

Supporto precoce ai neogenitori È necessario? Serve?

MARIA GRAZIA APOLLONIO¹, CHIARA BARBIERO^{1,4}, SABRINA BASCUCCI³, TAMARA CHERT^{1,4}, RACHELE NANNI³, ELENA PAVIOTTI¹, MARCELLA MONTICO², FRANCESCO CIOTTI³, GIORGIO TAMBURLINI¹

¹Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e ²Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, Direzione Scientifica, Istituto per l'infanzia IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste; ³Servizio di NPI, AUSL Cesena; ⁴CSB - ONLUS, Trieste

Le situazioni familiari definibili come "a rischio sociale" si associano significativamente a depressione materna, insoddisfatta utilizzo delle buone pratiche di salute, maltrattamento e abuso nei riguardi del bambino, e specialmente a scadenti indici dello sviluppo cognitivo, emotivo, comportamentale e di successo esistenziale da parte di quest'ultimo. Interventi semplici di supporto psico-sociale, basati su visite di madri "esperte" e/o di incontri con i neogenitori, possono esser fatti dalla comunità senza speciale dispendio economico. Della necessità e dell'utilità potenziale di questo supporto è opportuno che anche il pediatra di famiglia sia ben consapevole e che ne tenga conto nella pratica professionale.

BACKGROUND, RAZIONALE E OBIETTIVI DELLO STUDIO

Che migliori competenze genitoriali possano contribuire a una società migliore è una tesi antica, cara a psicologi, psicanalisti esperti di infanzia e pediatri fin dalla metà dello scorso secolo, da Anna Freud a Winnicott, da Bowlby a Bettelheim^{1,4}. Questa tesi, basata su concettualizzazioni peraltro alquanto eterogenee tratte da diverse scuole di pensiero - dalla teoria psicanalitica a quella dell'attaccamento, e più recentemente alla teoria dell'apprendimento sociale^{5,6} - o viceversa, su approcci pragmatici, ha condotto a innumerevoli esperienze, a pratiche ormai consolidate, e a un numero piuttosto esteso quanto eterogeneo di studi volti a valutare l'efficacia di programmi di sostegno alla genitorialità. Tra questi, meritano di essere citati alcuni sforzi di analisi comparata e sistematica. Nel 1990 Chapman e collaboratori dell'Università del North Carolina analizzano quattro programmi di sostegno domiciliare su madri a rischio sociale: il *Parent Infant Project* del Colorado; il

EARLY SUPPORT TO PARENTS: IS IT NEEDED? DOES IT WORK? (Medico e Bambino 2005;24:589-598)

Key words

Parenting, Peer counselors, Home visitation, Social risk

Summary

Early (pre and postnatal) support to parents is widely seen as an effective strategy to improve both parental and child wellbeing and health. The effects of two different interventions addressing parents during the first year of life of their baby were evaluated. Both interventions were based on a peer counsellor (mother-to-mother) approach, but while parents at social risk received a more complex intervention including home visitations, unselected parents were offered only the participation to meetings among them, with some professional support. 102 families (53 at risk and 49 not at risk) took part in the study, 31 received the intervention and 71 were controls. Results show that at risk parents are less likely to comply to good health practices (28.3% vs 83.7%), more likely to be at risk of maternal depression (30.2% vs. 10.2%) less likely to offer an adequate home environment (13.5% vs. 61.2%); their babies had a lower score at development scales (although all within the normal range). Families receiving the interventions in the at risk group improved over time their compliance with good health practices (42.9% vs 28.3%), the adequacy of the home environment (71.4% vs. 51.3%). Unselected parents also received some benefit from the intervention. Programmes of early support to parents need to be promoted at large scale and can be based on non-professional interventions. A simple multidimensional evaluation approach is recommended.

Rural Alabama Pregnancy and Infant Health; il *Resources Mothers* del South Carolina; il *Prenatal Early Infancy Project* dello Stato di New York⁷. Gli Autori mettono in evidenza l'efficacia degli interventi nel migliorare la rela-

zione madre-bambino, nell'incrementare l'uso dei servizi e nel promuovere il benessere del bambino. Nel 2000 Hendrick e collaboratori dell'Università di Nottingham conducono una revisione sistematica della letteratura su

tutti gli studi controllati, comparsi tra il 1966 e il 1996, sull'efficacia dei programmi di sostegno domiciliare nel migliorare la qualità dell'ambiente familiare, concludendo che almeno 26 su 34 studi ne dimostrano convincentemente l'efficacia. La revisione evidenzia, inoltre, che i risultati dei programmi condotti da operatori non professionali sono sovrapponibili a quelli condotti dalle infermiere visitatrici⁸. Esistono inoltre due revisioni sistematiche in merito all'efficacia, sulla relazione genitore-bambino, sulla salute e lo sviluppo del bambino e sulla salute materna, di interventi precoci, con inizio durante la gestazione e durata per le prime epoche della vita^{9,10}.

Gli Autori dei rari tentativi di revisione sistematica sottolineano peraltro che un approccio sistematico rigoroso non è possibile per la diversità di criteri di selezione della popolazione oggetto di intervento, delle variabili di esito usate, per non parlare della eterogeneità degli interventi attuati. Con questo caveat, si può affermare che l'esame della vasta letteratura in merito indica che esiste evidenza dell'efficacia su diverse dimensioni della salute e del benessere sia del bambino che dei genitori che più generalmente delle relazioni e dell'ambiente familiare (*Tabella I*) di interventi atti a sostenere e sviluppare le competenze genitoriali e le politiche sociali che le rendono possibili (licenze di maternità e paternità, servizi per l'infanzia, sostegno alle fa-

miglie povere)¹¹⁻²⁹. Il razionale generale universalmente accettato è quello di rinforzo di fattori protettivi sia di carattere individuale che relazionale che sociale²⁹.

Le evidenze indicano anche che requisiti di efficacia sono l'inizio precoce (durante la gestazione o subito dopo la nascita) e la durata nel tempo. Punti di incertezza, e di aperta discussione, riguardano: l'opportunità o meno di indirizzare gli interventi solo su popolazione a rischio, piuttosto che offrire un'opportunità a tutti ed eventualmente poi modulare l'intervento in base al bisogno; la possibilità che gli interventi siano effettuati da personale non professionale; l'utilità di pratiche "vettori" di genitorialità e di attaccamento quali il contatto precoce alla nascita, la promozione del contatto fisico espletato attraverso il contatto pelle a pelle, l'allattamento al seno, la lettura ad alta voce; il ruolo dei padri, poco studiato; l'utilità della pura e semplice messa in rete dei nuovi genitori tra loro; l'opportunità di standardizzare fortemente gli interventi per renderli riproducibili e valutabili versus l'opportunità che siano modulati localmente; il ruolo dei medici di famiglia.

