

Sviluppo precoce del bambino e pediatria dello sviluppo

Cosa sa e cosa dovrebbe sapere il pediatra

GIORGIO TAMBURLINI¹, ANDUENA ALUSHAJ², ELENA FLAUGNACCO³, TANIA GERARDUZZI⁴

¹Pediatra, ²Ricercatrice, ³Neuropsicologa, Centro per la Salute del Bambino onlus, Trieste

⁴Pediatra di libera scelta, Poliambulatorio pediatrico associato, San Vito al Tagliamento (Pordenone)

Che cosa sa il pediatra di Early Child Development (ECD) e pediatria dello sviluppo? Troppo poco. È una carenza seria? Sì, in particolare, ma non solo, per i pediatri di famiglia. Occorre porre rimedio con una formazione adeguata. Nell'interesse dei bambini, dei loro genitori, ma anche dei pediatri, che possono scoprire una dimensione professionale nuova e di grande interesse.

L'Early Child Development (ECD), o sviluppo precoce del bambino, si riferisce allo sviluppo tipico e atipico del bambino nelle diverse dimensioni (motoria, cognitiva, linguistica, socio-relazionale) e alla conoscenza dei fattori che lo possono influenzare, sia nel bene che nel male. È un insieme complesso di conoscenze e di competenze, che si situa all'incrocio di diverse discipline, quali le neuroscienze, la neuropsicologia, la psicologia dello sviluppo, la genetica e l'epigenetica¹. Oltre che da queste discipline, l'ECD trae le evidenze su cui fonda le sue basi concettuali e le sue indicazioni pratiche – per le famiglie, gli operatori, i servizi e i decisori politici – da studi longitudinali di coorti di mamme e di bambini e da valutazioni di impatto “life course” sulla salute e sugli esiti sociali di quanto avvenuto nelle primissime epoche della vita^{2,3}. Sia che sia stato programmato come intervento o che sia il frutto di esposizioni “naturali”¹.

Obiettivo di questo contributo a più voci è di affermare la necessità di colmare l'attuale gap di competenze del pediatra rispetto ai temi dell'ECD e di delineare i contorni di un possibile percorso formativo. Siamo infatti convinti,

EARLY CHILD DEVELOPMENT AND DEVELOPMENTAL PAEDIATRICS: WHAT PAEDIATRICIANS KNOW AND WHAT THEY SHOULD KNOW
(*Medico e Bambino* 2016;35:365-372)

Key words

Early child development, Developmental paediatrics, Primary care paediatricians, Training, Training curriculum

Summary

Families are encountering increasing difficulties in receiving information and advice regarding both typical and atypical development of young children. Primary care paediatricians should be able to assess and promote early child development and to support families in adopting best development-related practices and starting, when appropriate, diagnostic and rehabilitation paths. As shown by a recent survey, current knowledge and skills of Italian paediatricians are still inadequate to meet these increasingly emerging needs. Existing European curricula for training of primary care paediatricians in ECD and developmental paediatrics are presented and discussed and the contents of a recently developed training course in ECD are described. Communication skills and ability to liaise with other child professionals and services are key components of the course. Paediatricians should improve their knowledge and skills about developmental determinants and factors that may improve the developmental trajectories of children in order to fully respond to their mission.

sulla base delle esperienze che a vario titolo ciascuno di noi ha avuto, che il lavoro del pediatra possa cambiare radicalmente se guidato da questa “nuova scienza”: soprattutto, può trarne vantaggio il lavoro del pediatra di libera scelta, che con la famiglia ha un rapporto continuativo che prevede anche visite finalizzate alla prevenzione e alla pro-

mozione della salute; ma possono trarne vantaggio anche altri pediatri e operatori, medici e non, che forniscono servizi di natura socio-sanitaria o educativa per l'infanzia; e lo stesso specialista ospedaliero, in particolare, quando si prende cura di bambini affetti da condizioni croniche disabilitanti in età precoce e delle loro famiglie.

I PROBLEMI DELLO SVILUPPO E I DIFFICILI PERCORSI DI BAMBINI E FAMIGLIE

Benché non vi siano dati certi e soprattutto raccolti con metodologia uniforme, sappiamo che una consistente proporzione di bambini presenta atipicità dello sviluppo neuroevolutivo. Se nei primi mesi di vita la prevalenza di questi bambini è stimabile nel 2-3% dei neonati, inclusi i grandi prematuri, questa sale al 10-15% almeno nell'arco di età compreso tra 18 e 24 mesi, dove si rendono palesi alterazioni della coordinazione motoria, dello sviluppo cognitivo, del linguaggio e della comunicazione in generale^{4,5}, senza contare i più comuni problemi relazionali relativi all'alimentazione, al sonno, al comportamento ecc.

