



Prima infanzia e disuguaglianze

***2. Gli interventi a supporto
della genitorialità***

Prima infanzia e disuguaglianze:

2. *Gli interventi a supporto della genitorialità*

A cura di Paola Capra, Lidia Fubini, Luisella Gilardi, Marta Grosini, Marina Penasso, Gaia Piccinini, Sonia Scarponi.

Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). Regione Piemonte.
www.dors.it, marzo 2019.



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

INDICE

ABSTRACT	4
1. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E PRIMA INFANZIA	5
2. OBIETTIVI DEL REPORT	10
3. MATERIALI E METODI	12
4. RISULTATI	15
5. CONCLUSIONI E LIMITI	25
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	26
7. CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI	32
ALLEGATO A	64

ABSTRACT

Contesto

Agire precocemente, fin dai primi anni di vita (Early Child Development ECD), favorisce lo sviluppo fisico e mentale del bambino, con benefici che hanno un impatto sulla vita adulta. Se gli interventi si indirizzano ai gruppi sociali più svantaggiati contribuiscono all'inclusione sociale e all'equità. Tuttavia vi è la necessità di disporre di indicazioni specifiche e quanto più possibile dettagliate sull'impatto dei diversi tipi di intervento sul contrasto alle disuguaglianze.

Obiettivi

Valutare l'efficacia degli interventi a supporto della genitorialità sulla salute fisica, sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo dei bambini (da 0 a 3 anni) oltre che sul benessere psicofisico dei genitori, per il contrasto delle disuguaglianze di salute.

Metodi della ricerca

È stata consultata una banca dati (MEDLINE), per individuare tutti gli studi pubblicati da novembre 2007 a dicembre 2018 (ultima data di consultazione 12 novembre 2018). Sono stati inseriti limiti rispetto al disegno di studio.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi solo studi che prevedono una valutazione prima e dopo l'intervento e una valutazione al follow up. Gli interventi presi in esame devono avere effetti sulle disuguaglianze di salute.

Risultati

Sono 15 gli studi inclusi nel report relativi agli interventi di supporto alla genitorialità, che si indirizzano alle disuguaglianze di salute, adottando un approccio target, ovvero indirizzandosi a fasce di popolazione svantaggiata; 5 studi riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario, 7 in quello di comunità, mentre 3 coinvolgono entrambi i setting e quindi operano in sinergia.

Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, le condizioni di svantaggio socio economico sono il fattore più rappresentato, da solo o in combinazione con altri fattori, principalmente l'etnia, il livello di istruzione e il luogo di residenza. Non sono stati considerati (o solo marginalmente) gli indicatori "Religione", "Capitale sociale", "Occupazione", mentre talvolta la popolazione partecipante rientra in uno o più delle categorie Plus (per esempio genitore single, età adolescente, consumatore di alcol e droghe).

Rispetto agli effetti sulle disuguaglianze, tutti i 15 studi adottano un approccio per target: questo implica che se migliorano gli esiti di salute di popolazioni vulnerabili - secondo uno o più dei fattori PROGRESS Plus - non è possibile affermare che diminuiscano le disuguaglianze di salute in generale.

Conclusioni

Nella maggior parte degli studi prevale l'approccio del Nurturing Care Framework, basato sulla riduzione dei fattori di rischio attraverso un incremento delle capacità genitoriali trasversali (capacità di ascolto, responsività, comprensione dei bisogni del bambino, ...) e particolare attenzione viene posta al fornire ai genitori strumenti adatti ad incrementare gli stimoli cognitivi, sensoriali e affettivi offerti al bambino.

1. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E PRIMA INFANZIA

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

I primi anni di vita possono condizionare, sia in senso positivo sia in senso negativo, lo sviluppo futuro dei bambini.

Questo non significa che, in senso deterministico, ciò che accade fin da piccolissimi incida necessariamente e inesorabilmente sulla crescita futura: molti bambini, sebbene nati in contesti caratterizzati da indigenza, superano le avversità e diventano adulti sani e produttivi, forse perché in possesso di doti personali o per fattori protettivi nella famiglia o nella comunità di appartenenza. Tuttavia le prime esperienze orientano lo sviluppo secondo percorsi che sarà più difficile modificare mano a mano che il bambino diventa adulto: un inizio in salita è costoso e arduo da superare. Si potrebbe affermare che la qualità delle prime esperienze crea, nel corso della vita, dei gradienti sociali nelle traiettorie dello sviluppo umano. Un esempio: in un'indagine su una coorte di nati in Inghilterra nel 1970, valutati con test sullo sviluppo intellettuale, emotivo e personale, i bambini che a 22 mesi di età appartenevano all'ultimo quartile per stato socio economico, erano ancora nel medesimo quartile a 10 anni. I bambini provenienti da un elevato stato socio economico avevano maggiore probabilità di occupare il quartile più alto a 10 anni, anche se collocati nel quartile più basso a 22 mesi di età, dimostrando una maggiore mobilità verso l'alto (**Morrisson, 2014**).

Secondo il report del task group su early years, education and family (**Jensen, 2013**), che ha affiancato il lavoro della European review of social determinants of health and the health divide (2013), i genitori e i loro comportamenti esercitano un'influenza potente e pervasiva sui bambini. L'interazione del neonato con chi per primo se ne prende cura orienta lo sviluppo sociale ed emotivo futuro (**Fox, 2010**): l'indirizzo verso malattie che si svilupperanno nel tempo – obesità, patologie cardiache, malattia mentali - si determina molto presto, quando il bambino è ancora piccolo (**Dyson, 2009**). Anche gli outcome cognitivi subiscono un'influenza precoce, ed esiste una solida associazione tra allattamento al seno e competenze cognitive (**Borra, 2012**). Lo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale è, nel lungo termine, influenzato dalla qualità di un contesto familiare stimolante per l'apprendimento del bambino, fin dai suoi primi mesi di vita (**Melhuish, 2008; Melhuish, 2010**).

Il ruolo cruciale dell'ambiente nel determinare lo sviluppo del bambino nei primi anni di vita è definitivamente confermato da una ricerca recentemente pubblicata sulla rivista Nature (**Villar, 2019**). Questo studio, basato sulla valutazione di 1307 bambini distribuiti tra 5 Paesi differenti (Brasile, India, Italia, Kenya e Regno Unito) mostra come, a parità di condizioni socio-economiche, ambientali e di salute, la percentuale di variabilità totale nello sviluppo neuroevolutivo, che può essere attribuita a differenze tra le diverse popolazioni è molto bassa. Si stima infatti che meno del 10% delle differenze nello sviluppo sia attribuibile ai geni (nature), mentre più del 90% riguardi l'ambiente (nurture). In particolar modo, i risultati ottenuti evidenziano come siano proprio le disuguaglianze ambientali e sociali nel corso della gravidanza e dei primi anni di vita del bambino a rappresentare il fattore più rilevante nel determinare le differenze in termini di sviluppo neuroevolutivo.

Numerose prove scientifiche tratte dalla letteratura si sono focalizzate invece sulla qualità dell'attaccamento infantile: i bambini con forme di attaccamento insicuro hanno, nel corso della vita, maggiore probabilità di incontrare difficoltà sociali ed emotive e situazioni di violenza domestica (**Dutton, 2006**), maggiore probabilità di abuso di alcol e droghe e di interessare relazioni sessuali molteplici e parallele (**Walsh, 1992**).

Un attaccamento insicuro è stato associato a precarie condizioni di salute fisica in età adulta, ictus, infarti e alta pressione del sangue (**McWilliams, 2010**); viceversa l'attaccamento sicuro è associato a comportamenti salutari, attività fisica, astinenza da fumo, alcol e droghe e guida a velocità regolare (**Huntsinger, 2004**).

La salute mentale dei genitori gioca un ruolo chiave sugli esiti relativi ai bambini: i bambini di madri con problemi di salute mentale hanno una probabilità 5 volte maggiore di sviluppare problemi di salute mentale, in particolare difficoltà emotive e di comportamento (**Meltzer, 2003**). La presenza di psicopatologie nei genitori (incluso l'abuso di droghe), soprattutto nella mamma è associata ad esiti neonatali negativi – basso peso alla nascita, nascita prematura – maggiore rischio di morte in culla e maggiore mortalità infantile. Anche i padri esercitano un ruolo fondamentale. Condividere il ruolo di genitori riduce la pressione e migliora la capacità di lavorare delle madri, aumenta il reddito familiare e riduce il rischio di povertà. La qualità della relazione tra i genitori incide sul benessere del bambino: una relazione assai conflittuale e la violenza domestica hanno nel tempo un impatto negativo (**Coleman, 2009**).

La revisione **Marmot (2010)** ha stabilito con prove inconfutabili che per ridurre le disuguaglianze di salute nel corso dell'esistenza un primo importante passo nella giusta direzione sarebbe garantire a tutti i bambini, fin dalla nascita, le condizioni più favorevoli: la tutela della salute della madre durante la gravidanza, la possibilità di sperimentare relazioni di affetto e sensibilità un ambiente stimolante e sicuro e l'accesso ad un'assistenza di alta qualità e ad un'educazione precoce e tempestiva. I bambini che "iniziano" con le migliori premesse hanno la probabilità di riuscire bene a scuola, di ottenere un impiego ben pagato e di godere di benessere psicofisico in età adulta. I neonati che hanno mamme che in gravidanza fumano o bevono, che nascono sottopeso, soffrono per un attaccamento non sicuro, vivono in un ambiente povero di cultura e carente nel linguaggio, sono esposti a relazioni in cui sono frequenti scambi verbali improntati a durezza e ostilità e sono esclusi da un'educazione prescolare di elevata qualità, quando inizieranno la scuola si troveranno in condizioni di significativo svantaggio. Inoltre la scuola, nella misura in cui non interviene per mitigare le conseguenze di una prima infanzia povera e disagiata, può ampliare il divario.

Early Child Development – ECD

Lo sviluppo precoce del bambino (Early Childhood Development - ECD) è un importante, se non il più importante, determinante sociale di salute. Questo periodo va dallo sviluppo prenatale all'età di 8 anni. Il tema della prima infanzia, nelle politiche e nei programmi, deve essere prioritario poiché è soprattutto in quei primi anni di vita che si gioca il benessere e la realizzazione delle generazioni future. L'attenzione si deve rivolgere anche alle famiglie, perché supportare lo sviluppo precoce del bambino comporta agire in modo tempestivo fin dal concepimento.

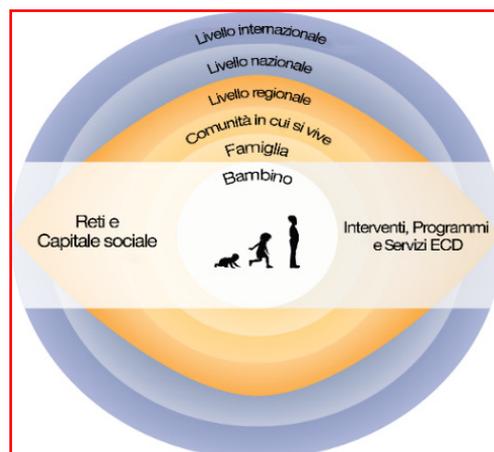
Agire nella prima infanzia:

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

Una revisione del 2014 (**Pillas 2014**) identifica i principali fattori chiave che a livello di famiglia (microsistema), quartiere (mesosistema) e contesto sociopolitico (macrosistema) producono disuguaglianze per la salute e lo sviluppo del bambino. Esiste una solida evidenza che la condizione di deprivazione del quartiere in cui si vive, un più basso livello di reddito e ricchezza dei genitori, un più basso livello di istruzione, un più basso tipo di occupazione svolta, lo stato di disoccupazione dei genitori, un lavoro dei genitori che comporta più elevati livelli di stress e lo svolgimento di mansioni più pesanti, la mancanza di un'abitazione o le condizioni di povertà della famiglia sono tutti fattori associati, in modo indipendente, ad un'ampia gamma di esiti avversi per la salute e lo sviluppo delle prima infanzia.

Lo **sviluppo globale del bambino**, per l'ECD, è quindi un **processo integrato e influenzato da un'ampia varietà di determinanti** (individuali, ambientali e relazionali), che intervengono in tempi e contesti diversi. Il Total Environment Assessment Model of Early Child Development - **TEAM-ECD** (**Fig. 1**) - della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'OMS, ben descrive le interconnessioni tra gli ambienti di vita, con relative esperienze e relazioni, con le politiche ai diversi livelli di governo e con i programmi e gli interventi, che possono promuovere e favorire lo sviluppo del bambino (**Irwin 2007; Siddiqi 2007**).

Figura 1. TEAM-ECD



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

Per quanto riguarda il contrasto alle disuguaglianze, nonostante vi siano evidenze sulla capacità che intervenire precocemente, specialmente rivolgendosi a gruppi sociali più svantaggiati, favorisca l'inclusione sociale e promuova l'equità, vi è comunque la necessità di disporre di indicazioni specifiche e quanto più possibile dettagliate sull'impatto dei diversi interventi sul contrasto alle disuguaglianze.

Dall'Early Child Development (ECD) al Nurturing Care Framework (NCF)

A partire dalle evidenze scientifiche che hanno portato alla ECD, nel 2018 è stato pubblicato il Nurturing Care Framework, un documento di rilevanza internazionale elaborato dall'OMS in collaborazione con Unicef, Banca Mondiale, Partnership per la Salute materno-infantile e numerosi altri partner. Intento del documento è fornire indicazioni e raccomandazioni operative su come investire nelle prime fasi della vita, a partire dal concepimento fino al terzo anni di vita. Il Nurturing Care Framework si contraddistingue dall'ECD per alcuni aspetti particolari:

- l'ECD prende in considerazione lo sviluppo cognitivo, fisico, linguistico, motorio, sociale e emotivo del bambino tra il concepimento e gli 8 anni di vita, mentre il NCF ha come focus il periodo compreso tra il concepimento e i 3 anni di vita del bambino, a causa dell'estrema sensibilità di questo periodo rispetto allo sviluppo umano;
- l'ECD raccoglie una serie di robuste evidenze scientifiche a favore della criticità dei primi anni di vita, mentre il NCF traduce in termini operativi questo impianto teorico delineando in maniera chiara principi guida, obiettivi, azioni strategiche e modalità di monitoraggio dei progressi rispetto ad interventi in ambito di sviluppo infantile precoce.

Gli elementi chiave intorno a cui ruotano gli interventi proposti dal NCF sono:

- *Lo sviluppo olistico del bambino*
Il NCF si fonda sul concetto che le cure fornite al bambino debbano "nutrirlo" su più piani, che includono non soltanto la cura materiale del corpo e della salute fisica, ma anche un'attenzione particolare alla componente emotiva, affettiva, educativa e culturale. Solo considerando in maniera integrata questi diversi apporti è infatti possibile promuovere la crescita del bambino incoraggiando la piena realizzazione del suo potenziale umano.
- *La presa in carico comunitaria dello sviluppo infantile precoce (whole-of-government e whole-of-society)*
Il NCF mette in evidenza come sia indispensabile una partecipazione e un impegno condiviso del governo nel suo insieme e della società nel suo insieme per promuovere una nurturing care per i bambini. In più parti del documento viene sottolineata l'importanza che le famiglie siano sostenute nel loro ruolo educativo dai servizi e dalle politiche presenti sul territorio. L'obiettivo primario che guida le azioni di intervento riguarda infatti la creazione di condizioni, da parte delle politiche pubbliche, che permettano alle comunità e ai caregiver di assicurare adeguata salute e nutrizione ai bambini e di proteggerli dai fattori di rischio, garantendo allo stesso tempo opportunità di apprendimento precoce, grazie a interazioni responsive ed emotivamente supportive.

L'attenzione, in questo senso, è rivolta in particolar modo alle comunità più svantaggiate, in cui le minacce allo sviluppo infantile precoce sono maggiori, e ai bambini con disabilità o problemi di sviluppo, rispetto ai quali il NCF propone di creare politiche, programmi e servizi più individualizzati.

Le componenti fondamentali per uno sviluppo ottimale individuate dal NCF sono:

- Buono stato di salute
- Alimentazione adeguata
- Genitorialità responsiva
- Opportunità di apprendimento precoce
- Protezione e sicurezza

Figura 2. Componenti della Nurturing Care



Fonte: Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. World Health Organization, 2018.

A queste cinque componenti si associano cinque azioni strategiche:

- Assicurare leadership e risorse
- Focalizzarsi sulle famiglie e le loro comunità
- Rafforzare i servizi
- Monitorare i progressi
- Utilizzare dati e informazioni e innovare.

Per ognuna di queste voci, il NCF propone delle specifiche declinazioni operative in ottica multiprofessionale e multidisciplinare.

2. OBIETTIVI DEL REPORT

Questo report si pone l'obiettivo di prendere in esame la letteratura scientifica più rilevante per descrivere interventi di ECD effettuati nei contesti sociosanitari e di comunità rispetto a:

- salute fisica e sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo di bambini da 0 a 3 anni di età;
- benessere psicosociale della donna in età fertile e dei genitori;
- competenze genitoriali e contesto familiare e di coppia.