Su queste basi teoriche e sperimentali, interventi e programmi di sostegno ai neogenitori sono stati raccomandati da diverse agenzie e sono realizzati in diversi Paesi. Negli USA il *Report of the Surgeon General on Mental Health* del 1999³⁰ sottolinea che gli in-

terventi basati sull'educazione dei genitori sono efficaci ai fini della salute mentale e dello sviluppo emotivo e sociale del bambino; analoghe indicazioni sono state date in ambito europeo^{31,32}; in Australia si è dato vita allo *Young Families Project* con supporto da parte della *Royal Academy of General Practitioners* (www.innovations.adgp.com.au); nel Regno Unito si è inaugurato il programma *Sure Start* con analoghi obiettivi (www.surestart.gov.uk).

Anche in questo campo, l'Italia si è caratterizzata per la grande frammentarietà, eterogeneità e, peraltro, anche per una certa ricchezza di esperienze, quasi mai accompagnate da tentativi di valutarne l'efficacia. Con questo scenario in mente, ci si è proposti di condurre uno studio che andasse a verificare nel contesto italiano l'utilità di questi interventi e le condizioni per il loro successo, e nel contempo la fattibilità e quindi la generalizzabilità di un approccio valutativo sufficientemente comprensivo delle diverse dimensioni in cui possono realizzarsi dei benefici. È stato quindi disegnato uno studio che, utilizzando programmi già esistenti, valutasse gli effetti di interventi diversi a supporto delle competenze genitoriali, attuati dalla nascita e per i primi 12 mesi di vita su salute e sviluppo del bambino, benessere dei genitori e ambiente familiare. Ci si è inoltre proposti di valutare gli effetti delle diverse tipologie di intervento rispetto alle caratteristiche socioeconomiche dei destinatari dell'intervento, con particolare attenzione per i nuclei familiari a rischio.

POPOLAZIONE E METODI

Una descrizione dettagliata dei metodi, inclusi i test utilizzati, si può trovare in www.burlo.trieste.it.

Tenendo conto degli obiettivi della ricerca e delle risorse disponibili, si è immaginato e attuato uno studio prospettico, controllato, con selezione dei soggetti per livello di rischio (popolazione a rischio e popolazione generale) e per tipologia di intervento (con e senza un programma strutturato di visite domiciliari). Sono stati utilizzati quindi nuclei familiari già compresi

EFFETTI PRINCIPALI ATTESI (E IN QUALCHE MISURA DIMOSTRATI) DI INTERVENTI DI SUPPORTO ALLE FUNZIONI GENITORIALI

Per i bambini

- migliore sviluppo cognitivo emotivo e fisico
- riduzione di problemi comportamentali e di apprendimento
- riduzione di abuso e trascuratezza
- migliori esiti psicosociali da adulti
- migliore parenting da adulti

Per i genitori

- riduzione della prevalenza di depressione e ansia materna (e paterna)
- migliore autostima, migliore capacità produttiva e sociale
- migliore salute riproduttiva per la madre

Per le famiglie

- funzionamento e relazioni interne migliori
- migliori relazioni sociali
- migliore utilizzo dei servizi sanitari

Tabella I

Supporto precoce ai neogenitori. È necessario? Serve?

Box 1

Il progetto "Genitori quasi perfetti" promosso dal CSB-ONLUS con il supporto dell'Ufficio del Tutore dei Minori del Friuli-Venezia Giulia si rivolge ai neogenitori indipendentemente da condizioni di rischio ed è finalizzato alla promozione e al supporto di una rete di mutuo-aiuto tra di essi.

Il progetto ha scelto di adottare la prospettiva degli incontri per neogenitori sia come approccio più coerente con l'ipotesi di creare una cultura dello scambio e del mutuo aiuto intorno alla nascita, sia perché maggiormente compatibile con le limitate risorse a disposizione, sia ancora perché nella fase di preparazione del progetto era emerso da incontri effettuati con gruppi di neogenitori che questa era la soluzione preferita. Ai genitori vengono proposti degli incontri di gruppo (almeno una dozzina a partire dalla fine del primo mese fino all'anno di vita), in parte auto-gestiti e in parte con la presenza di operatori che possono trattare argomenti specifici, quali l'allattamento, il massaggio neonatale, le competenze neonatali, il gioco, la lettura ad alta voce ... e quanto altro richiesto dai genitori stessi. L'intervento degli operatori di diverse professionalità non è di tipo didattico e frontale, ma di tipo dialettico, colloquiale, mirato a dare spazio e ascolto ai vissuti.

Il progetto prevede l'apporto volontario di mamme che, avendo appena superato i sei mesi-l'anno di vita del proprio bambino, mettono a disposizione le proprie conoscenze e qualche ora del proprio tempo per chi sta per avere o ha appena avuto un bambino. Viene curato il supporto di tutti i servizi esistenti localmente a partire dai servizi sanitari e sociali e con particolare attenzione alle risorse associative della comunità, di cui il progetto mira a divulgare la conoscenza e incrementare l'utilizzo. A tale proposito è stata approntata, con la collaborazione dei referenti locali, una carta dei servizi territoriali utili ai genitori in attesa o ai neogenitori, che viene consegnata loro alla nascita.

Il progetto "Mamme insieme" è un progetto di supporto alla genitorialità, promosso dalla AUSL di Cesena, che si rivolge a neomamme considerate a rischio sulla base delle seguenti caratteristiche psico-sociali: titolo di studio di licenza elementare o scuola media inferiore e/o età < 20 anni e/o età > 40 anni e/o straniere immigrate in Italia.

Alle mamme che aderiscono al progetto vengono proposte alcune visite domiciliari ad opera di una madre "esperta". Le visite hanno una frequenza inizialmente settimanale, poi quindicinale, durano almeno un'ora e proseguono per tutto il primo anno di vita del bambino. Il consenso delle mamme di partecipare al progetto viene acquisito nel reparto di maternità in seguito a un colloquio con l'operatrice della Pediatria di Comunità. Alle mamme viene presentata la possibilità di usufruire di una figura di riferimento con la quale confrontarsi rispetto alla propria esperienza di maternità.

Il gruppo di madri esperte, reclutato dal Centro per le Famiglie del Comune di Cesena, prima dell'esperienza ha svolto un periodo formativo con docenti psicologi della Facoltà di Psicologia di Cesena e ha avuto una supervisione mensile da parte di tutor psicologici del Centro per le Famiglie durante i dodici mesi dell'esperienza. Gli obiettivi del corso di formazione consistono nello sviluppare competenze in merito alla relazione d'aiuto, all'osservazione del neonato e all'ascolto empatico. Gli incontri con le tutor sono finalizzati alla discussione relativa all'andamento dell'esperienza e alle eventuali difficoltà.

L'obiettivo del sostegno domiciliare offerto dalla mamma esperta consiste nel lavorare sui modelli relazionali madre-bambino, attraverso la conoscenza procedurale e l'azione, ovvero offrendo alla mamma (che si trova in una condizione di rischio psicosociale) un modello relazionale positivo e correttivo, con la madre esperta che accoglie, contiene e dà significato alla relazione tra la neomamma e il neonato. In maniera più indiretta si punta anche all'incremento del capitale sociale, ovvero alla risorsa proveniente dal volontariato, valorizzando l'essere madre in quanto portatrice di esperienza e di potenziale aiuto verso altre madri.

in programmi di sostegno alla genitorialità che presentassero le caratteristiche di selezione dei soggetti e di intervento richieste. I programmi che la ricerca ha valutato sono il progetto "Genitori quasi perfetti" della Regione Friuli-Venezia Giulia e il progetto "Mamme insieme" dell'Azienda Sanitaria di Cesena, Emilia-Romagna (Box 1).

