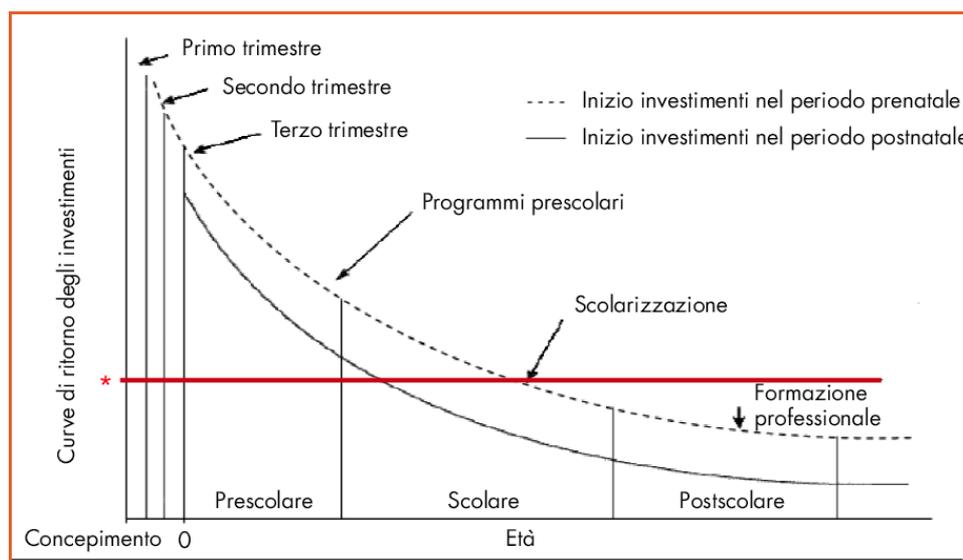
Ridurre il gap socio-economico

Investire nei primi anni di vita contribuisce a ridurre il gap socio-economico nella popolazione e le conseguenti disuguaglianze, producendo anche, nel tempo, dei vantaggi economici in termini di costi evitati al sistema socio-sanitario.

Alcuni tra gli studi²⁰ condotti sull'**impatto economico dei programmi di sviluppo per la prima infanzia** hanno provato a stimare, in termini economici, il ritorno dell'investimento rappresentato dal costo del programma sul lungo periodo. Anche se le stime riportate dagli studi sono diversificate, il **ritorno per la società è molto positivo**.

Ad esempio Heckman^{xxvi}, vincitore nel 2000 del premio Nobel per l'economia, ha studiato e valutato l'impatto economico di interventi, principalmente a carattere socio-educativo, attuati nella prima infanzia. La stima dei rendimenti di questi interventi, tra il 7 e il 10 per cento annui, ha dimostrato come gli investimenti in salute, educazione e protezione sociale durante la gravidanza e nei primi anni di vita, producano un ritorno economico ampiamente superiore a quello prodotto da interventi effettuati nelle età successive (**Fig. 3**).

Figura 3. Curve di ritorno degli investimenti nelle diverse età



* Soglia di ritorno economico pari all'investimento

Fonte: Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze e buone pratiche. Medico e Bambino 2014; 33: 232-239

¹⁸ www.natiperleggere.it/

¹⁹ www.natiperlamusica.org/

²⁰ Cfr. Rif. Bibl. II e VI

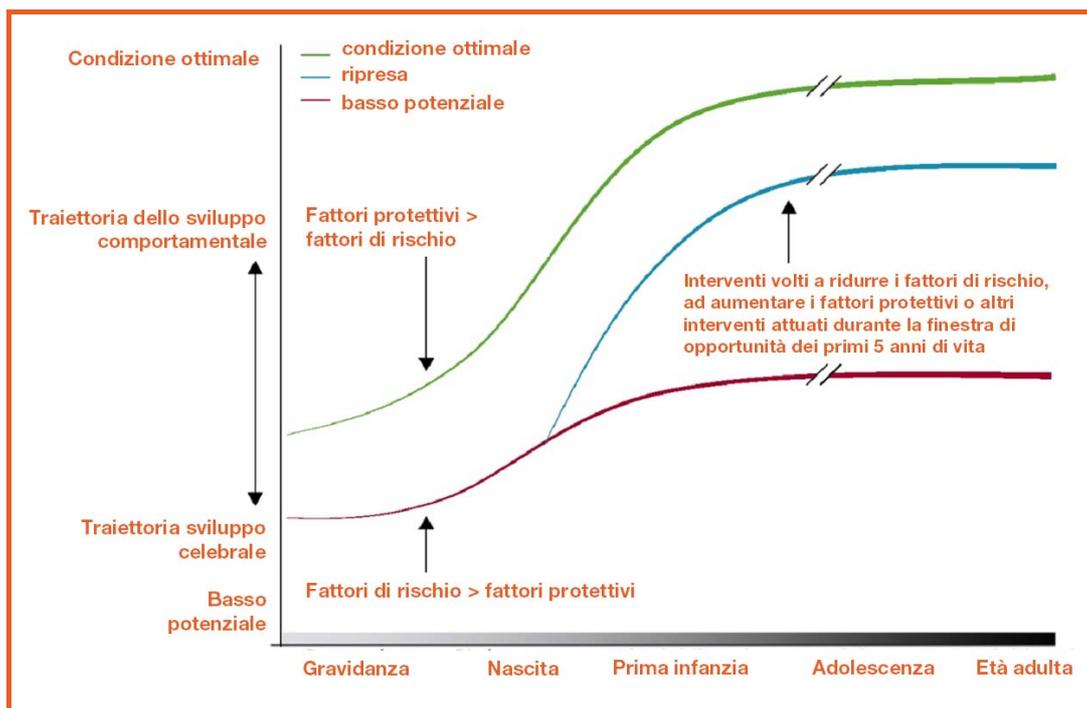
2. Quali politiche? Fotografie dall'Italia

I primi cinque anni di vita sono da considerarsi **'una finestra di opportunità'** per la lotta alle disuguaglianze.

Investire in questo periodo, per ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, è molto più efficace, come strategia politica, che scommettere su interventi attuati negli anni successivi. Come dimostra anche la revisione **Walker 2011**^{xxvii}.

Lo studio ha rappresentato l'andamento delle traiettorie, tra loro correlate, di sviluppo cerebrale e comportamentale in funzione del grado di esposizione a fattori di deprivazione e/o di ricchezza sociale ed educativa, durante i primi cinque anni di vita. La traiettoria lineare di color nero rappresenta l'effetto-somma di quelle vite vissute in un ambiente, dove i fattori di rischio prevalgono e nel quale non s'interviene per modificarli: l'intensità del colore aumenta con il passare del tempo (**Fig. 4**).

Figura 4. Andamento delle traiettorie di sviluppo cerebrale e comportamentale in funzione del grado di esposizione a fattori di rischio e di protezione, durante i primi cinque anni di vita



Fonte: Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Child development 1. Lancet 2011; 378: 1325-38

Per agire sui determinanti sociali, occorrono **politiche di sviluppo e inclusione sociale**^{xxviii} e, nello specifico:

- politiche di sviluppo, occupazione e lavoro, scuola e servizi socio-educativi, welfare e territorio. Prioritarie sono quelle contro la disoccupazione, il lavoro precario, quelle che migliorano le condizioni di lavoro, e quelle che integrano il reddito per un livello di vita dignitoso

- politiche sanitarie a carattere universalistico e progressivo portate avanti dal servizio sanitario nazionale attraverso programmi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari

Le politiche sanitarie devono richiamare le politiche di altri settori a impegnarsi sul tema degli interventi precoci.

Per garantire il ‘miglior inizio’ a tutti i bambini, serve una strategia governativa multisettoriale - **a whole government approach** - ovvero un’alleanza tra governo, amministrazioni locali e settore privato per:

- creare condizioni e ambienti di vita favorevoli che aumentino i fattori che promuovono la salute degli adulti di riferimento e uno sviluppo salutare dei bambini, soprattutto per le famiglie che vivono in situazioni di svantaggio socio-economico
- sviluppare e rafforzare le competenze e le conoscenze genitoriali

In concreto, **come si costruisce questa strategia di integrazione di politiche a supporto dello sviluppo ottimale nei primi anni di vita? E chi sono gli attori principali di questo processo?**

Tenuto conto dell’opera costruita con costanza sul territorio dai vari attori impegnati sui temi della promozione sociale, dell’educazione e della salute:

- **i decisori politici** dovrebbero accedere a conoscenze chiare e corrette sia per **pianificare e adottare politiche intersettoriali** a supporto degli interventi precoci e tempestivi sia per **revisionare la normativa adattandola ai bisogni sociali**^{xxix}
- **i decisori politici** dovrebbero avere piena consapevolezza dell’importanza delle normative e delle politiche di sviluppo e inclusione sociale come strumento di riduzione delle disuguaglianze dall’elevato ritorno economico (**Figure 3 e 4**) e, pertanto, dovrebbero **investire su queste politiche in termini economici**
- **i servizi educativi, sociali e sanitari** dovrebbero essere sempre più orientati a **lavorare in rete** e a **curare la comunicazione dell’offerta** educativa, sociale e sanitaria indirizzata alle famiglie e ai più piccoli, scegliendo i canali giusti per raggiungere le famiglie con basso status socio-economico
- **i settori educativi, sociali e sanitari** dovrebbero **puntare sulla formazione e lo sviluppo professionale** continuo della forza lavoro impegnata nel rapporto diretto con le famiglie e con i bambini durante i primi anni di vita, perché sappiano leggere le situazioni e i bisogni complessi delle famiglie e, nello specifico, delle famiglie con maggiori necessità, indirizzandole ai servizi più idonei

A tutto questo gli **operatori**, che siano dei servizi sanitari, educativi o sociali, possono aggiungere il proprio intervento volto a **migliorare la relazione tra genitori e bambino** e a **mitigare gli effetti di condizioni socio-economiche e culturali avverse**, disponendo di:

- un linguaggio comune²¹
- un'adeguata formazione
- indicazioni basate sulle conoscenze scientifiche e sui bisogni per implementare gli interventi precoci nella prima infanzia
- modelli di valutazione di processo e di impatto

La crisi economico-finanziaria di livello internazionale di questi ultimi anni, ha peggiorato, o contribuito a peggiorare, la situazione socio-economica di molte famiglie italiane, soprattutto se con figli a carico (**Box 4**).

Rapporti di ricerca sul monitoraggio delle politiche socio - educative (**Box 5**)^{xxx xxxi} e sanitarie, di interesse per la prima infanzia, riportano un quadro complesso - con un evidente divario tra le norme e i programmi regionali - in cui si intrecciano sfide e opportunità per il governo italiano, a livello sia centrale sia locale.

In merito alla salute materno - infantile, le regioni italiane definiscono le indicazioni sanitarie nazionali oggi in vigore, con norme e programmi locali tra loro molto diversi ed è evidente il divario tra regioni del centro nord e regioni del sud.

Eppure, le politiche sanitarie²² potrebbero contribuire molto a colmare la dichiarata mancanza di supporto socio-sanitario, rispondendo ai bisogni di varia natura che, in Italia, non permettono a molti bambini di avere la 'migliore partenza possibile' (**Box 6**).

Nelle pagine successive si descrivono, in sintesi, le principali misure sociali ed educative e, in maniera più dettagliata, quelle sanitarie, adottate nel nostro paese anche con lo scopo di contrastare povertà e disuguaglianze.

²¹ Il Centro per la Salute del Bambino - www.csbonlus.org - propone, da tempo, eventi formativi multidisciplinari per promuovere l'integrazione tra operatori appartenenti a discipline e servizi diversi

²² Patto per la salute 2014-2016. In: www.governo.it/sites/governo.it/files/Conferenza_SR.pdf

Le **politiche sociali ed educative** prevedono interventi di sostegno al reddito e/o piani e programmi per potenziare l'offerta dei servizi²³, quali, ad esempio:

- **detrazioni IRPEF** per i figli a carico
- **voucher per le mamme lavoratrici** per baby sitting o nidi e assegno di sostegno alla natalità (**bonus bebè**)²⁴
- **esenzioni e riduzioni per fruire dei servizi educativi** (nidi e scuola dell'infanzia) per fasce di reddito
- carta acquisti o **social card ordinaria**²⁵
- **carta famiglia**²⁶
- **Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale** e Sostegno per l'Inclusione Attiva (**SIA**)²⁷
- **Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile**^{28 29 XXXII}
- **Programma nazionale "Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti 2013 - 2015"**³⁰ prorogato fino a giugno 2017
- **Piano nazionale per la famiglia**³¹ (cfr. **Box 5**)
- **Legge 107/2015** cosiddetta della Buona Scuola (cfr. **Box 5**)
- **Piano nazionale per l'infanzia 2016 - 2017**³² (cfr. **Box 5**)

²³ Per approfondimenti: www.lavoro.gov.it; www.mef.gov.it; www.istruzione.it; www.inps.it

²⁴ Entrambi i tipi di bonus sono concessi sulla base dell'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente)

²⁵ La carta acquisti ordinaria spetta a cittadini, italiani e stranieri, entro un limite di reddito e determinati requisiti di età (bambini sotto i 3 anni e ultra sessantacinquenni). La sua finalità è quella di sostenere il reddito dei nuclei familiari più deboli soprattutto per gli acquisti dei beni di prima necessità (prodotti alimentari, farmaci,...) ma anche per il pagamento delle bollette

²⁶ La carta famiglia, destinata a famiglie residenti (italiane o straniere) con almeno tre figli minori a carico, consentirà, sulla base dell'ISEE, l'accesso a sconti sull'acquisto di beni o servizi (trasporti, cultura, sport, ...) e riduzioni tariffarie, concessi da soggetti pubblici o privati che intendano contribuire all'iniziativa

²⁷ Il Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale prevede il riordino e la razionalizzazione della normativa, degli strumenti e delle prestazioni esistenti per contrastare povertà e disuguaglianze su tutto il territorio nazionale. Primo obiettivo del Piano è quello di offrire un sostegno "personalizzato" - SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) - a quei nuclei familiari in condizioni di particolare fragilità sociale e disagio economico con almeno un figlio minore o disabile o con una donna in stato di gravidanza. Il SIA, per i nuclei familiari beneficiari, ha una duplice finalità: sostenerli economicamente e favorirne l'inclusione sociale attiva - lavorativa per gli adulti, scolastica per i bambini, sociale e sanitaria per tutta la famiglia -. Sperimentato inizialmente in 12 città italiane sarà esteso, a partire dal mese di settembre 2016, a tutto il territorio nazionale. Per garantire l'attuazione del Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale è stato istituito, con la Legge di Stabilità 2016, presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale

²⁸ Il Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile è stato istituito in via sperimentale per il triennio 2016-2018 e sarà alimentato dalle fondazioni bancarie

²⁹ "Per povertà educativa s'intende la privazione da parte dei bambini e degli adolescenti della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni" Povertà educativa dei minori in Italia, tutto quel c'è da sapere, Saulini A. in: www.vita.it/it/article/2015/12/23/poverta-educativa-dei-minori-in-italia-tutto-quel-ce-da-sapere/137790/#_ftn1

³⁰ Questo Programma promuove, attraverso l'utilizzo dei fondi strutturali europei - Piano d'Azione e Coesione (PAC) -, in alcune regioni del Mezzogiorno (Calabria, Campania, Puglia e Sicilia) l'aumento, il riequilibrio territoriale e il consolidamento dell'offerta dei servizi per la prima infanzia. In: pacinfanziaeeanziani.interno.gov.it/attivita/infanzia

³¹ www.politichefamiglia.it/media/1055/piano-famiglia-definitivo-7-giugno-2012-def.pdf

³² www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/Piano-di-azione/Documents/IV-Piano-%20Azione-infanzia.pdf

Le misure e gli interventi suddetti, però, non sono sempre in grado di far fronte alle diverse situazioni di disagio: l'iter burocratico da seguire è piuttosto tortuoso, i requisiti sono talmente stringenti che è difficile rientrare nelle condizioni per accedervi, il sostegno offerto spesso non è sufficiente a rispondere alle necessità reali, i piani e i programmi non sono, sempre e da subito, a tutti gli effetti operativi.

Per superare queste criticità, e dare una risposta ai bisogni delle famiglie, in particolare di quelle a rischio povertà, occorre **rivedere** gli attuali **investimenti complessivi** analizzandone le inefficienze, ma anche le esperienze virtuose, per **ridistribuire in maniera più appropriata le risorse** e per **ampliare e consolidare l'offerta dei sostegni e dei servizi per l'infanzia e per la cura familiare**.

I **piani** e i **programmi** attuali (cfr. **Box 5**), e futuri, per rispondere a questa sfida **dovranno disporre di un sostegno finanziario adeguato** e costante **ed essere**, sempre di più, **strumenti programmatici e di indirizzo** che:

- valorizzino, integrino e governino le diverse risorse ed esperienze
- definiscano obiettivi e interventi che si possano monitorare, ai diversi livelli, per verificarne i risultati e l'impatto che hanno sui bisogni dei bambini e delle famiglie
- offrano sostegni e servizi (di cura, relazione, educazione) rispondenti alle esigenze dei bambini e delle famiglie e che contribuiscano a ridurre la forbice delle disuguaglianze sociali ed educative

In merito alle **politiche a tutela della salute materno-infantile**, si richiedono, in concreto, forme organizzative per la prevenzione e l'assistenza che siano in grado di affrontare le esigenze del bambino e della famiglia con risposte fondate sulle evidenze scientifiche, quali:

■ **Percorso nascita**

“Il percorso nascita è il periodo che intercorre dal momento della consapevolezza di una gravidanza al compimento del primo ciclo di vita del bambino e coincide convenzionalmente con il termine dei primi 1000 giorni, vale a dire con il terzo anno di età”
- da Percorso nascita. Linee di indirizzo. Elementi di analisi e proposta, 2015^{XXXIII}.

Una strategia di rivisitazione del percorso nascita - che metta in relazione: le diverse tappe, gli attori, le modalità con cui i servizi vengono erogati, gli elementi di successo e le criticità - **è la chiave giusta per far fronte alle esigenze complesse di salute e di benessere dei bambini italiani**, modificando le situazioni di rischio a cui potrebbero essere esposti.

Una strategia che può contare sulle non poche norme oggi in vigore per migliorare la qualità organizzativa e di assistenza dal periodo preconcezionale al post-partum (**Fig. 5**)³³

³³ Cfr. Rif. Bibl. XXXIII

Figura 5. Norme su periodo preconcezionale, gravidanza e post-partum

- Legge n. 405 del 29 luglio 1975 "Istituzione dei Consultori Familiari"
- Legge n. 194 del 22 maggio 1978 "Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria di gravidanza".
- Decreto 10 settembre 1998 recante **protocolli di accesso agli esami di laboratorio** e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.
- Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 T.U. delle **disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.**
- Decreto Legislativo 229/1999, Norme per la **razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**
- Legge Quadro 328/2000, per la realizzazione del **sistema integrato di interventi e servizi sociali.**
- Legge 8 marzo 2000, n. 53 " Disposizioni per il **sostegno della maternità e della paternità**, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città
- Decreto 16 luglio 2001, n. 349, "**Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni**"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008 per la "definizione dei nuovi LEA (**Livelli essenziali di Assistenza**)".
- D.L. 150/2009 relativo a "**Identificazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni**" e relativa circolare attuativa, n.3/2010
- Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la **riduzione del taglio cesareo.**
- DM 12 aprile 2011, Istituzione di un **Comitato Nazionale e di Comitati Regionali per lo svolgimento di azioni di coordinamento, impulso e verifica** sull'implementazione dell'Accordo Stato-Regioni stesso.
- Linee guida: **Tagli cesareo, una scelta appropriata e consapevole**, gennaio 2010, e **Linee Guida per una gravidanza fisiologica**, novembre 2010, elaborate da un gruppo multi disciplinare coordinato dal Sistema nazionale Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute⁵⁰.
- Dichiarazione congiunta UNICEF/OMS sull'allattamento al seno del 1989

■ Consultorio familiare

Occorre ripartire dalla tutela, a livello nazionale, della prevenzione e della promozione della salute riproduttiva, della donna, dell'uomo e della coppia.

Tra i servizi deputati a queste prestazioni, vi è il consultorio familiare, nato nel 1975 come presidio territoriale multidisciplinare ed extra-ospedaliero di supporto al percorso nascita dalla fase della gravidanza.

Con la nascita del bambino e il ritorno a casa, **i consultori rappresentano tutt'oggi uno spazio di accoglienza e ascolto** per le neomamme e i neonati dove monitorare la crescita del bambino, usufruire di sostegno all'allattamento materno, poter ricevere informazioni e indicazioni di educazione sanitaria e di cura del bambino (si pensi ai corsi di massaggio infantile), e, non ultimo, poter richiedere un sostegno psicologico e sociale.

