

L'ambiente familiare di apprendimento

Seconda parte: interventi efficaci e fattibilità nel contesto italiano

GIORGIO TAMBURLINI

Centro per la Salute del Bambino onlus, Trieste

I programmi che sostengono le competenze genitoriali funzionano, e possono essere realizzati con costi limitati. Sosteniamoli dove esistono, e promuoviamoli dove non esistono.

INTRODUZIONE

Nella prima parte di questo contributo¹ è stato illustrato il concetto di ambiente di apprendimento familiare (AAF). Si è messo in luce come e quanto le sue componenti - a partire dalle conoscenze le attitudini e le pratiche genitoriali fino a includere gli spazi, gli oggetti, i suoni e le *routine* che caratterizzano l'ambiente in cui il bambino cresce - influenzino lo sviluppo del bambino, combinandosi con le caratteristiche ereditate e gli eventuali esiti lasciati da complicità durante la gravidanza e la nascita. Questa seconda parte si propone di esaminare le evidenze esistenti in merito agli interventi finalizzati a migliorare l'AAF e i requisiti che ne garantiscono maggiore efficacia, al fine di definire come rafforzarne ulteriormente il disegno e la diffusione sul territorio nazionale e trovare loro piena collocazione nell'ambito delle politiche e dei servizi per l'infanzia e le famiglie in Italia.

METODI

La prima parte del contributo ha offerto una panoramica della vasta letteratura esistente sul tema dell'AAF. Sono state riassunte le evidenze esistenti sull'associazione tra le diverse componenti dell'AAF e gli esiti di sviluppo del bambino, senza entrare nel dettaglio dei singoli studi.

Questa seconda parte adotta un approccio diverso, orientato all'azione.

THE HOME LEARNING ENVIRONMENT. PART 2: EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS AND APPLICABILITY TO THE ITALIAN CONTEXT

(*Medico e Bambino* 2020;39:167-176)

Key words

Home learning environment, Child development, Parenting programmes

Summary

Stemming from the analysis of a successful large scale parenting programme carried out in Chile (*Nadie es Perfecto/Nobody is perfect*) within the public health system, the article offers an overview of the main features of parenting programmes carried out globally and of the findings of systematic reviews of studies assessing the effects of such programmes. Effectiveness on child and parental outcomes has been shown for relatively simple and low-cost interventions, provided that quality requisites are met. Success factors for parenting programmes have been identified in: the active involvement of families, including in developmental focused activities carried out with their children; highly professional staff; early onset of interventions, during the first year of life and even earlier in the prenatal period; concentration of parenting sessions in a relatively short period of time; inter-sector collaboration. In Italy, based on global evidence and on experiences carried out so far, programmes and interventions to support parental skills can be further developed and implemented starting from the health, education or social sectors, with priority for low-income communities and through broad community involvement.

Viene dapprima presentato e analizzato un singolo programma di supporto alla genitorialità e più in generale all'AAF, che funge quindi da modello nei suoi principi ispiratori, contesto di attuazione, contenuti e risultati. Vengono poi descritti i principali programmi proposti su scala globale con le medesime finalità, e quindi le maggiori revisioni sistematiche esistenti sul tema. Da questo complesso di esperienze ed evidenze vengono estratte le caratteristiche auspicabili per interventi efficaci e realizzabili su larga scala volti a sostenere l'ambiente familiare. Queste indicazioni vengono quindi tradotte in proposte attuabili nel contesto italiano.

Il programma "modello" è stato scelto sulla base dei seguenti criteri: un contesto di attuazione tipico da Paese a reddito medio-alto o alto; un intervento chiaramente descritto nei suoi dettagli operativi; un disegno valutativo solido e ricco, che consente un'analisi dei risultati anche a medio termine e una stima del peso dei diversi fattori sugli esiti. I programmi di intervento sulla genitorialità e l'ambiente familiare realizzati a livello internazionale sono stati scelti in base alla loro estensione, nazionale o multinazionale e all'esistenza di studi di valutazione. Tra le revisioni sistematiche esistenti in materia sono state scelte quelle più recenti e autorevoli.

**IL PROGRAMMA
"NESSUNO È PERFETTO"**

**Razionale, modalità di intervento
e di valutazione**

Il programma *Nadie es Perfecto* (NEP) rappresenta l'adattamento al contesto cileno di un programma realizzato originariamente in Canada (*Nobody is Perfect*). Obiettivo del NEP è di migliorare la quantità e la qualità del tempo che i genitori investono nei propri figli fornendo alle famiglie le informazioni e le motivazioni per adottare comportamenti genitoriali positivi^{2,3}.

I promotori del programma sono partiti dalla constatazione che le evidenze esistenti su programmi a supporto della genitorialità riguardano per lo più interventi intensivi, costosi e necessariamente destinati a nuclei familiari selezionati, oppure interventi universalistici realizzati su piccola scala, mentre non vi è una buona documentazione sugli effetti di interventi semplici, realizzabili a basso costo e su vasta scala. Il rationale di NEP si basa sulle evidenze che gli interventi finalizzati a migliorare la salute e lo sviluppo cognitivo e socio-relazionale del bambino hanno un'efficacia maggiore se conducono a cambiamenti permanenti nelle pratiche genitoriali e nell'ambiente in cui i bambini crescono^{1,4,7}.

Il contesto di attuazione del programma NEP è il Sistema Sanitario cileno* e la sua componente di cure per l'infanzia³, recentemente indicata come modello dalla WHO, UNICEF, *Lancet Commission on Child Health and Well-being*⁸. Questa componente prevede che le Cure primarie, comprensive di consigli ed eventuali supplementazioni nutrizionali, bilanci di salute, vaccinazioni e sorveglianza dello sviluppo da 0 a 6 anni, siano effettuate in Centri di Salute (CdS) da operatori sanitari medici e infermieristici. NEP è stato attuato in 162 CdS in tutto il Paese. I criteri di inclusione al programma prevedono che l'intervento sia offerto a tutte le famiglie afferenti ai CdS, avendo cura di includere tutte le situazioni socialmente svantaggiate**. Sono escluse le situazioni già conclamate di violenza domestica o disabilità, che vengono indirizzate ai servizi di secondo livello per interventi

CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLO STUDIO EFFETTUATO SUL NEP

Contesto di attuazione	Centri di Salute del Sistema Sanitario pubblico cileno
Modalità di intervento	Sessioni per gruppi di genitori senza bambini (NEP-B) o anche con bambini 0-5 anni (NEP-I) tenuti da personale dei Centri di Salute formato <i>ad hoc</i>
Intensità e durata	6-8 incontri (NEP-B), 8-10 incontri (NEP-I) nell'arco di 3-4 mesi
Valutazione	Batterie di test per valutare sviluppo del bambino, competenze genitoriali e ambiente familiare, somministrati a distanza di tre anni dall'intervento, con confronto tra NEP-B, NEP-I e controllo (gruppi di genitori con allocazione <i>random</i>)

Tabella I

più complessi e intensivi. Nell'ambito del programma NEP è stato svolto uno studio che ha coinvolto un campione di famiglie beneficiarie, reclutate previo consenso informato, e randomizzate a tre diversi bracci: i genitori del gruppo di controllo, che hanno avuto accesso ai servizi abituali offerti dai CdS; i genitori del gruppo NEP-Basico (NEP-B), ai quali è stato proposto un programma di incontri per soli genitori (senza bambini) costituito da 6 (minimo) a 8 (massimo) sessioni settimanali di due ore ciascuna per gruppi di 6-12 persone; i genitori del gruppo NEP-Intensivo (NEP-I) ai quali, in aggiunta agli incontri del NEP-B, sono state proposte due sessioni nelle quali i genitori sono stati coinvolti assieme ai loro bambini in attività focalizzate sul gioco responsivo e la lettura dialogica. Il rationale del NEP-I risiede nel valore aggiunto, dimostrato in letteratura, del coinvolgimento dei genitori in attività pratiche con i propri bambini⁹.