Il report ha valutato le disuguaglianze di salute secondo i fattori del PROGRESS Plus. Il framework organizzativo **PROGRESS Plus** - acronimo inglese che sta per la P Luogo di residenza (Place of residence), R Razza / etnia / cultura / lingua, O Occupazione, G Genere / sesso, R Religione, E Livello di istruzione (Education), S Stato socioeconomico, S il Capitale sociale (Social capital) e Plus include età, disabilità, orientamento sessuale e altre caratteristiche che indicano una condizione di svantaggio (**Kavanagh 2008**) – è stato scelto perché valuta quelle dimensioni in cui possono esistere disuguaglianze di salute, come è stato sostenuto da Campbell and Cochrane Equity Methods Group; inoltre include i fattori suggeriti dalla Commission on social determinants of health (**Tugwell 2010**).

Come valutare le disuguaglianze di salute (Welch 2010; Oliver 2008)

- *approccio universalistico*: la valutazione della dimensione dell'effetto su tutta la popolazione, indipendentemente dal livello di bisogno e di svantaggio (per esempio gli interventi di vaccinazione infantile).
Secondo questo approccio l'intervento è rivolto alla società intera. Verrà preso in esame solo se valuta il suo effetto su uno o più dei fattori PROGRESS Plus;
- *approccio per target*: valutazione della dimensione dell'effetto solo su popolazioni svantaggiate/gruppi vulnerabili (per esempio interventi di visite domiciliari su mamme con basso livello di istruzione e basso stato socioeconomico).
Secondo questo approccio l'intervento sarà esclusivamente rivolto a un gruppo particolarmente svantaggiato con l'obiettivo di migliorare il suo stato di salute senza un preciso riferimento alla riduzione delle disuguaglianze di salute (ad esempio, l'aumento della salute nelle classi più svantaggiate potrebbe accompagnarsi a un aumento pari o maggiore, legato a qualsivoglia ragione, della salute nelle classi più avvantaggiate, mantenendo costante o aumentando le differenze di salute tra gli estremi);
- *approccio secondo il gap*: le disuguaglianze sono espresse come differenze (in termini relativi o assoluti) tra i gruppi più avvantaggiati e i gruppi meno avvantaggiati. Secondo questo approccio l'intervento ha l'obiettivo esplicito di ridurre il divario di salute tra gli estremi della scala sociale, rendendo solitamente più veloce il miglioramento delle condizioni di salute dei più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati;
- *approccio secondo gradiente*: valutazione degli effetti (benefici o danni) sul gradiente dai gruppi più svantaggiati ai meno svantaggiati.
Secondo questo approccio l'intervento sarà rivolto alla società intera secondo un approccio a gradiente (universalismo proporzionato): si tratta di misure che, tenendo in considerazione la distribuzione di risorse in tutta la popolazione, tendono all'equalizzazione delle potenzialità e opportunità di tutti gli individui di raggiungere

il miglior stato di benessere possibile (fornendo ai diversi livelli in maniera proporzionale al loro bisogno).

3. MATERIALI E METODI

Criteria di inclusione degli studi

Il report ha applicato numerosi criteri di inclusione, di seguito riportati.

- **Tipi di studio**

Solo studi che prevedono una valutazione prima e dopo l'intervento e una valutazione al follow up. Vengono perciò considerati studi randomizzati controllati sia individuali sia a cluster, studi controllati non randomizzati, studi quasi sperimentali, studi osservazionali. Sono presi in considerazione solo studi in lingua inglese pubblicati negli ultimi 10 anni (ultima data di consultazione novembre 2018).

Sono esclusi gli studi che valutano solo l'impatto economico di un intervento (per esempio rapporto costi-benefici, costo-efficacia di un programma), con l'eccezione di studi in cui l'intervento di natura economica – concessione di incentivi – è parte di una strategia più ampia. Sono escluse revisioni sistematiche e di letteratura. La decisione di escludere le revisioni, presa a posteriori, dopo la ricerca bibliografica, nasce dalla constatazione che Dors, nel 2016, ha pubblicato un policy brief sul tema degli interventi per la prima infanzia, che ha preso in esame solo revisioni sistematiche, e numerose revisioni individuate dalla ricerca sono le stesse del policy citato (**Capra 2016**). Inoltre nel 2019 è previsto un aggiornamento del policy brief.

- **Partecipanti**

Bambini da 0 a 3 anni di età e loro genitori.

Il periodo prenatale è importante per gli esiti neonatali e della prima infanzia e gli interventi di ECD coinvolgono non solo i primi tre anni del bambino ma anche i 9 mesi di gravidanza della donna. Infine alcuni interventi preconcezionali e interconcezionali, indirizzati a donne in età fertile, non ancora in gravidanza hanno un impatto soprattutto sugli esiti natali: per questo motivo saranno incluse tra i partecipanti anche le donne in età fertile.

- **Tipi di intervento**

Il report include tutti gli interventi di ECD relativi ai contesti sanitario e di comunità con effetti sulla salute, sullo sviluppo della prima infanzia e sul benessere psicofisico dei genitori e sulla genitorialità, oltre ad interventi relativi al periodo preconcezionale e interconcezionale. Questo perché la letteratura internazionale sostiene, per la prima infanzia, l'efficacia di programmi e servizi indirizzati ai bambini, ai futuri genitori, ai genitori e, per quanto concerne l'impatto sugli esiti neonatali, interventi sulle donne in età fertile, sebbene non ancora incinte.

Gli interventi si indirizzano ad una popolazione infantile sana e a genitori senza patologie pregresse: in sintesi studi di prevenzione e non di trattamento. Per questa ragione sono esclusi studi indirizzati a bambini o a genitori affetti da patologie specifiche (per esempio diabete, asma, tumori, obesità, altre condizioni croniche), problemi di salute mentale e del neurosviluppo (per esempio autismo, deficit di attenzione e iperattività, depressione), disabilità fisica e psichica.

Gli interventi presi in esame possono essere effettuati da professionisti sanitari medici, infermieri, psicologi ma anche da personale senza titolo professionale che, dopo avere conseguito una formazione specifica, esercita il ruolo come personale volontario, spesso integrato nel contesto delle comunità di appartenenza o per conto di organizzazioni. Gli interventi possono essere indirizzati a singole famiglie e ai loro bambini o a gruppi di famiglie, svolgersi presso l'abitazione dei destinatari, in contesti

sanitari – dipartimenti materno-infantili, assistenza sanitaria di base, reparti di ginecologia e altri reparti ospedalieri – o della comunità – luoghi informali, sedi di programmi che assistono famiglie indigenti, associazioni culturali, che offrono svago e intrattenimento.

Gli interventi inclusi devono avere effetti sulle disuguaglianze di salute. Perciò si focalizzano su:

- un approccio universale ma con un'analisi stratificata secondo uno o più fattori PROGRESS Plus;
- un approccio per target che valuta gli effetti (benefici o danni) solo in popolazioni svantaggiate (per esempio popolazioni che soffrono condizioni di disuguaglianza per le loro caratteristiche, secondo uno o più fattori PROGRESS Plus);
- un approccio secondo gap, che valuta le differenze negli effetti (benefici o danni) tra i gruppi più e meno avvantaggiati;
- un approccio secondo gradiente, che valuta gli effetti (benefici o danni) sul gradiente dai gruppi più svantaggiati ai meno svantaggiati.

Gli interventi sono realizzati nei paesi dell'occidente industrializzato in Europa e nel mondo.

Sono perciò esclusi tutti i paesi a basso e medio reddito.

Sono esclusi interventi relativi a problemi di tipo specificamente clinico del periodo preconcezionale, della gravidanza o postnatali, senza riferimento ai destinatari finali e senza una ricaduta sul tema delle disuguaglianze, interventi realizzati nel setting educativo prescolare, con l'eccezione di interventi che utilizzano il setting prescolare solo come luogo per reclutare i partecipanti allo studio, ma poi realizzano le attività nei contesti sanitario e di comunità. Sono esclusi interventi esclusivamente di natura economica, studi di fattibilità, studi che considerano dati di processo o di implementazione ma non outcome finali.

Per la loro varietà, eterogeneità e diversità gli interventi verranno classificati secondo 4 tipologie - visite domiciliari, interventi a supporto della genitorialità, educazione preconcezionale, prenatale e postnatale, interventi di prevenzione della depressione postpartum -, sebbene, come ogni tipo di classificazione, che tenta di semplificare e razionalizzare, alcuni interventi verranno forzati in una categoria, per quanto sarebbero attribuibili a più categorie.

• **Tipi di outcome**

Gli outcome relativi ai bambini, donne in gravidanza, donne in età fertile, genitori, ruolo genitoriale verranno classificati secondo i più importanti aspetti chiave preconcezionali, prenatali e postnatali, sui quali è fondamentale agire per prevenire e ridurre le disuguaglianze:

- benessere psicosociale dei futuri genitori / genitori / donne in età fertile (per esempio stress, ansia, depressione, stili di vita e comportamenti non salutari, fumo, alcol, droghe, dieta);
- violenza domestica all'interno del rapporto di coppia;
- sviluppo perinatale e nascita del bambino (per esempio mortalità infantile, basso peso alla nascita, nascita prematura);
- sostegno alla genitorialità (per esempio relazione di coppia, competenze genitoriali, relazione genitore bambino, attaccamento);
- sicurezza e protezione del bambino (per esempio stato di salute del bambino, sicurezza domestica, incidenti domestici, abuso e trascuratezza del bambino);

- alimentazione: allattamento al seno e prevenzione dell'obesità infantile;
- sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.

Ricerca per l'identificazione degli studi

È stata consultata una banca dati (MEDLINE) per individuare tutti gli studi pubblicati da novembre 2007 a dicembre 2018 (ultima data di consultazione 12 novembre 2018). Per creare la stringa di ricerca sono stati utilizzati gli elementi del modello PICO (P, Popolazione; I, Intervento; C, Confronto; O, Outcome / Esito). Sono stati inseriti limiti sul disegno di studio.

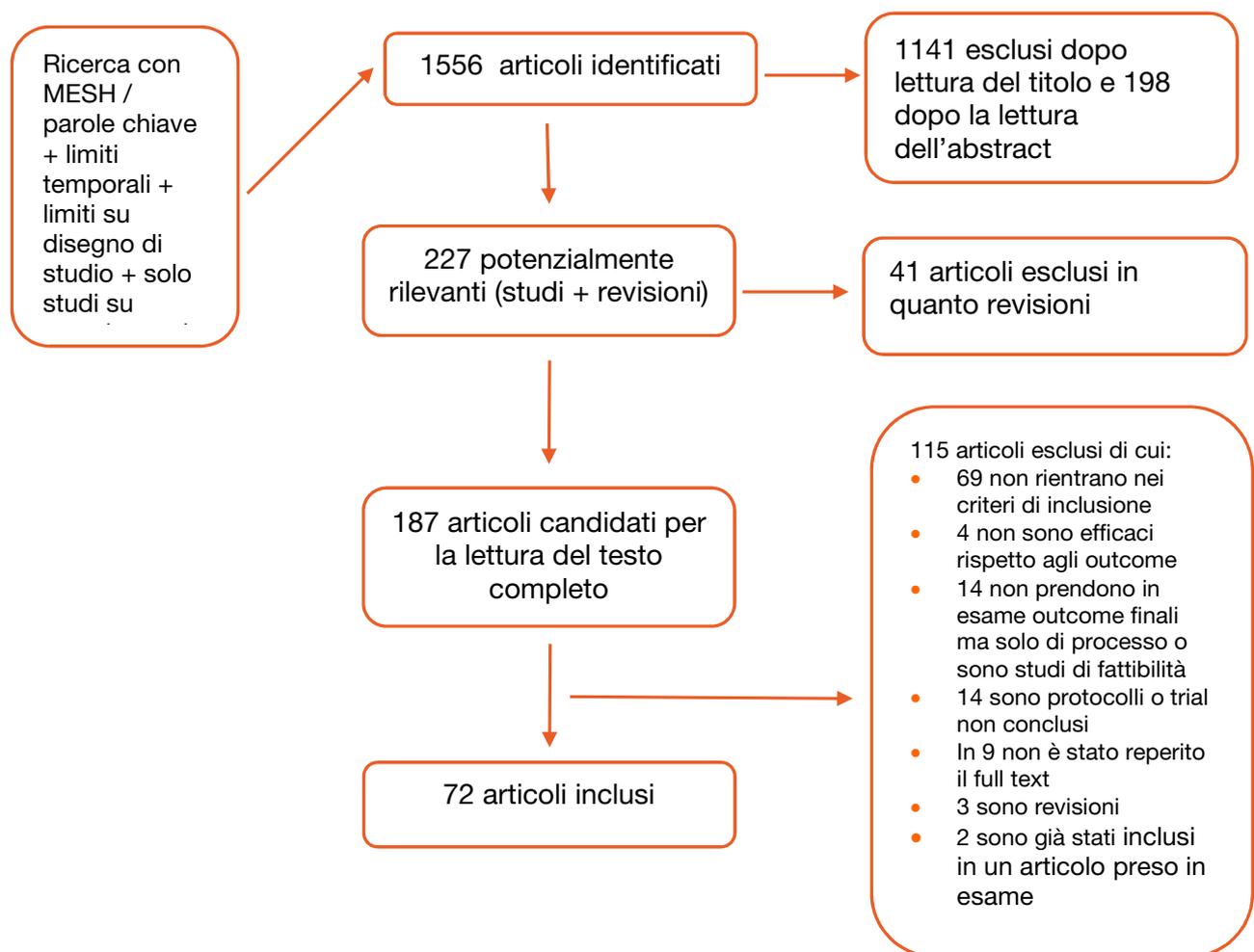
In **Allegato 1** la strategia di ricerca in dettaglio.

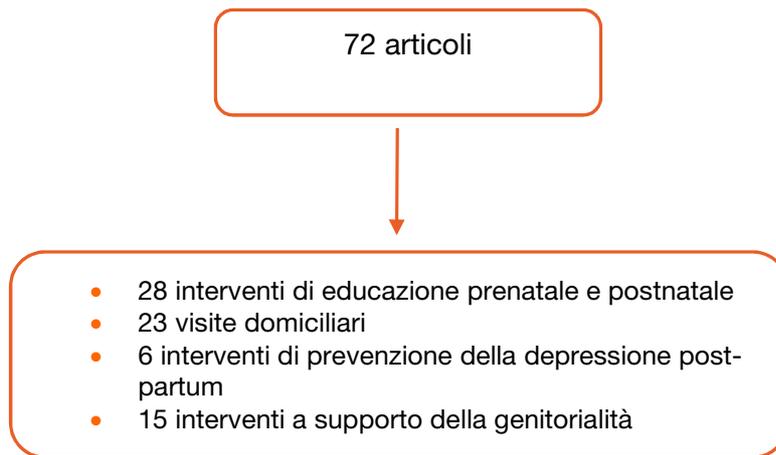
4. RISULTATI

Dalla ricerca effettuata sono risultati 1556 articoli (data della ricerca 12 novembre 2018), riferiti complessivamente alle 4 tipologie di intervento – educazione prenatale e postnatale, visite domiciliari, interventi a supporto della genitorialità, interventi per la prevenzione della depressione postpartum -. Dopo una prima fase di screening degli articoli, in seguito alla lettura del titolo ne sono stati esclusi 1141 e 425 sono stati selezionati per la lettura dell'abstract. A seguito della lettura dell'abstract dei 425 iniziali, 198 sono stati esclusi e 227 sono stati inclusi per essere letti integralmente. Tuttavia di questi 227 articoli, 41 sono revisioni per cui non vengono prese in considerazione e 187 sono gli articoli candidati alla lettura del testo completo. A seguito della quale 115 articoli sono stati esclusi e 72 inclusi (Figura 3).

Di seguito la flow chart PRISMA illustra il percorso di selezione completo dei vari step:

Figura 3. Prisma flow chart





Settantadue studi vengono inclusi e vengono successivamente classificati, secondo le 4 tipologie di intervento sopra citate (Figura 3):

- 28 interventi di educazione prenatale e postnatale
- 23 visite domiciliari
- 6 interventi di prevenzione della depressione postpartum
- **15 interventi a supporto della genitorialità**

I capitoli successivi prenderanno in esame solo gli interventi a supporto della genitorialità.

Interventi a supporto della genitorialità

Gli interventi a supporto della genitorialità hanno lo scopo di rafforzare la qualità delle relazioni genitore-figlio migliorando le condotte genitoriali; gli aspetti che incidono sul ruolo genitoriale per esempio il benessere psichico e la salute mentale, le competenze e le conoscenze; l'adattamento emotivo e comportamentale del bambino; le modalità di funzionamento della famiglia più in generale. Gli interventi a supporto della genitorialità sono in genere offerti ai genitori in forma di corsi di 8-12 settimane, per una o due ore ogni settimana. Possono essere individuali o di gruppo e svolgersi in setting differenti: clinico, sociale di comunità (scuola, chiese ...).

Implicano l'uso di programmi standardizzati, che tuttavia possono essere adattati e modificati in base ai bisogni, che prevedono uno specifico manuale e protocollo e sono finalizzati ad aumentare conoscenze, competenze e atteggiamenti dei genitori.