Per la valutazione degli esiti nelle diverse dimensioni che si intendevano esplorare

(applicazione di buone pratiche di salute, valutate attraverso l'intervista semistrutturata), la depressione materna, lo stress genitoriale, l'ambiente familiare e lo sviluppo del bambino (valutati tramite test), i benefici percepiti dell'intervento (valutati tramite intervista), sono stati selezionati, sulla base della loro semplicità di somministrazione e del loro precedente utilizzo in ricerche effettuate all'estero e in Italia che

ne avessero dimostrato validità e consentito l'adattamento italiano, i seguenti strumenti:

1. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*³³⁻³⁹ per valutare la depressione materna post-partum, l'eventuale presenza di uno stato emotivo distimico/depressivo.
2. *Parenting Stress Index*⁴⁰⁻⁴³: si tratta di un questionario autosomministrato per valutare lo stress genitoriale su tre diverse aree: lo stress insito nel ruolo genitoriale derivante da fattori personali; la presenza di una buona interazione genitore-bambino; alcune caratteristiche basilari del comportamento del bambino che lo rendono, secondo il genitore, semplice o difficile da accudire.
3. Test di osservazione dell'ambiente familiare AIRE, adattamento italiano della scala HOME di Caldwell⁴⁴⁻⁴⁷: valuta i fattori familiari che influiscono sullo sviluppo del bambino suddivisi in diverse aree quali:
 - A. *Affetto*: si riferisce alla capacità della madre di mettersi in comunicazione con il bambino; si presta attenzione all'atteggiamento, al tono della voce...;
 - I. *Incoraggiamento da parte dei familiari*: si esplora la qualità del materiale di gioco più o meno adeguata all'età e alla fase evolutiva del bambino, al fatto che il bambino sia o meno incoraggiato ad apprendere, esplorare e a esprimersi liberamente;
 - R. *Rispetto*: valuta la capacità di rispettare i ritmi e i bisogni del bambino e di avviarlo al rispetto delle regole della vita;
 - E. *Clima emotivo presente in famiglia*: prende in considerazione la personalità della madre, la partecipazione del padre, l'apertura al mondo circostante.
4. *Adaptive Behaviour Scale* in forma ridotta⁴⁸: si tratta di una scala che valuta lo sviluppo del bambino e il comportamento adattivo su diverse aree: comunicazione, socializzazione, abilità motorie, abilità di vita quotidiana (autonomia).

A questi 4 strumenti si è aggiunta un'intervista semistrutturata, elaborata dagli Autori, attraverso la quale vengono rilevate: variabili descrittive relative al nucleo familiare testato (composizione del nucleo familiare, età dei genitori, livello di scolarizzazione, attività professionale, abitazione di proprietà o meno); variabili relative ai comportamenti e ai vissuti in gravidanza, parto e puerperio; buone pratiche che possono favorire la salute e lo sviluppo del bambino (vedi nota a fine articolo); benefici percepiti relativi all'intervento di sostegno alla ge-

ntorialità al quale i genitori hanno partecipato.

I test e le interviste sono stati somministrati nell'ambito di visite effettuate da operatori psicologi a domicilio, con la presenza di entrambi i genitori e del bambino, al primo mese, sesto mese e al compimento del primo anno di vita, secondo il seguente schema:

- *I mese di vita del bambino*: intervista, EPDS, Parent Stress Index;
- *VI mese di vita del bambino*: intervista, EPDS, Parent Stress Index, AIRE;
- *XII mese di vita del bambino*: intervista, EPDS, Parent Stress Index, AIRE, Scala Vineland.

Sono state inserite nello studio come campione sperimentale le donne che hanno accettato, nel periodo di circa sei mesi considerato dallo studio, di partecipare al programma proposto a Trieste - senza criteri di selezione - e le donne che rispondevano ai criteri di "rischio" e che hanno accettato il programma proposto a Cesena, e limitatamente a coloro che era stato possibile contattare durante la permanenza in maternità. Come controlli (almeno due per ogni caso) sono state utilizzate donne con analoghe caratteristiche contattate nelle stesse maternità, prima del periodo di reclutamento per il programma sperimentale. Questo per evitare di discriminare, e verosimilmente creare sconcerto, tra puerpere che condividevano l'esperienza della nascita nello stesso reparto con l'offerta di partecipare al programma solo ad alcune, e contando sulla omogenea distribuzione delle caratteristiche di base nei due periodi consecutivi. La proposta di partecipare al programma di supporto o viceversa, per i controlli, di essere sottoposte a tre interviste a domicilio, veniva preannunciata al momento della nascita e poi confermata, alle donne che si dicevano disponibili, con un contatto dopo due-tre settimane per organizzare la prima intervista, prevista al mese di vita.

Per il confronto tra le variabili sono stati utilizzati il chi quadrato e il test esatto di Fisher. L'elaborazione dei dati è stata effettuata con il pacchetto statistico STATA 7.

RISULTATI

A Trieste sono stati testati complessivamente 49 nuclei familiari (gruppo controllo: 32; gruppo sperimentale: 17), a Cesena 53 nuclei (gruppo controllo: 37; gruppo sperimentale: 16).

La percentuale di adesione iniziale

tra casi e controlli è stata in entrambe le sedi inferiore al 50%. Di seguito vengono riportati alcuni dei risultati di maggiore interesse, riguardanti: le caratteristiche delle popolazioni testate; l'associazione tra queste e aspetti relativi alla storia relativa a gravidanza e parto; l'associazione tra caratteristiche di base (in particolare la condizione di rischio sociale); l'intervento e le variabili studiate nelle dimensioni delle buone pratiche di salute, del benessere genitoriale, dell'ambiente familiare e dello sviluppo del bambino; i benefici percepiti. Una descrizione completa dei risultati si può trovare in www.burlo.trieste.it.

Caratteristiche delle popolazioni testate

Per quanto riguarda le caratteristiche di base si rilevano, come d'altronde atteso in quanto risultato diretto o indiretto dei criteri di selezione, numerose differenze significative tra le due popolazioni studiate (*Tabella II*).

Associazione tra condizione di rischio e aspetti relativi a gravidanza, parto e puerperio

La condizione di rischio sociale, così come definita dai criteri utilizzati, si riflette inoltre già su alcune variabili relative alla gravidanza, al parto e al puerperio, esplorate attraverso l'intervista semistrutturata somministrata al I mese di vita del bambino (precedente, quindi, l'inizio dell'intervento). Su queste infatti si riscontrano, nel confronto tra le neomamme di Trieste (non selezionate in base a rischio) e quelle di Cesena (a rischio) differenze significative in merito a diversi aspetti (*Tabella III*).

