

Interventi di prevenzione e sostegno alla genitorialità

Preventive interventions and parenthood

G. NICOLAIS *, A.M. SPERANZA **, M. AMMANITI **

* *Facoltà di Scienze del Benessere, Università del Molise, Campobasso*; ** *Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "La Sapienza"*

Parole chiave. — Interventi di prevenzione - Fattori di rischio - Interventi a domicilio
Key words. — Preventive interventions - Risk factors - Home visiting

Per invito
Invited article

Summary

This work is a review of the main prevention and parenthood support programs within the framework of transactional development model. In the light of this theoretical and methodological perspective, reciprocity in child-family transactions, as well as interplay between risk and protective factors, shape developmental trajectories, thus determining vulnerability or resilience face to developmental deviations. Home visiting interventions aim to reduce the effects of risk factors such as poverty, maternal depression and social isolation through specific strategies of parental support operating in the ecological realm of the targeted family. Limits and perspectives of this intervention are discussed.

Sviluppo e centralità delle relazioni

Sameroff⁵⁰ afferma che il miglior predittore delle traiettorie evolutive nel corso del tempo è la somma dei fattori di rischio nell'infanzia. In termini di processo, fattori contestuali che impattano sul bambino in via di sviluppo – in particolar modo, le sue relazioni primarie – avranno con alta probabilità una forte influenza sul suo adattamento nel corso del tempo.

Le relazioni fra genitore e bambino costituiscono la più importante esperienza connessa al contesto per lo sviluppo infantile⁴⁹, ed un gran numero di ricerche ha documentato l'importanza delle caratteristiche qualitative della relazione madre-bambino sullo sviluppo del bambino. Qualità positive nella relazione madre-bambino sono state associate ad uno sviluppo ottimale sociale, emozionale e cognitivo^{10 31 61}, ed è stato altresì riscontrato come la bontà della relazione bambino-*caregiver* primario moderi fattori di rischio intrinseci nel bambino^{34 48}.

In base a simili premesse, le discipline di salute mentale in età evolutiva denotano un sempre maggiore ancoraggio ad un approccio relazionale volto a comprendere il bambino e le sue difficoltà all'interno delle relazioni primarie di accudimento. Allo stesso tempo, si fa più pressante l'esigenza di non limitare tale approccio alle relazioni diadiche – tipicamente quella madre-bambino –, inquadrando il bambino nella complessità dei processi familiari non solo nel qui ed ora, ma anche e soprattutto in una lettura diacronica che tenga adeguatamente in conto le importanti influenze intergenerazionali sullo sviluppo infantile^{8 11}.

In riferimento al modello transazionale^{51 52}, si può affermare quindi che lo sviluppo è realmente contestuale, dal momento che le transazioni fra il bambino ed il suo ambiente di allevamento implicano effetti reciproci e bidirezionali che modificano non soltanto le caratteristiche e le esperienze del bambino, ma anche le stesse interazioni fra i geni e l'ambiente. Lo sviluppo dell'individuo non è solo il risultato del dispiegarsi di linee di crescita predeterminate: in realtà, i diversi processi evolutivi si realizzano all'interno della matrice costituita dalla relazione tra l'individuo e il suo contesto. Il modello transazionale, quindi, sottolinea non solo gli effetti che l'ambiente ha sul bambino (modello interazionista di sviluppo), ma anche gli effetti che il bambino, al contempo, produce sul proprio contesto. In un'ottica di complessità, non è cioè possibile considerare le influenze ambientali sul bambino come forze indipendenti dal bambino stesso.

Il rischio e le aree di intervento per la prevenzione

In questa cornice, all'interno della bilancia tra fattori di rischio e fattori protettivi che i modelli ecologico-transazionali^{6 7} definiscono nella loro complessa interrelazione che attraversa i contesti prossimali e distali del bambino, alcuni fattori sembrano aumentare o ridurre i rischi di distorsioni evolutive e di psicopatologie.

Vi sono evidenze che i rischi tendano a sommarsi⁵, con un aumento di fattori di rischio associati ad un'accresciuta vulnerabilità⁵². La presenza di fattori protettivi può invece ridurre gli effetti del rischio, favorire le competenze e rafforzare l'individuo nei confronti delle avversità, consolidando le sue capacità di *coping* e *resilience*¹⁸.

Per la salute mentale in età evolutiva, il rapporto fra fattori di rischio e protettivi, ed il reciproco effetto di uno sull'altro, è di centrale importanza. Infatti, individuare le risorse dei bambini come pure, al contempo, lavorare attivamente nel sostenere, favorire e promuovere le risorse dei genitori e della famiglia, rappresenta uno dei principi attorno ai quali si è consolidata la tradizione della salute mentale infantile ²³.

Dati epidemiologici documentano invariabilmente come un basso status socio-economico familiare, cui si associano con maggior frequenza comportamenti genitoriali inappropriati quali l'abuso di sostanze, costituisca un rischio notevole per uno scarso accrescimento fetale e nascite pre-termine ²⁵ come pure per deficit neuroevolutivi ^{33 41 42}. A questo proposito va anche notato che bambini allevati in tali contesti e con simili deficit, i quali tendono a mostrare difficoltà di regolazione nelle prime settimane di vita, a loro volta siano sensibilmente a rischio per condotte genitoriali di abuso fisico ⁵⁷. Inoltre, è noto come in contesti sociali così svantaggiati, condizioni frequenti quali disoccupazione, condizioni abitative precarie e mancanza di una rete familiare-amicale di riferimento, costituiscono rischi significativi per l'abuso ed il maltrattamento infantile ^{1 22}.

La letteratura nordamericana segnala come, in situazioni di svantaggio sociale soprattutto per ciò che riguarda grandi aree metropolitane, siano maggiormente frequenti gravidanze indesiderate e/o molteplici in età adolescenziale ¹⁷, con associate problematiche di instabilità e precarietà del nucleo familiare monoparentale. Tale costellazione di rischio appare particolarmente significativa nel predisporre i bambini ad esordi precoci di comportamento antisociale ^{36 39 40}.

