

Il bambino tutto intero: per un approccio integrato al bambino e al suo ambiente

GIORGIO TAMBURLINI¹, ALESSANDRO VOLTA²

Centro per la Salute del Bambino onlus, Trieste

Direttore del Programma Materno-Infantile, AUSL di Reggio Emilia

Organi e sistemi, mente e corpo del bambino crescono assieme e “si parlano” continuamente. È opportuno che lo facciano anche i servizi e gli operatori che del bambino si occupano.

LÀ DOVE TUTTO COMINCIA: I PRIMI PERIODI DELLA VITA

La ricerca ha documentato con sempre maggiore evidenza che gli ambienti e le esperienze di vita dei bambini nei primi anni influenzano in maniera rilevante, e con ricadute a lungo termine, sia il loro sviluppo cognitivo e socio-relazionale che la loro salute¹⁻⁴. In parallelo, ha dimostrato come politiche e interventi precoci siano capaci di prevenire patologie e alterazioni dello sviluppo e quindi di ridurre i costi sociali ed economici⁵⁻⁷.

Per molto tempo l'attenzione sullo sviluppo precoce si è focalizzata sul cervello, evidenziandone la grande plasticità e il fatto che le competenze “mentali”, sia di tipo cognitivo che socio-relazionale, si andassero definendo nei primi anni soprattutto nell'ambito del sistema nervoso centrale. In realtà, la precocità del modellamento dei *pattern* di sviluppo e di funzionamento riguarda tutti gli organi e i sistemi biologici. Soprattutto, la ricerca ha messo sempre più in evidenza quanto questi risultino tra loro fortemente collegati e interdipendenti sin dai primi tempi della vita⁸. I diversi sistemi “leggono” l'ambiente in cui crescono e mettono in atto reazioni adattive che, con meccanismi di sintonizzazione e di *feedback*, provocano effetti sugli altri sistemi e sull'intero organismo. Un concetto antico questo, alla

THE CHILD AS A WHOLE: AN INTEGRATED, ECOLOGICAL APPROACH

(Medico e Bambino 2021;40(4):1237-244. doi: 10.53126/MEB40237)

Key words

Early child development, System interactions, Cross-sector integration, Multidisciplinary training

Summary

Stemming from studies that increased our understanding of how the child developing systems and their interactions are shaped by the environment and about the role of early toxic adversities, a more holistic integrated and ecological approach is proposed for all professionals involved in health, education and social services addressing children and their families. Professionals need to conceive the child as a whole and within their familial and social context. Services need to collaborate, acknowledge roles and competences, include multi-professional and transdisciplinary contents in their pre-service and in-service training, share programmes, plans and intervention approaches, with the ultimate aims of supporting children in their development as well as families in their parental role and building individual and community resilience.

base di filosofie e approcci di cura olistici tuttora diffusi in molte culture, che ora riceve la validazione scientifica della sua intuizione fondamentale (l'uomo è un tutt'uno) e ha ora l'opportunità di essere scientificamente validato.

A partire da alcuni esempi di come questa interazione tra genetica e ambiente e tra i diversi sistemi avvenga nei primi periodi della vita, e come possa essere alterata o mantenuta equilibrata, ci si propone di sottolineare la necessità di vedere il bambino come un tutt'uno e di discuterne le implicazioni per i servizi e gli operatori che si occupano di infanzia e famiglie.

COME L'AMBIENTE PARLA AI GENI, E VICEVERSA

Numerosi studi hanno mostrato che già in una fase molto precoce l'ambiente influisce sull'espressione genica, intervenendo nella definizione e modulazione di organi e sistemi. Ad esempio, condizioni di ansia e depressione materne, sia prima che dopo la nascita, possono comportare un rischio raddoppiato di problemi comportamentali nel bambino⁹. Il meccanismo in questo caso è di tipo epigenetico, traducendosi in una modifica dell'espressione di geni che controllano i mediatori della risposta allo stress, ad esempio il cortisolo. Abbia-

Box 1 - NATURE E NURTURE

Sono state valutate le abilità motorie, cognitive, linguistiche e di attenzione in 1300 bambini nei primi due anni di vita, residenti in Brasile, India, Italia, Kenya e Regno Unito cresciuti in famiglie con buone condizioni socio-economiche, educative, alimentari e di salute, con genitori responsivi, riscontrando tra essi solo differenze minori (9,2% per l'area comportamentale e 1,3% per quella cognitiva). I ricercatori concludono che meno del 10% delle differenze nello sviluppo è attribuibile ai geni (*nature*), il resto all'ambiente (*nurture*).

Box 2 - IL RUOLO DEGLI EVENTI AVVERSI E DELLO STRESS "TOSSICO"

Tra tutti gli effetti dell'ambiente, attenzione crescente è stata posta sull'effetto dello stress grave e cronico (definito "tossico"), al quale si sono dimostrate particolarmente sensibili l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale, strutture che regolano rispettivamente: emozioni/paura/ansia, memoria/apprendimento, attenzione/capacità cognitive. In condizioni di minaccia cronica il cervello risulta "bloccato" in uno stato di allerta perenne e per il ritorno a uno stato di equilibrio è necessario che la fonte di stress venga eliminata o fortemente ridotta¹⁷. La riparazione è sempre possibile, ma la plasticità cerebrale dei primi anni di vita rende particolarmente sensibile questo periodo dello sviluppo, rendendo meno efficaci gli interventi riparativi messi in atto in periodi successivi. Lo stress cronico si è inoltre dimostrato capace di influenzare anche la risposta immune e quella infiammatoria, che a loro volta, agendo su organi e sistemi, incrementano il rischio di contrarre infezioni e sviluppare malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità, allergie, malattie autoimmuni, tumori, depressione, dipendenze, tutte condizioni per le quali le avversità gravi, ripetute e precoci costituiscono dunque un forte fattore di rischio^{8,18}.

inizi molto presto¹⁶. Già dal secondo semestre di vita è attivo un sistema di neuroni specchio sufficientemente maturo per consentire la capacità di prevedere le azioni altrui e le competenze intersoggettive. Il sistema *mirror* si è dimostrato altamente plastico e soggetto a modificazioni che dipendono dall'esperienza e dall'ambiente: il sistema *mirror* è più attivo nei bambini con genitori che mostrano alti livelli di interazione e imitazione, e ipofunzionante in mancanza di un *caregiver* responsivo¹⁶. Fin dalla vita fetale, il sistema nervoso autonomo, attraverso il nervo vago, altri neuromodulatori enterici e i circuiti parasimpatici, agisce controllando numerose funzioni: digestione, ritmo cardiaco, risposta immunitaria, umore e stato emozionale. La condizione di ansia o stress influisce direttamente su tutto questo sistema regolatorio, con effetti multipli e tra loro interconnessi (*Box 2*)^{8,17,18}; in particolare la regolazione vagale si è dimostrata attiva nel controllare funzioni legate alla suzione e all'allattamento, ma anche alla modulazione della respirazione e delle espressioni facciali¹⁶.

