

IN PUNTA DI PIEDI

Incontri individuali e visite domiciliari dalla gravidanza ai primi mesi di vita: una componente essenziale di un sistema di servizi integrati per l'accompagnamento e il sostegno ai genitori nei primi 1000 giorni di vita.



Centro per la
Salute del
Bambino

IN PUNTA DI PIEDI

Incontri individuali e visite domiciliari dalla gravidanza ai primi mesi di vita: una componente essenziale di un sistema di servizi integrati per l'accompagnamento e il sostegno ai genitori nei primi 1000 giorni di vita.

*a Peppe Cirillo, pediatra a Napoli,
padre del progetto di Adozione Sociale*

Riconoscimenti

Il lavoro che ha condotto a questo documento è stato coordinato da Elena Iannelli, ostetrica, IBCLC, a lungo impegnata nei servizi di HV nel Regno Unito, e da Giorgio Tamburlini, pediatra con esperienza di studio e programmazione sui servizi di HV in molti paesi e più in generale di servizi sanitari e di sistemi integrati per la maternità e la prima infanzia.

Vi hanno contribuito professionisti e professioniste con lunga esperienza in merito all'interno di Istituzioni e Servizi pubblici e di programmi di Enti e Associazioni del Terzo Settore:

Alice Bernardi, psicologa, Coordinamento Centro Famiglie Rimini - **Angela Di Ianni**, infermiera della UO Pediatria e Consultorio Familiare Cesena - **Angela Giusti**, Prima ricercatrice ISS, CNaPPS - **Annamaria Sgobba**, Assistente Sociale, Operatrice della nascita de Il Melograno, Fiocchi in Ospedale Bari, Save The Children - **Antonella Brunelli**, Direttrice U.O. Pediatria e Consultorio Familiare Cesena, AUSL Romagna - **Barbara Zapparoli**, pediatra neonatologa Associazione IRIS - **Concetta Pane**, infermiera pediatrica, referente programma 0-2 anni, ASL Napoli 3 - **Elena Lani**, infermiera della UO Pediatria e Consultorio Familiare Cesena - **Elena Massimo**, Doula, Fiocchi in Ospedale Sassari, Save The Children - **Eleonora Stampa**, Ostetrica referente servizio "Andiamo a casa", ospedale Valduce, Como - **Elisabetta Masotto**, Responsabile Progetto *Insieme a Te*, Aribandus, Verona - **Enrica Pizzi**, Prima ricercatrice, monitoraggio 0-2, ISS, CNaPPS - **Fabia E. Banella**, psicologa psicoterapeuta, Centro Touchpoints Brazelton, Associazione Natinsieme - **Fernanda Maturilli**, Coordinatrice Ostetrica Consultori Familiari, ASST Spedali Civili Brescia - **Flavia Splendore**, Dottoranda di ricerca, Istituto Superiore di Sanità - **Gherardo Rapisardi**, pediatra e neonatologo, Centro Touchpoints Brazelton, Associazione Natinsieme - **Giovanna Bestetti**, psicopedagogista Associazione IRIS - **Giuseppina Di Lorenzo**, ostetrica, referente programma Primi Mille Giorni, ASL Napoli 3 - **Ida Finzi**, psicologa e psicoterapeuta, referente servizio HV cooperativa Crinali, Milano - **Iliaria Lega**, Prima ricercatrice, area salute mentale, ISS, CNaPPS - **Luca Migliaccio**, psicologo psicoterapeuta, Centro Touchpoints Brazelton, Associazione Natinsieme - **Luciana Mellone**, Presidente Nazionale Il Melograno - **Margherita Tommasella**, Dottoranda di ricerca, Istituto Superiore di Sanità - **Maria Tanda**, UISP Comitato Territoriale Sassari APS, Coordinatrice Fiocchi Sassari, Save the Children - **Maurizio Bonati**, direttore Ricerca e Pratica, Milano - **Maria Vittoria Sola**, pediatra, già dirigente servizi materno infantili a Trieste, Centro per la Salute del Bambino, Trieste - **Monica Castagnetti**, pedagogista, Centro per la Salute del Bambino, Milano - **Norma Perrotto**, coordinatrice progetto *Home Care*, Ass Piccoli Passi, reparto TIN Sant'Anna Torino - **Rosa Monachelli**, Psicologa, Operatrice della nascita, Il Melograno di Roma - **Stefania Manetti**, pediatra, presidente Associazione Culturale Pediatri - **Sara Covini**, ostetrica Ospedale Valduce Como - **Valentina Affettuoso**, operatrice sociale, referente Fiocchi Niguarda, Milano - **Vanda Chiodega**, Ostetrica coordinatrice Servizi Consultoriali, Trento.

IN PUNTA DI PIEDI

Incontri individuali e visite domiciliari dalla gravidanza ai primi mesi di vita:
una componente essenziale di un sistema di servizi integrati per l'accompagnamento
e il sostegno ai genitori nei primi 1000 giorni di vita.

©2024 CSB - Centro per la Salute del Bambino onlus

1° edizione novembre 2024

Grafica: davanzographics.com

Foto: Alessandra Sila, Nostos, WHO

Indice

1. Introduzione: perché questo documento

- 1.1 Sostenere scelte riproduttive, benessere e competenze genitoriali 07
- 1.2 I primi 1000 giorni in un sistema welfare orientato a comunità amiche delle famiglie 08

2. Razionale, esperienze ed evidenze

- 2.1 Caratteristiche ed importanza dei primi 1000 giorni 11
- 2.2 Visite domiciliari: un dibattito aperto che evolve nel tempo 13
- 2.3 Evidenze di efficacia 14
- 2.4 Le visite domiciliari in Italia: esperienze ancora frammentate 17

3. La proposta

- 3.1 Verso un sistema integrato di servizi alla famiglia, basato sulla Nurturing Care 21
- 3.2 I Contenuti e le tempistiche di offerta 23
- 3.3 Il lavoro di squadra per sostenere i neogenitori 32
- 3.4 La formazione 34
- 3.5 La sfida multiculturale 37
- 3.6 La comunicazione efficace 37
- 3.7 Le visite e incontri individuali: tasselli fondamentali di un sistema integrato di servizi per le famiglie 38
- 3.8 I meccanismi di governance 41
- 3.9 Il monitoraggio e la valutazione 42
- 3.10 Considerazioni sui costi e le risorse disponibili 42
- 3.11 I necessari adattamenti alle caratteristiche dei territori 43
- 3.12 Note conclusive 44

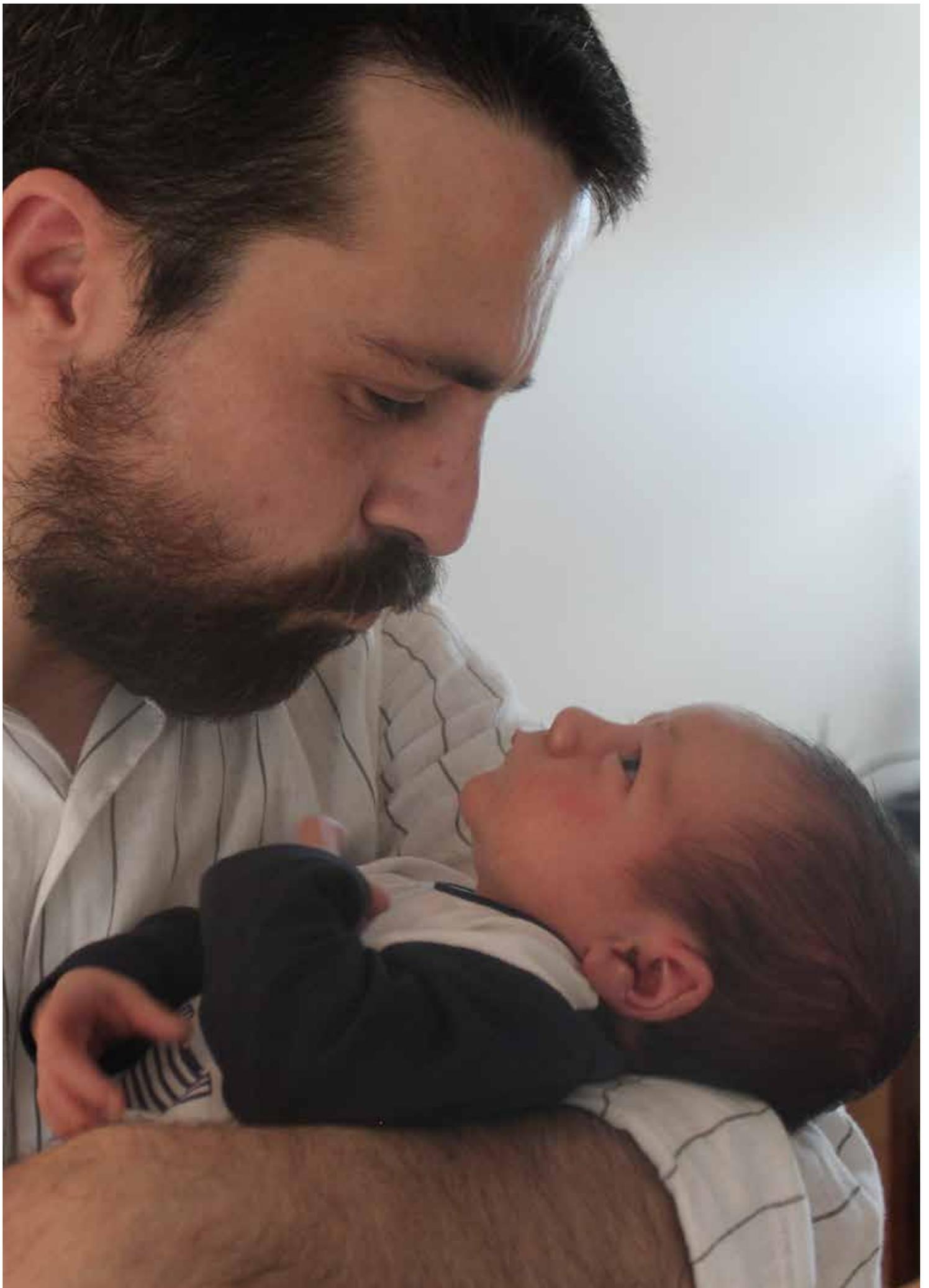
“Si tratta di distinguere, nell’ambito dei fattori che influenzano lo sviluppo, tra quelli che definiscono le risorse materiali e i servizi disponibili per il nucleo familiare e quelli riconducibili alle competenze genitoriali, riconoscendo sia l’interdipendenza di questi due ordini di fattori che la loro autonomia nel determinare gli esiti di sviluppo a medio e lungo termine”

(Black et al. 2021)

Disclaimer

Nel presente documento:

- Il termine “genitori” o “neogenitori” viene utilizzato per fare riferimento a tutte le figure genitoriali, così come il termine “partner”.
- Il termine "bambino" o “bambini” viene talvolta usato in modo sovra esteso per indicare sia i bambini che le bambine.
- La terminologia riferita alle figure professionali è prevalentemente al femminile, poiché la maggior parte delle professioni citate è costituita in larga maggioranza da personale di genere femminile.



1 Introduzione: perché questo documento

1.1 - Sostenere scelte riproduttive, benessere e competenze genitoriali

La preoccupazione per il costante calo della natalità ha raggiunto solo negli ultimi anni l'agenda politica e lo ha fatto in modo trasversale. La denatalità trova la sua principale ragione nella struttura demografica e in particolare nella riduzione significativa delle coorti di giovani in età fertile, ma anche nelle crescenti difficoltà a impegnarsi in decisioni riproduttive, sia per il primo figlio, sia e soprattutto per i figli successivi. Queste incertezze, che, diversamente dal passato, oggi iniziano a erodere anche il desiderio stesso di riproduzione, sono dovute, per molti giovani, alle preoccupazioni relative all'impegno economico e alle difficoltà a conciliare lavoro e impegno familiare, ma anche, e sempre più, ad apprensioni sul futuro del mondo. Gli attuali benefici fiscali e bonus previsti per i nuovi nati e per i figli a carico non appaiono sufficienti a stimolare un cambiamento significativo nelle scelte riproduttive. Anche per la carenza dei servizi destinati all'infanzia e alle famiglie, a partire dai nidi, molte madri e coppie si vedono costrette a scegliere fra lavoro e maternità, posponendo quest'ultima fino a metterla in discussione o limitandola a un solo figlio. L'attuale ridottissima disponibilità dei congedi paterni, nella loro durata e accessibilità, e in generale la scarsa (per quanto in aumento) attitudine al coinvolgimento dei padri nella cura dei figli, contribuiscono a far ricadere il carico di cura in grandissima parte sulle madri, proprio mentre le forme tradizionali di sostegno intrafamiliare e comunitario sono venute a mancare, a causa dei radicali cambiamenti nella struttura delle famiglie, nella mobilità geografica e nella stessa articolazione del vivere sociale (Alleanza per l'Infanzia, 2023 e 2024; Lubbock, 2022; Save the Children, 2024).

Alle crescenti difficoltà nelle scelte di mettere al mondo dei figli si associano crescenti difficoltà nell'essere genitori, difficoltà che accomunano sia le famiglie tradizionali che le nuove forme familiari. I genitori appaiono disorientati rispetto a loro ruolo; ansiosi, preoccupati, e soli. È sempre più raro che i nuovi nati abbiano fratelli o sorelle (circa uno su quattro o cinque). Inoltre, l'accesso ritardato ai servizi educativi, solitamente posticipato ai due o tre anni di età, priva molti bambini della possibilità di crescere a contatto con altri coetanei e figure adulte, una condizione che invece ha caratterizzato l'infanzia per millenni.

Il modo di sentirsi e di porsi dei genitori con i propri bambini e bambine non è mai stato così gravato da incertezze e difficoltà nel trovare un equilibrio tra consistenza degli apporti affettivi, saldezza della guida educativa, capacità di offrire opportunità di apprendere e di socializzare. Questo può contribuire al drammatico aumento e all'esordio sempre più precoce di disturbi del comportamento, di apprendimento e della sfera emotiva nell'infanzia e nell'adolescenza.

Tuttavia, come decenni di ricerca svolta in questo campo stanno a dimostrare, anche in situazioni di vulnerabilità, solitudine e assenza di reti relazionali, i genitori possono scoprire il proprio potenziale e sviluppare modalità via via più consapevoli nel prendersi cura di un figlio o una figlia nella misura in cui vengono sostenuti e accompagnati (WHO, UNICEF, World Bank, 2018; Jeong et al., 2021) con consistenti benefici sia a breve che a lungo termine per lo sviluppo e il benessere complessivo dei figli.

La questione che si pone dunque, con urgenza, riguarda **come può essere offerto ai neogenitori, tutti, senza distinzione**, un accompagnamento e un sostegno finalizzato al loro benessere, che dipende anche dal sentirsi adeguati in quanto genitori, e alla loro consapevolezza del ruolo genitoriale. Questa componente oggi non è meno importante della possibilità di disporre di sufficienti fonti di sostentamento economico e servizi di conciliazione di famiglia e lavoro, adeguati congedi genitoriali. (Daly, 2015; Black et al., 2017; Devaney et al., 2021 e 2022; D’addato, 2023; UNICEF, 2024)

1.2 - I primi 1000 giorni in un sistema welfare orientato a comunità amiche delle famiglie

Nel periodo immediatamente successivo alla dimissione dal punto nascita e nei primi mesi dopo la nascita i genitori hanno bisogni che richiedono sostegno dedicato e, in alcuni casi, interventi specifici e tempestivi, che non trovano nella maggioranza di casi alcuna risposta. Infatti, il rientro a casa dopo la nascita apre un periodo caratterizzato da grande complessità, che molti uomini e donne vivono in solitudine senza il supporto delle reti relazionali delle famiglie di origine.

Nonostante l’esistenza di servizi dedicati come i Consultori Familiari e la Pediatria di Libera Scelta, questi non sempre vengono attivamente proposti ai genitori e spesso restano poco conosciuti o inadeguati nel fornire supporto completo, come ad esempio le visite domiciliari in puerperio. A ciò si aggiunge una significativa disomogeneità nei servizi offerti sul territorio nazionale, caratterizzati da frammentazione e approcci divergenti tra operatori e strutture, dovuti anche a differenze nelle culture professionali e istituzionali e non di rado divergenti (CSB e ACP, 2021; Save the Children, 2024).

Sono oggi pochissime le realtà territoriali in cui i diversi servizi (di salute, educativi, culturali, sociali) operano *congiuntamente* per facilitare i percorsi dei neogenitori: fornendo loro messaggi coerenti in merito ai bisogni evolutivi di bambine e bambini e a come rispondervi adeguatamente, creando opportunità di incontro e confronto e offrendo informazioni e supporto per fruire pienamente dei benefici previsti dalla legislazione nazionale e locale. Tra le famiglie più svantaggiate dal punto di vista economico, molte trovano, quando lo trovano, supporto più dalle associazioni di volontariato che dai servizi pubblici (Caritas, 2024).

La mancanza di un sistema integrato a sostegno dei neogenitori si configura dunque come una delle carenze maggiori del nostro sistema di welfare, tenendo conto che i “primi 1000 giorni”, dal concepimento al secondo anno di vita, rappresentano il periodo in cui sono maggiori le opportunità per garantire una crescita e uno sviluppo ottimale e prevenire o ridurre l’effetto di fragilità di vario tipo che possono riguardare il contesto familiare (Ministero della salute, 2019).

