

6. *Early intervention per la salute mentale infantile*

di *Loredana Cena*

6.1. **Dall'intervento individuale al sostegno all'interazione**

L'*Early Childhood Intervention*-ECI, relativo all'*Early Childhood Development* (ECD), sviluppo precoce del bambino, fonda i suoi presupposti sulle scoperte neuro scientifiche relative alla plasticità cerebrale e al principio evolutivo che stimolazioni ambientali precoci condizionino le proliferazioni e le connessioni sinaptiche e l'espansione delle reti neurali, costituendo la base della funzionalità cerebrale e quindi anche della stessa capacità di apprendere (Shonkoff, Meisels, 2000). La precocissima comparsa di competenze nei primi mesi e anni di vita del bambino e il ruolo determinante delle interazioni precoci nell'apprendimento hanno portato agli attuali sviluppi delle ECI con prospettive di interessanti futuri progressi connessi soprattutto agli effetti a lungo termine di tali interventi, che la ricerca empirica sta dimostrando; tematica che si fa complessa rispetto alle prospettive di un ritorno economico e sociale soprattutto per gli investimenti auspicabili dalla sanità pubblica nelle prime epoche della vita (Shonkoff, Phillips, 2000).

Da più di venticinque anni è attivo l'EAECI – *European Association on Early Childhood Intervention* – e diversi sono i documenti che sono stati pubblicati per definirne il settore: negli anni '90 l'intervento precoce nell'infanzia è stata una delle aree tematiche di condiviso interesse nel quadro del programma d'azione comunitaria Helios II (1993-1996), con importanti ricadute sull'istruzione, sulle prospettive di abilitazione e riabilitazione; il Manifesto (1993) pubblicato dalla *Eurlyaid* – Associazione europea sull'intervento precoce, ha messo in evidenza le concordanze dei paesi europei sul tema e fornisce una idea degli sviluppi teorici e applicativi. *Eurlyaid* è un gruppo di lavoro della Comunità europea (CE), composto da esperti e rappresentanti delle associazioni di genitori provenienti da vari

Stati membri coinvolti nell'intervento precoce per i bambini disabili o a rischio di disabilità dello sviluppo. Partendo dal crescente riconoscimento dell'importanza di una individuazione precoce del rischio, l'*Eurlyaid* si è posta lo scopo di contribuire allo sviluppo di una politica comune CE e della relativa legislazione. Le linee generali per l'intervento precoce, presentate nel Manifesto, identificano le attività per il bambino, orientate ad un training di aiuto e sostegno dei genitori, attraverso l'identificazione di situazioni a rischio evolutivo: l'*early intervention* viene attivato per tutti i soggetti che sono a rischio di sviluppo o che hanno una disabilità evolutiva, nel periodo tra la diagnosi prenatale e l'età scolastica del bambino (De Moor *et al.*, 1993).

Importanti riviste internazionali come il *Journal of Early Intervention* indicano le attuali prospettive degli interventi precoci come quell'"insieme di tutte le procedure che facilitano lo sviluppo di un infante e di un bambino piccolo, che ha speciali bisogni e che è a rischio per disabilità dello sviluppo": nella letteratura internazionale un numero rilevante di lavori europei e internazionali pubblicati negli ultimi 20-30 anni, sviluppano concetti, principi e metodi ECI, secondo diverse prospettive di intervento e mostrano come nel corso degli anni si sia evoluto il concetto di ECI, in cui la salute, l'istruzione e le scienze sociali, in particolare la psicologia clinica, sono state direttamente coinvolte. Appare evidente una nuova prospettiva: in passato, settori relativamente diversi che si occupavano dei problemi ECI non sempre venivano inter-correlati, così come da un approccio focalizzato solo sul bambino gli interventi si sono progressivamente estesi alla famiglia e alla comunità (Peterander *et al.*, 1999).

L'*Early Childhood Intervention* può essere sviluppato secondo diverse prospettive multi professionali: neuroscienze dello sviluppo, scienze cognitive, neonatologia, psicologia clinica perinatale, neuropsichiatria infantile, pediatria, abilitazione e riabilitazione in una articolata integrazione delle diverse specialistiche con obiettivi di: 1. prevenire psicopatologie infantili e genitoriali; 2. promuovere lo sviluppo del bambino in tutti i domini delle funzioni adattative (sensoriali, emozionali, cognitive, sociali, fisiche, psicomotorie, linguistiche) nei primi anni di vita e della scolarità, attivando le sue potenzialità, attraverso modalità abilitative e riabilitative; 3. supportare i genitori (ambito di specifico ECI della nostra Psicologia Clinica Perinatale) sostenendo la qualità delle relazioni interpersonali e l'attaccamento, come fondamento della salute mentale infantile.

Da un punto di vista storico nel documento del 2005 *Early Childhood Intervention* della European Agency for Development in Special Needs Education, steso in comune accordo tra diversi paesi europei, vengono evidenziati negli anni i cambiamenti nelle finalità degli interventi precoci infantili: l'*early intervention* dovrebbe essere connesso all'organizzazione di

servizi per le famiglie, che abbiano come scopo di assicurare e rinforzare lo sviluppo personale del bambino, sostenere la famiglia nelle sue competenze e promuovere l'inclusione sociale. Progressivamente, da un complesso di processi concentrati solo sul bambino, si sono ampliate le prospettive al suo ambiente circostante: i primi interventi focalizzavano in specifico i servizi offerti dai programmi di riabilitazione ma questo modo di concettualizzare le prassi di intervento precoce si è rivelato sempre più limitato e limitante e si è andata sempre più definendo una azione basata sulle risorse dell'incontro del bambino con la famiglia, concentrata sulla mobilitazione di supporti della comunità. È stata proposta una serie di azioni condivise come: servizi/prestazioni per i bambini molto piccoli e le loro famiglie, a loro richiesta, in un determinato momento della vita del bambino; azioni intraprese quando un bambino ha bisogno di un sostegno particolare per assicurare e migliorare il suo sviluppo personale; rafforzare le competenze della sua famiglia; promuovere l'inclusione sociale della famiglia e del bambino. Queste azioni dovrebbero essere fornite nel contesto naturale del bambino, preferibilmente a livello locale, con apporti multi professionali specialistici: gli interventi precoci sarebbero intesi come servizi multidisciplinari per promuovere la salute mentale infantile e il benessere, accrescere le competenze emergenti, minimizzare i ritardi nello sviluppo, porre rimedio a disabilità esistenti o emergenti, prevenire il deterioramento funzionale e promuovere una genitorialità in una famiglia funzionante.

L'European Agency for Development in Special Needs Education (28 paesi europei), secondo gli obiettivi della Agency project (2010-2012) "Vocational Education and Training (VET): policy and practice in the field of special needs education", nella selezione dei temi da affrontare indica tra le priorità gli *Early Childhood Intervention*. L'attenzione viene focalizzata sullo sviluppo fisico, motorio, cognitivo (Blauw-Hospers *et al.*, 2007), comunicativo, sociale, emotivo e adattativo della famiglia, counseling e home visiting con un coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, inserimento e integrazione in contesti educativi. Vengono implicate in queste contestualità educative le problematiche connesse alla comunicazione, i vari approcci abilitativi e riabilitativi, i percorsi di identificazione precoce, screening e valutazione, i percorsi di prevenzione e promozione della salute con offerte nei servizi consultoriali e ambulatoriali territoriali, attraverso programmi specifici sviluppati in progressivi step in cui le tematiche di rilievo vengono affrontate secondo quesiti investigativi "what it works", "why it works" and "how it works". Nel sito on line www.european-agency.org è possibile una consultazione delle pubblicazioni ufficiali.

Successivamente i rappresentanti dei Ministeri dell'Istruzione, ricercatori, rappresentanti della famiglia e rappresentanti della Commissione europea si sono riuniti nel 2013 a Lisbona per esaminare i principali pro-

gressi e gli sviluppi nel campo dell'intervento precoce dell'infanzia (ECI) a livello europeo, nei Paesi partecipanti dal 2005. Lo studio ha riguardato in particolare la disponibilità, la prossimità, la disponibilità, il lavoro interdisciplinare e la diversità, identificati come elementi essenziali per la fornitura di efficaci servizi di intervento per la prima infanzia. I rapporti nazionali hanno confermato che nei Paesi partecipanti sono stati adottati un numero significativo di atti, regolamenti, decreti e misure politiche analoghe per migliorare l'offerta, ma viene evidenziata ancora la necessità di migliorare in termini di cooperazione e di coordinamento all'interno dei settori, nonché la necessità di creare servizi dedicati per la prima infanzia che funzionino per i bambini e le famiglie e coinvolgano i genitori in ogni fase dello sviluppo. Lo studio ha sottolineato l'importanza di perseguire standard qualitativi chiaramente definiti per i servizi e le prestazioni di intervento precoce dell'infanzia. L'*early intervention* si pone a sostegno dei bambini più vulnerabili, quelli con disabilità (*disability*), nella letteratura internazionale Special Educational Needs (SEN) o Bisogni Educativi Speciali (BES)¹: *disability* non è solo intesa come disabilità conclamata, ma "disfunzionalità", disarmonie rispetto alle traiettorie normali in una o più delle aree dello sviluppo cognitivo, fisico, neurologico, comunicativo, socio-emozionale ed adattativo, per i bambini con diagnosi ad alta probabilità di esitare in un ritardo dello sviluppo. Secondo i dati riportati da diverse review (Benzies *et al.*, 2013), si sono progressivamente ampliate le tipologie di intervento alla disabilità, non più focalizzate solo sul bambino, ma secondo un approccio che coinvolge il bambino, la famiglia e l'ambiente, con una evoluzione da un modello 'medico' ad un modello bio-psico-sociale. Viene usata la definizione di "bambino a rischio" in relazione alle caratteristiche temporali dello sviluppo, alla situazione medica, epidemiologica, storico-culturale, psico-sociale e relazionale (secondo le prospettive della Psicologia Clinica Perinatale), in cui viene identificato e/o definito uno stato di rischio evolutivo.