COME IL BAMBINO DIALOGA CON I GENITORI

La precoce esperienza di contatto sia fisico che mentale con il *caregiver*, che si realizza nella comunicazione interpersonale, è alla base dell'intersoggettività e delle abilità sociali del bambino, e si consolida nel primo anno di vita attraverso l'interazione con i genitori. È il bambino stesso, molto precocemente dotato di un modulo di riconoscimento della contingenza, a sollecitare la relazione e cercare attivamente legami di attaccamento: il suo comportamento non è mai casuale, banale o passivo. È invece capace di azioni intenzionali e orientate alla socialità. I genitori che osservano con attenzione e sensibilità i segnali del figlio attivano spontaneamente comportamenti imitativi di "rispecchiamento", in grado di favorire lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino. La sincronia e sintonia dei

mo appreso che da un lato la sensibilità, sia agli effetti negativi dello stress che a quelli positivi di una genitorialità responsiva, è geneticamente determinata¹⁰; dall'altro che la produzione, geneticamente determinata, di mediatori del comportamento può essere modificata dall'ambiente. Ad esempio, la produzione di ossitocina può essere stimolata dall'allattamento in neonati la cui configurazione genica non è particolarmente favorevole alla sua produzione, accrescendone la disponibilità all'interazione; nei padri può essere accresciuta dal contatto precoce con il neonato, rendendo in questo caso più recettivo il padre¹¹. L'effetto dell'ambiente prevale su quello della genetica per molti aspetti sia cognitivi che affettivi dello sviluppo (*Box 1*)¹² e, tuttavia, non è lo stesso per tutti gli individui, analogamente a quanto accade per molti farmaci: potremmo parlare di "ecogenetica".

COME ORGANI E SISTEMI SI PARLANO TRA DI LORO

Non solo il dialogo tra ambiente e genetica, ma anche quello tra organi e sistemi inizia molto presto. Anche se queste interazioni causali rimangono

ancora in parte da comprendere, sappiamo che l'esposizione a inquinanti chimici, a microrganismi, ad alterazioni nutrizionali e metaboliche, allo stress psicosociale predispone a risposte infiammatorie e può modulare la risposta immunitaria^{13,14}. Ben noto è, ad esempio, l'effetto del microbioma sulla modulazione del sistema immunitario. Tra i fattori che favoriscono un microbioma robusto e diversificato sono riconosciuti, in età precocissima, il parto vaginale, il contatto pelle a pelle post-natale, l'allattamento al seno; e, in seguito, la possibilità di crescere in un ambiente con interazioni molteplici con adulti, fratelli e anche animali domestici⁸. Noti sono anche i *trigger* psicologici degli attacchi d'asma, e la stretta connessione tra funzioni e benessere mentali e risposta alle terapie in bambini con malattia cronica¹⁵.

Il dialogo tra mente e corpo

Fin dalla nascita, percezione e azione, mente e corpo, risultano strettamente intrecciati, e questo legame rappresenta la base per l'interazione con il mondo. Le ricerche di Neuroscienze dimostrano quanto il corpo e le sue esperienze siano cruciali nel definire e preparare la mente, e viceversa, e quanto tutto questo

primi mesi tra genitori e bambino è predittiva dello sviluppo della capacità simbolica, delle competenze sociali, della capacità di dialogo e di gestione dei conflitti per tutto l'arco dell'età evolutiva. La ricerca ha mostrato che i bambini sono molto sensibili agli stimoli contingenti da parte dei genitori come il *mirroring* (rispecchiamento degli stati emotivi) e il *marking* (sottolineatura positiva degli stessi con gesti e segnali), comportamenti che il genitore sensibile mette in atto nell'interazione quotidiana¹⁶. Ambiente e cultura indirizzano la tipologia di risposta ai segnali del bambino: in alcuni contesti viene utilizzata principalmente la risposta con espressioni vocali, in altri la comunicazione è attuata soprattutto tramite contatto tattile¹⁶.

Nel bambino piccolo *psiche e soma* sono quindi indistinguibili e il senso di sé è radicato nel corpo. Il corpo è una componente essenziale della mente; non sono note funzioni simboliche che non richiedano o in qualche modo dipendano o siano regolate dallo scambio di informazioni con esso e con l'ambiente¹⁹. L'ancoraggio della psiche nel corpo è facilitato dalla madre (o dal *caregiver* di riferimento), la quale "continua a introdurre e reintrodurre il corpo e la mente del bambino l'uno nell'altra"²⁰. Ha scritto Daniel Stern: "La nostra vita mentale è frutto di una co-creazione, di un dialogo continuo con le menti degli altri"²¹.

LE IMPLICAZIONI: COME OPERATORI E SERVIZI POSSONO PARLARE TRA LORO

Questi nuovi portati della scienza aprono la strada a un nuovo modo di pensare e concepire l'attività di prevenzione e cura, in particolare nei primi anni di vita. Comprendere l'interazione tra genetica e ambiente, tra organi e sistemi, tra mente e corpo dovrebbe portare a vedere sempre il bambino come un tutt'uno, e nel suo ambiente familiare e sociale, per non perdere opportunità di prevenzione ma anche di cura. Se organi e sistemi del bambino "si parlano" così presto, così dovrebbero fare anche i servizi per l'infanzia e le famiglie, conoscendosi, riconoscendosi, collaborando (Figura 1).