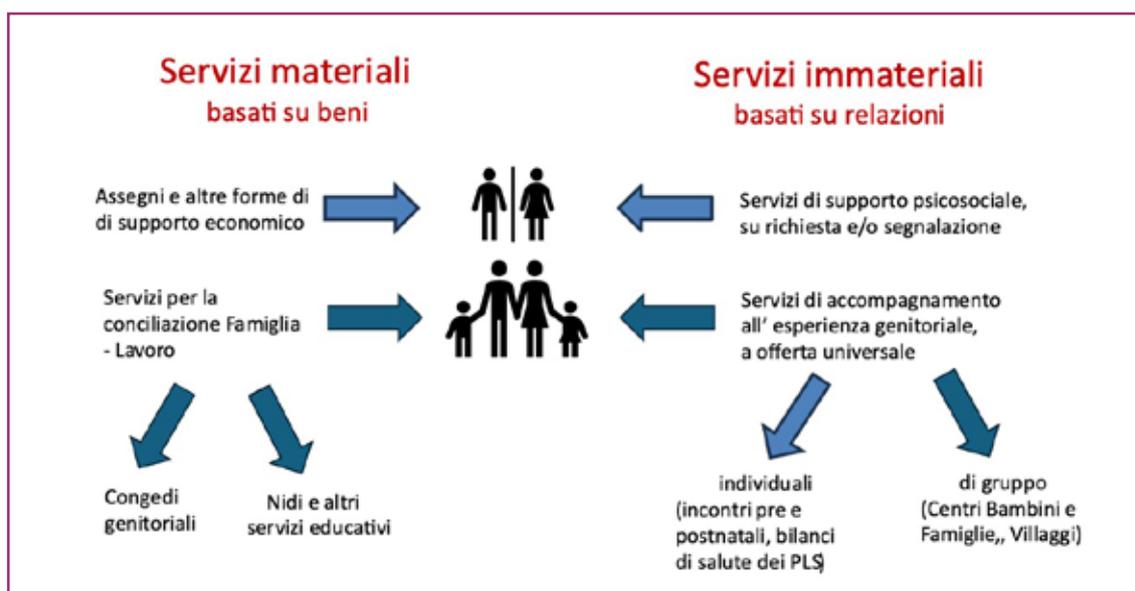
Il sistema di sorveglianza per i bambini 0-2 anni dell’Istituto Superiore di Sanità evidenzia un quadro preoccupante, mettendo in luce le carenze ancora presenti in alcune buone pratiche essenziali, con particolare attenzione alle disuguaglianze tra i diversi territori e rispetto ai determinanti sociali.

Questo stato di cose rischia di far perdere l’opportunità di vivere appieno un periodo cruciale dell’esperienza genitoriale e di ripercuotersi negativamente sulle future intenzioni riproduttive. Si corre il rischio inoltre di far pagare le conseguenze ai bambini e alle bambine, che non ricevono quello a cui hanno pieno diritto in termini di cure responsive, opportunità di crescita e sviluppo, con ripercussioni su tutto l’arco della vita. In questo quadro, anche alla luce di forti evidenze degli effetti di un coinvol-

gimento paterno precoce nel percorso di cure e di educazione ai figli sul loro benessere emotivo e sociale lungo tutta l'età evolutiva (Sarkadi et al. 2008; Opondo et al. 2016), nonché sulla prevenzione della violenza intrafamiliare (Chan et al., 2017; Doyle et al., 2018), assume rilevanza la necessità di operare precocemente anche al fine di promuovere questo coinvolgimento (PARENT, 2021).

Questo documento si propone di affrontare questa tematica a partire da una rassegna delle evidenze e delle esperienze disponibili sia a livello italiano che internazionale, e di indicare su questa base i contorni di **un programma di accoglienza e accompagnamento ai neo genitori** che, adottando un **approccio universale, multiprofessionale e multisetoriale**, possa rendere le nostre comunità locali consapevoli e capaci di offrire opportunità di sostegno alla propria esperienza genitoriale. La figura 1 indica come siano due gli ambiti che devono caratterizzare il sostegno ai genitori nei primi, fondamentali passi: quello caratterizzato dai sostegni materiali e quello caratterizzato dai sostegni che possiamo definire immateriali, basati sulle relazioni.

Figura 1. Il sostegno alle coppie e alle famiglie con figli e figlie deve combinare servizi materiali che garantiscano risorse e servizi sufficienti e servizi immateriali, basati su relazioni che, lavorando a rafforzare le risorse personali, garantiscano informazione, condivisione e sostegno nelle difficoltà.



Questo documento si rivolge in primo luogo a coloro che sono coinvolti nella ideazione, nella realizzazione e nella valutazione dei servizi finalizzati al sostegno dei neogenitori (amministrazioni locali, servizi pubblici, Enti del Terzo settore e società professionali). Il documento è destinato anche a coloro che svolgono attività di formazione, nell'ambito di corsi curricolari - ad es. la formazione universitaria - o per personale già in servizio.

Ci auguriamo inoltre che da questa base ampiamente condivisa e documentata di conoscenze ed esperienze, si possa arrivare a definire dei veri e propri livelli essenziali di prestazioni in modo da consentire a tutti i genitori e a tutti i bambini e bambine d'Italia di vivere al meglio la loro esperienza e di crescere nella pienezza dei propri diritti e delle proprie potenzialità.



2 Razionale, esperienze ed evidenze

2.1 - Caratteristiche ed importanza dei primi 1000 giorni

I primi 1000 giorni di vita, che includono il periodo che va dal concepimento fino ai due anni di età, rappresentano una finestra cruciale, sia in termini di opportunità che di vulnerabilità per lo sviluppo del bambino nei primi anni (Early Child Development, ECD). Durante questa fase, il cervello va incontro a uno sviluppo particolarmente rapido e molto influenzato dall'ambiente - fisico e relazionale - in cui il bambino cresce, e si formano quindi le basi neurobiologiche delle competenze cognitive, motorie, sociali ed emotive con implicazioni durature anche per gli anni successivi, sia in termini di salute fisica e mentale, che relativamente ai percorsi scolastici e agli itinerari complessivi di vita (Shonkoff e Phillips, 2000; Grantham-McGregor et al., 2007; Black et al., 2017). La ricerca ha anche dimostrato che uno dei pilastri più importanti dello sviluppo è rappresentato dalla genitorialità responsiva (*responsive caregiving*), vale a dire la capacità del caregiver di rispondere in modo sensibile, appropriato e tempestivo ai bisogni fisici, emotivi e cognitivi dei bambini e delle bambine (WHO, 2018 e 2020) (**box 1**).

Box 1. La responsività genitoriale

È opportuno ricordare che un *responsive caregiving* richiede, innanzitutto, la disponibilità fisica, che può trovare ostacolo in impegni di lavoro, condizioni di salute fisica e mentale critiche, situazioni di forte stress e conflitto intra ed extrafamiliare. La modalità di caregiving risente inoltre delle proprie esperienze precedenti, sia con i propri genitori che con eventuali altri figli o familiari ed è fortemente influenzato da norme e valori trasmessi dalla propria cultura di appartenenza.

La responsività genitoriale consiste in primo luogo **nell'interesse e nella capacità di cogliere segnali e richieste da parte del bambino**; nella **capacità di rispondervi in modo tempestivo** (per cui è stato coniato il termine di responsività contingente, ovvero la capacità di sintonizzarsi con i momenti di attenzione, interesse e bisogno del bambino) **e affettivo**; nella capacità di incoraggiare senza essere intrusivi; nella **capacità di promuovere** tramite l'esempio e, man mano, la spiegazione, **l'autoregolazione** nei comportamenti.

A questa definizione, evidentemente impegnativa, va associata la consapevolezza che un caregiver non può essere costantemente capace di questo tipo di responsività sempre e comunque ma che è fondamentale che in qualche momento lo sia.

Nei primi due anni di vita le interazioni tra il genitore¹ e bambino, caratterizzate da una comunicazione sensibile e reciproca (da cui l'espressione *serve and return* sviluppato dal Center for Developing Child di Harvard), sono essenziali per l'acquisizione del linguaggio, per lo sviluppo delle funzioni esecutive, e fanno in modo che i bambini siano più inclini a esplorare l'ambiente circostante e a sviluppare curiosità e motivazione all'apprendimento. Inoltre, il *Responsive Caregiving* è fondamentale per lo sviluppo delle competenze sociali ed emotive dei bambini e delle bambine: Landry et al. (2006) evidenziano che un parenting responsivo supporta la regolazione emotiva del bambino, favorendo la capacità di gestire le proprie emozioni in modo autonomo e di interagire positivamente con i coetanei, sulla base di maggiori competenze empatiche, sviluppando quindi competenze sociali più solide e un miglior adattamento sociale.

Si tratta quindi di stabilire se, in che misura e in che modo lo sviluppo di consapevolezza e di competenze genitoriali, e in particolare la responsiva, possano essere promosse con politiche, programmi e azioni specifiche. La letteratura scientifica che documenta l'efficacia di interventi e programmi finalizzati a sostenere la qualità del parenting - di cui il *responsive caregiving* è elemento centrale - è molto ampia e si rinvia per questa ai documenti pubblicati congiuntamente da OMS e UNICEF (<https://www.unicef.org/documents/care-child-development>) e alle fonti disponibili in lingua italiana (DORS 2019; CSB 2021; Quaderni ACP, 2022; Tamburlini, 2023).

Dalle revisioni sistematiche compiute da gruppi di ricercatori anche per conto di organizzazioni internazionali emergono una serie di caratteristiche di implementazione, di metodo e contenuto associate a risultati migliori (**box 2**). Le dimensioni dell'effetto su diversi parametri riguardanti sia i genitori (conoscenze, pratiche genitoriali, senso di auto-efficacia) che il bambino (indicatori di sviluppo cognitivo e socio-relazionale) sono in generale importanti. L'efficacia maggiore è stata dimostrata per interventi complessi che comprendono sia contenuti informativi che attività di osservazione e coinvolgimento in attività pratiche, spesso condotte con gruppi di genitori. Nel loro complesso, gli studi indicano che è necessario prevedere interventi precoci, sia individuali che di gruppo, e che la proposta di esperienze che coinvolgono i genitori assieme ai loro bambini costituisce un elemento irrinunciabile per produrre un cambiamento (**box 2**).

1 A questo proposito, è necessario sottolineare che, accanto all'importanza fondamentale del ruolo materno, disponiamo oggi di una significativa mole di evidenze sul contributo di una paternità precocemente coinvolta nelle cure al benessere del bambino, della coppia e della costruzione di una mascolinità accudente.

Box 2. Requisiti per l'efficacia di programmi di *parenting support*

1. I programmi coinvolgono attivamente i genitori, o altri *caregiver*, non si limitano a eventi che li vedano come partecipanti passivi.
2. Almeno una parte del lavoro è svolto con genitori e bambine e bambini assieme per accompagnare la consapevolezza genitoriale e sostenere la relazione adulto-bambino attraverso attività condivise che favoriscano lo sviluppo e siano facilmente replicabili nell'ambiente familiare.
3. Il lavoro crea opportunità di scambio e di relazione fra famiglie.
4. Il lavoro è svolto primariamente da personale formato su ECD e NC e all'accompagnamento delle dinamiche relazionali adulto-bambino.
5. Il programma prevede un numero sufficiente di incontri (i risultati significativi sono documentati a partire da 6-8 incontri) svolti individualmente e/o con piccoli gruppi di genitori, tali da consentire una buona interazione e attenzione dedicata da parte del personale.
6. I programmi iniziano precocemente: nel periodo prenatale o nei primi mesi di vita in un percorso integrato ospedale-territorio.
7. Il programma si svolge nel quadro di una integrazione tra servizi sanitari, educativi, sociali e culturali, in modo da favorire collaborazione e uniformità nei messaggi e un accompagnamento multiservizio se necessario.

2.2 Visite domiciliari: un dibattito aperto che evolve nel tempo

Nel contesto degli interventi a supporto della salute del benessere e delle capacità dei genitori e dei bambini nelle primissime epoche della vita, un ruolo del tutto particolare lo svolgono gli interventi su base individuale, svolti per lo più a domicilio.

La storia delle visite domiciliari (VD)/home visiting (HV) per donne e bambini inizia nel diciannovesimo secolo in Inghilterra, si espande poi in tutta Europa, sia dell'Ovest (compresa l'Italia) che dell'Est, ed infine in buona parte del mondo nel corso del secolo successivo, essenzialmente in risposta a bisogni di salute della madre e del neonato. In buona parte dei paesi occidentali, una volta superate le situazioni che richiedevano per la maggioranza della popolazione un servizio a domicilio universale (parto in casa, condizioni igieniche precarie, complicanze del puerperio e per i neonati), si inizia a sperimentare programmi selettivi rivolti a specifici gruppi sociali considerati a rischio per esiti negativi non solo sul piano della salute, ma anche sul piano educativo e sociale. Negli Stati Uniti un primo esempio di programma di VD risale al programma Head Start, esplicitamente finalizzato alla promozione dello sviluppo del bambino e quindi alla preparazione per la scuola. Pochi anni dopo David Olds inizia il celeberrimo programma di VD per madri a rischio sociale (Olds D, et al., 1986) poi ulteriormente sviluppato nel programma *Family Nurse Partnership*, che sarà in seguito adottato anche nel Regno Unito e in altri paesi.

Nel corso delle ultime due decadi è proseguita la ricerca e la sperimentazione sulle VD, lungo due diverse direttive: nei paesi del sud del mondo, con un approccio universale e l'utilizzo di personale proveniente dalle stesse comunità, spesso con un livello minimo di formazione e istruzione

(Community health workers); in paesi con sistemi di salute sviluppati, in particolare nel Regno Unito e in Australia, ma anche, nei paesi dell'Europa centro orientale e dell'Asia centrale, con il supporto tecnico scientifico di OMS e UNICEF, assumendo un ruolo centrale nell'ambito della primary care, ad integrazione dei presidi medico-infermieristici e ostetrici di base. È da sottolineare che in entrambi i casi il focus dell'intervento si è progressivamente ampliato dai contenuti di salute fino a quelli riguardanti l'ECD. Questo grande investimento effettuato sia in termini di reclutamento e formazione del personale che in termini di definizione di standard operativi e di governance, tuttora in fase di perfezionamento e di sviluppo², rappresenta un bagaglio enorme di esperienze che va utilizzato. In altri paesi, i processi di riforma e razionalizzazione dei servizi sanitari portano a ridimensionare se non a cancellare tali servizi. È il caso dell'Italia dove i programmi di visite domiciliari in puerperio su base universale, originariamente garantiti dalle condotte ostetriche, sono poi stati ripresi solo in alcuni territori ed orientati a obiettivi di tipo igienico-sanitario; in seguito sono stati in buona parte progressivamente abbandonati o ridimensionati, e solo in qualche caso riproposti prevalentemente per nuclei familiari identificati a rischio.

2.3 Evidenze di efficacia

Numerosi studi internazionali dimostrano che i programmi di *Home Visiting* (HV), specialmente se integrati in un sistema completo di assistenza per l'infanzia, offrono numerosi benefici. Questi programmi promuovono la salute infantile (ad esempio, aumentando i tassi di allattamento e di vaccinazione), aiutano i genitori a sostenere lo sviluppo dei loro figli attraverso una maggiore consapevolezza e fiducia nelle capacità genitoriali, migliorano la preparazione scolastica dei bambini (Olds D, et al. 1986) e comportano una diminuzione delle ospedalizzazioni e delle visite d'emergenza. La salute materna ne beneficia grazie a cure prenatali più frequenti, migliori esiti alla nascita e una diagnosi precoce della depressione post partum (Ammerman RT, et al., 2013), stimata intorno al 10%-15% in Italia. Inoltre, ci sono prove che le visite domiciliari riducono il rischio di abusi e maltrattamenti infantili (Macmillan HL, et al., 2009).

Emerge che i programmi di visite a domicilio che iniziano durante la gravidanza e si estendono al periodo post-partum sembrano avere un impatto maggiore. Nel complesso, questi programmi di VD hanno un enorme potenziale per aggiungere supporto strutturale e raggiungere l'equità sanitaria a livello di sistema, dando priorità all'utilizzo del supporto sociale (Tabb KM, et al., 2022). Studi longitudinali inclusi nella revisione HomVEE (Home Visiting Evidence of Effectiveness) del programma NFP (Nurse-Family Partnership) hanno mostrato miglioramenti nella salute mentale degli adolescenti, nei risultati scolastici durante la scuola media, nella riduzione dell'uso di sostanze e/o della criminalità subito dopo il diploma, così come una riduzione complessiva della mortalità materna e infantile (Kitzman HJ, et al., 2010). Altri studi hanno dimostrato che il programma Durham Connects (noto anche come Family Connects) ha avuto un impatto significativo sulla salute dei bambini, tra cui una riduzione del 59% delle cure mediche d'emergenza, un incremento della genitorialità positiva, connessioni efficaci ai servizi comunitari e un miglioramento della salute mentale materna (Do-

² È in corso un lavoro di review sistematica, promosso dagli Uffici Europei di OMS e UNICEF, sui progetti di VD. I risultati di questo, che si avvale della consulenza di un CTS di cui i curatori di questo lavoro fanno parte, saranno inclusi in questo documento.

dge KA, et al., 2014). Una recente revisione sui programmi di visite domiciliari basati sull'approccio Brazelton, che aiuta i genitori a osservare e interpretare il comportamento del bambino, ha mostrato la loro efficacia nell'aumentare nei genitori la conoscenza dei loro bambini, un aspetto alla base della sensibilità e responsività genitoriale (Tazza et al, 2023).

È importante tenere in considerazione che molti degli effetti positivi prodotti dalle visite domiciliari sono sinergici. Ad esempio: l'allattamento ha effetti protettivi su molte infezioni e effetti positivi sullo sviluppo cognitivo, l'instaurarsi di una buona relazione favorisce l'allattamento e lo sviluppo e previene il maltrattamento, ecc.

Un recente documento dell'U.S. Department of Health & Human Services conclude che le visite domiciliari da parte di personale qualificato durante la gravidanza e nei primi mesi e anni di vita del bambino migliorano la vita di bambini, bambine e delle famiglie: aiutano a prevenire l'abuso e la negligenza sui bambini, sostengono una genitorialità positiva, migliorano la salute di madri e figli e promuovono lo sviluppo e la preparazione scolastica dei bambini (U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children & Families, 2020).

I risultati principali di uno studio americano riguardanti le evidenze sugli effetti a lungo termine dei programmi di Home Visiting (Michalopoulos, C, et. al., 2017) hanno rilevato che:

- Le visite domiciliari evidence-based hanno apportato miglioramenti significativi in molteplici ambiti, dalla salute materno-infantile allo sviluppo del bambino, fino al benessere economico della famiglia e alla prevenzione della violenza di genere.
- Le visite domiciliari basate sulle evidenze dimostrano un'efficacia economica a lungo termine. I benefici superano generalmente i costi su lunghi periodi di tempo (per esempio, nell'arco della vita di un individuo, i benefici sembrano superare i costi per valori che vanno dal 20% a oltre il 200%).
- I maggiori benefici economici dei programmi di visite domiciliari derivano dalla riduzione della spesa pubblica, grazie a una minore necessità di interventi governativi in sanità, protezione infantile e sostegno sociale, e dall'aumento dei guadagni individuali attraverso il miglioramento delle opportunità lavorative e della stabilità economica sia per i genitori che per i figli.

