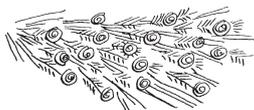


Il possibile ruolo del pediatra nella guida all'educazione del bambino

Esistono criteri saldamente evidence-based?

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste



Questa è una ricerca puramente bibliografica, "artificiale", di criteri-guida per un indirizzo educativo basato su prove di efficacia, o quanto meno su risultati oggettivi riportati nella letteratura. Non può fornire competenze direttamente utilizzabili, anche perché nessun intervento educativo può prescindere dal contesto, dalla qualità degli attori e dal traguardo desiderato. Ha tuttavia un valore iniziatico, nel senso letterale di iniziare a pensarci, nella consapevolezza che ogni rapporto con il bambino e la famiglia è intrinsecamente un intervento educativo.

La prima risposta alla domanda contenuta nel titolo è che questi criteri non esistono. Innanzitutto non esistono chiari obiettivi sul risultato da raggiungere, ed è abbastanza evidente che, nelle diverse epoche della storia dell'uomo, la società ha imposto volta a volta modelli differenti; non solo, ma che nell'ambito delle stesse società la posizione sociale ha via via imposto modelli diversi. Infine, che ogni famiglia ha il suo modello ideale; e ancora che questo modello deve adattarsi alle qualità intrinseche al bambino; e che è solo fino a un certo punto legittimo VOLERE che un figlio riesca in modo piuttosto che in un altro. Un figlio buono e obbediente? Un figlio indipendente? Un figlio collaborativo oppure un figlio competitivo? Uno che abbia successo nella vita oppure uno che si accontenti della vita che ha? O magari tutte queste cose assieme?

D'altra parte, anche un giudizio finale sul successo o l'insuccesso nella vita, nella sua complessità, è molto difficile da porre.

In secondo luogo è abbastanza

THE ROLE OF PAEDIATRICIANS IN GIVING GUIDANCE ON CHILDREN EDUCATION: ARE THERE ANY EVIDENCE-BASED INTERVENTIONS?

(Medico e Bambino 2006;25:509-516)

Key words

Child discipline, Cognitive development, Child behaviour, Parenting, Obesity

Summary

To guide parents in children education is one of paediatricians' responsibility but there are no clear criteria on how to do it. Education models vary from country to country, from family to family and the objectives of education may vary a lot as well. Genetic and social factors certainly play a big role in children psycho-social and behavioural development. Education interventions are not independent of those factors nor they are of the health professional who conveys the educative message. Conscious of these limitations, the Author reviews what are the evidence-based short- and medium-term interventions which may guide parents in educating children especially focusing on the following aspects: cognitive development, social skills development, obesity prevention, discipline development, avoidance of high risk behaviours and road accidents.

chiaro che le variabili genetiche ed esistenziali che affliggono ciascun essere, nel lungo tempo dell'infanzia, dell'età dello sviluppo e poi per l'intera vita, sono pressoché non misurabili e che, comunque, uno studio di coorte, nel lungo tempo, comporta delle difficoltà superiori ai risultati prevedibili.

Tutte queste premesse giustificato-

rie non ci bastano per uscire dai nostri obblighi: perché resta comunque chiaro che esiste una responsabilità dei genitori sulla qualità umana e di successo nella vita (è necessario usare questo criterio, anche se abbiamo appena detto che è indefinibile) dei propri figli, e che esiste una responsabilità del pediatra, di famiglia ma non solo (come dell'insegnante), nel gui-

dare e accompagnare i genitori in questo compito.

Allora, è evidente che dobbiamo accontentarci di risultati parziali, di effetti documentati per il breve-medio termine, di effetti sul lungo termine fortemente condizionati da varianti ambientali, di evidenze discutibili. Ma che nello stesso tempo dobbiamo cercare di costruire delle competenze personali, o almeno di collezionare delle conoscenze "utili per il pediatra". Si tratta di procedere su una strada difficile, e con la necessaria umiltà, accontentandosi spesso di poco, anche solo del ragionevole, o solo dell'ovvio, purché confermato, o almeno sostenuto, da prove. D'altra parte, e quasi a smentire quanto si è appena detto, la letteratura su questo aspetto poco praticato della pediatria è incredibilmente ricca di contributi basati sul principio della EBM, ancorché, come si è detto, in parte discutibili, discussi, o parziali.

Il presente lavoro, scritto da persona che non ha nessuna competenza personale sul campo, ma solo un'abitudine professionale alla consultazione di letteratura non monospécialistica, è consistito, più che altro, nella raccolta, a scopo introduttivo e un po' dimostrativo (propagandistico), dei contributi più propriamente pediatrici e più propriamente evidence-based pubblicati negli ultimi 10 anni in campo educativo.

Si tratta di letteratura fin troppo abbondante, quasi un centinaio di voci, di facile accesso. Sono state infatti scelte le pubblicazioni comparse sulle riviste internazionali più diffuse di pediatria e di medicina generalistica, così come contributi pubblicati su *Medico e Bambino*.

L'Autore si riterrebbe soddisfatto se il 5% dei suoi lettori si incuriosisse del problema e cercasse di leggerne un poco. Ma sarebbe anche parzialmente soddisfatto se il 10% dei lettori avesse la pazienza di scorrere i titoli di questa pesante bibliografia, solo per rendersi conto che il problema esiste ed è considerato come materia pediatrica, ed è largamente oggetto di studio; e per avere almeno un sentore delle sue complesse implicazioni col suo lavoro quotidiano.

SCOPI E TRAGUARDI DESIDERABILI E POSSIBILI

I traguardi, evidentemente, dipendono dalle circostanze e dalla "stoffa" del bambino: considereremo dunque, come traguardo per ogni scopo, "il migliore successo possibile".