Le implicazioni di questa visione sono vaste e su diversi piani.

Nel microsistema familiare

Le relazioni precoci e l'ambiente intrafamiliare hanno effetti a medio e lungo termine sulla salute fisica e mentale, sul comportamento, sull'apprendimento, sulle competenze sociali. Quando i diversi sistemi che costituiscono l'organismo del bambino ricevono stimoli ambientali che rappresentano sfide sostenibili, lo sviluppo può procedere in modalità armonica e con una risposta che si avvantaggia delle opportunità e novità offerte. In presenza invece di avversità eccessive e persistenti si realizza un'attivazione continua della risposta allo stress, che

produce un sovraccarico allostatico con effetti nocivi su tutti i sistemi biologici del bambino, influenzandone negativamente lo sviluppo cognitivo, l'apprendimento, la memoria, la capacità autoregolativa, le competenze sociali e relazionali. È quello che accade in presenza di un attaccamento insicuro e relazioni incoerenti, disturbi emotivi e precaria salute mentale del *caregiver*, maltrattamento e violenza assistita, fattori che possono essere aggravati e indotti da povertà educativa e materiale, esclusione e negligenza. Viceversa, genitorialità positive, capaci di risposta contingenti, adeguate anche in contesti difficili e un ambiente familiare affettivamente ricco e facilitante lo sviluppo e l'apprendimento consentono uno sviluppo bilanciato dei diversi sistemi che si "parlano" con parole non ostili ma incoraggianti. Quello che accade nel microsistema familiare è decisivo, dunque, in particolare nei primi anni. Per questo è fondamentale che questo microsistema sia supportato, che gli siano date le possibilità di funzionare bene. Se un ruolo importante lo giocano le politiche a monte, quelle che possono influenzare i determinanti distali dell'agire familiare (occupazione, sostegni economici, educazione, politiche di inclusione e coesione sociale) il ruolo dei servizi resta essenziale, nell'esercizio quotidiano del loro lavoro con i bambini e le famiglie.

Riflettere sulla famiglia come protagonista del primo ambiente di appren-

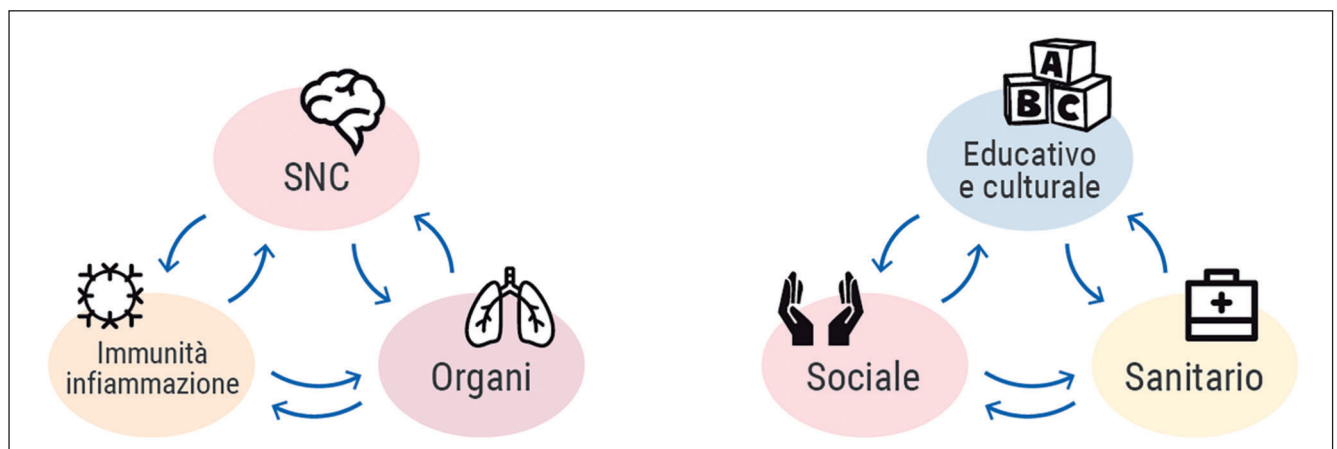


Figura 1. Dal dialogo tra sistemi al dialogo tra servizi.

dimento significa attribuirle un ruolo chiave per il benessere del bambino, integrando in questo assunto sia la famiglia responsiva sia quella in situazione di vulnerabilità. Questo punto di vista obbliga a prendere atto che le famiglie alle prese con difficoltà e problemi cercano di affrontarli riorganizzandosi al meglio delle loro possibilità, secondo un principio di fronteggiamento naturale; queste stanno dentro alle situazioni problematiche, investendo energie mentali ed emotive, e in qualche modo le esplorano, traendo elementi per prendere decisioni e valutare gli esiti. Quando un servizio o un operatore si aggiunge a questo sforzo si osserva che la regia degli aiuti e dei supporti formali e informali resta comunque un ragionamento interno alla famiglia, che stabilisce quali *routine* di vita integrare e quali stili di pensiero armonizzare all'interno del suo sistema. Perciò diventa fondamentale che la famiglia non sia vista come utente/fruttore dei servizi o beneficiaria degli aiuti, ma come *partner* attivo e centrale della rete dei servizi: è evidente che sarebbe paradossale puntare a creare integrazione partendo da una drastica separazione tra chi aiuta e chi è aiutato.

Nei servizi educativi

Nei servizi educativi 0-6 è garantita una stabilità relazionale e ambientale, la cura all'igiene e all'alimentazione, l'attenzione alle esperienze precoci che investono corpo e mente e l'interazione con adulti responsivi e con i coetanei. Gli ambienti sono sicuri e a misura di bambino, le attività proposte sono adeguate alle diverse fasi di sviluppo e permettono di sollecitare i diversi sistemi: corporeità, propriocezione, percezioni sensoriali, emozioni, linguaggio, attenzione, memorizzazione. La giornata segue ritmi cadenzati, la socializzazione permette autoregolazione e alterità, l'imitazione e la relazione multipla con i coetanei rappresenta per molti bambini senza fratelli un'occasione unica di crescita sociale. Le Neuroscienze ci informano che nei primi anni la corporeità precede l'attivazione cognitiva, è pertanto importante che le attività proposte, fatta salva la

sicurezza, non siano limitanti il movimento.