La depressione materna costituisce un rischio accertato per lo sviluppo psicologico del bambino ^{3 53}, dal momento che, particolarmente nelle prime fasi dello sviluppo, impatta profondamente sui delicati processi di regolazione reciproca. Gli esiti più frequenti nel bambino sono relativi al costituirsi di un nucleo affettivo negativo caratterizzato primariamente da rabbia e tristezza, come pure allo stabilirsi di un'attitudine difensiva di fondo che origina dalla mancanza di fiducia nella consistenza delle cure materne. Nel corso dello sviluppo, tali alterate dinamiche intrapsichiche determinano difficoltà nel campo interpersonale, tendenza all'inibizione intellettuale e attaccamenti insicuri ⁵⁹.

In maniera relativamente indipendente da fattori socio-economici familiari, è noto che le competenze genitoriali sono determinate da fattori di personalità e contestuali, in particolar modo il tipo di accudimento ricevuto nella propria infanzia ¹⁴. Questi legami comportano complessi processi di costruzione e di elaborazione dell'esperienza relazionale ed hanno un'influenza determinante sulla qualità delle relazioni significative che un individuo sarà in grado a sua volta di stabilire in età adulta e, in ultima analisi, anche sulla qualità delle cure che sarà in grado di fornire (*caregiving*). Esiste infatti una sostanziale consistenza tra i modelli operativi che il bambino costruisce nell'infanzia, quelli che da adulto mantiene attivi nella rappresentazione delle sue relazioni passate e quelli che lo guideranno nelle funzioni genitoriali. Con il costrutto della trasmissio-

ne intergenerazionale dell'abuso la letteratura ha da tempo messo in luce come distorsioni prolungate nelle interazioni tra genitori e bambino siano un fattore di rischio molto significativo per l'abuso ed il maltrattamento ^{27 54}.

In ragione dei fattori di rischio sopra delineati, appare evidente come realizzare interventi preventivi nei primi anni di vita di un bambino comporti l'implementazione di interventi volti ad agire sul suo contesto relazionale primario, e quindi con un forte accento sulla genitorialità. Questa impostazione di fondo implica che la prevenzione, avendo come target non solo il bambino ma anche il/i *caregivers*, costituisce una doppia opportunità. Infatti, non solo si agisce sul bambino (e sul suo contesto relazionale) nel qui ed ora, ma intervenendo sul contesto relazionale primario si interviene in senso preventivo a medio e lungo termine sullo stesso, innescando processi di cambiamento nel genitore che dovrebbero stabilizzare i propri effetti adattivi sulla relazione primaria nel corso del tempo.

Se la prevenzione, dunque, si declina sul contesto relazionale primario del bambino, ciò vuol dire più che intervenire *su* quel bambino, intervenire *per* quel bambino, implementando programmi che sappiano incidere sulla matrice di rischio costituita dal comportamento genitoriale.

Infatti, la maggior parte dei problemi evolutivi di più frequente riscontro (dai deficit neuroevolutivi alla delinquenza giovanile) sono associati a tre cause principali:

- comportamenti materni inappropriati durante la gravidanza;
- accudimento disfunzionale del bambino;
- condizioni ambientali stressanti che interferiscono con il funzionamento genitoriale e familiare ³⁸.

L'obiettivo sovraordinato di efficaci programmi di prevenzione dovrà essere, quindi, un intervento centrato sulla genitorialità.

Il sostegno alla genitorialità e l'*home visiting*

In ambito statunitense, l'esistenza di programmi di intervento alle famiglie svantaggiate attraverso l'*home visiting* è testimoniata già dalla fine dell'800 ⁶⁰, ed una sintesi dei dati relativi a sei importanti programmi di *home visiting* negli Stati Uniti ha stimato che circa mezzo milione di famiglie siano state coinvolte complessivamente in quei programmi ³⁵.

Con la definizione di *home visiting* vengono comunemente indicati programmi di prevenzione precoce indirizzati allo sviluppo infantile a rischio, e volti particolarmente al sostegno della genitorialità. L'intervento preventivo è un processo che ha luogo tra persone competenti dello sviluppo infantile (con ciò non intendendo necessariamente professionisti del settore) e le famiglie, laddove le condizioni della famiglia, il comportamento genitoriale e/o il comportamento infantile risultino alterati. L'obiettivo è quello di aumentare le probabilità

di sviluppo normale del minore coinvolto, riducendo il rischio che emergano disturbi più o meno strutturati nel corso del tempo. In questo senso, tali interventi sono sostanzialmente volti a prevenire condizioni che non si sono ancora verificate a fronte di significativi fattori di rischio, connotandosi quindi come interventi di prevenzione secondaria.

La particolarità metodologica di un simile approccio consiste nella realizzazione domiciliare dell'intervento, anziché nei luoghi tradizionalmente deputati all'intervento di tipo assistenziale e/o psicologico-psichiatrico: da qui, la denominazione di *home visiting*. Entrare direttamente nel mondo delle famiglie rappresenta un modo per raggiungere genitori che non hanno fiducia, o che apertamente sconfessano, i servizi sociali tradizionalmente consolidati e deputati ad azioni di "controllo e sanzione" della genitorialità, ovvero quelle persone che meno probabilmente si riferiranno ai servizi a causa delle loro problematiche genitoriali e familiari.

Spesso, l'esperienza dell'*home visiting* è che, a contatto con personale non professionale e non giudicante, questi genitori accrescono la loro capacità di inquadrare i problemi presenti non sentendosene più spaventati, fino al punto da potersi rivolgere ai servizi. Un altro significativo vantaggio dell'*home visiting* con queste famiglie è che il particolare *setting* che viene a definirsi permette una maggiore e più completa valutazione del contesto ecologico nel quale la famiglia è inserita, non adeguatamente apprezzabile in altri termini.

