dors

Centro per la Salute del Bambino

Promuovere lo sviluppo del bambino, prevenire le disuguaglianze

Interventi efficaci e raccomandazioni

Anduena Alushaj, Paola Capra, Mariella Di Pilato, Giorgio Tamburlini

Promuovere lo sviluppo del bambino, prevenire le disuguaglianze

Interventi efficaci e raccomandazioni

Autori: Anduena Alushaj (1), Paola Capra (2), Mariella Di Pilato (2), Giorgio Tamburlini (1)

(1) Centro per la Salute del Bambino

(2) Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Asl TO3 - Regione Piemonte

Si ringraziano Alda Cosola e Giovanni Borgarello per la revisione critica dei contenuti

(bisogna citare l'affiliazione, come per gli autori credo)

Marzo 2021

Per informazioni:

paola.capra@dors.it

info@csbonlus.org

Copia del documento è reperibile su:

www.dors.it

Citazione consigliata:

Alushaj A, Capra P, Di Pilato M, Tamburlini G. Promuovere la salute del bambino, prevenire le disuguaglianze: interventi efficaci e raccomandazioni. DoRS, Centro per la Salute del Bambino, 2021

Copertina e progettazione grafica: Alessandro Rizzo

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

Indice dei contenuti

4 › Premessa

6 › Messaggi chiave

8 › La promozione dello sviluppo nei primi anni di vita, nella prospettiva del Nurturing Care Framework

19 › Le linee Guida OMS sulla promozione dello sviluppo infantile (ECD)

23 › Le revisioni sistematiche sulla genitorialità responsiva

35 › Le revisioni sistematiche sulla prevenzione del maltrattamento

55 › Le revisioni sistematiche sull'educazione precoce

77 › Allegato: Schede degli studi inclusi

PREMESSA

Questo documento presenta una sintesi delle evidenze disponibili sugli interventi efficaci a supporto dello sviluppo del bambino (Early Childhood Development - ECD) ed è stato concepito come strumento per decisori politici, dirigenti e operatori dei settori sanitario, educativo e sociale, sia pubblici che del privato sociale, e di altri Enti e realtà attive sul tema dell'infanzia e delle famiglie.

I presupposti del documento stanno nel lavoro svolto in questi anni dai due enti che lo hanno prodotto, Dors e CSB. Nel 2016, Dors ha pubblicato il policy brief "Disuguaglianze e prima infanzia: interventi precoci per un futuro in salute" . Nel 2018, è stata pubblicata e presentata in Italia a cura del CSB la versione italiana del "Nurturing care for Early childhood development" prodotto dall'OMS, dall'UNICEF e da altre Agenzie internazionali, un quadro di riferimento che definisce le linee di azione lungo le quali indirizzare il lavoro di governi e di altri soggetti a supporto dell'ECD.

È proprio ai principi della nurturing care e al tema strettamente connesso del precoce insorgere delle diseguaglianze che si ispira dunque questo lavoro. Il documento aggiorna quanto già proposto nel policy brief del 2016 e si focalizza in particolare su tre delle cinque componenti della nurturing care: **la genitorialità responsiva, le opportunità di apprendimento precoce e la protezione del bambino dal maltrattamento**.

Ad ognuna di queste componenti è dedicato un capitolo del documento che presenta lo stato dell'arte delle conoscenze basato sulle **revisioni sistematiche e metanalisi** disponibili di programmi e interventi. I risultati delle revisioni sono stati descritti in forma narrativa, le revisioni sintetizzate in forma di schede (costituiranno l'allegato al report). Inoltre, ogni capitolo riporta una sintesi del razionale sotteso a ciascuna delle tre tematiche (promozione della genitorialità responsiva, offerta di opportunità di apprendimento precoce e azioni volte alla prevenzione/riduzione del maltrattamento infantile) con esempi di **buone prassi**, sia a livello nazionale che internazionale in ciascuno dei tre ambiti.

Nel marzo del 2020 sono inoltre state pubblicate le linee guida dell'OMS sull'ECD, anch'esse basate su revisioni sistematiche, che trattano in particolare della genitorialità responsiva anche come strumento di apprendimento precoce in ambito familiare. Anche di queste si è ritenuto di riportare un'ampia sintesi, in quanto autorevoli e del tutto rilevanti al tema.

In sintesi, perciò, il policy brief si articola in:

- **messaggi chiave** che sintetizzano il contenuto del documento
- **razionale**: l'approccio Early Childhood Development (ECD) nell'ambito del Nurturing Care Framework (NCF)
- descrizione degli **interventi efficaci** ed esempi di **buone prassi** a livello nazionale e internazionale, strutturati in 4 capitoli: linee guida OMS, genitorialità responsiva, opportunità di apprendimento precoce, prevenzione/riduzione del maltrattamento infantile
- schede delle **revisioni sistematiche** e **metanalisi** attinenti gli interventi efficaci (Allegato "Schede degli studi inclusi")

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 https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2892

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.

Geneva: World Health Organization; 2018. *www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en, traduzione italiana a cura di Anduena Alushaj e Giorgio Tamburlini https://www.dors.it/documentazione/testo/201810/Nurturing%20care-italiano.pdf*

MESSAGGI CHIAVE

- Il dramma della pandemia da Covid-19, e le sue pesanti conseguenze sanitarie, economiche e sociali devono spingere verso la ridefinizione dei nostri modelli di sviluppo economico e sociale, che pongano al centro uguaglianza, sostenibilità e diritti. È quindi più che mai opportuno ricordare che "Investire nello sviluppo precoce del bambino costituisce uno dei migliori investimenti che un paese può fare per sviluppare la sua economia, promuovere società pacifiche e sostenibili, eliminare la povertà estrema e ridurre le disuguaglianze" (Nurturing Care Framework, OMS-UNICEF-Banca Mondiale, Ginevra, 2018).
- Genitorialità responsiva, apprendimento precoce e prevenzione di abuso e trascuratezza infantile sono tre ambiti essenziali a cui indirizzare l'azione e sono gli ambiti sviluppati in questo report, che suggerisce, sulla base delle revisioni sistematiche della letteratura, gli interventi efficaci, mettendo in evidenza eventuali limiti delle attuali conoscenze e offrendo indicazioni utili per la pratica.
- La genitorialità responsiva, intesa come modalità attenta, sensibile ai segnali e ai compiti evolutivi del bambino, basata sullo scambio empatico e sull'incoraggiamento, costituisce la base per un attaccamento sicuro, una buona capacità di adattamento emotivo, e fornisce al bambino gli "strumenti" (sicurezza, interesse, curiosità, motivazione,serenità…) per esplorare il suo mondo fatto di spazi, oggetti, persone e relazioni, garantendo così le basi per un futuro in salute.
- La genitorialità responsiva è condizionata da fattori di tipo socio-ambientale sia distali che prossimali, quali povertà materiale ed educativa, accesso ai servizi, condizioni di lavoro e abitative, rete e relazioni sociali, relazioni di coppia e familiari, competenze genitoriali e difficoltà e disabilità specifiche del bambino.
- Gli interventi per sviluppare e rafforzare la genitorialità responsiva sono di due tipi, educativo-informativi e di supporto psicosociale. Tale distinzione tuttavia non è netta e un medesimo intervento può prevedere entrambe le tipologie. Risultano più efficaci gli interventi svolti da educatori professionali, che iniziano prima della nascita o subito dopo, che si basano su metodologie attive che coinvolgono genitori e bambini in attività di qualità, volti a promuovere nei genitori le conoscenze sullo sviluppo precoce del bambino, il senso di autoefficacia genitoriale. È inoltre preferibile che vengano proposti nel contesto delle cure primarie e in collegamento con i servizi educativi per la prima infanzia.
- Maltrattamento infantile - inteso come abuso fisico, emotivo, sessuale e come trascuratezza e negligenza – e avversità familiari – violenza domestica, abuso di sostanze, problemi di salute mentale, genitori in carcere o ai domiciliari, separazioni e divorzi, bambini in affidamento o presso comunità – sono eventi noti come ACE (Adverse Childhood Experiences), o eventi che mettono il bambino a rischio di "stress tossico".
- Nel corso della vita l'esposizione agli ACE comporta un aumento di comportamenti a rischio: abuso di alcol e droghe, fumo, comportamenti sessuali rischiosi, violenza, obesità, con impatto negativo sugli esiti educativi e lavorativi e sulla genitorialità.
- Gli interventi indirizzati alla prevenzione e riduzione del maltrattamento infantile e delle sue conseguenze sono volti a aumentare i fattori protettivi e in particolare la genitorialità responsiva. Gli interventi di riduzione del maltrattamento e delle recidive o interventi di prevenzione per famiglie giudicate a rischio sono più costo-efficaci che gli interventi destinati alla popolazione in generale ma devono poggiare su una base universale di prevenzione attraverso il sostegno alle famiglie.

- Le opportunità di apprendimento precoce sono "qualsiasi opportunità che il bambino ha di interagire con persone, spazi o oggetti all'interno del suo ambiente di crescita". Oltre all'ambiente familiare, hanno particolare importanza i servizi educativi per la prima infanzia che offrono al bambino opportunità di sviluppo sia cognitivo che socio-relazionale e riducono le diseguaglianze che altrimenti si sviluppano precocemente tra bambini con retroterra familiare diverso. I bambini di famiglie con bassi livelli educativi e occupazionali, ma che hanno frequentato servizi educativi di qualità hanno performance simili a quelle di bambini provenienti da famiglie di più elevato livello educativo e mostrano competenze migliori rispetto ai coetanei che non hanno frequentato alcun servizio.
- Gli interventi indirizzati a offrire occasioni di apprendimento precoce comprendono i servizi educativi 0-6, e le attività svolte in famiglia quali la lettura e il gioco. Gli esiti maggiormente investigati sono quelli relativi all'area cognitiva, per la quale si evidenziano effetti benefici per il bambino sia nel breve termine che nel lungo termine, quali le performance scolastiche, ma sono sono stati evidenziati effetti benefici anche negli esiti socio-relazionali e comportamentali, con ricadute positive sia individuali che sociali ed economiche.
- Gli interventi di supporto alla genitorialità, educazione precoce e prevenzione del maltrattamento sono strettamente collegati, il che costituisce uno dei motivi per cui sono stati trattati assieme. Queste tipologie di intervento devono essere distribuite lungo tutta la piramide del rischio, avere quindi una componente universale, rivolta a tutti i bambini e le famiglie, una componente di riduzione del rischio rivolta a gruppi sociali o famiglia con caratteristiche di vulnerabilità e ancora, con interventi ancora più intensi e integrati fra servizi diversi, ai casi segnalati.
- Di queste diverse tipologie sono stati prodotti esempi di buone pratiche, di programmi realizzati sia in Italia che in altri paesi che si sono basati sulle evidenze disponibili, sono stati in grado di dimostrare un buon impatto, sono stati realizzati su ampia scala e con una collaborazione tra settori diversi (sanitario, educativo, sociale e culturale) basata su piani e patti territoriali.
- È importante sottolineare che questi interventi e programmi, per essere realizzati su larga scala ed essere sostenuti nel tempo, devono essere inseriti nell'operatività abituale dei servizi.

La promozione dello sviluppo nei primi anni di vita nella prospettiva del Nurturing Care Framework

Giorgio Tamburlini – *CSB onlus*

L'importanza dei primi anni di vita

Gli studi e le ricerche svolte in diversi campi della scienza dicono che le esperienze vissute nella prima infanzia svolgono un ruolo molto importante per lo sviluppo del bambino e hanno implicazioni per la salute fisica e mentale lungo l'intero corso della vita.

Tutte le competenze del bambino, da quelle motorie a quelle sensoriali, da quelle cognitive a quelle emotive e sociali, e la stessa capacità e motivazione ad apprendere si vengono costruendo in modo del tutto particolare nelle primissime epoche della vita. Lo sviluppo del cervello è molto veloce nei primi due-tre anni e in questo periodo la produzione di nuove connessioni tra i neuroni e quindi lo sviluppo delle reti neurali - la sede delle nostre competenze - dipende fortemente dalle esperienze precoci del bambino, quindi dalla sua interazione con l'ambiente, sia fisico che relazionale (1-3).

Recenti studi hanno messo in evidenza come le stesse dimensioni di alcune parti significative del cervello, dalla corteccia a strutture regolatorie profonde quali l'ippocampo, siano in relazione con fattori quali il reddito dei genitori, il loro livello di istruzione, le loro competenze e stili genitoriali, e con eventuali eventi avversi che colpiscano la famiglia e quindi i bambini nei primi anni (4-5). Il cervello, se non è l'unico, certamente è l'organo più importante dove l'ambiente e le circostanze di vita del bambino e quelli dei suoi genitori lasciano i propri segni fin dalle primissime epoche della vita. Come molti studi, effettuati anche in Italia, hanno dimostrato, i bambini sono già diseguali nelle loro competenze ben prima dell'inizio della scuola: quelli che sono nati e cresciuti in ambienti non sufficientemente sicuri e "nutrienti" sia per il corpo che per la mente, partono già svantaggiati, uno svantaggio che in assenza di interventi va aumentando con l'età (2,6) (fig. 1).

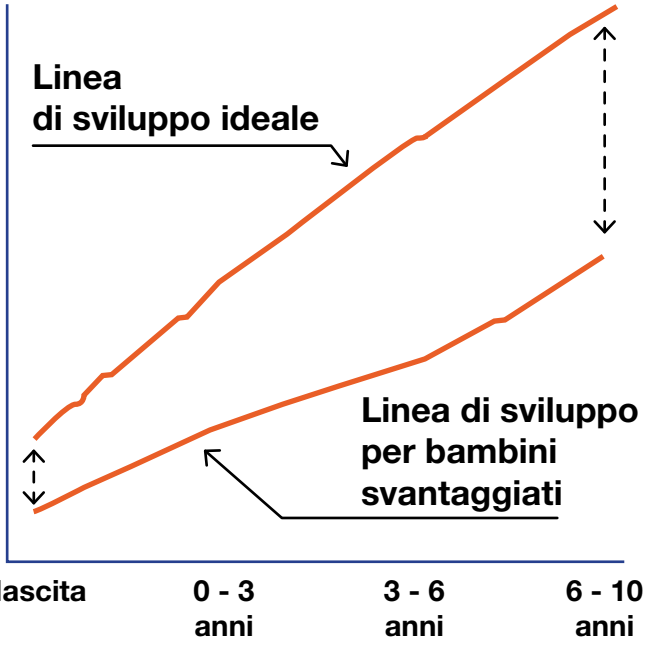


Fig. 1 Le diseguaglianze, in parte già presenti alla nascita, si accentuano nel tempo (7).

Buona parte delle disuguaglianze sociali hanno quindi una radice nelle circostanze che hanno caratterizzato lo sviluppo dei bambini nei loro primi anni di vita. La perdita di competenze fondamentali, sia sul piano cognitivo che socio-relazionale, che avviene nei primi anni, ha conseguenze per tutto l'arco della vita e comporta costi individuali e sociali molto elevati.

Nei primi anni di vita sono particolarmente grandi le opportunità di supportare lo sviluppo del bambino, con effetti che perdurano per l'intero corso della vita, influenzandone gli esiti scolastici, lavorativi, di salute fisica e mentale e riducendo le diseguaglianze (8-13)**.**

Il concetto dell'Early child development e i benefici degli interventi precoci

Lo sviluppo precoce del bambino, o early child development (ECD) indica, letteralmente, lo sviluppo cognitivo, fisico, linguistico, motorio, sociale ed emotivo del bambino nei primi anni di vita. A partire soprattutto dai primi anni 2000, il concetto di ECD si è espanso a rappresentare un concetto più ampio, di vera e propria policy, che dalla consapevolezza dell'importanza di quanto accade nei primissimi periodi della vita, in particolare nei primi due o tre anni[3], fa discendere la necessità di intervenire precocemente (*early interventions*, EI) a supporto dello sviluppo e dell'equità.

Negli ultimi anni, grazie alle ricerche svolte in diversi campi disciplinari e alla crescente attenzione dedicatagli dalla comunità scientifica e dalle agenzie internazionali, **il concetto di ECD ha acquistato una grande rilevanza per la definizione di politiche e interventi che riguardano tutte le principali dimensioni dello sviluppo umano: i diritti umani; l'economia e lo sviluppo; la salute, la nutrizione e l'ambiente; l'educazione; le politiche sociali.**

In ciascuna di queste dimensioni l'ECD trova un suo razionale specifico e a ciascuna di queste l'attenzione ai primi anni conferisce una prospettiva più ampia (tabella 1).

[3] Viene utilizzata a questo proposito la dizione "i primi 1000 giorni" che comprende il periodo che va dal concepimento alla fine del secondo anno. Questa terminologia è evocativa ed efficace, tuttavia si tratta di una semplificazione: molte delle esposizioni e degli interventi che hanno effetto sullo sviluppo precoce agiscono anche prima del concepimento e possono prolungarsi per tutta l'età prescolare e oltre. Non esiste un tempo x in cui tutto inizia o tutto finisce, esistono *periodi di massima opportunità e vulnerabilità ai fini delle diverse dimensioni dello sviluppo*, con implicazioni per il corso della vita, molti dei quali hanno il loro acme nei primi due-tre anni.

Dimensioni	Razionale
Diritti umani	Il diritto dei bambini a realizzare a pieno il proprio potenziale di sviluppo e il diritto dei genitori a essere supportati nel loro ruolo rientrano a pieno titolo tra i diritti sanciti dalle convenzioni internazionali, e in primo luogo dalla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia
Economia e sviluppo	L'investimento nel capitale umano ha nei primi anni di vita il suo periodo di maggior efficacia, producendo ritorni in termini di sviluppo economico dell'ordine di molte volte i costi iniziali
Salute, nutrizione e ambiente	Nei primi anni di vita, in relazione alle esposizioni ambientali - chimico-fisiche, nutrizionali e relazionali – si stabiliscono buona parte delle basi biologiche (pattern metabolici, reti neurali) che determinano lo stato di salute, fisica e mentale, nel corso della vita
Educazione	Le competenze cognitive e socio-relazionali necessarie per l'apprendimento vengono create a partire dal primo anno di vita, e dipendono dalla qualità dell'ambiente familiare e dall'accesso a servizi educativi precoci di qualità
Politiche sociali	Gli interventi a supporto delle famiglie con bambini nei loro primi anni di vita sono particolarmente importanti per la prevenzione dello svantaggio e delle diseguaglianze sociali

Tabella 1: Le molteplici valenze dell'ECD nelle diverse dimensioni dello sviluppo umano

Lo sviluppo precoce è nello stesso tempo un *diritto* di cui tutti i bambini e tutte le bambine devono avvalersi *ora* e un investimento per il loro *futuro*. Ma è anche un buon investimento per le società intera, anzi è "il miglior investimento che un governo può fare" (10,12).

I benefici economici e sociali degli investimenti in salute, istruzione e protezione sociale nelle prime epoche della vita, soprattutto dal periodo periconcezionale ai primi due-tre anni, sono documentati da una crescente mole di ricerche effettuate in campi disciplinari molto diversi.

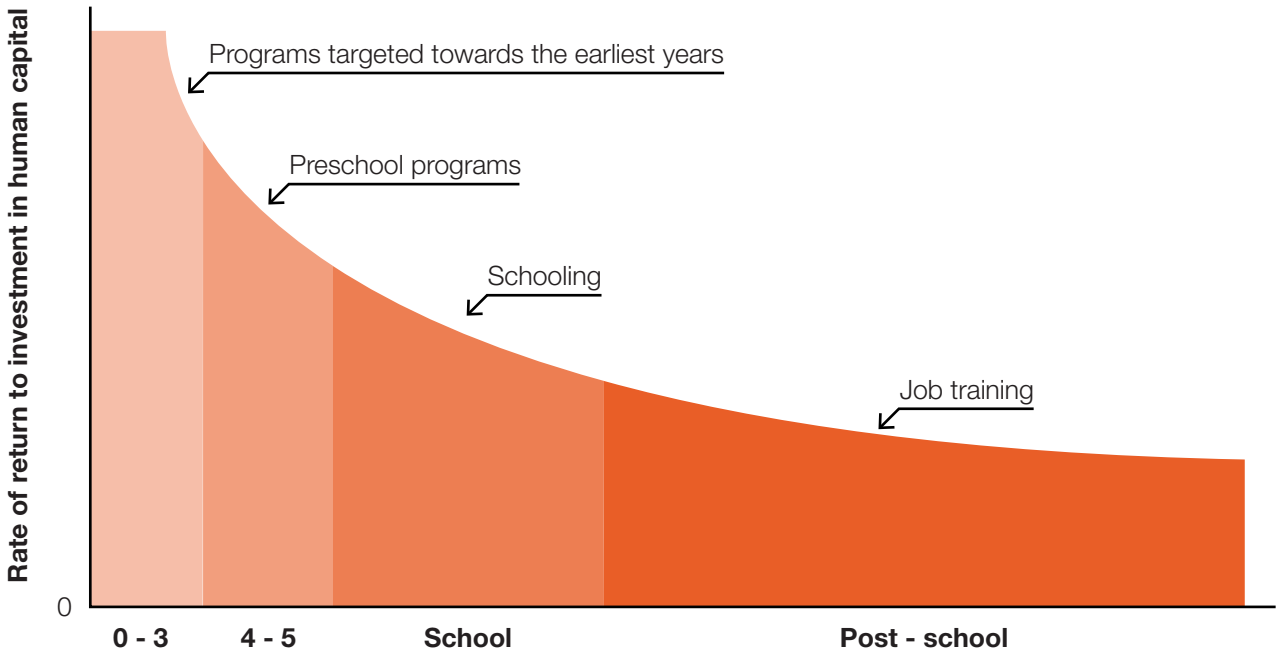
È stato dimostrato come il rapporto tra ritorno economico e costo dell'investimento in salute, educazione e protezione sociale dei bambini sia molto alto in questo periodo, per poi rapidamente ridursi nelle epoche successive, come illustrato nel ben noto grafico prodotto da James Heckman sulla base di accurate stime derivate dall'analisi di diversi interventi (14-15) (fig. 2).

Le raccomandazioni internazionali sul supporto alle famiglie

Sulla base di una gran mole di evidenze scientifiche, prodotte in campi disciplinari molto diversi, tutti i documenti di indirizzo strategico elaborati a livello internazionale negli ultimi anni e in particolare a partire dal 2018 sottolineano la necessità di investire nei primi anni di vita (10,16-22).

Nei primi anni di vita l'ambiente in cui il bambino cresce è quello della famiglia e, quando esistono e sono accessibili, dei servizi educativi (23-26).

Gli interventi finalizzati a offrire ai bambini le migliori opportunità di salute e di sviluppo cognitivo e socio-relazionale devono porsi l'obiettivo di dare supporto economico, psico-educativo e di servizi alle famiglie, per far sì che possano svolgere al meglio le loro funzioni genitoriali.



Source: Heckman (2008)

Fig. 2 Rapporto tra investimenti e ritorno economico nei diversi periodi dalla nascita all'età adulta

Già nel 2005, un *comment* (emendamento) alla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia (*Convention on the Rights of the Child*, CRC) del 2005 indicava chiaramente la via da seguire (box 1) (16).

Box 1. *CRC GENERAL COMMENT No. 7 (2005). IMPLEMENTING CHILD RIGHTS IN EARLY CHILDHOOD*

Gli Stati devono garantire un supporto appropriato a genitori, affidatari e famiglie per consentire loro di svolgere adeguatamente le loro funzioni genitoriali (artt. 18.2 e 18.3).

…I primi anni di vita costituiscono il periodo dove le responsabilità parentali riguardano tutti gli aspetti del benessere dei bambini affrontati dalla CRC. Di conseguenza, la realizzazione di questi diritti dipende in grande misura dal benessere e dalle risorse a disposizione di quanti portano queste responsabilità.

Qualche anno dopo, la stessa Commissione Europea ha prodotto una raccomandazione che va nella stessa direzione: "*Combattere lo svantaggio socio-culturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. La prevenzione dello svantaggio si realizza nel modo più efficace attraverso strategie integrate che supportano i neogenitori nell'accesso al mercato del lavoro, danno sostegno al reddito e facilitano l'accesso a servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sanitari e sociali, abitazione e ambiente*" (17).

Ancora più nel dettaglio per quanto riguarda il sostegno alle famiglie è la raccomandazione della stessa Commissione Europea (box 2).

BOX 2. *EUROPEAN COMMISSION. RECOMMENDATION 2018. (18)*

"*… le famiglie dovrebbero essere coinvolte in tutti gli aspetti dell'educazione e della cura dei loro figli. La famiglia è l'ambiente primario di crescita e sviluppo del bambino, e i genitori e i tutori sono responsabili del benessere, della salute e dello sviluppo del bambino. I servizi di educazione e cura della prima infanzia rappresentano un'opportunità ideale per creare un approccio integrato, in quanto danno luogo a un contatto in prima persona con i genitori. …. Affinché il loro coinvolgimento diventi realtà, i servizi di educazione e cura della prima infanzia devono essere concepiti in partenariato con le famiglie ed essere basati sulla fiducia e sul rispetto reciproco.*"

Gli stessi obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) 2015-2030 comprendono un obiettivo che si riferisce esplicitamente all'ECD: "entro l'anno 2030 tutte le bambine e i bambini devono avere accesso a uno sviluppo infantile precoce di qualità, che comprende cure adeguate e un'educazione prescolare di qualità" (19).
D'altronde, già la Costituzione italiana rappresenta bene questi diritti, in particolare negli articoli 3, 30 e 31 (box 3).

BOX 3. *COSTITUZIONE ITALIANA*

Art. 3 È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana (…)

Art. 30 È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti (…)

Art. 31 La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità e l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo.

Nonostante le indicazioni internazionali e lo stesso dettato costituzionale, nel nostro paese è evidente la gravità e la diffusione di situazioni che impediscono ai bambini la piena fruizione del diritto alla salute e allo sviluppo.

Sappiamo ad esempio dalle rilevazioni del *Programme for International Student Assessment* (PISA) dell'OCSE che in Italia il livello minimo di competenze non viene raggiunto da quasi un adolescente su 4 per la matematica e da 1 su 5 per la capacità di leggere e comprendere un testo. Tali quote sono molto più alte, più di 1 su 3, per i bambini che vivono nelle famiglie più svantaggiate per lo stato economico, sociale e culturale (27)

Sulla produzione delle diseguaglianze in salute e istruzione tra i bambini, non gioca il solo divario economico tra le famiglie appartenenti a gruppi socio-economici diversi, ma anche le differenze nella qualità delle opportunità offerte in termini di servizi socio-educativi e nella capacità e volontà dei genitori di "investire" nei propri figli attraverso sia la frequenza del nido che l'ambiente familiare, in particolare quel complesso di attività ma anche atteggiamenti e pratiche di routine che costituiscono quello che viene definito ambiente di apprendimento familiare.

L'ambiente di apprendimento familiare a sua volta dipende dalle opportunità avute dai genitori, di istruzione, occupazione e di reti formali e informali di supporto, cioè dai servizi che le comunità riescono a mettere a loro disposizione per supportarli nella funzione genitoriale (23-26).

Fig. 3. Le componenti della Nurturing Care

Dall'ECD al Nurturing Care Framework

Se le cause della perdita di potenziale umano conseguente alle mancate opportunità nei primissimi periodi della vita sono molte e diversificate, la risposta non può che coinvolgere più settori, anzi, i governi nel loro assieme sia a livello nazionale che a livello locale.

Assumere la prospettiva ECD implica di fatto dare una direzione nuova a tutte le politiche che riguardano l'infanzia. Questa prospettiva è stata composta in un tutto organico nel documento *Nurturing Care Framework for Early Childhood Development* (NCF), che fornisce indicazioni ai Governi, alle organizzazioni professionali, alle ONG, ai donatori, alle imprese, su come investire nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza fino al terzo anno di vita (10).

L'NCF è stato prodotto dall'OMS, dall'Unicef, dalla Banca mondiale e dalla Partnership per la Salute materno-infantile – una coalizione che raggruppa centinaia di enti di ricerca, fondazioni, ONG e società professionali – attraverso un processo di consultazione che ha coinvolto anche un ampio gruppo di esperti.

L'NCF individua 5 dimensioni in cui agire: la salute, la nutrizione, la genitorialità, l'educazione precoce e la protezione sociale (fig. 3), con interventi specifici per ciascun settore e politiche integrate di più ampio respiro.

Il NCF fornisce la prospettiva in cui collocare le politiche per l'infanzia, sia in ciascuna delle cinque dimensioni che in modo integrato. Offre un quadro di riferimento per quanti operano nel campo dell'infanzia nei diversi settori e a tutti i livelli, da quello del governo della cosa pubblica a quello delle relazioni individuali tra operatori e famiglie. Promuove una visione nuova, che nel NCF viene definita come "approccio del governo nel suo insieme" e "della società nel suo insieme", il che richiede meccanismi di confronto, collaborazione e di forte coordinamento tra i diversi settori e tra le diverse entità pubbliche, private e del privato sociale.

Il NCF fornisce alla comunità nazionale il quadro in cui collocare le misure di sostegno al reddito, i servizi educativi e di supporto delle famiglie, evidenziando che **la promozione dello sviluppo precoce non è compito di un solo settore, né solo della parte pubblica. Deve essere sentito come compito di tutti, condiviso nell'ideazione e nell'attuazione, per creare, ai diversi livelli, gli "ambienti favorevoli" per lo sviluppo ottimale di tutti i bambini**.

L'importanza di sostenere la genitorialità responsiva, garantire l'educazione precoce e prevenire eventi critici avversi

Il NCF introduce la genitorialità responsiva come dimensione a sé stante, meritevole di interventi specificamente rivolti a sostenere i *caregiver* nel loro ruolo, non solo dal punto di vista, com' è stato fino ad oggi, di "curatori" della nutrizione e della salute dal bambino, ma come agenzia primaria dello sviluppo del bambino, in cui le "cure che nutrono" dalla nascita in poi, svolgono un ruolo fondamentale. E sottolinea il ruolo dell'educazione precoce.

Genitorialità responsiva ed educazione precoce rappresentano due componenti che gli studi effettuati dimostrano essere decisivi per lo sviluppo (22), e che tuttavia sono trascurati dalle politiche pubbliche e della cui importanza vi è scarsa consapevolezza anche nella popolazione generale. In Italia solo il 20% dei bambini hanno accesso al nido e i programmi di supporto alla genitorialità coprono un'esigua minoranza delle famiglie (28).

Occorre inoltre tenere conto dell'impatto che eventuali eventi avversi (*adverse childhood experiences* - ACE) possono avere sui genitori e sul bambino stesso. Molti di questi eventi sono esterni alla famiglia (disastri, conflitti, pandemie, migrazioni forzate, crisi economiche) altri hanno origine nella famiglia sia pure anch'essi fortemente determinanti da fattori economici, sociali e culturali delle società di appartenenza. Tra questi assume particolare importanza la violenza domestica.

Livelli di intervento

Il NCF definisce i livelli di intervento di politiche, programmi e progetti, prevedendo:

- un livello di intervento **universale**, che si rivolge senza distinzione a tutti i bambini e tutte le famiglie, e che comprende tutte le componenti della nurturing care;
- un livello di intervento **selettivo**, che si rivolge a nuclei familiari e situazioni a rischio per condizioni economiche, povertà educativa, malattia o disabilità, altre condizioni di svantaggio
- un livello di intervento **su indicazione specifica** da parte dei servizi (di salute, sociali, educativi), che si rivolge a situazioni di difficoltà conclamata, sovente causata dalla combinazione di più fattori, quali povertà, malattia o disabilità, marginalità sociale.

Questa distinzione per livelli (fig. 4), che nel suo complesso può essere definita come approccio universalistico progressivo, prevede che gli interventi e i programmi possano essere o riservati ad alcuni gruppi di popolazione oppure universali, ma modulati poi in base al bisogno. Questa è ad esempio la situazione dei servizi di salute, per i quali ve ne sono alcuni universali, preventivi o di promozione della salute, ed altri riservati a bambini con problematiche specifiche. Anche negli stessi servizi educativi, che nel nostro paese sono "costituzionalmente" inclusivi, cioè aperti a tutti, esistono supporti specifici per bambini con difficoltà di apprendimento.

Questa classificazione si rende utile in fase di disegno e valutazione degli interventi, così come in sede di stima di costi e di benefici.

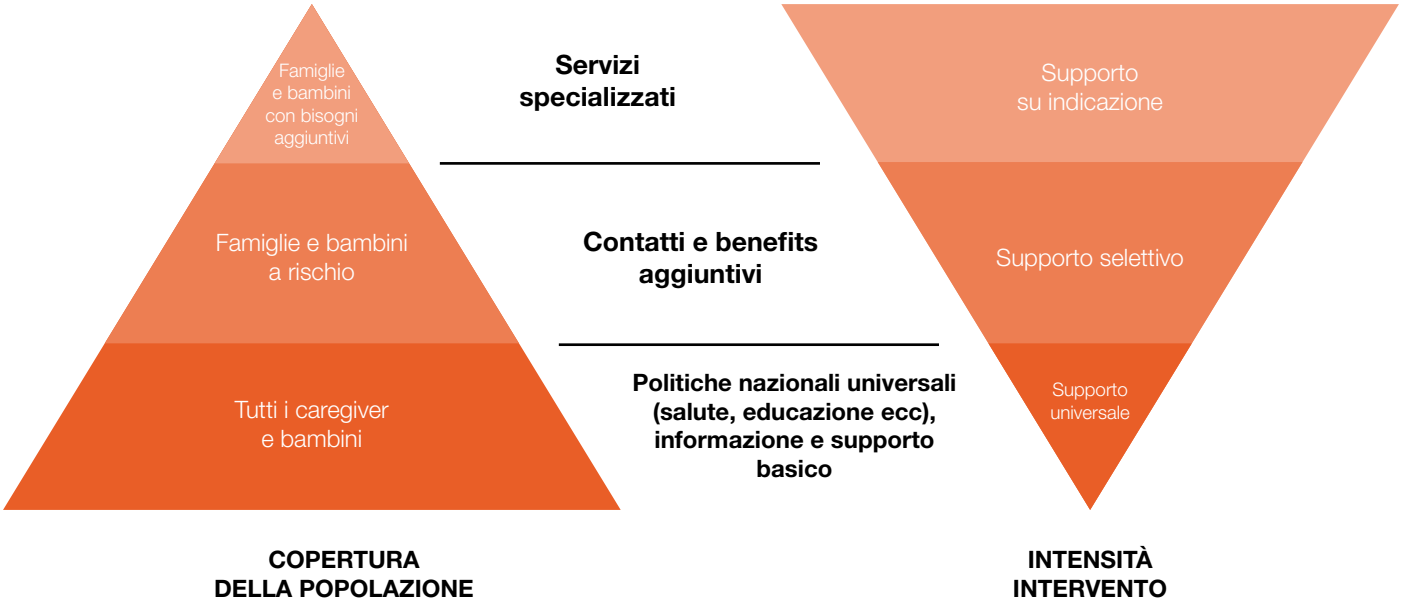


Fig. 4 Gli interventi e le politiche per copertura di popolazione e intensità di intervento

Sono esempi di supporto universale:

- leggi e politiche quali la registrazione alla nascita, congedo parentale retribuito dopo la nascita di un bambino, servizi di cure primarie e ospedalieri centrati sul bambino e la famiglia, offerta di servizi educativi per la prima infanzia universalmente accessibili e di buona qualità;
- informazioni di servizio pubblico diffuse dai mass-media e dai servizi sanitari ed educativi;
- utilizzo dei contatti di routine che caregiver e bambini piccoli hanno con i servizi, per dare consigli e indicazioni.

Sono esempi di supporto selettivo:

- programmi di visite domiciliari per madri molto giovani e i loro bambini, da parte di operatori professionali e non, appositamente formati per i servizi che devono offrire e sostenuti da incentivi e supporto adeguati;
- attività di gruppo per genitori e bambini, effettuate in comunità.

Sono esempi di supporto su indicazione:

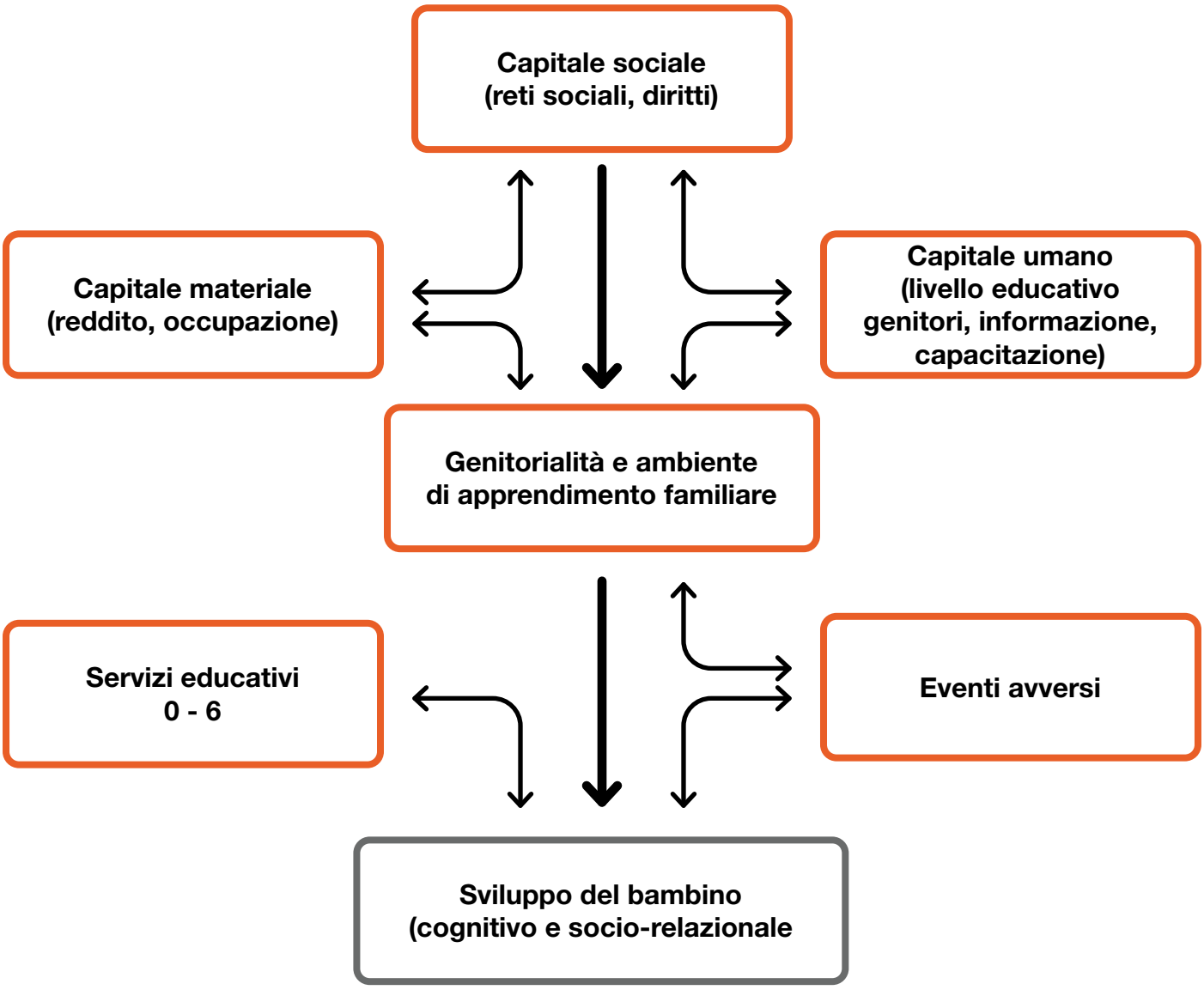
- trattamento e supporto nei casi di depressione perinatale, identificata sulla base di segnalazione da parte dei servizi, di richiesta da parte delle madri o di programmi di screening;
- interventi di supporto a famiglie in condizioni di particolare fragilità;
- supporto ai genitori di bambini prematuri, a partire dalla nascita e per i primi mesi o anni
- interventi, inclusa la riabilitazione centrata sulla famiglia e supporto al livello di comunità, per bambini che hanno ritardi di sviluppo e disabilità.

Uno sguardo d'insieme

Il grafico che segue rappresenta visivamente come la genitorialità e l'ambiente di apprendimento familiare, a sua volta fortemente influenzata da determinanti sociali (capitale materiale, sociale e umano), contribuisca a definire gli esiti di sviluppo del bambino.Questi ultimi sono a loro volta influenzati dall'accesso a servizi educativi di qualità per la prima infanzia, e da eventuali eventi avversi, esterni o interni alla famiglia (perdita del lavoro, lutti, malattie gravi, conflitti, ecc.), che possono influenzare negativamente lo sviluppo.

Questo documento si propone, all'interno del quadro di riferimento di concettuale fornito dall'ECD e dal NCF, di fornire una sintesi aggiornata delle evidenze disponibili sugli interventi e i programmi nelle aree della genitorialità responsiva e dei servizi educativi.

