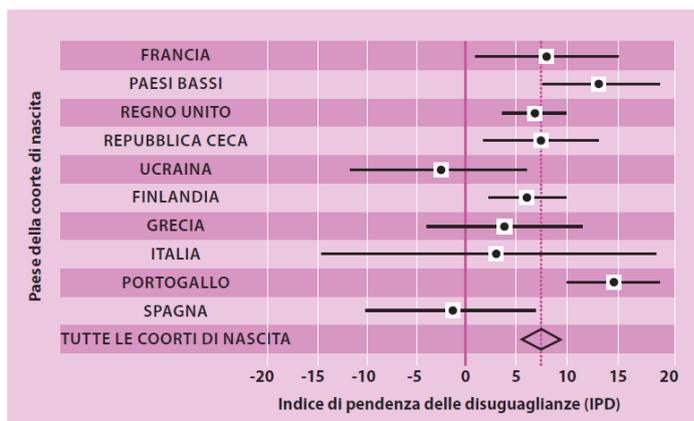


## I programmi universalistici e di qualità che rispondono ai bisogni della prima infanzia producono migliori e più equi risultati nell'infanzia e anche successivamente nel corso della vita

### Il problema

L'ambiente in cui un bambino vive dal periodo prenatale alla prima infanzia, incide notevolmente sui risultati e sulle possibilità della sua vita futura (1). Un ambiente amorevole, sensibile, accogliente e stimolante, sostiene uno sviluppo positivo nei primi anni di vita; al contrario, eventuali difficoltà in questa fase possono avere gravi ripercussioni negative sullo sviluppo delle competenze cognitive, comunicative, linguistiche, sociali ed emotive (2). L'acquisizione di queste competenze favorisce il raggiungimento di buoni risultati in tanti aspetti della vita futura, fra cui la salute, il benessere, l'alfabetizzazione, la partecipazione alla vita socio-economica e la riduzione della criminalità (3-5). I genitori e le famiglie svolgono un ruolo fondamentale nel garantire un ambiente favorevole, ma tale compito può essere molto impegnativo per coloro che devono far fronte a situazioni difficili - per esempio vivere in condizioni di povertà, avere uno scarso controllo sulla propria vita quotidiana o possedere competenze, capacità o conoscenze limitate. Le evidenze sugli effetti delle disuguaglianze sociali sulla salute e sullo sviluppo durante la prima infanzia, derivano essenzialmente da studi condotti in un ridotto numero di Paesi europei ed extra-europei. Poco si conosce, invece, sull'impatto sulla salute e sullo sviluppo delle disuguaglianze sociali nell'infanzia in tutta Europa, su come i meccanismi operano nei diversi contesti o sui risultati ottenuti da programmi e politiche finalizzati a ridurre le disuguaglianze.



**Figura: Gradiente nel rischio di sovrappeso tra i 4 e gli 8 anni, a seconda del livello d'istruzione materno, basato sulle coorti di nascita in dieci paesi europei.<sup>7</sup>**

**Nota:** l'indice di pendenza delle disuguaglianze misura il gradiente sociale rispetto a un risultato di salute, in questo caso il modo in cui varia il rapporto tra l'essere in sovrappeso e il livello d'istruzione della madre.

L'indice tiene conto di questo risultato in tutta la gamma di livelli di istruzione delle madri, dal più alto al più basso, basandosi sulle analisi statistiche del rapporto tra bambini in sovrappeso e istruzione materna.

cui portata variava, tuttavia, in funzione del Paese e del tipo di problema. Diversi fattori sociali sembravano influenzare il percorso verso una cattiva salute, quali per esempio il reddito del nucleo familiare, il degrado del quartiere e il disagio psicologico delle madri (7).