Gli elementi maggiormente significativi emersi sono che: le mamme di Cesena (gruppo a rischio) frequentano il corso di preparazione alla nascita in percentuale significativamente inferiore rispetto a quelle di Trieste; gli eventi stressanti in gravidanza sono più frequenti per le mamme di Cesena; le mamme di Cesena più frequente-

CARATTERISTICHE DI BASE DELLE POPOLAZIONI STUDIATE

Variabili	Trieste (popolazione generale)			Cesena (popolazione selezionata in base a criteri di rischio sociale)		
	Casi n. 17	Controlli n. 32	Totale n. 49	Casi n. 14	Controlli n. 39	Totale n. 53
Età media madre (anni)	33	33	33	29	29	29
Età media padre (anni)	34	36	35	32	32	32
Nazionalità madre straniera	0%	12%	4%*	28%	18%	21%*
Nazionalità padre straniera	6%	6%	6%	21%	13%	15%
Scolarità madre media inferiore	6%	15%	12%**	79%	90%	87%**
Scolarità padre media inferiore	6%	15%	12%**	64%	74%	72%**
Lavoro padre discontinuo	12%	0%	4%*	21%	15%	17%*
Abitazione di proprietà	82%	78%	80%	43%	72%	64%

Differenze significative in grassetto: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabella II

Supporto precoce ai neogenitori. È necessario? Serve?

EVENTI E VISSUTI IN GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO

Gravidanza	Trieste (%)	Cesena (%)
Frequenza al corso di preparazione alla nascita	73*	49*
Gravidanza problematica	18	21
Eventi stressanti per la mamma	16*	31*
Uso di farmaci	10*	28*
Fumo in epoca prenatale (mamma)	0**	15**
Fumo in epoca prenatale (papà)	24*	43*
Vissuto soddisfacente per la mamma	91	83
Vissuto soddisfacente per il papà	96	96
Parto	Trieste (%)	Cesena (%)
Parto problematico per problemi del neonato	0***	9***
Parto problematico per problemi della mamma	0	5
Vissuto soddisfacente per la mamma	87	79
Vissuto soddisfacente per il papà	91	83
Supporto professionale soddisfacente	81	90
Supporto familiare soddisfacente	92	85
Presenza di persona cara	88*	70*

Differenze significative in grassetto: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.09$

Tabella III

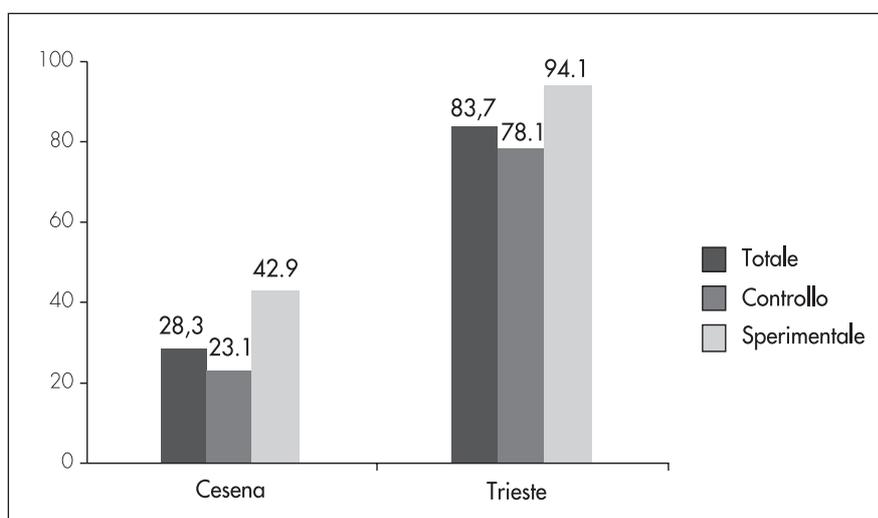


Figura 1. Proportione di nuclei familiari con applicazione di almeno 10 item di buone pratiche di salute.

mente usano farmaci durante la gravidanza; i genitori di Cesena più frequentemente fumano, e più spesso la mamma ha fumato durante la gravi-

danza; le mamme di Cesena sono meno soddisfatte del sostegno familiare ricevuto; si rilevano più parti problematici a Cesena e meno frequente-

mente una persona cara è presente al parto.

Associazione tra condizione di rischio, intervento e buone pratiche di salute nel bambino

Per quanto riguarda l'applicazione di buone pratiche valutata dopo l'inizio dell'intervento, i risultati evidenziano una situazione significativamente migliore nella popolazione non selezionata in base a criteri di rischio, con le seguenti differenze significative in termini di buone pratiche al VI e XII mese: i genitori a rischio (Cesena) più frequentemente fumano in presenza del bambino; nei nuclei familiari non selezionati per rischio (Trieste) più frequentemente il bambino viene messo a dormire nella posizione corretta; più frequente è l'allattamento esclusivo al seno fino al VI mese di vita del bambino e l'allattamento dopo lo svezzamento; più frequenti le attività di socializzazione per i genitori.

Per meglio valutare l'applicazione di buone pratiche di salute è stata utilizzata una variabile "complessiva" che prevede la discriminazione tra nuclei familiari per i quali l'applicazione di BPS è stata verificata per almeno 10 item nel corso delle tre interviste. Si ricorda che le buone pratiche precedentemente elencate vengono rilevate con l'intervista semistrutturata che prevede tre somministrazioni nel primo anno di vita del bambino, per cui alcune BPS vengono valutate in più occasioni, e il totale massimo è uguale a 15.

La Figura 1 illustra le rispettive proporzioni nei due gruppi di popolazione. Rispetto a questa variabile "complessiva" si osserva una differenza rilevante a favore della popolazione di Trieste (non selezionata in base al rischio), dove ben l'84% applica più di 10 buone pratiche contro il 28% della popolazione di Cesena (a rischio). Nella popolazione di Cesena il dato risulta a favore del campione sperimentale rispetto al campione di controllo, seppur in modo non statisticamente significativo. Questa tendenza a favore del campione sperimentale si osserva anche a Trieste, consentendo di ipotizzare una influenza dell'intervento sull'applicazione delle buone pratiche di salute.

Ricerca

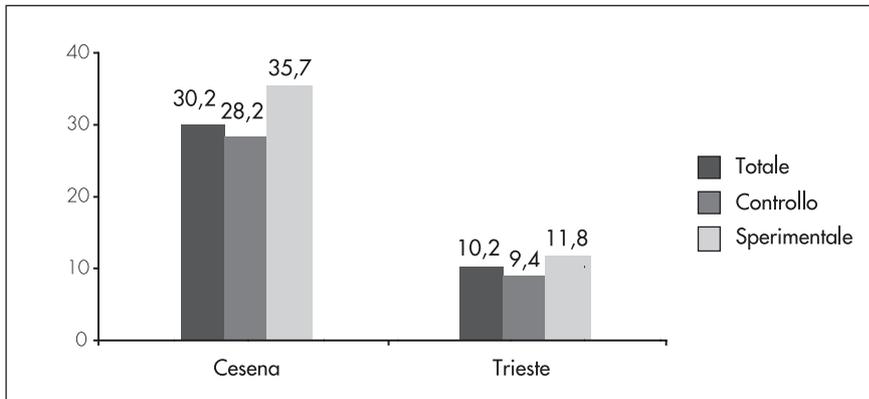


Figura 2. EPDS al I mese >11 (valori in %).