La grande tradizione pedagogica italiana fa sì che questo modo di operare sia largamente presente nei servizi educativi, per la prima infanzia. E tuttavia c'è ancora molto da fare, oltre che a renderli accessibili a tutti. È importante che gli operatori sappiano osservare senza pregiudizi ogni bambino, al fine di comprendere le sue traiettorie di sviluppo personale, evitando di forzare elementi ritenuti a priori necessari o di inibire iniziative e tentativi spontanei di azione e interazione. Per mantenere una visione complessiva e oggettiva del singolo bambino occorre che vengano integrate le informazioni sui comportamenti manifestati in comunità con quelli presenti nell'ambiente domestico osservati in famiglia. Gli operatori dovrebbero essere sostenuti con momenti di supervisione sulle dinamiche educative, per affrancare lo scenario professionale da stereotipi e pregiudizi, e formati alle competenze della comunicazione attiva. È opportuno che gli educatori, oltre ad avere una buona conoscenza dei principali bisogni fisici, psicologici e relazionali dello sviluppo 0-6, cosa che i *curricula* attuali assicurano, sappiano parlare alle famiglie e sostenerle, il che richiede occasioni strutturate²². In questo quadro è importante che vengano previsti incontri anche con i padri e di coppia^{23,24}.

L'alleanza con le famiglie permette ai servizi per l'infanzia di svolgere un ruolo educativo e di promozione del benessere infantile, in particolare in presenza di contesti vulnerabili. Per svolgere questo importante ruolo sociale è necessario che gli educatori per primi sappiano "vedere" il bambino tutto intero e nel suo contesto, e dialogare con gli operatori sanitari. I contesti educativi funzionano di fatto come modelli relazionali, soprattutto per i bambini che vedono qui relazionarsi le persone per loro significative, non solo interne al sistema educativo, ma anche afferenti alla dimensione familiare, e possono pian piano immaginarsi come va il mondo e proiettarsi come futuri adulti nella società. Si comprende bene come l'offerta di modelli relazionali positivi, arricchenti e di scambio (quin-

di non giudicanti nei confronti delle famiglie) sostenga il rispecchiamento del bambino nella sua interezza, in quanto radicato in un contesto, con la possibilità di vivere la sua identità in formazione in modo trasversale a più luoghi di vita, senza timori e nascondimenti. L'esperienza dei *Centri per genitori e bambini* e dei *Villaggi per crescere* sottolinea il ruolo che gli educatori possono svolgere lavorando con famiglie e bambini in compresenza, accompagnando le famiglie alla scoperta delle competenze del bambino e delle tante attività, piacevoli e costruttive per lo sviluppo e la relazione, che si possono fare assieme²⁵. Purtroppo, nonostante il loro ruolo sia fondamentale nei primi tre cruciali anni, l'offerta di servizi educativi in Italia non supera il 25% dei bambini, con percentuali che stanno sotto il 10% nelle Regioni del Sud, mentre i servizi che prevedono un lavoro con bambini e genitori assieme coprono solo il 3-4% delle famiglie²⁶.

Nei servizi di salute

I servizi di salute sono riconosciuti come attori fondamentali nel supporto precoce a bambini e famiglie, in quanto ad accesso universale e con caratteristiche di continuità nel tempo, si pensi in Italia in particolare alla Pediatria di famiglia. È ormai riconosciuto che la prevenzione primaria delle più diffuse patologie croniche dell'età adulta deve partire dalle esperienze precoci e dall'ambiente sociale e relazionale dei primi anni di vita, e per alcuni fattori già nel corso della gravidanza. Nel periodo pre-natale, i controlli medici dovrebbero essere accompagnati, almeno nell'ultimo trimestre e per i neogenitori, da elementi di preparazione alla nascita, per conoscere il bambino che si sta formando, per prepararsi al nuovo ruolo. Durante la fase dei controlli post-natali, relativi ad esempio alla crescita e all'allattamento, è utile che il pediatra integri le informazioni che riguardano il "corpo" del bambino con elementi quali il comportamento del neonato, la sua consolabilità, i tempi di vita in casa e all'aperto, lo stato emotivo dei genitori. I bilanci di salute sono momenti privilegiati per cogliere il clima com-

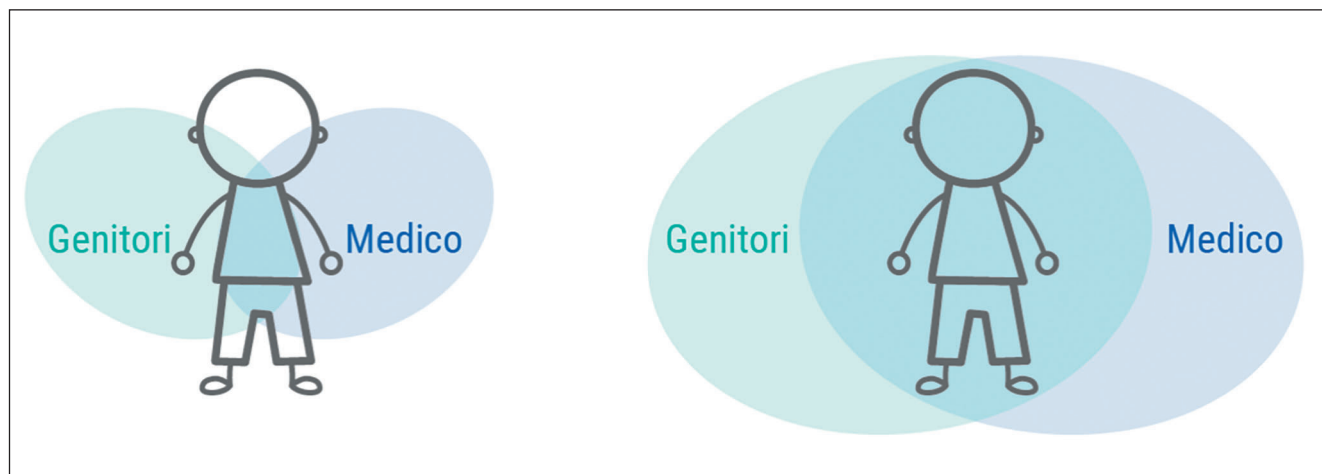


Figura 2. Il dialogo tra il medico, e più in generale tra il professionista della salute, e la famiglia deve abbracciare “il bambino tutto intero” la sua mente oltre che il suo corpo.