La ricerca compiuta nell'ambito di DRIVERS si prefiggeva di colmare alcune di queste lacune. Una revisione sistematica degli studi pubblicati ha dimostrato che fattori quali il degrado del quartiere, il basso livello di benessere dei genitori, il livello di istruzione dei genitori, la classe sociale e professionale dei genitori, l'elevato stress lavorativo dei genitori, la disoccupazione dei genitori, la mancanza di un'abitazione di proprietà e la deprivazione materiale della famiglia sono associati ad una vasta gamma di risultati negativi in termini di salute e sviluppo del bambino (6). Analisi longitudinali effettuate con i dati delle coorti di nascita di 12 Paesi europei hanno indicato che i bambini nati da madri con bassi livelli di istruzione hanno avuto successivamente problemi di salute, la

## Le soluzioni

Vi sono vari modi per modificare la qualità delle esperienze nei primi anni di vita che generano le disuguaglianze sociali nello sviluppo degli esseri umani (8). I problemi incontrati nelle prime fasi della vita non sono immutabili; tuttavia, il cambiamento è più difficile e impegnativo man mano che si cresce.

La soluzione migliore consiste nel garantire a ogni bambino solide basi per il futuro. A tale scopo occorre predisporre una gamma completa di politiche: sostegno genitoriale e alla famiglia, istruzione e assistenza di qualità per la prima infanzia, buona assistenza sanitaria nel periodo pre-natale e post-natale, ma anche politiche eque per l'impiego e un'adeguata protezione sociale per le famiglie (9). Le politiche e i servizi individuati devono essere adattati alle necessità economiche e sociali (7-10) e accordare la dovuta importanza alle conoscenze, competenze e capacità dei genitori (9, 11); devono altresì essere attuati in modo coordinato, mediante una strategia specifica, multidimensionale e integrata (12).

Esistono evidenze che provengono dagli Stati membri dell'UE rispetto alle tipologie di interventi volti a migliorare la salute e lo sviluppo durante la prima infanzia? Questa domanda è stata esaminata in una revisione sistematica, nell'ambito del progetto DRIVERS (8). Sono stati riscontrati risultati positivi a seguito degli interventi che aumentavano le capacità genitoriali (come l'autostima del padre o della madre, stili di genitorialità non maltrattante che comprendono l'educazione e la gestione del bimbo, e il coinvolgimento dei genitori nella vita scolastica), miglioravano le condizioni abitative, fornivano servizi diurni di assistenza e di ascolto e terapie psicologiche per i bambini. I risultati positivi sembravano aumentare anche grazie ad un sostegno supplementare ai genitori, alle visite domiciliari e allo sviluppo di conoscenze e competenze dei bambini e dei genitori. I programmi per i genitori, che promuovono ambienti e comportamenti sani, sono particolarmente efficaci nel migliorare il benessere e la salute del bambino (11). Naturalmente, si ottengono risultati migliori quando tali programmi sono attuati già nei primissimi anni di vita. Idealmente, gli interventi comprendono visite pre-natali e un supporto da subito dopo la nascita del bambino (6, 9).

Per fare in modo che i genitori siano coinvolti attivamente nei programmi per la prima infanzia, dovrebbero ricevere sostegno e informazioni sul modo in cui possono contribuire allo sviluppo ottimale dei propri figli. Inoltre, dovrebbero essere messi nella condizione di migliorare le proprie competenze, così da essere maggiormente in grado di assistere i figli nelle fasi di apprendimento e sviluppo (2, 12).

La maggior parte degli interventi sono attualmente indirizzati a famiglie vulnerabili, ma non sono sufficientemente diffusi nella popolazione per riuscire a migliorare il gradiente sociale. Quando gli interventi sono universali, in genere non sono effettuati con l'intensità necessaria a migliorare la salute e lo sviluppo dei bambini che ne hanno maggiormente bisogno. Occorre, pertanto, introdurre, monitorare e valutare interventi che siano al contempo: 1) universali e 2) sensibili e attenti ai bisogni.