Gli interventi a supporto della genitorialità sono sorretti da differenti approcci teorici (comportamentale, cognitivo-comportamentale, sistemico familiare, adleriano) e possono implicare l'uso di differenti tecniche per la concreta realizzazione: discussione, giochi di ruolo, video o brevi sketch o compiti a casa. Gli interventi comportamentali si fondano sulle teorie dell'apprendimento sociale e insegnano ai genitori come utilizzare una serie di strategie comportamentali di base per gestire i comportamenti dei figli; alcuni di questi interventi prevedono l'uso di video a titolo di esempio. Gli interventi di indirizzo cognitivo hanno lo scopo di aiutare i genitori ad identificare e modificare distorti modelli di credenze e modi di pensare, che possono influenzare i loro comportamenti. Mentre gli interventi cognitivo-comportamentali associano elementi dei due approcci. Altri tipi di interventi per

esempio adleriani, si focalizzano sull'uso delle conseguenze logiche e naturali e di strategie di "apprendimento riflessivo" (Barlow 2014).

Descrizione degli studi inclusi

I partecipanti

Rispetto ai fattori PROGRESS Plus, le condizioni di svantaggio socio economico sono il fattore più rappresentato, da solo o in combinazione con altri fattori, principalmente l'etnia, il livello di istruzione e il luogo di residenza. Non sono stati considerati (o solo marginalmente) gli indicatori "Religione", "Capitale sociale", "Occupazione", mentre talvolta la popolazione partecipante rientra in uno o più delle categorie Plus (per esempio genitore single, età adolescente, consumatore di alcol e droghe).

In generale, nessuno degli studi ha misurato in modo specifico la capacità dell'intervento di ridurre le disuguaglianze. Tuttavia, tutti gli studi hanno utilizzato degli indicatori di disuguaglianza per selezionare la popolazione cui proporre l'intervento, adottando un approccio per target.

Teorie di base asseriscono che non sono le condizioni di svantaggio in sé a determinarne la persistenza, quanto piuttosto i fattori di mediazione che possono agire in senso positivo o negativo. Tutti gli studi presi in esame agiscono sulla modificazione positiva dei fattori di mediazione. Pertanto, anche se nessuno studio afferma in modo deterministico la propria efficacia nella riduzione delle disuguaglianze, dal momento in cui tutti gli studi sono in grado di generare un qualche effetto benefico sui fattori di mediazione comportamentali, tutti gli interventi hanno la potenzialità di ridurre le disuguaglianze a lungo termine e a livello di popolazione.

Gli interventi a supporto della genitorialità lavorano innanzitutto sulla relazione, per cui la popolazione destinataria di gran parte degli studi è la coppia, ancora prevale la coppia mamma-bambino (**8 studi**), anche se numerosi sono gli interventi indirizzati genericamente alla coppia genitore – bambino (**6 studi**) e solo uno è indirizzato ai padri, sebbene sia risaputa l'influenza fondamentale della figura paterna sul benessere e lo sviluppo infantile.

Disegno di studio

Il disegno di studio più rappresentato è il trial randomizzato controllato (**13 studi, Baggett 2017, Brock 2016, Canfield 2015, Cassidy 2017, Gross 2009, Hackworth 2017, Hutchings 2016, Hutchings 2007, Kaminski 2013, Mendelsohn 2007, Neville 2013, Rosenblum 2018, Smith Stover 2015**), un trial randomizzato è di comunità (**Rosenblum 2017**), uno studio adotta un disegno pre-post (**Love 2016**).

Il contesto

In riferimento al contesto, sono in numero maggiore gli studi che si svolgono nel contesto della comunità (**7 studi, Baggett 2017, Cassidy 2017, Hutchings 2016, Hutchings 2007, Love 2016, Neville 2013, Smith Stover 2015**), 5 studi riguardano interventi che si svolgono in ambito sanitario (**Brock 2016, Canfield 2015, Gross 2009, Hackworth 2017, Mendelsohn 2007**), e 3 coinvolgono entrambi i setting, che quindi operano in sinergia

(Kaminski 2013, Rosenblum 2017, Rosenblum 2018). In particolare, se spesso l'arruolamento dei partecipanti avviene in un contesto sanitario o l'intervento eredita i partecipanti a programmi già in atto, il coinvolgimento, il sostegno, la compliance delle comunità di appartenenza aumentano la probabilità di ottenere effetti positivi.

Gli aspetti chiave di salute

Gli interventi a supporto della genitorialità si indirizzano contemporaneamente a più fattori chiave, a conferma della loro complessità e soprattutto della stretta relazione tra più fattori chiave, interdipendenti e tutti in qualche modo corresponsabili del benessere fisico e dello sviluppo socio emotivo del bambino. Lavorano principalmente sull'aspetto della genitorialità, sempre strettamente correlato ad altri aspetti: innanzitutto lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. Perché migliorare le competenze del genitore e la sua relazione con il figlio attraverso interventi precoci, ha certamente un impatto sul benessere psicofisico del bambino (Brock 2016, Cassidy 2017, Gross 2009, Hackworth 2017, Hutchings 20007, Kaminski 2013, Love 2016, Mendelsohn 2007). Un altro aspetto associato alla genitorialità a cui si indirizzano i programmi per genitori è il benessere psicosociale dei genitori (Rosenblum 2017, Rosenblum 2018). Inoltre, rafforzando il benessere dei genitori e/o sostenendo il loro ruolo di genitori, si avranno poi effetti indiretti sulla sicurezza e protezione del bambino (Baggett 2017, Canfield 2015, Hutchings 2016), sulla violenza domestica (Smith Stover 2015). Solo uno studio infine, Neville 2013, lavora su un singolo aspetto chiave: lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino. Aspetti chiave assenti dagli studi presi in esame, la preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neogenitore e alimentazione, allattamento e prevenzione dell'obesità, che sono aspetti maggiormente presi in esame in altre tipologie di interventi, per esempio gli interventi di educazione prenatale o le visite domiciliari.

Tabella 1: Gli aspetti chiave

<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino 	1 (Neville 2013)
<p>Compresenza di più fattori chiave</p> <ul style="list-style-type: none"> Genitorialità + sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino Genitorialità + benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile Genitorialità + sicurezza e protezione del bambino Genitorialità + benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile + violenza domestica Genitorialità + benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile + sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile + sicurezza e protezione del bambino 	<p>8 (Brock 2016, Cassidy 2017, Gross 2009, Hackworth 2017, Hutchings 20007, Kaminski 2013, Love 2016, Mendelsohn 2007)</p> <p>2 (Rosenblum 2017, Rosenblum 2018)</p> <p>1 (Baggett 2017)</p> <p>1 (Smith Stover 2015)</p> <p>1 (Hutchings 2016)</p> <p>1 (Canfield 2015)</p>

I risultati

La maggioranza degli interventi a supporto della genitorialità presi in esame dagli studi inclusi nel report, promuovono una genitorialità responsiva, reattiva e sensibile per prevenire o ridurre problemi di comportamento infantile – disadattamento, comportamenti antisociali, aggressività – predittori di difficoltà psicosociali in età adulta. Lo fanno adottando modalità di gioco responsivo, videoregistrando l'interazione genitore – figlio, rinforzando la salute psicosociale dei genitori, che spesso è un fattore di mediazione che ha un impatto importante sulla salute e sullo sviluppo dei figli.

Lo studio di **Brock del 2016** analizza il concetto della “cascata del disadattamento” e valuta l'efficacia di un intervento che adotta una strategia di gioco responsivo. Basandosi sulla psicologia dello sviluppo, gli autori identificano una successione a tre nodi: (1) difficoltà del bambino nel soddisfare le aspettative del genitore; (2) avversione del genitore per il bambino in conseguenza alla difficoltà manifestata; (3) disadattamento del bambino nel breve e nel lungo periodo, con rinforzi reciproci negativi della diade, in un circolo vizioso che può protrarsi per tutta l'infanzia e oltre. I risultati mostrano un effetto condizionale indiretto della difficoltà del bambino sul proprio disadattamento, mediato dal comportamento aversativo del genitore. Nel gruppo d'intervento, dove veniva utilizzato il gioco orientato sul bambino (Child-Oriented Play), l'effetto condizionale era assente, mentre era presente nel gruppo di controllo, dove veniva utilizzato il gioco abituale (Play as usual). Pertanto, sviluppare nei genitori le capacità di gioco responsivo è un mezzo efficace per interrompere la cascata del disadattamento. Infine è stato osservato un effetto secondo gradiente, per cui tanto più il bambino aveva un carattere “difficile”, tanto maggiore era l'entità del miglioramento (anche solo per un effetto di regressione sulla media).

Lo studio **Canfield 2015** ha valutato l'efficacia di due interventi di promozione della genitorialità responsiva – Video Interaction Project (VIP) e Building Blocks (BB) - nel ridurre il ricorso alla punizione fisica, in genitori appartenenti a contesti svantaggiati. E se l'impatto è mediato dall' aumento di una genitorialità reattiva e sensibile e dalla riduzione del rischio psico-sociale della madre (sintomi di stress o depressione). VIP videoregistra le interazioni madre-figlio durante le 11 visite pediatriche dei bilanci di salute, che si svolgono dalla nascita ai 2 anni di età. La videoregistrazione è commentata con la madre, al fine di stimolare riflessioni sui propri comportamenti. BB prevede l'invio mensile per posta (nascita-3 anni) di materiali su genitorialità responsiva, finalizzati ad aumentare l'autostima dei genitori. Nel programma VIP la strategia è costituita da tre elementi: (a) promozione nel genitore dell'autoriflessione, in seguito all'osservazione del proprio stile genitoriale tramite la visione, con un operatore, dei video registrati durante l'interazione coi propri figli; (b) l'instaurazione di una relazione di fiducia e supporto con l'operatore; (c) promozione di uno stile genitoriale responsivo.

La valutazione dell'effetto è definito come “aumento della responsività”, misurata con il questionario STIM-Q. Si è tenuto conto del rischio psico-sociale della madre (stress o depressione), valutato tramite PHQ-9 e PSI-SF. VIP è associato con un più basso tasso di punizioni fisiche. Inoltre un numero inferiore di genitori VIP riferisce di aver mai fatto ricorso a punizioni fisiche. Significativi effetti indiretti vengono riferiti rispetto alla genitorialità responsiva e alle situazioni di rischio materno psicosociale, indicando che VIP ha un'influenza sui comportamenti e i fattori di rischio in questione e quindi in ultima istanza sull'uso di punizioni fisiche da parte dei genitori. In sintesi i risultati hanno dimostrato che la riduzione del ricorso alla punizione fisica è effettivamente mediata da un miglioramento della responsività genitoriale, con un effetto dose in funzione della partecipazione al programma, alla tipologia di programma (VIP o BB) e al rischio valutato alla baseline

(maggiore rischio prima, maggiore beneficio dopo l'intervento). Il dato è di particolare interesse, perché la punizione fisica è uno dei fattori che determinano lo "stress tossico", all'origine del disadattamento psico-sociale in età adulta. L'intervento costa dal 50 al 70% in meno rispetto alle visite domiciliari e agli interventi di comunità, oltre che essere erogabile dai pediatri nei propri ambulatori.

Nel **2009**, **Gross** valuta il mantenimento a lungo termine (1 anno) del Chicago Parenting Program (CPP), dopo averne valutato l'efficacia nel 2003. CPP è un programma per genitori standardizzato, migliora il ruolo genitoriale e riduce i problemi di comportamento infantili. CPP si basa sulle teorie della genitorialità responsiva, secondo le quali i genitori giocano un ruolo critico nel modellare comportamento e personalità del bambino. CPP rinforza il comportamento positivo dei genitori, aumentando l'attenzione verso il bambino quando questi attua comportamenti desiderati, mentre riduce l'attenzione e le risposte severe, rigide e incoerenti, quando il bambino attua comportamenti non desiderati.

È l'adattamento di Incredible Years alle minoranze Afro Americane e Ispaniche dei contesti urbani svantaggiati. La progettazione di CPP ha coinvolto rappresentanti della comunità Afro Americana e Ispanica, per ovviare all'elevato tasso di abbandono del programma, da parte dei genitori appartenenti a etnie Afroamericana e Ispanica. L'approccio condiviso ha permesso di identificare e modificare alcuni aspetti del programma che lo rendevano adatto solo per la classe media di etnia caucasica. Il nuovo adattamento ha registrato minori tassi di abbandono, ha consentito di migliorare l'autoefficacia, la coerenza e le competenze dei genitori, ha ridotto i comportamenti avversativi dei bambini, con un effetto a gradiente in funzione della partecipazione alle sessioni. Infatti i genitori che partecipano ad almeno il 50% delle sessioni del programma CPP riferiscono miglioramenti nell'autoefficacia genitoriale, nella disciplina coerente e accompagnata da un calore e intensità maggiori rispetto a quanto riportato dal gruppo di controllo, oltre ad una riduzione dei problemi di comportamento del bambino.

L'obiettivo generale dello studio **Hutchings 2017** è valutare l'efficacia del programma evidence-based Incredible Years Toddler Parent Programme (IYTPP) nell'incrementare competenze e responsività parentale di genitori di bambini di età compresa tra 12 e 36 mesi provenienti da contesti svantaggiati. IYTPP è un programma standardizzato che si articola in 12 sessioni fondate sugli stessi principi e componenti della teoria dell'apprendimento sociale.

Lo studio considera le seguenti misure di outcome primari: lo stato di salute mentale dei genitori, le competenze genitoriali, il comportamento del bambino, lo sviluppo del bambino, l'ambiente domestico e l'osservazione delle interazioni genitore-bambino. Tutte le misure sono raccolte all'inizio dell'intervento e in due momenti di follow-up, a 6 e 12 mesi di distanza. A 6 mesi sono stati osservati significativi miglioramenti per quanto riguarda il benessere mentale dei genitori e il livello di lodi da parte dei genitori rispetto alle misurazioni compiute all'inizio dell'intervento.

A 12 mesi è stato analizzato il rapporto sia tra i dati ottenuti all'inizio dell'intervento e il follow-up dei 12 mesi, sia tra quelli ottenuti nel follow-up dei 6 mesi e quelli dei 12. Nel primo caso, le famiglie sottoposte all'intervento mostrano significativi miglioramenti in tutte le misure di outcome, ad eccezione dell'osservazione dell'interazione genitore-figlio.

Nel confronto tra il primo e il secondo follow-up si registrano invece significativi miglioramenti per quanto riguarda l'ambiente domestico, lo sviluppo del bambino e la depressione dei genitori. Sono registrati benefici sia a breve che a lungo termine.

Nel **2007**, **Hutchings** ha valutato la capacità del programma Incredible Years nel prevenire l'insorgere di disturbi della condotta nei bambini considerati ad alto rischio. Il protocollo è

stato erogato dal sistema Sure Start (adattamento britannico dell'americana Head Start). L'intervento pone le basi teoriche nella psicologia cognitivo-comportamentale, nella teoria dell'attaccamento e dell'autoefficacia. L'assunto di partenza è che i bambini che mostrano segni precoci di comportamento antisociale siano a maggior rischio di successiva delinquenza giovanile ed esclusione sociale, con alti costi per la società. L'obiettivo era di testare nella realtà l'efficacia della genitorialità positiva, in opposizione alla coercizione, per ridurre i disturbi del comportamento. Il programma è efficace nell'incrementare attitudini positive nei genitori e nel ridurre i comportamenti antisociali nei bambini a rischio di sviluppare disordini della condotta. Il programma può essere un intervento preventivo nelle comunità svantaggiate se erogato da personale formato e certificato Sure Start che operi con elevati livelli di supervisione e supporto, per garantire la fedeltà al protocollo.

Lo studio **Kaminski 2013** valuta l'efficacia del programma "Legacy for Children, nel prevenire lo sviluppo di disturbi della condotta in bambini ad alto rischio, tramite la promozione di uno stile relazionale positivo nei genitori. Legacy for Children <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/legacy.html>, è un programma progettato per dare supporto all'abilità delle mamme a mettere in atto comportamenti positivi come genitori e relazioni positive con i propri figli, migliorando l'efficacia del loro ruolo genitoriale e la percezione materna di comunità solidale. Il programma si è sviluppato in due Università: Miami e Los Angeles, ed è stato opportunamente adattato alle differenti esigenze dei due diversi luoghi. Pertanto sono stati condotti due trial randomizzati controllati, a Miami e a Los Angeles, in cui le coppie mamma-figlio partecipanti, sono state ripetutamente valutate quando i bambini hanno 6, 12, 24, 36, 48 e 60 mesi di età. Gli outcome vengono autoriferiti dai genitori e, riguardano problemi comportamentali, socioemotivi e comportamenti iperattivi nei bambini, che, in una prospettiva a lungo termine, sono predittori di problemi di salute. I bambini di madri assegnate ai gruppi di intervento mostravano un rischio inferiore per problemi di comportamento dopo 24 mesi, per problemi socio-emotivi dopo 48 mesi, per comportamenti iperattivi dopo 60 mesi. Gli studi randomizzati controllati documentano l'efficacia del programma Legacy for Children in un arco temporale lungo (60 mesi), e la sua possibilità di essere adattato in due differenti luoghi. Questo tipo di investimenti in ambito preventivo possono ridurre il rischio di dover intervenire in seguito.

