

274

aprile-giugno 2019



# la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

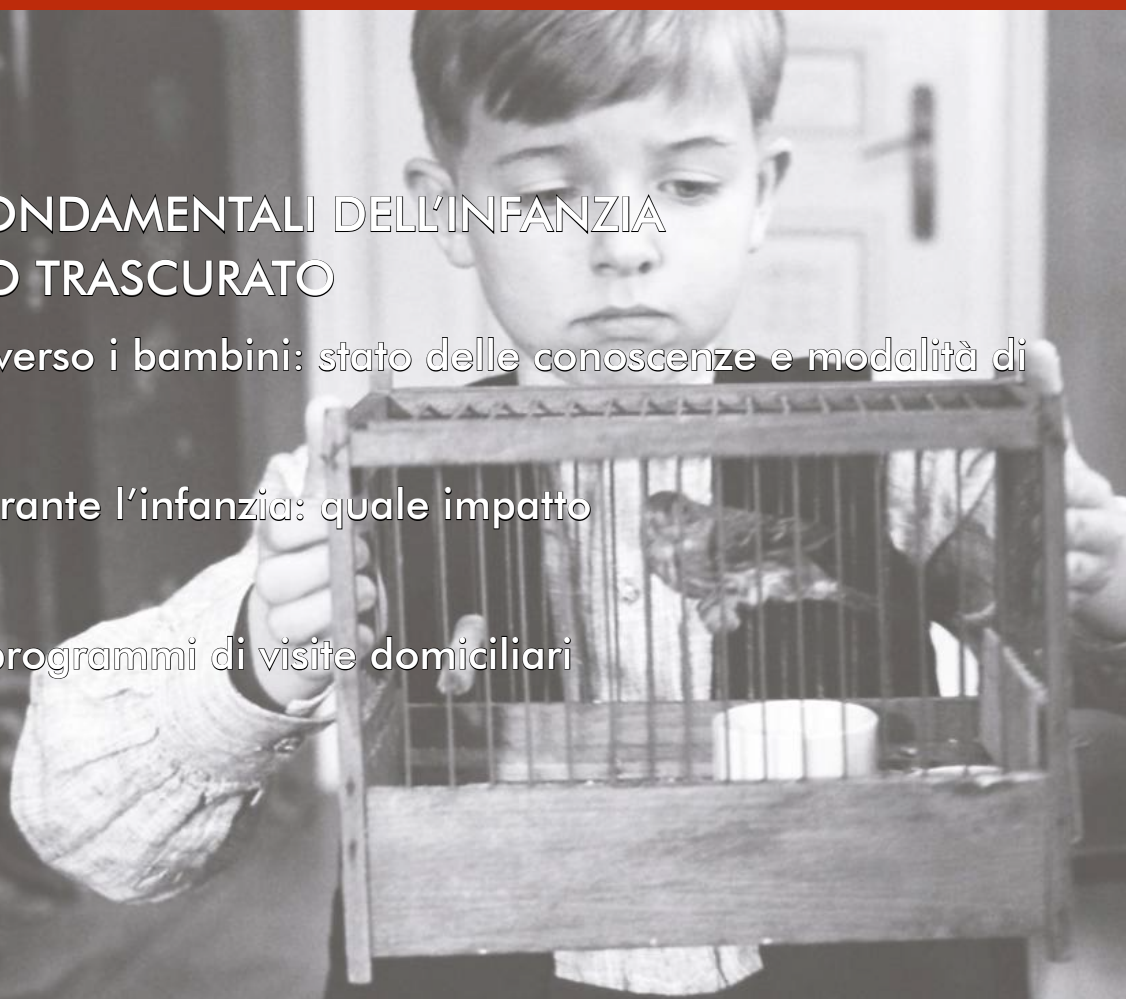
## Dossier

### I BISOGNI FONDAMENTALI DELL'INFANZIA E IL BAMBINO TRASCURATO

La negligenza verso i bambini: stato delle conoscenze e modalità di intervento

Le avversità durante l'infanzia: quale impatto sulla salute?

L'efficacia dei programmi di visite domiciliari



Alimentazione, obesità e salute nel bambino e nell'adolescente

Inquinamento atmosferico e salute dei bambini: l'impegno di Oms e Iss



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

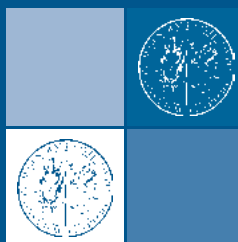
Volume 63, Numero 1

gennaio-marzo 2019

# SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria  
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute  
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



ISSN 2284-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 335/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

## *Abbonamento (4 fascicoli)*

### *Italia*

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

### *Estero*

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

## PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre  
intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA  
codice SWIFT UNCRITM1770

## UFFICIO ABBONAMENTI

[rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

In copertina: Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

# Sommario

n° 274, 2019

## 2 NOTIZIARIO

### 4 EDITORIALE

**Novanta anni non passano in un lampo!**

*Paola Beatini*

### 5 ISTRUZIONE E SALUTE

**L'istruzione alla lunga vita**

*Giacomo Galletti*

### 7 ALIMENTAZIONE

**Alimentazione, obesità e salute nel bambino e nell'adolescente**

*Anna Villarini*

---

### 13 DOSSIER

**I bisogni fondamentali dell'infanzia e il bambino trascurato**

DA: LA SANTÉ EN ACTION

### 14 Una introduzione

*Maud Gorza, Flora Bolter*

### 15 Bisogni fondamentali del bambino. Lo stato delle conoscenze

*Flora Bolter, Anne-Clémence Schom, Elsa Keravel, Anne Oui, Gilles Séraphin*

### 18 La negligenza verso i bambini: stato delle conoscenze e modalità di intervento

*Carl Lacharité, Louise Éthier, Pierre Nolin*

### 22 Sviluppo del bambino: l'apporto delle neuroscienze

*Catherine Gueguen*

### 26 Le avversità durante l'infanzia: quale impatto sulla salute?

*Michelle Kelly Irving, Cyrille Delpierre*

### 29 Crescere senza casa

*Stéphanie Vandentorren, Stéphane Darbeda, Mathilde Roze, Maria Melchior, Bruno Falissard*

### 34 L'efficacia dei programmi di visite domiciliari

*Christine Colin*

DA: QUADERNI ACP WWW.QUADERNIACP.IT 4 [2017]

### 38 Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

*Carla Berardi, Alessandra Paglino*

### 45 La normativa a tutela dell'infanzia

da <https://www.garanteinfanzia.org/normativa-di-riferimento>

### 47 Progetto G.R.A.P.P.O.L.I.

**Genitorialità responsabile e attiva per promuovere un orientamento di lavoro integrato**

*Ilia Martellini*

DA: LA SANTÉ EN ACTION

### 51 Un programma italiano per ridurre il maltrattamento e prevenire l'istituzionalizzazione dei bambini

*Paola Milani*

### 54 Costruire la salute con la famiglia: l'esperienza e i potenziali da conoscere e da replicare

*M.Grazia Alloisio, Sanitha Parasseril, Eliana Scoizzato*

---

### 59 AMBIENTE

**Inquinamento atmosferico e salute dei bambini:**

**l'impegno di Oms e Iss**

[www.epicentro.iss.it/ambiente/inquinamento-atmosferico-salute-bambini](http://www.epicentro.iss.it/ambiente/inquinamento-atmosferico-salute-bambini)

### 61 INTERNAZIONALE

**L'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo dichiarata emergenza internazionale di salute pubblica**

*Comunicato stampa OMS*

### 63 BLOCK NOTES

*A cura di Osvaldo Fressoia*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail [paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

*Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.*

**Abbonamento annuale Italia 2019** - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

**Abbonamento annuale Estero 2019** - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770



#### Topics del Congresso

Durante le giornate congressuali sono previsti simposi, workshop, sessioni di comunicazioni sulle tematiche di interesse dei gruppi di lavoro che compongono la Società Italiana di Igiene:

- Ambiente e salute
- Gestione delle emergenze
- Sicurezza alimentare e nutrizionale
- Promozione della salute
- Epidemiologia e prevenzione dei tumori maligni
- Organizzazione e gestione ospedaliera
- Medicina del turismo e delle migrazioni
- Epidemiologia e prevenzione malattie cardiovascolari e altre patologie croniche non tumorali
- Vaccinazioni di adolescenti, adulti e anziani
- Infezioni correlate all'assistenza e antibioticoresistenza
- Assistenza sanitaria di base e distretti
- Igiene ed ingegneria ospedaliera
- Edilizia sanitaria
- Epidemiologia e prevenzione delle malattie infettive
- Formazione, comunicazione sanitaria e new media
- Organizzazione, gestione e funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione
- HTA
- La ricerca in sanità pubblica
- La formazione degli operatori di sanità pubblica
- Leadership in sanità pubblica
- Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici
- Salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro
- Miscellanea

#### Informazioni Generali

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Planning Congressi Srl

Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna - Tel. 051 300100 - Fax 051 30947

# Indagini scientifiche per Sanità Pubblica: dalle emergenze alla promozione della salute

## **Presidente SITI**

Italo Francesco Angelillo

## **Presidenti Comitato Organizzatore**

Leila Fabiani

Iolanda Grappasonni

Pietro Manzi

## **Comitato Organizzatore Locale**

Alessandro Appetiti

Tommaso Bori

Giorgio Brandi

Alessandro Coccia

Chiara De Waure

Daniel Fiacchini

Aurora Luciani

Marianna Mastrodomenico

Massimo Moretti

Fabio Petrelli

Domenico Pompei

Fabrizio Stracci

## **Comitato Scientifico**

Elena Alonzo

Italo Francesco Angelillo

Andrea Barbara

Stefania Boccia

Silvio Brusaferrò

Danilo Cereda

Enrico Di Rosa

Alberto Fedele

Giuseppe Ferrera

Antonio Ferro

Fausto Francia

Ida Iolanda Mura

Stefano Necozone

Roberto Rizzi

Liliana Rizzo

Carlo Signorelli

Roberta Siliquini

Giovanni Sotgiu

Paolo Villari

Francesco Vitale

Gianluca Voglino

## **PER INFORMAZIONI:**

### **Programma Scientifico:**

Vanessa Grotti

[v.grotti@planning.it](mailto:v.grotti@planning.it)

Ramona Cantelli

[r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

### **Gruppi di Lavoro**

Ramona Cantelli

[r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

[www.siti2019.it](http://www.siti2019.it)

## **SEDE DEL CONGRESSO**

Perugia Centro Congressi Hotel Giò

Via Ruggero D'andreatto, 19 06124 Perugia

Tel. 075 - 5731100 - [www.hotelgio.it](http://www.hotelgio.it)

Cogliamo questa occasione per un editoriale inusuale: tanti auguri professoressa Modolo!

Direttrice responsabile de *La Salute Umana* dal 1972, anno della sua fondazione, con allegria, ottimismo, curiosità e grande intuizione accademica, è attualmente una giovane novantenne, sempre inflessibile, esigente e critica nei confronti dei redattori al momento della lettura degli articoli, ma entusiasta alla vista dell'ultimo numero pubblicato come fosse il primo.

La *Lady* dell'educazione sanitaria - come abbiamo sentito chiamarla dai più importanti colleghi internazionali nel corso dei diversi Convegni, medaglia Parisot, medaglia alla Cultura della Repubblica Italiana - ci propone settimanalmente spunti di riflessione, squarci culturali da approfondire su queste pagine.

Il suo interesse per la scuola, per le neuroscienze, per le donne...

Il suo accorato appello e il suo "scientificamente provato" incessante impegno per la salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale.

In un'epoca in cui la carta stampata è assai malata e soffre, la professoressa continua imperterrita a volere stampare

due riviste di promozione della salute, da lei intesa da sempre nella maniera più attuale, quella "politica" di azione per il cambiamento, senza ovviamente dimenticare il valore della persona e di quello che lei chiama "risorsa umana" affermando che è su questa che bisogna fare leva poiché "le risorse economiche si trovano sempre, ci sono, ma sono spese male".

Un'inguaribile ottimista? Noi la seguiamo e nonostante i suoi 90 anni e alcune leggere difficoltà motorie, facciamo fatica a starle dietro, in particolare "ci mettono alla prova" le sue telefonate alle 7 della mattina quando propone per le Riviste "le sue idee", sempre proficue, scaturite dall'ascolto delle prime notizie radio.

Grazie professoressa per la sua forza, per il suo coraggio, per il suo esempio di "lavoratrice instancabile", per la generosità dei pranzi e colazioni offerte anche al di là delle indicazioni dei LARN (mangiare deve essere un piacere altrimenti ci ammaliano...)

Aspettiamo la festa di compleanno dei 100 anni!



**Novanta anni non passano in un lampo!**

*Paola Beatini*

# L'istruzione alla lunga vita

Giacomo Galletti

Pensieri pericolosi (Dangerous Minds) - John N. Smith 1995

Istruzione alla lunga vita! è uno slogan ribaltato, cacofonico e apparentemente poco sensato. Eppure è il modo più semplice ed intuitivo per riassumere i risultati e le implicazioni di uno studio apparso lo scorso aprile sulla rivista americana *Aging*. L'articolo in questione tratta di temi piuttosto complessi, e non tutti, ad essere sinceri, rientrano a pieno nelle mie corde interpretative. Eppure mi sembra di intravedervi degli spunti di riflessione che valgono l'azzardo di una (pur semplificata) trattazione. Il titolo, *Socioeconomic position, lifestyle habits and biomarkers of epigenetic aging: a multi-cohort analysis*[1], mi solleva un sottile velo d'ansia, e mi spinge a ricorrere una prima volta a Wikipedia per comprendere sommariamente il concetto di *epigenetic aging*. La seconda consultazione dell'enciclopedia online mi si rivela necessaria poco dopo, durante la lettura dell'abstract, a proposito di quel "metilazione del DNA" che sembra quasi lampeggiare sulla terza riga.

L'abstract è però promettente: preannuncia come le differenze nello stato di salute per condizione socioeconomica tendano a risaltare maggiormente nelle età più avanzate, anche grazie all'azione

di un meccanismo biologico che reagisce alle esposizioni deleterie accumulate nel corso della vita. Queste "esposizioni deleterie" sarebbero evidenziate da quattro biomarcatori dell'invecchiamento biologico, che farebbero capo alla metilazione del DNA, ma che soprattutto sarebbero "colpevoli" di conservare la memoria dello stress endogeno ed esogeno sofferto nel corso degli anni. La cosa che reputo personalmente interessante è l'associazione dei quattro biomarcatori al livello di istruzione della popolazione in studio. Il (basso) livello di istruzione, qui in veste di proxy della posizione socioeconomica, agirebbe sul "cattivo invecchiamento" in modo indipendente rispetto agli altri risk factor cui può essere paragonato per intensità di impatto, quali in particolare quelli legati allo stile di vita, come l'obesità e il consumo di alcol.

Essendomi già confrontato con altri studi con focus sulle relazioni tra stato di salute, determinanti sociali, fattori di rischio e stili di vita, mi sembra in questo caso di cogliere due messaggi chiave che darebbero all'articolo di *Aging* una certa originalità e rilevanza. Da una parte, infatti, il livello di istruzione viene considerato come un vero e proprio

*risk factor*, oltre che come predittore dell'accelerazione dell'invecchiamento biologico (epigenetico); dall'altra, poi, trovo affascinante l'idea di poter utilizzare le potenzialità degli "orologi epigenetici" nel segnalare i percorsi biologici che sottendono le disuguaglianze sociali all'invecchiamento e alla longevità (in buona salute).

Insomma, la prospettiva più avvincente dell'articolo è quella di poter considerare – e trattare – il livello di istruzione direttamente come un problema di salute, ovvero come un fattore di rischio diretto e non come un "semplice" determinante sociale. In altri termini, l'istruzione non è più uno di quei parametri che vanno a comporre indici particolari (seppur bistrattati) come quello di deprivazione, che a loro volta modulano e soppesano altre cose, come ad esempio l'accesso alle cure. E non è nemmeno più quel concetto che tende ad essere declinato come un investimento economico o culturale nel perseguimento diretto del benessere personale o sociale. Qui, l'istruzione diventa un "investimento diretto in salute" o un fattore diretto di rischio per la salute, senza ulteriori mediazioni se non quello di un eventuale conseguimento alternativo di un'elevata posizio-

ne socioeconomica. Se questa è la visione, allora le implicazioni sociosanitarie del conseguimento di un certo livello di istruzione, rafforzate dall'approccio epigenetico, sono chiare; a livello pratico, ovvero di *policy*, la faccenda appare però molto più complicata.

Ragionando infatti per *risk factor*, è chiaro che non possiamo considerare e trattare il basso livello di istruzione alla stregua di quelli stili di vita che hanno un effetto (diretto) sulla salute[2] assimilabile a questo. A tal proposito, gli autori (a pag. 2053!!!), nel rilevare come la posizione socioeconomica risulti associata a diversi *biomarker* dell'invecchiamento (epigenetico) i quali a loro volta rappresenterebbero degli aspetti complementari del processo naturale di invecchiamento, affermano che l'impatto della *low education* (che, ricordiamo, della posizione socioeconomica è una proxy) è in media comparabile a quelli di altri fattori di rischio con l'esclusione, ovviamente, del fumo. Tuttavia, un conto è promuovere (o regolamentare) un intervento preventivo di comportamenti che conducano all'obesità, altra cosa incentivare il conseguimento di alti livelli di istruzione[3](con conseguimento di una posizione socioeconomica più vantaggiosa). Eppure se ha senso pensare all'istruzione come ad un qualcosa che non riguarda più solamente il futuro professionale, economico e culturale dei nostri figli e delle nostre figlie, ma anche il loro invecchiamento in buona salute, allora l'incentivo al miglioramento può ulteriormente essere rafforzato.

Quello che per ora si può sicuramente fare a proposito di istruzione, e lo studio ce lo dice chiaramente, è valorizzarne

l'aspetto predittivo. Sembra poca cosa ma non lo è: infatti se il livello di istruzione non è causa diretta dello stato di salute futura, sicuramente ne è un importante predittore. Non potendo infatti prevedere come invecchieranno i giovani di oggi in funzione degli stili di vita che si consolideranno solamente negli anni a venire, possiamo tuttavia azzardare previsioni meno volatili sulla base dei livelli di istruzione che vengono attualmente conseguiti. Qualcuno a questo punto si troverà a citare John Maynard Keynes a proposito di quel tipo di previsioni che, estendendosi al lungo periodo, sono poco utili, dal momento che in quella prospettiva saremo tutti morti. Eppure, visti i tempi, non sarebbe male utilizzare tutte le risorse informative disponibili per tentare di individuare almeno le tracce di base di quelli che saranno gli scenari futuri, specialmente se si tratta di salute.

Potrei chiuderla qui, ma non voglio fare il solito gufo.

C'è infatti un altro aspetto di questo studio che è assolutamente degno di segnalazione, anche se ha a che fare con il progresso della conoscenza piuttosto che con l'istruzione nuda e cruda (pur essendo le due cose ovviamente collegate).

Basta aprire il link all'articolo e scorrerlo velocemente per rendersi conto – quasi a colpo d'occhio – di una cosa non del tutto ordinaria:

18 coorti analizzate  
... più di 16 mila casi analizzati (o meglio: meta-analizzati...)  
... attraverso 12 nazioni  
... per un lavoro che ha coinvolto una

vera e propria multinazionale di 53 (cinquantatré!) autori,  
... distribuiti tra 39 (trentanove!) Istituti di ricerca universitari e non, tutti di un certo prestigio (ebbene sì, c'è pure un nutrito gruppo di istituzioni italiani!)...  
... attraverso quattro continenti!  
Se per incentivare il perseguimento di un alto livello di istruzione può essere utile ricorrere ad esperienze positive sul valore e sul progresso della conoscenza, beh, allora il lavoro di questa collaborazione intercontinentale potrebbe costituire, a buon diritto, un vero e proprio manifesto. E per quanto riguarda lo slogan per lanciarlo: Lunga vita all'istruzione o L'istruzione alla lunga vita, scegliete pure voi.

#### BIBLIOGRAFIA

Fiorito G, McCrory C, Robinson O, et al. Socioeconomic position, lifestyle habits and biomarkers of epigenetic aging: a multi-cohort analysis. *Aging* (Albany NY). 2019; 11:2045-2070. <https://doi.org/10.18632/aging.101900>  
... che suona più o meno come Posizione socioeconomica, stili di vita e biomarcatori dell'epigenetica dell'invecchiamento: un'analisi multi-coorte.

*Giacomo Galletti (le cui opinioni espresse nell'articolo sono da ritenersi strettamente personali).*

*Agenzia Regionale di Sanità Toscana.  
Da Salute Internazionale 10 Luglio 2019*

# Alimentazione, obesità e salute nel bambino e nell'adolescente

Anna Villarini

Baby Boom - Charles Shyer 1987

## Alimentazione, obesità e salute nel bambino e nell'adolescente

L'uomo, nel corso dei secoli, ha continuamente modificato le sue abitudini alimentari in base ai mutamenti sociali, politici ed economici, ai fattori climatici e ai credo religiosi. Se nella preistoria mangiava prevalentemente bacche, semi, frutti, parti tenere delle piante, insetti, piccoli animali e, a volte, grandi animali, in seguito con l'avvento dell'agricoltura e dell'allevamento ha aumentato, in maniera graduale, la disponibilità delle risorse alimentari.

Solo negli ultimi decenni sono entrati in gioco altri fattori che hanno contribuito a modificare, in maniera repentina, i consumi e le abitudini alimentari sia qualitativamente che quantitativamente. Lo sviluppo delle tecnologie applicate all'industria agro-alimentare, il miglioramento delle tecniche conservative, il potenziamento della rete dei trasporti, la capacità dei mass-media di raggiungere tutte le parti del pianeta ha dato l'avvio a un mercato globale che ha spinto l'uomo a uniformare le abitudini alimentari, a distaccarsi dai prodotti tradizionali, a mangiare cibi sempre più raffinati ed elaborati e a non avere più conoscenza della stagionalità dei cibi. Tutti i paesi del nord del Mondo, si sono trovati a

gestire un eccesso alimentare e hanno perso la consapevolezza della quantità e della qualità di ciò che viene mangiato. L'entrata in commercio di cibi già pronti, merendine, bevande zuccherate o dolcificate, fast food, street food e altro ha fatto sì che l'uomo si sia, con il tempo, abituato a consumare pasti gustosi quanto veloci, aspetto imposto in parte dai ritmi di vita e in parte da una martellante pubblicità a cui i bambini sono particolarmente sensibili.

Questi cambiamenti, associati a un consumo di cibo superiore alle necessità e a una ridotta attività fisica, hanno contribuito all'aumento del sovrappeso e dell'obesità, a sua volta fattore di rischio per numerose malattie cronico-degenerative, come le malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2, alcuni dei più frequenti tumori e patologia cronico-degenerative legate all'età ([http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/10keyfacts\\_nut\\_obe.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/10keyfacts_nut_obe.pdf); [https://ec.europa.eu/.../childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020](https://ec.europa.eu/.../childhoodobesity_actionplan_2014_2020)).

È invece noto da tempo che una dieta sullo stile Mediterraneo, ormai scomparsa nella maggior parte della popolazione, ricca in cereali integrali, pesce, verdura, olio extravergine di oliva, semi

oleaginosi e povera in grassi saturi, cereali raffinati, zuccheri semplici, bevande zuccherate, cibi animali (carne, salumi, uova latte e latticini) a esclusione del pesce, migliora le condizioni di salute, riduce l'incidenza di obesità, di sindrome metabolica e patologie non trasmissibili correlate (1;2;3;4)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in un documento del 2016 (5), dove definisce sovrappeso e obesità come un accumulo di grasso anormale o eccessivo che può compromettere la salute, evidenzia come l'enorme dilagare di aumento di peso sia in grado di dare origine a una vera e propria epidemia a livello mondiale. Infatti la maggior parte della popolazione vive in paesi in cui il sovrappeso e l'obesità uccidono più del sottopeso. Dal documento emerge anche che l'obesità nel mondo è quasi triplicata dal 1975. Oltre 1,9 miliardi di adulti, dai 18 anni in su, sono in sovrappeso. Di questi oltre 650 milioni sono obesi mentre il 39% di persone di età pari o superiore a 18 anni (39% degli uomini e 40% delle donne) è in sovrappeso. Complessivamente è stato osservato che circa il 13% della popolazione mondiale adulta è obesa (11% degli uomini e 15% delle donne) mentre 41 milioni di bambini sotto i 5 anni e 340

milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni sono in sovrappeso o obesi.

Secondo quanto riportato nel “Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2010” dell’OMS, circa 2,8 milioni di morti l’anno nell’Unione Europea sono dovuti a cause associate a sovrappeso e obesità.

La cattiva alimentazione e l’inattività fisica sono i principali fattori di rischio in relazione all’aumento di adiposità negli adulti, nei bambini e nei giovani e sono anche indipendentemente associati a un aumento di rischio di malattie non trasmissibili come:

- malattie cardiovascolari (principalmente malattie cardiache e ictus), che sono state la principale causa di morte nel 2012;
- diabete di tipo 2;
- disturbi muscoloscheletrici (in particolare l’artrosi - una malattia degenerativa altamente invalidante delle articolazioni);
- alcuni tipi di cancro (tra cui endometrio, seno, ovaio, prostata, fegato, cistifellea, rene e colon).

L’obesità infantile è associata a una maggiore probabilità di sviluppare obesità nell’età adulta, morte prematura e disabilità. Ma oltre ai maggiori rischi futuri, i bambini obesi hanno spesso difficoltà respiratorie, aumentato rischio di fratture ossee, ipertensione, marcatori di malattie cardiovascolari, insulino-resistenza e problematiche psicologiche.

La diffusione dell’obesità, in particolare fra i bambini, viene vista con crescente preoccupazione in tutta Europa.

L’eccesso ponderale riguarda indistintamente adulti e bambini, anche se gli alti livelli riscontrati nei giovani rappresentano un’area di particolare preoccupazione. I dati raccolti dalla Childhood

Obesity Surveillance Initiative della Regione europea dall’OMS mostrano valori di sovrappeso e obesità in bambini di 6-9 anni che variano da 11% a 37% tra i maschi e da 15% a 35% tra le femmine.

In Italia dai risultati dell’ultima indagine di “Okkio alla salute” ([www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/](http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/)), presentati il 4 maggio 2017 al Ministero della Salute emerge che il 21,3% dei bambini partecipanti è in sovrappeso mentre il 9,3% è obeso e il 2,1% manifesta obesità grave; il 38% delle madri di bambini in sovrappeso o obesi, ritiene che il proprio figlio sia sotto o normopeso. “Okkio alla salute” è un sistema di sorveglianza su sovrappeso, obesità e i fattori di rischio correlati il cui obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l’evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e individuare delle attività scolastiche favorevoli alla sana nutrizione e l’esercizio fisico, al fine di realizzare iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie. Riguardo le variabilità regionali si confermano prevalenze più elevate al Sud e al Centro anche se il divario tra le Regioni è in leggero calo. Il confronto con le rilevazioni passate evidenzia un trend in lenta ma costante diminuzione per quanto riguarda la diffusione del sovrappeso e dell’obesità tra i bambini italiani in studio:

- per l’obesità si è passati dal 12% del 2008/2009 al 9,3% del 2016
- per il sovrappeso si è passati dal 23,2% del 2008/2009 al 21,3% del 2016, anche se si osserva un leggero aumento, non statisticamente significativo, del sovrappeso nell’ultima rilevazione rispetto a quella del 2014.

Complessivamente, in meno di dieci anni l’eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) dei bambini è diminuito del 13% (passando da 35,2% nel 2008/2009 a 30,6% nel 2016) anche se i dati restano comunque preoccupanti.

Secondo l’OMS l’obesità e il sovrappeso sono prevenibili poiché la causa principale risiede in uno squilibrio energetico tra le calorie assunte e quelle consumate. Globalmente si osserva un maggiore apporto di cibi ad alta densità energetica (troppo ricchi in grassi e in zuccheri semplici) e un aumento dell’inattività fisica dovuta alla natura sempre più sedentaria della vita di adulti e bambini, al cambiamento delle modalità di trasporto e all’aumento dell’urbanizzazione. I cambiamenti negli stili di vita e nutrizionali sono spesso il risultato di cambiamenti ambientali e socio-economici associati allo sviluppo e alla mancanza di politiche di sostegno in settori quali sanità, agricoltura, trasporti, pianificazione urbana, ambiente, trasformazione alimentare, distribuzione, marketing e istruzione.

### **Obesità infantile: le strategie internazionali**

Per affrontare e gestire al meglio la crisi globale di obesità infantile, l’OMS ha istituito la Commission on Ending Childhood Obesity allo scopo di individuare quali approcci e interventi di contrasto all’obesità si siano dimostrati più efficaci nei diversi Paesi del mondo. Nel 2016 la Commissione ha redatto un report contenente sei raccomandazioni necessarie per far fronte all’ambiente “obesogenico” e ai periodi cruciali della vita per contrastare l’obesità infantile (figura L’Unione Europea, tra cui anche l’Italia con il documento “Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020”, pubblicato



a febbraio 2014, ha voluto rispondere all'esigenza di arrestare l'aumento di sovrappeso e obesità nei bambini e ragazzi (0-18 anni) entro il 2020. Il Piano d'azione, rivolto ai Paesi europei, fornisce una base su cui lavorare per implementare delle politiche nazionali di contrasto all'obesità basate su otto aree di intervento:

- sostenere un inizio di vita sano
- promuovere ambienti sani di vita (in particolare nelle scuole e gli asili)
- rendere l'opzione "sano" la scelta più semplice per la famiglia
- limitare la commercializzazione e la pubblicità rivolta ai bambini
- informare e responsabilizzare le famiglie
- incoraggiare l'attività fisica
- monitorare e valutare il fenomeno
- potenziare la ricerca

Anche l'American Heart Association (AHA) ha da poco pubblicato 7 raccomandazioni rivolte a bambini e adolescenti per mantenere un cuore sano, avere maggiori probabilità di vivere a lungo sani e felici e ridurre il rischio di sviluppare malattie croniche degenerative in età adulta tra cui il cancro, le patologie cardiovascolari e il diabete di tipo 2.

[http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/HealthyKids/LifeSimple7forKids/Life-Simple-7-for-Kids\\_UCM\\_466610\\_SubHomePage.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/HealthyLiving/HealthyKids/LifeSimple7forKids/Life-Simple-7-for-Kids_UCM_466610_SubHomePage.jsp).

Queste raccomandazioni sono:

- 1) Evitare il fumo e di fare uso di tabacco
- 2) Fare attività fisica tutti i giorni
- 3) Mangiare sano
- 4) Mantenere un peso adeguato
- 5) Mantenere la pressione arteriosa sana
- 6) Mantenere il colesterolo totale nei

range di normalità

7) Mantenere la glicemia nei range di normalità

Secondo l'OMS (5) a livello individuale, le persone dovrebbero limitare l'apporto energetico da grassi e zuccheri semplici, aumentare il consumo di frutta e verdura, legumi, cereali integrali e noci, e impegnarsi in attività fisica regolare (60 minuti al giorno per i bambini e 150 minuti sparsi durante la settimana per gli adulti).