Alle sezioni dedicate a queste due aree si è ritenuto di aggiungere una sezione dedicata a una delle tipologie di interventi di protezione sociale, quella relativa alla prevenzione di maltrattamento, in quanto strettamente connessa, nella gran parte dei casi, al tema della genitorialità



Riferimenti bibliografici

1. **Shonkoff** J. The Science of Child Development. Center for the Developing Child, Harvard University, Mass. 2007.
2. **Walker** SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al., Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development, Lancet, 2011, 378(9799), 1325-1338.
3. **Black** MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood coming of age. science through the life-course. Lancet 2017; 389 (10064): 77-90.
4. **Jednoróg** K, Altarelli I, Monzalvo K, et al. The influence of socioeconomic status on children's brain structure. PLoS One. 2012;7(8):e42486.
5. **Jefferis** BJMH, Power, C. Hertzman, C. (2002). Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study.
6. **Save the Children**. Il miglior inizio. Diseguaglianze e opportunità nei primi anni di vita. 2019.
7. **Tamburlini** G. Come le diseguaglianze nei primi anni di vita nascono, crescono e possono essere contrastate. Rivista delle Politiche Sociali 2019:4, 203-217.
8. **Britto** PR, Lye S, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet 2017; 389 (10064): 91-102.
9. **Richter** LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Lancet 2017; 389 (10064): 103-18.
10. **World Health Organization**, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization, 2018. www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en
11. **Del Bono** E, Francesconi M, Kelly I et al. Early maternal time investments and early child outcomes. Economic Journal, 2016 (126): 96-135.
12. **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, 2007.a
13. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva,2008.
14. **Heckman**, J. (2008), op. cit.; Heckman, J. and Masterov, D. (2007),'The Productivity Argument for Investing in Young Children', Review of Agricultural Economics,Vol. 29:3.
15. **Heckman** J, Moon,SH, Pinto,R., e Yavitz AQ. The Rate of Return to the High Scope Perry Preschool Program, Journal of Public Economics 2010, 94 (1-2):114-128).
16. **UN** Committee on the Rights of the Child (CRC), (2005), General comment No. 7 (2005): Implementing child rights in early childhood, 1 November, CRC/C/GC/7.(https://www.refworld.org/docid/5497ddcb4.html).
17. **European Commission**, Commission Recommendation Investing in Children. Breaking the Cycle of Disadvantage (2013/112/EU). https://ec.europa.eu/education/education-in-the-eu/council-recommendation-on-high-quality-early-childhood-education-and-care-systems_en https://sdgs.un.org/goals

18. **WHO**. The Minsk Declaration. The Life-course Approach in the Context of Health 2020, 2015. https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-minsk-declaration.Investire precocemente in salute: azioni nei primi 1000 giorni di vita (http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2020/seduta-del-20022020/atti/repertorio-atto-n-15csr/)

19. **World Health Organization**. Improving early child development: WHO guidelines. WHO, Geneva, 2020.

20. **Melhuish** E. Early childhood environments: long-term consequences of early childhood education and parenting. In S. Hay (Ed.), Early Years Education and Care: New Issues for Practice from Research. Routledge, Oxford, 2015.

21. **Tamburlini** G. L'ambiente familiare di apprendimento. Prima parte: componenti, interconnessioni e rilevanza per lo sviluppo precoce del bambino.Medico e Bambino 2020;39:101-110.

22. **Tamburlini** G. L'ambiente familiare di apprendimento. Seconda parte: interventi efficaci e fattibilità nel contesto italiano. Medico e Bambino 2020; 39:167-176.

23. **OECD Working Party on Social Policy**. Delivering evidence-based services for all needy families. A review of main policy issues, 2019.

24. **OECD**. **PISA** Results (Volume I): Excellence and Equity in Education, Paris, OECD,2015.

25. **Alleanza per l'Infanzia e EducAzioni**. Investire nell'infanzia: prendersi cura del futuro a partire dal presente. Dicembre 2020.

Le linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla promozione dello sviluppo infantile (ECD)

Paola Capra – *Dors*

Nel 2020 l'OMS ha pubblicato le Linee guida "Improving early childhood development" allo scopo di orientare e rafforzare le politiche e i programmi indirizzati all'ECD. Le linee guida contengono raccomandazioni generali per caregiver, professionisti sanitari, decisori politici e altri portatori di interessi nel campo delle cure all'infanzia. Come di dovere, le linee guida si basano su revisioni sistematiche e in particolare su una revisione (Jeong et al.2018) che considera due aspetti: gli interventi di **caregiving responsivo** e quelli di **apprendimento precoce**, entrambi proposti in un setting sanitario, rivolti esclusivamente al contesto familiare, realizzati nei primi tre anni di vita del bambino.

Gli interventi orientati al caregiving responsivo si indirizzano ai genitori (o più estensivamente sia ai caregiver che al bambino) al fine di incoraggiare e supportare cure responsive (vale a dire cure sensibili, attente ai bisogni e segnali del bambino, calde e costanti) e l'attaccamento sicuro. Possono svolgersi in un contesto di comunicazione, di gioco, o ancora nei momenti dedicati all'alimentazione del bambino.

Gli interventi orientati all'apprendimento precoce si propongono di migliorare le conoscenze, le attitudini, le pratiche e le competenze dei caregiver fornendo informazioni e orientamento riguardo allo sviluppo del neonato e del bambino piccolo, ad altri argomenti inerenti la cura, e supportandoli nell'offrire opportunità di apprendimento precoce al bambino.

Esempi di interventi a supporto dell'apprendimento precoce includono:

- interventi per promuovere la lettura condivisa tra caregiver e bambino;
- interventi che forniscono materiali di apprendimento e gioco per aumentare le opportunità di apprendimento precoce;
- interventi che promuovono le competenze di caregiving per supportare l'apprendimento precoce e lo sviluppo della prima infanzia: per esempio incontri di gruppo o visite domiciliari per migliorare la conoscenza del caregiver sull'ECD, sessioni informali che offrono consigli su varie tematiche della cura, dall'alimentazione alla salute e lo sviluppo.

L'efficacia degli interventi di caregiving responsivo e di apprendimento precoce indirizzati all'ambiente familiare viene misurata rispetto ai seguenti outcome:

- outcome infantili: sviluppo (aspetti cognitivi, linguaggio, sviluppo motorio e sviluppo socio-emotivo), attaccamento, crescita del bambino, nutrizione del bambino, salute del bambino;
- outcome del caregiver: caregiving (conoscenze, pratiche, interazione caregiver-bambino), salute mentale e benessere del caregiver. Gli outcome vengono misurati tramite scale, questionari e altri strumenti.

Interventi finalizzati al caregiving responsivo

La revisione prende in esame 17 studi relativi a programmi di caregiving responsivo realizzati nei primi tre anni di vita del bambino, di cui 13 realizzati in paesi ad alto reddito (Australia, Canada, Giappone, Olanda, Regno Unito).

Tutti i programmi sono diretti a coinvolgere la diade mamma bambino, mentre l'intensità e durata dei programmi varia da interventi brevi con sessioni settimanali che si svolgono nell'arco di 2-3 mesi a interventi realizzati nel corso di tre anni. In riferimento agli outcome infantili (sviluppo cognitivo, del linguaggio, motorio, socio-emotivo, problemi di comportamento, attaccamento, altezza per età, peso per età) e agli outcome relativi al caregiving (conoscenze, pratiche, interazione caregiver-bambino, salute mentale del caregiver) la solidità e la attendibilità delle evidenze prese in esame viene globalmente valutata di livello moderato.

La revisione indica che gli interventi di caregiving responsivo effettuati nei primi tre anni di vita del bambino sono efficaci nel migliorare lo sviluppo motorio del bambino, la qualità del caregiving, e in particolare le interazioni caregiver-bambino e i sintomi di depressione materna.

Gli studi dimostrano che gli interventi di caregiving responsivo producono benefici per bambini e caregiver, mentre non si riscontrano effetti avversi. L'assenza di dati al riguardo impedisce di trarre conclusioni sugli esiti a lungo termine.

Sono pochi gli studi che valutano l'impatto economico degli interventi, quelli a disposizione indicano che gli interventi sono costo-efficaci.

Tuttavia, vi è un'ampia variabilità nei costi che dipende dalle modalità con cui l'intervento viene effettuato, se è ad esempio integrato in sistemi preesistenti o deve venire implementato ex novo.

Ovviamente devono essere considerati anche i costi che derivano dalla scelta di non agire, così come i guadagni a distanza di tempo (questi vengono comunemente valutati come risparmio di costi imputabili ad effetti avversi sia sulla salute che sull'educazione). Sul tema vi è ormai una ricca letteratura[4].

Implementare interventi di caregiving responsivo ha la potenzialità di ridurre l'instaurarsi precoce di gap di sviluppo e infatti numerosi sono gli interventi indirizzati a comunità / famiglie svantaggiate e giudicate a rischio di caregiving inadeguato. Quanto all'equità nell'erogazione dell'intervento, questa dipenderà dalle strategie degli enti che erogano l'intervento e dalla loro capacità di garantire l'accesso ai gruppi di popolazione e alle famiglie considerate maggiormente a rischio. Viene sottolineato anche il rischio di disuguaglianza di genere, più elevato in alcuni paesi, dipendente da differenze nelle attenzioni rivolte dai caregiver, soprattutto dalla figura materna, a bambini e bambine.

[4] *London School of Economics. Cost Benefit Analysis of Inter ventions with Parents. Research Report DCSF-RW008. UK Department for Children, Schools and Families. 2007*

Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, et al. The rate of return to the HighScope Perry preschool program. Journal of Public Economics, 2010, 94(1-2): 114-128

García JL, Heckman JJ, Leaf DE et al. The life-cycle benefits of an influential early childhood program. NBER Working Paper 22993, 2016

Del Bono E, Francesconi M, Kelly I et al. Early maternal time investments and early child outcomes. Economic Journal, 2016 (126): 96-135

RACCOMANDAZIONE 1

Sulla base delle evidenze disponibili e della loro solidità l'OMS raccomanda che:

- tutti i neonati e bambini devono ricevere cure improntate alla responsività durante i loro primi tre anni di vita;
- i genitori e altre figure di caregiver devono ricevere supporto per poter offrire cure responsive.

Interventi finalizzati all'apprendimento precoce

Gli interventi orientati all'apprendimento precoce inclusi nella revisione sono 22, di cui 18 realizzati nei paesi ad alto reddito (USA, Hong Kong, Australia, Bermuda, Nuova Zelanda, Francia e Regno Unito). La maggioranza dei programmi oggetto di studio sono indirizzati alla madre o ad altre figure di caregiver femminili. Alcuni interventi prevedono visite domiciliari, adattate a bisogni specifici.

Alcuni sono indirizzati a gruppi e altri associano interventi individuali e sessioni di gruppo. La durata varia da un mese e mezzo a 60 mesi.

Gli outcome primari considerati sono quelli riguardanti il bambino (sviluppo cognitivo, del linguaggio, motorio, socio-emotivo, problemi di comportamento, attaccamento, altezza per età, peso per età) mentre gli outcome relativi al caregiving (conoscenze, pratiche, interazione caregiver-bambino, salute mentale del caregiver) sono in questo caso considerati secondari. Sia per gli uni che per gli altri la solidità e attendibilità delle evidenze prese in esame varia da un livello basso a un livello moderato, cosa che non sorprende trattandosi di interventi complessi con forti influenze contestuali e di outcome non facilmente misurabili.

Per quel che concerne i risultati, gli interventi per supportare l'apprendimento precoce sembrano promettenti e hanno effetti significativi, anche se modesti, sugli aspetti cognitivi del bambino, sullo sviluppo motorio e sull'attaccamento.Rispetto agli outcome secondari, relativi ai caregiver, non viene osservato alcun effetto.

Non sono segnalati effetti avversi causati dagli interventi. La dimensione dell'impatto varia, in relazione diretta con l'intensità e la qualità del programma implementato e il livello di rischio della popolazione target.

Solo pochi studi hanno considerato l'intensità dell'intervento come variabile nell'analisi dell'impatto del programma. Per gli interventi presi in esame non sono disponibili dati relativi ai costi. Anche in questo caso devono essere considerati anche i costi che derivano dalla scelta di non agire, così come i guadagni, a distanza di tempo, degli investimenti in questi interventi.

Si sottolinea come l'implementazione di interventi a supporto dell'apprendimento precoce sia in grado di ridurre le disuguaglianze rispetto alle opportunità, per i bambini, di sviluppare in pienezza le loro potenzialità, in particolare quando indirizzati a famiglie / comunità svantaggiate e considerate a rischio.

RACCOMANDAZIONE 2

Sulla base delle evidenze prese in esame e della loro solidità l'OMS raccomanda che:

- tutti i neonati e bambini dovrebbero avere opportunità per l'apprendimento precoce insieme con i loro genitori o caregiver durante i loro primi tre anni di vita;
- i genitori e altre figure di caregiver dovrebbero ricevere supporto per essere in grado di impegnarsi in attività finalizzate all'apprendimento precoce insieme con i loro bambini fin dalla nascita.

Nella revisione OMS, sono numerosi gli studi presi in esame in cui le due componenti della nurturing care, il caregiving responsivo e l'apprendimento precoce, si sovrappongono e spesso diventa difficile isolare una componente dall'altra e comprendere il contributo di ogni singola componente. Per questo motivo è stata effettuata un'ulteriore analisi che considera gli interventi che combinano caregiving responsivo e apprendimento precoce insieme, per riconoscere la loro rilevanza e la potenzialità di migliorare gli esiti per bambini e caregiver.

Interventi che combinano caregiving responsivo e apprendimento precoce

Sono 42 gli interventi che associano caregiving responsivo e promozione dell'apprendimento precoce per i caregiver e i loro bambini e di questi 20 sono realizzati in paesi ad alto reddito.

Tali interventi combinati hanno effetti positivi sia sullo sviluppo cognitivo, di linguaggio e motorio del bambino che sulle conoscenze, le pratiche dei caregiver e l'interazione caregiver-bambino.

Limiti degli studi e indirizzi per la ricerca futura

L'analisi degli studi inclusi nella revisione rende necessarie alcune osservazioni:

- solo alcuni studi prendono in esame outcome relativi al caregiving, aspetto questo critico per comprendere perché i programmi genitoriali sono efficaci rispetto ai risultati sui bambini;
- pochi studi considerano i risultati rispetto a sottogruppi di popolazione, per determinare se gli interventi sono più o meno efficaci proprio per gruppi specifici;
- sono limitatissimi i dati sui costi degli interventi, sebbene questa sia una voce di particolare interesse per il decisore politico, necessaria per pianificare programmi e ricerca;
- molti degli strumenti impiegati per valutare gli outcome sia sul bambino che sul caregiver non rispondono agli standard di qualità, il che limita la loro affidabilità e validità; non vengono affrontati e valutati i meccanismi capaci di facilitare approcci multisettoriali;
- gli studi su vasta scala sono limitati;
- i dati relativi ad altri caregiver rispetto alle madri sono limitati.

Tutte queste limitazioni corrispondono ad altrettante indicazioni riguardanti la ricerca futura da sviluppare.

Riferimenti bibliografici

World Health Organization. Improving early childhood development: WHO Guidelines. Ginevra: World Health Organization, 2020.

https://www.who.int/publications-detail/improving-early-childhood-development-who-guideline

Jeong J, Franchett E, Yousafzai AK. World Health Organization recommendations on caregiving interventions to support early child development in the first three years of life: report of a systematic review of evidence, 2018. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/SR_Caregiving_interventions_ECD_Jeong_Final_Nov2018.pdf

Genitorialità responsiva

Mariella Di Pilato – *Dors*

"L'amore materno è importante per la salute mentale del bambino nello stesso modo che le vitamine e le proteine lo sono per la salute fisica"

(Bowlby, 1953)

La vita del bambino dal concepimento in avanti è fortemente condizionata dal contesto in cui cresce: dal clima emotivo/affettivo, dalla sicurezza del suo ambiente, dagli stimoli cognitivi che riceve.

Poiché il bambino quando viene al mondo è in una condizione di immaturità e dipendenza, le persone che si prendono cura di lui - caregiver - nei primi anni di vita sono cruciali per il suo sviluppo. Il bambino dipende da esse per ogni tipo di bisogno: sicurezza e protezione, affetto, cibo, esperienze di gioco e apprendimento. Essere caregiver responsivi significa essere attenti alla molteplicità dei bisogni del bambino, essere empatici con il bambino e saper dare la risposta appropriata al momento giusto.

La relazione che si instaura tra caregiver e bambino ha una pervasiva influenza sul benessere fisico, socio-emotivo e psicologico del bambino durante tutto il corso della vita.

Nella letteratura scientifica la modalità "calda", sensibile e positiva di entrare in relazione con il bambino è definita **genitorialità responsiva**[5].

Si parla di genitorialità anche se questo tipo di relazione può essere instaurata anche con altre figure di riferimento che hanno un ruolo di accudimento ed educazione (i nonni, l'educatore dell'asilo nido di qualità, possono creare quell'ambiente sicuro, caldo e attento e permettere al bambino di farne esperienza, in particolare quando non può sperimentare relazioni di questo tipo nel nucleo familiare).

Come la genitorialità responsiva influisce sullo sviluppo e sulla salute del bambino…

Una **genitorialità responsiva** garantisce un attaccamento sicuro (De Wolff e van IJzendoom 1997; Raval et al. 2001), sviluppa un buon adattamento emotivo (Bell and Ainsworth, 1972) e fornisce al bambino "gli strumenti" (sicurezza, interesse, curiosità, motivazione, serenità…) per esplorare il suo mondo fatto di spazi, oggetti, persone e relazioni, garantendo così le basi per un futuro in salute.

Bowlby nel 1953 già affermava che "ci sono ormai tali prove da non lasciare alcun dubbio sul fatto (…) che la deprivazione prolungata di cure materne subita da un bambino può avere effetti gravi e prolungati sul suo carattere ed in tal modo su tutta la sua vita futura (…) sembra plausibile che la deprivazione materna possa agire come un "fattore di vulnerabilità".

Più recentemente altri autori (Fonagy, 1998) hanno sottolineato che la genitorialità nelle fasi precoci della vita è la chiave del funzionamento emotivo e comportamentale del bambino ed è un fattore fondamentale per prevenire il disagio mentale nel corso dell'intera vita.

Fattore fondamentale che si intreccia con altri fattori di mediazione ambientali in una complessa trama di influenze evolutive che possono determinare la traiettoria di vita del bambino.

[5] *Parental responsiveness - genitorialità responsiva, viene spesso anche usato il termine di parental sensitivity-sensibilità genitoriale*

Sempre Bowlby (1952) scriveva che "ci sono un gran numero di fattori di mediazione ambientali che determinano se la riuscita è favorevole o no: il luogo in cui una persona cresce, la scuola dove va, se gli capita di incontrare o meno la persona giusta nel momento giusto…"

Va inoltre detto che le condizioni di vita sfavorevoli possono perpetuarsi nel tempo e tramandarsi di generazione in generazione.

"Un bambino trascurato, crescendo diventerà un genitore trascurante (…) un circuito sociale che si autoperpetua (Bowlby 1952): le esperienze avverse vengono internalizzate dal bambino che cresce, in modo tale da condurre ad altre esperienze avverse…".

Infine, recenti ricerche epigenetiche dimostrano che le esperienze dei primissimi anni di vita influenzano significativamente le caratteristiche psicobiologiche dell'adulto, ovvero l'ambiente agisce sul patrimonio genetico condizionandone l'espressione, ad esempio, la relazione con i genitori influisce sulla reattività dei circuiti cerebrali fondamentali legati al sistema dello stress, lasciando un'impronta duratura sulla biologia cerebrale, esponendo o proteggendo il bambino, nell'intero corso della sua vita, a problematiche psicologiche o psichiatriche (Gunnar e Quevedo, 2007. Fox N et al. 2007).

La società potrebbe invertire questi circoli negativi, cosicché "si possa, in due o tre generazioni, rendere possibile a tutti i ragazzi e a tutte le ragazze crescere e diventare uomini e donne che, garantiti nella salute e nella sicurezza, siano capaci di fornire ai loro figli una vita stabile e felice" (Bowlby, 1952c).

Per questo motivo precoci interventi a supporto della genitorialità durante i primi due anni di vita del bambino sono fondamentali anche per ridurre le future disuguaglianze sociali e di salute (Marmot, 2010)

Fattori sociali, relazionali e individuali che influenzano una genitorialità responsiva

La **genitorialità responsiva** è condizionata quindi da fattori di tipo socio-ambientale, da fattori individuali e da fattori relazionali (Amin et al, 2018).

I determinanti sociali che impattano negativamente sulla genitorialità responsiva includono condizioni di povertà, impossibilità o difficoltà di accesso a servizi educativi, sanitari e sociali di qualità, condizioni abitative non salubri, violenza domestica, condizioni lavorative sfavorevoli (che non consentono ad esempio la conciliazione tra il tempo di cura dei figli e il tempo di lavoro), quartieri svantaggiati o con elevati tassi di violenza.

I fattori relazionali riguardano il supporto familiare di cui può disporre una coppia genitoriale, la qualità della relazione tra i due genitori, la rete amicale e sociale presente intorno alla nuova famiglia, l'appartenenza a gruppi formali o informali.

I fattori individuali comprendono il senso di autoefficacia personale e genitoriale, il coping genitoriale, il benessere psicologico e/o la salute mentale dei genitori, abilità e competenze dei genitori, i comportamenti del bambino (pianto, sonno, oppositività/ostilità, iperattività, ecc.).

La letteratura evidenzia che l'adattamento dei genitori dopo la nascita del bambino è mediata da tutti questi fattori. I genitori che vivono in un contesto positivo e con buone risorse, che hanno una discreta autostima e autoefficacia e una rete di relazioni supportive, sono più tenaci di fronte ai problemi, mostrano comportamenti di problem solving e comportamenti genitoriali più positivi e non assumono atteggiamenti di rinuncia di fronte alle difficoltà (Lipsccomb et al, 2011. Page et al, 2010).

Genitorialità responsiva e disuguaglianze

È molto difficile per le famiglie assicurare cure adeguate ai loro bambini quando si trovano in stato di estrema povertà, stanno lottando per la sopravvivenza, versano in condizioni di salute fisica e psichica precaria o devono fronteggiare situazioni di avversità come violenza, problemi di salute mentale, abuso di alcol ecc. (Nurturing Care, 2018).

Vi è ormai una accertata correlazione tra presenza di situazioni avverse e/o di stress e un basso livello socioeconomico della coppia genitoriale, così come accertata è la correlazione tra livello socioeconomico basso e maggior probabilità di esposizione a un ambiente domestico caratterizzato da ridotti stimoli cognitivi, ridotta o assente responsività genitoriale e povertà di interazioni linguistiche di alta qualità (Brockmeyer Cates, 2016).

In queste condizioni il bambino non riesce a ricevere un'adeguata *nurturing* care già dall'esordio della sua vita e, in assenza di interventi appropriati, queste disuguaglianze di salute presenti già dal concepimento diventeranno sempre più ampie e saranno tramandate da genitore a figlio

Il periodo perinatale è però anche particolarmente sensibile a interventi che promuovono uno sviluppo positivo, che possono cambiare la traiettoria di vita. Per questo motivo, come affermato da Marmot (2010), un primo importante passo sarebbe garantire a tutti i bambini, fin dalla nascita, le condizioni favorevoli per lo sviluppo: la tutela della salute della madre durante la gravidanza, la possibilità di sperimentare relazioni di affetto e sensibilità, in un ambiente stimolante e sicuro e l'accesso ad un'assistenza di alta qualità e a un'educazione precoce e tempestiva.

I bambini che "iniziano" con le migliori premesse hanno la probabilità di riuscire bene a scuola, di ottenere un impiego ben pagato e di godere di benessere psicofisico in età adulta interrompendo il passaggio transgenerazionale della povertà socioeconomica.

Genitorialità responsiva: su cosa si focalizzano gli interventi che risultano efficaci?

Questo paragrafo prende in esame programmi e interventi mirati a migliorare la responsività genitoriale.

I criteri di inclusione che sono stati adottati sono i seguenti: sono stati esaminati solo interventi di promozione della salute / prevenzione primaria, indirizzati a popolazione infantile sana e a genitori senza patologie pregresse; in sintesi studi non di trattamento.

Per questa ragione sono esclusi studi indirizzati a bambini o a genitori affetti da patologie specifiche (per esempio diabete, asma, tumori, obesità, altre condizioni croniche), genitori con problemi di abuso di sostanze e problemi di salute mentale, bambini con problemi di neurosviluppo (per esempio autismo, deficit di attenzione e iperattività, depressione), disabilità fisica e psichica.

Nella ricerca di letteratura scientifica pertinente sono state selezionate 11 revisioni sistematiche e metanalisi, pubblicate dal 2015 al 2019.

Le revisioni individuate riguardano prevalentemente due tipologie di intervento: **interventi educativo/informativi rivolti ai genitori** (**Amin 2018, Barlow 2016, Suto 2017, Tully 2016, Ruiz Zaldibar 2018, Shan 2018**), **interventi di supporto psico-sociale** in alcuni casi anche infermieristico, ostetrico e pediatrico (**Baudry 2017, Mihelic 2017, Pierron 2018, Rayce 2017, Tanninen 2016**).

La classificazione degli interventi in queste due categorie è un'operazione che tenta di distinguere, semplificare e organizzare, a volte in modo un po' forzato, interventi articolati e complessi che ricorrono a strategie informative, comunicative, educative e psicorelazionali e spesso integrano queste diverse strategie.

La linea di demarcazione fra interventi educativo/informativi e interventi di supporto è, infatti, frequentemente sfumata.

Nelle revisioni esaminate:

- gli **interventi educativo/informativi** sono spesso basati sulla teoria dell'apprendimento sociale e sono finalizzati ad aumentare/migliorare autoefficacia, attitudini, conoscenze, abilità e competenze dei genitori. Inoltre, utilizzano strategie informative, educative e comunicative.
- gli **interventi di supporto alla genitorialità** sono basati sulla teoria dell'attaccamento, su modelli psicodinamici o cognitivo-comportamentali. Sono finalizzati a migliorare l'interazione genitore-bambino, a prevenire problemi emotivi e comportamentali del bambino, a supportare madre e/o padre nel passaggio al ruolo genitoriale. Spesso adottano manuali standardizzati e metodologie attive, che coinvolgono i caregiver con role play, video registrazioni, compiti a casa e sono condotti da personale specializzato (ostetriche, infermieri, pediatrici, psicologi, pedagogisti, pediatri, ecc).

Entrambi gli interventi si prendono cura della salute mentale della madre, del padre e/o della coppia genitoriale.

Gli interventi delle revisioni esaminate sono prevalentemente universali, rivolti a tutta la popolazione. In 2 revisioni l'intervento è selettivo rivolto a madri adolescenti, in 4 revisioni il target sono famiglie in situazione di povertà o svantaggio sociale, e 1 revisione ha come target genitori di bambini con problemi di comportamento oppositivo.

Il setting degli interventi è vario: abitazione delle famiglie (tra questi alcuni sono interventi di Home Visiting), cure primarie (ambulatori di pediatria), altri contesti sanitari, scuola o luoghi per l'infanzia presenti nel setting comunità.

Nella maggior parte dei casi gli interventi sono forniti durante la gravidanza o nei primi anni di vita del bambino, sono rivolti prevalentemente alle madri o alla coppia genitoriale (una sola revisione esamina interventi rivolti ai padri), di durata e intensità che varia da poche sessioni di 10/15 minuti a sessioni di due ore per 15 settimane e sono svolti da professionisti socio-sanitari.

I programmi e gli interventi valutano il loro impatto su **outcome** del genitore e/o del bambino

GENITORI:

- **autoefficacia e fiducia** genitoriale
- **qualità della relazione** bambino-genitore (di cui la **responsività** è un aspetto specifico)
- **conoscenze**, **competenze**, **abilità** e **coping genitoriale**
- **benessere psicologico dei genitori** (ansia, stress, depressione e rabbia)

BAMBINI:

- **sviluppo cognitivo, linguistico e motorio**
- **sviluppo psico-socio-emotivo**
- **adattamento comportamentale (pianto, sonno, iperattività)**

Risultati delle revisioni esaminate

Le 11 revisioni incluse nel report vengono di seguito classificate nelle due categorie di intervento sopra esposte – interventi educativo-informativi e interventi di supporto psico-sociale – e sono descritte con particolare attenzione rivolta agli outcome presi in esame e ai risultati conseguiti.

Interventi educativo - informativi

La revisione e metanalisi **Amin 2018** (10 RCT, 1504 partecipanti primipare o padri di neonati) è specificamente indirizzata a considerare gli effetti che interventi educativi universali indirizzati a neogenitori, hanno sull'autoefficacia genitoriale.

L'autoefficacia e la fiducia in sé stessi di madri e padri sono aspetti cruciali e si riferiscono alla credenza personale che i genitori hanno di essere capaci di svolgere il proprio ruolo con competenza ed efficacia.

Incidono sulla responsività e sulla sollecitudine nel prendersi cura e sulla capacità di comprendere e rispondere con prontezza ai segnali del neonato.

Incidono perciò sui comportamenti e sullo sviluppo del neonato (innanzitutto sul sonno e sul pianto).

La revisione Amin 2018 dimostra che **gli interventi universali di educazione genitoriale migliorano significativamente l'autoefficacia genitoriale nei neogenitori (sufficienti evidenze) e gli effetti sono mantenuti nel tempo**. Gli aspetti di autoefficacia e fiducia che sono valutati adottano strumenti validati che raccolgono dati autoriferiti, per esempio questionari o scale.

La metanalisi suggerisce che è fondamentale supportare i genitori, nella fase di transizione, con interventi educativi universali focalizzati sulla promozione dell'autoefficacia genitoriale. Sostenere e migliorare l'autoefficacia genitoriale è protettivo contro gli effetti dannosi, la fatica e lo stress che il divenire genitori può comportare. Gli interventi educativi universali pre e post natali possono inoltre contattare neo genitori "a rischio" o con difficoltà di adattamento e permettere interventi precoci e più focalizzati. Inoltre, le evidenze sottolineano l'importanza dell'autoefficacia del padre per l'impatto che ha sul benessere del bambino.

I risultati della metanalisi suggeriscono inoltre di integrare gli interventi universali nella cura prenatale in contesti ospedalieri o territoriali, al fine di guidare e sostenere la transizione al ruolo di genitori.

La revisione **Barlow 2016** (22 RCT e 2 quasi RCT, 3161 genitori con i loro bambini) esamina l'efficacia che programmi per genitori in setting di gruppo, basati sul modello comportamentale e cognitivo-comportamentale, hanno sull'adattamento emotivo e comportamentale dei bambini e sui problemi emotivi e comportamentali dei bambini. Gli autori evidenziano che i programmi hanno:

- moderata qualità delle evidenze rispetto al miglioramento dell'interazione genitori/bambini in termini di riduzione di comportamenti negativi e aumento di comportamenti positivi;
- moderata qualità delle evidenze per quanto concerne il miglioramento di comportamenti negativi dei bambini rivolti verso l'esterno (come aggressività o comportamenti antisociali):
- moderata efficacia nel migliorare problemi di disattenzione e iperattività;
- bassa qualità delle evidenze o nessun effetto su riduzione di problemi come depressione e ansia o sull'incremento delle abilità sociali.

La revisione **Suto 2017** (11 studi, 5.000 soggetti, futuri padri e future madri) esamina gli effetti di percorsi educativi prenatali rivolti ai partner delle future madri, in particolare gli effetti sulla salute mentale dei futuri padri e la relazione di coppia, e sintetizza che:

- le evidenze non sono sufficienti per affermare che gli interventi educativi prenatali sono efficaci nel contrastare la depressione post partum nel padre e a migliorare la relazione di coppia.

Tuttavia, gli autori sottolineano che la salute mentale del padre è un fattore importante nel percorso di cura perinatale e che i risultati delle review suggeriscono l'importanza di continuare a fare ricerca su questo aspetto al fine di informare e supportare futuri interventi in questo ambito.

La revisione **Tully 2016** (8 RCT, 836 famiglie) prende in esame interventi educativi brevi, basati sulla teoria dell'apprendimento sociale, focalizzati sulla modifica delle abilità genitoriali e finalizzati a ridurre problemi di comportamento del bambino (aggressività, provocazione, impulsività, ecc.). Da un'analisi degli studi inclusi emerge che:

- gli interventi educativi brevi, basati sulla teoria dell'apprendimento sociale, sono efficaci nel migliorare l'autoefficacia e la soddisfazione genitoriale e riducono problematiche comportamentali nei bambini;
- l'intervento esaminato è efficace nel ridurre comportamenti genitoriali disfunzionali.

Si segnala inoltre che l'età media della popolazione infantile considerata negli studi inclusi nella revisione è un po' superiore alla fascia 0-3, che è il target del nostro report.

La revisione **Ruiz Zaldibar 2018** (15 studi, 1100 genitori partecipanti) analizza le evidenze disponibili relative all'efficacia degli interventi di supporto genitoriale,

nel promuovere nei genitori competenze e abilità, per adottare stili di vita salutari per i loro bambini.

- I risultati di questa revisione **non forniscono evidenze** che gli interventi analizzati producano un significativo miglioramento delle competenze genitoriali;
- L'autoefficacia è indagata in 12 studi ed è analizzata con strumenti diversi, gli studi non riportano in modo dettagliato la tipologia di attività compresa nell'intervento, né esplicitano la cornice teorica del cambiamento alla base dell'intervento scelto;
- Inoltre, in alcuni degli studi analizzati vi è una **limitata concettualizzazione** relativa alle competenze e abilità genitoriali. La maggior parte degli studi si sono focalizzati su abilità pratiche spesso limitate a concrete raccomandazioni sulla dieta o l'esercizio fisico: ciò implica che **gli interventi sono stati sostanzialmente di tipo informativo**, in cui i genitori hanno assunto un ruolo passivo di "riceventi";
- La mancanza di concettualizzazione ha implicato inoltre che l'**autoefficacia genitoriale e le competenze percepite sono state studiate in modo isolato e non in un set complesso di abilità**.

La metanalisi **Shan 201**6 (13 studi RCT o quasi RCT) che analizza l'efficacia di interventi educativi ed informativi individuali o di gruppo forniti nel contesto delle cure primarie e finalizzati a migliorare l'interazione genitore-bambino, evidenzia che:

- gli interventi educativi rivolti ai neogenitori forniti nel contesto delle cure primarie hanno un modesto ma significativo effetto nel promuovere un'interazione genitore-bambino positiva;
- gli interventi proposti hanno un modesto ma significativo effetto anche nel promuovere attività cognitivamente stimolanti.

La metanalisi sottolinea che il contesto delle cure pediatriche offre importanti opportunità per implementare interventi rivolti ai genitori e si dimostra promettente nel migliorare i comportamenti che promuovono lo sviluppo positivo del bambino.

Gli interventi di supporto psico-sociale

La metanalisi **Baudry 2017** (23 studi, 3577 partecipanti, madri adolescenti con bambini 0-4 anni) esamina l'efficacia di interventi di supporto sociale e professionale e interventi educativi rivolti a madri adolescenti ed evidenzia che:

- risultano più efficaci gli interventi che si focalizzano sul miglioramento dell'interazione madre bambino o gli interventi combinati (supportivi e focalizzati su interazione);
- sono meno efficaci gli interventi basati unicamente sul supporto sociale, educativo e professionale;
- sono più efficaci gli interventi svolti in gruppo rispetto a quelli individuali.

La revisione **Mihelic 2017** (36 RCT, 4880 partecipanti: genitori e bambini sotto i 12 mesi), che esamina l'impatto di interventi di supporto alla genitorialità rispetto a competenze, fiducia, autoefficacia e responsività, pianto e problemi del sonno nei bambini e relazione bambino/genitore, dimostra che:

- gli interventi di supporto alla genitorialità, soprattutto se si basano sulla teoria dell'attaccamento e se utilizzano metodologie che coinvolgono e monitorano attivamente i genitori, migliorano significativamente la responsività genitoriale;
- gli effetti sul sonno del bambino sono ridotti ma significativi, mentre non sono significativi gli effetti sul pianto.
- La metanalisi suggerisce che gli interventi sono più efficaci se offerti durante la gravidanza ed entro il primo anno di vita, se hanno una durata che va dai tre ai sei mesi, se sono basati sulla teoria dell'attaccamento e se utilizzano metodologie attive che prevedono la videoregistrazione delle interazioni genitore/bambino o role play.

La revisione **Pierron 2018** (796 revisioni) che esamina revisioni di programmi di supporto ostetrico, pediatrico, psicologico, sociologico, educativo rivolti ai genitori, evidenzia che:

- i programmi di supporto aumentano l'autostima delle mamme e riducono rabbia, ansia e stress;
- i programmi esaminati migliorano il sonno;
- i programmi di supporto ai genitori migliorano il linguaggio del bambino.

Hanno evidenza dimostrata soprattutto i programmi che vengono svolti sia in gravidanza che dopo il parto e che coinvolgono i genitori attivamente. Hanno invece evidenza promettente gli interventi finalizzati al miglioramento della salute psicosociale e l'interazione genitore bambino.

La metanalisi **Rayce 2017** (16 studi, 3283 famiglie), che analizza gli effetti di interventi di supporto genitoriale rivolti a famiglie a rischio, finalizzati a promuovere un accudimento del bambino caldo e responsivo, suggerisce che:

- gli interventi di supporto genitoriale rivolti a famiglie a rischio hanno un effetto moderato sulla relazione genitore-bambino e la responsività materna;
- l'effetto sul comportamento del bambino è ridotto ma significativo;
- gli interventi di supporto genitoriale rivolti a famiglie a rischio analizzati nella revisione non sono efficaci nel migliorare la sviluppo cognitivo del bambino;
- i dati della revisione non consentono una metanalisi sugli outcome relativi allo sviluppo psicomotorio e allo sviluppo linguistico.

La revisione sottolinea che gli interventi di sostegno alla genitorialità erogati nel primo anno di vita del bambino hanno il potenziale di migliorare il comportamento del bambino e la relazione genitore-bambino.

La revisione sistematica **Tanninen 2016** (11 studi, padri, madri o famiglie con figli sotto i 7 anni), che si pone l'obiettivo di identificare e descrivere il contenuto di interventi infermieristici preventivi e di valutarne l'effetto sulla salute e il benessere delle famiglie, evidenzia che gli interventi esaminati hanno:

- migliorato il coping genitoriale, nello specifico le abilità genitoriali, l'accudimento del bambino, l'autoefficacia paterna;
- migliorato la relazione e l'interazione all'interno della famiglia (il bambino riceve più feedback positivi e vi è una riduzione dei comportamenti oppositivi nel bambino).

Gli studi esaminati presentano tuttavia un limite legato all'assenza di un concept (modello di cambiamento) di questa tipologia di interventi, ciò comporta che le descrizioni dei contenuti, della forma e delle procedure non è chiaramente definito.

In sintesi

La responsività è strettamente legata al senso di autoefficacia genitoriale che si sviluppa nel passaggio al ruolo di genitori. È importante supportare i genitori nella fase di transizione, con interventi educativi universali focalizzati sulla promozione dell'autoefficacia genitoriale.

INTERVENTI EDUCATIVI e INFORMATIVI

- che utilizzano manuali standardizzati e basati sulla teoria dell'attaccamento o su modelli teorici psicodinamici o cognitivo-comportamentali
- di durata tra i 3 e i 6 mesi (tranne che per le madri adolescenti per le quali sono più efficaci interventi più brevi, di durata inferiore a 3 mesi) che iniziano prima del parto e proseguono dopo
- che si focalizzano sul miglioramento dell'interazione genitore-bambino, soprattutto rispetto agli outcome di sviluppo cognitivo e psico-motorio del bambino e agli outcome genitoriali che coinvolgono le madri in un contesto di gruppo rispetto agli interventi in setting individuale

INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA GENITORIALITÀ

- che utilizzano metodologie attive, che coinvolgono i caregiver con role play, video registrazioni e prevedono la riflessione, il confronto e il monitoraggio con una figura professionale competente
- proposti nel contesto delle cure primarie e volti a promuovere uno sviluppo positivo globale del bambino

Buone pratiche e buoni esempi sul tema della genitorialità responsiva

Insieme a te

Titolo del progetto/ programma	**INSIEME A TE** (progetto finanziato con il bando PRIMA INFANZIA del fondo CON I BAMBINI)
Ente proponente + main partner	**Aribandus cooperativa sociale Onlus** Comune di Verona, Azienda ULSS9 Scaligera, CSA Cooperativa Servizi Assistenziali, Azalea Cooperativa Sociale, Pensiero srl, Università degli Studi di Padova- Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata.
Obiettivi principali	Contrastare la povertà educativa nella fascia 0-3 rafforzando o attivando le reti di sostegno familiare ed extra familiare in particolare attorno alla mamma e al bambino, favorendo la nascita di comunità capaci di accogliere, accompagnare e sostenere la crescita dei bambini e dei loro genitori.
Target diretti e indiretti	Genitori, madri, nonni, bambini e operatori che con essi lavorano.
Livello di intervento / approccio	Universale + selettivo
Tipologia di intervento	Home-visiting, interventi educativi (incontri di gruppo sulle principali tematiche di interesse per i primi 12 mesi di vita del bambino), interventi di supporto alla genitorialità. (allattamento, svezzamento, gioco, creatività, ecc). Empowerment di comunità (rete fra servizi e allestimento di spazi gioco per bambini sul territorio).
Setting	> Domicilio dei destinatari > Territorio/comunità
Operatori che forniscono l'intervento	Equipe multidisciplinare in cui confluiscono in maniera sinergica professionisti del terzo settore (educatori, esperti in comunicazione, mediatrici linguistico-culturali …), professionisti dello Spazio Famiglia (Servizio del Comune di Verona per le famiglie) e professionisti dell'ULSS 9 Scaligera.
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	Il progetto prevede tre tipologie di percorsi che possono accompagnare e affiancare la famiglia e il bambino dalla nascita ai 3 anni: > HOME VISITING (0-9 mesi), supporto e accompagnamento al ruolo genitoriale e orientamento ai servizi territoriali > SPAZIO BEBÉ (0-11 mesi), sostegno alla genitorialità, promozione della mutualità e solidarietà tra mamme > GIROTONDO (12-36 mesi), spazio educativo e di opportunità di gioco, apprendimento e socializzazione Le famiglie scelgono quali percorsi frequentare sulla base dei propri bisogni.

Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Città di Verona. Il progetto è predisposto per intercettare 1500 famiglie.
Tipologia di valutazione (interna, esterna) e pricipali indicatori	Valutazione di impatto effettuata dall'Università degli Studi di Padova, volta ad analizzare: > il miglioramento della condizione di povertà educativa dei bambini > il miglioramento delle risposte alle condizioni di povertà educativa della famiglia > il miglioramento delle risposte alle condizioni di povertà educativa degli operatori educativi Attraverso questionari, scale e interviste strutturate e standardizzate somministrate in modalità pre e post intervento e attraverso valutazione qualitativa.
Durata	Il progetto è stato avviato nel 2018 e ha durata di tre anni
Pubblicazioni e sito	https://percorsiconibambini.it/insiemeate/ https://www.aribandus.com/servizi-per-le-famiglie/insieme_a_te/

Petit Pas

Titolo del progetto/ programma	**PETITS:PAS**
Ente proponente + main partner	Association a:primo
Obiettivi principali	> Arricchire l'interazione genitori-bambini nel contesto quotidiano > Rinforzare le competenze educative dei genitori > Favorire l'integrazione sociale delle famiglie
Target diretti e indiretti	Famiglie in situazione di vulnerabilità sociale, con bambini in età da 1 a 4 anni
Livello di intervento / approccio	Selettivo
Tipologia di intervento	> Home visiting fornita da genitori formati e supervisionati, che in passato sono stati destinatari dello stesso percorso > Gruppi educativi di genitori condotti da educatori/pedagogisti o assistenti sociali.
Setting	> Domicilio dei destinatari > Territorio/comunità
Operatori che forniscono l'intervento	> Professionisti con formazione in scienze educativi, sociali o pedagogisti > Genitori formati e supervisionati
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	L'intervento ha una durata di 18 mesi e prevede da 1 a 4 incontri mensili.
Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Svizzera tedesca e Svizzera francese
Tipologia di valutazione (interna, esterna) e pricipali indicatori	Valutazione effettuata da: Institut Marie Meierhofer pour l'enfant (2008-11); Université de Berne (2007–12); Institut allemand de la jeunesse (2001-04) Outcome considerati: **Genitori** > accompagnamento delle famiglie in situazione di vulnerabilità > competenze educative e sociali > integrazione sociale > cooperazione > conoscenza della lingua del paese ospitante **Bambini** > sviluppo motorio, cognitivo, linguistico, emotivo e sociale > competenze pratiche
Durata	Il progetto è attivo dal 2006 nella svizzera-tedesca e dal 2013 nella svizzera-francofona.
Pubblicazioni e sito	https://www.a-primo.ch/fr/offres/petits-pas/general

Riferimenti bibliografici

Amin et al. Enhancing first-time parents'self-efficacy: A systematic review and meta-analysis of universal parent education interventions' efficacy, International Journal of Nursing Studies 2018

Bell SM., Ainsworth SMD. Infant crying and maternal responsiveness. Child Development 1972, 43(4), 1171–1190

Brockmeyer Cates, et al. Mitigating the Effects of Family Poverty on Early Child
Development through Parenting Interventions in Primary Care. Acad Pediatr. 2016 April ; 16(3 Suppl)

De Wolff MS, van IJzendoorn MH.. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. Child Development 1997, 68(4), 571–591.

Fonagy P. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. Infant Mental Health Journal 1998;19(2):124–50.

Lipscomb ST., Leve LD, Harold GT, Neiderhiser JM, Shaw DS, Ge X, Reiss D. Trajectories of parenting and child negative emotionality during infancy and toddlerhood: a longitudinal analysis. Child Dev. 2011, 82 (5), 1661–1675. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01639.x

Marmot M. The Marmot Review. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010.London, 2010 bit.ly/1hs5CeE (accessed 11 March 2015).

Page M et al. A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social–emotional and cognitive development. Infant Behav. Dev. 2010, 33 (1), 101–110. http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.001.

Raval V, Goldberg S, Atkinson L, Benoit D, Myhal N, Poulton L, et al. Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. Infant Behavior & Development 2001, 24(3), 281–304.

Gunnar M, Quevedo K. The Neurobiology of Stress and Development. Annual Reviews in Psychology 2007, 58, 145-173

Fox NA, Hane AA, Pine DS. Plasticity for affective neurocircuitry: How the environment affects gene ewpression. Current Direcitons in Psychological Science 2007, 16, 1-5.

Maltrattamento infantile e violenza domestica

Paola Capra – *Dors*

Adverse Childhood Experiences – ACE

Maltrattamento infantile, inteso come abuso fisico, emotivo, sessuale e come trascuratezza e negligenza; avversità familiari – violenza domestica, abuso di sostanze, problemi di salute mentale, genitori in carcere o ai domiciliari, separazioni e divorzi, bambini in affidamento o presso comunità – sono eventi noti come ACE (Adverse Childhood Experiences), termine con cui si fa riferimento a "eventi o condizioni interne alle mura domestiche, a cui l'ambiente che circonda il bambino risponde creando condizioni di stress cronico" (**Kelly-Irving 2013**). È stato lo studio americano Felitti nel **1998** ad usare per la prima volta il termine ACE, in una delle più vaste indagini sull'impatto che le avversità hanno nel corso della vita. Lo studio – poi avvalorato da altri studi più recenti – ha dimostrato una robusta associazione tra il numero di esperienze negative vissute nei primi anni di vita e il rischio, in età adulta, di incorrere in una serie di esiti negativi di salute suicidio, alcolismo, uso illecito di droghe, depressione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus, cancro e morte prematura (**Felitti 1998**; **Anda 2006**; **Brown 2009**; **Flaherty 2013**). Altri studi, in seguito, hanno dimostrato che gli ACE aumentano il rischio di esiti negativi già nell'infanzia: ritardi nel linguaggio, problemi di comportamento, incidenti, asma, disturbi somatici e obesità (**Burke 2011**; **Flaherty 2009**; **Marie-Mitchell 2013**; **Wing 2015**).

La tabella dell'OMS sintetizza i diversi esiti di salute associati alle varie forme di maltrattamento infantile e la forza delle evidenze a disposizione. Le avversità spesso si accumulano e accadono contemporaneamente e chi sperimenta quattro o più ACE corre un rischio molto più elevato di subire danni alla salute nella sua vita rispetto a chi non ne è mai esposto (**Felitti 1998**; **Bellis 2014a**; **Ippen 2011**).

Non tutti gli individui che in infanzia hanno subito situazioni avverse, avranno esiti di salute negativi. Una revisione su bambini e giovani che hanno vissuto condizioni di avversità ha riscontrato che un buon numero sembra non avere problemi e stare bene.

Certo il tipo, il numero di ACE e il periodo di tempo durante il quale si sono subite le avversità, sono elementi che possono avere un impatto sul rischio di esiti negativi di salute. Alcuni fattori di contesto possono aumentare la resilienza, la capacità di far fronte e di rimbalzare le esperienze avverse – per esempio relazioni di supporto tra pari e nella comunità di appartenenza, l'impatto della scuola, la presenza di una figura adulta di riferimento, lo stato socioeconomico – ma è anche vero che questi fattori protettivi non rendono i bambini invulnerabili o impermeabili al danno (**Meng 2018**).

Vivere ripetutamente condizioni di avversità è probabilmente dannoso a prescindere dai livelli di resilienza (**IHE 2014**). Per esempio, evidenze provenienti dall'America riferiscono che il maltrattamento in adolescenza ha effetti più forti e pervasivi sul futuro, inducendo atteggiamenti delinquenti, abuso di sostanze e altri comportamenti dannosi per la salute (**Thornberry 2010**).

Table 1
Summary of the strength of the evidence on health outcomes and child maltreatment, WHO 2013

Health outcome	Physical abuse	Emotional abuse	Neglect	Sexual abuse
Depressive disorders				
Anxiety disorders				
Suicide attempts				
Drug use				
STIs / risky sexual behaviour				
Eating disorders				
Obesity				
Childhood behavioural / conduct disorders				
Type II diabetes				
Alcohol problem use				
Cardiovascular disease				
Smoking				
Headaches / migraine				
Personality disorders				
Self-harm				
Arthritis				
Hypertension				
Ulcers				
Chronic spinal pain				
Schizophrenia				
Sexual re-victimisation as an adult				
Sexual perpetration				
Allergies				
Cancer				
Neurological disorders				
Underweight/malnutrition				
Uterine leiomyoma				
Bronchitis/emphysema				
Asthma				
Chronic non-cyclical pelvic pain				
Non-epileptic seizures				

KEY	
Robust association	
Plausible outcome/ limited evidence	
Plausible outcome/ emerging evidence	

Source: from (15)

Il percorso tramite cui gli ACE esercitano, negli anni, un impatto sulla salute è triplice:

- aumento di comportamenti a rischio: abuso di alcol e droghe, fumo, comportamenti sessuali rischiosi, violenza, obesità conseguente a condotte alimentari disordinate. Secondo uno studio inglese chi in infanzia ha vissuto 4 o più ACE ha una probabilità 11 volte superiore di fare uso di eroina, crack o cocaina. Gli autori dello studio concludono affermando che "la resistenza alle pressioni commerciali, culturali e ambientali che spingono verso comportamenti dannosi per la salute sembra correlata alle situazioni di stress vissute nell'infanzia e un'infanzia priva di avversità accresce la resilienza personale."(**Bellis 2014b**);
- impatto sui determinanti sociali di salute –evidente è l'impatto negativo sugli esiti educativi, lavorativi e relativi al reddito – che a loro volta hanno un impatto sulla salute (**Fry 2018**);
- impatto sugli aspetti genetici, epigenetici e neurologici: si fa riferimento al concetto di **stress tossico** inteso come cronica o frequente risposta allo stress da parte del bambino vittima di gravi avversità e privo del sostegno di un adulto che se ne prenda cura (**National Scientific Council on the Developing Child**, 2005). Il tema è stato già illustrato nel capitolo introduttivo.

La trasmissione tra generazioni

L'esposizione agli ACE si trasmette tra generazioni: i bambini che vivono esperienze avverse, probabilmente hanno genitori che hanno vissuto esperienze avverse. Questo passaggio delle condizioni di svantaggio da una generazione alla successiva contribuisce alle disuguaglianze nella società, perché grava sui bambini che provengono da contesti svantaggiati e aumenta il rischio di trasmissione delle avversità tra generazioni.

La violenza domestica e il maltrattamento infantile aumentano il rischio, per chi ne è oggetto, di diventare da vittima a colpevole di violenza, in adolescenza o in età adulta (**Coid 2001**; **Milner 1990**), secondo un andamento ciclico (**Widom 1989**). Uno studio ha suggerito che circa un terzo di genitori maltrattati in infanzia maltratteranno i loro bambini (**Kaufman 1993**). Questo forse perché i bambini crescendo si ispirano ai comportamenti dei loro genitori e li replicano, sebbene i comportamenti non siano positivi. Il ruolo genitoriale è un fattore importante nell'eziologia del maltrattamento infantile. Il maltrattamento è più probabile se i genitori non comprendono lo sviluppo del bambino, sono meno attenti e solleciti, hanno uno stile genitoriale autoritario e sono stati a loro volta abusati (**McCloskey 2013**). Sono sempre più numerose le evidenze secondo cui uno dei più importanti predittori del comportamento del caregiver è la cura che il caregiver, soprattutto la madre, a suo tempo ricevette (**Lomanowska 2015**). I bambini che ricevono cure inadeguate, specialmente nei primi 24 mesi di vita, manifestano più problemi di comportamento dei bambini che sono oggetto di attenzioni e cure sollecite e amorevoli (**Bick 2015**). Quando questi bambini diventano adulti sono meno preparati per il ruolo di genitori e hanno maggiore probabilità di perpetuare e trasferire alle generazioni future una modalità di prendersi cura distorta e dannosa.

Programmi indirizzati a migliorare il ruolo genitoriale e la relazione genitore-bambino potrebbero prevenire o ridurre l'impatto degli ACE e spezzare il ciclo di violenza che si perpetua di generazione in generazione (**Marie-Mitchell 2019**).

ACE e disuguaglianze

Mentre tutti gli ACE sono presenti in modo trasversale nella società, le disuguaglianze rispetto alla ricchezza, lo svantaggio e la povertà hanno un impatto sull'eventualità di sperimentare eventi avversi negli anni dell'infanzia. I bambini che crescono in aree deprivate, in condizioni di povertà materiale e che appartengono a famiglie di basso livello socioeconomico, hanno maggiore probabilità di essere esposti agli ACE in confronto ai loro pari più abbienti. È inoltre probabile che subiscano più eventi avversi contemporaneamente (**Felitti 1998**; **Ippen 2011**). Accanto a questi fattori di rischio socioeconomici, altri fattori di rischio per le avversità includono un ruolo genitoriale esercitato in modo carente e dannoso e lo stress che ne consegue per tutta

la famiglia (**Crnic 1990**). Anche questi fattori di rischio sono universali ma ancora una volta probabilmente più presenti ai livelli più bassi della scala sociale (**Marmot review 2010**). Uno studio dichiara che gli eventi stressanti vengono da ogni singolo individuo vissuti in modo differente, in base alla sua posizione nel gradiente sociale. Chi occupa i livelli più bassi nel gradiente sociale può essere più vulnerabile agli effetti fisiologici e comportamentali che derivano dalle esperienze avverse vissute, per le scarse risorse e capacità di coping a disposizione rispetto agli individui che occupano posizioni sociali più elevate (**Kelly-Irving 2013**). Altro elemento da non trascurare è l'ereditarietà degli ACE, che attraversano le generazioni, trasferendole di padre in figlio e perpetuando così anche le disuguaglianze.

In che modo agire (IHE 2015)

Tre sono i principi che dovrebbero guidare all'azione:

- intervenire in modo precoce e preventivo: è meglio impedire l'evento avverso o reagire con tempestività al suo presentarsi, per ottenere migliori risultati a costi inferiori, piuttosto che rispondere tardi, quando l'impatto negativo è chiaro e i possibili danni hanno già fatto sentire il loro effetto;
- lavorare in modo integrato e trasversale: per affrontare fattori di rischio e impatto negativo degli ACE sulla prima infanzia e sui giovani è indispensabile un lavoro coordinato e cooperativo tra diversi settori tra cui sanità, istruzione, giustizia penale e tutti i servizi che hanno un contatto con le famiglie;
- adottare l'universalismo proporzionale: gli ACE possono comparire in ogni ambito e in ogni famiglia, per cui sono necessarie strategie universali di prevenzione. Tuttavia, il fatto che i rischi più alti siano per chi appartiene alle classi sociali più svantaggiate, rende necessaria un'azione proporzionalmente più mirata verso queste ultime.

Maltrattamento infantile e violenza domestica: quali sono gli interventi efficaci?

Questo paragrafo non prenderà in esame interventi indirizzati a tutti gli ACE, ma solo agli episodi di maltrattamento infantile e di violenza domestica, ovvero di violenza subita dal bambino o a cui ha assistito. Verranno inclusi interventi di prevenzione del maltrattamento infantile indirizzati a tutta la popolazione, interventi di prevenzione del maltrattamento infantile indirizzati a fasce di popolazione giudicate a rischio di abuso; interventi di riduzione del maltrattamento infantile indirizzati a famiglie abusanti. La popolazione destinataria degli interventi sono neonati e bambini da 0 a 3 anni di età, i genitori o chi è responsabile del benessere del bambino. Si tratta di popolazione sana, per cui sono esclusi studi indirizzati a bambini o a genitori affetti da patologie specifiche (per esempio diabete, asma, tumori, obesità, altre condizioni croniche), genitori con problemi conclamati di dipendenza da alcol o droghe o problemi di salute mentale, bambini con problemi del neurosviluppo (per esempio autismo, deficit di attenzione e iperattività, depressione), disabilità fisica e psichica. Inoltre, sono stati esclusi bambini già inseriti nel sistema di protezione per i minori e che vivono in comunità o in affido.

Nella ricerca di letteratura scientifica pertinente sono state selezionate solo revisioni sistematiche e metanalisi, pubblicate dal 2015 al 2019.

Il maltrattamento infantile è un problema importante che coinvolge molti bambini nel mondo. Una serie recente di metanalisi ha dimostrato che i tassi di prevalenza del maltrattamento infantile a livello mondiale vanno dallo 0,3% (dati contenuti in report specialistici) al 36,6% (dati autoriferiti) (**Stoltenborgh et al. 2015**). Secondo il Rapporto 2018 dell'OMS Europa sul maltrattamento infantile, nel 2015, si stima che 629 bambini siano morti per omicidio in Europa. Questi decessi rappresentano solo la punta dell'iceberg – per ogni bambino morto ci sono migliaia di bambini indirizzati ai servizi per la protezione dei minori e ricoverati in ospedale per maltrattamento.

Perciò al di là delle statistiche ufficiali si stima che il maltrattamento infantile coinvolga almeno 55 milioni di bambini nella Regione Europea (**OMS Europa 2018**).

Per il report sono state selezionate 11 revisioni sistematiche o metanalisi, pubblicate dal 2015 al 2019 che riguardano la prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile e la violenza domestica verso le mamme e a cui sono esposti anche i bambini. Riguardano differenti tipologie di intervento: 4 studi su programmi per genitori (**Chen 2015**, **Coore Desai 2015**, **Euser 2016**, **Vlahovicova 2017**), 3 studi su visite domiciliari (**Viswanathan 2018**, **Prosman 2015**, **Levey 2017**), 1 studio su interventi multicomponenti nel contesto dell'assistenza sanitaria pediatrica (**Marie-Mitchell 2019**), 2 studi su interventi indirizzati a professionisti che operano nell'ambito sociosanitario ed educativo (**Flynn 2015**, **Turner 2017**), 1 metanalisi su tipologie varie di intervento (**Van der Put 2018**).

Possono essere interventi preventivi universali, indirizzati a tutta la popolazione, o selettivi solo per famiglie giudicate a rischio di maltrattamento; oppure interventi di riduzione del maltrattamento, indirizzati a famiglie maltrattanti. Numerose revisioni prese in esame considerano contemporaneamente interventi preventivi e di riduzione del maltrattamento. Gli interventi indirizzati al maltrattamento infantile possono essere efficaci rispetto a: prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile, inteso come abuso fisico, emotivo, sessuale e trascuratezza; questo outcome viene misurato in modo diretto o indiretto.

Misure dirette sono:

- quelle che riflettono chiari segni di abuso fisico, sessuale, emotivo sul bambino - salute socio-emotiva e sviluppo del bambino, problemi di salute, comportamentali o mentali, funzionamento dello sviluppo e cognitivo, problemi di salute fisica o cronici, biomarker infantili (per esempio pressione del sangue o livelli di cortisolo) - o chiari segni di trascuratezza fisica (scarsa crescita), emotiva, medica (mancanza di vaccinazioni, assenza nelle visite pediatriche periodiche), educativa;
- rapporti ai Servizi di Protezione dei Minori;
- allontanamento del bambino dalla famiglia;

Misure indirette sono:

- incidenti non intenzionali (fratture, contusioni, ustioni);
- accessi al pronto soccorso;
- ricoveri in ospedale;
- maltrattamenti autoriferiti dai genitori, attraverso l'uso di strumenti validati (questionari, scale).

Riduzione nei genitori dei fattori di rischio di maltrattamento infantile: depressione, ansia, stress, rabbia, attitudini inadeguate verso l'educazione del bambino, violente e punitive verso il bambino, comportamenti orientati all'abuso, ad eccessiva severità o ad eccessiva tolleranza, competenze scarse sul ruolo di genitore, scarse conoscenze dello sviluppo infantile, insensibilità.

Aumento nei genitori dei fattori protettivi: attitudini genitoriali positive, interazione genitore-bambino, comportamenti genitoriali positivi, fiducia e soddisfazione dei genitori.

Altri outcome riguardano i professionisti che, in ambito sanitario, educativo, sociale possono trovarsi ad affrontare casi di maltrattamento infantile e devono innanzitutto riconoscerli: conoscenze, attitudini e comportamenti messi in atto di fronte al problema.

Per quel che concerne le tipologie di intervento, i programmi per genitori e le visite domiciliari sono i più rappresentati, anche se le loro efficacia rispetto alla prevenzione del maltrattamento infantile è controversa.

Programmi per genitori

I programmi per genitori indirizzati al maltrattamento infantile sono interventi di durata tra le 6 e le 30 settimane, che hanno l'obiettivo di migliorare la qualità della relazione genitore-bambino incidendo sulle pratiche genitoriali, su aspetti di salute mentale dei genitori, sulle loro attitudini e conoscenze, sui cambiamenti emotivi e di comportamento del bambino e in genere sulle mo-

dalità e meccanismi di funzionamento della famiglia. I programmi per genitori possono essere individuali o di gruppo, multicomponenti o ricorrere a media e social; possono essere offerti in contesti differenti – assistenza sanitaria di base, ospedali, centri per l'infanzia, scuola, casa, comunità – indirizzati a specifici gruppi di genitori (adolescenti, con problemi di abuso di alcol e droghe).

Secondo la metanalisi **Chen** del 2015 e la revisione **Coore Desai** del 2016 sembrano efficaci almeno per aumentare i fattori protettivi e per ridurre i fattori di rischio del maltrattamento infantile (depressione, stress, rabbia, violenza domestica, pratiche genitoriali rigide e punitive).

Riguardo alla effettiva prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile, non esiste certezza, innanzitutto per l'eterogeneità con cui viene misurata (dati diretti contenuti nelle fonti ufficiali vs dati autoriferiti dai genitori o altre misure indirette, per esempio gli incidenti non intenzionali). Inoltre, non sempre il maltrattamento infantile viene valutato e se viene misurato, si tratta di studi che hanno brevi tempi di follow-up. Tuttavia, i dati sembrano suggerire un trend positivo per quel che concerne la possibilità che i programmi per genitori siano una tipologia di intervento che può prevenire / ridurre il maltrattamento infantile. Una conferma arriva dalla metanalisi **Euser** del 2015 che considera l'efficacia di venti differenti programmi per genitori indirizzati al maltrattamento, alcuni a target specifici di popolazione a rischio, altri universali. Lo studio analizza le caratteristiche dei programmi: alcuni sono solo interventi di supporto (emotivo, sociale, materiale), altri offrono formazione ai genitori rispetto alle competenze necessarie per il loro ruolo, altri offrono supporto e formazione. Rispetto al setting, alcuni sono programmi di gruppo e si svolgono in centri appositi, altri sono individuali e effettuati a casa, altri combinano i due setting. È estrema la varietà rispetto al numero di sessioni previste e alla durata, come rispetto al momento di inizio del programma: prima o dopo la nascita del bambino. Sebbene, secondo la metanalisi **Euser**, nessuno dei programmi per genitori presi in esame dimostri la sua piena efficacia per la prevenzione o riduzione del maltrattamento infantile, alcuni programmi sembrano promettenti: Engaging Moms Program (EMP), SOS Help for parents!, Multisystemic therapy for child abuse and neglect (MST-CAN), e Parent child interaction theraphy (PCIT)[6].

In relazione alle caratteristiche sopra esposte, che lo studio **Euser 2015** considera fattori in grado di moderare l'efficacia dell'intervento, il maggiore effetto riguarda i programmi che forniscono formazione invece che solo supporto, che si indirizzano a famiglie maltrattanti piuttosto che a rischio e i programmi di moderata lunghezza (6 – 12 mesi) o con un moderato numero di sessioni (16 – 30).

Infine, la revisione **Vlahovicova del 2017** è specificamente indirizzata a genitori maltrattanti ed è perciò finalizzata alla prevenzione o riduzione dei casi di reiterato maltrattamento infantile. Valuta l'efficacia di programmi per genitori fondati sulla Social learning theory; sono programmi il cui contenuto si fonda sull'insegnamento e la pratica delle competenze genitoriali e sulle strategie di gestione del bambino, per spezzare coercizioni e comportamenti abusanti nell'interazione genitore-bambino. I risultati della revisione sono incoraggianti: i programmi per genitori che si ispirano alla Social learning theory sono strategie efficaci che in modo moderato ma significativo riducono i segnali di recidive nelle famiglie che praticano l'abuso fisico (rischio di recidiva è 11% inferiore in genitori maltrattanti che hanno partecipato all'intervento).

In sintesi, i programmi per genitori oggi esistenti sembrano solo ridurre e non prevenire il maltrattamento infantile. In futuro, gli sforzi nel campo degli interventi

[6] *Per conoscere il contenuto dei programmi :*

- Engaging Moms Program - https://youth.gov/content/engaging-moms-program

- SOS Help for Parents - https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED384414.pdf

- Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect - https://youth.gov/content/multisystemic-therapy-child-abuse-and-neglect-mst–can

- Parent Child Interaction Therapy (PCIT) - http://www.pcit.org/

di prevenzione dovrebbero anche focalizzarsi sullo sviluppo e la sperimentazione di programmi preventivi, per famiglie a rischio di maltrattamento (**Euser 2015**). Inoltre, esiste incertezza e scarsa evidenza scientifica che attesti l'efficacia dei programmi per genitori per prevenire il maltrattamento infantile, in famiglie in cui esiste la violenza domestica e sono scarsi i dati rispetto ai bambini testimoni di violenza domestica. Infine, non è noto se i programmi per genitori possano prevenire l'abuso sessuale, perché gran parte degli interventi indirizzati all'abuso sessuale si svolgono a scuola.

Visite domiciliari

Le visite domiciliari sono una tipologia di intervento tra le più diffuse per la prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile anche se la loro reale efficacia è ancora oggetto di dibattito.

Le attività previste in un intervento di visite domiciliari indirizzato al maltrattamento includono: valutare i bisogni della famiglia, creare relazione tra chi effettua la visita a domicilio e chi la riceve, informare, rinviare a servizi specialistici, educare i genitori; promuovere la salute, la sicurezza e lo sviluppo del bambino, fornire cure mediche, migliorare il funzionamento del sistema famiglia, supportare interazioni positive bambino-genitore, costruire reti sociali di supporto, orientare la pianificazione famigliare per aiutare lo sviluppo e l'autosufficienza dei genitori.

Il personale che somministra le visite domiciliari può essere di varia provenienza: infermieri, personale paraprofessionale appartenente alla comunità, operatori sociali. Diversa anche la durata dell'intervento e il numero di sessioni previste.

Sono tre le revisioni incluse nel report relative ad interventi di visite domiciliari. La revisione **Viswanathan 2018** ha preso in esame interventi realizzati nel contesto delle cure primarie e tutti, con l'eccezione di uno, sono interventi di visite domiciliari; la revisione **Levey del 2017** ha considerato le visite domiciliari indirizzate a future mamme o mamme che sono a rischio di abuso o trascuratezza verso i loro bambini, senza restrizione del contesto.

Infine, la revisione **Prosman nel 2015** esamina interventi di visite domiciliari indirizzati a mamme che hanno subito violenza domestica e ai bambini abusati, in quanto esposti a violenza domestica. Nella revisione **Viswanathan 2018**, su 22 studi inclusi, 21 prevedono un intervento di visite domiciliari: gli interventi sono molto eterogenei rispetto a numero di sessioni previste, intensità, durata, uso di personale sanitario. I risultati considerano misure di abuso e trascuratezza dirette (rapporti ufficiali dei servizi per la protezione dei minori, allontanamento del minore dalla famiglia) o indirette (benessere infantile fisico, mentale, comportamentale, emotivo): sottolineano che le visite domiciliari effettuate in un contesto di cure primarie hanno effetti limitati o non sufficienti per la prevenzione del maltrattamento infantile. Lo studio **Levey 2017** include 8 studi relativi a interventi di visite domiciliari indirizzati a future mamme o mamme di basso livello socioeconomico e che presentavano altri eventuali fattori di rischio: giovane età, depressione materna, mancanza di supporto sociale, violenza domestica. Gli interventi di visite domiciliari presi in esame sono quanto mai vari riguardo a chi è incaricato di effettuare la visita (infermieri, personale para professionale), la durata, la frequenza, i contenuti. I risultati indicano che le visite domiciliari hanno un impatto sull'abuso infantile, sull'interazione mamma neonato, sulla depressione materna, le gravidanze ripetute, lo sviluppo cognitivo e i comportamenti esternalizzati dei bambini. I fattori associati ad una maggiore efficacia includono: interventi che iniziano in gravidanza e proseguono almeno per due anni, la frequenza settimanale delle visite nel periodo successivo al parto, più lunghi periodi di follow-up, specificità del contenuto dell'intervento. Secondo la revisione **Levey** le visite domiciliari sono interventi promettenti per ridurre l'abuso infantile in famiglie giudicate ad alto rischio: nel futuro è necessario indirizzarsi a mamme che hanno subito situazioni di abuso nell'infanzia, per identificare gli interventi più adeguati ad aiutarle.

La revisione **Prosman 2015**, rispetto a interventi di visite domiciliari per mamme e bambini esposti a violenza domestica, include studi che analizzano tre tipologie di programmi di visite domiciliari, in base all'obiettivo principale: riduzione della violenza domestica con azioni di supporto ed educative per le madri abusate, riduzione dell'abuso infantile, con un focus secondario sul-

la violenza domestica e riduzione dell'abuso infantile, offrendo supporto alla madre senza attenzione verso la violenza domestica. Tre dei sei programmi analizzati hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa della violenza domestica nel breve periodo (12-24 mesi).

Secondo la revisione Prosman 2015, la visita domiciliare sembra un intervento promettente per mantenere un contatto con donne vulnerabili soggette a violenza domestica, che hanno un bambino e che sono più difficili da raggiungere tramite i servizi ordinari.

L'efficacia di questi interventi per una riduzione della violenza domestica è limitata, soprattutto nel lungo periodo. Inoltre, spesso gli interventi di visite domiciliari non considerano l'esposizione infantile alla violenza domestica una forma di abuso quanto piuttosto di trascuratezza. Invece, considerando le conseguenze sullo sviluppo emotivo, del benessere psicofisico del bambino e la trasmissione intergenerazionale della violenza domestica, il bambino che è testimone, subisce abuso e deve essere oggetto di attenzione da parte di chi fornisce assistenza sanitaria.

In sintesi, gli interventi di visite domiciliari sono la tipologia più diffusa di interventi per prevenire e ridurre il maltrattamento infantile e la violenza domestica, anche se i risultati sulla loro efficacia sono contrastanti. Hanno effetti limitati o insufficienti se sono realizzate in un contesto di cure primarie e si indirizzano alla prevenzione del maltrattamento infantile (**Viswanathan 2018**), sono interventi promettenti rispetto all'abuso infantile, se destinati a famiglie giudicate ad alto rischio (basso livello socioeconomico, giovane età, depressione, isolamento sociale e mancanza di supporto, violenza domestica). Per quel che concerne la violenza domestica, i programmi di visite domiciliari sembrano efficaci a ridurla, anche se in un arco temporale breve (12-24 mesi). Rispetto ai bambini testimoni della violenza domestica spesso non sono trattati come oggetto di abuso ma solo di trascuratezza, con le possibili ricadute per gli interventi spesso insufficienti messi in atto (**Prosman 2015**).

Interventi multicomponenti

La revisione **Marie-Mitchell 2019** esamina gli interventi di assistenza sanitaria pediatrica, offerti dalla pediatria di base e da altri servizi pediatrici, che hanno lo scopo di migliorare gli esiti di salute dei bambini esposti ad esperienze avverse (Adverse Childhood Experiences) – esposizione ad abuso infantile (psicologico, fisico, sessuale), trascuratezza infantile (fisica ed emotiva) e disfunzioni familiari (alcolismo, abuso di droghe, malattia mentale, violenza domestica, carcere, genitori divorziati e separati). Si tratta di interventi multicomponenti che includono educazione ai genitori, rinvio a servizi sociali, azioni di supporto sociale, counseling o terapia da parte di professionisti che si occupano di salute mentale. Gli interventi vengono classificati in base all'intensità in: alta intensità – multicomponenti che includono visite domiciliari estese per 3-5 anni – media intensità – interventi multicomponenti che includono visite domiciliari o multiple visite di follow-up per 4-18 mesi – bassa intensità – indirizzati ad almeno una componente (per esempio genitorialità, servizi sociali) e includono fino a 7 valutazioni di follow-up. In questa revisione che valuta innanzitutto gli esiti di salute dei bambini (salute fisica, problemi comportamentali e di salute mentale, sviluppo cognitivo, socio-emotivo, accesso a pronto soccorso e a ospedali), il maltrattamento infantile è considerato un risultato intermedio, che dovrebbe avere poi un impatto sulla salute e il benessere infantile. I risultati suggeriscono che interventi multicomponenti da media ad alta intensità, che utilizzano personale professionista possono ridurre problemi di comportamento infantile / salute mentale associati con l'esposizione a C-ACE e migliorare le relazioni genitore-figlio, nei bambini da 1 a 5 anni di età. Tutti gli studi che miglioravano gli outcome di salute infantile includevano educazione genitoriale, counseling per la salute mentale o entrambi e tutti, eccetto uno, somministravano i servizi tramite visita domiciliare.

Si è riscontrata la carenza di studi che coinvolgessero lo screening di C-ACE da parte della pediatria di base, che includessero bambini di 6 anni e oltre, che valutassero potenziali fattori di mediazione, misurassero i biomarker infantili, incorporassero azioni di counseling indirizzate alla salute mentale dei genitori e all'uso di sostanze.

Interventi per i professionisti

Nei contesti sociosanitario ed educativo, dalla pediatria di base ai servizi di salute materno-infantile alle scuole per la prima infanzia, è quantomai importante che i professionisti siano in grado di individuare e intervenire con tempestività, in tutti quei casi in cui si abbiano sospetti di abuso e maltrattamento del bambino.

Le revisioni **Flynn 2015** e **Turner 2017** vanno in questa direzione. La revisione **Flynn 2015** si indirizza a situazioni di stress traumatico infantile. Lo stress traumatico infantile deriva dall'esposizione a 2 tipi di stress: eventi traumatici acuti (per esempio essere testimone di violenza, far fronte a immediato pericolo di incidenti, sperimentare la violazione dell'incolumità personale – sparatorie a scuola, perdita improvvisa o violenta di una persona cara, aggressione sessuale), eventi traumatici cronici, ovvero situazioni ripetute nel tempo (per esempio vivere con genitori abusanti o in condizioni di povertà). La revisione Flynn valuta, in modo sistematico, gli interventi efficaci, indirizzati ai professionisti sanitari che forniscono le cure pediatriche di base, per la prevenzione e il trattamento dello stress traumatico infantile. Vengono considerati anche i risultati degli interventi sui pazienti pediatrici e sui loro genitori.

I 10 studi inclusi nella revisione prendono in esame una vasta gamma di interventi, molti dei quali hanno più componenti: pertanto spesso risulta impossibile isolare gli effetti di una componente singola. Ora i medici vengono addestrati ad utilizzare un particolare modello / programma o questionario di screening con follow-up, basato sulle risposte di genitori o caregiver (per esempio screening psicosociali indirizzati alla famiglia, con un'attenzione a questioni tipo sicurezza, violenza domestica, depressione materna, abuso di droghe nei genitori, screening per evidenziare problemi comportamentali nei bambini). Alcuni interventi invece prevedono un'opportuna formazione per medici e operatori sanitari, a fine di riconoscere / affrontare / rinviare ad altri servizi situazioni di maltrattamento infantile, violenza domestica, rischi psicosociali.

I risultati, per quel che concerne i professionisti sanitari, riferiscono un aumento dei tassi di screening e della fiducia verso lo strumento screening, l'intenzione di effettuarlo e la percezione della sua utilità. Inoltre, migliorano le abilità di autovalutazione, aumenta la competenza percepita e le attitudini positive verso pazienti con problemi psicosociali. Riguardo ai pazienti pediatrici e i loro genitori i risultati della revisione parlano di riduzione del rischio o dell'accadimento di eventi traumatici e aumento di rinvii a servizi della comunità. Inoltre, in riferimento ad uno strumento validato (Child behavior checklist – CBCL), che considera i comportamenti dei bambini, vi sono differenze di punteggio tra gruppi di intervento e di controllo su comportamenti aggressivi e problemi di attenzione. Nei genitori si riscontra una riduzione di tassi di maltrattamento, degli atteggiamenti punitivi e rigidi.

I limiti della revisione **Flynn 2015** riguardano il breve periodo di follow-up degli studi inclusi e la loro eterogeneità che rende impossibile effettuare una metanalisi.
La revisione **Turner 2017** è più specificamente indirizzata a migliorare, nei professionisti che lavorano in ambito sociosanitario ed educativo, la loro valutazione e risposta di fronte a situazioni di abuso infantile e violenza domestica. I tipi di intervento individuati sono di duplice livello, individuale e di sistema. Gli interventi individuali sono di natura educativa, per la prevenzione della violenza domestica, si rivolgono ad atteggiamenti, attitudini, conoscenze dei professionisti sanitari verso il fenomeno e i suoi effetti deleteri sulle vittime e sui loro figli. Inoltre, vengono prese in esame le misure pratiche che i professionisti potrebbero adottare.

Gli interventi a livello di sistema hanno lo scopo di effettuare cambiamenti nella pratica organizzativa e nella collaborazione inter-organizzativa tra servizi di welfare e di protezione infantile e chi offre supporto dall'abuso e dalla violenza domestica, al fine di implementare strategie preventive. Gli outcome presi in esame riguardano il livello di conoscenza, gli atteggiamenti, la competenza percepita, le pratiche inerenti lo screening, i cambiamenti di comportamento.

In sintesi, la revisione Turner 2017 dimostra che:

- i programmi di formazione migliorano la conoscenza dei partecipanti, gli atteggiamenti e la competenza clinica, fino ad un anno dopo la loro realizzazione. Non sono univoci i risultati riguardo alla pratica dello screening: alcuni studi riferiscono miglioramenti dopo l'intervento, autoriferiti dai partecipanti, altri studi nessun effetto significativo;
- elementi chiave per una formazione di successo sono discussioni interattive, sessioni di richiamo e rinforzo e il coinvolgimento di specialisti sul tema della violenza domestica;
- gli approcci di sistema che hanno lo scopo di promuovere coordinamento e collaborazione tra servizi ed enti paiono promettenti ma richiedono finanziamenti e un alto livello di impegno da parte dei partner;
- nessuno degli studi inclusi, eccetto uno, hanno preso in esame outcome relativi al bambino e alla famiglia. Per cui rimane incertezza sull'effettiva efficacia dei programmi formativi / di sistema rispetto a questi outcome.

Infine, la metanalisi **Van der Put 2018** sintetizza i risultati relativi agli effetti di interventi di varia tipologia, indirizzati al maltrattamento infantile, per determinare se e come le varie componenti di un intervento (per esempio contenuto e modalità di realizzazione) possono influenzare l'efficacia degli interventi per il maltrattamento infantile.

Più in dettaglio l'obiettivo è esaminare l'effetto di fattori contestuali (per esempio scopo generale dell'intervento, tipi di famiglie a cui è indirizzato, tipologia di intervento, età dei bambini), elementi strutturali (tipo di professionista coinvolto, durata dell'intervento, numero e intervallo delle sessioni di intervento), contenuto (competenze genitoriali, competenze personali dei genitori, fiducia in sé stessi dei genitori, attitudini / attese verso l'essere genitori, conoscenze sullo sviluppo infantile, reti sociali della famiglia, relazioni tra i genitori, relazione tra genitori e figli, problemi di salute mentale dei genitori, empowerment dei genitori, supporto emotivo / sociale, benessere infantile, competenze del bambino, supporto pratico, motivazione al cambiamento), metodi di somministrazione dell'intervento (per esempio role-playing, monitoraggio, psicoeducazione, …). Sono stati esaminati anche gli effetti del disegno dello studio e delle sue componenti (dimensione del campione, età dei genitori …) e le caratteristiche degli outcome (durata del follow-up, misure di outcome).

La metanalisi **Van der Put** del 2018 ha incluso interventi preventivi per la popolazione in generale, interventi indirizzati a famiglie a rischio e interventi di cura destinati a famiglie maltrattanti e finalizzati a ridurre il maltrattamento o le recidive.

Le tipologie di intervento prese in esame sono: terapia cognitivo comportamentale, visite domiciliari, interventi di formazione per i genitori (indirizzati all'apprendimento di specifiche competenze per genitori), interventi multisistemici di terapia familiare, interventi per l'abuso di sostanze da parte dei genitori, interventi prescolari, interventi generali di prevenzione del maltrattamento infantile nella popolazione, interventi in caso di crisi, per risolvere problemi in fase acuta, interventi combinati.

Effetto piccolo ma significativo è risultato per tutti gli interventi di prevenzione e di riduzione del maltrattamento infantile. Tuttavia effetto più ampio per interventi di cura indirizzati a genitori maltrattanti che per interventi preventivi indirizzati a famiglie a rischio / popolazione generale, anche se la differenza non è significativa.

Questo risultato può essere spiegato da una più bassa prevalenza di bambini maltrattati in famiglie a rischio / popolazione generale che in famiglie maltrattanti. Inoltre, scoprire il maltrattamento infantile nella popolazione generale / famiglie a rischio è difficile quando sono usati documenti ufficiali, perché molti casi di maltrattamento non vengono ufficialmente riportati ai servizi di protezione dei minori.

Terapia cognitivo-comportamentale, visite domiciliari, formazione dei genitori, terapia familiare multisistemica, abuso di sostanze e interventi combinati erano efficaci per la prevenzione / riduzione del maltrattamento. Per gli interventi di prevenzione più vaste dimensioni di effetto sono riscontrate per interventi a breve termine (0-6 mesi), per interventi focalizzati sull'aumento della fiducia in sé stessi dei genitori e per interventi som-

ministrati da personale professionale. Inoltre, maggiori dimensioni di effetto degli interventi preventivi per maggiore durata del periodo di follow-up. Per gli interventi di trattamento, maggiori dimensioni di effetto per interventi focalizzati sul miglioramento delle competenze genitoriali e per interventi che offrono supporto sociale e/o emotivo.

L'approccio più all'avanguardia: l'epigenetica e lo sviluppo biologico infantile

L'approccio riconosce che esperienze di vita avverse precoci possono essere biologicamente incorporate nel sistema genomico e molecolare che determina nel tempo condizioni di vulnerabilità.

La revisione **Purewall Boparai del 2018** è in questo senso molto innovativa, in quanto prende in esame l'impatto di interventi indirizzati a migliorare la salute biologica dei bambini e adolescenti che hanno sperimentato condizioni di forte stress nei primi anni di vita. Vengono perciò valutati una serie di marker biologici e outcome inerenti la salute fisica dei bambini e adolescenti.

Gli articoli selezionati valutano interventi, prevedono l'esposizione ad avversità di vario genere per la fascia di età 0-18 anni, misurano outcome relativi alla salute biologica e adottano come disegno di studio uno studio randomizzato controllato (RCT). Complessivamente sono 40 gli studi inclusi nella revisione che misurano il cortisolo e altri outcome neurologici, epigenetici e del sistema immunitario dei bambini. I programmi valutati sono promettenti per migliorare o normalizzare i livelli di cortisolo mattutini e diurni e per migliorare l'impatto delle avversità sullo sviluppo del cervello, la regolazione epigenetica e altri outcome infantili.