Ogni incontro del NEP viene facilitato da un operatore professionale selezionato tra quelli dei CdS, dopo una ulteriore formazione *ad hoc*. Le sessioni utilizzano un modello di apprendimento esperienziale¹⁰ in cui i partecipanti confrontano le proprie esperienze, discutono assieme e problemi che si trovano ad affrontare e quindi imparano gli uni dagli altri. Gli incontri sono finalizzati a promuovere competenze di genitorialità positiva, capacità di offrire stimoli per lo sviluppo e di educare con strategie di disciplina autorevoli e non violente. Almeno un terzo del tempo totale è dedicato a sostenere nei partecipanti il senso di autoefficacia in quanto genitori, con un approccio basato sulla teoria cognitiva sociale¹¹. L'approccio facilita lo stabilirsi

di relazioni di amicizia tra partecipanti che possono crescere anche al di fuori delle sessioni. L'obiettivo generale è quello di condurre i partecipanti a un cambiamento nelle loro conoscenze, attitudini e quindi nelle loro pratiche genitoriali, il che è tanto più probabile se i partecipanti sono coinvolti emotivamente, ne escono con un'immagine migliore di sé nel loro ruolo di genitori e con la sensazione di poter condividere una visione con altri genitori.

Per la valutazione del programma sono state selezionate in ogni CdS sei famiglie per ognuno dei tre gruppi, quindi 18 famiglie a Centro, per un totale di 2916 genitori e 3597 bambini. A tutti i partecipanti sono stati somministrati i test previsti per la valutazione delle diverse dimensioni (sviluppo del bambino, competenze genitoriali, ambiente familiare). La valutazione è stata effettuata a distanza di quasi tre anni dall'intervento. La *Tabella I* illustra le caratteristiche principali dello studio effettuato sul NEP.

Risultati

Trattandosi di partecipazione volontaria, solo una parte (il 25% nel gruppo NEP-B e il 31% nel gruppo NEP-I) delle famiglie eleggibili per il NEP e invitate a partecipare hanno di fatto preso parte allo studio. Per queste la frequenza media è stata di 5,7 sessioni per il NEP-B e di 7,9 per il NEP-I.

L'analisi dei risultati* sulle famiglie partecipanti ha dimostrato che a tre anni dalla conclusione del programma i bambini del NEP-B hanno avuto un effetto positivo pari a 0,418 DS** in un indicatore di sviluppo cognitivo (linguaggio recettivo, ovvero comprensione) e di 0,315 DS in un indicatore di sviluppo

*Il Cile è classificato tra i Paesi a reddito elevato, come l'Italia; ha un SSN pubblico e la mortalità infantile (2018) è di 6 per mille, quindi di livello "europeo".

**L'afferenza al Sistema Sanitario pubblico già opera una prima selezione, in quanto i Centri di salute sono attivi tipicamente nei quartieri popolari e nei paesi, mentre i più benestanti tendono ad afferrare a Centri privati.

socio-emotivo rispetto al gruppo di controllo, mentre i bambini del gruppo NEP-I rispettivamente di 0,432 DS e 0,540 DS. I risultati ottenuti nei bambini sono coerenti con quelli ottenuti su alcune variabili relative ai genitori. Ad esempio: nel gruppo NEP-I migliora l'indicatore che descrive l'adeguatezza dell'AAF di 0,66 DS, l'indicatore che indica la qualità delle relazioni affettive di 0,36 DS, vengono ridotti gli stili disciplinari negativi di 0,33 DS, migliora il senso di autoefficacia genitoriale di 0,411 DS e la percezione genitoriale dell'impatto del proprio comportamento sullo sviluppo del bambino di 0,446 DS. Nei genitori del gruppo NEP-I sono state riscontrate aspettative più corrette riguardo al raggiungimento delle tappe di sviluppo da parte dei loro bambini (0,39 DS), e questo soprattutto in un sottogruppo che alla *baseline* aveva dimostrato un basso livello di aspettative e di interesse per lo sviluppo del bambino. Infine, è stato osservato un miglioramento della percezione di supporto sociale ricevuto da parte dei genitori pari a 0,37 DS. È stato calcolato anche l'effetto in base all'*intention-to-treat*, cioè sul totale della popolazione eleggibile e non solo su quanti hanno effettivamente usufruito dell'intervento, giungendo comunque a risultati significativi anche se, ovviamente, di dimensioni minori (in media, di circa di 2/3) e, anche in questo caso, con differenze importanti a favore del gruppo NEP-I.

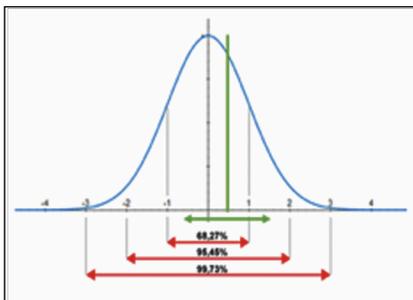


Figura 1. Visualizzazione, con riferimento a una distribuzione gaussiana normale, di un'ampiezza di effetto pari a 0,5 DS. Le linee rosse rappresentano gli intervalli corrispondenti a 1,3 e 3 DS. Le linee verdi hanno lo scopo di rappresentare di quanto variano rispettivamente la mediana e l'intervallo corrispondente a 1 DS come risultato di un effetto di questa dimensione***.

Conclusioni degli Autori

I risultati sono ritenuti "sostanziali" dagli Autori, che ne sottolineano sia l'entità (*Figura 1*) sia il fatto che siano stati dimostrati a tre anni di distanza dall'intervento. Ne viene rimarcata la coerenza sia tra dimensioni diverse, ma interconnesse, dello sviluppo del bambino, sia tra gli effetti misurati sui bambini e sui genitori, a dimostrazione della correttezza del razionale sotteso all'intervento: se migliorano le conoscenze attitudinali e le pratiche genitoriali migliora lo sviluppo del bambino.