Negli ultimi anni, in particolare, si è registrata una progressiva riduzione dei consultori familiari, accompagnata da una cronica mancanza di personale. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (**POMI**)³⁴ ha dimostrato che investire nella qualità dei consultori familiari è garanzia di migliori esiti di salute e di equità.

Migliorare il percorso nascita, implica quindi un investimento strategico ed economico in questo servizio e nelle sue prestazioni

³⁴ Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), in: www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp

■ Linee guida gravidanza

La stesura e la divulgazione delle Linee guida relative alla gravidanza fisiologica e alla riduzione del parto cesareo è l'esito dell'accordo sancito dalla Conferenza unificata Stato Regioni nel dicembre 2010.

Gli obiettivi sui quali sono stati compiuti passi importanti, ma sui quali si auspica un piano di attuazione nazionale sono:

- **umanizzare il percorso nascita** rendendo sempre più sicure le procedure diagnostiche, terapeutiche e il parto e promuovendo appieno il benessere psicofisico dei bambini nei primi mesi di vita, delle loro mamme e delle loro famiglie
- favorire la continuità dell'assistenza e l'integrazione tra ospedale e territorio dando anche priorità alla **promozione della salute e del benessere nei contesti dove i bambini vivono**: casa, servizi educativi, città³⁵
- interessarsi anche degli aspetti di **preparazione alla genitorialità**
- **affrontare tempestivamente eventuali fattori di rischio psico-sociale**, particolarmente accentuati in questi anni di crisi economico-finanziaria, con azioni adeguate ai bisogni dei nuclei familiari

■ Allattamento Materno (AM)

Sulla promozione e sul sostegno dell'allattamento materno, il governo italiano, dal 2015, è impegnato in prima linea con le azioni definite dal **Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno - TAS**³⁶.

Il TAS, nello specifico, sostiene l'implementazione dei percorsi "Ospedali & comunità Amici dei Bambini"^{xxxiv} e il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno³⁷.

Si richiede tuttavia la piena attuazione di provvedimenti nazionali e regionali che migliorino le prassi di avvio e di gestione dell'allattamento al seno esclusivo fino ai sei mesi di vita del bambino.

I nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)**³⁸ contemplano, in questa direzione, - al settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, area sorveglianza e prevenzione nutrizionale - l'erogazione di prestazioni di formazione del personale sanitario sulla **promozione dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare** (educazione alimentare alle donne in gravidanza); occorre **investire di più anche sull'informazione per i genitori** affinché sia loro trasmessa in modo chiaro e completo attraverso campagne e, un uso congruo, dei social media

³⁵ Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18. In: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

³⁶ Per approfondimenti: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3894&area=nutrizione&menu=allattamento

³⁷ Per approfondimenti: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2416_allegato.pdf

³⁸ Per approfondimenti: www.regioni.it/conferenze/documenti-conferenza-regioni/

■ Assistenza pediatrica, territoriale e ospedaliera

Per garantire il diritto alla salute a tutti i bambini, **l'assistenza pediatrica deve essere organizzata in modo tale da essere sempre più circolare fra le due componenti, ospedaliera e territoriale, e fra le diverse professionalità.**

Quest'integrazione intra e intersettoriale permetterà ai pediatri, in équipe, di svolgere un ruolo attivo e basilare per:

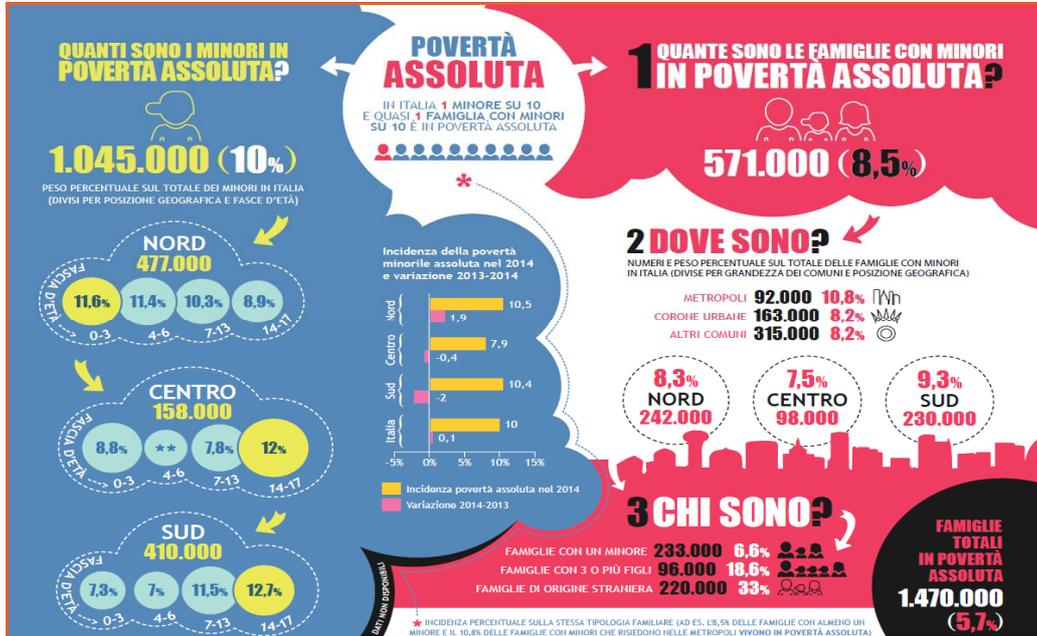
- migliorare le prospettive di sviluppo e di vita dei bambini appartenenti a famiglie in condizioni di svantaggio socioeconomico e culturale
- prevenire e curare le malattie croniche e rare, le disabilità complesse e i quadri clinici a elevata complessità assistenziale

In conclusione si conferma la necessità della messa a sistema di politiche sanitarie universalistiche e progressive, a gestione centralizzata, per sostenere e promuovere gli interventi intersettoriali a favore della prevenzione, della promozione di stili di vita salutari e di cura, per tutti i bambini e le loro famiglie - con attenzione alla fascia 0-6 anni - su scala nazionale e territoriale.

Box 4

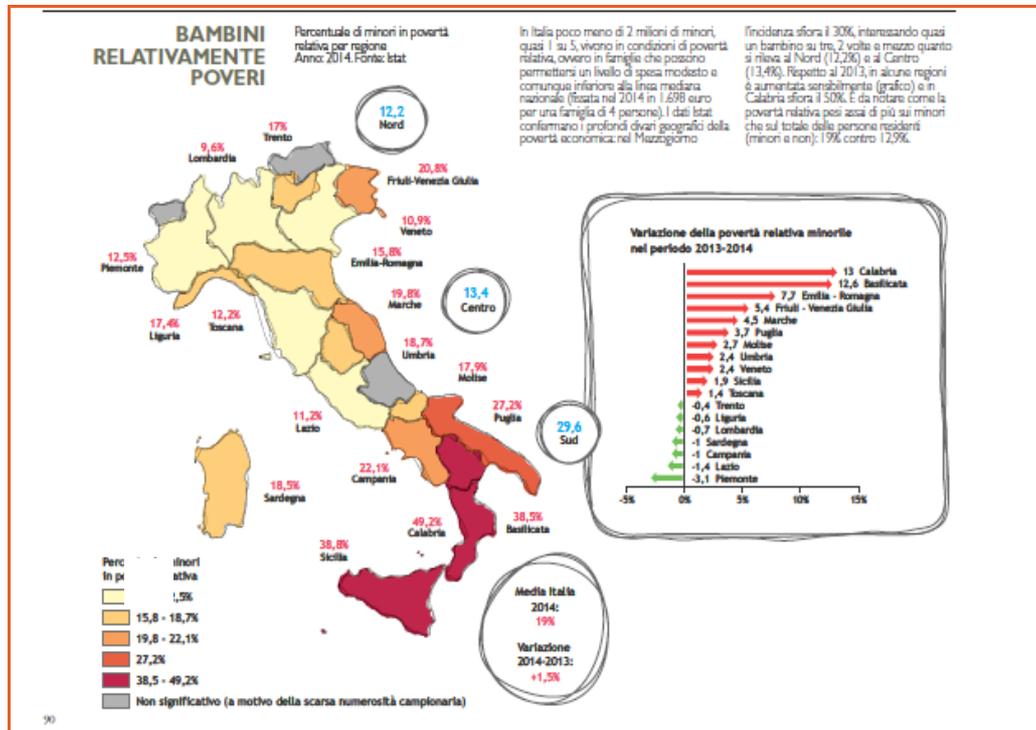
La povertà nei primi anni di vita

Povertà assoluta



Fonte: Atlante dell'infanzia (a rischio). Bambini senza. Origini e coordinate delle povertà minorili. Save the Children Italia, 2015

Povertà relativa



Fonte: Atlante dell'infanzia (a rischio). Bambini senza. Origini e coordinate delle povertà minorili. Save the Children Italia, 2015

Quanti sono e chi sono oggi i bambini poveri o a rischio di povertà^{XXXV XXXVI XXXVII}

A livello europeo, l'Eurostat misura, attraverso l'indicatore AROPE, il rischio di povertà o esclusione sociale della popolazione (ossia persone a rischio di povertà reddituale e/o in condizione di deprivazione materiale grave e/o appartenenti a famiglie a intensità di lavoro molto bassa). Nel 2014 il 24,4% della popolazione complessiva (EU 28) era "a rischio di povertà o esclusione sociale" e la percentuale saliva al 27,8% tra i minori europei (0-17 anni di età). Tradotto in numeri assoluti significa che nel 2014 26,5 milioni di bambini sono la fascia di popolazione a maggiore rischio di povertà o esclusione sociale, rispetto al resto della popolazione, in 20 dei 28 stati membri.

In Italia, queste percentuali sono superiori per le varie fasce di età, ma in particolare per i minori. Il 28,3% della popolazione italiana (dunque + 3,9% rispetto alla media europea) e il 32,1% tra i minori 0-17enni (+ 4,3% rispetto al corrispondente valore europeo).

In Italia un minore su dieci è povero. Secondo l'ISTAT, che ragiona in termini di povertà assoluta e di povertà relativa^{39 XXXVIII}, nel 2014 i minori in condizioni di povertà assoluta erano 1.045.000 (il 10% della popolazione di riferimento), in lieve aumento rispetto al 2013 (9,9%) e in controtendenza rispetto all'andamento del dato riferito alla popolazione generale (l'incidenza della povertà assoluta per la popolazione complessiva passa dal 6,3% al 5,7% per le famiglie, e dal 7,3% al 6,8% per le persone).

L'incidenza della **povertà assoluta** si mantiene stabile, dopo due anni di aumento, nonostante permangano differenze notevoli all'interno di ciascuna macro-area della penisola: al Nord la povertà colpisce di più le famiglie giovani (prevalentemente immigrate) con figli piccoli tra gli 0 e i 6 anni (l'incidenza supera l'11%), mentre al Sud e al Centro soffrono soprattutto le famiglie con ragazzi e adolescenti (povertà al 12% per i 14-17 anni anche nel Centro Italia).

Tuttavia **esistono una serie di fattori correlati alla condizione di povertà assoluta:**

- **la numerosità del nucleo familiare.** Se si analizza l'incidenza della povertà assoluta per ampiezza, tipologia familiare e numero di figli minori, il disagio economico è più diffuso se all'interno della famiglia è presente un numero crescente di figli minorenni: soffrono le famiglie numerose con tre o più figli (quasi una famiglia su 5, pari al 16%, è in questa condizione) e se questi figli sono minori (si tratta del 18,6% delle famiglie su scala nazionale)
- **un solo genitore:** rimane alta l'incidenza della povertà assoluta per famiglie monogenitoriali, 7,4%, anche se migliora rispetto al 2013 (9,1%)
- **l'età della persona di riferimento:** un numero crescente di bambini in povertà assoluta ha genitori giovani, con età sotto i 35 anni. La povertà assoluta aumenta con il diminuire dell'età del capofamiglia (8,3% per famiglie giovani, con un capofamiglia che non supera i 34 anni contro il 4,5% se il capofamiglia supera i 55 anni): ciò ha un impatto in termini di disuguaglianze sul percorso nascita
- **titolo di studio della persona di riferimento:** più basso è il titolo di studio maggiore è l'incidenza della povertà assoluta: 8,6% per chi possiede la licenza elementare o nessun tipo di licenza contro 3,2% se la persona di riferimento per la famiglia è almeno diplomata
- **posizione professionale della persona di riferimento.** La povertà assoluta colpisce in misura marginale le famiglie con a capo imprenditori, liberi professionisti o dirigenti (l'incidenza è inferiore al 2%), si mantiene al di sotto della media tra le famiglie di ritirati dal lavoro (4,4%), sale al 9,7 % tra le famiglie di operai, per raggiungere il valore massimo tra quelle con persona di riferimento in cerca di occupazione (16,2%)

³⁹ L'ISTAT utilizza due misurazioni di povertà osservando la spesa delle famiglie: una relativa, in base a cui una famiglia è povera se spende meno di una soglia calcolata sulla media nazionale (è quindi più una misura di disuguaglianza) e una assoluta, in base alla quale è povera una famiglia che non può accedere a un paniere di beni e servizi essenziali

- **presenza di stranieri in famiglia:** tra le famiglie con stranieri la povertà assoluta è più diffusa che nelle famiglie composte solamente da italiani: dal 4,3% di queste ultime (in leggero miglioramento rispetto al 5,1% del 2013) al 12,9% per le famiglie miste fino al 23,4% per quelle composte da soli stranieri. Al Nord e al Centro la povertà tra le famiglie di stranieri è di oltre 6 volte superiore a quella delle famiglie di soli italiani mentre nel Mezzogiorno è circa tripla

Parlando di **povertà relativa** sempre con riferimento al 2014 i minori che in Italia vivono in condizioni di povertà relativa, ovvero in famiglie che possono permettersi un livello di spesa modesto e comunque inferiore alla linea mediana nazionale (fissata nel 2014 in 1.698 euro per una famiglia di 4 persone), sono numericamente di poco inferiori ai 2 milioni, quasi 1 su 5, pari al 19% della popolazione generale. Il dato è in crescita di 1,5 punti percentuali rispetto al 2013 (17,5%).

Dal **rapporto 2016 del Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF** "Equità per i bambini: una classifica della disuguaglianza nel benessere dei bambini nei paesi ricchi", emerge con chiarezza che **la disuguaglianza colpisce i bambini nei paesi ad alto reddito**^{xxxix}.

Il rapporto pone in comparazione 41 Stati dell'Unione Europea e dell'area OCSE dal punto di vista del divario tra i minori appartenenti alla fascia sociale più bassa e quelli nella fascia media: **in tutte** e quattro **le dimensioni della povertà minorile analizzate** nello studio comparativo - reddito, istruzione, salute e soddisfazione nei confronti della vita - **l'Italia registra gravi svantaggi:**

- nella graduatoria sul divario reddituale relativo l'Italia si colloca al 35° posto su 41 paesi considerati
- per il divario nei risultati scolastici è al 22° posto su 37 paesi
- nella disuguaglianza nell'ambito della salute (valutazione autoriferita) è al 28° posto su 35 paesi
- per la disuguaglianza espressa in termini di soddisfazione nei confronti della propria vita da parte dei minorenni intervistati è al 22° posto su 35 paesi

La posizione media dell'Italia per tutte le dimensioni relative alla disuguaglianza di cui sopra è 32° su 35 paesi UE/OCSE.

Box 5

Potenziare i servizi socio-educativi per la prima infanzia: le nuove misure

Il **nuovo Piano Nazionale per l'Infanzia**, approvato, dalla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza ⁴⁰, dalla Conferenza Unificata ⁴¹ e dal Consiglio dei Ministri, è stato adottato ad agosto 2016 con decreto del Presidente della Repubblica.

Il Piano, elaborato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ⁴², che ha recepito le raccomandazioni dell' 8° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia ⁴³, **si articola in quattro aree tematiche:**

- lotta alla povertà dei bambini e delle famiglie
- servizi socio-educativi per la prima infanzia e qualità della scuola ^{XL}
- integrazione scolastica e sociale
- sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e dell'accoglienza

In linea con gli obiettivi del Piano Nazionale per l'Infanzia, se pur antecedente, il 13 luglio 2015 era stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la **Legge 107/2015, cosiddetta “della Buona Scuola”**, che, tra le varie azioni, riforma i servizi per la prima infanzia (nidi, servizi integrativi e scuola dell'infanzia) tramite la definizione del **“sistema integrato 0-6 anni”**.

Tale “sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino a sei anni” è contenuto nell'articolo 181 (comma “e”) ⁴⁴, in cui sono elencati i punti oggetto di specifici Decreti legislativi attuativi da definirsi entro 18 mesi dalla data di pubblicazione della Legge.

Il MIUR, cui è affidata la governance di questo sistema, definisce e coordina i livelli essenziali delle prestazioni dei servizi per la prima infanzia e della scuola dell'infanzia, superando le sfide rimarcate da chi, in diverse realtà regionali virtuose, decide e opera in questo settore ⁴⁵:

- riconoscere l'identità educativa dei nidi e dei servizi integrativi (0-3 anni)
- colmare le forti differenze nell'offerta educativa tra le aree meridionali e quelle settentrionali e centrali⁴⁶
- investire sulla qualificazione universitaria e la formazione continua del personale dei servizi per la prima infanzia e della scuola dell'infanzia
- attivare coordinamenti pedagogici territoriali per un migliore raccordo tra i diversi livelli di governo

Anche il **Piano Nazionale per la Famiglia** (2012) già sottolineava l'importanza di rafforzare le misure a sostegno della genitorialità anche attraverso la nascita - e il potenziamento - dei **Centri per la Famiglia**, considerati nodi propulsori di una rete di servizi, di interventi, di soggetti e azioni integrate (sociali, sanitarie ed educative).

I Centri per la Famiglia sono dei luoghi fisici che forniscono a tutte le famiglie informazioni, orientamento e consulenza in merito alle diverse questioni connesse alle relazioni interpersonali e anche genitoriali. Questi servizi offrono consulenza, orientamento e supporto in casi di separazione e, per problemi ancora più delicati, come quelli riconducibili a forme di violenza. I Centri per la Famiglia, se pur con forme organizzative diverse, sono diffusi in buona parte dei territori regionali. In alcune realtà virtuose, anche a seguito dell'adozione del Piano nazionale per la famiglia, si è costituito un Coordinamento Regionale dei Centri per le Famiglie con obiettivi e funzioni di ricerca, monitoraggio e implementazione di buone prassi ⁴⁷.

⁴⁰ www.camera.it/_bicamerale/infanzia/home.htm

⁴¹ www.statoregioni.it

⁴² www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/Osservatorio/Pagine/default.aspx

Box 6

Alcuni dati sulle più frequenti situazioni di vulnerabilità 'subite', ancora oggi, da molti bambini, in Italia⁴⁸

Gravidanza

In Italia, delle donne che hanno partorito nell'anno 2013, la giovane età - associata spesso a condizioni di deprivazione socio-economica - ha reso la gravidanza una fase decisamente più difficile e vulnerabile. Questa vulnerabilità sembra poi concentrarsi tra le donne straniere^{XLI}.

L'età media della madre era di 32,7 anni per le italiane mentre scendeva a 29,7 anni per le cittadine straniere. Il 44,2% delle italiane aveva una scolarità medio-alta, il 29,9% medio-bassa e il 25,9% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevaleva invece una scolarità medio-bassa (48,3%).

L'analisi della condizione professionale ha evidenziato che il 57% delle madri aveva un'occupazione lavorativa, il 29,8% erano casalinghe e il 10,9% erano disoccupate o in cerca di una prima occupazione. La condizione professionale delle puerpere di origine straniera nel 2013 era per il 53,1% quella di casalinga, mentre il 63,9% delle madri italiane aveva invece un'occupazione lavorativa.

La percentuale di donne straniere che ha effettuato la prima visita a partire solo dalla 12° settimana di gestazione è pari al 12,3% contro al 2,6% delle donne italiane. Sono in aumento le donne con scolarità bassa che hanno rimandato la prima visita (11,2%) rispetto alle donne con scolarità medio-alta (2,6%).

Il 3,8% delle future madri con meno di 20 anni non fa controlli o rimanda la prima visita oltre l'undicesima settimana di gestazione (13,7%).

Violenza domestica

Il 6° Atlante dell'Infanzia (a rischio), "Origini e coordinate delle povertà minorili"⁴⁹, documenta il clima di violenza nel quale crescono troppi bambini: si stimano in circa 400 mila i minori che hanno assistito a situazioni di violenza domestica.

