

# Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia

M N T

Strategia nazionale sulla prevenzione  
delle malattie non trasmissibili  
(Strategia MNT), 2017–2024

Dipendenze

Strategia nazionale Dipendenze,  
2017–2024

**Editore**

© Ufficio federale della sanità pubblica UFSP  
Data di pubblicazione agosto 2018

**Per ulteriori informazioni**

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP  
Unità di direzione sanità pubblica  
Divisione prevenzione delle malattie non trasmissibili  
3003 Berna

Telefono +41 (0)58 463 88 24  
ncd-mnt@bag.admin.ch

**Direzione del progetto**

Sezione promozione della salute e prevenzione, Petra Baeriswyl e Tina Hofmann

**Consulenza specialistica esterna**

Prof. Martin Hafen (Scuola universitaria professionale di Lucerna)

**Composizione**

Heyday, Berna

**Cette Publication est également disponible en français et en allemand.  
Diese Publikation ist auch auf Deutsch und Französisch erhältlich.**

## Sintesi

La prima fase della vita è cruciale per lo sviluppo fisico, psichico e sociale di un individuo. Quest'importanza è evidenziata da un numero crescente di risultati derivanti da ricerche condotte in diverse discipline scientifiche e ha indotto molti Paesi a investire nel settore della prima infanzia. Una tendenza che, con certo ritardo, ha preso piede anche in Svizzera. Per lo meno gli specialisti sono sempre più consapevoli dell'importanza di sostenere le famiglie con figli piccoli, fornendo loro un'offerta di base adeguata di servizi in campo educativo, sociale e sanitario. Un supporto particolare andrebbe fornito alle famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico o con background migratorio.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è consapevole della grande rilevanza che questa fase ricopre nell'ottica dell'insorgenza e/o della prevenzione delle malattie non trasmissibili. La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia hanno infatti un impatto positivo sulle fasi di vita successive e riducono i costi a livello sanitario, sociale e penale. L'UFSP è intenzionato a sostenere le attività correnti dei suoi partner volte a ottenere miglioramenti in queste due aree d'intervento nel quadro della Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT), non da ultimo per contribuire anche all'attuazione della Strategia nazionale dipendenze e del rapporto Salute mentale in Svizzera (UFSP et a. 2015).

Il presente documento formula una serie di misure concrete in linea con le aree d'intervento della Strategia MNT. Queste misure sono state elaborate facendo capo ai risultati di studi scientifici e consultando i partner rilevanti, attivi nel settore della prima infanzia, nell'ambito di una tavola rotonda. La collaborazione interdisciplinare tra gli operatori specializzati e l'Amministrazione va promossa attraverso iniziative di messa in rete alle interfacce con l'assistenza sanitaria e attraverso il sostegno del coordinamento. Si tratterà inoltre di realizzare uno studio che dovrà evidenziare lo stato di salute dei bambini nei primi quattro anni di vita e il nesso con i fattori di rischio dei genitori. I risultati del presente documento e dello studio verranno elaborati allo scopo di sensibilizzare i decisori, gli specialisti e la popolazione.



## Basi

1.	Situazione iniziale .....	8
1.1	Sostegno alla prima infanzia .....	10
1.2	Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia nel quadro della Strategia MNT e della Strategia dipendenze.....	11
1.3	Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia in Svizzera e nel confronto internazionale .....	14
1.4	Elaborazione del documento e delle misure .....	17
2.	Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia da una prospettiva scientifica .....	18
2.1	Scienze naturali .....	18
2.2	Lo sviluppo del bambino nel suo ambiente di vita .....	20
2.3	Lo stress infantile e le sue conseguenze .....	22
2.4	Lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria e di altre competenze di vita .....	24
2.5	La situazione particolare delle famiglie socio-economicamente svantaggiate .....	26
2.6	Efficacia economica della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia ..	28
2.7	Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia quali elementi di una politica sanitaria intersettoriale (globale).....	30

## Pianificazione e attuazione

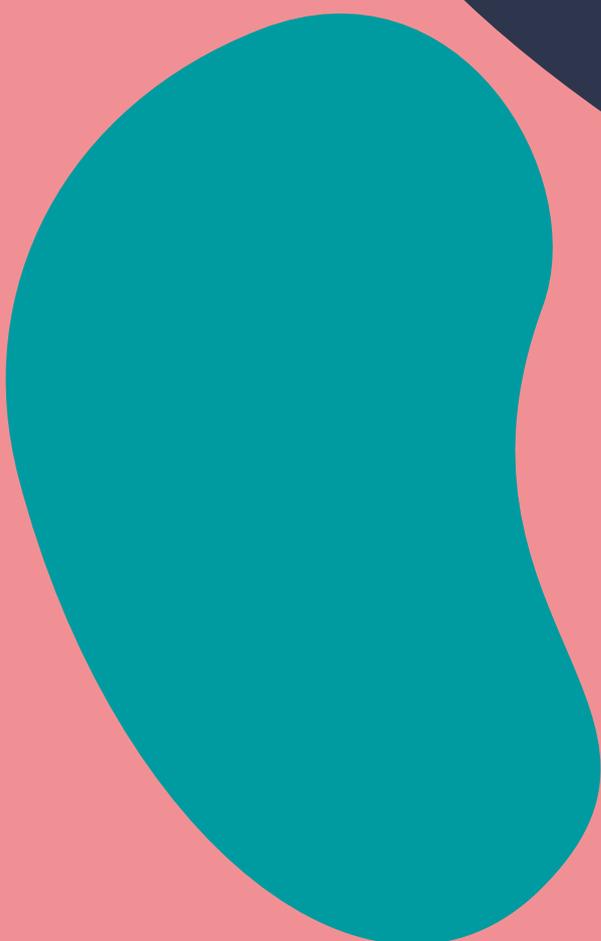
3.	Tavola rotonda «Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia nell'ottica della politica sanitaria».....	34
3.1	Preparazione della tavola rotonda.....	35
3.2	Partecipanti .....	36
3.3	I risultati della tavola rotonda .....	37
3.4	Orientamenti per le attività dell'UFSP .....	38
4.	Obiettivi e misure di attuazione concrete dell'UFSP .....	39
4.1	Obiettivo Al 1 + 2 «Riconoscimento precoce, promozione della salute e prevenzione» e «Cure coordinate e integrate con priorità al settore sanitario e alle famiglie socialmente svantaggiate» .....	39
4.2	Obiettivo Al 3 «Creazione di una rete di contatti tra i decisori e gli specialisti dell'Amministrazione, dell'economia e della società civile» .....	41
4.3	Obiettivo Al 5 «Monitoraggio e ricerca» .....	43
4.4	Obiettivo Al 6 «Informazione e sensibilizzazione sull'importanza della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia».....	44
4.5	Panoramica delle misure .....	45
4.6	Valutazione.....	45

## Allegato

5.	Bibliografia .....	48
----	--------------------	----



Basi



# 1. Situazione iniziale

---

## In breve

- La prima infanzia (da 0 a 4 anni) ha un ruolo fondamentale nell'insorgenza ma anche nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. È una fase cruciale sia per la prevenzione di queste malattie e delle dipendenze sia per la promozione della salute mentale.
  - Il presente documento illustra come l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) può contribuire, nel quadro della Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT), a migliorare le condizioni quadro dell'assistenza sanitaria alla prima infanzia.
- 

Le malattie non trasmissibili (MNT, in inglese: non-communicable diseases, abbreviato in NCD) rappresentano la principale causa di decesso nella nostra società e sono responsabili di circa l'80 per cento dei costi sanitari diretti. Tra le principali MNT vi sono le malattie cardiovascolari, il diabete, i tumori, le malattie respiratorie e muscoloscheletriche e le malattie mentali. Nei prossimi decenni la prevalenza delle malattie croniche aumenterà ulteriormente a seguito dell'evoluzione demografica e dell'invecchiamento della generazione del baby-boom.

Per rispondere alle sfide future legate alle MNT, nel novembre 2013 il Dialogo sulla politica nazionale della sanità – la piattaforma congiunta di Confederazione e Cantoni – ha commissionato l'elaborazione di una Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017–2024 (Strategia MNT) secondo un metodo partecipativo. La strategia è stata sviluppata dall'UFSP congiuntamente alla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e alla fondazione Promozione Salute Svizzera (UFSP/CDS 2016) sulla base di due rapporti di gruppi di lavoro costituiti da numerosi attori. Inoltre, la Strategia MNT è una delle cinque priorità della Strategia Sanità2020 del Consiglio federale e rappresenta un obiettivo fondamentale del programma di legislatura 2016–2019. Con il presente documento la Divisione prevenzione delle malattie non trasmissibili dell'UFSP, incaricata di attuare la Strategia MNT e la Strategia nazionale dipendenze tenendo conto del Rapporto Salute mentale<sup>1</sup> (UFSP et al. 2015), fissa una prima priorità nel settore della prima infanzia. Questa scelta poggia sulla consapevolezza del fatto che nei primi anni di vita vengono gettate le basi per la salute di un individuo e che in questa fase la promozione della salute e la prevenzione rappresentano un ambito d'intervento importante – se non il più importante – della prevenzione delle MNT e della promozione della salute in generale (Hafen 2014a). La prima infanzia rientra nella fase di vita «infanzia e adolescenza» che costituisce una delle priorità della Strategia MNT per il 2020. Come per tutte le altre fasi della vita, anche qui assumono rilevanza temi legati alla salute come l'alimentazione, l'attività fisica e buoni contatti sociali, che costituiscono la base per la resilienza riguardante la salute di una persona. In questa sede viene attribuito particolare rilievo alle famiglie socialmente sfavorite in quanto è comprovato che i figli di queste famiglie partono da una situazione di svantaggio e, di rimando, hanno prospettive di salute peggiori.

Il presente documento si basa su tre principi. In primo luogo, le numerose iniziative promosse dagli attori statali e della società civile per migliorare la situazione nel settore della prima infanzia vanno sostenute e completate sistematicamente con offerte che si focalizzano sulla dimensione sanitaria. In secondo luogo, vanno colmate determinate lacune osservate a livello professionale. Il presente documento si focalizza sul metalivello, ossia sul livello di contatti, ricerca e sensibilizzazione (cfr. cap. 1.3). In terzo luogo, le iniziative di sostegno dell'UFSP devono essere progettate garantendo la più ampia partecipazione possibile degli attori dell'Amministrazione, degli specialisti, del mondo economico e della società civile.

---

<sup>1</sup> Poiché i rimandi reciproci e le sinergie tra le tre strategie sono estesi, in questo documento vengono considerati anche senza menzione specifica della Strategia Dipendenze e del Rapporto Salute mentale.

A tal fine, il 28 settembre 2017 è stata organizzata una tavola rotonda con rappresentanti di questi settori e sono stati condotti colloqui con altri attori importanti che non avevano potuto parteciparvi. I risultati dei lavori sono presentati al capitolo 3. Il presente documento verrà discusso con gli stessi attori in un incontro ulteriore, se desiderato.

Da ultimo è opportuno segnalare che, in generale, i mezzi a disposizione dell'UFSP per attuare la Strategia MNT sono limitati.

## 1.1 Sostegno alla prima infanzia

---

### In breve

- Il sostegno alla prima infanzia (detto anche promozione precoce) comprende misure educative, sanitarie, sociali, integrative e strutturali (ad es. sovvenzioni statali per le strutture di custodia dei figli complementari alla famiglia o progetti urbanistici) che sono destinate ai bambini in tenera età (0-4 anni) e alle loro famiglie e che possono influire sullo sviluppo dei bambini.
  - Per sottolineare l'importanza, da una prospettiva di politica sanitaria (in particolare di prevenzione primaria) del sostegno alla prima infanzia, in questo documento si parlerà di «promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia».
  - Solo in via eccezionale le misure di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia sono destinate direttamente ai bambini. Puntano infatti in primo luogo a rafforzare le famiglie con figli in età prescolastica, con un'attenzione particolare per le famiglie socialmente svantaggiate con o senza background migratorio.
- 

Poiché spesso per indicare gli aspetti della promozione della salute nella prima infanzia viene utilizzato il termine di «sostegno alla prima infanzia» o di «promozione precoce» (della salute), è opportuno spiegarne il significato oltre a chiarire il motivo per cui in questo documento ricorre l'espressione «promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia». Il presente documento conferisce al concetto «sostegno alla prima infanzia» un'ampia accezione che ingloba la prospettiva di politica sanitaria e che si appoggia sulla definizione generale di Martin Hafen (2014a). Per sostegno alla prima infanzia si intendono infatti tutte le misure fornite da professionisti nonché quelle statali e aziendali (assegni per i figli, congedi genitoriali retribuiti o modelli di lavoro flessibili che permettono di conciliare lavoro e impegni familiari) a sostegno dei bambini in tenera età (0-4 anni) e delle loro famiglie, che hanno un influsso diretto o indiretto sullo sviluppo della salute. Questa valenza relativa alla salute attribuita al concetto di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia comprende, oltre ad attività realizzate nell'ambito del sistema sanitario, anche concetti che riguardano altre aree d'intervento professionale e che hanno una grande rilevanza per lo sviluppo dell'individuo. Vista la correlazione ampiamente documentata tra formazione, reddito e salute, in questa sede si considerano soprattutto concetti e principi che riguardano la politica della formazione e la politica sociale, quali quello di «formazione, educazione e accoglienza della prima infanzia» (FEAPI) che si ricollega agli aspetti pedagogici e alle condizioni formative nella prima infanzia (Simoni/Wustmann 2012) o quello di «aiuto alla prima infanzia», prioritario in Germania e Austria (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011, Haas/Weigl 2014), che si focalizza sull'accompagnamento delle famiglie socialmente svantaggiate con o senza background migratorio come pure sulla creazione di contatti tra le organizzazioni attive in questo settore.

## 1.2 Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia nel quadro della Strategia MNT e della Strategia dipendenze

1.2

In breve

- Poiché nel corso della vita l'insorgenza delle malattie non trasmissibili può essere facilitata o impedita, la Strategia MNT punta sull'approccio basato sulle diverse fasi di vita.
- I fattori di rischio determinanti nella prima fase di vita sono lo stress, il consumo di sostanze stupefacenti da parte dei genitori, il fumo passivo, la mancanza di stimoli, la mancanza di possibilità di movimento, un'alimentazione non equilibrata ecc.
- La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia contribuiscono in modo determinante a impedire l'insorgere di malattie non trasmissibili perché si focalizzano sulla riduzione di fattori di rischio fondamentali e sullo sviluppo di fattori di protezione.
- I fattori di protezione che promuovono la resilienza cominciano a formarsi nei primi anni di vita sotto forma di competenze di vita quali l'alfabetizzazione sanitaria, le competenze sociali, le competenze nella gestione dei rischi, l'autoregolazione, l'autoefficacia ecc.
- Le misure della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia possono rientrare nell'area d'intervento 1 della Strategia MNT (promozione della salute e prevenzione rivolte alla popolazione) come pure nell'area d'intervento 1 della Strategia nazionale dipendenze (promozione della salute, prevenzione, riconoscimento precoce).