L'analisi dei fattori che hanno mediato gli effetti osservati sui bambini dimostra che sono state le migliori competenze, il senso di autoefficacia genitoriali, gli stili più autorevoli, più responsivi e con minor uso di punizioni fisiche, e un ambiente familiare più stimolante, a produrre in buona parte i risultati osservati sui bambini, in particolare quelli relativi allo sviluppo socio-relazionale. Il fatto che siano stati rilevati risultati a distanza dall'intervento viene attribuito a cambiamenti permanenti nelle competenze genitoriali. Questi cambiamenti possono anche, in parte, essere dovuti al fatto che la partecipazione alle sessioni del NEP ha incoraggiato i genitori a cercare ulteriori occasioni di crescita e confronto, e contribuito a creare relazioni di amicizia e vicinato con altre famiglie e nell'ambito delle comunità. Infine, gli Autori rimarcano il basso costo dell'intervento. In base ai dati forniti dal Ministero della Salute cileno, il costo totale per bambino è stato pari a 1,59 dollari per il NEP-B e di 2,12 dollari per NEP-I. Nella realtà cilena, questo costo è di 5-6 volte minore di quello di una singola visita domiciliare.

LO STUDIO CILENO NEL CONTESTO DELLA LETTERATURA SUGLI INTERVENTI A SUPPORTO DELLE COMPETENZE GENITORIALI

Supportare le competenze genitoriali ai fini di un migliore, e più equo, sviluppo dei bambini è un sogno che ha solo qualche decade di vita. A lungo in-

fatti il pensiero pedagogico ha ritenuto che, per garantire ai bambini una buona educazione, quindi opportunità di acquisire autonomia, creatività, manualità, cultura, bisognasse offrire loro spazi, tempi, materiali e una guida adeguata esterna alla famiglia¹². Fino a poche decadi fa, e in buona parte ancora oggi, sono stati quasi esclusivamente i bambini stessi il *target* degli interventi, tramite servizi educativi a loro dedicati, a partire dai 3-4 anni. Si è sottovalutato quanta parte dello sviluppo del bambino sia determinata nei primissimi anni, il fatto che in questo primo periodo della vita gran parte dei bimbi abbiano nei loro genitori gli educatori principali, e il fatto che, anche laddove servizi educativi per la prima infanzia esistano, siano accessibili e di buona qualità, lo sviluppo dei bambini resta in buona parte mediato dall'AAF¹. Ne discende che è anche con i genitori e gli altri *caregiver* che occorre lavorare, supportando le loro competenze. Su questo convincimento si sono basati, a partire dagli anni '60-'70, molti programmi rivolti ai genitori oppure ai bambini, ma con una componente di supporto alle competenze genitoriali. Dei più diffusi, e studiati, viene fornita una breve sintesi.

Programmi attuati su larga scala internazionalmente

Il programma **Head Start** ha operato negli Stati Uniti a partire dal 1965 per bambini appartenenti a famiglie con difficoltà socio-economiche. È centrato sul supporto educativo ai bambini a partire dal terzo anno tramite una rete di Centri che assicurano abitualmente anche un'adeguata nutrizione e le cure preventive essenziali. Ha prodotto risultati buoni nel breve periodo sulle competenze cognitive, minori su altre competenze e soprattutto non sostenuti del tempo. L'intervento diretto a genitori e famiglie è stato, nella maggior parte dei casi, marginale e basato sulla messa a disposizione di informazioni piuttosto che su un coinvolgimento attivo. Le valutazioni mettono comunque in luce come venga realizzato con modalità diverse, e soprattutto diversa copertura e qualità, da Stato a Stato¹²⁻¹⁴.

*L'analisi statistica è complessa e non vi è spazio per approfondirne i dettagli riguardo alle molte variabili studiate, che sono reperibili nel lavoro³.

**Nelle Scienze sociali, si intende per convenzione che dimensioni di effetto < 0,2DS, anche se statisticamente significative, non siano rilevanti; quelle tra 0,2 e 0,5 siano rilevanti ancorché limitate; quelle > 0,5 moderate e quelle > 0,8 grandi. Vedi anche *Figura 1*.

***La dimensione dell'effetto (o effect size) rappresenta un dato fondamentale. La significatività statistica ci dice se l'effetto è con grande probabilità imputabile all'intervento, l'effect size ci consente di conoscerne le dimensioni sulla popolazione, e quindi di valutare se un effetto è tale da giustificare l'intervento stesso.

L'**Abecedarian**, sviluppato negli Stati Uniti nel 1972 e poi diffuso in molti Paesi, resta soprattutto un programma educativo per bambini, ma comprende, a differenza di *Head Start*, diversi elementi a supporto di una genitorialità responsiva quali la promozione della lettura dialogica e del gioco e in generale di una interazione linguisticamente e affettivamente ricca. Il programma è veicolato attraverso specifici Centri per bambini, Centri per famiglie e visite domiciliari¹⁵. L'approccio può vantare benefici dimostrati in valutazioni a distanza: tra questi, un aumento di 4 volte dei laureati e una salute migliore da adulti tra i bambini che ne hanno usufruito rispetto a bambini provenienti dallo stesso retroterra sociale¹⁶. Il ritorno economico dell'investimento iniziale è stato stimato in un 13% annuo, dovuto a migliori esiti sociali, migliore salute e minori problemi di dispersione scolastica e delinquenza¹⁷. Un RCT recente ha dimostrato che a 3 anni i bambini poveri che hanno usufruito del programma, comprensivo di una componente a domicilio, hanno le stesse competenze di bambini provenienti da famiglie con reddito e istruzione più alti¹⁸.

La **Family Nurse Partnership** (FNP) si basa sul lavoro pionieristico del pediatra David Olds, iniziato negli anni '70 con madri giovani a rischio sociale. Svolto in buona parte attraverso visite domiciliari frequenti (settimanali o bimensili) da parte di infermieri di comunità, il programma supporta le giovani madri a comprendere meglio i bisogni del bambino, a compiere scelte che possono aiutarne lo sviluppo e ad aver fiducia nelle proprie capacità e risorse. Si tratta di un intervento molto intensivo e individualizzato, adattato alle singole situazioni e contesti e che richiede grande professionalità. Il programma è stato adottato da molti Paesi e soprattutto dal Regno Unito. In molti casi si accompagna a sessioni di gruppo simili a quelle realizzate per il NEP-B. Gli studi di valutazione dimostrano effetti a lungo termine di FNP sui bambini in termini di esiti professionali e sociali migliori, minore dispersione scolastica e delinquenza^{19,20}.

Box 1 - PRINCIPI PER UNA GENITORIALITÀ POSITIVA (da Triple P, modificato)

- Un ambiente sicuro e che offre opportunità di esplorare, giocare e apprendere.
- Genitori con aspettative realistiche su quello che i loro bambini sono in grado di fare.
- Genitori che sanno rispondere alle richieste dei loro bambini in maniera positiva e costruttiva, nello stesso tempo facendo in modo che abbiano la possibilità di risolvere i problemi da soli.
- Genitori che sanno stabilire alcune regole di fondo, esprimerle in modo chiaro, calmo, e appropriato per l'età, avendo cura di spiegarne la logica e le implicazioni.
- Genitori che si occupano anche di se stessi e sono capaci di utilizzare le risorse disponibili, economiche e non, raggiungendo una ragionevole autostima come genitori.