Investire nell'Home Visiting significa investire nel presente dei genitori e dei bambini e delle bambine e anche nel futuro della nostra società attraverso migliori percorsi scolastici, rafforzamento delle competenze dei genitori che possono significare aumento dell'occupazione, riduzione del ricorso all'assistenza pubblica, prevenzione di violenza sia familiare che extrafamiliare e aumento della stabilità familiare (**box 3**).

Per quanto riguarda la salute mentale, le visite domiciliari per mamme e bambini nel periodo postnatale si sono dimostrate utili nel ridurre il rischio di sviluppare depressione post-partum, in particolare in quei programmi con focus specifico sulla salute mentale (WHO, 2020 e Dennis, 2013). Inoltre, revisioni recenti della letteratura come la meta-analisi di Hernanda R, et al. (2023) indicano come le VD possono influenzare positivamente la depressione post-partum e migliorare la salute delle madri e dei neonati. I bambini esposti a depressione o ansia materna durante la gravidanza e il primo anno di vita hanno un rischio aumentato di oltre 6 volte di sviluppare problemi emotivi e di circa 3 volte di presentare problemi cognitivi o della condotta all'età di 11 e 16 anni rispetto ai bambini non esposti a queste condizioni materne (Bauer et al., 2015).

I costi relativi sono notevoli: ad esempio, nel Regno Unito, il costo della sola depressione perinatale è stimato in 75.728 sterline per donna esposta a questo disturbo. Circa $\frac{3}{4}$ di questi costi sono

dovuti all'impatto a lungo termine sul bambino (Bauer, et al., 2016). L'OMS individua nelle visite domiciliari l'intervento con maggiore evidenza di efficacia ai fini della prevenzione del maltrattamento durante l'infanzia, i cui costi secondo un'indagine del 2014 dell'Università Bocconi, CISMAI e Terre des Hommes, è di circa 13 miliardi l'anno per il nostro Paese. La prevenzione dunque, per ovvie ragioni, costa meno allo Stato, garantisce i diritti umani e i diritti dei bambini e delle bambine e può effettivamente preservare la salute e la sopravvivenza di milioni di loro.

Il **box 3** riassume i benefici dei programmi di HV dimostrati dagli studi in merito.

Box 3. Benefici dei programmi di Home Visiting

Benefici per le famiglie

Genitori

- **Supporto emotivo:** gli operatori forniscono sostegno emotivo, riducendo stress, ansia e altri disturbi della salute mentale legati alla genitorialità.
- **Miglior accesso alle cure prenatali:** gli operatori forniscono informazioni cruciali sulla salute della madre e del bambino, e sulla prevenzione dei comportamenti a rischio, riducendo così rischi come la nascita pretermine o altre complicanze ostetriche.
- **Competenze genitoriali:** miglioramento delle competenze educative e di cura del bambino, grazie a consigli pratici e informazioni basate su evidenze. Maggiore fiducia nelle proprie capacità come genitori.
- **Prevenzione:** riconoscimento precoce di difficoltà, anche nella sfera emotiva (es. depressione post partum), con conseguente indirizzamento a servizi di aiuto.

Bambini

- **Sviluppo cognitivo e socio-emotivo:** promozione dello sviluppo nelle sue diverse dimensioni.
- **Prevenzione di ritardi nello sviluppo:** interventi tempestivi per correggere o mitigare difficoltà nello sviluppo.
- **Miglioramento della salute:** monitoraggio regolare della crescita e promozione di stili di vita sani, inclusa l'educazione alimentare.

Benefici per la società

- **Riduzione dei costi sanitari:** diminuzione dei ricoveri ospedalieri e delle visite d'emergenza grazie alla prevenzione e alla gestione delle malattie nei primi anni di vita.
- **Miglioramento del benessere collettivo:** bambini e famiglie più sani contribuiscono a una società più equilibrata e produttiva (ad esempio miglior copertura vaccinale e benefici legati all'allattamento).
- **Riduzione della povertà e della criminalità:** favorendo lo sviluppo educativo e sociale dei bambini, si promuove un futuro con meno disuguaglianze e una minore propensione alla criminalità.

Aumento della coesione sociale: Maggior supporto alle famiglie e rafforzamento della rete di assistenza, favorendo una comunità più solidale e inclusiva.

È da sottolineare che i benefici dimostrati sono sia a breve termine (legati principalmente alla riduzione dello stress genitoriale, miglioramento della salute materna e creazione di un legame precoce genitore-bambino) che a lungo termine (crescita sana di bambini e bambine, migliore stabilità familiare e creazione di una rete di supporto sia sociale che di servizi).

2.4 Le visite domiciliari in Italia: esperienze ancora frammentate

In Italia, l'importanza del sostegno alle famiglie nel periodo perinatale è affermata (vedi più avanti documento Ministero della Salute 2019), ma esistono differenze significative nella qualità e nell'accessibilità dei servizi offerti, che variano notevolmente tra le diverse regioni. Sebbene le visite domiciliari siano riconosciute come una pratica efficace in Italia, la sua diffusione è ancora limitata e frammentata. Esistono e sono esistite numerose iniziative locali e regionali, ma è mancata una strategia nazionale con un piano di implementazione. Inoltre, la maggior parte dei programmi si sono concentrati su aspetti prettamente sanitari o sociali tralasciando l'importanza dell'aspetto socio-educativo e del supporto alla genitorialità.

Il Ministero della Salute, attraverso il *Tavolo tecnico per la tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita*, ha redatto una guida destinata a genitori, personale sanitario e policy maker (*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita*, 2019), con l'obiettivo di proteggere e promuovere la salute dei bambini e delle future generazioni. Il documento fa esplicito riferimento alle visite domiciliari fra le azioni da mettere in campo.

I Livelli Essenziali di Assistenza stabiliscono che il Servizio Sanitario Nazionale debba fornire “l'educazione e la consulenza per la maternità e paternità responsabile; la consulenza preconcezionale; la tutela della salute della donna e del nascituro; l'assistenza alla donna in gravidanza, anche per la prevenzione del disagio psichico perinatale; l'assistenza al puerperio; la promozione dell'allattamento al seno e la prevenzione di maltrattamenti e abusi sui minori”. Tra le attività consigliate per raggiungere questi obiettivi ci sono gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), i programmi volti a promuovere le competenze genitoriali e le visite domiciliari.

Nel 2023 sono stati diffusi i risultati del Progetto CCM promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità dal titolo “*Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita anche al fine di individuare le buone pratiche, i modelli organizzativi e gli interventi adeguati*”. Il progetto, che ha coinvolto interlocutori e servizi noti per l'adozione di buone pratiche, si è mosso su un doppio binario: da un lato la realizzazione di una raccolta di pratiche adottate a sostegno della promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita nelle realtà territoriali partecipanti, dall'altro la conduzione di tre studi originali sul tema del percorso nascita, della salute mentale perinatale e della genitorialità responsiva (**box 3**).

I risultati dell'indagine (vedi **box 4**) testimoniano sia delle criticità sia dei punti di forza potenziali del sistema di questi servizi.

Box 4. Risultati del progetto “Rilevazione dei percorsi preventivi e assistenziali offerti alla donna, alla coppia e ai genitori per promuovere i primi 1000 giorni di vita”, 2023.

Il progetto ha riguardato 9 Regioni, 1 Provincia Autonoma, oltre 500 professionisti sanitari. Per l'area del percorso nascita è stata effettuata una valutazione della qualità percepita dell'assistenza alla maternità - dalla visita preconcezionale fino ai tre mesi di vita del bambino - che ha coinvolto oltre 3.600 donne che hanno partorito in 16 punti nascita di Nord, Centro e Sud. Per l'area della promozione e tutela della salute mentale perinatale sono state descritte le buone pratiche adottate in una selezione di 135 consultori familiari (CF) e in 119 Dipartimenti di salute mentale (Dsm) nazionali. Per l'area della genitorialità è stato realizzato uno studio qualitativo volto a individuare i fattori favorevoli e ostacolanti la realizzazione di buone pratiche per il supporto alla genitorialità responsiva e un'indagine rivolta ai pediatri di libera scelta su conoscenze, attitudine e pratica relative alla prevenzione e promozione della salute psicofisica del bambino e dei suoi genitori nei primi 2 anni di vita.

Principali Risultati

1. Percorso Nascita

- La maggior parte delle partecipanti ha avuto un'esperienza positiva dell'assistenza alla maternità. L'assistenza offerta dalle ostetriche nei CF si associa alle esperienze più positive in assoluto. Oltre l'85% delle donne che hanno ricevuto la visita domiciliare da parte dell'ostetrica dopo il rientro a casa riferisce di aver ricevuto informazioni chiare e consigli utili e appropriati.
- L'assistenza nel dopo parto, sia in ospedale che sul territorio, è quella per la quale le donne riferiscono le esperienze meno positive; l'ambito delle informazioni sui cambiamenti di umore e sulla salute mentale ha presentato le maggiori criticità.

2. Salute mentale perinatale

- La maggior parte dei CF partecipanti ha dimostrato di saper svolgere un ruolo cruciale per la promozione e la tutela della salute mentale della donna, dalla gravidanza ai primi mesi dopo la nascita del bambino. L'offerta garantita dai servizi che hanno investito in questo ambito di intervento merita di essere resa disponibile su tutto il territorio nazionale.
- È necessario potenziare le competenze specifiche sulla salute mentale perinatale nei DSM, rendendo disponibile personale dedicato.

3. Supporto alla Genitorialità Responsiva

- È importante curare i processi di co-costruzione di interventi e programmi in una cornice di riferimento comune, favorendo un lavoro multi-professionale e intersettoriale nell'area dei primi 1000 giorni.
- È indispensabile investire nella formazione dei professionisti coinvolti nella tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni.

Conclusioni: i servizi sanitari possono giocare un ruolo fondamentale per la promozione e la tutela della salute nei primi mille giorni di vita, in sinergia con i servizi educativi e il terzo settore.

È emersa la necessità di rafforzare le competenze e la disponibilità dei professionisti sanitari e socio-sanitari per garantire un supporto adeguato ai neogenitori.

Fonte: www.epicentro.iss.it/materno/progetto-per-la-promozione-della-salute-nei-primi-1000-giorni-risultati

Nell'ambito delle attività di stesura di questo documento è stata realizzata una descrizione sintetica di alcuni programmi italiani di visite domiciliari realizzati a livello locale. Tra gli elementi che emergono vi è il fatto che la maggior parte dei programmi sono rivolti a nuclei familiari con problematiche specifiche e la grande variabilità delle figure professionali coinvolte. Inoltre, la formazione del personale è molto diversificata e le modalità di primo contatto con le madri estremamente variabili. Contenuti e tempistiche delle visite sono molto diversi e non è definito

un numero minimo di VD. Per quanto la raccolta delle esperienze italiane non abbia la pretesa di essere completa, ne emerge un quadro complessivo di offerta del servizio che copre in minima parte la platea dei beneficiari, con le poche esperienze in gran parte collocate nelle regioni del centro e del nord Italia, peraltro con alcune eccezioni di rilievo come quella descritta nel **box 5**.

Box 5. Progetto Adozione Sociale Napoli

La consapevolezza delle disuguaglianze, anche nell'equità dell'offerta dei servizi è stata alla base del progetto attuato in un'area della città di Napoli caratterizzata da povertà e disagio sociale, in seguito a uno studio che indicava come i bambini provenienti da alcune aree della città ripetutamente finivano nelle corsie delle pediatrie cittadine (perché, come si disse allora, "malati di povertà"). Un gruppo di pediatri e operatori sociali (Cirillo et al., 1996) mise a punto un percorso chiamato poi *ADOZIONE SOCIALE* per intercettare alla nascita le traiettorie di vita dei nati e delle loro famiglie, reso possibile anche dal sostegno dell'allora Assessorato alla Dignità (ora politiche sociali), nell'ambito della più grande cornice programmatica di "Napoli bambini di Europa". Il programma di A.S. rappresenta uno dei primi, se non il primo progetto italiano di sostegno precoce alla famiglia alla nascita di un bambino. Successivamente, l'integrazione dei sistemi socio sanitari (legge 285/97 Digs 229/99 e legge di riforma dei servizi sociali 328/00) permise l'attuazione nella città di Napoli prima, e successivamente (2009) per un triennio in 7 ambiti sociali della Regione Campania (per un totale di 16.555 nati/anno), del "Progetto di sostegno precoce alla genitorialità", attuato con soggetti partecipanti:

- punti nascita con l'obbligo di segnalare tutti i nuovi nati al consultorio del DSB (distretto sanitario di base) di appartenenza;
- pediatri di comunità e operatrici delle UOMI col compito della prima visita domiciliare, laddove un elemento di rischio fosse stato segnalato;
- riunione di equipe per valutare i 'casi'.

Agli operatori sanitari si affiancavano rappresentanti dei centri sociali di appartenenza e associazioni del terzo settore che individuavano chi si sarebbe fatto carico di affiancarsi alla famiglia. Si trattava di un intervento universale, ma per alcune famiglie un intervento personalizzato e mirato. Nel 2012 la sperimentazione venne sospesa perché non più finanziata.

L'analisi dei bisogni in evoluzione di bambini, bambine e famiglie, sia a livello nazionale che internazionale, evidenzia la necessità di servizi per la genitorialità che siano proattivi e transculturali. Questi servizi dovrebbero essere rivolti a tutti i neogenitori già a partire dalla gravidanza, coprendo soprattutto i primi mesi di vita, e dovrebbero essere basati sulla prevenzione e sulla promozione della salute in modo tale da coprire tutti i bisogni emergenti, soprattutto quelli relativi alle competenze genitoriali e al benessere emotivo e mentale.

In questo quadro, è opportuno sottolineare che la promozione e il sostegno a una paternità accudente e precocemente coinvolta rappresenta una delle frontiere nuove dei servizi di supporto alla genitorialità, così come nelle politiche che rendono una genitorialità responsiva possibile, quali ad esempio i congedi genitoriali e in particolare quelli di paternità (Lubbock, 2022). Una serie di programmi/progetti condotti in Italia e all'estero evidenziano quadro quantitativo e qualitativo che dimostra un crescente interesse dei padri ad essere maggiormente coinvolti nella vita dei propri figli e a richiedere servizi e supporto adeguati. Tuttavia, persistono ancora stereotipi di genere e ostacoli culturali che limitano l'accesso dei padri ai servizi sanitari ed educativi, impedendo loro di esercitare pienamente il proprio ruolo genitoriale (vedi Progetto 4e-parent).



Credits: WHO/Christine McNAB - Midwife examines a newborn

3 La proposta

3.1 Verso un sistema integrato di servizi alla famiglia, basato sul Nurturing Care

Per raggiungere le finalità precedentemente descritte, occorre sostenere i neogenitori attraverso un'offerta che comprenda nel periodo pre- e post-natale, sia attività rivolte a gruppi di genitori che incontri individuali da effettuare a domicilio e presso i servizi territoriali (consultori familiari)¹. L'obiettivo è quello di garantire che tutti i neogenitori, indipendentemente dal loro stato socio-economico e culturale, abbiano la possibilità di vivere al meglio la loro esperienza e di svolgere al meglio il loro ruolo genitoriale, offrendo ai propri figli e alle proprie figlie, assieme ai servizi forniti dalla società nel suo complesso e dalle comunità locali, le migliori opportunità di sviluppo nei primi anni di vita.

Il documento *“Nurturing Care for Early Childhood Development”* (NC), prodotto nel 2018 da OMS, Unicef, Banca Mondiale in collaborazione con centri di ricerca e associazioni professionali, fornisce una guida strategica per promuovere lo sviluppo nel periodo cruciale della prima infanzia, evidenziando l'importanza di servizi che garantiscano, accanto a buona salute, nutrizione adeguata, protezione e sicurezza e occasioni di apprendimento, anche il supporto alla genitorialità responsiva. In quest'ottica, le politiche pubbliche e i sistemi di protezione sociale devono essere rafforzati per supportare le famiglie attraverso interventi che ne sostengano capacità e risorse. Per ottenere ciò, sia il documento Nurturing Care che altri documenti centrati su sviluppo dei bambini e delle bambine e sostegno alle famiglie (Daly, 2015; Dennis et al., 2013; Devaney et al., 2021 e 2022; D'addato, 2023; Serapioni, 2023) raccomandano un approccio integrato multisettoriale che coinvolga quindi sanità, educazione e protezione sociale.

In tale contesto concettuale e programmatico, le visite domiciliari e gli incontri effettuati sul territorio con madri, padri, genitori da parte di personale qualificato rappresentano uno strumento fondamentale per fornire assistenza tempestiva e personalizzata a tutte le famiglie nel periodo della gravidanza, del puerperio e nei primi mesi di vita di bambine e bambini e facilitare una progressiva azione di raccordo, collaborazione e integrazione dei servizi attorno alle famiglie con bambini.

1 La distinzione è importante: molte madri e in generale molti nuclei familiari non gradiscono visite a domicilio, in particolare quando non conoscono ancora la figura professionale incaricata, mentre possono essere disponibili a incontri in altra sede. È anche importante che questa sede non abbia una connotazione tale che possa sottolineare o far pensare a un intervento potenzialmente stigmatizzante. Le sedi di servizi sanitari e ancor più quelle dei servizi educativi possono essere più facilmente accettabili. Sedi ulteriori potrebbero essere sedi e luoghi di incontro di comunità straniere, che potrebbero più facilmente fornire occasione di mediazione culturale e linguistica.

Visite e incontri mirano a:

- **rafforzare il legame genitore-figlio e le competenze genitoriali**, promuovendo pratiche di cura sensibili e rispondenti ai bisogni del bambino;
- **identificare e affrontare precocemente eventuali difficoltà del nucleo familiare**, fornendo il supporto necessario, anche tramite l'attivazione di altri servizi;
- **favorire l'integrazione sociale**, facilitando conoscenza e utilizzo dei servizi e delle opportunità offerte dal territorio e la creazione di reti amicali, sociali e di sostegno.

L'approccio che il documento NC propone è quello definito come *universalistico progressivo*. Tale approccio prevede l'offerta di un servizio base a tutte le famiglie, con un'intensificazione del servizio in termini di contatti più numerosi e ravvicinati o con l'attivazione di altri interventi in relazione all'emergere di bisogni specifici.