⁴³ Cfr. Rif. Bibl. XXX

⁴⁴ In merito all'art. 181 il Gruppo Nazionale Nidi e Infanzia (www.grupponidiinfanzia.it/) avanza però le seguenti considerazioni: "(a) gran parte delle azioni previste dalla Riforma sembra riferirsi in modo esclusivo alla scuola dell'infanzia, (b) si avrà compresenza dei docenti della scuola d'infanzia nei servizi per l'infanzia, (c) le Regioni vedono ridotte di molto le loro pertinenze legislative, (d) i nidi d'infanzia non saranno più servizi a domanda individuale, (e) le spese di gestione della scuola dell'infanzia saranno compartecipate dallo Stato, dalle famiglie utenti e dagli enti locali. Abbiamo infine notato che, in assenza dei Decreti legislativi attuativi della legge 107/2015, e soprattutto in assenza delle risorse finanziarie necessarie, saranno necessari alcuni anni per l'avvio del sistema integrato 0-6 anni."

⁴⁵ Cfr. Rif. Bibl. XXXVII

⁴⁶ Cfr. Rif. Bibl. XXXV

⁴⁷ Regione Piemonte BU16 23/04/2015. Delibera della Giunta regionale 30 marzo 2015, n. 25-1255. Per approfondimenti sulle attività svolte dai Centri per le Famiglie, si invia al sito web del Centro per relazioni e le famiglie della Città di Torino (www.comune.torino.it/relazioniefamiglie/)

⁴⁸ Cfr. Rif. Bibl. XXXI

⁴⁹ Cfr. Rif. Bibl. XXXV

3. Interventi efficaci e buone prassi

Questo policy brief prende in esame i programmi e gli interventi che agiscono sull'Early Childhood Development **relativi ai settori socio-sanitario e socio-educativo** - visite domiciliari, programmi per genitori, nidi e scuola dell'infanzia,...- tralasciando quelle azioni più direttamente finalizzate a garantire alla famiglia supporti di natura socio-economica - quali ad esempio politiche e interventi di sostegno al reddito per famiglie povere o a rischio di povertà, politiche per favorire il congedo parentale e di maternità - supporti che sono comunque fondamentali per garantire una crescita e uno sviluppo ottimali per il bambino.

Nelle pagine successive si presentano:

- i dieci **fattori chiave**^{50 51} che sintetizzano tutti gli aspetti importanti prenatali e postnatali, che incidono sul benessere dei genitori e del bambino e su cui è fondamentale agire per prevenire e ridurre le disuguaglianze (**Tabella 1**)
- i singoli **programmi/interventi** esaminati (**Schede**)
- **l'impatto dei programmi/interventi sui fattori chiave (Tabella 2)**. La tabella propone una classificazione, che come ogni tentativo astratto di razionalizzare e ordinare, è in sé un po' arbitraria, perché spesso i programmi/interventi presi in esame sono molto complessi e articolati. Le revisioni sistematiche sintetizzate, di frequente, non conducono a conclusioni definitive e univoche riguardo all'efficacia di un programma/intervento e i risultati sono piuttosto ardui da interpretare. Per cui per ogni programma/intervento è stato evidenziato l'impatto diretto sui fattori chiave considerati outcome delle revisioni analizzate. Non si esclude un impatto indiretto più ampio

Per avere un quadro il più possibile esaustivo, e coerente con le conoscenze scientifiche attualmente disponibili, si consiglia quindi una lettura integrata dei tre strumenti (**Tabelle e Schede**).

Nelle singole Schede, i programmi/interventi sono descritti in base a:

- **obiettivi** che perseguono e con quali **modalità**
- **contesto** in cui sono realizzati
- **efficacia**. E' stato considerato l'impatto di ogni tipologia di programma/intervento sui singoli fattori chiave

In "Sintesi delle principali revisioni sistematiche" (**Allegato**), il discorso sull'efficacia di ogni programma/intervento rispetto ai 10 fattori chiave viene ripreso e arricchito, riportando, per ogni fattore, le principali revisioni sistematiche in modo sintetico e con un occhio attento sia agli outcome presi in esame sia ad aspetti di processo e di implementazione. Questo approfondimento non contempla la scheda "Altri tipi di intervento".

⁵⁰ Alcuni dei dieci fattori chiave coincidono con i fattori protettivi analizzati nel Capitolo 1 - Box 1

⁵¹ I dieci fattori chiave, che secondo un approccio "life-course" abbracciano la fase prenatale, perinatale e postnatale sono mutuati e liberamente adattati dalla revisione: Axford N, Barlow J, Coad J, Schrader-McMillan A, Bjornstad G, Berry V, Wrigley Z, Goodwin A, Ohlson C, Sonthalia S, Toft A, Whybra L, Wilkinson T. Rapid review to update evidence for Healthy Child Programme 0-5, Public Health England 2015. In: www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-rapid-review-to-update-evidence

Tabella 1. I fattori chiave

Fattori chiave	Descrizione
Benessere psicosociale dei genitori	Nella gravidanza e nel periodo postnatale la salute mentale della madre può influenzare la qualità della relazione mamma-bambino e lo sviluppo del bambino. La depressione materna in gravidanza è un importante fattore di rischio per la depressione post parto. E' un evento da non trascurare perché spesso implica, da parte della madre, comportamenti di poca cura e attenzione verso di sé, pericolosi per lo sviluppo del feto e con conseguenze sullo sviluppo fisico, cognitivo, emotivo dopo la nascita e nel corso dell'infanzia. Inoltre la depressione materna è spesso correlata anche a situazioni di isolamento, mancanza di supporto sociale e da parte del partner, eventi di vita negativi e portatori di stress. Anche i padri possono essere oggetto di depressione, ansia, stress e influire, così, sullo sviluppo del bambino.
Fumo	Fumare e l'esposizione al fumo passivo in gravidanza hanno conseguenze sullo sviluppo del feto, con possibili risultati negativi per la salute del neonato, come per esempio basso peso alla nascita, e in seguito malattie respiratorie o diabete. Il basso peso alla nascita può avere un impatto sullo sviluppo cognitivo ed emotivo e sui comportamenti del bambino e aumenta la probabilità di soffrire di malattie croniche in età adulta. L'esposizione al fumo passivo può avere un impatto negativo sulla salute infantile, essere causa di asma, aumentare il rischio di eventi improvvisi di morte in culla, infezioni alle basse vie respiratorie, come polmonite e bronchite e infezioni all'orecchio medio.
Alcol e droghe	L'abuso di alcol e droghe in gravidanza ha effetti dannosi per lo sviluppo fetale e impatti negativi a lungo termine, dopo la nascita, per lo sviluppo del bambino, la sua salute e il suo comportamento. Nel periodo dopo la nascita, inoltre, l'abuso di alcol o droghe da parte del o dei genitori può incidere sulla relazione con il figlio influenzandone lo sviluppo socio-emotivo. I bambini i cui genitori abusano di alcol o droghe sono più a rischio di abuso in età adulta.
Violenza domestica	La violenza domestica è strettamente associata a una gamma di esiti negativi per neonati e bambini piccoli, inclusi disturbi postraumatici da stress e problemi emotivi e di comportamento. La violenza domestica o l'abuso domestico (intimate partner violence) include atti di abuso fisico, emotivo, psicologico ed economico da chi è, o è stato, partner in una relazione di intimità o da parte di qualche membro della famiglia. Sono contemplati come violenza domestica anche casi di abuso sessuale o di stalking. Sebbene anche le donne possano essere violente, nel contesto di una relazione, nei casi di violenza tra partner, sono innanzitutto loro le vittime che subiscono le peggiori conseguenze. La violenza di genere è un fenomeno oggi talmente diffuso che è stato coniato un neologismo, femminicidio.
Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore	La gravidanza e i mesi immediatamente successivi alla nascita sono un momento propizio e fondamentale per fornire supporto alla salute e al benessere di mamma e bebè. La preparazione e il supporto alla nascita sono aspetti tradizionalmente affrontati dall'educazione prenatale per migliorare alcuni esiti: dolore in fase di travaglio, basso peso alla nascita, tipo di parto, allattamento al seno. Tuttavia, più di recente, è stata riconosciuta anche l'importanza di offrire un supporto psicologico ai genitori, nel delicato momento di passaggio a un ruolo nuovo, e gli interventi hanno contemplato non solo il periodo prima della nascita ma anche quello successivo. E' stata anche riconosciuta la necessità di sostenere i papà quando diventano genitori: questo spiega la sempre maggiore presenza di interventi che, nel periodo prima della nascita, si indirizzano a entrambe le figure genitoriali ma anche solo ai padri.

<p>Attaccamento</p>	<p>Un attaccamento sicuro da parte dei bambini dipende dalle relazioni che instaurano con le figure che per prime si prendono cura di loro. Gravidanza e periodo postnatale sono momenti eccellenti per aiutare i genitori a creare il tipo di interazione che promuoverà un attaccamento sicuro con il figlio neonato.</p> <p>Una genitorialità armonica e sensibile è associata all'attaccamento sicuro, mentre una genitorialità indifferente/punitiva o incostante/invadente è associata a un attaccamento insicuro evitante, ambivalente o disorganizzato. Alcuni atteggiamenti dei genitori orientati all'abuso/abbandono sono associati a un attaccamento disorganizzato, a cui si correlano numerosi problemi tra cui disordini nel comportamento. Molti sono i fattori che possono compromettere la capacità del genitore di esercitare una genitorialità armonica e sensibile: problemi di salute mentale (per esempio ansia o depressione), isolamento sociale, violenza domestica, dipendenza da alcol e droghe, povertà.</p>
<p>Sostegno alla genitorialità</p>	<p>I genitori svolgono il ruolo più critico e complesso per il benessere sociale ed emotivo dei figli. Come si è già sottolineato comportamenti dei genitori che ricorrono a una disciplina positiva e alla supervisione e che evitano cicli coercitivi di interazione, giocano un ruolo chiave per l'evoluzione emotiva e per il comportamento dei bambini.</p> <p>Il focus principale è fornire ai genitori contenuti psico-educativi sulla genitorialità ma anche migliorare aspetti del loro essere genitori (ad esempio fiducia e autostima). E' necessario, quindi, dare un aiuto e un sostegno ai genitori perché svolgano bene il loro ruolo nei primi cinque anni di vita del figlio. Questo sostegno può essere differente, riguardo al luogo in cui viene offerto (casa, nido, scuola per l'infanzia,...) e alle modalità (sostegno tramite mezzi di comunicazione, autogestito, individuale, di gruppo, misto).</p>
<p>Sicurezza e protezione del bambino</p>	<p>La sicurezza e la protezione dell'infanzia si realizzano principalmente con la prevenzione o la riduzione dei casi di abuso, trascuratezza e abbandono e degli incidenti non intenzionali.</p> <p>L'abuso e l'abbandono nella prima infanzia hanno nel corso di tutta la vita ricadute fortemente negative sulla salute psicofisica e sullo sviluppo sociale ed emotivo. E' perciò necessario intervenire precocemente modificando le modalità di interazione dei genitori con i propri figli. Riguardo alla prevenzione di incidenti non intenzionali che avvengono in casa, è importante modificare alcuni comportamenti e abitudini dei genitori e fornire o installare dispositivi per garantire la sicurezza.</p>
<p>Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</p>	<p>Una buona alimentazione fin da neonato ha effetti positivi sulla salute del bambino prima e dell'adulto poi: l'allattamento al seno fa bene al bambino, è protettivo per la sua salute e per il suo sviluppo cognitivo.</p> <p>Le madri adolescenti o provenienti da contesti socio-economici svantaggiati hanno meno probabilità di iniziare o di continuare ad allattare al seno il proprio figlio. Le abitudini alimentari influenzano le scelte alimentari dei bambini già da piccolissimi. I tassi in aumento di obesità infantile devono orientare le azioni per promuovere una dieta più sana, ma anche per ridurre le abitudini sedentarie e aumentare l'attività fisica. Sono sufficienti questi dati per comprendere l'importanza di adottare strategie pre e postnatali per promuovere l'allattamento al seno e interventi per prevenire e trattare obesità e sovrappeso nella prima infanzia.</p>
<p>Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino</p>	<p>Un eloquio pronto, capacità linguistiche e comunicative sono associate con l'età scolare e con risultati sociali e scolastici positivi per tutto il periodo infantile. Anche uno sviluppo emotivo positivo già da neonato e poi nella prima infanzia è elemento associato alla "school readiness" - vale a dire quanto un bambino è pronto a intraprendere il percorso scolastico - e a un adattamento emotivo positivo negli anni seguenti. Il fattore ambiente, in particolare la relazione genitore-figlio, è estremamente importante durante il periodo prescolare. Ritardi nello sviluppo in questo periodo dimostrano che i bambini che vivono in condizioni di svantaggio hanno più probabilità di presentare ritardi cognitivi e linguistici. Gli anni prescolari sono perciò una prima opportunità per promuovere il linguaggio e la comunicazione di tutti i bambini, in particolare di quei bambini che possono avere bisogno di un aiuto in più.</p>

SCHEDA 1. VISITE DOMICILIARI



pixabay.com

Si tratta di **interventi pre e postnatali realizzati a domicilio**, finalizzati a offrire un supporto informativo ed educativo su elementi di prevenzione basilari (cura della gravidanza, igiene madre - neonato, allattamento al seno e alimentazione, vaccinazioni, accesso ai servizi di cura), ma anche un supporto emotivo e psicologico ai genitori (attaccamento, relazione genitore-neonato, relazione di coppia, ruolo genitoriale).

Inoltre con la Visita Domiciliare (VD) **si osserva** e si **monitora** la **salute fisica** e il **benessere psicologico della madre**, la salute del neonato, le condizioni della famiglia e dell'ambiente domestico.

Infine, nel caso in cui l'operatore che svolge la VD individua situazioni a rischio o le rinvia a servizi specialistici del territorio o lavora in sinergia con questi servizi.

Le VD possono:

- **essere effettuate in gravidanza e anche dopo il parto**, almeno fino al raggiungimento di un anno di età del bambino. Le VD per gruppi ad alto rischio possono continuare per mesi o addirittura anni dopo la gravidanza
- avere **differenti livelli di frequenza**, di **durata** e di **intensità**
- coinvolgere **personale professionale sociosanitario** (infermieri, ostetriche, assistenti sociali, counsellor) o personale **non professionale o paraprofessionale** opportunamente formato
- essere **parte di programmi complessi e multicomponenti**

L'unico elemento comune che caratterizza ogni intervento di VD è il luogo in cui si svolge, la casa, ambiente di vita per la donna in gravidanza e per la famiglia e il primo contesto con cui si relaziona il neonato.

Le visite domiciliari hanno un **impatto positivo** su

- **benessere psicosociale** nello specifico sulla depressione materna post parto^{XLII XLIII XLIV}
- abuso materno di **alcol o droghe**^{XLV}
- **violenza domestica**^{XLVI XLVII XLVIII}
- **preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore**^{XLIX L}:
 - supporto educativo ed emotivo al momento del parto
 - supporto alla relazione di coppia
- **attaccamento**^{LI LII}: relazione mamma-neonato per uno sviluppo salutare del bambino, comportamento materno vigile, riflessivo, sensibile
- **sicurezza e protezione del bambino**^{LIII LIV LV LVI LVII LVIII LIX}:
 - sicurezza e prevenzione/riduzione incidenti infantili non intenzionali in ambiente domestico
 - bambini soggetti a maltrattamento e abbandono
- **alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità**^{LX LXI LXII}
- **sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino**^{LXIII LXIV}

BUONE PRASSI

In Italia

Scommettiamo sui giovani

Provincia autonoma di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari,
Università degli Studi di Trento - Facoltà di scienze cognitive

www.trentinosalute.net e www.csbonlus.org

Attraverso un intervento di visite domiciliari - fatte da tre mesi prima del parto a 24 mesi dalla nascita del bambino, e condotte da ostetriche ed educatrici appositamente formate - si voleva aiutare le madri giovani, in condizioni di rischio psicosociale, nel compito di crescere il proprio bambino.

Questo progetto di ricerca-intervento, iniziato nel 2009 e concluso nel 2014, è descritto in un ricco **manuale di intervento** prodotto per i visitatori domiciliari coinvolti.

È stato prodotto inoltre un **documento di valutazione** di fine progetto da cui si evince che sono state reclutate 100 madri attraverso i consultori dei distretti coinvolti, i relativi Servizi di Psicologia e l'Unità Operativa di ginecologia-ostetricia dell'Ospedale di Arco (TN). Di queste, 76 hanno dato il loro consenso a partecipare.

Tra i risultati principali, è confermata l'efficacia di supportare precocemente la maternità nelle condizioni di rischio per avere effetti positivi sullo sviluppo del bambino.

Un altro importante risultato è stato l'aver creato una rete di servizi finalizzati al supporto di donne con diversi tipi di fragilità.

Nel mondo

Family Nurse Partnership

<http://fnp.nhs.uk/>

Family Nurse Partnership (FNP) è un programma di visite domiciliari per giovani mamme alla loro prima esperienza e con un'età non superiore a 19 anni. Un infermiere di famiglia che ha ricevuto opportuna formazione visita regolarmente la giovane mamma, dai primi mesi di gravidanza fino a quando il bambino ha raggiunto due anni di età.

Il programma FNP persegue tre **obiettivi**:

- migliorare gli esiti della gravidanza
- migliorare la salute e lo sviluppo del bambino
- migliorare l'auto-sufficienza economica dei genitori e godere di una gravidanza in salute

Il metodo del programma si basa sulle teorie dell'ecologia dello sviluppo umano, dell'autoefficacia e dell'attaccamento. La maggior parte del lavoro è focalizzato sulla costruzione di una **relazione forte** tra la giovane mamma e l'infermiere di famiglia, al fine di facilitare cambiamenti comportamentali e affrontare i problemi emotivi che interferiscono nella capacità di madri e padri di prendersi cura adeguatamente dei propri figli.

Il programma FNP è supportato da una **robusta base di prove scientifiche** internazionalmente riconosciute, che dimostrano come è possibile migliorare outcome di salute, sociali ed educativi, nel breve, medio e lungo termine, garantendo nel contempo positivi ritorni economici.

SCHEDA 2. PROGRAMMI PER GENITORI



shutterstock.com

I **programmi per genitori, individuali o di gruppo**, sono finalizzati a:

- **supportare** i genitori **nello svolgimento del loro ruolo**
- **rafforzare** le loro **competenze**
- **aiutarli a comprendere i bisogni dei loro bambini e ad attuare strategie positive** per il loro benessere

Inoltre si indirizzano alla **salute e al benessere psicosociale dei genitori** e a eventuali problemi cognitivi, di comunicazione e linguaggio, emotivi e di comportamento dei figli.

I programmi per genitori possono anche essere **parte di programmi multicomponente** e specificamente **indirizzati a gruppi considerati a rischio**.

Diversamente dalle VD **molti programmi per genitori sono:**

- **standardizzati**, ma possono essere adattati e modificati in base ai bisogni
- **offerti in diversi contesti** - educativo/prescolare, domiciliare, clinico -

Per la loro realizzazione si avvalgono di **personale socio-sanitario** ma anche di **insegnanti**.

I programmi per genitori hanno un **impatto positivo** su:

- **benessere psicosociale dei genitori**^{LXV} (depressione, ansia, stress, rabbia,...)
- **preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore**^{LXVI}:
 - supporto educativo ed emotivo al momento del parto
 - supporto alla relazione di coppia
- **attaccamento**^{LXVII LXVIII}: relazione mamma-neonato per uno sviluppo salutare del bambino, comportamento materno vigile, riflessivo, sensibile
- **sostegno alla genitorialità**^{LXIX LXX LXXI LXXII LXXIII LXXIV LXXV LXXVI LXXVII LXXVIII LXXIX}:
 - genitori adolescenti
 - bambini con disabilità
 - bambini con problemi comportamentali (per esempio di iperattività)
- **sicurezza e protezione del bambino**^{LXXX 52} : trascuratezza, abbandono e maltrattamento infantile
- **alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità**^{LXXXI LXXXII LXXXIII LXXXIV LXXXV LXXXVI}
- **sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino**^{LXXXVII LXXXVIII LXXXIX}

⁵² Cfr. Rif. Bibl. LIV

BUONE PRASSI

In Italia

Fiocchi in Ospedale

Save the Children - Italia Onlus

www.savethechildren.it/italia/poverta.html

Fiocchi in ospedale è un **progetto di concreto sostegno sociale ed economico per le quasi mamme e le neomamme che vivono in situazioni critiche con l'obiettivo di migliorare, in accordo con la famiglia, le condizioni di benessere del bambino e tutelare i suoi diritti primari** (si forniscono pannolini, accessori e prodotti per la cura del neonato).