Sure Start è un programma iniziato nel 1999 dal Governo del Regno Unito allo scopo di "dare ai bambini la migliore partenza possibile" attraverso un miglioramento dei servizi educativi precoci e di primo intervento pediatrico (infermieristico, per lo più) e un supporto alle famiglie, con un'enfasi sulle attività a domicilio oltre che basate su Centri educativi, a tempo pieno o parziale. L'approccio è *area-based*, vale a dire che nel territorio dove opera il programma l'accesso è universale, il che elimina il potenziale effetto di etichettatura dei beneficiari, ma diluisce i benefici su una popolazione più ampia. Assomiglia quindi a *Head Start*, ma non prevede requisiti di accesso basati sulla situazione economica. La valutazione svolta a livello nazionale ha identificato una serie di benefici per i bambini nella dimensione cognitiva, moderati benefici per i genitori, che si dichiarano di averne tratto un miglioramento dei loro standard di vita, un miglioramento nell'AAF, una riduzione delle punizioni fisiche, una riduzione significativa del ricorso all'ospedalizzazione, ma nessun beneficio sugli esiti socio-emozionali nei bambini²¹.

Questi, brevemente descritti, sono i programmi su larga scala più studiati. Alcuni di essi sono rivolti a un *target* a rischio, come le popolazioni delle periferie urbane per *Head Start*, o sono ancora più selettivi, come il FNP rivolto a madri in condizioni di svantaggio al loro primo figlio. Esistono poi programmi che offrono modelli operativi piuttosto che servizi. Tra questi i più noti sono *Triple P* e *Incredible Years*.

Triple P (Principles of Positive Parenting) è un modello di intervento di supporto alla genitorialità che si propone soprattutto di ridurre la prevalenza di problemi emotivi e di comportamento nei bambini e negli adolescenti (*Box 1*). Ideato in Australia da Matthew Sanders e coll. nel 2001, originariamente per situazioni già problematiche, è poi evoluto in una offerta modulare a più livelli: un primo livello rivolto a tutti i genitori, basato su consigli, materiale scritto o scaricabile dalla rete, un secondo e un terzo che comprendono sessioni di gruppo e individuali per situazioni di maggior rischio o conclamata problematicità. Ne esistono versioni per l'infanzia, per l'adolescenza e per situazioni specifiche quali genitori separati²². Una metanalisi che riporta benefici sostanziali sia nel breve che nel lungo termine ha risposto alle critiche sulla sua diffusione in carenza di prove di efficacia^{23,24}.

The Incredible Years comprende una serie di moduli per bambini, genitori e insegnanti, evolutosi nel corso di 30 anni nella forma attuale²⁵. I moduli sono finalizzati a prevenire e trattare problemi comportamentali e promuovere le loro competenze cognitive, sociali ed emotive. Il programma nasce dall'esigenza di dotare i genitori di competenze per ridurre e gestire appropriatamente problemi di comportamento nei primi anni, e si è poi sviluppato fino a includere componenti utili a promuovere più in generale lo sviluppo del bambino e a porre in relazione costruttiva genitori ed educatori/insegnanti. È diffuso in molti Paesi di diversa cultura e dispone di una buona base di evidenze²⁵.



Questi esempi non esauriscono certamente la grande varietà di esperienze, e appartengono tutti al mondo anglosassone. Per questo motivo, con qualche eccezione, tra cui quella di NEP, sono anche quelli più studiati.

Singoli programmi e modelli attuati su larga scala in Italia

Vi sono solo due programmi comprendenti aspetti di sostegno alle competenze genitoriali che siano stati attuati su larga scala in Italia: il programma **Genitori più** e il programma **Nati per Leggere**. Il primo, a sua volta derivato dal progetto finalizzato di ricerca noto come **Sei più uno**, è basato sull'informazione relativa alle buone pratiche raccomandate ai fini della salute perinatale e postnatale, che viene diffusa sia tramite gli operatori sanitari che attraverso materiali *on-line* e *off-line*²⁶. L'aspetto di supporto alle competenze genitoriali relative allo sviluppo del bambino è di fatto limitato alla componente di promozione dell'allattamento al seno e della lettura. Il programma *Nati per Leggere* si rivolge ai genitori dei bambini da 0 a 6 anni, prevede informazioni ma anche attività svolte direttamente con i genitori, e si caratterizza anche concettualmente come intervento finalizzato allo sviluppo e a una genitorialità responsiva²⁷. Entrambi sono ben noti agli operatori sanitari e in particolare ai pediatri. Entrambi hanno valutato, tramite questionari somministrati nel tempo, la loro efficacia sulle conoscenze e in parte sulle pratiche genitoriali interessate dal programma^{27,28}.

Il **Fondo per il contrasto della povertà educativa**, istituito nel 2015 e gestito dall'Impresa Sociale Con i Bambini (<https://www.conibambini.org/progetti-sostenuti/>), finanzia progetti che, in particolare quelli approvati sul bando 0-6, prevedono componenti di sostegno ai servizi educativi e alla genitorialità. Tra i progetti 0-6, 14 hanno dimensioni nazionali, tra i quali **Un Villaggio per Crescere**, attualmente attivo in 11 sedi italiane²⁹.

Merita infine di essere citato, anche se si tratta di un progetto altamente selettivo, rivolto a situazioni familiari già individuate come fragili, il **Programma PIPPI** (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). PIPPI nasce a fine 2010 dalla collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova e i servizi sociali di protezione e tutela minori, le Cooperative del privato sociale, le Scuole, le Aziende sanitarie delle città coinvolte. Il programma si propone di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette negligenti al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamen-

to dei bambini dal nucleo familiare di origine, puntando sulla collaborazione fra gli ambiti della tutela dei "minori" e del sostegno alla genitorialità. Prevede interventi di educativa domiciliare per sostenere i genitori, rafforzare le relazioni genitori-figli e migliorare lo sviluppo dei bambini; gruppi di genitori e di bambini con cadenza periodica per attività di sostegno alla genitorialità; e famiglie di appoggio³⁰.

Revisioni sistematiche di studi su programmi

Sono state effettuate, nel tempo, diverse revisioni sistematiche di studi effettuati su programmi di *parenting*. Va rimarcato che gli interventi e i programmi presi in considerazione sono molto eterogenei per contenuti e modalità di intervento (comprendendo interventi con razionali e approcci psico-educativi diversi, rivolti a tutta la popolazione o a fasce a rischio), dimensioni, periodo (già dalla gravidanza o a partire dal primo anno o ancora da anni successivi), esiti considerati (cognitivi e socio-relazionali, su bambini e/o su genitori, individuali e di comunità), contesti (Paesi a reddito basso o alto) e disegni di valutazione. Alcuni degli studi considerati non sono sperimentali (intervento *versus* non intervento o intervento alternativo), ma sono basati su approcci cosiddetti ecologici e/o longitudinali, confrontano cioè trasversalmente o nel tempo popolazioni esposte e non esposte a diversi tipi di offerta di servizi. Questa grande eterogeneità comporta difficoltà a ricavarne indicazioni robuste, in particolare con approcci metanalitici e quindi sorretti anche da stime quantitative di effetto, come quelle che sono state prodotte per il NEP.