STRESS GENITORIALE							
ABIDIN rango		Trieste	Cesena	TS contr.	TS sper.	CE contr.	CE sper.
I mese	Punteggio totale	58	65	55	61	63	68
VI mese	Punteggio totale	40*	56*	43*	59*	50*	73*
XII mese	Punteggio totale	49	58	42	58	56	65

Differenze significative riportate in grassetto: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabella IV

Associazione tra condizione di rischio, intervento e depressione materna

Questa dimensione è stata testata attraverso la scala EPDS. Il valore soglia corrisponde a 11, con rischio di depressione per punteggi superiori a tale valore. La Figura 2 illustra la situazione al I mese (pre-intervento) con rilevante e significativa differenza tra i due gruppi, a rischio e non. Nella rilevazione al VI e XII mese la percentuale di donne con EPDS fuori soglia si riduce notevolmente, come atteso, ma in misura maggiore nel campione sperimentale del gruppo a rischio (riduzione dal 35,7 al 14% vs una riduzione dal 28,2 al 21% osservata nel gruppo di controllo).

Associazione tra condizione di rischio, intervento e stress genitoriale

Tale dimensione è stata valutata attraverso il questionario *Parental Stress Index*. I valori medi (50° percentile) corrispondono a un punteggio totale di 69. La Tabella IV riporta i punteggi ottenuti.

Si osserva una generale tendenza a

punteggi maggiori (corrispondenti a maggiore stress) nei nuclei a rischio, con differenze significative nella valutazione effettuata al VI mese di vita del bambino, e una tendenza (significativa solo al VI mese) a punteggi maggiori nei gruppi soggetti a intervento. Peraltro la gran parte delle osservazioni in entrambi i gruppi si situa nell'ambito della normalità.

Associazione tra condizione di rischio, intervento e ambiente familiare

L'appropriatezza dell'ambiente familiare è stata valutata attraverso il test AIRE, il cui valore soglia corrisponde a 60. In questo caso un punteggio inferiore a tale valore indica un ambiente non propriamente idoneo allo sviluppo del bambino. Nella Tabella V vengono riportati i punteggi medi ottenuti dalle due popolazioni e dai rispettivi campioni di controllo e sperimentale.

La media dei punteggi nei nuclei familiari a rischio di Cesena è significativamente inferiore rispetto a quella dei soggetti di Trieste per il test somministrato al VI mese e al XII mese di vita

del bambino. Inoltre, questi nuclei familiari presentano dei punteggi medi inferiori al valore soglia, indicativi di un ambiente familiare non sufficientemente idoneo allo sviluppo del bambino, in una proporzione molto elevata di casi e molto maggiore che nel campione di Trieste ($p < 0.01$).

Infine, nella popolazione "a rischio" di Cesena si osserva tra il VI e il XII mese (Figura 3 e 4) una riduzione più marcata, nel campione sperimentale piuttosto che nel campione di controllo (dall'85,7% al 28,6% versus dall'86,8% al 48,6%) sia pure inferiore alla significatività statistica ($p = 0.2$) della proporzione dei nuclei familiari con punteggi al di sotto della soglia di adeguatezza.

Associazione tra condizione di rischio, intervento e sviluppo del bambino

Lo sviluppo del bambino è stato testato attraverso la scala VABS. Il valore medio dei punteggi corrisponde a 100, sono considerati adeguati punteggi superiori a 85. Nella Tabella VI vengono riportati i punteggi medi ottenuti dalla popolazione di Trieste, da quella di Cesena e dai rispettivi campioni di controllo e sperimentale.

I punteggi riportati nei due campioni rivelano differenze statisticamente significative, a favore del campione di Trieste, in tutte le aree valutate dal test. Peraltro in entrambi i campioni e per tutte le aree valutate si rilevano dei punteggi adeguati. L'intervento non sembra aver effetti sulle dimensioni considerate.

Benefici percepiti dai partecipanti

Il gradimento dei genitori, in gran parte madri, che hanno usufruito degli interventi è stato rilevato attraverso l'intervista effettuata ai sei mesi di vita e all'anno di vita del bambino.

A eccezione di una, tutte le madri che hanno partecipato al progetto "Genitori quasi perfetti" si sono dichiarate soddisfatte, esprimendo gradimento soprattutto per la possibilità di incontro e confronto tra di loro e, in secondo luogo, per il sostegno degli operatori e le informazioni ricevute; si sottolinea che si è venuta a creare una rete di aiuto informale, per cui le mamme si in-

Supporto precoce ai neogenitori. È necessario? Serve?

AMBIENTE FAMILIARE (PUNTEGGI MEDI)

AIRE media	Trieste	Cesena	TS contr.	TS sper.	CE contr.	CE sper.
VI mese	61,8**	51,4**	61	63,4	51	52,6
XII mese	69,8**	61,5**	68,9	71,4	60,4	64,7

Differenze significative riportate in grassetto: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabella V

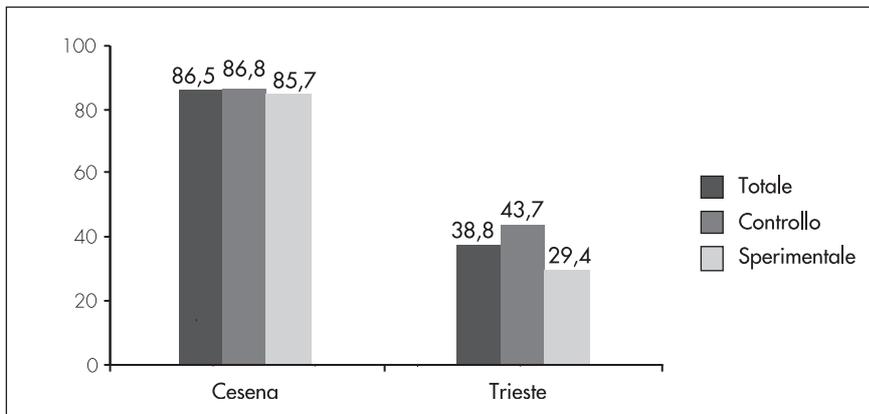


Figura 3. Proportione di nuclei familiari con punteggio AIRE inferiore al valore soglia al VI mese.

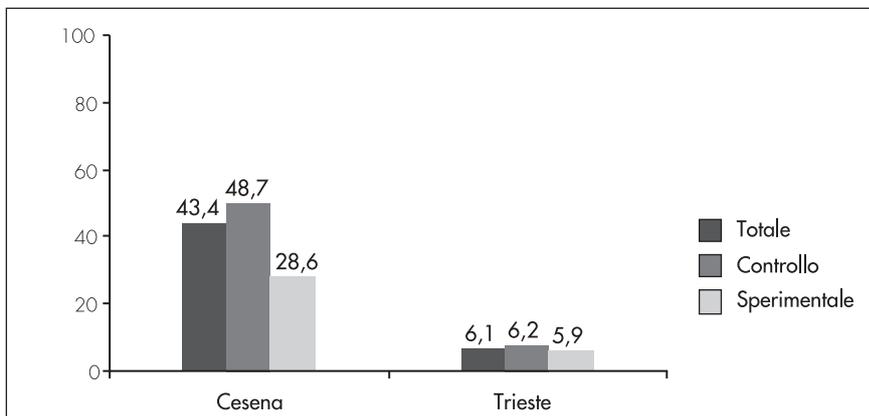


Figura 4. Proportione di nuclei familiari con punteggio AIRE inferiore al valore soglia al XII mese.