Le malattie non trasmissibili risultano da un'interazione molto complessa di diversi fattori di rischio e di protezione che si sviluppano durante la vita. Questi fattori possono riguardare la dimensione fisica, psichica o l'ambiente sociale e materiale di un individuo (Hafen 2013). La loro configurazione varia costantemente nel corso della vita. Poiché qualsiasi iniziativa di prevenzione mira a ridurre i principali fattori di rischio e a rafforzare quelli di protezione, vanno adottate misure diverse in funzione della fase di vita considerata. Per questo, per la strategia MNT, si è scelto un approccio basato sulle fasi di vita (UFSP/CDS 2016) che non abbraccia solo lo sviluppo sano dell'individuo, ma pone piuttosto l'accento sulle condizioni quadro in ogni fase della vita o sulla configurazione dei fattori di rischio e di protezione di volta in volta osservabili (Braveman 2014). A questo proposito è importante rilevare che i primi fattori rilevanti (ad es. l'alimentazione della madre o il suo consumo di tabacco o alcol) possono avere un impatto già durante la gravidanza (Barker et al. 2016).

I fattori che hanno un influsso sulla prima infanzia non solo sono strettamente collegati alle malattie non trasmissibili ma interagiscono anche l'uno con l'altro. I principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili (fumo, consumo eccessivo di alcol, attività fisica insufficiente, alimentazione non equilibrata) sono infatti strettamente connessi allo stile di vita e all'alfabetizzazione sanitaria nelle fasi di vita successive (Martin-Diener et al. 2014). Questi, a loro volta, sono il risultato di tutta una serie di esperienze e abitudini maturate nel corso degli anni e sono correlate alle condizioni di vita. Le misure della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia possono quindi rappresentare una base importante per lo

1.2

sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria e dello stile di vita futuro (Hafen 2017).

La riduzione dei fattori di rischio comportamentali, il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria, lo sviluppo di condizioni quadro che promuovono la salute e il miglioramento delle pari opportunità nell'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione sono i primi quattro obiettivi della Strategia MNT (UFSP/CDS 2016, pag. 5).

Nel quadro della Strategia MNT (cfr. fig. 1) le attività di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia rilevanti ai fini della politica sanitaria si trovano soprattutto nei seguenti ambiti:

- **Area d'intervento 1** «Promozione della salute e prevenzione»: si tratta di sostenere gli individui affinché sviluppino uno stile di vita salutare, per esempio creando condizioni quadro favorevoli alla salute nella prima infanzia.
- **Area d'intervento 2** «Prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria»: l'obiettivo è di integrare la prevenzione nei percorsi di cura e di riabilitazione. Le professioni mediche forniscono un contributo fondamentale alla prevenzione delle MNT e svolgono quindi un ruolo importante nel riconoscimento precoce di fattori di rischio rilevanti nella prima infanzia (ad es. esposizione eccessiva allo stress).
- Anche le altre aree d'intervento della Strategia MNT (**AI 3** «Coordinamento e cooperazione»; **AI 4** «Finanziamento»; **AI 5** «Monitoraggio e ricerca»; **AI 6** «Informazione e formazione»; **AI 7** «Condizioni quadro») sono importanti sia per la prima infanzia sia per le altre fasi della vita.

Va infine rilevato che le misure riferite alla prima infanzia contribuiscono anche al raggiungimento degli obiettivi della Strategia nazionale dipendenze dell'UFSP, in particolare a quelli dell'area d'intervento 1 «Promozione della salute, prevenzione, riconoscimento precoce»: molti dei fattori di rischio e di protezione rilevanti esplicano i loro effetti già nella prima fase della vita e il riconoscimento precoce del rischio di dipendenza come pure l'assistenza adeguata di genitori affetti da dipendenza rappresentano obiettivi importanti.

Lo stesso vale per il rapporto «Salute mentale in Svizzera» e le aree d'intervento individuate. Anche in questo caso, la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia forniscono un contributo importante al raggiungimento dell'obiettivo generale, ossia promuovere la salute mentale e migliorare la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie e dei disturbi mentali in modo da ridurre il numero di casi (UFSP et al. 2015, pag. 5).

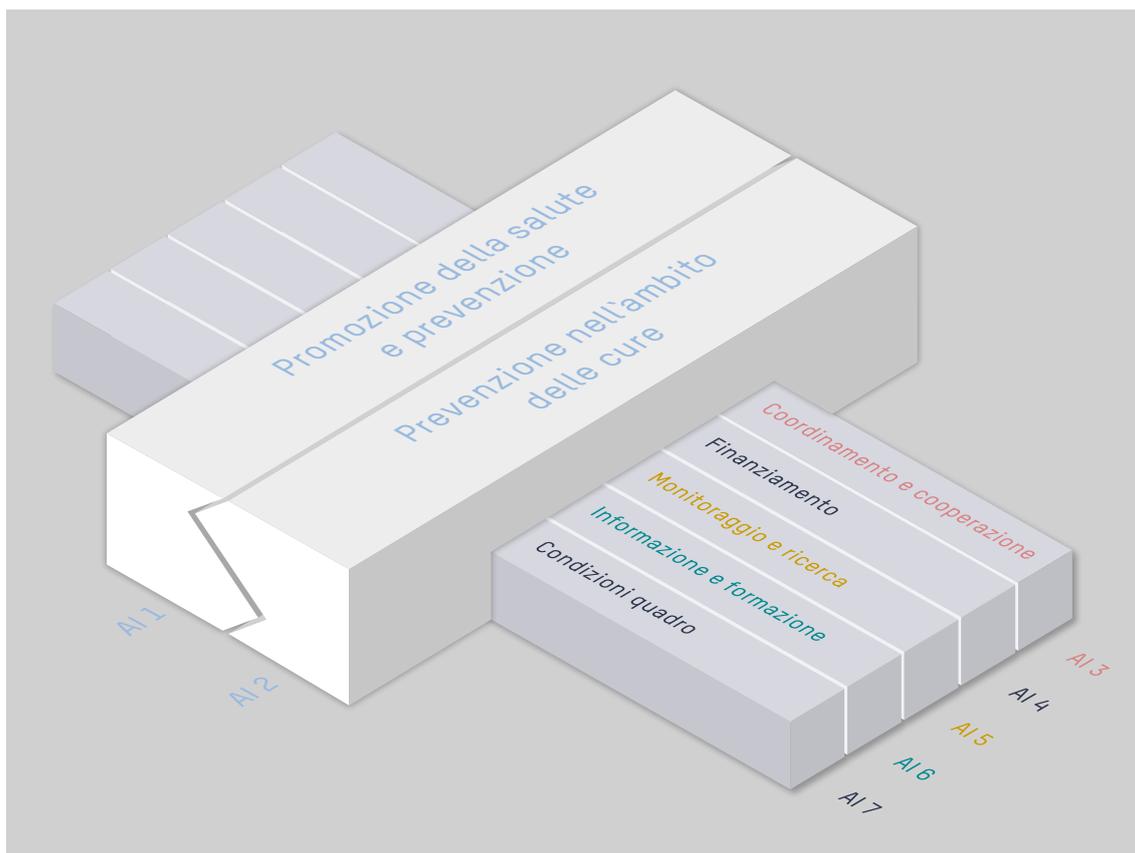


Fig. 1: Aree d'intervento della Strategia MNT.

### 1.3 Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia in Svizzera e nel confronto internazionale

1.3

#### In breve

- Rispetto ad altri Paesi, la Svizzera investe piuttosto poco nel sostegno alla prima infanzia (formazione, educazione e accoglienza della prima infanzia, FEAPI). Vi destina infatti lo 0,2 per cento del prodotto interno lordo (PIL) contro lo 0,8 per cento in media dei Paesi OCSE. In Svizzera, il contributo dei genitori al finanziamento delle offerte di custodia complementare alla famiglia supera nettamente quello negli altri Paesi. Per di più, rispetto agli altri Paesi OCSE la Svizzera è agli ultimi posti per quanto riguarda il congedo di maternità retribuito. Questo rappresenta una difficoltà per tutte le famiglie, in special modo per quelle economicamente svantaggiate.
- L'assistenza medica fornita alle famiglie con bambini piccoli è buona. Il sistema sanitario svizzero è tra i più efficienti al mondo, ma anche il più costoso. In nessun altro Paese la quota di partecipazione alle spese a carico degli assicurati è così elevata, tanto da ammontare, a parità di potere d'acquisto, a 2,70 volte la media dell'area OCSE (Kocher 2015). Ciò va a discapito dei ceti sociali meno abbienti che, per motivi economici, devono rinunciare alle cure mediche.
- La cooperazione interistituzionale e interprofessionale con altri ambiti d'azione come la formazione nella prima infanzia e la politica sociale è auspicata a vari livelli e va ulteriormente consolidata. Si individua un ulteriore margine di miglioramento della rete di contatti tra i decisori della politica, dell'Amministrazione, dell'economia privata e della società civile.

Negli scorsi anni, in Svizzera, l'attenzione del pubblico e della politica si è focalizzata in misura crescente sulla promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia per due motivi. Da un lato vi è un numero crescente di studi scientifici sull'importanza di questa fase della vita per lo sviluppo fisico, psichico e sociale di una persona rispettivamente sulle conseguenze che uno sviluppo sfavorevole comporta per gli individui e la società. Dall'altro, studi condotti nell'ottica della politica dell'istruzione (Stamm 2009) e della politica di integrazione (Schulte-Haller 2009) hanno evidenziato già da qualche tempo che la Svizzera investe meno di altri Paesi nel settore della prima infanzia e che quindi resta ancora molto da fare per recuperare il ritardo accumulato. Sebbene negli ultimi anni siano stati compiuti alcuni passi avanti, per molti aspetti la situazione in Svizzera è ancora insoddisfacente almeno per quanto riguarda il settore del sostegno alla prima infanzia/FEAPI (Burger et al. 2017). Dall'ultimo rapporto OCSE sullo stato dell'istruzione (OECD 2015a) emerge infatti che la Svizzera investe solo lo 0,2 per cento del prodotto interno lordo (PIL) in questo settore, mentre negli altri Paesi dell'OCSE la media si attesta allo 0,8 per cento. La Francia, ad esempio, investe sette volte tanto (1,4 per cento) e i Paesi scandinavi circa il 2 per cento, ossia dieci volte di più. Allarmante è il fatto che in Svizzera la quota di investimenti nel sostegno alla prima infanzia rispetto al PIL è rimasta invariata rispetto al rapporto OCSE del 2012 (OECD 2012), mentre in Francia è cresciuta passando dallo 0,7 all'1,4 per cento

e in Norvegia dallo 0,9 al 2,2 per cento<sup>2</sup>. Vista la mancanza di volontà d'investire in questo settore, in Svizzera la partecipazione dei genitori ai costi delle offerte di custodia complementare alla famiglia è superiore rispetto alla maggior parte degli altri Paesi, il che è un ostacolo soprattutto per le famiglie socialmente più deboli. Uno studio comparativo con i Paesi vicini (Stern et al. 2015) mostra che nel Cantone di Zurigo la partecipazione media dei genitori ai costi delle strutture di custodia dei figli si aggira attorno al 66 per cento (due terzi), mentre in tutti i comuni tedeschi, austriaci e francesi considerati non supera il 25 per cento. Anche se tradizionalmente la Svizzera francese e quella italiana investono di più nel sostegno alla prima infanzia rispetto alla Svizzera tedesca, non raggiungono in ogni caso la media dei Paesi OCSE. Nel Cantone di Vaud, per esempio, la partecipazione dei genitori ai costi di custodia si attesta al 38 per cento ed è quindi nettamente inferiore a quella nel Cantone di Zurigo<sup>3</sup>, pur restando superiore a quella dei comuni dei Paesi limitrofi. Inoltre nel Cantone di Vaud lo standard di formazione del personale è nettamente superiore rispetto alla Svizzera tedesca. Il basso livello di finanziamento pubblico delle offerte di custodia complementare alla famiglia si ripercuote negativamente anche sul mercato del lavoro. Nel suo rapporto sulla politica economica svizzera, l'OCSE (OECD 2017) raccomanda nuovamente di potenziare le offerte di custodia finanziariamente sostenibili per migliorare la conciliabilità tra lavoro e famiglia, in particolare per permettere alle madri di aumentare la propria percentuale lavorativa. Va infine osservato che la Svizzera si piazza in fondo alla graduatoria internazionale anche per quanto riguarda il congedo di maternità, di paternità e genitoriale. Secondo la banca dati dell'OCSE<sup>4</sup>, la Svizzera concede un congedo di maternità di sole 14 settimane con un'indennità pari, in media, al 56,4 per cento dello stipendio. Questo valore corrisponde a 7,9 settimane a stipendio pieno di cui la famiglia può disporre per il periodo prima o dopo la nascita di un figlio. La Svizzera è uno dei quattro Paesi OCSE in cui il valore non supera le 10 settimane.

La maggior parte degli studi comparativi che analizzano in modo specifico l'offerta di servizi dedicati alla prima infanzia si riferisce al settore FEAPI. Anche in Svizzera la maggior parte delle strategie cantonali punta a migliorare la quantità, la qualità e il coordinamento nel settore della custodia dei figli complementare alla famiglia (Stern et al. 2017). Poiché generalmente gli studi comparativi sull'offerta d'assistenza sanitaria considerano l'intero sistema sanitario, non sono disponibili dati specifici sull'offerta d'assistenza sanitaria alla prima infanzia. Relativamente all'offerta d'assistenza sanitaria generale, la Svizzera ottiene un buon piazzamento a livello internazionale; dispone infatti di uno dei sistemi sanitari più efficienti al mondo (Kocher 2015, OECD 2015b). Nel contempo però, quello svizzero è il secondo sistema più caro al mondo, dopo quello degli Stati Uniti. In nessun altro Paese la partecipazione finanziaria dei cittadini alle spese sanitarie è così alta come in Svizzera: a parità di potere d'acquisto, infatti, corrisponde a 2,7 volte la media OCSE (Kocher 2015), e questo penalizza le fasce sociali meno abbienti. Uno degli aspetti importanti dell'assistenza medica prenatale è garantire la salute e il benessere della madre, il che è di fondamentale importanza anche per la salute del bambino. Uno studio internazionale ha evidenziato che l'approccio medico-tecnico nell'assistenza postnatale è completato solo raramente da un approccio salutogenico olistico (Perez-Botella et al. 2015).