Tuttavia, la popolazione infantile a cui si indirizzano è principalmente istituzionalizzata, cioè nata e cresciuta in orfanatrofio o in strutture affini, oppure sottratta alla famiglia originaria, posta sotto la protezione dei Servizi per i Minori e cresciuta da una famiglia affidataria. Si tratta perciò di una popolazione infantile non "sana", per cui la revisione non è stata inclusa nel report.

È stata tuttavia menzionata perché una delle prime che considerano l'impatto degli interventi su molteplici tipi di outcome di salute biologica infantile, non solo il cortisolo ma anche marker epigenetici e neurologici. Per dimostrare quanto lo stress tossico nei primi anni di vita ha conseguenze durevoli e importanti che devono assolutamente essere prese in esame.

Conclusioni e indicazioni per la pratica

L'analisi delle revisioni e metanalisi sugli interventi per la prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile evidenzia che:

- le visite domiciliari o comunque interventi realizzati in ambiente domestico sono la tipologia più diffusa sia come intervento a sé che come componente di altre tipologie di interventi, per esempio programmi per genitori o multicomponenti;
- aumentare i fattori protettivi (tutto ciò che ha a che fare con la genitorialità e l'interazione genitore-bambino) e ridurre i fattori di rischio del maltrattamento infantile – depressione, stress, rabbia, violenza domestica, pratiche genitoriali rigide e punitive – ha un impatto sul maltrattamento infantile;
- il maltrattamento infantile viene misurato attraverso dati diretti (segni di abuso e trascuratezza sul bambino, dati di fonti ufficiali, per esempio il servizio protezione minori) o dati indiretti (autoriferiti dai genitori o altre misure indirette, per esempio gli incidenti non intenzionali, gli accessi al pronto soccorso);
- l'eterogeneità e il diverso peso degli strumenti con cui viene misurato il maltrattamento infantile rende difficile pronunciarsi sulla reale efficacia delle tipologie di interventi messi in atto;
- il maltrattamento infantile non viene sempre valutato o considerato outcome primario – a volte l'outcome primario è lo stato di salute psicofisica del bambino, mentre il maltrattamento è solo uno degli eventi avversi (ACE) a cui il bambino viene esposto;
- in letteratura hanno maggiore effetto interventi di riduzione del maltrattamento e delle recidive o interventi di prevenzione per famiglie giudicate a rischio su interventi destinati alla popolazione in generale, perciò interventi a target su interventi universali o universali proporzionali.

Forse perché scoprire casi di maltrattamento infantile nella popolazione generale / famiglie a rischio è difficile quando sono usati documenti ufficiali, in quanto molti casi di maltrattamento non vengono ufficialmente riportati ai servizi di protezione dei minori. Sono perciò casi sommersi su cui non si interviene.

- le evidenze sono controverse e non offrono risposte chiare su quale tipologia di intervento sia più efficace per prevenire o ridurre il maltrattamento infantile e quali caratteristiche – dose, intensità, contenuto, tempi – debba avere. Tuttavia, emergono alcune tendenze: sembrano avere maggiore effetto interventi a media o alta intensità, vale a dire che durano da 6 mesi (programmi per genitori) a 24 mesi e oltre (visite domiciliari), che iniziano precocemente, in fase prenatale, che forniscono azioni formative di contenuto educativo, che migliorano le competenze genitoriali e che offrono supporto sociale e/o emotivo;
- spesso il follow-up negli interventi è su un breve o medio periodo, non oltre i 24 mesi. È perciò probabile che l'intervento per garantire cambiamenti duraturi, rispetto alla prevenzione / riduzione del maltrattamento, debba essere ripetuto nel tempo;
- per quel che concerne la violenza domestica, spesso viene considerata un fattore avverso a cui è esposto il bambino e pochi interventi realizzati nella fase prenatale e postnatale vi si indirizzano direttamente e la valutano. Sono principalmente visite domiciliari che se riducono la violenza domestica sulla madre sono efficaci in un arco temporale breve (12-24 mesi). Inoltre, i bambini testimoni della violenza domestica spesso non sono trattati come oggetto di abuso ma solo di trascuratezza, con le possibili ricadute per gli interventi spesso insufficienti messi in atto;
- gli interventi sul maltrattamento realizzati in contesto sanitario o di comunità non considerano l'abuso sessuale che è invece trattato nel contesto educativo. Inoltre, sono rari gli interventi che si indirizzano specificamente a mamme che hanno subito abuso nell'infanzia, e perciò finalizzati a mettere in campo azioni per spezzare il cerchio di trasmissione intergenerazionale della violenza;
- è infine importante non trascurare i professionisti dei contesti sociosanitario ed educativo, che devono essere in grado di individuare e intervenire con tempestività, in tutti quei casi in cui si abbiano sospetti di abuso e maltrattamento del bambino e di violenza domestica. A loro sono diretti interventi di formazione a livello individuale, per migliorare la competenza clinica, i tassi di screening, gli atteggiamenti e i comportamenti;
- gli interventi a livello di sistema hanno lo scopo di effettuare cambiamenti nella pratica organizzativa e nella collaborazione inter-organizzativa tra servizi di welfare e di protezione infantile e chi offre supporto dall'abuso e dalla violenza domestica, al fine di implementare strategie preventive;
- effettuare formazione adeguata per i professionisti sanitari e sociosanitari ha un impatto sui bambini vittime di maltrattamento e sui loro genitori (quando vengono presi in esame gli outcome sui bambini e genitori): riduzione del rischio o dell'accadimento di eventi traumatici e aumento di rinvii a servizi della comunità. Nei genitori si riscontra una riduzione di tassi di maltrattamento e degli atteggiamenti punitivi e rigidi.

Buone pratiche e buoni esempi sul tema del maltrattamento infantile e della violenza domestica

P.I.P.P.I. Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

Titolo del progetto/ programma	**Programma P.I.P.P.I. Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione**
Ente proponente + main partner	Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, 10 Città italiane (riservatarie del fondo della Legge 285/1997) e i servizi sociali, e di protezione e tutela minori nello specifico, come le cooperative del privato sociale, le scuole, le Aziende che gestiscono i servizi sanitari degli enti locali coinvolti.
Obiettivi principali	> Ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine; > Aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare il loro funzionamento psicosociale e cognitivo; > Promuovere o migliorare la genitorialità responsiva; > Lavorare in modo trasversale, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti, intorno ai bisogni dei bambini.
Target diretti e indiretti	Famiglie negligenti, i cui bambini sono a rischio allontanamento.
Livello di intervento / approccio	Approccio a target, selettivo
Tipologia di intervento	PIPPI è un programma multicomponente che si struttura in: > **prima fase**: pre-valutazione dell'ambiente familiare e dello sviluppo del bambino, che l'équipe multidisciplinare composta dai professionisti che sono in contatto costante con la famiglia – insegnanti, assistenti sociali, operatori sanitari, psicologi e altri collaboratori volontari – completa insieme alle famiglie > **seconda fase** progettazione ad hoc dell'intervento > **terza fase** si incentra nella realizzazione del programma, che comprende quattro principali tipologie di azione: » forme diverse, attive e continue di collaborazione tra scuole-famiglie e servizi; » attivazione di percorsi di educativa domiciliare centrati sulle relazioni genitori-figli-ambiente sociale; » attivazione di gruppi per genitori e, laddove possibile, di gruppi per i bambini e/o di attività specifiche di sostegno all'identità del bambino; » attivazione di famiglie d'appoggio per ogni famiglia target.

Setting	Multisetting: sanitario, scolastico, di comunità
Operatori che forniscono l'intervento	Insegnanti, assistenti sociali, operatori sanitari, psicologi
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	Durata complessiva 18 mesi
Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Nazionale. Il programma di ricerca- intervento-formazione è stato implementato, nel 2011-2012, nelle 10 città italiane aderenti – Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia – dando vita a un complesso disegno di ricerca sperimentale multicentrico. Negli anni seguenti sono seguite altre 4 edizioni del programma e nel biennio 2016-2017 hanno aderito 17 regioni + 1 Provincia Autonoma.
Tipologia di valutazione (interna, esterna) e pricipali indicatori	**Valutazione** ex-post, per stabilire se la famiglia dovrà proseguire la propria partecipazione al programma PIPPI, oppure rientrare nella normale presa in carico dei servizi. Obiettivi finali e intermedi (rispetto alle famiglie) e obiettivi prossimali (rispetto agli operatori, rivolti cioè a costruire comunità di pratiche e a garantire replicabilità all'intervento): Outcome finale (E): > garantire la sicurezza dei bambini, incoraggiare il loro sviluppo ottimale, contribuire a migliorare il loro futuro evitando il collocamento esterno dalla famiglia; > migliorare il funzionamento psicosociale e cognitivo dei bambini all'interno dei diversi contesti di vita. Outcome intermedio (E): > permettere ai genitori l'esercizio positivo del loro ruolo parentale e delle loro responsabilità; > fare in modo che i genitori apprendano a dare risposte adeguate ai bisogni di sviluppo fisici, psicologici, educativi dei loro figli; > la disponibilità psicologica delle figure parentali e i comportamenti responsabili e sensibili ai bisogni dei bambini migliorano. Outcome prossimale (P): > incoraggiare la partecipazione dei genitori e la collaborazione attraverso il processo della presa in carico, soprattutto nelle decisioni che riguardano la famiglia; > i genitori dispongono del sostegno necessario all'esercizio della loro responsabilità verso i figli (in maniera sufficientemente intensa, coerente e continua); > promuovere un clima di collaborazione tra tutti i professionisti coinvolti nel progetto e tutti gli adulti che costituiscono l'entourage dei bambini per permettere una reale integrazione degli interventi che assicuri il benessere e lo sviluppo ottimale dei bambini.

	Gli outcome prossimali sono quelli che si possono dichiarare raggiunti. Inoltre, un approccio intensivo, continuo, flessibile, ma allo stesso tempo strutturato, di presa in carico del nucleo familiare, può ridurre significativamente i rischi di allontanamento del bambino. Tale significatività potrà essere aumentata nella misura in cui l'intervento messo in campo con le singole famiglie sia di natura effettivamente intensiva e continua nel tempo e sostenuto dalla rete interistituzionale tra i servizi locali. Il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova ha condotto la valutazione.
Durata	2011- in corso
Pubblicazioni e sito	https://www.minori.gov.it/it/il-programma-pippi P.I.P.P.I. - Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione - Executive Summary https://www.minori.gov.it/sites/default/files/executive_summary_pippi.pdf

Child FIRST

Titolo del progetto/ programma	**Child FIRST (Child and Family Interagency, Resource, Support, and Training)**
Ente proponente + main partner	Ospedale di Bridgeport, Reparto di Pediatria, Connecticut, finanziamenti da Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Department of children and families, Robert Wood Johnson Foundation
Obiettivi principali	Child FIRST ha due componenti centrali che agiscono in modo sinergico: (a) l'approccio ad un sistema di cura per offrire servizi e supporti completi e integrati (per esempio educazione precoce, abitazione, trattamenti per abuso di sostanze) al bambino e alla sua famiglia; (b) l'approccio basato sulla relazione per migliorare interazioni genitore-bambino sollecite e responsive e per promuovere un positivo sviluppo socio emotivo e cognitivo del bambino.
Target diretti e indiretti	Famiglie che presentano molteplici fattori di rischio (povertà, depressione materna, non possedere una casa, abuso e trascuratezza, detenzione, isolamento) e bambini che presentano problemi emotivi, comportamentali, di apprendimento e di sviluppo, non necessariamente dovuti all'esposizione ad ACE (Adverse childhood experiences).
Approccio	Approccio target. L'unico elemento per l'eleggibilità è l'appartenenza all'area geografica servita dal programma. Le famiglie che hanno bisogno di un intervento di minore intensità verranno indirizzati ad altri servizi.
Tipologia di intervento	Programma multicomponente standardizzato che include un intervento di visita domiciliare, il cui core è una psicoterapia per genitori e bambini insieme, oltre allo sviluppo di un piano indirizzato ai genitori e al loro ruolo, perché siano in grado di organizzare, risolvere problemi, supportare lo sviluppo del figlio. Il programma si inserisce nell'ambito di un sistema integrato di cure, intende collegare la famiglia alla comunità, ai servizi necessari per garantire uno sviluppo sano del bambino, per cui opera in sinergia con numerosi servizi del territorio, innanzitutto quelli educativi per la prima infanzia.
Setting	Sanitario
Operatori che forniscono l'intervento	Team clinico multidisciplinare costituito da un medico esperto di problemi di salute mentale e di sviluppo infantile e un coordinatore delle cure e della parte assistenziale, oltre ad uno staff.
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	Per quel che concerne la visita domiciliare la frequenza è 2 volte alla settimana nel primo mese di valutazione, poi una volta alla settimana o anche di più in base ai bisogni della famiglia. Ogni visita domiciliare dura un'ora almeno. L'intervento complessivamente continua da 6 mesi ad 1 anno o anche per più tempo, in base ai bisogni della famiglia.
Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Child FIRST è implementato negli USA in Connecticut, dove conta 15 siti affiliati, Florida, tre siti affiliati e Nord Carolina, 5 siti affiliati.

Tipologia di valutazione (interna, esterna) e pricipali indicatori	Child FIRST ha condotto una valutazione di risultato tramite un primo studio randomizzato controllato, pubblicato nel 2011. Gli outcome presi in esame sono sia rispetto ai genitori che ai bambini. Outcome dei genitori: livello di stress, sintomi depressivi o inerenti la salute psicofisica, utilizza da parte della famiglia delle risorse e servizi della comunità. Outcome dei bambini: problemi emotivi, comportamentali, di apprendimento e di sviluppo, coinvolgimento con i Servizi di Protezione dei Minori. Lo studio, nel follow-up a 12 mesi, dimostra che i bambini che hanno partecipato al programma Child FIRST hanno migliorato il linguaggio (odds ratio [OR] = 4.4) e i sintomi esternalizzati (comportamenti aggressivi, distruttivi, iperattivi) (OR = 4.7) in confronto ai bambini che hanno ricevuto le cure ordinarie. Le madri Child FIRST hanno meno stress genitoriale nel follow-up a sei mesi (OR = 3.0), meno sintomi di difficoltà psichiche nel follow-up a 12 mesi (OR = 4.0), e sono meno coinvolte dai Servizi di protezione minori dopo 3 anni rispetto al baseline (OR = 2.1) rispetto alle madri che hanno ricevuto cure ordinarie. Le famiglie del gruppo di intervento hanno avuto accesso al 91% dei servizi desiderati rispetto al 33% nelle famiglie che hanno ricevuto cure ordinarie.
Durata	Dal 1995 -
Pubblicazioni e sito	Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan MJ. A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A comprehensive, home-based intervention translating research into early childhood practice Child Development 2011; 82(1): 193-208. Sito Child FIRST www.childfirst.org

Riferimenti bibliografici degli studi inclusi

Chen M, Chan KL.Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis.Trauma Violence Abuse. 2016 Jan;17(1):88-104.

Coore Desai C, Reece JA, Shakespeare-Pellington S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review. Psychol Health Med. 2017 Mar;22(sup1):166-186.

Euser S, Alink LR, Stoltenborgh M., et al. A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment.BMC Public Health. 2015 Oct 18; 15:1068.

Flynn AB, Fothergill KE, Wilcox HC., et al. Primary Care Interventions to Prevent or Treat Traumatic Stress in Childhood: A Systematic Review.Acad Pediatr. 2015 Sep-Oct;15(5):480-92.

Levey EJ, Gelaye B, Bain P., et al. A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families.Child Abuse Negl. 2017 Mar;65:48-57.

Marie-Mitchell A, Kostolansky R. A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With Adverse Childhood Experiences.Am J Prev Med. 2019 May;56(5):756-764.

Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, van der Wouden JC., et al. Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review.Fam Pract. 2015 Jun;32(3):247-56.

Turner W, Hester M, Broad J., et al. Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. Child Abuse Rev. 2017 Jan-Feb;26(1):19-39.

van der Put CE, Assink M, Gubbels J., et al. Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. Clin Child Fam Psychol Rev. 2018 Jun;21(2):171-202.

Viswanathan M, Fraser JG, Pan H., et al. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018 Nov 27;320(20):2129-2140.

Vlahovicova K, Melendez-Torres GJ, Leijten p., et al. Parenting Programs for the Prevention of Child Physical Abuse Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis.Clin Child Fam Psychol Rev. 2017 Sep;20(3):351-365.

Altri riferimenti bibliografici

Anda R, Felitti V, Bremner J, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256(3):174–186. https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4.

Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox NA, Zeanah C, Nelson CA. Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2015; 169: 211–19.

Brown D, Anda R, Tiemeier H, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. Am J Prev Med. 2009;37(5):389–396. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021.

Burke N, Hellman J, Scott B, Weems C, Carrion V. The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. Child Abuse Negl. 2011;35(6):408–413. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006.

a) **Bellis** MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. Journal of public health. 2014.

b) **Bellis** MA, Hughes K, Leckenby N, Perkins C, Lowey H. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. BMC medicine. 2014; 12:72.

Coid J, Petruckevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. Lancet. 2001;358(9280):450-4.

Crnic KA, Greenberg MT. Minor parenting stresses with young children. Child development. 1990;61(5):1628-37.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245–258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8.

Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. JAMA Pediatrics 2013; 167(7): 622. http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.22.

Flaherty E, Thompson R, Litrownik A, et al. Adverse childhood exposures and reported child health at age 12. Acad Pediatr. 2009;9 (3):150–156. https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003.

Fry D, Fang X, Elliott S, et al. The relationship between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. Child abuse & neglect 2018; 75: 6-28

Global Status Report on Violence Prevention, OMS, 2014

Ippen CG, Harris WH, van Horn P, Lieberman AF. Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? Child Abuse and Neglect. 2011;35(7):504-13.

Kaufman J, Zigler E. The intergenerational transmission of abuse is overstated. In: Cicchetti D, Carlson C, editors. Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect United Kingdom: Cambridge University Press; 1993.

Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. European journal of epidemiology. 2013;28(9):721-34.

Lomanowska AM, Boivin M, Hertzman C, Fleming AS. Parenting begets parenting: A neurobiological perspective on early adversity and the transmission of parenting styles across generations. Neuroscience 2015; published online Sept 16. DOI:10.1016/j.neuroscience.2015.09.029.

Marie-Mitchell A, O'Connor T. Adverse childhood experiences: translating knowledge about adverse childhood experiences into the identification of children at risk for poor outcomes. Acad Pediatr. 2013;13 (1):14–19. https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.10.006.

The Marmot Review Team. Fair Society, Healthy Lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review Team, 2010

McCloskey LA. The intergenerational transfer of mother-daughter risk for gender-based abuse. Psychodyn Psychiatry 2013;41(2):303-28.

Meng X, Fleury MJ, Xiang YT, et al. Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2018; 53: 453–75 .

Milner JS, Robertson KR, Rogers DL. Childhood history of abuse and adult child abuse potential. Journal of Family Violence. 1990; 5:15-34.

Purewal Boparai SK, Au V, Koita K, et al. Ameliorating the biological impacts of childhood adversity: A review of intervention programs. Child abuse and neglect 2018; 81: 82-105.

National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3, 2005, 2014. Retrieved from http://www.developingchild.harvard.edu.

Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, et al. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analysis. Child abuse review 2015; 24 (1): 37-50.

Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, A. Smith CA. The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. J Adolesc Health. 2010;46(4):359–65.

Ucl Institute of Health Equity. The impact of adverse experiences in the home on the health of children and young people, and inequalities in prevalence and effects. London: 2015.

Ucl Institute of Health Equity. Local action on health inequalities: Building children and young people's resilience in schools. London: 2014.

Wessels, I., Mikton, C., Ward, C. L., Kilbane, T., Alves, R., Campello, G., … et al. Preventing violence: Evaluating outcomes of parenting programmes. Geneva: World Health Organization, 2013.

Widom CS. The cycle of violence. Science. 1989;244(4901):160-6.

Wing R, Gjelsvik A, Nocera M, McQuaid EL. Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 2015;114(5): 379–84. http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019.

WHO Europe. European status report on preventing child maltreatment, 2018

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf?ua=1

Le evidenze sugli interventi finalizzati all'apprendimento precoce

Anduena Alushaj – *CSB onlus*

Opportunità di apprendimento precoce: il razionale

Il complesso delle nozioni sullo sviluppo del bambino insegna che l'apprendimento inizia già in epoca prenatale e continua per tutta la vita, ma con un periodo di particolare intensità nei primi due-tre anni (**Shonkoff e Philips, 2000**; **Thompson, 2001**; **UNESCO 2007**). In questo periodo l'ambiente di apprendimento per il bambino è principalmente quello familiare, al quale si aggiunge a volte già nei primi anni l'ambiente più esteso che comprende i servizi educativi per la prima infanzia e una serie di altre opportunità di apprendimento che le diverse comunità offrono al nucleo familiare (**Melhuish, 2008**). Si possono dunque definire come opportunità di apprendimento precoce tutte le situazioni che, in ambito familiare o extra familiare, offrono al bambino occasioni per sviluppare le potenzialità di sviluppo nelle dimensioni motorie, cognitive, sensoriali e socio-relazionali.

Così come riportato anche dalle recenti linee guida dell'OMS (**WHO, 2020**), le opportunità di apprendimento precoce sono intese come "qualsiasi opportunità che il bambino ha di interagire con persone, spazi o oggetti all'interno del suo ambiente di crescita. Queste interazioni, positive, negative, o assenti, influiscono sul suo sviluppo e pongono le basi per il suo apprendimento".

L' ambiente di apprendimento familiare ed extrafamiliare

Sappiamo che lo sviluppo del bambino è multifattoriale, dipendendo dal suo patrimonio genetico e biologico, ma anche da quanto accade nel suo ambiente di crescita, interno o esterno alla sfera più strettamente genitoriale (**Black, 2017**) e che le esperienze dei primi anni di vita hanno ricadute sulle epoche successive. Sappiamo anche che la diversità di opportunità offerte nei primi anni di vita determina itinerari di sviluppo diversi. Condizioni di vita "nutrienti" (dall'inglese "*nurturing*"), che supportano e favoriscono lo sviluppo di relazioni stabili con le primarie figure di riferimento, portano a uno sviluppo ottimale del bambino. Al contrario, condizioni di vita sfavorevoli, mancanza di stimolazione e negligenza possono portare a disparità dal punto di vista linguistico, cognitivo e di salute. Ad esempio, si è visto che vi è uno stretto rapporto tra il numero di parole che i bambini ascoltano e il numero di parole che imparano: più parole il bambino sa, più ricco sarà il suo vocabolario.

Questa differenza nella ricchezza di vocabolario appare già ai 18 mesi di vita ed entro i 3 anni i bambini figli di genitori con un'istruzione superiore hanno un vocabolario da 2 a 3 volte più ampio rispetto a quello di bambini i cui genitori hanno completato solo un ciclo di studi primario. Questi bambini partono già svantaggiati rispetto ai loro coetanei quando iniziano la scuola, a meno che non vengano coinvolti in un ambiente linguisticamente ricco (**Hart e Risley, 1995**). Arricchendo l'ambiente di apprendimento dei bambini in situazioni di vulnerabilità, si compensa l'ambiente di crescita sfavorevole. In sostanza, vi è una correlazione tra le opportunità offerte al bambino e i suoi outcome di sviluppo.

E questo è vero sia per le opportunità offerte all'interno dell'ambiente familiare che all'interno dei servizi educativi per la prima infanzia. Ad esempio, **Del Boca e Pasqua** in uno studio del **2010** evidenziano effetti positivi sia sui risultati scolastici che sugli outcome comportamentali derivanti dalla frequenza del nido. Dall'analisi dei dati ISFOL e INVALSI e da questionari

che indagavano lavoro della madre e utilizzo del nido, emerge che i bambini che avevano frequentato un servizio educativo di qualità mostravano migliori risultati in italiano e matematica da una parte, e migliori risultati su una serie di indicatori comportamentali (capacità di ascolto, capacità di concentrarsi nello studio, capacità di stabilire relazioni amicali, creatività nel gioco, creatività didattica e capacità di cooperare con i compagni) dall'altra. Lo studio sottolinea che l'effetto positivo sui risultati cognitivi si ottiene solo con la frequenza di un nido di qualità e che le capacità cognitive dei bambini dipendono non tanto dalla quantità ma soprattutto dalla qualità del tempo che i bambini trascorrono con gli altri caregiver in sostituzione del tempo materno.

Alcune delle buone pratiche che si sono rivelate efficaci per lo sviluppo del bambino e per la relazione con l'adulto, nonché per l'adulto stesso (es. aumento del senso di autoefficacia genitoriale), sono la lettura e il gioco.

La lettura condivisa fa ormai da tempo parte delle raccomandazioni formulate da agenzie internazionali e da gruppi professionali sui consigli da dare ai genitori per favorire lo sviluppo precoce del bambino (**Shonkoff, 2010**; **WHO 2012**) dal punto di vista cognitivo, socio-relazionale e socio-emotivo. Questa buona pratica, che può essere iniziata dai primi mesi di vita del bambino, porta anche benefici all'interazione madre-bambino, e al senso di autoefficacia delle madri (i padri sono stati fino ad oggi ben poco studiati), effetti evidenti anche quando le madri sono in situazioni di difficoltà o soffrono di depressione (**Albarran, 2014**; **Murray, 2016**; **Jimenez, 2016**; **Mendelsohn, 2018**).

Anche il gioco, come ulteriore opportunità di apprendimento precoce, è importante ai fini dello sviluppo, dal punto di vista fisico, cognitivo e socio-emotivo, come peraltro tutelato e sottolineato da specifiche norme (es. art 31 Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza,1989). Il gioco, nelle sue varie forme (gioco fisico, gioco creativo, gioco di movimento, gioco con oggetti, gioco libero o gioco guidato ecc.) offre diversi benefici quanto a: motricità grossolana e fine, miglioramento della forza e della resistenza, della coordinazione motoria, aumento dell'attenzione e della memoria, promozione della capacità di autoregolazione, miglioramento dell'empatia ed autostima (**Baumgartner 2002**, **Whitebread et al, 2017**). Inoltre, molti studi collegano il gioco allo sviluppo delle competenze linguistiche del bambino e nello specifico allo sviluppo dell'*emergent literacy*[7] (**Christie, 1992**; **Christie, 2006**) e al miglioramento delle abilità matematiche (*emergent numeracy*[8]).

L'impatto delle opportunità di apprendimento sull'insorgere precoce delle disuguaglianze

Tra i fattori che influenzano lo sviluppo di un bambino vi sono il livello occupazionale dei genitori, il loro livello educativo (non strettamente inteso come il livello di istruzione raggiunto ma come conoscenze sullo sviluppo del bambino e capacità di dare risposte adeguate ai suoi bisogni), la ricchezza delle interazioni che si hanno con le principali figure di riferimento e quindi le attività svolte assieme quali lettura, gioco, musica, e la frequenza dei servizi educativi per la prima infanzia.

È noto che la frequenza a questi servizi porta alla riduzione delle disuguaglianze che si creano già a partire dai primi anni di vita in bambini provenienti da diversi contesti sociali (**Laurin et al, 2015**). Nuove evidenze sulla precoce insorgenza delle disuguaglianze e sui fattori che la determinano sono emerse da un'indagine effettuata in Italia su bambini di età compresa tra i 42 e i 54 mesi (**Save the Children, 2019**). I risultati dell'indagine, condotta da Save the Children in collaborazione con il CSB, evidenziano che le disuguaglianze nello sviluppo si rendono evidenti ben prima dell'entrata nella scuola. Tra i bambini che hanno partecipato all'indagine, quelli che hanno genitori con bassi livelli di istruzione e in stato di disoccupazione o occupazione manuale, hanno maggiori difficoltà a svolgere i compiti

[7] *Emergent literacy: Sviluppo delle competenze necessarie alla lettura e alla scrittura, attraverso azioni quali far finta di leggere o scrivere e inventare giochi linguistici, che fioriscono in età prescolare (Justice, 2006).*

[8] *Emergent numeracy: comprensione di semplici concetti matematici (es. doppio/metà) in età prescolare (Nelissen, 2018).*

previsti dall'indagine per valutare lo sviluppo cognitivo, socio-relazionale e motorio. Particolarmente significativo è l'effetto del titolo di studio: i bambini con genitori con licenza elementare o media conoscono la metà delle lettere e dei numeri dei loro coetanei con genitori con titolo di studio superiore o universitario, e le loro risposte sono meno soddisfacenti ai quesiti inerenti gli ambiti fisico-motorio e socio-emozionale (fig. 1)

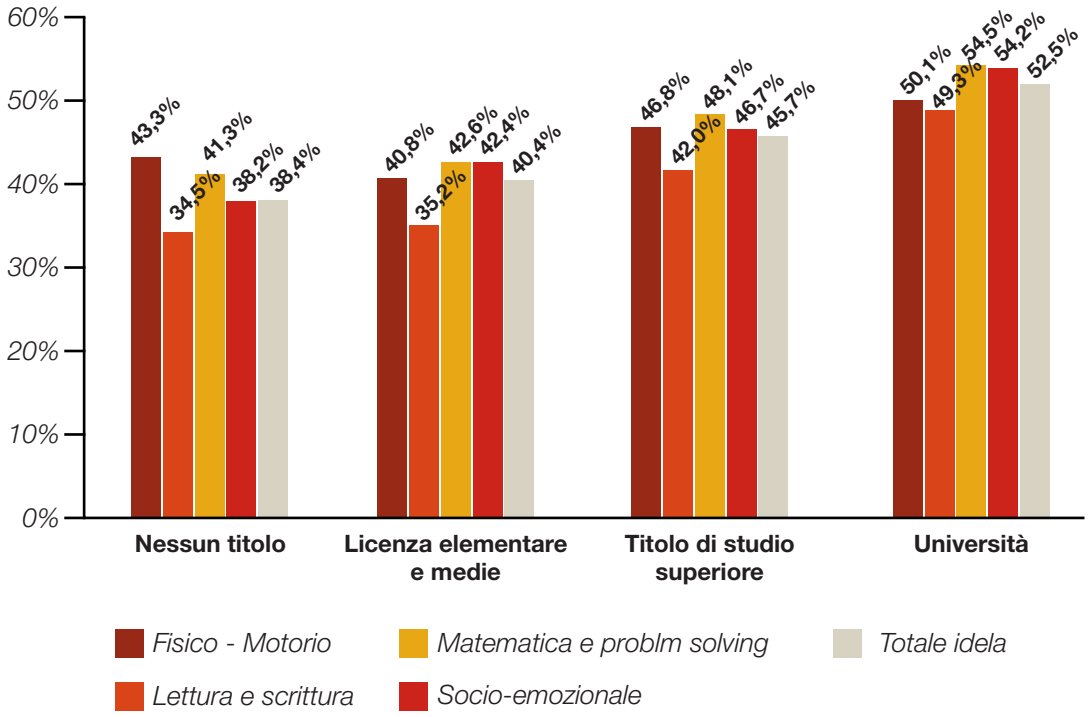


Fig. 1. Percentuali di bambini di età compresa tra i 42 e i 54 mesi che sono in grado di dare risposte soddisfacenti a quesiti o esercizi attinenti a diverse dimensioni dello sviluppo.

L'indagine, tuttavia, evidenza che le disuguaglianze che appaiono già nei primissimi anni di vita *non* sono inevitabili. I bambini appartenenti a famiglie con bassi livelli educativi e occupazionali, ma che hanno frequentato un nido d'infanzia, dimostrano performance migliori in tutti gli ambiti dello sviluppo del bambino rispetto ai coetanei che non hanno frequentato alcun servizio. E maggiore è il numero di mesi frequentati, più alte le performance.

Un altro dato che emerge con chiarezza dall'indagine è l'effetto protettivo della lettura: i bambini a cui si legge hanno percentuali di risposte soddisfacenti superiori, anche escludendo l'effetto del livello educativo e dello stato occupazionale dei genitori. Questo dato, che conferma le risultanze di studi internazionali, ha diverse importanti implicazioni: indica l'effetto di una pratica che può essere trasferita alle famiglie, tutte le famiglie; indica che, così come per gli effetti del nido, i benefici di questa pratica sono maggiori per i bambini che appartengono a nuclei familiari svantaggiati; indica infine che le politiche e gli interventi atti a garantire l'accesso precoce a servizi educativi di qualità e quelli per fornire alle famiglie opportunità di passare con i loro bambini, fin dai primi mesi, un tempo di qualità in attività efficaci per lo sviluppo precoce delle competenze, sono sinergici.

Va poi ricordato che, come una metanalisi ha messo in evidenza, una buona *performance* nei test cognitivi in infanzia e adolescenza, attraverso un impatto positivo sulla *health literacy*, si associa a una riduzione del 24% del rischio di morte in età adulta (**Calvin et al., 2011**), evidenziando come gli effetti benefici di questi interventi possano essere visibili anche nel lungo termine.

Il Nurturing Care Framework (NCF) include le opportunità di apprendimento precoce tra le 5 componenti necessarie per garantire a tutti i bambini opportunità ottimali di sviluppo.

Tra le opportunità di apprendimento precoce sono menzionati da un lato i servizi educativi prescolari per l'infanzia e dall'altro una serie di modalità e di interventi che possono essere effettuati isolatamente o in combinazione fra loro in ambito familiare, tra i quali la lettura, dialogica e non, il racconto di storie, attività ludiche con oggetti di uso quotidiano o giochi fai-da-te.

Le sezioni che seguono riportano i risultati di revisioni sistematiche di studi riguardanti i servizi educativi prescolari, la pratica della lettura in famiglia e il gioco nei primi anni.

Revisione delle evidenze

Brevi note metodologiche

Alcune delle revisioni considerate hanno incontrato grandi difficoltà metodologiche per l'eterogeneità degli studi o la mancanza di studi di qualità e la maggior parte degli studi sono stati condotti in contesti socioeconomici e culturali diversi da quello italiano.

La mancanza di revisioni aggiornate per quanto riguarda la sezione dei servizi educativi per la prima infanzia, e la mancanza di revisioni sistematiche specificamente riferite agli effetti del gioco sui primi anni di vita dei bambini, ha comportato l'inclusione in questo capitolo di alcuni studi relativi alla prima infanzia già inclusi nel policy brief del 2016 (**Capra et al., 2016**), ovvero Burger 2010, Camilli 2010, Van Urk, 2014 e l'inclusione di un solo studio relativo al gioco (**Gomes 2018**).

In totale sono state selezionate 11 revisioni sistematiche e metanalisi (per i servizi educativi: Mitchell, Burger, Camilli, Van Urk, Dietrichson, Perlman, Falenchuk; per la lettura: Law, Dowdall, Xie; per il gioco: Gomes). Le revisioni sono state condotte dall'anno 2010 all'anno 2018.

Revisioni riguardanti i servizi educativi prescolari

Le revisioni esistenti hanno preso in considerazione gli interventi educativi rivolti a una fascia di popolazione prescolare e sono basate su studi che, con varie metodologie, confrontano bambini che hanno usufruito di servizi educativi con bambini che non ne hanno usufruito o che hanno avuto esperienze educative alternative (es. cura dei genitori, nonni, babysitter).

Queste sono: Mitchell 2008 (literature review), Camilli 2010 (metanalisi), Burger 2010 (revisione), Dietrichson 2018 (revisione sistematica). Una revisione (Van Urk 2014) ha valutato solo l'efficacia del nido per l'infanzia, inteso come intervento a sé, senza considerare 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 effettuato nel Regno Unito su meno di cento bambini in totale le cui evidenze si limitano a un effetto positivo al limite della significatività sullo sviluppo cognitivo, perciò, dati i limitati dati a disposizione, ci limitiamo a citarla qui senza fornire ulteriori dettagli e la scheda di presentazione.

Infine, due revisioni sistematiche e metanalisi, Perlman 2017 e Falenchuk 2017, si sono focalizzate su alcuni indicatori di qualità dei servizi educativi prescolari (rapporto educatore/bambino e qualifica dell'educatore) e sull'effetto che questo aveva sullo sviluppo dei bambini.I risultati delle revisioni sono esposti sulla base degli outcome e di come questi outcome si sono distribuiti per età, stato socioeconomico, genere e su quanto sono durati nel tempo. Infine, si è tenuto conto di eventuali outcome negativi, dell'impatto della qualità del servizio, della relazione tra ambiente educativo e ambiente familiare e del rapporto costo-benefici relativo all'investimento nei servizi educativi prescolari.

Outcome indagati e loro distribuzione

L'outcome trasversale a tutte le revisioni è quello relativo alla sfera cognitiva. A questo fanno seguito gli outcome scolastici e quelli relativi alla sfera socio-emotiva e comportamentale.

In tutte le revisioni considerate gli outcome cognitivi tengono conto di indicatori riferiti in senso ampio al percorso scolastico. Nello specifico: in Burger (2010) gli indicatori per misurarli sono riferiti ai risultati ottenuti ai test scolastici, al successo scolastico in generale o agli anni di frequenza della scuola; in Camilli (2010) questi outcome comprendono indicatori su intelligenza e lettura; Mitchell (2008) invece li definisce come "conoscenze basate sulle materie scolastiche e abilità misurate con i test di QI o i quozienti di sviluppo". Gli indicatori utilizzati per la valutazione di questi outcome in questa revisione sono: risultati nei test o valutazioni degli insegnanti su performance scolastiche, in particolar modo su matematica, lettura, *literacy*; QI; livello di preparazione per l'ingresso a scuola; ripetizione dell'anno scolastico; ricorso a classi speciali; attitudine all'apprendimento.

I risultati di tutte le revisioni che hanno indagato questo aspetto evidenziano effetti benefici innanzitutto sugli outcome cognitivi, ma riportano anche benefici quanto all'attitudine all'apprendimento (Mitchell 2008) - intesa come perseveranza, curiosità, sicurezza, presenza di competenze sociali quali la capacità di lavorare con gli altri - alle competenze sociali (Camilli 2010) e al successo scolastico (Camilli 2010 e Burger 2010). Risulta invece più difficile definire l'effetto sulla riduzione della ripetizione dell'anno e sul ricorso a classi speciali, perché il numero di studi che ha preso in considerazione questi due aspetti in Burger 2010 è troppo piccolo per poter giungere a una conclusione chiara.

In Dietrichson (2018) invece, gli effetti sui punteggi dei test e sugli anni di scuola, e gli indicatori relativi a salute, benessere e comportamento sono misti, quindi variano tra e negli studi mentre gli effetti sugli altri outcome (progressione regolare tra scuola primaria e scuola secondaria, anni di scuola e livello di istruzione massimo, occupazione e guadagni) indicano effetti benefici nella media.

Per quanto riguarda i comportamenti antisociali Mitchell (2008) rileva risultati misti.

In generale gli outcome sono indagati per i bambini ma una revisione (Mitchell 2008) si è focalizzata anche sui benefici derivanti ai genitori e alla relazione tra genitore e bambino, rilevando risultati positivi nel breve termine per gli aspetti relativi alla genitorialità (interazione con i figli, qualità dell'ambiente familiare, coinvolgimento della figura paterna, conoscenze dei genitori sullo sviluppo del bambino) e per quanto viene definito come "*parental life outcome*" (studiare per una qualifica, capacità di costruzione di reti sociali, aumento della fiducia in sé stessi e riduzione dello stress). Questo avviene nei servizi educativi nei quali la formazione e il coinvolgimento dei genitori nei programmi educativi rappresentano gli elementi principali dei programmi che combinano i servizi educativi prescolari di qualità e il supporto genitoriale (i cosiddetti *integrated centres*) e in quei centri nei quali gli educatori incoraggiano i genitori a lavorare con loro sugli obiettivi educativi.

In tutti i tipi di servizio, il coinvolgimento dei genitori nella valutazione e nel curriculum, e la condivisione degli obiettivi educativi, era associato a una maggior comprensione da parte dei genitori dei processi di apprendimento e poteva avere un impatto positivo sulle attività significative per l'apprendimento svolte in famiglia. Questi benefici contribuivano in generale al funzionamento familiare.

Relazione tra età di inizio e durata dell'intervento e intensità ed effetto sullo sviluppo dei bambini

Un numero limitato di studi nella revisione di Mitchell (2008) ha evidenziato che un'età di ingresso precoce (prima di 1 anno o 2) nei servizi prescolari di bassa qualità era associato a livelli più alti di comportamenti antisociali nel momento della frequenza del servizio e dell'ingresso alla scuola primaria. Questo comportamento poteva essere temperato dalla successiva frequenza a servizi di alta qualità. Gli studi che hanno considerato invece la frequenza per lunghi periodi di

tempo non hanno riscontrato questo tipo di comportamenti, indicando che questi effetti potrebbero avere una durata limitata.

La frequenza prolungata ai servizi educativi prescolari è collegata a effetti benefici per quanto concerne i risultati scolastici per i bambini di diverso background socioeconomico. I benefici tendono a diminuire nel tempo ma potrebbero essere evidenti più a lungo per le performance di matematica e altri outcome scolastici. A evidenziare gli effetti più forti è comunque la frequenza prolungata ai servizi di qualità.

Per l'età di ingresso in Mitchell non ci sono indicazioni definitive: un'età di ingresso prima dei 3 anni è associata a benefici, ma ci sono evidenze miste per quanto riguarda invece l'ingresso prima dei 2 anni o tra i 2 e i 3 anni.

Nella revisione di Burger invece non si giunge a una conclusione definitiva quanto a età di inizio e durata, mentre per quanto riguarda l'intensità, gli studi considerati sono troppo pochi per definire l'intensità ideale.

Distribuzione degli effetti in base allo stato socioeconomico (SES) e al genere

In Mitchell (2008) gli studi di intervento più efficaci si sono dimostrati quelli rivolti a bambini di famiglie di basso reddito e che combinavano educazione di qualità e interventi sulla genitorialità. Altra importante considerazione della revisione è quella per cui i migliori benefici per lo sviluppo dei bambini si hanno da classi miste quanto a provenienza socio-economica (*peer socioeconomic mix*) in quanto questo favorisce un capitale umano[9] forte e "nutrito".

In Burger (2010), in cui ulteriore obiettivo della revisione era la verifica della misura in cui la frequenza ai servizi educativi prescolari può ridurre le disuguaglianze tra bambini di background sociale diverso, dei 26 studi che hanno preso in considerazione lo status socioeconomico (SES) della famiglia, 7 hanno evidenziato un particolare beneficio per i bambini più svantaggiati mentre 10 hanno documentato benefici per entrambi i gruppi (basso e alto SES). Da specificare che secondo gli 8 studi dei 5 progetti specificamente riferiti a bambini di basso SES, questi bambini hanno tutti beneficiato dei servizi educativi prescolari, che si può dunque affermare abbiano un effetto compensatorio.