Revisioni sistematiche di studi su programmi

La *Tabella II* illustra le principali caratteristiche e indicazioni emerse dalle più autorevoli e recenti revisioni (si raccomanda la lettura delle singole revisioni per poter coglierne tutti gli aspetti di complessità).

La revisione effettuata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per completezza, autorevolezza e per essere poi stata convertita in Raccomandazioni (*Box 2*), si configura come l'ul-

ASPETTI SALIENTI DELLE PRINCIPALI REVISIONI SISTEMATICHE DI STUDI EFFETTUATI SU PROGRAMMI DI PARENTING

Autore (anno)	Studi inclusi	Intervento/i	Conclusioni principali
Layzer JI, et al. (2001) ³¹	261 (RCT, quasi sperimentali e pre-post)	Gruppi di mutuo supporto tra famiglie o con genitori e bimbi proposti come intervento a sé o combinati con interventi sanitari o sociali	Evidenze di efficacia su più dimensioni sia per bambini che genitori moderati con effetti da lievi a moderati
Barlow J, et al (2010) ³²	8 RCT	Programmi per genitori in <i>setting</i> di gruppo basati su approcci comportamentali e cognitivo-comportamentali	Effetti significativi di miglioramento dell'adattamento emotivo e comportamentale dei bambini
MihelicM, et al (2017) ³³	36 RCT	Informazioni e incontri durante la gravidanza e i primi 12 mesi volti a supportare le conoscenze dei genitori sullo sviluppo	Effetti significativi su competenze, responsabilità e autoefficacia genitoriale e su sonno e pianto nel bambino
Barlow J, Coren E. (2017) ³⁴	6 revisioni sistematiche	Interventi a supporto di genitori di bambini 0-12 e con ADHD e altri problemi comportamentali	Effetti significativi sia sul comportamento del bambino che sul benessere psicosociale dei genitori
Ryce SB, et al. (2017) ³⁵	16 studi	Interventi di almeno 3 sessioni iniziati durante la gravidanza o il primo anno di vita per situazioni a rischio (prematùrità, genitori adolescenti o con problemi di salute mentale)	Effetti significativi su comportamento del bambino, relazione genitori-bambini e responsabilità materna, nessun effetto su sviluppo cognitivo
Lee JY, et al. (2018) ³⁶	21 studi	Interventi diretti anche o soprattutto ai padri	Evidenze di maggior coinvolgimento e responsabilizzazione nella relazione con il <i>partner</i> , insufficienti evidenze sulla relazione con il bambino
OMS (2020) ³⁸	49 RCT	Interventi finalizzati a supportare la genitorialità responsiva ai fini dell'apprendimento o dello sviluppo socio-emotivo	Evidenze di effetto, in generale moderato, su sviluppo cognitivo e socio-emotivo del bambino e su competenze genitoriali

Tabella II.

Box 2 - RACCOMANDAZIONI DELL'OMS³⁹

- Tutti i genitori e gli altri *caregiver* di bambini da 0 a 3 anni devono essere supportati nell'acquisizione di competenze utili a fornire cure responsive ai loro bambini.
- Tutti i bambini nei primi tre anni devono poter essere coinvolti in attività utili all'apprendimento dai loro genitori e *caregiver* e quindi questi ultimi devono essere supportati nel saper condurre queste attività.
- Il supporto per cure responsive e attività per promuovere l'apprendimento deve essere integrato con gli interventi per una salute e una nutrizione ottimali.

tima (allo stato) parola in materia, anche se le stesse linee guida riconoscono aree di incertezza e identificano obiettivi di ricerca prioritaria per affrontarle³⁸.

Esistono inoltre revisioni, sistematiche e non, che, adottando prospettive diverse o diversi criteri di inclusione degli studi, forniscono altre utili indicazioni. Ad esempio, una revisione ha preso in esame gli interventi dal punto di vista della riduzione delle disuguaglianze, con risultati positivi ma con la constatazione che solo alcuni interventi valutano questo effetto o se lo propongono³⁹. Altre hanno preso in esame studi dove interventi di *parent training* sono associati a inter-

venti e servizi educativi diretti ai bambini. I risultati, che confermano l'effetto benefico sullo sviluppo del bambino dell'educazione prescolare, indicano anche che gli effetti sono maggiori quando ai servizi educativi per la prima infanzia si associano interventi finalizzati a sostenere le competenze genitoriali^{40,41}. Le serie ECD, pubblicate in più riprese sul *Lancet*, danno alcune importanti indicazioni di contenuto e di metodo. Ad esempio gli interventi che coinvolgono i genitori fornendo loro opportunità di praticare con i loro bambini attività quali il gioco, la lettura ecc., sono più efficaci nel colmare i *gap* che altrimenti si creano nello sviluppo tra

bambini appartenenti a famiglie di diverso livello socio-economico (LSE) e, dal punto di vista dei contesti di realizzazione dei programmi, si evidenzia la necessità che sia coinvolto il Sistema sanitario nell'ambito di una collaborazione tra settori diversi^{5,7,9,42}. Tutti gli studi e le revisioni sono concordi sul fatto che l'effetto di interventi di *parenting* è maggiore nei confronti di famiglie di basso LSE, evidenza confermata sul piano globale: la dimensione dell'effetto di tali interventi nei Paesi a basso e medio livello di sviluppo è di solito maggiore di quello ottenuto in Paesi a reddito alto, in particolare per gli *outcome* cognitivi⁴³. Tra i non molti studi che hanno valutato gli effetti a lungo termine, cioè in età adulta, vi sono quelli relativi a interventi ad alta intensità su popolazioni a rischio, come i già citati FNP, *Head Start* e *Abecedarian*.

Una metanalisi ha messo in evidenza come una buona *performance* nei test cognitivi in infanzia e adolescenza si associ a una riduzione del 24% del rischio di morte in età adulta⁴⁴.

RACCOMANDAZIONI E INDICAZIONI SU REQUISITI PER INTERVENTI EFFICACI

I programmi di supporto alla genitorialità nell'ambito delle politiche per l'infanzia e le famiglie

Le evidenze, le indicazioni provenienti dalla comunità scientifica e dalle Agenzie internazionali indicano ormai chiaramente che gli interventi di supporto alla genitorialità e all'ambiente di apprendimento familiare sono fortemente raccomandati (Box 2), e rappresentano una componente indispensabile di un sistema di *welfare* che si ponga non solo di sostenere le famiglie nei determinanti sociali fondamentali (occupazione e reddito, istruzione e informazione, servizi di salute ed educativi, congedi), ma anche nelle loro capacità di offrire ai bambini le migliori opportunità di sviluppo sia cognitivo che emotivo e sociale⁴⁹. La Figura 2 propone una visualizzazione del ruolo di questi interventi nel contesto delle politiche per le famiglie.