Le attività previste includono:

- l'attivazione di uno sportello/postazione all'interno dei reparti materno-infantili per offrire un luogo di incontro tra mamme e con personale socio-educativo esperto
- il rafforzamento delle collaborazioni tra i reparti di ostetricia, ginecologia e neonatologia
- la presa in carico e cura della mamma e del bambino
- la facilitazione delle collaborazioni tra le unità del materno-infantile e i servizi territoriali
- la realizzazione di una dimissione protetta nei casi particolarmente critici (mamme sole, giovani, straniere, donne in condizioni di povertà, emergenza abitativa, tossicodipendenze, sfruttamento e abuso)

Il progetto, avviato nel 2012, è presente negli ospedali di: Bari - Policlinico, Milano - Niguarda 'Ca Granda, Napoli - A. O. Cardarelli, Roma - Gemelli.

'Fiocchi in ospedale', per ogni realtà ospedaliera, si integra con altri progetti locali già presenti e prevede la collaborazione dei servizi sociali dell'amministrazione comunale, dei servizi socio-sanitari e delle realtà associative con esperienza consolidata nel sostegno alle madri in situazioni di disagio.

Nel mondo

Triple P- Positive Parenting Program

University of Queensland

www.triplep.net/glo-en/home/

Triple P è un programma universale per genitori e famiglie finalizzato a prevenire e a trattare problemi emotivi e comportamentali di bambini e preadolescenti (4-14 anni).

Fornisce ai genitori strategie semplici e pratiche per intervenire su problemi come comportamenti oppositivi, obesità, difficoltà relazionali.

Esistono programmi speciali per: bambini con disabilità, famiglie che stanno affrontando una separazione/divorzio o appartenenti a gruppi etnici di minoranza.

Il programma prevede livelli di intensità crescenti e può quindi essere indirizzato a genitori "difficili da raggiungere" o con bisogni particolari, a famiglie con lievi difficoltà o a genitori che hanno semplicemente bisogno di qualche indicazione educativa.

Il programma adotta un approccio non stigmatizzante e può essere svolto in setting diversi (in colloqui individuali, in piccolo o grande gruppo, via web).

Attualmente il programma è utilizzato negli USA, in 25 diversi Stati e sembra funzionare indipendentemente dal background culturale, dal livello socio-economico e dal tipo di struttura familiare.

Gli operatori che vengono opportunamente formati e sostenuti con supervisioni sono sollecitati ad adattare il programma al loro target, garantendo tuttavia la fedeltà al programma stesso.

Negli anni sono stati prodotti diversi studi che analizzano l'efficacia del programma, tra questi 8 metanalisi, 68 trial clinici randomizzati e 51 valutazioni di efficacia pratica.

Incredible Years

<http://incredibleyears.com/>

E' un programma di gruppo per genitori, che ha lo scopo di aiutarli a migliorare il comportamento dei loro bambini.

Essenzialmente, genitori e insegnanti imparano a prestare maggiore attenzione ai comportamenti sia positivi che negativi e gestiscono le condotte negative adottando una disciplina proattiva e orientata alla risoluzione dei problemi.

La base del programma Incredible Years si fonda sulla **costruzione di relazioni genitore-figlio, insegnante-bambino materne e accoglienti** con attività di gioco dirette dal bambino, formazione sociale ed emotiva, elogi, incoraggiamenti e premi.

Incredible Years è indirizzato a bambini di 3-4 anni che esprimono con maggiore frequenza un comportamento provocatorio e di sfida, anche se, alcuni dei principi su cui si fonda - ricompensare il comportamento positivo e ignorare quello negativo - lo rende potenzialmente applicabile a livello universale.

Il programma ha avuto ricadute positive sui genitori, aumentandone la calma e riducendo atteggiamenti negativi e tendenti alla depressione, con un guadagno in termini di salute. Se si considera che le famiglie in condizioni di svantaggio socio-economico siano più predisposte a stati di ansia e depressione, questo programma dovrebbe contribuire a livellare il gradiente. Inoltre un migliore comportamento a scuola accresce le opportunità future di sicurezza economica e i benefici di salute che ne sono associati.

Numerosi studi di valutazione, tra cui anche RCT (studi randomizzati controllati) **sono stati condotti in diversi paesi**. I risultati coerentemente hanno dimostrato **outcome positivi** espressi come riduzione di comportamenti antisociali e aggressivi, miglioramento di comportamenti orientati alla socializzazione, interazione con i genitori, gli insegnanti e i pari. I genitori a loro volta hanno sviluppato competenze, acquisito nuove modalità per comunicare con efficacia e positività con i loro figli, migliorato la relazione, definito regole e pratiche, gestito la rabbia e il conflitto.

SCHEDA 3. CORSI DI EDUCAZIONE PRENATALE



shutterstock.com

I corsi di educazione prenatale, anche noti come **corsi di preparazione al parto**, possono essere sia di gruppo che individuali e sono **finalizzati a preparare, informare e dare supporto ai genitori su questioni pratiche e relazionali** relative a:

- gravidanza
- nascita
- nuovo ruolo che dovranno svolgere

Più in dettaglio dovrebbero aiutare la futura mamma e anche il papà ad affrontare questioni quali:

- il dolore in fase di **travaglio**
- la scelta del tipo di parto
- il **basso peso alla nascita**
- la **cura del neonato**
- l'**allattamento** al seno
- le **competenze** richieste **in quanto genitori**

I corsi di educazione prenatale hanno un **impatto positivo** su:

- *preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore*^{XC XCI XCII 53}
- *attaccamento*⁵⁴
- *sostegno alla genitorialità*^{XCIII}
- *alimentazione: allattamento al seno*^{XCIV XCV XCVI XCVII XCVIII}

BUONE PRASSI

In Italia

I corsi di accompagnamento alla nascita realizzati nei Consultori Familiari

Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I.)

Con il **Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)**, varato nel 2000, il **percorso nascita** riparte con un **modello organizzativo e di valutazione di azioni e obiettivi centrati sulla promozione e tutela della salute della donna, del partner e dell'età evolutiva**, secondo il modello dell'empowerment.

In questo processo di riorganizzazione, il **Consultorio Familiare si vede assegnato un ruolo strategico**. Questo servizio offre, in modo attivo, azioni di consulenza educativa di forte impatto sulla prevenzione e la promozione della salute di donne, future mamme e neomamme e della loro famiglia.

Tra queste, vi è l'organizzazione di **corsi di accompagnamento alla nascita**, erogati da uno o più professionisti del team multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, pediatra, assistente sociale, assistente sanitaria, psicologo). Il numero dei partecipanti è contenuto (da otto a dodici future

⁵³ Cfr. Rif. Bibl. L

⁵⁴ Cfr. Rif. Bibl. LXVII e LXVIII

mamme). I corsi partono dal 3°- 4° mese e proseguono, almeno per un incontro, dopo la nascita, in integrazione con altri servizi.

Gli appuntamenti affrontano temi teorici e pratico-esperienziali. È sovente prevista una visita delle gestanti al punto nascita ospedaliero territoriale di riferimento.

L'analisi dei dati di quest'attività, ancora eterogenea nell'applicazione territoriale, promette un minor ricorso al taglio cesareo e un maggior prolungamento dell'allattamento materno.

Nel mondo

Centering pregnancy

www.centeringhealthcare.org/

Centering pregnancy è un programma di educazione e cure prenatali di gruppo, che consente a donne che si trovano al medesimo stadio di gravidanza, di apprendere di più sulla loro gravidanza, di partecipare in prima persona alla cura della loro salute e di incontrarsi in un contesto di gruppo.

Centering pregnancy si attiene a **10 visite prenatali**, come da raccomandazione. **Ogni visita prenatale** prevede **una prima parte individuale** in cui ogni futura mamma incontra il suo ginecologo per un controllo generale dello stato di salute - pressione del sangue, peso, misure del pancione, battito del cuore del bambino - e **una seconda parte di gruppo** in cui vengono affrontati vari temi - alimentazione, preparazione al parto, allattamento al seno, cura del neonato e nuovo ruolo di genitori -.

Nel programma centering pregnancy i gruppi sono composti da 8 a 12 donne di diversa età, razza ed estrazione sociale che devono partorire nel medesimo periodo; inoltre viene incoraggiata la partecipazione del partner o di altre persone di supporto.

Lo stile di cure prenatali previsto dal programma centering pregnancy offre **benefici** in termini di:

- migliori outcome di salute: numerosi studi hanno dimostrato ricadute positive per la salute del bebè e riduzione delle disparità etniche nei casi di nascita prematura
- autogestione della propria salute: le future mamme sono incoraggiate a impegnarsi attivamente per il loro benessere e a ricevere le informazioni sul loro stato di salute
- più tempo da trascorrere con il loro medico
- supporto e amicizia delle altre donne incinte
- fiducia in sé stesse: le future mamme sono più preparate per affrontare il parto e per prendersi cura del loro neonato

SCHEDA 4.
SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA:
NIDI E SCUOLA DELL'INFANZIA



hausman.10 in flickr.com

Nei paesi ad alto reddito, un elevato numero di bambini di età inferiore a 5 anni frequenta regolarmente nidi e scuole dell'infanzia, sperimentando in tal modo situazioni di accudimento extra familiari.

Il nido e la scuola dell'infanzia svolgono un ruolo fondamentale di salvaguardia e protezione del bambino nella sua comunità e il loro carattere universale - offrono un servizio accessibile a tutti i bambini - li rende particolarmente utili soprattutto a bambini che provengono da famiglie che vivono in condizioni di svantaggio economico e sociale.

Nidi di elevato livello qualitativo, che propongono attività strutturate e uno staff di insegnanti attenti, solleciti verso i bisogni dei bambini, che stimolano i piccoli e gli offrono opportunità di interazione verbale e di comunicazione hanno un impatto positivo sullo sviluppo cognitivo e linguistico dei bambini. E per bambini che appartengono a famiglie povere, esperienze precoci presso nidi di alta qualità sono predittive di migliori risultati scolastici e migliori opportunità lavorative future. E' importante insistere sulla qualità dei servizi offerti perché nidi di scarsa qualità, in cui un numero elevato di bambini è accudito da pochi insegnanti che hanno a disposizione risorse insufficienti, possono non solo non migliorare lo sviluppo cognitivo e psicosociale dei bimbi ma addirittura avere effetti negativi.

I nidi sono, anche, un mezzo per migliorare il reddito della famiglia: le madri se sono certe che il loro figlio è ben accudito sono più propense a ritornare al lavoro dopo il congedo per maternità. L'incremento del reddito familiare incide sull'ambiente domestico e perciò sul bambino.

Nidi e scuola possono includere azioni di educazione e formazione per i genitori, azioni di supporto sociale ed economico, essere affiancati da altri interventi sanitari o psicologici, dalle VD ai programmi per genitori.

Il rapporto inglese "An equal start"^{XCIX} sottolinea che **nidi e scuola dell'infanzia** per essere di 'successo' oltre ad indirizzarsi all'infanzia, con azioni e servizi specifici, **dovrebbero**, in collaborazione con il settore sociosanitario e con le famiglie stesse, **avere un impatto anche sulla genitorialità e sul contesto di vita della famiglia**.

In sintesi sarebbe auspicabile che si focalizzassero su:

- 1. salute e sviluppo del bambino:** le competenze cognitive, sociali ed emotive, di comunicazione e linguaggio e quelle inerenti la salute fisica sono essenziali per consentire al bambino una crescita sana e per garantirgli il successo in età adulta. Un successo che spazia dai risultati scolastici, alla stabilità economica, alla rete di relazioni sociali, allo stato di salute
- 2. genitorialità:** è fondamentale e critica l'interazione dinamica tra genitori e figli e, in particolare, il contesto di apprendimento e le modalità di comunicazione che si instaurano, dal momento della nascita, in ambito familiare. I genitori devono provvedere alla salute e alla sicurezza del bambino, devono creare un ambiente domestico creativo e stimolante e costruire un forte attaccamento. L'attaccamento è cruciale e si raggiunge con l'attenzione e l'interazione: dal linguaggio del corpo, alla

definizione dei “confini” che garantiscono sicurezza al bambino, consentendogli nel contempo di esplorare il mondo

- 3. la vita dei genitori:** ci sono fattori che non coinvolgono in modo immediato la relazione genitori - figli, ma che influiscono sul modo in cui i genitori sono genitori. Il benessere mentale dei genitori è un elemento critico e ha un impatto diretto e indiretto sul bambino. Diretto, sul ruolo stesso di genitore e indiretto, sulla capacità del genitore di resistere ai fattori di stress che possono coinvolgere l'ambiente familiare e la comunità

Anche le **reti sociali** o le **risorse finanziarie** possono essere fattori protettivi o viceversa aumentare lo stress ed essere un pericolo per la salute mentale dei genitori; perciò possono svolgere la funzione di barriere o facilitatori per promuovere lo sviluppo dei loro figli.

I **punti 2 e 3** contemplano aspetti che sono stati approfonditi nelle schede sulle VD e sui Programmi per genitori (con l'esclusione degli interventi su reddito e congedo parentale che, come già detto, non sono oggetto di questo policy brief), aspetti su cui i nidi e la scuola dell'infanzia solo indirettamente, o comunque in sinergia con altri soggetti, sortiscono effetti benefici.

In modo diretto invece i **nidi per l'infanzia** hanno un **impatto positivo** su:

- ***sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino***^{C CI CII CIII CIV CV CVI CVII 55}

⁵⁵ Cfr. Rif. Bibl. LXIII

BUONE PRASSI

In Italia

Reggio Emilia Approach

www.reggiochildren.it/

La città di Reggio ha costruito un **sistema pubblico integrato di servizi 0/6** che è in grado di rispondere quasi totalmente alla domanda espressa sia nella scuola dell'infanzia sia nel nido.

Questo **sistema - caratterizzato da equità e partecipazione** - regola il funzionamento e il progetto educativo di tutte le Scuole e i Nidi d'infanzia del Comune di Reggio Emilia, e vi si ispirano scuole di tutto il mondo.

Il '**Reggio Emilia Approach**' è una filosofia educativa che si fonda sull'immagine di un bambino e, dell'essere umano, portatore di forti potenzialità di sviluppo e soggetto di diritti, che apprende, cresce nella relazione con gli altri.

I **tratti distintivi** del 'Reggio Emilia Approach' sono:

- la partecipazione delle famiglie, espressa attraverso organismi di partecipazione e corresponsabilità
- il lavoro collegiale di tutto il personale e il coordinamento pedagogico e didattico
- l'importanza dell'ambiente educativo, la presenza dell'atelier (laboratori) e della figura dell'atelierista
- la presenza della cucina interna

Il Reggio Emilia Approach ha sperimentato azioni rivolte a garantire a tutti i bambini della città il diritto all'educazione, quali:

- **progetto Atelier** per bambini di 5 anni che non frequentano nessuna scuola dell'infanzia e prevede l'apertura, a gruppi di 7 bambini, per 2 mattine alla settimana di 3 atelier di scuole dell'infanzia
- **spazi incontro per bambini di 4 e 5 anni e genitori**. Questo progetto prevede la composizione di 3 gruppi di 20 bambini (con priorità ai 5 anni) con la presenza di 2 adulti che, nello spazio di una scuola dell'infanzia, in 2 pomeriggi alla settimana sperimentino occasioni di gioco, esplorazione, apprendimento
- adozione di **misure economiche anticrisi per le famiglie in difficoltà lavorativa**

Nel mondo

Head Start

www.acf.hhs.gov/programs/ohs

Head Start è un **programma** americano **per lo sviluppo della prima infanzia**, indirizzato a bambini da 3 a 5 anni, appartenenti a famiglie a basso reddito; è finanziato a livello federale, ma implementato a livello locale.

Head Start supporta le famiglie più in difficoltà e cerca di ridurre gli ostacoli per l'apprendimento nei primi anni di vita del bambino.

L'approccio di un programma Head Start è onnicomprensivo, ha come outcome lo sviluppo delle competenze sociali del bambino e si articola nei seguenti ambiti:

- **istruzione**: fornire una varietà di esperienze di apprendimento precoce, per aiutare i bambini nella loro crescita intellettuale, sociale ed emotiva
- **salute**: fornire servizi sanitari - vaccinazioni, controlli della salute dentale e mentale -, pasti sani e nutrienti e screening per la precoce identificazione di problemi di salute e inerenti lo sviluppo

- **benessere e coinvolgimento dei genitori.** Genitori e famiglie sono supportati rispetto a una serie di obiettivi: abitazione stabile, formazione continua, sicurezza economica. È rafforzata la relazione genitore figlio e i genitori sono coinvolti attivamente nel processo di apprendimento e sviluppo del bambino

Il programma Head Start, attraverso il programma Early Head Start si indirizza alle donne in gravidanza, ai neonati e ai bambini fino a 3 anni: molti dei bambini e famiglie coinvolti quando raggiungono i 3 anni passano al programma Head Start o ad altro programma affine.

Studi di valutazione di Head Start hanno dimostrato miglioramenti nello sviluppo cognitivo e di linguaggio del bambino, nello sviluppo socio-emotivo, maggiore coinvolgimento emotivo con i genitori, attenzione prolungata e una riduzione dei comportamenti aggressivi.

Perry preschool project

<http://highscope.org/Content.asp?ContentId=219>

Una **scuola dell'infanzia di elevata qualità per bambini poveri**: High Scope Perry Preschool è un **progetto effettuato negli USA negli anni sessanta**, che offriva un'educazione prescolare di elevati standard qualitativi per bambini afroamericani da 3 a 4 anni di età, che vivevano in povertà ed erano ad alto rischio di insuccesso scolastico.

La scuola dell'infanzia era garantita ogni giorno feriale, in sessioni della durata di due ore e mezza, da insegnanti della scuola pubblica con abilitazione e in possesso almeno del diploma di laurea triennale. Il rapporto insegnante bambino era 6 a 1; l'offerta formativa poneva l'accento sull'apprendimento attivo, con i bambini impegnati in attività che implicavano capacità di prendere decisioni, di risolvere problemi, processi decisionali. Attività che erano programmate, realizzate e controllate dai bambini stessi con l'ausilio degli adulti. Gli insegnanti offrivano inoltre una visita domiciliare alla settimana, della durata di un'ora e mezza, per ogni mamma e bambino, al fine di coinvolgere la madre nel processo educativo e aiutarla a realizzare anche a casa le attività prescolari previste dal progetto.

Il progetto Perry preschool è stato valutato con un RCT che ha preso in esame un campione di 128 bambini e ha effettuato follow-up all'età di 27 anni e poi di 40 anni. E' risultato che chi aveva partecipato alla scuola dell'infanzia con le caratteristiche individuate dal progetto Perry preschool a 40 anni percepiva redditi superiori, aveva maggiore probabilità di possedere un lavoro, aveva commesso meno reati e aveva maggiori probabilità di avere conseguito il diploma di scuola superiore: il progetto perciò conferma che per i bambini poveri i risultati a lungo termine diventano risultati che hanno ricadute su tutta la loro vita futura. Tuttavia il progetto Perry preschool è sperimentale, applicato a un campione in un contesto controllato: ma la più importante implicazione che sottende questo progetto è che tutti i bambini piccoli che vivono in contesti familiari a basso reddito dovrebbero poter accedere a programmi di scuola dell'infanzia che hanno caratteristiche simili a quelle previste dal progetto e i decisori politici dovrebbero perciò investire in programmi di scuola dell'infanzia che abbiano queste caratteristiche.

SCHEDA 5. INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOSOCIALI



byrev in pixabay.com

Gli interventi psicologici e psicosociali utilizzano tecniche, metodologie e strumenti psicologici e psicosociali (terapie cognitivo-comportamentali, colloquio motivazionale, psicoterapia interpersonale, counselling) e **varie forme di supporto sociale** da parte dei pari, della famiglia, del partner, della comunità di appartenenza (per esempio gruppi di auto aiuto, incentivi di carattere economico, educazione e promozione della salute).

Questi interventi possono essere realizzati in **sessioni di gruppo o individuali**, da parte di **personale professionista** (infermieri, ostetriche, assistenti sociali, psicologi) o **non professionista** ma opportunamente formato, secondo **più modalità**, quali ad esempio visite domiciliari, programmi per genitori, mediante supporto telefonico o online, in gravidanza o dopo la nascita e nei **setting** clinico, educativo, di comunità.

Non si tratta di interventi universali, quanto di **interventi di secondo livello**, effettuati nel periodo della gravidanza o anche dopo la nascita del bambino, **specificamente indirizzati a categorie già individuate a rischio**.