Per ottenere miglioramenti costanti e concreti nell'ambito della salute e una riduzione delle disuguaglianze di salute, serve una leadership di alto livello che promuova la cooperazione intersettoriale fra il settore sociale e quello sanitario, che faccia della riduzione del gap presente nello sviluppo nella prima infanzia una priorità di tutti i settori di intervento.

## Opportunità di azione

- Realizzare interventi che tengano conto dei risultati del progetto DRIVERS a livello locale.
- Porre l'accento sulle problematiche legate all'equità e sui risultati di DRIVERS nell'ambito della valutazione "tra pari" finanziata dal Programma dell'UE per l'Occupazione e l'Innovazione Sociale.
- Utilizzare il Fondo europeo di sviluppo regionale e il Fondo sociale europeo (FSE) per realizzare interventi in materia di sviluppo e salute della prima infanzia nelle zone di degrado sociale. Il 20% della dotazione globale del FSE deve essere destinato dagli Stati Membri all'inclusione sociale e tale percentuale potrebbe comprendere il finanziamento per gli interventi di assistenza e istruzione per la prima infanzia e quelli destinati alla povertà infantile.
- Mettere in pratica a livello nazionale la Raccomandazione dell'UE "Investire sui Bambini" (13), per esempio tramite i Programmi Nazionali di Riforma.
- Inserire il tema 'bambini a rischio di povertà o di esclusione sociale' nel gruppo degli indicatori sociali e dell'occupazione, affrontato durante il Semestre Europeo.
- Sostenere le iniziative a livello dell'UE riguardanti i diritti del bambino, come l'Agenda Europea per i Diritti del Bambino.
- Finanziare, nell'ambito di Horizon 2020, studi armonizzati sulle coorti di nascita in tutta Europa, al fine di comprendere meglio le differenze negli effetti permanenti che le condizioni dei primi anni di vita producono sulla salute e sullo sviluppo lungo tutto il corso della vita. Tali studi devono porre l'accento sull'equità e sui Paesi in cui la necessità di intervento è forte, ma la base di evidenze è debole.

### Note

Questo documento di indirizzo politico fa parte di un gruppo di documenti realizzati nell'ambito del progetto DRIVERS (15), coordinato da EuroHealthNet e finanziato dal Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea (7PQ/2007-2013), conformemente all'accordo di sovvenzione n. 278350.

Italian translation verified by DoRS Regione Piemonte – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute [www.dors.it](http://www.dors.it).

## Testi di riferimento

1. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Carter JA: Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007, 369:145–157.
2. World Health Organization. Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region. Copenhagen: Institute of Health Equity, University College London and the WHO Regional Office for Europe. 2013.
3. Geddes R, Haw S, Frank J: Interventions for Promoting Early Child Development for Health: An Environmental Scan with Special Reference to Scotland. Edinburgh: Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy. 2010.
4. Pordes Bowers A, Strelitz J, Allen J, Donkin A: An Equal Start: Improving Outcomes in Children's Centres. The evidence review. UCL Institute of Health Equity. 2012.
5. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C: Early child development: A powerful equalizer final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. Geneva: 2009.
6. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatr Res.* 2014;76(5):418-424.
7. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: A DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. Submitted to *J Epidemiol Community Health.* 2014.
8. Hertzman C, Wiens M. Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Soc Sci Med.* 1996;43(7):1083-96.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health.* 2014;14:1040.
10. Geddes R, Frank J, Haw S. A rapid review of key strategies to improve the cognitive and social development of children in Scotland. *Health Policy.* 2011;101(1):20-8.
11. McAvoy H, Purdy J, Mac Evilly C, Sneddon H. Prevention and Early intervention in Children and Young People's Services: Child Health and Development. 2013.
12. Hoelscher P. What works? Preventing and reducing child poverty in Europe. *European Journal of Social Security.* 2006;8(3):257-77.
13. European Commission. Employment, social affairs and inclusion. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1060&langId=en>.
14. Drivers for Health Equity (2012-2015). 7<sup>th</sup> Framework Programme. Available from: <http://health-gradient.eu/>.