

Early Child Development (ECD) nell'ambulatorio del pediatra. Sorveglianza e promozione del neurosviluppo nei bilanci di salute in Umbria



Mariolina Frigeri*, Carla Berardi*, Gianni Di Stefano*, Stefano Francario*, Roberta Usella*, Giorgio Tamburlini**

*Pediatri di famiglia in Umbria, referenti per il Progetto regionale Salute Infanzia 2.0; **CSB Trieste

Nell'articolo viene illustrato il Progetto Salute Infanzia 2.0, inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della regione Umbria e operativo da febbraio 2017, che ha portato alla revisione dei bilanci di salute effettuati dai 115 pediatri di famiglia che operano in Umbria.

A revised schedule for well-child visits by family paediatricians was developed and implemented within the Project "Salute Infanzia 2.0", part of Umbria's regional health prevention plan 2014-2018. The impact of the new program on paediatricians' as well as on caregivers' practices will be evaluated through a before-and-after study.

Introduzione

In tutta la comunità scientifica esiste da tempo un ampio consenso sull'efficacia degli interventi che agiscono sullo "sviluppo precoce del bambino" (Early Child Development, ECD), già dal periodo pre e periconcezionale e per i primi anni di vita [1-3].

Tali interventi, che ruotano tutti intorno alla relazione con i genitori e con le altre figure di riferimento, contribuiscono a migliorare le capacità cognitive, emotive e relazionali e la stessa capacità di apprendimento [4], a favorire l'inclusione sociale e a ridurre le disuguaglianze, specialmente se rivolti ai gruppi sociali più svantaggiati [5,6].

I primi anni costituiscono quindi una finestra di opportunità che non avrà eguali, in termini di efficacia e durata dell'effetto nel corso successivo della vita, e che quindi non può andare perduta. A questo periodo critico, di grandi opportunità e al tempo stesso di particolari vulnerabilità, abbiamo perciò dedicato una speciale attenzione nei lavori di programmazione partecipata per la stesura del Progetto Salute Infanzia 2.0 inserito nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della regione Umbria [7].

Alla luce delle evidenze riguardanti i concetti dell'ECD è risultato dunque fondamentale modificare l'approccio fino ad allora utilizzato con i bilanci di salute, implementando le competenze del pediatra relativamente alla sorveglianza del neuro-

sviluppo e alla capacità di sostenere i genitori nella promozione dello sviluppo psicomotorio del bambino[8]. In sintesi, l'obiettivo che ci si è posti è stato quello di "utilizzare" la figura del pediatra di famiglia come strumento per valorizzare le risorse e le capacità dei genitori, facilitandone le decisioni intorno alla propria salute e a quella dei figli.

Per accompagnare questo cambiamento e per rendere omogeneo l'intervento in tutta la regione è stato messo in atto un lungo percorso formativo condotto dal CSB, Centro Salute Bambino onlus, convenzionato con la regione, rivolto a tutti i pediatri operanti in Umbria e alle altre figure che ruotano intorno alla famiglia (Coordinatori delle ostetriche, Coordinatori dei Servizi Educativi della Prima Infanzia, Personale dei Servizi di neuropsichiatria infantile e psicologia dell'età evolutiva, Assistenti sociali) e finalizzato ad accrescere le competenze e ad affinare la capacità di lettura delle situazioni nei diversi contesti familiari per promuovere il miglior sviluppo di tutti i bambini.

Obiettivi e contenuti del percorso formativo

Le principali caratteristiche del percorso formativo proposto dal CSB sono state: a) la continuità di interventi formativi volta a rinforzare i messaggi in fasi successive per un periodo complessivo di 12-15 mesi; b) una metodologia di insegnamento/

apprendimento interattiva e quindi per gruppi non superiori alle 35-40 persone; c) una combinazione di esperienze formative basate sia sulla dimensione cognitiva che su quella motivazionale; d) la presenza accanto ai pediatri di famiglia di altri operatori dei distretti e di operatori del settore socio-educativo, per sottolineare l'importanza e porre le basi conoscitive e di conoscenza reciproca tra operatori anche di servizi e settori diversi [9].

Gli obiettivi del percorso – articolato in 4 giorni suddivisi in due periodi di due giorni intervallati da due o tre settimane – sono elencati nel **Box 1**.

La formazione in presenza è stata completata da tre aggiornamenti commentati dalla letteratura concernente i contenuti della formazione, inviati a tutti i partecipanti nel corso dell'anno.

Valutazione

È stato predisposto un disegno di valutazione del progetto comprendente:

a) per i genitori, un confronto tra i dati di questionari raccolti con lo stesso metodo al tempo t0 e al tempo t2 da prevedersi a distanza di circa 18 mesi.