Si realizza, così, un'opportunità unica di osservare la molteplicità delle interazioni fra madre, padre e bambino all'interno del proprio ambiente, che consente di comprendere al meglio come si sviluppa la loro relazione, incoraggiando le capacità dei membri della famiglia e la loro fiducia personale.

Tradizionalmente, le aree di intervento dei programmi di *home visiting* sono:

- la riduzione di fattori di rischio materni legati a condizioni socio-ambientali di notevole svantaggio;
- la riduzione di fattori di rischio materni legati ad una condizione di depressione;
- la riduzione di fattori di rischio legati al funzionamento familiare (monogenitorialità, conflitti coniugali, divorzio);
- la promozione di fattori protettivi nella genitorialità, con l'obiettivo di aumentare la sensibilità materna così da promuovere un attaccamento sicuro nel bambino.

In ragione delle specifiche aree di intervento individuate dai singoli progetti di *home visiting*, questi programmi si differenziano a livello teorico più generale come pure di teoria della tecnica, oscillando tra programmi di tipo psicoeducativo e programmi basati sulla teoria dell'attaccamento, con alcuni tra i più importanti programmi (si veda di seguito il lavoro di Olds) che contemplano entrambe le prospettive di intervento.

Schematicamente, possiamo dire che i programmi di tipo psicoeducativo³⁵, solitamente condotti da personale specificamente formato ma non necessaria-

mente con specifica formazione professionale (infermiere professionali), hanno un duplice obiettivo: aumentare la consapevolezza della madre in merito a suoi comportamenti inadeguati e inadatti al prendersi cura del bambino, aiutandola al contempo nel riconoscimento dell'importanza di prendersi cura del figlio sostenendone attivamente le capacità materne. Si tratta di un insieme di strategie che forniscono un supporto alle relazioni precoci madre-bambino, aiutando il genitore a riconoscere e ad interpretare i segnali del bambino, ad instaurare una comunicazione intima, a trovare i giusti ritmi col figlio nei vari momenti della vita quotidiana e in particolare negli scambi alimentari.

Diversamente i programmi di *home visiting* basati sulla teoria dell'attaccamento^{13 15 26}, solitamente condotti da personale professionale, partono dal presupposto che un modello di attaccamento sicuro, fondato sull'esperienza di un *caregiver* disponibile e responsivo, possa rappresentare non tanto uno standard di normalità o di sanità mentale, quanto un importante fattore protettivo per lo sviluppo infantile. Questo aspetto protettivo risulta essere tanto più significativo in quelle situazioni in cui eventi di vita stressanti e fattori di rischio contestuale possono comportare un significativo impatto negativo e deviazioni nel percorso evolutivo del bambino. Tali interventi di sostegno alla genitorialità sono, perciò, caratterizzati da un insieme diversificato di strategie volte in alcuni casi ad aumentare la sensibilità materna, con l'obiettivo primario di modificare la qualità dei comportamenti nell'interazione genitore-bambino, in altri casi a modificare le rappresentazioni mentali che i genitori hanno costruito sulla base della propria storia di attaccamento infantile e che influiscono a livello inconscio sulla qualità delle cure che essi danno al bambino.

Principali esperienze internazionali e italiane

In riferimento ai programmi di prevenzione e sostegno alla genitorialità attraverso *home visiting*, le esperienze realizzate da Olds a partire dalla fine degli anni '70 sono da ritenersi le più complete sia relativamente all'adeguatezza dell'impianto teorico e metodologico che nella strategia di raccolta ed analisi dei dati. Tali dati illustrano con chiarezza la ricaduta dell'intervento realizzato tanto in senso clinico-preventivo quanto in termini di efficacia e realizzabilità, al punto che questa metodologia di *home visiting*, nota come *Nurse-Family Partnership*⁴⁴, viene replicata in diversi altri centri di intervento statunitense⁹.

Il programma inizialmente implementato dal gruppo di Olds è stato il Progetto Elmira - "The Prenatal/Early Infancy Project"^{37 39 40 42}, lanciato nel 1977 in una piccola regione semi-rurale dello Stato di New York con alto tasso di abuso e trascuratezza all'infanzia. Gli obiettivi del progetto erano quelli di intervenire sui fattori di rischio per la genitorialità da un lato e per lo sviluppo dei figli dall'altro, associati a condizioni socio-economiche svantaggiate, ovvero: comportamenti inappropriati della madre durante la gravidanza, *caregiving* inappro-

priato, sviluppo ostacolato della genitorialità. Al follow-up dopo 15 anni, sono stati ottenuti dati sull'81% delle donne originariamente inserite nel progetto.

Le infermiere professionali incaricate dell'*home visiting* avevano il compito di migliorare il contesto materiale e sociale della famiglia coinvolgendo altri membri della famiglia (i padri, soprattutto) nelle visite, cercando di mettere in rete la famiglia con i servizi; un altro cardine dell'intervento consisteva nello spiegare alle donne cosa si conosce circa l'influenza di particolari comportamenti sulla propria salute e su quella del bambino, per poi orientarle al raggiungimento di obiettivi realistici così da aumentare la loro *self-efficacy*; infine, il programma doveva promuovere esplicitamente un *caregiving* sensibile, responsivo e motivato, e ciò veniva realizzato anche con l'aiuto dato ai *caregivers* nel rileggere le vicissitudini dei loro legami di attaccamento e nel prendere decisioni in base al confronto con il modo in cui erano stati allevati quando erano piccoli. L'analisi complessiva dei risultati dell'intero programma ha mostrato come gli effetti del programma siano stati particolarmente positivi per le famiglie a più alto rischio. Più precisamente, nei primi due anni di vita dei bambini gli effetti più consistenti circa la riduzione di lesioni, comportamenti di abuso e trascuratezza dei genitori verso i propri figli si sono avuti con quelle madri che avevano poca fiducia nella loro capacità di controllo sulle circostanze della propria vita.