La responsabilità individuale, però, può avere il suo pieno effetto solo quando tutte le persone, anche i soggetti più economicamente svantaggiati, saranno messe in grado di accedere a corrette informazioni in merito a stili di vita e alimentazione sani. Pertanto, a livello sociale è importante sostenere adulti e bambini attraverso la divulgazione di informazioni facilmente accessibili a tutti. Un esempio di tale politica potrebbe essere la tassazione delle bevande zuccherate più volte proposta. Anche l'industria alimentare dovrebbe impegnarsi nello svolgere un ruolo significativo nella promozione di stili alimentari sani ad esempio riducendo il contenuto di grassi, zuccheri semplici e sale negli alimenti trasformati, limitando la commercializzazione di alimenti ricchi di zuccheri, sale e grassi, specialmente se destinati a bambini e adolescenti e garantendo la disponibilità di scelte alimentari salutari.

Molte sono, però, ancora le "cattive abitudini alimentari" e la "scarsa attività fisica" tra i bambini italiani secondo le rilevazioni di "Okkio alla salute"; infatti dai dati emerge che viene fatta poca attività fisica (cinque giorni su sette solo il 12.5% delle femmine e il 17.3% dei maschi mentre completamente sedentari risultano essere il 9.7 % delle femmine

e il 6.7% dei maschi), che l'8% non fa colazione o la fa inadeguata (31.3%), che il 39.1% consuma una o più volte al giorno bevande zuccherate, favorendo un intake elevato di zuccheri semplici, e che il consumo di frutta e verdure è decisamente scarso (solo il 2% dei bambini consuma quattro o più porzioni al giorno).

L'American Heart Association invita a porre l'attenzione sul consumo complessivo di zuccheri semplici poiché la relazione tra il loro consumo e l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari, peso e dislipidemie è sempre scientificamente più forte. L'AHA, alla luce dei risultati di numerosi studio, ha indicato come ragionevole raccomandare che i bambini non debbano superare il consumo di 25 g di zuccheri aggiunti agli alimenti al giorno mentre è bene evitare completamente il consumo di questi alimenti prima della fine secondo anno di vita (6). Sebbene

gli zuccheri aggiunti possano essere tranquillamente consumati in piccole quantità come parte di una dieta sana, la maggior parte dei bambini americani ma anche italiani supera la quantità massima accettabile (in Italia la media è di 87 grammi/die che corrisponde al 21% di energia molto al di sopra del 5% consigliato dall'OMS) (7) e questo potrebbe diventare un importante obiettivo di salute pubblica.

Il progetto «Children, obesity and associated avoidable chronic diseases» (Bambini, obesità e patologie croniche evitabili associate) (8,9,10,11,12,13,14) ha coinvolto associazioni e fondazioni attive a livello internazionale nel campo della prevenzione cardiovascolare in 20 diversi Paesi europei, in collaborazione con British Heart Foundation- Health Promotion Research Group, Interna-

tional Association of Consumer Food Organisations e International Diabetes Federation – European Region ed è coordinato da EHN-European Heart Network e co-finanziato dalla Commissione Europea. Per quanto le informazioni disponibili sul marketing alimentare in Europa siano qualitativamente e quantitativamente diverse da Paese a Paese, da questa analisi è emerso un quadro chiaro e in linea con i risultati di altri studi analoghi. La maggior parte degli alimenti la cui pubblicità è diretta ai bambini è considerata “non salutare” poiché sono risultati troppo ricchi in grassi, in particolare saturi, o in zuccheri o in sodio oppure a scarso contenuto di minerali essenziali, vitamine e altri nutrienti necessari a un'alimentazione sana. La dimensione del mercato di questi alimenti varia sensibilmente: in Italia la presenza nella pubblicità televisiva diretta ai bambini di prodotti alimentari considerati “non salutare” si aggira attorno al 49%, in Danimarca e nel Regno Unito arriva quasi al 100%. Gli alimenti pubblicizzati e venduti in Europa che possono rientrare nella categoria dei “non salutare” risultano essere: patatine fritte, cioccolato/dolciumi, torte/biscotti/brioche ecc., alimenti tipici dei fast food (es. hamburger, salsicce, hot dogs ecc.), bevande gassate zuccherate, snack salati (es. noccioline, salatini, popcorn), cereali ricoperti di zucchero o cioccolato, latte intero/latte aromatizzato, gelato, yogurt zuccherati/ricchi di grassi, dessert zuccherati, creme da spalmare al cioccolato/marmellate, ecc., margarina/burro/oli, carne/prodotti a base di carne, altro (salsine, formaggi grassi, cibi precotti, pesce in scatola, pizza, acqua). I coordinatori del progetto hanno evidenziato la completa mancanza di indicazioni in etichetta

che possano indirizzare il consumatore a una scelta più sana.

Per pubblicizzare questi prodotti presso il pubblico infantile le aziende investono una grande quantità di denaro, soprattutto in pubblicità televisiva. È ormai riconosciuto che il marketing di alimenti “non salutare” esercita effettivamente un'influenza sui modelli di consumo in tutta la popolazione.

Per contrastarne gli effetti negativi, sarebbe perciò utile attivare strategie che operino su più fronti come rafforzare la regolamentazione del marketing alimentare, promuovere momenti informativi sulla sana alimentazione nelle scuole, regolamentare la vendita di prodotti non salutare attraverso i distributori automatici.

I programmi curriculari e le mense scolastiche, se ben costruiti, rappresentano uno strumento valido per educare a una sana alimentazione, anche perché la maggior parte dei bambini che frequentano la scuola consumano almeno un pasto e uno spuntino a scuola ogni giorno. Tuttavia una interessante ricerca riporta che gli insegnanti delle scuole elementari spesso mostrano bassi livelli di conoscenza nutrizionale per fornire una efficace formazione scolastica in ambito nutrizionale (15) e spesso le mense risultano inadeguate a promuovere una corretta informazione alimentare a causa dell'offerta di menù troppo lontani dagli standard di una sana alimentazione.

Molto utile sarebbe fornire un'educazione alimentare efficace anche alla popolazione generale, tra cui genitori e nonni, utilizzando diverse modalità (pubblicità durante le fasce orarie più seguite, convegni pubblici, seminari, utilizzo di altri media, come internet). Potrebbe risultare efficace anche limitare le promozioni dei cibi non saluta-



Baby Boom - Charles Shyer 1987

ri presso i punti di vendita e le raccolte punti o utilizzare un'etichettatura chiara sui prodotti alimentari, sviluppare degli standard per la definizione dei profili nutrizionali dei prodotti, introdurre regole più severe sul marketing alimentare sia a livello di Unione Europea che a livello mondiale e avviare ulteriori forme di monitoraggio in grado di valutare le strategie migliori.

I progetti di educazione e alfabetizzazione, sono stati spesso presentati come una delle alternative per contrastare l'effetto della pubblicità dei cibi non salutari e promuovere corretti stili alimentari tra cui la riscoperta della dieta Mediterranea(16) il cui abbandono ha portato a un aumento del sovrappeso e dell'obesità nelle regioni del sud Italia. Lo scopo di questi programmi è di far sviluppare nella popolazione il senso critico e la capacità di interpretare i messaggi pubblicitari tradizionali o quelli dei new media, come internet. Sebbene l'uso di piattaforme internet per insegnare la corretta alimentazione ai bambini abbia dimostrato di essere efficace, sono necessari ulteriori studi per confermare le metodiche più idonee al risultato. Alcuni dei principali vantaggi offerti da internet sono comunque: l'opportunità di mettere i bambini in contatto con i professionisti dell'istruzione e della salute; permettere tenere, in maniera facile divertente, un registro del cibo consumato; avvicinare in modo divertente i bambini, attraverso un linguaggio da loro conosciuto e utilizzato, alle novità in ambito scientifico-nutrizionale (17). Anche sviluppare, implementare e valutare un approccio interdisciplinare basato sulla teoria e sull'evidenza scientifica in merito all'attività fisica può influenzare la composizione corporea specie se alla teoria si affianca la possibilità di svolgere esercizi fisici sotto la supervi-

sione di personale qualificato (18).

La lotta al sovrappeso e all'obesità richiede dunque un lavoro di squadra in grado di garantire ai bambini un futuro migliore.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) *Oncotarget*. 2017 Jan 31;8(5):8947-8979. Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity. Di Daniele N, Noce A, Vidiri MF, Moriconi E, Marrone G, Annicchiarico-Petruzzelli M, D'Urso G, Tesauro M, Rovella V, De Lorenzo A.
- 2) *Int J Food Sci Nutr*. 2017 Mar;68(2):138-148. Adherence to the Mediterranean diet is inversely associated with metabolic syndrome occurrence: a meta-analysis of observational studies. Godos J, Zappalà G, Bernardini S, Giambini I, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez M.
- 3) *PLoS One*. 2016 Aug 10;11(8):e0159252. Effects of the Mediterranean Diet on Cardiovascular Outcomes-A Systematic Review and Meta-Analysis. Liyanage T, Ninomiya T, Wang A, Neal B, Jun M, Wong MG, Jardine M, Hillis GS, Perkovic V.
- 4) *Adv Nutr*. 2017 Jul 14;8(4):571-586. The Impact of the Mediterranean Diet on the Cognitive Functioning of Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Loughrey DG, Lavecchia S, Brennan S, Lawlor BA, Kelly ME.
- 5) Obesity and overweight. Fact sheet. Updated October 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- 6) *Circulation*. 2016;134:00-00. Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children A Scientific Statement From the American Heart Association.
- 7) *European Journal of Clinical Nutrition* (2014) 822 European children's sugar intake on weekdays versus weekends: the IDEFICS stud. Å Svensson, C Larsson, G Eiben, A Lanfer, V Pala, A Hebestreit, Huybrechts, JM Fernández-Alvira, P Russo, AC Koni, S De Henauw, T Veidebaum, D Molnár and L Lissner on behalf of the IDEFICS consortium
- 8) International Obesity Task Force (2004) Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health (eds Lobstein T, Baur L, Uauy R). Obesity Reviews 5 (Supplement 1): 1-104.
- 9) Consumers International (1996) A spoonful of sugar – Television food advertising aimed at children: An international comparative survey. London: CI
- 10) Consumers International (1999) Easy Targets – A survey of food and toy advertising to children in four Central European Countries. London: CI
- 11) Hawkes, C. (2004) Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment. Geneva:World Health Organization
- 12) Hawkes, C. (2002). Marketing Activities of Global Soft Drink and Fast Food Companies in Emerging Markets: A Review in: Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases. Geneva:World Health Organization.
- 13) Hawkes, C. (2004). Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment. Geneva:World Health Organization.
- 14) Livingstone, S. & Helsper, E. (2004) Advertising Foods to Children: Understanding Promotion in the Context of Children's Daily Lives. London: London School of Economics and Political Science
- 15) *Journal of School Health*. May 2016, Vol. 86, No. 5 American School Health Association Teaching Healthy Eating to Elementary School Students: A Scoping Review of Nutrition Education Resources. Louisa R. Peralta, PhD, Dean A. Didely, PhD, Wayne G. Cotton, PhD
- 16) *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 572; The Diet of Preschool Children in theMediterranean Countries of the European Union: A Systematic Review Lúís Pereira-da-Silva, Carla Rêgo and Angelo Pietrobelli
- 17) *Nutr Hosp* 2016;33:1444-1451. Online platforms to teach Nutrition Education to children: a non-systematic review. Domínguez Rodríguez A, Cebolla Martí AJ, Oliver-Gasch E, Baños-Rivera RM
- 18) *Front Public Health*. 2017 Dec 22;5:352. Development, Implementation, and Evaluation of an Interdisciplinary Theory- and Evidence-Based Intervention to Prevent Childhood Obesity: Theoretical and Methodological Lessons Learned. Ten Hoor GA, Plasqui G, Schols AMWJ, Kok G.

*Anna Villarini PhD  
Biologo Nutrizionista  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale  
dei Tumori Milano*

## I bisogni fondamentali dell'infanzia e il bambino trascurato

Il nastro bianco (Das Weiße Band) - Michael Haneke - 2009

Argomento di estrema delicatezza quello del bambino “trascurato”, purtroppo tragicamente oggetto della cronaca italiana di questi giorni che vede genitori troppo spesso unicamente posti sul banco degli imputati e servizi deputati all'infanzia incredibilmente coinvolti in azioni che rovinano, anziché tutelare, i bambini.

Il Dossier partendo dall'analisi dei bisogni fondamentali del bambino - primo fra tutti il bisogno assoluto di relazioni affettive stabili - presenta studi e ricerche sull'argomento, chiarimenti concet-

tuali e propone di collocare la problematica all'interno del contesto sociale, strutturale e culturale nel quale la *trascuratezza* del bambino si sviluppa.

Sono individuate - sulla base della letteratura - risposte al fenomeno, soprattutto in un'ottica preventiva, nonché gli elementi chiave di efficaci programmi di intervento. Questi sono precocità, continuità, intensità e flessibilità, singolarità in relazione dello specifico contesto di vita della famiglia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità designa la visita domiciliare come strumento di provata

efficacia. Il sistema delle cure primarie - nell'ottica della sanità di iniziativa - a nostro avviso deve far propria questa azione di accompagnamento, supporto ed educazione per la prevenzione della *trascuratezza*, ma avendo come riferimento gli elementi chiave citati.

Ringraziamo *Santè en Action* per i documenti messi a disposizione e l'Associazione Culturale Pediatri, in particolare l'amica Carla Berardi, per il contributo concesso.

## Una introduzione

Maud Gorza, Flora Bolter

Le conoscenze sui bisogni fondamentali del bambino si sono considerevolmente ampliate nel corso dell'ultimo decennio. Il lavoro fatto dai precursori aveva mostrato quanto l'ambiente sociale ed emotivo fosse vitale per lo sviluppo del piccolo bambino. La ricerca più recente - compreso il ruolo delle neuroscienze sull'emotività e la socialità - hanno confermato quei lavori pionieristici.

Il Centro sullo sviluppo del bambino dell'Università di Harvard li ha esplicitati e ha quindi individuato tre bisogni fondamentali che costituiscono la base per un sano sviluppo del bambino: relazioni stabili e ricettive per lo sviluppo di interazioni coerenti, stimolanti e protettive tra bambini e adulti; ambiente fisico-chimico sicuro e favorevole; nutrizione adeguata [1].

La conoscenza impegnata nella protezione dell'infanzia e nella promozione della salute perinatale ha come punto comune l'interrogarsi su questi bisogni - diritti fondamentali del bambino, la cui soddisfazione è necessaria per consentire "la costruzione del soggetto nella pienezza delle sue potenzialità, nel rispetto dei suoi diritti, al servizio del suo sviluppo per l'accesso all'autonomia e alla socializzazione [2]"

Questo prisma tende a sostituire ormai da diversi anni, sul piano legislativo così come sul piano operativo, una definizione inizialmente espressa in negativo: eliminare o evitare il rischio nell'ambito della protezione dell'infanzia, evitare (nel senso di prevenire) malattia o disabilità in riferimento alla salute.

Questi lavori si aggiungono in particolare alla somma sempre più ricca di conoscenze sulla finestra di opportunità e vulnerabilità che costituisce il periodo dei primi mille giorni, che va dal concepimento fino ai due anni di vita del bambino. Esposi-

zione a condizioni favorevoli (espressione generale: emotive, fisiche, socio-economiche, nutrizionali) o sfavorevoli durante questo periodo avranno un'influenza sullo sviluppo e sulla salute del bambino a breve, medio e lungo termine.

### Approccio eco sistemico

Questo stato delle conoscenze sui bisogni fondamentali del bambino richiede di interrogarci sulle competenze richieste agli adulti incaricati di "prendersi cura" dei bambini<sup>1</sup> in primo luogo genitori (o anche altri soggetti loro vicini) e professionisti responsabili della cura della prima infanzia e dell'infanzia, sulle loro capacità di promuovere lo sviluppo dei bambini e della loro famiglia. È quindi essenziale prendere in considerazione e supportare le condizioni in cui le abilità possono essere costruite. Le conoscenze non devono bloccarci solo ad un approccio orientato ad azioni mirate all'individuo, ma ci incoraggiano, al contrario, ad agire sui determinanti della salute perinatale, compresi i determinanti sociali e territoriali, tramite una combinazione di politiche pubbliche adattate, interventi in diversi contesti di vita, in particolare sotto forma di programmi di prevenzione strutturati precoci.

Diversi esempi di programmi sono presentati in questo numero. In definitiva, questo approccio eco-sistemico sui bisogni di base del bambino si adatta totalmente al processo di promozione salute come definito dalla carta di Ottawa<sup>2</sup> dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS).

1. Come menzionato nel documento dalla Consensus Conference sui Bisogni principali fondamentali della protezione dei minori " , il termine caregiver inglese rispecchia meglio questa attività superando la "buona cura" fisica o psicologica e indica la preoccupazione dell'adulto la cui l'attenzione è

tesa verso il bambino: *cura* in inglese significa che siamo preoccupati, toccati da qualcosa che ci interessa.

2. "Lo scopo della promozione della salute è quello di fornire agli individui maggior controllo sulla propria salute e strumenti per migliorarlo. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico-mentale, l'individuo, o il gruppo, deve essere in grado di identificare e perseguire le sue ambizioni, soddisfare le sue esigenze ed evolvere con il suo background o adattarsi ad esso. La salute è percepita come risorsa della vita di tutti i giorni, e non come lo scopo della vita; è un concetto positivo; l'attenzione è posta sulle risorse sociali e personali, e sulle abilità fisiche. La Promozione della salute non riguarda solo il settore sanitario: non si limita a sostenere l'adozione stile di vita che promuovono la buona salute; è sua ambizione il completo benessere dell'individuo. " Fonte: Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Online: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_E.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_E.pdf)

### BIBLIOGRAFIA

[1] Center on the Developing Child. The Foundations of Lifelong Health [InBrief], 2010. <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-The-Foundations-of-Lifelong-Health-1.pdf>

[2] Dr Martin-Blachais M.-P. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. [Rapport] remis à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, Paris : Direction générale de la cohésion sociale, 28 février 2017 : 129 p. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>

Maud Gorza,  
chargée de projet en santé publique,  
unité petite enfance,  
Direction de la prévention  
et de la promotion de la santé,  
Santé publique France,  
Flora Bolter,  
chargée d'études, Observatoire  
national de la protection de  
l'enfance (Onpe).

Da: La Santé en Action  
Numero 447 - 2019

## Bisogni fondamentali del bambino. Lo stato delle conoscenze<sup>1</sup>

*Flora Bolter, Anne-Clémence Schom, Elsa Keravel, Anne Oui, Gilles Séraphin*

Il nastro bianco (Das Weiße Band) - Michael Haneke - 2009

I bisogni dell'individuo esprimono la sua dipendenza rispetto al suo ambiente esterno (Pourtois e Desmet, 2011). Secondo Henri Laborit (citato da Pain, 2009), i bisogni degli esseri umani sono correlati alla sua condizione di sviluppo (Zaouche et al., 2007). Per un bambino in stato di "immaturità organica" (David, 2013), e quindi di dipendenza completa dal suo ambiente, la soddisfazione dei bisogni indispensabili alla sua sopravvivenza richiede l'intervento di un altro, il genitore il più delle volte. In una prospettiva di sviluppo, la sfida della soddisfazione dei bisogni del piccolo umano è quella di dargli quella cura senza la quale [egli] non può né crescere, né imparare, né sviluppare (Brazelton e Greenspan, 2003). Le diverse dimensioni di sviluppo, motorio neurologico, emotivo e relazionale sono assolutamente interdipendenti nei primi mesi (David, 2013). Per Thomas Berry Brazelton e Stanley Ira Greenspan (2003), un feedback continuo (effetto loop) tra ereditarietà (o modello "fisiologico" del bambino) e ambiente (specialmente le reazioni dei genitori) concorre allo sviluppo del bam-

bino: i genitori devono adattare il loro comportamento ai bisogni singolari del loro bambino (dal punto di vista del suo "temperamento" e "schema fisiologico") in modo che egli possa sviluppare le proprie singolari qualità.

### **Consenso quasi universale intorno a determinati bisogni**

Ci sono "bisogni di base"? Alcuni sono più importanti di altri? Diverse classificazioni sono state stabilite e questo dal 1938 (Pourtois e Desmet, 2011). Carl Lacharité, Louise Ethier e Pierre Nolin (2006) rilevano un consenso quasi universale su determinati bisogni (fisici o educativi); altri (i bisogni di ordine psicologico per esempio) suscitano disaccordo tra una comunità di studiosi e un'altra, anche all'interno della stessa comunità. Nel 1970, Abraham Harold Maslow ha proposto una teoria motivazionale centrata su cinque bisogni umani fondamentali e una gerarchia al loro interno (bisogni fisiologici, sicurezza, amore, stima, auto-realizzazione). Per Maslow, il manifestarsi di un bisogno dipende dalla soddisfazione del bisogno

"precedente".

Il paradigma di dodici bisogni psicopedagogici sviluppato da Jean-Pierre Pourtois e Huguette Desmet (2011) comprende quattro dimensioni (emotiva, cognitiva, sociale e valoriale), ciascuna delle quali copre tre esigenze specifiche del bambino, il che implica specifiche categorie di attitudine genitoriale. T. B. Brazelton e S. I. Greenspan (2003) definiscono sette "bisogni imprescindibili". Questi sono esperienze e cure che ogni bambino ha il diritto di ricevere, formulate come segue: la necessità di relazioni calde e stabili; la necessità di protezione fisica, sicurezza e regole; la necessità di esperienze adeguate alle differenze individuali; la necessità di esperienze adeguate allo sviluppo; il bisogno di confini, strutture e aspettative; la necessità di una comunità stabile, del suo supporto, della sua cultura; la necessità di protezione del suo futuro.

### **Approccio ecosistemico ai bisogni del bambino**

I Programmi nazionali di assistenza

all'infanzia basati sull'approccio ecossistemico ai bisogni del bambino, pur se poggiano su sette bisogni evolutivi del bambino nel Regno Unito (Looking after children) come in Québec (iniziativa Aiuto) e in Italia (Programma intervento per prevenire l'istituzionalizzazione), forniscono formulazioni diverse da quelle proposte da T. B. Brazelton e S. Greenspan. Per i programmi inglesi (Jones, 2015) e del Québec (Lessard et al., 2010), i sette i bisogni sono: salute, educazione, sviluppo comportamentale ed emotivo, identità, relazioni familiari e servizi sociali, la rappresentazione di sé, la capacità di prendersi cura di sé. Per il programma italiano (Milani, 2015), le sette dimensioni di cui il bambino ha bisogno per crescere sono: salute e crescita; emozioni, pensieri, comunicazione e comportamento; identità e stima di se stessi; autonomia; relazioni familiari e sociali; apprendimento; giochi e tempo libero.

### **Assicurare relazioni emotive stabili: il bisogno assoluto**

La rappresentazione dei bisogni fondamentali si è evoluta da un modello gerarchico - secondo A. H. Maslow come notato sopra - verso l'identificazione di un "meta" bisogno (Lacharité et al., 2006). Il "meta" bisogno è il bisogno che tutti i bambini hanno di stabilire relazioni affettive stabili con persone del loro entourage che siano psicologicamente disponibili. Questo bisogno è assolutamente "meta" perché comprende la maggior parte (se non tutti) gli altri bisogni fondamentali di un bambino durante il suo sviluppo.

La soddisfazione di questi ultimi sembra possa essere raggiunta solo in un contesto di sufficiente soddisfazione del primo bisogno. Quindi, per T.B.

Brazelton e S.I. Greenspan, gli aspetti "regolatori" di relazioni calde e stabili (che forniscono sicurezza, garantiscono la salute fisica, rispondono ai bisogni di base come cibo e riparo) aiutano i bambini a rimanere in uno stato di serenità e disposizione al nuovo apprendimento. Rispondere in modo pertinente ai bisogni relazionali del bambino ha come obiettivo principale preservare la sensazione di sicurezza di base, che è prerequisito di qualsiasi sviluppo dinamico (Bonnevillle-Baruchel, 2014).

### **Bisogni simili secondo le situazioni?**

Anche se possiamo identificare un corpus di bisogni di base, questo non significa che "i bisogni del bambino" sia un concetto applicabile allo stesso modo in tutte le situazioni.

La prima osservazione è che è necessario distinguere le esigenze in base alla stessa definizione di infanzia: il periodo dalla nascita all'età adulta è caratterizzata da diversi ritmi e fasi, con una capacità di espressione e livello di discernimento le cui realtà sono in costante evoluzione e i bisogni del bambino non trovano la stessa espressione in un neonato, un bambino o un adolescente.

Questo ha portato molti autori a pensare all'identificazione di bisogni proponendo una divisione dell'infanzia in diversi periodi e sull'accompagnamento adatto per ognuno di essi.

### **"Potere sentirsi in grado di esistere continuamente"**

A questa realtà evolutiva del bambino e alla sua relazione con il mondo corrispondono bisogni che pur rimanendo dello stesso tipo, si esprimono in modo diverso secondo le età. Queste differenze sono particolarmente evidenti nel primo periodo di vita. Marie-Paule Du-

rieux (2013) descrive il collegamento che è tessuto tra i genitori e il bambino al momento della nascita, evidenziando lo stato di forte dipendenza del bambino nei confronti del suo ambiente e dei suoi genitori. La cura di corpo e mente adeguata definita da Donald Woods Winnicott (1989), sono necessarie per lui, secondo l'espressione usata da sempre nel suo libro "per potersi sentire in grado di esistere continuamente" messa a fuoco sui bambini da 0 a 2 anni; anche Myriam David (2013) sottolinea la necessità di prendere in considerazione la specificità di questo tempo e i bisogni espressi, e questo per l'intero futuro del bambino.

Anne Perret e Fabien Pouille (2015) propongono un dispositivo che soddisfi i bisogni degli adolescenti da 10 anni a 18 anni, tenendo conto della particolarità delle rielaborazioni psichiche caratteristiche di questo periodo.

I bisogni del lattante, del bambino e dell'adolescente non sono identici: senza necessariamente cedere al determinismo che può sorgere da approcci su fasi, rimane necessario adattare la pratica e l'identificazione del bisogno secondo l'età. L'opuscolo sull'analisi dei bisogni del bambino (Cabe), sviluppato in Québec, presenta adattamenti corrispondenti a sei gruppi di età: dal periodo prenatale a 1 anno; dal 1 a 2 anni; da 3 a 4 anni; da 5 a 10 anni; da 11 a 15 anni; dai 16 ai 18 anni. Tuttavia, Emmanuelle Bonneville-Baruchel (2014) propone di prendere in considerazione l'età psichica del bambino come età reale, cioè considerare lo stato in evoluzione della sua costruzione soggettiva e delle sue abilità psichiche.

Inoltre, il sesso biologico e anche il genere sociale costituiscono elementi che possono essere chiamati in causa

per adattare alla lettura dei bisogni del bambino, della situazione individuale di ogni bambino.

In generale, gli autori non propongono un'ipotetica differenza ontologica tra ragazzi e ragazze che costituirebbe una differenza radicale nei loro bisogni (questa differenza è presentata come organica, esistenziale o culturale). Pur tuttavia, il tipo di problema incontrato non è lo stesso a seconda che i bambini o gli adolescenti siano ragazze o ragazzi (Lanctôt, 2015).

Inoltre, l'accompagnamento che viene offerto ai bambini molto piccoli, tiene spesso conto in maniera diversa dei bisogni a seconda che siano maschi o femmine (Cresson, 2010).

Per quanto riguarda le azioni con adolescenti, gli studi mettono in evidenza un adattamento quasi esclusivo al target maschile. Inoltre, una forte considerazione di queste differenze può portare a un rafforzamento di stereotipi.

Altre caratteristiche socio-demografiche, culturali e religiose possono avere

un impatto sull'identificazione dei diversi bisogni dei bambini. In relazione alla protezione dell'infanzia e, in particolare l'articolo 20 della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia afferma che "si deve tenere debitamente in conto la necessità di continuità nell'educazione del bambino secondo la sua origine etnica, religiosa, culturale e linguistica".

I bisogni culturali (nel senso del bisogno di prendere in considerazione particolarità culturali, religiose, ecc.) non sono diritti specifici di alcuni bambini che avrebbero la "particolarità" dell'essere di una cultura o tradizione considerata come "altra". Questi diritti universali e inalienabili, basati sull'analisi dei bisogni di ogni bambino, si esprimono in una varietà di contesti e questo può comportare un'attenzione differenziata. È lo stesso per situazioni di disabilità, che creano espressioni di "bisogni speciali" nei paesi anglo-sassoni, o bisogni "specifici" "o" individuali" "nei Paesi francofoni.

Questo articolo è tratto da una precedente pubblicazione. Per i riferimenti bibliografici citati in questo contributo vedi: Bolter F., Keravel E., Oui A., Schom A.-C., Seraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. Revue des politiques sociales et familiales, 2017, no 124 : 105-112. L'articolo è on-line a : [https://www.persee.fr/doc/caf\\_2431-4501\\_2017\\_num\\_124\\_1\\_3210](https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2017_num_124_1_3210)

Altri riferimenti bibliografici :

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Les besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance.

[Note d'actualité], Paris : ONPE, octobre 2016 : 125 p. [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu\\_besoins\\_de\\_lenfant.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf) ]

1. Ruolo degli autori al momento della pubblicazione del loro articolo in Revue des politiques sociales et familiales, 2017, no 124 : p. 107-112.

*Flora Bolter et Anne-Clémence Schom, chargées d'études à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, Elsa Keravel et Anne Oui, chargées de mission à l'Observatoire national de la protection de l'enfance, Gilles Séraphin, directeur de l'Observatoire national de la protection de l'enfance<sup>1</sup>.*

*Da: La Santé en Action  
Numero 447 - 2019*



Il nastro bianco (Das Weiße Band) - Michael Haneke - 2009

## La negligenza verso i bambini: stato delle conoscenze e modalità di intervento

*Carl Lacharité, Louise Éthier, Pierre Nolin<sup>1</sup>*

Il ladro di bambini - Gianni Amelio - 1992

### **Definizione**

La negligenza si manifesta attraverso una carenza significativa o perfino una assenza di risposta ai bisogni del bambino, riconosciuti come fondamentali sulla base della conoscenza scientifica e dei valori sociali adottati dalla comunità di cui il bambino fa parte.

Questi bisogni di base sono principalmente fisici ed educativi. Tuttavia, la loro soddisfazione si basa su un bisogno primario di ordine psicologico: il bisogno, per il bambino, di attenzione e la disponibilità psicologica del suo entourage nei suoi confronti.

La mancanza di risposta ai bisogni comporta un rischio significativo per lo sviluppo del bambino. Questa mancanza è attribuibile a una difficoltà significativa o una incapacità (circostanziale o cronica) della rete sociale vicino al bambino di agire in conformità con gli standard minimi di cura fisica, psicologica ed educativa, riconosciuti all'interno della comunità della quale il bambino è parte. Questa difficoltà o questa incapacità è, in primo luogo, attribuibile ai genitori (o qualsiasi altro adulto che ne abbia

la custodia fisica). Tuttavia, se questi non hanno alcuna condizione minima di esercizio delle loro responsabilità nei confronti del bambino, la responsabilità deve essere "distribuita" ad altri attori che fanno parte dei contesti di sviluppo del bambino.

Sulla base dei bisogni specifici si manifestano, questa definizione consente di distinguere almeno quattro tipi di negligenza:

- negligenza fisica: alimentazione, alloggio, abbigliamento, cura della salute;
- negligenza educativa: stimolazione, sorveglianza, supervisione;
- negligenza multipla: bisogni fisici ed educativi;
- negligenza affettiva: in essa i bisogni fisici o educativi sembrano ricevere una risposta adeguata, ma le figure genitoriali mancano di manifestare l'attenzione o la disponibilità psicologica il contesto sociale si aspetta da loro.