I "Key aspects and recommendations in early childhood intervention" indicate dalla European Agency for Development in Special Needs (2005) propongono di focalizzarsi in via prioritaria su *precocità, ambiente, prevenzione*. *Precocità*: connessa alla plasticità neuronale e relativa a inter-

1. In ambito scolastico italiano la legge 104/1992, nello specifico il decreto applicativo dpr 24 febbraio 1994, indica la complessa procedura che porta dall'individuazione dell'allunno con disabilità alla progettazione educativa e didattica che la scuola deve attivare. I documenti istituzionali che accompagnano l'iter di sostegno alla disabilità sono: la diagnosi funzionale, il profilo dinamico funzionale, il piano educativo individualizzato. Il Profilo Dinamico Funzionale (pdf), strumento di raccordo tra la Diagnosi Funzionale (df) e il Progetto Educativo Individualizzato (pei), sono elaborati in sinergia tra gli operatori sanitari, la scuola e la famiglia.

venti tempestivi e multi professionali; *ambiente* come tutte le manifestazioni strutturali e relazionali (ambiente globale di vita della famiglia e del bambino), secondo il principio che arricchire l'ambiente è potenziare lo sviluppo del SNC, in una cornice teorica basata sul concetto di "ambiente arricchito" (Sgandurra *et al.*, 2016); *prevenzione* intesa come parte del lavoro di intervento.

6.2. Prevenzione e interventi ECI

Nell'ambito dell'analisi condotta dall'European Agency for Development in Special Needs Education (2005) l'*Early Childhood Intervention* può essere sviluppato in tre livelli di *prevenzione* (Simeonsson, 1994):

1. *prevenzione primaria* che mira a ridurre il numero di nuovi casi per una condizione identificata come problema nella popolazione (incidenza): bambini, genitori e famiglie a rischio. Negli ultimi anni si è assistito ad una implementazione dei programmi di intervento precoce volti a favorire un percorso di sviluppo adeguato per bambini, genitori e famiglie "a rischio", come i bambini nati prematuri, bambini con lesioni cerebrali verificate nelle prime settimane di vita, eventi perinatali comunque sfavorevoli, bambini con patologie genetiche e dimorfismi; genitori e relazioni familiari svantaggiate o con problematiche relazionali. La prevenzione primaria comprende misure per far fronte alle circostanze che potrebbero portare a disabilità (WHO, 1980) e si riferisce a interventi da effettuare prima dell'insorgenza di un "disordine" (Mrazek, Haggerty, 1994). Le azioni possono essere: a) universali, come ad esempio le misure sanitarie rivolte a tutti i bambini e le famiglie; b) selettive, indirizzate ad una popolazione fissa, ad esempio gruppi ad alto rischio; c) rivolte ad un target specifico, ad esempio bambini o famiglie con un rischio identificato;
2. *prevenzione secondaria* mira a ridurre il numero esistente di casi che presentano un determinato problema agendo dopo l'insorgenza dello stesso, ma prima che questo possa essersi completamente sviluppato;
3. *prevenzione terziaria* ha l'obiettivo di ridurre le complicanze associate a condizioni accertate, volte a limitare o ridurre gli effetti di un disturbo o disabilità quando già presente².

2. Secondo nostri criteri della Psicologia Clinica Perinatale, quanto qui viene definito prevenzione secondaria e terziaria non è "prevenzione" (cfr capitolo precedente), ma "cura". Anche nei capoversi che seguono si etichetta come prevenzione ciò che è in realtà attività di cura: una cura che quanto prima, come tutte le "cure", andrebbe applicata [n.d.c. Imbasciati]. Viene di conseguenza la centratura sul bambino, piuttosto che sulla famiglia, come invece dovrebbe essere una effettiva "prevenzione".

Questi tre livelli vanno identificati in un contesto ampio, secondo il modello ‘bio-psico-sociale’ e le modalità di funzionamento e di disabilità pubblicate dall’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF, 2001): la prevenzione nel campo della ECI deve prendere in considerazione non solo lo stato di salute di una persona, ma il suo ambiente/sociale.

Nell’ambito della comunità scientifica internazionale sono state identificate alcune caratteristiche prevalenti di un intervento precoce: *tempestivo* (iniziare appena le condizioni del bambino/famiglia lo consentono) *l’intensivo* (frequenza di sedute di intervento), *continuativo* (nei primi anni di vita del bambino), *family-centered* (coinvolgimento della famiglia fin dal periodo prenatale, indispensabile per l’efficacia nella diagnosi, nella cura e nel percorso terapeutico).

Le caratteristiche comuni dei servizi di ECI vengono indicate come: *disponibilità* (nell’offerta delle prestazioni e delle professionalità), *prossimità* (distribuzione dei servizi in un ambito territoriale accessibile alle famiglie), *affidabilità* (relative alle proposte e alle professionalità specialistiche), *interdisciplinarietà* (rispetto alla integrazione degli interventi): l’obiettivo comune e condiviso dell’ECI è dunque raggiungere tutti i bambini e le famiglie che hanno bisogno di sostegno, il più presto possibile.

Per quanto riguarda i dati dell’*efficacia* dell’intervento precoce è necessario poter identificare gli interventi che funzionano meglio, in quali condizioni e per quale finalità (Guralnick, 1997, 2001), al fine di misurare l’impatto – *l’efficacia* – su tutti gli attori (bambino, genitori, famiglia, professionisti) coinvolti nell’intervento. Devono essere presi in considerazione i progressi compiuti e l’auto-percezione degli effetti, il livello di soddisfazione della famiglia; competenza e soddisfazione dei professionisti; vantaggi, costi/investimenti, della Comunità. La valutazione di questi livelli è necessaria per rilevare quelli che sono considerati gli indicatori qualitativi di successo; molto spesso invece le valutazioni sono troppo standardizzate e concentrate su indicatori quantitativi.

La presa in carico “globale” del bambino e della famiglia può comportare anche delle criticità, tra cui la scarsa possibilità delle famiglie di accedere alle cure, il grado di compromissione della qualità della vita del bambino ed il sovraccarico dei servizi, i quali si trovano a volte impreparati a rispondere a tutte le esigenze.

Le politiche sociali devono essere sollecitate dalla ricerca a considerare (Kilburn, Karoly, 2008) che investimenti in ECI implicano un ritorno economico: deve poter prevalere il principio che la spesa indirizzata all’infanzia, particolarmente quella svantaggiata, deve essere considerata come investimento, i cui rendimenti possano avere delle ricadute nel tempo, sulla spesa pubblica: James Heckman (Nobel per l’economia 2010) ha lanciato un interessante appello indicando che gli interventi attuati nella prima in-

fanzia, soprattutto a carattere socio-educativo, come sono gli investimenti in salute, educazione e protezione sociale nelle prime epoche della vita, a partire dalla gravidanza (primi mille giorni di vita) producono un ritorno economico ben superiore a quello derivato da interventi nelle età successive; discorso che potrebbe essere ampliato se vengono considerati i riscontri che provengono dalle nuove conoscenze sulle “early origins” delle malattie croniche (Heckman *et al.*, 2010).

Il discorso è di ampio interesse socio-economico (Bookstart, 2009/10). In alcune review vengono riportati gli studi attuali sul Social Return on Investment (SROI) relativi ai ritorni socioeconomici rispetto agli investimenti nella sanità pubblica (Banke-Thomas *et al.*, 2015), e considerati i risvolti sociali nel nostro tempo delle nuove povertà dell’infanzia, come successiva perdita di redditi da lavoro che i bambini potranno produrre da adulti, se cresciuti in condizioni di svantaggio (Barker, 2004).

