

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*[®]

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development



Lo sviluppo del cervello nei primi 1000 giorni

**MARIA IMMACOLATA SPAGNUOLO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE TRASLAZIONALI**

Il nostro modo di concepire lo sviluppo del cervello è cambiato

Una volta pensavamo che

- ▶ Lo sviluppo del cervello è predeterminato su base genetica
- ▶ Quanto accade nei primi tre anni ha effetti limitati
- ▶ Lo sviluppo del cervello è lineare
- ▶ Il bambino è un recettore passivo

Oggi sappiamo che

- ▶ Lo sviluppo del cervello dipende dalla complessa **interazione tra geni e ambiente**
- ▶ Le esperienze precoci hanno effetti importanti **sull'architettura del cervello e sulla modulazione della basi neurobiologiche del comportamento**
- ▶ Lo sviluppo del cervello presenta **fasi sensibili** in cui, per ciascuna funzione, è massima la **plasticità** cioè l'influenza dell'ambiente
- ▶ Il bambino gioca un **ruolo attivo**, anche nel modulare l'interazione

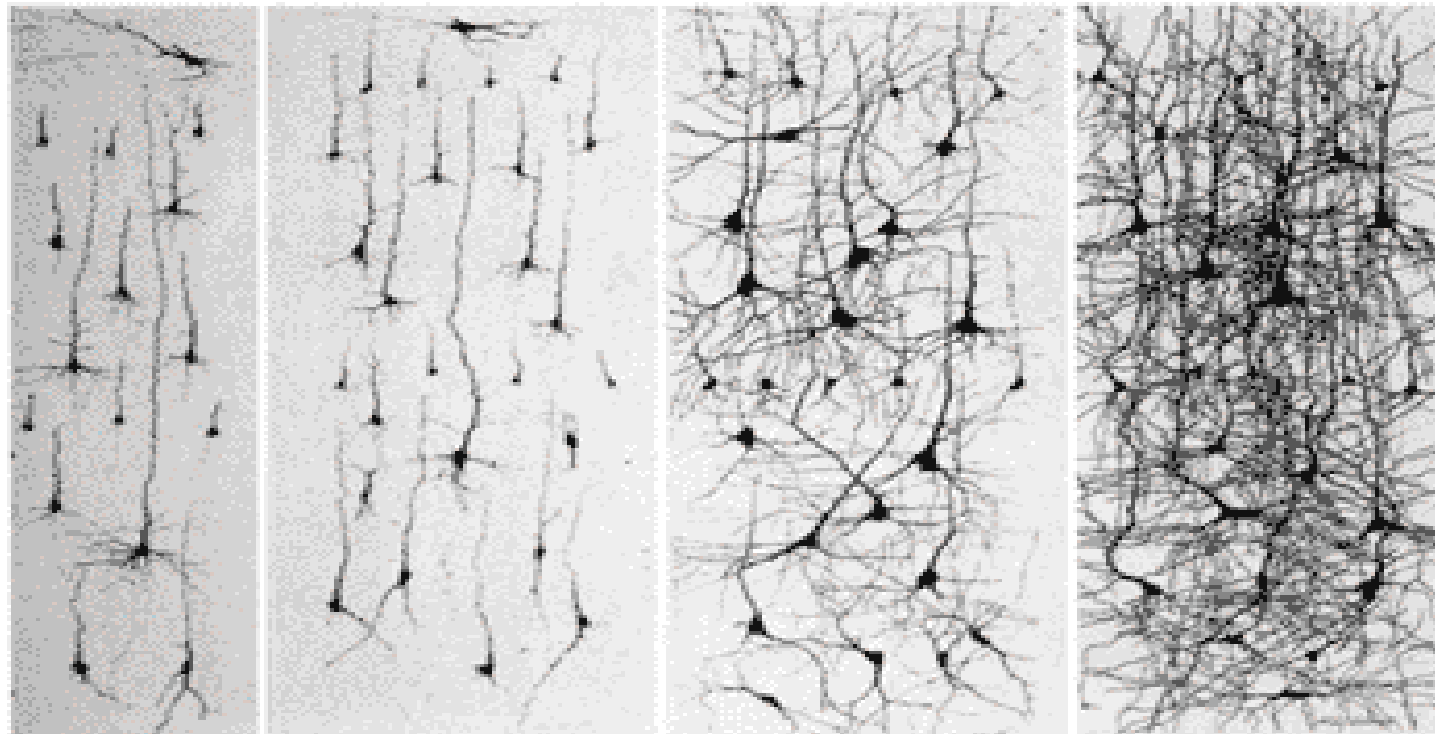


Temi

- Sviluppo del cervello: la plasticità particolare dei primi anni
- Genetica e ambiente
- Competenze precoci del bambino
- Ruolo dell'interazione
- Il ruolo dell'attaccamento e del senso di sé dei genitori
- Fasi sensibili, funzione-specifiche
- Effetti duraturi delle esperienze precoci
- Loro ruolo nella genesi delle diseguaglianze