SVILUPPO DEL BAMBINO (SCALA VABS, PUNTEGGI MEDI)

Vineland XII mese (medie)	Trieste	Cesena	TS contr.	TS sper.	CE contr.	CE sper.
Comportamento adattativo	109,0**	101,2**	108,6	109,7	101,2	101,1
Comunicazione	108,3**	102,8**	108,6	107,6	102,9	102,4
Vita quotidiana	105,0*	100,0*	104,6	105,8	100,0	102,4
Socializzazione	109,6*	105,7*	109,6	109,6	105,5	106,2
Abilità motorie	104,2**	97,1**	103,4	105,8	95,8	100,6

Differenze significative riportate in grassetto: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Tabella VI

contrano al di là dei momenti previsti dal progetto, si aiutano per tenere i bambini, si scambiano informazioni. Quasi sempre partecipano agli incontri di gruppo insieme al loro bambino (94%), mentre risulta problematica la partecipazione dei papà (12%).

Anche le madri di “Mamme insieme” (tutte tranne due) si sono dette soddisfatte del programma, esprimendo gradimento soprattutto per la possibilità di ricevere consigli, compagnia e sostegno emotivo, rompendo, così, un senso frequente di isolamento e sentendosi rassicurate e meno in ansia rispetto ai numerosi dubbi legati alla gestione di un neonato. Alcune mamme lamentano l'interruzione, dopo l'anno, delle visite domiciliari, degli incontri, mentre altre riferiscono di non aver mai sentito il bisogno di essere sostenute, ma di essersi sentite in dovere di accettare la proposta di sostegno. Anche a Cesena risulta problematica e poco frequente la partecipazione dei padri (17%).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio, i cui risultati sono stati qui sintetizzati, ha degli ovvi limiti, in gran parte insiti nella complessità delle tematiche oggetto di ricerca.

Un primo limite sta nel fatto che, come è noto, si trova soprattutto ciò che si cerca e si valuta ciò che si può misurare. Nonostante sia stato compiuto un notevole sforzo per considerare diverse dimensioni di esito, non c'è dubbio che quelle considerate dallo studio non possono esaurire la complessità degli effetti possibili, né gli strumenti utilizzati sono necessariamente i più sensibili a misurarli. La scelta è caduta su strumenti accettabili, relativamente semplici da somministrare e da analizzare (rispetto, ad esempio, a valutazioni basate su registrazioni video), non solo per la limitatezza delle risorse, ma anche perché uno degli obiettivi collaterali dello studio era proprio quello di proporre una metodologia fattibile e riproducibile di valutazione.

La limitatezza temporale del follow-up a 12 mesi è un ulteriore limite imposto dalla tempistica autorizzata per la ri-

cerca; questo implica, tra l'altro, anche che molti dei parametri valutati siano essenzialmente di processo (ad esempio buone pratiche) e non di esito. Tuttavia, è anche vero che esiste una vasta letteratura a dimostrare che molti di questi "processi" si traducano poi in alcuni esiti piuttosto che in altri: un ambiente familiare insufficientemente stimolante, ad esempio, in minore sviluppo cognitivo.

Un ulteriore limite della ricerca, sempre figlio della complessità, sta nel fatto che quando non si somministrano pillole ma relazioni umane, non è possibile stabilire che cosa precisamente sia stato trasmesso dagli interventi, che dipendono in misura non trascurabile dalle persone e dalle relazioni che si instaurano, e non possono essere considerati sempre uguali a se stessi.

Altri limiti, più classici, stanno nella numerosità del campione, anch'essa dipendente dalla limitatezza delle risorse, peraltro dimostratosi sufficiente ad evidenziare molte significative differenze; e nella impossibilità di effettuare un vero e proprio trial randomizzato, essendo il campione necessariamente di convenienza (mamme in quel momento presenti che accettavano vuoi l'intervento vuoi comunque le tre interviste con i test). Questo ha sicuramente operato una selezione del campione - non sappiamo in che direzione non avendo potuto, per gli stessi motivi, fare una analisi dei nuclei "persi", ma è verosimile che ciò sia avvenuto prevalentemente a scapito dei nuclei familiari meno "aperti" in entrambi i campioni, sia quello di Trieste che quello di Cesena.

Quanto alle possibili differenze, ad esempio nelle buone pratiche, che potrebbero essere imputate alla estensione e qualità dei servizi piuttosto che alle variabili di entrata o agli interventi, va osservato che la situazione dei servizi socio-sanitari nelle due città è comparabile, se si considerano indicatori quali il numero dei pediatri di libera scelta per bambino e la copertura vaccinale, o a vantaggio di Cesena, se si considera il complesso degli operatori per l'infanzia esistenti sul territorio.

Con tutti questi ovvi limiti, i risultati della ricerca sembrano di rilievo, con-

fermando nella sostanza, su casistica italiana e nel contesto italiano dei servizi, il razionale principale per gli interventi di supporto alla genitorialità, cioè l'esistenza, già in epoca molto precoce, di carenze e problemi nei nuclei familiari a rischio, e fornendo elementi a supporto di un possibile beneficio degli interventi particolarmente in questi nuclei.

Sembra infatti fuori dubbio, sulla base dei risultati, che il bisogno esista e sia reale, soprattutto nelle popolazioni a rischio, così come testimoniato soprattutto dalle differenze nelle buone pratiche, nell'ambiente familiare - particolarmente significativo il fatto che più dell'80% dei nuclei a rischio avessero un punteggio AIRE fuori soglia - nello sviluppo del bambino, per quanto per la stragrande maggioranza rientrasse nella norma per i parametri valutati.

Sia pure con gli ovvi limiti derivanti dalla limitatezza del campione che rende arduo raggiungere la significatività statistica anche in presenza di differenze evidenti, i dati raccolti sono inoltre nel complesso coerenti nel suggerire che gli interventi possono servire a rispondere almeno in parte a questo bisogno e ridurre le differenze di opportunità che si vengono a creare già nel primo anno di vita⁴⁹. Con interventi così limitati in estensione, ci si poteva attendere scarsa o nessuna evidenza di effetto, che invece si è prodotta su più parametri e soprattutto nella popolazione a rischio. Il che è naturale per due motivi: perché in popolazioni a rischio gli effetti delle stimolazioni e supporti sono abitualmente più evidenti e perché l'intervento in questo caso è stato più corposo e continuato nel tempo (si può stimare che il programma di Cesena portasse a circa 30-40 ore di contatto complessivo con le "madri esperte", mentre quello di Trieste circa la metà di contatto con altre madri e operatori). Si tratta inoltre di conferme ottenute su popolazione italiana, fino a ora mancanti, se si eccettua lo studio di Ammanniti e coll. effettuato su madri a rischio⁵⁰.