Il questionario indaga le pratiche delle famiglie riguardanti temi trattati nel corso (lettura condivisa, ascolto della musica, alimentazione complementare a richiesta, gioco...) e viene distribuito nel corso delle sedute vaccinali per MMR, quindi intorno al 12°-13° mese di vita del bambino;

b) per gli operatori, un confronto tra i dati di questionari raccolti con lo stesso metodo al tempo t0 e ai tempi t1 (immediatamente dopo la formazione) e t2 (a distanza).

Ridefinizione dei bilanci di salute

Al termine del percorso formativo sono stati quindi ridefiniti i bilanci di salute sia

BOX 1. Obiettivi del percorso formativo su ECD

Al termine del percorso ci si attende che i partecipanti:

- > Si familiarizzino con le nozioni essenziali riguardanti lo sviluppo precoce del cervello e le sue fasi sensibili, e con le diverse dimensioni dello sviluppo "tipico" del bambino (cognitiva, emotiva, socio-relazionale, sensoriale, motoria), nei primi tre anni.
- > Conoscano gli aspetti propri della genitorialità e quanto si sa sul loro impatto sullo sviluppo e la personalità del bambino.
- > Conoscano le implicazioni di interventi di prevenzione e promozione della salute relativi a situazioni quali: prematurità, adozione, migrazioni, maltrattamento, povertà e marginalità, lutti e separazioni.
- > Conoscano linee guida e strumenti essenziali per la promozione e la valutazione dello sviluppo 0-3 anni, e le problematiche relative alla sorveglianza di problemi di neurosviluppo quali ritardo di linguaggio, ADHD e ASD.
- > Conoscano le evidenze relative al razionale e ai benefici di interventi precoci (alimentazione responsiva, lettura, musica, massaggio, gioco, frequenza al nido, uso delle tecnologie digitali) nei primi anni.
- > Si familiarizzino con i principi del counselling per una comunicazione efficace.
- > Siano in grado di applicare quanto sopra nell'ambito della loro attività e, per quanto riguarda i Pdf, nell'ambito dei sei bilanci di salute previsti nei primi 3 anni.

BOX 2. Buone pratiche che favoriscono lo sviluppo del bambino

Nei diversi bilanci di salute ai genitori viene posta la domanda: "cosa ritenete utile per favorire lo sviluppo del vostro bambino?"

1° Bilancio di salute (15 giorni dall'iscrizione)

- > guardarlo e parlargli spesso
- > ricercare il contatto fisico (tenerlo in braccio oppure disteso a pancia in sotto sul vostro corpo, tenerlo nel marsupio/fascia, massaggiarlo)
- > cantargli

2° Bilancio di salute (3 mesi +/- 30 giorni)

- > favorire una "routine" quotidiana (pasti, passeggiata, riposini, gioco, bagnetto)
- > parlargli e cantargli
- > proporgli primi oggetti o giocattoli adatti ad afferrare, maneggiare e mettere in bocca
- > non guardare tv, smartphone o altri dispositivi elettronici

3° Bilancio di salute (6 mesi +/- 30 giorni)

- > attività svolte assieme (gioco, primi librini, passeggiata)
- > lasciarlo libero sul tappeto
- > non uso del box e/o del girello

4° Bilancio di salute (12 mesi +/- 60 giorni)

- > libertà di muoversi, giocare, scegliere... in un ambiente sicuro
- > prendere il bambino in braccio e leggere con lui
- > parlargli molto indicando sempre il nome degli oggetti e delle azioni
- > scegliere giocattoli semplici, anche oggetti di uso comune (per costruire e disfare, riempire, imitare azioni quotidiane) o oggetti per giocare in piedi (spingere, tirare, trasportare) evitando troppi oggetti/giocattoli insieme

5° Bilancio di salute (24 mesi +/- 90 giorni)

- > giocare a "fare finta di"
- > giocare su un tavolino basso (scarabocchiare, incollare, costruire)
- > leggere assieme libri e libri illustrati commentando le figure, ascoltare musica
- > parlargli molto indicando sempre il nome degli oggetti e delle azioni

6° Bilancio di salute (36 mesi +/- 90 giorni)

- > incoraggiarlo a fare da solo (vestirsi, lavarsi...) anche tollerando degli sbagli
- > non usare cellulare, tablet o altro dispositivo digitale per tenerlo buono

nei contenuti che nella tempistica secondo l'obiettivo indicato dal Progetto: favorire lo sviluppo del bambino, secondo l'ECD, sostenendo la genitorialità (supportando i genitori nella fiducia in loro stessi, nella conoscenza del bambino, nella capacità di cogliere le opportunità offerte dalla comunità).