Questi interventi hanno un **impatto positivo** sui seguenti aspetti:

- **benessere psicosociale** della madre, in particolare depressione post parto e ansia⁵⁶
CVIII
- **fumo** in gravidanza^{CIX CX}: incentivi finanziari per smettere di fumare^{CXI}, gruppi di auto aiuto^{CXII}; fumo post-parto: counseling telefonico a chi cerca assistenza per smettere di fumare^{CXIII}, interventi su stili di vita^{CXIV}
- **alcol e droghe**^{CXV 57 CXVI CXVII}
- **violenza domestica**^{CXVIII 58 CXIX}
- **preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore** per coppie identificate a rischio⁵⁹; interventi individuali di coppia^{CXX}
- **attaccamento**: relazione mamma neonato^{CXXI}; psicoterapia genitore neonato^{CXXII}
- **sostegno alla genitorialità**⁶⁰: bambini con particolari bisogni (iperattività, disturbi del comportamento, disabilità)
- **sicurezza e protezione del bambino**⁶¹: bambini soggetti a maltrattamento, trascuratezza e abbandono

⁵⁶ Cfr. Rif. Bibl. XLII, XCVII

⁵⁷ Cfr. Rif. Bibl. CVIII

⁵⁸ Cfr. Rif. Bibl. XLVIII

⁵⁹ Cfr. Rif. Bibl. L

⁶⁰ Cfr., per riferimenti bibliografici, scheda Programmi per genitori

⁶¹ Cfr., per riferimenti bibliografici, schede Visite domiciliari e Programmi per genitori

BUONE PRASSI

In Italia

P.I.P.P.I.: Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione

www.minori.it/it/il-programma-pippi

Il Programma P.I.P.P.I. nasce a fine 2010 da una collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova (<http://www.educazione.unipd.it/labrief>), le 10 città italiane - Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia - (riservatarie del fondo della Legge 285/1997) che hanno aderito alla prima implementazione avvenuta negli anni 2011-2012 (e al loro interno i servizi sociali, le ASL, le scuole, le cooperative di privato sociale).

Finalità generale di P.I.P.P.I. è innovare le pratiche di intervento nei confronti di famiglie multiproblematiche, negligenti rispetto alla cura e all'educazione dei propri figli (da 0 a 11 anni), per ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine.

L'obiettivo primario è dunque aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo.

Il Programma ha previsto nel concreto la costituzione e l'operato di:

- gruppi di riferimento territoriale (formati da professionisti del territorio e da esperti del gruppo scientifico), per curare le attività di programmazione, monitoraggio e valutazione del progetto e predisporre in modo partecipato le attività svolte nel singolo territorio
- équipe multidisciplinari e integrate (composte dal case manager, operatori del territorio, famiglie target, referenti dell'ambito sanitario ed educativo, famiglie di appoggio), responsabili del coordinamento e della realizzazione del programma per tutta la sua durata
- gruppo scientifico composto da referenti dell'Università di Padova e del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, impegnato nella strutturazione e revisione periodica del piano sperimentale, della formazione delle équipe, del tutoraggio rispetto all'utilizzo degli strumenti di progettazione e valutazione, della funzione di accompagnamento e supervisione delle nuove pratiche

La seconda implementazione del Programma, relativa al biennio 2013-2014, ha coinvolto 9 Città riservatarie. Attualmente è in corso una terza fase di sperimentazione, relativa al biennio 2014-2015, mentre sono in via di stipula i protocolli di intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e 18 Regioni per la realizzazione della quarta fase di implementazione del Programma, che riguarda il biennio 2015-2016. Il programma è previsto anche per il biennio 2016-2017.

Nel mondo

Linee guida per smettere di fumare in gravidanza

American college of obstetricians and gynecologists

www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Smoking-Cessation-During-Pregnancy

L'intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei è quello noto con la sigla delle **"5 A: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE"**. Non è indirizzato specificamente a donne in gravidanza ma può essere applicato anche a quel target di popolazione.

Ask - chiedere, nel corso di ogni prima visita prenatale, il consumo di tabacco della donna in gravidanza e documentarlo anche ricorrendo a marker fisiologici (per esempio test dell'urina) e valutare ad ogni visita lo status di fumatrice

Advise - consigliare la paziente in gravidanza circa l'importanza di smettere di fumare

Assess - valutare la volontà della paziente in gravidanza di smettere di fumare

Assist - fornire supporto con un piano per smettere di fumare, materiale di auto aiuto, tecniche di problem solving e aiutando la paziente in gravidanza a identificare altre fonti di supporto

Arrange - definire tempi di follow up per monitorare lo status di fumatrice della donna in gravidanza e fornire eventuale supporto

SCHEDA 6. ALTRI TIPI DI INTERVENTO



shutterstock.com

Sotto questa voce vengono raccolti:

- **interventi che lavorano sul rapporto mente-corpo** quali: rilassamento, yoga, meditazione, training autogeno, ipnoterapia.

Questi interventi hanno un **impatto positivo** sui seguenti aspetti:

- **benessere psicosociale** della madre, in particolare ansia^{CXXIII}

- **marsupioterapia o contatto “pelle a pelle”**

Ha un impatto positivo su:

- **attaccamento**: relazione mamma neonato^{CXXIV 62}

- **alimentazione**: allattamento al seno^{CXXV}; neonati sottopeso^{CXXVI}

- **massaggio del neonato**

Ha un impatto positivo su:

- **attaccamento**: relazione mamma neonato^{CXXVII CXXVIII}

- **strumento di Video - feedback per osservare l'interazione mamma bambino**

Ha un impatto positivo su:

- **attaccamento**: relazione mamma neonato^{CXXIX}

⁶² Cfr. Rif. Bibl. LXVII

Tabella 2. Efficacia dei programmi/interventi sui fattori chiave

FATTORI CHIAVE	Benessere psicosociale dei genitori	Fumo	Alcol e droghe	Violenza domestica	Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore	Attaccamento	Sostegno alla genitorialità	Sicurezza e protezione del bambino	Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità	Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
PROGRAMMI/INTERVENTI										
Visite domiciliari (VD)	●●●	○	●	●	●●	●●	●●	●●●	●●	●
Programmi per genitori	●●	○	○	○	●●	●●	●●●	●●	●	●
Corsi di educazione prenatale	○	○	○	○	●●	●●	●	○	●●	○
Servizi per la prima infanzia: nidi e scuola dell'infanzia	●	○	○	●	●	●	●●	●●	●	●●●
Interventi psicologici e psicosociali	●●●	●●●	●●	●●	●●	●●	●●	●●	○	○
Altri tipi di intervento (per esempio marsupio terapia, massaggio del neonato,...)	●●	○	○	○	○	●●●	○	○	●●	○

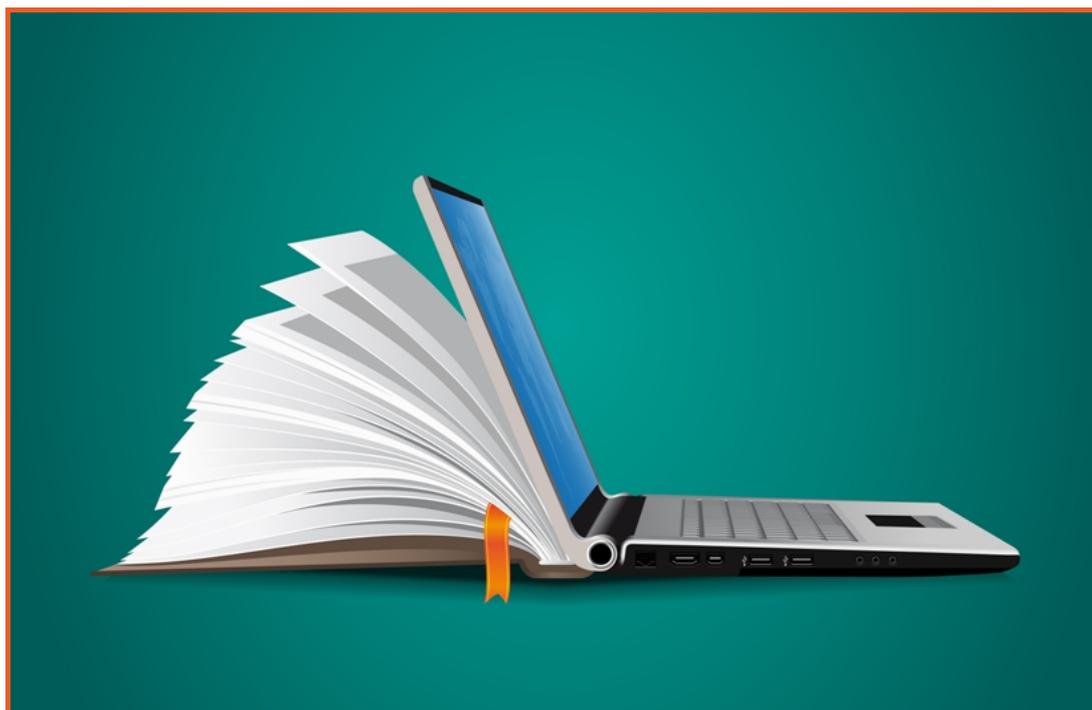
LEGENDA

Grado di efficacia di un programma/intervento dimostrato dalle revisioni sistematiche prese in esame

- Grado di efficacia del programma/intervento da alto a moderato
- Grado di efficacia del programma/intervento da moderato a sufficiente
- Grado di efficacia del programma/intervento da sufficiente a scarso
- Grado di efficacia del programma/intervento non sufficiente. Per il fattore chiave il programma/intervento non può essere dichiarato efficace, o per mancanza di evidenze o per insufficiente livello delle evidenze a disposizione (pochi studi, campione limitato, povera qualità metodologica, incoerenza di risultati tra gli studi,...)

ALLEGATO

SINTESI DELLE PRINCIPALI REVISIONI SISTEMATICHE



shutterstock.com

SCHEDA 1.

VISITE DOMICILIARI (VD)

Benessere psicosociale dei genitori (nello specifico della madre)

Gli interventi di VD sono efficaci sulla **depressione post parto**

Una revisione (**Dennis 2013**), che include 28 studi randomizzati controllati (RCT)⁶³, coinvolgendo una popolazione di quasi 17.000 donne, sottolinea che gli interventi psicologici e psicosociali riducono in modo significativo il numero di donne che hanno una depressione post parto pregressa o insorta immediatamente dopo il parto.

➤ *Tra gli interventi più promettenti sono da menzionare le visite domiciliari intensive e personalizzate, effettuate da personale professionale, infermieristico o ostetrico*

La revisione **Leis 2009**, che include 6 RCT, 1.151 donne e valuta interventi domiciliari di natura psicologica (approccio cognitivo comportamentale, psicodinamico e counselling), conclude che:

➤ *gli interventi di VD di contenuto psicologico da parte di personale professionale, sono promettenti per il trattamento della depressione post parto*

La revisione **Yonemoto 2013** infine, che include 12 RCT, coinvolgendo una popolazione di quasi 11.000 donne (sono esclusi gli studi su interventi indirizzati esclusivamente a gruppi ad alto rischio), sempre con riferimento ad aspetti correlati alla salute materna e infantile sostiene che le VD sono efficaci per:

- *ridurre il ricorso a servizi di cure di emergenza per il neonato nelle settimane successive alla nascita*
- *aumentare la probabilità di allattamento esclusivo al seno*
- *accrescere il livello di soddisfazione delle madri verso le cure postnatali*

Alcol e droghe

Sebbene le VD non incidano su una riduzione dell'uso, tuttavia sono efficaci per:

- *individuare situazioni a rischio*
- *indirizzare a servizi specialistici*

Una revisione (**Turnball 2012**) di 7 studi e 803 donne, considera l'efficacia delle VD pre e postnatali per donne che hanno problemi di abuso di alcol e droghe, ma che non sono ancora in trattamento.

⁶³ Gli studi clinici controllati randomizzati (randomized controlled trial, RCT) sono studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione. Con il termine trattamento si intendono convenzionalmente non solo le terapie, ma tutti gli interventi (diagnostici, di *screening*, di educazione sanitaria) o anche l'assenza di intervento. L'RCT è controllato (*controlled*): i soggetti coinvolti nello studio sono suddivisi in due gruppi, il gruppo o braccio sperimentale che riceve il trattamento/intervento e il gruppo o braccio di controllo che riceve un diverso o nessun trattamento. Se la sperimentazione è eseguita correttamente (punto 1), i due gruppi risultano il più possibile omogenei, almeno per tutte le variabili considerate, e quindi comparabili. L'RCT è randomizzato (*randomized*): l'assegnazione del trattamento ai soggetti deve avvenire con un metodo casuale (random). La randomizzazione aumenta la probabilità che altre variabili, non considerate nel disegno dello studio, si distribuiscano in maniera uniforme nel gruppo sperimentale e in quello di controllo. In questo modo, le differenze eventualmente osservate tra i due gruppi possono essere attribuite al trattamento

Secondo la revisione:

- *i dati a disposizione sono insufficienti per affermare che le VD postnatali per donne con problemi di alcol e droghe possano migliorare la salute del neonato o della mamma* tuttavia però:
- *possono aumentare l'impegno delle donne a frequentare i servizi per trattare i loro problemi di dipendenza*
- *possono aumentare l'impegno delle donne ad usare contraccettivi*

Violenza domestica

Anche per l'aspetto di violenza domestica da parte del partner le VD sono efficaci per:

- *individuare situazioni a rischio*
- *indirizzare a servizi specialistici*

Due revisioni si occupano di programmi di VD perinatali (dalla gravidanza fino ad un anno dopo la nascita) con un'attenzione al problema della violenza domestica.

La revisione **Sharps 2008** (8 studi inclusi) sottolinea che

- *interventi di VD perinatali specificamente focalizzati sul problema della violenza domestica sono molto scarsi*
- *è consigliabile prevedere nel contesto di VD perinatali azioni specifiche sul problema della violenza domestica, per una sua riduzione e per migliorare la salute materna e infantile*

La revisione **Jahanfar 2013** (10 RCT, 3.417 donne di cui 7 studi relativi a 2.629 donne incinte a rischio di subire abuso domestico) ha preso in esame diversi tipi di intervento tra cui anche programmi di VD e rileva:

- *la mancanza di dati per valutare l'efficacia di interventi indirizzati al problema della violenza domestica in donne in gravidanza, in particolare sui risultati relativi alla gravidanza (per esempio, mortalità materna e neonatale, aborto spontaneo, emorragie prima del parto)*
- *l'impossibilità di individuare la tipologia di intervento più efficace*

La revisione **Van Parys 2014** (9 studi inclusi) conferma le conclusioni delle revisioni precedenti:

- *la carenza di interventi efficaci di VD perinatali orientate al tema della violenza domestica*
- *la mancanza di dati per chiarire l'efficacia dei vari tipi di intervento e la tipologia di intervento più adeguata per il contesto perinatale*

Inoltre:

- *sono promettenti oltre alle VD anche interventi di counseling multicomponente, per esempio per la riduzione della violenza fisica, psicologica o sessuale da parte del partner*
- *è consigliabile prevedere interventi indirizzati a più fattori di rischio contemporaneamente con un intervento specifico sul fattore violenza domestica da parte del partner*
- *è auspicabile che il personale impiegato sia costituito da operatori professionisti e abbia ricevuto opportuna formazione*

Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore

Sono aspetti tradizionalmente affrontati dall'educazione prenatale (alcuni dei contenuti: dolore in fase di travaglio, basso peso alla nascita, allattamento al seno), per cui si rinvia alla scheda relativa.

Per quel che concerne le VD la revisione **Schrader-McMillan 2009** (69 studi di cui 6 revisioni, 2 revisioni di revisioni) sottolinea:

- *l'efficacia di programmi multicomponente con un intervento di VD da parte di professionisti infermieri su madri adolescenti*

La revisione **Petch 2008** (25 RCT) invece sottolinea:

- *l'efficacia di VD dal contenuto psicologico ed educativo per coppie a rischio, che vivono con disagio il passaggio alla genitorialità (vedi anche scheda Corsi di educazione prenatale)*

Attaccamento

Due revisioni, **Goyal 2013** (17 studi di cui 15 RCT), specificamente indirizzate ai neonati prematuri e **Nievar 2010** (35 studi controllati):

- *considerano le VD interventi promettenti e di moderato successo riguardo all'interazione genitore-neonato (Goyal 2013)*
- *migliorano anche il comportamento materno, che viene misurato da una combinazione di strumenti di indagine e osservazione che hanno valutato l'ambiente di apprendimento domestico e gli aspetti materni di sensibilità, riflessività e vigilanza (Nievar 2010)*

Sostegno alla genitorialità

I programmi per genitori che prevedono azioni a domicilio sono spesso intesi come interventi di VD. Tuttavia in questo documento saranno presi in esame nella scheda Programmi per genitori.

Sicurezza e protezione del bambino

Riguardo all'aspetto degli incidenti non intenzionali, l'aspetto domiciliare dell'intervento è un elemento di forza per la sua riuscita. Le revisioni **Kendrick 2008** (13 studi che hanno valutato l'efficacia di 11 programmi di VD) e **Kendrick 2013** (22 studi di cui 16 RCT - 15 dei programmi esaminati sono di VD) prendono in esame programmi di educazione e formazione dei genitori, per migliorare il loro comportamento in merito alla sicurezza e per ridurre il rischio di incidenti domestici non intenzionali nei bambini. Questi programmi spesso sono realizzati presso l'abitazione della famiglia (anche se alcuni sono realizzati in contesto pediatrico).

Secondo le due revisioni:

- *i programmi sono efficaci per la riduzione di incidenti non intenzionali nei bambini piccoli*

- *le famiglie su cui è stato effettuato l'intervento presentano un rischio inferiore di incidenti rispetto alle famiglie su cui non è stato effettuato l'intervento (gruppo di controllo)*
- *le loro abitazioni sono meno pericolose per i bambini*
- *i comportamenti dei genitori sono maggiormente orientati alla sicurezza*

Inoltre **Kendrick 2013** sottolinea i criteri che consentono di individuare famiglie più a rischio di incidenti non intenzionali: giovane età dei genitori, madri sole e al primo figlio, casi di maltrattamento del bambino, abuso di sostanze, disoccupazione, basso stato socio economico.

Kendrick 2012 è una revisione e metanalisi su interventi di educazione alla sicurezza domestica indirizzati alle famiglie, accompagnati dalla fornitura di dispositivi di sicurezza (98 studi per una popolazione di 2.605.044 individui - 35 RCT): 41 studi riguardano famiglie con bambini da 0 a 5 anni di età. Secondo la revisione gli interventi di educazione alla sicurezza domestica:

- *possono ridurre i tassi di incidentalità (anche se pochi studi riferiscono esiti sugli incidenti)*
- *sono efficaci per aumentare i comportamenti sicuri e l'uso di dispositivi di sicurezza (rilevatori di fumo, cancelletti per le scale, copri prese dell'elettricità)*
- *sono ugualmente efficaci anche per famiglie i cui figli hanno un maggiore rischio di subire un incidente domestico*

In merito all'abuso, l'abbandono e la trascuratezza del bambino sono ben 4 le revisioni sistematiche che considerano l'impatto di un intervento di VD su questi aspetti. Sebbene sia difficile dimostrare l'efficacia della VD su una riduzione dei casi di maltrattamento e abbandono infantile (con la sola eccezione del programma Family Nurse Partnership - vedi Buone prassi scheda Visite domiciliari Cap. 3 -), tuttavia la revisione **Mikton 2009**, che include 26 revisioni di cui 17 specifiche su programmi di VD, afferma che:

- *i programmi di VD sono efficaci per migliorare i fattori di rischio associati ad una genitorialità improntata alla violenza e all'abuso*

Secondo la revisione **Selph 2013** (11 RCT di cui 10 su interventi di VD per prevenire trascuratezza e abuso della prima infanzia):

- *gli interventi di VD riducono il numero di rapporti da parte dei servizi di tutela dei minori, le visite a dipartimenti di emergenza e gli incidenti non intenzionali, i casi di ospedalizzazione e le autodenunce di abusi*

La revisione **Peacock 2013** (21 RCT), che prende in esame programmi di VD perinatali, effettuati da personale paraprofessionale, per famiglie in condizioni di svantaggio socio economico insiste sulla:

- *tempestività dell'intervento (prima della nascita) e la frequenza (maggiore numero di visite), per migliorare i risultati sullo stato di salute e sullo sviluppo del bambino*

La revisione **Avellar 2013**, ha valutato un'ampia varietà di programmi di VD (32 modelli di programma) per donne in gravidanza e per bambini fino a 5 anni:

- *sei programmi hanno considerato l'impatto sull'abuso infantile e 5 su 6 hanno riportato effetti favorevoli*
- *sono promettenti per famiglie a rischio, spesso difficili da raggiungere con i servizi socio-sanitari di assistenza*

Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità

In riferimento all'allattamento al seno molti sono interventi di educazione prenatale, cioè interventi dal contenuto informativo forniti durante la gravidanza e anche dopo la nascita, o anche interventi di supporto per continuare l'allattamento. Questi interventi possono essere offerti con modalità varie, anche nel contesto di programmi di VD, soprattutto nel momento di preparazione e supporto al parto, nella fase di passaggio al ruolo di genitori e nella relazione sicura di attaccamento genitore bambino.

Per approfondire i differenti tipi di intervento sull'allattamento al seno si rinvia alla lettura della scheda Corsi di educazione prenatale.