Nel cap. 26 viene illustrata la situazione italiana sulle nuove povertà emergenti: queste valutazioni danno un’idea dell’entità dei costi associati alla povertà infantile, suggerendo che una spesa effettuata oggi per aiutare i genitori in condizioni di difficoltà potrà avere ricadute positive nel futuro. La comunità internazionale è da tempo concorde sulla necessità di investire nei primi anni di vita, anche se con difficoltà applicative dal punto di vista economico. Un esempio proviene dal documento internazionale della Convenzione per i diritti dei bambini (CRC) Commento n. 7 (2005): “Garantire i diritti del bambino nei primi anni di vita comporta garantire un supporto a genitori e famiglie per consentire loro di svolgere adeguatamente le loro funzioni (artt. 18.2 e 18.3)”. I primi anni di vita costituiscono il periodo dove le responsabilità parentali riguardanti tutti gli aspetti del benessere dei bambini affrontati dalla Convention for the Rights of Children (CRC) sono più preponderanti, di conseguenza, la realizzazione di questi diritti dipende in grande misura dalle risorse a disposizione di quanti portano queste responsabilità.

Gli interventi possono portare effetti positivi in particolar modo ai gruppi sociali più svantaggiati, agli immigrati di ultima generazione, promuovendone l’inclusione e riducendo le disparità: “Investire nei bambini, rompere il circolo vizioso dello svantaggio socioculturale” è una raccomandazione della Commissione Europea già dal febbraio 2013, che ribadisce come combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita sia una misura fondamentale per ridurre la povertà e l’esclusione sociale. La prevenzione dello svantaggio si realizza nel modo più efficace attraverso strategie integrate che supportino i neogenitori nell’accesso al mercato del lavoro, diano sostegno al reddito e facilitino l’accesso a servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l’infanzia, servizi sanitari e sociali, abitazione e ambiente. L’OMS, l’UNICEF e la

comunità scientifica internazionale ribadiscono che gli interventi a supporto della funzione genitoriale nei primi anni di vita costituiscano un nodo fondamentale per abbattere le disuguaglianze nella salute, educazione e vita sociale (Irwin *et al.*, 2007; Lake, 2011); una sollecitazione proviene dai Paesi anglosassoni, in cui sono stati costituiti dipartimenti per supportare ricerca e interventi in questa area, considerata tra le più promettenti per lo sviluppo economico e per l'equità sociale, anche attraverso programmi governativi focalizzati sull'ECD (UK Department of Education and Wave Trust, 2013; US Congress, 2010).

6.3. Prevenzione e ambiti di intervento ECI nel sociale

L'operatività e le buone pratiche in ambito di progetti di prevenzione e ECI sono attuate su due versanti di solito tra loro integrati: individuale e sociale.

Il livello individuale dovrebbe intendersi non relativo al bambino, come nella concezione medicalista purtroppo ancora diffusa, bensì come si conviene per una effettiva prevenzione alle singole “persone” intendendo i genitori, la coppia e la famiglia considerati come unità rispetto al bambino che si sviluppa.

A livello sociale vanno considerati gli interventi istituzionali attraverso strutture come nidi (Tamburlini, 2013), scuola materna e scuola primaria: la legislazione italiana a supporto degli svantaggi educativi ha previsto l'inserimento dei bambini con disabilità (o “diversamente abili”) in classi normali con il supporto di figure educative di sostegno. Per i problemi di carattere economico si fa riferimento a politiche e interventi di redistribuzione del reddito, quali le *family allowances* proposte dalla Commissione Europea (assegni familiari) (Figari *et al.*, 2007), interventi rivolti a ridurre svantaggi socioculturali. Società con minori disuguaglianze culturali sono società con una minore sofferenza sociale (Fair Society Healthy Lives, 2010): esempi riportati da pediatri italiani segnalano che bambini nati in Italia soffrono già in termini di salute nei primi sei mesi di vita a causa di svantaggi socioculturali (Apollonio *et al.*, 2005; Tamburlini, 2014). Altri dati riportano come siano presenti disuguaglianze nella mortalità tra bambini italiani e stranieri nati in Italia (Tamburlini, 2014). A livello preventivo per ridurre il rischio psicosociale occorre fare attenzione alle trasmissioni transgenerazionali degli effetti di traumi e di maltrattamenti subiti nell'infanzia: la letteratura prova con evidenze cliniche che, se non è possibile un intervento precoce, vi sarà la tendenza nei soggetti a ripetere tali comportamenti, con una trasmissione del trauma e del maltrattamento alle generazioni successive (Cicchetti *et al.*, 1981). Quando a livello sociale

emergono problemi che in precedenza non erano stati rilevati e per i quali pertanto non fu possibile prevenzione alcuna, gli interventi dovrebbero anche in tali casi essere volti a supportare genitori singoli e coppie, in modo da sostenere e accrescere le loro competenze genitoriali, attraverso contatti individuali con le famiglie stesse, da parte di operatori diversi, a seconda dei servizi.

Lo sviluppo psicologico del bambino e il sostegno psicosociale ai genitori non dovrebbero, a ben vedere, interessare direttamente la competenza sanitaria, ma la prassi italiana, sulla scorta del retaggio culturale per cui “si cura” quando si rileva qualche problema (il che a lungo ha impedito una vera “prevenzione”), ha ormai da un secolo attribuito le competenze psicosociali, vuoi alla sfera pedagogica e pertanto all’educazione (di tardiva applicazione nel nostro caso), vuoi alla prevenzione della salute, inquadrando però la salute mentale, entro le organizzazioni sanitarie (e quindi confondendo il concetto di salute con quello di sanità, cioè assenza di malattie: salute = sanità? cfr. Imbasciati, 2008). Si è pertanto creata la situazione attuale per cui entro la Sanità lavorano educatori e altre molteplici figure di “esperti di sviluppo”, i quali dovrebbero avere formazione e competenze ben diverse da quelle che caratterizzano l’ambiente medico-sanitario, e che pertanto vengono a trovarsi nei servizi sanitari in mezzo a un clima collettivo diverso e talora estraneo ai problemi psichici e sociali. Il settore sanitario viene d’altra parte ad essere coinvolto perché è il primo a contattare i genitori e le famiglie, a partire dalla gravidanza e dalla nascita, o ancora subito dopo, attraverso la consultazione pediatrica per le cure primarie e di assistenza sanitaria per le prassi epidemiologiche relative alle vaccinazioni obbligatorie, nei primi mesi di vita, che consentono un approccio primario e precoce rispetto al settore educativo: che può subentrare successivamente (nidi per l’infanzia) e anche perché il messaggio veicolato dagli operatori sanitari viene percepito in genere come più autorevole³ e più efficace (Engle *et al.*, 2013).

I servizi sanitari si trovano così attribuita la prerogativa primaria di trasmettere alle famiglie, a partire dal progetto generativo, poi gestazionale, con la nascita, informazioni sulla salute, intesa nel senso più ampio come sviluppo ottimale del bambino (Child health and development), creando presupposti organizzativi nell’ambito del lavoro e dell’iniziativa

3. È questa una radicata convinzione della cultura occidentale, che procede da una dinamica inconscia collettiva di evitamento, mediante delega ad altri cioè al medico (“evacuazione proiettiva”) delle angosce che emanerebbero da eventuali pensieri circa la propria psiche quale matrice che produce, a nostra insaputa, i processi che si manifestano in ogni nostro evento mentale ivi compresi tutti i nostri disagi psichici nonché in quelli dei figli (cfr. Imbasciati, 2015: il “Mentecervello”) [N.d.c. Imbasciati].

anche dei singoli operatori, anzi fondandosi proprio sulla loro competenza specifica professionale: il che, per le suddette contraddizioni, non è di facile riuscita.

Comunque, allo stato attuale non si può che implementare le potenzialità degli operatori sanitari, nei diversi ambiti accademici nazionali e internazionali. Si sta attualmente procedendo all'inserimento di tematiche ECD nei diversi percorsi formativi di base delle diverse categorie professionali degli operatori sociosanitari (Saysana, Downs, 2012).