Baby-Net è l'adattamento su internet del programma americano evidence-based Play and Learning Strategies (PALS), un programma di prevenzione che ha dimostrato di rafforzare la sollecitudine e la sensibilità materna, fattori protettivi contro il maltrattamento infantile e di migliorare il comportamento socioemotivo del bambino e gli esiti legati allo sviluppo. Baby-Net, offrendo i contenuti di PALS online, sembra raggiungere alcune fasce di popolazione, in particolare a basso reddito, generalmente più difficili, superando barriere di tempo e spazio, che sono un ostacolo per la partecipazione al programma. Lo studio **Bagget 2017** però vuole valutare se sono le mamme più a rischio di maltrattamento a poter trarre benefici da Baby-Net, sia in termini di aumento del coinvolgimento e partecipazione al programma, che di effettivo miglioramento dei comportamenti. Il sottocampione di mamme ad alto rischio di maltrattamento vengono in parte assegnate al gruppo di intervento Baby-Net e in parte al gruppo di controllo che riceve un intervento non focalizzato sull'acquisizione o rafforzamento delle competenze, ma solo di sensibilizzazione. Inoltre tutto il sottocampione di mamme ad alto rischio di maltrattamento viene messo a confronto con le mamme a basso rischio di maltrattamento. Per qual che concerne il grado di coinvolgimento e partecipazione, non sembrano esserci differenze rispetto alle mamme a basso rischio di maltrattamento. Rispetto agli esiti – miglioramento

dei comportamenti materni e riduzione del rischio di maltrattamento infantile – esiste un rapporto tra l'intensità di coinvolgimento / partecipazione all' intervento e la tipologia di intervento ricevuta (Baby-Net vs intervento di sensibilizzazione): si evidenzia che una partecipazione più intensa all'intervento Baby-Net aumenta i comportamenti materni positivi e riduce il rischio di maltrattamento infantile.

Lo studio di **Cassidy** del **2017** è indirizzato all'attaccamento. Si avvale anche esso di un protocollo standardizzato già testato in altri contesti denominato “The Circle of Security-Parenting (COS-P) Intervention” somministrato a diadi madre-figli che vivono in comunità svantaggiate, per aumentare la sensibilità del caregiver (in particolare, la risposta materna al disagio del bambino) e ridurre il rischio di attaccamento insicuro e disorganizzato del bambino. Il protocollo COS-P è diviso in otto moduli di trattamento somministrato in sessioni settimanali di 90 minuti per 10 settimane; ogni modulo contiene circa 15 minuti di videoclip d'archivio che vengono visualizzati e discussi durante la sessione. Le clip riguardano le interazioni bambino-genitore. Gli outcome presi in esame si suddividono in primari - attaccamento del bambino e risposta delle madri al disagio del bambino (supportivo vs non supportivo) – secondari - funzioni esecutive del bambino (controllo dell'inibizione e flessibilità cognitiva) e problemi comportamentali di internalizzazione ed esternalizzazione del bambino.

COS-P ha ridotto l'atteggiamento non supportivo delle madri nei confronti del disagio dei figli, anche se non ha aumentato l'atteggiamento supportivo. Inoltre ha avuto un effetto su una dimensione del funzionamento esecutivo del bambino (controllo inibitorio), con i bambini del gruppo di intervento che mostrano un maggiore controllo. Tuttavia, non sembra avere effetti importanti sull'attaccamento o sui problemi di comportamento del bambino. Questo trial randomizzato controllato sull'efficacia di COS-P rappresenta un primo passo per future e più approfondite analisi su “che cosa funziona per chi” negli interventi sull'attaccamento.

Lo studio **Hackworth 2017** valuta un progetto il cui obiettivo generale è potenziare l'ambiente di apprendimento domestico di bambini appartenenti a famiglie svantaggiate, attraverso un intervento rivolto ai genitori. L'ipotesi alla base dello studio è che migliorando la qualità dell'interazione genitore-figlio e promuovendo un ambiente di apprendimento domestico ricco di stimoli sia dal punto di vista linguistico, sia da quello cognitivo e relazionale sia possibile intervenire precocemente rispetto alle disparità di sviluppo.

In concreto due studi clinici controllati randomizzati, vengono condotti parallelamente all'interno di due diversi servizi: un Infant Trial, per genitori di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 mesi, condotto nei servizi di salute materno-infantile e caratterizzato da un parenting group di 6 settimane e un Toddler Trial, per genitori di bambini di età compresa tra i 12 e i 36 mesi, caratterizzato da un gruppo di gioco facilitato della durata di 10 settimane. Gli outcome primari presi in esame sono la responsività verbale dei genitori e le attività di apprendimento condotte a casa. Gli outcome secondari includono altri aspetti relativi al comportamento dei genitori (calore e irritabilità riportate dai genitori, osservazione diretta di interazioni genitore-figlio) e all'ambiente domestico (il livello di alfabetizzazione riportato dai genitori, caos familiare).

Rispetto agli outcome primari, l'Infant trial non mostra differenza con il gruppo di controllo mentre per qual che concerne i secondari le differenze non durano nel tempo (al follow up a 32 settimane). Nel Toddler trial invece sia per gli outcome primari che secondari l'intervento dimostra la sua efficacia e tale efficacia si mantiene anche nel follow up a 32 settimane. In sintesi lo studio **Hackworth 2017** fornisce alcune prove dei benefici di un

intervento genitoriale focalizzato sull'ambiente di apprendimento domestico per i genitori di bambini tra i 12 e 36 mesi, ma non per i genitori di bambini tra i 6 e 12 mesi.

Lo studio di **Mendelshon del 2017** si rivolge a diadi mamma e neonato di etnia ispanica in cui la mamma ha un basso livello di istruzione (non ha diploma di scuola superiore).

L'approccio VIP implica l'uso di videoregistrazioni delle relazioni tra genitore e bambino, da parte di specialisti dello sviluppo infantile, mentre i genitori attendono di incontrare il pediatra per le visite periodiche di controllo.

Le sessioni del programma VIP si svolgono durante le visite pediatriche: iniziano con la prima visita dal pediatra, quando il neonato ha 2 settimane e continuano con regolarità nel corso delle successive visite di controllo, fino a quando il bambino ha 3 anni. Ogni sessione dura da 30 a 45 minuti include momenti di discussione con i genitori sullo sviluppo del bambino e la fornitura di materiale adeguato al grado di sviluppo (per esempio giochi, libro). Il cuore dell'intervento è una videoregistrazione di 5 - 10 minuti del genitore e del bambino impegnati in attività scelte dal genitore, che viene rivista e commentata con lo specialista dello sviluppo infantile.

Il programma VIP è integrato nell'ambito delle cure pediatriche di base, non richiede visite a domicilio per cui il suo costo è relativamente basso (circa 240\$ per bambino all'anno).

Si riscontra un miglioramento nelle pratiche genitoriali nel gruppo VIP rispetto al controllo, in particolare comportamenti più orientati all'insegnamento e livelli di stress inferiori nei genitori partecipanti. Per i bambini la partecipazione al gruppo VIP è associata ad una maggiore probabilità per i bambini di avere un normale sviluppo cognitivo e una minore probabilità di subire ritardi nello sviluppo.

I due interventi descritti negli articoli di **Rosenblum (2017 e 2018)** si rivolgono a donne che hanno avuto nel passato storie di violenza, che vivono in situazione di povertà e con problemi di salute mentale. Insieme alle madri sono coinvolti anche i figli piccoli (< di 6 anni). In entrambi gli studi l'intervento preso in considerazione è il "Mom power" un programma multifamigliare theory driven, limitato nel tempo (la durata è di 13 sessioni).

Di queste 13 sessioni, 3 sono individuali e 10 di gruppo. I 3 incontri individuali si svolgono presso l'abitazione della madre, una all'inizio del percorso, una a metà, una alla fine. Le sessioni individuali servono a stabilire il patto terapeutico e ad adattarlo alle esigenze della madre. Le 10 sessioni di gruppo hanno una durata di 3 ore, le mamme partecipano ad un momento conviviale iniziale in cui si pranza anche con i figli. Dopodiché si separano le madri dai figli e alcuni facilitatori, adeguatamente formati, forniscono informazioni evidence based sullo sviluppo delle capacità genitoriale e di self care. Alla fine si riuniscono le madri con i figli e si conclude la sessione con un gioco che coinvolga entrambi.

Viene offerto un rimborso e un incentivo economico sia alle madri del gruppo di intervento sia a quelle del gruppo di controllo (ricevono materiale informativo).

Nell'articolo del 2017 l'outcome preso in considerazione è la salute mentale della madre e le sue competenze genitoriale per le quali si è riscontrata un'efficacia. Nello studio rendicontato nel 2018 il focus è sulla rappresentazione materna, al termine del percorso la proporzione di donne con una rappresentazione materna sicura è maggiore nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo.

Il programma Triple P (Positive Parenting Program), è stato adattato per internet diventando Triple P Online e questo ha permesso di raggiungere a distanza molte più utenze e di risparmiare sui costi mantenendo gli stessi standard di qualità. Tuttavia la connessione ad internet tramite pc è di difficile accesso nelle aree urbane deprivate. Spesso le case non hanno un'utenza internet e i centri preposti non facilitano l'accesso al web. La diffusione degli smartphone, delle app e dei giochi in rete ha aperto delle nuove opportunità per

raggiungere queste aree difficili e con pochi servizi. Lo studio **Love 2016** valuta la fattibilità di rendere fruibile il programma Triple P Online anche dallo smartphone, aggiungendo caratteristiche di gioco in rete, identità virtuale (per garantire l'anonimato), supporto a distanza e "a richiesta". Il risultato si chiama Triple P Online Community. Il fine è di aumentare le competenze positive dei genitori provenienti da contesti difficili. Il nuovo programma è stato diffuso anche grazie al contributo delle persone riconosciute come leader nella comunità ed ha avuto un effetto "booming" per via del "contagio sociale". Le indagini qualitative e quantitative hanno misurato l'effetto dell'intervento in termini di riduzione dei comportamenti distruttivi nei bambini, riduzione nei genitori di stress e comportamenti troppo permissivi o troppo reattivi (genitorialità disfunzionale), incremento dell'autostima e dell'autoregolazione. Sono stati inoltre rilevati miglioramenti nell'interazione sociale e un elevato livello di gradimento. I risultati sono stati mantenuti a 6 mesi post intervento.

Lo studio di **Neville del 2013** valuta l'efficacia di un programma di formazione family-based, Parents and Children Making Connections – Highlighting Attention (PCMC-A), rispetto allo sviluppo cognitivo del bambino in età prescolare, in particolare la school readiness e l'attenzione selettiva. Il programma PCMC-A si svolge nel tempo di 8 settimane e associa incontri per genitori di 2 ore ciascuno e esercizi di addestramento per i bambini. La componente del programma rivolta ai genitori consiste in strategie per modulare lo stress, esercitare una disciplina dettata dalla contingenza (contingency-based discipline), regolare la capacità di risposta e l'uso del linguaggio. La componente del programma dedicata ai bambini consiste in lavori a piccoli gruppi (da 4 a 6 bambini e due adulti) progettata per migliorare la capacità di attenzione e lo stato emozionale. Lo studio Neville 2013 valuta lo sviluppo neurocognitivo dei bambini e il comportamento dei genitori. In particolare sono previste misure elettrofisiologiche delle funzioni del cervello del bambino che supportano l'attenzione selettiva, misure standardizzate delle funzioni cognitive, comportamenti infantili autoriferiti dai genitori, comportamenti genitoriali e livelli di stress autoriferiti dai genitori stessi. Il gruppo di intervento ottiene risultati positivi rispetto a tutti gli outcome dei bambini e dei genitori. Il deficit cognitivo nei bambini provenienti da famiglie svantaggiate è un elemento di disuguaglianza: i risultati positivi del programma danno impulso allo sviluppo e all'implementazione di programmi educativi evidence-based indirizzati a famiglie ad alto rischio.

Lo studio di **Smith Stover del 2015** è principalmente rivolto a padri con figli di età inferiore a 10 anni con una storia di violenza e abuso di sostanze.

Sono offerti 14 interventi intensivi di counselling comportamentali e alcuni con la partecipazione delle madri e dei figli. Viene inoltre dato un incentivo economico ai partecipanti.

Le differenze pre-post nell'abuso di sostanze, nella diminuzione degli episodi di violenza e nel miglioramento delle capacità genitoriali non sono risultate significative dal punto di vista statistico.

5. CONCLUSIONI E LIMITI

Dagli studi presi in esame si possono evincere i seguenti aspetti:

- prevale l'approccio della Nurturing Care Framework, basato sulla riduzione dei fattori di rischio, attraverso un incremento delle capacità genitoriali trasversali (capacità di ascolto, responsività, comprensione dei bisogni del bambino, ...);
- gli interventi vengono declinati su tematiche specifiche, pur mantenendo lo stesso intento di supporto alla genitorialità responsiva;
- particolare attenzione viene posta sul fornire ai genitori strumenti adatti ad incrementare gli stimoli cognitivi, sensoriali e affettivi offerti al bambino;
- risultano efficaci interventi basati su protocolli standardizzati, ma adattati al contesto locale.

Per quanto riguarda la valutazione degli interventi a supporto della genitorialità, gli studi teorici hanno dimostrato il ruolo chiave del comportamento dei genitori nel modulare il comportamento dei figli, fin dai primi mesi di vita. La dimostrazione verte sull'evidenza del fatto che, modificando lo stile genitoriale da punitivo in supportivo, è possibile misurare un cambiamento positivo nel comportamento del bambino, mantenuto a distanza di tempo. La convergenza delle teorie di base con obiettivi e strategie di promozione della salute ha permesso di sviluppare interventi di popolazione in grado di rendere fruibili al singolo genitore programmi formativi d'impatto rilevanti, anche grazie al coinvolgimento capillare dei pediatri, dei servizi sociali e delle reti locali.

In particolare rispetto al setting di intervento, la realizzazione degli interventi durante le visite pediatriche sembra essere un'opportunità vantaggiosa in quanto i costi e le competenze da mettere in campo sono limitate ed il livello di adesione è elevato soprattutto per le fasce di popolazione più svantaggiate.

Rispetto ai limiti, si evidenzia ancora una volta la scarsità di studi che coinvolgano il padre, nella maggioranza dei casi sono coinvolte le madri con i figli.

Sono assenti gli studi che valutano l'impatto dell'intervento sulla riduzione del gap tra gruppi con diverso status socio-economico. Nella maggior parte dei casi il contesto di intervento è quello statunitense in cui il sistema di welfare è differente da quello italiano ed europeo.

L'analisi della letteratura sull'efficacia degli interventi a supporto della genitorialità, per la riduzione delle disuguaglianze nella prima infanzia, ha portato alla descrizione di alcuni programmi standardizzati che potrebbero essere trasferiti in altri contesti locali. Tuttavia, nonostante l'attenzione usata nella selezione degli studi, si segnala che è carente ricerca di buona qualità e vi sono numerose ed ampie zone grigie in cui vi è incertezza sull'efficacia di un intervento e/o delle sue alternative.

Questo non dovrebbe tuttavia determinare la paralisi decisionale, perché il principio della Evidence-based Medicine richiede di fondare le decisioni cliniche sulle "migliori evidenze disponibili" e non sulle "migliori evidenze possibili" che in alcune aree della ricerca - per motivi etici, economici o metodologici - potrebbero non essere mai disponibili.

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Studi inclusi (in ordine alfabetico)

Baggett 2017

Baggett K, Davis B, Feil E, Sheeber L, Landry S, Leve C, Johnson U. A randomized controlled trial examination of a remote parenting intervention: engagement and effects on parenting behavior and child abuse potential. *Child Maltreat*. 2017 Nov;22(4): 315-323.

Brock 2016

Brock RL, Kochanska G. Toward a developmentally informed approach to parenting interventions: Seeking hidden effects. *Dev Psychopathol*. 2016 May; 28(2): 583-93.

Canfield 2015

Canfield CF, Weisleder A, Cates CB, Huberman HS, Dreyer BP, Legano LA, Johnson SB, Seery A, Mendelsohn AL. Primary care parenting intervention and its effects on the use of physical punishment among low-income parents of toddlers. *J Dev Behav Pediatr*. 2015 Oct; 36(8): 586-93.

Cassidy 2017

Cassidy J, Brett BE, Gross JT, Stern JA, Martin DR, Mohr JJ, Woodhouse SS. Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Dev Psychopathol*. 2017 May; 29(2): 651-673.

Gross 2009

Gross D, Garvey C, Julion W, Fogg L, Tucker S, Mokros H. Efficacy of the Chicago parent program with low-income African American and Latino parents of young children. *Prev Sci*. 2009 Mar; 10(1): 54-65.

Hackworth 2017

Hackworth NJ, Berthelsen D, Matthews J, Westrupp EM, Cann W, Ukoumunne OC, Bennetts SK, Phan T, Scicluna A, Trajanovska M, Yu M, Nicholson JM. Impact of a brief group intervention to enhance parenting and the home learning environment for children aged 6-36 months: a cluster randomised controlled trial. *Prev Sci*. 2017 Apr; 18(3): 337-349.

Hutchings 2017

Hutchings J, Griffith N, Bywater T, Williams ME. Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales. *Child Care Health Dev*. 2017 Jan; 43(1):104-113.

Hutchings 2007

Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, Eames C, Edwards RT. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Mar 31; 334(7595): 678.