I percorsi che bambini e famiglie devono affrontare quando vi siano preoccupazioni o chiari segni di allarme che riguardano lo sviluppo sono tutt'altro che agevoli, spesso frustranti, perché troppo lenti, complicati e non sufficientemente risolutivi, e costituiscono una delle criticità più sentite dell'attuale organizzazione dei servizi di cura al bambino in gran parte d'Italia. Alcuni aspetti di queste criticità sono piuttosto comuni e meritano di essere ricordati:

- L'accesso allo specialista (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista) in molte aziende sanitarie è difficile per la carenza strutturale di questi servizi, comportando quindi lunghe liste di attesa. Anche, ma non solo, per questo motivo gli specialisti non vengono interpellati tempestivamente perché i pediatri – una parte di essi – tendono a prendere tempo di fronte a segni di sviluppo atipico.
- L'atteggiamento attendista del pediatra (frequente, ad esempio, la sottovalutazione dei ritardi del linguaggio) rinforza quello, piuttosto comune nei genitori, di timore, se non diffidenza, nei confronti della figura dello psicologo o del neuropsichiatra infantile.
- Accade inoltre spesso che siano gli educatori, quando il bambino fre-

quenta il nido o la scuola per l'infanzia, a ritenere necessario il ricorso a uno specialista, soprattutto nei casi di disturbo del linguaggio o del comportamento. Non sempre queste segnalazioni sono appropriate, ma a maggior ragione si rende necessaria una funzione di prima valutazione e supporto, esigenza fortemente espressa dal mondo dei servizi educativi e molto sentita dalle famiglie, affinché gli invii ai servizi di secondo livello siano più ragionati e motivati.

Per le ragioni esposte, in quest'area delle cure al bambino vi è un largo – larghissimo in molte Regioni – ricorso al privato, con costi che non tutti possono sostenere. Se molti attendono troppo fuori dalla porta dei servizi, qualcuno non vi entra per nulla.

Ma non si tratta solo di far fronte a problematiche esistenti, o a preoccupazioni portate dalla famiglia. La mancanza di un'osservazione attenta e competente e di una capacità di *counselling* – che solo alcuni pediatri hanno avuto modo di acquisire – può far perdere opportunità preziose di prevenire alcuni problemi di sviluppo o di ridurne l'impatto e in generale di favorire lo sviluppo e la relazione at-

traverso buone pratiche da attuare in famiglia nei primi anni di vita^{6,7}. Una maggiore autonomia e competenza del pediatra nel comunicare sia con la famiglia che con i servizi, sia quelli educativi che quelli diagnostici e riabilitativi di secondo livello, sulle problematiche che riguardano lo sviluppo, potrebbero migliorare il benessere di bambini e famiglie, e attenuare significativamente alcuni dei gap e delle discontinuità assistenziali su tutta l'area del neurosviluppo.

Se la pediatria di famiglia non si attrezza per offrire una valida – basata sulle evidenze disponibili – funzione di prima risposta e di filtro nei confronti di queste problematiche che sono, non da oggi, emergenti, una parte della sua funzione “sociale” viene perduta. E se il pediatra di famiglia non dà il suo contributo, a partire dalla sua posizione autorevole e di contatto e conoscenza continuativa, alla promozione di buone pratiche che supportino il genitore nell'accompagnare e sostenere la crescita di tutti i bambini, contribuendo a renderne più favorevoli le traiettorie di sviluppo (Figura 1), perde una componente importante della sua missione che non può essere ridotta alla gestione dell'acuzie.

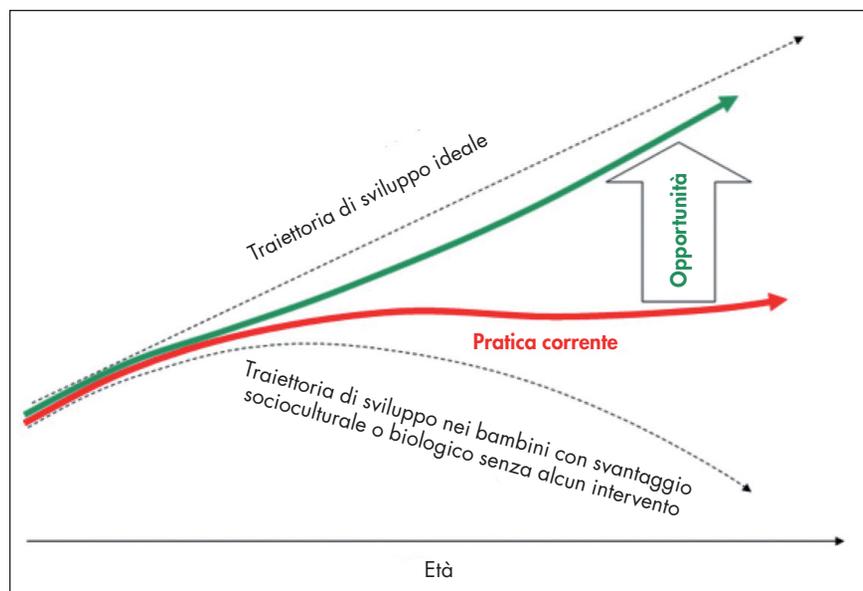


Figura 1. Buone pratiche educative attuate in famiglia e nei servizi possono offrire opportunità di modificare favorevolmente le traiettorie di sviluppo di tutti i bambini.