Orientativamente gli interventi dei servizi sanitari possono attualmente prevedere:

- *diffusione di informazioni*, per prevenire e ridurre i rischi in gravidanza e nei primi anni di vita, modulata secondo diversi background culturali;
- *counseling perinatale*, a partire dal progetto generativo preconcezionale, in gravidanza, parto, nascita attuato o attuabile presso i Punti Nascita territoriali, nei distretti, come supporto al puerperio, con particolare attenzione alle situazioni di rischio (Attademo *et al.*, 2003);
- *interventi precoci a supporto del bambino nato prematuro*, e pertanto a rischio di numerose problematiche evolutive, con un approccio attraverso la “Care” complessiva specifica per il neonato prematuro e per i suoi genitori (Ohlsson, Jacobs, 2013; Fazilleau *et al.*, 2014); interventi che possono anche essere effettuati su iniziativa individuale, o promossi su base regionale, distrettuale o dalle associazioni di genitori⁴ che affrontino le tematiche della genitorialità (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2010), con il loro coinvolgimento nelle interazioni precoci con il bimbo nelle UTIN (Ohlsson, Jacobs, 2013; Fazilleau *et al.*, 2014). Le relazioni che si instaurano precocemente vanno ad influenzare la qualità della vita ed il benessere a lungo termine: uno studio longitudinale in bambini nati pretermine (Landsem *et al.*, 2015) ha valutato l'efficacia, in termini di qualità della vita e benessere emozionale, di interventi precoci di sensibilizzazione relazionale ed emozionale con i genitori, valutando poi gli effetti positivi e duraturi percepiti dai bambini e dai loro genitori con follow up fino a nove anni di età (Landsem *et al.*, 2015). Un'altra meta-analisi (Benzies *et al.*, 2013), ha rilevato come il supporto psicosociale e l'intervento educativo rivolto ai genitori abbiano ridotto sintomi di stress, ansia e depressione nei genitori, aumentando il senso di autoefficacia percepita nello sviluppo del bambino (Benzies *et al.*, 2013);

4. Associazioni genitori prematuri nazionali come “Vivere Onlus” o a livello locale come “Nati per vivere” ospedali Civili di Brescia.

- *interventi di prevenzione condotti nella valutazione dei bilanci di salute* che gli operatori a contatto con i genitori, in primo luogo i pediatri, possono promuovere attraverso buone pratiche per le quali vi è evidenza di efficacia sullo sviluppo precoce del bambino (Blair, Hall, 2006); nonché buone pratiche di nutrizione che iniziano con l'allattamento al seno (Kramer *et al.*, 2008) attraverso la promozione di una alimentazione meno rigidamente regolata e più responsiva al bambino (Black, Aboud, 2011);
- *programmi basati sulle visite a domicilio – home visiting –* come modalità per raggiungere i nuovi nati nei periodi più critici: in gravidanza e nei primi due-tre anni di vita, modulati in base alle richieste o meglio ai bisogni rilevati (disagio sociale, disabilità ecc.), attraverso interventi integrati, utilizzando sia i servizi esistenti, sia le risorse associative della comunità e quelli delle famiglie. Le visite domiciliari si sono rivelate un modello efficace a livello internazionale per affiancare la pediatria di famiglia: a livello nazionale un interessante modello è proposto dalle Ostetriche degli Spedali Civili di Brescia con il servizio “dimissioni protette” (Imbasciati, Cena, 2015a). Nel Regno Unito e in Australia nei servizi territoriali la figura di Health visitor ha la finalità di trasmettere i messaggi ECD alle famiglie, con modalità conformi ai diversi contesti socio-culturali (Bennett *et al.*, 2007; Cowley *et al.*, 2013; Izzo *et al.*, 2005; Bennett *et al.*, 2008; Moore *et al.*, 2012);
- *programmi di Parent Training, gruppi di mutuo aiuto* attraverso associazioni genitoriali (American Academy of Pediatrics).

6.4. Neuroscienze e ECI: plasticità cerebrale e stimolazioni relazionali plurisensoriali nel contesto di una regolazione affettiva

Nel documento *Early Childhood Intervention* della European Agency for Development in Special Needs Education (2005) i contributi delle neuroscienze con i concetti di plasticità neuronale vengono declinati nella concezione di “funzionamento” di un individuo, in un complesso rapporto tra condizioni di salute e fattori contestuali (ambientali e personali): l'interazione dinamica tra queste entità è il presupposto che gli interventi ECI condotti in una delle entità hanno il potenziale di modificare questa o più entità.

L'European Developments in Early Childhood Intervention pone l'attenzione ai progressi scientifici nel campo della genetica e delle neuroscienze: ad esempio per quanto riguarda l'apprendimento, le neuroscienze cognitive stanno cercando marcatori neurali o biomarcatori connessi alle varie difficoltà di apprendimento, per poter attivare interventi ambientali dalla

primissima infanzia e modificare sempre più precocemente le traiettorie di sviluppo dei bambini in difficoltà (Goswami, 2008). In questi ultimi decenni le neuroscienze hanno supportato l'evidenza delle osservazioni cliniche con dati interessanti riguardo il substrato neurobiologico dello sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo: l'esposizione a precoci esperienze comporta effetti significativi sugli itinerari di sviluppo dei bambini. Interventi preventivi effettuati nella primissima infanzia possono ridurre l'influenza negativa di fattori stressanti, migliorare le possibilità recettive a stimoli neuro-costruttivi, con esiti positivi sul neurosviluppo (Walker *et al.*, 2011; Engle *et al.*, 2011; Jefferis *et al.*, 2002; Kilburn, Karoli, 2008).

Quanto esposto nei precedenti paragrafi descrive l'attenzione del mondo scientifico alle vicende del primo sviluppo e all'opera di prevenzione – forse meglio “cure precoci” – che in molti paesi si sta attuando nei servizi sanitari. Tali iniziative in Italia sembrano per ora soltanto auspicabili: forse manca una miglior assimilazione, nella cultura sanitaria, delle scoperte neuroscientifiche che rivelano la fondamentale importanza di cure precoci per l'avvenire della nostra infanzia. In questo quadro, stiamo curando da molti anni nelle nostre opere la promozione delle basi teoriche di una indispensabile Psicologia Clinica Perinatale.

Nel presente capitolo può pertanto essere opportuno rimenzionare alcuni aspetti delle scoperte fondanti l'attenzione culturale e sanitaria per la assistenza precoce, e ancor più per una effettiva prevenzione dei rischi in cui possono incorrere i “nostri” bambini.

Una maggiore conoscenza dello sviluppo cerebrale ha evidenziato l'importanza delle prime esperienze prenatali e neonatali nell'influenzare la crescita e lo sviluppo di reti neurali (Kotulak, 1996): positive e stimolanti esperienze durante la prima infanzia con effetti strutturanti lo sviluppo del cervello, implicherebbero ricadute nella evoluzione delle diverse abilità cognitive, sociali, emotive e relazionali con i coetanei e gli adulti (Park, Peterson, 2003). I primi anni avrebbero una influenza determinante sulle fasi successive della vita (Shonkoff, Meisels, 2000) e i danni precoci possono compromettere le prospettive di vita dei bambini; una compensazione delle opportunità mancanti, se e quando sarà possibile, spesso richiede interventi molto complessi (Shonkoff, Phillips, 2000).

L'interesse scientifico della comunità internazionale si sta intensificando per gli ECI nel periodo perinatale, in particolare nei primi mille giorni di vita a partire dal concepimento, con interventi di prevenzione bio-medica e psicoeducativa, supportando direttamente o indirettamente le risorse, le competenze e la salute dei genitori, interventi sui quali si è focalizzata la psicologia clinica perinatale in questi anni. Lo sviluppo neuropsichico del bambino si struttura attraverso stimoli sociali e relazioni interpersonali, con i genitori, caregivers e le figure affettive di riferimento: nei primi mille

giorni di vita le strutture neurali sono estremamente sensibili alle sollecitazioni ambientali, che determinano direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti che sono alla base della capacità di apprendimento e di memoria (Dawson *et al.*, 2000; Shonkoff, 2007); anzi diremmo, che sono memoria di ogni ulteriore funzione d'apprendimento (Imbasciati, 2015). Anche lo sviluppo di altri organi e apparati sarebbe regolato da analoghi processi: le esperienze metaboliche o immunologiche precoci inciderebbero sulle traiettorie dello sviluppo attraverso meccanismi e sistemi di risposta fisiologica, che rimangono come memoria con effetti a lungo termine (Barker, 1998, 2004, cfr. anche cap. 21). Le reciproche influenze tra cervello, metabolismo e immunità indicano che la rete neuronale e le diverse funzioni (cognitive, emotive, esecutive ecc.) sarebbero tra di loro connesse, nell'itinerario complessivo dello sviluppo infantile. Le basi neurobiologiche delle competenze acquisite, dunque le relative memorie, da quelle motorie a quelle relative al linguaggio, alle funzioni esecutive complesse, cognitive, emotive, si vengono strutturando nell'interazione tra il patrimonio genetico, quello biologico e le interazioni con l'ambiente, soprattutto psico-sociale.