Le reti neurali hanno il loro massimo sviluppo nei primi due-tre anni, dopo di che inizia una fase non di crescita ma di rimodellamento, largamente influenzato dall'ambiente

A Child's Brain Development Over Time




Newborn

1 month

6 months

2 years





Le prime epoche della vita, dal concepimento ai primi anni di vita, sono cruciali per lo sviluppo delle competenze e della capacità di acquisirne delle nuove.

Questo è dovuto allo sviluppo/modellamento precoce delle basi neurobiologiche – reti neurali e loro collegamenti – di funzioni motorie, cognitive, affettive, di comunicazione

Questo sviluppo/modellamento è in parte innato, in parte dipendente dall'esperienza



Nature versus nurture

- Da una genetica deterministica siamo passati all'idea che *l'individuo* possa essere “geneticamente determinato a non essere geneticamente determinato”.
- In realtà siamo **geneticamente programmati per apprendere dall'ambiente**, in particolare quello delle prime epoche della nostra vita
- Nulla di nuovo? *Astra Inclinant, non necessitant*
(S.Tommaso d'Aquino)

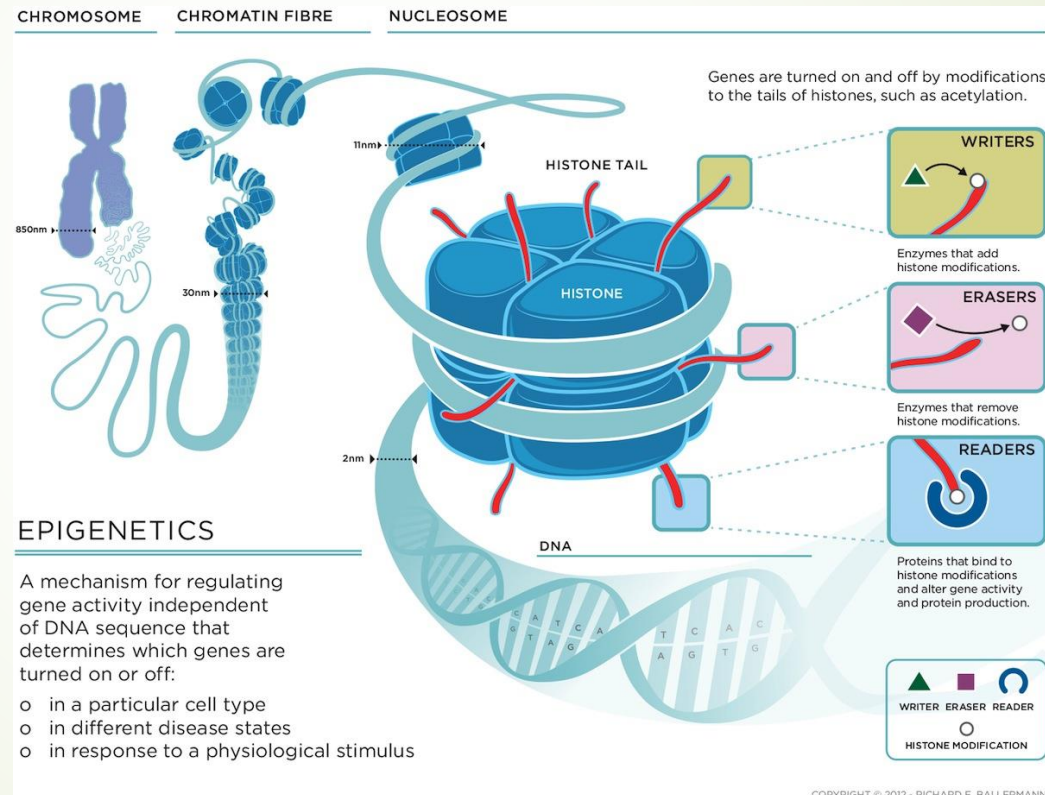


Innatività versus plasticità: l'incontro epigenetico

- Innatività = sviluppo **gene-dependent**
- Plasticità = sviluppo **experience-dependent**
- Lo stesso patrimonio genetico non è immutabile:
l'espressività genica è dipendente dall' ambiente
pre e post natale - sia fisico che psicologico (una
separazione da superare)

epigenetica

Genetica ed epigenetica



Come l'esperienza modella la genetica (epigenetica)