Dal momento che il progetto Elmira si è dimostrato particolarmente efficace con le famiglie a più alto rischio, particolarmente laddove le madri erano sia non sposate che con basso reddito, il Progetto Memphis^{12,45} ha inteso replicare quello Elmira su un campione che presentasse quelle caratteristiche di rischio. I presupposti teorici e metodologici nell'intervento di *home visiting* erano gli stessi del progetto Elmira.

Le sperimentazioni Elmira e Memphis nel complesso hanno dimostrato che il programma di *home visiting* ha raggiunto due dei suoi obiettivi più importanti: la riduzione dell'accudimento disfunzionale dei bambini e il miglioramento della traiettoria genitoriale materna.

Tra i diversi programmi di intervento domiciliare basati sull'attaccamento vanno segnalate le esperienze della Lyons-Ruth^{26,28,29}. Il gruppo di riferimento è costituito in questo caso da 41 madri a rischio per povertà, depressione, storia psichiatrica o di maltrattamenti infantili e inadeguatezza delle cure a cui è stato fornito un servizio di *home visiting* dalla presa in carico (bambini da 0 a 9 mesi) fino ai 18 mesi del bambino. Questo gruppo è stato messo a confronto con due gruppi di controllo senza intervento, uno con simili caratteristiche psicosociali e l'altro in cui erano assenti variabili di rischio come il ricorso ai servizi sociali, la segnalazione per maltrattamento, una pregressa storia psichiatrica. Gli obiettivi principali dell'*home visiting* comprendevano il fornire alle madri una relazione accettante e di fiducia, aumentare la capacità delle famiglie di utilizzare i servizi sociali, educativi, finanziari e sanitari, definire e rinforzare scambi interattivi positivi e appropriati dal punto di vista evolutivo tra madre e bam-

bino, con particolare attenzione al ruolo della madre nel fornire stimoli e sicurezza emotiva al bambino. I risultati di questo studio²⁶ hanno indicato effetti positivi dell'intervento soprattutto per quanto riguarda un migliore sviluppo cognitivo e una maggiore frequenza di attaccamenti sicuri a 18 mesi per i figli di madri depresse. Inoltre la durata dell'intervento, determinata dall'età del bambino al momento della presa in carico, era positivamente correlata alla frequenza di attaccamenti sicuri nel bambino e al coinvolgimento della madre verso il bambino, cioè alla qualità della sua comunicazione verbale e dei suoi comportamenti affettivi e di conforto a 18 mesi²⁶ e ad una minore frequenza di comportamenti esternalizzanti e aggressivi in età prescolare e scolare²⁹.

Nell'ultimo lavoro dell'autrice²⁸ sono riportati dati di follow-up volti a verificare l'efficacia preventiva dell'*home visiting* sui disturbi della condotta in età scolare anche diversi anni dopo la conclusione del programma. In termini predittivi circa il comportamento esternalizzante a 5 e 7 anni, il dato più interessante è che bassi livelli di comportamenti aggressivi ed ostili si sono riscontrati nei bambini che hanno beneficiato del programma per più tempo, indipendentemente dagli specifici cambiamenti riscontrati a 18 mesi nel loro comportamento ed in quello delle loro madri. Questo era soprattutto dovuto al fatto che il gruppo dei bambini meno a lungo trattati con il programma erano deteriorati sensibilmente nel corso degli anni: tra questi bambini, quelli che a 18 mesi stavano avendo un buono sviluppo non hanno continuato ad averlo negli anni seguenti. Questi bambini che non hanno ricevuto o avuto poco trattamento, hanno evidenziato quella che la Lyons-Ruth ha definito *escalating morbidity*, vale a dire un effetto sommatoria nel corso del tempo di problematiche evolutive.

Un altro progetto di intervento profondamente guidato dalla teoria dell'attaccamento è quello di Egeland e Erickson^{13 15}, denominato STEEP (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting*). Il progetto ha coinvolto 154 donne primipare a rischio per assenza del partner, povertà, basso livello di istruzione, isolamento sociale e condizioni di vita instabili, suddivise in due gruppi di cui uno sperimentale che riceveva l'intervento domiciliare fin dalla gravidanza ed un gruppo di controllo. La metodologia di intervento era rivolta ad aumentare la qualità della relazione di attaccamento tra madre e bambino attraverso la modificazione delle rappresentazioni mentali materne dell'attaccamento, aiutando la madre ad affrontare la propria storia evolutiva, ad esaminarne gli effetti sulla genitorialità e ad esprimere i sentimenti suscitati dalle relazioni di attaccamento passate e presenti. La condizione di primipara era stata scelta considerando l'accesso alla genitorialità come un momento di significativo cambiamento e di potenziale apertura rispetto all'intervento. L'intervento aveva come obiettivo quello di modificare il modello operativo interno dell'attaccamento della madre e comprendeva diverse strategie: 1) riconoscere il bambino come attivatore di antichi sentimenti e incoraggiare la madre a legare l'esperienza del bambino ai propri ricordi precoci; far accedere la madre ai sentimenti di tristezza, perdita, rabbia che derivavano dalla propria infanzia come mezzo per aiutarla a vedere

le cose dalla prospettiva del bambino; 2) aiutare la madre a capire come si sente il bambino e cosa esprime attraverso l'osservazione di videoregistrazioni dell'interazione madre-bambino in diversi contesti; 3) utilizzare la relazione tra la madre e l'operatore che effettuava le visite domiciliari per esplorare e sperimentare nuove modalità di relazione, attraverso una relazione solida e prevedibile che fungesse da modello per altre relazioni. I risultati del progetto sono stati molto positivi per quanto riguarda l'aumento della sensibilità materna, della competenza e della capacità di stimolare il bambino nell'interazione, pur non avendo effetti significativi sull'attaccamento del bambino a 13 mesi.