Nella strutturazione cerebrale è centrale la “plasticità neuronale” (Ansermet, Magistretti, 2008), come capacità del SNC di organizzare le sue connessioni, funzionalmente e strutturalmente, in risposta alle esperienze connesse alle stimolazioni ambientali. Il cervello dunque cambia in continuazione. Questo processo consente lo sviluppo di collegamenti alternativi dunque di nuove vie percorribili: la “plasticità” è la capacità del SNC di organizzarsi e riorganizzarsi in base all'esperienza, e questa “plasticità” dura tutta la vita. La velocità è massima alla nascita e nei primi mille giorni di vita: la velocità di sviluppo di nuove connessioni sinaptiche varia, a seconda delle funzioni interessate (Thompson, Nelson, 2001), viene regolata dalla relazione con il caregiver, e influenza la costruzione delle strutture di base relative alle diverse competenze, che vengono in tal modo acquisite, con effetti che non saranno facilmente reversibili nelle età successive in quanto tali strutture di base fungono da matrice che elabora ed elaborerà ogni successiva esperienza (cfr. cap. 2). Pertanto se detta relazione e le relative strutture di base sono disfunzionali, tale difetto iniziale non sarà facilmente reversibile con le successive esperienze. La conoscenza del neonato, e prima ancora del feto, sono una guida per poter indirizzare le esperienze ambientali degli interventi ECI.

Prima della nascita le sensibilità alla luce, ai suoni, al dolore, e la possibilità di effettuare movimenti coordinati e apparentemente finalizzati (Castiello *et al.*, 2010) evolvono in un una capacità discriminante rispetto a stimoli diversi (suoni, voce ecc.) (Panza, Flaugnacco, 2013): le esperienze auditive possono implementare una connessione tra reti neurali di

sensorialità diverse e consentire lo sviluppo di competenze in aree funzionali complesse, quali ad esempio il linguaggio. Studi sperimentali hanno provato come la reattività alla voce dei genitori sia straordinaria già in neonati prematuri, di 28-30 settimane; la presenza di genitori che parlano fa aumentare significativamente le vocalizzazioni (Caskey *et al.*, 2011), favorendo l'esposizione molto precoce a una lingua, in specifico la madrelingua (Gervain *et al.*, 2008). Anche se l'esperienza viene interrotta, lascia una traccia che può, a molti anni di distanza, facilitare l'apprendimento di quella lingua. Il vocabolario di un bambino si sviluppa maggiormente nei bambini di madri responsive piuttosto che di mamme poco responsive, perché depresse o distolte da un contesto problematico. I bambini sono in grado di comprendere il significato di molte parole di uso comune già all'età di sei mesi, quando dirigono lo sguardo verso l'oggetto nominato dal caregiver piuttosto che verso un altro oggetto (Bergelson, Swingley, 2012). Una esperienza precoce verbale, tattile, olfattiva, acustica, gustativa mediata dalle figure primarie di riferimento è fondamentale: se le interazioni con le figure affettive di riferimento sono carenti verrà compromesso lo sviluppo non solo mentale ma si rileveranno effetti sul corpo, psicosomatici; non solo l'assenza delle interazioni, potrà compromettere la qualità dei legami di attaccamento (Ainsworth *et al.*, 1978), ma anche la qualità di queste interazioni potrà portare effetti o difetti a livello neurobiologico e funzionale. Molti sono gli effetti duraturi degli eventi precoci e precocissimi riscontrati a seguito di eventi relazionali: bambini giamaicani coinvolti in una ricerca-intervento da piccoli, quando erano gravemente malnutriti, avevano ricevuto, oltre ai supplementi nutrizionali, anche un intervento volto ad aiutare le loro madri ad interagire attivamente con loro: a quindici e diciassette anni sono stati riscontrati quozienti di intelligenza e capacità cognitive maggiori rispetto a loro coetanei che avevano ricevuto la sola "cura" nutrizionale (Walker *et al.*, 2005). Tra gli interventi psicosociali è stato rilevato che figli di madri a rischio sociale, supportate con programmi ECI intensivi, per due decenni, hanno dato migliori esiti comportamentali, valutabili attraverso indicatori quali minor abuso di sostanze, minore fallimento scolastico e criminalità, rispetto ai figli di madri con le stesse caratteristiche di rischio che non avevano ricevuto tale supporto (Olds *et al.*, 1998). Anche se le variabili in entrambe le ricerche possono essere numerose e non tutte controllate, tuttavia i dati in letteratura possono essere indicativi per ulteriori sviluppi.

A seguito di eventi traumatici, possono comparire nei bambini manifestazioni di sintomatologie depressive: alcuni studi con le neuroimaging funzionale hanno riscontrato una variazione nelle dimensioni di alcune strutture cerebrali, tra le quali quelle dell'ippocampo, imputabili non al grado di depressione ma, soprattutto, alla qualità del supporto ricevuto

dalle madri (Luby *et al.*, 2012). Recenti studi della Alberini (Travaglia, Alberini, 2016) con modelli animali stanno indicando interessanti prospettive delle possibili traiettorie della ricerca futura sulle funzioni della amnesia infantile con il coinvolgimento dell'ippocampo: viene segnalata in particolare l'importanza dei *periodi critici/sensibili* dello sviluppo, finestre temporali limitate nel tempo, durante l'epoca post-natale (e in epoca pre-natale?), in cui alcune funzioni sono più duttili e più evolutive che in altre. La presenza di *periodi sensibili* durante lo sviluppo cerebrale ha consentito di comprendere le potenzialità e i limiti della plasticità cerebrale, per poter individuare sempre più precocemente fattori di rischio e per poter predisporre strumenti d'intervento adeguati a sopperire agli effetti negativi dovuti a disturbi e carenze precoci dello sviluppo cerebrale. I periodi critici/sensibili (cfr. Imbasciati, Cena, 2017, cap. 7) delle funzioni consentono di individuare "finestre temporali" in cui è possibile intervenire con ECI: i primi mille giorni di vita sono molto importanti per gli aspetti motori e sensoriali; sono considerevoli le scoperte del ruolo del sistema motorio poi sulle capacità sociali e cognitive, e le ricadute che queste hanno nel campo della neuroriabilitazione; alla nascita la funzione visiva è in un periodo critico, seguita da quella uditiva, la fase comunicativo-linguistica avrebbe la sua finestra di maggiore sensibilità temporale tra i 2/3 anni – anche se i segni precursori sono già nel primo anno di vita; successivamente dovrebbero costituirsi le funzioni simboliche.

La clinica ci indica che progressivamente, se un bambino ha un ritardo motorio su cui non c'è stato un intervento precoce, questo ritardo può esitare nel linguaggio e quindi successivamente in un ritardo cognitivo: sono considerevoli le scoperte del ruolo del sistema motorio sulle capacità sociali e cognitive, e questo per l'importanza delle ricadute nel campo della neuroriabilitazione. Attuali ricerche sviluppate da neuroscienziati attraverso l'analisi dei modelli animali e umani (Ferrari, 2017) mettono in evidenza i fattori di rischio e gli effetti a breve-lungo termine di specifiche esperienze sensorimotorie e sociali. Per quanto riguarda la plasticità neuronale, le influenze delle esperienze e lo sviluppo della corteccia prefrontale sono connesse alle funzioni esecutive, con un periodo critico che inizia un po' più tardi e si prolunga negli anni successivi della crescita. Il concetto di *periodo sensibile/critico* è dunque di interesse rilevante per gli ECI in relazione alla scelta della funzione su cui è necessario intervenire. La plasticità neuronale implica la possibilità che esercitando una certa funzione l'effetto abbia una ricaduta sulle altre, che magari si svilupperanno successivamente e questo aspetto apre interessanti prospettive per gli sviluppi della neuroriabilitazione.

Schore (2003) sottolinea come i dati delle neuroscienze affettive evolutive e quelli della psicoanalisi a orientamento evolutivo mostrino che in

periodi critici della vita il sistema cervello-mente-corpo dell'essere umano cresce e si sviluppa verso livelli sempre maggiori di complessità nel contesto di una relazione, per la regolazione affettiva con un altro essere umano.

Il costrutto di *regolazione affettiva* è per noi fondamentale negli ECI in Psicologia Clinica Perinatale, promosso e declinato entro le modalità di interazione diadica primaria genitore-neonato con interventi per le diverse funzioni connesse alle sensorialità. Nei primi mille giorni di vita, gli scambi interattivi tra neonato e madre sono molto ricchi e fluenti, anche dal punto di vista sensoriale (tattile, uditivo, visivo, gustativo, olfattivo): le potenzialità vanno implementate e sostenute attraverso esperienze sensoriali mediate da interazioni che abbiano una valenza relazionale-emozionale per poter essere memorizzate a lungo termine. Gli studi e le ricerche dell'Infant-Research hanno messo bene in evidenza come le stimolazioni attraverso le proto-conversazioni tra il lattante e la madre nei primi mesi di vita, costituiscano numerosi scambi interattivi, visivi, tattili, uditivi, olfattivi, gustativi, che possono essere implementati attraverso attività ludico-comunicazionali, linguistico-musicali, canto, lettura, contatto corporeo, skin to skin, infant massage: attività, che vengono inserite in programmi di prevenzione e intervento ECI. La sollecitazione sensoriale della vista, udito, motricità, l'odore della vicinanza materna, il sapore della pelle e del latte materno, la manipolazione del corpo forniscono esperienze-relazionali-ambientali plurisensoriali, fondamentali per lo sviluppo neuropsichico del bambino, nonché strutturanti il legame di attaccamento.