COSA DOVREBBE SAPERE E COSA SA IL PEDIATRA

L'attenzione alla formazione del pediatra sulla "nuova patologia" costituita dai problemi dello sviluppo data ormai dagli anni '80, quando si è venuta definendo la disciplina del *developmental paediatrics*⁸. All'inizio del terzo millennio l'ECD si è venuto affermando come disciplina di ricerca e pratica autonoma, multidisciplinare, a cui sono stati dedicati Centri di ricerca e formazione specifici, da Harvard⁹ alla Aga

Khan Foundation¹⁰ sempre con l'attiva partecipazione dei pediatri.

Uno sguardo a quanto proposto in varie sedi internazionali per la formazione del pediatra può essere utile a comprendere come i confini della pediatria dello sviluppo e dell'ECD possano essere diversamente definiti e vengano in parte a sovrapporsi. Ad esempio, il più compiuto tentativo di identificare quali debbano essere le competenze, e quindi il curriculum, del pediatra delle cure primarie, a opera della *European Confederation of Primary Care Paediatricians*

(ECPCP)¹¹, include gran parte delle tematiche ECD all'interno del *developmental paediatrics* (Tabella I).

Il curriculum ECPCP non fornisce una stima del tempo di apprendimento necessario per l'acquisizione di queste competenze. Un altro progetto, lo EPPP (*European Early Promotion Project*)¹², condotto qualche anno fa da una partnership di Centri inglesi, greci, finlandesi e serbi, si è invece soprattutto focalizzato sulle abilità comunicative degli operatori delle cure primarie pediatriche (medici e non) in relazione allo sviluppo psicomotorio del bambino (Tabella II), e prevede 17 sessioni settimanali di 3,5 ore ciascuna (o viceversa 9 sessioni di 6,5 ore), con una componente esperienziale pari a circa il 30% del totale di quasi 60 ore. In particolare, le sessioni pratiche prevedevano che gli operatori fossero coinvolti in colloqui tipo con i genitori, con la presenza di un supervisore.

In un contesto europeo, sembra che questi siano i riferimenti utilizzabili. Oltre oceano esistono i 5 moduli EBCD (*Early Brain and Child Development*) proposti dall'AAP¹³ e linee guida e raccomandazioni di pediatri canadesi o australiani¹⁴, operanti però in Paesi dove l'organizzazione delle cure è sostanzialmente diversa.

Un'indagine effettuata tramite un questionario su circa 150 pediatri, prevalentemente di famiglia, di diverse regioni d'Italia, ha consentito di valutare lo stato dell'arte delle conoscenze in merito dei pediatri italiani, evidenziando importanti lacune. Ad esempio, dal questionario emerge che un pediatra su due non conosce quali specifici problemi riguardanti il neurosviluppo sono frequenti tra i prematuri nel primo anno di vita, e possono mettere in crisi le famiglie se non correttamente interpretati e spiegati. Oltre il 40% non conosce i criteri per riconoscere un ritardo nel linguaggio e non conosce i fattori che possono mettere a rischio la riuscita di un'adozione, più del 50% non sa quando sia il caso di consigliare un supporto psicologico in caso di lutti e separazioni, oltre il 60% non sa riconoscere in un neonato anomalie dello sviluppo motorio che richiedono una valutazione specialistica.

PEDIATRIA DELLO SVILUPPO: COSA DEVE SAPER FARE IL PEDIATRA (European Confederation of Primary Care Paediatricians)

- Conoscere modalità e tempi dello sviluppo tipico nelle dimensioni motoria, cognitiva, del linguaggio e della comunicazione, dell'adattamento e del comportamento
- Riconoscere i segni e i sintomi indicativi di condizioni quali ASD, ADHD, disturbi d'ansia o depressione
- Conoscere e saper utilizzare gli strumenti per la valutazione dello sviluppo e per l'identificazione precoce di problemi del neurosviluppo nelle diverse età
- Identificare i fattori pre e perinatali che possono influenzare lo sviluppo
- Saper raccogliere informazioni sulle interazioni tra genitori e bambino attraverso l'osservazione
- Identificare i fattori ambientali e psicosociali che possono influenzare lo sviluppo
- Identificare i fattori protettivi e le risorse esistenti in ambito familiare educativo e della comunità e saperli utilizzare attraverso reti collaborative
- Saper come affrontare i più comuni problemi quali i problemi dell'alimentazione, del sonno, il pianto, l'enuresi e l'encopresi, il comportamento oppositivo
- Saper informare e consigliare genitori, anche con approccio interculturale, ed educatori sulle problematiche più comuni relative allo sviluppo
- Sapere quando rivolgersi allo specialista e come comunicare efficacemente con gli altri servizi

Tabella I. Da voce bibliografica 11, modificata.