Questo ultimo tipo di negligenza è particolarmente difficile da operativizzare (caratterizzare Ndr) e poggia, nella maggior parte dei casi, su atti di rifiuto, ostilità, intrusione o indifferenza psicologica. In ogni caso, un aspetto della dimensione

affettiva della negligenza - cioè la difficoltà, presso le persone che si prendono cura del bambino, a mostrare attenzione e disponibilità psicologica verso quest'ultimo, la cosiddetta funzione riflessiva - è presente nelle altre due forme di negligenza (fisica ed educativa).

La negligenza affettiva può manifestarsi anche in assenza negligenza fisica ed educativa. In questi casi, la negligenza affettiva è accompagnato da comportamenti interattivi che interferiscono con una risposta adeguata ai bisogni del bambino: ostilità, intrusione, indifferenza e produce una forma particolare di negligenza.

### **Eziologia della negligenza verso i bambini**

La negligenza verso i bambini si fonda sulla combinazione di due meccanismi. Il primo è il turbamento del rapporto tra figure genitoriali e bambino, caratterizzato dalla presenza di un basso livello di interazioni e, quando c'è interazione, da interazioni principalmente negative. Il secondo meccanismo consiste in una rottura della relazione tra famiglia e comunità, caratterizzata dall'isolamento

delle figure genitoriali “funzionali” e del bambino:

- situazioni di isolamento sociale con assenza o quasi di contatti tra la famiglia e coloro che la circondano;
- situazioni in cui la rete di supporto formale della famiglia si è sviluppata a spese della rete informale, la vita sociale della famiglia non ruota che attorno a pochi servizi conosciuti
- situazioni di insularità della famiglia, (rete di supporto sociale essenzialmente chiusa in se stessa), che riduce considerevolmente la disposizione regolare, varia e contingente di supporto informale e formale;
- situazioni in cui i conflitti interpersonali causano ripetuta instabilità sociale che interferisce con il supporto informale e formale.

Fattori contestuali, inclusi la mancanza di supporto sociale e risorse collettive - economiche, sociali o culturali - pesano in particolare modo nel manifestarsi di situazioni di condizioni di negligenza.

La presenza di fattori di stress cronico (eventi incontrollabili, quotidiani), nell'ambiente e nella famiglia stessa, contribuisce al rischio di negligenza.

In termini di caratteristiche delle figure genitoriali, le principali condizioni di rischio sono presenti in situazioni di gravidanze in età precoce o numerose e in presenza di problemi di salute mentale. Il numero di gravidanze e nascite, in particolare quando non sono pianificate, è un importante fattore di rischio di negligenza. I problemi di salute mentale associati alla negligenza comprendono principalmente tossicodipendenza, depressione e disturbi della personalità.

Competenze (nel senso di abilità) sociali deficitarie (impulsività, sfiducia, bassa autostima), abilità deboli (nel senso

di attitudini, ndr) nel risolvere problemi - manifestate in particolare, attraverso deficit cognitivi, ritardo intellettuale - possono costituire fattori determinanti un effetto moderato sul manifestarsi di situazioni di negligenza.

I bambini stessi, attraverso la presenza di caratteristiche negative, quali un temperamento irritabile o problemi comportamentali, possono contribuire ad aumentare i rischi di negligenza verso di loro.

### Conseguenze della negligenza verso i bambini

La negligenza verso i bambini si manifesta in quattro aree. La prima concerne un aumento del rischio di mortalità o morbosità sul piano fisico, attraverso un numero più alto di casi di eventi isolati di violenza - annegamento, soffocamento, avvelenamento, caduta quando il bambino è lasciato incustodito - o situazioni croniche di negligenza fisica - ad esempio malnutrizione estrema fino al decesso. Queste conseguenze fatali sembrano essere riconducibili a negligenza educativa o multipla anziché di tipo essenzialmente fisico. I rischi di morbosità fisica comprendono l'esposizione prenatale all'alcol (sindrome alcool fetale) o ad altre sostanze psicotrope, arresto della crescita (in particolare dalla malnutrizione), lesioni e l'assenza di quelle cure mediche di cui il bambino può avere bisogno.

La seconda area si riferisce all'aumento di rischio di esposizione ad altre forme di maltrattamento: situazioni di negligenza possono costituire un contesto favorevole alla comparsa e al mantenimento di abuso fisico, psicologico e sessuale da parte delle figure genitoriali o di adulti vicini al bambino.

Una terza area di conseguenze riguarda le restrizioni pesanti di cui possono

soffrire i bambini trascurati all'interno della loro “nicchia ecologica”. Quando un bambino si sviluppa, ha bisogno di una varietà e una serie di esperienze positive, dentro e fuori la famiglia, che gli consentano di stimolare le sue potenzialità personali ed esplorare il mondo. Gli ambienti negligenti limitano l'accesso, l'uso e la qualità di risorse della comunità a disposizione dei bambini, il che viene a ridurre significativamente le opportunità di partecipazione dei bambini a una molteplicità di contesti sociali e di attività educative e normative che contribuiscono a sostenere il loro sviluppo, in aggiunta alle relazioni familiari.

Le situazioni di negligenza, inoltre, minano direttamente lo sviluppo globale dei bambini, interferiscono con i meccanismi di protezione che consentirebbero loro di ridurre l'esposizione a condizioni di rischio e favorire lo sviluppo di capacità di farvi fronte.

L'ultima area si riferisce alle conseguenze evolutive, direttamente attribuibili a negligenza dalle figure genitoriali.

### La scoperta sensoriale del mondo e lo sviluppo neurocognitivo

I bambini trascurati devono esplorare il mondo senza un quadro sociale che consenta loro di renderlo comprensibile. Possono quindi sentirsi sopraffatti e spaventati da ciò che percepiscono e volere di conseguenza proteggersi ritraendosi o disinteressandosi a ciò che li circonda.

Possono anche diventare “affamati” di esplorazione, ma ciò viene fatto in modo disordinato e senza nessun altro scopo che la stimolazione stessa. Nel periodo prescolare e all'ingresso a scuola, hanno già accumulato ritardi in alcune funzioni neurocognitive (tra cui attenzione, concentrazione, memoria, pianificazione).

Il carattere di imprevedibilità del mondo che li circonda rende loro difficile organizzare in maniera coerente le relazioni causa-effetto. Se il bambino, oltre ad essere trascurato, è abusato fisicamente o psicologicamente, il suo ambiente diventa per lui imprevedibile e ostile, una combinazione a cui è assolutamente arduo adattarsi. Durante il periodo scolastico, ha difficoltà di concentrazione e pianificazione del proprio lavoro. Attività che gli richiedono sforzi sono vissuti come frustrazioni e ciò gli fa preferire passare a qualcos'altro.

A differenza dei bambini della stessa età non crede che il successo di un'azione sia il risultato del suo sforzo e dunque si impegna poco poiché non riesce a padroneggiare la sua scarsa motivazione. Ha spesso problemi di comportamento che interferiscono con il suo apprendimento. Accumula così, rapidamente, fallimenti scolastici. La scuola diventa un altro luogo imponderabile e talvolta persino ostile.

### **Impegno reciproco e comunicazione**

Durante la prima infanzia, il bambino trascurato diventa rapidamente consapevole che i suoi tentativi di impegno sociale con le persone che condividono la sua vita si concludono con un fallimento. Altre volte è esposto dalle persone intorno a lui a un'ondata di messaggi di difficile decodifica. Questo lo rende confuso e può perfino provarli una reazione di paura (specialmente se percepisce l'ostilità nei messaggi).

Nel periodo prescolare, il bambino trascurato riceve scarsa sollecitazione a imparare a usare le parole per comunicare con chi lo circonda - Tanto, non mi ascoltano!

D'altra parte, impara meglio a usare il proprio corpo per comunicare le idee che ha in mente o le emozioni che prova. Impara ad esprimersi attraverso le azioni, perché è questa forma di comunicazione che è usata

principalmente con lui. Durante il periodo scolastico ha poco interesse a relazionarsi con i coetanei.

A nessuno importa davvero di ciò che sente, perché dunque dovrebbe lui avere a cuore un altro? A una sola persona importa davvero di lui: se stesso! Il bambino trascurato in età scolare sviluppa spesso un atteggiamento egocentrico, che, nel migliore dei casi, lo porta a essere trascurato anche dai suoi pari o, nel peggiore dei casi, ad essere respinto. Le sue deboli abilità con le parole costituiranno anche una fonte di complicazioni nelle sue relazioni sociali. Quando vede altri bambini e adulti usare sempre più parole per esprimere idee e emozioni, ciò può suscitare sentimenti di paura e rafforzare il suo ripiegamento sociale o suscitare sentimenti di rabbia che possono condurlo anche ad aggredire gli altri. Crea, quindi, la situazione più comprensibile per lui: quando vede l'altra persona piangere come reazione si arrabbia, poiché questa è una forma di coinvolgimento e la comunicazione che gli è familiare.

### **Espressione e controllo affettivo**

Il controllo degli affetti è il processo che consente al bambino di mantenere o recuperare uno stato di benessere e agio, di controllare la quantità di stimoli sui quali concentra l'attenzione e modulare il suo grado di emozioni secondo le diverse situazioni che incontra. Di norma, il bambino impara gradualmente a padroneggiare questo potenziale, all'interno di un contesto di regolazione reciproca: sono le persone con cui vive a fornirgli le prime strutture di regolamentazione. Durante la prima infanzia, il bambino trascurato non ha a disposizione nessuna di tale struttura reciproca di regolazione affettiva. È quindi esposto regolarmente a stati emotivi negativi

intensi ed prolungati. Deve convivere da solo con loro. Deve fidarsi dei suoi sistemi d'azione pre-adattati (ad esempio chiude gli occhi, gira la testa) o fare il massimo uso delle modeste strategie cognitive che possiede. È difficile per il bambino mettere in atto strategie di regolazione affettive più complesse. Nel periodo prescolare, a differenza di altri bambini della sua età, il bambino trascurato differenzia poco gli affetti. Il suo registro emotivo si amplia ben poco. Si muove con gli stessi affetti e le stesse emozioni, poco differenziate, che caratterizzano la prima infanzia: rabbia, paura, sorpresa, tristezza, gioia, interesse.

Pertanto, nelle sue relazioni sociali - con coetanei non trascurati o educatori - mal riconosce emozioni più sfumate rispetto a quelle che altri possono esprimere (per esempio rimpianto, invidia, noia, impazienza).

In termini di regolazione affettiva, il bambino trascurato in età prescolare è più abile a modulare i suoi stati emotivi, ma il risultato lo fa raramente sentire a suo agio, soddisfatto ed efficiente. Nel periodo della scuola, il divario tra il registro affettivo del bambino trascurato e quello dei suoi pari ed educatori aumenta ancora di più. Egli sviluppa un numero di strategie superiori a quelle sviluppate durante il periodo prescolare (ansia da ritiro, passività, inibizione, intimidazione-aggressività).

Questo crea situazioni relazionali difficili da comprendere da parte di altri (compresi gli educatori) e spinge gli altri a disimpegnarsi o, solo se non hanno scelta ad assumersi la responsabilità di controllarlo.

### **Attaccamento e rappresentazione di sé e degli altri**

Nelle sue relazioni di attaccamento, il bambino trascurato acquisisce, nella prima infanzia, la convinzione di non

essere abbastanza importante poiché nessuno si preoccupa per lui e quelle persone che potrebbero essere in grado di proteggerlo e confortarlo sono addirittura fonti di paura e disagio.

Difficilmente può avere confidenza con loro. Il bambino trascurato fa così tutto ciò che gli è possibile per attaccarsi a persone imprevedibili e insensibili ai suoi segnali di difficoltà – e a volte ostili. Questo richiede molta fatica e attenzione da parte sua. Oscilla tra due strategie: da una parte esprime attraverso una angoscia molto forte, il suo bisogno di prossimità e la sua rabbia per non essere confortato, e dall'altra inibisce questi potenti affetti quando non arriva nessuna risposta o quando la risposta suscita un aumento di ansia.

Nel periodo prescolare, nelle sue relazioni di attaccamento, il bambino trascurato continua a sviluppare questi due registri - per esempio, esprimere altro rispetto a ciò che sente internamente per controllare la reazione dei genitori; manifestare comportamenti di controllo e punitivi nei confronti di una madre o a padre apatico. Questo tipo di relazione di attaccamento lo porta a sviluppare rappresentazioni scisse da se stesso e dalle sue figure di attaccamento: immagine negativa di sé e dei genitori, immagine idealizzata di sé e dei genitori. Questo è il motivo per il quale quando il bambino trascurato inizia ad andare scuola, tende a percepire se stesso più competente di quanto lo consideri la sua insegnante. Al contrario, alla fine del periodo scolastico tende a percepire se stesso meno competente e meno accettato dagli altri, cosa confermata dal suo insegnante.

### **Prevenire e contrastare la trascuratezza verso i bambini**

È necessario inscrivere gli interventi

per affrontare la negligenza in una logica di servizi integrati a livello locale (abitazione, lavoro, istruzione, salute, riabilitazione, servizi sociali, giustizia) focalizzando l'attenzione sui bambini trascurati e sulle figure genitoriali responsabili del loro benessere. Questa logica di integrazione dei servizi richiede di prestare un'attenzione particolare alla costruzione di un quadro comune che consenta di capire i bisogni dei bambini e di condividere le responsabilità da parte degli adulti appartenenti all'entourage immediato.

Turbamenti delle relazioni tra figure genitoriali e figli, interruzione di relazione tra famiglia e comunità: queste difficoltà scandiscono la vita di genitori e bambini che lottano con situazioni di negligenza. I bisogni del bambino implicano che prestiamo attenzione alle relazioni stabilite tra le figure genitoriali e i professionisti del sociale, educativo, salute e giustizia. Queste relazioni il più delle volte rilevano una doppia logica: una logica di autorità il cui scopo è la standardizzazione dei comportamenti dei genitori e una logica di supporto il cui obiettivo è quello di rafforzare il potenziale delle persone e della comunità di occuparsi del benessere dei bambini. Uno dei principali cardini di queste alleanze è basato sulla costruzione di spazi che permettano alle figure genitoriali e ai professionisti di condividere una riflessione sui bisogni dei bambini - la loro identificazione, definizione, valutazione, la loro analisi e pianificazione della risposta.

Come la negligenza sembra essere inseparabile dal fenomeno dei bisogni del bambino, così dovrà esserci una pratica riflessiva condivisa, affrontando questi bisogni e coinvolgendo professionisti e figure genitoriali interessate: questo può

costruire una reale risposta sociale alla negligenza.

I bambini trascurati richiedono non solo azioni mediche specialistiche ma anche - per rispondere alle molteplici sfide che presentano nell'area cognitiva, linguistica, affettiva e sociale - azioni sociali e opportunità educative. Tutto questo per offrire loro contesti normativi all'interno dei quali trovare l'opportunità di vivere, come qualsiasi altro bambino della comunità, esperienze alternative e complementari a quanto offre la loro famiglia.

Questo lo stato delle conoscenze nel 2006. Tuttavia, come dice Carl Lacharité nel febbraio 2019, pur se i risultati evidenziati in questo articolo sono tutt'oggi pertinenti, ricerche più recenti forniscono un ulteriore sostegno di dati. Vedi l'articolo pubblicato nel 2014: Lacharité C. Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review*, 2014, vol. 23, no 4, p. 286-296.

Per accedere a maggiori conoscenze, il lettore può fare riferimento a:

- articolo originale: Lacharité C., Éthier L. S., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 2006, vol. 4, no 484 : p. 381-394.: <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2006-4-page-381.htm>

- una sintesi di questo articolo : Lacharité C., Éthier L. S., Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. In : *Observatoire National de la protection de l'enfance. Les Besoins fondamentaux de l'enfant et leur déclinaison pratique en protection de l'enfance*, octobre 2016 : fiche no 15, p. 83-86.: [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu\\_besoins\\_de\\_lenfant.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/notedactu_besoins_de_lenfant.pdf)

*Carl Lacharité,  
psychologue, professeur titulaire,  
département de psychologie,*

*Louise Éthier,  
professeure titulaire, département de psychologie,*

*Pierre Nolin,  
professeur associé,  
département de psychoéducation,  
Université du Québec (Trois-Rivières)¹.*

1. Ruoli di L. Ethier e P. Nolin al momento della pubblicazione dell'articolo. Ad oggi, insegnanti emeriti presso l'Università del Québec (Trois-Rivières).

*Da: La Santé en Action  
Numero 447 - 2019*

## Sviluppo del bambino: l'apporto delle neuroscienze

Catherine Gueguen

Fai bei sogni - Marco Bellocchio - 2016

Durante l'infanzia, il cervello è molto più fragile, malleabile e immaturo di quanto abbiamo pensato fino ad oggi [1; 2]. Tutte le esperienze affettive, le relazioni vissute dal bambino durante i suoi primi anni di vita affondano in profondità nel suo cervello, modificando i suoi neuroni, la loro mielinizzazione, le loro sinapsi, le molecole cerebrali, le strutture e circuiti cerebrali e perfino l'espressione di determinati geni.

Empatia<sup>1</sup>, maternità (assunzione di cura, rassicurazione, conforto), e anche lo stress hanno effetti estremamente importanti sul cervello del bambino.

Hanno ripercussioni sulla corteccia prefrontale<sup>2</sup>, la corteccia orbito-frontale<sup>3</sup>, i circuiti cerebrali, la secrezione di ossitocina, e del fattore BDNF (fattore crescita neuronale), sul sistema nervoso parasimpatico e anche sull'espressione di un gene, NRC31, che agisce sull'ippocampo - l'area cerebrale deputata alla memoria e all'apprendimento - esulla nostra capacità di far fronte allo stress attraverso l'asse ipotalamo-ipofisario.

Le conoscenze sull'imaturità del cervello del piccolo bambino ci permettono di capire perché questo è in preda a reali tempeste emotive: perché picchia, morde nel periodo da 1 anno a 3 anni,

perché può sperimentare il vero panico e perché, se lasciato solo di fronte alla sua angoscia, produrrà troppo cortisolo, sostanza nociva per il suo sviluppo cerebrale.

### **Benevolenza ed empatia**

Un bambino cresciuto con gentilezza, empatia, persone che lo aiutino a connettersi alle sue emozioni, per esprimerle, diventerà empatico egli stesso, socievole e non svilupperà comportamenti aggressivi e antisociali.

Ogni volta che consoliamo e leniamo un bambino che piange, è in collera o ha paura, lo aiutiamo a far fronte alle sue emozioni e ai suoi impulsi, a sviluppare una migliore maturazione del suo cervello. Un atteggiamento solidale incoraggia lo sviluppo dell'ippocampo.

Quando il bambino è fortunato ad avere intorno a sé adulti attenti, empatici, premurosi, solidali, il suo cervello cresce al massimo delle sue possibilità a livello intellettuale e affettivo.

Rianne Kok, nel 2015, ha studiato 191 bambini da 6 settimane a 8 anni; evidenzia che quando entrambi i genitori sono empatici, c'è un aumento della materia grigia del cervello e un ispessimento della corteccia frontale [3].

Essere benevoli non vuole dire essere lassista, lasciare fare tutto.

No! L'adulto dà punti di riferimento, una cornice, ma lo fa con empatia e benevolenza. Quando vede che il bambino non ha un comportamento adeguato, afferma il suo disaccordo e al contempo dà fiducia: "Non è così non sono d'accordo, non sono d'accordo quando ti sento dire ... quando ti vedo fare ... Imparerai a fare altrimenti, Mi fido di te"; ma lo fa senza giudicare il bambino, non criticandolo, non accusandolo dicendo: "Non sei buono, non va bene ... Sei pigro, egoista ...". Ascoltando queste parole, il bambino perde fiducia in se stesso, e ciò non lo fa progredire.

### **Maltrattamento verbale e fisico**

Quando il bambino è circondato da adulti duri, rigidi, non empatici, le conseguenze ricadranno sulla sua salute fisica e psicologica e sulle sue capacità intellettuali. Le umiliazioni fisiche, verbali, alcune punizioni, le minacce possono avere effetti deleteri per il cervello del bambino. Se questo stress è ripetuto ogni giorno, può diminuire la neurogenesi e persino provocare la distruzione di neuroni in strutture cerebrali molto importanti, come la corteccia prefron-

tale, la corteccia orbito-frontale, l'ippocampo e altre strutture cerebrali [4].

Dozzine di studi mostrano il collegamento tra numerosi disturbi comportamentali: aggressività, ansia, tendenza depressiva che può persistere in età adulta con il rischio di sviluppare dipendenze da alcol, droghe e disturbi della personalità [5].

Il maltrattamento emotivo, definito come qualsiasi comportamento o qualsiasi parola che sminuisca il bambino, ridicolizzarlo, criticarlo, produce un senso di umiliazione, di vergogna; tutto ciò che lo spaventa o lo atterrisce ha una ripercussione sul cervello del bambino. Questo grave abuso emotivo verso il bambino colpisce molte strutture del cervello e molti circuiti neuronali tra cui il funzionamento della corteccia orbito-frontale. Accresce il rischio di sviluppare patologie comportamentali e psichiatriche: aggressività, ansia, depressione, disturbi dissociativi (spersonalizzazione, disturbi di identità).

Nel 2013, Rebecca Waller, dell'Università Oxford, ha fatto il punto su 30 studi sull'educazione punitiva e severa. Conclude che gli effetti sono deplorabili e totalmente contrari allo scopo desiderato dagli adulti [6]. Questo tipo di educazione non giova né al ragazzo, né al bambino e né all'adolescente, al contrario, li rende insensibili, duri, senza empatia e conduce a comportamenti antisociali (aggressività, rapina, droga) [7].

### **Sviluppo delle competenze sociali ed emotive**

Intuitivamente, sapevamo che la qualità della relazione con il bambino è tra i fattori essenziali per il suo sviluppo, la neuroscienza che studia gli affetti lo ha confermato scientificamente.

Ci dice che la facoltà di capire i propri

stati emotivi e quelli degli altri è fondamentale per lo sviluppo del bambino, perché promuove relazioni soddisfacenti e comportamenti di auto-mutuo-aiuto. La messa in pratica di queste scoperte passa attraverso lo sviluppo delle competenze socio-emotive, definite dai ricercatori come:

- capacità emotive: conoscenza delle emozioni, attitudine ad esprimerle senza colpa, attitudine a regolarle;
- abilità sociali: abilità ad avere relazioni soddisfacenti, attitudine ad ascoltarsi, capire l'altro, cooperare, risolvere i conflitti e avere un pensiero critico.

Sviluppare le abilità socio-emotive produce effetti positivi per lo sviluppo personale, sociale e intellettuale del bambino e dell'adulto, così come nel lavoro e nel lavoro scolastico [8].

Anche se il bambino proviene da un ambiente molto svantaggiato, più sviluppa queste abilità, più progredirà personalmente, migliorerà le sue relazioni e avrà uno sviluppo intellettuale ottimale [9].

### **Formare i professionisti dell'infanzia**

È quindi fondamentale formare i professionisti dell'infanzia a sviluppare le competenze socio-emotive dei bambini [10]. La relazione dell'adulto e quindi del professionista con il bambino può essere imparata, e quindi si può lavorare e migliorare

Ci sono molti corsi di formazione in tutto il mondo per sviluppare queste capacità poiché la domanda è molto alta.

### **La comunicazione non violenta (CNV)**

L'approccio migliore sembra essere la comunicazione nonviolenta (CNV). È una comunicazione empatica, consapevole e premurosa. È stata sviluppata da Marshall Rosenberg (1934-2015),

psicologo clinico, collaboratore di Carl Rogers. Carl Rogers è stato il primo psicologo del mondo a mostrare l'importanza della qualità delle relazioni e dell'empatia.

La CNV si basa sul tenere in considerazione emozioni e bisogni fondamentali. Aiuta a capire ciò che promuove lo sviluppo di un essere umano o cosa può nuocere, ciò che facilita una relazione, ostacola o provoca violenza. Il suo obiettivo è consentire che i bisogni di base di ciascuno essere umano possano essere soddisfatti in modo armonioso e pacato.

La CNV propone un processo in quattro punti (osservazione, sentimento, bisogno, richiesta), che consente di:

- capire cosa sta succedendo in sé (auto-empatia) e capacità di agire per riconquistare il proprio equilibrio emozionale;
- esprimersi con autenticità e rispetto, invece di tacere, criticare o esplodere;
- sapere come fare richieste chiare dando più possibilità di essere ascoltato;
- offrire una qualità di ascolto empatico che consente alla persona ascoltata di sentirsi veramente in relazione
- prevenire o disinnescare la violenza;
- gestire i conflitti in maniera costruttiva, attraverso l'ascolto reciproco e la co-creazione di soluzioni.

Promuove la cooperazione all'interno dei gruppi, dà fornisce i mezzi concreti per vivere una propensione educativa e offre una griglia analitica per una migliore considerazione dei bisogni umani.

Al momento, e esperienze formative si basano su questo lavoro, e la CNV è insegnata e utilizzata in circa 65 paesi in tutte le aree della vita sociale (educazione, salute, affari, giustizia ...).

## **Puntare sulla prima infanzia, un vantaggio per la società nel suo complesso**

È un investimento, ovviamente a lungo termine, che “paga” molto. Nel 2007, lo studio congiunto di due economisti - un americano, James Heckman, premio Nobel e il russo Dimitri Masterov - lo dimostra per le popolazioni svantaggiate: quando investiamo un dollaro in formazione di professionisti per l'infanzia per sviluppare abilità socio-emotive nella prima infanzia, ne risparmiamo cento dollari nell'età adulta nella prevenzione dei rischi di disoccupazione, esclusione sociale, delinquenza e di ogni tipo di devianza [15].

La letteratura scientifica internazionale dimostra la grande importanza della qualità della relazione con il bambino e dello sviluppo di abilità socio-emotive. Non è più il momento di dimostrare ancora

questi risultati ma è tempo di agire senza indugio per formare professionisti.

1. L'empatia è definita, da Jean Decety, da tre concetti; empatia emotiva: sentimento, condivisione di emozioni, sentimenti degli altri senza essere in confusione tra se stessi e gli altri; empatia cognitiva: comprendere emozioni e pensieri capire emozioni e pensieri di altri; la sollecitudine empatica che ci incoraggia prendersi cura del benessere degli altri.
2. La corteccia prefrontale è il centro esecutivo del cervello, il centro decisionale, di riflessione e di progettazione.
3. La corteccia orbito-frontale fa parte della corteccia prefrontale. Si tratta di una struttura molto preziosa che svolge un ruolo essenziale nella nostra capacità di affetto, empatia, nel regolare le nostre emozioni e anche nello sviluppo del nostro senso la nostra capacità di prendere decisioni.
4. Secondo un'indagine condotta dall'Unione delle Famiglie d'europa nel 2006-2007, l'85% dei genitori francesi hanno detto che praticavano la violenza educativa ordinaria.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Davidson R. J., McEwen B. S. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 2012, vol. 15, no 5 : p. 689-695. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491815/pdf/nihms366958.pdf>
- [2] McEwen B. S. In pursuit of resilience: stress, epigenetics and brain plasticity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2016, no 1373 : p. 56-64.
- [3] Kok R., Thijssen S., Bakermans-Kranenburg M. J., Jaddoe V. W. V., Verhulst F. C., White T. et al. Normal variation in early parental sensitivity predicts child structural brain development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 54, no 10, p. 824-831. [https://www.researchgate.net/profile/Marinus\\_Van\\_IJzendoorn/publication/282154432\\_Kok\\_Thijssen\\_Bakermans-Kranenburg\\_et\\_al\\_2015\\_JAACAP\\_Normal\\_Variation\\_in\\_Early\\_parental\\_sensitivity\\_predicts\\_child\\_structural\\_brain\\_dev/links/56054ba908aea25f32c2d7/Kok-Thijssen-Bakermans-Kranenburg-et-al-2015-JAACAP-Normal-Variation-in-Early-parental-sensitivity-predicts-child-structural-brain-dev](https://www.researchgate.net/profile/Marinus_Van_IJzendoorn/publication/282154432_Kok_Thijssen_Bakermans-Kranenburg_et_al_2015_JAACAP_Normal_Variation_in_Early_parental_sensitivity_predicts_child_structural_brain_dev/links/56054ba908aea25f32c2d7/Kok-Thijssen-Bakermans-Kranenburg-et-al-2015-JAACAP-Normal-Variation-in-Early-parental-sensitivity-predicts-child-structural-brain-dev)



Fai bei sogni - Marco Bellocchio - 2016

pdf?origin=publication\_list

[4] Teicher M. H., Anderson C. M., Ohashi K., Polcari A. Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological Psychiatry*, 2014, vol. 76, no 4 : p. 297-305 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258110/pdf/nihms546881.pdf>

[5] Van Harmelen A.-L., van Tol M.-J., van der Wee N. J. A., Veltman D. J., Aleman A., Spinhoven P. et al. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Biological Psychiatry*, 2010, vol. 68 : p. 832-838. <http://www.annalauravanharmelen.com/wp-content/uploads/2013/06/reduced-medialprefrontal-cortex-volume-in-adults-reportingchildhood-emotional-maltreatment.pdf>

[6] Waller R., Gardner F., Hyde L. W. What are the associations between parenting, callous-unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of evidence. *Clinical Psychology Review*, 2013, vol. 33 : p. 593-60: <https://sites.lsa.umich.edu/mindlab/wp-content/uploads/sites/596/2018/03/Waller-Gardner-Hyde-2013-CPR.pdf>

[7] Gershoff E. T., Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 2016, vol. 30, no 4 : p. 1-18. En ligne : [https://pdfs.semanticscholar.org/0d03/a2e9f-085f0a268b4c0a52f5ac31c17a3e5f3.pdf?\\_ga=2.100891777.1859219709.1548946020-1793935129.1548946020](https://pdfs.semanticscholar.org/0d03/a2e9f-085f0a268b4c0a52f5ac31c17a3e5f3.pdf?_ga=2.100891777.1859219709.1548946020-1793935129.1548946020)

[8] Mayer J. D., Roberts R. D., Barsade S. G. Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 2008, vol. 59 : p. 507-536.

[9] Curby T. W., Brown C. A., Bassett H. H., Denham S. A. Associations between preschooler's social-emotional competence and preliteracy skills. *Infant Child Development*, 2015, vol. 24 : p. 549-570.

[10] Durlak J. A., Weissberg R. P., Dymnicki A. B., Taylor R. B., Schellinger K. B. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 2011, vol. 82, no 1 : p. 405-432.

[11] McEwen B. S., Nasca C., Gray J. D. Stress effects on neuronal structure: hippocampus, amygdala, and prefrontal cortex. *Neuropharmacology Review*, 2016, vol. 41 : p. 3-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677120/pdf/npp2015171a.pdf>

[12] Teicher M., Samson J. A., Anderson C. M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and con-

nectivity. *Nature Neuroscience*, 2016, vol. 17 : p. 652-666.

[13] Choi J., Jeong B., Rohan M. L., Polcari A. M., Teicher M. H. Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biological Psychiatry*, 2009, vol. 65, no 3 : p. 227-234. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652864/pdf/nihms88908.pdf>

[14] Tomoda A., Sheu Y.-S., Rabi K., Suzuki H., Navalta C. P., Polcari A. et al. Exposure to parental verbal abuse is associated with increased gray matter volume in superior temporal gyrus. *Neuroimage*, 2011, vol. 54, Suppl. 1 : p. 280-286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2950228/pdf/nihms206505.pdf>

[15] Heckmann J. J., Masterov D. V. The productivity argument for investing in young children. *Applied economic perspectives and policy. Review of Agricultural Economics*, 2007, vol. 29, no 3 : p. 446-493. [http://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman\\_Masterov\\_RAE\\_2007\\_v29\\_n3.pdf](http://jenni.uchicago.edu/papers/Heckman_Masterov_RAE_2007_v29_n3.pdf) la première enfance. Manuel BLR-C. Paris : Éditionset Applications psychologiques, 2001 : 308 p.