Requisiti per interventi efficaci

Dal programma NEP, dall'insieme delle valutazioni effettuate su programmi realizzati su larga scala e dalle revisioni sistematiche emergono, con una notevole coerenza, anche alcune indicazioni di massima sui requisiti che gli interventi a supporto del *parenting* e dell'AAF* dovrebbero avere per essere efficaci rispetto a competenze genitoriali, ambiente familiare ed esiti di sviluppo nel bambino (Tabella III).

Queste indicazioni valgono principalmente per programmi *center-based*, dove le famiglie sono coinvolte in attività svolte prevalentemente presso una sede. I programmi *home-based* sono pure efficaci, ma molto più costosi in termini di impegno di personale, e possono essere utilmente connessi a quelli *center-based* come componente rivolta a raggiungere famiglie altrimenti non raggiungibili o per fornire servizi aggiuntivi, altamente individualizzati. Inoltre, programmi unicamente basati sulle visite domiciliari perdono l'opportunità di creare situazioni di conoscenza, rinforzo e supporto reciproco tra genitori e favorire lo stabilirsi di reti sociali e legami di amicizia, che sono fun-

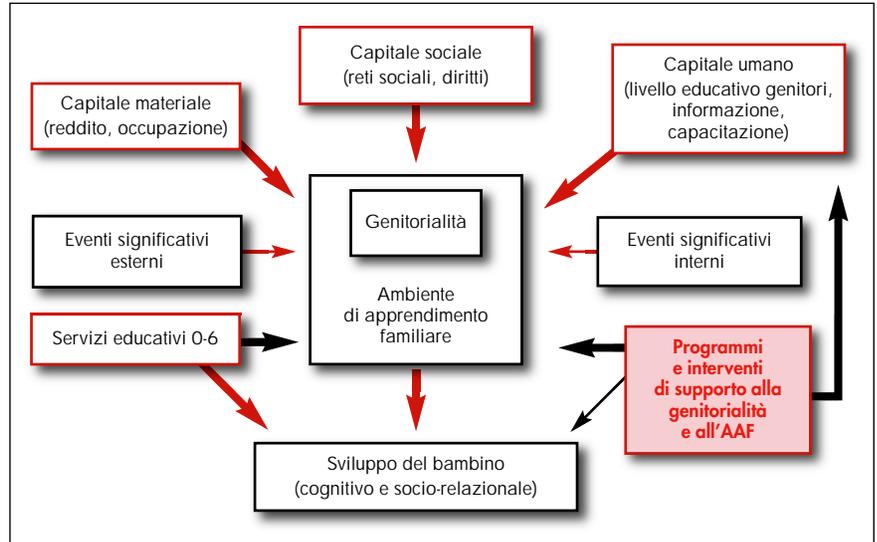


Figura 2. Schema dei fattori che influenzano lo sviluppo del bambino e delle loro interazioni (freccie rosse), comprese le interazioni potenziali ma largamente mancanti (freccie nere). Contornati in rosso i fattori sui quali vi è necessità di rafforzare l'intervento rispetto al presente in un sistema di politiche a supporto delle famiglie, tramite sostegni al reddito, diritti (ad es. congedi parentali) e servizi educativi. Viene evidenziato il ruolo di programmi e interventi a supporto della genitorialità e più in generale dell'ambiente di apprendimento familiare, che sono in larga parte ancora mancanti.

REQUISITI DI EFFICACIA DI INTERVENTI VOLTI A SUPPORTARE COMPETENZE GENITORIALI E QUALITÀ DEL'AAF IN QUANTO MEDIATORI FONDAMENTALI DELLO SVILUPPO DEL BAMBINO

1. L'intervento deve coinvolgere attivamente i genitori, o altri *caregiver*, non limitarsi a eventi che li vedono partecipanti passivi.
2. Almeno una parte dell'intervento deve essere svolta con genitori e bambini assieme, per far cogliere ai genitori il valore per il bambino e per la relazione di attività affettivamente e cognitivamente arricchenti e la loro fattibilità nell'ambiente familiare.
3. L'intervento deve creare opportunità di scambio e di relazione tra famiglie.
4. L'intervento deve essere svolto da personale formato (educatori, psicologi) e solo coadiuvato logisticamente da eventuali volontari.
5. Le occasioni di incontro con le famiglie devono essere pianificate vicine nel tempo (nell'arco di pochi mesi) in modo da garantire una sufficiente intensità.
6. Gli incontri devono essere in numero sufficiente (risultati documentati a partire da 6-8 incontri) e per piccoli gruppi di genitori (6-12).
7. Gli interventi devono iniziare nel primo anno di vita o nel periodo prenatale.
8. L'intervento deve ricevere supporto da e integrarsi con i Servizi sanitari, educativi, sociali e culturali in modo da favorire collaborazione e uniformità di messaggi.

Tabella III

zionali al risultato^{3,11,45}. Gli approcci universalistici, dove tutte le famiglie residenti sono coinvolte, sia pure focalizzati su aree caratterizzate da maggior prevalenza di fattori di rischio, hanno diversi vantaggi, sia dal punto di vista dei principi di equità e non discriminazione sia dal punto di vista dell'eterogeneità sociale che si viene a creare nei gruppi di genitori e che, entro certi limiti, è un elemento che può favorire

una dinamica di apprendimento più vivace e positiva.

Strategie per raggiungere tutti e ottenere la partecipazione

Una volta definito il disegno e i contenuti degli interventi, restano da affrontare le sfide dell'equità e della continuità, in quanto l'obiettivo è raggiungere tutte le famiglie eligibili e di fare in modo che partecipino per la durata

necessaria a ottenere dei benefici. L'effetto, noto come *legge delle cure inverse*⁴⁶, e l'esperienza quotidiana indicano che per qualsiasi intervento sanitario, socio-sanitario ed educativo si creano le condizioni per cui i beneficiari in condizioni di maggior vulnerabilità e bisogno sono tipicamente quelli che usufruiscono meno del servizio, per ragioni economiche, logistiche sociali e culturali. Questo resta vero anche quando l'intervento viene effettuato in aree caratterizzate da svantaggio socio-economico, perché anche nell'ambito delle situazioni di svantaggio si creano delle disparità. Le ragioni, o meglio la combinazione di ragioni, di queste disparità variano da contesto a contesto, e vanno conosciute per poterle superare. Sulle strategie efficaci per poter raggiungere tutti e garantire una buona partecipazione esiste una vasta letteratura⁴⁷, che si può condensare nella necessità di conoscere bene il contesto delle famiglie, l'"economia" dei loro comportamenti e scelte (ogni scelta in ultima analisi è economica, basandosi sul confronto, anche irrazionale, tra costi e benefici percepiti, spesso non monetari, di una azione) e quindi di dedicare pensiero e risorse a questi obiettivi cruciali dell'intervento.