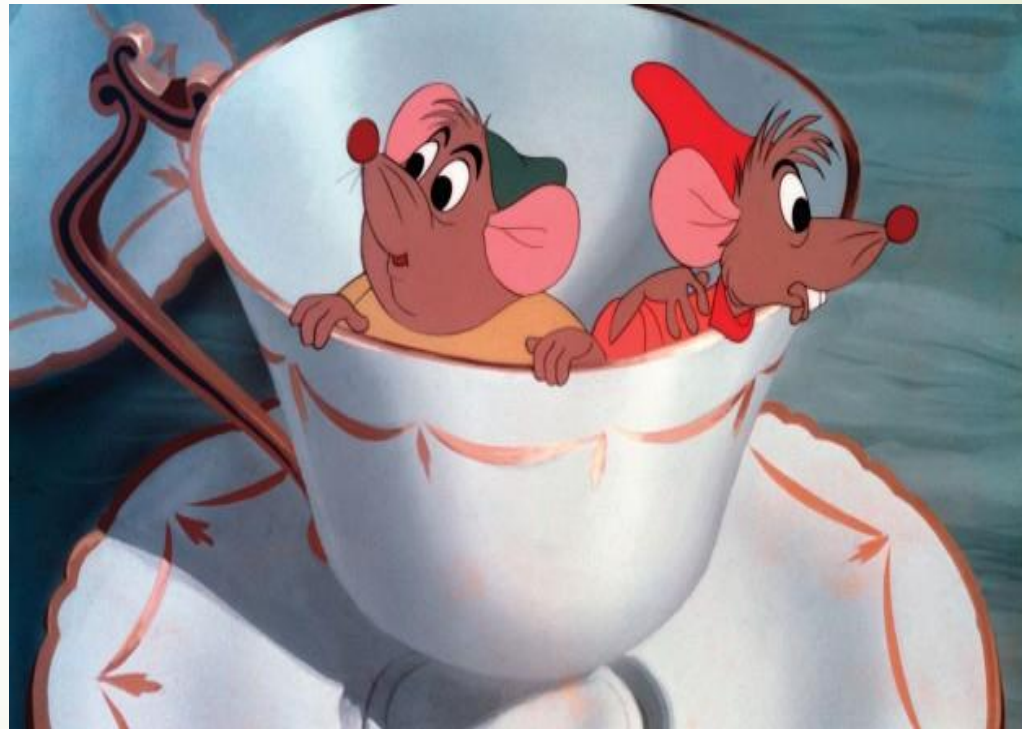
Le mamme-topo che non coccolano i propri cuccioli inducono una modificazione epigenetica (metilazione del promoter – attivatore dei recettori del cortisolo) nei propri topini, predisponendoli a una vita di stress. Effetto che si verifica solo nella prima settimana postnatale (“finestra di vulnerabilità”).

Questo effetto può essere reversibile con un “intervento psicosociale”: facendo “adottare” i topini leccati troppo poco da una topa più responsiva



I mediatori del comportamento (geni ↔ epigenetica ↔ mediatori ↔ comportamento)

Esistono molti meccanismi e mediatori psiconeurobiologici. Ad esempio, la trasmissione intergenerazionale della tendenza a leccare i propri topini è mediata dall'**ossitocina** - che a sua volta influenza serotonina e dopamina - la cui produzione è soggetta a modificazioni epigenetiche.