*Catherine Gueguen,*  
*pédiatre.*

*Da: La Santé en Action*  
*Numero 447 - 2019*



Fai bei sogni - Marco Bellocchio - 2016

## Le avversità durante l'infanzia: quale impatto sulla salute?

*Michelle Kelly-Irving, Cyrille Delpierre*

Ladri di biciclette - Vittorio De Sica - 1948

La letteratura scientifica sulle condizioni avverse durante l'infanzia, che chiameremo qui "le avversità", è in piena elaborazione. Il termine è diventato comune anche al di fuori dell'ambito accademico e usato nel lavoro sociale per la protezione dell'infanzia.

Il termine "avversità durante l'infanzia" (Adverse Childhood Experiences, ACEs) è un concetto-contenitore che alcuni autori hanno cercato di definire e usare con più precisione [1].

### **Esperienze negative nei bambini che emergono nell'epidemiologia sociale**

Nel 1998, lo studio Adverse Childhood Experiences condotto negli Stati Uniti descrive una forte relazione progressiva tra un certo numero di eventi e condizioni dell'infanzia giudicati stressanti, avversi e cause di morte [2]. Gli autori spiegano questa associazione come una relazione indiretta tra le condizioni e le morti transitando attraverso comportamenti di salute (tabacco, alcool, ecc.). L'ipotesi avanzata è che soggetti esposti a stress cronico causato da avversità, nel consumare tabacco o alcool, ottengo-

no un vantaggio farmacologico o psicologico a breve termine. La definizione di avversità avanzata in questo studio era "esperienze di stress o traumi nell'infanzia con effetti negativi sullo sviluppo neurologico che persistono per tutta la vita e accrescono il rischio di una vasta gamma di problemi sanitari e sociali [2]". Questa studio sarà il riferimento, la fonte primaria di interesse epidemiologico per quanto segue, per il nostro lavoro sulle avversità.

Ovviamente questo lavoro di riferimento è basato su lavori precedenti sullo stress psicosociale [3]. Tuttavia, questa prima indagine usa il termine "avversità" e sottolinea i risultati di associazioni tra avversità e cancro ai polmoni, malattie sessualmente trasmesse, rischio di suicidio, disturbi depressivi, cardiopatia ischemica, malattie respiratorie croniche ostruttive. Da allora sono stati condotti e pubblicati da altri autori molti studi e possediamo diversi dati, principalmente da paesi con alto reddito. Molte meta-analisi sono state condotte per esaminare la coerenza dei risultati (per una sintesi: [4]).

### **Avversità precoci ed effetti negativi sulla salute**

Per gli epidemiologi sociali, tutto il lavoro svolto su avversità e patologie croniche costituisce una fonte di prove convincenti sulla realtà di un percorso psicosociale che lega esposizione sociale e stato di salute. Sugeriamo che tale fatto può essere spiegato da almeno tre argomentazioni. Innanzitutto i risultati dei diversi studi sono convergenti, anche quando calati su diverse popolazioni. Numerosi studi, tra cui studi di coorte dalla nascita nei quali le avversità sono misurate prospetticamente, identificano un'associazione dose-risposta, laddove un numero crescente di avversità cumulative è associato ad un aumentato rischio di morbosità [4]. Questo tipo di relazione - osservato in studi di coorte nei quali la cronologia degli eventi tra avversità identificate e salute è rispettata - è convincente per gli epidemiologi perché si tratta di due dei criteri più importanti sottolineati da Bradford Hill (1965), che indicano una relazione causale.

In secondo luogo, l'associazione tra avversità e salute persiste anche tenendo

conto della deprivazione materiale o povertà, il che suggerisce che sono in gioco altri meccanismi; in terzo luogo, il nuovo sviluppo della scienza sull'incorporazione biologica (embodiment) dell'ambiente evidenzia come lo stress cronico possa modificare lo stesso funzionamento biologico [5].

Oltre la semplice descrizione di associazioni, l'ambito di lavoro sulle avversità cerca di capire come le relazioni possono funzionare facendo riferimento a una letteratura sulla neurobiologia, e in particolare sulla biologia dello stress. In uno studio post-mortem, sono state osservate modifiche epigenetiche legate al sistema di risposta allo stress in diverse aree cerebrali nelle persone morte per suicidio, rispetto a quelle decedute per altre cause di morte [6]. Questa osservazione scientifica che le avversità precoci possono avere effetti negativi sulla salute è stata dimostrata in modelli animali che hanno permesso di completare la letteratura epidemiologica.

### **Fattori multipli**

Questa plausibilità biologica del quadro di riferimento sulle avversità, la coerenza di risultati e le relazioni dose-risposta contribuiscono a dimostrare che le esperienze psicosociali vissute durante i primi due decenni di vita sono capaci di inscrivere alcuni gruppi di popolazione in una traiettoria di sviluppo di malattie croniche.

Questo non esclude l'influenza di altri fattori, come la deprivazione e la povertà, che accrescono l'esposizione di determinate popolazioni a queste difficoltà e questo con un forte livello di evidenza. [7]. La difficoltà materiali e il basso livello di istruzione non solo possono essere fonti di stress fisiologico, ma altresì riducono quelle risorse che possono protegge-

re dall'esposizione a fattori di stress. La sensibilità fisiologica durante l'infanzia, associata a competenze fisiche e psicologiche per reagire alle sfide dell'ambiente, possono in parte spiegare perché le avversità sono associate a salute più povera nel periodo di vita successivo.

### **Avversità e uso inadeguato dell'evidenza epidemiologica**

Studi epidemiologici e studi su animali in questo campo mostrano che le avversità, attraverso meccanismi biologici e coinvolgendo sistemi di risposta allo stress, sono verosimilmente in grado di agire sulla salute successiva e rappresentano quindi un potenziale obiettivo per un intervento di sanità pubblica.

Tuttavia, questa evidenza è a volte utilizzata in un discorso sulle avversità in una prospettiva stigmatizzante e dannosa. Sebbene la ricerca epidemiologica che abbiamo descritto sulle avversità possa costituire una prova utile per giustificare politiche strutturali o al livello di popolazione, rimane tuttavia uno strumento diagnostico insufficiente a livello individuale e scarsamente adatto per assistenti sociali, medici, professionisti della protezione dei bambini; inoltre, rischia perfino di stigmatizzare famiglie e bambini. Molti esempi evidenziano questo rischio di deriva.

Questo è il caso del Servizio di salute nazionale in Scozia, che ha istituito nel 2017 un Centro sulle avversità nell'infanzia. Come per molte di queste iniziative messe in atto nel settore sanitario, l'intenzione è encomiabile: considerare i fattori sociali quando si cerca di migliorare la salute. In questo esempio particolare, i professionisti sono incoraggiati a utilizzare un questionario sulle avversità con i pazienti, ma dobbiamo formulare un avvertimento sull'utilizzo

nelle scuole, che crediamo possa essere assolutamente stigmatizzante.

### **Quali strategie di prevenzione in sanità pubblica?**

Gli autori dello studio originale sulle avversità hanno stabilito collegamenti molto prudenti tra i loro risultati e strategie di prevenzione in sanità pubblica. Fondamentalmente propongono la necessità di un cambiamento strutturale, o meglio programmi di visite domiciliari da parte di professionisti della salute e un migliore sensibilizzazione sull'impatto di condizioni di vita stressanti [2]. Negli ultimi anni, la comunità di sanità pubblica di vari paesi ha iniziato a utilizzare la "parola chiave" avversità negli approcci di prevenzione primaria e promozione della salute. Un certo numero di video sono stati prodotti da agenzie nazionali di sanità pubblica per questo scopo.

Ad esempio, uno di questi video è stato prodotto dal Centro per il controllo delle malattie negli Stati Uniti, che ha finanziato una grande mole di ricerca epidemiologica sulle avversità in questo paese<sup>1</sup>.

Il video mostra un personaggio dei cartoni animati il narratore sembra essere un giovane adulto, e si concentra sul suo quartiere e la sua comunità. Sebbene dettagli un certo numero di identità stereotipate, come la madre single, il genitore che ha diversi lavori, l'attenzione è rivolta agli effetti negativi della povertà e agli effetti positivi della comunità che agisce come mentori per bambini e adolescenti. Il narratore spiega gli effetti positivi sulla vita dei bambini di programmi di vicinato e associazioni sportive extrascolastiche. Afferma che "quando iniziano le scuole iniziano ad assumersi la responsabilità delle avversità, tutti nel mondo ci guadagnano"; delinea cinque strategie di prevenzione

delle avversità, che possono essere sviluppate all'interno delle comunità:

- rafforzare il sostegno economico delle famiglie;
- cambiare le norme sociali;
- fornire assistenza all'infanzia e un'educazione prescolare di qualità;
- migliorare le capacità genitoriali;
- intervenire per ridurre i danni e prevenire i rischi futuri.

La storia di questo video parla sempre di un individuo e delle sue esperienze personali, ma lo pone in un gruppo facendo riferimento alla sua comunità.

Promuove i cambiamenti a livello di popolazione, coinvolgendo scuole e programmi in favore dell'occupazione, al fine di portare cambiamenti positivi. Le cinque strategie sono estremamente ambiziose ma il quadro generale è quello dello sforzo collettivo e della solidarietà. Questo video offre una riflessione su come possono essere spiegate le evidenze sulle avversità durante l'infanzia, optando per un messaggio positivo e di empowerment nella popolazione e nella comunità, assai vicino alla promozione della salute [8].

## Conclusioni

Per le potenziali conseguenze delle avversità sulla salute il livello di intervento deve essere dunque mirato al contesto sociale, strutturale, all'interno del quale i bambini sono esposti ad avversità e a svantaggi socio-economici. Esaminando questo contesto, l'attenzione è da centrare sulle condizioni che possono essere dannose per il benessere del bambino e su come queste condizioni possono verificarsi.

L'accento non deve essere posto sull'individuo e la sua responsabilità - che riteniamo così importante quando ci interessiamo bambini - ma sulla respon-

sabilità sociale e collettiva.

I dati sulle avversità non devono essere usati neppure per criminalizzare i genitori, ma piuttosto per dare evidenza alle condizioni, in particolare condizioni sociali, in cui genitori e figli vivono e come le affrontano; sviluppare studi sugli impatti biologici delle avversità significa così cercare di fornire prove per azioni basate sulla popolazione ed evitare la possibile stigmatizzazione di famiglie e bambini che non hanno i mezzi per agire. Come epidemiologi sociali che lavorano in questo ambito è importante per noi sottolineare le tentazioni e gli eccessi troppo frequenti di tradurre, in modo semplicistico, errato, stigmatizzante e controproducente, la ricerca sulle avversità relative ai bambini e alle loro famiglie.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Pinel Jacquemin S., Zauche Gaudron C., Troupel O., Raynaud J.P., Kelly Irving M. Adversités, enfance et famille. Apports d'une approche écosystémique. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2016, vol. 2, no 2 : p. 93-111. <https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/hal-01498697/document>
- [2] Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V. et al. 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*, 1998, vol. 14, no 4 : p. 245-258. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/pdf)
- [3] Rutter M. The longterm effects of early experience. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1980, vol. 22, no 6 : p. 800-815. doi:10.1111/j.1469-8749.1980.tb03751.x.
- [4] Kelly-Irving M., Delpierre C. A critique of the adverse childhood experiences framework in epidemiology and public health: uses and misuses. *Social Policy and Society*, 2019.
- [5] Delpierre C., Castagne R., Lang T., Kelly-Irving M. Social environment, biological embedding and social inequalities in health. *Medecine/Sciences*, 2018, vol. 34, nos 8-9 : p. 740-744. <https://www.medecinesciences.org/fr/articles/medsci/pdf/2018/08/msc180130.pdf>.
- [6] Poulter M. O., Du L., Weaver I. C. G.,

Palkovits M., Faludi G., Merali Z. et al. GABA receptor promoter hypermethylation in suicide brain: Implications for the involvement of epigenetic processes. *Biological Psychiatry*, 2008, vol. 64, no 8 : p. 645-652. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.05.028>.

[7] Metzler M., Merrick M. T., Klevens J., Ports K. A., Ford, D. C. Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 2017, vol. 72 : p. 141-149. [https://ac.els-cdn.com/S0190740916303449/1-s2.0-S0190740916303449-main.pdf?\\_tid=5e96a6c3-8f9d-4ea2-bcab-af8751d07009&acdnat=1550583209\\_730fdde34d1eb3d1d8e-e96f37537deba](https://ac.els-cdn.com/S0190740916303449/1-s2.0-S0190740916303449-main.pdf?_tid=5e96a6c3-8f9d-4ea2-bcab-af8751d07009&acdnat=1550583209_730fdde34d1eb3d1d8e-e96f37537deba).

[8] Potvin L., Jones C. M. Twenty-five years after the Ottawa Charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de Santé publique*, 2011, vol. 102, no 4 : p. 244-248. <https://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/2725/2451>

*Michelle Kelly-Irving,  
chargée de recherche,  
Cyrille Delpierre,  
directeur de recherche,*

*laboratoire d'épidémiologie et d'analyses  
en santé publique (Léasp) UMR-1027,  
Institut national de la santé et de la recherche  
médicale (Inserm), université Toulouse III  
Paul-Sabatier, Toulouse.  
Da: La Santé en Action  
Numero 447 - 2019*

### Crescere senza casa

*Stéphanie Vandentorren, Stéphane Darbeda, Mathilde Roze, Maria Melchior, Bruno Falissard*

Cafarnao - Caos e miracoli (Capharnaüm) - Nadine Labaki 2018

In Francia, le caratteristiche delle famiglie senzatetto rimangono poco conosciute, da quando il loro numero è aumentato negli ultimi quindici anni, così come nelle grandi città europee. Questa popolazione è spesso esclusa da indagini epidemiologiche sulla popolazione generale e mal rappresentata nei pochi sondaggi condotti quasi esclusivamente su adulti. Per rispondere a questo gap, è stato condotto lo studio *Bambini e famiglie senzatetto* (Enfams) [3] dall'Osservatorio Sociale di Parigi nel 2013, con famiglie ospitate in hotel sociali, nei centri alloggi di emergenza (CHU), in un centro di accoglienza e di reinserimento (CHRS) e in un centro di accoglienza per richiedenti asilo (Cada). Gli obiettivi di questo studio erano fornire una stima, ad un tempo dato, della dimensione di questa popolazione e descrivere le condizioni di vita e di salute di queste famiglie. Il numero di famiglie senzatetto in Île-de-France è stimato in 10.280, circa 35.000 persone, di cui 17.660 bambini di età inferiore a 13 anni. Lo studio Enfams ha mostrato che queste famiglie erano per lo più composte da genitori nati all'estero, arrivati in Francia in media da

cinque anni e in situazioni amministrative e finanziarie precarie (media di € 220 al mese). La metà di queste famiglie era composta da un genitore single, il 22% con tre o più figli. Vivono in alloggi spesso sovraffollati e privi di comfort: il 30% non dispone di servizi igienici o docce e il 41% dei bambini dorme nel letto con i genitori. Altra caratteristica di queste famiglie è che subiscono una forte mobilità residenziale, che può avere ripercussioni sulla socializzazione dei bambini, specialmente riguardo la loro educazione, in particolare per i bambini alloggiati in hotel. L'insicurezza alimentare che colpisce otto famiglie su dieci e due bambini su tre è il segnale più eclatante di condizioni di vita degradate [4].

Lo studio ha anche dimostrato che queste condizioni di vita sono associate allo sviluppo e al comportamento dei bambini. Questo articolo è dedicato a questi due elementi principali.

#### Un ritardo nello sviluppo in gravidanza

Lo sviluppo del bambino pone due problematiche: la crescita (peso, dimensioni) e la maturazione; si manifesta in

due ambiti: l'ambito fisico e quello psicomotorio. Lo sviluppo psicomotorio comprende lo sviluppo motorio e lo sviluppo sensoriale, intellettuale, emotivo e sociale.

È testimone della graduale maturazione del sistema nervoso psicomotorio, del linguaggio e dell'intelligenza che si sviluppano contemporaneamente e sono strettamente legati allo sviluppo emotivo. Le interazioni tra psiche e motricità sono assai forti. Uno sviluppo motorio normale implica una psiche di una certa qualità. Nella psiche, la dimensione emotiva è importante. C'è un'interazione tra il motorio e l'emotivo [5]. Al momento della costruzione dell'indagine, la scelta dei ricercatori si è focalizzata su uno strumento che misura lo sviluppo generale (scala Vineland<sup>1</sup>).

Questa permette di raccogliere e tenere conto delle specificità della popolazione "bambini provenienti da famiglie che non hanno una dimora fissa" (anche perché i risultati possono essere influenzati dall'ambiente culturale). Questo strumento, che può essere utilizzato per valutare bambini fino a 5 anni, è sommi-

nistrato nel corso un'intervista con chi conosce meglio il bambino (in Enfams, la madre nel 95% dei casi). Ha anche il vantaggio di essere uno dei pochi strumenti con alta qualità clinica.

Lo sviluppo e i comportamenti adattivi sono stati quindi oggetto di valutazione nei bambini sotto i 6 anni [6].

Questo studio ha rivelato un'alta prevalenza di ritardi nello sviluppo (80,9%), in analogia con i risultati di studi nordamericani in popolazioni comparabili [7; 8].

Anche all'interno della popolazione oggetto dello studio, possono essere evidenziati sottogruppi più vulnerabili e in estrema indigenza. Infatti, la presenza di ritardo dello sviluppo era più importante tra bambini i cui genitori avevano un basso livello di istruzione, nei bambini più grandi nati in un paese diverso dalla Francia, in quelli con peso ridotto alla nascita, e tra coloro che avevano avuto un ricovero durante l'anno precedente l'indagine. Il livello basso di studio della madre è un fattore di rischio ben noto nei ritardi cognitivi e negli esiti dello sviluppo dei bambini.

Questo fattore rimane predominante nella popolazione selezionata, suggerendo un continuum di rischio complessivo nella popolazione [9].

Il fattore maggiormente associato al ritardo dello sviluppo dei bambini è l'età: anzi, abbiamo osservato che più l'età al momento dello studio era alta, più capacità di comunicazione, vita sociale, vita quotidiana e capacità motorie erano basse. Questo risultato è coerente con i risultati di altri studi [10] e potrebbe essere attribuito all'effetto cumulativo di un ambiente ad alto rischio e alla necessità di maggiore stimolazione cognitiva e verbale con il crescere dell'età [11]. Il paese di nascita dei genitori così come il basso peso alla nascita era associato ai

punteggi di sviluppo dei bambini. Figli di genitori nati all'estero possono essere soggetti a diversi fattori di rischio di difficoltà evolutiva, come basso reddito familiare, basso livello di educazione dei genitori e barriere linguistiche. Il *roaming* di queste famiglie molto povere inizia spesso prima della nascita del bambino e la maggior parte delle madri senzateo affrontano molte difficoltà durante la gravidanza (follow-up insufficiente; carenze nutrizionali, anemia [12]...); i loro figli hanno maggiori probabilità di avere un basso peso alla nascita.

Nel complesso, i risultati di questo studio rafforzano quelli della letteratura nella quale povertà, mancanza di ricorso all'assistenza e stress dei genitori sono associati a ritardo dello sviluppo nei bambini senzateo, suggerendo effetti cumulativi delle condizioni negative di vita [13].

### Una salute mentale preoccupante

L'origine precoce di molti disturbi di salute mentale spingono a prestare particolare attenzione alla situazione dei bambini. Le difficoltà psicologiche dei bambini possono manifestarsi attraverso varie modalità (ansia, ritiro relazionale, disturbi del comportamento alimentare, disturbi del sonno) e avere gravità, ripercussione funzionale e durata variabile. Queste difficoltà raggruppano disordini interni, come problemi emotivi, senso di identità e fiducia in se stessi, e disturbi esterni come disturbi comportamentali o sintomi di iperattività, disattenzione, disturbi della relazione con coetanei, capacità di coping, disturbi dello sviluppo e ritardo mentale. I fattori di rischio generali che generano difficoltà emozionali e comportamentali nei bambini comprendono:

- fattori di rischio genetici [14];
- difficoltà fisiche e salute mentale dei

genitori [15];

- complicanze perinatali [16];
- basso status socio-economico misurato attraverso la crescita in una famiglia monoparentale con basso livello di istruzione o reddito, o in una situazione di insicurezza alimentare [17];
- eventi di vita negativi, isolamento relazionale e livello debole di sostegno sociale [18];
- violenza domestica [19].

I bambini che crescono in famiglie senzateo sono esposti in modo smisurato a molte di queste esperienze. Una rassegna della letteratura su questo argomento [20] ha mostrato che i bambini delle famiglie senza tetto hanno più elevati livelli di difficoltà psicologiche dei bambini della popolazione generale.

Questi studi hanno evidenziato fattori associati, come la salute mentale della madre [15], le condizioni abitative e instabilità di alloggio [21], esperienze di eventi della vita, quali l'essere stato testimone di violenza o avere sofferto (in particolare la violenza sessuale) o morte da un genitore.

Le famiglie senzateo soffrono più frequentemente di disturbi d'ansia e disturbi di umore severi ma meno spesso di disturbi psicotici rispetto a persone senzateo che non vivono con la propria famiglia [22]. Inoltre gli immigrati hanno anche un maggior rischio di problemi di stress post-traumatico e depressione rispetto alla popolazione generale, in parte a causa di esposizione più frequente a traumi [23].

Per misurare i comportamenti o sintomi associati a problemi di salute mentale, i ricercatori hanno scelto di valutare punti di forza e ledificoltà attraverso Questionario (SDQ<sup>2</sup>), per bambini dai 4 ai 13 anni [24]. Uno studio effettuato nel 2005 sulla popolazione generale [25] ha mostrato che il 9,9% dei ragazzi

e il 5,7% delle ragazze presenta un alto livello di difficoltà psicologiche; nello studio Enfams, si trattava del 20,8% dei bambini. La presenza di difficoltà nei bambini varia a seconda il paese di nascita dei genitori.

Inoltre, i fattori associati erano i seguenti:

- bambino sovrappeso;
- bambino dorme dopo le 22
- al bambino non piace il suo alloggio
- il bambino è deriso a scuola.

Questa tendenza era osservata anche se i genitori avevano esperienza di elevata mobilità residenziale, e se c'era un rischio di suicidio nelle madri.

I bambini che crescono senza dimora hanno alti livelli di difficoltà psicologiche, e di bassi risultati scolastici a lungo termine [26]. Tuttavia come nelle famiglie che non sono in una situazione precaria, le difficoltà psicologiche dei bambini di famiglie povere sembrano correlati alla depressione materna [27]. Le madri di famiglie povere sono spesso sole e / o giovani [28].

Sono più inclini al conflitto e potrebbero avere pratiche genitoriali inappropriate, quest'ultime associate a difficoltà emotive e comportamentali verso i bambini [29]. Questo contesto, la perdita di beni, violazioni di relazioni e cambiamenti drammatici nella routine della famiglia possono avere conseguenze sul benessere emotivo e comportamentale bambini [30]. Queste ripercussioni sul comportamento dei bambini possono a loro volta influenzare la loro istruzione: assenteismo e risultati scolastici, [31], inclusione sociale e salute a breve e lungo termine [32]. Inoltre, essere senzateo in alloggi temporanei, sovraffollati, situati in un ambiente sfavorevole può generare un impatto negativo sulla psiche bambini [33].

Studi anglosassoni si sono interessati alla reversibilità di questi disturbi dopo il reinserimento della famiglia e della loro associazione con la durata della presenza dopo l'arrivo in abitazioni ordinarie [34]. Essi mostrano che le difficoltà psicologiche [35] migliorano dopo

uno/due anni di alloggio a lungo termine in abitazioni ordinarie e dopo quattro anni e mezzo trascorsi in una casa ordinaria; i bambini le cui famiglie non aveva una sistemazione fissa prima sono simili a quelli di famiglie povere ma ospitate [36].

### Alcune conclusioni

Queste osservazioni sono ancora più preoccupanti in quanto il numero di famiglie di senzateo è aumentato bruscamente negli ultimi dieci anni e dunque anche gli effetti sullo sviluppo dei bambini che crescono in una famiglia di questo genere, specialmente i più piccoli.

L'impatto delle condizioni di vita sugli indicatori di salute infantile è innegabile, specialmente sullo sviluppo psicomotorio e sul benessere psicologico. I risultati suggeriscono un continuum sui fattori di rischio sociale tra la popolazione generale e le famiglie senza fissa dimora. Più seri ritardi nello sviluppo dei bambini senzateo, così come maggiore prevalenza di difficoltà psicologi-



Cafarnao - Caos e miracoli (Capharnaüm) - Nadine Labaki 2018

che rispetto alla popolazione generale raccomandano la necessità di interventi precoci. Programmi di miglioramento delle capacità genitoriali integrati e a lungo termine e le possibilità di stimolazione e socializzazione dei bambini possono essere implementati nelle scuole, nei luoghi di alloggio, nel corso di visite mediche così da minimizzare gli effetti negativi delle condizioni di esistenza difficili all'inizio del percorso di vita.

Tuttavia, è importante sottolineare che non esiste il fatalismo e che questi effetti appaiano in gran parte reversibili, se il bambino non è mantenuto in una condizione di isolamento relazionale, promiscuità e instabilità residenziale forte. I risultati quindi non devono mettere in ombra il fatto che i "fattori individuali" sono solo uno sguardo parziale - come gli altri determinanti - e mentre i determinanti macro-sociali, come la crisi di alloggi, la crisi del mercato del lavoro, le politiche sulla migrazione giocano un ruolo essenziale sullo stato di salute delle popolazioni.

1. Il questionario Vineland è uno strumento che fornisce una comprensione dello sviluppo generale di un bambino da una prospettiva composita tenendo conto dei livelli di comunicazione, autonomia, socializzazione e capacità motorie.

2. QDS misura i sintomi dell'iperattività disattenzione, disturbi relazionali con i pari, disturbi comportamentali, disturbo comportamentale, comportamento emotivo e pro sociale. Ha il vantaggio di essere semplice e veloce e può essere utilizzato in un contesto di indagine della popolazione, screening clinico o ricerca.

## BIBLIOGRAFIA

[1] Samuels J., Shinn M., Buckner J. C. Homeless Children: Update on Research, Policy, Programs, and Opportunities. [Rapport remis à] Office of Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services, mai 2010 : 39 p. <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/76071/index.pdf>  
 [2] Buckner J. C. Understanding the impact of homelessness on children. Challenges and fu-

ture research directions. *American Behavioral Scientist*, 2008, vol. 51, no 6 : p. 721-736.

[3] Vandentorren S., Le Méner E., Oppenheim N., Arnaud A., Jangal C., Caum C. et al. Characteristics and health of homeless families: the ENFAMS survey in the Paris Region, France, 2013. *European Journal of Public Health*, février 2016, vol. 26, no 1 : p. 71-76. <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/1/71/2467482>

[4] Martin-Fernandez J., Lioret S., Vuillermoz C., Chauvin P., Vandentorren S. Food Insecurity in Homeless Families in the Paris Region (France): Results from the ENFAMS Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 28 février 2018, vol. 15, no 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5876965/pdf/ijerph-15-00420.pdf>  
 [5] Wallon H. L'Évolution psychologique de l'enfant. Paris : Armand Colin, 2002.

[6] Darbeda S., Falissard B., Orri M., Barry C., Melchior M., Chauvin P. et al. Adaptive Behavior of Sheltered Homeless Children in the French ENFAMS Survey. *American Journal of Public Health*, avril 2018, vol. 108, no 4 : p. 503-510. [https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Melchior/publication/323366368\\_Adaptive\\_Behavior\\_of\\_Sheltered\\_Homeless\\_Children\\_in\\_the\\_French\\_ENFAMS\\_Survey/links/5b0c0a280f7e9b1ed7fa9e27/Adaptive-Behavior-of-Sheltered-Homeless-Children-in-the-French-ENFAMS-Survey.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Melchior/publication/323366368_Adaptive_Behavior_of_Sheltered_Homeless_Children_in_the_French_ENFAMS_Survey/links/5b0c0a280f7e9b1ed7fa9e27/Adaptive-Behavior-of-Sheltered-Homeless-Children-in-the-French-ENFAMS-Survey.pdf)

[7] Ziesemer C., Marcoux L., Marwell B. E. Homeless children: are they different from other low-income children? *Social Work*, 1994, vol. 39, no 6 : p. 658-668 ; *Social Work*, 1995, vol. 40, no 1 : p. 141.

[8] Zima B. T., Wells K. B., Freeman H. E. Emotional and behavioral problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, no 2 : p. 260-264.

[9] Altarac M., Saroha E. Lifetime prevalence of learning disability among US children. *Pediatrics*, 2007, vol. 119, suppl. 1 : p. 77-83.

[10] Garcia Coll C., Buckner J. C., Brooks M. G., Weinreb L. F., Bassuk E. L. The developmental status and adaptive behavior of homeless and low-income housed infants and toddlers. *American Journal of Public Health*, 1998, vol. 88, no 9 : p. 1371-1374. [tps://www.researchgate.net/publication/13548699\\_The\\_developmental\\_status\\_and\\_adaptive\\_behavior\\_of\\_homeless\\_and\\_lowincome\\_housed\\_infants\\_and\\_toddlers](https://www.researchgate.net/publication/13548699_The_developmental_status_and_adaptive_behavior_of_homeless_and_lowincome_housed_infants_and_toddlers)

[11] Bassuk E. L., Rosenberg L. Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics*, 1990, vol. 85, no 3 : p. 257-261.

[12] Combs-Orme T., Risley-Curtiss C., Taylor

R. Predicting birth weight: relative importance of sociodemographic, medical and prenatal care variables. *Social Service Review*, 1993, vol. 67 : p. 617-630.

[13] Duncan G. J., Magnuson K., Votruba-Drzal E. Boosting family income to promote child development. *Future of Children* 2014, vol. 24, no 1 : p. 99-120.

Koblinsky S., Taylor M. Developmental skills and social-emotional behavior of young homeless children. In : Lamb Parker F., Robinson R., Sambrano S et al. (éds.) *New Directions in Child and Family Research: Shaping Head Start in the 90's*. Administration for Children, Youth and Families. Washington DC : DHHS, 1991 : p. 122-126.

[14] State M. W., Lombroso P. J., Pauls D. L., Leckman J. F. The genetics of childhood psychiatric disorders: a decade of progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, août 2000, vol. 39, no 8 : p. 946-962.

[15] Conrad B. S. Maternal depressive symptoms and homeless children's mental health: risk and resiliency. *Archives of Psychiatric Nursing*, février 1998, vol. 12, no 1 : p. 50-58.

[16] Cutts D. B., Coleman S., Black M. M., Chilton M. M., Cook J. T., de Cuba S. E. et al. Homelessness during pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, juin 2015, vol. 19, no 6 : p. 1276-1283.

[17] Weinreb L., Wehler C., Perloff J., Scott R., Hosmer D., Sagor L. et al. Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics*, octobre 2002, vol. 110, no 4 : e41.

[18] Buckner J. C., Mezzacappa E., Beardslee W. R. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 2003, vol. 15, no 1 : p. 139-162. <https://pdfs.semanticscholar.org/1347/89e5c4bac9ebe96281da310dc4e90e33f4db.pdf>

[19] Buckner J.C., Beardslee W.R., Bassuk E.L. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *American Journal of Orthopsychiatry*, octobre 2004, vol. 74, no 4 : p. 413-423.