6.5. Prevenzione e ECI di Psicologia Clinica Perinatale nei primi mille giorni di vita: supporto alla relazione genitore-bambino e al legame di attaccamento

I programmi di prevenzione ECI in Psicologia Clinica Perinatale con bambini nati a termine e pretermine, prevedono percorsi psicoeducativi che implicino esperienze relazionali-plurisensoriali:

- a) *tattili*, manipolatorie del corpo del bimbo (Onozawa *et al.*, 2001), effettuati attraverso *skin-to skin* (cap. 14 e appendice) e *infant massage* (cfr. cap. 15 e appendice) dai genitori: in ambito italiano vengono promossi attraverso corsi e progetti organizzati nei servizi e consultori territoriali con progetti in genere condotti a piccoli gruppi con incontri periodici;
- b) *acustiche* con la voce materna (racconti di storie e letture fatte dai genitori, secondo programmi di intervento internazionali nel periodo 0-3 anni (Needlman, Silverstein, 2004; Brazelton, Sparrow, 2006)

identificati come: Booktrust (“Nati per Leggere” britannico) e Reach Out and Read (“Nati per Leggere” americano)⁵: in letteratura sono riportate esperienze che hanno coinvolto positivamente bambini appartenenti alle comunità internazionali (Diener *et al.*, 2012); la tradizione psicopedagogica ed educativa pluridecennale italiana opera attraverso programmi simili (Progetto Nati per Leggere), che possono essere modulati a seconda del contesto, dell’età dei soggetti e dei gruppi di partecipanti (madri con neonati; genitori/nonni, altri caregiver di riferimento) in consultori, attraverso associazioni genitoriali, cooperative psicopedagogiche;

c) *musicali* con percorsi di sollecitazione delle capacità percettive acustiche, attive già nel periodo prenatale⁶.

Il cervello del bimbo si forma in una relazione di estrema dipendenza da quello degli adulti che lo curano, con una compartecipazione sensoriale già dall’inizio: le stimolazioni dell’ambiente uterino offrono sollecitazioni ai sistemi sensoriali fetali in via di sviluppo. Nell’ultimo trimestre di gravidanza il feto reagisce alle stimolazioni acustiche forti con una reazione di allarme e di fuga, quando invece le stimolazioni hanno una intensità adeguata si immobilizza con un decremento della frequenza cardiaca e con risposte di orientamento attentivo (Camaioni, Di Blasio, 2007). Verso le ventiquattro-venticinque settimane si riscontra una organizzazione delle vie acustiche: il feto risponde ai suoni con una reattività motoria, apprezzabile dalla frequenza cardiaca.

La percezione acustica fa parte di un aspetto delle modalità espressive comunicative umane che includono il non verbale: questo richiama alle fasi precoci della vita che precedono lo sviluppo del linguaggio e della verbalizzazione, alle origini dello sviluppo psichico. Fornari (1984) considerava la musica come metafora dei ritmi e dei suoni percepiti nell’esperienza prenatale: le emozioni che derivano dall’ascolto della musica sarebbero una riedizione dell’esperienza sensoriale uterina e della relazione arcaica con queste sonorità. La mente si origina in un ambiente sonoro, con molte stimolazioni acustiche a livello prenatale: la particolarità delle percezioni acustiche fetali comporta ritmicità, come quelle connesse al battito cardiaco materno e ai movimenti respiratori, ai rumori viscerali che insieme ad altri suoni provenienti dal mondo esterno si propagano e si diffondono nell’ambiente acquatico uterino. Di queste esperienze acustiche permanerebbe una memoria implicita non verbale.

5. Esperienze italiane vengono portate avanti nelle biblioteche, va segnalata inoltre l’interessante esperienza promossa dal Centro Benedetta D’Intino di Milano.

6. Nel feto dopo lo sviluppo della sensibilità cutanea diventano funzionali il sistema della sensibilità vestibolare, cinestesico, uditivo e visivo (Maiello, 1995, 2004).

In letteratura si ritrovano diverse esperienze relative alle esposizioni acustiche in gravidanza, indicate anche come musicoterapia, in cui l'ascolto non è prettamente terapeutico, come un intervento sul disagio, ma utilizzato con finalità di rilassamento corporeo o in preparazione al parto. Le ricerche indicano che si fa un uso non prettamente terapeutico di ciò che viene indicato come applicazione della musicoterapia in gravidanza. L'ascolto della musica è utile per la riduzione dello stress, dei sintomi ansiosi perinatali, per la promozione del legame genitore-bambino pretermine: la musica offrirebbe un elemento di sincronizzazione dei ritmi del bambino, per creare un ambiente sonoro diverso da quello di routine quale si ritrova nel reparto di terapia intensiva neonatale.

In Psicologia Clinica Perinatale si possono proporre programmi preventivi e riabilitativi con sollecitazioni musicali secondo un approccio psicopedagogico in cui l'uso delle modalità non verbali musicali, ritmiche possono diventare canale privilegiato nella comunicazione genitore-bambino, con ricadute ed effetti positivi anche sullo sviluppo psicomotorio; a livello prenatale le sollecitazioni attraverso modalità di canto materno, quale canale di relazione con il bambino, supportato da stimolazioni tattili, *skin to skin* o di *infant massage* possono fornire contemporaneamente più input per l'organizzazione del sistema nervoso fetale, attivando risposte comunicativo-relazionali-motorie, evidenti negli ultimi mesi della gestazione. La musicoterapia in gravidanza e nel periodo post natale è un approccio molto complesso e tuttora in discussione: certamente la musicalità ha una influenza sulla relazione genitore-bambino, utilizza i canali non verbali della comunicazione, e favorisce una dimensione relazionale prenatale nella costruzione di un dialogo primario materno-fetale. A livello neonatale con madri e neonati anche in piccoli gruppi, può essere attivato un lavoro sulle emozioni, attraverso l'esperienza musicale (Progetto Nati per la Musica; Gorini, 2013). Queste prospettive possono aprire interessanti orizzonti al lavoro di tutte le professionalità connesse alla perinatalità, attraverso un arricchimento significativo proprio dei contenuti del fare professionale.

L'itinerario di vita di un bambino potrebbe essere modificato da interventi anche semplici che possano rendere un genitore più consapevole, più attrezzato, più sicuro di sé, e un bambino più competente e partecipe alla relazione con il proprio genitore. Alla Cornell University (NY) nel 2014, attraverso un "Prospects for the new millennium" è stata lanciata una grande sfida: viene prospettato che il progresso futuro sarà connesso al modo in cui i genitori si relazionano ai propri figli, perché da questo dipende in buona parte tutto il resto (Zen GEA, 2014). Tale prospettiva si può ritrovare anticipata nelle nostre opere (Imbasciati Cena, 2015a,b: voll. I e II di Psicologia Clinica Perinatale; vol. III psicoanalisi e neuroscienze, nonché Imbasciati, 2011b, 2014; Cena Imbasciati, Baldoni, 2010, 2012; Imbasciati,

Cena, 2013). L'attuazione dei provvedimenti che sarebbero necessari nelle nostre istituzioni sanitarie è per ora ben lungi dall'essere fattivamente programmata. Dobbiamo pertanto continuare la nostra opera di diffusione di una adeguata Psicologia Clinica Perinatale.

Le sollecitazioni esperienziali relazionali genitore-bambino vengono promosse in contesti di *osservazione clinica perinatale* attraverso *interventi psicoeducativi di prevenzione ECI* individuali o in piccolo gruppo (cap. 14 e appendice; cap. 15 e appendice), *attachment-based mother-infant-father intervention*, per la formazione di un legame di attaccamento sicuro (Crittenden, 2008) orientati a:

- a) promuovere la *sensibilità e responsività genitoriale* (Ainsworth, 1979; Crittenden, 1979-2004; Crittenden Bonvillian, 1984);
- b) favorire processi di *regolazione affettiva* (Schore, 1994, 2003; Tronik, 2008);
- c) potenziare la *funzione riflessiva genitoriale, l'insightfulness*: gli assunti teorici sono riferiti allo sviluppo nei genitori della funzione riflessiva genitoriale, nella relazione genitore bambino secondo i modelli della Slade "Parents First" e "Minding the baby" (Slade, 2010a,b) e della Insightfulness (Oppenheim, Koren-Karie, 2013).

Gli *interventi psicoterapeutici di Consultazione Partecipata (CP)* madre-bambino-padre ad orientamento psicoanalitico (Vallino, 2004) possono essere attivati a integrazione degli interventi psicoeducativi con i genitori.

Presentiamo un nostro schema riassuntivo.