In particolare, entrambi gli interventi di sostegno alla genitorialità valutati sembrano influire positivamente sull'applicazione delle cosiddette buo-

ne pratiche di salute, nel senso che permettono ai genitori di acquisire informazioni corrette e incrementare l'utilizzo di buone abitudini. L'intervento che si rivolge a una popolazione a rischio sociale e consistente in visite domiciliari sembra avere un effetto protettivo sulla dimensione di depressione materna e sulle caratteristiche dell'ambiente familiare. Se, infatti, prima dell'inizio dell'intervento molti nuclei familiari appartenenti alla popolazione a rischio ottenevano ai test valori critici, indicativi di un ambiente familiare poco idoneo allo sviluppo del bambino, tale tendenza diminuisce notevolmente in seguito all'intervento di sostegno alla genitorialità.

Entrambi gli interventi risultano graditi e apprezzati da parte delle neomamme, che affermano di sentirsi sostenute e meno sole nell'affrontare i dubbi legati all'esperienza di una prima maternità. È inoltre degno di nota che anche le visite effettuate alla popolazione di controllo e consistenti nell'intervista con esecuzione dei test programmati (tre contatti nell'anno) siano state apprezzate da molte delle madri intervistate come occasione di approfondimento e scambio. Questa osservazione assume rilievo quando si considerino le difficoltà da parte dei nuclei familiari di aderire inizialmente ai programmi. In questo fatto, osservato in entrambe le realtà, giocano un ruolo elementi socio-culturali: il supporto alla prima genitorialità sembra non far ancora parte della cultura comune e, quindi, sollevare resistenze di fronte a quella che viene percepita come intrusione a priori, mentre a posteriori viene molto spesso apprezzata. Anche la tendenza alla chiusura, all'isolamento, e la diffidenza verso i servizi dei nuclei problematici giocano un ruolo che rende particolarmente importante il lavoro nella direzione della creazione di una cultura diffusa del sostegno ai neogenitori, senza la quale appare difficile ottenere risultati sulla popolazione a maggior rischio. È ben noto, infatti, che sono i gruppi culturalmente ed economicamente più forti ad avvalersi per primi delle offerte di salute. Da questo punto di vista appare più opportuno rivolgersi alla popolazione generale con un'offerta mi-

nima per tutti, per poi modularla rispetto ai bisogni riscontrati⁵¹.

Per quanto riguarda l'uso di operatori non professionali, lo studio non ha effettuato confronti, ma ha confermato quanto evidenziato dalla letteratura che tali interventi sono fattibili, graditi e in qualche misura efficaci. Infine, per quanto gli incontri di gruppo siano aperti anche ai padri e alla visita domiciliare sia richiesta la loro presenza, il ruolo dei papà (con alcune eccezioni) appare ancora abbastanza marginale. Su questo aspetto è necessario lavorare molto di più anche alla luce di recenti evidenze che appaiono rivalutare il peso dei sentimenti e del benessere paterni rispetto allo sviluppo del bambino.

Lo studio è stato presentato a un seminario in cui si sono confrontati operatori impegnati in interventi di sostegno ai neogenitori; nel corso del seminario è stato espresso consenso su alcune linee generali (Box 2).

Nota: Le buone pratiche di salute (BPS) considerate sono: la mamma non fuma in presenza del bambino; il papà non fuma in presenza del bambino; il bambino viene messo a dormire in posizione a pancia in su; vengono effettuate regolari visite pediatriche; il bambino viene allattato esclusivamente al seno per almeno quattro mesi; anche dopo lo svezzamento il bambino continua a essere allattato al seno; a 12 mesi il bambino usufruisce di occasioni di incontro con i coetanei; a 12 mesi al bambino vengono letti ad alta voce libri adeguati alla sua età; i genitori partecipano ad attività di sostegno alla genitorialità e/o hanno delle occasioni di socializzazione.

Bibliografia

1. Freud A. Conferenze per genitori e insegnanti. Torino: Boringhieri, 1986.
2. Winnicott DW. Il bambino e la famiglia. Giunti Barbera, 1973.
3. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 1-3. Torino: Boringhieri, 1972-1983.
4. Bettelheim B. Un genitore quasi perfetto. Milano: Feltrinelli, 1987.
5. Schaffer HR. L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento. Milano: F. Angeli, 1993.
6. Bee H. Lo sviluppo del bambino. Bologna: Zanichelli, 1999.
7. Chapman J, et al. Home visitors and child health: analysis of selected programs. Pediatrics 1990;85:1059.
8. Hendrick D, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of home envi-

Box 2 - PUNTI DI CONSENSO SUGLI INTERVENTI PRECOCI DI SUPPORTO ALLE FUNZIONI GENITORIALI (Workshop IRCCS Bambin Gesù - IRCCS Burlo Garofolo, Roma, 21 maggio 2005)

1. Esiste in Italia non solo un diffuso bisogno di sostegno allo sviluppo delle competenze genitoriali come conseguenza della evoluzione nei modelli familiari e nel costume, ma anche e soprattutto la necessità di far fronte agli ostacoli a una competente genitorialità derivante da situazioni di rischio sociale (nuclei costituiti da neogenitori con bassa scolarità, o da madri single con bassa scolarità, o di recente immigrazione ecc.). Questa parte della popolazione di neogenitori è in crescita in molte aree del Paese.
2. Esistono evidenze, confermate anche da studi condotti in Italia, degli effetti di carenze nelle competenze e funzioni genitoriali sulla salute e sullo sviluppo del bambino, in particolare nei primi anni di vita, legate soprattutto alla minore applicazione di buone pratiche di salute e alle minori stimolazioni ambientali.
3. Esistono inoltre alcune evidenze, confermate anche da studi condotti in Italia, degli effetti benefici di interventi precoci di supporto alle funzioni genitoriali, iniziati in epoca precoce, su ambiente familiare, salute e sviluppo del bambino e benessere dei genitori.
4. Esistono diversi approcci possibili con opzioni aperte, in particolare per quanto riguarda la universalità o la selettività (rivolti solo a popolazioni a rischio) e l'utilizzo di personale non professionale (volontari formati) degli interventi. Le informazioni disponibili derivanti da studi effettuati anche sul territorio nazionale autorizzano a ritenere che l'utilizzo di personale non professionale sia una opzione possibile ed egualmente efficace ancorché gravata da minori costi.
5. Le evidenze disponibili indicano che tali interventi dovrebbero avere idealmente inizio durante la gravidanza, continuare per almeno il primo anno di vita, contemplare momenti di incontro tra genitori, e inserirsi nella rete dei servizi socio-sanitari per il percorso nascita.
6. È fortemente raccomandabile che questi interventi includano una componente di valutazione, utilizzando alcuni degli strumenti indicati nel progetto di ricerca finalizzato, coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

ronment? A systematic review and metanalysis. Arch Dis Child 2000;82:443.