Dietrichson (2018) sottolinea come i bambini provenienti da ambienti familiari di basso SES sembrano beneficiare maggiormente di questi servizi dei bambini di famiglie di alto SES.

C'è solo uno studio all'interno della revisione che sottolinea un effetto maggiormente benefico per i bambini di alto SES. Gli Autori spiegano questo risultato con la bassa qualità della modalità di cura informale di questi bambini e fornita, al contrario di molti bambini di basso SES, da figure diverse dai genitori. Questa differenza viene ricondotta alla differenza di qualità dei servizi prescolari e a quella della controfattuale modalità di cura.

La revisione non evidenzia invece differenze negli effetti dei servizi prescolari legati al genere.

Permanenza degli effetti nel breve e/o nel lungo termine

Mitchell (2010) ha rilevato outcome positivi sia nel breve che nel lungo termine (soprattutto per matematica e literacy), anche se nel breve termine gli effetti sono più evidenti.

Burger (2008) evidenzia che, in riferimento agli outcome cognitivi, gli effetti a breve termine superano quelli a lungo termine.

Anche per Camilli (2010) l'effetto tende a ridursi nel tempo.

Dietrichson (2018) nella sua revisione ha evidenziato che la maggior parte degli studi riporta che i programmi prescolari universali hanno in media effetti a lungo termine (dalla terza elementare fino all'età adulta).

[9] *Secondo la definizione dell'OCSE (2007) il capitale umano è costituito dall'insieme delle conoscenze, delle abilità, delle competenze e delle altre caratteristiche individuali che facilitano la creazione del benessere personale, sociale ed economico.*

Possibilità di effetti negativi per i bambini

Gli outcome negativi sono rari nella letteratura e sono per lo più evidenziati quando si è in presenza di servizi di bassa qualità. Per Mitchell (2008) ciò che contribuisce all'impatto negativo è l'ingresso precoce combinato alla scarsa qualità del servizio.

Anche il cambio frequente della tipologia di cura è associato a problemi quali maggiori comportamenti antisociali.

Le correlazioni negative con comportamenti aggressivi, antisociali e ansia, nel breve termine (e individuati principalmente negli Stati Uniti), sono collegate a un'età di ingresso precoce (prima di 1 anno) e alla permanenza prolungata (più di 30 ore alla settimana) in servizi di bassa qualità così come a frequenti cambi nella tipologia di servizi educativi.

Caratteristiche della qualità del servizio e suoi effetti sul bambino e sull'ambiente familiare (relazione ambiente educativo/ambiente familiare)

Per Burger (2010) la qualità dei servizi educativi precoci sembra giocare un ruolo più importante per lo sviluppo cognitivo che l'età di ingresso, l'intensità e la durata.

Per Mitchell (2008) la qualità dei servizi educativi prescolari è in grado di compensare le carenze derivanti dall'ambiente familiare o da altre esperienze perché i bambini si vedono aumentare in questo modo le opportunità di apprendimento e supporto sociale.

Elemento importante in grado di determinare un impatto positivo sono le interazioni tra gli educatori e le famiglie che vedono atteggiamenti non giudicanti degli educatori ma al contrario valorizzanti i punti di forza delle famiglie.

Gli impatti sono maggiori e più grandi negli approcci misti, nei quali l'educazione "*center-based*" è combinata con "*home-based services*" - ovvero nei quali i servizi educativi offrono anche "servizi" (sostengo, supporto, consigli) alle famiglie - se comparati con servizi che tengono conto solo dell'uno o dell'altro.

Nel dettaglio, ciò che è risultato importante per gli outcome positivi in Mitchell è:

1. **rapporto educatore/bambino più alto**: un buon rapporto educatore bambino è importante per permettere agli insegnanti di esser responsivi e di costruire (il termine inglese è "*scaffold*", come costruire un'impalcatura) e stimolare l'apprendimento dei bambini. Il rapporto è ancor più importante per la stimolazione linguistica dei bambini più piccoli;
2. **curriculum educativo forte e presenza di programmi che coinvolgono i bambini**: un percorso che permette ai bambini di esplorare e pensare autonomamente è associato a migliori performance cognitive nei successivi anni scolastici, al contrario di uno definito *academically oriented*;
3. **qualità dell'interazione bambino/educatore**: le relazioni adulto-bambino di qualità sono quelle che sono responsive, cognitivamente stimolanti e che incoraggiano la risoluzione di piccoli problemi (capacità di "*problem-solving*"), l'attenzione condivisa e la negoziazione. Una buona relazione tra educatore e bambino si è rivelata efficace anche per la riduzione dei problemi comportamentali e l'aumento dei livelli di socialità. I migliori outcome socio-emotivi erano associati, negli studi considerati, ad educatori che mostravano rispetto nei confronti dei bambini, capacità di ascolto, capacità di risposte empatiche, uso di linguaggio ricco e ragionamento;
4. **qualifiche degli educatori**: sono state individuate associazioni significative tra le qualifiche degli insegnanti e gli outcome dei bambini. Gli insegnanti qualificati utilizzano più parole e un linguaggio più complesso e sono in gradi di favorire un dialogo ricco con i bambini, fanno maggior uso di domande aperte quando comunicano con loro e utilizzano maggiormente momenti prolungati in cui i pensieri sono messi in comune, in modo da favorire lo sviluppo del pensiero nel bambino;
5. **coinvolgimento dei genitori**: il coinvolgimento dei genitori nella valutazione dell'apprendimento dei bambini e la condivisione degli obiettivi educativi con i genitori, può contribuire a migliorare l'ambiente di apprendimento familiare e a rinforzare la relazione tra ambiente familiare ed educativo.

A tal proposito, per Burger (2010) l'ambiente di apprendimento familiare può condizionare gli effetti dei servizi educativi prescolari, i quali non possono compensare quindi da soli il gap nello sviluppo creato da ambienti di crescita sfavorevoli. Gli interventi che hanno avuto un impatto più spiccato sono stati quelli che hanno adottato un approccio versatile, richiedendo il coinvolgimento dei genitori nei servizi educativi "*center-based*". Le strategie che supportano o incoraggiano un forte coinvolgimento dei genitori nelle attività significative per l'apprendimento svolte in famiglia, potrebbero potenziare i benefici derivanti dalla frequenza a servizi prescolari *center-based*.

Camilli (2010) mette in campo un altro fattore degno di nota ovvero le "*instructions*", il modo in cui gli educatori comunicano con i bambini. Le comunicazioni uno a uno oppure a piccoli gruppi sono elementi che forniscono agli educatori maggiori opportunità per accordare i contenuti formativi ai livelli di sviluppo dei bambini, in modo che questi ultimi siano in grado di apprendere più concetti e di ampliare quindi le loro competenze.

Anche per Dietrichson (2018), Perlman (2017) e Falenchuk (2017) la qualità dei programmi prescolari universali è di primaria importanza. Questi ultimi due si focalizzano su alcuni degli indicatori che vengono solitamente presi in considerazione per definire la qualità di un servizio educativo.

Il primo vuole valutare l'associazione tra il rapporto bambino/educatore e gli outcome del bambino, nelle dimensioni cognitiva, socioemotiva, motoria e comportamentale. I risultati cui giunge sono contraddittori e sono necessarie ulteriori ricerche per poter verificare se alcune caratteristiche degli educatori (es. livello di istruzione o anni di esperienza) e le variabili classe/programma moderano l'effetto del rapporto educatore/bambino sullo sviluppo del bambino.

Il secondo si è proposto di verificare principalmente se il livello di istruzione degli educatori fosse direttamente correlato alla qualità dei programmi educativi per i bambini e agli outcome per questi ultimi relativi alla sfera cognitiva (competenze linguistiche, matematiche ecc.) e socio-emotiva. In generale gli studi sono risultati troppo eterogenei per consentire delle conclusioni basate sulle evidenze: alcuni studi evidenziavano una debole associazione (relativamente agli outcome linguistici: vocabolario e identificazione delle lettere) tra l'istruzione degli educatori e alcuni outcome del bambino mentre altri, la maggioranza, non evidenziavano nessuna associazione. Per gli Autori è necessario prendere in considerazione anche altri fattori, rispetto alla sola qualifica, quali l'area di specializzazione, gli anni di esperienza, le conoscenze sullo sviluppo del bambino.

Questo sembra suggerire che sia necessario un focus su cosa fanno effettivamente gli educatori piuttosto che sul loro livello di istruzione, ai fini della valutazione della qualità del servizio.

Analisi costi-benefici

Negli studi che in Mitchell 2008 hanno analizzato i costi e i benefici dell'educazione prescolare universale di qualità o dei servizi educativi prescolari di qualità specificamente previsti per i bambini di basso SES, i benefici previsti, proiettati nel tempo, hanno superato i costi. Per la società i benefici derivano da fattori quali aumento della produttività (derivante da aumento dell'occupazione materna conseguente alla frequenza dei bambini ai servizi educativi), diminuzione dei costi sanitari e di assistenza sociale, diminuzione della criminalità

Anche per Dietrichson gli studi che hanno effettuato un'analisi costi-benefici mostrano un rapporto benefici/costi superiore all'uno.

Conclusioni

In conclusione, quello che si può estrapolare dalle revisioni, e che spiega la differenza di risultati emersa negli studi relativamente alla frequenza di un servizio educativo prescolare è che:

- gli outcome maggiormente investigati sono quelli relativi all'area cognitiva, per la quale si evidenziano effetti benefici per il bambino nel breve termine, ma anche nel lungo termine per quanto riguarda ad es. le competenze scolastiche in matematica e literacy. Effetti benefici sono stati evidenziati anche negli outcome socio-emotivi e comportamentali. Possibili spiegazioni dell'eterogeneità di espressione di alcuni risultati nel tempo potrebbero essere ricondotte a: a) qualità del servizio: ad es. alcuni programmi sono di qualità sufficientemente bassa per poter essere potenzialmente dannosi per i bambini; b) gli effetti reali dei servizi prescolari universali sono meglio rappresentati da indicatori più a lungo termine, quali ad esempio la laurea, il livello di guadagno e l'occupazione, in quanto questi sono verosimilmente influenzati anche da altri tipi di competenze rispetto a quelle per le quali gli studi hanno trovato effetti dannosi, es. i punteggi ai test; c) alcuni effetti negativi potrebbero diminuire nel tempo, o perché i bambini ricevono altri tipi di interventi (frequenza di scuole di grado superiore) o naturalmente quando i bambini diventano più grandi. Ad esempio, potrebbero esserci effetti negativi nel breve termine derivanti dal contatto con altri bambini, ma questi effetti possono essere sorpassati o addirittura trasformarsi in benefici nel lungo termine;
- la frequenza ai servizi educativi prescolari è benefica per tutti i bambini ma i bambini provenienti di ambienti più svantaggiati, e quindi con maggiori rischi per lo sviluppo, ottengono risultati migliori (meglio se le classi sono miste);
- la qualità del servizio è importante: i servizi di qualità bassa possono essere dannosi per i bambini, anche per quelli provenienti da famiglie con livello socioeconomico alto; i servizi di qualità alta possono compensare la povertà di apporti di ambienti più svantaggiati;
- non ci sono evidenze chiare rispetto a un'età di ingresso troppo precoce (prima dell'anno) e alla durata ottimale del servizio. Tuttavia, per questa valutazione non si può prescindere da una valutazione della qualità, sia dell'ambiente familiare, sia del servizio educativo: per i bambini destinati a povertà di apporto e di opportunità dall'ambiente familiare, la presenza di servizi educativi di qualità porta a maggiori benefici. La povertà di apporti non si riferisce necessariamente ad ambienti caratterizzati da povertà economica.
- i risultati migliori si ottengono da un lavoro sinergico tra servizi educativi e famiglia;
- vi sono ricadute positive anche sui genitori derivanti da una maggiore interazione con i servizi educativi: i genitori possono migliorare le loro conoscenze sullo sviluppo del bambino, aumentare il loro senso di autoefficacia ed estendere le proprie reti sociali;
- i benefici di un servizio di qualità sono evidenti non solo a livello individuale (genitore e/o bambino) ma anche a livello di società.

L'intersezione più conosciuta tra economia e politiche per la prima infanzia è l'analisi costi-benefici dei programmi per la prima infanzia. L'efficacia degli investimenti precoci è stata oggetto di ricerca da parte di molto studiosi, tra qui il premio Nobel James Heckman, il quale con i suoi studi ha dimostrato che per ogni dollaro di investimento sulla prima infanzia vi è un ritorno (in termini di risparmi e profitti per gli Stati) del 7%-10% annuo, per bambino (**Heckman, 2000**).

Anche RAND Corporation ha contribuito alla ricerca in questo campo, con la sua teoria del capitale umano e dei profitti monetari (**Kilburn, 2008**), che implicano che gli "investimenti" nella capacità produttiva degli individui permettono di migliorare i risultati personali e che questi investimenti producono i rendimenti migliori, anche per lo Stato, quando sono effettuati nei primi anni di vita. Nel 2017, RAND (**Cannon, 2017**) che ha valutato il ritorno economico (BCA= benefit to cost analysis) di 19 programmi per la prima infanzia ha dimostrato che il rapporto costo-benefici per ogni dollaro investito va da 2 a 4 dollari, anche se, nei programmi con follow-up più lunghi (che quindi riescono a ricavare

maggiori informazioni sui guadagni, la criminalità ecc), sono possibili anche rapporti maggiori.

Quindi i programmi per la prima infanzia generano benefici che coprono il costo dell'investimento iniziale. Bisogna comunque tener conto del fatto che c'è incertezza nelle stime degli investimenti economici derivanti, ad esempio, dall'impossibilità di attribuire un costo ad ogni esito misurato.

Tuttavia, merita sottolineare che i benefici derivanti da investimenti educativi sulla prima infanzia si manifestano nel tempo e possono essere necessari diversi anni o decenni, tipicamente il raggiungimento dell'età adulta, perché i benefici in termini di migliori outcme educativi, di occupazione ecc. siano misurabili e maggiori dei costi iniziali. Ci sono comunque situazioni dove programmi finalizzati all'apprendimento precoce si dimostrano in grado di produrre benefici immediati, per esempio migliorando la fruizione di servizi sanitari e consentendo vantaggi alle famiglie, ad esempio in termini di occupazione.

Revisioni riguardanti la lettura condivisa

Le revisioni considerate sui benefici della lettura sono: **Dowdall 2019** (revisione sistematica e metanalisi), **Law 2018** (revisione sistematica e metanalisi), **Xie 2018** (metanalisi).

In queste revisioni sono stati indagati principalmente l'effetto della lettura tra adulto e bambino sullo sviluppo del linguaggio del bambino e l'effetto di questa pratica sul funzionamento psicosociale di bambino e genitore. Gli interventi di lettura richiedevano un *parent training* e il conseguente utilizzo da parte del genitore di modalità di lettura interattiva più o meno strutturate che abitualmente vengono definite come lettura dialogica (*dialogic reading*) e lettura condivisa (*shared reading*).

La differenza tra la lettura dialogica e la lettura condivisa è che la prima è molto più strutturata e comprende specifiche strategie quali l'utilizzo di domande, fatte dal genitore al bambino, legate al libro che si sta leggendo. In questo tipo di lettura l'adulto assume man mano il ruolo di ascoltatore attivo mentre aiuta il bambino a "diventare lettore" e a narrare lui stesso la storia.

Più nello specifico, come riporta Dowdall (2019), gli interventi di lettura dialogica constano generalmente di un certo numero di sessioni durante le quali i genitori, o individualmente o in gruppo, vengono guidati su come utilizzare i libri con immagini in maniera efficace con i loro bambini. Questo processo prevede che ai genitori vengano fornite informazioni sulle tecniche che comprendono l'utilizzo di strategie evocative aventi l'obiettivo di elicitare una risposta verbale da parte del bambino (ad es. l'utilizzo di domande aperte "cosa, dove o chi" al posto delle domande chiuse "sì/no", l'utilizzo dell'espansione, la ripetizione di quanto riportato dal bambino ma arricchita di nuovi spunti e così via).

Nella seconda tipologia invece, quella della lettura condivisa, che è più simile al tipo di lettura che già esiste all'interno dell'ambiente familiare, l'adulto legge al bambino senza richiedere troppa interazione da parte sua.

Le revisioni hanno considerato studi che mettevano quindi a confronto bambini cui veniva letto in maniera più strutturata, con bambini cui non veniva letto o a cui veniva letto in maniera usuale, ovvero lettura condivisa.

La lettura doveva comprendere genitori o principali caregiver (quindi non educatori) e bambini in età prescolastica.

Dopo aver verificato l'effetto sullo sviluppo del linguaggio, gli interventi sono stati messi in relazione con l'età del bambino, la frequenza e la durata dell'intervento, lo stato socioeconomico, le modalità di *parent-training*, eventuali difficoltà dello sviluppo del bambino, il livello di istruzione dei cargiver. Inoltre, sono stati indagati gli effetti a lungo termine degli interventi.

Effetti sullo sviluppo del linguaggio

Law (2018) e Dowdall (2019) si sono focalizzati soprattutto sull'impatto degli interventi di lettura condivisa di libri illustrati sul linguaggio espressivo (capacità del bambino di esprimersi) e recettivo (capacità del bambino di comprendere ciò che gli viene detto) dei bambini

in età prescolare (tra 1 e 5 anni Law; tra 1 e 6 anni Dowdall) e sulle competenze di pre-lettura (che includono la preparazione alla lettura, il riconoscimento delle parole stampate, la conoscenza dell'alfabeto, la capacità di segmentazione delle parole, il riconoscimento delle lettere e la lettura scorrevole).

In Dowdall (2019) gli interventi di lettura dedicati ai genitori hanno evidenziato un effetto positivo sia sul linguaggio espressivo che su quello recettivo dei bambini, con risultati migliori per il primo. Il fatto che gli effetti possano essere prevalentemente sul versante recettivo piuttosto che espressivo sembrano correlati alle modalità di lettura e quindi all'attenzione posta a "far parlare" il bambino su quanto viene letto piuttosto che limitarsi alla lettura. Ovviamente le differenze negli effetti possono dipendere anche dalle diverse modalità e strumenti con cui questi sono misurati piuttosto che riflettere effettive differenze nelle competenze dei bambini.

In Law (2018), se confrontati al gruppo di controllo, i bambini cui veniva letto, aumentavano significativamente il loro linguaggio espressivo e recettivo, con la maggior parte degli studi che evidenzia effetti benefici soprattutto per quanto riguarda il linguaggio recettivo, anche se questo effetto era non significativo.

La **lettura condivisa** porta a effetti maggiori rispetto a quella dialogica per quanto riguarda il **linguaggio recettivo**. Le competenze di linguaggio recettivo tendono a essere più predittive delle successive difficoltà educative e sociali a scuola e, ad oggi, le evidenze dimostrano che le competenze precoci di linguaggio recettivo sono le più difficili da cambiare. Interessante notare come la revisione abbia dimostrato che la lettura condivisa non strutturata e che già fa parte della routine familiare, sia più efficace di quella dialogica per lo sviluppo del linguaggio recettivo. Questa scoperta è importante per gli Autori in quanto soprassa l'ortodossia prevalente per cui la lettura dialogica è necessariamente più efficace di altre forme di lettura genitore/bambino.

Tutti gli studi che hanno invece riportato risultati positivi sul **linguaggio espressivo** si riferivano ad interventi di **lettura dialogica**.

Per quanto riguarda gli studi sulle competenze di pre-lettura, gli interventi di lettura hanno avuto su di esse un effetto benefico, sia in caso di lettura dialogica, sia in caso di lettura condivisa.

Ulteriore obiettivo in Dowdall era quello di verificare fino a che punto gli interventi di lettura avessero effetti benefici sulle competenze dei caregiver (madre, padre, nonna/o o altre figure di riferimento principali per il bambino). In altre parole, si è indagata la misura in cui i caregiver ai quali è stato diretto l'intervento sono stati in grado di replicare con i loro bambini quanto appreso.

Solo pochi studi (6) tuttavia hanno fornito informazione sulla misura in cui questi interventi portavano a un miglioramento nelle competenze dei genitori, evidenziando un *effect size* molto grande, in relazione alle competenze di book-sharing del caregiver. Di questi 6 studi, solo in uno è stato possibile verificare l'impatto delle competenze del genitore sul linguaggio del bambino, lo studio di Murray et al 2016. Questo studio ha evidenziato che il miglioramento della sensibilità (capacità del genitore di comprendere i segnali del bambini) del caregiver durante l'intervento di lettura ha mediato in maniera significativa l'impatto sul linguaggio recettivo, mentre il miglioramento nella reciprocità (relazione adulto/bambino inteso come scambio reciproco di sguardi e turnazione nel dialogo) tra caregiver e bambino durante l'intervento ha mediato l'impatto sia nel linguaggio espressivo che in quello recettivo del bambino, così come l'attenzione focalizzata del bambino. Questo è un dato importante perché l'attenzione focalizzata del bambino è uno dei predittori del quoziente intellettivo e delle performance scolastiche nelle età successive.

Sviluppo del linguaggio ed età del bambino

La revisione di Dowdall non ha individuato una correlazione tra l'età del bambino e il miglioramento nel linguaggio recettivo o espressivo: gli effetti riscontrati erano uguali per i bambini più grandi o più piccoli di 3 anni.

In Law non sono state trovate differenze nei bambini di 2 o 3-4 anni per il linguaggio espressivo. Per il linguaggio recettivo invece i risultati degli interventi (negli studi che hanno utilizzato il PPVT-Peabody Picture Vocabulary Test) variano in base alle diverse età del bambino,

evidenziando un effetto maggiore per i bambini con più di 3 anni. Questo suggerisce che l'intervento potrebbe avere l'effetto più ampio nel linguaggio recettivo per i bambini con più di 3 anni.

Dose e durata dell'intervento

La dose dell'intervento va da sessioni molto brevi, a volte somministrate al genitore per pochi minuti per via telefonica, oppure durante i bilanci di salute dei bambini, a sessioni più lunghe di durata superiore ai 90 minuti.

In Dowdall vediamo un numero delle sessioni da 1 a 18, di durata da 15 a 90 minuti o più.

In Law la frequenza dell'intervento variava da 2 a 68 settimane, e da una singola sessione di 15 minuti, a 8 sessioni da 90 minuti e sessioni giornaliere di 15-20 minuti per 17 mesi.

La dose dell'intervento (< 60 min vs > 60 min di intervento) si è rivelata essere importante in Dowdall. I bambini hanno ottenuto più benefici nel linguaggio espressivo quando i genitori avevano preso parte a un intervento più lungo. E il trend era lo stesso per il linguaggio recettivo. Invece gli interventi più brevi (meno di 60 min.) non hanno dimostrato un impatto significativo sul linguaggio dei bambini. Questo può essere legato al fatto che negli interventi più brevi non si ottiene un cambiamento sufficiente nel comportamento del genitore utile per poter poi avere dei benefici sul linguaggio dei bambini.

Quando l'analisi ha preso in considerazione solo gli studi di durata più estesa (sopra i 90 min.) gli *effect sizes* aumentavano, diventando d=0.54 e d=0.34 rispettivamente.

In Law non sembra esserci una relazione tra la frequenza e l'effetto. Bisogna però porre attenzione all'interpretazione di questo risultato perché dipende dalla modalità di raccolta di informazioni su questa dimensione e dal dettaglio fornito dagli studi.

Questi interventi sembrano avere effetti immediati e non sembra che ci sia un vantaggio chiaro derivante dall'estensione degli interventi per durata o frequenza delle sessioni. Gli interventi più efficaci sono stati quelli di durata 0-10 settimane. Questo periodo di intervento è comune nella pratica clinica, quindi supporta la validità di questa durata per gli interventi sul linguaggio recettivo.

Modalità di parent-training

Una scoperta importante è che gli interventi di gruppo si sono rivelati più efficaci degli interventi uno a uno, sia per gli effetti sul linguaggio recettivo ed espressivo, sia sulle competenze di pre-lettura. Una possibile spiegazione è che il gruppo di genitori offra a tutti maggior supporto sociale, e i genitori hanno così l'opportunità di relazionarsi con gli altri genitori, condividere le loro esperienze di lettura di libri a casa con i loro bambini, discutere delle reciproche difficoltà e quindi sostenersi a vicenda durante l'intervento. La formazione di gruppo è efficace sia in termini di costi che di tempo impiegato.

Tuttavia, secondo Dowdall, questi risultati dovrebbero essere trattati con cautela, dato il numero limitato di studi che ha utilizzato la tecnica del rapporto uno a uno e considerato che due di questi 5 studi avevano un'intensità bassa.

Stato socioeconomico della famiglia

Per quanto riguarda il linguaggio espressivo, i bambini provenienti da background più svantaggiati ricevono gli stessi benefici dei bambini del gruppo di controllo.

Ricevono invece maggiori benefici per quanto riguarda il linguaggio recettivo. Può darsi, come dicono gli Autori in Law, che questo sia collegato allo sviluppo dell'attenzione e delle competenze di ascolto, che alimentano le competenze del linguaggio recettivo e che queste potrebbero essere meno sviluppate nei ragazzi più svantaggiati che quindi rispondono in misura maggiore all'intervento. Dato però il numero ridotto di studi in alcune delle analisi di sottogruppo bisogna fare attenzione a non sovrastimare i risultati.

Difficoltà dello sviluppo

La maggior parte degli studi inclusi in Dowdall ha preso in considerazione bambini con sviluppo tipico, tranne 2 studi che hanno incluso, uno, bambini con ritardo del linguaggio (da lieve a severo) e l'altro, bambini con bisogni educativi speciali di cui peraltro non vengono riportati risultati.

In Law 4 studi hanno inclusi bambini con ritardi o difficoltà linguistiche. Nonostante non sia stato possibile condurre un'analisi di sottogruppo per verificare se i bambini con difficoltà di apprendimento linguistico rispondevano nello stesso modo o in modo diverso rispetto ai bambini con sviluppo tipico agli interventi di lettura, c'erano dei trend nei dati che sembrano suggerire che non esiste un motivo a priori per assumere che i bambini con difficoltà linguistiche debbano avere risultati peggiori in questi interventi.

Livello di istruzione dei caregiver

Il livello di istruzione dei caregiver negli studi presi in considerazione da Dowdall variava considerabilmente (la maggior parte non aveva un titolo universitario).

Non sono stati riscontrati effetti diversi a seconda del livello di istruzione dei genitori sul linguaggio del bambino. Gli Autori sottolineano l'importanza di questa evidenza in quanto questo significa che gli interventi di lettura condivisa destinati ai genitori possono essere efficaci indipendentemente dal livello di istruzione del genitore.

Effetti nel lungo termine

La maggior parte degli studi inclusi nella revisione di Law non comprendevano una fase di follow-up, perciò risulta difficile fare una valutazione delle implicazioni a lungo termine di questi interventi.

Può darsi, affermano gli Autori, che l'effetto svanisca, ma è anche possibile che nel tempo si crei un circolo virtuoso. Ad esempio, la lettura precoce condivisa ha effetti sullo sviluppo del linguaggio e i bambini che sono più bravi nella comprensione del linguaggio, nell'espressione e nelle competenze di *literacy*, leggono di più; in considerazione della maggior esposizione alla lettura la loro comprensione, la capacità di lettura e lo spelling migliorano con il passare degli anni di istruzione.

C'è tuttavia bisogno di ulteriore ricerca su questo.

Effetti sugli outcome socio-emotivi

Ci sono stati pochi studi che hanno valutato gli effetti psicosociali della lettura condivisa sul genitore e sul bambino e il ruolo dei genitori come beneficiari di questi interventi è stato spesso ignorato, nonostante alcune evidenze per cui gli interventi di lettura tra adulto e bambino possono contribuire a migliorare le competenze genitoriali e l'autostima ma anche ridurre lo stress e la depressione.

Nella revisione di Xie un gruppo di intervento che ha ricevuto una formazione strutturata, materiali integrativi e altri servizi con l'obiettivo di incoraggiare i genitori a leggere ai propri bambini, è stato confrontato con un gruppo di controllo, che non ha ricevuto formazione e altri tipi di supporto.

Gli outcome considerati sono quelli relativi al funzionamento psicosociale dei bambini (capacità di regolazione socio-emotiva, problemi di comportamento, qualità della vita, interesse nella lettura) e dei genitori (presenza di stress e/o depressione, competenze genitoriali, relazione con il bambino, attitudine del genitore a leggere al proprio bambino).

Nell'analisi questi outcome sono stati considerati separatamente, come 2 sottogruppi.

Gli interventi erano indirizzati a bambini della fascia 0-3 anni (10 interventi) e 3-6 anni (9 interventi) e per la maggior parte a bambini in contesti svantaggiati (es. bambini che vivono in famiglie con bassi redditi, con madri con bassi livelli di istruzione, con problemi comportamentali, con ritardo di linguaggio). Gli interventi sono stati condotti in contesti diversi, a scuola, a casa, negli ospedali. In alcuni (5) studi gli interventi di lettura sono stati combinati con altri interventi quali programmi sulla genitorialità o sul comportamento dei bambini.

La maggior parte degli studi ha fornito una formazione ai genitori su come leggere ai bambini, con una frequenza che andava da 2 a 28 sessioni. L'intervento è stato fornito in maniera individuale o a gruppi. Solo in 3 interventi sono stati impiegati professionisti (es. laureati in scienze primarie o logopedia) per l'intervento.

Gli interventi inclusi nella metanalisi hanno dimostrato un effetto piccolo ma statisticamente significativo sugli outcome psicosociali dei bambini, specialmente quelli provenienti da contesti svantaggiati, e dei genitori, con un *effect size* un po' più grande per questi ultimi.

Questi interventi hanno effetti psicosociali simili per i bambini della fascia 0-3 anni e per quelli di 3-6 anni. La revisione non ha rilevato differenze di outcome legate al sesso.

Non è stata trovata un'associazione tra durata e dose dell'intervento e ricadute psicosociali.

La metanalisi condotta suggerisce che più che le specifiche tecniche di lettura, ciò che potrebbe aver effetto sugli outcome psicosociali è la lettura condivisa come interazione significativa tra il bambino e il genitore.

Questi interventi si sono rivelati più efficaci, anche in termini di costo, di quelli forniti da professionisti.

Ci sono altre variabili considerate negli studi inclusi nella revisione che potrebbero essere fattori che influenzano il risultato, ad esempio il contenuto dei libri e la qualità delle interazioni bambino-genitore. Inoltre, solo un limitato numero di studi coinvolgeva anche i padri, pertanto i prossimi studi dovrebbero essere condotti coinvolgendo anche la figura paterna.

Conclusioni

Riassumendo quanto riportato dalle revisioni si può dire che:

- la lettura dialogica ha effetti maggiori sul linguaggio espressivo;
- la lettura condivisa ha effetti maggiori sul linguaggio recettivo, per il quale si hanno effetti più grandi nei bambini con più di 3 anni;
- gli interventi più lunghi (dose, durata) si sono rivelati più efficaci;
- il livello di istruzione dei genitori non influisce sui benefici per i bambini;
- la lettura tra adulto e bambino porta anche a benefici psicosociali per entrambi.

Revisioni riguardanti il gioco

Il gioco ha un'importanza fondamentale in quanto gli esseri umani sviluppano le loro prime abilità, le interazioni e scoprono sé stessi e il mondo attorno a loro proprio tramite il gioco nel periodo dell'infanzia.

Nonostante la sua importanza, vi è carenza di revisioni sistematiche che indaghino gli effetti del gioco in senso ampio sullo sviluppo del bambino, soprattutto nei primi anni di vita.

Per la maggior parte le revisioni esistenti prendono in considerazione l'effetto del gioco derivante dall'attività fisica o il gioco all'aria aperta, dunque si riferiscono a singoli aspetti.

La revisione che viene presentata qui è quella di Gomes 2018, che ha l'obiettivo di fare una revisione della letteratura esistente sul gioco e sintetizzare i suoi effetti positivi sulla salute dei bambini. La revisione ha incluso 6 studi qualitativi, 3 revisioni narrative, 1 revisione sistematica, 1 studio quantitativo e 1 studio quali-quantitativo.

All'interno della revisione, per "bambino" si intende quanto definito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei bambini e degli adolescenti, ovvero ogni essere umano sotto i 18 anni, perciò gli studi considerati prendono in esame bambini e ragazzi di età diverse fino a questo limite.

I dati a disposizione rinforzano l'importanza del gioco come promotore di salute del bambino, sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista psicosociale, e indicano che il gioco:

- contribuisce alla prevenzione e al trattamento delle malattie legate alla vita sedentaria;
- ha effetti sull'umanizzazione delle cure rendendo il periodo di ricovero in ospedale meno stressante e portando anzi a ricadute positive sul successo dei trattamenti e quindi diminuendo la durata della degenza;
- può essere utilizzato per favorire l'apprendimento di alcuni concetti: in uno studio sono state utilizzate, con risultati positivi, strategie ludiche per migliorare la salute orale del bambino;
- nella sua forma di gioco libero promuove l'autocontrollo, la flessibilità, la resilienza, la capacità di adattarsi e l'equilibrio emotivo, fattori che contribuiscono alla salute sociale ed emotiva nel corso della vita.

Gli Autori sottolineano che la riduzione del tempo dedicato al gioco depriva i bambini di esperienze fondamentali per la loro salute e il loro sviluppo, fisico, sociale, emotivo. Questo potrebbe avere conseguenze sulla vita degli adulti che mostreranno minor capacità di adattamento, minor capacità di risoluzione dei problemi e saranno più stressati e meno flessibili in quanto non hanno avuto la possibilità di esercitare queste funzioni da piccoli.

È importante effettuare ulteriori ricerche sul gioco ma anche continuare a sostenere questa buona pratica che porta i bambini a sviluppare il loro pieno potenziale.

Bibliografia

Shonkoff JP, Phillips DA (Eds.). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academy Press, 2000.

Thompson RA. Development in the first years of life. The future of children, 2001; 11(1):21-33.

UNESCO. EFA global monitoring report, 2007: Strong foundations –Early childhood care and education.

Melhuish EC, Phan MB, Sylva K et al. Effects of the home learning environment and preschool center experience upon literacy and numeracy development in early primary school. Journal of Social Issues, 2008; 64 (1), 95-114.

World Health Organization. Improving early child development: WHO guidelines. WHO, Geneva, 2020.

Black MM, Walker SP, Fernald LCH et al. Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet, 2017; 389(10064):77-90.

Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children, Brooks Publishing, 1995.

Del Boca D, Pasqua S. Esiti scolastici e comportamentali, famiglia e servizi per l'infanzia, Fondazione Giovanni Agnelli in collaborazione con Università di Torino, CHILD e Collegio Carlo Alberto, 2010.

Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. Child Development, American Academy of Pediatrics Council on early brain and child development, 2010; 81(1):357

WHO and UNICEF. Care for Child Development. WHO, Geneva, 2012.

Albarran AS, Reich SM. Using baby books to increase new mother's efficacy and improve toddler language development, Infant Child Development, 2014; 23:74-87.

Murray L, De Pascalis L, Tomlinson M et al. Randomized controlled trial of a book-sharing intervention in a deprived South African community: effects on carer-infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome. J Child Psychology and Psychiatry, 2016; 57:1370-1379.

Jimenez ME, Mendelsohn AL, Lin Y et al. Early shared reading is associated with less harsh parenting. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2019.

Mendelsohn AL, Cates CB, Weisleder A et al. Reading aloud, play, and social-emotional development. Pediatrics, 2018;141(5).

Whitebread D, Neale D, Jensen H et al. The role of play in children's development: a review of the evidence. The Lego Foundation, 2017.

Baumgartner, E. Il gioco dei bambini, Carocci, Roma 2002.

Christie JF, Enz B. The effects of literacy play interventions on preschoolers play patterns and literacy development. Early education and development, 1992;3(3): 205-220.

Christie JF, Roskos KA. Standards, science, and the role of play in early literacy education. In D. G. Singer, R. M. Golinkoff, & K. Hirsh-Pasek (Eds.), Play = learning: How play motivates and enhances children's cognitive and social-emotional growth, Oxford University Press, 2006.

Justice LM, Clinical Approaches to Emergent Literacy Intervention, Plural Publishing 2006

Nelissen J. Emergent Numeracy: Nature, nurture and meaning. Curriculum and Teaching, 2018; 33(2):5-22

Laurin JC, Geoffroy MC, Boivin M, et al. Childcare services, socioeconomic inequalities and academic performance. Pediatrics, 2015;136(6).

Save the Children. Il miglior inizio. Diseguaglianze e opportunità nei primi anni di vita, 2019.

Calvin CM, Deary IJ, Fenton C, et al. Intelligence in youth and all-cause-mortality: systematic review with meta-analysis. International Journal of Epidemiology, 2011; 40: 626-644.

Capra P, Dettoni L, Suglia A, et al. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Grugliasco: DoRS, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, INMP, 2016.

OCSE. Human Capital. How what you know shapes your life. OECD Insights, 2007.

Heckman J. Invest in early childhood development: reduce deficits, strengthen the economy. The Heckman equation, 2000.

Kilburn MR, Karoly LA. The Economics of Early Childhood Policy. What the dismal science has to ay about investing in children. Labor and Population and Casey Family programs, 2008.

Cannon JS, Kilburn MR, Karoly LA. Investing early: taking stock of outcomes and economic returns from early childhood programs. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2017.

Bibliografia revisioni

Servizi educativi

Mitchell L, Wylie C, Carr M. Outcomes of early childhood education: literature review. Report to the Ministry of Education. New Zealand Council for Education Research, 2008.

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.

Camilli G, Vargas S, Ryan S, Barnett WS. Meta-Analysis of the effects of early education interventions on cognitive and social development. Teachers College, Columbia University 2010; 112 (3).

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 (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014.

Dietrichson J, Kristiansen IL, Nielsen BCV. Universal preschool programs and long-term child outcomes: a systematic review. IFAU, Working paper 2018:19.

Perlman M, Fletcher B, Falenchk O et al. Child-Staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: a systematic review and meta-analyses. PLoS ONE, 2017; 12(1)

Falenchuk O, Perlman M, McMullen E, Fletcher B et al. Education of staff in preschool aged classrooms in child care centers and child outcomes: a meta-analysis and systematic review. PLoS ONE, 2017; 12(8).

Lettura

Law J, Charlton J, McKean C, Beyer F et al. Parent-child reading to improve language development and school readiness: a systematic review and meta-analysis. Newcastle University, 2018

Dowdall N, Murray L, Hartford L et al. Shared picture book reading interventions for child language development: a systematic review and meta-analysis. Child Development, 2019.

Xie Q-W, Chan C.H.Y., Ji Q, et al. Psychosocial effects of parent-child book reading interventions: a meta-analysis. Pediatrics, 2018;141(4).

Gioco

Gomes NR, Costa Maia E, Van Deursen Varga I. The benefits of play for children's health: a systematic review. Arq. Ciênc. Saúde, 2018; 25(2): 47-51

Buone pratiche e buoni esempi sul tema dell'apprendimento precoce

Nadie es perfecto (NEP)

Titolo del progetto/ programma	Nadie es perfecto (NEP)
Ente proponente + main partner	Servizio Sanitario Nazionale (Cile)
Obiettivi principali	Promuovere lo sviluppo cognitivo e socio-relazionale del bambino attraverso un rinforzo delle competenze genitoriali. Il programma mira a produrre un cambiamento nelle conoscenze e attitudini genitoriali e a facilitare l'adozione di buone pratiche. Il programma è l'adattamento cileno del programma canadese "Nobody is perfect".
Target diretti e indiretti	Genitori di basso e medio-basso SES (diretti); bambini nella fascia 0-5 anni (indiretti)
Livello di intervento / approccio	Universale, area-based. Da segnalare però che i bambini con ritardi o disabilità nello sviluppo molto gravi, con problemi psichiatrici o con situazioni di violenza familiare non vengono presi in considerazione, in quanto inviati a servizi a livello locale che prevedono un coinvolgimento più intensivo.
Tipologia di intervento	Vengono fornite due tipologie di intervento: **1.** NEP Basico: 6-8 sessioni sessioni settimanali condotte con gruppi di 6-12 caregiver, senza bambini, su promozione delle competenze relative alla genitorialità positiva capace di offrire stimoli per lo sviluppo e di educare con discipline autorevoli e non violente; almeno 1/3 del tempo è dedicato a sostenere il senso di autoefficacia genitoriale e 1/3 è dedicato a trattare il tema del comportamento e quindi delle emozioni nei bambini. Le sessioni in gruppo permettono lo scambio di esperienze tra genitori e il reciproco sostegno; **2.** NEP Intensivo: Nep Basico + 2 sessioni aggiuntive condotte con genitori e bambini assieme, dedicate a lettura dialogica e gioco e facilitate da 1 operatore dei centri di salute che ha ricevuto una formazione extra ad hoc. L'obiettivo è quello di dare al caregiver la possibilità di interagire direttamente con il bambino all'interno di un ambiente monitorato e di ricevere poi feedback personalizzati sulle sue pratiche (NEP Intensivo).
Setting	Centri di salute localizzati sia in aree urbane che rurali.
Operatori che forniscono l'intervento	Operatori dei centri di salute (infermiere, psicologi, assistenti sociali) che hanno seguito specifica formazione focalizzata su: competenze di ascolto attivo e facilitazione delle dinamiche di gruppo.
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	8-10 incontri di 2 ore ciascuna, distribuiti in 3-4 mesi.

Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Nazionale, su una popolazione di circa 10.000 famiglie.
Tipologia di valutazione (su quali indicatori è basata e chi la fa)	Una survey è stata effettuata prima dell'intervento (nel 2011), per la costruzione della baseline, e una è stata effettuata a 3 anni di distanza dell'intervento (nel 2014). Gli indicatori considerati sono multipli, su: > credenze, attitudini e aspettative genitoriali; > competenze genitoriali; > dimensioni dello sviluppo del bambino (linguaggio, funzioni esecutive, sviluppo socio-emotivo); > salute mentale materna; > ambiente di apprendimento familiare (HLE). La valutazione è stata condotta da Centri accademici e di ricerca.
Durata	Tutt'ora in corso, dal 2011, nell'ambito del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, a sua volta del programma nazionale Chile Crece Contigo en Salud
Pubblicazioni e sito	www.chccsalud.cl

Nati per Leggere

Titolo del progetto/ programma	Nati per Leggere (NpL)
Ente proponente + main partner	Centro per la Salute del Bambino, Associazione Culturale Pediatri, Associazione Italiana Biblioteche.
Obiettivi principali	Sensibilizzare i genitori sull'importanza della lettura condivisa con i bambini nella fascia 0-6 anni affinché entri a far parte dell'ambiente di apprendimento familiare.
Target diretti e indiretti	Genitori (diretti); bambini nella fascia 0-6 anni (indiretti).
Livello di intervento / approccio	Universale
Tipologia di intervento	Gli operatori del settore socio-sanitario (pediatri, psicologi, ostetriche dei consultori o dei percorsi nascita e altri operatori), del settore educativo-culturale (educatori di nido, scuole dell'infanzia e dei servizi educativi integrativi, coordinatori pedagogici, bibliotecari), del settore dell'editoria e i volontari seguono specifica formazione (a cura del Centro per la Salute del Bambino) sui contenuti e le finalità del programma Nati per Leggere, nonché sulle modalità di sensibilizzazione delle famiglie sull'importanza della lettura nei primi anni di vita, ognuno nell'ambito della propria professionalità e del proprio ruolo. Oltre al consiglio e al supporto di queste figure professionali, i genitori e i loro bambini, insieme, hanno la possibilità di partecipare a momenti di lettura organizzati e tenuti dai volontari del programma, in diversi contesti.
Setting	I contesti coinvolti dal programma sono: ambulatori pediatrici centri vaccinali, consultori familiari, percorsi nascita biblioteche, Punti Lettura NpL, presidi NpL, nidi, scuole dell'infanzia, servizi educativi integrativi, spazi all'aperto (parchi, giardini,…).
Operatori che forniscono l'intervento	Operatori socio-sanitari, educativi, culturali, volontari (che possono avere diversi background professionali)
Intensità dell'intervento (dosaggio, frequenza)	Il programma non ha un'intensità standardizzata in quanto è effettuato da persone con ruoli e formazione diversa in aree e contesti molto diversi tra loro. Si va dal messaggio trasmesso alle famiglie, magari accompagnato dal dono del primo libro o dal voucher per recarsi in biblioteca, passando per varie altre strade quali il contatto personalizzato con la biblioteca, il consiglio dato dall'educatore del nido o il momento di lettura del volontario.
Diffusione a livello territoriale e di popolazione	Programma presente a livello nazionale. In ogni regione italiana vi sono progetti locali che sono coordinati dai referenti regionali, in collaborazione con i referenti locali e con la supervisione e il supporto della segreteria nazionale.
Tipologia di valutazione (su quali indicatori è basata e chi la fa)	Gli indicatori utili per il monitoraggio e la valutazione sono sviluppati dal Centro per la Salute del Bambino, responsabile della raccolta dati sul territorio nazionale.

	Dando per acquisito la correlazione tra lettura condivisa ed effetti benefici a livello cognitivo e socio relazionale del bambino, come documentato dalla letteratura, la valutazione di impatto si focalizza sull'effetto del programma sulle conoscenze e le pratiche riguardanti la lettura in famiglia. Per condurre una valutazione d'impatto del programma, al di fuori di un setting formale di ricerca, vengono adottati i seguenti criteri: > adozione di una misura della pratica della lettura condivisa in famiglia nei primi anni di vita come indicatore di esito primario e utilizzo, a questo scopo, del questionario BABAR (Before and After Books and Reading, questionario elaborato negli Stati Uniti per la valutazione di analoghi programmi); > confronto tra dati raccolti in tempi diversi come proxy molto verosimile di situazioni pre e post intervento: i dati raccolti nel 2000-2001, a pochi anni dalla nascita del programma, possono essere considerati come dati pre-intervento; i dati raccolti tra 2003 e 2004 possono essere considerati come descrittivi della situazione a intervento in fase iniziale; nel 2019, una ricerca condotta da Save the Children in collaborazione con il CSB, ha permesso di evidenziare altri dati sulla lettura fornendo una panoramica più ampia della sua estensione nel corso degli anni; > confronto fatto tra aree geografiche diverse (le diverse regioni) corrispondenti ai diversi gradi di implementazione del programma; > confronti, nei limiti del possibile, tra popolazioni simili (caratteristiche socio-economiche e culturali delle famiglie, età del bambino, residenza nord, centro, sud); > utilizzo, in aggiunta all'indicatore principale, di indicatori che in modo più o meno diretto misurano lo stesso esito, essendone la premessa o la conseguenza. Ad esempio, sono state misurate in diverse indagini le conoscenze dei genitori circa i benefici della lettura precoce, l'intenzione a svolgere questa attività (ovviamente entrambi i dati vanno raccolti molto precocemente, indicativamente nel primo anno di vita), la frequenza delle biblioteche, la produzione editoriale 0-6 e il valore complessivo dei libri per l'infanzia venduti; > valutazione della coerenza complessiva tra dati e informazioni disponibili prodotte da fonti diverse con metodi diversi. Sono state effettuate inoltre valutazioni del programma, basate su diversi indicatori di esito, in singole Regioni o ambiti territoriali.
Durata	1999-in corso
Pubblicazioni e sito	www.nlpl.it

Allegato: Schede degli studi inclusi

GENITORIALITÀ

1. Amin, 2018

Titolo	Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and metaanalysis of universal parent education interventions' efficacy
Arco temporale considerato	Dall'avvio di ogni database considerato a novembre 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica e meta analisi di trial controllati randomizzati. 10 studi inclusi condotti in 7 paesi: Asia (Cina, Tailandia, Singapore e Nepal); Australia e USA Gao et al. (2012)Cina Gao et al. (2015)Cina Golas and Parks (1986) USA Myers (1982) USA Naunboonruang. (2002) Tailandia Shorey et al. (2015a) Singapore Shrestha et al. (2016) Nepal Svensson (2005)Australia Svensson et al. (2009) Australia Wolfson et al. (1992) USA
Numero di partecipanti	1504 partecipanti
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Primipare o padri di neonati
Obiettivo generale della revisione	La revisione valuta interventi educativi finalizzati al rinforzo dell'autoefficacia genitoriale nel passaggio al ruolo di genitore.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi educativi universali rivolti a genitori. Basati su format strutturati, condotti da professionisti formati e finalizzati a migliorare l'autoefficacia genitoriale, le conoscenze, le attitudini e il benessere psichico per facilitare la transizione al ruolo genitoriale. Gli interventi variano da poche sessioni di 10/15 minuti a sessioni di 2 ore per 15 settimane.

Outcome	Genitori > Autoefficacia genitoriale (nei singoli studi anche; 1)Supporto sociale percepito; 2) competenze del ruolo materno; 3) presenza sintomi depressione; 4)depressione e ansia post partum; 5) conoscenze dello sviluppo neonatale; 6) fiducia/autoefficacia materna e/o paterna)
Risultati	La meta analisi evidenzia che interventi universali di educazione genitoriale migliorano significativamente l'autoefficacia genitoriale nei neo genitori e che gli effetti sono mantenuti nel tempo. L'entità del miglioramento dipende dalla durata dell'intervento. Gli interventi più lunghi (almeno 10 settimane) evidenziano un maggior miglioramento dell'autoefficacia genitoriale rispetto agli interventi più brevi. Non si evidenziano differenze tra gli interventi individuali e quelli svolti in gruppo.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	La review fornisce sufficienti evidenze a supporto dell'uso di interventi universali per migliorare l'autoefficacia nei genitori. Il follow up a due mesi mostra il permanere dei risultati di questi interventi, tuttavia, per valutare gli effetti a lungo termine, sarebbero auspicabili ulteriori ricerche che utilizzano studi longitudinali e RCT. Far fronte alla sfida del diventare genitori è un imperativo ed è fondamentale supportare i genitori affinchè questo passaggio sia sostenuto con interventi educativi universali focalizzati sulla promozione dell'auto efficacia genitoriale che può rappresentare una protezione contro gli effetti dannosi, la fatica e lo stress che il divenire genitori può comportare. Gli interventi educativi universali pre e post natali possono inoltre contattare neo genitori "a rischio" o con difficoltà di adattamento e permettere interventi precoci e più focalizzati. Inoltre, le evidenze sottolineano l'importanza dell'autoefficacia del padre per l'impatto che ha sul benessere del bambino.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	I risultati della metanalisi suggeriscono l'integrazione di interventi universali nella cura prenatale in contesti ospedalieri o territoriali al fine di guidare e sostenere la transizione al divenire neo genitori.

2. Barlow, 2016

Titolo	Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children.
Arco temporale considerato	Dall'avvio delle banche dati considerate fino a luglio 2015
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica; 24 studi inclusi (22 RCT e 2 quasi RCT) (8 studi condotti in USA, 5 studi in UK, 4 studi in Canada, 5 studi in Australia, uno in Messico e uno in Perù).
Numero di partecipanti	3161 genitori con i loro bambini
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori(o altri adulti che svolgono ruolo genitoriale: genitori adottivi, nonni, ecc) e figli (età da 0 a 3 anni e 11 mesi) con o senza problemi emotivi e comportamentali.
Obiettivo generale della revisione	**1.** Stabilire se i programmi per genitori in setting gruppale sono efficaci nel migliorare l'adattamento emotivo e comportamentale dei bambini (fino ai 3 anni e 11 mesi) **2.** Valutare se i programmi per genitori sono efficaci nella prevenzione primaria di problemi emotivi e comportamentali del bambino.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Programmi per genitori basati su modelli teorici (ad es. modello comportamentale, psicodinamico, teoria dell'attaccamento, o videotape) che utilizzano manuali standardizzati. Gli interventi sono finalizzati a migliorare la relazione genitore-bambino, ad aumentare conoscenze, consapevolezza e abilità, e a prevenire o trattare problemi comportamentali o della sfera emotiva. Gli interventi sono forniti in contesti diversi (a casa, in contesti sanitari, in servizi del territorio) ed hanno durata da 8 a 12 settimane. Usano tecniche diverse: role play, video tape, gruppi di discussione, vignette e compiti a casa.

Outcome	**Bambino** > Problemi emotivi > Problemi comportamentali (iperattività, disattenzione, comportamento antisociale o aggressivo (nella letteratura anglosassone definiti “externalising problems”) > Ansia, depressione, introversione (altre manifestazioni non esternalizzate, definite “internalising problems”) > Abilità sociali **Genitori** > Qualità dell’interazione genitori bambini
Risultati	I programmi per genitori in setting gruppale riducono significativamente i problemi emotivi e comportamentali sebbene quando vengono esclusi dalla revisione i due studi quasi RCTs questi risultati non vengono mantenuti. I dati provenienti dalle subscale mostrano una moderata qualità delle evidenze per quanto concerne il miglioramento di comportamenti negativi rivolti verso l’esterno (come aggressività o comportamenti antisociali), bassa qualità delle evidenze o nessun effetto viene registrato su problemi come depressione e ansia e nell’incrementare abilità sociali. I programmi di gruppo per genitori risultano invece efficaci nel migliorare problemi di disattenzione e iperattività. Questi programmi mostrano inoltre, moderata qualità di evidenze rispetto il miglioramento dell’interazione genitori/bambini in termini di riduzione di comportamenti negativi e aumento di comportamenti positivi. I programmi che hanno durata maggiore di 8 settimane risultano più efficaci nel ridurre problemi emotivi e comportamentali del bambino rispetto a programmi più brevi
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	I risultati della revisione sistematica, che ha preso in considerazione un ampio gruppo di genitori e bambini sia a rischio che non, fornisce un incerto supporto all’uso di programmi per genitori per migliorare in generale l’adattamento emotivo e comportamentale dei bambini fino ai 3 anni e 11 mesi. La metodologia utilizzata negli studi genera inconsistenza e non sono chiari i rischi di bias, inoltre il campione considerato negli studi é piccolo. Sono auspicabili altre ricerche per valutare se i benefici individuati nella revisione sistematica durano nel tempo e se sono in grado di prevenire il manifestarsi di alcuni problemi.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	I risultati di questa revisione sistematica forniscono deboli evidenze dell’efficacia di programmi per genitori in setting gruppale per migliorare l’adattamento emotivo e comportamentale dei bambini. Le attuali evidenze sono ancora insufficienti per affermare che questa tipologia di programmi sono efficaci nel prevenire problemi di salute mentale.

3. Baudry, 2017

Titolo	Intervention with Adolescent Mother–Child Dyads and Cognitive Development in Early Childhood: a Meta-Analysis
Arco temporale considerato	Gennaio 1970-Dicembre 2014
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Meta-analisi che analizza 23 studi (non ci sono info sul paese in cui è stato condotto lo studio)
Numero di partecipanti	3577 partecipanti
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Madri adolescenti (che avevano meno di 20 anni alla nascita del loro bambino) e loro bambini in età prescolare (0-4 anni)
Obiettivo generale della revisione	Esaminare se gli interventi precoci possono aiutare a migliorare l'interazione madre-bambino e lo sviluppo cognitivo dei bambini di madri adolescenti
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Gli studi esaminati si basano su due tipologie di interventi: 1. Interventi di supporto al ruolo materno, supporto sociale e professionale fornito attraverso strategie educative e informative. 2. Interventi focalizzati sul miglioramento della relazione madre-bambino, che utilizzano indicazioni e prescrizioni di specifici compiti di interazione, sessioni di gioco con il bambino e differenti altri esercizi che vengono monitorati e per cui la madre riceve feedback costruttivi. Gli interventi sono stati inoltre differenziati per: > Durata (da 6 a 48 settimane) > Interventi di gruppo vs/Interventi individuali > Interventi condotti da professionisti (infermiere, operatori sociali o altri professionisti che hanno ricevuto una formazione psicologica o psicoeducativa) o non professionisti (volontari, peer, ecc.)
Outcome	Bambino > Sviluppo cognitivo del bambino, misurato con la scala Bayley Infant Developmental Scale (BSID)[1]

Risultati	Rispetto alla tipologia dell'intervento risultano molto più efficaci gli interventi che si focalizzano sul miglioramento dell'interazione madre bambino e gli interventi combinati (basati sull'interazione e supportivi). Meno efficaci sono gli interventi basati sul supporto sociale, educativo e professionale alla madre. Rispetto al setting, gli interventi che coinvolgono la madre in un contesto di gruppo producono migliori risultati sugli outcomes analizzati rispetto agli interventi di tipo individuale. Anche se altri studi hanno dimostrato che interventi più lunghi nel tempo portano a risultati migliori, la revisione evidenzia che con le madri adolescenti interventi più brevi sembrano essere più efficaci. Questo risultato richiede tuttavia ulteriori approfondimenti.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Il fatto che gli interventi basati sul miglioramento dell'interazione madre/bambino siano molto efficaci significa che l'interazione madre/bambino è uno dei più importanti mediatori del precoce funzionamento cognitivo. Un limite della meta analisi e che i singoli studi non sempre misurano la qualità della relazione madre/bambino. In quasi tutti gli studi si deve dedurre che l'intervento conduce all'effetto sperato e che questo è responsabile per differenza del risultato cognitivo. Inoltre pochissimi effetti risultano non significativi o negativi, suggerendo che questa tipologia di interventi è sicuramente utile.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	I risultati suggeriscono che migliorare la qualità dell'interazione tra madri adolescenti e bambini non solo è importante per gli aspetti socio-emotivi presenti e futuri ma anche per il funzionamento cognitivo del bambino.

4. Mihelic, 2017

Titolo	Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review
Arco temporale considerato	Fino al mese di febbraio del 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica; 36 studi randomizzati controllati Akai, 2008; Ammaniti 2006; Barlow, 2013; Cooper, 2009; Cooper, 2015; Dickie, 1980; Dihigo, 1998; Guttentag, 2014; Hamilton-Dodd, 1989; Hiscock, 2007; Hiscock, 2002; Hiscock, 2014; Kalinauskiene, 2009; Keefe, 2006; Laundry, 2006; Magill-Evans, 2007; McRury, 2010; Niccols, 2008; Nikolopoulou, 2003; Parkin, 1993; Pfannenstiel, 1988; Puckering, 2010; Salisbury, 2012; Scott, 1990; Sleep, 2002; St James-Roberts, 2001; Stremler, 2013; Stremler, 2006; Symon, 2005; van den Boom, 1994; van Doesum, 2008; Velderman, 2006; Wendland-Carro, 1999; Whitt, 1982; Wolfson, 1992.
Numero di partecipanti	4880 partecipanti
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori e bambini sotto i 12 mesi
Obiettivo generale della revisione	Valutare l'efficacia di interventi di supporto alla genitorialità rispetto a competenze, fiducia/autoefficacia e responsività dei genitori; pianto e problemi del sonno nei bambini e relazione bambino/genitore.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi di supporto alla genitorialità finalizzati all'acquisizione di competenze che includono componenti educative, proposti nel periodo della gravidanza e nei primi 12 mesi di vita del bambino. Svolti prevalentemente in home visiting o in gruppi nel contesto ospedaliero o in servizi territoriali. In misura minore con consulenze telefoniche e distribuzione di volantini informativi.
Outcome	Genitori: competenze, autoefficacia, responsività Bambini: pianto, sonno

Risultati

Gli interventi di supporto alla genitorialità, soprattutto se basati sulla teoria dell'attaccamento e se utilizzano metodologie che coinvolgono e monitorano attivamente i genitori (es. video registrazioni, roleplay, ecc), migliorano significativamente la responsività dei genitori verso i loro bambini. (effect size da moderate a large)

Gli effetti sui problemi del sonno del bambino sono ridotti ma significativi,(effect size small) mentre gli effetti sul pianto non risultano significativi.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

I fattori moderatori più significativi analizzati nella metanalisi sono stati:

- anno di pubblicazione dello studio: gli effetti dell'intervento sembrano maggiori negli studi più vecchi, soprattutto rispetto all'outcome conoscenze dei genitori. L'ipotesi è che negli ultimi anni molte informazioni sono diventate più accessibili ed è aumentata l'health litteracy dei genitori.
- periodo di attivazione dell'intervento: gli interventi risultano più efficaci se offerti durante la gravidanza ed entro il primo anno di vita (ovviamente rispetto agli outcome indagati che caratterizzano proprio questo periodo di vita del genitore e del bambino)
- durata dell'intervento: sono risultati più efficaci gl interventi che durano dai tre ai sei mesi o gli interventi brevi sono più efficaci degli interventi lunghi
- format dell'intervento: risultano più efficaci gli interventi basati sulla teoria dell'attaccamento che utilizzano metodologie attive che ad esempio prevedono la videoregistrazione o sessioni di roleplay supervisionate da un professionista rispetto a interventi informativi

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

I risultati di questa metanalisi sono promettenti poiché la possibilità di aumentare la responsività dei genitori nel primo anno di vita del bambino è cruciale per la relazione genitore/bambino, l'attaccamento sicuro e lo sviluppo generale del bambino.

5. Pierron, 2018

Titolo	Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews
Arco temporale considerato	2009 - 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	21 reviews, pubblicati in lingua inglese o francese rispondenti ad AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) e selezionati secondo i criteri ROBIS
Numero di partecipanti	Non indicato
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Le review analizzate si focalizzano su popolazioni diverse: > Famiglie in situazione di svantaggio sociale > Genitori adolescenti > Padri > Popolazione in generale attraverso l'analisi di campagne di prevenzione
Obiettivo generale della revisione	Analizzare le componenti e le caratteristiche degli interventi di supporto genitoriale efficaci e degli interventi finalizzati a ridurre le disuguaglianze di salute nella prima infanzia
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Le review analizzate si focalizzano su programmi condotti da professionisti e finalizzati al miglioramento di conoscenze e abilità genitoriali. In modo specifico programmi di supporto ai genitori di tipo ostetrico, pediatrico, psicologico, sociologico, educativo e di sanità pubblica. Gli studi considerati analizzano prevalentemente interventi di homevisiting e interventi di supporto genitoriale in setting individuale o gruppale, alcuni interventi sono di tipo educativo ed informativo

Outcome	Bambino > Sviluppo cognitivo (linguaggio) > Sviluppo socio-emotivo > Salute psico-sociale > Salute fisica > Adattamento comportamentale (sonno) Genitore > Salute psico-sociale (stress, ansia, depressione,rabbia, autoefficacia) > Relazione G-B > Conoscenze Riduzione disuguaglianze
Risultati	I principali risultati della review confermano che i programmi di supporto genitoriale migliorano il sonno dei bambini e promuovono lo sviluppo del linguaggio, aumentano l'autostima delle mamme e ne riducono il livello di rabbia, ansia e stress. Gli autori suddividono le evidenze in tre gruppi: Evidenza dimostrata: i programmi più efficaci iniziano prima della nascita e coinvolgono i genitori attivamente, alcuni di questi programmi promuovono la salute mentale dei genitori nel primi anni di vita del bambino. Evidenza promettente (riguarda studi in cui è stato impossibile valutare gli effetti a lungo termine o il cui campione era piccolo) comprende interventi finalizzati al miglioramento della salute psicosociale e l'interazione gentitore bambino Evidenza lacunosa (riguarda quegli studi che hanno avuto difficoltà a valutare la qualità dell'evidenza a causa della debolezza metodologica) Tra i programmi, gli interventi e le azioni considerate pochi hanno come obiettivo primario la riduzione delle disuguaglianze.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi di supporto genitoriale sono complessi. I loro effetti sono variabili e i risultati dipendono da molteplici azioni con differenti stakeholders che interagiscono in e con contesti dinamici. L'attenzione alle diseguaglianze sociali di salute permane modesta e riduttiva.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Le future ricerche dovrebbero sforzarsi maggiormente di comprendere come, per chi e in che condizioni gli interventi funzionano.

6. Rayce, 2017

Titolo	Effects of parenting intervention for at-risk parents with infants: a siystematic review and meta-analyses
Arco temporale considerato	Database consultati nel 2013 e aggiornati nel 2015 e 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Meta analisi condotta su 16 studi (Ammaniti, Italia, 2006; Bagget, USA, 2010; Barlow, UK, 2007; Bridgeman, USA,1981; Cassidy, USA, 2011; Fergusson, New Zeland, 2005; Hovik, Norway, 2015; Kaminski, USA, 2013;Katz, USA, 2011; Mendelson, USA, 2007; Salomonsson, Sweden, 2011; Sierau, Germany, 2016; Taylor, USA, 1997; Van den Boom, Netherlands, 1994; Klein Velderman, Netherlands , 2006.)
Numero di partecipanti	3283 famiglie a rischio con bambini fra 0 e 12 mesi,
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Famiglie che presentano almeno un fattore di rischio (come povertà, basso livello di istruzione, abitazione in quartiere deprivato) con esclusione di fattori di rischio specifici come madri adolescenti, bambini nati pretermine o con problemi di salute, problemi di dipendenza da sostanze nei genitori, di detenzione o malattie croniche.
Obiettivo generale della revisione	Analizzare gli effetti di interventi di supporto genitoriale sullo sviluppo dei bambini e sulla relazione genitori-bambini
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi psicosociali strutturati, finalizzati a sostenere i neo genitori, che prevedano almeno tre sessioni di cui almeno la metà fornite nel post partum. La maggior parte degli interventi esaminati insegnano ai genitori/caregivers specifiche strategie e abilità che promuovo un accudimento caldo e responsivo del bambino. La tipologia degli interventi è varia: home visiting, sessioni individuali, video feadback, interventi on line, interventi in contesto di gruppo, interventi psicoanalitici individuali.
Outcome	Bambino. > Sviluppo bio-psico-sociale (comportamento, aspetti cognitivi e psicomotori, comunicazione e linguaggio) Genitori. > relazione genitore-bambino > responsività materna.

Risultati	La meta analisi ha dimostrato un piccolo ma significativo effetto dell'intervento sul comportamento del bambino (sviluppo socio-emotivo e funzionamento globale) ed un moderato effetto sulla relazione genitore bambino e la responsività materna. Non sono stati evidenziati effetti sull'attaccamento. Non si sono evidenziati effetti statisticamente significativi sullo sviluppo cognitivo e su problematiche comportamentali (esternalizzate come iperattività, comportamento oppositivo ecc, o internalizzate come introversione, ritiro sociale ecc). Non è stato possibile effettuare una meta-analisi sui risultati relativi agli aspetti psicomotori e comunicativo/linguistici.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi di sostegno alla genitorialità erogati nel primo anno di vita del bambino hanno il potenziale di migliorare il comportamento del bambino e la relazione genitore bambino.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Pochi studi valutano gli effetti dell'intervento a medio e lungo termine. È auspicabile che studi futuri prevedano un follow up a medio e lungo termine.

7. Ruiz-Zaldibar, 2018

Titolo	Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review
Arco temporale considerato	Studi condotti tra il 2003 e il 2016.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica che include 15 studi (9 condotti in nord America, , 4 in Europa, 2 in Asia) [Harvey, USA, 2003; Ayala, USA, 2010; Dekovic, Netherlands, 2010; Davison, USA, 2011; Sweitzer, USA, 2011; Kennet, Canada, 2012; Lohse, USA, 2012; Østbye, USA, 2012; Willis, UK, 2014; Jurkowski, USA, 2014; Enebrink, Sweden, 2015; Leung, Hong Kong, 2014; Haines, USA, 2016; Khowaja, Pakistan, 2016]
Numero di partecipanti	Circa 1100 madri o genitori partecipanti a gruppi educativi, informativi o motivazionali.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Madri e/o padri di bambini tra i 2 e i 5 anni. Un terzo degli studi si focalizza su famiglie vulnerabili: con reddito basso, in situazioni di svantaggio o con madre a rischio psicosociale.
Obiettivo generale della revisione	La revisione sistematica si pone l'obiettivo di analizzare le evidenze disponibili relative all'efficacia degli interventi di supporto genitoriale nel promuovere nei genitori competenze e abilità per adottare stili di vita salutari per i loro bambini.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi educativi, motivazionali, formativi o informativi condotti a casa, scuola, in contesti sanitari o comunitari; finalizzati allo sviluppo di competenze e abilità; principalmente indirizzati a genitori ma che in alcuni casi potevano coinvolgere i bambini stessi e/o gli insegnanti; con durata tra le 5 settimane e gli 8 mesi.
Outcome	**Genitori** Competenze e abilità > autoefficacia > senso di competenza

Risultati	I risultati di questa revisione non forniscono evidenze che gli interventi analizzati producano un significativo miglioramento delle competenze genitoriali. L'autoefficacia indagata in 12 studi è analizzata con strumenti diversi, gli studi non riportano in modo dettagliato la tipologia di attività compresa nell'intervento, né esplicitano la cornice teorica del cambiamento alla base dell'intervento scelto. Inoltre in alcuni degli studi analizzati vi è una limitata concettualizzazione relativa alle competenze e abilità genitoriali. La maggior parte degli studi si sono focalizzati su abilità pratiche spesso limitate a concrete raccomandazioni sulla dieta o l'esercizio fisico, ciò implica che gli interventi sono stati sostanzialmente di tipo informativo, in cui i genitori hanno assunto un ruolo passivo di "riceventi". La mancanza di concettualizzazione ha implicato inoltre che l'autoefficacia genitoriale e le competenze percepite sono state studiate in modo isolato e non in un set complesso di abilità,
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Sono auspicabili ulteriori studi con una qualità metodologica e concettuale più elevata per incrementare le conoscenze sulle strategie che consentono di potenziare i genitori nel loro ruolo di promotori della salute dei loro bambini.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

8. Shah, 2016

Titolo	Primary Care–Based Interventions to Promote Positive Parenting Behaviors: A Meta-analysis
Arco temporale considerato	Revisioni sistematiche condotte tra il 1980 e il 2015.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica che include 13 studi randomizzati o quasi randomizzati e controllati.
Numero di partecipanti	Circa 3460 prevalentemente madri
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Madri di bambini di età inferiore ai 36 mesi con basso reddito e/o istruzione.
Obiettivo generale della revisione	La revisione sistematica si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia di interventi, forniti nel contesto delle cure primarie, rivolti a genitori che promuovono pratiche educative finalizzate a favorire un precoce positivo sviluppo di bambini di età inferiore ai 36 mesi
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi educativi ed informativi individuali o di gruppo, interventi di home visiting finalizzati a migliorare l'interazione genitore-bambino. Forniti dai 6 ai 24 mesi per un minimo di 3 e un massimo di 15 sessioni.
Outcome	Bambino > Sviluppo cognitivo, linguistico > Sviluppo motorio > Sviluppo emotivo e relazionale Genitori > Comportamento > Interazione G-B
Risultati	Gli interventi educativi rivolti ai neo genitori forniti nel contesto delle cure primarie hanno un modesto ma significativo effetto nel promuovere un'interazione genitore- bambino positiva e attività cognitivamente stimolanti importanti per un buon sviluppo del bambino.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Il contesto delle cure pediatriche offre importanti opportunità per implementare/fornire interventi rivolti ai genitori e si dimostra promettente nel migliorare i comportamenti che promuovono lo sviluppo positivo del bambino.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

9. Suto, 2017

Titolo	Effects of prenatal childbirth education for partnersi of pregnant women on paternal postnatal mental healht and couple relationship: A systematic review
Arco temporale considerato	Studi condotti tra il 1995 e il 2015.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica che include 11 studi (Gambrel, USA, 2015; Gjerdingen, USA, 2002; Hawkins, USA, 2006; Pfannenstiel, USA, 1995; Matthey, Australia, 2004; Tohotoa, Australia, 2012; Midmer,Canada, 1995, Wockel, Germany, 2007; Bergstrom, Sweden, 2009, 2011, 2013; Li, Taiwan, 2009, Daley, UK, 2015)
Numero di partecipanti	5.000 individui (3.000 uomini e 2.000 donne)
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Uomini che sono partner di donne in gravidanza
Obiettivo generale della revisione	La revisione sistematica si pone l'obiettivo di esaminare gli effetti di percorsi educativi prenatali sui partner delle future mamme in particolare per quanto riguarda la salute mentale dei futuri padri e la relazione di coppia
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi educativi, individuali o di gruppo, indirizzati a partner di future madri nel periodo pre natale. Sono inclusi interventi educativi che coinvolgono entrambi i partner. Gli interventi degli studi esaminati erano molto diversi fra loro per quanto riguarda l'intensità e i contenuti, la tipologia di outcome attesi, gli strumenti di valutazione e il timìng della valutazione.
Outcome	Genitori > Salute mentale del partner nel post partum (ansia, depressione e stress). > Soddisfazione della relazione di coppia nel periodo post natale. > Adattamento della coppia al ruolo genitoriale.

Risultati	In generale i futuri padri che hanno ricevuto un intervento educativo pre parto riportano un minore livello di stress genitoriale a tre mesi dalla nascita del bambino ed un minore stato di ansia due ore dopo la nascita. Inoltre i padri che avevano frequentato un corso pre parto erano più partecipi nella sala parto e più soddisfatti dell'esperienza del parto. Alcuni studi hanno rilevato che programmi educativi pre natali generalmente riducono l'ansia post partum e migliorano la relazione di coppia. Tuttavia l'eterogeneità degli interventi utilizzati impedisce una valutazione generale e complessiva.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Le evidenze non sono sufficienti per affermare che gli interventi educativi prenatali sono efficaci per contrastare la depressione post partum nel padre e i problemi di coppia.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Poiché la salute mentale del padre è un fattore importante nel percorso di cura perinatale, gli autori sottolineano l'importanza di continuare a fare ricerca su questo aspetto al fine di informare e supportare futuri interventi in questo ambito.

10. Tanninen, 2016

Titolo	The content and effectiveness of home-based nursing interventions to promote health and well-being in families with small children: a systematic review
Arco temporale considerato	Studi condotti tra il 2003 a dicembre 2014
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica che include 11 studi (Benzies, Canada, 2008;De la Rosa, USA, 2009; Ferguson,UK, 2013; Ferguson,USA, 2013; Haggman, Finland, 2010; McIntosh, UK, 2007; Guthrie, USA,2009; Ordway, USA, 2014; Sadler, USA, 2013; Sawyer, Australia e UK, 2014;Sawyer, Australia e UK, 2013)
Numero di partecipanti	Padri 134, Famiglie 195, Madri circa 1083
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Famiglie con figli sotto i 7 anni
Obiettivo generale della revisione	La revisione sistematica si pone l'obiettivo di identificare e descrivere il contenuto di interventi infermieristici preventivi, svolti nel contesto domestico, rivolti a famiglie con bambini piccoli e valutarne l'effetto sulla salute e il benessere delle famiglie
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi infermieristici rivolti a famiglie con bambini sotto i 7 anni, condotti da almeno un infermiere. Sono stati esclusi interventi rivolti a famiglie con problemi o situazioni specifiche come: gravidanza in adolescenza, bambini nati pre termine, situazioni di violenza, abuso o maltrattamento familiare, diagnosi infauste o ospedalizzazione del bambino. Sono stati esclusi anche gli studi relativi ad interventi condotti da personale para professionale o da volontari.
Outcome	Genitori > Coping genitoriale > Relazioni e interazioni all'interno della famiglia > Salute e benessere della famiglia > Relazioni sociali

Risultati	Coping genitoriale: dieci degli undici studi esaminati riportano che i partecipanti dichiarano che l'intervento ha migliorato le loro abilità genitoriali, l'accudimento del bambino, l'autoefficacia paterna e ha ridotto l'ansia paterna, migliorato la percezione materna della relazione madre-bambino e il modo in cui le madre rispondono ai bisogni del bambino. Inoltre altri studi evidenziano un miglioramento del senso di soddisfazione e di gioia nel prendersi cura del bambino. Relazione e interazione all'interno della famiglia: sette degli undici studi esaminati mostrano che l'intervento migliora la relazione e l'interazione tra i genitori e il loro bambino, il bambino riceve feedback più positivi dai genitori, vi è una riduzione di comportamenti oppositivi nel bambino, viene inoltre rilevato un maggiore e positivo coinvolgimento del papà durante la gravidanza. Salute e benessere della famiglia e relazioni sociali: tre studi riportano che l'intervento migliora la salute fisica e mentale e lo stile comportamentale dei genitori. Altri quattro studi invece non rilevano un miglioramento nella salute dei genitori. Altri tre studi riportano che l'intervento aiuta la famiglia ad espandere la propria rete sociale e a ridurre l'isolamento familiare Aspetti socio economici della famiglia: solo due studi si sono focalizzati su interventi di tipo socio economico (supporto finanziario, sistemazione abitativa o supporto all'impiego)
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	I risultati della review mostrano che gli interventi infermieristici a domicilio per famiglie con bambini di età inferiore a 7 anni sono multiformi e producono frammentate ma multidimensionali conoscenze sui bisogni delle famiglie. Poiché non esiste ancora una concettualizzazione dei "preventive familiy nursing interventions" le descrizioni dei contenuti, della forma e delle procedure non è chiaramente definito. Al di là delle lacune con cui gli studi esaminati sono stati presentati, gli interventi infermieristici sono presentati come utili ed efficaci: le famiglie hanno sperimentato che gli interventi hanno diminuito i loro bisogni di supporto esterno, hanno rinforzato le proprie risorse e migliorato la loro salute e benessere.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

11. Tully, 2016

Titolo	Brief Parenting Interventions for Children at Risk of Externalizing Behavior Problems: A Systematic Review
Arco temporale considerato	Studi pubblicati in lingua inglese tra il 1992 e maggio 2015
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica che include 8 studi RCTs con gruppo di controllo o di comparazione - persone in lista d'attesa – (Bradòey, Canada, 2003; Dittman, Australia e New Zeland, 2015; Joachim, Australia, 2010; Kjøbli, Norway, 2012; Kjøbli, Norway, 2013; Meija, Panama, 2015; Morawska, Australia, 2014; Morawska, Australia, 2011)
Numero di partecipanti	836 famiglie
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Caregiver con bambini tra i 2 e gli 8 anni che hanno una diagnosi di comportamento oppositivo provocatorio. Non sono inclusi studi relativi a interventi universali rivolti all'intera popolazione. Non sono stati inclusi studi relativi a bambini con ADHD, bambini con problemi di salute fisica e bambini con ritardo dello sviluppo o con altre disabilità
Obiettivo generale della revisione	La revisione sistematica si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia di interventi brevi rivolti a genitori in relazione alla riduzione di problematiche comportamentali esternalizzanti del bambino e all'autoefficacia, fiducia e competenze genitoriali.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi rivolti a genitori, svolti in incontri individuali o di gruppo o telefonicamente. Gli interventi sono basati sulla teoria dell'apprendimento sociale e si focalizzano sulla modifica delle abilità genitoriali al fine di ridurre problemi del comportamento del bambino come aggressività, provocazione, non controllo dell' impulsività, ecc (problemi del comportamento esternalizzati). Sei degli otto studi considerati usano il programma Triple P

Outcome	Genitori > Stile disciplinare e capacità genitoriali > Autoefficacia, fiducia e soddisfazione genitoriale > Salute mentale > Funzionamento della coppia genitoriale (soddisfazione o conflitto) Bambino > Comportamenti esternalizzati
Risultati	I risultati della review mostrano che interventi educativi brevi (meno di otto incontri), rivolti ai genitori possono essere efficaci nel ridurre problematiche comportamentali esternalizzate e modalità genitoriali disfunzionali. Per quanto riguarda la genitorialità disfunzionale, si evidenzia una significativa riduzione nel post intervento che viene mantenuta nel follow up. Risultati simili sono riscontrati anche per l'autoefficacia e la soddisfazione genitoriale. Gli interventi brevi riducono inoltre l'emergere di problematiche comportamentali nei bambini, almeno per alcune famiglie. Risultati meno consistenti sono stati riscontrati per quanto riguarda la salute mentale dei genitori e la relazione di coppia.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Il limite del presente studio è stata l'impossibilità di condurre una meta analisi a causa dell'eterogeneità degli studi inclusi, ciò significa che non può essere quantificata l'effect size degli interventi genitoriali brevi. Il secondo limite è legato alla scelta di articoli editi solo in lingua inglese
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

ABUSO

1. Chen, 2015

Titolo	Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis
Arco temporale considerato	Fino al mese di settembre del 2013
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Metanalisi; 37 studi (che includono 31 programmi).
Numero di partecipanti	7142 partecipanti I partecipanti sono reclutati da ospedali, cliniche, ambulatori, enti per la protezione infantile, centri per infanzia e famiglie. I partecipanti appartengono ad etnie differenti, numerosi hanno un basso reddito o sono disoccupati, possiedono un basso livello di istruzione; una considerevole percentuale del campione è costituita da genitori single (dal 12% al 100%).
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori su cui non si sono riscontrati casi di abuso infantile, 2,293 (32.1%) - prevenzione primaria); genitori a rischio di maltrattamento infantile, 4,382 (61.36%) – prevenzione secondaria; genitori che hanno perpetrato comportamenti abusivi, 467 (6.54%) – prevenzione terziaria.
Obiettivo generale della revisione	Valutare l'efficacia di programmi per genitori riguardo alla riduzione del maltrattamento infantile e al mutare dei fattori associati. Esaminare le variabili che fungono da moderatori, connesse agli effetti dei programmi presi in esame.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria specificamente indirizzati al maltrattamento infantile. Nei programmi il gruppo di intervento riceve servizi di visite domiciliari o di formazione per i genitori, mentre il gruppo di controllo, servizi standard dall'agenzia, o la comunità, o l'ospedale che segnalano i partecipanti. Sono esclusi programmi indirizzati ad altre figure che non siano i genitori (bambini, insegnanti, infermieri …) ed esclusivamente relativi all'abuso sessuale infantile.

Outcome

Riduzione del maltrattamento infantile; riduzione dei fattori di rischio nei genitori (genitorialità non efficace, - mancanza di relazioni con il bambino, lontananza emotiva, relazioni basate su comandi e correzioni – depressione genitoriale, stress genitoriale, relazioni critiche tra i genitori) ; miglioramento dei fattori protettivi nei genitori (per esempio attitudini genitoriali positive, interazione genitore-bambino, comportamenti genitoriali positivi, fiducia e soddisfazione dei genitori).

La misura del maltrattamento infantile includeva tassi di effettivi casi di abuso (tassi ufficiali e casi di recidiva), o casi di abuso autoriferiti (per esempio dai genitori). È stata esaminata anche la probabilità di maltrattamento (l'utilizzo, in numerosi studi dello strumento Child Abuse Potential (CAP) Inventory.

Sono anche state prese in esame 9 variabili – livello di reddito del paese, tipo di campione, dimensione del campione, metodo di somministrazione dell'intervento, coinvolgimento di home visitor, personale che realizza l'intervento, dose, inizio precoce, partecipanti -, considerando il loro ruolo di moderatori sull'impatto del programma.

Risultati

I risultati, tratti dagli studi inclusi, dimostrano che i programmi per genitori riducono con successo sia i tassi di maltrattamento infantile sia le misure autoriferite e riducono la probabilità di maltrattamento infantile.

Inoltre i programmi per genitori riducono i fattori di rischio e migliorano i fattori protettivi associati con i casi di maltrattamento. Tuttavia gli effetti dei programmi per genitori rispetto alla riduzione di depressione genitoriale e di stress sono limitati. I programmi per genitori hanno prodotto effetti positivi nei paesi a basso, medio e alto reddito e risultano efficaci nella riduzione del maltrattamento infantile sia come interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Quanto ai moderatori dell'effetto, 5 moderatori contribuiscono a una differenza nell'effetto dell'intervento (livello di reddito del paese, dimensione del campione, dose del programma, inizio precoce, tipo di partecipanti), gli altri 4 non contribuiscono (tipo di campione, modo di somministrazione dell'intervento, coinvolgimento di home visitor, qualifica di chi realizza l'intervento). Riguardo ai 5 moderatori che influenzano l'esito del programma, i genitori appartenenti a paesi a basso e medio reddito beneficiano maggiormente del programma, è preferibile un inizio precoce, mentre la partecipazione di vasti campioni di popolazione e l'elevata intensità del programma non sono garanzia di effetti favorevoli. Quanto al tipo di partecipanti, i programmi che coinvolgono sia madri che padri conseguono un effetto più basso che i programmi esclusivamente indirizzati alle madri.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

I programmi per genitori sono approcci efficaci di sanità pubblica, per la riduzione del maltrattamento infantile.