[20] Grant R., Gracy D., Goldsmith G., Shapiro A., Redlener I. E. Twenty-five years of child and family homelessness: Where are we now? *American Journal of Public Health*, 2013, vol. 103, Supl. 2 : p. e1-e10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969115/pdf/AJPH.2013.301618.pdf>

[21] Rog D. J., Buckner J. C. Homeless Children and Children. *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*, 1e-2 mars 2007 : p.

5.1-5.33. [https://www.huduser.gov/portal/publications/pdf/homeless\\_symp\\_07.pdf](https://www.huduser.gov/portal/publications/pdf/homeless_symp_07.pdf)

[22] Laporte A., Vandentorren S., Détrez M.-A., Douay C., Le Strat Y., Le Méner E. et al. Prevalence of mental disorders and addictions among homeless people in the Greater Paris area, France. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 31 janvier 2018, vol. 15, no 241. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858310/pdf/ijerph-15-00241.pdf>

[23] Heeren M., Wittman L., Ehlert U., Schnyder U., Mayer T., Müller J. Psychopathology and residents status – comparing asylum seekers, refugees, illegals migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 2014, vol. 55, no 4 : p. 818-825.

[24] Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, vol. 38, no 5 : p. 581-586. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

[25] Shojaei T., Wazana A., Pitrou I., Kovess V. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, septembre 2009, vol. 44, no 9 : p. 740-747.

[26] Duncan G. J., Yeung W. J., Brooks-Gunn J., Smith J. R. How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review*, 1er juin 1998, vol. 63 : p. 406-423.

[27] Najman J. M., Andersen M. J., O'Callaghan M., Williams G. M., Behrens B. C. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, octobre

1997, vol. 31, no 5 : p. 664-675.

[28] Najman J. M., Aird R., Bor W., O'Callaghan M., Williams G. M., Shuttlewood G. J. The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science and Medicine*, mars 2004, vol. 58, no 6 : p. 1147-1158.

[29] Zahn-Waxler C., Kochanska G., Krupnick J., McKnew D. Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 1er janvier 1990, vol. 26 : p. 51-59.

[30] Shonkoff J. P., Garner A.S., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel B. S. et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress, *Pediatrics*, 1er décembre 2011, vol. 129, no 1 e.232-246. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/1/e232.full.pdf>

[31] Fantuzzo J. W., LeBoeuf W. A., Chen C.-C., Rouse H.L., Culhane D.P. The Unique and Combined Effects of Homelessness and School Mobility on the Educational Outcomes of Young Children. *Educational Researcher*, 1er décembre 2012, vol. 41, no 9 : p. 393-402.

[32] Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J., Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, juillet 2003, vol. 60, no 7 : p. 709-717.

[33] Barnes A. J., Gilbertson J., Chatterjee D. Emotional health among youth experiencing family homelessness. *Pediatrics*, 1er avril 2018, vol. 141, no 4 : e20171767. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/141/4/e20171767.full.pdf>

[34] Vostanis P., Tischler V., Cumella S. Bellerby T. Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence. *The International Journal of Social Psychiatry*, 2014, vol. 7, no 4 : p. 30-40.

[35] Buckner J. C., Bassuck E. L., Weinreb L. F., Brooks M. G. Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income schoolaged children. *Developmental Psychology*, 1999, vol. 35, no 1 : p. 246-257.

[36] Shinn M., Schteingart J. S., Williams N. C., Bialo-Karagis N., Becker-Klein R., Weitzman B. C. Long-term associations of homelessness with Children's well-being. *American Behavioral Scientist*, 2008, vol. 51, no 6 : p. 789-809.

*Stéphanie Vandentorren,*  
*responsable, direction des régions,*  
*cellule d'intervention en région (Cire)*  
*Nouvelle-Aquitaine,*  
*Santé publique France,*  
*chercheuse, Sorbonne Université,*  
*université Pierre-et-Marie-Curie (UPMC)*  
*Paris-VI, Institut national de la santé*  
*et de la recherche médicale (Inserm),*  
*Institut Pierre-Louis d'épidémiologie*  
*et de santé publique (UMRS-1136),*  
*équipe de recherche en épidémiologie*  
*sociale (Érés),*  
*Stéphane Darbada,*  
*doctorant, Inserm (UMR-1178),*  
*centre de recherche en épidémiologie*  
*et santé des populations (Cesp),*  
*université Paris-Sud (Paris),*  
*Mathilde Roze,*  
*médecin généraliste, Sorbonne Université,*  
*UPMC Paris-VI, Inserm, Institut*  
*Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé*  
*publique (UMRS-1136), Érés,*  
*Maria Melchior,*  
*chercheuse, Sorbonne Université, UPMC*  
*Paris-VI, Inserm, Institut Pierre-Louis*  
*d'épidémiologie et de santé*  
*publique (UMRS-1136), Érés,*  
*Bruno Falissard,*  
*directeur, Inserm (UMR-1178), Cesp,*  
*université Paris-Sud.*  
*Da: La Santé en Action*  
*Numero 447 - 2019*



Cafarnao - Caos e miracoli (Capharnaüm) - Nadine Labaki 2018

## L'efficacia dei programmi di visite domiciliari

Christine Colin

Ieri, oggi, domani - Vittorio De Sica 1963

I bisogni di base del bambino sono oggi ben noti. Lo stesso per i bisogni speciali dei bambini che vivono in estrema povertà ed esclusione sociale [1]. Mentre le disuguaglianze sociali non si arrestano, anzi stanno aumentando nel mondo [2], da un lato questi bambini non godono di un ambiente sicuro e stimolante e in secondo luogo, anche se la stragrande maggioranza dei genitori dà loro amore, le condizioni nelle quali vivono spesso nascondono le loro abilità e possono causare rischi per lo sviluppo e salute dei bambini [3; 4].

### **Determinanti della salute e strategie di promozione di salute**

La Carta di Ottawa, fondante la promozione della salute [5], ha trasferito il suo obiettivo generale dalla responsabilità individuale ai determinanti della salute. Questi sono numerosi e complessi e dimostrano assai bene quanto gli ambienti di vita, i sistemi e il contesto generale, compresa la politica, influenzano in modo importante sviluppo e salute dei bambini molto più delle decisioni individuali [6; 7] (vedi Figura 1, 28).

In questa prospettiva, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito i prerequisiti essenziali per la salute: pace, protezione, educazione, reddito sufficiente, un ecosistema e risorse stabili e sostenibili; giustizia sociale e equità [5].

La Carta di Ottawa presenta cinque strategie d'azione che vanno ben oltre gli interventi individuali:

- il rafforzamento del potenziale degli individui (programmi per genitori o educazione alla salute, ecc.);
- lo sviluppo di ambienti sani e sicuri (sicurezza alimentare, alloggio sano, accesso ai parchi / aree ricreative),
- elaborazione di politiche di salute pubblica (alloggi, reddito, sistemi di assistenza all'infanzia bambini, congedi parentali, educazione prescolare e scolastica, redistribuzione della ricchezza);
- sviluppo della comunità (azioni comunitarie e intersettoriali);
- il riorientamento dei servizi sanitari (più programmi di prevenzione e promozione della salute e accesso privilegiato alle cure).

La partecipazione di individui e delle comunità caratterizza queste cinque strategie.

### **Politiche pubbliche di redistribuzione delle risorse**

Il primo anno di vita è il più critico per lo sviluppo [8]. Politiche pubbliche dei servizi sociali e sanitari, che aiutino a prevenire i problemi, sono particolarmente efficaci nella prima infanzia. I programmi per la salute del piccolo bambino sono rilevanti, anche dalla prospettiva economica [9; 10]. Gli investimenti per la salute dei bambini hanno un impatto duraturo e consentono loro di diventare adulti più sani, più istruiti e più produttivi.

Agendo sui determinanti di salute, si può persino interrompere il circolo vizioso della trasmissione della povertà [9].

Anche se questo non la cancella, la redistribuzione della ricchezza attraverso le imposte e le tasse sono una strategia molto efficace per ridurre la povertà dei bambini e le loro famiglie [11].

### Programmi strutturati di prevenzione precoce

Negli anni che vanno dal 1980 al 2000, diversi interventi precoci perinatali sono stati sviluppati negli Stati Uniti - ad esempio l'Infermiera di Famiglia [14], in Inghilterra, Canada e altrove. Questi interventi miravano a migliorare la salute dei bambini e, per la maggior parte, ridurre le disuguaglianze. In linea generale, possiamo dire, si basano sul ruolo "pivot" della madre, offrendo visite a domicilio, interventi nel periodo prenatale o postnatale e finalizzati a migliorare le abilità genitoriali [15].

Diverse recensioni di letteratura evidenziano l'innegabile efficacia di programmi riguardanti le visite a domicilio [4; 16; 17]. Nel complesso, si constata, che questi programmi, migliorano la salute materna prenatale, la salute dei bambini [18; 19], riducono il basso peso alla nascita, la morbosità neonatale, favoriscono un migliore sviluppo cognitivo

e socio-emotivo, riducono lesioni non intenzionali e ricoveri ospedalieri, producono un miglioramento delle pratiche genitoriali e della relazione genitore-figlio (l'esistenza di una buona relazione genitore-figlio porta a una maggiore resilienza emotiva, autostima e concetto di sé positivo nei bambini [20]) e un miglioramento del coinvolgimento dei padri con figli [21;22].

A lungo termine, osserviamo che i bambini che hanno beneficiato di programmi di supporto nella prima infanzia, avranno, da adulti, comportamenti di salute favorevoli. Fumeranno meno, useranno la cintura di sicurezza, faranno più esercizio fisico e avranno una migliore salute mentale a 21 anni [19].

Questi programmi hanno effetti positivi anche sulle madri consentendo loro un più facile reinserimento nel mercato del lavoro, una migliore distribuzione delle gravidanze e di ridurre la loro dipendenza dall'assistenza sociale.

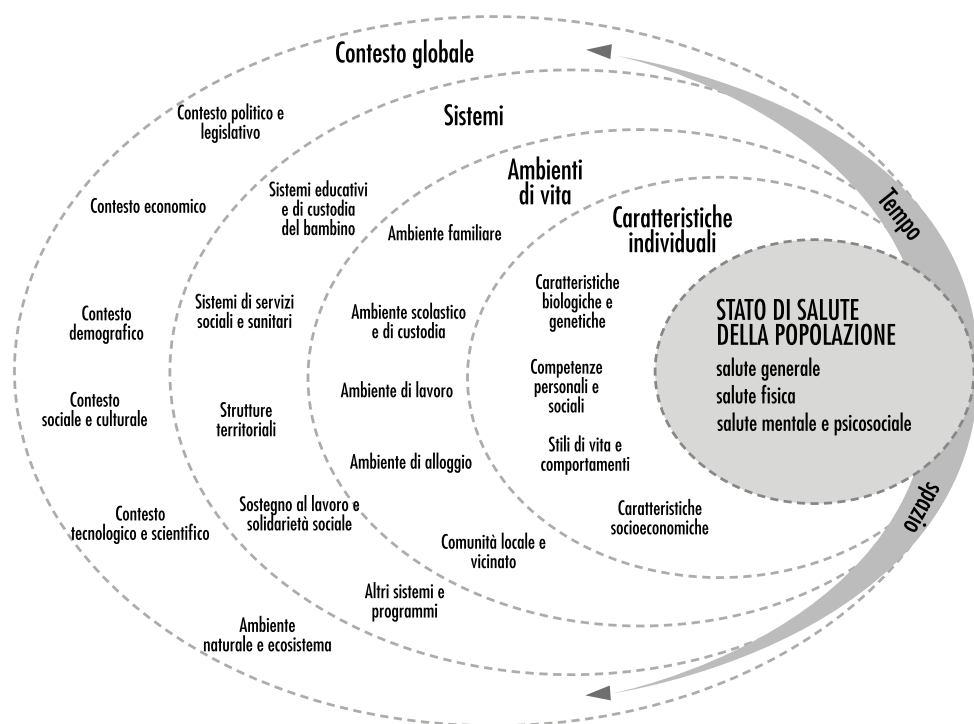
In generale, i programmi che combinano visite a domicilio e interventi diretti con il bambino sembrano i più efficaci. Per quanto riguarda la riduzione delle disuguaglianze sociali in salute, la ricerca dimostra che gli effetti positivi di questi interventi sono più pronunciati tra le popolazioni più svantaggiate sotto il profilo socio-economico.

Tuttavia, se i servizi non sono mirati in particolare verso la maggior parte delle famiglie svantaggiate, le famiglie non si troveranno nella possibilità di utilizzare i benefici offerti dai servizi e le disuguaglianze sociali aumenteranno [23]. Non possiamo aspettare semplicemente che le famiglie più svantaggiate vengano ai servizi: dobbiamo noi andare loro incontro, essere presenti in maniera continuata e accompagnarle [24].

### Esempi incoraggianti

In Quebec, il programma Naître Equals-Growing Healthy (NE-GS) è stato progettato per aderire e accompagnare le donne incinte e svantaggiate. È stato testato e poi sviluppato su tutto il territorio dal 1991 ad oggi. Visite a domicilio, intervento di un professionista "privilegiato" che offre supporto genitoriale pre e postnatale, una équipe di supporto multidisciplinare, attività di gruppo per i genitori, attività di stimolazione genitore-figlio, oltre a creare ambienti favorevoli attraverso azioni concertate nei quartieri, empowerment individuale e collettivo. Le valutazioni quantitative e qualitative del programma sono state molto positive [25] e il programma NE-GS si è evoluto negli attuali Servizi di Prevenzione integrata della prima infanzia.

La Francia ha dal 1945 Centri di protezione madre e figlio (PMI), che forniscono servizi di prevenzione, consultazioni e visite a domicilio, e di accompagna-



Fonte : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.

mento delle madri in situazioni di vulnerabilità e dei loro figli e seguono circa un quinto delle future mamme e dei bambini [26]. Tuttavia, secondo i dipartimenti, le risorse disponibili e gli orientamenti del leader, le PMI offrono un servizio universale - seguendo tutte le madri - o piuttosto mirato, soprattutto in base ai criteri di età. Ci sono molte differenze nel profilo delle madri monitorate, e il livello di priorità dato alle famiglie più svantaggiate. A differenza dei programmi sopra descritti, le visite domiciliari PMI raramente sono condotte nella cornice di un programma strutturato (che richiede obiettivi dichiarati, parametri di riferimento, formazione comune, ecc.) [26]. Tuttavia, alcune PMI stanno mettendo in atto attualmente, in forma sperimentale, programmi di prevenzione più strutturati a livello nazionale.

### Elementi chiave per programmi efficaci

I fattori di successo per gli interventi nella fase perinatale e nella prima infanzia sono stati ben identificati.

Questi sono la precocità (dall'inizio della prima gravidanza o anche prima), la continuità pre e postnatale; l'intensità (è meglio fare meno interventi, ma raggiungere con forza chi ne ha più bisogno); flessibilità, adattamento alle condizioni di vita e all'alfabetizzazione delle famiglie; la stabilità delle equipe e dei partecipanti, la presenza di un testimone privilegiato e impegnato con le famiglie (che diventa il referente principale); atteggiamenti favorevoli e interventi che rispettano la dignità delle persone e i loro valori (quindi supportati da una solida formazione).

Quindi un lavoro di squadra multidisciplinare, partecipazione e mobilitazione dei genitori e della comunità, collabo-

razione e consulenza interprofessionale e interistituzionale in un continuum di servizi, combinazione di politiche pubbliche coordinate e di interventi individuali - comprese le visite a domicilio - e alla comunità - accompagnamento attraverso reti di supporto, accesso ai servizi disponibili, ecc.

Esistono soluzioni.

Richiedono però risorse sufficienti per l'implementazione e il coordinamento di azioni di provata efficacia a livello politico e di servizi mirati. Queste sono basate su elementi di alta efficacia quali programmi strutturati di visite a domicilio dove i genitori, riconosciuti e valorizzati dagli operatori riconoscono la loro volontà applicare le loro abilità e migliorare la salute attuale e futura dei loro bambini.

### BIBLIOGRAFIA

- [1] Conroy K., Sande M., Zuckerman B. Poverty Grown Up: How Childhood Socioeconomic Status Impacts Adult Health. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2010, vol. 31 ; p. 154-160.
- [2] Lawson M., Chan M.-K., Rhodes F., Parvez-Butt A., Marriott A., Ehmke E. et al. Services publics ou fortunes privées, [Rapport Davos], Oxfam, janvier 2019 : 114 p.
- [3] Colin C., Ouellet F., Boyer G., Martin C. Extrême pauvreté, maternité et santé. Montréal : Les Éditions Saint-Martin, 1992 : 259 p.
- [4] Colin C. Promotion de la santé et du bien-être et prévention auprès des enfants et des familles en milieu d'extrême pauvreté : soutien, contrôle ou solidarité ? In : Colin et al. Une juste place pour tous les enfants : Plaidoyer pour l'action. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2004 : p. 85-117.
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève et Ottawa : 21 novembre 1986 :4 p. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- [6] Tang K.C., Beaglehole R. A charter to achieve health for all. *Health Promotion Journal of Australia*, 2005, vol. 16, no 3 : p. 171-172.
- [7] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune. Québec : MSSS, 2010 : 44

p. [Enhttp://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-202-02.pdf)

- [8] Shonkoff J. P., Phillips D. A. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington (D.C): National Academy Press, 2000.
- [9] Belli P. C., Bustreo F., Preker A. Investing in children's health: what are the economic benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, no 10 : p. 777-784.
- [10] Harvard Center on the developing Child. The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture [Working paper 5], 2007 : 9 p.
- [11] Merkur S., Sassi F., McDaid D., Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Genève : World Health Organization, 2013 : 72 p.
- [12] Unicef. Mesurer la pauvreté des enfants : nouveaux tableaux de classement de la pauvreté des enfants dans les pays riches, Florence : Centre de recherche Innocenti, 2012, Bilan Innocenti no 10 : 38 p.
- [13] Unicef. Construire l'avenir : les enfants et les objectifs de développement durable dans les pays riches. Florence : Centre de recherche Innocenti, 2017, Bilan Innocenti no 14 : 56 p.
- [14] Olds D. L., Robinson J. A., Pettitt L., Luckey D.W., Holmberg J., Ng R.K. et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results from a randomized trial. *Pediatrics*, 2004, vol. 114, no 6 : p. 1560-1568.
- [15] Brown S. S., Shaw R., Morgan L. et al. The Roots of Social Capital: a systematic review of longitudinal studies linking relationships in the home with health and disease, Health Service Research Unit, Oxford: University of Oxford, 2002.
- [16] Gomby D. S. The promise and limitations of home visiting: Implementing effective programs. *Child Abuse and Neglect*, 2007, vol. 31 : p. 793-799.
- [17] Peacock S., Konrad S., Watson E., Nickel D., Muhajarine N. Effectiveness of Home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BioMed Central Public Health*, 2013, vol. 13, no 1 : p. 1.
- [18] Licence K. Promoting and protecting the health of children and young people. *Child care, health and development*, 2004, vol. 30, no 6 : p. 623-635.
- [19] Chang D. I., Bultman L., Drayton V.L., Knight E. K., Rattay K. T., Barrett M. Beyond medical care: how health systems can address children's needs through health promotion strategies. *Health Affairs*, 2007, vol. 26, no 2 : p. 466-473.
- [20] Emler N. Self-Esteem: The Costs and Causes of Low Self-Worth. Joseph Rowntree Foun-

dation, York: York Publishing Services, 2001.

[21] Anderson L.M., Shinn C., Fullilove M. T., Scrimshaw S. C., Fielding, J. E., Normand J. et al. The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review, *American Journal of Preventive medicine*, 2003, vol. 24, no 3, S. 1 : p. 32-46.

[22] Kahn J., Moore K. A. What works for Home Visiting programs: lessons from experimental Evaluations of Programs and Interventions, *Child Trends*, 1er juillet 2010.

[23] Saïas T., Lerner E., Greacen T., Guédeney A., Dugravier R., Emer A. et al. Parent-provider relationship in home visiting interventions. *Children and Youth Services Review*, 2016, vol. 69 : p. 106-115.

[24] Colin C. Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé : sur quoi et comment agir ? Questions et points de repère. In : Actes du deuxième séminaire Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé – AGIR, Société française de santé publique, 19 janvier 2018. Février 2019 : 41 p. [https://www.sfsp.fr/images/docs/lire\\_et\\_ecrire/les\\_actes\\_des\\_evenements\\_de\\_la\\_sfsp/SF-SP-Rapport-ISS2-web.pdf](https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SF-SP-Rapport-ISS2-web.pdf)

[25] Brodeur J.-M., Boyer G., Séguin L., Perreault M., Colin C., Théorêt B. et al. Le programme québécois Naître égaux – Grandir en santé : Étude des effets sur la santé des mères et des nouveau-nés. *Santé, Société et Solidarité*, 2004, vol. 1 : p. 119-127.

[26] Saïas T., Clavel C., Dugravier R., Bonnard A., Bodard J. les interventions à domicile en protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale, *Santé publique*, 2018, vol. 30, no 4 : p. 477-487.

[27] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Prado, le programme de retour à domicile. Paris, 2013

*Christine Colin,  
médecin spécialiste de médecine  
préventive et santé publique,  
professeur titulaire, École de santé  
publique, université de Montréal (Canada),  
professeur invitée à Santé publique France.*

*Da: La Santé en Action  
Numero 447 - 2019*



Ieri, oggi, domani - Vittorio De Sica 1963

# Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra

Carla Berardi, Alessandra Paglino

La prima cosa bella - Paolo Virzi 2010

*ACP<sup>1</sup> è stata costituita a Milano il 5 settembre 1974. E' una libera associazione che raccoglie 1.400 pediatri in 35 gruppi locali, finalizzata allo sviluppo della cultura pediatrica ed alla promozione della salute del bambino. La composizione dell'ACP ricalca quella dei pediatri italiani con una prevalenza dei pediatri di famiglia (circa 65%) ed il resto di pediatri ospedalieri, universitari e di comunità .*

*Il pediatra ha un'alta probabilità di incontrare bambini vittime di trascuratezza nella propria pratica professionale, ed è importante che sia in grado di riconoscerli e di intervenire in modo appropriato.*

## Il bambino neglect

La sua definizione non è facile e non è un mero esercizio accademico, in quanto costituisce la guida alle riflessioni e alle pratiche utilizzate per identificare e approcciare questo problema. Il neglect di solito non consiste in un singolo atto di trascuratezza, ma in un insieme di comportamenti di omissione, che compromette il benessere del bambino; possono però verificarsi singoli episodi di trascuratezza grave che risultano in danni severi, fino alla morte. Secondo

la Consultation on Child Abuse Prevention dell'OMS del 1999, il neglect viene definito come "... l'incapacità a provvedere allo sviluppo del bambino in tutti i suoi aspetti: salute, educazione, sviluppo emozionale, nutrizione, protezione e condizioni di vita sicure, nel contesto delle risorse ragionevolmente disponibili alla famiglia e causi, o abbia un'elevata probabilità di causare, un danno alla salute del bambino o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale o sociale"

## Cause e fattori di rischio: un modello ecologico

La trascuratezza, come ogni tipo di maltrattamento, può essere meglio compresa come un sintomo a cui contribuiscono molteplici fattori, a livello

individuale (genitori e bambino), familiare, di comunità e di società. Spesso più fattori interagiscono e giocano un ruolo nel determinarsi del neglect, per esempio nel caso di un genitore single che diventa depresso e abusa di sostanze, in una comunità con poche risorse. Tenere presente questo modello ecologico è importante per capire che cosa sta alla base della trascuratezza e per un'adeguata valutazione, indispensabile per programmare l'intervento

## Meccanismi patogenetici

Secondo Dubowitz e Leventhal (2014) l'effetto di multiple avversità durante l'infanzia, tra cui il maltrattamento e il neglect, può indurre uno "stress tossico", definito come il risultato di "una intensa, frequente o prolungata attiva-

<sup>1</sup>. La missione principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare), che a quella personale (saper essere), che a quella manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane. L'ACP è iscritta all'albo della formazione professionale presso la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici.

Organizza inoltre corsi di formazione per pediatri operanti nelle strutture sanitarie e territoriali del SSN per svilupparne le competenze in tema di medicina di comunità. Una delle "mission" dell'Associazione Culturale Pediatri è inoltre la ricerca nell'ambito delle cure primarie.

L'ACP dal 1999 insieme al Centro per la Salute del Bambino ed all'Associazione Italiana Biblioteche, ha organizzato il progetto Nati per Leggere; dal 2005 l'ACP ha promosso anche Nati per la Musica, progetto per la diffusione della musica da 0 a 6 anni che nel 2007 ha ottenuto il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali. <https://www.acp.it/>

zione dei sistemi di risposta allo stress, in assenza degli effetti protettivi di una relazione adulta supportiva”.

Questa risposta allo stress disgrega circuiti cerebrali e sistemi metabolicidurante i periodi più sensibili dello sviluppo, con possibili alterazioni anatomiche e disregolazioni fisiologiche, che favorirebbero lo sviluppo di squilibri dell'apprendimento e del comportamento e malattie croniche fisiche o mentali stress-correlate.

Dagli studi più recenti (Teicher e Samson, 2016) emergono relazioni tra maltrattamento e alterazioni della struttura e della funzione di specifiche regioni cerebrali suscettibili, con alterazioni sostanziali nelle connessioni e nella struttura di rete. Sulla base di studi preclinici gli Autori hanno ipotizzato che l'esperienza del maltrattamento induca una cascata di effetti stress-mediati su ormoni e neurotrasmettitori, che interesserebbero lo sviluppo di regioni cerebrali vulnerabili. Si verificherebbe una programmazione alterata stress-in-

dotta dei sistemi di risposta allo stress legati a glucocorticoidi, noradrenalina e vasopressina-ossitocina, che andrebbe successivamente ad alterare processi basilari quali la neurogenesi, la sovrapproduzione o la potatura delle sinapsi e la mielinizzazione, durante periodi sensibili in individui geneticamente predisposti. Le regioni cerebrali più sensibili a questi eventi sarebbero ippocampo, amigdala, neocorteccia, cervelletto e tratti di sostanza bianca.

Queste modificazioni spingerebbero il cervello lungo vie alternative di sviluppo per facilitare la sopravvivenza in un mondo vissuto come ostile e stressante sulla base delle esperienze vissute.

Secondo l'ipotesi della rete neuro-immune di Nusslock e Miller), basata sull'esistenza di scambi tra sistemi biologici, le avversità precoci amplificherebbero un'interazione tra cellule ad attività pro-infiammatoria e circuiti neurali coinvolti nella processazione del pericolo e della ricompensa e nei comportamenti esecutivi conseguenti. I mediatori infiammatori agirebbero

sui circuiti della corteccia e dell'amigdala correlati al pericolo e su quelli dei gangli cortico-basali correlati alla ricompensa, predisponendo gli individui a comportamenti quali il fumo, l'uso di droghe e il consumo di diete ad alto contenuto di grassi. Agendo insieme all'infiammazione, questi comportamenti accelererebbero la patogenesi di problemi di salute fisica ed emozionale.

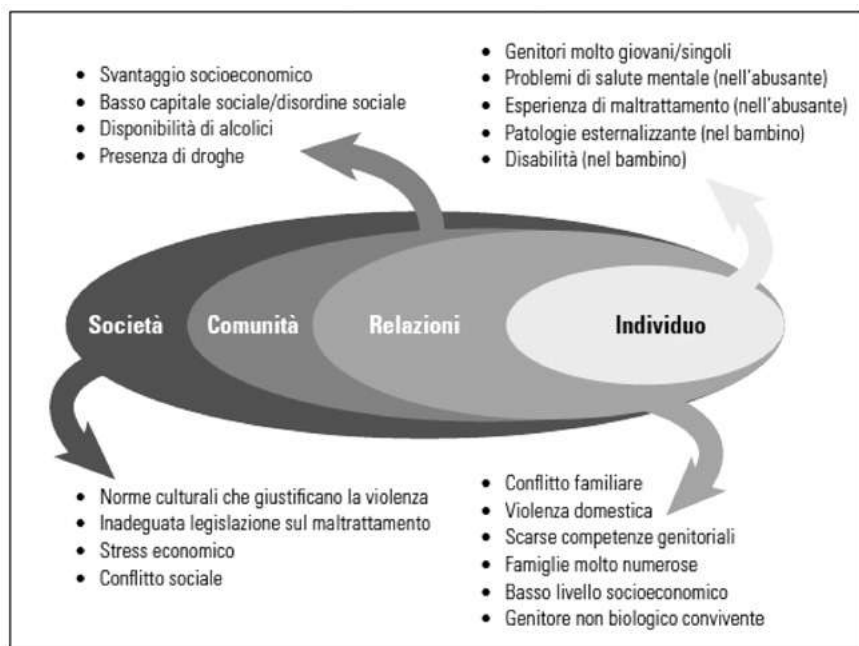
Un elevato numero di studi ha indagato le relazioni tra modificazioni cerebrali e specifici tipi di maltrattamento, evidenziando una più forte correlazione con il neglect emozionale o fisico. Studi di neuro immagini hanno dimostrato l'impatto del neglect sul cervello, con una significativa riduzione delle dimensioni del corpo calloso in confronto a studi effettuati su bambini vittime di altre forme di maltrattamento

### Valutazione della trascuratezza, ai fini della segnalazione e dell'intervento

Data la sua relazione con le famiglie, il pediatra ha una posizione privilegiata per poter identificare la trascuratezza, ma la valutazione ai fini della segnalazione può essere molto difficile: si tratta di prendere decisioni importanti in situazioni spesso ambigue e incerte.

In questi casi sarebbe estremamente utile per il professionista potersi avvalere del confronto in un gruppo multidisciplinare specialistico, se presente nel territorio.

Allevare un bambino non è un compito facile e il livello al quale i suoi bisogni vengono soddisfatti si trova lungo un continuum che va dall'ottimo al fortemente inadeguato senza cut-points naturali. Raramente un bisogno si può definire completamente o per niente soddisfatto e i cut-points di solito sono arbitrari. Per esempio è difficile stabilire a che livello un'inadeguata pulizia della casa comporti conseguenze dannose. Le



situazioni estreme sono relativamente poche e la zona grigia è ampia.

Con la consapevolezza che le cure dei genitori vanno lungo un continuum, il pediatra deve innanzitutto stabilire se le azioni, o le omissioni, dei caregivers determinano un danno grave, reale o potenziale, alla salute fisica, mentale, emozionale e allo sviluppo del bambino. La gravità della trascuratezza dipende infatti dalla gravità del danno e dalla probabilità che questo si realizzi: è grave quando non rispondere ai bisogni del bambino determina un danno importante, reale o potenziale, ed è tanto più grave quanto maggiore è la probabilità che il danno si verifichi. Tuttavia è spesso difficile predire la probabilità e la natura di un danno futuro, per esempio è difficile predire la probabilità di danno per un bambino di 8 anni lasciato a casa da solo per poche ore. Tali circostanze spesso vengono alla luce solo se si realizza un danno effettivo. Oltre alla probabilità del danno vanno prese in considerazione la sua natura ed entità.