9. Barlow J. Systematic review of the effectiveness of parent training programmes in improving behaviour problems in children aged 3-10 years. Health Services Research Unit Oxford, 1999.
10. Barlow J, Coren E. Parent training programmes for improving maternal psychosocial health. Cochrane Review, 2001.
11. Ciotti F. Il sostegno domiciliare come fattore protettivo. Quaderni acp 2001;8(2):56-8.
12. Sempini R. Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche di protezione. Quaderni acp 2000;6:45.
13. American Academy of Pediatrics. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and family. Pediatrics 1998;101(3):486-89.
14. Collins NC, et al. Social Support in perinancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. J Pers Soc Psychol 1993;65:1243-58.
15. Green BL, Rodgers A. Determinants of social support among low income mothers: a longitudinal analysis. American Journal of Community Psychology 2001;29:419-41.
16. Lyons-Ruth K. Dalla nascita all'età scolare: l'influenza dei fattori materni, dell'attaccamento infantile e dell'intervento preventivo sullo sviluppo del bambino a rischio sociale. Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale 1999;1(2):164.
17. Mc Curdy K. Can home visitation enhance

maternal social support? American Journal of Community Psychology 2001;29:97-112.

18. Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. Arch Dis Child 1997;77:99-101.
19. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomised trials to community replication. Prevention Science 2002; 3:153-72.
20. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H, Eckenrode J, Cole R, Tatelbaum R. Prenatal and infancy home visitation by nurses: a program of research. In: Rovee-Collier C, Lipsitt LP, Hayne H (Eds). Advances in Infancy Research, Vol. 12. Stamford, CT: Ablex Publishing Corp, 1998.
21. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R, Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomised trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986;77:16-28.
22. Olds DL, Hill PL, O'Brien RA, Racine Y, Moritz P. Taking preventive intervention to scale: the nurse family partnership, cognitive and behavioural. Practice, 2002.
23. Olds DL, Kitzman H. Review of research on home visiting. The Future of children 1993; 3:51-92.
24. Olds DL, Robinson JA, O'Brien R, Luckey DW, Pettit LM, Henderson CR, et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomised controlled trial. Pediatrics 2002; 110:486-96.
25. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et

Ricerca

al. Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15 year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-43.

26. Olds DL, Henderson CR Jr, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25-50 months of life? *Pediatrics* 1994;93:89-98.

27. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:893-900.

28. Byrd ME. A typology of the potential outcomes of maternal child home visits: a literature analysis. *Public Health Nursing* 1997;14:3-11.

29. Rutter M. I disturbi psicosociali dei giovani: sfide per la prevenzione. Roma: Armando Ed, 2002.

30. European Union Public Health Approach to Mental Health in Europe, 1999.

31. Report of the Surgeon General on Mental Health, USA, 1999.

32. WHO Framework for Promoting Mental Health in Europe, 2000.

33. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psych* 1987;150:782-86.

34. Cox JL, Holden JM. Perinatal Psychiatry: use and misuse of Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell, 1994.

35. Cox JL, Holden JM. Perinatal Mental

Health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). London: Gaskell, 2003.

36. Forman DN, Videbeach P, Hedegaard M, Salvig Jd, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obst Gynaecol* 2000;107:1210.

37. Guedeney N, Fermaian J, Guelfi JD, Kumar R. The Edinburgh Postnatal Depression Scale and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negative. *J Affect Disord* 2000;61:107-12.

38. Matthey S, Barnett B, White T. The Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psych* 2003;182:368.

39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. Guidelines Edinburgh, SIGN, 2002.

40. Abidin RR. Parenting Stress Index: Test Manual. Pediatric Press Charlottesville, 1986.

41. Abidin RR. Parenting Stress Index: Short Form Manual. Pediatric Press Charlottesville, 1990.

42. Abidin RR. Parenting Stress and the utilization of pediatric service. *Children's Health Care* 1982;2:70-3.

43. Abidin RR, Wilfong E. Parenting Stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care* 1989;18:114-17.

44. Caldwell B, et al. Home observation for measurement of the environment: admini-

stration manual. University of Arkansas Press, Little Rock, 1984.

45. Capotorti F, Siglienti L, Battaini A, Di Tullio F, Rosenholtz E, Vecerova S, et al. La valutazione dell'ambiente familiare negli studi longitudinali di sviluppo infantile. *Medico e Bambino* 1987;9:16-23.

46. Capotorti L. La valutazione dell'ambiente familiare: ha un senso per il pediatra di base? *Medico e Bambino* 1988;8:50-3.

47. Capotorti L, Luchino F, Buccisano E, Gherra MR, La Via L, Siglienti L, et al. Analisi dei fattori familiari che influenzano lo sviluppo del bambino. L'AIRES: uno strumento di valutazione dell'ambiente familiare ad uso del pediatra. *Medico e Bambino* 1991;9:38-45.

48. Sparrow S, Balla D, Cicchetti D. Adaptive Behavior Scales-Test Manual. Adattamento Italiano a cura di Balboni G e Pedrabissi L. Firenze: OS, 2003.

49. Spadea T, Cois E. I determinanti delle diseguglianze di salute in Italia. I primi anni di vita. *Epidemiologia e Prevenzione* 2004;28 suppl:26-31.

50. Ammanniti M. Valutazione degli effetti di un intervento di supporto a madri a rischio psicosociale. Relazione al Convegno "Nascere insieme". Cesena, marzo 2005.

51. Tamburlini G. Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva. Atti Conferenza Nazionale sulla salute mentale. Ministero della Salute, Roma, 10-12 gennaio 2001.

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Alessandria, 7-8 aprile 2006 - Hotel Marengo

Venerdì 7 aprile

Mattino

Tre casi "giovani": la parola agli specializzandi

Problemi correnti

Il bambino che non mangia mai
Bambini corti e bambini lunghi
Teste piccole, teste grandi, teste "storte"

Aggiornamento

Anemie 2005: facili e difficili

Gialla e articolo dell'anno letto dall'autore

Editoriale

Pomeriggio

Tre casi "giovani": la parola agli specializzandi

La "Gazzetta del Nord Ovest"

Parlano i pediatri del NO: sei casi in un'ora

Pediatria e OLS. La pediatria tira le somme

Cosa sono diventati:

- i neonati VLBW
- i bambini con ADHD
- i bambini dipendenti dalla NPT
- i bambini con asma grave
- i bambini di genitori separati

- i bambini adottati (da vicino e da lontano)
- i nati da inseminazione eterologa

La Tavola Rotonda è impostata partendo dalla presentazione di un caso che esemplifica il problema.

Sabato 8 aprile

Mattino

Tre casi "giovani": la parola agli specializzandi

Tavola Rotonda (Problemi correnti)

- 1 farmaco (insulina vecchia e nuova)
- 1 vaccinazione (varicella)
- 1 malattia (il vomito ciclico)
- 1 segno: la splenomegalia
- 1 test: anti-tTG in un minuto

La chirurgia estetica in pediatria: lusso o necessità?

- Le orecchie a sventola
- Angiomi e anomalie vascolari
- Petto scavato
- Arti corti
- Nella sindrome di Down
- Nei Paesi in via di sviluppo

Premiazioni per le migliori presentazioni giovani

L'editoriale del prof. Panizon



PER IL CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Fernando Pesce, Giorgio Longo, Federico Marchetti, Franco Panizon, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Quickline Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it http://www.quickline.it