Un altro aspetto fondamentale della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia è la collaborazione interprofessionale con discipline di altre aree d'intervento. Non esistono studi comparativi di ampio respiro sulla quantità e la qualità della collaborazione nei vari Paesi. È possibile tracciare un confronto con le strategie per la creazione di reti di contatto di altri Paesi solo laddove esistono politiche corrispondenti. La politica adottata dalla Germania e dall'Austria, ad esempio, con la loro strategia di aiuto alla prima infanzia si focalizza chiaramente sulle reti di contatto interistituzionali e interprofessionali e si rivolge soprattutto al gruppo destinatario delle famiglie con varie problematiche (Haas-Weigl 2014, NZFH 2016). La cooperazione tra la protezione dei minori (NZFH 2017) e il sistema sanitario (per il tramite di levatrici, infermieri di famiglia e infermieri pediatrici) (NZFH 2015) è organizzata e istituzionalizzata<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Le cifre OCSE provengono da diverse fonti, non sempre comparabili. L'elevata partecipazione dei genitori svizzeri alle offerte di custodia complementari alla famiglia è tuttavia un indizio del fatto che gli investimenti pubblici nel sostegno alla prima infanzia sono relativamente contenuti.

<sup>3</sup> La differenza risulta dal fatto che nel Cantone di Vaud i posti nelle strutture di custodia sono sovvenzionati in misura del 100 per cento, mentre in quello di Zurigo solo in misura del 48 per cento.

<sup>4</sup> [http://www.oecd.org/els/soc/PF2\\_1\\_Parental\\_leave\\_systems.pdf](http://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf)

<sup>5</sup> In merito alle misure concrete per migliorare la collaborazione in Svizzera vedi cap. 4.1.

1.3

Va consolidata e potenziata anche la cooperazione tra i decisori della politica, dell'amministrazione, dell'economia privata e della società civile, in particolare perché, contrariamente a Paesi comparabili (ossia Germania e Austria), la Svizzera non dispone di una strategia nazionale per il sostegno alla prima infanzia o per la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia (Stamm 2009). Per di più, tra i Cantoni vi sono grandi differenze per quanto riguarda l'offerta di servizi di sostegno alla prima infanzia e il sostegno specifico delle famiglie socialmente svantaggiate.

In Svizzera l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) svolge un ruolo importante nel coordinamento verticale e nei contatti tra gli attori federali. Questo ruolo è definito nella legge sulla promozione delle attività giovanili extrascolastiche (LPAG) e assume grande rilevanza proprio per l'assenza di una strategia nazionale di sostegno alla prima infanzia. In seno alle conferenze cantonali, il coordinamento orizzontale è assicurato dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori delle opere sociali (CDOS). Dal canto suo, l'UFSP si adopera (con il presente documento) a sostenere ulteriormente la collaborazione tra questi organismi e altri attori (ad es. la Conferenza federale dei direttori cantonali della pubblica educazione, CDPE) attraverso la politica sanitaria e l'offerta di servizi sanitari.

Lo studio di Stern, Cammarano e De Rocchi (2016) mostra che sempre più Cantoni sviluppano strategie di sostegno alla prima infanzia. Nel giugno 2016, ad esempio, dieci Cantoni disponevano di una strategia in questo ambito e altri sei stavano elaborandone una. Anche nelle politiche cantonali per la famiglia o per la gioventù figurano in parte misure che riguardano la prima infanzia. Inoltre, tutti i Cantoni si occupano di aspetti legati alla prima infanzia, ad esempio la promozione precoce delle competenze linguistiche, nell'ambito dei programmi di integrazione cantonali. La crescente adozione di strategie cantonali torna a vantaggio anche dei Comuni. Lo studio di Meier, Magistretti e Schraner (2017, pag. 6) evidenzia che solo il 10 per cento dei Comuni svizzeri dispone di una strategia di sostegno alla prima infanzia e che un altro 10 per cento ne sta sviluppando una. Per l'elaborazione delle loro strategie, i Comuni si ispirano sia ai programmi di organizzazioni della società civile (ad es. PrimoKiz) sia alle strategie cantonali. Da poco i Comuni interessati possono avvalersi di una guida per lo sviluppo di strategie di sostegno della prima infanzia e lo sviluppo/potenziamento di offerte in questo settore, elaborata dall'UFAS nell'ambito del programma di prevenzione e lotta alla povertà (INFRAS 2018).

## 1.4 Elaborazione del documento e delle misure

### **Il presente documento si articola in tre parti principali.**

Il capitolo 2 presenta le principali basi scientifiche che riguardano la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia e sottolinea la necessità di una migliore integrazione tra la politica della formazione, sociale e sanitaria per sostenere nel modo più efficace possibile le famiglie con bambini piccoli.

Nel capitolo 3 sono illustrati e discussi i risultati di una tavola rotonda organizzata dall'UFSP allo scopo di tracciare, in collaborazione con gli addetti ai lavori, una panoramica delle attività destinate alla prima infanzia e rilevanti per la politica sanitaria e di individuare le eventuali lacune e gli interventi necessari. La tavola rotonda ha permesso di chiarire il ruolo dell'UFSP e definire gli orientamenti della sua azione.

Il capitolo 4 formula obiettivi verificabili e misure concrete che l'UFSP intende realizzare e definisce una tempistica per l'adozione delle misure.

1.4

## 2. Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia da una prospettiva scientifica

Le conoscenze scientifiche acquisite nelle diverse discipline convergono sul fatto che la prima infanzia ha un'importanza cruciale per lo sviluppo di un individuo. Il presente capitolo sintetizza alcune delle conoscenze acquisite più importanti che riguardano la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia, un campo di ricerca in forte e rapida espansione.

2.0

2.1

### 2.1 Scienze naturali

In breve

- La rapida progressione delle conoscenze acquisite nelle discipline scientifiche come le neuroscienze (neurobiologia) o l'epigenetica fa crescere l'interesse degli specialisti per la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia.
- La ricerca epigenetica e le neuroscienze mostrano che la trascuratezza affettiva e l'esposizione a stress cronico si ripercuotono negativamente sulla regolazione dello stress e sullo sviluppo fisico, psichico e sociale di un individuo.
- Le conoscenze acquisite confermano per molti aspetti quello che le discipline tradizionali come la psicologia dello sviluppo, la teoria dell'attaccamento o la ricerca sullo stress raccomandano da anni.
- L'epigenetica mostra inoltre l'influsso che l'alimentazione della madre (durante la gravidanza e l'allattamento) e quella del bambino nei primi anni di vita hanno sull'insorgenza di disturbi e malattie legate all'alimentazione.

La psicologia dello sviluppo, la ricerca sull'attaccamento, la teoria dello stress e altre discipline scientifiche evidenziano da decenni l'importanza dei primi anni di vita per lo sviluppo fisico, psichico e sociale dell'individuo. Da una ventina di anni le conoscenze maturate in queste discipline trovano sempre più conferma nelle scienze naturali. Grazie alla tecnica per immagini, la neurobiologia mostra quali fattori danneggiano o favoriscono lo sviluppo neurale e psichico del bambino e quali conseguenze questi fattori hanno per le fasi di vita successive (cfr. ad es. Hüther/Krens 2008, Heckman 2008). Dal punto di vista sistemico si può argomentare che nel cervello e nella psiche è in atto un processo di formazione e modellazione e che le strutture formatesi nella prima infanzia sono importanti proprio perché creano le basi per lo sviluppo strutturale (Hafen 2014a). Se nella prima fase di vita questo processo si svolge in modo tendenzialmente sfavorevole, vi sono più probabilità che l'individuo sviluppi problemi sociali o di salute nelle fasi successive. Se invece si svolge in modo positivo, crea le basi per una resilienza successiva, che permetterà all'individuo di resistere allo stress nelle fasi di vita future (Hafen 2014b).

La seconda disciplina scientifica che dimostra l'importanza cruciale dei primi anni di vita per lo sviluppo dell'individuo – dopo la neurobiologia – è l'epigenetica (Bauer 2006, Rutter 2007, Kegel 2009, Spork 2017). La ricerca in questo campo mostra che fattori esterni quali l'alimentazione della madre durante la gravidanza, l'esposizione a stress, le emozioni positive nella madre e nel bambino o il supporto emotivo

al neonato contribuiscono ad attivare o disattivare geni che hanno un impatto sulla salute. Ad esempio, una dieta equilibrata durante la gravidanza diminuisce la probabilità di sviluppare una malattia ereditaria legata all'alimentazione come il diabete mellito di tipo 2, mentre il supporto emotivo e la presenza (o l'assenza) di situazioni di stress eccessivo o cronico influiscono sulla gestione dello stress nelle fasi di vita successive. Questo è dovuto a un gene del nostro patrimonio genetico che regola lo stress (gene anti-stress) e che è disattivato al momento della nascita (Bauer 2006, Spork 2017). Solo quando il neonato percepisce che il mondo è un luogo sicuro – non solo attraverso l'alimentazione ma anche attraverso il supporto emotivo – il gene viene attivato e lo aiuta a gestire le situazioni stressanti. Se invece il gene antistress non si attiva nel primo anno di vita, la probabilità che possa attivarsi in seguito si riduce in modo significativo e renderà l'individuo nettamente più vulnerabile allo stress. Questo, a sua volta, fa aumentare la probabilità di sviluppare problemi di salute o sociali come comportamenti eccessivamente aggressivi o delinquenza.

2.1

## 2.2 Lo sviluppo del bambino nel suo ambiente di vita

### In breve

- La salute di un individuo è il risultato dell'interazione molto complessa di fattori di rischio e di protezione biologici (fisici), psichici e sociali. Quanto più i fattori di rischio vengono ridotti e quelli di protezione rafforzati, tanto maggiore è la probabilità che lo sviluppo fisico, psichico e sociale di un bambino sia positivo.
- Le condizioni quadro strutturali quali le offerte di sostegno in ambito sanitario, formativo, sociale e migratorio hanno un'importanza fondamentale per lo sviluppo fisico e psicosociale del bambino.
- Poiché nei primi anni di vita la famiglia rappresenta il sistema di riferimento sociale determinante, la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia puntano soprattutto a sostenere le famiglie mediante un approccio interdisciplinare all'interno del sistema sanitario, formativo e sociale. Anche i datori di lavoro assumono un ruolo importante in questo senso.
- Il sostegno ai bambini e alle famiglie deve orientarsi non solo ai deficit osservati e alla patogenesi ma anche alle risorse presenti e alla salutogenesi.

La salute è un fenomeno bio-psico-sociale (Engel 1977, Hafen 2009, 2016a). Si tratta di una conoscenza presente da tempo che si sta affermando sempre più in medicina. I fattori d'influsso rilevanti per la salute si situano all'interno di sistemi biologici, psichici e sociali e interagiscono a vicenda. L'approccio patogenetico, che si focalizza sui meccanismi attraverso i quali hanno origine le malattie («Cosa ci fa ammalare?»), viene completato con la prospettiva salutogenetica, che risponde alla domanda «Cosa ci mantiene in salute?» (Antonovsky 1998), spostando sempre più l'interesse sui fattori di protezione, oltre che su quelli di rischio. Negli ultimi anni la ricerca sulla salute si è focalizzata in misura crescente sull'importanza dei fattori sociali di rischio e di protezione per la salute fisica e mentale (OMS 2004). Quest'approccio sistemico è stato adottato anche nella psicologia dello sviluppo, in particolare nell'approccio ecosistemico di Bronfenbrenner (1991). A sua volta, la «prevenzione sistemica» (Hafen 2013) si occupa del funzionamento dei sistemi rilevanti per la prevenzione basandosi sulla teoria dei sistemi sociali formulata da Niklas Luhmann (1984, 1994), secondo la quale i sistemi sociali, psichici e biologici si autoriproducono (autopoiesi) e si organizzano autonomamente. Questo significa che regolano il loro rapporto con l'ambiente e la costruzione delle loro strutture in modo autonomo e non completamente prevedibile per i soggetti esterni. Da uno studio sulla resilienza (Werner 1997) è emerso che una percentuale considerevole di bambini cresciuti in situazioni molto difficili presentavano comunque uno sviluppo normale, erano in salute e non avevano sviluppato comportamenti problematici. Dal punto di vista della teoria della prevenzione, ciò significa che i fattori di rischio rilevanti nell'ambiente sociale di questi bambini (ad es. violenza domestica, trascuratezza emotiva o abuso di sostanze stupefacenti da parte dei genitori) non hanno avuto lo stesso influsso negativo rispetto a quello osservato nella maggior parte dei bambini cresciuti in situazioni difficili. Questi bambini resilienti possono manifestamente vantare fattori di protezione che attenuano in misura sostanziale l'influsso dei fattori di rischio rendendo più improbabile l'insorgere di problemi.

Un modello sistemico di fattori di influsso suggerisce che la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia non dovrebbero focalizzarsi su singoli fattori di influsso bensì considerare il maggior

numero possibile di fattori rilevanti (Guralnick 2011). Quanto più i fattori di rischio verranno ridotti e quelli di protezione rafforzati, tanto maggiore sarà la probabilità che lo sviluppo fisico, psichico e sociale di un bambino sia positivo. Garanzie comunque non ce ne sono, visto che non mancano mai i casi di bambini che, pur crescendo in condizioni apparentemente favorevoli, presentano uno sviluppo diverso da quello previsto (Werner 1997). La ricerca sui fattori di influsso (eziologia) è di particolare importanza per la prevenzione che, come tale, mira esclusivamente a ridurre i fattori di rischio e a rafforzare quelli di protezione. In quest'ottica è quindi imprescindibile conoscere i fattori che influiscono sull'insorgenza dei problemi e la loro portata (Hafen 2013). Solo così è possibile progettare misure la cui efficacia può essere documentata al meglio nell'ambito dell'analisi dell'efficacia.