Cosa possiamo dunque desiderare per i nostri figli che possa essere ottenuto mediante un intervento educativo potenzialmente utile e universalmente accettabile? Proviamoci:

- 1) Le migliori qualità cognitive e il miglior successo scolastico possibile;
- 2) Una "base sufficientemente sicura" e una buona capacità di intelligenza sociale;
- 3) Un basso rischio di obesità;
- 4) Un ragionevole grado di disciplina;
- 5) Un basso rischio di incidenti e di comportamenti devianti;
- 6) Un atteggiamento positivo verso la vita;
- 7) Un elevato grado di resilienza.

Forse basta così, anzi non credo che potremo raccogliere indicazioni e risposte sufficienti. È abbastanza evidente, tra l'altro, che i diversi scopi che abbiamo cercato di distinguere analiticamente sono abbastanza correlati tra loro e già quasi configurano un determinato "tipo" di persona; contengono

quindi già una soggettività di scelte non universalmente condivisibili.

LE MIGLIORI QUALITÀ COGNITIVE POSSIBILI E IL MIGLIOR SUCCESSO SCOLASTICO

Le migliori qualità cognitive richiedono una macchina mentale ben funzionante e un'adeguata qualità di stimoli, specialmente nel primo anno di vita, ricordando che ogni handicap iniziale moltiplica gli handicap successivi.

Qui il problema è strutturale: un ambiente economicamente e culturalmente povero è in sé fattore di rischio (basso peso alla nascita, deficit nutrizionali, pochi stimoli verbali, a volte pochi stimoli affettivi, che trascinano con sé pochi stimoli cognitivi).

Su questo l'unica cosa evidence-based riguarda gli interventi in condizioni di rischio. Sono documentati gli effetti del basso peso alla nascita (già al di sotto dei 2500 g!), del fumo eccessivo sulla personalità, sul successo scolastico, sul QI del figlio.

Sono documentati, peraltro, anche gli effetti positivi delle visite domiciliari pre e post-natali in queste stesse condizioni di rischio: *madre fumatrice, madre con QI basso, ambiente familiare deprivato, nascita pretermine.*

Sono documentati altresì gli effetti (parecchi punti di QI) dell'intervento precoce sul bambino *parzialmente allontanato da un ambiente/madre deprivato e inserito in un asilo nido di qualità elevata.*

Sono documentati anche gli effetti sul QI delle *visite genitoriali frequenti al prematuro ricoverato (almeno una visita al giorno rispetto a meno di una visita al giorno)*, quindi, per illazione, o a maggior ragione, della presenza costante della madre e meglio ancora della pratica della madre canguro sul QI.

Sono documentati infine gli effetti nel breve-medio termine, sullo score linguistico



Il possibile ruolo del pediatra nella guida all'educazione del bambino

stico e sul successo scolastico della *lettura congiunta precoce* ("Nati per Leggere"): questo vale in generale, anche se, naturalmente, alquanto di più su una situazione familiare deprivata piuttosto che su una situazione culturalmente e affettivamente ricca. È probabile che, a sua volta, la lettura congiunta migliori la qualità dell'ambiente familiare. C'è comunque motivo per suggerire questa pratica a tutti.

Gli effetti della nutrizione, cominciando dall'allattamento al seno, forse favorente, continuando con l'apporto di ferro (problema forse non irrilevante nemmeno in Occidente), e anche per la qualità generale della nutrizione (apparentemente non irrilevante negli USA), sono probabilmente marginali; tuttavia si tratta di indicazioni pediatriche che fanno parte di una educazione sulla famiglia.

Da tutto questo deriva una indicazione buona per tutte le stagioni: il rapporto (ragionevolmente) stretto e "naturale" con i genitori e segnatamente con la madre, o sostitutivamente con un caregiver dedicato, quanto più precoce e naturale possibile, e la comunicazione verbale diretta (mediata o meno dalla lettura) costituiscono degli interventi di efficacia provata, ancorché limitata. *E un'altra considerazione generale: l'apprendimento e lo sviluppo cognitivo passano attraverso l'affettività interpersonale, a qualunque età, e specialmente nei primi anni di vita.*

E dopo? Nella scuola? Sul successo scolastico? Qui le risposte sono più difficili (in altro senso più facili) e riguardano essenzialmente il bambino con handicap: QI basso (<75), o borderline (5% dei nati), bambini con dislessia (3% dei nati), bambini con ADHD (3% dei nati). Nell'insieme, una fetta che si colloca sul 10% degli assistiti e che merita, o impone, *una conoscenza speciale del pediatra di queste tre condizioni, una conoscenza diretta delle risorse, una alleanza stretta tra pediatra, famiglia, scuola e servizi*, tutte cose molto più facili a dirsi e a predicarsi che a farsi, ma sulle quali, a mio avviso, deve modellarsi la nuova pediatria di famiglia e di comunità. Siamo comunque già nell'am-

bito della riabilitazione specialistica o del sostegno scolastico.

UNA BASE SICURA

Una base sicura, o la più sicura possibile, non si costruisce se non partendo da una madre sicura, il che è, a priori, impossibile: la madre è una variabile non modificabile, e non ci sono evidenze sulla possibilità di rendere sicura una madre che non lo è. *Sembra ragionevole comunque l'idea che un buon pediatra dovrebbe elaborare uno stile prescrittivo che migliori l'autostima, l'autonomia e l'autorevolezza della madre.* Come? Non essendo, appunto, prescrittivo; dandole, quando è possibile, ragione; o condividendo le sue ragioni, e aiutandola a scoprire da sé il giusto e lo sbagliato, in ogni atto materno, nell'allattare e nel pulire il bambino, nel condividere o nel non condividere la stanza o il letto con lui, nel vaccinare o nel non vaccinare, nel preoccuparsi o nel non preoccuparsi per questo o per quello.