Adottare questo tipo di approccio per un programma di servizi integrati di visite domiciliari e sul territorio permette di offrire un metodo bilanciato che combina l'ampia copertura dell'universalismo con la focalizzazione dell'approccio progressivo promuovendo l'equità (box 6). Il modello progressivo prevede infatti che gli interventi di supporto siano proporzionate ai bisogni: "Tutte le famiglie hanno bisogno di informazioni, di conferme e di incoraggiamenti, ma, a volte, alcune famiglie hanno bisogno di un supporto maggiore, con visite specialistiche, di risorse e servizi individualizzati" (Nurturing Care, 2018).

Nella piramide dei bisogni della NC (Figura 2) le VD rappresentano la parte inferiore della piramide (universale, di informazione e promozione) che possono attivare il 2° (situazioni a rischio) o il 3° (situazioni multiproblematiche) livello della piramide con servizi specializzati. I servizi ad ogni livello devono lavorare insieme garantendo un continuum di cure senza interruzioni.

Figura 2 - Rispondere ai bisogni delle famiglie e dei bambini, Nurturing Care, WHO



Concentrarsi esclusivamente sui soggetti preventivamente definiti a rischio fa perdere delle preziosissime opportunità di intervento precoce su tutti gli altri, che comunque possono presentare vulnerabilità, e connota i servizi come servizi esclusivamente per persone o nuclei in difficoltà

rendendoli per questo non graditi e guardati con diffidenza. Nello stesso tempo, per ridurre la disuguaglianza lungo il gradiente sociale le azioni devono essere universali, ma con una scala e un'intensità proporzionate al livello di svantaggio. Questo è il cosiddetto "universalismo proporzionato (o progressivo)" (Marmot M., 2010) che si dimostra l'approccio migliore per contrastare le disuguaglianze. D'altronde è la Costituzione stessa che si rifà a questo principio a cui si sono ispirati modelli universalistici progressivi adottati nel nostro paese quali il finanziamento del SSN, dell'istruzione pubblica e delle pensioni, che garantiscono servizi essenziali a tutta la popolazione grazie alla tassazione progressiva.

Box 6. Vantaggi dell'approccio universalistico progressivo

1. **Riduzione delle disuguaglianze:** come suggerito da Marmot nel suo rapporto *Fair Society, Healthy Lives*, un approccio universale con azioni modulate in base al bisogno riduce le disuguaglianze sanitarie. Secondo Macdonald et al. (2014), *Public Health Scotland*, un'attenzione proporzionale alle diverse necessità può migliorare l'accesso e l'equità nei servizi sanitari, contribuendo così a ridurre le disuguaglianze sanitarie complessive.
2. **Efficienza nell'allocazione delle risorse:** allocando le risorse in base al bisogno, questo approccio massimizza l'efficacia dell'intervento, assicurando che le risorse siano distribuite in modo più equo e mirato, utilizzando la sussidiarietà (ovvero decentrando le decisioni di allocazione delle risorse ai livelli più vicini ai cittadini) per ottimizzare la gestione e l'efficacia degli interventi a diversi livelli di governo (Carey G et al., 2015).
3. **Maggiore equità:** sappiamo come fattori economici, sociali e culturali condizionano l'ambiente familiare e contribuiscono a determinare molto precocemente disuguaglianze nello sviluppo. L'universalismo progressivo è cruciale per affrontare le disuguaglianze sanitarie e sociali e garantire equità sostanziale.

3.2 I contenuti e le tempistiche di offerta

Gli incontri individuali con i neogenitori consentono al personale sanitario di avviare un dialogo al fine di valutare lo stato di salute fisica e psicologica della madre, del padre e del neonato, identificare precocemente eventuali problematiche, fornire supporto e informazioni rilevanti su aspetti cruciali come l'allattamento, la nutrizione, lo sviluppo motorio e cognitivo, la prevenzione di malattie e la promozione di stili di vita salutari per tutta la famiglia. Inoltre, le visite condotte a domicilio offrono alcune ulteriori opportunità per conoscere l'ambiente domestico con i suoi spazi, i suoi oggetti e le sue relazioni.

I contenuti delle visite dovrebbero comprendere gli aspetti fondamentali dei 5 pilastri nella *Nurturing Care* (box 7).

Box 7. Contenuti delle visite secondo i principi della *Nurturing Care*

Buono stato di salute

- Promozione di stili di vita salutari
- Valutazione del benessere materno, paterno e del bambino (sia in gravidanza che dopo la nascita)
- Coinvolgimento e supporto da parte del partner
- Orientamento e informazione su disponibilità e utilizzo dei servizi sanitari

Alimentazione adeguata

- Supporto alla nutrizione responsiva (allattamento/alimentazione complementare) del bambino
- Valutazione dello stato di nutrizione materna

Genitorialità responsiva

- Valorizzazione delle risorse del bambino e del genitore, per promuovere il senso di autoefficacia e l'investimento nella relazione con il bambino
- Informazione sull'importanza del contatto pelle a pelle, rooming-in
- Informazione pre e post natale su touchpoints (passaggi evolutivi)
- Importanza del coinvolgimento paterno
- Introduzione di buone pratiche (lettura, gioco, massaggio) per lo sviluppo e la relazione
- Guida all'utilizzo appropriato delle tecnologie digitali

Protezione e sicurezza

- Identificazione di situazioni a rischio per violenza, abusi, salute mentale
- Prevenzione degli incidenti
- Buone pratiche igieniche

Opportunità di apprendimento precoce

- Utilità e accessibilità di luoghi utili ad esperienze di apprendimento (biblioteche, musei)
- Disponibilità e utilità di servizi educativi (nidi servizi integrativi, spazi genitori bambini)

Molti dei modelli di visite a domicilio basati su prove di efficacia mirano specificamente a coinvolgere le donne già a partire dal periodo prenatale e a continuare i servizi di visita a domicilio dopo la nascita del bambino per garantire continuità e personalizzazione dell'assistenza in questo periodo così importante. Una delle raccomandazioni delle linee guida sulla gravidanza fisiologica (Ministero della Salute e ISS) e delle linee guida NICE (Antenatal Care, 2021) riguarda la continuità assistenziale che dovrebbe essere garantita dai servizi. Gli studi disponibili rilevano che le donne a cui è garantita una continuità con una figura ostetrica di riferimento, riferiscono di sentirsi più soddisfatte delle cure ricevute e più consapevoli, con conseguenti ridotti livelli di stress ed ansia (Sandall J, et al. 2016, Walsh D. et al. 2012). Nel programma *Better Births*, attivo dal 2016 nel Regno Unito, l'incremento dei modelli di *continuity of care* ha dimostrato di migliorare la fiducia tra donne e personale, il supporto emotivo, e di ridurre complicazioni, soprattutto in aree ad alto rischio. La continuità di assistenza facilita lo stabilirsi di un rapporto di fiducia tra la donna e la professionista che si prende cura di lei, aumentando così l'adesione al servizio. Uno dei vantaggi di iniziare precocemente un percorso di incontri individuali è di incentivare le mamme e le coppie a

partecipare agli IAN, introducendo fin da subito i benefici di una genitorialità responsiva e dell'allattamento, consentendo loro di conoscere il personale che li accompagnerà nel post-parto.

Il momento più idoneo per il primo contatto con le neomamme e le famiglie durante la gravidanza potrebbe idealmente essere in occasione dell'ecografia morfologica (20° settimana), una volta superato il periodo più critico e delicato della gravidanza, al fine di evitare sovrapposizione con un momento precedente in cui le informazioni da dare (e richieste) sono molte e vi potrebbe anche essere in qualche caso la preoccupazione per un andamento sfavorevole.

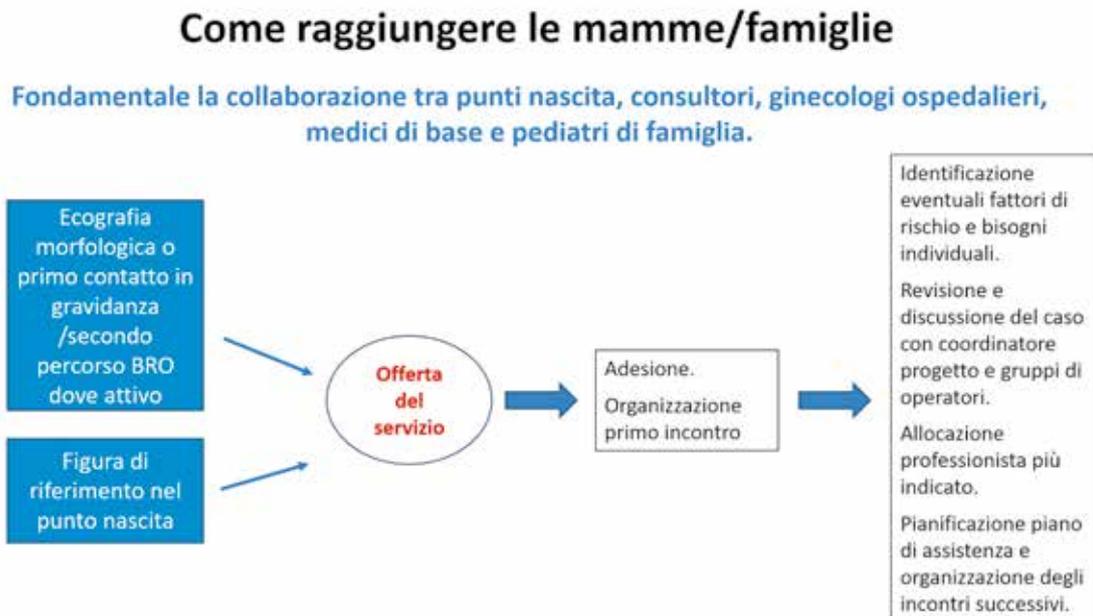
Questo punto di contatto può essere agevolato attraverso la collaborazione con i consultori familiari, i centri per le famiglie (laddove esistenti), i medici di base, i ginecologi e le ostetriche, che possono segnalare la disponibilità di servizi di supporto e consegnare materiali informativi. Attraverso questa rete integrata, il primo contatto diventa un momento naturale di "aggancio" per presentare il sistema di supporto territoriale e domiciliare, garantendo una presa in carico tempestiva e un percorso informativo personalizzato per ogni famiglia.

Stabilire il primo contatto con il personale del servizio permette di offrire il primo incontro in presenza tra la donna e la professionista, programmandolo tra la 25° e la 28° settimana, momento ideale anche per agevolare la partecipazione agli IAN per quei genitori/mamme/papà che ancora non si fossero iscritti, o comunque seguendo le tempistiche del percorso a Basso Rischio Ostetrico (BRO) (Ministero della Salute, 2020) laddove in uso.

Questo primo incontro, permette di introdurre i servizi disponibili, fornire informazioni e rispondere a eventuali dubbi o bisogni specifici, promuovendo un percorso di fiducia e supporto. È utile introdurre strumenti come l'Agenda della Gravidanza, che raccoglie tutte le informazioni utili sul percorso di maternità, assicurando continuità informativa tra i diversi servizi coinvolti e facilitando la futura presa in carico nel post-parto.

Le esperienze italiane di progetti di visite domiciliari già attuati, come "Mamme Appena Nate," "Andiamo a Casa," e "Insieme a Casa" (vedi allegato), evidenziano l'importanza del "contatto iniziale" presso il punto nascita per coinvolgere il maggior numero possibile di mamme. È stato osservato che la proposta del servizio da parte dell'ostetrica ospedaliera al momento della dimissione facilita il raggiungimento di quelle mamme a cui, per vari motivi, il servizio non era stato offerto durante la gravidanza, con un effetto positivo sull'adesione al programma. L'importanza di questo ponte tra il punto nascita e il territorio viene anche ribadito nel documento OMS-UNICEF dei Dieci Passi per l'allattamento specificatamente al punto 10A dove si parla della continuità della cura e del sostegno: "Coordinare la dimissione in modo che i genitori e i/le loro bambini/e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno e un'assistenza continuativa fornite dalla collaborazione tra operatori e operatrici del punto nascita e dei servizi territoriali, i gruppi di sostegno e la comunità locale."

Figura 3. Come raggiungere le mamme/famiglie



Per quanto riguarda il postpartum, Il documento *OMS Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience* (2022) fornisce raccomandazioni specifiche per migliorare l'assistenza postnatale. La raccomandazione 48 ad esempio, consiglia visite domiciliari durante la prima settimana dopo la nascita da parte di personale sanitario qualificato, per garantire il sostegno postnatale a donne e neonati sani. Dove le visite domiciliari non sono fattibili o non vengono accettate, si raccomandano contatti postnatali ambulatoriali. La raccomandazione 52 promuove interventi volti a coinvolgere i papà durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, per migliorare le pratiche di cura domestica per donne e neonati e favorire l'uso di assistenza qualificata. Inoltre, la raccomandazione 50 promuove la condivisione delle attività (task sharing) per migliorare la salute materna e neonatale raccomandando di affidare la promozione di comportamenti salutari a varie figure sanitarie, tra cui operatori sanitari non professionisti (operatori formati ma senza un certificato formale professionale), assistenti sanitari ausiliari, infermieri, ostetriche e medici.

L'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) raccomanda che l'assistenza dopo il parto sia un processo continuo, piuttosto che un singolo incontro, con servizi e supporto adattati alle esigenze individuali di ogni donna: *“La visita postpartum dovrebbe includere una valutazione completa del benessere fisico, sociale e psicologico, compresi i seguenti ambiti: umore e benessere emotivo; cura e alimentazione del neonato; sessualità, contraccezione e distanziamento delle nascite; sonno e stanchezza; recupero fisico dal parto; gestione delle malattie croniche e mantenimento della salute”*.

Le linee guida sull'assistenza post parto (*Postnatal Care*) del NICE del 2021 raccomandano di assicurarsi che la prima visita postnatale da parte di un'ostetrica avvenga entro 36 ore dalla dimissione dal luogo del parto, permettendo così di poter identificare precocemente eventuali esigenze di

salute o di assistenza. La visita dovrebbe avvenire in presenza e di solito a domicilio della donna², a seconda delle circostanze e delle sue preferenze. Gli argomenti fondamentali da discutere con la donna ad ogni visita dovrebbero includere:

- il periodo postnatale e cosa aspettarsi
- sintomi e segnali di potenziali disturbi della salute mentale nel periodo postnatale e come cercare aiuto
- sintomi e segnali di potenziali problemi fisici postnatali e come cercare aiuto
- l'importanza degli esercizi per il pavimento pelvico, come eseguirli e quando chiedere aiuto
- la stanchezza
- fattori quali l'alimentazione e la dieta, l'attività fisica, il fumo, il consumo di alcol e l'uso di droghe ricreative
- contraccezione
- rapporti sessuali
- aspetti relativi alla sicurezza, in particolare i rischi di violenza intrafamiliare

Per quanto riguarda il neonato³:

- benessere generale, alimentazione e sviluppo del bambino
- osservazione delle competenze neonatali e lettura del comportamento nella prospettiva del bambino
- cura del moncone ombelicale
- l'alimentazione incluso supporto specifico per l'allattamento
- il bonding e l'attaccamento
- riconoscimento di segnali di rischio per la salute e indicazioni su come cercare aiuto
- indicazioni su sonno e condivisione del letto
- guida anticipatoria sulle possibili disorganizzazioni e regressioni del touchpoint (passaggio evolutivo) successivo
- ambiente fisico (esposizione a fumo e altri possibili tossici)
- vaccinazioni

Indicazioni sui contenuti relativi alla promozione della salute e della prevenzione di malattie e complicanze si trovano anche nella recente pubblicazione da parte della Regione Europea dell'OMS (WHO Europa, 2024)

Per quanto riguarda il numero e la tempistica degli incontri, il calendario proposto in diversi paesi da diverse associazioni professionali varia molto e tiene conto della diversa disponibilità sul territorio di servizi in grado di accompagnare i neogenitori. In Italia, un ruolo fondamentale nelle cure pre e post natali viene attribuito ai consultori familiari e alla pediatria di famiglia. Tuttavia, anche a causa dei limiti nelle risorse umane disponibili (il che vale soprattutto per i CF ma oggi anche per la pediatria di famiglia che non riesce a coprire tutti i territori) molte donne e coppie non ricevono quanto necessario. I primi giorni e le prime settimane sono particolarmente scoperti anche in territori dove è attiva la pediatria di famiglia, con la quale il primo contatto tuttavia si avvia verso la fine del primo mese e in ogni caso non si occupa delle tematiche riguardanti la salute materna.

2 Il documento citato non fa menzione di altre figure genitoriali, delle quali peraltro è fondamentale tener conto al fine di promuoverne il coinvolgimento, come sottolineato in precedenza

3 Si veda più avanti per la necessaria integrazione con il lavoro dei PLS

Di seguito viene formulata una proposta che, una volta definita l'importanza di un primo contatto con la madre e il partner già durante la gravidanza e poi a brevissima distanza dalla dimissione dal luogo del parto, si basa sui bisogni di informazione e supporto in momenti cruciali per il benessere e la salute della donna, del partner e dello sviluppo del bambino che sono stati ampiamente descritti nelle sezioni precedenti di questo documento e ai quali si tratta dunque di dare risposta (**box 8**).

Box 8. Numero di incontri proposti a domicilio (D) o sul territorio (T)

1. Durante la gravidanza (idealmente nel secondo trimestre, tra la 25°-28° settimana) **T**
2. 24-48 h dopo la dimissione **D**
3. 3-4 giorni dall'ultima visita **D**
4. 3° settimana **T/D**
5. 6-8 settimane **T/D**
6. 4°-5° mese **T/D**
7. 12 mesi **T/D**
8. 18 o 24 mesi **T/D**

L'offerta a domicilio (D) o sul territorio (T) dipende dalla tipologia dei servizi disponibili in quel particolare territorio e dagli accordi presi individualmente tenendo conto delle disponibilità.

L'obiettivo è definire un minimo di incontri che dovrebbe essere garantito nell'arco dei primi 1000 giorni, ferma restando la possibilità di ulteriori visite o di invio ad altri servizi, tenendo conto dei bisogni specifici di ciascuna famiglia. Il primo periodo dopo il parto richiede un'attenzione particolare e la mamma o la coppia potrebbero avere necessità di incontri aggiuntivi sul territorio o di visite più ravvicinate.