La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia rappresentano un approccio orientato al contesto: non si focalizzano sui bambini stessi bensì sull'ambiente sociale e il contesto territoriale in cui questi vivono, ossia in primo luogo la famiglia e le persone di riferimento primario come pure l'ambiente e lo spazio in cui crescono. Un altro fattore determinante è rappresentato dai sistemi sociali nell'ambiente familiare. Si pensi tra l'altro alle condizioni quadro strutturali offerte dallo Stato (ad es. normative, congedo parentale, sgravi fiscali ecc.), alle offerte concrete di sostegno in ambito sanitario, formativo, sociale e migratorio o alle condizioni di lavoro offerte dal datore di lavoro che possono favorire più o meno la famiglia. Le misure esplicano il loro effetto preventivo quando riescono a influenzare questi sistemi sociali rendendo l'ambiente diretto dei bambini più favorevole alla salute. In generale, questo non avviene direttamente, ma è il risultato di interazioni molto complesse e dinamiche che non si limitano assolutamente alla prima infanzia ma si estendono a tutte le altre fasi della vita. L'interazione più documentata è quella tra prevenzione nella prima infanzia, risultati scolastici e successo sul mercato del lavoro (Barnett 2011, 2012, 2013, CSRE 2014) che ha un'importanza fondamentale anche per le malattie non trasmissibili vista la forte correlazione tra i risultati scolastici, la condizione socio-economica e l'insorgenza di questo tipo di malattie (tema prioritario «pari opportunità»). Poiché da un recente studio dell'OCSE sull'istruzione (OCSE 2018) emerge che tra il 2006 e il 2015 la percentuale di bambini resilienti nel sistema scolastico svizzero è scesa dal 30 al 25 per cento, si può concludere che questo calo è dovuto agli scarsi investimenti nel sostegno alla prima infanzia. In questo settore infatti la Svizzera investe meno di altri Paesi. A titolo di confronto, nello stesso periodo in Germania la percentuale di bambini resilienti è passata dal 25 al 32 per cento (OCSE 2018, pag. 6 segg.) proprio quando sono stati realizzati grossi investimenti per creare una rete nazionale di sostegno alla prima infanzia destinata principalmente alle famiglie socialmente svantaggiate<sup>6</sup>.

2.2

<sup>6</sup> Si tratta di una correlazione ipotizzata e non di un nesso causa-effetto comprovato, che andrebbe accertato da uno studio ad hoc. Visto l'effetto più volte documentato del sostegno a bambini di famiglie socialmente svantaggiate sui futuri risultati scolastici, il rapporto di causa-effetto ipotizzato sembra plausibile almeno per la Germania.

## 2.3 Lo stress infantile e le sue conseguenze

### In breve

- Lo stress cronico provocato nei primi anni di vita da esperienze che ostacolano lo sviluppo come violenza e trascuratezza emotiva («adverse childhood experience») facilitano l'insorgenza di malattie mentali, comportamenti sociali negativi e malattie non trasmissibili nelle fasi successive della vita.
- La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia servono a evitare o riconoscere precocemente lo stress eccessivo e a sostenere le famiglie giovani in generale e, in particolare, quelle con varie problematiche.
- Nell'ambito della prevenzione e del riconoscimento precoce dello stress infantile, gli specialisti del sistema sanitario hanno un ruolo fondamentale.
- Il personale delle istituzioni sanitarie entra presto in contatto con le famiglie e ha quindi anch'esso un ruolo importante nell'ambito del riconoscimento precoce. La rete di contatti tra i vari servizi (sanitari e altri) va quindi potenziata.

Le ricerche sui fattori di rischio nella prima infanzia evidenziano un fattore chiave che favorisce l'insorgenza di malattie fisiche e mentali e di problemi sociali fin nell'età adulta: lo stress cronico. Nel mondo anglofono la letteratura scientifica indica le cause dello stress eccessivo nella prima infanzia, in particolare violenza e forte trascuratezza emotiva, con il termine generico «adverse childhood experiences», ossia esperienze negative – solitamente traumatiche – durante l'infanzia (Brown et al. 1998, Danese/McEwen 2012, Shonkoff/Garner 2012, Benarous et al. 2016, Bartlett et al. 2017). Tra le conseguenze non figurano solo gravi disturbi mentali nelle fasi successive della vita ma anche l'accumulo di malattie non trasmissibili come le malattie cardiovascolari, il diabete mellito di tipo 2 e l'obesità, associati a una netta diminuzione della durata di vita.

Senza entrare nel dettaglio di come le esperienze traumatiche vissute nell'infanzia agevolino l'insorgenza di queste malattie in età adulta – l'interazione tra fattori sociali, psichici e fisici sull'arco degli anni è molto complessa anche in questo caso – i risultati delle ricerche mostrano tuttavia chiaramente quanto sia importante proteggere i bambini, per quanto possibile, dallo stress cronico e adoperarsi per individuare precocemente un'eventuale esposizione. Per evitare malintesi va precisato che lo stress occasionale non è un problema. Come documenta la ricerca epigenetica, lo stress moderato in gravidanza e nella prima fase di vita dopo la nascita può addirittura incrementare la capacità di elaborazione e migliorare la resilienza di una persona (Spork 2017). Determinanti in senso negativo sono le esperienze di stress cronico in assenza di fattori di protezione. In questi casi è importante che il bambino cresca almeno in parte in un altro contesto, dove possa ricevere la tranquillità e il supporto emotivo necessari.

È indiscusso che tutte le figure professionali aventi a che fare con bambini piccoli e famiglie possono e devono fornire un contributo determinante al riconoscimento precoce e alla riduzione dello stress nella prima infanzia (Shonkoff 2011). Ciò vale anche per le figure professionali nell'ambito dell'assistenza sanitaria, in particolare i pediatri (AAP 2012) e le levatrici, che si focalizzano prima di tutto sul fisico del bambino. Dal punto di vista sistemico è tuttavia opportuno che queste figure, così come gli infermieri specialisti, si occupino anche degli aspetti sociali e di eventuali problemi psichici dei genitori e che questi

aspetti siano tematizzati già durante la formazione. Oltre alla figura professionale di consulente per i genitori, il personale medico è la figura professionale che in Svizzera più ha contatto con le famiglie giovani. Ciò, accanto alle attività principali (cure mediche, consulenza all'allattamento ecc.), lo mette nella condizione migliore per riconoscere gli influssi negativi sul bambino e di indirizzare la famiglia verso il servizio che può offrire un sostegno specifico. A tal fine serve una buona rete di contatti tra questi servizi e le istituzioni sanitarie (ospedali, levatrici, studi medici privati ecc.). Il coinvolgimento delle professioni mediche nella rete di contatti interdisciplinare tra gli attori attivi nella promozione della salute e nella prevenzione nella prima infanzia riveste quindi un'importanza fondamentale, tanto più che anche le famiglie auspicano questo tipo di rete di contatti (Kurth et al. 2016). Un esempio riuscito in questo senso sono i progetti Family Start, avviati nei Cantoni di Basilea<sup>7</sup> e Zurigo<sup>8</sup>, che offrono un'assistenza post-parto a domicilio e mirano a garantire una rete di contatti a lungo termine tra levatrici, ospedali, pediatri, consultori per i genitori e servizi di coordinamento per la promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia. Quanto sia importante una rete di contatti tra le principali figure professionali emerge anche dal rapporto del Consiglio federale sul riconoscimento precoce della violenza domestica (Consiglio federale 2018).

2.3

---

<sup>7</sup> [www.familystart.ch](http://www.familystart.ch)

<sup>8</sup> [www.familystart-zh.ch](http://www.familystart-zh.ch)

## 2.4 Lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria e di altre competenze di vita

- L'alfabetizzazione sanitaria di un individuo è composta da diverse competenze di vita (capacità di autoregolazione, competenza sociale, competenza nella gestione dei rischi, capacità di elaborare lo stress ecc.).
- La maggior parte delle competenze di vita vengono sviluppate soprattutto nella prima fase di vita. Con l'aumentare dell'età dell'individuo, diventa più difficile acquisire queste competenze e adeguare il proprio stile di vita.
- La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia con tutte le loro sfaccettature agevolano lo sviluppo delle competenze di vita. Promuovono in particolare la resilienza del bambino rispetto alle sollecitazioni che dovrà affrontare in futuro e l'acquisizione di uno stile di vita sano.
- Promuovere le competenze di vita attraverso misure di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia è una strategia che non interviene direttamente sul bambino ma passa dal suo contesto sociale (famiglia, custodia dei figli complementare alla famiglia ecc.) e dallo spazio in cui vive (ambiente stimolante, possibilità di giocare all'aperto ecc.).

In breve

2.4

L'alfabetizzazione sanitaria è un fattore di protezione per la salute a cui la letteratura specializzata attribuisce grande importanza (Schaeffer/Pelikan 2017). La ricerca si focalizza sul rilevamento dell'alfabetizzazione sanitaria nella popolazione e in gruppi demografici specifici ma non sulle condizioni necessarie al suo sviluppo che, come per tutte le altre competenze di vita, dovrebbero consolidarsi nella prima infanzia (Hafen 2017). Kickbusch (2006, pag. 69) definisce l'alfabetizzazione sanitaria come la capacità del singolo di prendere decisioni nella vita di tutti i giorni che incidono positivamente sulla salute – a casa, nella società, sul posto di lavoro, all'interno del sistema sanitario, negli acquisti e a livello politico. Secondo questa definizione, l'alfabetizzazione sanitaria ha carattere cognitivo poiché la decisione è una scelta consapevole a favore (o contro) qualcosa e soprattutto – aspetto particolarmente importante – fatta tra una serie di altre possibilità (Luhmann 2000). Esistono però anche molti comportamenti rilevanti per la salute che possono essere associati al concetto di competenza (alfabetizzazione sanitaria) ma non sono riconducibili esclusivamente a una decisione consapevole. Si fondano piuttosto sulle abitudini e si manifestano spesso inconsapevolmente: il comportamento motorio giornaliero, le abitudini alimentari e di acquisto, l'impostazione dei contatti sociali o la gestione di situazioni che causano stress. A questo proposito si pone la questione delle condizioni di sviluppo di queste abitudini e quella – strettamente correlata – delle possibilità di modificare l'alfabetizzazione sanitaria.

Secondo la teoria dei sistemi, l'alfabetizzazione sanitaria è, come ogni altra competenza, una struttura composta da sistemi psichici e fisici (Hafen 2016b). Le strutture definiscono le possibilità disponibili in un sistema per gestire il rapporto con l'ambiente (Luhmann 1994). Le strutture del sistema costituiscono sempre la base per acquisire le informazioni che derivano da questi contatti e che possono indurre cambiamenti strutturali. Nei sistemi psichici questi adeguamenti corrispondono a processi di apprendimento, che in molti casi possono risultare inconsapevoli. Nei sistemi fisici, come il cervello, l'adeguamento avvie-

ne creando e modificando reti neurali; quindi in modo inconscio. Questo processo – l'acquisizione di informazioni a contatto con l'ambiente e l'adeguamento delle strutture sistemiche – inizia durante la gravidanza. Un feto di 19 settimane reagisce ad esempio al dolore (puntura per una trasfusione di sangue intrauterina) rilasciando ormoni dello stress. A partire dalla 23esima settimana si osservano reazioni di dolore anche sul viso e nella motricità (Hüther/Krens 2008, pag. 72). La neurobiologia conferma che attraverso il liquido amniotico il feto impara a distinguere i vari gusti e che questa competenza determinerà le preferenze alimentari dopo la nascita (ibidem, pag. 73). Nel corso della vita, a queste condizioni iniziali si aggiungono numerosissimi altri fattori ambientali che influenzano il comportamento alimentare: l'allattamento con i suoi effetti molto positivi sulla salute (Belfield/Kelly 2010), le abitudini alimentari della famiglia e dei coetanei, la pubblicità, l'offerta alimentare nel commercio al dettaglio ecc. La competenza di un adulto a seguire un'alimentazione sana è il frutto di moltissime esperienze e influenze derivanti dal contatto con l'ambiente. Non può essere considerata solo una decisione razionale a favore o contro una «scelta sana», ma è una consapevolezza scaturita da molti esperimenti di economia comportamentale (Kahneman 2011).

Come il comportamento alimentare, anche quello motorio, la cura dei contatti sociali, la gestione dello stress, il consumo di sostanze che creano dipendenza e altri fattori che influenzano la salute si fondano su numerose esperienze consapevoli e inconsapevoli maturate nel contatto con l'ambiente già nella prima infanzia, che influiscono sullo sviluppo fisico, psichico e sociale (Hafen 2017). A questi aspetti di alfabetizzazione sanitaria legati allo stile di vita si aggiungono numerose competenze di vita, come l'autoefficacia (Bandura 1999), la capacità di autoregolamentazione (Moffitt et al. 2011), la competenza sociale (Simoni et al. 2008), la competenza nel gestire i rischi (Gigerenzer 2013) o le competenze cognitive come la capacità di leggere (Schweinhart et al. 2005), che hanno un influsso diretto o indiretto sulla salute e possono essere considerate ulteriori elementi di alfabetizzazione sanitaria. Tutte queste competenze si sviluppano soprattutto nel quinto anno di vita. Naturalmente lo fanno anche in seguito, ma con l'aumentare dell'età cresce anche la stabilità del tessuto strutturale. Per questo è così difficile cambiare sé stessi e gli altri (Roth 2012). Ciò vale anche per l'alfabetizzazione sanitaria.

È facile osservare come lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria con tutte le sue competenze parziali sia fortemente influenzato dal contesto sociale del bambino piccolo, in particolare dalla famiglia. Il sostegno alla famiglia è quindi fondamentale anche da questo punto di vista ed è evidente che le professioni mediche nell'ambito dell'assistenza sanitaria ne sono un elemento essenziale, soprattutto se gli specialisti e le istituzioni sono interconnessi con le offerte di sostegno in ambito sociale, formativo e integrativo. Altrettanto importante è lo spazio nel quale il bambino cresce. Un ambiente stimolante (esterno e interno) favorisce il gioco libero, che costituisce la base per l'acquisizione della maggior parte delle competenze di vita. A partire dai tre anni i bambini traggono grandi benefici dal fatto di poter giocare liberamente all'esterno (Richard-Elsner 2017). Nell'ottica della prevenzione è quindi fondamentale che la politica degli agglomerati e quella dei trasporti si impegnino a strutturare gli spazi abitativi in modo da renderli adatti ai bambini (Hüttenmoser 1995). In generale l'esigenza di una «Health in all Policies» (salute in tutte le politiche) (Kickbusch et al. 2008) può essere riformulata semplicemente nell'esigenza di una «Early Childhood in all Policies» (sostegno all'infanzia in tutte le politiche). Nell'ambito della Strategia Sanità2020, il Consiglio federale parla di una politica sanitaria globale che corrisponde anche alle esigenze di sanità pubblica.

## 2.5 La situazione particolare delle famiglie socio-economicamente svantaggiate

### In breve

- Le famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico sono esposte a fattori di rischio maggiori e dispongono di meno fattori di protezione. Ciò significa che i bambini di queste famiglie crescono di solito in condizioni meno favorevoli rispetto agli altri.
- Oltre a garantire sufficienti cure di base per la prima infanzia a tutte le famiglie, servono sforzi specifici per sostenere le famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e contrastare le dispari opportunità di rimanere in salute.
- Raggiungere le famiglie socio-economicamente svantaggiate è una sfida particolare nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia che dimostra come una buona rete di contatti interistituzionale e interprofessionale sia fondamentale per migliorare la raggiungibilità.
- Tutto indica che prima si sostengono i bambini svantaggiati e le loro famiglie, maggiori sono gli effetti attesi e i risparmi per l'ente pubblico, che spenderà meno per le misure di promozione da attuare nelle fasi successive della vita, gli aiuti sociali, la salute o il perseguimento penale e potrebbe trarre vantaggio dal reddito più alto percepito dalle persone che hanno beneficiato dell'aiuto.