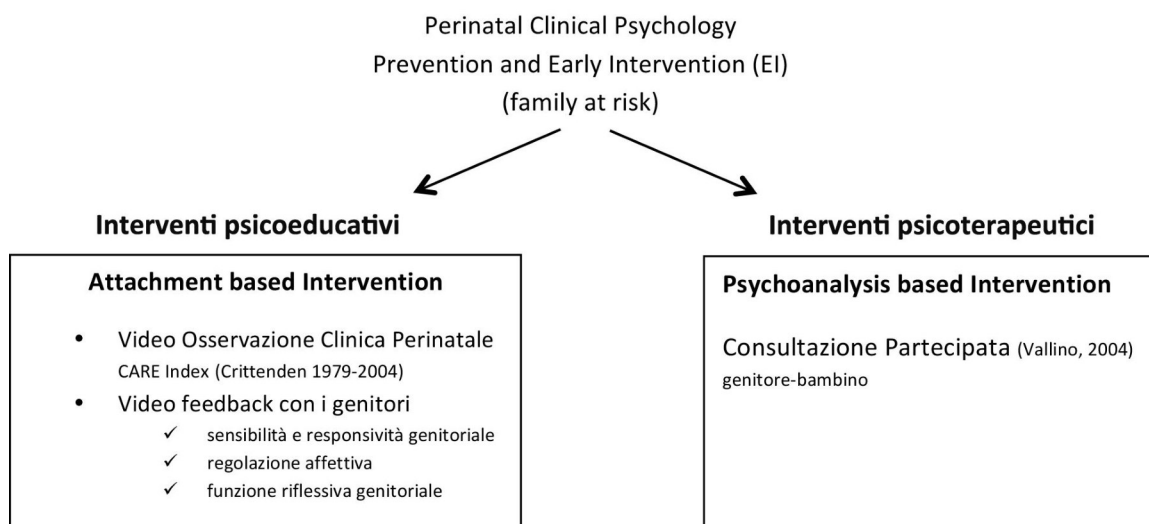


Fig. 1

Bibliografia

- Ainsworth M.D., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale NJ.
- Ainsworth M.S. (1979), "Infant-mother attachment", *American Psychologist*, 34 (10), 834-841.
- Ansermet F., Magistretti P. (2008), *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neuronale e inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Apollonio M.G., Barbiero C., Bascucci S., Chert T., Nanni R., Paviotti E., Montico M., Ciotti F., Tamburlini G. (2005), "Supporto precoce ai neogenitori: è necessario? Serve?", *Medico e Bambino*, 24, 589-598.
- Attademo G., Cirillo G., Giacci O., Siani P., Esposito S. (2003), "Il Progetto 'adozione sociale' a Napoli: tra illusioni e delusioni", *Quaderni acp*, 10 (3), 12-14.
- Banke-Thomas A.O., Madaj B., Ameh C., van den Broek N. (2015), "Social Return on Investment (SROI) methodology to account for value for money of public health interventions: a systematic review", *Bio Med Central Public Health*, 15, 582.
- Barker D.J. (1998), "In utero programming of chronic disease", *Clin. Sci.*, 95 (2), 115-28.
- Barker D.J. (2004), "The developmental origins of adult disease", *The Journal of the American College of Nutrition*, 23 (6 Suppl.), 588S-595S.
- Bennett C., Macdonald G.M., Dennis J., Coren E., Patterson J., Astin M., Abbott J. (2007), "Home-based support for disadvantaged adults Mothers", *Cochrane Database Syst. Rev.*, (3).
- Bennett C., MacDonald G.M., Dennis J., Coren E., Patterson J., Astin M., Abbott J. (2008), "WITHDRAWN: Home-based support for disadvantaged teenager mothers (Review)", *Cochrane Database Syst. Rev.*
- Benzies K.M., Magill-Evans J.E., Hayden K.A., Ballantyne M. (2013), "Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-10.
- Bergelson E., Swingle D. (2012), "At 6-9 months, human infants know the meanings of many common nouns", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (9), 3253-8.
- Black M.M., Aboud F.E. (2011), "Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting", *Journal of Nutrition*, 141 (3), 490-4.
- Blair M., Hall D. (2006), "From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services", *Archives of Disease in Childhood*, 91, 730-35.
- Blauw-Hospers C.H., de Graaf-Peters V.B., Dirks T., Bos A.F., Hadders-Algra M. (2007), "Does early intervention in infants at high risk for a developmental motor disorder improve motor and cognitive development?", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31 (8), 1201-1212.
- Bookstart (2009/10), "A Social Return on Investment (SROI) Analysis", *Just economics*, 2010.

- Brazelton T.B., Sparrow J. (2006), *Touchpoints. Birth to Three*, 2nd ed., Da Capo Press, Cambridge.
- Camaioni L., Di Blasio P. (2007), *Psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Caskey M., Stephens B., Tucker R., Vohr B. (2011), "Importance of Parent Talk on the Development of Preterm Infant Vocalizations", *Pediatrics*, 128 (5), 910-6.
- Castiello U., Becchio C., Zoia S., Nelini C., Sartori L., Blason L., D'Ottavio G., Bulgheroni M., Gallese V. (2010), "Wired to Be Social: The Ontogeny of Human Interaction", *PLoS One*, 5 (10), 1-10.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2010), *La relazione genitore-bambino. Dalla psicoanalisi infantile a nuove prospettive evoluzionistiche dell'attaccamento*, Springer, Milano.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), *Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori*, Springer, Milano.
- Cicchetti D., Rizley R. (1981), "Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment", *New Directions for Child and Adolescent Development*, 11, 31-55.
- Cowley S., Whittaker K., Grigulis A., Malone M., Donetto S., Wood H., Morrow E., Maben J. (2013), "Why Health Visiting? A review of the literature about key health visitor interventions, processes and outcomes for children and families", Department of Health Policy Research Programme, ref. 016 0058, *National Nursing Research Unit*, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London.
- Crittenden, P.M. (1979-2004), *CARE-Index: Coding Manual*. Unpublished manuscript, Miami.
- Crittenden P.M., Bonvillian J.D. (1984), "The effect of maternal risk status on maternal sensitivity to infant cues", *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 250-262.
- Crittenden P.M. (2008), *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety*, Routledge/Willan Publishing, Collumpton, UK.
- Dawson G., Ashman S.B., Carver L.J. (2000), "The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy", *Development and Psychopathology*, 12, 695-712.
- De Moor J.M., Van Waesberghe B.T., Hosman J.B., Jaeken D., Miedema S., (1993), "Early Intervention for Children with Developmental Disabilities: Manifesto of the Eurlyaid Working Party", *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 23-31.
- Diener M.L., Hobson-Rohrer W., Byington C.L. (2012), "Kindergarten readiness and performance of latino children participating in reach out and read", *Journal of Community Medicine and Health Education*, 2, 133.
- Engle P.L., Fernald L.C., Alderman H., Behrman J., O'Gara CYousafzai A., Cabral de Mello M., Hidrobo M., Ulkuer N., Ertem I., Iltus S. (2011), "Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries", *Lancet*, 378 (9799), 1339-53.
- Engle P.L., Young M.E., Tamburlini G. (2013), "The role of health sector in early child development", in Britto P., Engle P., Super B., *Handbook of early child*

- development research and its impact on global policy*, Oxford University Press, Oxford.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2005), *Special Needs Education in Europe*, EADSNE, Middelfart.
- Fair Society Healthy Lives (2010), The Marmot Review, *Strategic review of health inequalities in England post*, London.
- Fazilleau L., Parienti J.J., Bellot A., Guillois B. (2014), “NIDCAP in preterm infants and the neurodevelopmental effect in the first 2 years”, *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*
- Ferrari P. (2017), “From activity to interactivity: harnessing early adaptive neuroplasticity for intervention in atypical development”. Workshop internazionale plasticità cerebrale e neuroriabilitazione, Erice, 17-22 ottobre 2017.
- Figari F., Paulus A., Sutherland H. (2007), “Research note: supporting families with children through taxes and benefits”, *European Commission*, Brussels.
- Fornari F. (1984), *Psicoanalisi della musica*, Longanesi, Milano.
- Gervain J., Macagno F., Cogoi S., Peña M., Mehler J. (2008), “The neonate brain detects speech structure”, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 105 (37), 14222-7.
- Gorini S. (2013), “Il ruolo del pediatra nella promozione della musica in famiglia”, *Medico e Bambino*, 10, 167-74.
- Goswami U. (2008), “Principles of Learning, Implications for Teaching: A Cognitive Neuroscience Perspective”, *Journal of Philosophy of Education*, 42, 381-399.
- Guralnick M.J. (1997), *The Effectiveness of Early Intervention*, Brookes Publishing, Baltimore.
- Guralnick M.J. (2001), “A Developmental Systems’ Model for Early Intervention. In Infant and Young Children”, *Infants and Young Children*, 14 (2), 1-18.
- Heckman J.J., Moon S.H., Pinto R., Savelyev P.A., Yavitz A. (2010), “The Rate of Return to the High Scope Perry Preschool Program”, *J. Public Econ.*, 94 (1-2), 114-28.
- Helios II (1996a), *Early Intervention: Information, Orientation and Guidance of Families*, European Commission, Brussels.
- Helios II (1996b), *Prevention, Early Detection, Assessment, Intervention and Integration: An Holistic View for Children with Disabilities*, European Commission, Brussels.
- Imbasciati A. (2008), “Clinico e Psicologia Clinica”, *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXV, 1, 13-35.
- Imbasciati A. (2011b), “Curare i genitori per una buona transgenerazionalità”, in Della Vedova A., Cristini C., *La promozione della salute psichica perinatale*, Carocci, Roma, 17-26.
- Imbasciati A. (2014), “Our future mind: epocal developments of Perinatal Clinical Psychology”, *Internat. J. of Child Health and Nutrition*, 148-155.
- Imbasciati A. (2015), “Il mentecervello: meditazione interrogativa per gli psicoanalisti”, *Il Ruolo Terapeutico*, 130, 15-24.