Strumenti di valutazione

Gli interventi a supporto delle competenze genitoriali richiedono un apparato di valutazione complesso, basato su strumenti validati, in grado di misurare gli esiti desiderati riguardanti i bambini, i genitori e il complesso dell'AAF. La letteratura su tali strumenti è molto estesa e in evoluzione. Sono in corso tentativi di arrivare su scala globale a strumenti validati e comuni, soprattutto per valutare i benefici per lo sviluppo del bambino di interventi attuati su larga scala⁴⁸. Le competenze genitoriali a loro volta possono venir misurate con una varietà molto ampia di strumenti, non sempre (anzi, raramente) al riparo dalla forte influenza del contesto culturale. Un recente contributo italiano può essere di aiuto a considerarne le complessità⁴⁹. Infine, per valutare l'ambiente familiare esi-

INTERVENTI DI PARENTING AFFETTUABILI NEL CONTESTO ITALIANO	
Interventi nell'ambulatorio pediatrico	Individuali: promozione della genitorialità responsiva nei bilanci di salute e in incontri con genitori, realizzabili con più facilità in studi associati; utilizzo di materiali cartacei, video e <i>on-line</i> .
Interventi in Servizi di salute territoriali e ospedalieri	Proposta di gruppi nel contesto del percorso nascita (pre- e post-natale) o di interventi per bambini con bisogni speciali.
Interventi in Servizi comunali (es: Centri famiglia)	Proposta di gruppi per neogenitori e beneficiari di interventi economici.
Interventi in Servizi educativi (nidi e scuola dell'infanzia)	Partecipazione non opzionale dei genitori a un calendario minimo di incontri.
Interventi/programmi a sé stanti	Programmi strutturati per genitori e bambini 0-6 in spazi <i>ad hoc</i> .

Tabella IV



stano approcci diversi, dal "time-honored" *HOME Inventory*⁵⁰ - che richiede l'osservazione diretta - al più recente STIM-Q (che valuta più nel dettaglio la disponibilità di materiali utili all'apprendimento, le attività di lettura, il grado di coinvolgimento dei genitori in attività educative, e la loro responsabilità verbale) per famiglie con bambini di età compresa tra 5 mesi e 6 anni⁵¹.

COSA PUÒ ESSERE FATTO NEL CONTESTO ITALIANO?

Se la necessità e i contenuti degli interventi di supporto a genitorialità e ambiente familiare sono sufficientemente chiari, si tratta di vedere come possono essere efficacemente realizzati nel contesto italiano, e su una scala che deve diventare universale il più ra-

pidamente possibile.

Come si è visto, programmi e interventi per genitori possono essere sviluppati come servizio a sé stante o come parte integrante di altri servizi. La prima scelta ha vantaggi indubbi in quanto favorisce standardizzazione, formazione e valutazione coerenti, in ultima analisi qualità. La seconda consente di usare spazi e operatori esistenti, e quindi comporta minori costi; può inoltre favorire l'accesso (che diventa universale o quasi se collegato a punti di erogazione di servizi sanitari) e l'integrazione con altri interventi (ad esempio di prevenzione e cura della salute). Il principio da affermare è che il lavoro con le famiglie deve diventare parte integrante di tutti i servizi per l'infanzia. Nel settore sanitario, le Cure primarie devono prevedere una componente di valutazione e di promozione

*Vedi la prima parte di questo contributo per la distinzione tra genitorialità o parenting e AAF (voce bibliografica 1).



dello sviluppo a cui attribuire sufficiente spazio e tempo. In campo educativo, tutti i nidi dovrebbero prevedere una componente di lavoro con le famiglie (tutte, non solo quelle disponibili a partecipare), principio questo affermato da tempo dai pedagogisti ma realizzato solo in una parte dei servizi, e con la partecipazione di solo una parte delle famiglie. La partecipazione delle famiglie ad attività educative svolte nei nidi, così come ai Percorsi nascita, non dovrebbe più essere un'opzione, o un privilegio riservato ad alcune aree del Paese.

Se in Italia solo il 20% dei bambini frequenta un nido pubblico o privato, anche con le migliori intenzioni è impossibile che questa proporzione aumenti rapidamente e questo diritto sia esteso a tutti. Diventa allora indispensabile prevedere un'offerta di servizi di costo molto inferiore, capaci comunque di offrire alle famiglie due opportunità fondamentali: quella di poter acquisire conoscenze, attitudini e abilità pratiche per poter arricchire la loro interazione con il bambino; e quella di poter avere occasioni di scambio, con-

fronto e di costruzione di reti amicali con altre famiglie. Due capisaldi, come abbiamo visto, per interventi efficaci. La *Tabella IV* offre una panoramica degli interventi effettuabili in singoli servizi o in collaborazione tra questi. A prescindere dal settore da cui originano (educativo, sanitario o sociale) gli interventi devono creare le condizioni per una uniformità di messaggi tra i diversi servizi, avere un *target* universale per poi eventualmente agire in modo individualizzato su situazioni di maggior bisogno, ed essere effettuati da personale competente, sia pure con supporto logistico di volontari. In Italia questa offerta già esiste, sotto varie forme, ma è minoritaria sia in termini di copertura del territorio nazionale (a sfavore del Sud) sia in termini di famiglie effettivamente partecipanti, ed è troppo eterogenea, senza un modello validato di riferimento e di valutazione. Il fattore limitante maggiore, ancor più delle risorse economiche, è il fatto che né gli operatori sanitari né gli educatori, a meno che non abbiano compiuto percorsi personali di formazione, hanno competenze di *counselling* indivi-

duale o per gruppi. I *curricula* di formazione vanno dunque integrati in vista di questa missione fondamentale di tutti gli operatori dell'infanzia: supportare i genitori nel loro ruolo.

Nel contesto italiano le potenzialità dell'ambulatorio pediatrico, specie se associato e quindi con la possibilità di distribuire l'impegno di sessioni per genitori e di assumere una collaboratrice di studio, sono notevoli, perché può facilitare l'incontro tra famiglie con bimbi di pari età e la continuità nel tempo con messaggi appropriati alla crescita del bambino. Senza dimenticare che i concetti e il linguaggio dell'ECD e quindi degli interventi precoci appartengono a diverse professionalità e diversi servizi, da quelli sanitari a quelli sociali ed educativi. Questi sono chiamati a dare messaggi coerenti e continuativi, sia direttamente che tramite materiali cartacei, video e *on-line*, sia a fungere da *relais* per sostenere le opportunità esistenti per le famiglie.

Note conclusive

Una genitorialità responsiva e un ambiente familiare favorente rappresentano, assieme a salute, nutrizione, sicurezza personale e ambientale, un pilastro fondamentale dello sviluppo⁵. Le evidenze disponibili da singoli studi, da programmi su larga scala e da revisioni attestano che interventi che prevedano, come singola componente o componente aggiuntiva ad altri servizi (sanitari e/o educativi e/o sociali), un supporto alle competenze genitoriali possono, a certe condizioni, essere efficaci su diverse dimensioni della genitorialità e quindi dello sviluppo dei bambini, sia a breve che a lungo termine. Come affermano gli Autori dello studio sul NEP: "un programma di supporto alla genitorialità può, a un costo che consente la realizzazione su larga scala, produrre cambiamenti durevoli nella vita di bambini e delle loro famiglie".