Kaminski 2013

Kaminski JW, Perou R, Visser SN, Scott KG, Beckwith L, Howard J, Smith DC, Danielson ML. Behavioral and socioemotional outcomes through age 5 years of the legacy for children public health approach to improving developmental outcomes among children born into poverty. *Am J Public Health*. 2013 Jun; 103(6): 1058-66.

Love 2016

Love SM, Sanders MR, Turner KM, Maurange M, Knott T, Prinz R, Metzler C, Ainsworth AT. Social media and gamification: Engaging vulnerable parents in an online evidence-based parenting program. *Child Abuse Negl*. 2016 Mar; 53: 95-107.

Mendelsohn 2008

Mendelsohn AL, Valdez PT, Flynn V, Foley GM, Berkule SB, Tomopoulos S, Fierman AH, Tineo W, Dreyer BP. Use of videotaped interactions during pediatric well-child care: impact at 33 months on parenting and on child development. *J Dev Behav Pediatr*. 2007 Jun; 28(3): 206-12.

Neville 2013

Neville HJ, Stevens C, Pakulak E, Bell TA, Fanning J, Klein S, Isbell E. Family-based training program improves brain function, cognition, and behavior in lower socioeconomic status preschoolers. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013 Jul 16; 110(29): 38-43.

Rosenblum 2018

Rosenblum K, Lawler J, Alfafara E, Miller N, Schuster M, Muzik M. Improving maternal representations in high-risk mothers: A randomized controlled trial of the Mom Power Parenting intervention. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018 Jun; 49(3): 372-384.

Rosenblum 2017

Rosenblum KL, Muzik M, Morelen DM, Alfafara EA, Miller NM, Waddell RM, Schuster MM, Ribardo J. A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Oct; 20(5):673-686.

Smith Stover 2015

Smith Stover CS. Fathers for change for substance use and intimate partner violence: initial community pilot. *Fam Process*. 2015 Dec; 54(4): 600-9.

Altri riferimenti bibliografici (in ordine alfabetico)

Barlow 2014

Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5.

Borra 2012

Borra C, Iacovou M, Sevilla A. The effect of breastfeeding on children's cognitive and non cognitive abilities. Labour Economics 2012; 19: 496-515.

Capra 2016

Capra P, Dettoni L, Suglia A, Di Pilato M, Marino M, Ragazzoni P, Scarponi S. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. Grugliasco: DoRS, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, INMP, 2016.
<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2892>

Coleman 2009

Coleman L, Glenn F. When couples part, understanding the consequences for adults and children. London, One Plus One, 2009.

Commissione Europea 2009

Commissione Europea, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU {SEC(2009) 1396} {SEC(2009) 1397}, 2009.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52009DC0567&from=EN>

Dutton 2006

Dutton DG, Corvo K. Transforming a flawed policy: a call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. Aggression and Violent Behavior 2006; 11(5): 457-483.

Dyson 2009

Dyson A et al. Childhood development, education and health inequalities. London, Marmot Review, 2009.

European portal action for health inequalities

European portal action for health inequalities - <http://www.health-inequalities.eu/>

Fox 2010

Fox SE, Levit P, Nelson CA III. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. Child Development 2010; 81: 28-40.

Huntsinger 2004

Huntsinger ET, Luecken LJ. Attachment relationships and health behavior: the mediational role of self - esteem. Psychology and Health 2004; 19: 515-526.

Irwin 2007

Irwin LG, Arjumand Siddiqi RN, Hertzman C. Early Child Development: A powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on the social determinants of health, 2007. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf?ua=1>

Jensen 2013

Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Who Regional Office for Europe, 2013.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years.-family-and-education-task-group-report.pdf

Kavanagh 2008

Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections in developing and using PROGRESS-Plus. Equity update. <http://www.equity.cochrane.org/Files/Equity'Update'Vol2'Issue1.pdf>, 2008; Vol. 2: 1–3.

Marinacci 2014

Marinacci C., Maggini M. Lo stato delle disuguaglianze di salute in Italia. In Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (a cura di) L'equità nella salute in Italia- Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Franco Angeli e Fondazione Smith Kline, Milano, 2014.

Marmot Review Team 2010

Marmot Review Team. Fair society health lives. London, Marmot Review 2010.

<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Marmot 2008

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008; 372(9650): 1661–1669.

Marmot 2006

Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006; 368: 2081-2094.

McWilliams 2010

McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the national comorbidity survey replication. *Health Psychology* 2010; 29: 446–453.

Melhuish 2008

Melhuish EC, Phan MB, Sylva K, Sammond P, Siraj-Blathford I, Taggart B. Effects of the home learning environment and preschool center experience upon literacy and numeracy development in early primary school. *Journal of Social Issues* 2008; 64: 95–114.

Melhuish 2010

Melhuish EC. Why children, parents and home learning are important. In: Sylva K et al., eds. *Early childhood matters: evidence from the effective pre-school and primary education project*. London, Routledge, 2010.

Meltzer 2003

Meltzer H, Gathward R, Corbin T, Goodman R, Ford T. *The mental health of young people looked after by local authorities in England: summary report*. London, Department of Health, 2003.

Oliver 2008

Oliver S, Kavanagh, J., Caird, J., Lorenc, T., Oliver, K., Harden, A., Thomas, J., Greaves A. and Oakley A. et al. *Health promotion, inequalities and young people's health: a systematic review of research*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2008.

Pillas 2014

Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric Research* 2014 Nov; 76 (5): 418-424.

Siddiqi 2007

Siddiqi A, Irwin LG, Hertzman C. Total environment assessment model for early child development. Evidence Report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, 2007.

Tugwell 2006

Tugwell P, Petticrew M, Robinson V, Kristjansson E, Maxwell L, Cochrane Equity Field Editorial Team. Cochrane and Campbell Collaborations, and health equity. *Lancet* 2006; 367(9517): 1128–30.

Tugwell 2010

Tugwell P, Petticrew M, Kristjansson E, Welch V, Ueffing E, Waters E, Bonnefoy J, Morgan A, Doohan E, Kelly MP. Assessing equity in systematic reviews: realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *BMJ*. 2010 Sep 13; 341: c4739.

Villar 2019

Villar J, Fernandes M, Purwar M, Staines-Urias E, Di Nicola P, Cheikh Ismail L, Ochieng R, Barros F, Albernaz E, Victora C, Kunnawar N, Temple S, Giuliani F, Sandells T, Carvalho M, Ohuma E, Jaffer Y, Noble A, Gravett M, Pang R, Lambert A, Bertino E, Papageorghiou A, Garza C, Stein A, Bhutta Z, Kennedy S. Neurodevelopmental milestones and associated behaviours are similar among healthy children across diverse geographical locations. *Nat Commun*. 2019 Jan 30; 10(1): 511.

Walsh 1992

Walsh A. Drug use and sexual behaviour: users, experimenters, and abstainers. *Journal of Social Psychology* 1992; 132(5): 691–693.

Welch 2010

Welch V, Tugwell P, Petticrew M, de Montigny J, Ueffing E, Kristjansson B, McGowan J, Benkhalti Jandu M, Wells GA, Brand K, Smylie J. How effects on health equity are assessed in systematic reviews of interventions. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12.

WHO 2018

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children to survive and thrive to transform health and human potential. Geneva, WHO, 2018.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/

WHO 2012

WHO. Health Impact Assessment (HIA) – Glossario dei termini utilizzati, 2012.

<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>

WHO 2013

WHO Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

7. CARATTERISTICHE DEGLI STUDI INCLUSI

1. Baggett 2017

Titolo	A randomized controlled trial examination of a remote parenting intervention: engagement and effects on parenting behavior and child abuse potential.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Diadi mamma-bambino
Numerosità del campione	159 mamme a basso reddito di lingua inglese e spagnola e i loro neonati che all'inizio dell'intervento avevano da 3 a 7 mesi di età. Nell'ambito di questo campione viene individuato, attraverso l'uso di strumenti validati, un sottocampione di mamme giudicate ad alto rischio di maltrattamento infantile (n. 31).
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; Sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Esaminare se un gruppo di madri giudicate ad alto rischio di maltrattamento infantile, migliorano il loro coinvolgimento e traggono beneficio da un intervento per genitori evidence based offerto in remoto, su internet.
Intervento/attività prevista	Baby-Net è l'adattamento su internet del programma Play and Learning Strategies (PALS). Il programma PALS è stato oggetto di una rigorosa sperimentazione e ha dimostrato di rafforzare la sollecitudine e la sensibilità materna, fattori protettivi contro il maltrattamento infantile; inoltre il programma migliora il comportamento socioemotivo del bambino e gli esiti legati allo sviluppo. Baby-Net replica l'originale struttura di apprendimento a casa del programma PALS e include le seguenti componenti: (a) apprendimento in autonomia delle competenze PALS, attraverso esempi a video e con domande di verifica con feedback immediato; (b) piano di azione che insiste su attività pratiche quotidiane da svolgere a casa; (c) video del tipo di interazioni mamma-figlio e delle abilità apprese; (d) intervento di un coach che con la madre guarda i video e offre un supporto personalizzato. I coaches di Baby-Net hanno ricevuto un'opportuna formazione e devono possedere una laurea breve in ambito psicologico o sociale o educativo. Il gruppo di intervento riceve Baby-Net, fortemente indirizzato alle abilità personali, mentre il gruppo di controllo un intervento sempre su internet, ma che

	sensibilizza i genitori, rispetto alle tappe e ai problemi dello sviluppo infantile.
Outcome	<p>Gli outcome, misurati sia da strumenti validati - scale, questionari – che attraverso l’osservazione, sono applicati solo al sottocampione di mamme ad alto rischio di maltrattamento infantile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento / partecipazione e soddisfazione verso l’intervento rispetto alla tipologia di programma (Baby-Net vs intervento di sensibilizzazione) e in confronto alle mamme a basso rischio; - Aumento di comportamenti materni positivi e riduzione del rischio di maltrattamento infantile.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Stato socio economico, istruzione
Risultati	<ul style="list-style-type: none"> - L’intensità di coinvolgimento / partecipazione e il grado di soddisfazione verso il programma Baby-Net: nel sottocampione di mamme ad alto rischio, non esiste differenza né rispetto alla tipologia di intervento né in confronto alle mamme a basso rischio di maltrattamento; - Comportamenti genitoriali materni positivi: esiste un rapporto tra l’intensità di coinvolgimento / partecipazione all’ intervento e la tipologia di intervento ricevuta (Baby-Net vs intervento di sensibilizzazione): si evidenzia che una partecipazione più intensa all’intervento Baby-Net aumenta i comportamenti materni positivi e riduce il rischio di maltrattamento infantile.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio “a target”, dal momento in cui la condizione d’interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L’intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze? Note	Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.

2. Brock, 2016

Titolo	Toward a Developmentally-Informed Approach to Parenting Interventions: Seeking Hidden Effects.
Paese	USA – Iowa
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato Per ogni diade mamma-bambino lo studio (circa 10 mesi complessivi) includeva le seguenti fasi: (1) Pretest, (2) assegnazione casuale al gruppo di intervento Child-Oriented Play (N=94) o al gruppo di controllo Play-as-Usual (N=91) (3) sessione formativa, (4) le due sessioni di gioco e di gioco a casa nel corso di 9-10 settimane, (5) post-test 1 (3 mesi dopo l'intervento), (6) post-test 2 (6 mesi dopo il post-test 1).
Popolazione considerata	diadi madre-figli* ad elevato rischio e basso reddito. Età media dei bambini 30 mesi
Numerosità del campione	186 diadi.
Setting	Sanitario
Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare se un intervento fondato sul gioco possa alterare la sequenza causale (cascata dello sviluppo) tra difficoltà del bambino - comportamenti avversativi della madre e genitorialità negativa – esiti di disadattamento del bambino. Si ipotizza che i nessi causali vengano indeboliti o annullati nelle diadi assegnate al gruppo di intervento.
Intervento/attività prevista	Intervento: gioco orientato al benessere del bambino. Le madri sono sensibilizzate a lasciare che sia il bambino a condurre il gioco, rispondendo positivamente ai suoi bisogni e seguendo le sue intenzioni. Randomizzazione delle diadi in due gruppi: 1) Intervento - gruppo di gioco responsivo: le madri permettono al bambino di condurre il gioco, rispondendo positivamente alle sue intenzioni, assecondandolo, focalizzando la loro attenzione positiva sui suoi bisogni, dando degli stimoli di rinforzo all'autostima del bambino, astenendosi da ogni sorta di comando, critica e da ogni forma di influenza negativa, punitiva o di controllo. 2) Controllo - gruppo di gioco secondo le abitudini (gruppo di controllo attivo): alle madri è richiesto di giocare secondo le modalità abituali. Le diadi di entrambi i gruppi sono osservate per 8 (otto) sessioni di gioco a casa ed in un'area gioco ricreata nel centro di ricerca, nell'arco di circa 10 settimane. Durante le sessioni di gioco, le diadi sono invitate ad interagire secondo le istruzioni ricevute e a riprodurre il gioco a casa, da soli, almeno una volta al giorno. Le sessioni sono videoregistrate, commentate e discusse con la mamma.

Outcome	<p>Le 3 fasi della sequenza causale corrispondono ad una serie di outcome e di relative misure (basate sia su osservazione, autoriferite, o su strumenti validati) e vengono valuate durante le diverse fasi dello studio:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) difficoltà del bambino (pre-test). Le misure relative – basate su osservazione - sono: non responsività del bambino agli stimoli della madre durante le interazioni abituali; assenza di cooperazione del bambino alle proibizioni poste dalla madre, reazioni emotive negative del bambino nei confronti della madre b) comportamenti avversativi della madre e genitorialità negativa (post-test 1). Le misure relative – basate su osservazione o autoriferite sono: controllo materno basato sul "potere del ruolo" o sull' "assertività", non responsività nei confronti del bambino, emozioni negative nei confronti del bambino, non responsività materna autoriferita c) disadattamento del bambino (post-test 2). Le misure dei comportamenti infantili che indicano disadattamento sono basate sul punteggio materno ad uno strumento validato, che produce punteggi per ogni problema di comportamento: disturbo oppositivo-provocatorio", disturbo della condotta, ansia da separazione, fobia specifica, disordine ossessivo-compulsivo", disturbo d'ansia generalizzata", depressione, fobia sociale, disturbo post-traumatico da stress" e disturbo da deficit di attenzione/iperattività"
Risultati	<p>La sequenza causale tra difficoltà del bambino - comportamenti avversativi della madre e genitorialità negativa – esiti di disadattamento del bambino era presente nel gruppo di controllo ma assente o spezzata nel gruppo di intervento.</p> <p>I risultati sono coerenti con l'ipotesi dell'intervento: migliorando la relazione mamma-bambino, questa a sua volta serviva a moderare le future dinamiche mamma-bambino, mutando le sue altrimenti negative traiettorie. Un più attento esame della cascata rivelava che, alla fase post-test 1, le mamme del gruppo di controllo presentavano maggiormente comportamenti avversativi e una genitorialità negativa rispetto alle mamme del gruppo di intervento.</p>
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, etnia, livello di istruzione, stato socio-economico, età.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiate.

Note

L'intervento sembra esercitare la sua influenza sulla cascata indebolendone il primo nesso, tra difficoltà del bambino e genitorialità negativa.

Questo studio contribuisce al continuo riavvicinamento tra psicologia dello sviluppo e ambito degli interventi preventivi. Mette in evidenza i sottili, nascosti cambiamenti nel rapporto genitoriale che si evolve nel tempo tra mamma e figlio e chiarisce i potenziali punti di accesso per interventi futuri, indirizzati soprattutto ai genitori dei bambini più problematici.

3. Canfield, 2015

Titolo	Primary Care Parenting Intervention and Its Effects on the Use of Physical Punishment Among Low-Income Parents of Toddlers.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato. Analisi in cieco
Popolazione considerata	Diadi composte da madri maggiorenni, ispaniche immigrate di prima generazione, in grado di parlare inglese o spagnolo, a basso reddito, e bambini nati a termine e sani.
Numerosità del campione	438 partecipanti, distribuiti in tre bracci: VIP (n161), BB (n113), Gruppo di controllo (n164)
Setting	Sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile; sicurezza e protezione del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare 1) l'effetto di Video-Interaction Project (VIP) e Building Blocks (BB) – due interventi di cure primarie precoci, per genitori - sul ricorso alla punizione fisica, tra bambini appartenenti a famiglie a basso reddito; 2) se l'impatto dei due interventi è mediato dall' aumento di una genitorialità reattiva e sensibile e dalla riduzione del rischio psico-sociale della madre.
Intervento/attività prevista*	VIP videoregistra le interazioni madre-figlio durante le 11 visite pediatriche dei bilanci di salute, che si svolgono tra la nascita e i 2 anni di età. La videoregistrazione è commentata con la madre, al fine di stimolare riflessioni sui propri comportamenti. L'operatore guida la madre nel riconoscere e nel promuovere uno stile genitoriale positivo e responsivo. Vengono inoltre consegnati materiali informativi, personalizzati per fasce di età, come nel gruppo BB. L'intervento BB prevede l'invio mensile per posta (nascita-3anni) di materiali su genitorialità responsiva, finalizzati ad aumentare l'autostima dei genitori. I contenuti, specifici per età, riguardano alimentazione, sviluppo del bambino, sicurezza, incluse informazioni sulla disciplina positiva. L'intervento del gruppo di controllo (CG) prevede assistenza standard, informazioni generali, osservazione dell'evoluzione del bambino. Reach out and read (ROR), programma che promuove la lettura ad alta voce, viene erogato a tutti e tre i bracci.
Outcome	Uso della punizione fisica (sculacciare o schiaffeggiare la mano), autoriferito dai genitori. Variabili di mediazione: rischio psico-sociale materno – presenza di sintomi depressivi o di stress - ;genitorialità responsiva misurata tramite intervista strutturata.
Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame	luogo di residenza, etnia, status socio-economico
Risultati	438 diadi mamma-bambino sono valutati a 14 e 24 mesi di età del bambino. VIP, rispetto a BB e al gruppo di controllo, a 24 mesi di età del bambino, è associato con un più basso

	<p>tasso di punizioni fisiche. Inoltre un numero inferiore di genitori VIP riferisce di aver mai fatto ricorso a punizioni fisiche.</p> <p>Significativi effetti indiretti vengono riferiti rispetto alla genitorialità responsiva e alle situazioni di rischio materno psicosociale, indicando che VIP ha un'influenza sui comportamenti e i fattori di rischio in questione e quindi in ultima istanza sull'uso di punizioni fisiche da parte dei genitori.</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target".
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza ad una popolazione a basso reddito.
Note	I risultati dello studio sono a favore dell'efficacia di interventi di cure pediatriche primarie a migliorare la relazione genitore-figlio e nello specifico a ridurre il ricorso a punizioni fisiche in famiglie a basso reddito. Questo ha un più ampio impatto sullo sviluppo, sulla salute e sul benessere dei bambini.