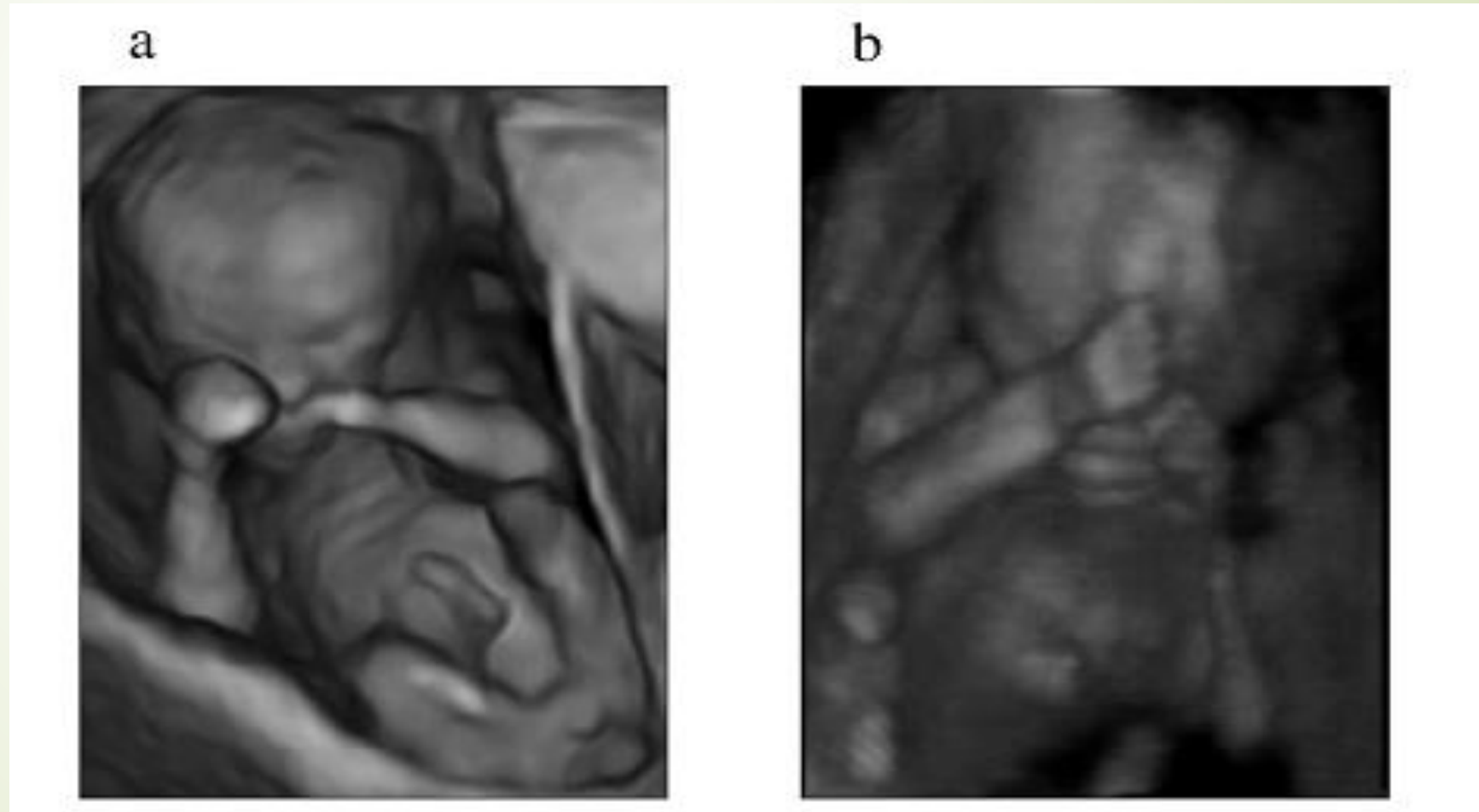


Le competenze precoci: a) di apprendere

Le competenze precoci sono propedeutiche all'interazione, quindi allo sviluppo esperienza – dipendente, quindi all'apprendimento

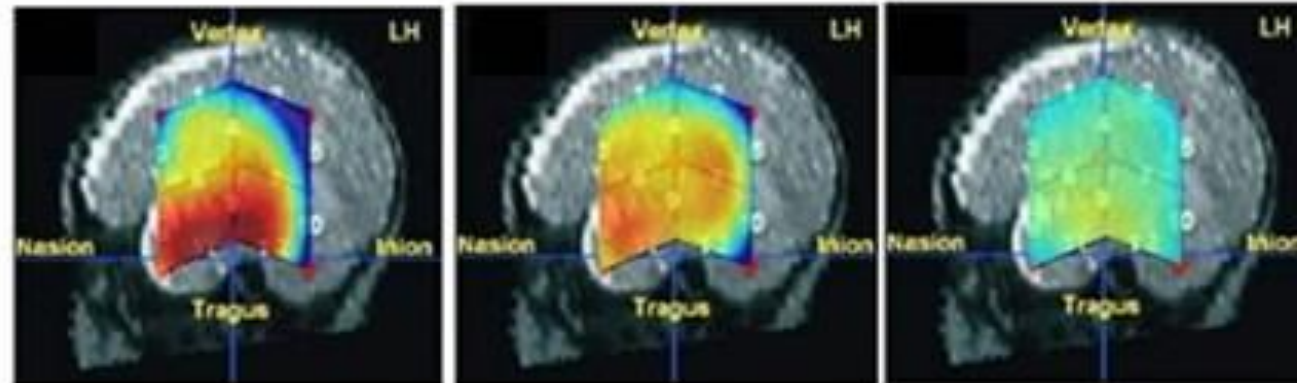
Sono competenze sensoriali, motorie e comunicative