Tra i programmi preventivi che hanno utilizzato la tecnica dell'*home visiting* in Italia si colloca anche la ricerca-intervento di Ammaniti e collaboratori^{2 3 4}. Obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare l'efficacia di un intervento di sostegno domiciliare nelle situazioni di genitorialità a rischio psicosociale e depressivo, separando i due tipi di rischio allo scopo di valutarne l'effetto separatamente sullo sviluppo del bambino. Il campione che ha preso parte allo studio ha previsto la selezione di 3 gruppi: 30 donne a rischio depressivo, 28 donne a rischio psicosociale e 33 donne senza rischio. Le donne erano selezionate durante la gravidanza sulla base della presenza di variabili di rischio psicosociale, indagate attraverso un'intervista semistrutturata che rilevava condizioni quali bassa istruzione, condizione lavorativa inadeguata, assenza del partner, patologia psichiatrica familiare, abuso fisico o sessuale, comportamenti devianti e antisociale, eventi stressanti come perdite, separazioni, aborti, e attraverso un questionario sullo stato depressivo (CES-D)⁴⁶. Ognuno dei gruppi è stato suddiviso in maniera casuale in due condizioni: un gruppo sperimentale con visite domiciliari e un gruppo di controllo che effettuava solo le valutazioni. Le misure di valutazione hanno incluso l'indagine sulle rappresentazioni materne durante la gravidanza (IRMAG) e quelle relative all'attaccamento (AAI), lo stato depressivo materno (CES-D) e 3 osservazioni videoregistrate dell'interazione madre-bambino (a 3 mesi durante l'allattamento, a 6 mesi con lo *Still-Face Paradigm*, a 12 mesi con la *Strange Situation*), che sono state analizzate attraverso una scala di valutazione dei comportamenti interattivi⁵⁵. L'intervento domiciliare per i gruppi sperimentali è stato effettuato dalla fine della gravidanza fino al 6° mese di vita del bambino con frequenza settimanale e dal 6° al 12° mese con frequenza quindicinale da personale che aveva ricevuto un training specifico e che veniva supervisionato regolarmente sull'andamento delle visite. Le finalità dell'intervento domiciliare riguardavano principalmente: 1) il sostegno alla donna, in particolare rispetto al ruolo materno; 2) il sostegno all'interazione madre-bambino; 3) il sostegno alle dinamiche della coppia coniugale, nel caso di situazioni conflittuali. I risultati di questo studio³ indicano che, a partire dal 6° mese, tutte le madri che avevano ricevuto il sostegno domiciliare – indipendentemente dalla loro condizione di rischio – avevano aumentato la loro capacità di interagire positivamente con i propri bambini, mostrando comportamenti maggiormente sensibili e più cooperativi nell'interazione e diminuendo

significativamente i comportamenti interferenti e gli stati affettivi negativi rispetto al gruppo di controllo. Questi dati sono coerenti con l'impostazione teorico-metodologica del lavoro, sostanzialmente basato sulla teoria dell'attaccamento, che vede nella maggiore sensibilità materna il fattore principale di un sano sviluppo emotivo e relazionale del bambino⁵⁸. In particolare, gli autori ritengono che il sostegno da parte dell'home visitor possa influenzare la disponibilità emotionale della madre e la sua capacità di rispondere in maniera empatica ai segnali del bambino²⁰. Per le madri a rischio depressivo, che hanno mostrato in particolare più sensibilità e cooperazione nell'interazione pur senza una riduzione significativa della loro sintomatologia depressiva, sembra diminuito il rischio di mostrare comportamenti intrusivi o di ritiro che possono influenzare negativamente le abilità regolative del bambino^{16,59}. Per le madri a rischio psico-sociale, invece, che presentavano più frequentemente anche attaccamenti insicuri e disorganizzati, si è osservata una riduzione sia di stati affettivi negativi, caratterizzati cioè da mancanza di piacere, distress e ostilità, sia di comportamenti interferenti verso il bambino, associati a risposte insensibili e a comportamenti apertamente spaventati o ostili nei confronti del bambino³⁰.

Limiti e prospettive

Come abbiamo visto, l'*home visiting* non costituisce un intervento metodologicamente unitario e coerente: non esiste un solo approccio all'*home visiting* né, quindi, una specifica e condivisa modellizzazione dell'intervento in termini di teoria della tecnica²⁴.

Le differenze teorico-metodologiche, nonché di selezione dei campioni, tra i vari progetti tendono ad essere notevolissime. L'*home visiting* può essere rivolto a famiglie in cui siano presenti condizione di abuso o trascuratezza; a famiglie in cui si presume siano attivi fattori di rischio consistenti per i bambini a causa di condizioni mediche e/o psichiatriche accertate nei genitori; ancora, l'*home visiting* può connotarsi come un intervento rivolto a bambini con diversi ritardi evolutivi.

Solitamente, l'intervento è rivolto a famiglie con bambini piccoli che sono "statisticamente a rischio", ma il rischio può essere nei vari interventi individuato come rischio singolo (il bambino con ritardo; il basso status socio-economico) o molteplice; e in questo secondo caso, nei diversi studi verrà presa in considerazione una parte o la totalità di fattori di rischio quali il reddito, il tipo di gravidanza e l'esito al parto, l'età dei genitori e/o la loro prima esperienza di genitorialità, una storia psichiatrica o di uso di sostanze da parte del/i genitore/i, o altro ancora. Aspetti di selezione del campione, quindi, sono di notevole importanza nel determinare gli esiti dell'intervento²¹.

Inoltre, le diverse teorie del cambiamento alla base dei diversi programmi enfatizzeranno ora un intervento di trasferimento di informazioni ai genitori sul-

la salute e lo sviluppo del bambino, sulle pratiche genitoriali e sui servizi presenti sul territorio (programmi di tipo psicoeducativo), ora un approccio di più diretto coinvolgimento con il bambino e sull'interazione genitori-bambino (intervento basato sulla teoria dell'attaccamento).