Se il danno è minimo (per esempio un'ecchimosi conseguente a una caduta banale), persino un'elevata probabilità può essere considerata accettabile. Al contrario non è accettabile anche una bassa probabilità di danno severo (per esempio annegamento). Il concetto di danno potenziale è un problema importante poiché l'impatto della trascuratezza può divenire evidente solo anni più tardi e non va considerato solo il danno fisico, ma anche, e soprattutto, quello psicologico. Nelle situazioni in cui il danno per il bambino è grave, è necessaria una segnalazione per mettere in atto misure di protezione; se invece questo è modesto, piuttosto che una immediata segnalazione, possono essere più opportuni interventi educativi e servizi di

supporto e monitoraggio (per esempio nel caso di un lattante con scarso accrescimento ponderale a causa di un'errata preparazione di latte in formula). Altri aspetti che condizionano la valutazione della trascuratezza sono la cronicità e la numerosità degli incidenti. Talvolta un atto di trascuratezza può essere così grave che il neglect può essere identificato anche da un singolo incidente. Per esempio, se un bambino di 2 anni viene lasciato da solo a casa, si allontana e cade dal terrazzo o se un lattante viene lasciato da solo, anche una sola volta, nella vasca da bagno, per i possibili effetti devastanti.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il neglect comporta il verificarsi di atti omissivi ripetuti nel tempo ed è il modello delle omissioni che rende un comportamento trascurante. Se un bambino salta un singolo pasto è difficile che si determini un vero danno ma, se i pasti vengono saltati ripetutamente, allora può determinarsi uno scarso accrescimento o anche danni più gravi per la salute, fino alla morte. Alcune omissioni sono preoccupanti solo quando si verificano ripetutamente (per esempio la scarsa igiene); oppure, non può essere considerato neglect un bambino che senza essere malato e in assenza di problemi familiari manca da scuola per un giorno, ma se si ripresentano ripetutamente assenze ingiustificate, allora si può fare diagnosi di neglect educativo. La cronicità riflette un pattern di bisogni che non vengono soddisfatti ed è significativa proprio l'incapacità cronica a soddisfarli e a provvedere a cure amorevoli, con effetti negativi cumulativi, che diventano nel tempo sempre più svantaggiosi per il bambino stesso.

Elemento critico nel valutare il neglect è il contesto. Per esempio, il pediatra

può essere comprensibilmente riluttante a considerare come neglect l'impossibilità di aderire a una prescrizione terapeutica a causa di problemi economici. Un dilemma simile si presenta se una madre non ha altra scelta che lavorare di notte, e pertanto è costretta a lasciare il figlio di 10 anni da solo a casa. Queste circostanze illustrano la complessità della trascuratezza e indicano che solitamente non vanno giudicati affrettatamente questi genitori come trascuranti prima di avere attentamente esaminato e valutato le circostanze sottostanti. Per decidere se effettuare la segnalazione è necessario indagare sulla possibile esistenza di ostacoli che limitano le capacità di accudimento dei genitori.

Va pertanto condotta un'accurata valutazione psicosociale: sullo stato occupazionale ed economico, su credenze culturali/religiose, sull'eventuale abuso di sostanze, eventuali malattie mentali, violenza intrafamiliare, precedenti segnalazioni per maltrattamento. Se poi dalla valutazione della situazione non emerge la necessità della segnalazione, è comunque necessario che il pediatra sviluppi un piano di intervento insieme ai genitori e ai servizi territoriali perché gli ostacoli individuati vengano rimossi, con interventi di sostegno economico, appropriati interventi di cura nel caso di malattie mentali o di tossicodipendenze, e quanto altro necessario. Ovviamente dovrà essere previsto uno stretto follow-up per verificare che i genitori seguano i programmi di intervento, e qualora non vi sia adeguata compliance, la segnalazione diventerà obbligatoria. In questo caso è necessario discutere la questione con i genitori e informarli dell'avvenuta segnalazione: questo permette di mantenere la relazione con la famiglia e di lavorare insieme per ela-

borare un piano di assistenza adeguato.

### Prevenzione

La letteratura scientifica è unanime nell'affermare che le conseguenze a lungo termine del neglect emergono spesso anche in età molto avanzata. Dall'abuso non si guarisce; diagnosi e intervento precoce ne riducono il danno, non lo annullano, perciò la sola arma disponibile è la prevenzione, unico strumento per evitare la sofferenza anche a chi non subirebbe nessun danno permanente. Perché la prevenzione sia efficace è necessario intervenire presto, nella fase del rischio, prima che questo degeneri in danno.

L'OMS nel 2006 ha pubblicato il documento *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. La proposta del documento concentra l'attenzione sulla precocità della rilevazione delle condizioni di rischio: il tempo precedente e immediatamente successivo alla nascita del figlio,

tempo in cui la gestante viene a contatto con i servizi, ospedalieri e sociosanitari, incluso il pediatra di famiglia. Lì possono emergere segnali di disagio che possono consentire agli operatori preparati un approccio di sostegno preventivo a difficoltà di cura e di educazione che questi soggetti o nuclei potrebbero trovare nella gestione della genitorialità.

A livello comunitario esistono programmi di prevenzione che ricadono in due categorie: il Parent Training e l'Home Visiting. Quest'ultimo consiste in un programma di visite domiciliari da parte di personale che nei primissimi periodi può anche essere sanitario, possibilmente la stessa assistente sanitaria conosciuta in ospedale, per poi essere sostituita da un operatore professionale preparato per questo servizio. I contenuti e i metodi dell'Home Visiting secondo i criteri presentati dall'OMS (2006) prevedono un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce ai genitori e al loro disagio.

Dal momento che molte delle famiglie ad alto rischio spesso hanno un limitato accesso ai servizi e tendono a non chiedere supporto, il loro unico contatto può essere il pediatra, che si trova pertanto a essere un osservatore privilegiato del nucleo familiare e a poter così svolgere un ruolo importante nella prevenzione, ruolo che può essere ovviamente svolto in maniera più efficace se inserito in un contesto di rete. Da qui l'ipotesi di inserire nei bilanci di salute un intervento specifico per la prevenzione del maltrattamento e del neglect in particolare: sembra facilmente realizzabile e non molto distante da quello che già viene fatto nell'ottica del sostegno alla genitorialità. In occasione dei bilanci di salute il pediatra può effettuare un accurato esame fisico, valutare la crescita, osservare l'interazione tra il bambino e i genitori, verificare se questi rispondono ai bisogni e alle richieste del figlio (anche quelle non verbali) e se il bambino si rivolge ai genitori per ricevere conforto.

C'è inoltre l'opportunità di individuare l'eventuale presenza di fattori di rischio attraverso una minuziosa anamnesi sociale (povertà, abuso di sostanze, malattie mentali, giovane età e sofferenze materne ecc.), ricercando i segni di depressione post-partum o di violenza intrafamiliare e prestando particolare attenzione ai bambini con disabilità e ai nati pretermine. Si effettuerebbe così uno screening universale, che avrebbe il duplice vantaggio di evitare la stigmatizzazione delle famiglie e di ridurre la possibilità che sfuggano quelle a rischio. Individuati i fattori di rischio, il pediatra dovrà ovviamente cercare di mettere in atto gli interventi più appropriati: fornire guide anticipatorie per sostenere i genitori e, quando necessario, riferire le famiglie ai servizi perché ricevano



La prima cosa bella - Paolo Virzi 2010

aiuto. L'intervento ambulatoriale eseguito dai pediatri dopo una specifica formazione ha mostrato una riduzione delle segnalazioni di abuso rispetto a un gruppo di controllo (13,3% vs 19,2%;  $p=0,06$ ) e una riduzione della trascuratezza (4,6% vs 8,4%) (Dubowitz, 2014). Questo modello inoltre si è dimostrato praticabile ed efficace nell'ambito delle cure primarie, aumenta l'attenzione dei pediatri sui fattori psicosociali che possono contribuire al neglect, offre uno strumento per individuare efficacemente problemi mirati e propone un modello multidisciplinare per affrontare con efficacia le difficoltà di molte famiglie.

È tuttavia necessario che il pediatra delle cure primarie conosca bene le risorse presenti nel territorio e si relazioni con esse per facilitare il coordinamento degli interventi messi in atto per rispondere ai bisogni delle famiglie, interventi che devono essere necessariamente multidisciplinari.

Questa fase è la più complessa e difficile; purtroppo spesso i servizi deputati alla tutela dei minori sono insoddisfacenti, e in questo caso compito del pediatra sarà anche quello, politico, di fare pressione sulle istituzioni per politiche sociali orientate specificamente alla protezione dei minori

### **Tipi di trascuratezza (Aspetti clinici)**

La trascuratezza può manifestarsi in varie forme e, come gli altri tipi di maltrattamento, raramente si manifesta isolata. Un bambino trascurato ha un maggiore rischio di essere vittima di altre forme di abuso: fisico, emozionale o sessuale, e spesso può subire diverse forme di trascuratezza. Il quadro clinico del neglect è polimorfo e varia sia a seconda del tipo di bisogno non adeguatamente soddisfatto, sia a seconda del grado di

trascuratezza.

Diversa è la condizione di un bambino denutrito, sporco, infreddolito per la mancanza di cure materiali, da quella di un bambino a cui vengono negati l'affetto e l'accoglimento psico-relazionale, oppure da quella di un bambino isolato dalla dimensione sociale, che non viene mandato a scuola. Le omissioni che possono verificarsi includono un mancato soddisfacimento delle necessità fisiche (ad esempio vestiario, cibo) e di supporto emotivo del bambino, inadeguatezza nell'assistenza sanitaria, nell'educazione nella supervisione, nella protezione dai pericoli ambientali, ostacolando direttamente o potenzialmente il normale sviluppo e la sua sicurezza.

Il tipo di trascuratezza in cui l'omissione di cure riguarda la salute viene definito "trascuratezza sanitaria" (medical neglect) e comprende: la non aderenza alle prescrizioni mediche, il ritardato o mancato ricorso alle cure, il failure to thrive e l'obesità, la trascuratezza dentale, l'inadeguata protezione dai rischi ambientali. La mancata aderenza a una terapia medica o un ritardo nell'accesso alle cure possono aggravare una condizione patologica e rappresentare un danno grave per il bambino.

Un'alimentazione inadeguata può portare a una crescita insufficiente; una mancanza di attenzione verso una condizione di obesità può aggravare il problema; scarse condizioni igieniche possono contribuire a infezioni di ferite o lesioni; una supervisione inadeguata contribuisce al verificarsi di traumi e ingestioni accidentali.

La non aderenza alle prescrizioni mediche una forma di neglect che si verifica quando non vengono seguite le prescrizioni terapeutiche o le richieste di ulteriori valutazioni. In alcuni

casi questa negligenza può provocare un danno grave, reale o potenziale al bambino, in altri casi la trascuratezza è meno grave e il legame con un danno immediato o a lungo termine è meno diretto. Per fare diagnosi di trascuratezza, ai fini della segnalazione, è importante valutare in che misura il trattamento non è stato effettuato, se i problemi del bambino sono sicuramente attribuibili a inadeguatezza delle cure e l'entità del danno. Va considerato che per alcune raccomandazioni meno importanti (per esempio il follow-up per un'otite in un bambino asintomatico), la non aderenza non può essere definita neglect, così come non portare il bambino alle visite di controllo in occasione dei bilanci di salute. **Va inoltre sottolineato che nel sospetto di trascuratezza sanitaria è molto importante che il pediatra sappia identificare e valutare gli eventuali ostacoli che possono compromettere la capacità dei genitori di provvedere a cure adeguate, per esempio malattie mentali, o ritardi cognitivi, o problemi economici, o semplicemente ostacoli geografici, o di trasporto.** In ogni caso l'aspetto fondamentale da considerare per una corretta valutazione, ai fini della segnalazione, è l'entità del danno. Se la mancanza di cure provoca un danno grave, o presenta il rischio di provocare un danno grave al bambino, a prescindere dagli ostacoli identificati, il caso deve essere segnalato.

Se invece il danno conseguente è lieve, allora si può soprassedere alla segnalazione, ma è necessario pianificare un intervento appropriato per eliminare gli ostacoli identificati. Un'altra forma di trascuratezza sanitaria si verifica quando il bambino ha bisogno di cure mediche, ma non gli vengono fornite, o gli vengono fornite in ritardo, causando

un danno reale o potenziale. I genitori hanno la responsabilità di riconoscere i problemi di salute del bambino e di provvedere alla cura dei disturbi minori, come pulire e medicare una ferita. Per problemi più gravi hanno la responsabilità di riconoscere la necessità di cure mediche e di aiutare il bambino a ottenerle in tempo utile. Nel valutare queste situazioni il pediatra deve considerare se il ritardo nelle cure è stato significativo. Per esempio, un bambino può avere una gastroenterite per giorni ma apparire in buone condizioni, per poi scompensarsi bruscamente e disidratarsi. **Ci vuole molta cautela per concludere che si tratti effettivamente di un ritardo nel cercare le cure mediche.** Come negli altri tipi di trascuratezza, anche in questa ci possono essere molti fattori che interagiscono compromettendo l'accesso alle cure: fattori materni, come la depressione; **fattori familiari, come la mancanza di un mezzo di trasporto; o fattori legati alla comunità, come un accesso limitato alle cure mediche. Conoscerli è un punto fondamentale per poi mettere in atto gli interventi adeguati.** Va anche considerato che il pediatra condivide la responsabilità di assicurare al bambino le cure adeguate e il pediatra stesso può inconsapevolmente contribuire al medical neglect. I genitori spesso dipendono dal pediatra per capire le condizioni del bambino e il piano terapeutico. Se la spiegazione è frettolosa o fatta con un linguaggio inadeguato i genitori possono non capire le raccomandazioni, con il risultato di errori o omissioni nella somministrazione della terapia. Sono soprattutto le famiglie di bambini con malattie croniche che hanno bisogno di essere ben educati su quando richiedere l'aiuto del medico. Sempre nell'ambito della trascuratezza

sanitaria, un altro problema riguarda l'uso di alcune pratiche alternative che fanno parte della tradizione culturale della famiglia.

In questi casi si sospetta il neglect quando i rimedi alternativi usati provocano danno, soprattutto se sono disponibili trattamenti convenzionali efficaci.

**La valutazione è dunque basata sul livello di certezza che l'approccio alternativo è dannoso e sul fatto che esiste un trattamento decisamente preferibile. Affrontare le diversità culturali richiede una notevole sensibilità e umiltà, e va cercato un compromesso accettabile.**

Deve essere evitato un approccio etnocentrico (credere che la propria via sia la migliore) ma d'altra parte, sebbene sia importante rispettare le diverse pratiche culturali, va riconosciuto che alcune di queste causano sicuramente danno al bambino e pertanto non possono essere accettate. Gli stessi principi valgono per le situazioni in cui i bambini non ricevono cure mediche per motivi religiosi. Anche in questo caso è necessario raggiungere un compromesso soddisfacente. Talvolta l'accordo non viene raggiunto e il bambino viene danneggiato o è a rischio di esserlo. Bross ha definito i criteri per la segnalazione di queste forme di trascuratezza sanitaria:

1. il trattamento rifiutato dai genitori deve avere chiari e sostanziali benefici rispetto alle pratiche alternative.
2. non ricevere il trattamento raccomandato può provocare un danno grave (la morte o una menomazione).
3. con il trattamento il bambino ha la possibilità di godere di un'alta qualità di vita.
4. in caso di adolescenti, il ragazzo può acconsentire al trattamento.

Rientrano nella trascuratezza sanitaria il

failure to thrive (FTT, difetto di crescita) e l'obesità.

La causa del FTT è spesso multifattoriale; la vecchia distinzione tra "organico e non organico" è superata, perché la maggior parte dei problemi di crescita dipende sia da fattori nutrizionali che psicosociali. Si sospetta il neglect quando i bisogni nutrizionali di base del bambino non vengono adeguatamente soddisfatti. Non tutti i bambini sanno stimolare le cure dei genitori con efficacia, alcuni sono difficili da allevare per vari motivi. Se il bambino è difficile perché, per esempio, ha difficoltà organiche o psicologiche nel mangiare e il genitore è in difficoltà per condizioni ambientali (stress, povertà...) che limitano le sue abilità, può succedere che il bambino non venga nutrito adeguatamente e la sua crescita si arresta. È importante in questi casi sospettare il neglect, perché l'allontanamento temporaneo del bambino determina un aumento della velocità di crescita fino a 6-10 volte in pochi mesi, un aumento del picco di secrezione notturna del GH che si può normalizzare in 3 settimane e un miglioramento anche dello sviluppo psichico. All'altro estremo, la prevalenza dell'obesità infantile è drammaticamente aumentata. Uno studio condotto a Copenaghen su 1258 studenti di età compresa tra i 9 e 10 anni, con un follow-up di 10 anni, mostra che bambini che erano stati trascurati avevano 7 volte la probabilità di diventare obesi da giovani adulti, rispetto a quelli non trascurati. **Come il FTT anche l'obesità ha una causa multifattoriale, per cui è necessaria una valutazione adeguata per formulare il sospetto di neglect.** Ma quali che siano le cause, si può affermare che c'è il sospetto di trascuratezza quando gravi problemi di crescita

non vengono affrontati dai genitori nonostante sia disponibile l'accesso a servizi adeguati.

Un'altra forma di trascuratezza sanitaria che può presentarsi con buona probabilità all'osservazione del pediatra è il dental neglect.

Questa si definisce come la persistente mancanza di soddisfare gli elementari bisogni di salute orale del bambino, non provvedendo ai trattamenti necessari per assicurare un adeguato funzionamento in assenza di infezioni e di dolore. Situazioni che fanno emergere il sospetto di dental neglect includono il mancato ricorso alle cure quando venga diagnosticato un problema dentale, la presenza di numerose carie o fratture dentali, la necessità di ricorrere a interventi di emergenza per dolore acuto più di una volta, la necessità di effettuare estrazioni o cure in anestesia generale più di una volta. In questi casi, se la mancanza di cure dentali determina, o rischia di determinare, grave danno al bambino, il caso andrà segnalato. Il pediatra ha un ruolo importante nell'inviare le famiglie ad appropriate cure dentali, per cui deve conoscere bene le risorse

territoriali, soprattutto le possibilità disponibili per famiglie povere (in Italia nei LEA sono previste cure per le fasce a rischio sociale).

La trascuratezza può manifestarsi come protezione inadeguata contro i rischi ambientali.

Un bisogno essenziale del bambino è quello di essere protetto dai rischi dell'ambiente, dentro e fuori casa. Ingestioni accidentali, traumi, mancato uso dei seggiolini omologati per il trasporto in auto o delle cinture di sicurezza per i più grandi, esposizione a violenza intrafamiliare, possono rappresentare un'inadeguata protezione, mettendo a rischio la salute del bambino. Anche se, in generale, un singolo incidente (ingestione accidentale) non va necessariamente interpretato come neglect, è comunque indice di una inadeguata supervisione, da monitorare. Il pediatra può trovarsi ad affrontare altre forme di neglect, come la scarsa igiene, l'abbigliamento inadeguato, la mancanza di affetto e di stimolo, l'abbandono, il neglect educativo. Inoltre, con l'evolversi delle conoscenze sulla salute e lo sviluppo del

bambino, diventano evidenti altre forme di trascuratezza, per esempio l'esposizione al fumo passivo, o il porre il lattante a dormire in posizione prona, che potrebbero in futuro essere interpretate come forme di trascuratezza. Da sottolineare come l'uso di guide anticipatorie permetta al pediatra di svolgere un ruolo importante nell'aiutare i genitori a riconoscere e prevenire i rischi potenziali. Il pediatra di famiglia deve sostenere i genitori in uno stile educativo positivo, incoraggiante, di rispetto e di fiducia nei confronti del bambino, a cominciare dall'allattamento a richiesta e proseguire fino alla alimentazione responsiva: questa è la prevenzione e la cura che il pediatra può fare, non adottando uno stile prescrittivo che non fa altro che rendere dipendenti e sempre più elusivi i genitori.

*Carla Berardi,  
Pediatra di famiglia, Perugia;  
Alessandra Paglino  
Clinica Pediatrica,*

*Azienda Ospedaliera-Università di Perugia*



La prima cosa bella - Paolo Virzi 2010

## La normativa a tutela dell'infanzia

Da <https://www.garanteinfanzia.org/normativa-di-riferimento>

*Nel 1991 l'Italia ha assunto un impegno fondamentale nella storia dei diritti di bambini e adolescenti ratificando la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Per assicurare a livello nazionale la piena attuazione e la tutela dei diritti dei bambini e degli adolescenti secondo le disposizioni della Convenzione, la legge n. 112 del 12 luglio 2011 ha istituito l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza. Come sancito dalla legge (art. 3 comma 1, lett. a) l'Autorità "promuove l'attuazione della Convenzione di New York e degli altri strumenti internazionali in materia di promozione e di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, la piena applicazione della normativa europea e nazionale vigente in materia di promozione della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché del diritto della persona di minore età ad essere accolta ed educata prioritariamente nella propria famiglia e, se necessario, in un altro ambito familiare di appoggio o sostitutivo". Per raggiungere le finalità generali di promozione e tutela dei diritti e degli interessi delle persone di minore età, l'Autorità garante svolge compiti eterogenei. Parlamento e Governo sono alcuni dei suoi interlocutori e numerose collaborazioni, sia a livello nazionale (Ministeri, Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza, Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, garanti delle Regioni e delle Province autonome, organizzazioni no profit, Università ed altri), che internazionale (Rete europea dei garanti per l'infanzia - ENOC, Comitato europeo ad hoc per i diritti dei minori - CAHENF ed altri), le permettono non solo di intervenire in materia, ma anche di svolgere un ruolo rilevante di indirizzo e sensibilizzazione nei confronti delle istituzioni politiche.*

DECRETO LEGISLATIVO 2 ottobre 2018, n. 121

Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'art. 1, commi 82, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103

DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101

Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

LEGGE 11 gennaio 2018, n. 4

Modifiche al codice civile, al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in favore degli orfani per crimini domestici

DECRETO LEGISLATIVO 22 dicembre 2017, n. 220

Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, di attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale nonché della diret-

tiva 2013/32/UE recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 2017, n. 203

Riforma delle disposizioni legislative in materia di tutela dei minori nel settore cinematografico e audiovisivo, a norma dell'articolo 33 della legge 14 novembre 2016, n. 220

LEGGE 29 maggio 2017, n. 71

Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo

LEGGE 7 aprile 2017, n. 47

Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati Traduzione della legge 7 aprile 2017, n. 47 a cura dell'Agia (Law No. 47 of 7 April 2017 - "Provisions on Protective Measures for Unaccompanied Foreign Minors" - unofficial translation)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 10 novembre 2016, n. 234

Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta,

in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24

LEGGE 16 novembre 2015, n. 199

Ratifica ed esecuzione del Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti del fanciullo che stabilisce una procedura di presentazione di comunicazioni, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 19 dicembre 2011

LEGGE 19 ottobre 2015, n. 173

Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affidamento familiare

LEGGE 18 giugno 2015, n. 101

Ratifica ed esecuzione della Convenzione sulla competenza, la legge applicabile, il riconoscimento, l'esecuzione e la cooperazione in materia di responsabilità genitoriale e di misure di protezione dei minori, fatta all'Aja il 19 ottobre 1996

LEGGE 6 maggio 2015, n. 55

Disposizioni in materia di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio nonché di comunione tra i coniugi

DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2014, n. 24 Attuazione della direttiva 2011/36/UE, relativa alla prevenzione e alla repressione della

tratta di esseri umani e alla protezione delle vittime, che sostituisce la decisione quadro 2002/629/GAI

DECRETO-LEGGE 14 agosto 2013, n. 93  
Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province

LEGGE 27 giugno 2013, n. 77

Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l'11 maggio 2011

LEGGE 10 dicembre 2012, n. 219

Disposizioni in materia di riconoscimento dei figli naturali

LEGGE 1 ottobre 2012, n. 172

Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 20 luglio 2012, n. 168

Regolamento recante l'organizzazione dell'Ufficio dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, la sede e la gestione delle spese, a norma dell'articolo 5, comma 2, della legge 12 luglio 2011, n. 112

LEGGE 12 luglio 2011, n. 112

Istituzione dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza

LEGGE 21 aprile 2011, n. 62

Modifiche al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e altre disposizioni a tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori

LEGGE 2 luglio 2010, n. 108

Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la

tratta degli esseri umani, fatta a Varsavia il 16 maggio 2005, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno

LEGGE 4 maggio 2009, n. 41

Istituzione della Giornata nazionale contro la pedofilia e la pedopornografia

LEGGE 8 febbraio 2006, n. 54

Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli

LEGGE 6 febbraio 2006, n. 38

Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet

LEGGE 9 gennaio 2006, n. 7

Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile

LEGGE 20 marzo 2003, n. 77

Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996

LEGGE 11 marzo 2002, n. 46

Ratifica ed esecuzione dei protocolli opzionali alla Convenzione dei diritti del fanciullo, concernenti rispettivamente la vendita dei bambini, la prostituzione dei bambini e la pornografia rappresentante bambini ed il coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati, fatti a New York il 6 settembre 2000

LEGGE 28 marzo 2001, n. 149

Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile

LEGGE 31 dicembre 1998, n. 476

Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri

LEGGE 3 agosto 1998, n. 269

Norme contro lo sfruttamento della prostitu-

zione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù

LEGGE 23 dicembre 1997, n. 451

Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia

LEGGE 28 agosto 1997, n. 285

Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

LEGGE 15 gennaio 1994, n. 64

Ratifica ed esecuzione della convenzione europea sul riconoscimento e l'esecuzione delle decisioni in materia di affidamento dei minori e di ristabilimento dell'affidamento, aperta alla firma a Lussemburgo il 20 maggio 1980, e della convenzione sugli aspetti civili della sottrazione internazionale di minori, aperta alla firma a L'Aja il 25 ottobre 1980; norme di attuazione delle predette convenzioni, nonché della convenzione in materia di protezione dei minori, aperta alla firma a L'Aja il 5 ottobre 1961, e della convenzione in materia di rimpatrio dei minori, aperta alla firma a L'Aja il 28 maggio 1970

LEGGE 27 maggio 1991, n. 176

Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 22 settembre 1988, n. 448

Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni

LEGGE 4 maggio 1983, n. 184

Diritto del minore ad una famiglia

LEGGE 30 giugno 1975, n. 396

Ratifica ed esecuzione della convenzione europea relativa al rimpatrio dei minori, firmata a L'Aja il 28 maggio 1970

LEGGE 22 maggio 1974, n. 357

Ratifica ed esecuzione della convenzione europea in materia di adozione di minori, firmata a Strasburgo il 24 aprile 1967

## Progetto G.R.A.P.P.O.L.I.

*Genitorialità responsabile e attiva per promuovere un orientamento di lavoro integrato*

*Illia Martellini*

Sugarland Express (The Sugarland Express) - Steven Spielberg 1974

### **Il senso del progetto**

Da studi approfonditi sul significato e l'importanza di un buon legame di attaccamento tra madre e bambino che si sviluppa nel corso del primo anno di vita, si è considerato che la tendenza a stringere relazioni emotive nell'infanzia e nell'età adulta è una componente essenziale ed innata della natura umana. Il legame di attaccamento si basa dunque su delle predisposizioni innate all'interazione sociale e sulla creazione di un legame affettivo stabile e duraturo nel primo anno di vita. Un buon legame di attaccamento tra madre e bambino è essenziale perchè quest'ultimo possa sviluppare le proprie potenzialità e, di conseguenza, trarne maggior profitto, confidando sulla presenza di una "base sicura". Questa considerazione è valida per qualsiasi persona a qualunque età, ma è considerata necessaria e fondamentale in epoca infantile, soprattutto nel corso del primo anno di vita. Per base sicura quindi si intende quella figura di attaccamento di cui il soggetto si fida ciecamente, in quanto certo del supporto che riceverà da essa in caso di

bisogno. Il bambino, infatti, si avventurerà ad esplorare il mondo solamente se sicuro di avere alle proprie spalle una persona che si prenda cura di lui e che accorrerà in suo aiuto qualora sia necessario. Se così non fosse, il bambino tenderà ad inibire la propria esplorazione, inficiando in questo modo il proprio sviluppo cognitivo, relazionale ed emotivo. I casi di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso sui minori persi in carico negli ultimi anni ha messo in luce la necessità di evidenziare più precocemente possibile i segnali materni e paterni di disagio che potrebbero costituire una base per un esordio di trascuratezza, maltrattamento o abuso sul minore.

Si è ritenuto quindi di intercettare tutte le donne residenti nel territorio aziendale che abbiano partorito presso le due sedi ospedaliere al fine di rilevare precocemente eventuali disagi relazionali di coppia e sociali, isolamento sociale e quant'altro potesse influire sulla relazione madre-bambino.

La necessità di accompagnare e sostenere le mamme nei primi giorni di vita del neonato costituisce inoltre un intervento

con forte valenza a carattere preventivo e di promozione della salute in una situazione capace di favorire una buona relazione tra famiglia e servizi socio-sanitari. Il coinvolgimento nel progetto delle realtà associative e del volontariato si configura inoltre come sviluppo del lavoro di rete e di comunità in chiave sussidiaria.

Un precedente progetto prevedeva un intervento presso la sede ospedaliera da parte dell'ostetrica consultoriale con colloquio, osservazione della relazione madre neonato e somministrazione di un test mirato a rilevare la situazione emozionale/relazionale della donna con definizione finale di un appuntamento a domicilio entro i primi dieci giorni dalla dimissione ospedaliera; sarebbero seguiti, nei casi evidenziati a rischio, altri due incontri a domicilio a un mese di vita del bambino e a 5 mesi.

Dal Profilo di salute dell'A.S.S. n. 5, si riportano di seguito i dati più significativi relativi a questo progetto. Su una popolazione residente nel territorio dell'Azienda Sanitaria pari a 112.976 abitanti ripartita quasi in parti uguali tra

distretto Est e distretto Ovest, sono 858 i nati negli ospedali della Regione da donne residenti; si registra un tasso di fecondità totale pari a 1,31 figli/donna. L'età media al parto è di 32,3 anni (per le italiane 33, per le straniere 29). Le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 125 (tasso di abortività pari a 5,1%). Va specificato che c'è un numero di donne residenti che partoriscono in altre strutture (ospedali extra-regione) e di donne non residenti comunque presenti nel territorio di competenza.

## Il progetto sperimentale

Gli esiti del progetto sperimentale organizzato dall'A.S.S. n. 5 hanno dato i seguenti esiti relativamente a 948 donne residenti nel territorio ASS n. 5 che hanno partorito nei due ospedali aziendali nel periodo considerato:

- Colloqui con ostetriche consultoriali effettuate presso i due reparti ospedalieri o aggancio telefonico alle puerpere se già dimesse per un totale di 523 donne a Palmanova/Distr.Est e 375 donne a Latisana/Distr.Ovest. per un totale di 898 donne contattate
- Contatti telefonici avuti entro i 10gg dalla dimissione: n. 428 distr.Est – n° 333 distr. Ovest per un totale di n° 761 verifiche telefoniche dello status madre/neonato e aggancio per eventuale visita domiciliare
- Interventi a domicilio per un totale di 112 donne nel distretto est e 57 donne in quello ovest.

Situazioni problematiche evidenziate: n. 60 distr. Est; n° 60 distr. Ovest per un totale di 120 a cui è stata offerta la visita domiciliare o prestazione presso la sede consultoriale.

Sono emersi non solo casi a rischio di trascuratezza, ma anche di genitorialità fragili, relazioni di coppia instabili e di

depressioni puerperali.

Problematiche maggiori rilevate: problemi legati allattamento, depressioni puerperali, assenza di supporto sociale in particolare in nuclei familiari multietnici isolati.

Depressione post partum :18 donne distr. Est - 9 donne distr. Ovest, per un totale di 27 casi di depressione post partum presi in carico dal servizio psicologico consultoriale.

231 famiglie che hanno accettato di partecipare alle iniziative del "Percorso Nascita" organizzate presso le tre sedi consultoriali.