In armonia con quanto si è detto prima, circa il rapporto stretto tra affettività e raggiungimenti cognitivi, *possiamo indicare la lettura congiunta come contributiva nei riguardi del raggiungimento di una base sicura*, con un effetto circolare famiglia-figlio-famiglia.

Un aspetto su cui non ci sono evidenze certe è quello della condivisione del letto, o più in generale della educazione al sonno del bambino. Ci sono indicazioni sull'effetto positivo della condivisione, ma nella popolazione generale e nell'atteggiamento dei pediatri prevalgono le indicazioni di scuola comportamentistica, che ha al suo attivo una buona efficacia nei tempi brevi, sull'apprendimento controllato del sonno "in solitario". Giocano qui differenze culturali e ideologiche, che debbono, forse, allo stato attuale delle conoscenze, suggerire al pediatra un atteggiamento "non dirigista", in accordo con quanto detto poco sopra.

Ci sono condizioni di rischio in cui un intervento preventivo è indicato? Sì,

certamente: la madre socialmente deprivata, teen ager; la depressione post-partum e, più in generale, la depressione materna; la prematurità. Ne abbiamo in parte già parlato a proposito delle performance cognitive. Possiamo dire che c'è una discreta evidenza sul fatto che le *visite domiciliari alla gravida* riducono il rischio di fumo, neglect, abuso nei riguardi del bambino; che il *trattamento della madre depressa (non solo farmacologico, ma anche cognitivo, basato sull'evidenza dei risultati sulle performance del bambino)* ha una efficacia nel tempo breve; che la vicinanza attiva dei genitori ha un ruolo cognitivo-emozionale positivo.

L'INTELLIGENZA SOCIALE

Si tratta di una qualità in parte dipendente dalla base sicura; in parte dalla interazione quotidiana (incontrollabile) con la madre e il resto della famiglia; in parte, durante tutta la vita, dalle relazioni sociali (controllabili solo in piccola parte). Nell'ambito della famiglia, è possibile fornire delle indicazioni utili: l'intelligenza sociale richiede dapprima un *buon adattamento genitoriale passivo ai ritmi naturali del bambino* e successivamente, già nel primo anno, una ragionevole, continua opera di "contrattazione silente" tra i bisogni irrinunciabili del bambino e i bisogni irrinunciabili della mamma. Dopo an-



Problemi correnti

cora, *l'intelligenza sociale richiede una attenzione positiva dei genitori*, cominciando dall'osservazione delle tappe di sviluppo del lattante (magari seguendo gli scalini dei "momenti sensibili" di Brazelton) alle attività, ai pensieri e ai sentimenti dei bambini, continua, certamente, ma anche "collocata" in *spazi cronologici dedicati*; inoltre una *saggia utilizzazione del principio del premio (attenzione) e della punizione (disattenzione)* verso i comportamenti prosociali o antisociali. Tutto questo fa parte di una educazione implicita. Tuttavia l'intelligenza sociale sembra suscettibile di un incremento su base cognitiva, basato *sulla trasmissione esplicita di alcuni buoni principi comportamentali (soluzione contrattata dei problemi) e morali: può quindi essere oggetto di una educazione formale, da parte della famiglia, degli insegnanti, dei compagni. L'età dei 2-3 anni è quella più adatta allo sviluppo dell'empatia (approvazione genitoriale dei sentimenti e dei comportamenti empatici spontanei). L'età dei 4-5 anni è già adatta all'insegnamento morale esplicito, basato sulla co-valutazione delle conseguenze di comportamenti antisociali o prosociali, sull'approvazione esplicita dei comportamenti positivi, sulla educazione a una "soluzione contrattata dei problemi"*. Su questo il pediatra può esprimersi con qualche possibilità di successo. Nell'età scolare (e nella scuola stessa) si rinforzano (e i genitori debbono collaborare in questo senso) le capacità di autocontrollo e responsabilità. *La gradualità implicita in questi diversi comportamenti sottolinea che, come è ovvio, i patti, i fini, e i metodi cambiano naturalmente col crescere dell'età.*

Non ci si può nascondere tuttavia:

- che in questo campo non esistono evidenze certe;
- che non c'è la possibilità di una educazione sociale-morale che non sia sostenuta da una base forte già presente nei genitori;
- che il bambino si modella sull'adulto, ma che anche l'adulto si modella sul bambino che VUOLE educare, o che comunque STA EDUCANDO, o sulla immagine del bambino che VORREBBE AVERE, sicché ancora

una volta l'interazione educativa reciproca può rappresentare una risorsa bilaterale anche in situazioni di partenza difficili;

- che, ancora una volta, il *rinforzo dell'autonomia genitoriale attraverso il principio del counselling* e della individuazione e valutazione congiunta dei problemi sembra dover ispirare le norme di "guidance" elastica da parte del pediatra.

Il pediatra può consigliare qualcosa? Discutere dei "valori" con la famiglia corrisponderebbe già a un ruolo forse troppo al di sopra della funzione naturale del pediatra. Tuttavia, se è vero che, come dice (ancora) Brazelton, "il bambino ha bisogno di un futuro", come bisogno irrinunciabile, alcuni principi di solidarietà o di non egoismo potrebbero essere argomento di un discorso generico.