plessivo della famiglia, le relazioni che la animano, sostenendo e incoraggiando i genitori a riflettere su questo loro momento di transizione, aiutandoli a trovare le soluzioni migliori per loro. Il pediatra non deve trasformarsi in psicologo o in assistente sociale, ma ha bisogno di competenze sullo sviluppo precoce e i fattori che lo influenzano, di sensibilità per osservare le dinamiche familiari e di capacità di offrire supporto. Per accompagnare genitori ansiosi o disorientati a una diversa lettura dei comportamenti e dei bisogni del bambino è necessario che il pediatra per primo riesca a “vedere il bambino tutto intero” e, su questo, dialogare con la famiglia (Figura 2), utilizzando strumenti che lo facilitino in questo compito²⁷.

Nelle situazioni nelle quali ci si occupa di patologia questo approccio integrale è ancora più importante. Prendersi cura di bambini con anomalie congenite e patologie croniche può produrre atteggiamenti “meccanicistici”, “da protocollo”, che inducono alte aspettative sull’azione di farmaci o *device*; spesso ci si concentra sull’organo o sul sistema ammalato senza vedere o valorizzare gli altri sistemi, che possono svolgere funzioni compensatorie o di protezione. In queste situazioni è molto facile “frammentare” il bambino, separando i suoi parametri ematochimici da quelli del suo stato emozionale. Certamente, in questi casi più complessi, può essere necessario delegare

Box 3 - IL RUOLO DEI PEDIATRI

Il pediatra può fare molto, sia nel lavoro clinico individuale o di gruppo che in quanto associato.

Nella prima, e più quotidiana dimensione può dare supporto a una genitorialità responsabile leggendo le situazioni e dando consigli finalizzati a relazioni “sicure, stabili e nutrienti” tra genitori e bambino, da realizzare tramite l’alimentazione a domanda, la lettura condivisa, il gioco, l’esperienza musicale unita al movimento, l’uso discreto, non prevaricante delle nuove tecnologie, e raccomandando delle *routine* quotidiane sufficientemente stabili^{30,33}. Questo compito può essere grandemente facilitato dall’aver il proprio lavoro inserito in una pediatria di gruppo, e questa a sua volta inserita o collegata alle “case della salute” che possono fornire alla famiglia i riferimenti e collegamenti verso altri servizi, sanitari e non³⁴.

Nella seconda dimensione il pediatra può dare un grande contributo sul piano delle politiche e degli interventi per bambini e famiglie intervenendo presso le amministrazioni locali così come sui legislatori e il governo nazionale. Tali politiche e interventi sono finalizzati a ridurre il carico delle famiglie, con un complesso di interventi finanziari e fiscali, di offerta universale di servizi educativi, e di estensione dei congedi parentali²⁶.

ad altri operatori gli aspetti più specialistici, ma anche per un’interazione appropriata con lo specialista occorre una base culturale, un linguaggio comune. E occorre che ci sia qualcuno, tra tutti coloro che sostengono quel bambino e quella famiglia, che riesca a fare sintesi. Già negli anni ’70 il neuropsiatra Adriano Milani Comparetti, curando bambini con paralisi cerebrale infantile, chiedeva ai genitori e a tutti gli operatori coinvolti, insegnanti compresi, di “fare sintesi” su quel bambino; erano le riunioni del venerdì mattina dove la multidisciplinarietà trovava concreta realizzazione²⁸.

Come autorevolmente affermato “nessuna altra disciplina o servizio si trova in una posizione migliore della Pediatria per far sì che un corpo scientifico in così rapida evoluzione riesca a

produrre un impatto su larga scala”²⁹ (Box 3).

Nei servizi sociali

I servizi sociali che intervengono in situazioni di difficoltà hanno anch’essi bisogno non solo di essere rafforzati nella componente specifica che si occupa di famiglie e minori, ma di essere parte di un sistema più ampio, orientato anche al supporto e alla prevenzione e non solo al rimedio difficile e tardivo, e dovrebbero poter contare sul lavoro, preventivo e di sostegno all’intervento riparativo, dei servizi educativi e di quelli sanitari, anche a sostegno degli stessi operatori che hanno compiti delicati e impegnativi. Gestire adozioni e affidi, allontanamenti e messa in protezione, richiede elevate competenze e ampi supporti

dei diversi livelli coinvolti (sanitario, sociale, riabilitativo, giuridico). In questo ambito si inseriscono le famiglie e i bambini con le maggiori criticità. Le variabili confondenti e in conflitto tra loro sono numerose e strettamente intrecciate; *burnout* e frustrazione sono molto frequenti e superabili solo attraverso un'ampia condivisione e corresponsabilità decisionale. Nelle situazioni complesse è ancora più importante che il bambino venga considerato nella sua interezza. I bambini che provengono da esperienze di maltrattamento e incuria hanno un estremo bisogno di essere compresi e accettati da adulti che sappiano tenere insieme tutta la loro complessità; è proprio da questa nuova base sicura che può partire la riparazione e la ripresa di una vita più facile e migliore. I servizi sociali per la tutela infantile devono quindi, per operare efficacemente, effettuare ogni loro intervento in collaborazione con gli altri servizi e con le realtà che promuovono e sviluppano buone pratiche nei diversi contesti e territori. Il programma PIP-PI³⁵ che sta introducendo queste modalità sul territorio, non a caso punta sul lavoro integrato di tutti i servizi.