22 distr. Est 12 distr. Ovest, per un totale di 34 famiglie risultate problematiche sono state prese in carico per un sostegno genitoriale individualizzato e sostenute da ostetrica, assistente sociale e psicologo consultoriale.

## Lo sviluppo

Nel biennio successivo il progetto si è dunque sviluppato su tutto il territorio dell'A.S.S. n. 5 che coincide con il territorio degli Ambiti distrettuali di Latisana e Cervignano del Friuli e si integra con le altre iniziative locali in tema di sostegno e promozione della genitorialità. Nel territorio della Bassa Friulana opera da alcuni anni il gruppo di mamme volontarie "Sorsi di Vita" per il sostegno dell'allattamento al seno.

Per l'Ambito di Latisana si è fatto inoltre riferimento al servizio "Tempo per la Famiglia" presente nei Comuni di Pocenia e Muzzana del Turgnano rivolto a genitori e bambini 0 – 3 anni, e all'esperienza del progetto "Genitori quasi perfetti" presso il Comune di Pocenia.

## Obiettivi generali

Il progetto è collocato all'interno delle linee programmatiche del Piano di

Zona; in particolare, fa riferimento ai seguenti obiettivi:

- promuovere la permanenza dei minori in famiglia
- sostenere le attività informative e formative finalizzate al sostegno della vita di coppia e familiare, nonché per la valorizzazione sociale della maternità e della paternità.

## Sottobiettivi

- promuovere e consolidare l'instaurarsi di una buona genitorialità favorendo la relazione madre/bambino fino ai 5 mesi
- rilevare precocemente le situazioni di disagio psico-socio-ambientale
- implementare il sostegno alla genitorialità con attività multidisciplinari
- sostenere l'allattamento al seno
- promuovere la salute materno-infantile.

## Azioni propedeutiche

- definizione del personale dedicato da parte dell'A.S.S. n. 5
- identificazione dei diversi partners operativi del progetto a livello istituzionale e non.
- definizione del grado di coinvolgimento dei diversi attori: A.S.S. n. 5, ambito distrettuale di Latisana e ambito distrettuale di Cervignano del Friuli, terzo settore.
- definizione degli interventi di informazione e formazione congiunta per reparti ospedalieri di ostetricia e pediatria, medici di base (MMG), pediatri di base (PLS), operatori dei servizi aziendali, assistenti sociali dei Comuni dei due Ambiti distrettuali, Associazioni, gruppi informali dedicati, operatori coinvolti in progetti locali.

### Fasi del progetto

- fase di avvio: attivazione di almeno 10 h/sett. di ostetrica per ogni distretto; in questa fase saranno prese in carico solo le situazioni segnalate
- fase ordinaria: messa a regime del progetto per complessive 50 h/sett. Per effettuare lo screening a tappeto su tutte le donne residenti che partoriscono nei due ospedali Aziendali
- per tutte le neomamme residenti sul territorio aziendale verrà inviata a domicilio una lettera informativa sul progetto e sui servizi offerti sul territorio.

### Attività

Le attività specifiche nei confronti delle puerpere si sono sviluppate secondo le seguenti azioni:

- almeno un colloquio nei 3 giorni successivi al parto, presso il reparto ospedaliero per rilevazione della relazione madre/bambino ed eventuali criticità con definizione di successiva visita domiciliare

- visite domiciliari ai casi identificati a rischio di disagio relazionale/accuditivo entro la decima giornata dal parto
- invito alla partecipazione agli incontri del "Percorso nascita"
- le situazioni che manifesteranno difficoltà all'aggancio in Consultorio familiare verranno ricontattate telefonicamente per una visita domiciliare ad un mese dal parto
- visita domiciliare al 5° mese dalla nascita per offrire sostegno genitoriale alle problematiche connesse con lo svezzamento
- l'accesso al servizio viene agevolato con la possibilità, da parte delle neomamme, di chiedere un incontro con l'ostetrica utilizzando le fasce orarie della segreteria telefonica
- predisposizione ed utilizzo di strumenti di rilevazione circa le specifiche problematiche
- raccolta dei dati ed elaborazione degli stessi su supporto cartaceo e informatizzato
- valutazione semestrale dei dati emersi
- valutazione annuale dell'andamento complessivo del progetto finalizzata ad eventuali adeguamenti o ritarature delle azioni
- definizione dell'attività di supervisione psicologica per le ostetriche al fine di supportarle nelle relazioni con i neogenitori seguiti, con particolare attenzione agli aspetti emotivo-relazionali;
- definizione della metodologia di presa in carico secondo quanto definito dalle azioni di sistema relative alla presa in carico di cui al punto 4 del Piano di Zona (PUA, UVM, Progetto Personalizzato)
- organizzazione di un'iniziativa pubblica a conclusione del progetto per la restituzione degli esiti agli operatori ed alla popolazione nei due distretti.

### Destinatari

- puerpere residenti nel territorio dell'A.S.S. n. 5 e che abbiano par-



Sugarland Express (The Sugarland Express) - Steven Spielberg 1974

torito nei due ospedali aziendali e vi restino ricoverate almeno 3 giorni lavorativi

- puerpere residenti nel territorio dell'A.S.S. 5 e che abbiano partorito negli altri ospedali regionali o limitrofi del Veneto orientale
- bambini da zero a 6 mesi di vita residenti nel territorio dell'A.S.S. n. 5
- coppie di neo-genitori residenti nel territorio dell'A.S.S. n. 5.

## Tempi

Il progetto è articolato in due fasi.

Prima fase: con almeno 10 h/sett. di ostetrica per distretto, con le seguenti azioni:

- definizione del personale dedicato da parte dell'A.S.S. n. 5
- identificazione dei diversi partners istituzionali e non
- definizione del grado di coinvolgimento dei diversi attori
- definizione di interventi di informazione/formazione congiunta per reparto ospedalieri ostetrica/pediatria, MMG, PLS, assistenti sociali dei comuni, associazioni e gruppi informali dedicati, operatori coinvolti in progetti locali, operatori dei servizi aziendali.

Seconda fase: con l'utilizzo di almeno 12 h/sett. di ostetrica per distretto, si attuerà con le seguenti azioni:

- screening sul 90 % delle partorienti nei due ospedali aziendali che risiedono sul territorio della Bassa friulana e che permangano ricoverate almeno 3 giorni lavorativi
- sostegno genitoriale ad almeno il 70 % delle situazioni a rischio o con problematiche evidenziate
- definizione dell'appuntamento di consulenza ostetrica al fine di definire la richiesta e programmare l'even-

tuale progetto personalizzato al 90%

delle richieste spontanee di consulenza/sostegno ostetrico da donne che hanno partorito in altri ospedali

- almeno un colloquio nei 3 giorni successivi al parto presso il reparto ospedaliero per la rilevazione della relazione madre/bambino ed eventuali criticità con definizione di successiva visita domiciliare
- visite domiciliari a casi identificati a rischio di disagio socio relazionale e/o relativo agli stili di accudimento entro la decima giornata dal parto
- invito alla partecipazione agli incontri del "Percorso nascita" presso le sedi consultoriali.
- solo per le situazioni resistenti all'aggancio in consultorio le interessate verranno ricontattate telefonicamente per una visita domiciliare ad un mese dal parto
- visita domiciliare al 5° mese per sostegno genitoriale alle problematiche connesse con lo svezzamento.

## Indicatori di risultato

- screening effettuati sul 90 % delle partorienti nei due Ospedale aziendali e residenti nel territorio della Bassa friulana che permangano ricoverate almeno 3 giorni lavorativi
- sostegno genitoriale almeno al 70 % delle situazioni identificate o a rischio e/o per problematiche relative alle figure genitoriali che possano interferire sulle competenze genitoriali.
- definizione dell'appuntamento di consulenza ostetrica al fine di definire la richiesta e programmare eventuale progetto personalizzato al 90% delle richieste spontanee di consulenza/sostegno ostetrico da donne residenti che hanno partorito in altri

ospedali fuori azienda.

- mantenimento dell'allattamento al seno fino ai 5 mesi di vita del bambino per almeno il 70% delle situazioni seguite.

*Ilia Martellini*

*Direttore S.O.S. Area Materno Infantile  
Territoriale - Servizi Consultoriali - A.S.S. n.  
5 Bassa Friulana. Latisana*

## Un programma italiano per ridurre il maltrattamento e prevenire l'istituzionalizzazione dei bambini

Paola Milani

La tenerezza - Gianni Amelio 2017

L'acronimo P.I.P.P.I. Programma di Intervento per prevenire l'istituzionalizzazione dei bambini, è stato ispirato dalla resilienza di Pippi Calzelunghe; questo personaggio è la metafora della forza di cui dispongono i bambini per affrontare le avversità nella vita. Questa sperimentazione sociale è il risultato di una collaborazione tra il Ministero del lavoro e Affari sociali e il Laboratorio ricerca e intervento Educazione familiare (LabRIEF) e Università di Padova<sup>1</sup>.

Pippi è una sperimentazione territoriale a lungo termine su larga scala nel quadro delle politiche sociali. È iniziata nel 2011-2012 in 10 città italiane con 89 famiglie target.

Nel 2018-2019, Pippi è implementato in 250 territori distribuiti in oltre 18 regioni e con la partecipazione di circa 2.500 famiglie.

L'obiettivo di Pippi è quello di innovare pratiche di intervento con cosiddette famiglie negligenti al fine di ridurre il rischio di maltrattamenti e per evitare la separazione dei bambini dal loro ambiente familiare.

Il programma articola aspetti sociali, di salute, educazione e istruzione. Genitori

e bambini sono fortemente coinvolti nella costruzione dell'analisi e nella risposta ai loro bisogni.

Pippi si inserisce quindi nei programmi di "conservazione" delle Famiglie e negli interventi intensivi di assistenza domiciliare (intervento intensivo di assistenza domiciliare).

Il programma persegue un doppio scopo:

- sperimentare un modello di intervento preventivo con le famiglie in una situazione di negligenza., migliorare la pertinenza degli interventi;
- parallelamente, costruire una comunità di pratica che riunisce il professionisti dei servizi sociale, sanitario ed educativo. Questi possono quindi agire nel quadro di una struttura sperimentale, migliorare uniformemente in tutto il paese le condizioni organizzative, culturali e tecniche nelle quali sono effettuati interventi con le famiglie in situazione di negligenza. L'obiettivo è la pertinenza, l'efficacia e la qualità di questi interventi, attraverso percorsi di valutazione scientificamente riconosciuti.

### Accompagnare bambini e genitori

La premessa è che non si deve accompagnare solo il bambino o solo il genitore, ma i due allo stesso tempo e soprattutto la relazione che li unisce in un sistema familiare e il contesto di appartenenza: servizi integrati e coerenti tra loro e che intervengono a tempo debito con molteplici metodi che ne favoriscono l'efficacia.

I dispositivi sono i seguenti:

- percorsi didattici intensivi a casa, focalizzati sull'ambiente sociale genitore-figlio;
- gruppi compresi genitori e bambini;
- collaborazione tra servizi di educazione della prima infanzia, scuole, famiglie e servizi sociali e sanitari<sup>2</sup>;
- risorse-famiglie e solidarietà del vicinato.

Tutto è basato sulla valutazione partecipativa e la trasformazione dei bisogni di tutte le famiglie [1]. Creare modelli di valutazione trasformativa significa rendere le famiglie attrici della costruzione di significato dell'intero processo valutazione dell'intervento.

Questo processo è il seguente:

- valutazione condivisa della

- situazione (Assessment);
- costruzione di ipotesi di intervento (Pianificazione);
- implementazione e monitoraggio dell'intervento;
- valutazione finale del corso completato e cambiamenti ottenuti.

Il quadro teorico di riferimento della valutazione è il modello bioecologico di sviluppo dell'essere umano che si applica al mondo del bambino (Mondo del Bambino - MdB); questo è l'adattamento italiano di un'esperienza di valutazione (dispositivo di valutazione) realizzata dal governo britannico negli anni '90 [2; 3] e sperimentato dal governo di Scozia.

### Soddisfazione dei bisogni attraverso una relazione educativa

Questo quadro di riferimento (FIGURA) è stato adattato da un lato dai ricercatori di Montreal, Quebec sotto il nome del Framework for Analysis of i bisogni del bambino (Cabe) nel programma Aides [5], e in secondo luogo dal LabRIEF sotto il nome Mondo del

Bambino (MdB) come parte di Pippi. Spesso definito come il "triangolo", esso consente ai professionisti delle istituzioni e dei servizi di fare riferimento a un singolo quadro di valutazione e ad un unico progetto per ogni bambino, per raggiungere una comprensione olistica<sup>5</sup> di bisogni e potenzialità di ogni bambino e ognifamiglia. Questo quadro teorico è multidisciplinare.

Per i professionisti, è importante conoscere il quadro di riferimento nel quale si inscrivono in cui si adattano [6] e anche diversi ambiti nei quali si collocano gli altri. Possono quindi adottare un quadro di riferimento che promuove il dialogo e la comprensione reciproca all'interno di un team multidisciplinare.

Il "triangolo" mette in tensione tre assi dimensionali:

- i bisogni in evoluzione del bambino;
- le capacità dei genitori di rispondere a questi bisogni;
- tutte le risorse disponibili, fattori di rischio e protezione dell'ecosistema familiare

La prospettiva di bisogni in evoluzione ha aiutato a collocare nel centro una antropologia del bambino, inteso come soggetto strutturalmente aperto all'altro, attore del suo sviluppo dalla fase prenatale e considerato nel suo divenire, nel suo progetto che definisce il suo essere costitutivo in sviluppo[7].

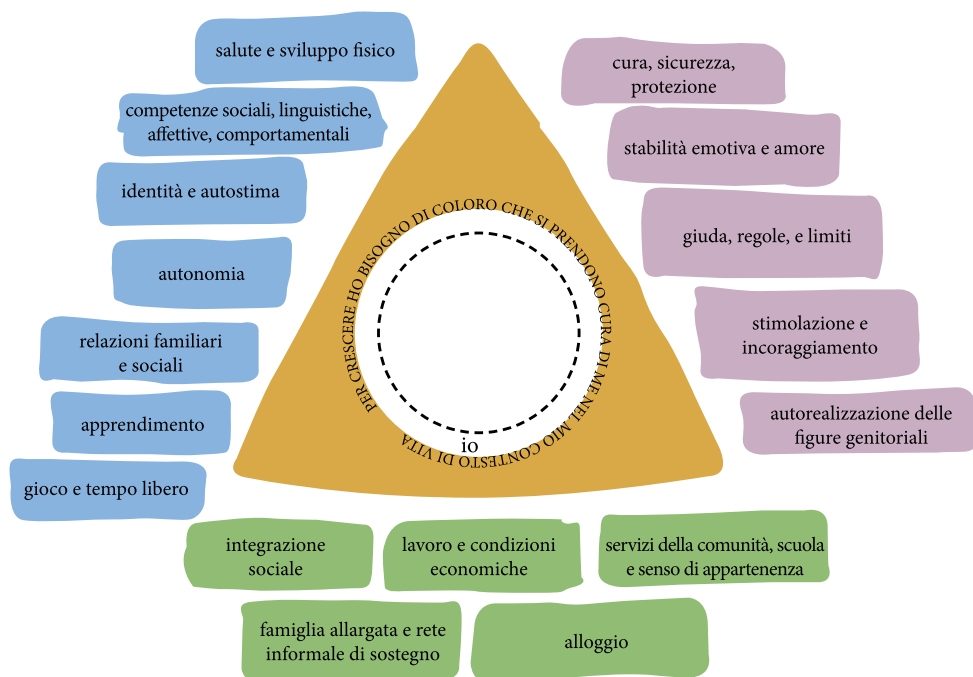
Lo sviluppo non è un processo indipendente; implica la soddisfazione di bisogni

evolutivi all'interno di una relazione educativa, capace cioè di guidare positivamente questa crescita.

I bisogni del bambino suppongono una risposta appropriata, che generi una nuova capacità. I diritti del bambino favoriscono la sua crescita e l'espressione delle sue capacità.

La nozione di bisogno può essere definita attraverso le seguenti cinque linee di forza:

- relazionale: il bisogno è espresso in una relazione; presuppone una dimensione del "prendersi cura", rinvia alla responsabilità e all'impegno di ogni persona coinvolta;
- dinamica: un bisogno non è tanto una mancanza o un problema, piuttosto un obiettivo su cui costruire un'azione;
- fondato sul "qui e ora", sulle molteplici opportunità di apprendimento presenti nella routine quotidiana del bambino: coricarsi, il bagno, il pasto, ecc. Ad esempio, il problema "questo genitore non mette il bambino a letto al momento giusto", si riferisce al bisogno dei bambini di avere un ritmo adattato tra il sonno e la veglia, può essere reso dinamico nella maniera che segue: "Come possiamo modificare il nostro intervento permettere a



Fonte: Milani, Ius, Serbati, Zanon, Di Masi, Tuggia, 2015

questo bambino di andare a letto nel momento più conveniente?”;

- la nozione di bisogno è interdipendente: per soddisfare un bisogno, egli deve sapere sfruttare le sue forze e quindi osservare, analizzare e identificare;
  - non stigmatizzante: il bisogno è costitutivo dell'umano e del divenire inerente alla crescita; non è specifico per una popolazione mirata: bambini, giovani e famiglie vivono una serie di bisogni diversi, in momenti diversi della loro vita.
- Tuttavia, anche se tutti i bambini hanno bisogno di servizi universali di buona qualità, alcuni non richiedono particolari esigenze (special needs) - ma hanno bisogno di una ulteriore attenzione, risposte più qualificate, che possono riguardare il loro sviluppo, istruzione, salute, assistenza sociale, o altri ambiti. I bisogni sono sia ciò che abbiamo in comune come esseri umani, e parimenti

ciò che differenzia ognuno di noi [8].

### Programma in espansione

Lo strumento informatico di base per valutare, programmare e monitorare il progresso dell'intervento con le famiglie si chiamano RPMonline6. Questo traduce metodologicamente e quadro operativo di riferimento, definisce un piano di intervento, fornisce valutazione. Criteri di valutazione sono modellati sui tre assi del “triangolo” (vedi Figura). Questo permette di visualizzare - tra il momento iniziale (T0) e l'ultimo momento (T2) - i progressi compiuti dai 541 bambini che hanno partecipato alla quinta implementazione di Pippi nel 2016-2017.

La fase sperimentale del programma Pippi si è conclusa con la formalizzazione delle linee guida delle agenzie d'intervento nazionali bambini e famiglie in situazione vulnerabilità,

approvata durante della Conferenza Stato-Regioni di 21 dicembre 2017. Questo ufficializza il passaggio della sperimentazione al quadro nazionale non vincolante.

1. Il gruppo di ricerca responsabile di LabRIEF è composto da: Sara Colombini, Diego Di Masi, Marco Ius, Paola Milani, Verdiana Morandi, Andrea Petrella, Francesca Santello, Sara Serbati, Chiara Sita, Marco Tuggia e Ombretta Zanon ; et, per il Ministero del lavoro e degli Affari Sociali: Adriana Ciampa, Cristina Calvanelli, Giovanna Marciano, Valentina Rossi e Raffaele Tangorra.
2. le famiglie d'appoggio, all'interno di Pippi, apportano un aiuto quotidiano sia pratico che affettivo alle famiglie oggetto dell'intervento.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Serbati S., Zanon O., Di Masi D., Tuggia M. Il Quaderno di P.I.P.P.I. Teorie, Metodi e strumenti per l'implementazione del programma. Padova : Becco- Giallo, 2015.
- [2] Ward H. Looking After Children: Research into Practice. Londres : HMSO, 1995.
- [3] Horwath J. (ed.) The Child's World: the Comprehensive Guide to Assessing Children in Need. Londres : Jessica Kingsley Publishers, 2010 : 414 p.
- [4] Scottish Government. A Guide to Getting it Right for Every Child. Edimbourg, 2008 : 31 p. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/1141/0065063.pdf>
- [5] Chamberland C., Lacharite C, Clement M.-E., Dufour S., Lemay L., Lessard D. et al. Recherche evaluative de l'initiative AIDES, Rapport final d'évaluation présenté à la Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec, Montreal : universite de Montreal, juillet 2012, projet 6150U1 : 308 p. En ligne : <https://initiativeaides.ca/wp-content/uploads/2017/05/AIDESrapportfinaljuillet2012final.pdf>
- [6] Sclavi M. Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte. Milano : Bruno Mondadori, 2003.
- [7] Lacharite C. Participation des parents et services de protection de l'enfance, Les Cahiers du Ceidef, janvier 2015, vol. 1 : 27 p.
- [8] Milani P. Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità. Rome : Carocci, 2018 : 280 p. Per saperne di più: <https://www.fisppa.unipd.it/pippiprogramma-intervento-prevenzione-dell%E2%80%99istituzionalizzazione-secondafase-implementazione>

Paola Milani,

Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare (LabRIEF),  
Università di Padova (Italia).

Da: *La Santé en Action*  
Numero 447 - 2019



La tenerezza - Gianni Amelio 2017

## Costruire la salute con la famiglia: l'esperienza e i potenziali da conoscere e da replicare

*M.Grazia Alloisio, Sanitha Parasseril, Eliana Scozzato*

Fai bei sogni - Marco Bellocchio - 2016

### **I Consulteri Pediatrici: storia nella Città di Milano**

Nella città di Milano, in Regione Lombardia, così come in tutta la nazione e sino alla istituzione del Servizio Sanitario Regionale (Legge n°833 del 1978) la assistenza alla gravidanza e dopo il parto, con particolare attenzione verso le situazioni di indigenza, veniva garantita in origine attraverso i Consultori dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, poi Consultori Pediatrici comunali. In ogni quartiere della città ciascun Consultorio Pediatrico, sino a circa 10 anni fa, costituiva il punto di riferimento per le famiglie con bambini in età dagli 0 ai 3 anni, e presso ciascun servizio operava una équipe costituita da un medico pediatra, una assistente sanitaria visitatrice ed una vigilatrice d'infanzia: spesso il consultorio era collocato all'interno dell'asilo nido comunale. La stretta collaborazione con i servizi anagrafici comunali permetteva alle assistenti sanitarie di contattare e raggiungere precocemente le famiglie, recandosi presso l'abitazione per la prima visita domiciliare entro il primo mese dal parto: questo

primo incontro, nella casa del bambino, permetteva ai genitori di ottenere le prime informazioni pratiche, in merito all'accudimento, e all'allattamento, permetteva altresì di ottenere risposte pratiche in merito alle preoccupazioni e alle ansie, informazioni corrette circa le vaccinazioni e il calendario vaccinale, i servizi territoriali dedicati ai bambini e alle donne (l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e la Pediatria di Base, dopo il 1978, i Consultori Familiari, i Servizi di Igiene Mentale della Età Evolutiva, i Servizi Educativi per l'Infanzia, ecc.).

A ciascun bambino veniva consegnato un Libretto Sanitario personale, uno strumento ad uso dei genitori, compilato nella prima parte anamnestica dall'Assistente sanitario: il "libretto verde" costituiva uno strumento privilegiato per la raccolta di tutte le informazioni relative alla vita del piccolo, compresa la registrazione delle sedute vaccinali, dei tempi e modi dell'allattamento-svezzamento, della crescita staturale-ponderale, delle malattie infettive infantili, eccetera.

Il colloquio al domicilio era il primo passo di un percorso che proseguiva per tre

anni, durante i quali si susseguivano una serie di controlli pediatrici e consulenze preventivi, in sede consultoriale, che permettevano di accompagnare i genitori e il bambino, sia dal punto di vista relazionale che sanitario, con l'intento di supportare le capacità dei genitori, prevenendo il disagio e la trascuratezza nella relazione con il bambino: in quegli anni accedeva al consultorio circa il 90% dei bambini nati nel quartiere di riferimento di ciascun consultorio pediatrico.

In seguito alla istituzione delle Unità Socio Sanitarie Locali, i consultori pediatrici hanno proseguito la loro opera di affiancamento alle famiglie con neonati sino alla istituzione delle Aziende Sanitarie Locali (L.R. n° 31 del 1997): in seguito al riordino del Servizio Sanitario Regionale le responsabilità e compiti di prevenzione e di consulenza sono stati assegnati ai pediatri di Libera Scelta, i quali, attraverso la effettuazione dei bilanci di salute in sede ambulatoriale hanno, da allora, la piena titolarità in merito alla prevenzione per la tutela della salute dei minori assistiti.

E' importante sottolineare che per for-

nire una assistenza preventiva /educativa adeguata alle famiglie è strategicamente vincente disporre, perlomeno nei primissimi anni di vita dei bambini, di una equipe multiprofessionale locale: per fronteggiare le disuguaglianze e articolare l'assistenza in base ai bisogni reali di ciascuna situazione questa presenza nel territorio rappresenta una risorsa irrinunciabile. Non si tratta solo di assistenza sanitaria o medica, ma anche di informazione e orientamento, di educazione e rafforzamento delle capacità dei genitori.

L'equipe consultoriale può raccogliere elementi obiettivi in merito alle reali risorse e necessità del bambino e del suo nucleo familiare, e garantire, dove necessario, il raccordo in rete tra i servizi dell'area materno-infantile, comprendendo la pediatria di base e i reparti specialistici ospedalieri, per la adozione di soluzioni appropriate e sostenibili. Concludendo: i bambini di Milano trarrebbero grandi benefici in salute dalla riapertura di questi Servizi.

### **Il sostegno territoriale alle famiglie: come realizzarlo?**

In Italia il patrimonio di competenze ed esperienze rispetto ai bisogni delle famiglie con neonato appare infinito, pur avendo risentito dei cambiamenti strutturali e organizzativi dei Servizi Sanitari in atto da anni nelle diverse Regioni che sono spesso repentini. Alcune esperienze significative, realizzate con successo, meritano di essere conosciute e riconsiderate, poiché sono replicabili, in base alle scelte di politica sanitaria adottate dai decisori e dagli amministratori locali. Nella realtà della regione Veneto, il sostegno territoriale alle famiglie con neonato viene realizzato con azioni dedicate alla formazione dei professionisti coin-

volti, alla educazione alla salute, con particolare attenzione alla assunzione di Acido Folico e all'evitamento di alcol e fumo in gravidanza, alla promozione di un allattamento al seno sostenibile e appagante e della protezione vaccinale, alla prevenzione dei rischi (sicurezza in auto e domestica, Sudden Infant Death Syndrome), alla lettura ad alta voce. Il Percorso nascita prevede una fase pre-nascita (in cui vengono proposti ai genitori corsi di preparazione al parto e alle future madri corsi di acquaticità) ed una successiva al parto, che viene attivata per i minori entro i 6 mesi di vita, dedicata ovviamente al nucleo familiare. Le proposte previste durante la fase post nascita consistono in un servizio primi giorni (presso il domicilio e in sede consultoriale), percorsi di gruppo di formazione sul massaggio infantile e incontri di sostegno alla genitorialità. Il "Servizio Primi Giorni", che trae origine da un progetto nato nell'Ottobre 1996 presso l'ULSS di Padova a cura delle Assistenti Sanitarie della Pediatria di Comunità, si propone l'obiettivo fornire di un sostegno educativo- assistenziale- relazionale ai genitori e alle famiglie dei nuovi nati, sin dai primi giorni di vita: si opera rinforzando le competenze e le risorse genitoriali attorno all'accudimento e nella relazione madre/bambino, incoraggiando l'autonomia necessaria ad affrontare le difficoltà che si incontrano nella crescita del figlio, educando e stimolando nella interpretazione dei segnali del bambino, e anche nella adeguatezza delle risposte.

Il Servizio primi giorni prevede:

- 1 Un intervento promozionale e informativo alle puerpere presso i Punti Nascita ospedalieri
- 2 La consulenza in sede consultoriale ad accesso libero

3 La consulenza telefonica

4 La visita domiciliare

Le puerpere residenti nel territorio della Azienda Socio Sanitaria vengono contattate precocemente in sede ospedaliera, presso i punti nascita, da assistenti sanitarie che forniscono loro informazioni sui servizi e le prestazioni disponibili nel territorio, e avviano una relazione di sostegno, anche proponendo un raccordo con il consultorio di pertinenza.

La consulenza in sede consultoriale rappresenta uno spazio di accoglienza e sostegno con i professionisti, ma anche una occasione di confronto tra mamme e genitori che vi accedono con i propri figli: viene offerto counselling sull'allattamento al seno, anche con osservazione della poppata, e vengono fornite le informazioni di puericultura necessarie. Viene monitorata la crescita dei bimbi, con particolare attenzione a ciascuna particolarità: nati prematuri, o sottopeso, da fecondazione assistita o parti gemellari.

Le difficoltà legate al riadattamento degli equilibri relazionali tra mamma e bambino e nella coppia genitoriale, le fragilità post partum, le ansie e le forme di depressione transitoria, le situazioni familiari a rischio sociale e/o psichiatrico vengono accolti dalla equipe, che si impegna per un supporto e sostegno di base, orientando, se necessario, la famiglia ad altri servizi della rete territoriale. Anche le giovani madri adolescenti possono ottenere una attenzione appropriata in sede consultoriale; altre condizioni significative tenute in attenzione sono la evidenza di un disagio socioeconomico o di difficoltà legate alla migrazione ed alla integrazione nel quartiere.

Al fine di prevenire situazioni di abbandono o trascuratezza, e per favorire la salute del bambino nel lungo termine,

viene effettuato il monitoraggio dell'acrescimento, con rilevazione dei parametri auxologici, vengono sollecitate le capacità genitoriali, rinforzando la autostima e la ricerca delle risorse personali, al fine di aumentare le competenze e la autodeterminazione nella relazione madre-bambino per l'allattamento: si tratta di una presa in carico complessiva, secondo il modello biopsicosociale.

La consulenza telefonica è offerta per dare pronta accoglienza e risposta ai bisogni della mamma su aspetti concreti e quotidiani della cura del neonato, ma anche per ascoltare e contenere le ansie legate al senso di inadeguatezza (le pratiche dell'accudimento al bambino richiedono un apprendimento attivo, e spesso legato alla esperienza diretta con il primo nato della famiglia!). Inoltre, dal colloquio telefonico può emergere appropriatamente la opportunità di una visita domiciliare, o la necessità di rivolgersi ad uno dei servizi territoriali della rete materno-infantile.

## **La Visita Domiciliare dell'Assistente Sanitario**

La visita domiciliare per mamme e bambini è una modalità di intervento a domicilio effettuata prima e dopo la nascita, che offre un supporto emotivo e psicologico ai genitori (attaccamento sicuro, relazione genitore neonato, relazione di coppia, ruolo genitoriale) ed anche un supporto informativo-educativo su elementi di promozione della salute e prevenzione (cura della gravidanza, igiene madre - neonato, allattamento al seno e alimentazione, vaccinazioni, accesso ai servizi di cura).

L'Assistente Sanitario che effettua la visita domiciliare accompagna e sostiene i genitori nel processo di cambiamento di ruoli, relazioni e funzioni determi-

nate dalla nascita di un bambino, con una particolare attenzione al benessere di tutto il nucleo familiare, soprattutto se nel corso della visita si evidenziano situazioni di criticità legate a problemi di varia natura (povertà socioeconomica, problemi psicologici, problemi relazionali). In questi casi lavora in sinergia con l'equipe consultoriale o con altri servizi, o indirizza a servizi specialistici". La VD è quindi uno strumento utile per contrastare le disuguaglianze, perché se tempestivo e capillare, garantisce ad ogni bambino, in ogni famiglia, le stesse opportunità di informazione diretta, scambio e consulenza, a prescindere dalle condizioni della famiglia di provenienza, sostenendo i fattori protettivi e cercando di ridurre i fattori di rischio che possono compromettere già dalla nascita uno sviluppo sano.