Un gruppo target particolarmente importante della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia sono le famiglie con un livello di istruzione basso e un reddito modesto, tra le quali le famiglie con background migratorio sono particolarmente numerose. È documentato che i figli di famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico partono da condizioni iniziali peggiori per costruire il loro futuro. Trascorrono la prima infanzia in un contesto che favorisce meno i processi positivi di apprendimento rispetto a quello in cui crescono i bambini di famiglie non svantaggiate (Heckman/Masterov 2007). Sono inoltre più esposti allo stress ed è comprovato che ciò ha un influsso negativo sullo sviluppo del cervello e, di riflesso, sullo sviluppo psicosociale. Ne consegue che più avanti nella loro vita percepiranno un reddito inferiore, saranno più esposti al rischio di commettere reati, di soffrire di malattie croniche, di assumere sostanze che creano dipendenza e di morire prima rispetto alla media della popolazione (Heckman/Masterov 2007). Prima questi bambini e loro famiglie riceveranno un aiuto, maggiori saranno gli effetti attesi e i risparmi per l'ente pubblico, che spenderà meno per le misure di promozione da attuare successivamente, gli aiuti sociali, la salute o il perseguimento penale ecc. (anche attraverso le imposte) e potrà trarre vantaggio dai redditi più alti percepiti dalle persone che hanno beneficiato dell'aiuto (Barnett 2011). Non bisogna del resto dimenticare che anche le famiglie svantaggiate dispongono di risorse e che molte di esse riescono a garantire ai loro figli una buona prima infanzia nonostante le condizioni difficili. Occorre quindi valorizzare e sfruttare queste risorse (Wilson-Simmons et al. 2017).

Per la Svizzera esiste tutta una serie di ricerche che evidenziano come questo gruppo destinatario approfitti meno delle offerte FEAPI rispetto alle famiglie con una situazione migliore (Burger et al. 2017). Le ragioni sono diverse: spesso i programmi sono pensati per le famiglie del ceto medio e non si rivolgono a quelle svantaggiate. A volte è anche per un sentimento di vergogna o l'impressione di non essere

all'altezza che queste famiglie non fanno ricorso a tali offerte. Nel caso delle famiglie con un background migratorio si aggiungono problemi di lingua e comprensione interculturale. In Svizzera esistono numerosi programmi e progetti con un orientamento interdisciplinare che puntano sulla reti di contatti (ad es. Stark durch Beziehung, Youp'là bouge, L'intégration des enfants migrants dans le domaine préscolaire, Integrationsförderung im Frühbereich, schritt:weise, Zeppelin, Spielgruppe Plus, Mit ausreichend Deutsch in den Kindergarten, Implementierung des infans-Konzepts der Frühpädagogik in Schweizer Kindertagesstätten, PAT, Zämä ufa Wäg, TIPI) e che aiutano a superare questi ostacoli (Walter-Laager/Meier Magistretti 2016a, pag. 51). L'UFAS, in collaborazione con l'Associazione dei Comuni svizzeri, ha elaborato una raccolta di buone prassi nell'ambito del Programma nazionale di prevenzione e lotta alla povertà allo scopo di favorire lo sviluppo di altre proposte efficaci per le famiglie economicamente svantaggiate (Walter-Laager/Meier Magistretti 2016<sup>9</sup>). Un altro strumento efficace per la collaborazione con le famiglie socialmente svantaggiate è il Quadro d'orientamento per la formazione, l'educazione e l'accoglienza della prima infanzia lanciato dalla Rete svizzera per la custodia di bambini e completato nell'ambito del Programma nazionale di lotta alla povertà con una pubblicazione tematica «Aspetti e principi di base per una proficua collaborazione con i genitori nell'ambito della prevenzione della povertà nella prima infanzia».

Infine, anche le reti di aiuto alla prima infanzia attive in Austria confermano l'importanza di una rete di contatti interistituzionale e interprofessionale per raggiungere le famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico (Haas/Weigl 2014, Knaller 2013). Queste reti regionali coinvolgono il maggior numero possibile di istituzioni e specialisti in contatto con i bambini piccoli e le loro famiglie. La creazione di una rete di contatti è affidata a un servizio specializzato. Questo è un aspetto fondamentale per il buon funzionamento di una rete (Turrini et al. 2010, Kurth et al. 2016). Oltre alla rete di contatti, i servizi offrono alle famiglie anche un accompagnamento che, nel caso ideale, prevede un primo contatto prima della nascita e diverse visite a domicilio nel primo anno. Il finanziamento è garantito dall'assicurazione malattie (Haas/Weigl 2014).

2.5

---

<sup>9</sup> Le pubblicazioni elaborate nell'ambito della collaborazione con l'Associazione dei Comuni svizzeri e l'UFAS/Programma nazionale di lotta alla povertà sul sostegno alla prima infanzia nei comuni piccoli e medi – l'analisi della situazione con i risultati del sondaggio condotto nei comuni, le raccomandazioni e la guida allestita in collaborazione con l'UFAS – sono disponibili in tre lingue nel sito dell'Associazione dei Comuni svizzeri (<http://chgemeinden.ch/it/kampagnen-projekte/index.php>), nel quale sono pubblicati anche basi tecniche, esempi pratici e altri input.

## 2.6 Efficacia economica della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia

### In breve

- Una serie di studi a lungo termine documentano che il sostegno alle famiglie svantaggiate dal punto di vista socioeconomico attraverso offerte di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia è opportuno non solo eticamente ma anche economicamente.
- Rispetto ad altri bambini nella stessa condizione, i figli delle famiglie che beneficiano del sostegno riescono meglio a scuola e hanno migliori opportunità di entrare nella vita professionale. Commettono meno reati, percepiscono meno aiuti sociali e godono di migliore salute. Ciò permette di ridurre i costi in ambito sociale, sanitario e penale.
- Il return on investment (RoI), ossia il rapporto tra il denaro investito nella promozione della prima infanzia e i costi risparmiati, oscilla secondo tutti gli studi tra 1:8 e 1:16. Ciò significa che lo Stato spende molto di più per le «misure di riparazione» da attuare in un secondo tempo rispetto ai costi del sostegno alla prima infanzia. In Svizzera mancano tuttavia dati a suffragio dell'evidenza empirica.
- Il RoI per le misure destinate alla popolazione in generale è forzatamente più basso, sebbene oscilli pur sempre tra 1:1,6 e 1:3,5 come confermano anche le ricerche svizzere.

Di particolare interesse non solo per i ricercatori e gli operatori attivi sul campo ma anche per la politica è il rapporto costi-efficacia dei programmi di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia. Gli USA conducono da anni studi esaustivi sul return on investment (RoI) – o rapporto costi-benefici – dei programmi FEAPI, che a volte integrano misure di sostegno per i genitori. Tutti gli studi pongono l'accento sui risparmi nei settori della promozione formativa dell'individuo, il perseguimento e l'esecuzione in ambito penale, gli aiuti sociali, i costi della sanità e l'importante valore aggiunto per l'economia nazionale, come un reddito mediamente più elevato. Heckmann/Masterov (2007, pag. 486) calcolano ad esempio per il Perry Preschool-Projekt un RoI di 1:9. Ciò significa che, per ogni dollaro investito nel programma, l'ente pubblico può attendersi risparmi superiori a 9 dollari. Se si considera anche l'aumento di reddito e i vantaggi economici che ne conseguono, il RoI del programma Perry sale addirittura a 1:16, tenuto conto che sono esclusi i fattori «soft» come la qualità di vita (Schweinhart et al. 2005, Heckman/Masterov 2007). Per il programma Chicago Child-Parent Center and Expansion (CPC) Heckman/Masterov (2007) prevedono un RoI di poco meno di 1:8, mentre Barnett (2010) nel suo lavoro rinvia a uno studio che indica un RoI di 1:10. Lo studio più attuale condotto a posteriori sugli effetti del CPC (Reynolds et al. 2011) – i soggetti avevano 26 anni – arriva a un RoI di poco meno di 1:11. Heckman/Masterov (2007, pag. 476) dimostrano infine che quanto più tardi i gruppi target ricevono il sostegno, tanto più l'efficacia economica delle misure di promozione diminuisce. Il RoI delle misure di promozione scolastica è quindi inferiore della metà a quello delle misure di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia. Quello delle misure di promozione delle opportunità di accedere al mercato del lavoro nell'adolescenza è praticamente nullo.

Secondo Burger et al. (2017) anche in Svizzera esistono studi sull'efficacia economica delle offerte FEAPI. A seconda del modello di calcolo, della regione analizzata e delle prospettive temporali (benefi-

cio a breve termine rispetto a quello a lungo termine), il rapporto costi-benefici oscilla tra 1:1,6 e 1:3,5. Occorre tuttavia osservare che i risultati degli studi considerati non sono stati pubblicati in riviste scientifiche riconosciute. Va inoltre ricordato che la ricerca nazionale e internazionale fa riferimento alle analisi costi-benefici soprattutto in materia di FEAPI, mentre l'efficacia economica di altre misure di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia non viene praticamente valutata. Come detto, molti programmi americani includono anche un sostegno professionale per i genitori. Al momento attuale non è tuttavia possibile stabilire in quale misura i singoli elementi contribuiscano all'efficacia di questi programmi (Camilli et al. 2010).

## 2.7 Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia quali elementi di una politica sanitaria intersettoriale (globale)

### In breve

- Povertà e minori opportunità di rimanere in salute possono essere trasmesse da una generazione all'altra. La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia possono contrastare questo meccanismo.
- Per la sanità pubblica (Public Health) le decisioni in tutti gli ambiti politici sono importanti poiché influiscono sui fattori rilevanti per la salute. La promozione nella prima infanzia è un elemento della politica sociale, economica, formativa e migratoria. È quindi un tassello fondamentale di una politica sanitaria globale. La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia influenzano fattori rilevanti per la salute in tutti gli ambiti della vita.
- Per garantire un'offerta professionale adeguata, la Svizzera dovrebbe investire circa due miliardi di franchi all'anno in più per offerte FEAPI (asili nido ecc.), programmi specifici per le famiglie socialmente svantaggiate, congedi parentali e modelli di lavoro che tengono maggiormente conto delle esigenze familiari. Ciò significa praticamente raddoppiare le spese attuali, anche se la somma va considerata ad esempio in rapporto alle spese per la formazione in Svizzera (2015: 36,2 miliardi, in cima alla classifica OCSE) o per gli aiuti sociali (2016: 8,184 miliardi<sup>10</sup>).
- Non basta tuttavia aumentare la quantità delle offerte. Servono anche offerte di alta qualità destinate soprattutto alle famiglie socialmente svantaggiate.

La ricerca sostiene da molti anni che tra la condizione socioeconomica di un individuo e la sua salute vi è una stretta correlazione (Stringhini et al. 2017). Marmot (2010) dimostra ad esempio che, rispetto a quelle più povere, le persone più ricche d'Inghilterra muoiono 10 anni dopo e vivono 18 anni di più senza malattie croniche. La riduzione delle disparità sociali sarebbe quindi una delle più importanti strategie di politica sanitaria. Al primo posto tra le sei raccomandazioni fondamentali dello studio Marmot figura quella di assicurare a ogni bambino la migliore prima infanzia («Give every child the best start in life»). Come dimostrato, questa richiesta di prevenzione nella prima infanzia si fonda su motivazioni scientifiche esaustive e non include solo aspetti di FEAPI ma anche misure riguardanti la famiglia, la politica sociale, sanitaria, migratoria e del mercato del lavoro. In questo senso la richiesta di Marmot riprende quella espressa anni fa di adottare una politica sanitaria globale (intersettoriale) (Kickbusch et al. 2008). La motivazione secondo la teoria della prevenzione è semplice: per la sanità pubblica (Public Health) le decisioni in tutti gli ambiti politici sono importanti poiché influiscono sui fattori rilevanti per la salute – sia in termini positivi (nel senso che promuovono la salute) sia in termini negativi (nel senso che la compromettono).

La promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia quale strategia di politica sanitaria

<sup>10</sup> Fonte: UST: Statistica aiuto sociale, Statistica finanzia dell'aiuto sociale in senso lato, Inventario dell'aiuto sociale in senso lato

sono un ottimo esempio della necessità di avvalersi di una politica sanitaria globale. È importante, ma non sufficiente, garantire alle famiglie con bambini piccoli un'assistenza sanitaria ottimale. Lo sviluppo dell'individuo dipende, come spiegato, anche da fattori che riguardano altri ambiti della vita e che quindi sono influenzati da altri settori politici. Di riflesso, gli investimenti in questi settori esplicano effetti positivi anche sulla salute pubblica. Guyer et al. (2009) nella loro meta-analisi esaminano ad esempio oltre 220 studi pubblicati tra il 1996 e il 2007 su programmi che rientravano prevalentemente nel settore FEAPI. Per una volta la meta-analisi non si concentra sulla riuscita scolastica o sul comportamento criminoso ma su quattro fattori di rischio rilevanti per la salute: il tabagismo passivo, il sovrappeso, le malattie mentali e i ferimenti involontari. Per tutti e quattro i fattori si osserva che i bambini e le famiglie che hanno beneficiato di un sostegno presentano risultati migliori rispetto ai membri del gruppo di controllo e che gli effetti più netti riguardano la riduzione del tabagismo passivo e i ferimenti involontari. I programmi contro il sovrappeso sono stati in media quelli che hanno prodotto gli effetti minori. Lo studio giudica i risultati significativi in particolare nell'ottica dei costi elevati provocati dai problemi analizzati (ferimenti, problemi polmonari ecc.).