Già nella vita fetale ci sono sensibilità alla luce, al suono, al dolore, esistono movimenti coordinati, e si sviluppa una capacità di reazione/memoria rispetto a stimoli diversi (suoni, voce, ecc.)



L'attività del cervello di un neonato varia sensibilmente all'ascolto della madrelingua, di una voce registrata e del silenzio

Brain activity of a newborn baby upon hearing the mother tongue



When listening
to the mother tongue

When listening
to the reversed tape

No sound

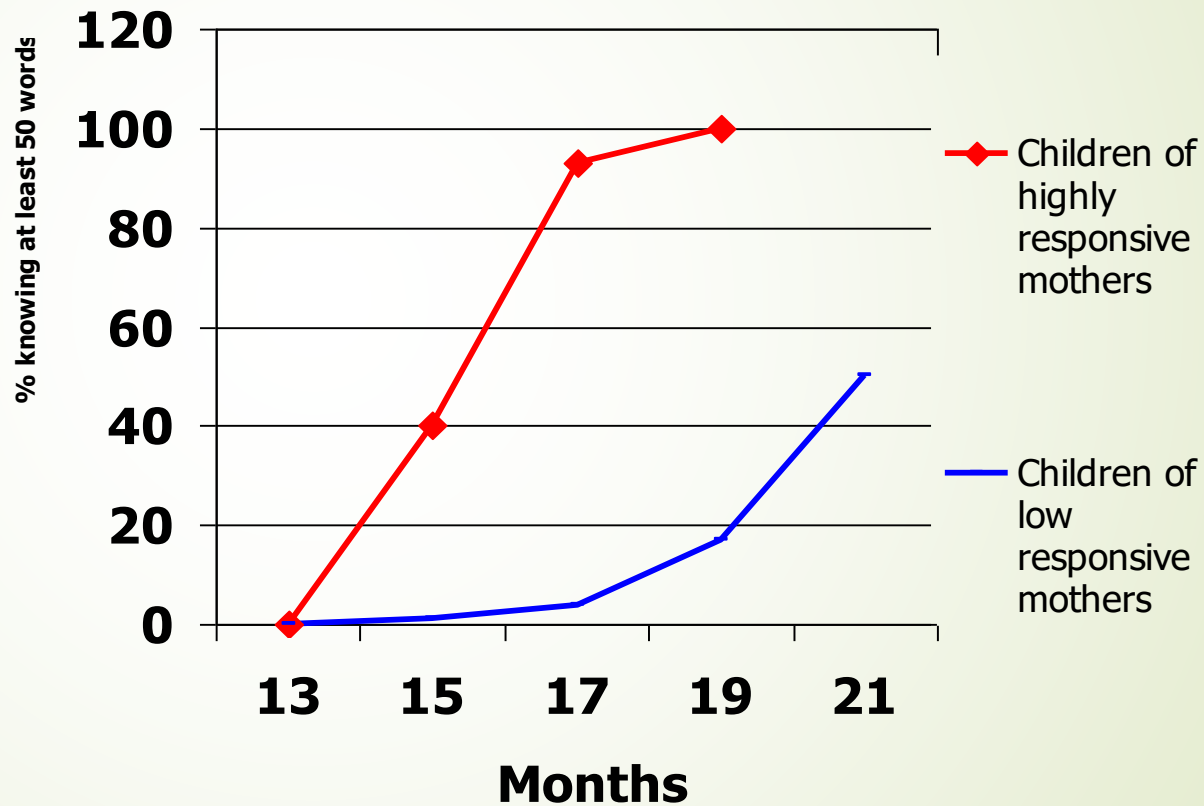
Neonate: within 5 days of birth

Mother tongue: Italian

In collaboration with J. Mehler's group, International School for
Advanced Studies in Italy, *Proc Natl Acad Sci USA* (2003)

“Serve and return”: il vocabolario si sviluppa maggiormente nei bambini di madri altamente responsive

- Lo sviluppo di nuove sinapsi richiede interattività
- La stimolazione unidirezionale non è sufficiente



Tamis-LeMonda, 2001



- ▶ Cosa produce la voce?