La nascita di un figlio, oltre che essere una gioia, pone molte volte le neomamme di fronte a problemi nuovi e mai affrontati in precedenza: per questo motivo, la possibilità di confrontarsi con un operatore sanitario, presso la propria abitazione, può essere maggiormente d'aiuto ai genitori nell'acquisire conoscenze e strumenti per rapportarsi in modo adeguato con il proprio bambino. Essendo la casa, il luogo di vita più importante nel contesto dello sviluppo psicofisico di un bambino durante i suoi primi anni, sono diversi gli elementi ai quali porre attenzione, al fine di migliorare le condizioni e le opportunità di crescita in salute del picvolo, se possibile.

La Visita Domiciliare è uno strumento operativo volto ad accompagnare e sostenere la genitorialità all'interno di una relazione di aiuto, che nasce dalla offerta attiva di un incontro, ed ha come setting privilegiato della consulenza presso il domicilio della famiglia.

Tale strumento d'azione ha un approccio volto alla cura degli aspetti socioculturali e dei fattori legati all'isolamento ed alla emarginazione. È utile precisare che la Visita Domiciliare non è un sopralluogo ispettivo, e non è necessariamente legata all'impossibilità della persona di spostarsi da casa per raggiungere il Servizio Consultoriale.

Per quanto riguarda l'intervento di prevenzione attraverso l'Home Visiting esso consiste nella prima valutazione e rilevazione del bisogno, alla quale, nel processo di presa in carico, può seguire un affiancamento della équipe multiprofessionale territoriale, che ricercherà le modalità più adeguate per fronteggiare ed eliminare se possibile, le problematiche emergenti, anche inerenti il legame di attaccamento madre-bambino, ma non solo.

Possiamo pensare all'Home Visiting come ad un modello efficace, che apre opportunità di salute alla vita della famiglia, in un momento speciale di cambiamento e generatività. L'UNICEF parla di visite domiciliari standard, aggiuntive e ripetute in caso di necessità, con presa in carico di base e impegno multiprofessionali in caso di gestione della criticità complessa.

Il professionista, nella presa in carico di base, garantisce continuità e appropriatezza della prestazione, offrendo consulenza alla genitorialità e monitorando i rischi di abuso o trascuratezza, i rischi sociali ed emozionali.

L'opportunità ulteriore è quella di favorire, in sede consultoriale o nel quartiere, una maggior coesione sociale, tra le mamme e le famiglie con neonati.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.), Decreto Ministeriale 24 Aprile 2000, riportava che: "la tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neona-

to costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psicofisico nella popolazione generale e futura”.

La visita domiciliare rappresenta un momento fondamentale nella alleanza tra i genitori e i servizi territoriali per la promozione della salute del bambino. La promozione della salute nella prima infanzia

La salute è un concetto positivo, che comprende le risorse sociali e personali, nonché le capacità fisiche; la promozione della salute non è solo responsabilità del settore sanitario, ma va oltre, implicando la centralità del cittadino nella scelta del proprio stile di vita.

Nel corso della Visita Domiciliare è possibile osservare e comprendere la realtà di ogni tipologia familiare, anche dal punto di vista valoriale e culturale: di conseguenza sarà più semplice trovare e condividere soluzioni per scelte salutari e sostenibili, correggendo la disinformazione dei genitori.

La Visita Domiciliare è importante per un precoce sostegno all'allattamento materno e per favorire un'alimentazione adeguata, equilibrata sin dai primi mesi di vita. Nel corso della vita di una persona diventa fondamentale investire sin da subito, orientando verso scelte consapevoli e sane. A prescindere dalla predisposizione delle madri ad un ascolto di sé stesse e all'accudimento del bambino, possiamo affermare che le cure materne si sviluppano e migliorano con l'esperienza e quindi richiedono tempo dedicato, rassicurazione, un affiancamento, la possibilità di apprendere attraverso il “coping”, e poter disporre di un professionista competente può rendere più fa-

cile sostenere i tanti cambiamenti in atto. Un Servizio Sanitario di qualità potrebbe garantire a ciascuna famiglia una prestazione di questa rilevanza? Si tratta di un “investimento precoce”, finalizzato ad una migliore prospettiva di vita in buona salute dei cittadini

Un compito ben preciso dell'A.S. consiste nella raccolta dei dati sanitari riguardanti: l'anamnesi sanitaria familiare, l'anamnesi ostetrica, il contesto psico-relazionale, socio ambientale. La visita domiciliare, se condotta entro il primo mese di vita, risulta maggiormente utile. Questi dati vengono raccolti in un documento personale del bambino, detto “libretto sanitario regionale”: questo è il primo fascicolo sanitario dedicato al neonato, strumento utile in primo luogo alla famiglia ed anche al pediatra di base e a quanti successivamente negli anni si occuperanno della salute del bambino.

Durante il colloquio ed attraverso l'ascolto (del racconto della mamma) è possibile fornire la consulenza necessaria: per esempio i consigli e le informazioni riguardo il centro vaccinale più comodo per la neomamma in zona. Per quanto riguarda la pratica vaccinale sicuramente risulta attuale fornire consulenza circa l'offerta, il calendario, gli effetti collaterali e la eventualità di reazione avversa.

Attraverso un approccio empatico, nel corso del colloquio è possibile fornire alla famiglia il supporto sanitario-sociale con risposte opportune, in base alle esigenze espresse ed inespresse che emergono, limitando la percezione del controllo e favorendo la ricerca di soluzioni possibili.

La pratica osservativa della famiglia, messa in atto durante l'incontro in casa, è importante per il buon esito della consulenza: le competenze specifiche in

“Infant observation” risultano fondamentali; l'utilizzo di tale pratica, che richiede una formazione specifica e considera con attenzione la relazione madre bambino e le modalità di accudimento, diviene uno strumento valido per incidere positivamente nel corso della visita domiciliare.

L'Assistente Sanitario espone nel gruppo di lavoro costituito dai professionisti della propria équipe di consultorio familiare, ogni aspetto determinante o informazione significativa colte nel contesto domiciliare: potrebbe risultare opportuno un percorso di assistenza e sostegno in base ai bisogni rilevati.

Dati sanitari:

- Anamnesi sanitario familiare
- Anamnesi ostetrica
- Anamnesi psico-socio relazionale
- Socio ambientale

Attraverso l'anamnesi sanitaria familiare si vanno ad analizzare tutti gli aspetti legati alla salute, a partire dai genitori e considerando anche gli ascendenti (i genitori e i nonni) e i collaterali (fratelli e sorelle). Durante il colloquio vengono raccolte informazioni significative, anche in merito a familiarità per malattie croniche non trasmissibili.

L'anamnesi ostetrica prevede la conoscenza delle condizioni di salute della donna in gravidanza, il parto, il puerperio e la storia sanitaria del neonato.

L'anamnesi psico-socio-relazionale riguarda la storia e le condizioni attuali, l'equilibrio psicofisico della puerpera, le dinamiche collaborative nella famiglia e intorno ad essa, la rete amicale e parentale che consideriamo risorse preziose nell'affrontare la nuova condizione di maternità.

Infine, la conoscenza del contesto socio ambientale è centrata sull'analisi dell'ambiente in cui vive la famiglia, e

gli ambienti nei quali si svolge il quotidiano della madre e del bambino, gli spazi fisici dei quali entrambi dispongono, la loro organizzazione e la disponibilità di arredi, suppellettili, accessori utili. Dove vivono la mamma e il neonato.

Valutare l'ambiente, in occasione di una visita domiciliare, significa raccogliere informazioni riguardo le risorse e le necessità inerenti:

- Il tipo di abitazione e la zona di residenza
- Le condizioni igienico sanitarie
- La disposizione degli ambienti e la loro destinazione d'uso
- I rischi domestici

La rilevazione dei bisogni presenti, espressi ed inespressi, all'interno di un contesto familiare implica di per sé la individuazione di risorse già in essere nella realtà di vita di quella famiglia.

#### BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:

- Linee Guida per gli interventi di Home Visiting. CISMAL. data pubblicazione: 13 novembre 2017
- Carmela Russo. La formazione per un professionista competente. Verona, 27 settembre 2014 (Convegno Conegliano Veneto, 2014)
- Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia. Quaderni acp. 2018; [https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2018\\_252\\_73-74.pdf](https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2018_252_73-74.pdf) Ultimo accesso: 26 ottobre 2018
- American Academy of Pediatrics, Breastfeeding And The Use Of Human Milk. Pediatrics Vol. 129 No. 2012
- Laura Lauria, Anna Lamberti, Marta Buoncristiano, Manila Bonciani E Silvia Andreozzi. Rapporti ISTISAN 12/39. Percorso Nascita: Promozione E Valutazione Della Qualità Di Modelli Operativi. Le Indagini Del 2008-2009 E Del 2010-2011., 2012, P.59-65; P.63-68
- Breastfeeding Counselling A Training Course-Participants' Manual Part One; Who/Cdr/93.5 Unicef/Nut/93.3; p.7; 9
- Angela Giusti. Allattamento: Salute, Prevenzione E Biosostenibilità. Epidemiol Prev 2015; p.336
- Guido Brusoni, Rosanna Moretto, Leo Venturelli. Da 0 A 6 anni, una guida per la

- famiglia. SIPPS 2007; p.57
- Milano.It/Portale/Portals/0/Atsmilano\_Documenti/Pappa%20A1%20Nido\_89b-77ce9-76a1-47c6-8783-E8f7ce45464a. PDF Ultimo Accesso: 16 Settembre 2018
- Di Francesco, V. & Bissoli, L. Riv Ital Med Lab (2011) <https://doi.org/10.1007/s13631-011-0011-2> Ultimo accesso: 30 settembre 2018
- Bambini E Adolescenti Tra Nutrizione E Malnutrizione. Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus. Roma, 2013; p.5
- Azioni doppie per porre fine alla malnutrizione entro un decennio. F Branca e A R Demaio. 2017; <http://www.who.int/news-room/commentaries/detail/double-duty-actions-for-ending-malnutrition-within-a-decade> Ultimo accesso: 30 settembre 2018

*Assistente Sanitaria*

*M.Grazia Alloisio*

*Consulteri Pediatrici della Città di Milano*

*Assistente Sanitaria*

*Sanitha Parasseril*

*Assistente Sanitaria*

*Eliana Scoizzato*

*Consulterio Familiare della Città di Padova*

# Inquinamento atmosferico e salute dei bambini: l'impegno di Oms e Iss

[www.epicentro.iss.it/ambiente/inquinamento-atmosferico-salute-bambini](http://www.epicentro.iss.it/ambiente/inquinamento-atmosferico-salute-bambini)

Erin Brockovich - Forte come la verità (Erin Brockovich) 2000 - Steven Soderbergh

Il 91% della popolazione mondiale è mediamente esposto a livelli degli inquinanti nell'aria al di sopra dei valori raccomandati dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per la salvaguardia della salute, e ciò riguarda anche, e soprattutto, i bambini che, come è noto, rappresentano un segmento di popolazione particolarmente vulnerabile.

Sono alcuni dei dati che emergono dal documento "Air pollution and child health: prescribing clean air" pubblicato dall'Oms a ottobre 2018. Il rapporto evidenzia ancora una volta la rilevanza dell'inquinamento atmosferico outdoor e indoor per la salute dei bambini, problema che nella Conferenza Ministeriale Ambiente e Salute dei 53 Stati della Regione europea dell'Oms (Ostrava, 2017) era già stato riconosciuto come una delle principali priorità di sanità pubblica, da affrontare attraverso il rispetto delle linee guida Oms, tramite un processo continuo di miglioramento della qualità dell'aria. Il documento è stato presentato a fine ottobre durante i lavori della First Global Conference on Air Pollution and Health organizzata dall'Oms con l'obiettivo di verificare lo stato dell'arte sulle evidenze disponibili, i gap conoscitivi e le soluzioni da adottare per ridurre i livelli di esposizione outdoor e indoor e

i rischi per la salute dall'inquinamento atmosferico. La Conferenza è stata occasione per rimarcare ancora una volta che l'inquinamento dell'aria rappresenta un problema globale, sebbene il carico di patologie ad esso attribuibile (in particolare in ambiente indoor) sia più elevato nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente dell'Africa e del sud-est asiatico. La Conferenza, preceduta da workshop su temi specifici, ha focalizzato l'attenzione sull'analisi delle evidenze scientifiche esistenti tra inquinamento dell'aria e salute, stimolando la ricerca sugli aspetti ancora incerti, e sulla necessità di continuare l'azione di aggiornamento sui valori di riferimento per la tutela della salute. Altri aspetti di approfondimento hanno riguardato le azioni strategiche e gli interventi coordinati tra i vari settori che, per aspetti diversi, sono associati con l'inquinamento dell'aria (energia, trasporto, rifiuti, edilizia, agricoltura) e con i cambiamenti climatici, nonché una diversa organizzazione e pianificazione delle aree urbane, dove vive oggi la maggior parte della popolazione mondiale.

## **Inquinamento dell'aria e la salute dei bambini**

Un'ampia letteratura scientifica eviden-

zia la maggior vulnerabilità dei bambini all'inquinamento atmosferico outdoor e indoor rispetto agli adulti. I bambini sperimentano infatti livelli di esposizione più elevati degli adulti in quanto hanno ad esempio un maggior rapporto superficie/volume, attività metaboliche e tassi respiratori più elevati, tessuti e organi con elevata attività di replicazione cellulare, immaturità di tessuti, organi e sistemi (metabolico, immunitario, nervoso, riproduttivo). Anche le stime Oms sull'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute infantile sono ben documentate, e assegnano alle esposizioni ad inquinamento dell'aria in ambienti outdoor e indoor circa 700.000 morti premature per i bambini al di sotto i 5 anni. I dati sull'inquinamento atmosferico relativi all'Italia pongono il nostro Paese in una situazione di forte criticità in quanto il 98% dei bambini sotto i 5 anni vive in aree dove le concentrazioni di PM2.5 sono al di sopra dei livelli raccomandati dall'Oms per la tutela della salute. L'analisi dei dati di qualità dell'aria per il 2016 mostra nelle aree urbane, distribuite su tutto il territorio nazionale, concentrazioni medie annuali di PM2.5 superiori al valore Oms (10 µg/m<sup>3</sup>), raggiungendo livelli medi di 18 µg/m<sup>3</sup> al Nord (su cui pesa la presenza

del bacino Padano), di 16 µg/m<sup>3</sup> al Centro e di 13 µg/m<sup>3</sup> al Sud.

Tra i principali effetti sanitari dell'inquinamento dell'aria nei bambini, vengono segnalati, oltre ad una ridotta funzione polmonare, asma, infezioni acute delle basse vie respiratorie, problemi nello sviluppo neurocomportamentale, obesità, otite, per arrivare infine ad alcuni tumori infantili, quali ad esempio leucemie e retinoblastomi, che possono essere associati ad esposizioni della madre agli inquinanti cancerogeni dell'inquinamento atmosferico nel periodo prenatale. Occorre inoltre sottolineare che le esposizioni in età infantile, oltre a determinare effetti misurabili nel bambino stesso, si proiettano anche negli anni successivi rendendo l'individuo più vulnerabile durante tutto il suo percorso di vita. L'attuazione di azioni di prevenzione adottate durante la fase critica infantile-adolescenziale possono quindi produrre immensi benefici per la salute pubblica in termini di riduzione del carico di patologie e costi sanitari.

Per dare seguito agli impegni assunti in occasione delle precedenti Conferenze ministeriali dell'Oms, in particolare quelli stabiliti nel Piano di Azione europeo per l'Ambiente e la salute dei bambini (Cehape), è stata sottoscritta la Dichiarazione di Parma in cui tutti i Paesi si sono impegnati a ridurre l'esposizione dei bambini ai rischi ambientali. Questo quadro ribadisce con forza l'importanza di attuare azioni strategiche finalizzate alla riduzione delle esposizioni, con un'attenzione specifica ai più piccoli, sia tramite interventi strutturali di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione delle emissioni di inquinanti demandate agli amministratori pubblici locali e alle politiche nazionali, sia con attività di educazione, comunica-

zione e formazione che consentano alle famiglie, ai pediatri agli insegnanti, di riconoscere i comportamenti considerati innocui o sbagliati che possono esporre i bambini a elevati livelli di concentrazione di inquinanti.

Per limitare le esposizioni ambientali involontarie, si può per esempio: ridurre le attività outdoor dei bambini nei giorni nei quali si registrano cattive condizioni della qualità dell'aria; eliminare le esposizioni al fumo passivo indoor; porre un'attenzione maggiore alla scelta, alla qualità e al contenuto emissivo delle fonti di inquinamento indoor di case, scuole, palestre, aree di aggregazione, ecc. dovute ai materiali da costruzione e arredo; fare attenzione alle emissioni dovute alle diverse combustioni indoor (camini, stufe, cottura dei cibi, bastoncini d'incenso, profumatori, ecc) e ai prodotti per l'igiene domestica e personale, che contengano sostanze potenzialmente dannose per la salute.

Per colmare l'assenza di un quadro legislativo organico sul tema della qualità dell'aria indoor l'Istituto superiore di sanità (Iss) ha istituito un Gruppo di Studio Nazionale (GdS) Inquinamento Indoor, che da tempo è al lavoro per migliorare lo stato delle conoscenze sugli ambienti indoor e per fornire documenti tecnico-scientifici al fine di consentire una serie di azioni di promozione e prevenzione in linea con le principali indicazioni dell'Oms, utili a ridurre i livelli di esposizione dei gruppi di popolazione più vulnerabili e sensibili quali i bambini.

La consapevolezza della rilevanza della tematica ambiente e salute nell'infanzia, legata all'inquinamento dell'aria, ma estesa anche a contaminanti presenti in altre matrici ambientali (suolo, acqua e catena alimentare) che possono avere

effetti avversi sulla salute dei bambini, ha promosso l'istituzione, presso il Dipartimento Ambiente e Salute dell'Iss, di una Struttura di Missione Temporanea Interdipartimentale (Smti) dedicata all'infanzia.

Questa nuova Struttura, che vede coinvolti circa 100 ricercatori di 8 Dipartimenti e Centri dell'Iss, e del Servizio di Statistica, si pone l'obiettivo di valorizzare le molteplici esperienze presenti in Istituto sul tema degli effetti dell'inquinamento sulla salute infantile, integrando in un percorso programmatico le competenze multidisciplinari disponibili che vanno dalla valutazione dell'esposizione al biomonitoraggio, dalla tossicologia e valutazione del rischio, dalla conduzione di studi eziologici, alla sorveglianza epidemiologica delle popolazioni infantili nei siti contaminati; altri aspetti rilevanti che necessitano di un approccio integrato riguardano il tema delle disuguaglianze sociali, la formazione, l'informazione e la comunicazione.

L'istituzione della Smti consentirà inoltre di promuovere la stesura di progetti di ricerca interdisciplinari e multi-istituzionali e la produzione di documenti di indirizzo, di consenso e di guida, su obiettivi strategici, attraverso il consolidamento di un network nazionale che includa le principali strutture che si occupano della salute infantile, le associazioni di medici pediatri, dei Registri tumori, dei Registri delle malformazioni congenite, le strutture regionali e del Servizio sanitario nazionale (Ssn) che partecipano a programmi di sorveglianza della salute in età evolutiva.

<https://www.epicentro.iss.it/ambiente/inquinamento-atmosferico-salute-bambini>

# L'epidemia di Ebola nella Repubblica Democratica del Congo dichiarata emergenza internazionale di salute pubblica

17 luglio 2019 - Comunicato stampa OMS

Congo 1995 - Frank Marshall

Il direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha dichiarato oggi che l'epidemia di malattia da virus Ebola (EVD) nella Repubblica Democratica del Congo (RDC) è un'emergenza di salute pubblica di interesse internazionale (PHEIC).

“È tempo che il mondo prenda atto e raddoppi gli sforzi. Dobbiamo lavorare insieme in solidarietà con la RDC per porre fine a questo focolaio e costruire un sistema sanitario migliore”, ha affermato Tedros Adhanom Ghebreyesus “Un lavoro straordinario è stato fatto per quasi un anno nelle condizioni più difficili. Lo dobbiamo ai soccorritori provenienti non solo dall'OMS ma anche da governi, partner e comunità”.

La dichiarazione ha fatto seguito a una riunione dell'International Health Regulations Emergency Committee for EVD in the DRC. Il Comitato ha citato i recenti sviluppi dell'epidemia nel presentare le sue raccomandazioni, tra cui il primo caso confermato a Goma, una città di quasi due milioni di persone al confine con il Ruanda e porta di accesso al resto della RDC e del mondo.

Il Comitato ha espresso disappunto per i ritardi nei finanziamenti che hanno limitato la risposta. Ha riaffermato la necessità di tutelare i mezzi di sostentamento

delle persone più colpite dall'epidemia mantenendo aperte le rotte di trasporto e le frontiere. È essenziale evitare le conseguenze economiche punitive delle restrizioni di viaggio e commerciali sulle comunità colpite.

“È importante che il mondo segua queste raccomandazioni. È fondamentale che gli Stati non utilizzino il PHEIC come scusa per imporre restrizioni commerciali o di viaggio, il che avrebbe un impatto negativo sulla risposta e sulla vita e il sostentamento delle persone nella regione”, ha affermato il professor Robert Steffen, presidente del comitato di emergenza.

Dichiarata quasi un anno fa, l'epidemia è stata oggi classificata come emergenza di livello 3 - la più grave - dall'OMS, innescando il più alto livello di mobilitazione dell'OMS. “Si tratta di madri, padri e bambini - troppo spesso intere famiglie sono colpite. Al centro di tutto ci sono comunità e tragedie individuali”, ha affermato Tedros Adhanom Ghebreyesus “Il PHEIC non dovrebbe essere usato per stigmatizzare o penalizzare proprio le persone che hanno più bisogno del nostro aiuto.”

[...]

## **Da Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 17 July 2019**

L'attuale situazione nella Repubblica Democratica del Congo è stata riconsiderata. C'è un numero maggiore di casi in Butembo e Mabalako; l'epicentro è passato da Mabalako a Beni; e c'è un caso importato a Goma. I fattori che influenzano l'epidemia comprendono il movimento della popolazione in aree densamente popolate; deboli pratiche di prevenzione in molte strutture sanitarie; complesso contesto politico; continuo rifiuto nella comunità; e grave aumento dell'instabilità, che ha portato anche ai recenti omicidi di due operatori sanitari della comunità. Più di 70 punti di ingresso sono monitorati e sono stati condotti milioni di screening. Beni è la zona calda; i casi in altre aree stanno diminuendo. Ci sono 2512 casi confermati o probabili, tra cui 136 operatori sanitari, con 40 morti tra di loro. Beni rimane l'epicentro dell'epidemia, con il 46% dei casi nelle ultime 3 settimane. Mangina ha il 18% dei casi e un nuovo caso a Goma è arrivato da Beni, con diagnosi confermata entro un'ora dall'arrivo del paziente

presso una struttura sanitaria. La sorveglianza viene rafforzata. Ogni giorno 15.000 persone attraversano il confine da Goma al Ruanda, poiché Goma è un importante centro di attività economiche con il Ruanda. Chiudere questo confine influenzerebbe fortemente la popolazione di Goma e avrebbe implicazioni negative. Vi è un continuo bisogno di maggiore consapevolezza tra la popolazione sulla situazione epidemica e un maggiore impegno nei comportamenti di salute. (...)

## **RACCOMANDAZIONI**

*Per i paesi interessati:*

- Continuare a rafforzare la consapevolezza, l'impegno e la partecipazione della comunità, anche nei punti di ingresso, con le popolazioni a rischio, in particolare per identificare e superare le norme culturali e le credenze che fungono da ostacoli alla piena partecipazione alla risposta.
- Continuare lo screening locale sulle principali strade interne e lo screening transfrontaliero per garantire che non vengano persi contatti e migliorare la qualità dello screening attraverso una migliore condivisione delle informazioni con i team di sorveglianza.
- Continuare a lavorare e migliorare il coordinamento con le Nazioni Unite e i partner per ridurre le minacce alla sicurezza e creare un ambiente favorevole per le operazioni di sanità pubblica come una piattaforma essenziale per accelerare gli sforzi di controllo delle malattie.
- Rafforzare la sorveglianza al fine di ridurre la percentuale di morti nelle comunità e il tempo che intercorre tra la rilevazione e l'isolamento e l'implementazione del sequenziamento genetico in tempo reale per compren-

dere meglio le dinamiche della trasmissione della malattia.

- Le migliori strategie di vaccinazione che hanno il massimo impatto, come raccomandato dal gruppo di esperti di consulenza strategica dell'OMS (SAGE), dovrebbero essere attuate rapidamente.
- Rafforzare le misure per prevenire le infezioni nosocomiali, comprese la mappatura sistematica delle strutture sanitarie, selezionare gli interventi IPC e sostenere l'assistenza alle strutture attraverso il monitoraggio e la supervisione.

*Per i paesi limitrofi:*

- I paesi a rischio dovrebbero lavorare con urgenza con i partner per migliorare la loro preparazione per l'individuazione e la gestione dei casi importati, compresa la mappatura delle strutture sanitarie e la sorveglianza attiva con segnalazione zero.
- I paesi dovrebbero continuare a mappare i movimenti della popolazione e i modelli sociologici che possono prevedere il rischio di diffusione della malattia.
- La comunicazione del rischio e l'impegno della comunità, specialmente nei punti di entrata, dovrebbero essere aumentati.
- I paesi a rischio dovrebbero approvare medicinali e vaccini sperimentali come priorità immediata.

*Per tutti gli stati:*

- Nessun paese dovrebbe chiudere i suoi confini o porre restrizioni su viaggi e commercio. Tali misure di solito vengono implementate per paura e non hanno basi scientifiche. Spingono il movimento di persone e merci verso strade di confine informali che

non vengono monitorati, aumentando così la possibilità di diffusione della malattia. Queste restrizioni possono compromettere le economie locali e influenzare negativamente le operazioni di risposta dal punto di vista della sicurezza e della logistica.

- Le autorità nazionali dovrebbero collaborare con le compagnie aeree e altre industrie del trasporto e del turismo per garantire che non evadano le indicazioni dell'OMS sul traffico internazionale.
- Il Comitato non considera necessario lo screening di ingresso negli aeroporti o in altri porti di ingresso al di fuori della regione.

Il Comitato riconosce la scarsità di offerta di vaccino per RSVV ZEBOV GP, nonostante gli sforzi lodevoli del produttore di raddoppiare la fornitura entro il 2020 e raccomanda all'OMS di collaborare con gli Stati membri e i produttori affinché adottino immediatamente tutte le misure per aumentare le forniture.

Il Comitato ha sottolineato l'importanza del continuo sostegno da parte dell'OMS e di altri partner nazionali e internazionali verso l'effettiva attuazione e il monitoraggio di tali raccomandazioni.

Sulla base di questo Comitato, delle relazioni presentate dallo Stato parte interessato e delle informazioni attualmente disponibili, il Direttore generale ha accettato la valutazione della commissione e il 17 luglio 2019 ha dichiarato l'epidemia di Ebola nella Repubblica democratica del Congo un'emergenza sanitaria pubblica internazionale (PHEIC).

**La parola ai giovani: dialogo con la generazione del nichilismo attivo / Umberto Galimberti.** – Milano: Feltrinelli, 2018. – 323 p.; 22 cm. – (Serie bianche) ISBN-10: 8807172976- ISBN-13: 978-8807172977

Sotto forma narrativa, epistolare, l'autore risponde a domande postegli da giovani, soprattutto ragazze, sui grandi temi della vita, e che hanno un gran bisogno di essere ascoltati per poter dire quelle cose che tacciono ai genitori e agli insegnanti, perché temono di conoscere già le risposte, che avvertono lontane dalle loro inquietudini, dalle loro ansie e dai loro problemi. E allora si affidano a un ascoltatore lontano, che prende a dialogare con loro, non per risolvere i loro problemi, ma per offrire un altro punto di vista che li faccia apparire meno drammatici e insolubili. "Al nichilismo passivo della rassegnazione, non sono pochi i giovani che sostituiscono il nichilismo attivo di chi, prendendo le mosse proprio da quel desolante scenario, e non da consolanti speranze o inutili attese, inventa il proprio futuro." Il nichilismo attivo viene distinto da quel-

lo passivo in quanto manifesta un'intenzione di superamento di se stesso. Riassumendo, vengono affrontati numerosi argomenti fra i quali: il confronto con il mondo adulto, la demotivazione scolastica, le nuove forme di alienazione nel lavoro, i nuovi scenari dell'amore, la ricerca del sé, il rapporto con le tecnologie informatiche, l'atteggiamento religioso.

*Umberto Galimberti Nato a Monza nel 1942, è professore ordinario all'università Ca' Foscari di Venezia, titolare della cattedra di Filosofia della Storia. Dal 1985 è membro ordinario dell'International Association for Analytical Psychology. Autore di numerosissimi libri, gli ultimi: La parola ai giovani. Dialogo con la generazione del nichilismo attivo, Feltrinelli, Milano, 2018, Nuovo dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze, Feltrinelli, Milano*

**La cura è relazione: storie di assistenza domiciliare / Fabio Cavallari ; Prefazione: Marco Petrillo ; Postfazio-**

**ne: Michele Graglia, Marnia Indino, Cyrille Ferrachat.** -- Torino : Lindau, 2018. – 160 p. ; 14x21 cm. – (Le Querce). -- ISBN: 8867087967. -- ISBN 13: 9788867087969

Una narrazione di senso dell'assistenza domiciliare: le storie proposte raccontano le metamorfosi in atto, le pratiche di accoglienza, le modalità e i percorsi che vedono la casa, il domicilio, come luogo della cura; uomini e donne, giovani e anziani, che si incontrano, si raccontano, compiono assieme, dentro una reciprocità non scontata, passi condivisi, gesti che costruiscono la comunità. Le società moderne sembrano raccontarci un presente perpetuo, privo di legami con il passato, con la genesi stessa della natura umana. Poi, d'improvviso, la vita pone spalle al muro: una malattia, un padre o una madre cronici a casa, una patologia neurodegenerativa. In quel momento si diventa «utenti», «pazienti in fase terminale», scoprendosi deboli e precari, incapaci persino di chiedere aiuto. È lì che il cortocircuito diventa evidente ed è la società che va in crisi, non solo una persona o una famiglia. Si





La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione “su cosa genera salute” e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell’elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l’empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l’operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l’empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute.

Il volume è arricchito da un’Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.

**Per informazioni: [libri@edizioniculturasalute.com](mailto:libri@edizioniculturasalute.com)**

# la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del  
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA  
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE

Cultura e Salute Editore Perugia

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Partendo dall'analisi dei bisogni fondamentali del bambino - primo fra tutti il bisogno assoluto di relazioni affettive stabili - il Dossier presenta studi e ricerche sull'argomento, chiarimenti concettuali e propone di collocare la problematica all'interno del contesto sociale, strutturale e culturale nel quale la trascuratezza del bambino si sviluppa. Sono individuate - sulla base della letteratura risposte al fenomeno, soprattutto in un'ottica preventiva, nonché gli elementi chiave di efficaci programmi di intervento. Questi sono precocità, continuità, intensità e flessibilità, singolarità in relazione dello specifico contesto di vita della famiglia. L'OMS designa la visita domiciliare come strumento di provata efficacia. Il sistema delle cure primarie - nell'ottica della sanità di iniziativa - deve far proprio questa azione di accompagnamento, supporto ed educazione per la prevenzione della trascuratezza, ma avendo come riferimento gli elementi chiave citati.