La politica sanitaria dovrà quindi adoperarsi per sensibilizzare le altre politiche settoriali sull'impatto che le loro decisioni hanno per la salute pubblica. Se, come esposto, la Svizzera investe poco rispetto ad altri Paesi nella custodia dei bambini complementare alla famiglia, ciò non influisce solo sui risultati dell'indagine PISA ma anche sul mercato del lavoro, il sistema degli aiuti sociali e la salute pubblica. Se si calcola quanto la Svizzera dovrebbe investire di più all'anno nella prima infanzia per raggiungere il livello medio internazionale, si ottiene un importo di poco inferiore ai due miliardi di franchi. Queste risorse dovrebbero essere destinate alle offerte FEAPI (asili nido ecc.), programmi specifici per le famiglie socialmente svantaggiate, il finanziamento di un congedo parentale e la promozione di modelli di lavoro che tengano conto delle esigenze delle famiglie (Stern/Gschwend et al. 2016). Ciò significa che la Svizzera dovrà raddoppiare le spese attuali ma, rispetto alle spese totali per l'educazione (2015: 36,2 miliardi), l'importo rimane irrisorio (UST 2017)<sup>11</sup>. Come menzionato, si osserva un fabbisogno di cooperazione e coordinamento non solo a livello politico ma anche di specialisti. Bisogna infatti integrare queste figure in reti interdisciplinari per influenzare per quanto possibile positivamente le condizioni sistemiche in cui garantire la salute e la lotta alle malattie non trasmissibili. Esistono anche possibilità di intervento concrete nell'ambito della Strategia MNT. Occorre infine ribadire che non basta aumentare la quantità: servono anche offerte di alta qualità destinate soprattutto alle famiglie socialmente svantaggiate.

2.7

---

<sup>11</sup> In questo contesto va rilevato che nel confronto internazionale la Svizzera si inserisce ai primi posti della classifica delle spese per l'educazione nel settore scolastico formale a partire dai cinque anni (OCSE 2015, pag. 276), mentre investe molto poco nell'educazione della prima infanzia. Occorre inoltre rilevare che gli investimenti nella prevenzione nella prima infanzia comportano, tra l'altro, risparmi nel sistema formativo formale poiché permettono di ridurre gli oneri nella prevenzione.



The image features a bright yellow background. At the top center, there is a small dark blue circle above a larger white circle. Below these, a large teal shape is positioned, containing the text 'Pianificazione e attuazione'. At the bottom, a large, dark blue, irregular shape dominates the lower half of the frame.

**Pianificazione e attuazione**

### 3. Tavola rotonda «Promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia nell'ottica della politica sanitaria»

---

#### In breve

- La tavola rotonda organizzata dall'UFSP ha permesso di fare il punto della situazione nel settore della prima infanzia (attori e attività) dalla prospettiva della politica sanitaria. Sono state individuate in particolare le lacune e la necessità d'intervento da parte dell'UFSP.
  - Nell'assistenza sanitaria, la Svizzera può vantare un numero elevato di attori e una vasta scelta di attività, ma al contempo si riscontrano anche importanti lacune. In molti ambiti le risorse finanziarie non bastano a garantire cure qualitativamente e quantitativamente adeguate nel settore della prima infanzia. Inoltre, i contatti e il coordinamento tra gli specialisti e i decisori ai diversi livelli sono insufficienti.
  - Particolare attenzione va riservata alla situazione delle famiglie socioeconomicamente svantaggiate e con varie criticità poiché sono più colpite di altre dalle lacune nel settore delle cure e da una rete di contatti insufficiente.
  - È necessario che la ricerca si occupi maggiormente della prima infanzia e disponga di più dati per evidenziare le interazioni tra gli effetti o per sviluppare un monitoraggio sullo stato di salute dei bambini nei loro primi quattro anni di vita.
- 

Con il presente documento l'UFSP intende colmare le lacune e sostenere i partner, in particolare i Cantoni, nel loro lavoro. Con questo obiettivo, nella fase di sviluppo del concetto è stata attribuita grande importanza alla partecipazione, e non solo nell'ambito della tavola rotonda. Le misure dovranno essere attuate in stretta collaborazione con gli attori e i partner dell'Amministrazione, la società civile e l'economia privata come pure i professionisti attivi sul campo.

### 3.1 Preparazione della tavola rotonda

I lavori sono iniziati nella primavera 2017 con due workshop interni all'UFSP con l'obiettivo di allestire una panoramica dei progetti e degli attori più importanti in Svizzera, conoscere la posizione e le attività dell'UFSP e dei suoi partner e individuare lo spazio di manovra a disposizione in futuro.

La panoramica è stata strutturata in analogia alle aree d'intervento (AI) della Strategia MNT (UFSP/CDS 2016). I titoli sono stati in parte adeguati al contesto della prima infanzia.

- **AI 1**: Riconoscimento precoce, promozione della salute e prevenzione per il gruppo destinatario delle famiglie con bambini tra 0 e 4 anni, in particolare quelle socialmente sfavorite
- **AI 2**: Inserire queste famiglie nel sistema di cure coordinate e integrate del settore sanitario
- **AI 3**: Migliorare il coordinamento e la rete di contatti
- **AI 5**: Rafforzare il monitoraggio e la ricerca nella prima infanzia
- **AI 6**: Informazione e sensibilizzazione

La panoramica non ha la pretesa di essere esaustiva e non può evitare qualche sovrapposizione tra le aree d'intervento considerate.

Le aree 4 (Assicurare il finanziamento) e 7 (Ottimizzare le condizioni quadro) della Strategia MNT sono fondamentali anche per il settore della prima infanzia, ma esulano dal margine d'intervento del piano d'azione e non sono quindi state considerate in questa sede. Durante i lavori di preparazione e la tavola rotonda è tuttavia emerso chiaramente come le attività per la prima infanzia siano ostacolate dalla situazione finanziaria precaria e da condizioni quadro insufficienti (cfr. cap. 2.7).

## 3.2 Partecipanti

Sono stati molti gli attori contattati che hanno partecipato alla tavola rotonda o che si sono messi a disposizione per colloqui bilaterali. La tavola rotonda è stata organizzata da Petra Baeriswyl e Tina Hofmann della Sezione promozione della salute e prevenzione della Divisione prevenzione delle malattie non trasmissibili dell'UFSP e moderata da Gabriela Scherer dell'agenzia Führen mit Wert-Schöpfung. Martin Hafen della Scuola universitaria di Lucerna ha garantito l'accompagnamento scientifico. Alla tavola rotonda erano presenti:

- UFSP, Divisione MNT, Sezione promozione della salute e prevenzione
- UFSP, Divisione MNT, Sezione prevenzione nell'ambito delle cure
- UFSP, Divisione MNT, Sezione strategie di prevenzione
- UFSP, Divisione MNT, Sezione basi scientifiche
- UFSP, Divisione strategie della sanità, Sezione politica nazionale della sanità
- UFSP, Divisione strategie della sanità, Sezione pari opportunità nel campo della salute
- UFAS, Questioni dell'infanzia e della gioventù
- UFAS, Programma nazionale contro la povertà
- Promozione Salute Svizzera
- Rete svizzera per la custodia dei bambini
- RADIX
- Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- Associazione dei Comuni svizzeri (ACS)
- Unione delle Città svizzere (UCS)
- Croce Rossa Svizzera
- SEM, Direzione Immigrazione e integrazione
- Fondazione Protezione dell'infanzia Svizzera
- Associazione svizzera dei responsabili cantonali per la promozione della salute (ARPS)

Sono stati inoltre allacciati contatti con la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali (CDOS), la Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE), la Conferenza dei Governi cantonali (CdC), la Commissione svizzera per l'UNESCO – Educazione della prima infanzia, la Fondazione Jacobs e la sua campagna Ready!, la piattaforma Pro Enfance e la rete bildung+gesundheit.

### 3.3 I risultati della tavola rotonda

La tavola rotonda ha permesso innanzitutto di integrare gli attori e le attività per la prima infanzia nelle aree d'intervento definite dall'UFSP. Sono state rilevate le lacune più palesi e successivamente è stata condotta una discussione aperta sugli interventi necessari e sulle esigenze dei partner partecipanti. Infine sono state individuate le priorità per le attività dell'UFSP e le misure per concretizzare gli orientamenti<sup>12</sup>.

#### **Orientamenti per le attività future dell'UFSP**

Dalla tavola rotonda è emerso che molti attori si impegnano nella promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia con diversi gradi d'intensità e che quindi non si deve partire da zero. È inoltre stato accertato che esistono molte offerte per i bambini più grandi. Vista la rilevanza del gruppo dei più piccoli bisogna valutare come si possono sostenere e incoraggiare le attività per questo gruppo destinatario. Poiché la responsabilità nel settore della promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia spetta ai Cantoni e ai Comuni, è opportuno stabilire in che misura l'UFSP possa sostenere i responsabili a livello cantonale e comunale e le ONG nello svolgimento dei loro compiti. La discussione ha permesso di individuare gli orientamenti principali seguenti:

- attività opportune a livello federale
- attività focalizzate sulla salute
- attività che riguardano soprattutto il gruppo destinatario dei bambini da 0–4 anni.

#### **Compiti e ruolo dell'UFSP**

Nell'ambito della tavola rotonda sono state formulate le considerazioni seguenti sui possibili compiti e sul ruolo dell'UFSP, che dovrebbe...

- fungere da facilitatore per gli attori nell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- attivare le interfacce tra le famiglie e le cure mediche nelle regioni sanitarie utilizzando e sostenendo gli attori e le offerte esistenti;
- promuovere le attività volte alla creazione di una rete di contatti in generale e di una incentrata sulle famiglie in particolare (secondo l'esempio di Austria e Germania);
- concentrarsi sui bambini di famiglie con problematiche molteplici;
- favorire il dialogo a livello di Confederazione, Cantoni e Comuni allo scopo di migliorare l'accettazione nei confronti della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia;
- allestire e diffondere argomentazioni di politica sanitaria per sensibilizzare i decisori nei confronti dell'importanza della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia;
- organizzare e/o sostenere convegni interdisciplinari a livello federale, cantonale e comunale;
- garantire la gestione delle conoscenze allestendo una panoramica di tutte le attività disponibili all'interfaccia tra sanità, socialità e formazione;
- divulgare esempi di buona prassi attuati in Svizzera e all'estero.

3.3

<sup>12</sup> Il riassunto della discussione alla tavola rotonda e la panoramica sugli attori e le attività per le varie aree di intervento possono essere richiesti all'UFSP.

### 3.4 Orientamenti per le attività dell'UFSP

La tavola rotonda ha permesso di definire orientamenti concreti per le attività dell'UFSP nelle aree d'intervento rilevanti (cfr. cap. 1.2.).

#### In analogia alle aree 1 e 2 «Riconoscimento precoce, promozione della salute e prevenzione» e «Cure coordinate e integrate»

- Divulgare o promuovere miratamente modelli di buona prassi per la collaborazione e la creazione di una rete di contatti attuati in Svizzera o all'estero.
- Considerare in particolare le attività di promozione della prima infanzia che si rivolgono alle famiglie con bambini piccoli e che si collocano all'interfaccia tra promozione della salute e assistenza sanitaria. Si tratta in particolare di creare una rete di contatti incentrata sulla famiglia o di offerte per le famiglie svantaggiate.

#### Area d'intervento 3 «Migliorare il coordinamento e la rete di contatti»

- L'UFSP si adopera affinché le attività rilevanti per la salute nella prima infanzia siano messe in rete e coordinate orizzontalmente con altri servizi federali e verticalmente tra Confederazione, Cantoni, Comuni e fornitori di prestazioni. Ciò può avvenire anche mediante sedute di coordinamento, convegni di specialisti, ecc.
- Diffondere i risultati ottenuti dalla creazione di contatti, da iniziative di vario genere e da esempi di buona prassi.

#### Area d'intervento 5 «Rafforzare il monitoraggio e la ricerca nella prima infanzia»

- Sostenere la raccolta di documenti di base e le iniziative per il monitoraggio della salute durante l'infanzia e l'adolescenza affinché i sistemi di monitoraggio delle MNT e delle dipendenze includano per quanto possibile anche indicatori per i bambini fino all'età in cui iniziano a frequentare la scuola dell'infanzia.
- Conferire un mandato di ricerca per uno studio scientifico sullo stato di salute dei bambini nei primi quattro anni di vita e sulla relazione con i fattori di rischio dei genitori.
- Promuovere la diffusione dei risultati.

#### Area d'intervento 6 «Informazione e sensibilizzazione»

- L'UFSP si adopera per offrire argomentazioni fondate sull'importanza e la rilevanza della promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia per una politica sanitaria globale e mette questi argomenti a disposizione dei vari attori. I bisogni dei singoli gruppi target possono divergere fortemente e anche la loro raggiungibilità varia in parte sensibilmente.
- Le attività di informazione e sensibilizzazione coadiuvano altri servizi federali, Cantoni e Comuni nella diffusione di messaggi condivisi. L'UFSP coordina le sue attività in questo ambito con gli altri attori attivi sul campo, ad esempio la Commissione UNESCO.

Il capitolo seguente formula gli obiettivi per le aree d'intervento citate e propone misure concrete.

## 4. Obiettivi e misure di attuazione concrete dell'UFSP

Il presente capitolo presenta gli obiettivi e le misure concrete che, nell'ambito della Strategia MNT, contribuiscono a migliorare l'assistenza nel settore della prima infanzia e, di rimando, la prevenzione delle malattie non trasmissibili. L'UFSP è responsabile dell'attuazione delle singole misure e collabora con gli attori rilevanti. Per ogni obiettivo, le spiegazioni sono precedute dalla descrizione della situazione attuale.

### 4.1 Obiettivo AI 1 + 2 «Riconoscimento precoce, promozione della salute e prevenzione» e «Cure coordinate e integrate con priorità al settore sanitario e alle famiglie socialmente svantaggiate»

In breve

- Le offerte per migliorare la rete di contatti, il coordinamento e la cooperazione nel settore della prima infanzia si focalizzano sul sostegno (formazione, educazione e accoglienza della prima infanzia, FEAPI). Un maggiore coinvolgimento degli specialisti e delle istituzioni del settore sanitario favorirebbe soprattutto le famiglie socio-economicamente svantaggiate e quelle con problematiche molteplici.
- L'UFSP sostiene le attività improntate alla creazione di contatti e all'integrazione degli attori nel settore dell'assistenza sanitaria nella prima infanzia.

#### Situazione attuale in Svizzera

Nel confronto internazionale, il sistema sanitario svizzero è efficiente e di alto livello qualitativo così come lo è l'assistenza medica alle donne incinte e alle famiglie con bambini piccoli. Vanno potenziate le interfacce con altre aree di intervento che interessano la prima infanzia, in particolare con il lavoro sociale, la consulenza genitoriale e il sostegno alla prima infanzia (FEAPI). Il ruolo fondamentale dei medici pediatri nell'individuazione precoce dell'esposizione a stress dei bambini piccoli è riconosciuto. Tuttavia, solo raramente – e di solito per motivi strutturali (ad es. meccanismi di finanziamento) – i pediatri possono esercitarlo pienamente (AAP 2012). Tra pediatri e istituzioni che offrono consulenza genitoriale o attive nel settore sociale vi sono infatti solo pochi contatti formalizzati che possono essere attivati senza costi ingenti quando, nell'ambito dei controlli regolari, in una famiglia vengono riscontrati problemi psicosociali. L'impegno dell'UFSP nel settore della prima infanzia, concretizzato nel presente documento, si focalizza sul settore sanitario e si prefigge in particolare di contribuire nell'ambito della Strategia MNT a integrare meglio l'offerta sanitaria nell'area di intervento multidisciplinare della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia. Visto il nesso ampiamente documentato tra svantaggio sociale e ridotte opportunità sanitarie, è utile anche in questa sede attribuire un'importanza particolare al gruppo target delle famiglie con varie problematiche e svantaggiate sul piano socioeconomico (con o senza background migratorio).