Si vuole qui sottolineare che, pur riconoscendo che numero e tempistica delle visite o incontri debba tenere conto della disponibilità dei servizi e del personale su un particolare territorio, occorre definire a questo proposito dei livelli minimi di assistenza che dovrebbero essere garantiti, sia pure con la gradualità resa indispensabile dalla acquisizione delle risorse necessarie, per tutte le famiglie, in particolare per le prime 4 visite post partum.

Come anticipato, è necessario prevedere una modalità di servizio alternativo per le mamme e le famiglie che non desiderano le visite domiciliari. Questo servizio potrebbe includere incontri online con l'operatore o appuntamenti presso strutture e servizi presenti sul territorio. L'obiettivo infatti resta quello di offrire il servizio a tutti e a questo fine di facilitare l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, evitando che le mamme si sentano giudicate o abbiano timore della presenza di una figura estranea in casa. Con il tempo, questo rapporto di fiducia potrebbe aiutare la mamma ad accettare l'incontro a domicilio, favorendo un supporto più diretto e personalizzato.

Nella **tabella 4** sono sintetizzati gli aspetti specifici di ciascuna visita/incontro rispetto alla sua tempistica mentre nella tabella 5 sono presentati i contenuti generali che ciascuna visita /incontro dovrebbe coprire.

Tabella 1 - Contenuti principali per ogni incontro/visita

Quando/chi	Contenuti
In gravidanza (25°-28° settimana) ostetrica	Presentazione del servizio e programmazione degli incontri post natali Benessere materno e fetale Pratiche prenatali di bonding con il bambino Preparazione alla nascita: ruolo del partner alla nascita, Benefici allattamento/contatto pelle a pelle/rooming-in Aspetti socio economici e supporti disponibili Eventuali fattori di rischio Stili di vita salutari
24-48 h dopo la dimissione ostetrica	Benessere fisico ed emotivo della madre, e del partner Supporto allattamento e nutrizione materna Comprensione sviluppo del bambino e risposta ai segnali comunicativi Coinvolgimento del partner Eventuali fattori di rischio
3-4 giorni dall'ultima visita ostetrica	Valutazione benessere fisico ed emotivo materno, della coppia e del bambino Supporto allattamento e nutrizione materna Cura del pavimento pelvico Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Sonno del bambino e sicurezza in casa Coinvolgimento del partner Informazione su nidi e altri servizi per genitori sul territorio Stili di vita salutari
3 settimane ostetrica	Valutazione benessere fisico ed emotivo materno, della coppia e del bambino Supporto allattamento e nutrizione materna Cura del pavimento pelvico Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Sonno del bambino e sicurezza in casa Coinvolgimento del partner Informazione su nidi e altri servizi per genitori sul territorio Stili di vita salutari
6-8 settimane Educatrice/ostetrica/ assistente sanitaria	Benessere emotivo materno e del bambino, attenzione all'insorgenza della DPP (depressione post partum) Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Alimentazione complementare Memo vaccinazioni e bilanci di salute Informazione su nidi e altri servizi per genitori sul territorio Stili di vita salutari
4-5 mesi Educatrice/ostetrica/ assistente sanitaria	Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Benessere emotivo materno e del bambino Alimentazione complementare, protezione dell'esclusività dell'allattamento fino al 6° mese Sicurezza in casa/in trasporto Memo vaccinazioni e bilanci di salute Eventuali fattori di rischio e bisogni particolari Informazione su nidi e altri servizi sul territorio Stili di vita salutari
12 mesi Educatrice	Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Sicurezza in casa/in trasporto Accesso ad asili nido/servizi sul territorio Eventuali fattori di rischio e bisogni particolari Stili di vita salutari
18 o 24 mesi Educatrice	Comprensione e promozione dello sviluppo del bambino: buone pratiche Sicurezza in casa/in automobile Informazione su nidi e altri servizi sul territorio Eventuali fattori di rischio e bisogni particolari Stili di vita salutari

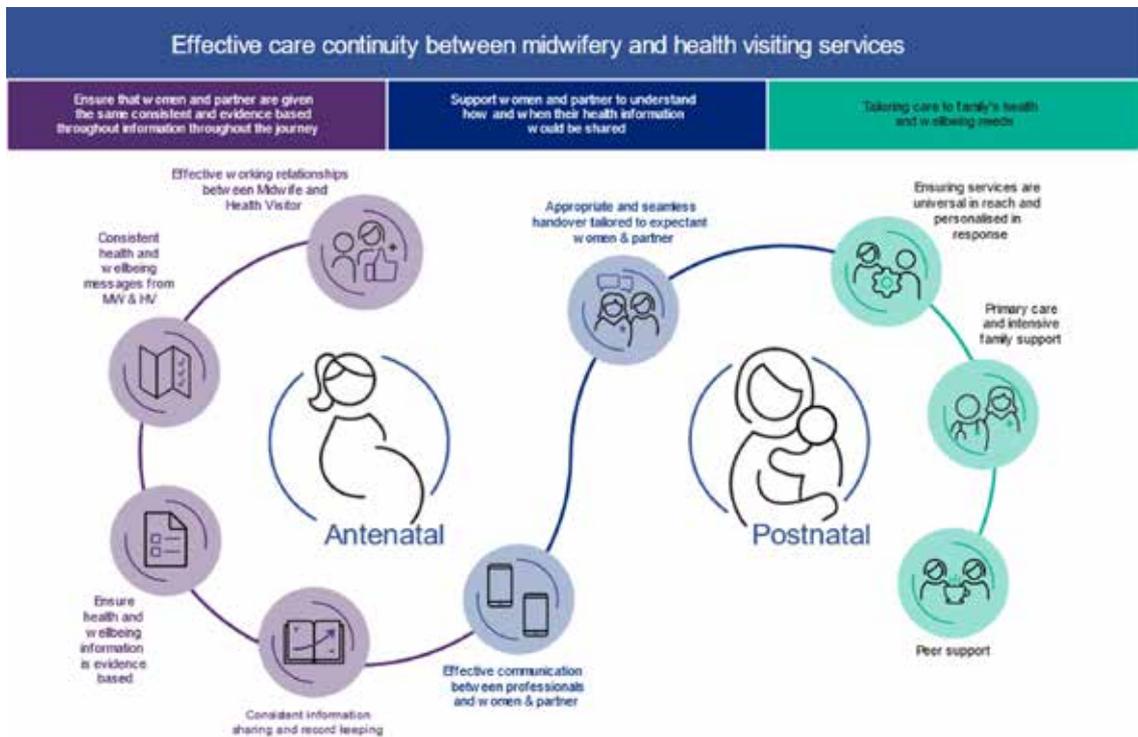
Tabella 2. I contenuti generali della visita domiciliare

Contenuti della visita	Azioni dell'operatrice/dell'operatore delle visite domiciliari
1. Benessere materno	Ascolto attivo, Valorizzazione, Analisi delle opinioni, Dimostrazione (quando necessaria) ⁴
2. Benessere del bambino	Ascolto attivo, Valorizzazione, Analisi delle opinioni, Dimostrazione (quando necessaria)
3. Benessere e coinvolgimento del partner ed eventuali altri membri della famiglia	Ascolto attivo, Valorizzazione, Analisi delle opinioni, Dimostrazione (quando necessaria)
4. Tematiche discusse durante l'ultima visita	Si assicura che sia stato possibile effettuare quanto pianificato durante l'ultima visita o durante
5. Controlli da pianificare	Fornisce informazioni e spiegazioni su controlli, attività che devono essere effettuati
6. Valutazione dell'ambiente familiare compresa la sicurezza	Ascolta, osserva eventuali fattori di rischio, chiede, informa, consiglia
7. Revisione del piano di azione	Riassume quanto è stato detto, verifica la comprensione e le cose da fare
8. Fornitura di materiali informative e libri per bambini	Fornisce ai genitori materiali informativi e altri materiali utili per l'interazione con il bambino, in particolare i primi libri
9. Supporto per l'invio e i contatti con altri servizi	Fornisce informazioni e consiglia su come superare delle barriere che possono esistere per accedere a specifici servizi o benefit di carattere sociale
10. Informazioni e al caso attivazione diretta per altri servizi	Fornisce informazioni su diritti, benefici e servizi disponibili sul territorio. In base al bisogno, contatta e attiva immediatamente i servizi appropriati.
Al termine della visita il professionista/la professionista ringrazia ed eventualmente preannuncia i tempi, le modalità e i contenuti della prossima visita	

L'attivazione di un servizio proattivo e inclusivo è fondamentale in quanto permette di raggiungere anche le famiglie che potrebbero non attivarsi autonomamente per accedere ai servizi. Ad esempio, l'offerta di una visita che avviene direttamente a domicilio riduce le barriere di accesso, come difficoltà di spostamento o mancanza di informazioni, e permette di instaurare una relazione di fiducia fin dalle prime fasi. Questa modalità proattiva d'intervento è raccomandata anche dall'OMS e da istituti come il NICE, poiché promuove una continuità di cure che aumenta il benessere complessivo di madre e bambino (**figura 4**).

4 In riferimento a quanto previsto dal documento Nurturing Care (WHO, UNICEF, World Bank, 2018)

Figura 4. Fattori che contribuiscono a un'efficace continuità assistenziale tra i servizi di ostetricia e "health visiting" – Public Health England (UK Health Security Agency, Department of Health and Social Care)



Per garantire che tutto il personale abbia una visione d'insieme e per favorire un'appropriata presa in carico delle famiglie, va raccomandata l'adozione di *checklist* strutturate che presenta molteplici vantaggi tra cui una miglior documentazione, organizzazione e qualità dell'assistenza e una facilitata identificazione dei rischi per indirizzare prontamente alla figura professionale di riferimento.

Esistono inoltre strumenti specifici il cui utilizzo può essere considerato. Tra quelli già introdotti in Italia vanno considerati il GMCD (*Guide for Monitoring Child Development*) che è una guida al dialogo con la famiglia sullo sviluppo del bambino (Ertem, 2019). Per la valutazione dello stato di salute mentale, domande specifiche come quelle del Whooley permettono di rilevare i primi segnali di disagio psicologico, mentre lo strumento HOME (*Home Observation for Measurement of the Environment*) nato proprio all'interno di programmi di VD, viene utilizzato per valutare l'ambiente domestico dei bambini, in particolare per comprendere come questo ambiente possa influenzare il loro sviluppo. È utile inoltre utilizzare checklist specifiche per la valutazione del benessere materno e del bambino durante il puerperio e strumenti di rilevazione del rischio di violenza domestica.

Le raccomandazioni della linea guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sulla salute mentale materna prima e dopo la nascita rappresentano il principale riferimento europeo per le buone pratiche relative al riconoscimento del disagio psichico e delle condizioni di rischio psicosociale perinatali. Il NICE raccomanda che tutti i professionisti sanitari pongano attivamente domande specifiche per valutare lo stato emotivo della donna al primo contatto in

gravidanza, alle visite di controllo e nelle prime settimane dopo il parto come parte del monitoraggio di routine; in presenza di sospetto disagio lo stato emotivo deve essere valutato con strumenti di screening più approfonditi e/o con un colloquio clinico con un professionista delle cure primarie o della salute mentale, a seconda della gravità del problema. Da un'indagine dell'ISS del 2022 (rapporto Istisan 22-16) è emerso che fra i CF che offrono un contatto in puerperio a livello nazionale, solo il 24,5% (39,2% al Nord; 24,5% al Centro; 5,8% al Sud) dispone di un protocollo di valutazione del disagio psichico nel dopo parto e di un'integrazione formalizzata con i servizi psichiatrici aziendali, evidenziando un ampio margine di miglioramento della qualità dell'assistenza fornita e l'urgenza di promuovere buone pratiche particolarmente nel Sud del Paese. (Lauria, et al. 2022). Anche in questo caso bisogna tener conto che l'insorgenza della depressione perinatale non sia limitata alle sole donne (Scarff, 2019).

3.3 Il lavoro di squadra per sostenere i neogenitori

L'implementazione dei servizi sul territorio e di *visite domiciliari* nei primi 1000 giorni, richiede un team di professioniste e professionisti qualificati con competenze complesse e multidisciplinari, capaci di rispondere alle molteplici esigenze delle famiglie in questo periodo delicato. Le figure professionali che in Italia sono state chiamate a svolgere un ruolo nelle visite/incontri proposti a tutti i genitori sono innanzitutto le ostetriche, le assistenti sanitarie e, soprattutto nei mesi successivi al puerperio figure professionali del settore educativo.

In Italia, le prestazioni preventive e curative nell'ambito delle cure primarie sono affidate alla pediatria di libera scelta o pediatria di famiglia. La componente di prevenzione e promozione viene svolta attraverso i bilanci di salute, previsti a partire dal primo mese. Appare quindi fondamentale che, nei territori (la gran parte, pari a circa l'85% della popolazione infantile) serviti dalla PLS, il servizio di accompagnamento basato su incontri con i genitori si raccordi strettamente con i PLS del territorio, sia ai fini di una condivisione delle informazioni sui nuovi nati e sulle eventuali problematiche emerse, sia ai fini di una coerenza nei messaggi riguardanti lo sviluppo, da raggiungere attraverso momenti di condivisione e di formazione comune. Laddove, come in alcune aree rurali e montane, la popolazione non possa avvalersi di un ambulatorio pediatrico accessibile, un servizio qualificato di sostegno a disposizione delle famiglie, collegato agli ambulatori di medicina generale e ai punti nascita è ancora più indispensabile.

La figura dell'assistente sanitaria è stata recentemente rivalutata e sono stati riattivati corsi di laurea in molte regioni. Attraverso un'adeguata formazione sulle tematiche relative alle cure pre e post natali e al sostegno alle competenze genitoriali, questo profilo professionale può essere utilizzato anche come figure di raccordo tra i servizi nell'ambito delle case di comunità. Considerazioni analoghe possono essere fatte sulle figure infermieristiche impegnate sul territorio con compiti di cure primarie (infermiere di comunità).

Facendo riferimento alla piramide dei bisogni precedentemente descritta, queste figure professionali consentono di garantire il 1° livello di assistenza, quello universale. Altre figure professionali sono chiamate a svolgere un ruolo nel 2° e 3° livello di assistenza, sulla base dei bisogni: sono le infermiere pediatriche dell'ADI, specialisti pediatri e ginecologi, le Consulenti Professionali in Allattamento Certificato (IBCLC), psicologhe e assistenti sociali e operatori dei servizi di Salute

Mentale, di NPJA e dei SERT.

Ogni figura professionale offre un contributo unico e allo stesso tempo complementare, coprendo aspetti specifici - fisici, emotivi e relazionali - della maternità e dello sviluppo del bambino. Secondo il comitato NICE (*Postnatal Care Guideline 2021*) la prima visita postnatale dovrebbe essere effettuata da un'ostetrica (e non, per esempio, da un'assistente alla maternità), faccia a faccia e, a seconda delle circostanze e delle preferenze della donna, a domicilio. Ciò dovrebbe consentire una valutazione completa dei bisogni di salute e di sostegno della donna e del suo bambino.

Le Linee Guida sulla Gravidanza Fisiologica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) raccomandano che "alle donne con gravidanza fisiologica venga offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica" che implica anche l'assistenza pre e post natale. L'ostetrica è una professionista sanitaria autonoma che si occupa di promuovere e tutelare la salute olistica della donna anche in situazioni potenzialmente patologiche, di fragilità/disagio e di rischio sociale, ed è una figura chiave per accompagnare i neogenitori/neomamme in un percorso di continuità assistenziale che si snoda attraverso la gravidanza, il parto, il puerperio e le cure al neonato, in quanto si prende cura della persona sia da un punto di vista clinico che di supporto nonché educativo/informativo. Alla professionista ostetrica vengono riconosciuti i tre diritti fondamentali di una professione intellettuale, che ne consolidano il ruolo autonomo e qualificato nell'ambito sanitario: l'autonomia decisionale, l'indipendenza culturale e operativa e la responsabilità professionale.

Per questo motivo si identifica l'ostetrica come figura primaria per garantire continuità assistenziale dalla gravidanza fino al primo mese dopo il parto, con successiva integrazione del percorso proposto da parte di figure professionali con competenze socio-educative.

Dalle varie esperienze internazionali e italiane si è potuto dimostrare nel tempo il ruolo e l'importanza anche di figure volontarie non professionali come le "mamme peer" (mamme di sostegno alla pari) o "mamme senior" con formazione specifica. Le "mamme peer" sono già ampiamente utilizzate in contesti internazionali per il supporto alle famiglie, come ad esempio in organizzazioni come La Leche League che da decenni si avvale del loro contributo per sostenere l'allattamento; in Italia si possono citare l'esperienza italiana "Mamme insieme" di Cesena (Ciotti, 2007) e le esperienze di sostegno svolte nei confronti di famiglie con bambini prematuri dopo la dimissione, citate anche nel prospetto fornito in allegato.

Queste figure, che hanno vissuto esperienze simili, possono essere di grande aiuto fornendo ascolto empatico, consigli pratici, e creando un legame di fiducia che facilita la condivisione di dubbi e paure e rafforzando la consapevolezza delle madri sulle loro competenze. In tempi più recenti sono nati anche i gruppi di padri, con la stessa logica di quelli di mamme, che si dedicano al sostegno tra pari da papà-a-papà. Sono disponibili online mappe di gruppi di padri e di madri per il sostegno all'allattamento e, più in generale, alla genitorialità (mamme SOSTEGNO - MAMI, papà Risorse | 4e-parent).

Nel quadro di un programma universalistico e che si propone di rispondere ai bisogni di tutti, la figura delle mediatrici culturali è di estrema importanza per superare barriere linguistiche e culturali, garantendo accesso alle informazioni e ai servizi, e promuovendo un'integrazione delle famiglie con diverse origini. La presentazione del servizio alle diverse comunità di immigrati e immigrate è essenziale per chiarirne le finalità e le modalità operative, così come disporre di

adeguati strumenti (sia cartacei che online) di comunicazione nelle lingue parlate. Anche per entrambe queste figure professionali, le mamme peer e i mediatori culturali è indispensabile un tipo di formazione congiunta e integrata.