Nei servizi culturali

I servizi culturali, infine, dalle biblioteche ai musei, vanno valutati nella loro grande potenzialità di contribuire a un sistema di *welfare* di comunità, di cui conoscenza e cultura fanno parte. Esperienze diffuse su tutto il territorio nazionale, quali Nati per Leggere, che già coinvolgono operatori di tutti i servizi accanto ai bibliotecari e ai pediatri³⁶, o portate avanti da entità culturali quali i Musei amici delle famiglie³⁷ dimostrano che l'apporto anche di questi servizi è possibile e produce effetti moltiplicativi di benessere, coesione, sviluppo nelle comunità. Certo, occorre tenere fermo il principio dell'equità e della continuità: eventi anche molto belli, se attuati senza adeguate sinergie, rischiano di restare episodici e di non promuovere alleanze e prospettive; e molte iniziative vedono la partecipazione di famiglie già adeguate e competenti, con scarsa presenza invece di quelle più fragili.

Nel terzo settore

Terzo settore e volontariato svolgono una funzione essenziale che, in non poche situazioni, vicariano carenze istituzionali. Gli operatori di queste realtà sono animati da alti livelli motivazionali, ma devono poter disporre di opportunità di formazione e di confronto con professionisti. L'azione del sostegno tra pari è particolarmente efficace quando riesce a lavorare in sinergia e integrazione con le altre risorse presenti sul territorio, a cominciare dai servizi sanitari e sociali. Anche queste risorse necessitano di lavorare in rete, evitando frammentazioni o sovrapposizioni di proposte.

DALLA FRAMMENTAZIONE ALL'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

Se le evidenze vanno tutte in direzione dell'integrazione tra servizi, la realtà più comune è ancora quella che vede i diversi ambienti di crescita del bambino procedere invece per linee parallele o addirittura divergenti. E questo sia nella fondamentale, ma ancora molto carente, funzione di promozione dello sviluppo precoce di tutte le bambine e tutti i bambini, e di sostegno alle loro famiglie, sia nel lavoro di cura per condizioni di disabilità, malattia, fragilità familiari. Procedere in questa direzione implica appoggiarsi su tre fondamentali pilastri: percorsi comuni di formazione, in grado di facilitare conoscenza e riconoscimento reciproco di ruoli e competenze; collaborazioni, accordi, piani e progetti condivisi, in grado di rendere i percorsi per le famiglie più facili, più efficaci, più coerenti nei messaggi; infine percorsi di crescita costruiti su elementi di valutazione dei processi e dei risultati raggiunti. Le reti di collaborazione tra servizi vanno "curate", il che comprende sia lo snellimento delle modalità di comunicazione che la sperimentazione di modalità di *governance* capaci di andare oltre semplici interazioni competitive. Il bambino tutto intero ha bisogno di essere messo al centro di una rete fondata sulla sussidiarietà, in grado di incentivare la molteplicità delle relazioni di cura e

supporto, sia istituzionali che mosse dalla società civile.

Un'offerta formativa adeguata ai compiti

Per i motivi sopra descritti è quindi indispensabile rimodulare l'offerta formativa di tutti gli operatori che si occupano di bambini e famiglie, a partire dal percorso nascita e per tutto il periodo 0-6, in un'ottica multidisciplinare, allargando le loro conoscenze all'ambito dell'*Early Child Development* (ECD), che comprende conoscenze su periodo pre-natale e dinamiche perinatali, psicologia dell'età evolutiva e neuroscienze, teoria dell'attaccamento e delle relazioni precoci, *nurturing care* e "primi mille giorni", Puericultura e *maternage*, Pedagogia dell'età evolutiva, *coparenting* e relazioni di coppia (Figura 3).

Si tratta di conoscenze in buona parte finora non incluse, o incluse solo in parte, nella formazione di base di operatori sanitari (pediatri, ostetriche, ginecologi, infermieri e assistenti sanitari pediatrici), dei servizi educativi (nidi, scuole per l'infanzia, spazi genitori-bambini), dei servizi sociali (tutela minori e fragilità familiare, Centri per le famiglie) e di quelli culturali che si rivolgono anche all'infanzia e ai genitori. È raccomandato che, per una gestione integrata del bambino e della sua famiglia, coloro che lavorano nei servizi 0-6 posseggano inoltre competenze nell'ascolto attivo e nel *counseling*; dispongano di strumenti di facilitazione e sostegno alla genitorialità; conoscano i fattori di rischio bio-psico-sociali e riconoscano gli elementi di protezione interni ed esterni al sistema famiglia; conoscano gli interventi di prevenzione *evidence-based* per la salute fisica, mentale e relazionale dei bambini e delle loro famiglie.

Per chi già opera nei servizi 0-6 occorre programmare percorsi formativi di aggiornamento sugli stessi temi previsti per la formazione di base e curriculare. È inoltre raccomandata la partecipazione a gruppi di lavoro che attivino *audit* della casistica e che producano e implementino protocolli sui percorsi assistenziali e di presa in carico. La formazione sul campo, se gestita

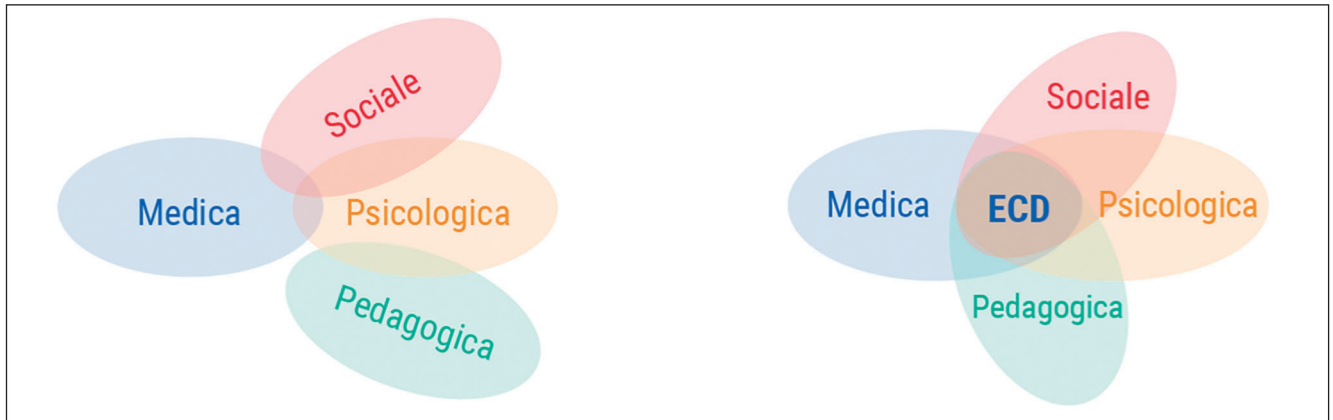


Figura 3. La formazione degli operatori che si occupano di infanzia e famiglie dovrebbe muovere dall'attuale quasi totale separazione tra discipline per includere un'area transdisciplinare comune, focalizzata sui temi dello sviluppo infantile precoce e del supporto alla genitorialità.

con modalità multidisciplinare e multi-professionale, permette la circolarità delle conoscenze e la positiva contaminazione tra saperi e punti di vista professionali, favorendo il lavoro integrato e ampliando l'azione delle *équipe*.