*ROR Reach Out and Read: corrispettivo americano del programma nazionale Nati Per Leggere.
VIP: Video-Interaction Project; BB: Building Blocs; CG: Control Group.

4. Cassidy, 2017

Titolo	Circle of Security–Parenting: A randomized controlled trial in Head Start.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Diade madre - figli
Numerosità del campione	141 diadi madri con figli di età compresa tra i 3 e i 5 anni (75 nel gruppo di intervento e 66 nel gruppo di controllo). Le madri hanno un età superiore ai 18 anni e parlano inglese.
Setting	Comunità - Centri “Head Start” in comunità con residenti di status socioeconomico basso
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare se il programma aumenta la sensibilità del caregiver (in particolare, la risposta materna al disagio del bambino) e riduce il rischio di attaccamento insicuro e disorganizzato del bambino; riduce altri rischi associati all’attaccamento insicuro e disorganizzato (funzioni esecutive del bambino e problemi di comportamento).
Intervento/attività prevista*	L’intervento è denominato “The Circle of Security–Parenting (COS-P) Intervention”. Il protocollo COS-P è diviso in otto moduli di trattamento somministrato in sessioni settimanali di 90 minuti per 10 settimane; ogni modulo contiene circa 15 minuti di videoclip d’archivio che vengono visualizzati e discussi durante la sessione. Le clip riguardano le interazioni bambino-genitore.
Outcome	Primario: attaccamento del bambino e risposta delle madri al disagio del bambino (supportivo vs non supportivo). Secondario: funzioni esecutive del bambino (controllo dell’inibizione e flessibilità cognitiva) e problemi comportamentali di internalizzazione ed esternalizzazione del bambino.
Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame	Luogo di residenza, status socio-economico
Risultati	I tassi di attaccamento disorganizzato del bambino non differiscono tra i bambini oggetto di intervento e controlli. L’intervento ha ridotto l’atteggiamento non supportivo delle madri nei confronti del disagio dei figli. L’intervento non ha modificato l’atteggiamento supportivo delle madri verso il disagio dei figli. Si è riscontrato anche un effetto su una dimensione del funzionamento esecutivo del bambino (controllo inibitorio) con i bambini del gruppo di intervento che mostrano un maggiore controllo. Tuttavia, non sono stati registrati effetti principali dell’intervento per problemi di attaccamento o comportamento del bambino.

Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. Le diadi madri-figli incluse nello studio erano residenti in comunità svantaggiate dal punto di vista socioeconomico.

Note

5. Gross, 2009

Titolo	Efficacy of the Chicago parent program with low-income African American and Latino parents of young children.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	<p>Genitori o tutori legali di bambini di 2-4 anni in grado di parlare l'inglese, arruolati nei 7 centri per l'infanzia che sono considerati l'unità di randomizzazione e che partecipano allo studio. Lo studio include solo un bambino per genitore e se la famiglia ha più di un bambino che per età rientra nei criteri di inclusione, viene scelto il più giovane.</p> <p>I 7 centri per l'infanzia di Chicago devono rispondere ai seguenti requisiti: (a) oltre il 90% delle famiglie che ogni centro assiste sono idonee a ricevere sussidi per l'assistenza e la cura infantile, in quanto a basso reddito, (b) il centro ha ricevuto una licenza dal Department of Children and Family, (c) fornisce cura all'infanzia a tempo pieno, (d) include almeno 60 bambini che rientrano nell'età del gruppo target (2-4 anni), (e) dispone di spazio sufficiente per ospitare ogni settimana un gruppo di genitori, (f) il direttore consente che il centro sia randomizzato.</p> <p>I centri per l'infanzia vengono appaiati e assegnati casualmente al gruppo di intervento o di controllo.</p>
Numerosità del campione	253 genitori (58.9% Afroamericani, 32.8% ispanici) di bambini di 2-4 anni di età
Setting	Sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare, fino ad un anno dopo l'intervento, se il Chicago Parent Program (CPP; per approfondimenti http://www.chicagoparentprogram.org/), un programma per genitori standardizzato, migliora il ruolo genitoriale e riduce i problemi di comportamento infantili, in un campione a basso reddito di genitori afroamericani e ispanici e dei loro bambini.
Intervento/attività prevista	<p>I genitori vengono reclutati dai centri di intervento e controllo e valutati alla baseline, a 3 mesi, 6 mesi e 1 anno dall'intervento. Lavorano in gruppi guidati da 2 facilitatori che hanno ricevuto una formazione opportuna e da un leader per gruppo che condivide l'etnia della maggioranza dei partecipanti e ha un titolo professionale sanitario.</p> <p>L'intervento consiste in sessioni videoregistrate di 15 minuti di gioco spontaneo tra i genitori e i loro bambini. Al termine dei 15 minuti, gli incaricati di raccogliere i dati mettono a disposizione una serie di nuovi giochi, e il genitore e il bimbo giocano con i nuovi giocattoli per 5 minuti. Scaduto il tempo si chiede al genitore di provare a convincere il bambino a mettere in ordine i giochi. Anche questa sessione viene videoregistrata. Le sessioni di gioco e riordino sono poi codificate dai ricercatori che non conoscono il gruppo</p>

	sperimentale a cui sono stati assegnati (se di intervento o di controllo).
Outcome	<p>Outcome relativi ai genitori: autoefficacia del genitore, strategie per la disciplina - variabili: affetto vs severità e punizioni fisiche - (desunte dalla compilazione di questionari), comportamento del genitore nella sessione di gioco e di riordino - variabili: comportamento positivo, numero di ordini che il genitore impone al figlio -;</p> <p>outcome relativi al bambino: frequenza di problemi di comportamento riferiti dal genitore, dati basati sull'osservazione durante le sessioni di gioco e di riordino.</p> <p>Tutti gli outcome di interesse sono misurati con strumenti accreditati e validati. Inoltre viene preso in esame il livello medio di dose / quantità di sessioni del programma (in totale 11 sessioni) a cui i genitori hanno partecipato e se, in riferimento agli outcome presi in esame, esiste un rapporto tra quantità di sessioni e efficacia dell'intervento.</p>
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza, etnia, status socio economico
Risultati	<p>Nel follow-up ad 1 anno, i genitori del gruppo di intervento impongono meno punizioni fisiche e comandi ai loro bambini.</p> <p>I bambini del gruppo di intervento esibiscono meno problemi di comportamento nelle sessioni di gioco e di riordino rispetto ai bambini del gruppo di controllo.</p> <p>Se viene incluso il fattore quantità si osserva che i genitori che partecipano ad almeno il 50% delle sessioni del programma CPP riferiscono miglioramenti nell'autoefficacia genitoriale, nella disciplina coerente e accompagnata da calore e intensità maggiori rispetto a quanto riportato dal gruppo di controllo, oltre ad una riduzione dei problemi di comportamento del bambino.</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
Note	<p>Programmi per i genitori, disegnati in partnership con i genitori stessi, possono essere efficaci per popolazioni di genitori di estrazione economica e culturale differente, in quanto si ritagliano secondo i loro bisogni e le loro attese.</p> <p>CPP si basa sulle teorie della genitorialità responsiva, secondo le quali i genitori giocano un ruolo critico nel modellare comportamento e personalità del bambino. CPP rinforza il comportamento positivo dei genitori aumentando l'attenzione verso il bambino quando questi attua comportamenti desiderati, mentre riduce l'attenzione e le</p>

risposte severe, rigide e incoerenti quando il bambino attua comportamenti non desiderati.

6. Hackworth, 2017

Titolo	Impact of a Brief Group Intervention to Enhance Parenting and the Home Learning Environment for Children Aged 6-36 Months: a Cluster Randomised Controlled Trial.
Paese	Australia
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	I genitori che hanno preso parte allo studio sono stati reclutati sulla base dei seguenti criteri: (a) avere almeno un figlio con età compresa nel range indicato dai due programmi (6-12 mesi;12-36 mesi); (b) dimostrare almeno un indicatore di svantaggio sociale tra: reddito familiare basso, benefici fiscali o governativi, genitore single, socialmente isolato o giovane (meno di 25 anni) e background diversificato sia dal punto di vista linguistico che culturale.
Numerosità del campione	986 genitori di bambini di età compresa tra i 6 e i 12 mesi per l'Infant Trial; 1200 genitori di bambini di età compresa tra i 12 e i 36 mesi per il Toddler Trial.
Setting	Sanitario - Servizi di salute materno-infantile
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	L'obiettivo generale di questo progetto è quello di potenziare l'ambiente di apprendimento domestico di bambini appartenenti a famiglie svantaggiate attraverso un intervento rivolto ai genitori. L'ipotesi alla base dello studio è che migliorando la qualità dell'interazione genitore-figlio e promuovendo un ambiente di apprendimento domestico ricco di stimoli sia dal punto di vista linguistico, sia da quello cognitivo e relazionale, sia possibile intervenire precocemente rispetto alle disparità di sviluppo.
Intervento/attività prevista	Due studi clinici controllati randomizzati, portati avanti parallelamente all'interno di due diversi servizi: un Infant Trial condotto nei servizi di salute materno-infantile e caratterizzato da un parenting group di 6 settimane e un Toddler Trial caratterizzato da un gruppo di gioco facilitato della durata di 10 settimane. Entrambi gli studi si contraddistinguono per la presenza di uno smalltalk group-only e di uno smalltalk plus (approccio che combina un programma di gruppo con visite domiciliare individuali).
Outcome	Le misure di outcome comprendono i comportamenti dei genitori e l'ambiente domestico. Gli outcome primari riguardano la responsività verbale dei genitori e le attività di apprendimento condotte a casa. Gli outcome secondari includono altri aspetti relativi al comportamento dei genitori (calore e irritabilità riportate dai genitori, osservazione diretta di interazioni genitore-figlio) e all'ambiente domestico (il livello di alfabetizzazione riportato dai genitori, caos familiare).
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio-economico

Risultati	Questo studio fornisce alcune prove dei benefici di un intervento genitoriale focalizzato sull'ambiente di apprendimento domestico per i genitori di bambini tra i 12 e 36 mesi, ma non per i genitori di bambini tra i 6 e 12 mesi.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
Note	L'intervento è dichiarato efficace nel ridurre le disuguaglianze per quanto riguarda i bambini di età compresa tra i 12 e 36 mesi (Toddler Trial) ma non per quelli di età compresa tra i 6 e i 12 mesi (Infant Trial).

7. Hutchings, 2016

Titolo	Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales.
Paese	UK
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Diadi genitore-bambino provenienti da 8 zone svantaggiate del Galles, selezionate dal governo utilizzando criteri rigorosi basati sui livelli di privazione riportati nel Welsh Index of Multiple Deprivation and Free School Meal entitlement.
Numerosità del campione	89 famiglie con bambini di età compresa tra 12 e 36 mesi provenienti da aree altamente svantaggiate del paese.
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile; genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	A partire da una serie di evidenze scientifiche, secondo le quali un ambiente svantaggiato dal punto di vista socio-economico può influenzare negativamente le pratiche genitoriali, che a loro volta possono influenzare negativamente lo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino, l'obiettivo generale di questo studio è quello di valutare l'efficacia del programma IYTPP (Incredible Years Toddler Parent Programme) nell'incrementare competenze e responsabilità parentale di genitori di bambini di età compresa tra 12 e 36 mesi provenienti da contesti svantaggiati.
Intervento/attività prevista	L' IYTPP consiste in un programma di 12 sessioni fondate sugli stessi principi e componenti della teoria dell'apprendimento sociale, come il IY basic parent programme fortemente basato sull'evidenza. E' tenuto da facilitatori qualificati nel periodo compresa tra agosto 2009 e luglio 2009. I facilitatori sono operatori sanitari e assistenti all'infanzia, formati e supervisionati da un istruttore IY accreditato. I gruppi sono tenuti nei centri per bambini e famiglie con assistenza all'infanzia gratuita per i partecipanti del gruppo. Tutte le sessioni di gruppo sono video-registrate e sessioni selezionate sono discusse nei momenti di supervisione.
Outcome	Le misure di outcome primarie includono: stato di salute mentale dei genitori, competenze genitoriali, comportamento del bambino, sviluppo del bambino, ambiente domestico e osservazione delle interazioni genitore-bambino. Tutte le misure sono raccolte all'inizio dell'intervento e in due momenti di follow-up, a 6 e 12 mesi distanza.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio-economico
Risultati	A 6 mesi sono stati osservati significativi miglioramenti per quanto riguarda il benessere mentale dei genitori e il livello

	<p>di lodi da parte dei genitori rispetto alle misurazioni compiute all'inizio dell'intervento.</p> <p>A 12 mesi è stato analizzato il rapporto sia tra i dati ottenuti all'inizio dell'intervento e il follow-up dei 12 mesi, sia tra quelli ottenuti nel follow-up dei 6 mesi e quelli dei 12. Nel primo caso, le famiglie sottoposte all'intervento mostrano significativi miglioramenti in tutte le misure di outcome, ad eccezione dell'osservazione dell'interazione genitore-figlio.</p> <p>Nel confronto tra il primo e il secondo follow-up si registrano invece significativi miglioramenti per quanto riguarda l'ambiente domestico, lo sviluppo del bambino e la depressione dei genitori.</p> <p>Sono registrati benefici sia a breve che a lungo termine.</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	<p>Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.</p>
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	<p>Approccio target. L'intervento si è focalizzato su fasce di popolazione svantaggiata.</p>
Note	

8. Hutchings, 2007

Titolo	Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial.
Paese	Galles (UK)
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Genitori di bambini di età tra i 3 e 4 anni provenienti da aree socialmente svantaggiate. I bambini hanno o sono a rischio di problemi di comportamento.
Numerosità del campione	153 genitori provenienti da aree socialmente svantaggiate, con bambini di età dai 36 ai 59 mesi (circa 3-4 anni) a rischio di problemi di comportamento - definiti dal punteggio superiore al cut off clinico di una scala di valutazione, Eyberg child behaviour inventory -, sono ritenuti idonei e acconsentono a partecipare: 104 sono allocati al gruppo di intervento e 49 al gruppo di controllo secondo una proporzione di 2 a 1. Al follow-up, sei mesi più tardi 86 sono le famiglie rimaste nel gruppo di intervento e 47 in quello di controllo.
Setting	Comunità - 11 aree che ricevono servizi Sure Start nel nord e medio Galles
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare l'efficacia di un intervento finalizzato a prevenire lo sviluppo di disturbi della condotta in bambini ad alto rischio tramite la promozione di uno stile relazionale positivo nei genitori.
Intervento/attività prevista	Il programma per genitori Webster-Stratton Incredible Years basic *(per approfondimenti http://www.incredibleyears.com/) è uno dei pochi programmi standard per il trattamento e la prevenzione di disturbi di comportamento, che incorpora tutti i fattori che migliorano gli esiti inerenti la formazione e il ruolo dei genitori e che può venire utilizzato con famiglie svantaggiate che spesso non partecipano o abbandonano altri programmi. Un numero massimo di 12 genitori ogni settimana frequenta una sessione, che dura da 2 a 2 ore e mezza, per un periodo di 12 settimane. Due coordinatori addestrati introducono una sequenza strutturata di argomenti, adottando un approccio collaborativo. I coordinatori del programma ricevono 3 ore di supervisione ogni settimana da un formatore certificato. Delle 86 famiglie che restano fino alla fine del programma, 71 (83%) frequentano 7 o più delle 12 sessioni. La frequenza media totale è di 9.2 sessioni.
Outcome	Problemi di comportamento nei bambini e competenze dei genitori sia autoriferite dai genitori sia valutate con metodi di osservazione diretta dei comportamenti positivi e critici di genitori e bambini, nell'ambiente domestico. I genitori autoriferiscono la propria competenza genitoriale, l'eventuale livello di stress e lo stato di depressione.