- Imbasciati A., Cena L. (2013), “Curare i bambini, curando i genitori”, *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n. 68.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. I. Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015b), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. II. Genitorialità e origine della mente del bambino*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia Clinica Perinatale. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Irwin L.G., Siddiqi A., Hertzman C. (2007), “Early Child Development – A powerful equalizer. Final Report for the World Health Organization’s Commission on the Social Determinants of Health”, *Child Health and Education*, 2 (1), 3-18.
- Izzo C.V., Eckenrode J.J., Smith E.G., Henderson C.R., Cole R., Kitzman H., Olds D.L. (2005), “Reducing the impact of uncontrollable stressful life events through a program of nurse home visitation for new parents”, *Prev. Sci.*, 6 (4), 269-74.
- Jefferis B.J., Power C., Hertzman C. (2002), “Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study”, *BMJ*, 325, 305.
- Kilburn M.R., Karoly L.A. (2008), “The Economics of Early Childhood Policy”, *The RAND Corporation, Occasional Papers*, 1-34.
- Kotulak R. (1996), *Inside the Brain: Revolutionary Discoveries of How the Mind Works*, Andrews & McMeel, Kansas City MO.
- Kramer M.S., Aboud F., Miranova E., Vanilovich I., Platt R.W., Matush L., Igumnov S., Fombonne E., Bogdanovich N., Ducruet T., Collet J.P., Chalmers B., Hodnett E., Davidovsky S., Skugarevsky O., Trofimovich O., Kozlova L., Shapiro S. (2008), “Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial”, *Arch. Gen. Psychiatry*, 65 (5), 578-84.
- Lake A. (2011), “Early childhood development global action is overdue”, *Lancet*, 378 (9799), 1277-8.
- Landsem I.P., Handegård B.H., Ulvund S.E., Kaaresen P.I., Rønning J.A., (2015), “Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents; a randomized clinical trial”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 25.
- Luby J.L., Barch D.M., Belden A., Gaffrey M.S., Tillman R., Babb C., Nishino T., Suzuki H., Botterona K.N. (2012), “Maternal support in early childhood predicts larger hippocampal volumes at school age”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (8), 2854-9.
- Maiello S. (1995), “The Sound-Object”, *Journal of Child Psychotherapy*, 21, 23-41.
- Maiello S. (2004), “On the meaning of prenatal auditory perception and memory for the development of the mind: a psychoanalytic perspective”, in Nöcker-Ribaupierre M. (a cura di), *Music Therapy for Premature and Newborn Infants*, Barcelona Publishers, Gilsum, NH.

- Moore T.G., McDonald M., Sanjeevan S., Price A. (2012), “Sustained home visiting for vulnerable families and children: A literature review of effective processes and strategies”, prepared for Australian Research Alliance for Children and Youth. Parkville, Victoria: *Murdoch Childrens Research Institute and The Royal Children’s Hospital Centre for Community Child Health*.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, National Academy Press, Washington DC.
- Needlman R., Silverstein M. (2004), “Pediatric interventions to support reading aloud: how good is the evidence?”, *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 25 (5), 352-63.
- Ohlsson A., Jacobs S.E. (2013), “NIDCAP: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials”, *Pediatrics*, 131 (3), 881-93.
- Olds D., Henderson C.R., Cole R. (1998), “Long-term effects of nurse home visitation on children’s criminal and antisocial behavior. 15-year follow- up of a randomized controlled trial”, *JAMA*, 280 (14), 1238-44.
- OMS (2001), *Classificazione internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento.
- Onozawa K., Glover V., Adams D., Modi N., Kumar R.C. (2001), “Infant massage improves mother infant interaction for mothers with postnatal depression”, *J. Affect. Disord.*, 63 (1-3), 201-7.
- Oppenheim D., Koren-Karie N. (2013), “The insightfulness assessment: measuring the internal processes underlying maternal sensitivity”, *Attachment & Human Development*, 15, Nos. 5-6, 545-561.
- Panza C., Flaugnacco E. (2013), “Competenze musicali del bambino 0-3 anni”, *Medico e Bambino*, 32, 571-6.
- Park N., Peterson C. (2003), “Early Intervention from the Perspective of Positive Psychology”, *Prevention and Treatment*, 6 (1).
- Peterander F., Speck O., Pithon, G., Terrisse B. (1999), *Les tendances actuelles de l’intervention précoce en Europe*, Éditions Mardaga, Bruxelles.
- Progetto Nati per Leggere*, Sito ufficiale www.natiperleggere.it.
- Progetto Nati per la Musica*, Sito ufficiale www.natiperlamusica.it.
- Saysana M., Downs S.M. (2012), “Piloting group well child visits in pediatric resident continuity clinic”, *Clin. Pediatr*, 51 (2), 134-9.
- Schore A.N. (1994), *Affect Regulation and the Repair of the Self: the neurobiology of emotional Development*, Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Sgandurra G., Bartalena L., Cecchi F., Cioni G., Giampietri M., Greisen G., Herskind A., Inguaggiato E., Lorentzen J., BoNielsen J., Orlando M., Dario P., and the CareToy Consortium (2016), “A pilot study on early home-based intervention through an intelligent baby gym (CareToy) in preterm infants”, *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 32-42.
- Shonkoff J.P., Meisels S.J. (2000), *Handbook of Early Childhood Intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Shonkoff J.P., Phillips D.A. (2000), *From Neurons to Neighbourhood, The Science of Early Childhood Development*, National Academy Press, Washington.

- Shonkoff J. (2007), *The Science of Early Child Development*, Center for the Developing Child, Harvard University.
- Simeonsson R.J. (1994), *Risk, Resilience, and Prevention. Promoting the Well-Being of All Children*, Brookes Publishing, Baltimore.
- Slade A. (2010a), “Minding the Baby: A Mentalization Based Parenting Program for Young Families”, paper presented to the New South Wales Chapter of the Australian Infant Mental Health Association, Sydney, Australia.
- Slade A. (2010b), *Relazione genitoriale e funzione riflessiva*, Astrolabio, Roma.
- Tamburlini G. (2013), “Nido, miracoloso nido”, *Medico e Bambino*, 32, 415-417.
- Tamburlini G. (2014), “Bambini diversi e bambini diseguali”, *Medico e Bambino*, 33, 75-77.
- Thompson R.A., Nelson C.A. (2001), “Developmental science and the media: early brain development”, *Am. Psychol.*, 56, 5-15.
- Travaglia A., Bisaz R., Sweet E.S., Blitzer R.D., Alberini C.M. (2016), “Infantile amnesia reflects a developmental critical period for hippocampal learning”, *Nature Neuroscience*, 19, 1225-1233.
- Tronik E. (2008), *La regolazione emotiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- UK Department of Education and Wave Trust (2013), “Conception to age 2 – the age of opportunity. Addendum to the Government’s vision for the Foundation Years: Supporting families in the foundation years”, *US Congress*.
- US Congress (2010), Patient Protection and Affordable Care Act, Public Law No. 111-5, *Government Publications Office*, Washington DC.
- Vallino D. (2004), “La Consultazione Partecipata: figli e genitori nella stanza d’analisi”, *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 48.
- Walker S.P., Chang S.M., Powell C.A., Grantham-McGregor S.M. (2005), “Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study”, *Lancet*, 366, 1804-7.
- Walker S.P., Wachs T.D., Grantham-McGregor M., Black M.M., Nelson C.A., Huffman S.L., Baker-Henningham H., Chang S.M., Hamadani J.D., Lozoff B., Meeks Gardner J.M., Powell C.A., Rahman A., Richter L. (2011), “Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development”, *Lancet*, 378 (9799), 1325-38.
- WHO (1980), World Health Organization, *Prevention in Childhood of Health Problems in Adult Life*, Geneva.
- Zen GEA (2014), *Prospects for the new millennium*, The Redding Lecture, Cornell University, New York.