Quanto si è sinteticamente esposto sulle basi genetiche e i diversi fattori ambientali che possono influenzare lo sviluppo ha un'importante implicazione che riguarda i percorsi di valutazione, e ancor più quelli di ricerca formale: occorre porre più attenzione alle differenze, a individuare, accanto alle "dimensioni di effetto" medie calcolate sull'insieme delle popolazioni, quelle che riguardano sottogruppi con particolari caratteristiche. Così come nel campo medico in un numero crescente di patologie croniche gravi si provvede a una tipizzazione genetica e farmacogenetica per poter meglio indirizzare il trattamento, in campo educativo e sociale occorre definire con maggior precisione le caratteristiche dei destinatari, perché l'esito di uno stesso intervento può essere molto diverso.

Verso una maggiore integrazione dei servizi per l'infanzia

Il percorso di integrazione tra servizi può essere concepito come una serie di passi successivi. Il primo di questi è la conoscenza e il riconoscimento reciproco. Da questo punto di vista, eventi e incontri multiprofessionali, anche formativi, possono essere cruciali e rivoluzionare il modo di agire degli operatori che lavorano su uno stesso territorio. L'acquisizione di una

Box 4 - OPERATORI DI COMUNITÀ E HOME VISITING

In tutto il mondo è vivo l'interesse per operatori di comunità che, variamente qualificati e integrati nei sistemi sanitari a seconda dei contesti, svolgono una funzione di "ponte" tra servizi e comunità. In Europa, si sono moltiplicate esperienze di ridefinizione e formazione di tali figure. In Italia, un'esperienza molto interessante e con risultati significativi è quella delle microaree realizzate a Trieste nell'ambito della Azienda Sanitaria. In questo ambito, anche l'*home visiting* ha ricevuto nuova attenzione: viene effettuato in alcune zone a opera di assistenti sanitari, ostetriche, infermieri e, più recentemente, anche di operatori a partire dal settore educativo, come estensione naturale dei Centri per genitori e bambini/Villaggi per crescere, il che può facilitarne una connotazione di supporto. L'intervento è mirato a sostenere le competenze presenti nel contesto familiare, rafforzando i fattori di protezione, individuando gli elementi di rischio o di vulnerabilità. L'approccio è quello del lavoro di rete e del *counselling*, in un'ottica di sussidiarietà, rispettando le abitudini e le culture con attenzione alle competenze già presenti nel sistema. L'attività di *home visiting* (HV) va ridefinita come braccio dei servizi, tutti, che arriva alle famiglie, con in mano un presidio sanitario, ma anche un libro, e le incontra nei loro contesti, ma non obbligatoriamente né solo "a casa". L'operatore HV lavora tipicamente in stretto raccordo con tutti i servizi territoriali e le altre risorse che il territorio può mettere in campo, dall'associazione all'oratorio al servizio educativo. La ridefinizione e il rafforzamento della componente territoriale del Sistema Sanitario Nazionale, la cui necessità è stata resa evidente dalla pandemia, costituisce un'occasione per finalizzarne una parte al lavoro con le famiglie.

visione e di un linguaggio comune facilita tutto questo, e aiuta anche le famiglie che incontrano messaggi più coerenti e hanno il loro compito facilitato sia nei percorsi di prevenzione che in quelli di cura. Passi successivi sono la formulazione di accordi tra servizi, fino alla definizione congiunta di piani e progetti. È auspicata la definizione, su base di ambito sociale o di zone e municipi per le aree metropolitane, di Piani territoriali per l'infanzia che veda attorno al tavolo i servizi pubblici, il terzo settore, e anche altri attori della comunità, pubblici e privati che diventano più consapevoli del contributo che tutti possono dare al *welfare* di quel particolare territorio. Il coordinamento e la collaborazione tra

settori sono fondamentali, ma non producono di per sé risultati se non c'è una buona professionalità di ogni singolo servizio. Infine, è sempre più diffusa la convinzione che un efficace lavoro con le famiglie richieda operatori di comunità che sappiano raggiungere quanti sono più in difficoltà a utilizzare i servizi, ricordare le famiglie con i servizi e con le risorse della comunità (Box 4)³⁸.

Ogni programma o servizio rivolto a bambini e famiglie, prima e dopo la nascita, offre opportunità per promuoverne lo sviluppo e rafforzarne la resilienza nei confronti dell'effetto distruttivo di avversità gravi o ripetute.

MESSAGGI CHIAVE

□ Organi e sistemi "si parlano" tra loro già dai primissimi periodi della vita. Questa interazione, fortemente condizionata dall'ambiente, contribuisce a definire le basi biologiche delle loro modalità di funzionamento, con effetti a lungo termine. Quando alterata da situazioni di stress gravi e ripetute, contribuisce all'insorgere di patologie croniche e ad alterare lo sviluppo di funzioni mentali.

□ I nuovi portati della scienza aprono la strada a un nuovo modo di pensare e concepire l'attività di prevenzione e cura, in particolare nei primi anni di vita: è necessario che il bambino, sia quando è sano che quando è malato, venga visto e "curato" come un tutt'uno di mente e corpo, e che i servizi che si occupano d'infanzia "si parlino" anch'essi, per offrire prestazioni integrate e coerenti.

□ È importante che i percorsi formativi dei pediatri, così come degli altri operatori dei servizi per l'infanzia e la famiglia, sia curricolari che in servizio, includano le nuove conoscenze riguardanti lo sviluppo, i fattori che lo influenzano, le modalità per supportare i genitori nel loro ruolo, anche tramite momenti formativi multiprofessionali.