Gli interventi a casa possono essere indirizzati a modificare la dieta e a prevenire sovrappeso e obesità già fin dai primi anni di vita. La revisione **Wolfenden 2012** (5 RCT) prende in esame interventi, tra cui anche VD, per aumentare il consumo di frutta e verdura in bambini fino a 5 anni di età; la revisione **Knowlden 2012** (9 RCT) considera interventi a casa, nell'ambito familiare indirizzati a bambini sovrappeso o obesi da 2 a 7 anni.

Hesketh 2010 ha effettuato la revisione di 23 studi (inclusi 15 RCT): gli studi hanno valutato interventi per la prevenzione dell'obesità in diversi setting (casa, nidi, scuola dell'infanzia, assistenza primaria,...), in bambini di età inferiore a 5 anni e otto studi sono condotti in ambito domiciliare. I programmi di VD indirizzati ai genitori, con contenuti educativo-informativi su dieta sana, abitudini alimentari, sedentarietà sembrano essere efficaci riguardo a:

- *un cambiamento dei comportamenti dei genitori verso i figli e di conseguenza sembrano avere un impatto sulle abitudini alimentari dei bambini. Meno certezza invece esiste in merito all'efficacia di questi interventi nei termini di prevenzione dell'obesità infantile (mediante la misurazione del BMI, che spesso non viene valutato), anche se lavorare contemporaneamente su setting diversi e unire azioni su dieta e attività fisica apporta senz'altro benefici*

Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino

Gli interventi che maggiormente hanno un impatto sul benessere cognitivo, emotivo e sociale dei bambini sono di carattere educativo e prescolare e possono includere una componente di VD. Si invita alla lettura della scheda Servizi per la prima infanzia. Tuttavia le linee guida del NICE sul benessere sociale ed emotivo nella prima infanzia (**NICE 2012, PH40**):

- *raccomandano VD strutturate e intensive, effettuate da personale infermieristico opportunamente addestrato, focalizzato sulla relazione genitore figlio e in particolare sui temi della sensibilità materna, dell'apprendimento a casa e delle competenze genitoriali*

La revisione **Miller 2012** (7 RCT, 723 partecipanti) considera l'efficacia di VD di educazione, formazione e supporto ai genitori perché offrano ai loro figli un ambiente domestico più ricco e stimolante; l'obiettivo è di migliorare gli esiti relativi allo sviluppo sociale ed emotivo di bambini di età prescolare che provengono da famiglie socialmente svantaggiate.

I risultati non sono molto incoraggianti, perché la revisione dimostra che:

- *tali interventi di VD non sono sufficienti a eliminare il problema delle disuguaglianze nei primi anni di sviluppo e dovrebbero essere considerati nell'ambito di un più vasto contesto politico ed economico*
- *i bambini i cui genitori hanno ricevuto il programma non hanno un migliore sviluppo cognitivo dei loro pari, i cui genitori non lo hanno ricevuto*
- *anche i dati sullo sviluppo socio-emotivo non consentono di arrivare ad una conclusione chiara sull'efficacia di questi programmi*

SCHEDA 2.

PROGRAMMI PER GENITORI

Benessere psicosociale dei genitori

La revisione **Barlow 2012** (48 RCT, 4.937 partecipanti - almeno 26 studi includono bambini nella fascia di età 0-5 anni) a proposito dell'efficacia di programmi di gruppo che formano ed addestrano i genitori, per migliorare la loro salute psicosociale, dimostra che:

- *i programmi per genitori producono miglioramenti statisticamente significativi su diversi aspetti della salute psicosociale dei genitori, incluse depressione, ansia, stress, rabbia, senso di colpa, fiducia in se stessi e soddisfazione per la relazione di coppia. Tuttavia questi miglioramenti sono da intendersi in una prospettiva temporale a breve medio termine (non oltre i sei mesi dall'intervento)*
- *con riferimento alla figura paterna si è assistito a un miglioramento, a breve termine ma statisticamente significativo sull'aspetto dello stress*

I programmi per genitori non sono però raccomandati come trattamento primario della depressione post parto (è preferibile la psicoterapia individuale o le visite domiciliari intensive).

Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore

Tutta la fase di preparazione e supporto alla nascita è affidata soprattutto all'educazione prenatale, compreso il passaggio al ruolo di genitori (si veda Scheda 3).

Tuttavia una metanalisi di 142 studi di programmi per genitori nel periodo precedente e successivo alla nascita (**Pinquart 2010a**) evidenzia che questo tipo di programmi:

- *produce risultati contenuti ma significativi sulla genitorialità, sullo stress dei genitori, su comportamenti genitoriali orientati alla promozione della salute e sulla relazione di coppia, dopo la nascita del bambino*
- *hanno un effetto importante sull'adattamento della coppia solo se gli interventi sono indirizzati in modo esplicito a migliorare la relazione di coppia*

Attaccamento

Le revisioni **Evans 2014** (17 tra RCT e quasi RCT) e **Benzies 2013** (18 RCT), hanno valutato l'efficacia di programmi per genitori per migliorare l'aspetto della sensibilità dei genitori verso il neonato prematuro. Molti dei programmi sono standardizzati (per esempio Mother-Infant Transaction Programme (MITP), Nursing Systems Towards Effective Parenting-Preterm (NSTEP-P). Questi programmi:

- *hanno un impatto positivo sulla relazione e sull'interazione genitore-neonato, in particolare nel caso di neonati prematuri*
- *dovrebbero prevedere azioni di rinforzo per mamme con livelli di istruzione più bassi*
- *dovrebbero includere un supporto psicosociale per le mamme*

Sostegno alla genitorialità

E' un obiettivo specifico dei programmi per genitori e implica risultati per il benessere psicosociale dei genitori stessi e per lo sviluppo socio emotivo dei bambini.

Numerosi programmi per genitori, che hanno come obiettivo il sostegno alla genitorialità, coinvolgono il contesto educativo prescolare dei nidi e della scuola dell'infanzia.

La revisione **O'Brien 2011** (13 studi, inclusi 10 RCT) ha esaminato l'efficacia di programmi per genitori autogestiti, con un minimo supporto da parte di un terapeuta psicologo, per migliorare il comportamento dei bambini e:

- *gli esiti sul comportamento dei bambini sono simili a quelli di programmi che prevedono un più importante contributo professionale*
- *i genitori considerano l'autoaiuto in modo favorevole, anche se hanno una preferenza per i programmi con l'apporto di un esperto*

Due revisioni, **Barlow 2010** e **Piquero 2008**, esaminano l'efficacia di programmi per genitori di gruppo o individuali, per promuovere il benessere socio emotivo e per prevenire/ridurre problemi di comportamento nella prima infanzia.

I risultati della revisione e metanalisi **Barlow 2010** (8 studi di cui 6 RCT) sull'efficacia di programmi per genitori sullo sviluppo emotivo e sul comportamento di bambini non oltre i tre anni, indicano che sono solide le evidenze a supporto di questi programmi come strumento efficace per aiutare i genitori a gestire e ridurre i problemi di comportamento dei figli.

Nello specifico:

- *migliorano l'evoluzione emotiva e comportamentale in bambini di non più di tre anni e undici mesi di età*
- *non ci sono evidenze sufficienti sull'efficacia di tali programmi per la prevenzione dei problemi di comportamento*
- *non ci sono evidenze sufficienti sull'efficacia di tali programmi in una prospettiva temporale lunga (oltre i sei mesi): è possibile che in una fase di crescita rapida siano opportune azioni di rinforzo prolungate nel tempo*

La revisione **Piquero 2008** (55 RCT) ha focalizzato l'attenzione su programmi per genitori e famiglie che lavorano sulla relazione genitore-figlio per prevenire comportamenti anti sociali e delinquenti.

Oltre a programmi di formazione per genitori sono incluse anche VD e programmi multicomponenti che uniscono alla formazione di genitori di bambini in età prescolare l'assistenza presso centri per l'infanzia.

I risultati della revisione:

- *supportano l'utilizzo continuo di questi programmi per prevenire problemi di comportamento caratterizzati da antisocialità e da delinquenza*
- *sarebbe opportuno un follow-up in tempi più lunghi, per valutare l'impatto dei programmi quando il bambino diventa adolescente*

Alcune revisioni e metanalisi hanno valutato l'efficacia di programmi standardizzati e già consolidati, in particolare Incredible Years parent training (**Menting 2013** - 50 studi di cui 41 RCT) e Triple P-Positive Parenting Programme (**Sanders 2014** - 116 studi condotti nell'arco di 33 anni, con dati quantitativi su 16.099 famiglie; **Wilson 2012** - 33 studi di cui 31 RCT) (vedi Buone prassi scheda Programmi per genitori Cap. 3).

Tutte le revisioni e metanalisi confermano l'efficacia dei 2 programmi su una serie di esiti presi in esame:

- *comportamento dei bambini*
- *sviluppo socio emotivo dei bambini*

- *ruolo dei genitori*
- *soddisfazione dei genitori nell'esercizio del loro ruolo*
- *relazione genitore- figlio*

La revisione **Panter-Brick 2014** (34 programmi presi in esame anche se solo 11 analizzati con un RCT) si è concentrata sulla figura paterna, ancora poco esplorata nei programmi per genitori.

I risultati sottolineano che:

- *sono in numero esiguo gli studi che nella valutazione disaggregano gli effetti della figura paterna, focalizzandosi sulla diade madre figlio*
- *sono numerose le barriere che ostacolano l'impegno del padre nei programmi per genitori: culturali (per esempio la rilevanza data all'aspetto della cogenitorialità), istituzionali (per esempio in che modo l'organizzazione è aperta alla figura paterna), professionali (per esempio attitudini e competenze dello staff), di contenuto (se è rilevante per i padri) per menzionare le principali*

Numerose revisioni hanno valutato l'efficacia di programmi per genitori indirizzati a categorie di bambini con particolari bisogni: iperattività e altri problemi di comportamento (**Furlong 2012** - 13 studi; **Carach 2013** - 55 studi su programmi che associano interventi a casa e nel contesto prescolastico), o casi di disabilità (**Tellegen 2013** - 12 studi di cui 9 RCT che hanno valutato il programma Stepping Stones Triple P (SSTP)⁶⁴).

Secondo queste revisioni:

- *i programmi per genitori, di gruppo e con contenuti comportamentali e cognitivo-comportamentali sono efficaci per migliorare i problemi di comportamento dei bambini, anche nel caso di disabilità*
- *come conseguenza incidono anche sul benessere psicologico dei genitori e sulle loro abilità (Furlong 2012)*
- *per il trattamento di bambini con disturbi dell'attenzione sono più efficaci questi programmi che l'uso di farmaci (Carach 2013)*

La revisione e metanalisi **Barlow 2011** (8 RCT) considera invece l'efficacia di programmi per genitori adolescenti e per i loro bambini, sia prima che dopo il parto (fino a 13 mesi dopo la nascita). Dei numerosi risultati presi in esame su benessere psicosociale dei genitori, grado di conoscenze e competenze sul ruolo da svolgere, interazione con il figlio neonato, aspetti di salute e di sviluppo del bambino, la revisione sottolinea l'efficacia dei programmi per genitori adolescenti sia dopo l'intervento che al follow up, rispetto a:

- *capacità di risposta dei genitori ai bisogni del figlio*
- *reattività del neonato alla madre*
- *interazione genitore figlio*

Tuttavia l'efficacia di questi programmi è da intendersi in una prospettiva temporale breve o media (non oltre i sei mesi).

Sicurezza e protezione del bambino

Per quanto concerne l'abuso e l'abbandono infantile, la revisione **Barlow 2008** (6 RCT) considera se i programmi per genitori, da intendersi come brevi interventi strutturati

⁶⁴ Il programma Stepping Stones Triple P è una versione del programma Triple P: Positive parenting programme, specificamente indirizzata a bambini affetti da disabilità fisica o psichica. Per approfondimenti sul programma Triple P (vedi Buone prassi scheda Programmi per genitori Cap. 3)

finalizzati al cambiamento di alcune dinamiche genitoriali, sono efficaci per il trattamento di pratiche genitoriali improntate alla violenza fisica e alla trascuratezza del bambino. I risultati dimostrano che:

- *le evidenze sono insufficienti per dichiarare che questi programmi riducono l'abuso e l'abbandono infantile (indicato da una valutazione oggettiva dell'abuso, per esempio referti medici, o segnalazione del bambino sul child protection register), anche se alcuni programmi sembrano efficaci per migliorare alcuni risultati associati a una genitorialità che tende all'abuso fisico*
- *sono più efficaci quei programmi che si indirizzano ad aspetti quali la rabbia e lo stress (vedi revisione Barlow 2012)*

Per quel che concerne gli incidenti non intenzionali, la revisione **Kendrick 2013**, su programmi per genitori dal contenuto educativo, spesso effettuati a casa, è stata già presentata nella scheda Visite domiciliari.

Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità

Per quanto riguarda il tema dell'allattamento come promuoverlo e supportarlo si rinvia alla scheda 3 sull'Educazione prenatale.

In riferimento alla prevenzione di sovrappeso e obesità i programmi per genitori non sono la tipologia privilegiata né per interventi finalizzati alla promozione di una dieta sana e, dell'attività fisica, né per interventi per bambini già affetti da problemi di sovrappeso e obesità. Inoltre quanto si evince dagli studi presi in esame è la scarsità di interventi dedicati alla fascia di età zero tre anni.

La revisione **Peters 2012** (17 RCT) si indirizza alle conoscenze in tema di alimentazione dei genitori e alle loro abilità, per promuovere un'alimentazione salutare in bambini da 2 a 5 anni.

I risultati sottolineano:

- *la carenza di interventi di elevata qualità per genitori di bambini sotto i cinque anni di età, relativi ad abitudini e abilità genitoriali*

Per gestire sovrappeso e obesità in bambini da zero a tre anni e influenzare gli stili di vita meglio indirizzare i programmi a tutta la famiglia piuttosto che a bambini ancora troppo piccoli, prevedendo interventi multicomponente su: dieta e abitudini alimentari salutari, attività fisica, riduzione della sedentarietà e cambiamento dei comportamenti del bambino e di tutta la cerchia familiare.

La revisione **Bourke 2014** (5 RCT di cui 2 specifici per la fascia di età 0-5) ha valutato l'efficacia di programmi per la famiglia, al fine di aumentare il consumo di frutta e verdura. I risultati sottolineano che:

- *è improbabile che interventi troppo specifici, ristretti a singoli aspetti di un comportamento, ottengano cambiamenti a lungo termine nell'affrontare il problema dell'obesità*
- *è preferibile un approccio olistico, che indirizza il cambiamento di comportamento verso molteplici aspetti che coinvolgono lo stile di vita dei bambini e degli ambienti che frequentano*

Alcune revisioni (**Kuhl 2012** - 11 RCT; **Cislak 2012** - 18 revisioni sistematiche; **Ciampa 2010** - 10 studi di cui 3 RCT, su bambini sotto i 2 anni di età; **Gerards 2011** - 7 studi di cui 5 RCT), hanno valutato l'efficacia di interventi su dieta e attività fisica,

che coinvolgono direttamente i genitori per prevenire o ridurre l'obesità infantile ed evidenziano che:

- *i programmi familiari di gestione dei comportamenti sono efficaci a ridurre nei bambini il consumo di calorie (Kuhl 2012)*
- *sono preferibili interventi multicomponente di trattamento che programmi di prevenzione, per la gestione del peso nei bambini affetti da obesità (Kuhl 2012)*
- *sono efficaci i programmi che insegnano ai genitori azioni di rinforzo positivo/ricompensa, di monitoraggio/supervisione, strategie cognitive comportamentali (Cislak 2012)*
- *sono molto scarsi gli studi che riferiscono di interventi per prevenire o ridurre l'obesità nella fascia di età sotto i 2 anni (Ciampa 2012)*
- *programmi per genitori che includono componenti sugli stili di vita, incluse alimentazione e attività fisica, possono fornire una strategia efficace per gestire l'obesità fin dalla prima infanzia (Gerards 2011)*

Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino

I programmi per genitori, supportano il benessere psicologico, sociale ed economico dei genitori e consentono loro di creare una relazione di attaccamento con il bambino; inoltre il genitore è incoraggiato a interagire con il figlio, a parlargli, a stimolarlo, a giocare e questi sono fattori fondamentali per uno sviluppo in salute del bambino, delle sue abilità cognitive, comunicative ed emotive, come già detto precedentemente.

Esistono tuttavia interventi specifici per favorire l'apprendimento e l'articolazione delle parole, la capacità di comunicare con il linguaggio in bambini da zero a cinque anni, ma anche il loro sviluppo cognitivo, emotivo e sociale. Questi interventi sono effettuati principalmente nel contesto educativo prescolare dei nidi e in misura minore a casa nel contesto familiare (si vedano le Schede rispettive). Ovviamente in questi interventi la figura del genitore è centrale, spesso affianca l'insegnante o il terapeuta e riceve opportuna formazione per interagire con il bambino.

Le revisioni **Roberts 2011** (18 studi, 15 RCT) e **Law 2010** (33 RCT, su interventi di logopedia e terapia del linguaggio) sottolineano l'importanza di coinvolgere i genitori, per interventi indirizzati a bambini che manifestano disturbi e ritardi del linguaggio. I genitori, dopo essere stati istruiti, effettuano l'intervento in prima persona:

- *interventi sul linguaggio implementati da genitori sono efficaci per bambini piccoli con difficoltà di linguaggio*
- *anche poco addestramento da parte dei genitori può avere effetti sostanziali sullo sviluppo del linguaggio nel bambino*
- *non ci sono differenze tra interventi effettuati in ambito clinico da un terapeuta o effettuati da un genitore opportunamente addestrato*

La centralità dell'ambiente, delle persone e delle risorse da cui il bambino è circondato e con cui interagisce è invece sottolineata dalla revisione sistematica narrativa **Pickstone 2009** (17 studi di cui 11 RCT), che ha considerato l'efficacia di interventi ambientali per migliorare le abilità di parola e linguaggio del bambino. La revisione afferma che:

- *l'interazione genitore bambino sembra avere un forte impatto sull'ambiente in cui il bambino vive*

SCHEDA 3.

CORSI DI EDUCAZIONE PRENATALE

Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore

La revisione **Gagnon 2011** (9 RCT) considera l'efficacia di programmi educativi individuali o di gruppo realizzati in gravidanza e per entrambi i genitori, che forniscono informazioni su gravidanza, nascita e genitorialità. Secondo la revisione l'educazione prenatale prevede un'estrema varietà di interventi, nell'approccio teorico, nella forma, nei contenuti. Vengono presi in esame e misurati l'acquisizione di conoscenza, la capacità di controllo, le competenze sulla cura del neonato ed esiti su travaglio e nascita. Tuttavia, secondo Gagnon 2011, data la varietà degli interventi di educazione prenatale e la mancanza di studi di qualità:

- *non è nota la reale efficacia dei corsi di educazione prenatale per quel che concerne gli aspetti della nascita e della genitorialità*

La revisione **Schrader-McMillan 2009** (69 studi di cui 6 revisioni, 2 revisioni di revisioni) ha valutato l'efficacia di corsi pre-parto su ogni aspetto della gravidanza, della nascita e del ruolo esercitato dai genitori nei primi mesi. I risultati ci dicono che:

- *i corsi di educazione prima del parto sono efficaci riguardo alla scelta di iniziare e continuare ad allattare al seno e rispetto all'adozione di stili di vita salutari da parte dei genitori*
- *non è ancora dimostrato che le tecniche insegnate dai tradizionali corsi di preparazione al parto riducano i dolori in fase di travaglio, incidano sulla scelta del tipo di parto e su tutto ciò che concerne la nascita, anche se la partecipazione a questi corsi aumenta la soddisfazione riguardo all'esperienza della nascita*
- *programmi di educazione prenatale di gruppo che si focalizzano sul passaggio alla genitorialità e hanno l'obiettivo di diminuire la pressione sulla relazione di coppia aiutano a prevenire un deterioramento della relazione e rafforzano il ruolo di genitori*
- *inoltre la revisione pone l'accento sull'importanza di includere la figura paterna e di prevedere azioni specifiche di preparazione alla paternità*

La revisione **Petch 2008** ha preso in esame 25 RCT su qualsiasi forma di educazione prenatale. Indirizzata a migliorare la relazione di coppia e il ruolo genitoriale o a prevenire il deteriorarsi della relazione dopo la nascita del primo figlio sostiene che:

- *per supportare il passaggio alla genitorialità l'approccio migliore è per fasi: dalla valutazione della coppia (se a rischio o meno, per difficoltà di carattere personale, sociale e relazionale) all'offerta di consigli di carattere informativo, in un contesto clinico e di assistenza, a interventi domiciliari intensivi e anche più costosi dal contenuto psicologico ed educativo (si veda scheda Visite domiciliari)*

L'importanza di promuovere la salute in gravidanza, per modificare eventuali fattori di rischio e incidere positivamente sugli stili di vita è sottolineata dalla revisione **Withworth 2009** (4 RCT), secondo cui interventi di promozione della salute effettuati in gravidanza possono:

- *modificare alcuni comportamenti non salutari (fumo, abuso di alcol, alimentazione sbagliata,...) dannosi per la futura mamma e per il neonato*
- *identificare in modo tempestivo eventuali fattori di rischio*

- *non ci sono dati su una serie di esiti: complicazioni in gravidanza, aborto spontaneo, aborto terapeutico, condizioni del neonato alla nascita*

L'educazione prima del parto tradizionalmente orientata ad aspetti pratici, di recente ha focalizzato la sua attenzione anche sulla delicata fase legata al diventare genitori e alle ricadute sul benessere emotivo di mamma e papà e sulla relazione di coppia. Gli interventi messi in atto sono stati presi in esame nella scheda Programmi per genitori.