	Strumenti standardizzati e validati vengono utilizzati per la valutazione.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Luogo di residenza; status socio economico; genitore single, genitore adolescente, depressione del genitore, povertà familiare, genitori con una storia di abuso di droghe o di delinquenza.
Risultati	<p>Delle 86 famiglie che hanno completato il programma, 71 (83%) hanno frequentato 7 o più delle 12 sessioni programmate e 58% hanno partecipato a tutte le sessioni. Frequenza media totale: 9.2 sessioni. Al follow-up molte delle misure sulla genitorialità e sui problemi di comportamento infantile hanno dimostrato un significativo miglioramento nel gruppo di intervento. I bambini nel gruppo di intervento hanno ridotto, in modo significativo, comportamenti antisociali e iperattivi e hanno aumentato l'autocontrollo in confronto con i bambini nel gruppo di controllo.</p> <p>L'analisi intention to treat riguardo alla misurazione dell'outcome primario dei bambini, l' Eyberg child behaviour inventory, che ha coinvolto tutto il campione, anche chi ha abbandonato, ha dimostrato una differenza media tra il gruppo di intervento e di controllo di 4.4 punti sulla scala del problema e una differenza media di 25.1 sulla scala dell'intensità.</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target: Il programma si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata.
Note	<p>Lo studio di comunità ha dimostrato l'efficacia di un programma per genitori evidence-based, indirizzato a famiglie svantaggiate e portato avanti dallo staff ordinario dei servizi Sure Start, con un alto grado di supervisione e di supporto, perchè il programma venga realizzato con fedeltà rispetto al modello.</p> <p>In conclusione questo programma per genitori che comporta costi modesti e dimostra importanti effetti clinici, rappresenta un buon modo di impegnare i soldi per la spesa pubblica.</p>

9. Kaminski, 2013

Titolo	Behavioral and socioemotional outcomes through age 5 years of the legacy for children public health approach to improving developmental outcomes among children born into poverty.
Paese	USA
Disegno dello studio	2 Trial randomizzati controllati rispettivamente a Miami e Los Angeles
Popolazione considerata	Donne e bambini di basso livello socio-economico
Numerosità del campione	574 coppie madre-figlio (361 intervento e 245 controllo)
Setting	Sanitario/Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Valutare l'efficacia del programma "Legacy for Children", una strategia di sanità pubblica per migliorare la salute e lo sviluppo del bambino.
Intervento/attività prevista	<p>Legacy for Children https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/legacy.html è un programma progettato per dare supporto all'abilità delle mamme a mettere in atto comportamenti positivi come genitori e relazioni positive con i propri figli, migliorando l'efficacia del loro ruolo genitoriale e la percezione materna di comunità solidale.</p> <p>Legacy for children prevede attività per discutere e sperimentare differenti strategie genitoriali e per offrire una comunità di supporto alle scelte che le madri compiono esercitando il ruolo di genitore. I temi trattati riguardano la risposta sollecita ai bisogni del bambino, l'affetto, il mantenimento della routine e della disciplina, il gioco, la creatività e il linguaggio.</p> <p>Concretamente il programma prevede incontri di gruppo con due modalità: nella prima si incontrano solo le madri, nella seconda le madri con i figli.</p> <p>Il programma si è sviluppato in due Università: Miami e Los Angeles. Il corso di Miami inizia appena dopo la nascita del figlio e continua fino all'età di 5 anni del bambino. I genitori si incontrano per un'ora e mezza una volta a settimana. Il corso di Los Angeles inizia con 5 incontri prima della nascita del bambino che continuano fino a quando il bambino non raggiunge i tre anni di età.</p> <p>Il gruppo di controllo non riceve alcun intervento.</p> <p>La valutazione delle coppie mamma-figlio partecipanti, avviene quando i bambini hanno 6, 12, 24, 36, 48 e 60 mesi di età.</p>
Outcome	Problemi comportamentali, socioemotivi e comportamenti iperattivi nei bambini, che, in una prospettiva a lungo termine, sono predittori di problemi di salute. Gli outcome vengono autoriferiti dai genitori mediante l'uso di strumenti / scale validate.

Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Livello di istruzione, status socioeconomico, luogo di residenza
Risultati	I bambini di madri nel gruppo di intervento mostravano un rischio inferiore per problemi di comportamento dopo 24 mesi, socio-emotivi dopo 48 mesi, iperattività dopo 60 mesi.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento ha coinvolto famiglie appartenenti a gruppi svantaggiati.
Note	

10. Love, 2016

Titolo	Social media and gamification: Engaging vulnerable parents in an online evidence-based parenting program.
Paese	USA
Disegno dello studio	Un solo gruppo di intervento diviso in due coorti, valutate alla baseline, dopo l'intervento, a 12 settimane e a 6 mesi.
Popolazione considerata	Genitori di bambini da 2 a 12 anni, svantaggiati, considerati ad alto rischio (per esempio 76% con reddito annuo inferiore a \$15,000; 41% ha avuto esperienza di carcere, 38% è in trattamento per alcol/droga; 24% ha avuto un figlio che è stato tolto per maltrattamento). Dal punto di vista etnico 24% sono afroamericani, 66% ispanici.
Numerosità del campione	155, 90 distribuiti nella prima coorte e 65 nella seconda
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Esaminare la fattibilità (accessibilità, impegno e impatto) di aggiungere componenti orientate ai social media e di consentire l'accesso tramite smartphone, ad un programma per genitori evidence-based, Triple P Online (TPOL).
Intervento/attività prevista	TPOL è un programma per genitori costituito da 8 moduli interattivi e fornisce indicazioni su come usare 17 strategie positive di genitorialità (ognuna raccomandata secondo la fascia di età). Triple P Online Community (TPOC) è la variante social media di TPOL ed è disegnata per essere implementata a livello di popolazione per giovani genitori vulnerabili. Offre (1) programmi interattivi per smartphones, tablets, e desktops; (2) forum di discussione per utenti; (3) 'badges' per ricompensare i genitori che praticano strategie positive; (4) un'identità virtuale (avatar) per promuovere un supporto ai pari mantenendo l'anonimato (5) un facilitatore accreditato Triple per rispondere a quesiti e post e per monitorare il sito.
Outcome	I dati raccolti includono misure autoriferite standardizzate, focus groups post intervento, interviste, statistiche su uso del sito e Google Analytics. I dati riguardano il comportamento dei bambini, varie caratteristiche inerenti il ruolo genitoriale (stile, fiducia, attribuzioni genitoriali, regolazione che esprime come ansia, depressione, stress), statistiche su uso del sito, su livello di soddisfazione del programma.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Etnia, stato socio economico, abuso alcol droghe, carcere
Risultati	Effetti positivi, che si mantengono o migliorano al follow-up a 6 mesi: riduzione di problemi di comportamento nei bambini, di una genitorialità troppo permissiva o troppo reattiva, dello stress dei genitori. Nessun effetto per la fiducia, la depressione e l'ansia (stessi valori alla baseline). Inoltre i partecipanti alla comunità online valutano

	positivamente la flessibilità, l'anonimato e l'apprendimento condiviso.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si rivolge ad un campione di popolazione svantaggiata.
Note	<p>Riguardo il maltrattamento infantile, la saggezza suggerita dalla pratica privilegia programmi per genitori in presenza, per avere un impatto sufficiente a modificare un ruolo genitoriale ad alto rischio.</p> <p>Gli outcome dello studio sembrano sfidare queste premesse. La somministrazione online fornisce potenzialità, le caratteristiche dei social media impegnano i genitori per un tempo abbastanza lungo da garantire l'esposizione al programma evidence-based. Tutto accade in un contesto di supporto locale sul campo, da parte della comunità, accompagnato dall'entusiasmo dei pari. Utilizzando i social media i genitori conseguono cambiamenti significativi rispetto ai dati standard, riguardo allo stile genitoriale, allo stress e al comportamento del bambino, cambiamenti che migliorano nella valutazione di follow-up a sei mesi.</p> <p>L'attività più importante per il successo complessivo del progetto si fonda sullo sviluppo di relazioni con gli stakeholder della comunità.</p>

11. Mendelsohn 2007

Titolo	Use of videotaped interactions during pediatric well-child care: impact at 33 months on parenting and on child development.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Coorte di bambini di etnia ispanica e provenienti da famiglie a basso reddito, a rischio di subire ritardi nello sviluppo per il basso livello di istruzione delle madri. Le diadi mamma e neonato di etnia ispanica sono considerate idonee per lo studio se la mamma ha un basso livello di istruzione (non ha diploma di scuola superiore). Criteri di esclusione includono complicazioni di carattere medico (nati prematuri o complicazioni mediche postnatali), problemi psico-sociali (madri adolescenti, storia materna di abuso di sostanze), o cure di follow-up pianificate al di fuori dell'istituto in cui avviene l'arruolamento.
Numerosità del campione	L'arruolamento dei partecipanti al programma ha avuto luogo nell'area postparto di un ospedale pubblico dei quartieri poveri nella città di New York tra luglio 1999 e gennaio 2002. Su 150 famiglie arruolate sono 99 quelle che effettivamente partecipano allo studio e che vengono valutate al follow-up a 33 mesi di età circa del bambino: 52 assegnate al gruppo dell'intervento VIP e 47 al gruppo di controllo. I gruppi sono simili per diverse variabili: genere del bambino e avere ricevuto servizi per la prima infanzia, età della madre, paese di origine, lingua parlata a casa, presenza di un padre che vive in famiglia, fattori che si riferiscono allo stato socio economico. Il gruppo di intervento e di controllo ricevono le stesse cure pediatriche dal medesimo pediatra, la stessa guida e screening periodico secondo le linee guida dell'American Pediatrics Association.
Setting	sanitario
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Genitorialità; sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Viene valutato l'impatto del programma VIP - programma realizzato nel contesto delle cure pediatriche di base, in cui relazioni interpersonali videoregistrate, vengono utilizzate da specialisti dello sviluppo infantile per promuovere lo sviluppo della prima infanzia - sulla coorte di bambini quando hanno raggiunto 33 mesi di età. Lo studio prende in esame gli esiti sulla genitorialità e sullo sviluppo cognitivo, linguistico e socio emotivo del bambino.
Intervento/attività prevista	L'approccio VIP implica, l'uso di videoregistrazioni delle relazioni tra genitore e bambino, da parte di specialisti dello sviluppo infantile, mentre i genitori attendono di incontrare il pediatra per le visite periodiche di controllo. L'approccio VIP è basato sulla relazione: un singolo specialista dello sviluppo infantile costruisce una relazione

	<p>di fiducia e cura con ogni famiglia partecipante al programma. Le sessioni del programma VIP si svolgono durante le visite pediatriche: iniziano con la prima visita dal pediatra, quando il neonato ha 2 settimane e continuano con regolarità nel corso delle successive visite di controllo, fino a quando il bambino ha 3 anni. Ogni sessione dura da 30 a 45 minuti include momenti di discussione con i genitori sullo sviluppo del bambino e la fornitura di materiale adeguato al grado di sviluppo (per esempio giochi, libro). Il cuore dell'intervento è una videoregistrazione di 5 - 10 minuti del genitore e del bambino impegnati in attività scelte dal genitore, che viene rivista e commentata con lo specialista dello sviluppo infantile.</p> <p>Il programma VIP è integrato nell'ambito delle cure pediatriche di base, non richiede visite a domicilio per cui il suo costo è relativamente basso (circa 240\$ per bambino all'anno).</p>
Outcome	<p>genitori: sono valutate le pratiche genitoriali considerate importanti per lo sviluppo del bambino (offrire giochi, lettura, insegnamento, sollecitudine verbale). Per misurare questo outcome viene utilizzato uno strumento, intervista strutturata a chi si prende cura del bambino e validata per essere utilizzata con fasce di popolazione a basso reddito; attitudini e percezioni relative alla relazione e interazione genitore bambino (livello di stress dei genitori, sintomi materni di depressione): anche questi aspetti, in particolare il livello di stress e i sintomi di depressione sono misurati con il ricorso a strumenti validati e accreditati, principalmente scale a più item.</p> <p>bambini: valutazione del comportamento e dello sviluppo infantile, rispetto all'ambito cognitivo, linguistico e socio-emotivo e anche in questo caso gli aspetti relativi ai 3 ambiti sono valutati con scale validate e accreditate.</p>
Quali indicatori di disuguaglianza sono stati presi in esame	luogo di residenza, etnia, genere, livello di istruzione, stato socio economico
Risultati	<p>genitori: rispetto agli outcome presi in esame il gruppo VIP è associato a migliori pratiche genitoriali, in particolare comportamenti più orientati all'insegnamento; Inoltre sono inferiori i livelli di stress nei genitori partecipanti.</p> <p>bambini: rispetto agli outcome presi in esame il gruppo VIP è associato ad una maggiore probabilità per i bambini di avere un normale sviluppo cognitivo (63.5% vs 44.0%) e una minore probabilità di subire ritardi nello sviluppo (1.9% vs 6.7%).</p>
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Lo studio si indirizza a famiglie a basso reddito e basso livello di istruzione.
Note	Si dimostra l'impatto dell'intervento sulle misure di pratiche genitoriali importanti per lo sviluppo infantile - le famiglie VIP sono più propense all'insegnamento e al gioco - e sui livelli di stress dei genitori. Non è dimostrato invece un impatto sulle attività della lettura e sullo sviluppo del linguaggio nei bambini.

12. Neville, 2013

Titolo	Family-based training program improves brain function, cognition, and behavior in lower socioeconomic status preschoolers.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato (3 bracci)
Popolazione considerata	Bambini in età prescolare appartenenti a famiglie con basso livello socioeconomico.
Numerosità del campione	141 bambini e genitori assegnati in modo random al gruppo di intervento. Gruppo di intervento Parents and Children Making Connections– Highlighting Attention (PCMC-A) (n=66); 2 gruppi di controllo Attention Boost for Children (ABC n=38) e Head Start (HS n=37).
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Efficacia di un programma di formazione family-based (PCMC-A) rispetto allo sviluppo cognitivo del bambino in età prescolare – in particolare la school readiness e l'attenzione selettiva.
Intervento/attività prevista	Il programma PCMC-A si svolge nel tempo di 8 settimane e associa incontri per genitori di 2 ore ciascuno e esercizi di addestramento per i bambini. La componente del programma rivolta ai genitori consiste in strategie per modulare lo stress, esercitare una disciplina dettata dalla contingenza (contingency-based discipline), regolare la capacità di risposta e l'uso del linguaggio. La componente del programma dedicata ai bambini consiste in lavori a piccoli gruppi (da 4 a 6 bambini e due adulti) progettata per migliorare la capacità di attenzione e lo stato emozionale.
Outcome	Sviluppo neurocognitivo bambini e comportamento dei genitori
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio economico
Risultati	Gruppo di intervento risultati positivi rispetto a EPR (valutazione elettrofisiologica dell'attenzione selettiva), test cognitivi, PKBS - The Preschool and Kindergarten Behavior Scales - e Parent Daily Report (PDR).
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento ha coinvolto solo bambini appartenenti a famiglie svantaggiate.

Tuttavia si specifica che riducendo il deficit cognitivo nei bambini svantaggiati si riduce il gap nelle disuguaglianze.

Note

13. Rosenblum, 2017

Titolo	A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato e controllato di comunità
Popolazione considerata	Madri ad alto rischio (pregresse storie di violenza, problemi di salute mentale, povertà) insieme ai loro figli piccoli (< 6 anni).
Numerosità del campione	122 madri con figli (68 nel gruppo di intervento e 54 nel gruppo di controllo)
Setting	Setting sanitario / comunità
Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile; genitorialità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia del programma "Mom Power" per migliorare la salute mentale e le capacità di accudimento tra madri ad alto rischio con bambini piccoli.
Intervento/attività prevista	"Mom power" è un programma multifamigliare, theory driven, limitato nel tempo (la durata è di 13 sessioni). Di queste 13 sessioni, 3 sono individuali e 10 di gruppo. I 3 incontri individuali si svolgono presso l'abitazione della madre, una all'inizio del percorso, una a metà, una alla fine. Le sessioni individuali servono a stabilire il patto terapeutico e ad adattarlo alle esigenze della madre. Le 10 sessioni di gruppo hanno una durata di 3 ore, le mamme partecipano ad un momento conviviale iniziale in cui si pranza anche con i figli. Dopodiché si separano le madri dai figli e alcuni facilitatori, adeguatamente formati, forniscono informazioni evidence based sullo sviluppo delle capacità genitoriale e di self care. Alla fine si riuniscono le madri con i figli e si conclude la sessione con un gioco che coinvolga entrambi.
Outcome	Salute mentale della madre e capacità genitoriali
Risultati	Si è osservato un miglioramento della salute mentale nelle donne oggetto di intervento (sintomi da stress post traumatico) e un miglioramento delle competenze genitoriali (diminuzione dello stress).
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socioeconomico
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si è focalizzato su donne svantaggiate e con problemi di salute mentale.

Le analisi per sottogruppo di popolazione hanno evidenziato un'efficacia maggiore per le donne con un passato di storie di violenza.