Ringraziamo Pier Francesco Ferrari e Monica Castagnetti per la revisione e il contributo al testo.

Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini
tamburlini@csbonlus.org

Bibliografia

1. National Scientific Council on the Developing Child. The Science of Child Development. Center for the Developing Child, Harvard University, 2007.
2. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3.
3. Black ME, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017;389(10064):77-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7.
4. Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze, buone pratiche. *Medico e Bambino* 2014;33(4): 232-9.
5. Kilburn MR, Karoly LA. The Economics of Early Childhood Policy. The RAND Corporation, Occasional Papers, 2008.
6. Heckman, James J. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006;312(5782):1900-2. doi: 10.1126/science.1128898.
7. Almond D, Currie J. Human capital development before age five. In: Card D, Ashenfelter O (Eds). *Handbook of Labor Economics*. Elsevier 2011;4b:1315-486.
8. National Scientific Council on the Developing Child. Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and Lifelong Health Are Deeply Intertwined: Working Paper No. 15, 2020. Retrieved from www.developingchild.harvard.edu.
9. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes Elena Netsi, DPhil; Rebecca M. Pearson, PhD; Lynne Murray, PhD; Peter Cooper, DPhil; Michelle G. Craske, PhD; Alan Stein, FRC-Psych. *JAMA Psychiatry* 2018;75(3):247-53. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.
10. Boyce WT, Levitt P, Martinez FD, et al. Genes, Environments, and Time: The Biology of Adversity and Resilience. *Pediatrics*. 2021;147(2):e20201651. doi: 10.1542/peds.2020-1651.
11. Feldman R, Gordon I, Schneiderman I, Weisman O, Zagoory-Sharon O. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent infant contact. *Psychoneuroendocrinology* 2010;35(8):1133-41. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.01.013.
12. Villar J, Fernandes M, Purwar M, et al. Neurodevelopmental milestones and associated behaviours are similar among healthy children across diverse geographical locations. *Nature Commun* 2019;10(1):511. doi: 10.1038/s41467-018-07983-4.
13. Martinez FD, Guerra S. Early origins of asthma. Role of microbial dysbiosis and metabolic dysfunction. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;197(5):573-9. doi: 10.1164/rccm.201706-1091PP.
14. Reid BM, Coe CL, Doyle CM, et al. Persistent skewing of the T-cell profile in adolescents adopted internationally from institutional care. *Brain, Behav Immun* 2019;77:168-77. doi: 10.1016/j.bbi.2019.01.001.
15. AAVV. Focus - Circoli viziosi: disagio mentale e malattia cronica nel bambino. *Medico e Bambino* 2020;39(10):633-41.
16. Ammaniti M, Ferrari PF. Il corpo non dimentica. L'lo motorio e lo sviluppo della relazione. Raffaello Cortina, 2020.
17. National Scientific Council on the Developing Child. The science of neglect: the persistent absence of responsive care disrupts the developing brain. Working paper 12, 2012.
18. Cameron JL, Eagleson KL, Fox NA, Hensch TK, Levitt P. Social origins of developmental risk for mental and physical illness. *J Neurosci* 2017;37(45):10783-10791. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1822-17.2017.
19. Kiefer M, Truemp NM. Embodiment theory of education. The foundations of cognition in perception and action. *Trends in Neuroscience and Education* 2012 ;1:15-20. doi: 10.1016/J.TINE.2012.07.002
20. Winnicott DW. Esplorazioni psicoanalitiche. Raffaello Cortina 1995.
21. Stern DN. Il momento presente. In *psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina, 2005.
22. Barbieri V, Sepich P, Sivori MC, Tamburlini G. Dal focus sul bambino a un agire orientato alla famiglia: l'esperienza dei Villaggi per Crescere. *Bambini* 2021;1:60-3.
23. Tamburlini G, Volta A. Il tempo dei padri. *Medico e Bambino* 2021;40(2):74-75 doi: 10.53126/MEB40074.
24. Rogman M, Garfield CF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Fathers' roles in the care and development of their children: the role of pediatricians. *Pediatrics* 2016;138(1):e20161128. doi: 10.1542/peds.2016-1128.
25. Alushaj A, Benvegnù C, Caracciolo N, et al. Un Villaggio per Crescere: il modello, i dati, le voci, e... riflessioni a metà percorso. *Quaderni acp* 2020;27(3):118-21.
26. Alleanza per l'Infanzia e EducAzioni. Investire nell'infanzia: prendersi cura del futuro a partire dal presente, 2020.
27. Tamburlini G, Ertem I. La Guida Internazionale per il Monitoraggio dello Sviluppo. *Medico e Bambino* 2019;38(2):91-6.
28. AA.VV. Convegno del 21-22 aprile nel ventennale della morte di Adriano Milani Comparetti, Atti e testimonianze dirette. Firenze, 2006.
29. Shonkoff JP, Boyce WT, Levitt P, et al. Leveraging the Biology of Adversity and Resilience to Transform Pediatric Practice. *Pediatrics* 2021;147(2):e20193845. doi: 10.1542/peds.2019-3845.
30. Yogman K, Garner A, Hutchinson J, Hirsch-Pasek K, Golinkoff RM; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Council on Communications and Media. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*. 2018;142(3):e20182058. doi: 10.1542/peds.2018-2058.
31. Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162591. doi: 10.1542/peds.2016-2591.
32. High PC, Klass P; Council on Early Childhood. Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. *Pediatrics* 2014;134(2):404-9. doi: 10.1542/peds.2014-1384.
33. Tamburlini G. L'Ambiente familiare di apprendimento (seconda parte). *Medico e Bambino* 2020;39(3):167-76.
34. Centro per la Salute del Bambino e Associazione Culturale Pediatri. Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze, 2020.
35. PIPPI. Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. www.minori.gov.it/it/ilprogramma-pippi.
36. www.natiperleggere.it
37. MUSE. Museo delle Scienze di Trento <https://www.muse.it/it/visita/servizi-museo/Family/Pagine/Home.aspx>.
38. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. *Annu Rev Public Health* 2014;35:399-421. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182354.