A livello locale risulta utile predisporre una mappatura completa di tutti i servizi dedicati, includendo sia quelli pubblici che del privato sociale, oltre a identificare i professionisti attivi nel territorio. Questa rete di risorse permette alle famiglie di orientarsi tra le opzioni disponibili, consentendo scelte informate e personalizzate. L'offerta può spaziare dagli incontri per gruppi di mamme e papà, ai servizi specifici come quello delle doule, figure di supporto che affiancano la madre e la famiglia fornendo una presenza costante e un sostegno pratico. Oltre a questo, servizi come gruppi di gioco e lettura, e altre attività per bambini, rappresentano spazi fondamentali per favorire il benessere dei piccoli e creare una comunità accogliente.

3.4 La formazione

Un aspetto molto importante da considerare per quanto riguarda tutte le figure professionali è la condivisione di percorsi che coprano non solo i bisogni propri del periodo dei primi 1000 giorni ma la capacità e disponibilità a lavorare in modalità collaborative con le altre figure professionali e gli altri servizi e quindi una buona conoscenza dei servizi e delle opportunità che ogni territorio offre.

La formazione di tutto il personale coinvolto deve essere transdisciplinare, continua e specifica e deve includere aggiornamenti puntuali in ambiti quali la capacità di riconoscere i segni di salute materna e neonatale e relativi “campanelli di allarme”, la gestione dell'allattamento, la nutrizione complementare, il riconoscimento precoce di segnali di disagio psicologico nella madre, la promozione del bonding genitore-neonato, e delle buone pratiche per la relazione e lo sviluppo, il supporto allo sviluppo neuropsicologico del bambino, incluso il riconoscimento precoce di eventuali difficoltà.

Sviluppi importanti e recenti di approcci multiprofessionali applicati al campo dello sviluppo del bambino sono stati realizzati con i corsi sulla *nurturing care* proposti da un “consorzio” di soggetti professionali e del terzo settore con la regia dell'ISS (Le cure che nutrono (Nurturing Care): una formazione per la promozione della genitorialità responsiva e dello sviluppo precoce dei bambini e delle bambine fin dal percorso nascita. La Guida metodologica). Tali corsi, che hanno come finalità la migliore conoscenza dei bisogni evolutivi dei bambini e bambine, della centralità dell'ambiente familiare e delle buone pratiche per la salute e lo sviluppo, identificano lungo tutto il percorso dei “primi 1000 giorni” le opportunità e le modalità di dialogo con i neogenitori, da quelle offerte dai servizi di salute prima durante e dopo la nascita a quelle offerte dai servizi educativi (Istituto Superiore di Sanità, 2022). Ancora, il progetto europeo 4e PARENT, finalizzato al precoce coinvolgimento dei padri e quindi alla promozione di una paternità empatica e accudente, ha proposto percorsi di formazione per il personale sia del settore sanitario che di quello educativo e del terzo settore, con contenuti largamente comuni per la parte che riguarda l'importanza e i benefici di un coinvolgimento precoce e quindi differenziati per le modalità concrete con cui le diverse figure professionali possono favorire la partecipazione dei padri (vedi FAD disponibili presso ISS e CSB rispettivamente per le figure professionali operanti in campo sanitario e educativo). Un altro prodotto dell'Istituto Superiore di Sanità è il percorso formativo sulla promozione della salute nei primi 1000 giorni, che

include gli aspetti della Nurturing Care e delle strategie OMS/UNICEF Ospedali e Comunità Amiche delle bambine e dei bambini e un sistema di orientamento dei genitori nell'offerta di servizi basata su un intervento motivazionale breve.

L'investimento nella formazione al dialogo e comunicazione efficace con i neogenitori di tutte le figure professionali impegnate nei servizi per l'infanzia è stato raccomandato a livello internazionale ed è all'attenzione delle maggiori agenzie.

Esistono strumenti dedicati e sperimentati, in grado di rendere il personale più capace di un dialogo costruttivo e di sostegno con le famiglie, e ispirati al concetto di Family-centered care: tra questi l'approccio Touchpoints (Migliaccio et al., in press), quello fornito dalla Guide for Monitoring Child Development (GMCD) (Tamburini, Ertem, 2019) e PICCOLO (Roggman, 2019), tra i tanti strumenti messi a disposizione da agenzie internazionali e gruppi accademici.

Si tratta di rafforzare le competenze comunicative ed empatiche del personale e di adottare strategie relazionali utili alla creazione di un'alleanza collaborativa che consenta di affiancare il genitore nel trovare le proprie soluzioni alle sfide che si presentano e di motivarlo verso quei comportamenti che possono giovare al processo dello sviluppo. Questo è particolarmente necessario nel caso di figure il cui curriculum formativo e la cui pratica si è focalizzata fundamentalmente sul lavoro con i bambini, quali ad esempio le figure professionali impegnate nei servizi educativi (Barbieri et al., 2021).

I percorsi tradizionali di formazione dei professionisti dell'età evolutiva contengono raramente strumenti per lavorare con il comportamento e il vissuto del genitore; il personale a contatto con le situazioni più complesse sono a rischio di demoralizzazione e perdita della propria disponibilità emotiva, con rischio di interazioni poco sensibili con i bambini e giudicanti con i genitori. Strumenti come la Pratica Riflessiva dell'approccio Touchpoints promuovono nei professionisti la riflessione sulle connessioni tra il proprio operato, il proprio vissuto e il processo di intervento sul sistema bambino-famiglia, ampliando consapevolezza ed efficacia. Grazie ad una maggiore intenzionalità, il personale può utilizzare tra colleghi lo stesso assetto relazionale supportivo che costruiscono con i genitori; professionisti che imparano a lavorare insieme in questo spirito, si sentono meno soli, più vicini ad altri con i quali condividere il peso del lavoro nei servizi e più sicuri di poterne affrontare le sfide (Sparrow, 2010).

Il personale dovrà anche essere formato per lavorare in un contesto domiciliare, dove devono rispettare gli spazi e le dinamiche familiari, adattando il loro approccio a un ambiente meno strutturato rispetto a quello ospedaliero o consultoriale. La formazione deve comprendere la capacità di lavorare in equipe multidisciplinari, per garantire che ogni intervento sia parte di un approccio integrato e coordinato, in grado di rispondere in modo completo ai bisogni di salute fisica e mentale di madre, padre, bambino o bambina. La capacità di osservazione clinica, di comunicazione empatica e di costruire relazioni di fiducia con le famiglie è cruciale per tutto il personale coinvolto, così come la capacità di adattare l'intervento ai bisogni specifici di ciascuna famiglia, tenendo conto delle diversità culturali e sociali, e la conoscenza di tutti i servizi offerti sul territorio di competenza. È inoltre fondamentale che il personale coinvolto nei servizi di supporto ai genitori nei primi 1000 giorni sia adeguatamente formato per riconoscere i segnali della violenza di genere, che in periodo perinatale può assumere tipologie specifiche e avere un impatto particolarmente drammatico, e offrire supporto alle vittime e indirizzarle ai servizi di protezione. La sensibilizzazione e la formazione del personale sono strumenti fondamentali per intercettare situazioni di rischio e prevenire conse-

guenze negative sia per le donne che per i bambini e bambine, garantendo un sostegno tempestivo e qualificato. Su questo tema si evidenzia la pochissima disponibilità di dati a riguardo dovuto alla scarsa conoscenza dei professionisti sanitari circa le sue manifestazioni, segni e sintomi allertanti e alla riluttanza delle vittime a denunciare la propria esperienza soprattutto per paura, stigma o mancanza di fiducia nelle istituzioni. Nel 2020 la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica/o ha proposto l'implementazione della figura di "ostetrica/o di famiglia e di comunità" con la finalità di *"promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l'obiettivo di accrescere l'empowerment, la consapevolezza e il benessere di tutti gli individui, migliorando il welfare di comunità"*.

La capacità del personale delle VD di riconoscere segnali di maltrattamento durante le visite domiciliari richiede competenze specifiche, sia per individuare le situazioni di disagio che per offrire il giusto supporto e orientamento verso le risorse territoriali. Investire nella preparazione continua del personale è essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi e garantire un supporto completo e sicuro alle donne.

Infine, è essenziale che tutto il gruppo di lavoro multiprofessionale sia formato per lavorare in modo sinergico e coordinato, garantendo un approccio integrato e multidisciplinare che segua il bambino e la famiglia lungo l'intero percorso dei primi 1000 giorni. Da questo nasce l'esigenza di prevedere anche contenuti e modalità di formazione per tutto il personale coinvolto.

Di seguito si riportano dei modelli di formazione già in uso (box 9):

Box 9

- Corso di formazione Nurturing Care (CSB, ISS, FNOPO, OPORP e ACP)
- Corso Salute Primale e allattamento: i primi 1000 giorni (ISS, OPORP, UNICEF, ACP)
- Intervento motivazionale breve (*minimal advise*) per la promozione della salute nei primi 1000 giorni (ISS, Regione Lazio, Regione Umbria)
- Promozione della salute, dell'allattamento e della genitorialità responsiva nei primi 1000 giorni con un approccio transculturale. 1- Corso base per professioni sanitarie e assistenti sociali 2- Corso base per personale del terzo settore. 3- Corso avanzato per professioni sanitarie (ISS, UNICEF, OIM, ASL Roma 5) (2022, materiali disponibili su richiesta)
- Corso ECD per operatrici e operatori dell'ambito socio-sanitario, culturale ed educativo (CSB)
- GUIDE FOR MONITORING - CHILD DEVELOPMENT (GMCD) per operatrici e operatori delle cure primarie materno-infantili (CSB)
- Paternità accudente: 4e parent (FAD sanitari ISS, FAD educatori CSB)
- Il sostegno domiciliare nel puerperio (Scuola dei 1000 giorni del Melograno)
- Salute Mentale perinatale (Versione italiana del manuale OMS "Pensare positivo")
- Corso di clinica transculturale specifico per interventi domiciliari (Coop. Crinali)
- Violenza perinatale (Il Melograno)
- Approccio Touchpoints (Centro Touchpoints Brazelton)

3.5 La sfida multiculturale

Per garantire l'universalità di accesso ai servizi e un supporto ai genitori nei primi 1000 giorni, è essenziale affrontare la sfida multiculturale. Le famiglie provenienti da contesti culturali diversi hanno diverse aspettative, credenze e pratiche rispetto alla gravidanza, al parto e alla cura dei neonati e neonate. Pertanto, i servizi devono essere adattabili e sensibili alle diverse esigenze. Un approccio inclusivo prevede necessariamente una formazione specifica sulle dinamiche interculturali per tutte le figure professionali coinvolte in un lavoro con le famiglie e per le eventuali figure di *peer supporter*, la disponibilità di mediatrici culturali e di materiali informativi disponibili in diverse lingue. Inoltre, è importante creare uno spazio sicuro e accogliente, che favorisca il dialogo e il rispetto reciproco, riducendo le barriere linguistiche e culturali che potrebbero impedire l'accesso ai servizi. Il coinvolgimento attivo delle comunità di immigrati e immigrate nella progettazione e nella diffusione dei servizi può contribuire a superare diffidenze e pregiudizi, promuovendo un accesso equo e universalistico.

In alcuni (pochi) territori sono disponibili servizi, forniti dal pubblico o dal privato sociale specificamente rivolti alle famiglie straniere. Quando esistono, rappresentano una risorsa importante in quanto prevedono competenze di mediazione linguistica e culturale e un'attenzione specifica ai diritti esigibili nonché un supporto per le incombenze burocratiche necessarie per poterli esercitare. L'esperienza di spazi per genitori e bambini in compresenza, quali i "Villaggi per crescere" ed altri analoghi servizi, indica che la condivisione di momenti comuni tra genitori di diversa provenienza rappresenti un formidabile strumento di mediazione e inclusione.

3.6 Come comunicare e facilitare la comunicazione

Una strategia e un piano di comunicazione costituiscono una componente irrinunciabile di un servizio per il quale i livelli di adesione, la qualità e l'accessibilità dell'informazione sono così importanti. Una delle difficoltà che incontra un servizio che si basa sull'adesione individuale da parte dei singoli a un intervento che non viene richiesto ma proposto è quella di essere ben compreso in quello che offre, e non equivocado nelle sue finalità. L'informazione sull'esistenza del servizio deve inoltre essere capillare, arrivare a tutti, e precoce. Come noto, oggi si rende necessario veicolare l'informazione su più canali (formali e informali), più mezzi (online, cartacei, media audiovisivi) almeno alcuni dei quali devono prevedere una traduzione nelle lingue principali parlate sul territorio. La comunicazione deve circolare già nei punti di contatto pre-, peri- e postnatali (quelli sanitari, per agenda di gravidanza, esenzione ticket, ecografie, vaccinazioni, acquisto farmaci, prenotazione di esami; quelli della previdenza sociale, per le richieste di congedo o dell'anagrafe; quelli degli enti religiosi) ed essere coerente e concordata tra i diversi enti coinvolti. Per fare un esempio, senza pretesa di proporre un modello, il progetto "Benvenuti Genitori" avviato a Perugia proprio con lo scopo di fornire ai neogenitori un'offerta il più possibile coordinata di servizi (Ciani et al. 2024) ha previsto: un materiale informativo sui 1.000 giorni e sulle buone pratiche inviato a tutti i genitori in collegamento alla baby newsletter che il Comune aveva già avviato. Il materiale, sviluppato assieme agli operatori e operatrici del Comune di Perugia, ha compreso una mappa dei servizi disponibili per le neofamiglie con figli comprendente indicazioni per fruire

dei benefici previsti di carattere economico e dei servizi di salute, educativi, sociali, culturali e del tempo libero. Tali contenuti sono stati diffusi sia tramite materiale cartaceo sia pubblicati sul canale internet gestito dal Comune di Perugia e rivolto alle famiglie della città (figura 5).

Figura 5. Progetto Benvenuti Genitori



Il piano comunicativo ha inoltre previsto e prodotto dei podcast, resi disponibili sia sul sito del Comune che di altri Enti e associazioni. Gruppi informali e associazioni possono infatti essere invitati a collaborare veicolando l'informazione sui loro canali (siti e chat).

Inoltre, un piano di comunicazione non va inteso come diretto in modo unidirezionale dai servizi ai potenziali beneficiari, ma è bene che comprenda strumenti che consentono una partecipazione attiva da parte, in questo caso, della donna in gravidanza. Le "Agende della gravidanza" elaborate e in uso in più territori tra cui la Regione Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Lazio, sono un mezzo per promuovere informazione e consapevolezza da parte della donna sul suo percorso e per raccogliere dati utili a monitorare l'utilizzo dei vari presidi e proposte.

3.7 Visite e incontri individuali: tasselli fondamentali nel sistema integrato di servizi per le famiglie

Sia che si considerino i bisogni dei bambini e delle bambine che quelli dei genitori, l'integrazione tra servizi diversi attorno alle famiglie con bambini rappresenta oggi una necessità impellente, e sempre più largamente riconosciuta (Devaney, 2022; Serapioni, 2023).

I bisogni – di salute, educazione, accudimento, protezione – dei bambini sono strettamente collegati tra loro e richiedono risposte coerenti e coordinate nel lavoro di promozione, prevenzione e cura, nel lavoro educativo e di supporto per le famiglie. Questo è vero per tutti i bambini e lo è ancora di più quando vi sono difficoltà e preoccupazioni di ordine medico, psicologico e sociale, che sovente si presentano anch'esse in combinazione e interdipendenza. La complessità dei

bisogni dei neogenitori, anche restando sul piano preventivo e di promozione della loro salute, del benessere e delle competenze genitoriali, è tale che richiede, per trovare risposte adeguate, la piena collaborazione tra i servizi esistenti, le realtà associative e in generale le opportunità offerte da ciascun territorio.

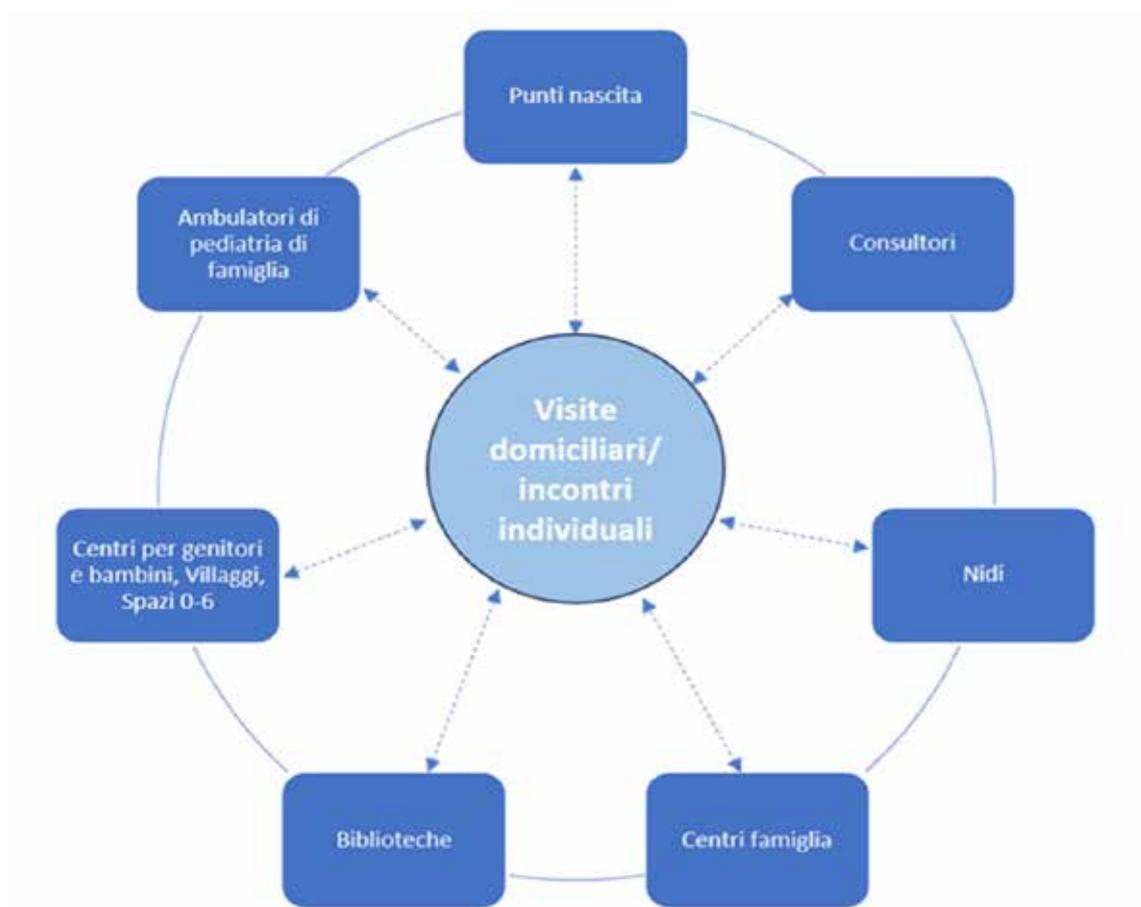
Questo è necessario per offrire informazioni e messaggi coerenti, per raggiungere tutti i destinatari, per facilitare i percorsi di accesso e garantire la piena utilizzazione dei benefici previsti per legge o per iniziative locali, dei servizi e delle opportunità, per ottimizzare l'utilizzo di spazi, risorse umane e, infine, per coinvolgere la comunità intera nel compito più elevato che si possa immaginare: dare le migliori opportunità di crescita a tutte le bambine e tutti i bambini, indipendentemente dalla loro origine sociale e culturale e dai mezzi delle loro famiglie, come peraltro recita il dettato costituzionale. L'agire isolato dei settori (sanitario, educativo, sociale), così come la loro frammentazione interna, fa perdere opportunità di sinergie nel lavoro di supporto alle famiglie e ne rende molto difficoltosi i percorsi, sia nella normalità che a maggior ragione quando ci sono vulnerabilità e bisogni specifici. Va quindi superata l'attuale frammentazione tra i settori che si occupano di infanzia e famiglie, che talvolta comporta anche una frammentazione anche all'interno di singoli settori. I servizi che possono giocare un ruolo fondamentale nel supporto ai neogenitori sono molti, a partire da quelli più comunemente esistenti sul territorio (**box 10**).