In ogni modo, *la raccomandazione di condividere d'abitudine "imprese", come gite (mensili), viaggi (annuali), avventure (occasional), spettacoli (settimanali), letture (semi-quotidiane), vissute assieme dal bambino e da uno o da entrambi i genitori sembra essere il modo migliore per arrivare a condividere principi morali e sociali, quali che siano.*

Devo fare qui menzione ai suggerimenti di un celebre "costruttore di felicità": non l'ultimo arrivato, anzi un "grande capo" della psichiatria statunitense ufficiale, che racconta e fortemente suggerisce l'esperienza quotidiana e concreta della sua famiglia, padre, madre, figli, di fare, assieme, alla sera, una specie di riassunto della giornata trascorsa, soffermandosi sui particolari ricchi di vissuto (*qualche cosa che rassomiglia da lontano a una confessione laica*). Non ho letto, né credo, che i risultati di questo tipo di impegno (molto coinvolgente e "time-consuming") siano in qualche modo stati testati a livello esteso, e siano dunque, in qualche modo, *evidence-based*, al di là dell'esperienza sulla propria famiglia e sui suoi pazienti; si tratta comunque di un racconto suggestivo. Lo scopo è, naturalmente, la costruzione di felicità; ma la costruzione di felicità passa attraverso la costruzione di se

stesso e di un'etica, la condivisione di questa, l'equilibrio "costruito" col mondo.

Va detto anche che l'intelligenza sociale si sviluppa nei tempi lunghi nel contesto familiare, scolastico, sociale, o tribale. Questi incontri possono essere in parte selezionati, e in parte scelti (*scelta della scuola, incoraggiamento nei riguardi di alcune amicizie, incoraggiamento ad attività di gruppo, tendenzialmente migliori, almeno fino a una certa età, se di tipo non competitivo, come lo scoutismo*). Questo suggerimento verrà ripetuto parlando della resilienza.

Certamente, i primi rapporti e lo stile di attaccamento che ne deriva influenzano la qualità dei rapporti sociali successivi. Certo, i nati da una scimpanzé di rango dominante acquisiscono già "naturalmente", nel primo anno, dalla madre, la sicurezza di comportamento e l'autostima sufficienti a far parte, dopo cresciuti, dello stesso rango superiore; mentre i nati da una scimpanzé di basso rango, o peggio ancora gli orfani, o i nati da una scimpanzé orfana, o da una scimpanzé maltrattante, "crescono male", si adattano a una condizione succube e/o diventano maltrattanti con i deboli: non sviluppano dunque l'intelligenza sociale necessaria. E anche il bambino maltrattato o abusato svilupperà più facilmente una intelligenza sociale distorta, che lo potrà portare alla sofferenza e al fallimento esistenziale, se così si può dire. Ma parliamo di casi, grazie a Dio, non quotidiani. Quotidiana è invece la tendenza alla permissività, meglio alla sudditanza, che produce un bambino esigente, capriccioso e sostanzialmente infelice e in conflitto permanente. Per prevenire questa evoluzione, ritorniamo alle indicazioni (vaghe) date all'inizio del paragrafo.

LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ

Potrà sembrare impropria l'introduzione di un bersaglio così materiale in un programma generale di educazione, ma, a mio avviso:

- l'obesità rappresenta, oggi, un pericolo maggiore di quello dell'infezio-

Il possibile ruolo del pediatra nella guida all'educazione del bambino

- ne a cui si dedicano impegni organizzativi, spesa pubblica e servizi;
- la prevenzione dell'obesità è essenzialmente un processo educativo, sia pure, ma non solo, di educazione sanitaria;
 - la costruzione del proprio corpo fa parte della costruzione del proprio sé;
 - la prevenzione dell'obesità comporta un impegno di consapevolezza e di sforzo mirato che non può essere influente, nel male e nel bene, nell'insieme del contesto educativo sociale e familiare;
 - l'obesità a sua volta ha effetti sullo sviluppo psicosociale del bambino, dell'adolescente e dell'adulto, sicché un intervento sull'obesità (il corpo) diventa un intervento educativo vero e proprio (sullo spirito).

Qui non esistono molte sperimentazioni di prevenzione: si tratta di cominciare a sperimentare. Esistono però delle associazioni epidemiologiche che danno, a un lavoro di prevenzione, prima di tutto da parte del pediatra di famiglia, delle indicazioni quanto meno ragionevoli.

Un ridotto rischio di obesità si associa:

- all'alimentazione al seno (con molti dubbi);
- all'abitudine di consumare i pasti in famiglia;
- a una bassa esposizione alla televisione;
- a un'attività motoria sistematica, non necessariamente sportiva;
- a interventi educativi ed educativo-motori nelle scuole;
- a un elevato indice di scolarità.

Inoltre, va considerato che l'obesità inizia già nei primi anni di vita ed è a questo punto che dovrebbe essere intercettata, mentre un terzo circa delle madri sottovaluta il peso del proprio bambino, considerandolo basso quando è normale e normale quando è sovrappeso (specie nei riguardi del figlio maschio). Infine, che specifiche abitudini ali-

mentari (bevande dolci, fast food) su cui non è impossibile interferire mostrano un'associazione molto significativa con lo sviluppo di obesità.

Su queste basi sembra probabile, ragionevole, obbligatorio, impostare caso per caso, pediatra di famiglia per pediatra di famiglia, un intervento educativo, non su tutti i bambini, ma sui bambini a rischio (genitori obesi o sovrappeso) e sui bambini che presentino già, dalla fine del primo anno di vita in poi, un eccesso del percentile del peso sul percentile della statura, eccesso che una madre su tre non sa riconoscere o di cui magari si compiace. In questo caso, un intervento educativo esplicito sulla famiglia (assieme alla raccomandazione di non utilizzare il cibo/dolci come premio, e di non accettare l'assunzione del cibo come ricatto, di ridurre o annullare le ore della televisione, di modificare, se è il caso, le abitudini familiari e del bambino, di controllare l'apporto calorico, la qualità della dieta, e la curva ponderale) ha la possibilità/probabilità di prevenire o almeno contenere il fenomeno.