In occasione dei singoli bilanci di salute vengono proposte ai genitori delle domande per "conoscere", prima di dare informazioni e secondo la sequenza consigliata

dall'OMS: *ask* (chiedi), *praise* (valorizza), *advice* (consiglia), *show* (mostra), cosa il genitore sa o fa o pensa di mettere in atto[10]. In particolare nei sei bilanci di salute, distribuiti nei primi tre anni di vita, le informazioni chieste ai genitori, e registrate nel sistema informatico regionale, riguardano le conoscenze rispetto alle azioni del programma "Genitori più" [11] e, in accordo con i concetti dell'ECD, le conoscenze rispetto agli interventi efficaci per promuovere lo sviluppo del proprio

bambino (Box 2) e le osservazioni riguardanti determinate fasi dello sviluppo del bambino, con particolare attenzione alla componente relazionale (Box 3).

Una volta condivise abitudini o conoscenze dei genitori da rafforzare o rispetto alle quali promuovere il cambiamento, vengono restituite, anche con il supporto di materiale cartaceo [12], informazioni precise, coerenti e ordinate rispetto a cosa sia possibile fare o non debba essere fatto in quella particolare fase evolutiva in relazione alle caratteristiche del bambino e a quelle del contesto familiare.

I bilanci di salute diventano così momenti particolarmente importanti in cui valutare sistematicamente lo sviluppo psicomotorio del bambino, privilegiando il riconoscimento della "normalità", condividendolo con i genitori e sostenendo così la fiducia dei genitori in loro stessi e nelle capacità del bambino. Diventano anche spazi di opportunità in cui restituire alla famiglia informazioni appropriate e proporre attività utili per la promozione dello sviluppo del proprio bambino.

Non diciamo più, al termine di una visita di un bambino sano: "Tutto bene, il bambino non ha niente!", ma parliamo delle capacità del bambino che sono emerse durante la visita, mettiamo in luce le sue competenze e quanto il genitore, maggior esperto del proprio figlio, già sa, diamo informazioni sugli interventi precoci che hanno ormai chiare prove di efficacia.

E nelle situazioni di disagio familiare o sociale diventa necessario mettersi in rete con le altre figure che affiancano la famiglia al fine di attivare interventi mirati (visite domiciliari, inserimento nei servizi educativi per la prima infanzia, sostegno sociale...).

Tutto ciò per garantire il diritto di tutti i bambini a un pieno sviluppo del proprio potenziale, come indicato dalla CRC (Convention on the Rights of Children), che riconosce come l'attuazione di questo diritto passi soprattutto attraverso il supporto che la società è capace di dare ai genitori, a tutti i genitori e in particolare a quelli che, per ragioni economiche, sociali o culturali, si trovano in una situazione di svantaggio o difficoltà.

Evoluzione del progetto

Il progetto, i cui punti di forza sono la precocità dell'intervento, l'universalità dello stesso e il coinvolgimento delle famiglie (tutti legati alla figura del pediatra di famiglia), dovrebbe fornire dati interessanti, via via registrati nel sistema informatico regionale, riguardanti i disturbi del neurosviluppo nelle età filtro indicate e la possibilità di incrementare nelle famiglie le

BOX 3. Item riguardanti in particolare la componente relazionale che vengono valutati e registrati nei bilanci di salute in età filtro

2° Bilancio di salute (3 mesi +/- 30 giorni)

- > sorride
- > segue con lo sguardo

4° Bilancio di salute (12 mesi +/- 60 giorni)

- > risponde al nome
- > indica
- > presta e richiama la vostra attenzione

5° Bilancio di salute (24 mesi +/- 90 giorni)

- > indicare un oggetto che desidera o che lo interessa
- > giocare a "fare finta", usando un oggetto al posto di un altro (ad es. un cubo come fosse una macchinina)
- > usare molte parole anche se non pronunciate perfettamente
- > formare frasi di 2 parole (ad es. "scotta pappa")

Si somministra la M-Chat (perché i genitori hanno espresso alcune preoccupazioni o perché si sono rilevati problemi nello sviluppo del linguaggio o della comunicazione) SI - NO

conoscenze e le buone pratiche efficaci ai fini della prevenzione e della promozione dello sviluppo. Potrebbe così rappresentare un modello da diffondere.

✉ frigerimaria@hotmail.com

1. Shonkoff J. The Science of Child Development. Center for the Developing Child, Harvard University, Mass. 2007.3. Barker DJ.

2. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet* 2011;378:1325-38.

3. Engle PL, Fernald LC, Alderman H, et al. Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378:1339-53.

4. Bann CM, Wallander JL, Do B, et al. Homebased early intervention and the influence

of family resources on cognitive development. *Pediatrics* 2016;137(4).

5. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;33:232-9.

6. Capra P, Dettoni L, Suglia A, et al. Disuguaglianze e prima infanzia. Interventi precoci per un futuro in salute. INMP- Regione Piemonte, Settembre 2016.

7. Progetto 3.4 Salute Infanzia 2.0 Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Regione Umbria; 113-117.

8. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. A cura del Gruppo di lavoro multidisciplinare ACP, AIFI, FIMP, IOP-TP, SIF, SINPIA, SIP, promosso da OMS, Ufficio Europeo e da EPA/UNEPSA. *Quaderni acp* 2012;19:169-76.

9. Tamburlini G, Alushaj A, Flaughnacco E, et al. Sviluppo precoce del bambino e pediatria dello sviluppo. Cosa sa e cosa dovrebbe sapere il pediatra. *Medico e Bambino* 2016;35:365-72.

10. Gangemi M, Elli P, Quadrino S (a cura di). Una Comunicazione Efficace. In: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Genitori più. Materiale per operatori, 2009.

11. www.genitoripiù.it

12. Alushaj A, Tamburlini G. Come possiamo nutrire la mente dei nostri bambini. Centro per la Salute del Bambino onlus, 2015.

Ricordo di Fernanda Di Tullio

Con Fernanda Di Tullio scompare una persona che, vivendo fino all'ultimo una vita fondamentalmente dedicata agli altri, è riuscita a integrare nella sua professione aspetti personali con le diverse complessità che la disciplina medica richiede.

Pediatra e neuropsichiatra infantile univa all'accuratezza e al rigore della sua pratica quotidiana una profonda umanità, qualità che le hanno consentito di percorrere i diversi sentieri della sua lunga esistenza con una naturale grazia e leggerezza e con l'arguzia e la genuinità delle sue origini molisane: è riuscita a raccogliere intorno a sé una folta schiera di persone coinvolgendole in azioni e progetti pregevoli per gli obiettivi fissati e per i risultati conseguiti.

Oltre all'attività svolta in reparto nella clinica pediatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, ha lavorato nel centro di "Igiene mentale" della clinica stessa; facendo suo il pensiero di Winnicott, ha messo sempre al centro della sua attività la relazione madre-bambino e la relazione ambiente familiare-bambino (Luigi Capotorti, AIRE).

Attenta ai bisogni dei bambini e delle persone svantaggiate ha lavorato come volontaria nella Caritas di Roma sia per i bambini figli di immigrati sia per i bambini Rom, che visitava nei campi, sia per le persone senza fissa dimora.

Dagli anni '50 fino al 2011 si è occupata della salute psicofisica di ragazze bisognose della casa famiglia "Domus Nostra" di Grottaferrata, mantenendo sempre una finestra aperta ai rapporti umani tra ospiti e ospitanti.

È stata una convinta assertrice delle responsabilità morali e civili del pediatra. Riportiamo il suo pensiero conclusivo della relazione "Futuro in gioco" riguardante i bambini più svantaggiati, presentata al convegno SIP (Roma 2014): "Quello che accade nel mondo del bambino riguarda la coscienza di tutti i pediatri, la loro competenza, la loro esperienza". Li richiama a battersi in difesa della salute fisica e psichica del bambino e del suo sviluppo.

Da sempre partecipe dello spirito dell'ACP ha promosso nel suo paese di origine, Forlì (Molise), il progetto "Nati per Leggere".

Sono esemplari le sue ultime esperienze nei paesi "in via di sviluppo": quella in Giamaica – in missione governativa per creare un dipartimento Materno-Infantile – e quella in Tanzania: in questo paese, presso una missione di suore, ha dedicato fino all'ultimo cure e risorse per i bambini e per tutta la comunità della missione fino ad arrivare ad attivare insieme con Slow Food un "Orto Comunitario" che supplisse in termini nutrizionali ed energetici alle gravi carenze alimentari della popolazione. Già molto tempo prima di lasciarci, nel 2004, Fernanda aveva costituito un gruppo di persone, il Gruppo di sostegno per Mkiwa, con l'obiettivo di provvedere all'erogazione di cure primarie e sanitarie per i bambini di Mkiwa e, soprattutto, di promuovere tra la popolazione locale la consapevolezza del valore della loro terra e della loro cultura.