OBIETTIVI DEL CORSO EPPP (European Early Promotion Project) PER OPERATORI DELLE CURE PRIMARIE

- Comprendere come le famiglie costruiscano le loro credenze e le norme di comportamento
- Comprendere i processi di sviluppo e, all'interno di questi, il ruolo fondamentale delle interazioni tra bambini e genitori
- Possedere capacità di valutare la qualità delle interazioni tra genitori e bambini
- Saper valutare lo sviluppo nelle sue diverse dimensioni
- Saper condurre un dialogo con i genitori sulla promozione dello sviluppo in età chiave
- Saper aiutare il genitore a "pensare i bisogni del suo bambino" e quindi a modulare il suo ruolo rispetto sia al bambino che alla famiglia
- Saper identificare i fattori di rischio per lo sviluppo e sapere quando e come chiedere la collaborazione di altri servizi e di professionisti

Tabella II. Da voce bibliografica 12, modificata.

AUTOVALUTAZIONE

I lettori possono farsi un'autodiagnosi delle proprie conoscenze considerando i seguenti item e attribuendo un punteggio da 1 (= ne so poco o nulla) a 2 (= ne so qualcosa), a 3 (= ne so abbastanza) per ognuno dei 18 item riportati nel *Box 1*.

Non può sorprendere che le attuali conoscenze dei pediatri in merito siano insufficienti, considerando che solo alcuni dei contenuti della pediatria del-

lo sviluppo e dell'ECD fanno parte dell'attuale percorso formativo del pediatra, e solo in alcune sedi, e che sono raramente poco trattati negli eventi formativi per la formazione continua. Dal 2012 sono stati avviati corsi di formazione in tutta Italia relativi alla promozione e alla valutazione dello sviluppo neuroevolutivo¹⁵ che vengono a coprire una parte degli item proposti dal *Box 1*. Ai corsi hanno partecipato diverse centinaia di pediatri ed è questo un notevole passo avanti.

UNA PROPOSTA DI PERCORSO FORMATIVO

Le proposte di formazione ECPCP ed EEPP già descritte e quella, italiana, relativa alla promozione e valutazione del neurosviluppo costituiscono una buona base da cui partire per elaborare una proposta formativa. I contenuti di queste proposte vanno tuttavia completati con quanto ci stanno insegnando le neuroscienze dello sviluppo sui fattori e sui meccanismi dello sviluppo del cervello nei primi anni, e con quanto evidenziato da studi di intervento che, su un solido razionale neurobiologico, hanno dimostrato come alcune pratiche, se introdotte precocemente e in ambito familiare (lettura, esperienza musicale, gioco, massaggio), possano influenzare positivamente lo sviluppo e la relazione¹⁶. Occorre inoltre che il pediatra acquisisca familiarità con tematiche specifiche quali lo sviluppo del linguaggio e le sue anomalie, che riguarda almeno il 15% dei bimbi alla fine del secondo anno di vita⁴ e con le problematiche che riguardano situazioni specifiche quali adozioni, lutti e separazioni, bambini migranti, grandi prematuri.

Si tratta infatti di consentire al pediatra di impadronirsi di un approccio interpretativo dello sviluppo, dei fattori che lo influenzano e dei loro meccanismi, in modo da fornirgli una lente attraverso la quale osservare, interpretare e consigliare. Un consiglio che sostenga i genitori nel loro ruolo e li supporti nelle pratiche efficaci nel promuovere lo sviluppo^{6,16} può far bene a tutti i bambini e a tutti i genitori, e può risultare ancora più benefico in situazioni di svantaggio socio-culturale o di sviluppo atipico. Si evita così di perdere una opportunità di prevenire comorbidità che dipendono spesso anche da fattori ambientali e non solo da fattori genetici¹⁷.

Tenendo conto di tutto quanto sinteticamente descritto, il Centro per la Salute del Bambino onlus ha elaborato e realizzato a partire dall'aprile 2015 percorsi formativi che comprendono 30 ore di didattica frontale per gruppi non superiori a 20-25 persone e un lavoro circa equivalente da svolgersi individualmente (letture e osservazioni sulla propria pratica).

Box 1 - TEST DI AUTOVALUTAZIONE SU CONOSCENZE RELATIVE A ECD

1. Quali sono le caratteristiche tipiche nello sviluppo del primo anno del grande prematuro che possono mettere in particolare difficoltà la famiglia
2. Cosa fare e cosa non fare in caso di lutti e separazioni
3. Cosa raccomandare sull'utilizzo della seconda lingua o comunque di lingue diverse parlate in casa dai due genitori
4. Quali sono le tipiche difficoltà che incontra la coppia dopo la nascita del bambino
5. Quale è il peso relativo di fattori che influenzano lo sviluppo del cervello del bambino, come il QI materno, lo stato socioeconomico, gli eventi avversi, la qualità del *parenting*, le pratiche familiari come la lettura condivisa
6. Come si sviluppa l'attenzione e come può essere favorito il suo sviluppo
7. Quali sono i segni di allarme precoci (primi sei mesi) che riguardano la motilità spontanea
8. Quali sono i segni di allarme precoci (primi sei mesi) che riguardano le competenze sociorelazionali e di comunicazione
9. Quali sono le opportunità e i rischi derivanti dall'utilizzo precoce dei dispositivi digitali e quali i criteri di scelta dei giochi/app per i più piccoli
10. Cosa fare se esiste una familiarità per ADHD o spettro autistico
11. Cosa veramente conta nel successo di una adozione
12. Esistono interventi efficaci per lo spettro autistico
13. Quali sono le diagnosi differenziali in caso di ritardo di linguaggio a 2 anni
14. Quali sono i benefici della lettura condivisa e quali i requisiti di efficacia
15. Quali sono i benefici dell'esperienza musicale sul linguaggio
16. Quali sono le caratteristiche del gioco che possono favorire lo sviluppo del bambino
17. Quali sono i benefici della frequenza al nido e su quali dimensioni dello sviluppo
18. Quale il significato e l'importanza di valorizzare le competenze del bambino nel corso della visita