Attaccamento

Tutta l'educazione prenatale di preparazione alla genitorialità che supporta il nuovo ruolo svolto dai genitori, il loro benessere socio emotivo e la vita di coppia ha conseguenze anche sull'attaccamento. Gli interventi messi in atto sono stati presi in esame nella scheda Programmi per genitori (**Evans 2014, Benzies 2013**).

Sostegno alla genitorialità

Gli interventi messi in atto già durante la gravidanza, per supportare i genitori a svolgere il loro ruolo sono stati presi in esame nella scheda Programmi per genitori. Tuttavia esistono anche interventi dal contenuto educativo effettuati entro pochi mesi dalla nascita, indirizzati a entrambi i genitori; possono essere o individuali o di gruppo, e variare per durata e per setting (**Bryanton 2013 - 27 RCT**). Sono finalizzati a migliorare la salute e l'accudimento del neonato e la relazione genitore neonato.

Secondo la revisione e metanalisi Bryanton 2013 non sono chiari i benefici generali dell'educazione postnatale anche se sembra promettente su alcuni aspetti pratici:

- *aumento delle ore di sonno del neonato*
- *aumento della conoscenza materna dei comportamenti del bebè*

Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità

Promuovere l'allattamento al seno è uno degli obiettivi dell'educazione prenatale: tuttavia non tutte le revisioni riportate di seguito fanno riferimento ad interventi che si possono ricondurre all'educazione prenatale. Per questione di comodità e di completezza vengono qui riportate.

La revisione **Lumbiganon 2012** (19 RCT) ha valutato l'efficacia di interventi sull'allattamento al seno prenatali, dal contenuto educativo, per aumentare la durata del periodo di allattamento e ci dice che :

- *non è stato individuato un tipo di intervento educativo più efficace di un altro per aumentare l'inizio del periodo di allattamento e la durata*
- *per l'allattamento esclusivo, un intervento che associa la distribuzione di un opuscolo sul tema, un video illustrativo, una consulenza ad hoc è preferibile ad un intervento di routine, anche se l'incremento è minimo e solo in un periodo breve (a tre mesi)*
- *i limiti metodologici degli studi inclusi e la minima dimensione dei risultati conseguiti implicano che non è appropriato raccomandare una specifica educazione prenatale per l'allattamento*
- *un intervento di educazione prima della nascita specificamente focalizzato sul tema dell'allattamento non è raccomandato: meglio un intervento educativo più ampio, su parto e nascita che comprenda anche il tema dell'allattamento*

Due revisioni (**Renfrew 2012** - 67 studi di cui 54 RCT; **Moreton 2012**) hanno preso in esame interventi di supporto all'allattamento individuali o di gruppo (in presenza o tramite telefono):

- *ogni forma di supporto extra aumenta la durata dell'allattamento, sia parziale che esclusivo (Renfrew 2012)*
- *il supporto da parte dei pari ha un impatto positivo sia sull'inizio che sulla durata di ogni tipo di allattamento, anche l'allattamento esclusivo (Moreton 2012)*
- *è efficace un supporto strutturato da parte di esperti nell'allattamento (Moreton 2012)*
- *strategie che fanno affidamento soprattutto su un supporto in presenza hanno maggiore probabilità di favorire l'inizio e la continuità dell'allattamento al seno che semplici informazioni a distanza (per esempio tramite telefono)*

La revisione **Lavender 2013** sull'efficacia del supporto telefonico per le donne durante la gravidanza e fino a sei settimane dopo il parto, ha incluso 9 RCT che hanno preso in esame gli effetti del supporto telefonico sull'inizio e la durata dell'allattamento al seno (8 RCT sul supporto nel periodo dopo la nascita), e :

- *l'evidenza suggerisce che il supporto telefonico può aumentare la durata dell'allattamento al seno, a conferma di quanto affermato dalle revisioni sopra esposte*

La revisione **Pate 2009** (21 studi di cui 16 RCT), che mette a confronto interventi per l'allattamento somministrati online vs interventi effettuati da operatori professionisti sottolinea che:

- *gli interventi online sono una valida alternativa a quelli realizzati da operatori sanitari*
- *i metodi che prevedono l'impiego di operatori sanitari con l'ausilio di risorse e strumenti online migliorano la probabilità di successo*

SCHEDA 4.

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA: NIDI E SCUOLA DELL'INFANZIA

Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino

Include strategie realizzate in ambiente prescolare, presso nidi e scuola dell'infanzia, per promuovere la parola, il linguaggio e la comunicazione e lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.

Una sola revisione, **Van Urk 2014**, ha valutato l'efficacia del nido per l'infanzia, inteso come intervento a sé, unico ed esclusivo, senza altri tipi di intervento, sullo sviluppo cognitivo e psicosociale di bambini fino a 5 anni di età. La revisione ha trovato solo uno studio randomizzato controllato che ha valutato, nei paesi ad alto reddito, i benefici e le eventuali ricadute negative di un centro diurno per l'infanzia e ci dice che:

- *l'evidenza a disposizione è molto limitata per dimostrare gli effetti dei nidi per la prima infanzia sullo sviluppo cognitivo e psicosociale dei bambini*
- *l'evidenza a disposizione è molto limitata per dimostrare gli effetti dei nidi per la prima infanzia sull'occupazione dei genitori e sul reddito familiare*

La revisione sottolinea la mancanza di evidenze di alta qualità su un servizio, quello dei centri diurni per l'infanzia, molto diffuso e richiesto; inoltre evidenzia un'area di ricerca ancora carente su cui concentrare i propri sforzi per il futuro.

E' necessario ricavare al più presto evidenze sugli effetti specifici che le attività dei centri per l'infanzia possono avere sui bambini (sviluppo cognitivo e psicosociale, esiti nel breve e lungo periodo) e sulle loro famiglie (occupazione materna), poiché si tratta di servizi largamente utilizzati.

E' importante che i futuri studi di efficacia prendano in esame gli effetti - definiti e replicabili in maniera chiara - dei centri diurni per l'infanzia confrontandoli con altre situazioni di accudimento.

Inoltre, si suggerisce di:

- *prestare un'attenzione particolare alle famiglie a basso reddito*
- *individuare quegli aspetti specifici dei centri diurni per l'infanzia che influenzano la qualità e l'efficacia delle attività (cosa funziona, come e perché)*

La **Community Guide** (Community preventive services task force) raccomanda due differenti tipi di intervento per la prima infanzia realizzati in ambito extrafamiliare, come importanti strumenti di contrasto alle disuguaglianze: la scuola dell'infanzia a tempo pieno e i programmi educativi per la prima infanzia.

Per **scuola dell'infanzia a tempo pieno** si intende un programma ufficiale per bambini da 4 a 6 anni di età offerto l'anno precedente all'inizio della scuola primaria; il tempo pieno significa 5 giorni a settimana per 5 o 6 ore ogni giorno. Le attività che sono organizzate e guidate da almeno un adulto hanno l'obiettivo di preparare i bambini da un punto di vista didattico, sociale ed emotivo prima che entrino nella scuola primaria.

La revisione **Hahn 2014**, che a sua volta riprende i risultati della metanalisi **Cooper 2010**, dimostra che:

- *i programmi offerti dalla scuola dell'infanzia a tempo pieno migliorano i risultati scolastici - principalmente in lettura e matematica - determinanti, nel lungo periodo, di risultati scolastici e di salute (per esempio, riduzione di gravidanze in adolescenza e di comportamenti a rischio)*
- *i risultati ottenuti, per essere duraturi devono venire sostenuti nel tempo da un ambiente scolastico orientato all'apprendimento e allo sviluppo*
- *se i programmi offerti dalla scuola dell'infanzia a tempo pieno sono indirizzati a bambini provenienti da famiglie povere o appartenenti a minoranze etniche, possono migliorare l'equità nella salute*

I **programmi educativi** per la prima infanzia realizzati in un contesto extrafamiliare si prefiggono l'obiettivo di migliorare lo sviluppo cognitivo e sociale di bambini da 3 a 5 anni:

- *i programmi devono includere una componente educativa che sia indirizzata ad almeno uno dei seguenti aspetti: lettura/scrittura, aritmetica, sviluppo cognitivo, socio-emotivo e abilità motorie*
- *i programmi possono offrire altri tipi di servizi: gioco, pasti, assistenza sanitaria, supporto ai genitori e servizi sociali. Alcuni programmi coinvolgono bambini che hanno meno di tre anni*

Molti programmi educativi per la prima infanzia si rivolgono a bambini provenienti da famiglie povere o a basso reddito. In riferimento al contesto degli USA esistono tre tipologie di programmi educativi per la prima infanzia: programmi statali, Head Start che è un programma federale, programmi standardizzati, per esempio Perry Preschool (vedi Buone prassi scheda Servizi per la prima infanzia: nidi e scuola dell'infanzia Cap. 3).

La metanalisi **Kay 2014** che include 49 studi relativi a programmi educativi per la prima infanzia destinati a bambini poveri di 3 e 4 anni dimostra che:

- *tutte le tre tipologie di programmi sono efficaci rispetto ad una serie di outcome attinenti la sfera educativa (punteggi nel test sostenuto a conclusione del periodo prescolare, diploma di scuola superiore, ripetizione dell'anno scolastico) e la sfera socio-emotiva (tassi di criminalità, tassi di gravidanza in età adolescente, autocontrollo, sviluppo emotivo)*
- *non tutti gli outcome sono presi in esame dai 49 studi e non tutti gli outcome riportano effetti positivi statisticamente significativi per tutte e tre le tipologie di programmi con la sola positiva eccezione dell'outcome accademico, ovvero i punteggi nel test sostenuto a conclusione del periodo prescolare*
- *l'effetto dei programmi persiste nel tempo, almeno fino a 9 anni di età del bambino, poi lentamente diminuisce negli anni seguenti*
- *sono scarse le evidenze scientifiche che consentono di definire quali specifiche componenti dei programmi educativi per la prima infanzia (dimensione della classe, numero di ore, durata, ...), possono migliorare gli outcome relativi allo sviluppo cognitivo e socio emotivo del bambino*

L'**efficacia di interventi realizzati in un contesto prescolare** (nidi, scuola dell'infanzia) sugli outcome relativi la sfera cognitiva e socio emotiva del bambino è confermata anche nelle revisioni **Camilli 2010**, **Burger 2010** e **Piquero 2010**.

Le prime due revisioni (**Camilli 2010, Burger 2010**) hanno valutato l'efficacia di interventi prescolari precoci sullo sviluppo della parola e del linguaggio:

- *questi interventi hanno effetti sugli esiti cognitivi, sui risultati scolastici e sulle abilità sociali*
- *sono più efficaci gli interventi somministrati da un insegnante (piuttosto che dai genitori) e che prevedono piccoli gruppi di discussione*

La revisione **Piquero 2010** (34 studi di cui 17 indirizzati a bambini da 2 a 5 anni) si è focalizzata su interventi per migliorare l'autocontrollo di bambini sotto i 10 anni di età, con numerosi interventi per bambini da 2 a 5 anni:

- *gli interventi che hanno le seguenti caratteristiche: includono la formazione, il counselling di gruppo, strategie cognitive e comportamentali, di risoluzione dei conflitti sono efficaci per migliorare l'autocontrollo e ridurre problemi di delinquenza e di comportamento in generale*

La revisione **Marulis 2010** (67 studi di cui 11 RCT) ha invece considerato l'efficacia di interventi, realizzati in ambito prescolare, per migliorare la ricchezza lessicale nei bambini da 3 a 6 anni, principalmente attraverso la lettura ad alta voce e la lettura dialogica:

- *i risultati di questi interventi indicano un impatto sul numero di vocaboli appresi dai piccoli*
- *sono più efficaci se realizzati da insegnanti/chi conduce la sperimentazione che da genitori*
- *sono più favorevoli per bambini considerati a rischio e provenienti dal ceto medio-alto che per bambini a rischio ma poveri*
- *sono insufficienti a colmare un gap di risultati anche negli anni prescolari e della scuola dell'infanzia*

Infine le linee guida del NICE sul benessere sociale ed emotivo nella prima infanzia (**NICE 2012, PH40**), in riferimento ad interventi somministrati in contesti educativi e di servizi diurni per l'infanzia, sottolinea che sono efficaci rispetto a vari esiti:

- *sviluppo cognitivo, salute mentale, età scolare, risultati scolastici*

SCHEDA 5.

INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOSOCIALI

Benessere psicosociale della madre

Gli interventi psicologici e psicosociali sono sicuramente una delle misure più efficaci per la prevenzione della depressione postnatale.

Secondo la revisione **Dennis 2013**

- *gli interventi psicologici e psicosociali, effettuati sia in gravidanza che immediatamente dopo riducono in modo significativo il numero di donne che sviluppano una depressione post parto. Sono promettenti soprattutto visite domiciliari intensive effettuate da personale professionale (vedi scheda Visite domiciliari), supporto telefonico da parte di pari (revisione **Lavender 2013**), psicoterapia individuale. Sono meno promettenti interventi di educazione prenatale e postnatale, visite domiciliari effettuate da personale non professionale, precoce follow-up immediatamente successivo al parto, debriefing psicologico⁶⁵ realizzato in ospedale, terapia cognitivo comportamentale*
- *sono efficaci interventi psicologici e psicosociali su base individuale*
- *interventi indirizzati a mamme “a rischio” potrebbero essere più utili e fattibili che interventi per tutta la popolazione di mamme⁶⁶*

Per il trattamento della depressione durante e dopo la gravidanza le linee guida del NICE del 2014 (**NICE 2014a CG192**), sulla salute mentale pre e post natale raccomandano:

- *interventi psicologici intensivi (per esempio terapia cognitivo comportamentale, eventualmente accompagnata dall'uso di psicofarmaci) in donne che durante o dopo la gravidanza manifestano sintomi di depressione da moderata a leggera*

Fumo

Secondo la revisione **Chamberlain 2013** (77 RCT), che valuta l'efficacia di interventi psicosociali per aiutare le donne incinte a smettere di fumare,

- *questa tipologia di interventi è efficace per aumentare il numero di donne che smette di fumare in gravidanza e per ridurre i nati prematuri o sottopeso. Gli interventi più promettenti sono quelli che offrono incentivi e il counselling ma associato ad altri interventi*

Una revisione, **Lorenzatto 2012**, ha identificato quali specifici elementi per cambiare il comportamento rispetto al fumo, sono individuabili negli interventi efficaci in gravidanza. Numerosi ricadono nella categoria degli interventi psicologici e psicosociali:

- *offerta di ricompense in base al livello di cessazione*

⁶⁵ Il debriefing è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo esperto di situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze (da Wikipedia)

⁶⁶ Per la prevenzione della depressione postparto sarebbe auspicabile poter identificare le madri “a rischio”. Tuttavia, a prescindere dalle famiglie esposte a fattori di rischio per lo sviluppo di uno stato depressivo, che potrebbero richiedere la necessità di azioni di supporto (situazioni di vita causa di stress – lutto, separazione, disoccupazione, malattia, trasloco - mancanza di reti di supporto sociale, storia pregressa di problemi psicologici o psichiatrici, abuso fisico, emotivo e sessuale, abuso di alcol e droghe ...), non esiste coerenza per identificare le donne “a rischio”, nel caso in cui non presentano sintomi. Una revisione di 16 strumenti di screening prenatali suggerisce che non ci sono misure che con accettabile validità predittiva identifichino donne asintomatiche, che svilupperanno la depressione post parto

- *facilitare le prevenzione delle ricadute*
- *informazioni sulle conseguenze del fumare e della cessazione*
- *facilitare azioni orientate alla risoluzione dei problemi*
- *identificare le cause scatenanti la ricaduta*
- *definire degli obiettivi*
- *valutare il comportamento attuale e passato riferito al fumo*
- *valutare la disponibilità a mettere di fumare*
- *facilitare il supporto sociale*

La revisione **Higgins 2012** (6 studi di cui 4 RCT), esamina l'uso di incentivi finanziari per promuovere l'astinenza dal fumo durante la gravidanza:

- *sono interventi promettenti e incontrano il bisogno di donne che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e che sono forti fumatrici*

Secondo la revisione **Naughton 2008** (15 studi tra RCT e quasi RCT) che focalizza la sua attenzione sugli interventi di auto aiuto, che si possono ricondurre ad interventi di educazione sanitaria, per donne in gravidanza:

- *vengono valutati più efficaci degli interventi standard anche se la loro efficacia è ridotta ed è perciò necessario approfondire le caratteristiche che potrebbero rendere questi interventi più efficaci*

La revisione **Stead 2013** (77 RCT di cui 4 riferiti al periodo della gravidanza e del postparto) ha esaminato l'impatto del counselling telefonico dinamico e orientato all'azione rispetto alla cessazione dal fumo, non solo riferita al periodo della gravidanza:

- *è efficace per aiutare a ridurre il fumo soprattutto per i fumatori che cercano aiuto e supporto rivolgendosi ai numeri di assistenza telefonica*
- *è efficace solo se si tratta di un intervento intensivo*

La revisione **Hoedjes 2010** ha valutato l'efficacia di interventi post natali sullo stile di vita delle madri, per smettere di fumare o per prevenirne la ricaduta, nel caso, durante il periodo di gravidanza la donna avesse smesso:

- *gli interventi che risultano efficaci sono visite accompagnate da consigli, azioni educative e indicazioni pratiche da parte di un pediatra o interventi di counseling telefonico*
- *la revisione non ha valutato la qualità degli studi inclusi*

Alcol e droghe

Gli interventi psicologici e psicosociali sono efficaci per ridurre il consumo di alcol nelle donne in gravidanza

La revisione **Stade 2009** (4 RCT) prende in esame interventi psicologici ed educativi:

- *colloqui motivazionali, sessioni di counselling con un manuale di auto aiuto, brevi interventi educativi con follow-up di rinforzo possono aiutare le future madri a ridurre il consumo di alcol in gravidanza, anche se, per la qualità degli studi e il rischio elevato di errore e bias dei risultati le prove sulla loro efficacia sono esigue*
- *gli studi inclusi nella revisione offrono poche informazioni sugli effetti di questi interventi sulla salute della mamma e del bebè*

Due linee guida del NICE, del 2014 e del 2007 (**NICE 2014a CG192; NICE 2007 CG51**) raccomandano, nel caso di abuso di alcol o droghe in gravidanza il ricorso a interventi psicologici e psicosociali (anche se potrebbe essere necessario ricorrere ad altri tipi di

intervento, soprattutto astinenza e disintossicazione). Gli interventi più efficaci includono la gestione della contingenza, terapia comportamentale di coppia, terapia cognitivo comportamentale.