Attenzione, risposte, e favorisce la comunicazione e lo sviluppo del protolinguaggio e del linguaggio

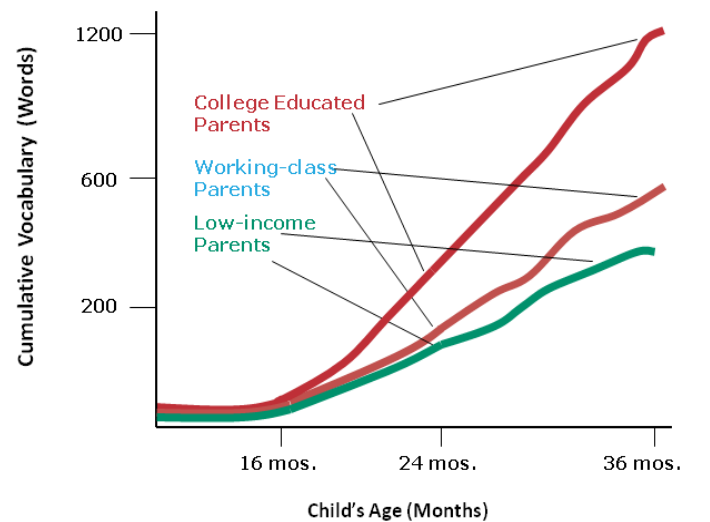
Le parole dei genitori influenzano lo sviluppo del linguaggio di bambini molto prematuri (<1250 g. 28a settimana)

- Le prime vocalizzazioni compaiono circa 4 settimane dopo la nascita. Aumentano in proporzione al numero di parole ascoltate nell'ambiente della terapia intensiva neonatale
- La presenza di genitori che parlano fa aumentare significativamente le vocalizzazioni (p.0.001)
- I “rilanci conversazionali” fra adulto e bambino aumentano significativamente se il “lancio” è di un genitore (p.0.001) piuttosto che di un operatore

Meno parole si ascoltano, meno parole si fanno

Le disuguaglianze nello sviluppo del linguaggio si stabiliscono precocemente e contribuiscono alle perduranti disuguaglianze sociali

Disparities in Early Vocabulary Growth



Source: Hart & Risley (1995)

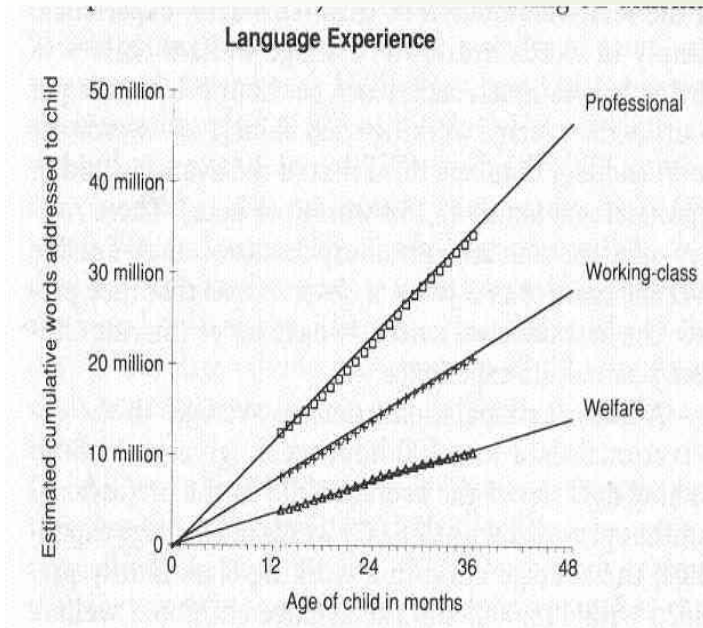



Figure 19. Estimated cumulative differences in language experience by 4 years of age. (See Appendix B for a detailed explanation of this figure.)



Come apprende quindi, soprattutto, il bambino tra 0 e 3 anni?