Circa gli esiti dell'intervento, è comunque ormai chiaro che, indipendentemente dalla specificità dello stesso, non tutte le famiglie rispondono allo stesso modo all'*home visiting*. Ciò a causa di tre principali motivi (l'oggetto dell'intervento; la relazione home visitor-famiglia; il fattore famiglia) che vedremo di seguito.

Due recentissimi studi^{32 47} che giungono a conclusioni dissimili circa l'efficacia degli interventi di *home visiting*, offrono l'occasione per meglio comprendere come gli esiti di questi progetti possano differire in modo notevole in ragione dell'oggetto del cambiamento.

MacMillan e collaboratori hanno effettuato un *randomised controlled trial* su 163 famiglie seguite dai servizi territoriali canadesi per abuso fisico e/o trascuratezza. Alcune famiglie sono state assegnate solo ad un trattamento standard, mentre altre ricevevano, oltre al trattamento standard, anche un intervento *home visiting*. Nel follow-up a tre anni non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi circa il tasso di recidivismo delle condotte abusive.

Raikes e collaboratori hanno inteso verificare l'efficacia di un campione di 11 progetti di *home visiting* dell'*Early Start Program* statunitense, con un follow-up a tre anni su variabili relative sia allo sviluppo del bambino che alla qualità del coinvolgimento genitoriale. Le conclusioni cui giungono sono che i programmi di *home visiting* presi in considerazione si sono dimostrati efficaci, in ragione soprattutto della qualità (coinvolgimento del genitore e rapporto con l'*home visitor*) e del contenuto del programma (focus specifico condiviso con il genitore sul bambino e la sua crescita ottimale), e non tanto della quantità in sé delle visite.

I dati di questi due studi ben illustrano, tra le altre cose, come non sia equivalente intervenire in situazioni laddove l'oggetto del cambiamento è una condizione patologica già manifesta e che si iscrive in una realtà di dinamiche familiari particolarmente complessa³² e situazioni in cui si interviene in modo mirato su fattori di rischio⁵⁸.

La natura del rapporto che si instaura tra l'*home visitor* e il *caregiver* non è stata finora sistematicamente esplorata e rappresenta, come appare intuitivo, una variabile cruciale per la valutazione della efficacia degli interventi che negli ultimi anni è oggetto di interessanti riflessioni^{19 44}. Recentemente, Daniel Stern⁵⁶ ha usato l'espressione di "silenziosa rivoluzione teorica" a proposito degli studi sull'efficacia dell'*home visiting*. Egli rileva, infatti, come diversi autori stiano ormai affermando (nell'impossibilità di ricondurre a specifiche variabili tecniche l'esito degli interventi di *home visiting*) che l'efficacia dell'*home visiting* risiederebbe principalmente nel fattore non specifico della relazione *home visitor*-madre. Secondo Stern, nella relazione *home visitor*-madre sarebbero all'o-

pera fattori che pertengono alla relazione di attaccamento bowlbiana e al winnicottiano costruito di *holding environment*, ed è necessario, quindi, cominciare a studiare sistematicamente la qualità della relazione *home visitor*-madre come variabile che meglio delle altre sarebbe in grado di spiegare gli effetti dell'intervento preventivo. Ciò appare di tanto maggior rilievo quanto più si considera che, come Stern ricorda, chi lavora nei programmi di prevenzione con genitori nelle primissime fasi della genitorialità rimane in genere colpito dalla disponibilità che il genitore ha, in questa breve finestra di tempo, ad essere seguito, accompagnato, e al limite ridirezionato – come se fosse suscettibile di un vero e proprio *imprinting* genitoriale.

Le riflessioni di Stern portano alla logica conseguenza che le differenze di esito tra programmi di *home visiting* siano da ricondurre principalmente agli effetti – soprattutto di medio e lungo termine – prodotti dalla relazione “terapeutica” che l'*home visitor* instaura con la madre.

Questa prospettiva è ulteriormente articolata da Lyons-Ruth²⁸. Come ricordato in precedenza, i suoi recenti dati di follow-up indicano che l'efficacia del programma è stata tanto maggiore laddove i bambini hanno beneficiato più a lungo dell'*home visiting*, indipendentemente dagli specifici cambiamenti riscontrati a 18 mesi nel loro comportamento ed in quello delle loro madri nella primissima fase dell'intervento. Bambini meno a lungo trattati con il programma erano deteriorati sensibilmente nel corso degli anni: tra questi bambini, quelli che a 18 mesi stavano avendo un buono sviluppo non hanno continuato ad averlo negli anni seguenti. Questi bambini che non hanno ricevuto o avuto poco trattamento, hanno evidenziato quella che la Lyons-Ruth ha definito *escalating morbidity*, vale a dire un effetto sommatoria nel corso del tempo di problematiche evolutive.

La riflessione dell'autrice sui suoi dati longitudinali va oltre la diade. Se per un dato bambino in ambiente a rischio il solo raggiungimento di una migliore relazione di attaccamento nei primi mesi non è in sé una garanzia di minore problematicità ai 5 e ai 7 anni, Lyons-Ruth ipotizza un effetto “processo familiare” che sembra mantenere bassa la morbilità nel corso del tempo. In altre parole, le famiglie che hanno ricevuto più a lungo il programma paiono acquisire e mobilitare in seguito al programma competenze comunicative e di *problem solving* di più alto ordine e di maggiore valore adattivo per il figlio, rispetto alle famiglie seguite meno a lungo. Perciò, da una parte viene riscontrato come la morbilità evolutiva aumenti nel corso del tempo in famiglie ad alto rischio non seguite, ed il primo obiettivo dell'*home visiting* deve quindi essere il contrasto della *escalating morbidity*. Al contempo, programmi di *home visiting* precoce sembrano promuovere, oltre a comportamenti specifici del bambino, quelle che la Lyons Ruth definisce “abilità familiari generalizzate”, veri e propri effetti sovraordinati prodotti dal programma di *home visiting* sulla famiglia che non sono visibili e colti dalle normali misure di efficacia, e che aiutano il bambino nel fronteggiare le sue problematiche evolutive nel corso del tempo.