I programmi per genitori evidence-based potrebbero essere ampiamente adottati nella pratica futura.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

I risultati della metanalisi dimostrano che i programmi per genitori hanno efficacia limitata sulla riduzione della depressione e dello stress dei genitori, che sono due importanti fattori di rischio di maltrattamento infantile. Per il futuro si suggerisce che i programmi prestino maggiore attenzione ai problemi inerenti il benessere psichico dei genitori.

Inoltre la ricerca futura dovrebbe impiegare maggiori risorse per programmi per genitori nei paesi a basso e medio reddito, in cui il maltrattamento e la trascuratezza dell'infanzia sono un problema grave e in crescita.

I ricercatori dovrebbero esaminare che cosa funziona e come nella fase di processo dell'intervento (per esempio il modello teorico alla base del programma), per chiarire i meccanismi che sono alla base dei programmi di successo. Nel futuro sarà importante investigare se i programmi per genitori riducono l' impatto a lungo termine del maltrattamento infantile. Più studi dovrebbero valutare l'efficacia dei programmi nelle fasi di follow-up e discutere su come mantenere gli effetti positivi nel tempo.

2. Coore Desai, 2017

Titolo	The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review
Arco temporale considerato	2000- marzo 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione di revisioni – 28 revisioni, 20 revisioni sistematiche o metanalisi, 8 revisioni globali
Numero di partecipanti	
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori e bambini
Obiettivo generale della revisione	Esaminare l'evidenza tratta da precedenti revisioni sistematiche sul ruolo di programmi universali o indirizzati a specifici gruppi di popolazione, per la prevenzione della violenza infantile nei paesi ad alto, medio e basso reddito.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi indirizzati alla prevenzione del maltrattamento infantile, alle competenze genitoriali in genere, e alla prima infanzia
Outcome	Indicatori di maltrattamento infantile o indicatori proxy – salute mentale dei genitori, stress genitoriale, attitudini alla genitorialità – che sono associati al maltrattamento.

Risultati

La revisione Coore Desai 2017 ha determinato che i programmi per genitori hanno un effetto positivo sui fattori di rischio o sulle misure proxy associate al maltrattamento infantile, per esempio salute materna psicosociale, percezione dei genitori rispetto a pratiche improntate alla rigidità. Questo vale anche per i tassi di incidenti non intenzionali, che mostrano differenze significative tra gruppi di intervento e di controllo.

Misurare gli effetti dei programmi per genitori sui casi di maltrattamento è più difficile, per problemi metodologici. Primo, non sono misurati outcome standard, in quanto alcuni studi si fondano su dati autoriferiti dai genitori e altri su dati ufficiali. L'uso di fonti differenti rende difficile la sintesi dei dati ed esistono bias associati ad ogni metodo, che possono compromettere la validità dei dati. Secondo, il maltrattamento infantile è spesso escluso dalla valutazione di molti programmi e, se misurato, sono pochi gli studi con follow-up a lungo termine. Terzo, alcuni studi sono di bassa qualità e non includono un gruppo di confronto comparabile. Nonostante queste sfide rispetto a come misurare, i dati presentati tendono verso la possibilità che i programmi per genitori prevengano o riducano il maltrattamento infantile.

Inoltre le metanalisi espongono effetti significativi per gruppi a rischio (Reynolds, 2009; Sweet, 2004).

Esiste una limitata evidenza rispetto alla possibilità che i programmi per genitori possano prevenire il maltrattamento infantile in famiglie in cui esiste la violenza domestica e non esistono dati rispetto ai bambini testimoni di violenza domestica. Altro gap della letteratura è il ruolo dei programmi per genitori per prevenire l'abuso sessuale, in quanto la maggioranza dei programmi sul tema dell'abuso sessuale sono offerti a scuola. Non ci sono studi su programmi per genitori e prevenzione dell'abuso sessuale.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

La base di evidenze sull'efficacia dei programmi per genitori indirizzati alla prevenzione della violenza infantile dovrebbe essere rafforzta attraverso valutazioni di alta qualità con differenti popolazioni e i diversi paesi.

I ricercatori del settore dovrebbero raggiungere un consenso sulla definizione di violenza infantile, sugli outcome più appropriati e sugli strumenti di misura da adottare.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

Ogni paese dovrebbe considerare la prevenzione della violenza infantile tema prioritario della propria agenda politica, sviluppare piani nazionali di azione cruciali per una buona pianificazione, il coordinamento intersettoriale e l'implementazione di strategie efficaci per la prevenzione della violenza infantile, inclusi gli interventi per i genitori.

I paesi dovrebbero raffrozare la capacità a livello nazionale di raccogliere, collegare e disseminare i dati amministrativi di rilievo, che possono essere utilizzati per la valutazione degli interventi di prevenzione della violenza infantile. Inoltre i programmi per genitori dovrebbero venire integrati all'interno dei servizi e sistemi esistenti.

Infine i paesi dovrebbero sviluppare una strategia prevenitva fondata sul livello del loro carico di malattia, su una base di evidenze che funzioni nel loro contesto, su esistenti programmi e servizi e sulla capacità di offrire programmi di elevata qualità.

3. Euser, 2015

Titolo	A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment
Arco temporale considerato	Fine del 2012
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Metanalisi; solo RCT
Numero di partecipanti	4483 famiglie
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Differenti tipologie di partecipanti secondo il tipo di programma: la popolazione generale, per programmi preventivi universali, gruppi definiti di famiglie a rischio di maltrattamento infantile o di famiglie maltrattanti, per programmi target.
Obiettivo generale della revisione	Stimare l'efficacia di 27 programmi relativi ad interventi indirizzati a prevenire episodi di maltrattamento infantile nella popolazione generale o in famiglie a rischio ma non maltrattanti, o a ridurre l'incidenza di maltrattamento infantile in famiglie maltrattanti.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Vengono incluse tre tipologie di programmi: indirizzati alla popolazione generale, per prevenire il maltrattamento infantile, per famiglie a rischio di maltrattamento e per famiglie maltrattanti, per ridurre il maltrattamento. In alcuni programmi i genitori ricevono varie forme di supporto (sociale, emotivo, materiale) senza una reale formazione rispetto alle competenze genitoriali (per esempio Healthy Families America). Alcuni programmi forniscono invece formazione per acquisire competenze genitoriali, imparare dagli errori commessi nel ruolo di genitori, migliorare l'interazione genitore – figlio. Alcuni programmi infine associano al supporto la formazione. Anche il modo in cui vengono somministrati può differire: alcuni programmi prevedono gruppi di supporto in luoghi ad hoc, altri consistono in visite a domicilio, alcuni infine combinano i due approcci. Un altro fattore di diversità tra programmi è il numero sessioni e la durata. Infine il momento di inizio del programma e l'età che ha il bambino quando inizia il programma, è un importante fattore di moderazione dell'efficacia del programma.
Outcome	Tutti gli outcome inerenti il maltrattamento infantile, misurati in modo diretto o indiretto, attraverso strumenti validati, relativi a genitori e bambini.

Risultati	Venti differenti programmi di interventi focalizzati su outcome di maltrattamento sono stati presi in esame negli studi inclusi nella metanalisi. Solo 5 (25 %) programmi prevengono o riducono il maltrattamento infantile in modo efficace (Engaged Moms Program [EMP]; SOS ; Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect [MST-CAN]; e PCIT [20]). PCIT raggiunge la più vasta dimensione di effetto. Un'analisi sui fattori di moderazione dell'efficacia dimostra che le più ampie dimensioni di effetto riguardano studi più recenti, con campioni più piccoli, programmi che forniscono formazioni invece che solo supporto, programmi che si indirizzano a famiglie maltrattanti piuttosto che a rischio e programmi di moderata lunghezza (6 – 12 mesi) o con un moderato numero di sessioni (16 – 30).
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Sono necessari più RCT per svelare i fattori che sono associati con l'efficacia dei programmi. Inoltre poiché i programmi oggi esistenti sembrano solo ridurre e non prevenire il maltrattamento infantile, gli sforzi nel campo degli interventi di prevenzione dovrebbero anche focalizzarsi sullo sviluppo e la sperimentazione di programmi preventivi per famiglie a rischio di maltrattamento.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Gli studi sull'efficacia dei programmi per la prevenzione o la riduzione del maltrattamento infantile, dovrebbero considerare il maltrattamento infantile come primaria misura di outcome. Invece molti studi si focalizzano principalmente sui comportamenti dei genitori e sui fattori di rischio associati al maltrattamento, mentre i reali cambiamenti rispetto al maltrattamento infantile sembrano in qualche modo trascurati. Quando le misure di maltrattamento infantile sono utilizzate come principali misure di outcome, è consigliabile un approccio multimetodo: le dimensioni di effetto dei programmi di intervento sarebbero più affidabili se venisse usato più di un metodo, per esaminare quanto di frequente accade un episodio di maltrattamento infantile.

4. Flynn, 2015 – cure pediatriche di base

Titolo	Primary care interventions to prevent or treat traumatic stress in childhood: a systematic review
Arco temporale considerato	gennaio 1990 – dicembre 2013
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica; 12 articoli che descrivono 10 studi
Numero di partecipanti	Circa 4000 fornitori di cure primarie
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Chi si occupa di fornire cure primarie (medici specializzandi, professionisti presso servizi di cure primarie, pediatri praticanti); pazienti pediatrici (fino a 18 anni), genitori ed eventuali altri caregiver.
Obiettivo generale della revisione	Valutare, in modo sistematico la base di evidenze per la prevenzione e il trattamento dello stress traumatico infantile nei contesti delle cure primarie pediatriche, per comprendere che cosa sia efficace. Lo stress traumatico infantile deriva dall'esposizione a 2 tipi di stress: eventi traumatici acuti (per esempio testimone di violenza, far fronte a immediato pericolo di incidenti, sperimentare la violazione dell'incolumità personale – sparatorie a scuola, perdita improvvisa o violenta di una persona cara, aggressione sessuale), eventi traumatici cronici, ovvero situazioni ripetute nel tempo (per esempio vivere con genitori abusanti o in condizioni di povertà).
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Ampia gamma di interventi, molti interventi hanno più componenti rendendo impossibile isolare gli effetti di una componente singola. In alcuni studi i medici ricevono formazione e gli si insegna ad utilizzare un particolare modello / programma o questionari per screening con follow-up basati su risposte dei genitori / caregiver (per esempio screening psicosociali indirizzati alla famiglia con accento su sicurezza, violenza domestica, depressione materna, abuso di droghe nei genitori – screening per evidenziare problemi comportamentali nei bambini). Alcuni interventi prevedono opportuna formazione indirizzata a medici / operatori sanitari, per riconoscere / affrontare / rinviare situazioni di maltrattamento infantile, violenza domestica, rischi psicosociali.
Outcome	Vengono presi esame outcome relativi a chi fornisce cura / assistenza nel contesto delle cure primarie; outcome relativi a pazienti pediatrici / genitori (se si tratta di bambini piccoli).

Risultati	Outcome su chi fornisce cure primarie: aumentano i tassi di screening e la fiducia del medico nei cfr dello strumento screening; l'intenzione di effettuare lo screening e la percezione dell'utilità di particolari strumenti di screening; migliorano le autovalutazioni da parte dei medici, aumenta la competenza percepita e le attitudini positive verso pazienti con problemi psicosociali. Outcome su pazienti pediatrici / genitori Riduzione del rischio o dell'accadimento di eventi traumatici e aumento di rinvii a risorse della comunità; differenze di punteggio rispetto ad uno strumento validato (Child behavior checklist – CBCL) tra gruppi di intervento e di controllo (di bambini) su comportamenti aggressivi, problemi di attenzione; riduzione di tassi di maltrattamento da parte dei genitori, riduzione di atteggiamenti punitivi e rigidi autoriferita dai genitori. In sintesi i risultati suggeriscono che interventi di formazione / educazione e screening nel contesto delle cure primarie migliora in chi fornisce le cure competenze, conoscenze e competenza percepita. Riduzione di outcome infantili avversi come abuso fisico e maltrattamento, esposizione a violenza domestica comportamenti aggressivi e incidenti vengono riferiti dalla maggioranza degli interventi che misurano questi outcome. Gli interventi inoltre aumentano le discussioni su problemi psicosociali durante le visite pediatriche e migliorano i tassi di rinvio ad altre risorse della comunità. I limiti della revisione riguardano il breve periodo di follow-up degli studi inclusi e la loro eterogeneità che rende impossibile effettuare una metanalisi.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi nel contesto delle cure pediatriche di base sono fattibili e possono avere un impatto favorevole suille pratiche cliniche e sugli outcome di bambini e genitori.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

5. Levey, 2017

Titolo	A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families
Arco temporale considerato	Fino al 4 aprile 2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica di RCT. Sono inclusi 13 articoli relativi a 11 studi.
Numero di partecipanti	Da 96 a 1173 partecipanti, secondo gli studi.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Donne in gravidanza o madri ad alto rischio di abuso dei propri figli. Altre possibili caratteristiche: basso reddito, giovane età, depressione materna, stress famigliare, mancanza di supporto sociale e violenza da parte del partner. Nessuno studio incluso riguarda abuso di sostanze da parte della madre o madri con storie di abuso infantile alle spalle.
Obiettivo generale della revisione	Valutare l'efficacia di interventi per la prevenzione dell'abuso infantile che inizia alla nascita, in donne in gravidanza / mamme identificate ad alto rischio per una serie di fattori (economici, età, storia di abuso, malattia mentale, abuso di sostanze). Mentre i fattori di rischio associati all'abuso infantile sono spesso concomitanti, alcuni studi riscontrano che alcuni sottogruppi di popolazione sono più responsivi agli interventi, e questo fatto ha guidato lo sforzo di ritagliare gli interventi secondo le caratteristiche e i bisogni di specifici gruppi. La revisione cercherà di determinare l'impatto dei fattori specifici per partecipati e per interventi sull'efficacia dell'intervento.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Qualsiasi tipologia di intervento finalizzata alla prevenzione dell'abuso infantile in future mamme / mamme a rischio di abusare / trascurare i propri figli. Tutti gli studi inclusi riguardano un intervento di visite domiciliari, effettuato da infermieri e/o da personale paraprofessionale proveniente dalla comunità cui appartengono i partecipanti. Il contenuto degli interventi include accesso alle cure prenatali e pediatriche, comprendere lo sviluppo infantile, migliorare l'interazione genitore – bambino, mobilitare il supporto psicosociale, ritardare ripetute gravidanze e migliorare il percorso di vita della madre.
Outcome	Comportamento dei genitori, interazione genitore – bambino, salute mentale materna, salute e sviluppo infantile. Per valutare l'abuso infantile gli studi utilizzano un potenziale repertorio di situazioni di abuso infantile, rapporti autoriferiti di abuso o rigidità dei genitori, cartelle cliniche o rapporti per i servizi di protezione infantile.

Risultati	Degli otto studi identificati solo tre riferiscono una riduzione statisticamente significativa nell'abuso, rispetto ad ogni misura di outcome e solo due hanno riscontrato una riduzione negli incidenti riferiti a servizi di protezione infantile. Molto è stato scritto sull'abuso infantile in famiglie ad alto rischio, anche se sono stati eseguiti pochi RCT. Solo le visite domiciliari hanno una base significativa di evidenze rispetto alla riduzione dell'abuso infantile e i risultati variano in modo considerevole. Sono limitati i dati provenienti da paesi a basso e medio reddito.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	L'evidenza disponibile nella revisione indica possibilità promettenti per la riduzione del maltrattamento infantile in famiglie ad alto rischio. La ricerca futura dovrebbe in modo specifico valutare i bisogni delle madri che hanno sperimentato l'abuso durante l'infanzia e identificare gli interventi più idonei per aiutarle I dati provenienti dai paesi a basso e medio reddito sono limitati, sarebbe auspicabile e utile studiare interventi a costi inferiori in questi contesti, in aggiunta alle visite domiciliari.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

6. Marie-Mitchell, 2019

Titolo	A systematic review of trials to improve child outcomes associated with adverse childhood experiences
Arco temporale considerato	1 gennaio 1990 – 31 dicembre 2017
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio) **Numero di partecipanti**	Revisione sistematica di 22 articoli corrispondenti a 20 RCT
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Popolazione di età pediatrica. La maggioranza degli studi riguardano neonati e bambini fino a 5 anni di età, mentre tre studi si indirizzano ad una popolazione infantile più anziana. La popolazione considerata sono pazienti che accedono ai servizi di assistenza sanitaria pediatrica attraverso i servizi materno-infantile, pediatrico o di medicina generale o attraverso programmi infermieristici di comunità. Possono essere reclutati o sottoposti a screening per C-ACE.
Obiettivo generale della revisione	Quali interventi pediatrici di assistenza sanitaria migliorano gli outcome di salute nei bambini esposti durante l'infanzia a esperienze infantili avverse (ACE)? – esposizione ad abuso infantile (psicologico, fisico, sessuale), trascuratezza infantile (fisica ed emotiva), e disfunzioni famigliari (alcolismo, abuso di droghe, malattia mentale, violenza domestica, carcere, genitori divorziati e separati) -.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi di assistenza sanitaria pediatrica che o sono direttamente offerti dalla pediatria di base e da altri servizi di assistenza sanitaria pediatrica. Tra le varie componenti includono educazione ai genitori, rinvio a servizi sociali, azioni di supporto sociale, counseling o terapia da parte di professionisti che si occupano di salute mentale. Gli interventi sono classificati di alta intensità – multicomponenti che includono visite domiciliari estese per 3-5 anni – media intensità – interventi multicomponenti che includevano visite domiciliari o multiple visite di follow-up per 4-18 mesi – bassa intensità – indirizzati ad almeno una componente (per esempio genitorialità, servizi sociali) e includevano fino a 7 valutazioni di follow-up.

Outcome	Outcome di salute infantili: problemi di salute comportamentali o mentali, funzionamento dello sviluppo e cognitivo, problemi di salute fisica o cronici, biomarker infantili (per esempio pressione del sangue o livelli di cortisolo), utilizzo dei servizi di emergenza e ospedalieri. Outcome intermedi ovvero fattori che possono essere associati a C-ACE (esperienze infantili avverse vissute in infanzia) e che influenzano la probabilità di outcome avversi per la salute infantile: fattori di rischio dei genitori (per esempio depressione del genitore), uso dei servizi di comunità (per esempio rinvio per bisogni psicosociali), utilizzo delle cure primarie (per esempio vaccinazioni), misure nella relazione genitore – figlio (per esempio maltrattamento infantile). Il maltrattamento infantile avrebbe potuto essere considerato outcome di salute infantile, tuttavia è stato considerato outcome intermedio, perché non sempre le misure di maltrattamento offrono sufficienti informazioni per determinare l'impatto sulla salute del bambino.
Risultati	I risultati suggeriscono che interventi multicomponenti da media ad alta intensità che utilizzano personale professionista possono ridurre problemi di comportamento infantile / salute mentale associati con l'esposizione a C-ACE e migliorare le relazioni genitore- figlio, nei bambini da 1 a 5 anni di età. Tutti gli studi che miglioravano gli outcome di salute infantili includevano educazione genitoriale, counseling per la salute mentale o entrambi e tutti, eccetto uno, somministravano i servizi tramite visita domiciliare. Si è riscontrata la carenza di studi che coinvolgessero lo screening di C-ACE da parte della pediatria di base, che includessero bambini di 6 anni e oltre, che valutassero potenziali fattori di mediazione, misurassero i biomarker infantili, incorporassero azioni di counseling sulla salute mentale dei genitori e l'uso di sostanze.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi da parte della pediatria di base, che nella revisione sono una minoranza (solo 6 studi), potrebbero avere un diretto impatto sugli outcome di salute infantili se includessero una più ampia educazione sullo sviluppo infantile e sulle competenze genitoriali e un supporto sociale per i genitori. Questo per indirizzarsi direttamente all'impatto degli C-ACE sulla relazione genitore – figlio e per sottolineare l'importanza della relazione per la promozione della salute.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	

7. Prosman, 2015

Titolo	Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review
Arco temporale considerato	Fino a marzo 2014
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica di RCT (19 articoli relativi a 6 studi che prendono in esame 3 differenti programmi di visite domiciliari). I sei studi di visite domiciliari sono: the Mothers' Advocates In the community (MOSAIC) in Melbourne (Australia), Healthy Families in Alaska (HFAK), the Nurse-Family Partnership (NFP) - intervento con personale paraprofessionale e infermieri a Denver, Healthy Start Program (HSP)- studio nelle Hawaii, Nurse Family Program (NFP) a Memphis Tennessee e uno studio olandese Voorzorg (Precare), corrispettivo olandese di NFP.
Numero di partecipanti	
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Mamme che hanno subito violenza domestica, bambini che sono stati esposti a violenza domestica e perciò considerati vittima di abuso
Obiettivo generale della revisione	Valutare l'efficacia di RCT relativi ad interventi di visite domiciliari, per la riduzione di violenza domestica sperimentata da madri e bambini.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Vengono presi in esame tre differenti tipologie di interventi di visite domiciliari: **1.** Lo studio MOSAIC si indirizza principalmente alla riduzione della violenza domestica attraverso il supporto e l'educazione di mamme che hanno subito abuso per aiutarle a gestire la violenza del partner; **2.** 3 studi HFAK, NFP (Denver) e NFP (Memphis Tennessee) conducono visite presso famiglie che sperimentano situazioni di violenza domestica, con il solo obiettivo di ridurre l'abuso infantile tramite un supporto alla madre. Non viene prestata attenzione alla riduzione della violenza domestica; **3.** gli altri 2 studi HSP (Hawaii) e NFP (Amsterdam) conducono visite presso famiglie con donne incinte vittime di violenze domestica, con un focus primario sull'abuso infantile e secondario sulla violenza domestica.
Outcome	Violenza domestica, tramite strumenti ad hoc (CAS Composite Abuse Scale); abuso infantile.

Risultati	Lo studio MOSAIC ha riportato un significativo abbassamento dei punteggi di violenza domestica ad 1 anno di follow-up. Lo studio HSP (Hawaii) ha dimostrato dei tassi significativamente più bassi di aggressioni fisiche a 3 anni di follow-up e lo studio NFP (Amsterdam) una significativa riduzione di aggressioni fisiche alle madri, 2 anni dopo la nascita del bambino. Gli altri 3 studi non hanno dimostrato una significativa riduzione della violenza domestica.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	La visita domiciliare sembra un intervento promettente per mantenere un contatto con donne vulnerabili soggette a violenza domestica, che hanno un bambino e che sono più difficili da raggiungere tramite i servizi ordinari. L'evidenza sull'efficacia degli interventi di visita domiciliare per la violenza domestica è scarsa. Effetti a breve termine degli interventi sembrano efficaci per ridurre la violenza domestica, quando gli interventi si indirizzano alla violenza domestica e supportano le madri vittima di abuso. Inoltre, per identificare la violenza domestica sono raccomandati l'omogeneità delle misure di outcome e la durata del follow-up.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Supportare le madri vittime di abuso è benefico per le madri e per i loro bambini. Gli interventi di visita domiciliare non descrivono l'essere testimoni di violenza domestica come una forma di maltrattamento. Secondo noi si tratta piuttosto di una forma di trascuratezza infantile, che espone il bambino a situazioni di stress e di insicurezza, che impediscono il suo sviluppo emotivo. Per questa ragione i bambini testimoni di violenza domestica necessitano l'attenzione di chi fornisce assistenza sanitaria. L'empowerment delle madri è efficace per madri e bambini. Il nostro studio considera i risultati a 12-24 mesi dopo l'intervento, per cui sarebbero necessari studi a più lungo termine.

8. Turner, 2017

Titolo	Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review.
Arco temporale considerato	
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica; 21 studi, 18 studi su interventi di formazione (studi pre-post) e 3 studi su interventi a livello di sistema (RCT)
Numero di partecipanti	2018 partecipanti
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Professionisti che lavorano nell'ambito sociosanitario ed educativo e includono medici, infermieri, assistenti sociali e insegnanti.
Obiettivo generale della revisione	Identificare i tipi di intervento e il loro impatto sulla comprensione e la risposta dei professionisti a donne e bambini, subito dopo la rivelazione di episodi di violenza domestica e di maltrattamento infantile, in un contesto di abuso e violenza domestica; migliorare la valutazione da parte dei professionisti e la loro risposta a seguito della confessione di situazioni di abuso e violenza domestica.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Interventi a livello individuale, sono di natura educativa, o hanno una componente educativa; si focalizzano sulla promozione della prevenzione della violenza domestica (solo tra partner) indirizzandosi all'atteggiamento e alle attitudini dei partecipanti verso la violenza domestica e alla conoscenza dei suoi effetti deleteri sulle vittime e sui loro bambini. Inoltre vengono prese in esame le misure pratiche che i professionisti potrebbero adottare. Gli interventi a livello di sistema hanno lo scopo di effettuare cambiamenti nella pratica organizzativa e nella collaborazione inter organizzativa tra i servizi di welfare e protezione infantile e chi offre supporto dall'abuso e la violenza domestica, al fine di implementare strategie preventive.
Outcome	Gli outcome presi in esame riguardano il livello di conoscenza, gli atteggiamenti, la competenza percepita, le pratiche inerenti lo screening, cambiamenti di comportamento. Vengono misurati mediante strumenti tipo questionari, brevi narrazioni.

Risultati

I risultati sono calcolati almeno un anno dopo l'intervento

Livello di conoscenza

Rispetto al livello di conoscenza dei professionisti – risorse per i casi di abuso e violenza domestica, opportunità formative, linee guida operative - gli studi degli interventi formativi a livello individuale e degli interventi a livello di sistema riferiscono un incremento del livello di conoscenza;

atteggiamenti

anche rispetto a questo outcome la maggioranza degli studi hanno riferito miglioramenti

competenza

anche rispetto a questo outcome numerosi studi hanno riferito miglioramenti

pratica dello screening

rispetto a questo outcome i risultati non sono univoci: alcuni studi riferiscono miglioramenti dopo l'intervento, autoriferiti dai partecipanti, altri studi nessun effetto significativo.

Cambiamento dei comportamenti

Miglioramenti significativi nell'identificazione di situazioni di violenza domestica / nella pratica dello screening e nel rinviare ad altri servizi specialistici sono coerenti con i risultati positivi rispetto alla conoscenza, agli atteggiamenti e alla competenza.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

- I programmi di formazione migliorano la conoscenza dei partecipanti, gli atteggiamenti e la competenza clinica, fino ad un anno dopo la loro realizzazione.
- Elementi chiave per una formazione di successo sono discussioni interattive, sessioni di richiamo e rinforzo e il coinvolgimento di specialisti sul tema della violenza domestica.
- Gli approcci di sistema che hanno lo scopo di promuovere coordinamento e collaborazione tra servizi e enti pare promettente ma richiede finanziamenti e un alto livello di impegni da parte dei partner.
- Nessuno degli studi inclusi, eccetto uno, hanno preso in esame outcome relativi al bambino e alla famiglia. Per cui rimane incertezza sull'effettiva efficacia dei programmi formativi / di sistema rispetto a questi outcome.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

9. Van der Put, 2017

Titolo	Identifying effective components of child maltreatment interventions: A Meta - analysis
Arco temporale considerato	Fino a marzo 2017
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Metanalisi di 130 studi
Numero di partecipanti	39.044 partecipanti
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Famiglie (genitori e bambini)
Obiettivo generale della revisione	Scopo della presente metanalisi è sintetizzare i risultati sugli effetti di interventi indirizzati al maltrattamento infantile ed esaminare i potenziali moderatori di questo effetto, come per esempio le componenti dell'intervento e le caratteristiche dello studio. Più in dettaglio l'obiettivo è esaminare l'effetto di fattori contestuali (per esempio scopo generale dell'intervento, tipi di famiglie a cui è indirizzato, tipologia di intervento, età dei bambini), elementi strutturali (tipo di professionista coinvolto, durata dell'intervento, numero e intervallo delle sessioni di intervento), contenuto (competenze genitoriali, competenze personali dei genitori, fiducia in se stessi dei genitori, attitudini / attese verso l'essere genitori, conoscenze sullo sviluppo infantile, reti sociali della famiglia, relazioni tra i genitori, relazione tra genitori e figli, problemi di salute mentale dei genitori, empowerment dei genitori, supporto emotivo / sociale, benessere infantile, competenze del bambino, supporto pratico, motivazione al cambiamento), metodi di somministrazione dell'intervento (per esempio role-playing, monitoraggio, psicoeducazione, …). Sono stati esaminati anche gli effetti del disegno dello studio e delle sue caratteristiche (dimensione del campione, età dei genitori …), caratteristiche degli outcome (durata del follow-up, misure di outcome).
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Gli studi riferiscono l'effetto di almeno un intervento per prevenire o ridurre il maltrattamento infantile. In dettaglio sono stati inclusi due tipi di intervento, interventi preventivi per la popolazione in generale indirizzati a famiglie a rischio e interventi di cura destinati a famiglie maltrattanti e finalizzati a ridurre il maltrattamento o le recidive.

Le tipologie di intervento prese in esame sono: terapia cognitivo comportamentale, visite domiciliari, interventi di formazione per i genitori [indirizzati all'apprendimento di specifiche competenze per genitori], interventi multisistemici di terapia familiare [indirizzati al sistema famiglia / sistemi sociali multipli], interventi per l'abuso di sostanze [indirizzati all' abuso di sostanze da parte dei genitori], interventi prescolari, interventi generali di prevenzione [indirizzati a prevenire il maltrattamento infantile nella popolazione generale], interventi in caso di crisi, per risolvere problemi in fase acuta, interventi combinati.

Outcome

Caratteristiche del disegno di studio, fattori contestuali, elementi strutturali, specifiche pratiche di intervento e metodi di somministrazione

Risultati

Effetto piccolo ma significativo è risultato per gli interventi di prevenzione e di riduzione del maltrattamento infantile; Effetto più ampio per interventi di cura indirizzati a genitori maltrattanti che per interventi preventivi indirizzati a famiglie a rischio / popolazione generale, anche se la differenza non è significativa.

Questo risultato può essere spiegato da una più bassa prevalenza di bambini maltrattati in famiglie a rischio / popolazione generale che in famiglie maltrattanti, rendendo più difficile trovare differenze significative tra gruppi di intervento e di controllo e perciò di provare l'efficacia di un intervento. Inoltre scoprire maltrattamento infantile nella popolazione generale / famiglie a rischio è difficile quando sono usati documenti ufficiali, perché molti casi di maltrattamento non vengono ufficialmente riportati ai servizi di protezione dei minori.

Perciò in studi primari che esaminano gli effetti di un intervento di prevenzione e che utilizzano come fonte documenti ufficiali, le dimensioni dell'effetto sono molto ridotte. Sono necessari ampi gruppi di ricerca e lunghi periodi di follow-up per aumentare la forza. Questa è anche una possibile spiegazione per l'effetto significativo della variabile "periodo di follow-up" (più alte dimensioni di effetto sono prodotte in più lunghi periodi di follow-up): più lungo è il periodo di follow-up, più alta la prevalenza di abuso infantile nei gruppi di ricerca, più probabile scoprire un possibile effetto.

Terapia cognitivo comportamentale, visite domiciliari, formazione dei genitori, terapia famigliare multisistemica, abuso di sostanze, e interventi combinati erano efficaci per la prevenzione / riduzione del maltrattamento.

Per gli interventi di prevenzione più vaste dimensioni di effetto sono riscontrate per interventi a breve termine (0-6 mesi), per interventi focalizzati sull'aumento della fiducia in se stessi dei genitori e per interventi somministrati da personale professionale. Inoltre maggiori dimensioni di effetto degli interventi preventivi per maggiore durata del periodo di follow-up. Per gli interventi di trattamento, maggiori dimensioni di effetto per interventi focalizzati sul miglioramento delle competenze genitoriali e per interventi che offrono supporto sociale e/o emotivo. Gli interventi possono essere efficaci per la prevenzione / riduzione del maltrattamento infantile.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

I risultati della metanalisi dimostrano che gli interventi possomo essere efficaci per la prevenzione o la riduzione del maltrattamento infantile. Questi risultati possono essere usati per migliorare gli interventi esistenti, per esempio integrandovi le componenti più efficaci, o per sviluppare nuovi promettenti interventi, che comprendano le componenti più efficaci.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

- Quando si implementano le migliori pratiche, i professionisti di ambito clinico e i decisori politici dovrebbero scegliere gli interventi che producono i più ampi effetti per prevenire o ridurre il maltrattamento infantile. (terapia cognitivo-comportamentale, visite domiciliari, terapia famigliare multisistemica, formazione genitoriale, abuso di sostanze, interventi combinati).
- L'efficacia degli interventi esistenti potrebbe migliorare integrando, negli interventi, le componenti specifiche associate con la maggiore efficacia, per esempio focalizzarsi sul migliorare le competenze dei genitori e sul fornire supporto emotivo e sociale negli interventi di cura e nell'aumentare la fiducia in se stessi dei genitori negli interventi di prevenzione

10. Viswanathan, 2018

Titolo	Primary care interventions to prevent child maltreament: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force; Interventions to prevent child maltreatment. US Preventive services task force recommendation statement.
Arco temporale considerato	1 novembre 2011 – 18 dicembre 2017; un'ulteriore indagine a mano di articoli è stata effettuata fino al 17 luglio 2018.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica; 22 trial (33 articoli)
Numero di partecipanti	11.132
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini e adolescenti (fino a 18 anni) senza conosciute esposizioni al maltrattamento e senza segni o sintomi di maltrattamento correnti o passati. I campioni degli studi inclusi devono avere una maggioranza di bambini / adolescenti (> 50) con questi requisiti.
Obiettivo generale della revisione	Evidenze su interventi forniti o rinviati dai servizi dell'assistenza sanitaria di base, per la prevenzione primaria del maltrattamento infantile. – Aggiornamento di una revisione del 2013, per la US Preventive Services Task Force (USPSTF).
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Gli interventi inclusi sono programmi di cure primarie disegnati per identificare pazienti ad alto rischio e rinviarli a servizi specialistici, educazione dei genitori per migliorare la crescita e aumentare l'uso di strategie positive di disciplina, psicoterapia per migliorare le abilità di coping del cargiver e rafforzare la relazione genitore bambino. Questi interventi vengono realizzati in contesti tipo servizi di assistenza sanitaria di base, scuole e comunità. La quasi totalità dei programmi analizzati negli studi inclusi nella revisione sono visite domiciliari Gli interventi di confronto includono le cure abituali, interventi tardivi, interventi in atto che consentono di valutare il contributo indipendente dell'intervento preventivo offerto dall'assistenza sanitaria di base.

Outcome	Misure di abuso e trascuratezza dirette o proxy. Misure dirette rispecchiano un abuso fisico, sessuale, emotivo perpetrato dal genitore o dal caregiver; trascuratezza fisica (crescita carente), emotiva, dentale o medica (mancanza di vaccinazioni o di visite pediatriche di controllo), educativa; rapporti ai Servizi di protezione dei minori; allontanamento del minore dalla casa. Misure proxy: lesioni, incidenti non intenzionali, visite ai dipartimenti di emergenza, degenze ospedaliere, esiti sociali, emotivi e di sviluppo del bambino.
Risultati	Nessuna associazione significativa tra gli interventi dell'assistenza sanitaria di base e i rapporti ai Servizi di protezione dei minori entro un anno dalla realizzazione dell'intervento o tra gli interventi dell'assistenza sanitaria di base e l'allontanamento del bambino dalla famiglia in capo ad un periodo di follow-up da uno a tre anni Nessuna associazione statisticamente significativa è stata osservata tra interventi ed esiti inerenti le visite al dipartimento di emergenza in un lasso di tempo breve (< 2 anni), ospedalizzazioni, sviluppo infantile, rendimento a scuola, e prevenzione di decessi Risultati non significativi da trial singolo hanno portato a concludere che è insufficiente l'evidenza che gli interventi siano efficaci per la riduzione di incidenti, per evitare una crescita carente o l'assenza di vaccinazioni, la frequenza a scuola e altre misure di abuso o trascuratezza. Risultati non coerenti hanno portato a concludere che è insufficiente l'evidenza che gli interventi dell'assistenza sanitaria di base siano efficaci per outcome a lungo termine (2 anni) inerenti rapporti ai Servizi di protezione dei minori, visite al dipartimento di emergenza, e sintomi di comportamenti infantili internazionalizzati e esternalizzati. Non sono stati identificati trial che riferiscano danni conseguenti gli interventi.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	La revisione dimostra che, per la prevenzione del maltrattamento infantile, esiste evidenza limitata o insufficiente rispetto ai benefici degli interventi dell'assistenza sanitaria di base, inclusi i programmi di visite domiciliari. Inoltre non esiste evidenza rispetto ai pericoli e danni di tali interventi Si conclude che, per prevenire il maltrattamento infantile, l'evidenza è insufficiente per valutare il bilancio di benefici e danni degli interventi dell'assistenza sanitaria di base. Il livello di sicurezza della grandezza dei benefici e danni di questi interventi è basso.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Fattori di rischio per il maltrattamento infantile sono la giovane età (< 4 anni), avere speciali bisogni di salute, sesso femminile, storia passata di maltrattamento. I bambini sono più a rischio in base a fattori inerenti i loro caregiver, e l'ambiente: per esempio avere un genitore giovane, single o non biologico, genitori con basso livello di istruzione, basso reddito, storia di maltrattamento, isolamento sociale. Inoltre vivere in comunità con alti tassi di violenza, disoccupazione o deboli reti sociali sono condizioni associate al maltrattamento infantile.

11. Vlahovicova, 2017

Titolo	Parenting programs for the prevention of child physical abuse recurrence: a systematic review and meta-analysis
Arco temporale considerato	Fino al 10 aprile 2015
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica di 14 rct realizzati in USA e in Canada.
Numero di partecipanti	Numero di partecipanti varia da 26 a 2176
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori (per esempio madri, padri e altri caregiver primari) di bambini / adolescenti da 0–18 anni, con una storia di reale o sospetto abuso fisico infantile.
Obiettivo generale della revisione	L'importanza di condurre questa revisione nasce da due necessità: offrire una sintesi aggiornata della ricerca sulla prevenzione dell'abuso infantile ripetuto, tramite programmi per genitori; superare i limiti metodologici incontrati dalla ricerca passata, restringendo lo scopo di questa revisione solo a quegli interventi rigorosamente basati sulla Social learning theory, per rendere possibile combinare gli esiti dei trial in una metanalisi meno eterogenea.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Programmi educativi per genitori indirizzati ai comportamenti, basati sulla Social learning theory. Il contenuto dei programmi ha un focus condiviso sull'insegnamento e la pratica delle competenze genitoriali e sulle strategie di gestione del bambino, per spezzare la serie di coercizioni nell'interazione genitore – bambino. Sebbene alcuni programmi includano anche moduli sulla salute infantile e sulle pratiche sicure. I programmi possono essere individuali o di gruppo e venire realizzati o parzialmente o completamente a casa, in ambito sanitario, di comunità o online
Outcome	Outcome primario: reiterato abuso fisico infantile riferito da documenti ufficiali (di polizia o altri enti preposti alla protezione e al benessere infantile) e/o autoriferito da genitori o bambini. Se sono disponibili i rapporti ufficiali hanno la priorità. Outcome proxy: misure di reiterato abuso fisico sono: genitorialità rigida e severa, punizioni fisiche e punteggi oltre la soglia prevista in strumenti di misura standardizzati dell' abuso fisico infantile, che in modo valido e affidabile identificano la reiterazione dell'abuso fisico: PCTS, CMIS, APQ, e ICAST.

Risultati	I risultati della revisione suggeriscono che i programmi per genitori indirizzati ai comportamenti, che si basano sulla Social learning theory, sono strategie efficaci che in modo moderato ma significativo riducono i segnali di recidive nelle famiglie che praticano l'abuso fisico. La nostra metanalisi ha riscontrato che il tasso di recidive è 11% inferiore per genitori maltrattanti, che hanno ricevuto programmi di formazione genitoriale indirizzati ai comportamenti, fondati sulla Social learning theory, La percentuale è modesta, tuttavia è importante riconoscere la sua rilevanza, considerando la natura complicata dei sistemi di welfare infantile e i rischi multipli a cui sono esposte le famiglie che vengono indirizzate a questi servizi.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Affrontare le questioni di relazione genitore – bambino mediante programmi sulla genitorialità, indirizzati ai comportamenti e fondati sulla social learning theory può essere un effettivo trattamento per prevenire le recidiva di abuso fisico infantile, almeno nel contesto Nord Americano.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	È assodato che è necessaria una ricerca più ampia e di migliore qualità per comprendere perché questa tipologia di intervento sia efficace e rendere la sua efficacia più solida.

APPRENDIMENTO PRECOCE

1. Burger 2010

Titolo	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.
Arco temporale considerato	
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	La revisione comprende 32 studi fatti su programmi realizzati in Europa (8), Nord America (11) e Asia (1) e 3 birth cohort studies realizzate in Gran Bretagna e Canada. Tutti i programmi sono center-based e child-focused. Alcuni studi hanno preso in considerazione un coinvolgimento diretto dei genitori (gli americani Head Start e Chicago Longitudinal Study Child-Parent Centers e il vietnamita Early Childhood Development Study). Gli studi presi in considerazione in Europa sono: EPPE, 2004; EPPE 2008a, 2008b; EYTSEN 2003; EPPNI 2004 (questi quattro studi hanno messo a confronto lo sviluppo dei bambini che hanno frequentato un servizio prescolare con bambini che non lo hanno frequentato). A questi si aggiungono studi su programmi realizzati in Germania, Svizzera, Paesi Bassi e Francia. In sintesi, la revisione analizza l'efficacia degli interventi di educazione precoce basandosi su studi quasi sperimentali senza assegnazione casuale dei partecipanti a un gruppo di intervento o di controllo.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini che hanno frequentato i servizi educativi prescolari e bambini che non li hanno frequentati o che hanno ricevuto forme di cura alternative. Età dei bambini frequentanti i servizi: tra 3 e 5 anni
Obiettivo generale della revisione	Valutare l'effetto dei servizi educativi prescolari center-based sullo sviluppo cognitivo dei bambini e la verifica della misura in cui la frequenza a questi servizi può ridurre le disuguaglianze tra bambini di background sociale diverso. Nel testo con il termine servizi educativi prescolari (early childhood education and care o preschool) si fa riferimento ai servizi formali, opposti alle cure informali ricevute dai bambini (es. a casa dai genitori o dai nonni)

Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo

Confronto tra bambini che frequentano un servizio educativo prescolare center-based con bambini che non frequentano servizi di questo tipo o che usufruiscono di altri interventi.