- ▶ Implicitamente, attraverso cioè quello che vede, sente, percepisce, fa
- ▶ L'ambiente e le relazioni come modello (una cosa che i genitori devono sapere!)

Le competenze precoci:

b) di stimolare l'interazione

Anche grazie a nuove tecnologie e metodi di ricerca, vengono continuamente scoperte nuove competenze:

- Nei primi giorni produce (“provoca”) attraverso movimenti e suoni l'interazione (Trevarthen, Nagy)
- Intorno ai 6 mesi può apprendere l'associazione parola-oggetto (Bergelson & Swingley, 2012)
- Entro il primo anno inizia a mostrare sensibilità agli stati mentali dell'altro (Kovacs, 2010; Apperly 2011)

Le relazioni sociali sono alla base dello sviluppo mentale (la comunicazione è l'origine della mente)

- Le caratteristiche psicologiche si formano anche attraverso interazioni determinate dalla **co-evoluzione** del comportamento infantile e di quello delle figure di riferimento
- Turn taking (risposte istintive materne al ciclo attivazione-pause fisiologiche del neonato, attraverso un adattamento alle sue **“intenzioni”**, percepite o proiettate)

**Interazione è anche contatto, sguardo, parola/suono,
movimento, gioco**



Ogni rete neurale/funzione ha un suo picco di plasticità (fase sensibile, finestra di vulnerabilità/opportunità)

