



VALIDAZIONE DI EDI-ITALIA E SUE POTENZIALITÀ

CHE TIPO DI INFORMAZIONI GENERA EDI?

L'obiettivo di EDI (Early Development Instrument) [vedi *Toolkit 4 - Scheda 5*] è rilevare la quota di bambini che presentano vulnerabilità in uno o più domini, corrispondenti ad altrettante aree dello sviluppo infantile considerate dallo strumento (benessere fisico, competenze sociali, maturità emotiva, linguaggio e competenze cognitive, comunicazione e conoscenze generali).

Queste informazioni vengono sintetizzate in alcuni **indici di vulnerabilità** relativi alla popolazione in età pre-scolare e alla comunità locale.

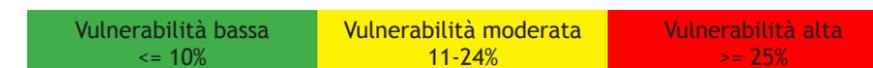
Le insegnanti compilano EDI per ciascun bambino presente nelle loro classi all'ultimo anno della scuola dell'infanzia, ma l'indice di vulnerabilità prodotto non è riferito ai singoli bambini bensì alla comunità in generale. L'indice di vulnerabilità generato da EDI è quindi un **indicatore ecologico**, e pertanto lo strumento non può e non viene utilizzato per diagnosticare vulnerabilità dei singoli bambini.

COME SI LEGGE L'INDICE DI VULNERABILITÀ MISURATO CON EDI?

È stato stimato che fattori non modificabili, come la biologia e l'ereditarietà, possono giustificare un indice di vulnerabilità al massimo del 10%. Quando l'indice supera tale percentuale - ovvero si colloca nelle aree gialla e rossa [vedi *Figura 1*] - significa che in quella comunità locale vi sono fattori nell'ambiente fisico, sociale e relazionale in cui i bambini vivono e crescono, che stanno compromettendo il loro pieno sviluppo. Queste comunità meritano quindi attenzione per promuovere programmi e politiche volti al miglioramento del benessere dei bambini.

Riconoscere queste situazioni e disporre di traiettorie di lavoro date dagli indici specifici forniti da EDI consente di avere materiale da cui partire per migliorare l'ambiente di vita e - di conseguenza - le opportunità di sviluppo dei bambini.

Figura 1. Rappresentazione grafica dell'indice di vulnerabilità



LO STUDIO PILOTA IN EMILIA-ROMAGNA: COSA È EMERSO?

In Emilia-Romagna durante l'anno scolastico 2012-2013 è stato condotto uno studio di validazione della versione italiana di EDI [vedi *Scheda 1*]. Nel corso di tale studio sono stati raccolti circa 600 questionari nei Comuni di Bologna, Cesena, Parma e Novi di Modena; il campione coinvolto non è tuttavia rappresentativo della realtà regionale né di quelle locali, in quanto non è stato selezionato a questo scopo.

In questa scheda vengono descritti i risultati della rilevazione per fornire alcune suggestioni circa le potenzialità dello strumento. La *Figura 2* presenta un esempio di come potrebbero essere illustrati e comunicati gli indici di EDI e di quali informazioni essi potrebbero fornire.

Se il campione coinvolto fosse rappresentativo, si potrebbe affermare che il 25% dei bambini (1 su 4) ha una vulnerabilità in almeno uno dei cinque domini considerati dallo strumento (ultima riga, penultima colonna).

I dati raccolti dall'EDI consentono inoltre di osservare:

- differenze tra gli indici di vulnerabilità di diverse comunità;
- differenze di vulnerabilità a seconda dei domini specifici misurati da EDI.

Figura 2. Rappresentazione grafica degli indici di vulnerabilità misurati con EDI
I dati si riferiscono al campione studiato durante la validazione-adattamento di EDI-Italia

	Campione totale	Domini					Vulnerabilità in un dominio	Vulnerabilità in due o più domini
		Benessere fisico	Competenza sociale	Maturità emotiva	Linguaggio e competenze cognitive	Comunicazione e conoscenze generali		
Comune 1	205	12	10	9	9	12	30	14
Comune 2	50	6	8	4	6	20	26	12
Comune 3	164	6	6	8	13	5	21	10
Comune 4	146	11	11	11	9	12	23	14
Emilia-Romagna	565	9	9	9	10	11	25	12

COSA FARE PER RIDURRE L'INDICE DI VULNERABILITÀ?

L'indice di vulnerabilità del 25% rilevato nei territori dell'Emilia-Romagna partecipanti al primo studio pilota è simile a quello riscontrato in altri Paesi del mondo alla prima somministrazione di EDI; è quindi possibile supporre, sebbene il campione non sia rappresentativo, che il dato reale non si discosti tanto dal valore rilevato.