#### Misura 1: promuovere una rete di contatti incentrata sulla famiglia

Sulla base delle iniziative esistenti e in collaborazione con i Cantoni direttamente interessati, dal 2019 l'UFSP sosterrà un comune o una regione nella creazione di una rete di contatti interistituzionale e interprofessionale per offrire – in forma di case management – un accompagnamento professionale alle famiglie con varie problematiche che includa l'interfaccia con le autorità di protezione dei minori e degli adulti (APMA). In una fase preliminare verranno esaminate le esperienze maturate con progetti analoghi

in Svizzera (ad es. progetto TIPI in Ticino o il progetto Education familiare a Friburgo) e nei Paesi limitrofi (ad es. progetti di aiuto all'infanzia in Germania e Austria), che potranno eventualmente confluire nella progettazione di un'offerta integrata centrata sulla famiglia (ad es. in cooperazione con PrimoKiz Plus o nell'ambito di programmi di integrazione cantonali).

### **Misura 2: promuovere altre offerte**

L'UFSP promuove e sostiene altre offerte che puntano a migliorare la raggiungibilità (riconoscimento e intervento precoci) di famiglie con varie problematiche e svantaggiate sul piano socioeconomico.

- Riconoscimento precoce e prevenzione dell'obesità con l'obiettivo di offrire un'assistenza sanitaria nella fase prenatale e nella prima infanzia per le famiglie difficilmente raggiungibili: la priorità è individuare le madri o le famiglie con particolari rischi di sovrappeso dovuto a cause psichiche e fisiche.
- Se il bisogno è comprovato, subentrano altre offerte, per esempio linee guida o formazioni per gli attori del settore sanitario (medici di famiglia, pediatri o levatrici).

Il finanziamento compete alla Sezione prevenzione nell'ambito delle cure (strategia Assistenza prenatale e nella prima infanzia focalizzata sul sovrappeso) o alla Sezione promozione della salute e prevenzione dell'UFSP (Rete di contatti incentrata sulla famiglia). I progetti pilota di prevenzione nell'ambito delle cure possono costituire un'altra fonte di finanziamento (gestione a cura dell'UFSP e di Promozione Salute Svizzera).

## 4.2 Obiettivo AI 3 «Creazione di una rete di contatti tra i decisori e gli specialisti dell'Amministrazione, dell'economia e della società civile»

In breve

- La creazione di una rete di contatti – il coordinamento e la cooperazione tra gli specialisti e le istituzioni attivi nel settore sanitario e sociale, da un lato e i decisori rilevanti per il settore della prima infanzia, dall'altro, – è una grande sfida per un sistema spiccatamente federalistico come quello svizzero.
- L'UFSP sostiene gli sforzi per la creazione di una rete di contatti e promuove ulteriori iniziative per coordinare meglio le attività nel settore della prima infanzia a livello federale.

### Situazione attuale in Svizzera

Come mostra la ricerca sulla promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia e come confermano i risultati della tavola rotonda, la creazione di una rete di contatti, il coordinamento e la collaborazione interprofessionale ricoprono un'importanza fondamentale.

Le principali reti di collaborazione nel settore della prima infanzia, lanciate da progetti come PrimoKiz<sup>13</sup>, si focalizzano sul sostegno alla prima infanzia (FEAPI) e sulla consulenza genitoriale. Generalmente coinvolgono gli attori della sanità (levatrici, pediatri ecc.) solo in misura marginale. Esistono però anche iniziative isolate che mirano a promuovere i contatti e il coordinamento di diverse figure professionali che intervengono nella prima infanzia. Oltre ai progetti Family Start (menzionati al capitolo 2.3) che implementano i contatti tra gli specialisti nella fase post-parto, il Dialogo sull'integrazione Prima infanzia della Conferenza tripartita sugli agglomerati<sup>14</sup> si prefigge di migliorare le condizioni di vita dei bambini piccoli promuovendo una rete di contatti e misure concrete alle interfacce tra sistema sanitario e settore della migrazione. Un altro esempio è il progetto Miapas<sup>15</sup> di Promozione Salute Svizzera che si focalizza sulla promozione della salute nella prima infanzia e sull'interfaccia con le offerte di consulenza a genitori. Nell'ambito del progetto Ready! dedicato alla politica della prima infanzia a livello comunale, l'Associazione dei Comuni svizzeri sta organizzando, in collaborazione con Rete svizzera per la custodia dei bambini, la piattaforma Pro Enfance e altri partner, eventi di follow-up sul tema del sostegno alla prima infanzia destinati ai Comuni, che si terranno in autunno 2018/primavera 2019<sup>16</sup>. La prima infanzia riveste un'importanza crescente anche nello sviluppo delle politiche giovanili cantonali (Bolliger/Sager 2017), nel cui ambito la CDOS svolge un'importante funzione di coordinamento in seno alle conferenze cantonali.

Nella letteratura specializzata sulla situazione della promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia si legge regolarmente come la Svizzera investa poco in questo settore, in particolare nel sostegno precoce (FEAPI), una considerazione ribadita peraltro più volte durante la tavola rotonda. Anche i contatti tra le organizzazioni specialistiche dipendono in ampia misura dalle condizioni quadro della politica e dell'Amministrazione. La valutazione della prima fase del programma PrimoKiz (Stern/Schultheiss et al. 2016) ha evidenziato ad esempio quanto sia difficile implementare nei Comuni e nei Cantoni le strategie sviluppate nell'ambito del programma per migliorare l'assistenza sanitaria di base nella prima infanzia e, una volta conclusi i progetti, integrarle stabilmente nelle strutture esistenti. Nell'ambito di PrimoKiz – ma anche di altri programmi – vi sono però molti esempi riusciti, tra cui le misure promosse dal Cantone di Berna per la creazione di una rete di contatti regionale e l'allestimento della piattaforma informativa Familienportal (<https://www.fambe.sites.be.ch/>).

<sup>13</sup> <https://jacobsfoundation.org/activity/primokiz2/>

<sup>14</sup> <http://www.dialog-integration.ch/it/prima-infanzia>

<sup>15</sup> <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html>

<sup>16</sup> Cfr. mail della direttrice dell'Associazione dei Comuni svizzeri del 18 aprile 2018.

I contatti e il coordinamento tra gli attori ai vari livelli istituzionali (Confederazione, Cantoni e Comuni) e tra questi e le iniziative della società civile e dell'economia privata dovranno assumere un'importanza particolare. Non si tratta di centralizzare i contatti, bensì di sostenere gli sforzi già in atto integrando la dimensione sanitaria. In particolare, si punta a migliorare gli scambi e la collaborazione tra le regioni linguistiche nel settore della prima infanzia.

### **Misura 1: creare una rete di contatti tra gli specialisti attivi nella prima infanzia attraverso convegni interdisciplinari**

Dal 2018 l'UFSP organizza o contribuisce a organizzare, ogni uno o due anni, un convegno interdisciplinare che punta a una migliore integrazione delle attività professionali nel settore della prima infanzia focalizzandosi sui professionisti attivi nel settore sanitario. L'obiettivo dell'UFSP è di cercare sinergie con organizzazioni partner quali la Rete svizzera per la custodia dei bambini o Promozione Salute Svizzera. Saranno opportune anche sinergie con temi prioritari della Strategia MNT, in particolare nel 2020, anno dedicato alla promozione della salute dei bambini e dei giovani. I convegni dovranno rispondere ai bisogni degli specialisti e dei partner ed essere in linea con le attività dell'UFSP.

### **Misura 2: collaborare attivamente nelle reti di contatto esistenti**

L'UFSP partecipa attivamente nelle reti di contatto esistenti volte a promuovere le conoscenze in materia di promozione della salute e prevenzione nella prima infanzia e a sensibilizzare i decisori dell'economia e della società civile. In primo piano vi sono la rete Miapas di Promozione Salute Svizzera, il gruppo strategico dell'UNESCO che sta elaborando un programma politico-educativo per la promozione della prima infanzia, e altre iniziative di specialisti e della società civile.

### **Misura 3: contribuire alla creazione di una rete di contatti tra gli attori ai vari livelli istituzionali**

Nell'aprile 2018 l'UFSP ha organizzato un incontro al quale hanno partecipato tutti i livelli istituzionali (CDPE, CDS, CDOS, Confederazione, Comuni/Città) per uno scambio sul tema e sulla strategia dell'UFSP, con l'obiettivo di portare avanti congiuntamente la discussione sulla promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia. È inoltre auspicabile che, con il supporto attivo dell'UFSP, i servizi federali (l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) con il programma nazionale contro la povertà, la Segreteria di Stato della migrazione (SEM) e se del caso altri Uffici federali) intrattengano contatti regolari. A tal fine si dovrà tener conto del mandato di coordinamento che compete all'UFAS nel settore delle politiche giovanili.

### 4.3 Obiettivo AI 5 «Monitoraggio e ricerca»

In breve

- Nel settore della prima infanzia vi sono grosse lacune a livello di dati disponibili, in particolare sulla situazione sanitaria dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni.
- I nuovi sistemi di monitoraggio delle MNT e delle dipendenze dell'UFSP contengono anche indicatori riferiti a bambini e giovani. Vi è inoltre la possibilità di attribuire mandati di ricerca mirati (con una portata limitata).

#### Situazione attuale in Svizzera

Un'analisi attuale della ricerca nel settore FEAPI evidenzia una serie di lacune in diversi campi di studio (Burger et al. 2017, pag. 43 segg.): rendicontazione continua della formazione e della custodia, misurazione della qualità delle strutture (asili nido, famiglie diurne ecc.), analisi della gestione strategica (governance) dell'assistenza sanitaria nel settore della prima infanzia, ricerca sulle professioni, analisi secondarie dei dati raccolti da studi precedenti, analisi costi/benefici, misurazione degli effetti dei partenariati pubblico-privati, analisi delle ripercussioni delle politiche del personale favorevoli alla conciliazione lavoro-famiglia sulle giovani famiglie e analisi delle possibilità e delle limitazioni d'accesso per le famiglie socialmente svantaggiate. Su questi temi mancano studi o ve ne sono troppo pochi. Del resto, molte di queste lacune sono state individuate e segnalate anche dai partecipanti alla tavola rotonda.

Lo studio di Burger et al. (2017) propone come obiettivo superiore la creazione di un'infrastruttura di ricerca sostenibile. Nell'ambito della Strategia MNT, l'UFSP pone al centro dell'interesse soprattutto la ricerca che riguarda lo sviluppo dei bambini. In questo contesto, il monitoraggio sistematico della salute dei bambini da 0 a 4 anni sarebbe auspicabile tanto quanto studi sulla raggiungibilità delle famiglie svantaggiate. Un tema prioritario è l'esposizione dei bambini piccoli allo stress causato da violenza domestica o da trascuratezza emotiva. In Svizzera vengono condotti molto raramente studi a lungo termine sugli interventi in questo settore, come ad esempio lo studio accompagnatorio sul programma Zeppelin. Analogamente a quanto fa per la creazione di una rete di contatti e per il coordinamento, l'UFSP assume un ruolo di supporto nell'ambito della Strategia MNT ma non è in grado di finanziare la ricerca.

#### Misura 1: progetto di ricerca (mandato) – panoramica scientifica sulla sanità e sulla promozione della salute e la prevenzione nella prima infanzia

La panoramica dovrà rappresentare una raccolta delle conoscenze disponibili e dei dati nazionali in relazione alla gravidanza e alla prima infanzia.

- Gravidanza e prima infanzia fino a 4 anni con un'attenzione particolare alle informazioni sanitarie (e mediche) rilevanti, come le condizioni di salute e l'influsso di fattori di rischio dei genitori (povertà, dipendenze, background migratorio ecc.); individuazione ed enumerazione delle principali lacune.
- Panoramica degli studi e delle valutazioni di progetti sulla raggiungibilità delle famiglie, in particolare di quelle che si trovano in situazioni vulnerabili; identificazione dei fattori comprovatamente efficaci, delle lacune e degli interventi necessari.
- Valutazione del carico di malattia (burden of disease) dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni.

#### Misura 2: sistemi di monitoraggio MNT e dipendenze e altri progetti di ricerca

I nuovi sistemi di monitoraggio MNT e dipendenze dell'UFSP contemplano anche indicatori che riguardano i bambini. Parallelamente vi è la possibilità (limitata) di realizzare altri progetti di ricerca.

#### 4.4 Obiettivo AI 6 «Informazione e sensibilizzazione sull'importanza della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia»

---

In breve

- Per migliorare a lungo termine la situazione dell'assistenza sanitaria nella prima fase della vita è importante che il pubblico ma soprattutto i decisori capiscano meglio l'importanza della promozione della salute e della prevenzione nella prima infanzia.
  - L'UFSP appronta le informazioni contenute nel presente documento e quelle risultanti dalla ricerca condotta a livello nazionale e internazionale in funzione dei gruppi destinatari e le diffonde sui canali disponibili.
- 

##### **Situazione attuale in Svizzera**

Tra le attività prioritarie nell'ambito della Strategia MNT vi sono l'informazione e la sensibilizzazione degli attori rilevanti e del pubblico in generale, due elementi che assumono un ruolo importante per il miglioramento delle strutture di assistenza sanitaria per la prima infanzia. Anche in questo caso non si tratta di fare concorrenza alle attività dedicate alla prima infanzia, bensì di completarle focalizzandosi sull'integrazione del settore sanitario. Una delle priorità consiste nella traduzione delle conclusioni di studi scientifici che dovranno essere approntate in risposta ai bisogni dell'Amministrazione, dell'economia privata e del pubblico in generale.

##### **Misura 1: sensibilizzare i decisori nell'Amministrazione, nell'economia e nella società civile**

L'UFSP appronta le principali argomentazioni contenute nel presente documento in funzione dei gruppi destinatari.

##### **Misura 2: diffondere i risultati degli studi condotti nell'ambito della Strategia MNT e della Strategia nazionale Dipendenze**

Dal 2019 i risultati dei mandati di ricerca e delle attività progettuali verranno elaborati in chiave informativa affinché siano comprensibili per gli attori del settore, i decisori e il pubblico interessato. Successivamente verranno pubblicati.