Nota. Utilizzando criteri di valutazione abituali, non si dovrebbe andare al di sotto del 66% del totale massimo, quindi di 36 su 54, mentre il punteggio medio, stimato sul campione dei pediatri considerato, è intorno a 28. Il punteggio medio è significativamente inferiore a 2, con risposte medie inferiori a 2 per gli item 1, 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18. Gli item 4 e 14 sono quelli dove almeno il 40% dei pediatri ritiene di saperne abbastanza. Questi dati sono ancora più significativi se si considera che la maggior parte dei questionari è stata somministrata ai pediatri della regione Umbria, una regione - se ne tenga conto - tradizionalmente ricca di attività formative per pediatri e quindi verosimilmente sopra la media nazionale quanto a competenze dei pediatri di famiglia.

Box 2 - ECD: UN CURRICULUM ESSENZIALE**Temî specifici**

1. Lo sviluppo del bambino nelle sue varie dimensioni (motoria, cognitiva, linguistica, sociorelazionale) nei primi 3 anni
2. I fattori che influenzano lo sviluppo e i loro meccanismi
3. La formazione della genitorialità e il ruolo delle relazioni primarie nell'influencare lo sviluppo
4. I fattori di rischio e gli interventi preventivi specifici riguardanti lo sviluppo di bambini prematuri, adottati, migranti, e condizioni quali lutti e separazioni
5. I consigli da dare sulle lingue parlate in casa
6. Gli strumenti e i criteri per l'identificazione precoce di disturbi dello sviluppo (ritardo o disturbo del linguaggio, ritardo globale dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, disturbi dell'attaccamento, disturbo dell'attenzione con iperattività...)
7. Le possibilità di prevenzione o di riduzione dell'impatto di disturbi dello sviluppo
8. Il razionale delle buone pratiche che favoriscono lo sviluppo (lettura, musica, gioco...) e il ruolo del pediatra
9. Le opportunità e i rischi dei dispositivi digitali e i criteri di scelta
10. Benefici e requisiti dell'educazione precoce (nidi)
11. Come inserire le tematiche ECD nei bilanci di salute
12. Come organizzare e attrezzare l'ambulatorio per favorire l'informazione sulle buone pratiche ottimizzando i tempi

Temî trasversali

1. Comunicare per lo sviluppo
2. Lavorare in rete

Il *Box 2* riassume i contenuti del percorso, dove, accanto a 12 tematiche principali, vengono proposti la comunicazione efficace con i genitori e l'utilizzo della rete dei servizi come competenze sottese a tutta la materia, e come requisiti per trasformare le conoscenze in messaggi appropriati al contesto e all'interlocutore e in interventi efficaci per la presa in carico diagnostica.

Possiamo infatti definire i contenuti principali dell'ECD come una serie di conoscenze e competenze sullo sviluppo e i suoi problemi, sottese da due attitudini: quella alla *comunicazione con il bambino*, che diventa sempre più soggetto e non solo oggetto della visita, e con i familiari; e quella al *lavoro in rete*, con i servizi sanitari e con l'insieme dei servizi e delle risorse offerte dalla comunità.

COMUNICARE EFFICACEMENTE PER LO SVILUPPO

Se la comunicazione di fronte a domande che specificamente riguardano

l'urgenza (le più comuni) è relativamente semplice, quando si intenda introdurre temi non "richiesti" come ad esempio quelli riguardanti la promozione e la valutazione dello sviluppo o consigli su aspetti abitualmente carichi di significato quali l'alimentazione, la disciplina, il linguaggio, allora comunicare efficacemente diventa più complesso. L'attitudine a *osservare, ascoltare, valorizzare, suggerire* è dunque ancor più decisiva quando si tratta dello sviluppo del bambino, di come favorirlo e di come affrontare eventuali problemi. È qui che la professionalità del pediatra emerge lasciando nella famiglia tracce consistenti e utili^{15,18}. Non si tratta infatti solo di rispondere a quesiti e preoccupazioni dei genitori riguardanti segni e sintomi, cosa che abitualmente il pediatra fa quotidianamente, ma di dare spazio a quesiti e preoccupazioni che abitualmente la gran parte dei genitori non esprime, perché ne hanno timore, vergogna, o semplicemente perché non sanno trovare le parole, o ancora perché non vedono e non sentono, o non

vogliono vedere e sentire. E per di più si tratta di introdurre temi, di cui i genitori, o la gran parte di essi, non hanno consapevolezza, di suggerire buone pratiche di cui le famiglie non conoscono i benefici e che possono contrastare con abitudini familiari e con norme sociali consolidate.