In generale, le ricerche sui primi anni di vita indicano che la vulnerabilità nei bambini tende a "raggrupparsi" in specifici quartieri, città o aree del mondo. Normalmente, l'indice di vulnerabilità è maggiore in contesti socialmente svantaggiati; tuttavia, nel mondo esistono comunità socialmente svantaggiate in cui i bambini hanno risultati migliori di quelli che ci si potrebbe aspettare. Si tratta di contesti in cui i Governi, il settore privato, i fornitori di servizi, i genitori e i cittadini lavorano collettivamente per migliorare le condizioni di crescita dei bambini; sono luoghi in cui la **resilienza comunitaria** è evidente: le comunità sono resilienti quando, nonostante le difficoltà, decidono di lavorare intenzionalmente, collettivamente e con misure di efficacia per raggiungere l'obiettivo di sostenere il benessere dei bambini.

Assumendo che le esperienze nei primi anni siano il presupposto fondamentale per una crescita sana e per l'acquisizione delle giuste risorse di *coping* per mantenere lo stato di salute e di benessere durante tutto l'arco di vita, i risultati di EDI - integrati con altre risorse informative quali/quantitative - possono servire da guida per orientare la progettazione di programmi e di politiche socio-educative e sociosanitarie che promuovano il benessere dei bambini e l'equità.

DALL'USO DI EDI ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DELL'INFANZIA

Uno degli obiettivi del progetto Kids in Places Initiative [vedi *Scheda 1*] era attivare nei quattro territori coinvolti alcuni tavoli di lavoro intersettoriali capaci di raccogliere, leggere e attivare risorse utili alla promozione della salute e del benessere dei bambini dai primi anni di vita. Come qualunque strumento quantitativo, anche EDI necessita di essere interpretato da professionisti e rappresentanti della comunità locale per individuare possibili responsabilità delle vulnerabilità emerse ed eventuali risorse per il miglioramento.

Inizialmente le *partnership* sono state costituite da rappresentanti della sanità e della scuola e da un primo nucleo di aggregazione, successivamente integrato sulla base delle esigenze delle comunità locali.

A giugno 2014 in alcuni dei territori coinvolti sono state inserite nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale schede progettuali dedicate alla promozione della salute e del benessere dai primi anni di vita, considerando come *target* i bambini in epoca pre-scolare e le loro famiglie. L'Agenzia sanitaria e sociale ha offerto supporto metodologico al lavoro dei tavoli locali organizzando occasioni di formazione regionale sull'Health Equity Audit [vedi *Toolkit 5*].

L'HEA è uno strumento di programmazione sociosanitaria per combattere le iniquità, che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti per orientare la pianificazione dei servizi: si tratta di un processo per identificare quanto equamente i servizi e le risorse sono distribuiti in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali, e di conseguenza serve a individuare gli obiettivi prioritari e le azioni da mettere in campo per contrastare le iniquità. Potrebbe quindi rappresentare un valido modello operativo locale.

In attesa di poter esaminare esperienze italiane che usino EDI-Italia per programmare, valutare e monitorare interventi di promozione della salute e del benessere dei bambini, è possibile studiare alcuni esempi canadesi dai quali desumere suggerimenti e buone pratiche per costruire *partnership* di successo.

Box. Ingredienti di una *partnership* locale capace di promuovere la salute e il benessere dei bambini: i risultati dello studio di Janet Mort

Nel 2008 è stato pubblicato uno studio qualitativo sull'utilizzo di EDI nella provincia canadese della British Columbia. Lo studio, guidato da Janet Mort, ha cercato di focalizzare le caratteristiche dei territori e delle *local coalition* che avevano ottenuto notevoli miglioramenti dagli esiti di EDI dopo la prima rilevazione dei dati. Lo scopo era capire quali interventi e programmi avessero dato i migliori risultati in termini di riduzione delle vulnerabilità e di sviluppo/miglioramento della preparazione dei bambini al percorso scolastico, valutata attraverso i cinque domini di EDI.

Leggendo le testimonianze dei partner intervistati nello studio di Janet Mort, emergono quattro punti di forza ricorrenti in tutte le comunità analizzate:

- presenza di forti coalizioni/tavoli di lavoro intersettoriali capaci di lavorare in sinergia per progetti condivisi mirati alla promozione del benessere dei bambini
- coinvolgimento del sistema scolastico come parte attiva e integrante della rete dei servizi che promuovono la salute e il benessere dei bambini
- focus sulle famiglie allo scopo di sostenere i genitori nel creare un ambiente familiare supportivo e favorevole allo sviluppo dei bambini
- predisposizione di materiale informativo e divulgativo sulle caratteristiche della comunità, sulle risorse esistenti, sui progetti in corso e sui risultati ottenuti

Dallo studio è inoltre emerso che quanto più questi aspetti sono sviluppati e tra loro interrelati, tanto maggiori sono i risultati in termini di miglioramento degli indici di vulnerabilità in tutte le aree di EDI.

Per maggiori informazioni sui risultati dello studio, si rinvia al documento originale [Mort et al., 2008].

Per saperne di più

Mort JN, Hughes N, Dockendorf M, Quigg P, Hertzman C. *The Early Development Instrument (EDI) in British Columbia: Documenting impact and action in schools, community, and early child development*. 2008

http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/edi_documenting_impact_and_action.pdf (file pdf, 5 Mb)

Riboldi et al. *Toolkit 5. Un percorso di valutazione di equità. L'Health Equity Audit (HEA)*. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2013

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/toolkit5-hea>