##### **Misura 3: sensibilizzare gli specialisti e il pubblico interessato**

L'UFSP utilizza e sostiene i canali di informazione dei suoi partner. L'Infofeed della Rete per la custodia dei bambini può ad esempio essere utilizzato per diffondere informazioni o condividere un'agenda di eventi. L'UFSP mette a disposizione informazioni per i media specializzati (rivista per i genitori, Mamablog ecc.) e le pubblica sul suo sito Internet.

## 4.5 Panoramica delle misure

	2018	2019	2020	2021	2022-2024
Misure 1.1	Studio preliminare sulla rete di contatti incentrata sulla famiglia	Sostegno al progetto di cure incentrate sulla famiglia	Progetto di riconoscimento precoce e prevenzione dell'obesità	Altri progetti in funzione del bisogno	
Misure 2.1	Convegno interdisciplinare nazionale del 19 novembre 2018	Contributo a un convegno specializzato (se possibile)	Contributo al convegno nazionale nell'anno dedicato ai bambini e ai giovani	Contributo al convegno specializzato (se necessario)	Convegni interdisciplinari
Misure 2.2	Incontro di scambio con la partecipazione di tutti i livelli istituzionali e della Confederazione	Organizzazione di incontri di scambio			
Misure 2.3	Collaborazione all'interno di reti				
Misure 3.1/3.2	Panoramica	Presentazione della panoramica	Capitolo nel rapporto Obsan	Altri studi a seconda del bisogno	
Misure 4.1/4.2	Argomentazioni tratte dal documento attuativo (opuscolo, pagina Internet)	Risultati e conclusioni degli studi e dei progetti	Rendicontazione continua		
Misure 4.3	Infofeed, agenda e relazioni con i media su base regolare	Rendicontazione continua			

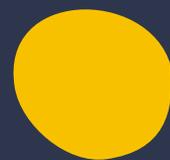
## 4.6 Valutazione

Verrà allestito un rapporto sul numero, il tipo e la portata delle misure realizzate e sugli obiettivi raggiunti nelle singole aree d'intervento (output).

Alla scadenza delle Strategie MNT e Dipendenze si procederà a una verifica per determinare se gli obiettivi di attuazione delle misure nel settore della prima infanzia sono stati raggiunti.



Allegato



## 5. Bibliografia

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.

American Academy of Pediatrics AAP (eds.) (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. Policy Statement. *Pediatrics* 129, 1: e224-e231.

Bandura, Albert (1999). *Self-efficacy. The exercise of control*. 2. Auflage. New York: Freeman.

Barker, Mary; Baird, Janis; Tinati, Tannaze; Vogel, Christina; Strömmer, Sofia; Rose, Taylor; Begum, Rufia; Jarman, Megan; Davies, Jenny; Thompson, Sue; Taylor, Liz; Inskip, Hazel; Cooper, Cyrus; Nutbeam, Don & Lawrence Wendy (2017). Translating Developmental Origins: Improving the Health of Women and Their Children Using a Sustainable Approach to Behaviour Change. *Healthcare* 5, 17; doi:10.3390/healthcare5010017.

Barnett, W. Steven (2011). Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science* 333: 975-978.

Barnett, W. Steven (2013). *Getting the Facts Right on Pre-K and the President's Pre-K Proposal*. Policy Report. New Brunswick: National Institute for Educational Research.

Barnett, W. Steven; Masse Leonard N. (2007). Comparative benefit-cost analysis of the Abecedarian program and its policy implications. *Economics of Education Review* 26: 113–125.

Bartlett, Jessica D.; Smith, Sheila & Bringewatt, Elizabeth (2017). *Helping Young Children Who Have Experienced Trauma: Policies and Strategies for Early Care and Education*. New York: National Center for Children in Poverty.

Bauer, Joachim (2006). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 8. Auflage. Frankfurt: Piper.

Belfield, Clive R.; Kelly, Inas R. (2010). *The Benefits of Breastfeeding across the Early Years of Childhood*. Working Paper 16496. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Benarous, Xavier; Raffin, Marie; Bodeau, Nicolas; Dhossche, Dirk; Cohen, David & Consoli, Angèle (2016). Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. *Child Psychiatry and Human Development*. DOI 10.1007/s10578-016-0637-4.

Bolliger, Christian & Sager, Patricia (2017). *Aufbau und Weiterentwicklung der kantonalen Kinder- und Jugendpolitiken. Stand der Ausrichtung von Finanzhilfen des Bundes gemäss Artikel 26 KJFG*. Forschungsbericht in der Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit». Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Braveman, Paula (2014). What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? *Maternal Child Health Journal* 18: 366-372.

Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brown, David W.; Anda, Robert F.; Tiemeier, Henning; Felitti, Vincent J.; Edwards, Valerie J.; Croft, Janet B. & Giles, Wayne H. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14: 245-258.

Bundesamt für Gesundheit (BAG); Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Öffentliche Bildungsausgaben – Entwicklung*. Bern: BFS, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/bildungssystem-schweiz/bildungsstufen/alle-stufen/oeffentliche-bildungsausgaben.assetdetail.4182695.html> (Download, 10.09.2018).

Bundesrat (Hrsg.) (2018). *Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 12.3206 Feri Yvonne vom 15. März 2012. Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen*. Bern.

Burger, Kaspar; Neumann, Sascha & Brandenburg, Kathrin (2017). *Studien zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme erstellt im Auftrag der Jacobs Foundation*. Fribourg/Sion: Universität Fribourg, Université de Genève (Section Valais).

Camilli, Gregory; Vargas, Sadako; Ryan, Sharon & Barnett, W. Steven (2010). Meta-Analysis of the Effects of Early Education Interventions on Cognitive and Social Development. *Teachers College Record* Volume 112, 3: 579-620.

Danese, Andrea & McEwen, Bruce S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior* 106: 29-39.

Fachverband Sucht (Hrsg.) (2016). *Die Bedeutung der Frühen Förderung für die Suchtprävention. Haltungspapier des Fachverbands Sucht*. Zürich: Fachverband Sucht.

Engel, George L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196: 129–136.

Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.

Guralnick, Michael J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants Young Child*. 24, 1: 6-28.

Haas, Sabine & Weigl, Marion (2014). *Frühe Hilfen - Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; Bundesministerium für Gesundheit.

Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.

Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage, Heidelberg: Carl Auer.

Hafen, Martin (2014a). «Better Together» - Prävention durch Frühe Förderung. *Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. 2., überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Hafen, Martin (2014b): Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention* 01/2014: 2-7.

Hafen, Martin (2016a). Of what use (or harm) is a positive health definition. *Journal of Public Health* 24: 437-441.

Hafen, Martin (2016b). Selbst- und Sozialkompetenzen in Ausbildungsgängen der Sozialen Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit* 18: 7-23.

Hafen, Martin (2017). Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. *Public Health Forum* 25, 1: 81-83.

Heckman, James J. (2008). *Schools, Skills, and Synapses*. IZA-Discussion Paper No. 3515. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit IZA.

Heckman, James; Masterov Dimitryi (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic* 29, 3: 446-493.

Hüther, Gerald & Krens, Inge (2008). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*. Weinheim und Basel: Beltz.

Hüttenmoser, Marco (1995). Children and Their Living Surroundings: Empirical Investigations into the Significance of Living Surroundings for the Everyday Life and Development of Children. *Children's Environments* 12, 4: 403-413.

INFRAS (Hrsg.) (2018). *Frühe Förderung. Orientierungshilfe für kleinere und mittlere Gemeinden*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen/Nationales Programm gegen Armut.

Kahneman, Daniel (2011). *Schnelles Denken, langsames Denken*. 11. Aufl. München: Penguin.

Kegel, Bernhard. (2009). *Epigenetik – Wie Erfahrungen vererbt werden*. Köln: Dumont.

Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kickbusch, Ilona; McCann, Warren & Sherbon, Toni (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International* 23, 1: 1-4.

Kocher, Gerhard (2015). *Grosse nationale Unterschiede*. *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 40: 1454-1458.

Knaller, Christine (2013). *Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG.

Kurth, Elisabeth; Krähenbühl, Katrin; Eicher, Manuela; Rodmann, Susanne; Fölmli, Luzia; Conzelmann, Cornelia & Zemp, Elisabeth (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Services Research* 16, 82. DOI 10.1186/s12913-016-1300-2.

Lanfranchi, Andrea; Neuhauser, Alex (2013). ZEPPELIN 0 – 3: Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms «PAT – Mit Eltern Lernen». *Frühe Bildung* 2, 1: 3-11.

Luhmann, Niklas (1994). *Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie*. 5. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Marmot, Michael (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in england post-2010*. [www.ucl.ac.uk/marmotreview](http://www.ucl.ac.uk/marmotreview).

Martin-Diener, Eva; Meyer, Julia; Braun, Julia; Tarnutzer, Silvan; Faeh, David; Rohrmann, Sabine & Martin, Brian W. (2014). The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Preventive Medicine* 65: 148-152.

Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011). *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«*. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH.

Meier Magistretti, Claudia & Schraner, Marco (2017). Frühe Förderung in kleineren und mittleren Gemeinden. Die Gemeinden als strategische Plattform und Netzwerker der Frühen Förderung: Situationanalyse und Empfehlungen, im Auftrag des Schweizerischen Gemeindeverbands unter Mitwirkung von Natalie Benelli (HSLU -SA ), Claudia Hametner (SGV), Norbert Graf (SGV). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Schweizerischer Gemeindeverband.

Moffitt, Terry E.; Arseneault, Louise; Belsky, Daniel ... & Caspi, Avshalom (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108, 7: 2693-2698.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2015). *Qualifizierungsmodule für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger*. Köln: NZFH in Kooperation mit dem Felsenweg-Institut der Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Mit Empfehlung zur Weiterentwicklung Früher Hilfen. Bericht 2016*. Köln: NZFH.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2017b). *Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz – Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Empfehlungen an die Politik zur weiteren Ausgestaltung der Frühen Hilfen vom Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.

Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz & Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut (Hrsg.) (2016). *Fokuspublikation Armutsprävention. Aspekte und Bausteine gelingender Elternzusammenarbeit im Kontext der Armutsprävention in der frühen Kindheit. Eine thematische Vertiefung des Orientierungsrahmens für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz*. Bern.

OECD (Hrsg.) (2012). *Education at a Glance: OECD Indicators 2012*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2015). *Bildung auf einen Blick 2015. OECD-Indikatoren*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2015). *Health at a Glance: OECD Indicators 2015*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2017). *OECD Economic Surveys. Switzerland*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2018). *Erfolgsfaktor Resilienz. Warum manche Jugendliche trotz schwieriger Startbedingungen in der Schule erfolgreich sind und wie Schulerfolg auch bei allen anderen Schülerinnen und Schülern gefördert werden kann. Eine PISA-Sonderauswertung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Kooperation mit der Vodafone Stiftung Deutschland*. Düsseldorf: OECD und Vodafone Stiftung Deutschland, <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/pisa-2015-resilienz.htm> (Download, 05.03.2018).

Perez-Botella, Mercedes; Downe, Soo; Meier Magistretti, Claudia; Lindström, Bengt & Berg, Marie (2015). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual and reproductive Healthcare* 6: 33-39.

Reynolds, Arthur J.; Temple, Judy A.; White, Barry A. B.; Ou, Suh-Ruu & Robertson, Dylan A. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development* 82: 379-404.

- Richard-Elsner, Christiane (2017). *Draussen Spielen. Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Roth, Gerhard (2012). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rutter, Michael (2006): *Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained*. Malden: Blackwell Publishing.
- Schaeffer, Doris & Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.) (2017). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte-Haller, Mathilde (2009). *Frühe Förderung. Forschung, Praxis und Politik im Bereich der Frühförderung: Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Materialien zur Migrationspolitik*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Schweinhart, Lawrence J.; Montie, Jeanne; Xiang, Zongping; Barnett, Stephen; Belfield Clive; Nores, Milagros (2005): *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age*. Ypsilanti, MI 48198: High/Scope Press.
- Shonkoff, Jack P. (2011). Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science* 333: 982-983.
- Shonkoff, Jack P. & Garner, Andrew S. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 129: e232-e246.
- Simoni, Heidi; Herren, Judith; Kappeler, Silvana & Licht Batya (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. S. 15-34 in: Tina Malti & Sonja Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simoni, Heidi & Wustmann, Corinna (2012). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz*. 2. Auflage, erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind im Auftrag der schweizerischen Unesco-Kommission und des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz. Zürich: Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.
- SKBF (Hrsg.) (2014). *Bildungsbericht Schweiz 2014*. Aarau: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.
- Spork, Peter (2017). *Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neusten Erkenntnisse der Epigenetik*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Stamm, Margrit (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Fribourg: Universität Fribourg.
- Stern, Susanne; Schultheiss, Andrea; Fliedner, Juliane; Iten, Rolf & Felfe, Christina (2015). *Analyse der Vollkosten und der Finanzierung von Krippenplätzen in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz*. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Stern, Susanne; Gschwend, Eva; Iten, Rolf; Büttler, Monika & Ramsden, Alma (2016). *Whitepaper zu den Kosten und Nutzen einer Politik der frühen Kindheit*. Zürich: Jacobs Foundation.
- Stern, Susanne; Schultheiss, Andrea; Schwab Cammarano, Stefanie & Angst, Vanessa (2016). *Evaluation Primokiz. Schlussbericht*. Zürich: Infrac.
- Stern, Susanne; Schwab Cammarano, Stefanie & De Rocchi, Ariane (2016). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE. Bestandesaufnahme bei den Kantonen*. Zürich: Jacobs Foundation in Zusammenarbeit mit dem BSV und dem Bundesamt für Migration.

Stringhini, Silvia; Carmeli, Cristian; Jokeli, Marcus ... Kivimäki, Mika (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(16)32380-7.

Turrini, Alex; Cristofoli, Daniela; Frosini, Francesca & Nasi, Greta (2010): Networking Literature about Determinants of Network Effectiveness. In: *Public Administration*, 88, 2: 528-550.

Walter-Laager, Cathérine & Meier Magistretti, Claudia (2016a). *Literaturstudie und Good-Practice-Kriterien zur Ausgestaltung von Angeboten der Frühen Förderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 16. Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Walter-Laager, Cathérine; Meier Magistretti, Claudia (2016b): *Leitfaden: Kriterien wirksamer Praxis in der Frühen Förderung. Evidenzbasierte Gestaltung von Angeboten der Frühen Förderung mit einem speziellen Fokus auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen/Nationales Programm gegen Armut.

Werner, Emmy E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology* 5: 503-515.

Wilson-Simmons, Renée; Jiang, Yang & Aratani, Yumiko (2017). *Strong at the Broken Places: The Resiliency of Low-Income Parents*. New York: National Center for Children in Poverty.

World Health Organization WHO, Europe Office (Hrsg.) (2004): *Die Fakten – Soziale Determinanten von Gesundheit*. Kopenhagen (WHO).