Uno degli aspetti della comunicazione con le famiglie riguarda il fatto che su tematiche rilevanti per lo sviluppo, a partire dall'alimentazione – non solo e non tanto il cosa ma anche e soprattutto il quanto e come – diventa a volte negativo il ruolo di altri familiari e in particolare quello dei genitori dei genitori. Il pediatra dovrà sapere quando – nella maggior parte dei casi – è il caso di lasciare spazio ai soli genitori, e quando magari si rende necessario un colloquio con altri membri.

"Da psicologa osservo che le nonne intrusive e svalutanti sono all'ordine del giorno, in particolare nelle famiglie con un funzionamento critico. Il nostro lavoro è di solito quello di rafforzare la coppia genitoriale in quanto coppia, aiutandola a trovare un suo modello educativo e a limitare le continue incursioni delle nonne, che difficilmente si mettono in discussione e che diventano critiche anche nei confronti dell'operato del clinico. Il risultato si riesce ad avere quando il genitore diventa consapevole e "mette la nonna al suo posto". Quindi i colloqui con i nonni presenti rischiano di togliere ai genitori il loro ruolo; trovo più opportuno rinforzare i genitori affinché siano loro poi a dire ai nonni cosa va bene e cosa no, e che siano, ad esempio, i genitori a comprare UPPA... poi lo leggeranno anche i nonni". (ef)

Si tratta allora di contribuire a creare un ambiente di consapevolezza nella famiglia che non lasci la madre da sola di fronte alle norme consolidate che possono essere portate dal papà, dalle nonne, o dalla comunità intera (pensiamo alle famiglie migranti che hanno un retaggio culturale molto diverso dal nostro, ma anche a famiglie italiane pervasive ancora di cultura patriarcale o di ruoli genitoriali che proseguono anche oltre il dovuto).

I pediatri riferiscono che il poco tempo a loro disposizione, in particolare quando ci si trovi in periodi “epidemici”, sia il maggiore ostacolo a una comunicazione sullo sviluppo, comunicazione che ha dei tempi necessari. Senza mettere in dubbio quanto l’urgenza metta a dura prova pazienza, organizzazione del lavoro, e a volte comprometta una buona attitudine nei confronti del genitore, è il caso di riproporre quanto un dialogo efficace sullo sviluppo sia una strada maestra a costruire un rapporto di fiducia che consenta anche di contenere le richieste di urgenza, almeno per buona parte delle famiglie. Il pediatra “allenato” nella comunicazione finalizzata allo sviluppo vede tipicamente ridursi la frequenza delle richieste, relative all’acuto banale, che a volte sottendono altre preoccupazioni e insicurezze.

IL LAVORO IN RETE E L’UTILITÀ DELLA FORMAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE

Il mutamento dell’epidemiologia dei problemi che vengono portati all’ambulatorio pediatrico (o, spesso, non vengono presentati anche se esistono) e l’aumento delle situazioni complesse – anche quelle in cui la malattia si coniuga a specifiche difficoltà dell’ambito familiare – richiedono sempre più un superamento della clinica individuale dove lo sguardo raramente va oltre il bambino e il genitore, nella direzione di una clinica che osservi e valuti l’insieme del contesto familiare e di quella comunità e sia in grado di fare ricorso a tutte le risorse esistenti. Non si tratta tanto di sapere a quale specialista ricorrere, quanto di trovare utili punti di riferimento nell’ambiente di vita del bambino e della famiglia, sia per la valutazione che per il piano di intervento.

Una peculiarità di alcune esperienze di formazione condotte recentemente in Italia, quali ad esempio i corsi di Nati per Leggere (www.natiperleggere.it), è quella di rivolgersi a diverse discipline (oltre ai pediatri, altri operatori dei servizi per l’infanzia quali ostetriche e psicologi, educatori, bibliotecari ecc.) e quindi di porsi l’obiettivo di definire un linguaggio comune sullo sviluppo tipico



e atipico, conoscere e riconoscere le rispettive professionalità e capacità operative, entrare in contatto, fare rete. In definitiva essere più in grado di attivare collaborazioni e interazioni a tutto vantaggio del bambino e della famiglia, oltre che di se stessi. Molti interventi richiedono la collaborazione tra diverse competenze, che quindi devono essere in grado di parlarsi, capirsi e lavorare assieme e quindi momenti e percorsi di

formazione congiunti possono essere di grande utilità, come poi – perché prima è tutt’altro che ovvio – tutti gli operatori riconoscono. Questo aspetto e questa modalità di formazione sono essenziali per promuovere sia la consapevolezza della necessità di uno sguardo più ampio sia per attivare, in ogni specifico contesto, i contatti, anche personali, che rendono possibile il lavoro efficace ed efficiente in rete con gli altri operatori

dell'infanzia. Gli stessi docenti è bene che riassumano competenze diverse quali quelle della pediatria dello sviluppo, della psicologia dello sviluppo e della neuropsicologia, dell'educazione (psicopedagogia), della psicoterapia, della logopedia, della fisioterapia, della neurologia, dell'epidemiologia e salute pubblica, dell'interculturalità.