Il trattamento e la prevenzione dell'obesità basati sull'intervento scolastico, ma ancora di più sull'intervento nei riguardi della famiglia, si dimostrano efficaci.

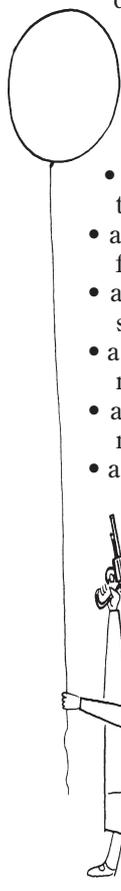
A questo è probabile si aggiunga molto positivamente una voce dall'alto, attraverso campagne educative di sanità pubblica a livello di popolazione (com'è accaduto per il fumo, o per la prevenzione alimentare della cardiopatia in Carelia, e come sta avvenendo più recentemente negli Stati Uniti), che indichi l'eccesso di peso come un pericolo reale, come tale sentito e condiviso dall'opinione pubblica.

UN SODDISFACENTE RAPPORTO DI DISCIPLINA

Questo costituisce forse il più immediato ed esplicito bisogno della famiglia: come punire (e inversamente, come premiare). Qui abbiamo a disposizione, se non altro, un documento uffi-

ziale della *American Academy of Pediatrics* (Guidance for effective discipline), almeno in parte basato su studi a medio-lungo termine, dunque sufficientemente evidence-based. Anche qui le cose si legano: ed è probabile, anche se non evidence-based, che l'armonia di rapporti genitori/figli che è alla base della intelligenza sociale, renda più facili ed efficaci gli interventi educativi, basati sul premio e sulla punizione espliciti. Così, le proibizioni nei riguardi dei rischi domestici (che fanno parte delle attività educative esplicite e doverose del pediatra) rappresentano uno strumento indiretto di applicazione disciplinare (basata sul contratto e la punizione).

In generale, *il termine disciplina connota strategie intese a evitare comportamenti indesiderati: ma senza strategie associate di premio per i comportamenti desiderati, le strategie punitive funzionano solo nel breve termine.* In termini comparativi si può considerare dimostrato che il premio è meglio della punizione. E, sempre in termini comparativi, si deve aggiungere che *le punizioni corporali non sono più efficaci, nel breve termine, rispetto alle punizioni "di estinzione" (time-out, per altrettanti minuti quanti sono gli anni di età e rimozione di privilegi), e nel lungo termine risultano non scvere di danno (la violenza produce comportamenti violenti), eccetto (forse) in ambienti a grave rischio sociale. I richiami verbali sono utili, se usati raramente e discriminatamente.*



Problemi correnti

ALTRI TRAGUARDI: EVITAMENTO DEI RISCHI, DELLA DIPENDENZA E DELLA DEVIANZA, PENSIERO POSITIVO, RESILIENZA

In verità, è già stato detto tutto. La prevenzione degli incidenti, e le proibizioni contrattate che ne fanno parte, costituiscono di per sé un intervento di educazione “disciplinare”, come si è appena detto. Così pure l'accettazione di regole (leggi, convenzioni) protettive (elmetti, semafori, disciplina stradale ecc.), che esprimono comportamenti prosociali.

Interventi semplici e accettati nella scuola (ad esempio il programma FRIENDS, largamente sperimentato in Australia, e più recentemente in Gran Bretagna) risultano decisamente efficaci sulla resilienza emozionale dei ragazzi.

Più in generale, la strutturazione di una personalità “positiva” e “resiliente” si associa a comportamenti genitoriali di attenzione e condivisione, di disciplina basata sul premio piuttosto che sulla punizione, e alle attività cameratesche tra pari (scoutismo, sport di squadra, band, coro).

I comportamenti a rischio degli adolescenti, compresi il consumo di tabacco, di alcol, e gli atti contro la legge rispondono significativamente a interventi educativi semplici, sia effettuati direttamente in sede di Pronto Soccorso, sia, e specialmente, in corso di interventi più o meno strutturati, mediati attraverso la famiglia o gruppi di genitori. In altre parole (questo vale per il pediatra di famiglia, ma anche per la rete dei servizi di appoggio) il consiglio diretto all'adolescente (ritenuto generalmente poco sensibile ai richiami) e ancor più l'intervento attraverso la famiglia ottengono risultati degni di nota, e devono essere messi in atto nelle situazioni di devianza o di rischio, nella maniera quanto più possibile professionale. In ispecie, gli interventi di “parent management training”, di terapia familiare sistemica e di terapia familiare funzionale (interventi educativi indiretti, mirati sulla famiglia, peraltro da affidare a specialisti) risultano evidence-based.

RIEPILOGO E RACCOMANDAZIONI; NOTE METODOLOGICHE

La maggior parte degli interventi preventivi e correttivi indicati nel testo si basano sui principi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nei riguardi della famiglia e del bambino; essi comprendono anche interventi di terapia familiare sistemica (SFT), non sempre facilmente distinguibili dai primi.

Tutto questo non è dovuto a preferenze personali (l'Autore ha già dichiarato la sua personale incompetenza), ma al fatto che la maggior parte della letteratura citata è anglosassone, e che, sia in Inghilterra che negli Stati Uniti (e per la verità non irragionevolmente), questo tipo di approccio è di gran lunga il più popolare, per la sua relativa accessibilità concettuale e metodologica, in medicina generale e ancor più in pediatria.