Ciò conferma, d'altronde, un dato sempre più frequente nella letteratura sull'*home visiting*, ovvero che gli effetti di tali programmi non si manifestino tanto come effetti diretti sul bambino, quanto soprattutto sul genitore e sulle dinamiche familiari⁴⁷.

La nuova frontiera degli studi circa l'efficacia dell'*home visiting*, dunque, appare essere la comprensione del modo in cui processi familiari avviati nei primi mesi di vita del bambino grazie all'intervento domiciliare evolvano continuamente così da mantenere nel bambino effetti positivi sui suoi processi di sviluppo, anche a fronte di episodiche difficoltà incontrate nel corso del tempo.

Riassunto

Il lavoro presenta una rassegna della letteratura sui principali programmi di prevenzione e di sostegno alla genitorialità che sono stati realizzati a livello internazionale a partire dal modello transazionale dello sviluppo. Secondo questa prospettiva la reciprocità delle transazioni tra bambino e ambiente di allevamento e la presenza di fattori di rischio e di fattori protettivi modellano le linee di sviluppo che rendono gli individui vulnerabili o resistenti alle deviazioni evolutive. Gli interventi basati sulla tecnica di *home visiting* hanno l'obiettivo di ridurre gli effetti negativi di condizioni di rischio quali la povertà, la depressione materna, l'isolamento sociale attraverso strategie di sostegno alla genitorialità fornite nel contesto ecologico nel quale la famiglia vive. Vengono illustrati inoltre i limiti e le prospettive di questi programmi di intervento.

Bibliografia

- ¹ Ammaniti M, Nicolais G, Speranza AM. *La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori*. In AAVV: *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Firenze: Istituto degli Innocenti 2004.
- ² Ammaniti M, Speranza AM, Sergi G, Tambelli R. *Impact des visites à domicile dans une intervention précoce: résultats préliminaires*. *Prisme* 2000;33:110-25.
- ³ Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli R, Muscetta, Lucarelli L, Vismara L, et al. *A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship*. *Inf Mental Health J* 2006;27:70-90.
- ⁴ Ammaniti M, Tambelli R, Odorisio F, D'Isidori M, Vismara L, Mancone A. *Rappresentazioni mentali e modelli di attaccamento in donne in gravidanza con rischio depressivo e psicosociale*. *Inf Adolesc* 2002;2:97-112.
- ⁵ Beckwith L. *Prevention science and prevention programs*. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press 2000, pp. 439-456.
- ⁶ Belsky J. *Child maltreatment: an ecological integration*. *Am Psychol* 1980;35:320-35.
- ⁷ Belsky J. *Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis*. *Psychol Bul* 1993;114:413-34.
- ⁸ Benoit D, Parker K. *Stability and transmission of attachment across three generations*. *Child Dev* 1994;65:1444-56.

- ⁹ Boris NW, Larrieu JA, Zeanah PD, Nagle GA, Steier A, McNeill P. *The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs: data from the Louisiana Nurse-Family Partnership*. *Inf Mental Health J* 2006;27;1:26-40.
- ¹⁰ Crockenberg S, Leerkes E. *Infant social and emotional development in family context*. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press 2000, pp. 60-90.
- ¹¹ Crockenberg S, Lyons-Ruth K, Dickstein S. *The family context of infant mental health II: Infant development in multiple family relationships*. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press 2000, pp. 38-55.
- ¹² Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J. *Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence*. *J Am Med Assoc* 2000;284:1385-91.
- ¹³ Egeland B, Erickson MF. *Attachment theory and findings: implication for prevention and intervention*. In: Parens H, Kramer S, eds. *Prevention in mental health: now, tomorrow, ever?* Northvale: Jason Aronson 1993;23-50.
- ¹⁴ Egeland B, Jacobvitz D, Sroufe LA. *Breaking the cycle of abuse*. *Child Dev* 1988;59:1080-8.
- ¹⁵ Erickson M, Korfmacher J, Egeland B. *Attachment past and present. Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads*. *Dev Psychopathol* 1992;4:495-507.
- ¹⁶ Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. *Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads*. *Dev Psychol* 1990;26:7-14.
- ¹⁷ Furstenberg FF, Brooks-Gunn J, Morgan SP. *Adolescent mothers in later life*. Cambridge: Cambridge University Press 1987.
- ¹⁸ Garnezy N, Masten AS, Telligin A. *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*. *Child Dev* 1984;55:97-111.
- ¹⁹ Gomby DS, Culross PL, Behrman RE. *Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations*. *Future Children* 1999;9:4-26.
- ²⁰ Heinicke CM, Goorsky M, Levine M, Ponce V, Ruth G, Silverman M, et al. *Pre-postnatal antecedents of a home-visiting intervention and family developmental outcome*. *Inf Mental Health J* 2006;27:91-119.
- ²¹ Heinicke CM, Fineman NR, Ruth G, Recchia SL, Guthrie D, Rodning C. *Relationship-based intervention with at-risk mothers: outcome in the first year of life*. *Inf Mental Health J* 1999;20:349-74.
- ²² Kempe C. *A practical approach to the protection of the abused child and rehabilitation of the abusing parent*. *Pediatr* 1973;51:804.
- ²³ Knitzer J. *Early childhood mental health services: A policy and systems development perspective*. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, eds., *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press 2000, pp. 416-38.
- ²⁴ Korfmacher J. *Home visiting: Promise and peril*. *Signal* 1999;7;3:1-8.
- ²⁵ Kramer MS. *Intrauterine growth and gestational duration determinants*. *Pediatr* 1987;80:502-11.
- ²⁶ Lyons-Ruth K, Connell D, Grunebaum H, Botein S. *Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment*. *Child Dev* 1990;61:85-98.
- ²⁷ Lyons-Ruth K, Connell D, Zoll D, Stahl J. *Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior*. *Dev Psychol* 1987;23:223-32.
- ²⁸ Lyons-Ruth K, Easterbrooks MA. *Assessing mediated models of family change in response to infant home-visiting: A two-phase longitudinal analysis*. *Inf Mental Health J* 2006;27;1:55-69.
- ²⁹ Lyons-Ruth K, Easterbrooks A, Cibelli C. *Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7*. *Dev Psychol* 1997;33:681-92.
- ³⁰ Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. *Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies*. In: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press 1999.
- ³¹ Lyons-Ruth K, Zeanah CH. *The family context of infant mental health I: Affective development in the primary caregiver relationship*. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press 1993, pp. 14-37.