Note

14. Rosenblum, 2018

Titolo	Improving Maternal Representations in High-Risk Mothers: A Randomized, Controlled Trial of the Mom Power Parenting Intervention.
Paese	USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato e controllato
Popolazione considerata	Madri ad alto rischio (pregresse storie di violenza, problemi di salute mentale, povertà) insieme ai loro figli piccoli (< 6 anni).
Numerosità del campione	42 nel gruppo di intervento e 33 nel gruppo di controllo
Setting	Setting sanitario / comunità /chiesa
Aspetti chiave / tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori; futuri genitori, donne in età fertile; genitorialità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Testare l'efficacia del programma "Mom Power" per migliorare la rappresentazione materna.
Intervento/attività prevista	"Mom power" è un programma multifamigliare, theory driven, limitato nel tempo (la durata è di 13 sessioni). Di queste 13 sessioni, 3 sono individuali e 10 di gruppo. I 3 incontri individuali si svolgono presso l'abitazione della madre, una all'inizio del percorso, una a metà, una alla fine. Le sessioni individuali servono a stabilire il patto terapeutico e ad adattarlo alle esigenze della madre. Le 10 sessioni di gruppo hanno una durata di 3 ore, le mamme partecipano ad un momento conviviale iniziale in cui si pranza anche con i figli. Dopodichè si separano le madri dai figli e alcuni facilitatori, adeguatamente formati, forniscono informazioni evidence based sullo sviluppo delle capacità genitoriale e di self care. Alla fine si riuniscono le madri con i figli e si conclude la sessione con un gioco che coinvolga entrambi. Le madri ricevono 5 dollari per ogni incontro, se partecipano a 7 incontri su 10 ne ricevono 15. Le madri e i figli afferenti al gruppo di controllo ricevono le visite domiciliari e materiali informativo. Se inviano indietro la prima brochure compilata ricevono 5 dollari. Se ne restituiscono 7/10 ricevono 15 dollari.
Outcome	Rappresentazione materna sicura
Risultati	La proporzione di donne con una rappresentazione sicura aumenta nel gruppo "Mom power" rispetto al gruppo di controllo.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socioeconomico
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.

L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?

Approccio target. Il target delle madri oggetto di intervento sono donne di status socioeconomico svantaggiato.

Note

15. Smith Stover, 2015

Titolo	Fathers for change for substance use and intimate partner violence: initial community pilot.
Paese	Florida, USA
Disegno dello studio	Trial randomizzato controllato
Popolazione considerata	Padri con figli di età inferiore a 10 anni, con una storia di violenza domestica ed abuso di sostanze. Gli uomini sono reclutati in occasione di un arresto per violenza domestica o a seguito di ispezioni del Dipartimento della Famiglia.
Numerosità del campione	20
Setting	Comunità
Aspetti chiave secondo la tabella sintetica di classificazione	Benessere psicosociale dei genitori, futuri genitori, donne in età fertile; Violenza domestica; Genitorialità
Tipologia di intervento secondo categorie definite	Interventi a supporto della genitorialità
Obiettivo dello studio	Cessazione della violenza domestica, astensione da abuso di sostanze, miglioramento della genitorialità.
Intervento/attività prevista	Vengono offerti 14 interventi intensivi di counseling comportamentale ai padri violenti, di cui alcune sessioni in compartecipazione con madri e figli. Vengono pagati per la partecipazione al progetto per 16 settimane.
Outcome	Diminuzione dell'abuso di sostanze, diminuzione degli episodi di violenza domestica, miglioramento della genitorialità, misurati secondo scale validate in letteratura.
Indicatori di disuguaglianza secondo PROGRESS Plus	Status socio economico
Risultati	Si dimostrano differenze prima-dopo, ma nessun risultato è statisticamente significativo.
Risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza	Non sono state predisposte delle misure specifiche per la valutazione dei risultati secondo gli indicatori di disuguaglianza. Gli indicatori di disuguaglianza sono stati utilizzati per selezionare il campione opportuno, secondo un approccio "a target", dal momento in cui la condizione d'interesse ha una maggiore concentrazione e un maggiore impatto nei contesti di svantaggio.
L'intervento è efficace per la riduzione delle disuguaglianze?	Approccio target. L'intervento si indirizza a fasce di popolazione svantaggiata. Ci sono prove che il comportamento violento dei padri sia una tendenza che può passare attraverso le generazioni. La possibilità di intervenire modificando positivamente le dinamiche familiari può consentire la riduzione di episodi di violenza prolungata nel tempo.
Note	Interventi intensivi di counseling sono efficaci nel promuovere piccoli ma significativi cambiamenti nei comportamenti dopo 12 e 16 settimane.

ALLEGATO A

Strategia di ricerca

("Infant"[Mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh] OR Child [Title/Abstract] OR Children [Title/Abstract] OR Childhood [Title/Abstract] OR infant [Title/Abstract] OR infants [Title/Abstract] OR infanthood [Title/Abstract] OR early childhood [Title/Abstract] OR prenatal [Title/Abstract])

AND

("Health Policy"[Mesh:NoExp] OR "Early Intervention (Education)"[Mesh] OR "Parenting"[Mesh] OR "Preconception Care"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "Prenatal Education"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh:NoExp] OR "House Calls"[Mesh] OR "Maternal-Child Health Centers"[Mesh] OR "Maternal-Child Health Services"[Mesh] OR "Child Health Services" [Mesh:NoExp] OR "Community Health Planning"[Mesh] OR "Charities"[Mesh] OR "Child Day Care Centers"[Mesh] OR "Foster Home Care"[Mesh] OR "Financing, Government"[Mesh:NoExp] OR "Public Assistance"[Mesh:NoExp] OR "Food Assistance"[Mesh] OR "Tax Exemption"[Mesh] OR parenting [Title/Abstract] OR home visit* [title/abstract] OR community health planning [Title/Abstract] OR "Postnatal care"[Title/Abstract] OR child day care centres [Title/Abstract] OR foster home care [Title/Abstract] OR food assistance [Title/Abstract] OR government financing [Title/Abstract] OR tax exemption [Title/Abstract] OR family support [Title/Abstract] OR child health centres [Title/Abstract])

AND

("Psychosocial Deprivation"[Mesh] OR "Poverty"[Mesh] OR "Socioeconomic Factors"[Mesh:NoExp] OR "Health Equity"[Mesh] OR "Global Health"[Mesh] OR "Social Determinants of Health"[Mesh] OR "disadvantage" [Title/Abstract] OR "disparities" [Title/Abstract] OR "disparity" [Title/Abstract] OR "equality" [Title/Abstract] OR "equity" [Title/Abstract] OR "gap" [Title/Abstract] OR "gaps" [Title/Abstract] OR "gradient" [Title/Abstract] OR "gradients" [Title/Abstract] OR "health determinants" [Title/Abstract] OR "health inequalities" [Title/Abstract] OR "inequalities" [Title/Abstract] OR "inequality" [Title/Abstract] OR "inequities" [Title/Abstract] OR "inequity" [Title/Abstract] OR "unequal" [Title/Abstract] OR "variation" [Title/Abstract])

NOT

"Kazakhstan"[Mesh] NOT "Kyrgyzstan"[Mesh] NOT "Tajikistan"[Mesh] NOT "Turkmenistan"[Mesh] NOT "Uzbekistan"[Mesh] NOT "Russia"[Mesh] NOT "Borneo"[Mesh] NOT "Brunei"[Mesh] NOT "Cambodia"[Mesh] NOT "Indonesia"[Mesh] NOT "Laos"[Mesh] NOT "Malaysia"[Mesh] NOT "Mekong Valley"[Mesh] NOT "Myanmar"[Mesh] NOT "Philippines"[Mesh] NOT "Singapore"[Mesh] NOT "Thailand"[Mesh] NOT "Timor-Leste"[Mesh] NOT "Vietnam"[Mesh] NOT "Bangladesh"[Mesh] NOT "Bhutan"[Mesh] NOT "India"[Mesh] NOT "Middle East"[Mesh] NOT "Nepal"[Mesh] NOT "Pakistan"[Mesh] NOT "Sri Lanka"[Mesh] NOT "China"[Mesh] NOT "Japan"[Mesh] NOT "Korea"[Mesh] NOT "Mongolia"[Mesh] NOT "Taiwan"[Mesh] NOT Africa[Mesh] NOT "Cameroon"[Mesh] NOT "Central African Republic"[Mesh] NOT "Chad"[Mesh] NOT "Congo"[Mesh] NOT "Democratic Republic of the Congo"[Mesh] NOT "Equatorial Guinea"[Mesh] NOT "Gabon"[Mesh] NOT "Burundi"[Mesh] NOT "Djibouti"[Mesh] NOT "Eritrea"[Mesh] NOT "Ethiopia"[Mesh] NOT "Kenya"[Mesh] NOT "Rwanda"[Mesh] NOT "Somalia"[Mesh] NOT "South Sudan"[Mesh] NOT "Sudan"[Mesh] NOT "Tanzania"[Mesh] NOT "Uganda"[Mesh] NOT "Angola"[Mesh] NOT "Botswana"[Mesh] NOT "Lesotho"[Mesh] NOT "Malawi"[Mesh] NOT "Mozambique"[Mesh] NOT "Namibia"[Mesh] NOT "South Africa"[Mesh] NOT

"Swaziland"[Mesh] NOT "Zambia"[Mesh] NOT "Zimbabwe"[Mesh] NOT "Benin"[Mesh] NOT "Burkina Faso"[Mesh] NOT "Cape Verde"[Mesh] NOT "Cote d'Ivoire"[Mesh] NOT "Gambia"[Mesh] NOT "Ghana"[Mesh] NOT "Guinea"[Mesh] NOT "Guinea-Bissau"[Mesh] NOT "Liberia"[Mesh] NOT "Mali"[Mesh] NOT "Mauritania"[Mesh] NOT "Niger"[Mesh] NOT "Nigeria"[Mesh] NOT "Senegal"[Mesh] NOT "Sierra Leone"[Mesh] NOT "Togo"[Mesh] NOT "Cuba"[Mesh] NOT "Haiti"[Mesh] NOT "Jamaica"[Mesh] NOT "Puerto Rico"[Mesh] NOT "Belize"[Mesh] NOT "Costa Rica"[Mesh] NOT "El Salvador"[Mesh] NOT "Guatemala"[Mesh] NOT "Honduras"[Mesh] NOT "Nicaragua"[Mesh] NOT "Panama"[Mesh] NOT "Gulf of Mexico"[Mesh] NOT "Latin America"[Mesh] NOT "Mexico"[Mesh] NOT "Argentina"[Mesh] NOT "Bolivia"[Mesh] NOT "Chile"[Mesh] NOT "Colombia"[Mesh] NOT "Ecuador"[Mesh] NOT "French Guiana"[Mesh] NOT "Guyana"[Mesh] NOT "Paraguay"[Mesh] NOT "Peru"[Mesh] NOT "Suriname"[Mesh] NOT "Uruguay"[Mesh] NOT "Venezuela"[Mesh] NOT "Algeria"[Mesh] NOT "Egypt"[Mesh] NOT "Libya"[Mesh] NOT "Morocco"[Mesh] NOT "Tunisia"[Mesh] NOT "Afghanistan"[Mesh] NOT "Bahrain"[Mesh] NOT "Iran"[Mesh] NOT "Iraq"[Mesh] NOT "Israel"[Mesh] NOT "Jordan"[Mesh] NOT "Kuwait"[Mesh] NOT "Lebanon"[Mesh] NOT "Oman"[Mesh] NOT "Qatar"[Mesh] NOT "Saudi Arabia"[Mesh] NOT "Syria"[Mesh] NOT "Turkey"[Mesh] NOT "United Arab Emirates"[Mesh] NOT "Yemen"[Mesh] NOT "Kazakhstan"[Title/abstract] NOT "Kyrgyzstan"[Title/abstract] NOT "Tajikistan"[Title/abstract] NOT "Turkmenistan"[Title/abstract] NOT "Uzbekistan"[Title/abstract] NOT "Russia"[Title/abstract] NOT "Borneo"[Title/abstract] NOT "Brunei"[Title/abstract] NOT "Cambodia"[Title/abstract] NOT "Indonesia"[Title/abstract] NOT "Laos"[Title/abstract] NOT "Malaysia"[Title/abstract] NOT "Mekong Valley"[Title/abstract] NOT "Myanmar"[Title/abstract] NOT "Philippines"[Title/abstract] NOT "Singapore"[Title/abstract] NOT "Thailand"[Title/abstract] NOT "Timor-Leste"[Title/abstract] NOT "Vietnam"[Title/abstract] NOT "Bangladesh"[Title/abstract] NOT "Bhutan"[Title/abstract] NOT "India"[Title/abstract] NOT "Middle East"[Title/abstract] NOT "Nepal"[Title/abstract] NOT "Pakistan"[Title/abstract] NOT "Sri Lanka"[Title/abstract] NOT "China"[Title/abstract] NOT "Japan"[Title/abstract] NOT "Korea"[Title/abstract] NOT "Mongolia"[Title/abstract] NOT "Taiwan"[Title/abstract] NOT Africa[Title/abstract] NOT "Cameroon"[Title/abstract] NOT "Central African Republic"[Title/abstract] NOT "Chad"[Title/abstract] NOT "Congo"[Title/abstract] NOT "Democratic Republic of the Congo"[Title/abstract] NOT "Equatorial Guinea"[Title/abstract] NOT "Gabon"[Title/abstract] NOT "Burundi"[Title/abstract] NOT "Djibouti"[Title/abstract] NOT "Eritrea"[Title/abstract] NOT "Ethiopia"[Title/abstract] NOT "Kenya"[Title/abstract] NOT "Rwanda"[Title/abstract] NOT "Somalia"[Title/abstract] NOT "South Sudan"[Title/abstract] NOT "Sudan"[Title/abstract] NOT "Tanzania"[Title/abstract] NOT "Uganda"[Title/abstract] NOT "Angola"[Title/abstract] NOT "Botswana"[Title/abstract] NOT "Lesotho"[Title/abstract] NOT "Malawi"[Title/abstract] NOT "Mozambique"[Title/abstract] NOT "Namibia"[Title/abstract] NOT "South Africa"[Title/abstract] NOT "Swaziland"[Title/abstract] NOT "Zambia"[Title/abstract] NOT "Zimbabwe"[Title/abstract] NOT "Benin"[Title/abstract] NOT "Burkina Faso"[Title/abstract] NOT "Cape Verde"[Title/abstract] NOT "Cote d'Ivoire"[Title/abstract] NOT "Gambia"[Title/abstract] NOT "Ghana"[Title/abstract] NOT "Guinea"[Title/abstract] NOT "Guinea-Bissau"[Title/abstract] NOT "Liberia"[Title/abstract] NOT "Mali"[Title/abstract] NOT "Mauritania"[Title/abstract] NOT "Niger"[Title/abstract] NOT "Nigeria"[Title/abstract] NOT "Senegal"[Title/abstract] NOT "Sierra Leone"[Title/abstract] NOT "Togo"[Title/abstract] NOT "Cuba"[Title/abstract] NOT "Haiti"[Title/abstract] NOT "Jamaica"[Title/abstract] NOT "Puerto Rico"[Title/abstract] NOT "Belize"[Title/abstract] NOT "Costa Rica"[Title/abstract] NOT "El Salvador"[Title/abstract] NOT "Guatemala"[Title/abstract] NOT "Honduras"[Title/abstract] NOT "Nicaragua"[Title/abstract] NOT "Panama"[Title/abstract]

NOT "Gulf of Mexico"[Title/abstract] NOT "Latin America"[Title/abstract] NOT "Mexico"[Title/abstract] NOT "Argentina"[Title/abstract] NOT "Bolivia"[Title/abstract] NOT "Chile"[Title/abstract] NOT "Colombia"[Title/abstract] NOT "Ecuador"[Title/abstract] NOT "French Guiana"[Title/abstract] NOT "Guyana"[Title/abstract] NOT "Paraguay"[Title/abstract] NOT "Peru"[Title/abstract] NOT "Suriname"[Title/abstract] NOT "Uruguay"[Title/abstract] NOT "Venezuela"[Title/abstract] NOT "Algeria"[Title/abstract] NOT "Egypt"[Title/abstract] NOT "Libya"[Title/abstract] NOT "Morocco"[Title/abstract] NOT "Tunisia"[Title/abstract] NOT "Afghanistan"[Title/abstract] NOT "Bahrain"[Title/abstract] NOT "Iran"[Title/abstract] NOT "Iraq"[Title/abstract] NOT "Israel"[Title/abstract] NOT "Jordan"[Title/abstract] NOT "Kuwait"[Title/abstract] NOT "Lebanon"[Title/abstract] NOT "Oman"[Title/abstract] NOT "Qatar"[Title/abstract] NOT "Saudi Arabia"[Title/abstract] NOT "Syria"[Title/abstract] NOT "Turkey"[Title/abstract] NOT "United Arab Emirates"[Title/abstract] NOT "Yemen"[Title/abstract]

Limiti

Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Controlled Clinical Trial, Evaluation Studies, Meta-Analysis, Multicenter Study, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review, Systematic Reviews, Validation studies, published November 2007 – December 2018, Only Human, All languages



Questa raccolta si inserisce nell'insieme dei prodotti realizzati per la ricorrenza dei 20 anni di DoRS,
il Centro di Documentazione per la Promozione della salute della Regione Piemonte