Box 10. Il ruolo dei diversi servizi a supporto del sostegno individuale ai genitori nei primi 1000 giorni

- Un consultorio familiare che offra percorsi di accompagnamento alla nascita con inizio nel secondo trimestre e continui per i primi sei mesi dopo la nascita, e che preveda il coinvolgimento dei padri anche con incontri dedicati.
- Un punto nascita che, oltre a far sì che l'evento nascita sia, per quanto possibile in considerazione delle condizioni della donna e del bambino, centrato sul contatto immediato e continuativo tra madre e bambino e la partecipazione del padre, promuova l'allattamento come scelta informata dei genitori, informi e indirizzi i genitori sui servizi e le opportunità disponibili sul territorio e che inoltre attivi, supporti e valorizzi le competenze genitoriali sin nei primi giorni di vita, aiutando i genitori a interpretare il comportamento del neonato.
- Un nido d'infanzia che, oltre a coinvolgere quanto più possibile i genitori nel progetto educativo e le sue motivazioni, si apra anche alle famiglie con bambini che, pur risiedendo in quel comune o in quel quartiere, non hanno potuto o voluto giovare del nido, con iniziative volte a far scoprire a tutte le famiglie le attività del nido e a far sì che alcune di queste vengano effettuate anche a casa.
- Una biblioteca che apra una sezione 0-6, la fornisca di una dotazione bibliografica e la animi con iniziative aperte alle famiglie, utilizzando a questo fine anche personale volontario della comunità.
- Un ambulatorio pediatrico che attrezzi lo spazio di attesa per i genitori e i bambini con libri e altro materiale relativo a salute e sviluppo per i genitori e lo faccia conoscere alle famiglie, idealmente con momenti ad hoc utilizzando personale infermieristico o di assistenza, e sempre in occasione dei bilanci di salute programmati nelle diverse età e orientati al sostegno della relazione e dello sviluppo.

Certamente, in molti territori alcuni di questi servizi essenziali non esistono o non dispongono di risorse umane sufficienti. In alcune Regioni, la presenza dei **Centri Famiglia** può costituire, e in alcuni casi già costituisce, un punto di riferimento importante per un servizio di visite domiciliari, inteso come parte di un'offerta integrata di servizi alla famiglia, che a sua volta può consentire un contatto con tutte le famiglie e facilitare per queste il buon utilizzo dei servizi esistenti. Il servizio di incontri di supporto individuale delineato in questo documento ha infatti anche il fondamentale compito di rappresentare una cerniera tra i diversi servizi, facilitando la loro collaborazione e integrazione (**figura 6**).

Figura 6. Collaborazione e integrazione dei servizi



In una prospettiva di azione integrata multisettoriale, il ruolo dei servizi educativi così come concepiti dalla legge 107/2015, può svolgere un ruolo cruciale per diversi motivi: perché la sensibilità ai bisogni evolutivi dei bambini è più forte nella cultura e nel personale dei servizi educativi; perché, tra i bisogni di bambine e bambini, quelli relativi all'educazione appaiono essere oggi, tra i bisogni principali a cui dare risposta. E può diventare prezioso l'apporto dei coordinamenti pedagogici e dei coordinatori stessi, che per formazione e vocazione già possiedono non poche delle competenze e attitudini a svolgere quel lavoro di connessione tra personale e servizi che è

al centro dell'idea del sistema integrato 0-6 e dei poli 0-6⁵.

In alcuni paesi, ma vi sono alcune sperimentazioni anche in Italia, si sta diffondendo la co-localizzazione di servizi di salute, servizi educativi, e servizi culturali, quali le biblioteche con le loro sezioni per bambini e ragazzi. Gli spazi dei "Villaggi per crescere", che offre spazi di buone pratiche condivise per bambini e bambine e loro genitori (Alushaj, 2020) e altre esperienze analoghe hanno trovato spesso collocazione nell'ambito di servizi educativi, servizi di salute, o in centri di comunità che ospitano presidi di vario tipo inclusi sportelli informativi o del servizio sociale. I vantaggi per le famiglie e per lo stesso personale dei servizi di una contiguità di spazi, che facilita comunicazione e collaborazione, sono evidenti.

3.8 I meccanismi di governance

Se i concetti dell'integrazione e della multisetorialità sono abbastanza facilmente comprensibili (già Winnicott scriveva "l'integrazione della cura del bambino inizia con l'integrazione del personale che se ne occupa") e oggi fortemente raccomandati (Daly, 2015; Dennis et al., 2014, Devaney et al., 2021 e 2022; D'Addato, 2023; UNICEF, 2024) meno agevole è dare vita a meccanismi di governance che promuovano la reciproca conoscenza tra professioniste e professionisti e i diversi servizi, quindi la loro collaborazione, quindi ancora la condivisione di analisi dei bisogni e la co-costruzione di piani e programmi.

Nel lontano 2000, con la legge 328, sono stati introdotti i Piani di Zona (PdZ), che hanno avuto fortuna nei territori e tra le amministrazioni che hanno saputo utilizzarli. Ma occorre andare oltre la relativa episodicità dei PdZ e immaginare, almeno per lo 0-6 (o 0-18) qualcosa di più stabile, vale a dire un meccanismo che metta assieme i vari soggetti (pubblici e del terzo settore innanzitutto) che offrono servizi per l'infanzia e le famiglie.

La strada maestra è quella della costituzione di tavoli 0-6 a livello degli ambiti territoriali sociali, in cui siano coinvolti i servizi comunali (sociali, educativi e culturali), le aziende (o distretti) sanitari con i consultori familiari, i punti nascita, i servizi vaccinali e la pediatria di libera scelta, le associazioni che offrono servizi educativi /integrativi. In questo contesto dovrebbe trovare sede il coordinamento del servizio che offre visite/incontri ai neogenitori, che dal punto di vista organizzativo ha nel consultorio familiare il più naturale riferimento.

Di volta in volta, fatte salve le prerogative definite per legge, la promozione e la leadership di tali meccanismi possono essere di ciascuno che ne abbia motivazione e capacità. Il terzo settore può giocare un ruolo molto importante facendo leva sulle motivazioni e sulla capacità di mobilitare risorse anche volontarie. Esperienze ce ne sono, non molte e tra loro diverse. Certo, un servizio di prossimità (incontri e visite domiciliari) rivolto ai genitori può costituire un collante importante tra i servizi, informare pienamente tutte le famiglie su cosa offre il territorio, accompagnare se necessario alla conoscenza e al buon utilizzo di tali servizi.

⁵ Il ruolo dei coordinatori pedagogici e dei coordinamenti pedagogici territoriali è già stato riconosciuto (vedi legge ER n.26/2001 e 12/2003) come comprensivo del raccordo non solo tra servizi educativi ma con i servizi sanitari e sociali. Per un approfondimento su come questo è stato fatto, in che misura con quali risultati e strumenti, e come questo ruolo può oggi essere attivato e rafforzato, si veda il rapporto di Elisa De Giovanni, per la Regione Emilia-Romagna.

3.9 Monitoraggio e valutazione

Chiedersi cosa funziona nelle modalità di offerta, individuare ostacoli e mancanze e identificare possibili rimedi è tanto necessario quanto poco praticato. Spesso non si è in grado nemmeno di misurare la copertura di un servizio rispetto alla popolazione che ne avrebbe diritto, o avere una chiara visione di chi sono i “missing” e per quale motivo. E naturalmente è molto più arduo, complesso e costoso tentare una valutazione di impatto, verificare cioè cosa effettivamente si è stati in grado di modificare in come i genitori si sentono, cosa fanno con i loro bambini, quali buone pratiche adottano, e ancora cosa eventualmente cambia nel modo di lavorare del personale.

Il notevole sforzo, organizzativo e finanziario, e le competenze tecniche non banali richieste per impiantare un sistema di valutazione d’impatto da parte dei soggetti che implementano programmi e interventi rendono questo compito impossibile senza un supporto tecnico esterno.

L’esistenza in Italia, caso abbastanza unico nel panorama internazionale, di una sorveglianza nazionale triennale sui determinanti di salute di bambine e bambini 0-2 anni, coordinata dall’Istituto Superiore di Sanità ([Sorveglianza 0-2 anni](#)), offre un riferimento fondamentale per raccogliere dati (eventualmente anche sull’accesso alle visite ed incontri postpartum) con metodologia omogenea, poterli analizzare nell’ambito territoriale e compararli sul piano nazionale. È evidente che un servizio di visite e incontri con le famiglie può costituire nello stesso tempo un ulteriore supporto all’estensione sul piano territoriale della popolazione coperta dal monitoraggio con vantaggio per l’intera comunità nazionale, e giovare di uno strumento che già contempla una serie di indicatori attraverso i quali poter valutare il proprio operato. La costituzione di una rete di soggetti che offrono e gestiscono servizi di supporto individuale nel periodo pre, peri e postnatale può inoltre consentire di condividere modi e strumenti di monitoraggio e valutazione del proprio operato, e di effettuare analisi e valutazione anche sui dati aggregati.

Infine, le figure professionali incaricate di visite e incontri devono necessariamente utilizzare un supporto, possibilmente informatico, per raccogliere dati e poterli elaborare ai fini del monitoraggio del servizio, sempre naturalmente nel pieno rispetto delle norme GDPR. Sarebbe utile la generazione di un flusso, così come avviene con i CEDAP, coadiuvato dai dati raccolti nell’ambito del Sistema di Sorveglianza Bambini 0-2 anni coordinato dall’ISS. ([Sorveglianza 0-2 anni](#)).

3.10 Considerazioni sui costi e le risorse disponibili

I costi di personale⁶ per un servizio di visite domiciliari, a regime, possono essere stimati in via del tutto preliminare per una popolazione di 100.000 abitanti e quindi di 6-700 nuovi nati/anno, e sulla base di un numero di visite/incontri pari a 6-7/nato, con i relativi contatti telefonici e documentazione della visita. Per una popolazione di queste dimensioni vanno previsti i costi di 6-7 ore/ostetrica per nuovo nato, quindi 3600 ore/anno, più n. 1200 ore per attività organizzative, raccolta dati, formazione pari a 4800 ore anno, equivalente a 2 full-time e mezzo (100.000); e i costi

6 Si intende qui, per semplicità e uniformità di calcolo, personale completamente aggiuntivo all’esistente, mentre in molti casi può essere utilizzato almeno in parte personale già in servizio. E, ancora per semplicità di calcolo, si considerano due figure professionali (ostetrica e educatrice)

di un'educatrice o altra figura professionale, per 5-6 ore/nato, equivalente a due full time/anno (80.000). Altri costi (trasporti, materiali per genitori, strumenti informatici) possono essere stimati in 20.000/anno. Per un totale generale di 200.000.

A fronte dei costi da sostenere per dare vita a un nuovo servizio o per sostenere o ampliare l'offerta già esistente va considerato il valore - traducibile anche in termini economici per minori costi da sostenere da parte del sistema sanitario, educativo giuridico e di protezione sociale - dei benefici attesi, quali quelli già elencati nel **box 2**. I più rilevanti tra questi riguardano gli effetti dimostrati sulle buone pratiche di salute a partire dall'allattamento, sulla depressione materna, sulla violenza intrafamiliare, sul coinvolgimento paterno, e, tramite quest'ultimo e in generale il benessere e le competenze genitoriali, sullo sviluppo complessivo del bambino. Le analisi costo-beneficio dei programmi di VD indicano che molti dei benefici, in particolare quelli relativi a salute e sviluppo infantile, si rendono evidenti e aumentano nel medio e lungo termine (Bohingamu Mudiyansele, 2021). Una ampia letteratura⁷ dimostra che i benefici economici e sociali di investimenti nello sviluppo infantile nei primi anni sono rilevanti, traducendosi in un ritorno tra i più alti.

Dove trovare le risorse? Esistono una varietà di fonti di finanziamento possibili che una opportuna (e coesa) regia può mettere in campo. Il settore sanitario, oggi molto povero di risorse, può mettere in campo risorse del Piano Nazionale della Prevenzione (e quindi dei Piani Regionali e Aziendali) per coprire parte dei costi della formazione, da addebitarsi alla componente che si riferisce ai 1000 giorni. I servizi educativi possono avvalersi dei fondi per la formazione del sistema 0-6. Anche grazie al Piano Nazionale Garanzia Infanzia e al PON Inclusionione, fondi aggiuntivi sono disponibili per interventi sui primi 1000 giorni. Infine, non va dimenticato l'apporto di Enti e Fondazioni locali e i bandi sia nazionali che europei, sia pure con i limiti temporali ben noti. Si tratta di lavorare per comporre il complesso puzzle delle risorse, cercando di renderlo sostenibile.

3.11 I necessari adattamenti alle caratteristiche dei territori

In una realtà altamente differenziata come quella italiana, le linee di indirizzo su un servizio che già di per sé si presenta, nella stragrande maggioranza dei territori, come fortemente innovativo rispetto alla situazione attuale, non possono che indicare una filosofia di intervento, una direzione, possibili modalità di realizzazione, ma certamente non avere la pretesa di essere applicate in modo completo e uniforme e in breve tempo. Appare soprattutto arduo implementare un servizio come quello delineato laddove non ne esistano dei presupposti fondamentali, quali ad esempio consultori familiari con adeguate risorse umane, una buona presenza di servizi educativi, una (o più, nel caso di una dimensione consortile o di ambito sociale) amministrazioni comunali in grado di mettere in campo una capacità di regia. Tuttavia indicare la direzione, che ad avviso di chi ha prodotto questo documento è oggi necessario seguire, può servire anche a compiere alcuni primi passi per iniziare a colmare quel vuoto di servizi che caratterizza il periodo dopo la nascita in molti territori e si consideri l'inserimento di questo fondamentale tipo di supporto nei LEA. Di volta in volta, l'iniziativa potrà essere presa da enti diversi - Ambiti, Comuni, Aziende Sanitarie, eventualmente con la collaborazione di Enti del Terzo Settore, ma sempre andrà ricercata l'in-

⁷ Ritrovabile sia nella pubblicazione relativa al più volte citato Nurturing Care Framework sia nel documento sui 1000 giorni prodotto dal Ministero della Salute nel 2019, anch'esso già menzionato.

tegrazione tra servizi, e perseguita la reciproca conoscenza e coerenza dei messaggi attraverso momenti di formazione e confronto multiprofessionale.

3.12 Note conclusive

La proposta si inserisce in un momento storico molto particolare, gravato da molte insidie, che non mancano di far sentire i propri effetti sia sulle intenzioni riproduttive sia sulle disponibilità e capacità di una genitorialità responsiva. Il documento pone l'accento sul "prendersi cura" dei genitori per sostenerli nel prendersi cura dei loro bambini, in particolare nel periodo cruciale dei primi 1000 giorni e, in questo ambito temporale, appropriatamente definito "spazio perinatale di cura" (Serapioni, 2023) soprattutto nel tempo che precede la nascita e di quello che la segue. Un tempo del tutto speciale a cui occorre prestare molta più attenzione, non solo affinché sia preservata la "salute materno-infantile", come si usava dire, ma affinché siano preservati e promossi la salute e il benessere di madri, padri, bambine e bambini con un approccio sempre più integrato che sappia rispondere a bisogni che di fatto non sono separabili tra settori diversi.

Un servizio quale quello che abbiamo delineato non sarà sufficiente a garantire che questo avvenga, ma certamente, se garantito su tutto il territorio nazionale, contribuirà a ridurre le drammatiche disuguaglianze che esistono in aspetti fondamentali quali salute, nutrizione, sicurezza ed educazione di bambine e bambini a seconda del luogo dove nascono. Inoltre, può svolgere un ruolo di raccordo tra servizi, di facilitazione del dialogo tra servizi e famiglie e di coinvolgimento delle comunità intere nel far sentire i genitori benvenuti. Gli studi condotti in merito indicano che i costi aggiuntivi da sostenere saranno ampiamente compensati dall'effetto di prevenzione di fenomeni quali depressione materna, violenza intrafamiliare, trascuratezza e carenze nel caregiving, e di promozione su molte pratiche di salute, e, conseguentemente a questi effetti, dai minori costi da sostenere per interventi contenitivi, riparativi e terapeutici.

L'amplissima condivisione del lavoro tra Enti e professionalità diverse rappresenta una buona base per procedere verso una fase di maggiore condivisione delle esperienze fatte fino ad oggi o che sono in corso, oltre che per una più forte ed efficace opera di sensibilizzazione nei confronti delle amministrazioni locali e nazionali.