Per il consumo di alcol di livello dannoso o anche moderato la guida del **NICE 2011 CG15**:

- *raccomanda l'uso di interventi psicologici (per esempio terapia cognitivo comportamentale, terapia sociale e ambientale)*
- *consiglia la terapia di coppia per chi ha problemi di dipendenza dall'alcol e ha un partner che manifesta la volontà di partecipare al trattamento*

Violenza domestica

Per la prevenzione delle situazioni di abuso domestico, sono efficaci sia interventi di counseling che il ricorso alla terapia psicologica, principalmente cognitivo comportamentale. Secondo la revisione **Jahanfar 2013** (9 RCT)

- *gli interventi di counselling, anche nel contesto di visite domiciliari e le sessioni di psicoterapia sono i più promettenti per donne incinte a rischio o che hanno vissuto esperienze di violenza domestica*
- *le donne che hanno ricevuto questo tipo di interventi hanno meno probabilità di subire ricorrenti episodi di abuso domestico*

La revisione **Van Parys 2014** per la riduzione dei casi di abuso e di violenza domestica

- *considera promettenti le visite domiciliari (vedi Scheda relativa), in particolare da parte di personale professionale (infermieri) e programmi psicologici e psicosociali, nello specifico interventi articolati e poliedrici di counseling*
- *entrambe le revisioni hanno un impatto molto limitato su altri outcome: benessere psicosociale, in particolare depressione materna in gravidanza e postparto, esiti neonatali, basso peso alla nascita e nascita prematura*

Anche il NICE (**NICE 2014b**) nelle linee guida per la prevenzione della violenza domestica, dei casi di ricaduta e degli effetti negativi associati (per esempio benessere psicosociale dei genitori):

- *considera efficaci, oltre ad altri tipi di interventi, il counseling, la terapia psicologica, inclusa la terapia di coppia*
- *in riferimento ai bambini, al miglioramento del loro benessere, dell'attaccamento con la madre e dei sintomi materni di stress e trauma, è efficace l'intervento di psicoterapia mamma bambino (anche per bambini di tre anni di età)*

Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore

Gli interventi di carattere psicologico ed educativo possono accompagnare e supportare la fase di transizione al nuovo ruolo di genitori. Secondo la revisione **Petch 2008**

- *i maggiori risultati si conseguono su coppie considerate a rischio per difficoltà sociali, personali e di relazione (vedi scheda Corsi di educazione prenatale)*

Secondo la revisione **Pinquart 2010a** gli interventi psicologici indirizzati alla coppia durante il passaggio al ruolo di genitori,

- *hanno effetti positivi sull'adattamento della coppia, sulla comunicazione, sul ruolo genitoriale e sul benessere psicologico in quanto genitori*
- *devono essere guidati da professionisti (per esempio psicologi clinici)*
- *è preferibile che includano una componente prenatale e postnatale*

Attaccamento

La revisione **Kersten-Alvarez 2011** (10 studi) evidenzia che

- *la psicoterapia individuale, il counseling, la terapia cognitivo comportamentale, le reti di supporto, sono tipi di intervento che lavorano sulla relazione mamma neonato, per sviluppare gli aspetti di sensibilità e ricettività materna in mamme affette da depressione*

Invece la revisione **Barlow 2014** (8 RCT) prende in esame l'intervento di psicoterapia individuale genitore figlio, in cui un terapeuta lavora contemporaneamente con la diade genitore - neonato/bimbo (fino a 2 anni di età):

- *sebbene gli studi disponibili non consentono di dimostrare la sua efficacia su una serie di outcome (salute mentale del genitore, comportamento del bambino, sviluppo cognitivo del bambino), è un intervento promettente riguardo allo sviluppo di un attaccamento sicuro da parte del bambino*

Sostegno alla genitorialità

Il supporto al ruolo di genitori è centrale nei programmi per genitori e molte azioni incluse in questi programmi sono riconducibili a interventi di natura psicologica, educativa, psicosociale. Si rinvia pertanto alla lettura della scheda Programmi per genitori, per approfondimenti al riguardo.

Sicurezza e protezione del bambino

Per bambini soggetti a maltrattamento, trascuratezza e abbandono da parte dei genitori sono indicati approcci di carattere psicologico e psicosociale. Tuttavia questi approcci si configurano principalmente nella forma di interventi di visite domiciliari e programmi per genitori, per cui per approfondimenti si rinvia alla lettura delle Schede relative.

BIBLIOGRAFIA

- ^I Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair society, Healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010, 2010. In <http://www.instituteoftheequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report>
- ^{II} Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze e buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014; 33: 232-239
- ^{III} Irwin LG, Arjumand Siddiqi RN, Hertzman C. Early Child Development: A powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on the social determinants of health, 2007. In: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>
- ^{IV} Strati F (a cura di). Investire nell'infanzia. Unione Europea 2014
- ^V Commission on Social Determinants of Health, WHO. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. FINAL REPORT, 2008. In: apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- ^{VI} Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Franco Angeli, Fondazione Smith Kline 2014
- ^{VII} Progetto Kids in Places Initiative, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Area Comunità, equità e partecipazione aprile 2013. In: assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/partecipazione-innovazione-sociale/comunita-equita/osservatorio-equita/toolkit/toolkit-4/intro
- ^{VIII} Barker DJP. Fetal and infant origins of adult disease. London: BMJ Books, 1992
- ^{IX} Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology* 1986; 22 (6): 723-742
- ^X Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C. Total environment assessment model for early child development. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, 2007. In: www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf?ua=1
- ^{XI} Bowlby J. Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988
- ^{XII} Unicef. La condizione dell'infanzia nel mondo. Edizioni Interculturali, 2009
- ^{XIII} Levtov R, van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, Barker G. State of the World's Fathers: A MenCare advocacy publication. Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance, 2015. In: http://sowf.men-care.org/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/State-of-the-Worlds-Fathers_23June2015-1.pdf
- ^{XIV} Brooks-Gunn J, Duncan GJ, Maritato N. Poor families, poor outcomes: the well-being of children and youth. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J (eds). *Consequences of growing up poor*. New York, Russell Sage Foundation, 1997
- ^{XV} Di Pietro JA. Baby and the brain: advances in child development. *Annual review of public health* 2000; 21: 455-471
- ^{XVI} National Research Council and Institute of Medicine. From neurons to neighbourhoods: the science of early childhood development. Committee on integrating the science of Early Childhood Development. Shonkoff JP, Phillips DA (eds). Board on children, youth, and families, Commission on behavioral and social sciences and education. Washington, National Academy Press, 2000
- ^{XVII} Hart B, Risley TR. The early catastrophe. The 30 million of word gap by age 3. *American educator* 2003. In: <https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/TheEarlyCatastrophe.pdf>

-
- ^{xviii} Alkalay AL, Graham JM, Pomerance JJ. Evaluation of neonates born with intrauterine growth retardation: review and practice guidelines, *Journal of perinatology* 1998; 18: 142-51
- ^{xix} Feinstein L. Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort. *Economica* 2003; 70 (277): 73-97
- ^{xx} Regione Lombardia Sanità, Rete Health Promoting Hospital and Health Services. Glossario sulla promozione della salute mentale 2010. In: www.dors.it/page.php?idarticolo=1207
- ^{xxi} DoRS Regione Piemonte, Ministero della Salute (traduzione italiana a cura di). *Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere 2013*
In: www.dors.it/alleg/newcms/201409/Health%202020_ita_DEF_SET2014.pdf
- ^{xxii} Bonifacio S, Rudoi I. Sentire, ascoltare, comunicare e... parlare: nascita della relazione. Come stimolare lo sviluppo del linguaggio con la voce, il canto e la musica. Federazione logopedisti italiani, Associazione Culturale Pediatri (ACP), 2015. In: <http://www.acp.it/wp-content/uploads/BONIFACIO-RUDOIO-OPUSCOLO-stampa-giugno2015.pdf>
- ^{xxiii} Becker B. Social disparities in children's vocabulary in early childhood. Does pre-school education help to close the gap? *The British journal of sociology* 2011; 62 (1): 69-88
- ^{xxiv} Tamburlini G. Basi scientifiche degli interventi precoci. XXIV Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri (ACP), Torino 11-13 ottobre 2012. In: <https://vimeo.com/60082573>
- ^{xxv} Hoff E. The specificity of environmental influence: socioeconomic status affect early vocabulary development via maternal speech. *Child development* 2003;74 (5): 1368-78
- ^{xxvi} Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Savelyev PA, Yavitz A. The Rate of Return to the High Scope Perry y Preschool Program. *Journal of public economics* 2010; 94(1-2): 114-28
- ^{xxvii} Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Child development* 1. *Lancet* 2011; 378: 1325-38
- ^{xxviii} Velea R, Tamburlini G. Early child development in the European Region: needs, trends and policy development. WHO Regional Office for Europe, 2014
- ^{xxix} Regione Piemonte - Politiche sociali, alla Famiglia e alla Casa. Il patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017. Un percorso politico partecipato, Deliberazione della Giunta Regionale 19 ottobre 2015, n. 38-2292.
In: www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2015/44/attach/dgr_02292_070_19102015.pdf
- ^{xxx} Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: 8° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2014-2015 (8° Rapporto CRC). In: <http://www.gruppocrc.net/-pubblicazioni-del-gruppo-crc->
- ^{xxxi} Mamme in arrivo. Save the Children Italia, 2015.
In: http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img264_b.pdf
- ^{xxxii} La lampada di Aladino: L'indice di Save the Children per misurare le povertà educative e illuminare il futuro dei bambini in Italia. Save the Children Italia, 2014.
In: images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img235_b.pdf
- ^{xxxiii} Percorso nascita. Linee di indirizzo: Elementi di analisi e proposta. Save the children Italia, 2015. In: www.fnco.it/custom/fnco/writable/downloads/Percorso%20nascita%20-%20Linee%20di%20indirizzo.%20Save%20the%20children1.pdf
- ^{xxxiv} Ministero della Salute. Allattare al seno: Un investimento per la vita, 2016. In: www.salute.gov.it/
- ^{xxxv} Atlante dell'infanzia (a rischio). Bambini senza. Origini e coordinate delle povertà minorili. Save the Children Italia, 2015. In: http://atlante.savethechildren.it/atlante_2015-bambini_senza.pdf
- ^{xxxvi} Eurostat. People at risk of poverty or social exclusion (dati a dicembre 2015 disaggregati per genere e per età). In: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion
- ^{xxxvii} Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: 9° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della

-
- Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2015-2016 (9° Rapporto CRC). In: <http://www.gruppocrc.net/-pubblicazioni-del-gruppo-crc->
- ^{xxxviii} ISTAT. La povertà in Italia anno 2014, luglio 2015. In: www.istat.it/it/archivio/164869
- ^{xxxix} UNICEF. Equità per i bambini. Una classifica della disuguaglianza nel benessere dei bambini nei paesi ricchi. Innocenti Report Card 13. Firenze: Centro di ricerca Innocenti dell'UNICEF, 2016. In: www.unicef.it/Allegati/Equita_per_i_bambini.pdf
- ^{xl} Città di Torino. Ricerca attorno a una 'Grammatica della qualità'. Documento elaborato nell'ambito del progetto Crescere 06: un percorso partecipato sui servizi per l'infanzia, luglio 2015. In: www.comune.torino.it/servizieducativi/crescere06/
- ^{xli} Basili F, Di Rosa A, Montorio V, Tamburini C. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2013. Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ufficio di Statistica, Ministero della Salute, 2015. In: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf
- ^{xlii} Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (2)
- ^{xliii} Leis J, Mendelson T, Tandon S. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of women's mental health* 2009; 12: 3-13
- ^{xliv} Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (7)
- ^{xlvi} Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and afterbirth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (1)
- ^{xlvi} Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing* 2008; 37 (4): 480-490
- ^{xlvii} Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 (2)
- ^{xlviii} Van Parys A, Verhallme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. *PLoS ONE* 2014; 9 (1)
- ^{xlix} Schrader-McMillan A, Barlow J, Redshaw M. Birth and Beyond: A Review of evidence about antenatal education. London: Department of Health, 2009
- ^l Petch J, Halford WK. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical psychology review* 2008; 28: 1125-1137
- ^{li} Goyal NK, Teeters A, Ammerman RT. Home visiting and outcomes of preterm infants: a systematic review. *Pediatrics* 2013; 132 (3): 502-516
- ^{lii} Nievar MA, Van Egeren LA, Pollard S. A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant mental health journal* 2010; 31(5): 499-520
- ^{liii} Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Stewart-Brown S, Polnay L. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis. *Child: care, health and development* 2008; 34 (5): 682-95
- ^{liv} Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart- Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (6)
- ^{lv} Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (9)
- ^{lvi} Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 5: 353-361

-
- ^{LVII} Selph SS, Bougatsos C, Blazina I, Nelson HD. Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: a systematic review to update the US Preventive services task force recommendation. *Annals of internal medicine* 2013; 158 (3): 179-90
- ^{LVIII} Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public health* 2013; 13 (17)
- ^{LIX} Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics* 2013; 132: S90-99
- ^{LX} Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Stacey FG, McElduff P, James EL. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (11)
- ^{LXI} Knowlden AP, Sharma M. Systematic review of family and home-based interventions targeting paediatric overweight and obesity. *Obesity reviews* 2012; 13 (6): 499-508
- ^{LXII} Hesketh KD, Campbell KJ. Interventions to prevent obesity in 0–5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity* 2010; 18(S1): S27-S35
- ^{LXIII} NICE. Social and emotional wellbeing: Early years. PH40. National Institute of Health and Care Excellence, 2012
- ^{LXIV} Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Campbell systematic reviews* 2012; 8 (1)
- ^{LXV} Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (6)
- ^{LXVI} Pinquart M, Teubert D. Effects of parenting education with expectant and new parents: a meta-analysis. *Journal of family psychology* 2010b; 24(3): 316
- ^{LXVII} Evans T, Whittingham K, Sanders M, Colditz P, Boyd RN (2014). Are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? *Infant behavior and development* 2014; 37: 131-154
- ^{LXVIII} Benzies KM, Magill-Evans JE, Hayden A, Ballantyne M. Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth* 2013; 13 (Suppl 1): S10, 1-15
- ^{LXIX} O'Brien M, Daley D. Self-help parenting interventions for childhood behaviour disorders: a review of the evidence. *Child: care, health and development* 2011; 37(5): 623-637
- ^{LXX} Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 (3)
- ^{LXXI} Piquero AR, Jennings WG, Farrington DP. Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency problem behaviours: A systematic review. *Campbell systematic reviews* 2010; 6 (2)
- ^{LXXII} Menting AT, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review* 2013; 33(8): 901-913
- ^{LXXIII} Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review* 2014; 34(4): 337-57
- ^{LXXIV} Wilson P, Rush R, Hussey S, Puckering C, Sim F, Allely CS, Doku P, McConnachie A, Gillberg C. How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine* 2012; 10 (130): 1-16
- ^{LXXV} Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman JF. Practitioner review: engaging fathers – recommendations for a game change in parenting intervention based on a systematic review of the global evidence. *Journal of child psychology and psychiatry* 2014; 55 (11): 1187-1212

-
- LXXVI Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (2)
- LXXVII Charach A, Carson P, Fox S, Ali M, Beckett J, Lim G. Interventions for preschool children at high risk for ADHD: a comparative effectiveness review. *Pediatrics* 2013; 131: 1584-1604
- LXXVIII Tellegen CL, Sanders MR. Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities* 2013; 34 (5): 1556-71
- LXXIX Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 (3)
- LXXX Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 (4)
- LXXXI Peters J, Sinn N, Campbell K, Lynch J. Parental influence on the diets of 2-5 year old children: Systematic review of interventions. *Early child development and care* 2012; 182 (7): 837-857
- LXXXII Bourke, M., Whittaker, P.J., and Verma, A. Are dietary interventions effective at increasing fruit and vegetable consumption among overweight children? A systematic review. *Journal of epidemiology and community health* 2014; 68 (5): 485-90
- LXXXIII Kuhl ES, Clifford LM, Stark LJ. Obesity in preschoolers: Behavioral correlates and directions for treatment. *Obesity* 2012; 20 (1): 3-29
- LXXXIV Cislak A, Safron M, Pratt M, Gaspar T, Luszczynska A. Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review. *Child: care, health and development* 2012; 38 (3): 321-331
- LXXXV Ciampa PJ, Kumar D, Barkin SL, Sanders LM, Yin HS, Perrin EM, Rothman RL. Interventions aimed at decreasing obesity in children younger than 2 years: a systematic review. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* 2010; 164 (12): 1098-1104
- LXXXVI Gerards SM, Sleddens EF, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP. Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International journal of pediatric obesity* 2011; 6(2-2): e28-e45
- LXXXVII Roberts MY, Kaiser AP. The effectiveness of parent-implemented language interventions: a meta-analysis. *American journal of speech-language pathology* 2011; 20: 180-199
- LXXXVIII Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 (3). Edited (no change to conclusions), published in Issue 5, 2010]
- LXXXIX Pickstone C, Goldbart J, Marshall J, Rees A, Roulstone S. A systematic review of environmental interventions to improve child language outcomes for children with or at risk of primary language impairment. *Journal of research in special educational needs* 2009; 9 (2): 66-79
- XC Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (3). [Edited version of 2007 review, no change to conclusions]
- XCI Schrader-McMillan A, Barlow J, Redshaw M. *Birth and Beyond: A Review of evidence about antenatal education*. London: Department of Health, 2009
- XCII Whitworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009 (4)
- XCIII Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (11)

-
- ^{XCIV} Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (9)
- ^{XCIV} Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 (5)
- ^{XCVI} Moreton J, King S, D'Souza L, McFadden A, McCormick F, Renfrew M. The effectiveness of public health interventions to promote safe and healthy milk feeding practices in babies. NICE maternal and child nutrition programme review 4. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012
- ^{XCVII} Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth R, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (7)
- ^{XCVIII} Pate B. A systematic review of the effectiveness of breastfeeding intervention delivery methods. *Journal of Obstetrics, gynaecology and neonatal nursing* 2009; 38 (6): 642-653
- ^{XCIX} Pordes Bower A, Strelitz J, Allen J, Donkin A. An equal start: improving outcomes in children's centers. UCL, Institute for health equity, 2012
- ^C Van Urk FC, Brown TW, Waller R, Mayo-Wilson E. Centre-based day care for children younger than five years of age in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 (9)
- ^{CI} Hahn RA, Rammohan V, Truman BI, Milstein B, Johnson RL, Muntañer C, Jones CP, Fullilove MT, Chattopadhyay SK, Hunt PC, Abraido-Lanza AF, Community Preventive Services Task Force. Effects of full-day kindergarten on the long-term health prospects of children in low-income and racial/ethnic-minority populations. A Community Guide systematic review. *American journal of preventive medicine* 2014; 46(3): 312-23
- ^{CII} Cooper N, Kendrick D, Achana F, Dhiman P, He Z, Wynn P, Le Cozannet E, Saramago P, Sutton A. Network meta-analysis to evaluate the effectiveness of interventions to increase the uptake of smoke alarms. *Epidemiologic reviews* 2012; 34 (1): 32-45
- ^{CIII} Kay N, Pennucci A. Early childhood education for low-income students: A review of the evidence and benefit-cost analysis (Doc. No. 14-01-2201). Olympia (WA): Washington State Institute for Public Policy, 2014. In: www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1547/Wsipp_Early-Childhood-Education-for-Low-Income-Students-A-Review-of-the-Evidence-and-Benefit-Cost-Analysis_Full-Report.pdf
- ^{CIV} Camilli G, Vargas S, Ryan S, Barnett WS. Meta-analysis of the effects of early education interventions on cognitive and social development. *Teachers college record* 2010; 112 (3): 579-620
- ^{CV} Burger K. How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds. *Early childhood research quarterly* 2010; 25: 140-165
- ^{CVI} Piquero AR, Jennings WG, Farrington DP. Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency problem behaviours: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2010; 6 (2)
- ^{CVII} Marulis LM, Neuman SB. The effects of vocabulary intervention on young children's word learning: A meta-analysis. *Review of Educational Research* 2010; 80 (3): 300-335
- ^{CVIII} NICE. *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance*. CG192. National Institute for Health and Care Excellence, 2014a
- ^{CIX} Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, Thomas J. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (10)
- ^{CX} Lorencatto F, West R, Michie S. Specifying evidence-based behavior change techniques to aid smoking cessation in pregnancy. *Nicotine and tobacco research* 2012; 14 (9): 1019-1026

-
- CXI Higgins ST, Washio Y, Heil SH, Solomon LJ, Gaalema DE, Higgins TM, Bernstein IM. Financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. *Preventive medicine* 2012; 55: S33-40
- CXII Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2008; 103(4): 566-579
- CXIII Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (8)
- CXIV Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvekot JJ, Habbema JD, Steegers EA, Raat H. Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2010; 65 (10): 631-652
- CXV Stade BC, Bailey C, Dzenoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2009 (2)
- CXVI NICE. Drug Misuse: Psychosocial Interventions. CG51. National Institute of Health and Care Excellence, 2007. [Reviewed 2011]
- CXVII NICE. Alcohol-use Disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. CG115. National Institute of Health and Care Excellence, 2011
- CXVIII Jahanfar S, Howard LM, Medley N. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 (2)
- CXIX NICE. Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organisations they work with can respond effectively. PH50. National Institute for Health and Care Excellence), 2014b
- CXX Pinquart M, Teubert D. A metaanalytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family relations* 2010 a; 59(3): 221-231
- CXXI Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KTM, Hoefnagels C. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant mental health journal* 2011; 32 (3): 362-376
- CXXII Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 (5)
- CXXIII Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 (7)
- CXXIV Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (5).
- CXXV Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, Misso K, Stenhouse E, King SE, Williams AF. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child: care, health and development* 2012; 36 (2), 165-178
- CXXVI Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 (3)
- CXXVII Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database of Systematic Review* 2013 (4)
- CXXVIII Underdown A, Barlow J, Stewart-Brown S. Tactile stimulation in physically healthy infants: results of a systematic review. *Journal of reproductive and infant psychology* 2010; 28 (1): 11-29
- CXXIX Fukkink RG. Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical psychology review* 2008; 28 (6): 904-16