In Italia è possibile realizzare programmi di questo tipo come programmi specifici e/o che come integrazione del lavoro del pediatra di famiglia, di altri servizi per l'infanzia e le famiglie, e come componente costitutiva dei servizi educativi.

MESSAGGI CHIAVE

- Studi condotti su programmi realizzati su larga scala e revisioni sistematiche indicano che interventi e programmi finalizzati a migliorare l'AAF, e in particolare le competenze genitoriali, sono efficaci e possono favorire lo sviluppo cognitivo e socio-relazionale dei bambini nei loro primi anni di vita, con benefici a breve e lungo termine.
- Requisiti di efficacia comprendono l'inizio precoce, il coinvolgimento attivo dei genitori anche in attività pratiche con i loro bambini e con altri genitori, attività concentrate nel tempo, l'utilizzo di personale formato.
- Questi interventi sono realizzabili con costi limitati nell'ambito o in collaborazione con i servizi sanitari ed educativi per l'infanzia esistenti e meritano di trovare piena collocazione all'interno delle politiche per le famiglie.
- Gli operatori che lavorano con le famiglie in modo continuativo (pediatri di famiglia, educatori, altri operatori che assistono famiglie e bambini con bisogni speciali) possono farsi promotori o indirizzare le famiglie verso questo tipo di servizi laddove esistenti.

Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini
e-mail: tamburlini@csbonlus.org

Bibliografia

1. Tamburlini G. L'ambiente familiare di apprendimento. Prima parte: componenti, interconnessioni e rilevanza per lo sviluppo precoce del bambino. *Medico e Bambino* 2020;39(2):101-10.
2. Chile Crece Contigo. Salud. Nadie es perfecto. <http://www.chccsalud.cl>.
3. Carneiro P. Parental beliefs, investments, and child development: evidence from a large-scale experiment. IZA Discussion paper No. 12506, 2019.
4. National Research Council, Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Shonkoff JP, Phillips DA (eds). Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development; Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: Nat Acad Press, 2000.
5. WHO, UNICEF, World Bank. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Genova, 2018 (versione italiana su: www.csbonlus.org).
6. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102.
7. Black ME, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017; 389(10064):77-90.
8. WHO, UNICEF, Lancet Commission on Child Health and Wellbeing. 2020. *Lancet*, published online February 18, 2020.
9. Engle PL, Black MM, Behrman JR, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet* 2007;369(1557): 229-42.
10. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. FT press, 2014.
11. Bandura A. Social foundations of thought and action. In: Marks DF. *The health psychology reader*. London (UK): SAGE Publications Ltd, 2002.
12. Tamburlini G. Osservatorio. Cartoline pedagogiche. *Medico e Bambino* anno 2018.
13. Barnett S. Long term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future Child* 1995;5(3):25-50.
14. National Institute for Early Education Research. Head start report. http://nieer.org/wp-content/uploads/2016/12/HS_Digest_States_of_Head_Start.pdf
15. <https://earlydevelopmentresources.com/pages/abecedarian-approach>.
16. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: a follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2): 684-98.
17. Garcia JL, Heckman JJ, Leaf DE, Prados MJ. The life-cycle benefits of an influential early childhood program. 2016. NBER Working Paper No. 22993.
18. Bann CM, Wallendar JL, Do B, et al. Home-based early intervention and the influence of family resources on cognitive development. *Pediatrics* 2016;137:4.
19. Olds DL, Kitzman H, Cole R, et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 2004;114(6):1550-9.
20. <https://www.fmp.nhs.uk/about-us/the-programme/>.
21. National Evaluation of Sure Start (NESS). The impact of Sure Start local programmes on five year olds and their families. Birkbeck University of London, 2010.
22. Sanders MR, Triple P - Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting (PDF). *J Fam Psychol* 2008;22(3):506-17.
23. Coyne JC, Kwakkenbos L. Triple P - Positive Parenting Programs: the folly of basing social policy on underpowered flawed studies. *BMC Medicine* 2013;11(1).
24. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P - Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev* 2014;34(4):337-57.
25. <http://www.incredibleyears.com/>.
26. www.genitoripiu.it.
27. Balbinot V, Colombo EM, Malgaroli G, Sila A, Tamburlini G. Nati per leggere 1999-2019: la storia, le attività, i risultati. Centro per la Salute del Bambino, Trieste, settembre 2019.
28. https://www.epicentro.iss.it/materno/ConvegnoSorveglianzaBambino_02_anni.
29. Tamburlini G. Osservatorio. Un Villaggio per Crescere. *Medico e Bambino* anno 2019.
30. www.minori.gov.it/il-programma-pippi.
31. Layzer JL, Goodson BD, Bernstein L, Price C. National evaluation of family support programs. Volume A: the meta-analysis. Final report. Cambridge, Mass: Abt Associates Inc. 2001.
32. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3): CD003680.
33. Mihelic M, Morawska A, Filus A. Effects of early parenting interventions on parents and infants: a meta-analytic review. *J Child Fam Stud* 2017;26:1507-26.
34. Barlow J, Coren E. The effectiveness of parenting programs: a review of Campbell reviews. *Research on Social work practice* 2017;28:99-102.
35. Ryce SB, Rasmussen IS, Klest SK et al. Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017;7:e015707.
36. Lee JY, Knauer HA, Lee SJ, MacEachern MP, Garfield CF. Father-inclusive perinatal parent education programs: a systematic review. *Pediatrics* 2018;142(1).
37. www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/SR_Caregiving_interventions_ECD_Jeong_Final_Nov2018.pdf.
38. World Health Organization. Improving early child development: WHO guideline. WHO, Geneva, 2020.
39. Pierron AL, Fond-Harment L, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: A synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health* 2018;18(1).
40. Mitchell L, Wylie C, Carr M. Outcomes of early childhood education: literature review report to the Ministry of Education. New Zealand Council for Educational Research, 2008.
41. 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. Elsevier, *Early Childhood Research Quarterly*, 2009.
42. 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.
43. Aboud FE, Yousafzai AK. Global health and development in early childhood (January 2015). *Annu Rev Psychol* 2015;66:433-57.
44. Calvin CM, Deary IJ, Fenton C, et al. Intelligence in youth and all-cause-mortality: systematic review with meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2011;40:626-44.
45. Solomon M, Pistrang N, Barker C. The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *Am J Community Psychol* 2001;29:113-32.
46. Marmot M. An inverse care law for our time. *BMJ* 2018;362:k3216.
47. Thaler, RH. Behavioral economics: past, present, and future. *American Economic Review* 2016;106(7):1577-600.
48. Boggs D, Milner KM, Chandna J, et al. Rating early child development outcome measurement tools for routine health programme use. *Arch Dis Child* 2019;104:S22-S33.
49. Canali C, Vecchiato T. Valutare le competenze genitoriali. *Studi Zancan*, 2012.
50. <https://uwm.edu/mcwp/wp-content/uploads/sites/337/2015/12/HOME12-1-14.pdf>.
- 49.
51. <https://med.nyu.edu/pediatrics/developmental/research/belle-project/stimq-cognitive-home-environment>.