Durata media della frequenza ai servizi educativi prescolari: varia tra meno di un anno e più di tre anni, con la maggior parte dei bambini frequentanti per uno o due anni.

La maggior parte degli studi ha seguito i bambini per lo meno fino all'ingresso nella scuola primaria. Alcuni studi li hanno seguiti fino all'età adulta, fino ai 46 anni.

Per la revisione sono stati presi in considerazione studi che:

- riguardassero interventi fatti in età prescolare;
- considerassero interventi che prendessero in considerazioni diversi tipologie di servizi center-based quali preschools, childcare centers, crèches, playgroups, daycare nurseries e nursery schools.
- fornissero informazioni sufficienti sulla tipologia di servizio offerto
- fossero stati pubblicati dopo il 1990 (tranne unica eccezione di uno studio del 1987, incluso per la sua importanza nel UK)
- avessero un ben definito campione con una numerosità medio-grande (almeno 300 partecipanti)
- fornissero informazioni da uno studio primario e non da una revisione
- avessero caratteristiche del campione, metodi di ricerca, analisi statistiche e risultati sufficientemente dettagliati da garantire la robustezza delle conclusioni
- contenessero outcome sullo sviluppo cognitivo del bambino
- considerassero un gruppo di intervento e uno di controllo (che non riceve l'intervento oppure ne riceve uno alternativo).

Outcome

- outcome cognitivi
- ricorso a classi speciali
- ripetizione anno scolastico
- regolarità del percorso scolastico

Risultati

Viene sottolineata la difficoltà legata alla diretta comparazione tra studi europei e americani per quanto riguarda a) la qualità dei servizi educativi prescolari (gli standard di qualità sono maggiormente presenti in Europa rispetto agli Stati Uniti); b) la tipologia di bambini frequentanti (i bambini dei programmi americani si trovano in condizioni economiche più svantaggiate dei bambini nei programmi europei); c) la tipologia di programmi per cui i programmi europei sono universali mentre quelli statunitensi sono per la maggior parte selettivi quindi indirizzati a bambini di basso SES.

Le differenze negli outcome cognitivi tra gruppi di intervento e di controllo nei vari studi non devono essere interpretate come risultato esclusivo della partecipazione ai servizi educativi ma bisogna tener conto anche delle strategie di parenting che possono agire da moltiplicatori degli effetti dei servizi center-based.

La revisione mette in evidenza un indubbio effetto positivo nella maggior parte dei casi su outcome cognitivi e relativi al successo scolastico.

Risulta invece più difficile definire l'effetto sulla riduzione della ripetizione dell'anno e sul ricorso a classi speciali, perché il numero di studi che ha preso in considerazione questi due aspetti è troppo piccolo per poter giungere a una conclusione chiara.

Sembra ragionevole affermare anche che la qualità dei programmi che includono anche aspetti che influenzano il home learning environment e il family literacy environment possa essere considerato tra i fattori che influenzano in maniera positiva lo sviluppo cognitivo dei bambini.

Per quanto riguarda età di inizio e durata, questa revisione non giunge a una conclusione definitiva. Gli effetti dell'intensità sono stati analizzati in alcuni studi ma l'evidenza empirica è troppo scarsa per determinare qual è l'intensità ideale.

In sintesi, la revisione pone l'accento sulla qualità dei servizi educativi precoci che sembrano giocare un ruolo più importante per lo sviluppo cognitivo che l'età di ingresso, l'intensità e la durata.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	La maggior parte degli studi rileva effetti benefici per i bambini che frequentano un servizio educativo prescolare e vi sono evidenze che dimostrano benefici effetti anche nei successivi anni scolastici. In generale questi risultati sono confermati, sia pure in misura diversa, a prescindere dalla qualità degli studi e dalle metodologie effettuate. Molti studi hanno evidenziato effetti moderati su varie dimensioni dello sviluppo. In alcuni casi, per quanto riguarda lo sviluppo cognitivo, gli effetti a breve termine superano quelli a lungo termine. Quindi si può concludere che l'educazione prescolare fornisce ai bambini una serie di capacità che rafforzano le loro capacità di apprendimento e le loro successive performance scolastiche. Inoltre, le esperienze sociali e cognitive offerte nei servizi educativi integrano quelle degli ambienti familiari. Tuttavia, l'effetto medio positivo non necessariamente comporta un beneficio per tutti: infatti i risultati sulla ripetizione dell'anno e il ricorso a classi speciali sono contraddittori. Gli Autori concludono dicendo che le esperienze educative prescolastiche formali hanno un'importanza cruciale. Gli studi che hanno un follow-up nel tempo dimostrano che alcuni effetti possono essere mantenuti nel tempo. Gli studi inoltre sottolineano l'importanza dell'ambiente di apprendimento familiare precoce come condizionante gli effetti dei servizi educativi prescolari e che gli interventi educativi che coinvolgono anche i genitori hanno degli effetti più chiari.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	L'insieme delle evidenze è a favore dei programmi di educazione precoce e conferma almeno in parte quanto già noto e cioè che i benefici sono maggiori per i bambini provenienti da situazioni familiari di svantaggio.

2. Camilli 2010

Titolo	Meta-analysis of the effects of early education interventions on cognitive and social development
Arco temporale considerato	1960-2000
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	123 studi, sia RCT che quasi-sperimentali, di interventi prescolari. Gli studi hanno considerato tre tipi di comparazioni: 76 fra intervento e controllo; 17 fra interventi alternativi; 30 hanno considerato sia le differenze fra diversi interventi che fra questi e nessun intervento.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini di età compresa tra 3 e 5 anni.
Obiettivo generale della revisione	Verificare quali tipi di programmi e di servizi prescolari sono i più efficaci.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Confronto tra bambini che avevano frequentato un servizio educativo prescolare e bambini che non lo avevano frequentato o avevano ricevuto un intervento alternativo. Sono stati presi in considerazione studi che avevano le seguenti caratteristiche: > considerare servizi educativi center-based (non family-based) > avere come focus lo sviluppo cognitivo e/o linguistico dei bambini > essere forniti per almeno 10 ore per 2 mesi > essere effettuati negli Stati Uniti > non essere limitati a bambini con bisogni speciali
Outcome	Sono stati considerati outcome cognitivi, socio emotivi e scolastici, misurati con strumenti che valutano autostima, adattamento alla scuola, aspirazioni educative e comportamenti aggressivi e antisociali. Tuttavia, il focus principale di questa metanalisi è costituito dagli outcome cognitivi (che comprendono indicatori su intelligenza e lettura).

Risultati	Sono stati dimostrati effetti significativi per bambini che hanno frequentato un servizio educativo da 0 a 5 anni. Gli effect sizes medi del confronto tra intervento e controllo sono stati ES= .231(cognitive domain), ES = .137 (school domain), and ES =.156 (social domain). Nonostante gli effect sizes più grandi siano stati evidenziati per gli outcome cognitivi, la frequenza ai servizi educativi ha portano benefici anche alle competenze sociali e al successo scolastico dei bambini. L'effetto tende a ridursi in relazione alla lunghezza del follow-up.
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	La revisione consente di documentare effetti positivi per i diversi outcome considerati e in particolare per quelli relativi allo sviluppo cognitivo. È anche possibile individuare alcune variabili relative alla qualità dell'intervento educativo, in particolare quello che prevede il lavoro diretto del singolo insegnante con il singolo bambino o per piccoli gruppi. Tuttavia, l'insieme dei dati non consente di sviluppare raccomandazioni più dettagliate sull'articolazione più efficace degli interventi.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	La revisione conferma quanto emerge in generale dalla letteratura sull'effetto positivo dei servizi educativi nei primi anni di vita su dimensioni sia cognitive che non cognitive dello sviluppo. Le dimensioni dell'effetto sono da lievi a moderate e tendono a ridursi nel tempo. Va infine considerato che la revisione è limitata a studi effettuati negli Stati Uniti.

3. Dietrichson 2018

Titolo	Universal preschool programs and long-term child outcomes: a systematic review
Arco temporale considerato	1980-2018
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica di 26 studi condotti in Europa (14), Nord America (7), Sud America (4) e Africa (1)
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini di età compresa tra 0 e 6 anni che frequentano i programmi prescolari, qui definiti come servizi educativi formali (al di fuori dell'ambiente familiare) che i bambini frequentano prima dell'ingresso alla scuola primaria.
Obiettivo generale della revisione	Verificare quali sono gli effetti a lungo termine (dalla terza elementare fino all'età adulta) della frequenza a programmi universali di servizi educativi prescolari su 6 diverse categorie di outcome.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Intervento educativo prescolare Sono stati presi in considerazione studi che: a) confrontano la frequenza di servizi educativi prescolari universali (non selettivi) ad attività educative non formali (genitori, famiglia, altri tipi); b) studi che confrontano diverse tipologie di programmi prescolari universali tra di loro; c) studi che riportano outcome nel lungo termine, dalla terza elementare in poi; d) studi che misurano l'effetto dei programmi prescolari comparando un gruppo di controllo a un gruppo di intervento; e) studi che riportano effetti eterogenei derivanti da differenza nel SES e nel genere
Outcome	Gli outcome considerati sono: salute, benessere e comportamento; punteggi ottenuti ai test e anni di scuola frequentati; progressione regolare tra scuola primaria e secondaria; anni di scuola e livello di istruzione massimo raggiunto; occupazione e reddito; analisi costo-benefici.

Risultati

Effetti dei programmi prescolari universali sugli otucome a lungo termine:

1. Salute, benessere e comportamento (outcome misurati su persone di età compresa tra 8 e 39 anni): risultati misti, con esempi di effetti positivi e negativi su tutte e tre le sottocategorie.
2. Punteggi ai test e anni di scuola (range d'età considerato per i test: tra 8 e 18-20 anni). I test si riferiscono a test standardizzati di scienze, matematica, literacy, test cognitivi e di QI o test su anni di scuola. Anche in questo caso i risultati sono misti.
3. Progressione regolare tra scuola primaria e secondaria (range di età considerato 9-39 anni). Misurati da indicatori che considerano i progressi fatti in base all'età (es. essere in linea con il percorso scolastico e probabilità di non ripetere l'anno), la ripetizione dell'anno o ancora da indicatori relativi all'essersi laureati/essersi iscritti all'università o all'aver abbandonato il percorso scolastico. Gli studi indicano effetti benefici sull'outcome considerato. Gli effetti sono maggiori per i bambini provenienti da famiglie di basso SES nella maggior parte degli studi riportanti effetti eterogenei.
4. Anni di scuola e livello di istruzione massimo raggiunto (range di età considerato 13-66 anni). La revisione indica una correlazione positiva fra la partecipazione a programmi prescolastici e livello di istruzione raggiunto in seguito.
5. Occupazione e reddito (range di età considerato 23-59 anni): effetti per lo più statisticamente significativi ma minimi, dell'ordine di 1%-2% (studi effettuati in base alla residenza in aree servite e non in base all'effettiva frequenza dei servizi).
6. Analisi costi-benefici

Gli studi che includono un'analisi costi-benefici indicano che i rendimenti degli investimenti effettuati nei programmi prescolari universali sono sempre positivi.

Riassumendo, la revisione evidenzia due risultati principali:

7. gli effetti sui punteggi dei test e sugli anni di scuola, e gli indicatori relativi a salute, benessere e comportamento sono misti, quindi variano tra e negli studi;
8. gli effetti sugli altri outcome (progressione regolare tra scuola primaria e secondaria, anni di scuola e livello di istruzione massimo, occupazione e guadagni), indicano in media effetti benefici

La qualità dei servizi educativi è un fattore di primaria importanza.

Non vengono rilevate differenze significative sugli effetti in base al genere.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

4. Dowdall 2019

Titolo	Shared Picture Book Reading Interventions for Child Language Development: A Systematic Review and Meta-Analysis
Arco temporale considerato	La revisione non ha imposto limiti relativi alla data di pubblicazione degli studi.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	19 studi RCT, di cui 11 condotti negli Stati Uniti e gli altri 8 distribuiti tra altri paesi ad alto reddito (2 Hong Kong, 2 Australia, 2 Sudafrica, 1 Brasile, 1 Turchia). Questo studio rappresenta la prima revisione sistematica e metanalisi di interventi di lettura focalizzati specificamente su RCT. Sono stati inclusi studi che: > hanno valutato l'impatto degli interventi di lettura di libri illustrati sulle competenze dei caregiver; > prevedevano nel loro disegno l'impiego di tecniche utili alla lettura di libri illustrati (indipendentemente dal fatto che l'intervento fosse descritto come dialogico o interattivo) > prevedevano un intervento lieve o più intenso; > che avesse valutato almeno un outcome quantitativo sullo sviluppo del linguaggio
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Genitori e bambini di età compresa tra 1 e 6 anni, indipendentemente da lingua, paese, livello di reddito, razza o altri indicatori sociodemografici. Gli studi in questa revisione hanno preso in considerazione soprattutto bambini con sviluppo tipico. Solo due studi hanno incluso bambini con ritardo del linguaggio da lieve a moderato e con bisogni educativi speciali. I caregiver avevano livello di istruzione vario.
Obiettivo generale della revisione	L'obiettivo principale della revisione è quello di valutare l'impatto degli interventi di lettura di libri con immagini sullo sviluppo del linguaggio dei bambini. Obiettivo secondario è quello di valutare le competenze di lettura dei caregiver, ovvero vedere fino a che punto i caregiver sono in grado di replicare fedelmente quanto appreso durante i parent training nel momento della lettura con i loro bambini.

Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo

Gli interventi consistono di un numero di sessioni in cui i genitori, individualmente o in gruppo, vengono guidati su come utilizzare i libri con immagini in maniera efficace con i loro bambini. La maggior parte degli interventi è stata condotta di persona, individualmente o in gruppo, mentre 2 interventi sono stati somministrati tramite l'utilizzo di video. Un intervento è stato somministrato con una chiamata di 20 minuti.

I bambini cui veniva letto (gruppo di intervento) sono stati confrontati con bambini cui non veniva letto oppure cui veniva letto normalmente o che ricevevano un tipo di intervento diverso dalla lettura.

Outcome

Outcome primari: linguaggio recettivo e linguaggio espressivo dei bambini

Outcome secondario: competenze di lettura dei genitori

Risultati

Gli interventi di lettura hanno avuto in generale un effect size piccolo, per quanto riguarda il linguaggio espressivo (d = 0.41) e quello recettivo (d = 0.26). È stato rilevato un effetto più grande sulla competenza di lettura dei genitori (d = 1.01). L'impatto sul linguaggio del bambino è stato moderato da fattori quali la dose dell'intervento per cui una dose minore è stata associata a un minor impatto. L'età del bambino e il livello di istruzione del caregiver non erano collegati con gli outcome del bambino.

In generale la revisione conferma che gli interventi di lettura sono efficaci per potenziare e accelerare lo sviluppo del linguaggio dei bambini.

Gli Autori riportano alcuni limiti degli studi:

Un limite degli studi inclusi era la scarsità di valutazioni di follow-up per i bambini.

Mentre gli studi hanno incluso tutti sia una valutazione pre che post-intervento, sono stati molto pochi quelli che hanno fatto una valutazione a distanza. Questo lascia senza risposta la questione dell'efficacia nel tempo dell'intervento.

Un altro limite è che negli studi sono stati utilizzati strumenti di valutazione del linguaggio diversi tra di loro. Nonostante quasi tutti gli strumenti siano standardizzati e validati, questa variabilità della valutazione ha introdotto una certa eterogeneità nei risultati.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi di lettura dovrebbero essere presi in considerazione per ogni programma il cui obiettivo sia il sostegno dell'early literacy e lo sviluppo del linguaggio nei bambini. È molto importante che i risultati abbiano evidenziato l'efficacia di questo intervento indipendentemente dal livello di istruzione dei genitori. È anche da notare che, contrariamente a quanto riportato da altri studi, questo intervento porti agli stessi benefici per i bambini con più e meno di 3 anni. Inoltre, i risultati evidenziano un dose-effetto, con un'improbabilità dimostrata dagli interventi più brevi di essere efficaci nel miglioramento delle abilità linguistiche dei bambini. Al contrario, gli interventi che prevedevano più sessioni, quindi con un aumento di contatto tra i facilitatori e i caregiver, avevano molta più probabilità di essere efficaci.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Per il futuro è necessario che gli studi comprendano anche indicatori di implementation fidelity, per verificare l'effettiva applicazione da parte dei genitori delle tecniche interattive insegnate dai facilitatori. Inoltre, c'è bisogno di ricerche di tipo longitudinale che verifichino gli effetti nel lungo termine e che idealmente dovrebbero seguire i bambini da piccoli fino all'ingresso alla scuola primaria. Inoltre, è necessario un confronto diretto tra interventi uno a uno (un facilitatore, un genitore) e interventi in gruppo (un facilitatore, più genitori).

5. Falenchuk 2017

Titolo	Education of staff in preschool aged classrooms in childcare centers and child outcomes: a meta-analysis and systematic review
Arco temporale considerato	1972-2014
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	39 studi inclusi di cui 1 condotto in Canada, 1 che ha utilizzato un campione "internazionale" comprendente paesi quali Finlandia, Hong Kong, Irlanda, Italia, Polonia, Tailandia e Stai Uniti; il resto degli studi è stato condotto negli Stati Uniti.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Gli studi considerati prendevano in considerazione bambini di età precedente a quella dell'accesso all'istruzione obbligatoria e per la metanalisi bambini della fascia 30-72 mesi frequentanti i servizi educativi prescolari.
Obiettivo generale della revisione	Questa revisione sistematica e metanalisi si propone di verificare se il livello di istruzione degli educatori sia direttamente correlato alla qualità dei programmi educativi per i bambini più piccoli. Un obiettivo secondario era quello di vedere se questa eventuale associazione fosse più forte nel caso di bambini in condizioni di svantaggio socio-culturale. Infine, ulteriore obiettivo era quello di verificare se l'associazione tra istruzione e outcome cambiava quando veniva considerate il livello di istruzione di tutti gli educatori di una stanza rispetto a quando veniva preso in considerazione solo quello dei coordinatori (lead staff).
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Intervento educativo prescolare. La revisione si è focalizzata su studi di coorte, trasversali e longitudinali che riportavano associazioni statistiche tra il livello di istruzione dello staff nelle classi prescolari e le conseguenti competenze scolastiche dei bambini (es. linguaggio e matematica), così come cognitive, fisiche e socio-emotive.
Outcome	Outcome di sviluppo del bambino nelle diverse dimensioni: cognitiva, socio-emotiva, fisica e, all'interno della dimensione cognitiva, competenze linguistiche, matematiche ecc.

Risultati

In generale gli studi sono risultati troppo eterogenei per consentire delle conclusioni basate sulle evidenze: alcuni studi evidenziavano una debole associazione (relativamente agli outcome linguistici: vocabolario e identificazione delle lettere) tra l'istruzione degli educatori e alcuni outcome del bambino mentre altri, la maggioranza, non evidenziavano nessuna associazione.
I risultati della metanalisi rappresentano tuttavia una piccola minoranza di studi selezionati e dovrebbero essere considerati con cautela.

Oltre che dalla grande variabilità nell'operazionalizzazione del livello di istruzione degli educatori, la mancata evidenza di questa associazione può dipendere da diversi fattori:

- c'è bisogno di prendere in considerazione anche altri fattori relativi agli educatori quali: area di specializzazione, anni di esperienza, opportunità di sviluppo professionale, conoscenza dei meccanismi di sviluppo del bambino. Potrebbe esserci una mancata corrispondenza tra le conoscenze acquisite nel proprio percorso formativo e l'esperienza utile al lavoro con i bambini. Inoltre, può anche darsi che ci sia un gap tra quanto appreso dall'educatore e l'effettiva implementazione delle sue conoscenze. Ad esempio, in moti casi i ricercatori hanno visto che le pratiche degli educatori sono guidate da credenze, conoscenze, pratiche pregresse così come le loro stesse esperienze da bambini, piuttosto che dalle buone pratiche dimostratamente efficaci per lo sviluppo del bambino.

Un focus su cosa fanno effettivamente gli educatori piuttosto che sul loro livello di istruzione potrebbe essere più utile per definire la qualità del servizio.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

I risultati di questa revisione sistematica sono stati ostacolati dall'eterogeneità nella definizione di istruzione degli educatori (ad es. in alcuni casi è stata considerato il livello di istruzione solo del coordinatore, mentre in altri si è preso in considerazione tutto lo staff) e anche degli outcome del bambino considerati nei diversi studi. La metanalisi ha evidenziato alcune associazioni positive, anche se deboli, tra l'istruzione dello staff e gli outcome linguistici del bambino mentre non sono state evidenziate associazioni positive per gli outcome matematici. Tuttavia, lo studio ha messo in evidenza una serie di importanti questioni metodologiche che devono essere indirizzate dalla futura ricerca, ad esempio quella di focalizzarsi sulla modalità di interazione degli educatori con i bambini, piuttosto che su variabili strutturali quali il livello di istruzione degli educatori.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

6. Gomes, 2018

Titolo	The benefits of play for children's health: a systematic review
Arco temporale considerato	2006-2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	12 articoli hanno soddisfatto i criteri di eleggibilità: 6 studi qualitativi, 3 revisioni narrative, 1 revisione sistematica, 1 studio quantitativo e 1 studio quali-quantitativo.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	La revisione ha considerato studi che facevano riferimento a bambini di età inferiore ai 18 anni, seguendo la definizione di "bambino" della Convenzione sui Diritti del Bambino.
Obiettivo generale della revisione	L'obiettivo di questa revisione sistematica è quello di revisionare la recente letteratura sul gioco e di sintetizzare gli effetti positivi sulla salute dei bambini.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Attività di gioco di diversa natura, strutturate e libere, condotte all'aria aperta o all'interno.
Outcome	L'outcome considerato è quello della salute. Considerato il concetto biopsicosociale di salute, gli outcome, solo per semplicità di esposizione, sono stati suddivisi dagli Autori in: 1) campo biologico; 2) campo psicosociale.
Risultati	Gli studi focalizzati prevalentemente sugli effetti biologici hanno preso in considerazione attività da svolgere nel tempo libero e attività pericolose all'aria aperta (risky outdoor play), per bambini da 3 a 15 anni e hanno evidenziato benefici a livello fisico ma anche a livello mentale (es. livelli più bassi di stress, ansia). Gli studi focalizzati prevalentemente sugli effetti psicosociali evidenziano che il gioco risulta importante per l'apprendimento precoce (sviluppo del linguaggio, comprensione di concetti matematici, apprendimento di competenze sociali). Le attività ludiche risultano utili anche ai fini di una maggiore capacità di ritenzioni delle informazioni relative alla salute. In generale, il gioco si è dimostrato utile sia per i suoi effetti sia fisici che mentali sulla popolazione pediatrica.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	I dati rinforzano l'idea del gioco quale attività importante per la salute dei bambini. Il gioco contribuisce alla prevenzione e al trattamento delle malattie legate alla vita sedentaria. Ha inoltre effetti positivi nell'umanizzazione delle cure ospedaliere, grazie alla sua capacità di rendere l'ambiente meno stressante per i bambini, di migliorare l'aderenza alle cure e di diminuire la durata del ricovero. Il gioco ha effetti positivi anche sullo sviluppo mentale e sociale, contribuendo alla formazione di adulti emotivamente bilanciati e sicuri di sé, dunque in buona salute psicosociale. Oggigiorno la quantità di tempo a disposizione per giocare è stata di molto ridotta, i bambini vivono routine diverse e più stressanti e questo porta a far sì che siano sempre più frequenti tra i giovanissimi problemi un tempo di pertinenza quasi esclusivamente del mondo adulto, quali la depressione e l'obesità.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	La revisione sottolinea l'importanza di investire sul gioco affinché i bambini possano sviluppare il loro pieno potenziale.

7. Law 2018

Titolo	Parent-child reading to improve language development and school readiness: a systematic review and meta-analysis
Arco temporale considerato	1978-2018? È stata effettuata una ricerca sulla letteratura disponibile, nei database elettronici, degli ultimi 40 anni.
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Gli studi inclusi nella revisione sono: 17 RCT e 5 studi quasi-sperimentali. 15 studi sono stati condotti negli USA, 1 in Corea, 2 in Canada, 2 in Israele, 2 in Sudafrica, 1 a Hong Kong. Dei 22 studi considerati per la revisione, 16 sono stati considerati validi anche ai fini della metanalisi. La revisione ha preso in considerazione gli studi riferiti a interventi di lettura bambino-genitore. Si poteva leggere da un libro, un giornale, un tablet o dal computer. Gli studi dovevano avere queste caratteristiche per l'eleggibilità: > adottare un disegno randomizzato o quasi sperimentale che metteva a confronto un gruppo di intervento (intervento di lettura) e uno di controllo (nessun intervento) > la lettura doveva essere effettuata dal genitore o principale caregiver del bambino, non da un educatore > doveva fornire indicazioni sugli outcome del linguaggio (comprensione e/o linguaggio espressivo), della pre-lettura (ad es. consapevolezza fonologica) > dovevano includere un test sulle performance del bambino prima e dopo l'intervento.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini di età 1-5 anni e loro genitori o prinicipali caregiver (quindi la definizione include anche genitori biologici, nonni, genitori adottivi, genitori affidatari o altre figure primarie che si prendono cura del bambino). Età media dei bambini 39.47 mesi. La revisione non ha messo restrizioni riguarda a ritardi, disordini o disabilità nello sviluppo per i bambini. Non ci sono state restrizioni neanche su fattori sociodemografici, incluso età, razza, etnia, paese, lingua o stato socio-economico, reddito e livello di istruzione.

Obiettivo generale della revisione

L'obiettivo principale della revisione è quello di verificare le evidenze esistenti in merito all'efficacia degli interventi di lettura tra adulti e bambini in età prescolare su: prontezza scolastica del bambino, linguaggio orale e interazioni adulto-bambino.

Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo

La revisione ha preso in considerazione studi che facevano un confronto tra bambini cui veniva letto dai genitori (gruppo di intervento) e bambini cui non veniva letto oppure cui veniva letto normalmente senza una modalità particolare (gruppo di controllo)

In totale la revisione ha fornito informazioni su 751 bambini del gruppo di intervento genitori) e 569 bambini del gruppo di controllo.

4 studi hanno incluso bambini con ritardi o difficoltà linguistiche

7 studi hanno fornito interventi di parent training in maniera individuale, 11 in gruppo, 2 in modalità mista tra individuale e di gruppo mentre in 2 studi questo non è stato specificato.

Sono state utilizzate diverse modalità di lettura: nella maggior parte degli studi (n 15 studi) è stata utilizzata la lettura dialogica (dialogic reading); 5 studi hanno utilizzato la lettura condivisa (shared reading); 1 studio ha usato la "lettura arricchita" (enriched reading) su di esse in modo da arricchire l'ambiente linguistico sonoro (speech sound environment).

Gli studi considerati prevedevano che l'intervento educativo per i genitori fosse effettuato in un centro o ambulatorio e la pratica della lettura venisse svolta a casa.

Outcome

Sono stati indagati i seguenti outcome:

Outcome primari

1. Linguaggio orale, che comprende: a) vocabolario (espressivo o recettivo); b) linguaggio espressivo (narrazione, grammatica); c) linguaggio recettivo (comprensione).
2. Grado di preparazione all'ingresso a scuola che comprende: a) sviluppo sociale ed emotivo (es. attenzione, autoregolazione, capacità di seguire le istruzioni, capacità di stabilire relazioni sociali); b) sviluppo motorio (es. coordinazione); c) benessere fisico; d) early literacy (es. consapevolezza fonologica); e) early numeracy (es. contare)
3. conoscenze generali (es. forme, colori, nomi)

Outcome secondari: interazioni genitore-bambino

Per i principali outcome (linguaggio espressivo, linguaggio recettivo e competenze di pre-reading) sono state condotte analisi in sottogruppi, come segue.

Risultati	La maggior parte degli studi ha evidenziato effetti positivi ma l'effetto più grande evidenziato, anche se non significativo, è stato quello sul linguaggio recettivo, per lo sviluppo del quale sembra essere più rilevante la lettura condivisa rispetto a quella dialogica
Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)	Gli interventi che promuovono lo sviluppo del linguaggio e le competenze di pre-lettura sono efficaci. L'impatto più forte è sullo sviluppo del linguaggio recettivo. Anche se i risultati degli interventi variano in base all'età del bambino, sembra che gli interventi di lettura siano più efficaci per i bambini maggiori di 3 anni. I bambini provenienti da background svantaggiati e quelli di background misti hanno beneficiato in egual misura degli interventi di lettura per quanto riguarda lo sviluppo del linguaggio espressivo. Per quanto concerne lo sviluppo del linguaggio recettivo invece, i bambini provenienti da background più svantaggiati hanno beneficiato di più rispetto a quelli di background misti. I parent training in gruppo si sono dimostrati più efficaci per lo sviluppo del linguaggio del bambino rispetto agli interventi in cui i genitori venivano formati in maniera individuale. C'è ancora molto da imparare sulle conseguenze a lungo-termine degli interventi di lettura genitore/bambino, in termini di impatto che questi possono avere sul successo scolastico e sugli outcome a lungo termine.
Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)	Il complesso delle evidenze dimostra i benefici della lettura condivisa su una ampia varietà di ouctome.

8. Mitchell 2008

Titolo	Outcomes of Early Childhood Education: Literature Review
Arco temporale considerato	Dal 1995 al 2006 più alcuni rilevanti lavori precedenti
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica di 117 studi condotti in vari paesi (europei e non, a basso, medio o alto reddito) Gli studi inclusi nella revisione sono: studi longitudinali di interventi dedicati a bambini in condizioni svantaggiate, studi longitudinali riferiti alla frequenza giornaliera a servizi educativi, analisi di database che comparavano bambini che avevano frequentato i servizi educativi e quelli che non lo avevano fatto, informazioni da survey somministrate a genitori e studi trasversali.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Popolazione mista, in età prescolare e scolare.
Obiettivo generale della revisione	Fornire una sintesi della ricerca che analizza l'impatto della early education sui bambini e le loro famiglie.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Confronto tra bambini che frequentano un servizio educativo prescolare (ECE) e bambini che non lo frequentano.
Outcome	La revisione intende misurare: - outcome, a breve e lungo termine, relativi allo sviluppo, educativi, sociali ed economici che sono associati con la frequenza ai servizi educativi prescolari per i bambini e le loro famiglie. Nello specifico: outcome cognitivi, relativi all'attitudine all'apprendimento e alla socialità, per il bambino, e outcome collegati alla genitorialità (interazione con i figli, qualità dell'ambiente familiare, conoscenze dei genitori sullo sviluppo del bambino).

Risultati

La revisione differenzia tra studi di intervento veri e propri (con una popolazione di intervento e una di controllo) e studi ecologici, in cui si confrontano popolazioni che hanno avuto una diversa esposizione all'ECE. I risultati sono tutti a favore dell'impatto positivo della frequenza di servizi educativi su diverse variabili considerate. Gli studi di intervento forniscono un effect size maggiore di quelli ecologici. Gli effetti sono maggiori nei bambini appartenenti a famiglie di livello socioeconomico più basso.Per quanto riguarda gli outcome, questi vengono suddivisi tra bambino e genitore. Relativamente al bambino, la revisione evidenzia:

1. benefici su outcome cognitivi: literacy e matematica, nei risultati scolastici, nei test di intelligenza, nella preparazione all'ingresso a scuola, riduzione della ripetizione dell'anno e di necessità di ricorrere a percorsi educativi speciali, derivanti da frequenza a ECE. Gli studi di intervento più efficaci si sono dimostrati quelli rivolti a bambini di famiglie di basso reddito e che combinavano educazione di qualità e interventi sul parenting: d=0.32 a 0.81 per la matematica nel breve termine (di solito intorno agli 8 anni); 0.19 a 0.44 nel lungo termine (di solito intorno ai 12-15 anni); 0.34 a 0.89 per la lettura nel breve termine (0.17 a 0.44 nel lungo termine).
2. benefici nella attitudine all'apprendimento (intesa come perseveranza, curiosità, sicurezza, competenze sociali quali la capacità di lavorare con gli altri). Negli studi di intervento americani di alta qualità, quali il Chicago Child–Parent Centre, è stato evidenziato un effect size di d=0.21 per capacità di orientamento al compito e assertività sociale, d=0.22 per capacità di tolleranza alla frustrazione, d=0.33 per la capacità di adattamento a scuola, and d=0.34 per le competenze sociali nel lungo termine.
3. risultati misti per comportamenti antisociali. Gli studi americani mostrano una lieve diminuzione di questi comportamenti nel breve termine (es. d=-0.19); un ECE di cattiva qualità può però indurre a problemi di comportamento, soprattutto se precoce (al di sotto dell'anno e in alcuni casi 2 anni) e con i bambini maggiormente a rischio, rispetto alle bambine, di avere effetti negativi su comportamento in presenza di servizi di cattiva qualità. La qualità e in misura meno costante la durata, è di solito associata ad effetti maggiori, sia sul piano cognitivo che sul piano socio-relazionale.

Per quanto riguarda la permanenza a distanza degli effetti misurati, gli studi danno risultati variabili con la maggior parte degli effetti su matematica e literacy persistenti nelle classi di età successive.

Per quanto riguarda gli outcome sui genitori, gli studi hanno rilevato outcome positivi sulle interazioni genitori-figli e sulla qualità dell'ambiente familiare, nonché sulle conoscenze dei genitori sullo sviluppo del bambino nel caso di servizi educativi dove la partecipazione dei genitori costituisce un elemento essenziale del programma.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

La frequenza a servizi educativi prescolari è generalmente associata ad outcome positivi, sia nel breve che nel lungo termine. Gli effetti sono più marcati nel breve termine per tutti gli outcome considerati per il bambino e per gli outcome cognitivi.

Effetti positivi vengono riscontrati anche per i genitori (ricominciare a studiare, costruire relazioni sociali, aumentare la sicurezza in sé, ridurre lo stress) e per l'occupazione femminile.

La frequenza di servizi prescolari di qualità può essere di complemento ad ambienti familiari positivi e può essere un grande supporto per i bambini provenienti da ambienti familiari svantaggiati.

La revisione inoltre evidenzia come i migliori benefici per i bambini si abbiano da classi miste di bambini per provenienza socioeconomica.

Fondamentale è la qualità del servizio educativo.

Riassumendo, gli autori concludono che l'evidenza supporta la necessità di:

1. Offrire servizi educativi precoci di buona qualità in tutte le comunità
2. Assicurare la qualità attraverso standard che riguardino la qualificazione e la formazione professionale permanente degli educatori e il rapporto tra numero di educatori e di bambini.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

In aggiunta a quanto concludono gli Autori, peraltro in accordo con tutti gli altri studi in merito, merita di essere sottolineato l'effetto sinergico tra servizi di educazione precoce e interventi sul parenting.

9. Perlman 2017

Titolo	Child-staff ratios in early childhood education and care settings and child outcomes: a systematic review and meta-analysis
Arco temporale considerato	1980-2013
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Revisione sistematica. Sono stati presi in considerazione 29 studi per la revisione sistematica (dei quali 3 validi anche per la metanalisi). Gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti (26), in Germania (1), Korea (1), Bermuda (2).
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini in età prescolare
Obiettivo generale della revisione	Gli studi si sono focalizzati sui bambini di età precedente a quella dell'accesso all'istruzione obbligatoria, quindi alla fascia 30-72 mesi (2 anni e mezzo-6anni).
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	Intervento educativo prescolare. Studi longitudinali di coorte e studi trasversali.
Outcome	Gli outcome indagati sono riferiti alle diverse dimensioni di sviluppo del bambino: cognitiva, socioemotiva, motoria, comportamentale.

Risultati

I risultati sono contraddittori: alcuni studi hanno trovato una correlazione tra rapporto bambino/educatore e outcome del bambino indagati, mentre altri non hanno evidenziato nessuna correlazione o hanno addirittura messo in evidenza risultati misti.
Gli Autori evidenziano alcuni limiti che potrebbero spiegare la mancanza di associazione tra il rapporto educatore/bambino e l'effetto sugli outcome indagati:

1. è possibile che alcuni bambini siano più sensibili di altri alle circostanze ambientali, un concetto noto come "teoria della suscettibilità differenziale"; perciò potrebbe anche esistere una relazione tra le caratteristiche del bambino quali temperamento, dati demografici familiari e l'impatto del rapporto educatore/bambino sugli outcome di quest'ultimo. Sfortunatamente i dati erano insufficienti per poter valutare quest'ipotesi.
2. è necessario effettuare ulteriori ricerche per valutare se le caratteristiche degli educatori relative (es. livello di istruzione, anni di esperienza) e le variabili relative a classe e programma, moderano l'effetto del rapporto educatore/bambino sullo sviluppo del bambino.
3. bisogna inoltre tener conto del fatto che gli indicatori di qualità sono misurati a livello di classe mentre gli outcome del bambino sono misurati a livello individuale e questo potrebbe introdurre delle imprecisioni nel collegamento tra qualità del servizio ed outcome del bambino.

La futura ricerca sull'impatto della qualità dei servizi educativi dovrebbe focalizzarsi su indicatori con buone proprietà psicometriche per valutare aspetti specifici dello sviluppo del bambino concettualmente collegati a specifici aspetti della qualità dei servizi in questione.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

Nonostante i limiti della ricerca in questo campo, la revisione suggerisce che, entro i limiti del rapporto bambino/educatore permessi, la variazione in questo rapporto è scarsamente correlata con gli outcome per il bambino. Il numero limitato di associazioni significative tra il rapporto bambino/educatore e successivi outcome del bambino potrebbe riflettere bias di selezione. Nello specifico, potrebbero riflettere fattori familiari che giocano un ruolo nella selezione del servizio educativo prescolare, quali l'educazione materna o il reddito familiare, piuttosto che reali effetti del servizio. Gli Autori affermano che se è vero che questi risultati non devono essere eccessivamente enfatizzati, è anche vero che l'investimento in altre aree relative alla qualità dei servizi, quali lo sviluppo professionale dello staff di educatori può portare a migliori risultati per i diversi stakeholder interessati dalla qualità del servizio.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

10. Xie 2018

Titolo	Psychosocial effects of parent-child book reading interventions: a meta-analysis
Arco temporale considerato	1999-2016
Tipo di revisione; numero di studi inclusi (paese di pubblicazione di ogni studio)	Sono stati presi in considerazione 18 studi (e 19 interventi) per la metanalisi. 10 interventi sono stati condotti negli Stati uniti, 9 interventi sono stati condotti in altri paesi ad alto reddito quali Regno Unito, Australia e Hong Kong.
Partecipanti (secondo i criteri di inclusione della revisione)	Bambini di età compresa tra 0 e 6 anni. 10 interventi hanno considerato bambini della fascia 0-3 anni; 9 interventi hanno considerato bambini della fascia 3-6 anni. La maggior parte degli interventi è stata offerta a bambini in situazioni di rischio (es. bambini che vivono in famiglie con basso reddito, con madri con bassi livelli di istruzione, bambini con problemi di comportamento, con ritardi del linguaggio o che vivono in comunità svantaggiate).
Obiettivo generale della revisione	Gli obiettivi di questa metanalisi sono di valutare se: a) gli interventi di lettura condivisa bambino-genitore influenzano il funzionamento psicosociale sia dei bambini che dei genitori; b) verificare fino a che punto gli effetti di questi interventi sono influenzati dalle caratteristiche del campione, dello studio e dell'intervento.
Intervento (secondo i criteri di inclusione della revisione) e controllo	La maggior parte degli interventi ha fornito un parent training, individuale o in gruppo, su come leggere con i bambini. 5 interventi hanno affiancato al parent training alcune componenti psicosociali tra cui programmi sulla genitorialità o sul comportamento dei bambini. In 9 interventi sono anche state effettuate visite domiciliari. Gli interventi sono stati condotti in diversi contesti, ad es. ospedali, case dei partecipanti, scuole, librerie.

Outcome

Outcome relativi al funzionamento psicosociale dei bambini:

- regolazione socio-emotiva
- problemi di comportamento
- qualità della vita
- interesse nella lettura

Outcome relativi al funzionamento psicosociale dei genitori:

- stress e/o depressione
- competenze genitoriali
- relazione genitore-bambino
- attitudine del genitore a leggere con il bambino

Risultati

In generale gli interventi inclusi nella metanalisi hanno dimostrato un effetto piccolo ma statisticamente significativo sul funzionamento psicosociale sia dei genitori che dei bambini, negli outcome indagati.

Gli interventi possono avere un impatto positivo sulle competenze socioemotive dei bambini, sulla qualità della vita e sugli interessi di lettura. Le risposte e i comportamenti dei bambini possono avere un impatto sulle competenze e il benessere dei genitori. Questi interventi potrebbero essere efficaci nel miglioramento delle competenze genitoriali, nelle loro attitudini a leggere con i bambini e nel miglioramento della qualità delle loro relazioni con i bambini. Potrebbero anche essere efficaci nella riduzione dello stress e della depressione.

Gli effetti risultano uguali sia per i bambini della fascia 0-3 anni che per quelli della fascia 3-6 anni.

La revisione non ha rilevato differenze di effetto legate al sesso, al background socioeconomico.

La revisione suggerisce che gli effetti positivi degli interventi di lettura potrebbero derivare dalle interazioni significative che si creano tra genitore e bambino piuttosto che da specifiche tecniche di lettura.

Conclusioni degli autori della revisione (citate direttamente dalla revisione)

Gli interventi di lettura tra adulto e bambino possono migliorare il funzionamento psicosociale dei bambini e le interazioni tra bambini e genitori.

Sembra quindi utile effettuare questo tipo di interventi per migliorare il benessere psicosociale delle famiglie, specialmente quelle ad alto rischio.

Implicazioni / suggerimenti per la pratica (facoltativo)

Si conferma l'utilità della lettura condivisa in famiglia anche agli effetti del benessere psicosociale di bambini e genitori.

Centro Regionale di Documentazione
per la Promozione della Salute Regione Piemonte Asl TO3

Marzo 2021