Allegato 1. Prospetto sintetico delle esperienze. (Scheda aperta, non esaustiva)

Progetto	Target	Operatori
Home visiting - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ Programma Primi Mille giorni “Poli primi 1000 giorni” ASL Napoli3sud	Triade madre-padre-bambino	Ostetriche, infermiere pediatriche, psicologi integrati con gli operatori dei CF e punti nascita.
Fiocchi in Ospedale (Save the Children) 2012 - in corso In 9 città	Famiglie fragili	Milano: ostetriche e operatrice Fiocchi per un supporto socioeducativo. Sassari: operatrice sociale, educatrice d’infanzia, psicologa perinatale, ostetriche e doula. Bari: partner con il Melograno, ostetrica, assistente sociale e psicologa psicoterapeuta.
Insieme a Te (Aribandus) 2018-2021 Verona	Neomamme 0-9 mesi	Supervisore pedagogico, coordinatrice di servizio, educatrici professionali con formazione specifica.
Sostegno alla genitorialità e Maternità complesse: attività strutturali del Servizio (Servizi pubblici sul territorio) Da più di 10 anni Ambito di Cesena	Nuovi nati	Ostetriche, infermiere, assistenti sanitarie; Pediatria di Comunità e Consultorio familiare; educatrici del Centro per le Famiglie; assistenti sociali del Comune, Assistenti sociali CSM SERD.
Home Visiting (Centro per le famiglie di Rimini) - in corso	Famiglie 0-3 vulnerabili	Educatrici con specifiche competenze nei primi 1000 giorni.
Home care (Ass. Piccoli Passi Tinc Osp. Sant’Anna) Torino e prima cintura	Famiglie in dimissioni dalla Tinc, con caratteristiche sanitarie specifiche	Infermieri della Tinc e Genitori Senior dell’Associazione.
Andiamo a casa (Osp Valduce e consultori convenzionati) 2017 - in corso Provincia di Como	Puerpere e neonati nel primo mese di vita HV, sino al 9° mese sul territorio in continuità	Ostetriche per tutte le puerpere (con assistenti sociali in situazioni di fragilità).
Mamme appena nate (Il Melograno di Roma) 2006 - 2016 - Roma	Nuclei madre-bambino nell’immediato dopo-parto	Operatrici della nascita del Melograno.
Una vita che nasce è una comunità che cresce. Supporto alle famiglie nel primo anno di vita del bambino (Il Melograno di Roma) 2020 - 2022 Roma (Municipio VII)	Famiglie nel 1° anno di vita del bambino con vulnerabilità e rischio psicosociale	Operatrici della nascita del Melograno.
Home visiting transculturale (Cooperativa Crinali Onlus) 2008 - in corso Milano e hinterland	Casi segnalati dai servizi di tutela e di accoglienza e integrazione	Educatrici professionali specializzate, psicologa psicoterapeuta come responsabile clinica e supervisora.
Insieme a casa IRIS (Istituto ricerca interventi salute) Milano	Madri neonati, famiglie sino al 6°-9° mese dopo il parto in condizioni di fisiologia e fragilità	Ostetriche.
Inviolabili (Ass Pianoterra) 2021-2024 NA, RM, BA, BO	Bambini vittime di ogni forma di violenza	Psicologa, ostetrica, ass. sociale, educatrice e in alcuni casi mediatrice linguistico-culturale.
PRIMA (Con i Bambini, Ass Focolare Maria Regina Onlus) 2016-2018 Abruzzo	Famiglie vulnerabili	Educatrici in un sistema multidisciplinare integrato.
Thub06 Delivery (Liberi Tutti) 2018-2021 Torino	Famiglie fragili	Educatrici e assistenti sociali in sinergia con gli spazi gioco degli snodi attivi su Thub06.
Con le Famiglie	Famiglie vulnerabili	2 educatrici e equipe socio sanitaria a integrazione dell’offerta già presente sul territorio (psicologi, pediatria, assistente sociale, ostetriche, pedagogista)

Referenze:

1. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol.* 2018 May;131(5):e140-e150. doi: 10.1097/AOG.0000000000002633.
2. Acquah D, Thévenon O. Delivering evidence-based services for all needy families: A review of main policy issues. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers.* 2019;(243).
3. Ahun MN, Ali NB, Hentschel E, Jeong J, Franchett E, Yousafzai AK. A meta-analytic review of the implementation characteristics in parenting interventions to promote early child development. *Ann N Y Acad Sci.* 2024 Mar;1533(1):99-144. doi: 10.1111/nyas.14952.
4. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1978.
5. Alleanza per l'Infanzia. *Natalità, genitorialità e buone condizioni di crescita.* Disponibile su: <https://www.alleanzainfanzia.it/natalita-genitorialita-e-buone-condizioni-di-crescita/>.
6. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Teeters AR, Stevens J, Van Ginkel JB. Treatment of depressed mothers in home visiting: impact on psychological distress and social functioning. *Child Abuse Negl.* 2013 Aug;37(8):544-54. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.003.
7. Barbieri V, Sivori C, Sepich P e Tamburlini G. Dal focus sul bambino a un agire orientato alla famiglia Il ruolo dell'educatore nell'esperienza dei Villaggi per crescere. *Bambini,* 2021, 60-63.
8. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord.* 2016 Mar 1;192:83-90. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.005.
9. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. 2014. doi:10.13140/2.1.4731.6169.
10. Bauer A, Pawlby S, Plant DT, King D, Pariante CM, Knapp M. Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychol Med.* 2015 Jan;45(1):51-61. doi: 10.1017/S0033291714001044.
11. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, 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. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7.
12. Bohingamu Mudiyanse S, Price AMH, Mensah FK, Bryson HE, Perlen S, Orsini F, et al. Economic evaluation of an Australian nurse home visiting programme: a randomised trial at 3 years. *BMJ Open.* 2021 Dec 6;11(12):e052156. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052156.
13. Bornstein MH, Tamis-LeMonda CS. Mother-infant interaction. In: Bornstein MH, editor. *Handbook of parenting.* Vol. 2. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2010. p. 3-45.
14. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health.* 2015;14:81. doi: 10.1186/s12939-015-0207-6.
15. Caritas Italiana. *Mille giorni difficili. La condizione delle famiglie con bambini piccoli aiutate dalle Caritas.* Roma: Caritas Italiana; 2024. Disponibile su: <https://www.caritas.it>.
16. Centro per la Salute del Bambino, Associazione Culturale Pediatri. *Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze.* 2ª edizione. 2021.
17. Chan KL et al. Association Among Father Involvement, Partner Violence, and Paternal Health: UN Multi-Country Cross-Sectional Study on Men and Violence. *American Journal of Preventive Medicine.* Volume 52, Issue 5, May 2017, Pages 671-679.
18. Churchill H., Sandbæk M., Jackson A., Jerinić J., Arsić J., Dobrotić I., Rybinska A., & Ruggiero R. (2021), *The conceptualisation and delivery of Family support in Europe: A review of international and European policy frameworks and standards.* EurofamNet.
19. Ciani A, Gizzi G, Girelli V, Raia G, Capurso M, Mazzechi C, et al. Servizi integrati per i neogenitori. *Medico e Bambino.* 2024;43:518-524. doi: 10.53126/MEB43518.
20. Ciotti F. Il progetto "Mamme insieme" di Cesena: una esperienza di sostegno domiciliare. *Infanzia e Adolescenza.* 2007;6(2):109-117. ISSN: 1594-5146.
21. Cirillo G., Siani P., Tamburlini G., curatori. *I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale.* Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 1996. 256 p. ISBN: 9788881142682.
22. CISMAL. *Linee Guida per gli interventi di Home visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia.* 2017. EUROPEAN OBSERVATORY FAMILY POLICY.
23. D'Addato A. Family and parenting support as part of the solution for fighting child poverty and promoting child well-being [Internet]. 2023. Disponibile su: <https://www.oecd-forum.org/posts/family-and-parenting-support-as-part-of-the-solution-for-fighting-child-poverty-and-promoting-child-well-being>.
24. Daly M. Parenting support as policy field: An analytical framework. *Social Policy and Society.* 2015;14(4):597-608.
25. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
26. Devaney C, Christiansen Ø, Holzer J, MacDonald M, Matias M, Piessens A, et al. The conceptualisation and delivery of Family support in Europe: A review of academic literature. *EurofamNet;* 2021.
27. Devaney C, Churchill H, Abela A, Jackson R. A framework for child and family support in Europe. Building comprehensive support systems [Policy brief]. *EurofamNet;* 2022.
28. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health.* 2014 Feb;104 Suppl 1(Suppl 1):S136-43. doi: 10.2105/AJPH.2013.301361.
29. DORS, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute. *Prima Infanzia e disuguaglianze.* 2019.

30. Doyle J, McWilliams M. Intimate Partner Violence in Conflict and Post-Conflict Societies: Insights and Lessons from Northern Ireland. Political Settlements Research Programme, 2018. 120 p.
31. Duffee J, Mendelsohn A, Kuo A, Legano L, Earls M. Early childhood home visiting. *Pediatrics*. 2017;140. e20172150. 10.1542/peds.2017-2150.
32. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Nine-year follow-up of a home-visitation program: a randomized trial. *Pediatrics*. 2013 Feb;131(2):297-303. doi: 10.1542/peds.2012-1612.
33. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B; International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007 Jan;369(9555):60-70. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60032-4.
34. Hernanda R AI, Pamungkasari EP, Prasetya H. Effect of Home Visit by Community Health Cadre on Postpartum Depression: Meta-Analysis. *J Matern Child Health [Internet]*. 2023 Jul;8(4):460-71. doi: 10.26911/thejmch.2023.08.04.08.
35. Huntsinger E, Luecken L. Attachment relationships and health behavior: the meditational role of self-esteem. *Psychol Health*. 2004;19:515-526. doi: 10.1080/0887044042000196728.
36. Isaacs S, Valaitis R, Newbold KB, Black M, Sargeant J. Competence trust among providers as fundamental to a culturally competent primary healthcare system for immigrant families. *Prim Health Care Res Dev*. 2013;14(1):80-89. doi:10.1017/S1463423612000254.
37. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021 May 10;18(5):e1003602. doi: 10.1371/journal.pmed.1003602. PMID: 33970913; PMCID: PMC8109838.
38. Kelly Y., Sacker A., Del BE, Francesconi M., Marmot M. (2011), What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study, "Arch. Dis. Child" 2011; 96: 832-7.
39. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 May;164(5):412-8. doi:10.1001/archpediatrics.2010.76.
40. Landry SH, Smith KE, Swank PR. Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Dev Psychol*. 2006 Jul;42(4):627-42. doi: 10.1037/0012-1649.42.4.627.
41. Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1).
42. Lubcock A. Il congedo di paternità. *Medico e Bambino* 2022;41(8):522-523 DOI: <https://doi.org/10.53126/MEB41522>.
43. Macdonald W, Beeston C, McCullough S. Proportionate Universalism and Health Inequalities. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2014. available at: <https://www.healthscotland.com/uploads/documents/24296-ProportionateUniversalismBriefing.pdf>.
44. Macmillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009 Jan;373(9659):250-66. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61708-0.
45. Marchetti F, Tamburini G. Una buona partenza nella vita per tutti. *Medico e Bambino*. 2022;41(2):83-84 DOI: <https://doi.org/10.53126/MEB41083>.
46. Marmot M. The Marmot review final report: fair society, healthy lives. London: University College London - Institute of Health Equity, 2010.
47. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychol*. 2010 Jul;29(4):446-53. doi: 10.1037/a0020061.
48. Meltzer H, Corbin T, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of young people looked after by local authorities in England. London: TSO; 2003.
49. Michalopoulos C, Faucetta K, Hill CJ, Portilla XA, Burrell L, Lee H, Duggan A, Knox V. Impacts on family outcomes of evidence-based early childhood home visiting: results from the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation. OPRE Report No. 2019-07. Washington (DC): Office of Planning, Research, and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services; 2019.
50. Michalopoulos C, Faucetta K, Warren A, Mitchell R. Evidence on the long term effects of home visiting programs: laying the groundwork for long-term follow-up in the Mother and Infant Home Visiting Program Evaluation (MIHOPE). OPRE Report 2017-73. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation; 2017.
51. Migliaccio L, Banella FE, Rapisardi G. L'approccio Touchpoints di Brazelton per gli interventi multidisciplinari di sostegno alla genitorialità. *Quaderni ACP*. (in press).
52. Milani HS, Amiri P, Mohsey M, Monfared ED, Vaziri SM, Malekhhahi A, Salmani F. Effect of Health Care as the "Home Visiting" on Postpartum Depression: A Controlled Clinical Trial. *Int J Prev Med*. 2017 Apr 6;8:20. doi: 10.4103/2008-7802.204003.
53. Milani P. Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità. Roma: Carocci; 2018.
54. Milani P. Mamma con noi: un servizio di sostegno alla famiglia nel periodo post-natale. *Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale*. 1996;2:59-78.
55. Ministero della Salute. Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita. 2019. Approvato da Conferenza Stato-Regioni il 20 febbraio 2020. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf.
56. Ministero della Salute. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO). Comitato Percorso Nascita Nazionale; 2020. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it>.
57. MLPS. Linee di Indirizzo Nazionali sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità, Roma. 2017.
58. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood

- Development. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Shonkoff JP, Phillips DA, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077268.
59. National Scientific Council on the Developing Child. The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture: working paper no. 5. Cambridge (MA): Harvard University; 2007. Available from: www.developingchild.harvard.edu.
 60. NHS England. Better Births: Improving outcomes of maternity services in England – A Five Year Forward View for Maternity Care. London: NHS England; 2016.
 61. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.
 62. NICE. Postnatal care guideline [NG194]. 2021.
 63. Olds DL, Henderson CR Jr, Tatelbaum R, Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986 Jan;77(1):16-28. Erratum in: *Pediatrics* 1986 Jul;78(1):138. PMID: 3510017.
 64. Opondo C, Redshaw M, Savage-McGlynn E, Quigley MA. Father involvement in early child-rearing and behavioural outcomes in their pre-adolescent children: evidence from the ALSPAC UK birth cohort. *BMJ Open*. 2016 Nov 22;6(11):e012034. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012034. PMID: 27879246; PMCID: PMC5128840.
 65. PARENT project. PARENT: Promoting father involvement in early child-rearing and reducing gender stereotypes in parenting. 2021.
 66. Quaderni ACP. Newsletter (responsive caregiving). 2022 (2).
 67. Rodin D, Silow-Carroll S, Cross-Barnet C, Courtot B, Hill I. Strategies to Promote Postpartum Visit Attendance Among Medicaid Participants. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Sep;28(9):1246-1253. doi: 10.1089/jwh.2018.7568.
 68. Roggman LA, Innocenti MS, Jump VN, Cook GA, Christiansen K. PICCOLO (Parenting Interactions with Children: Checklist of Observations Linked to Outcomes): A new measure for assessing parenting, guiding parenting interventions, and tracking program outcomes. In: Symposium: Home Visit Assessments Linked to Interventions; 2008 Jun; Washington, DC.
 69. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
 70. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatr*. 2008 Feb;97(2):153-8. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00572.x. Epub 2007 Dec 3.
 71. Save the children. Atlante dell'infanzia a rischio. 2024.
 72. Save the Children. Il miglior inizio. Disuguaglianze ed opportunità nei primi anni di vita, Roma. 2019.
 73. Save the Children. Le equilibriste: la maternità in Italia. 2024. Disponibile su: <https://www.savethechildren.it/sh/le-equilibriste-la-maternita-in-italia-2024/>.
 74. Scarff JR. Postpartum Depression in Men. *Innov Clin Neurosci*. 2019 May 1;16(5-6):11-14.
 75. Serapioni M. 2023 Towards greater family policy integration across Europe. Overcoming sectoral fragmentation in supporting families with young children. Report of the European Observatory on Family Policy.
 76. Shonkoff J. The science of child development. Cambridge (MA): Center for the Developing Child, Harvard University; 2007.
 77. Sparrow JD. Adattare i servizi assistenziali ai bisogni relazionali dello sviluppo. Costruire la comunità attraverso la consultazione collaborativa. In: Lester B, Sparrow JD, editors. *Bambini e Famiglie*. 2010.
 78. Tabb KM, Bentley B, Pineros Leano M, Simonovich SD, Nidey N, Ross K, et al. Home visiting as an equitable intervention for perinatal depression: a scoping review. *Front Psychiatry*. 2022 Mar 18;13:826673. doi: 10.3389/fpsy.2022.826673.
 79. Tamburlini G, Alushaj A, Vezzini F. The "village project": towards early learning communities. *Early Childhood Matters*. 2020;pp. 92-97.
 80. Tamburlini G, Di Mario S, Gangemi M, Zanetto F, Speri L, Baronciani D, et al. SENZA CONFINI: Come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze. A cura di: Centro per la Salute del Bambino (CSB), Associazione Culturale Pediatri (ACP); 2020. doi: 10.13140/RG.2.2.12162.91842.
 81. Tamburlini G. I bambini in testa. Prendersi cura dell'infanzia a partire dalle famiglie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2023.
 82. Tamburlini G. Programmi di sostegno alle competenze genitoriali: razionale, evidenze e opzioni di realizzazione. *la Rivista delle Politiche Sociali. Italian Journal of Social Policy*, 2/2023.
 83. Tazza C, Ioverno S, Pallini S. Home-visiting programs based on the Brazelton approach: a scoping review. *Eur J Pediatr*. 2023;182(8):3469-3479. doi: 10.1007/s00431-023-05048-3.
 84. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Home Visiting Evidence of Effectiveness (HomVEE). 2023. Available from: <https://homvee.acf.hhs.gov/publications/HomVEE-Summary>.
 85. U.S. Department of Health and Human Services. Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program (MIECHV). Brief published 6/2024. Available from: <https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/about-us/program-brief.pdf>.
 86. UNICEF. Parenting support framework for the early years. UNICEF Europe and Central Asia Regional Office; 2024. Disponibile su: <https://www.unicef.org/eca/reports/parenting-support-framework-early-years>.
 87. Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Nov;105(11):1160-70. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x.
 88. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res*. 2012 Jul;22(7):897-910. doi: 10.1177/1049732312440330.
 89. World Health Organization, Europe. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. 2024.
 90. World Health Organization, UNICEF, 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. Disponibile in versione italiana su www.csbonlus.org.

91. World Health Organization, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: World Health Organization; 1989.
92. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>.
93. World Health Organization. Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.