Inoltre va detto che i trattamenti del tipo CBT sono quelli più adatti a una valutazione obiettiva del tipo EBM, specie per il breve-medio termine.

D'altronde il CBT non corrisponde, in pediatria, all'applicazione rigida di un principio teorico, ma appare alquanto elastico (un termine-ombrello), focalizzato sul trattamento del bambino nel suo ambiente naturale, famiglia, scuola, pari; questo stesso ambiente viene utilizzato e compreso nel trattamento. Un elemento portante della CBT risiede nel considerare la famiglia e il bambino come partner consapevole (o quasi-consapevole) del perché e del percome si percorre un trattamento (alla stregua di uno scienziato che cerchi di capire cosa, eventualmente, non va, e di una persona o di un sistema che accetti di modificare il proprio modo di sentire e di comportarsi). La CBT in pediatria è inoltre naturalmente caratterizzata, rispetto alla CBT nell'adulto, da una parte da una forte componente preventiva, dall'altra dalla mediazione dell'ambiente, e infine da una varietà obbligatoria del tipo di intervento, in funzione delle variazioni legate allo sviluppo cognitivo e affettivo.

Le strategie educative del medico passano quasi obbligatoriamente attraverso i genitori e spesso dai servizi

(corsi prenatali, visite domiciliari, trattamento della depressione, incoraggiamento e guida alla osservazione e alla interazione, rinforzo dell'autostima e dell'autonomia genitoriale, ascolto empatico, counselling, ma anche educazione alimentare, indicazioni sulla disciplina, informazione sulle regole di condizionamento operante attraverso il premio e la punizione).

L'intervento dei genitori cambierà necessariamente nel tempo (serve anche a loro per imparare il mestiere): da un atteggiamento di osservazione semi-passiva e dalla ricerca di una condisione dei ritmi e delle esigenze naturali, durante i primi mesi, verso un intervento sempre più attivo, con l'organizzazione di tempi di condivisione esistenziale all'infuori del pasto e del sonno, fino alla esplicitazione e alla contrattazione di regole orientate a rinforzare l'autonomia ma anche l'obbedienza verso comportamenti orientati alla protezione dai pericoli, ma poi specialmente a un rapporto sociale leale e generoso.

Queste strategie comportano per la famiglia:

- conoscenza dei fini e dei mezzi dei singoli problemi educativi (componente cognitiva genitoriale);
- ascolto e aiuto dato ai figli per padroneggiare il linguaggio e per esplicitare desideri, pensieri e bisogni (componente cognitiva familiare);
- esplicitazione delle regole morali e delle conseguenze dei comportamenti positivi e negativi (componente cognitiva nel bambino, dall'età prescolare fino all'adolescenza);
- attenzione regolare e positiva nei riguardi delle attività e delle conquiste del bambino;
- applicazione frequente e ripetuta delle regole del rinforzo dei comportamenti desiderati, e dell'estinzione di quelli indesiderati secondo modalità accettabili ed efficaci;
- proposizione implicita di modelli e sviluppo di attività congiunte (componente comportamentale).

Tutto questo sta abbastanza bene sulla carta, ma fa molta difficoltà a entrare nella vita. L'educazione comun-

MESSAGGI CHIAVE

□ Criteri educativi che possano essere considerati saldamente evidence-based non esistono, e nessun tipo di intervento è indipendente dalla qualità dell'operatore, dal contesto e dal soggetto sul quale l'intervento è rivolto. Tuttavia, c'è una vasta letteratura di interventi educativi svolti dalla famiglia o dai servizi medici di cui si è valutata, nei limiti del possibile, l'efficacia.

□ La semplice lettura dei titoli dei riferimenti bibliografici riportati dà un'idea della vastità dell'ambito, e in qualche misura anche della praticabilità di alcuni di questi interventi.

□ Ragionevoli traguardi di interventi educativi sono: 1) migliori qualità cognitive; 2) base sicura e intelligenza sociale; 3) basso rischio di sviluppare obesità; 4) ragionevole grado di disciplina; 5) basso rischio di andare incontro a incidenti o di seguire comportamenti devianti; 6) atteggiamento positivo verso la vita; 7) elevato grado di resilienza.

□ Sul primo punto (qualità cognitive) vi sono soddisfacenti evidenze dell'efficacia di interventi alla madre in presenza di condizioni di rischio.

□ Sul secondo punto (base sicura e intelligenza sociale) ci sono indicazioni di possibile efficacia specialmente in condizioni di rischio e probabilmente utili comunque (lettura congiunta, allattamento al seno); esistono peraltro strategie sperimentate sui versanti cognitivo e comportamentale.

□ Sul terzo punto (prevenzione dell'obesità) gli interventi certamente utili (ma non altrettanto facilmente effettuabili) riguardano l'alimentazione al seno, il consumare i pasti assieme, e in generale lo stile di vita, la riduzione delle ore trascorse alla televisione, la scolarizzazione, e certamente anche la dieta.

□ La letteratura riguardante la disciplina raccomanda l'astensione dalla punizione corporale, e l'utilizzo intelligente di strategie comportamentali, che i genitori possono apprendere.

□ Più complessi e in parte già contenuti nei primi messaggi chiave sono gli interventi mirati ai punti 5, 6, 7.

que privilegerà i privilegiati. Si tratta di riuscire (tanto più faticosamente e meritoriamente quanto più la situazione è sottoprivilegiata, dunque nelle situazioni di rischio) a introdurre alcune routine che il tempo e la vita penseranno a rendere non ripetitive. Tra queste, dopo l'allattamento e il bagnetto, la lettura congiunta può essere un passo iniziatico.