Per dare modo ai partecipanti di andare oltre il pur necessario bagaglio di nuove conoscenze, e cogliere tramite un'esperienza più diretta la possibilità e la necessità di un diverso approccio allo sviluppo e ai suoi problemi, il corso proposto prevede sessioni frontali e altre largamente interattive, visione e commento di video e discussione di casi, nei quali i percorsi delle famiglie e i rapporti tra diversi servizi e discipline emergono nei loro aspetti più critici.

L'esperienza fatta fino a oggi comprende un totale di 7 percorsi formativi ECD per un totale di oltre 300 operatori, in buona parte pediatri, cui si sono aggiunti infermieri, psicologi, ostetriche, educatori. La multiprofessionalità rappresenta una delle caratteristiche che rendono l'esperienza particolarmente significativa dal punto di vista dell'allargamento degli orizzonti disciplinari e dell'agire pratico nella rete dei servizi, ed è stata particolarmente apprezzata.

“Quando, dopo diversi anni di pediatria ospedaliera, ho deciso di diventare pediatra di famiglia, mi sono resa conto di quante lacune avessi in merito al sostegno, alla genitorialità e alla valutazione e promozione dello sviluppo del bambino.

Nella pratica ambulatoriale, a ogni bilancio di salute, ma anche nel corso di una visita per il problema più banale, emergono da parte dei genitori difficoltà e senso di inadeguatezza, nei confronti delle quali non ci si può certo abbandonare a facili giudizi. Le richieste di un colloquio in cui condividere i problemi più disparati riguardanti lo sviluppo e il modo di porsi di fronte al bambino, spesso poco medici ma certo rilevanti per il bambino e la famiglia, sono sempre più numerose. La mia capacità di dare risposte era limitata, molto istintiva e poco basata su conoscenze ed evidenze.



Ho quindi scelto di partecipare al corso sullo sviluppo del bambino proposto dal CSB. Il nucleo pulsante del corso consiste nell'acquisire le conoscenze e le attitudini necessarie per valorizzare le competenze “in divenire” del bambino e supportare il ruolo dei genitori, per fare in modo che lo sviluppo, sia quello tipico che quello atipico e “difficile”, venga affrontato con pazienza e positività, senza atteggiamenti “iperperformanti” o svalutanti da parte dei genitori.

Ho acquisito conoscenze e consapevolezza per poter far emergere nelle visite, e in particolare nei bilanci di salute, quello che c'è di buono – che sempre si può trovare – come risorsa fondamentale su cui far leva per porre il dialogo con i genitori su un piano di fiducia e comprensione. Insomma, identificare i fattori protettivi anche in situazioni molto problematiche è la chiave per affrontarle, tanto quanto identificare i fattori di rischio è fondamentale per prevenirle. Per una volta da medico non mi sono concentrata solamente sulla diagnosi e cura ma anche sulla prevenzione, sul sostegno e sul confronto.

Tra l'altro, il corso ha consentito il confronto con altri professionisti e soprattutto con ruoli diversi dal mio, il che mi ha

finalmente fatto sentire parte di una rete, di un sistema di servizi. Certo, spesso questa rete si fatica a vederla e sentirla. Ma esiste, e il confronto con quanto accade in territori diversi fa risaltare quanto di positivo c'è in ogni modello e quanto può essere trasferito a casa propria.

L'acquisizione di nuove conoscenze e le riflessioni comuni su quanto viene fatto e quanto si potrebbe e dovrebbe fare credo abbiano fatto comprendere ai partecipanti l'inadeguatezza di alcune nostre pratiche di operatori dell'area pediatrica e identificare alcuni errori, certo fatti in buona fede. È maturata la consapevolezza che, se tutta o quasi la rete di cure pediatriche e dei servizi dedicati alle famiglie condividesse una tale formazione, l'efficacia degli interventi aumenterebbe così come potrebbero venire almeno in parte superati il malessere e la solitudine non solo delle famiglie, ma anche degli operatori. Basti pensare a come vengono affrontati – o non affrontati – eventi come i lutti e le separazioni, o situazioni come quelle di bambini adottati, famiglie migranti o bambini con segni e sintomi, anche frequenti, come un ritardo nel linguaggio, che indicano un possibile problema di sviluppo”. (tg)



CONCLUSIONI

Abbiamo argomentato che il bisogno formativo riguardante l'ECD esiste e dimostrato che l'offerta attuale di formazione pre e post-specializzazione in materia è carente. L'introduzione dei contenuti ECD nei percorsi curricolari di formazione del pediatra potrebbe far riferimento al corso qui descritto, che consente di affrontare il tema dello sviluppo, almeno nei primi 3-6 anni, in modo sufficientemente completo per un pediatra che svolga la sua attività nelle cure primarie. Così come previsto dall'attuale schema di riordino delle Scuole di Specialità in Pediatria. Il percorso proposto può essere adattato al corso curricolare, corrispondente a circa 3 crediti formativi (6 se sono previste altrettante ore di osservazione e pratica con supervisione).