- ³² MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, et al. *Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial.* Lancet 2005;365:1786-93.
- ³³ Mayes LC. *Neurobiology of prenatal cocaine exposure: Effect on developing monoamine systems.* Inf Mental Health J 1994;15:121-33.
- ³⁴ McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. *Results at age 8 years of early intervention for low birthweight premature infants: The Infant Health and Development Program.* J Am Med Ass 1997;277:126-32.
- ³⁵ McDonald-Culp A, Culp RE, Blankemeyer M, Passmark L. *Parent education home visitation program: adolescent and non-adolescent mother comparison after six months of intervention.* Inf Mental Health J 1998;19:111-23.
- ³⁶ Olds DL. *Tobacco exposure and impaired development: a review of the evidence.* Ment Ret Dev Dis Res Rev 1997;3:1-13.
- ³⁷ Olds DL. *Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication.* Prev Science 2002;3:153-72.
- ³⁸ Olds DL. *The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention.* Inf Mental Health J 2006;27;1:5-25.
- ³⁹ Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R. *Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial.* J Am Med Ass 1997;278:637-643.
- ⁴⁰ Olds DL, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D. *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized trial.* J Am Med Ass 1998;280:1238-44.
- ⁴¹ Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. *Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy.* Pediatrics 1994;93:221-7.
- ⁴² Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. *Prevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy.* Pediatrics 1994;93:228-33.
- ⁴³ Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R, Chamberlin R. *Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation.* Pediatrics 1986;77:16-28.
- ⁴⁴ Olds DL, Hill PL, O'Brien R, Racine D, Moritz P. *Taking preventive intervention to scale: the nurse-family partnership.* Cognit Behav Pract 2002;10:278-90.
- ⁴⁵ Olds DL, Pettitt LM, Robinson J, Henderson Jr. Ch, Eckenrode J, Kitzman H, et al. *Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation.* J Comm Psychol 1998;25:65-83.
- ⁴⁶ Radloff LS. *The CES-D Scale.* Ap Psychol Meas 1977;1:385.
- ⁴⁷ Raikes H, Green BL, Atwater J, Kisker E, Constantine J, Chazan-Cohen R. *Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes.* Ear Child Res Quar 2006;21:2-24.
- ⁴⁸ Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling J, Fendt KH, LaVange LM. *Infant Health and Development Program for low birthweight, premature infants: Program elements, family participation, and child intelligence.* Pediatrics 1992;89:454-65.
- ⁴⁹ Sameroff AJ. *Understanding the social context of early psychopathology.* In: Noshpitz J, ed., *Handbook of child and adolescent psychiatry.* New York: John Wiley & Sons: 1997, pp. 224-35.
- ⁵⁰ Sameroff AJ. *Environmental risk factors in infancy.* Pediatrics 1998;102:1287-92.
- ⁵¹ Sameroff AJ, Chandler MJ. *Reproductive risk and the continuum of caretaker casualty.* In: Horowitz FD, Hetherington EM, Scarr-Salapatek S, Siegel GM, eds. *Review of child development research.* Chicago: University of Chicago Press 1975.
- ⁵² Sameroff AJ, Fiese B. *Models of development and developmental risk.* In: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health.* New York: Guilford Press 2000, pp. 3-19.
- ⁵³ Speranza AM, Ammaniti M, Trentini C. *An overview of maternal depression, infant reactions and intervention programmes.* Clin Neuropsychol 2006;3;1:57-68.
- ⁵⁴ Speranza AM, Nicolais G, Ammaniti M. *I modelli operativi interni dell'attaccamento nella trasmissione intergenerazionale dell'abuso.* Maltrat Abuso Inf 2002;4;3:55-81.

-
- ⁵⁵ Speranza AM, Trentini C, Celani M. *Scale di valutazione del sistema interattivo madre-bambino. Un - published manual*. Roma: University of Rome La Sapienza 2003.
- ⁵⁶ Stern D. *Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting*. *Inf Mental Health J* 2006;27;1:1-4.
- ⁵⁷ Streissguth AP, Sampson PD, Barr HM, Bookstein FL, Olson HC. *The effects of prenatal exposure to alcohol and tobacco: Contributions from the Seattle longitudinal prospective study and implications for public policy*. In: Needleman HL, Bellinger D, eds. *Prenatal exposure to toxicants*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1994, pp. 148-183.
- ⁵⁸ van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. *Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security*. *J Child Psychol Psychiat* 1995;36:225-48.
- ⁵⁹ WeinbergMK, Tronick EZ. *Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation*. In: Noshpitz J, ed. *The Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons 1997.
- ⁶⁰ Weiss HB. *Home visits: Necessary but not sufficient*. *Fut Children* 1993;3;3:113-28.
- ⁶¹ Zeanah CH, Boris N, Larrieu J. *Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years*. *J Am Ac Child Adol Psychiat* 1997;36:165-78.