Le illustrazioni sono tratte da: Steinberg "Pas-saporto". Milano: Ed. Mondadori Electa, 1978.

Indirizzo per corrispondenza:

Franco Panizon

e-mail: redazione@medicoebambino.com

Bibliografia*Aspetti generali*

1. Bolsover N. The evidence is weaker than claymed. *BMJ* 2002;324:294.
2. Szatmari P. The art of evidence-based child psychiatry. *Evid Based Mental Health* 2003; 6:99-100.
3. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents. A national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:255-62.
4. Drotar D. The diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC), child and adolescent version: with pediatric psychologist need to know. *J Pediatr Psychol* 1999;24:369-80.
5. Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, et al. Behavioural and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians recognition. *Pediatrics* 1993;91:649-55.
6. Ferris TG, Saglam D, Stafford RS, et al. Changes in the daily practice of primary care for children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152:227-33.
7. Brown RT. Society of Pediatric Psychology presidential address: toward a social ecology of pediatric psychology. *J Pediatr Psychol* 2002;27:191-201.
8. Editorial. Giving guidance on child discipline. *BMJ* 2000;320:261-2.
9. Larzelere RE. Child discipline. Weak evidence for a smacking ban. *BMJ* 2000;320: 1538-9.

Sviluppo cognitivo

10. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR jr, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:644-52.
11. Olds D, Henderson CR, Kitzman H, Cole R. Effects of prenatal and infancy nurse visitation on surveillance of children maltreatment. *Pediatrics* 1995;95: 365-72.
12. The Project CHOICE Intervention Research Group. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancy: a study a motivational intervention in community setting. *Pediatrics* 2003;111(1 Suppl):1131.
13. Larroque B, Bertrais S, Czernichow P,

Leger J. School difficulties in 20-years who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics* 2001; 108:111-5.

14. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-years perspective study of the long term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:824-30.

15. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000;82:443-51.

16. Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T. Visiting less than every day. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:1153-7.

17. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakke-teiq LS. Breast feeding and cognitive development at age 1 and at age 5 years. *Arch Dis Child* 2001;85:183-8.

18. Food insufficiency and american school age children cognitive, academic, and psychosocial development. *Pediatrics* 2001;108: 44.

19. Abbott RD, White LR, Ross GW, et al. Height as a marker of childhood development and life-cognitive function: the Honolulu-Asia aging study. *Pediatrics* 1998;102:602-9.

20. Halterman JS, Kaczorowski JM, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG. Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in United States. *Pediatrics* 2001;107:1381-6.

21. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997;77:99-101.

22. Linnet KM, Wisborg K, Obel C, et al. Smoking during pregnancy and the risk of hyperkinetic disorder in offspring. *Pediatrics* 2005;116:462-7.

23. Murray AD, Yingling JL. Competence in language at 24 months: relations with attachment security and home stimulation. *J Genet Psychol* 2000;161:133-40.

24. Todini G. I disturbi dell'apprendimento. *Medico e Bambino* 2003;22(Suppl 1):14-5.

25. Kvilekval P. L'insuccesso scolastico, la dislessia, l'iperattività. *Medico e Bambino* 2003; 22(Suppl 1):16-8.

Intelligenza sociale

26. Apollonio MG, Barbiero C, Bascucci S, et al. Supporto precoce ai neogenitori. È necessario? *Medico e Bambino* 2005;24: 589-98.

27. Brazelton TB, Greenspan SI. La scala di valutazione del comportamento del neonato (tr it.). Milano: Masson, 1997.

28. Brazelton TB. Il modello dei punti salienti. In: Brazelton TB, Greenspan SI. I bisogni irrinunciabili dei bambini. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002:197.

29. Brazelton TB, Greenspan SI. I bisogni irrinunciabili dei bambini. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001.

30. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000;82:443-51.

31. American Academy of Pediatrics. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and family. *Pediatrics* 1998;101:486.

32. Ciotti F. Il sostegno domiciliare come fat-

Problemi correnti

tore protettivo. Quaderni acp 2001;6:45.

33. Barlow J, Coren E. Parent training programmes for improving maternal psychosocial health. Cochrane Review 2001.
34. Causa P, Barbiero C. Stili di attaccamento e sviluppo della "emergent literacy". Medico e Bambino 2005;24:482-7.
35. Moschetti A, Tortorella ML. Sonno e relazione di attaccamento. Medico e Bambino 2006;25:55-64.
36. Owens JA. Introduction: culture and sleep in children. Pediatrics 2005;111 (1 Suppl):201-3.
37. Latz S, Wolf AW, Lozoff B. Co-sleeping in context sleep practices and problems in young children in Japan and in the United States. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:339-46.
38. Jenni OG, O'Connor BB. Children's sleep: an interplay between culture and biology. Pediatrics 2005;115(1 Suppl):204-16.
39. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. Arch Dis Child 2004;89:1106-10.
40. Wailoo M, Ball H, Fleming P, Ward Platt MP. Infants bed-sharing with mothers. Arch Dis Child 2004;89:1082-3.
41. Montgomery P, Stores G, Wiggs L. The relative efficacy of two brief treatments for sleep problems in young learning disabled (mentally retarded) children. A randomized controlled trial. Arch Dis Child 2004;89:125-30.
42. Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP, Zimmerman FJ. Television, video, and computer game usage in children under 11 years of age. J Pediatr 2004;145:652-6.
43. Robinson TN, Wilde ML, Novracruz LC, Haydel KF, Varady A. Effects of reducing children's television and video games use on aggressive behavior: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:17-23.