Occuparsi di sviluppo costituisce un *must* alla luce sia dell'evolversi dell'epidemiologia dei problemi di salute che delle evidenze su quanto sia possibile sostenere i genitori e assicurare le migliori opportunità ai bambini lungo tutta l'ampia gaussiana che comprende, senza soluzioni di continuità, lo sviluppo tipico e quello atipico. La filosofia dell'ECD di fatto implica la promozione degli interventi precoci, che vedono il pediatra svolgere un ruolo fondamentale in una rete di servizi che si cura di raggiungere tutti i bambini, ponendo particolare attenzione a quelli che, per fattori biologici o psicosociali o entrambi, si trovano in posizione di svantaggio¹⁹⁻²¹. Questo rappresenta un inve-

MESSAGGI CHIAVE

- L'aumento delle problematiche relative al neurosviluppo, l'insufficienza delle risposte offerte dai servizi, la necessità di lavorare con le famiglie per promuovere interventi precoci che favoriscano lo sviluppo del bambino rendono necessario che i pediatri, e in particolare modo i pediatri di famiglia, acquisiscano conoscenze e competenze sullo sviluppo tipico e atipico.
- Le attuali competenze dei pediatri sono in generale insufficienti ed è necessario migliorarle sia attraverso la formazione curricolare che l'aggiornamento.
- Esistono in merito sia in campo europeo che in Italia proposte formative che possono rispondere alle esigenze di una migliore formazione del pediatra sui temi dello sviluppo precoce.

stimento efficace, durevole e oggi tanto più necessario^{20,22}. Oltre che un dovere professionale e sociale, rappresenta anche un modo, per il pediatra, di liberarsi almeno in parte dalla tirannia dell'urgenza e di far spazio a una professionalità in parte nuova, certamente più gratificante.

Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini
e-mail: tamburlini@csbonlus.org

Bibliografia

1. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012;129:e232-46.
2. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor M, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child develop-

- ment. *Lancet* 2011;378(9799):1325-38.
3. Dawson G, Ashman SB, Carver LJ. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol* 2000;12(4):695-712.
4. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. A systematic review of the literature on late-talking toddlers. *Int J Lang Commun Disord* 2008;43(4):361-89.
5. Williams R, Clinton J; Canadian Paediatric Society, Early Years Task Force. Getting it right at 18 months: in support of an enhanced well-baby visit. *Paediatr Child Health* 2011;16(10):647-54.
6. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;33:232-9.
7. Bann CM, Wallander JL, Do B, et al. Home-based early intervention and the influence of family resources on cognitive development. *Pediatrics* 2016;137(4).
8. Augustyn M, Zuckerman B, Caronna EB (Eds). *The Zuckerman Parker Handbook of developmental and behavioral pediatrics for primary care*. 3rd edition, Lippincott, Williams and Wilkins, 2011.
9. Center on the Developing Child, Harvard University. <http://bit.ly/1hegC3f>.
10. Aga Khan Development Network, Early Childhood Development. <http://bit.ly/1T4fCyR>.
11. European Confederation of Primary Care Paediatricians. Primary Care Curriculum Working Group. Curriculum in Primary care paediatrics, draft, 2015.
12. Layou-Lignos E, Tsiantis J, Davis H, et al. Training for Primary Health Care Practitioners. *International Journal of Mental Health Promotion* 2005;7(1):41-53.
13. American Academy of Pediatrics, Early Brain and child development. Building brains, forging futures. A program of the AAP. <http://bit.ly/1QXqhWt>.
14. Early Childhood Development: First Years First. About First Years First. Taking Action on Early Childhood. Canadian Pediatric Society. www.cps.ca.
15. Tamburlini G, Rapisardi G, Davidson A, et al. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. *Quaderni acp* 2012;19(4):169-74.
16. Alushaj A, Tamburlini G. Come possiamo nutrire la mente dei nostri bambini. Centro per la Salute del Bambino onlus, 2015.
17. Halperin JM, Bédard AC, Curchack-Lichtin JT. Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics* 2012;9(3):531-41.
18. WHO/UNICEF. Care for child development: improving the care for young children. Geneva, 2012.
19. Jednoróg K, Altarelli I, Monzalvo K, et al. The influence of socioeconomic status on children's brain structure. *PLoS One* 2012;7(8):e42486.
20. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008.
21. Engle P, Tamburlini G, Young ME. The role of the health sector in early childhood development. In: *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. Oxford University Press, 2013.
22. Commissione Europea. Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale. 2013/112/EU, art. 5.