Obesità

44. Davison KK, Birch LL. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. Pediatrics 2001;107(1):46-53.
45. Viner RM, Cole TJ. Adult socioeconomic, educational, social and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. BMJ 2005;330:1354.
46. Kinra S, Baumer JH, Davey Smith G. Early growth and child obesity: a historical cohort study. Arch Dis Child 2005;90:1122-7.
47. Chiarelli F, Capanna R. L'obesità in età pediatrica. Medico e Bambino 2005;24(8):513-25.
48. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ 2005;330:1357.
49. Clifford TJ. Breast feeding and obesity. BMJ 2003;327:879-80.
50. Li L, Parsons TJ, Power C. Breast feeding and obesity in childhood: cross sectional study. BMJ 2003;327:904-5.
51. Victora CG, Barros F, Lima RC, Horta BL, Wells J. Anthropometry and body composition of 18-year old men according to duration of breast feeding. Birth cohort study from Brazil. BMJ 2003;327:901.
52. Viner RM, Cole TJ. Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. J Pediatr 2005;147:429-35.
53. Davison KK, Francis LA, Birch LL. Links between parents' and girls' television viewing

behaviors: a longitudinal examination. J Pediatr 2005;147:436-42.

54. Anderson RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, Cheskin LJ, Pratt M. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: results from the Tird National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 1998;279:938-42.
55. Hill J. Physical activity and obesity. Lancet 2004;363:182.
56. Strauss RS, Rodzilsky D, Burak G, Colin M. Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:897-902.
57. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. Lancet 2001;357:505-8.
58. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, et al. Fast-food habits, weight gain and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. Lancet 2005;365:36-42.
59. Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL. The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:225-30.
60. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perception of weight status of children. Pediatrics 2003;111(suppl):1226-31.
61. Sahota P, Rudolf MC, Dixey R, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention in reducing risk factors for obesity. BMJ 2001;323:1027-29.
62. Atkinson RL, Nitzke SA. School based programmes on obesity. BMJ 2001;323:1018-9.
63. Coleman KJ, Tiller CL, Sanchez J, et al. Prevention of the epidemic increase in child risk of overweight in low-income schools. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:217-24.
64. Wrotniak BH, Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN. Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:342-7.

Disciplina

65. Regalado M, Sareen H, Inkelas M, Wisow LS, Halfon N. Parents discipline of young children: results from the National Survey of Early Childhood Health. Pediatrics 2004;113 (6 suppl):1952-8.
66. Stein MT, Perrin EL. Guidance for effective discipline. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspect of Child and Family Health. Pediatrics 1998;101:723-8.
67. Grogan-Kaylor A. Relationship of corporal punishment and antisocial behavior by neighborhood. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:938-42.
68. Friedman SB, Schonberg SK. The short- and long-term consequences of corporal punishment. Pediatrics 1996;98:803.
69. Howard BJ. Advising parents on discipline: wath works. Pediatrics 1996;98:809-15.
70. Larzelere RE. A review of the outcomes of parental use of nonabusive or customary physical punishment. Pediatrics 1996;98:824-8.
71. McCord J. Unintended consequences of punishment. Pediatrics 1996;98:832-4.

Altro

72. Mytton JA, DiGiuseppe C, Gough DA, Taylor RS, Logan S. School-based violence prevention programs. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156:752-62.
73. Downs SM, Klein JD. Clinical preventive services efficacy and adolescents' risky behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:374-9.
74. Weiss J, Okun M, Quay N. Predicting bicycle helmet stage-of-change among middle school, high school, and college cyclist from demographic, cognitive, and motivational variables. J Pediatr 2004;145:360-4.
75. Hagel BE, Pless IB, Goulet C, Platt RW, Robitaille Y. Effectiveness of helmets in skiers and snowboarders case-control and case-crossover study. BMJ 2005;230:281.
76. Stanton B, Cole M, Galbraith J, et al. Randomized trial of a parent intervention. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:947-55.
77. Stallard P, Simpson N, Anderson S, Carter T, Osborn C, Bush S. An evaluation of the FRIENDS programme: a cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. Arch Dis Child 2005;90:1016-9.
78. Winickoff JP, Berkowitz AB, Brooks K, et al. State-of-the-art interventions for office-based parental tobacco control. Pediatrics 2005;115(3):750-60.
79. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Arch Dis Child 2002;86:251-6.
80. Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? Pediatrics 2001;108:1256-62.
81. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. J Pediatr 2004;145:396-402.
82. Lilienfeld SO. Scientifically unsupported and supported interventions for childhood psychopathology: a summary. Pediatrics 2005;115:761-4.

Metodologia

83. Holmes J. All you needs is cognitive behaviour therapy? BMJ 2002;324:288-90.
84. Tarrrier N. Yes, cognitive behaviour therapy may well be all you need. BMJ 2002;324:291.
85. MacDonald EK. Principles of behavioral assessment and management. Pediatr Clin North Amer 2003;50:801-16.
86. Gangemi M, Elli P. Pediatria e comunicazione: come si cambia. Medico e Bambino 2005;24:235-8.

Qualche libro

87. Simonelli A, Calvo V. L'attaccamento: teoria e metodi di valutazione. Roma: Carocci Editore, 2002.
88. Azrin NH, Fox RM. Toilet training in less than a day. Reissue Editon, Pocket Books, 1989.
89. Barkey RA, Benton CM. Your defiant child: 8 steps to better behavior. New York: Guildford Press, 1998.
90. Forehand R, Long N. Parenting the strong-willed child. The clinical proven five-week program for the parents of two-to-six year-olds. McGraw-Hill/Contemporary Books, 2002.