Formazione di nuove sinapsi in conseguenza di stimoli esperienziali

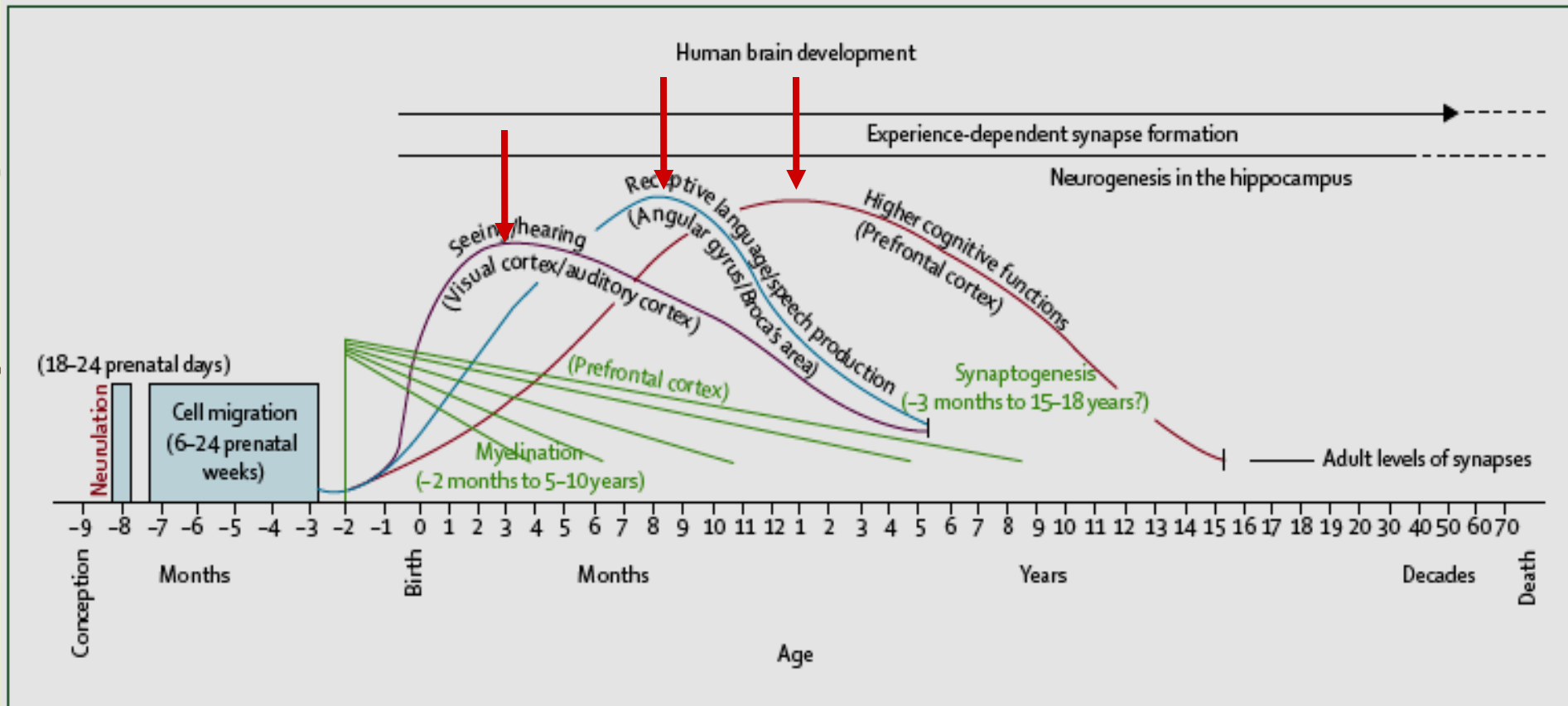


Figure 1: Human brain development

Reproduced with permission of authors and American Psychological Association[®] (Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media: early brain development. *Am Psychol* 2001; 56: 5-15).

E se non c'è sufficiente esperienza?

Danni permanenti o difficilmente reversibili se in fase sensibile: evidenze da Bucarest Prevention Study

- L'occhio che non vede lascia avvizzire la parte del cervello che deve processare le informazioni visive
- Questo vale anche per processi più complessi, come ad esempio la risposta allo stress. Due componenti: sistema nervoso autonomo (SNA) ed asse ipotalamico ipofisario-surrenalico (>cortisolo) (IIS)
- Bambini in stato di abbandono “avvizziscono” questa risposta
- Ma recuperano la piena funzionalità IIS se in affido entro 18 mesi e SNA se entro 24 mesi, ma non completamente se questo avviene dopo questa età

L'attaccamento come modello per lo sviluppo

- Un buon attaccamento ha i suoi presupposti **già prima della nascita** e si stabilisce nel primo anno di vita
- Il rapporto di attaccamento con la(e) figura(e) primaria(e) prefigura il rapporto che il bambino avrà con sé stesso, con gli altri, con il mondo e costituisce il presupposto per una buona interazione
- Il bambino si modella non solo sull'interazione con la figura primaria ma **con le e tra le figure primarie** (bisogno di figure che interagiscono)
- L'attaccamento dipende anche dal **senso di sé** della figura di attaccamento

Soprattutto, ma non solo la madre...
oltre la diade

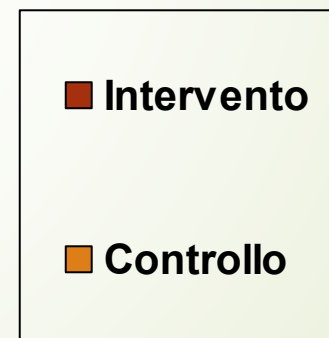
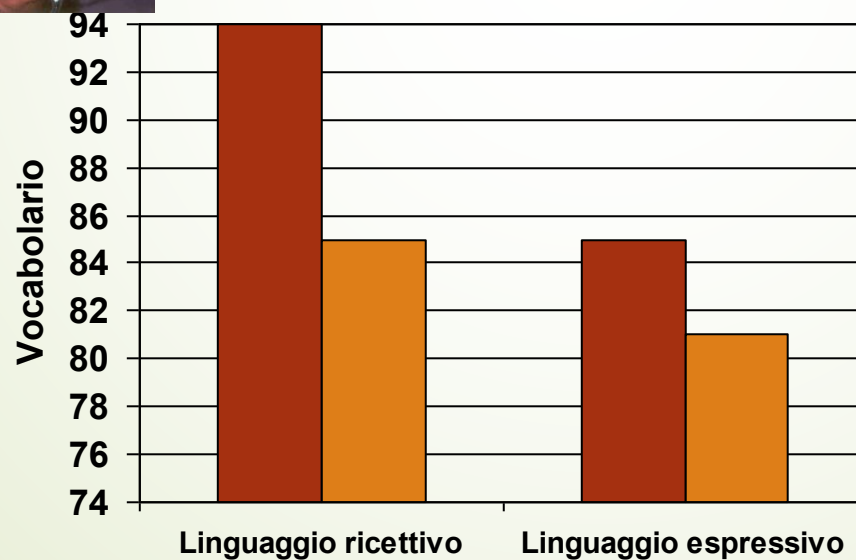
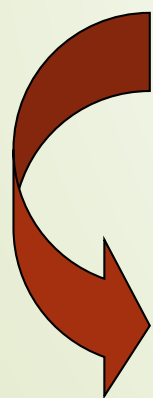
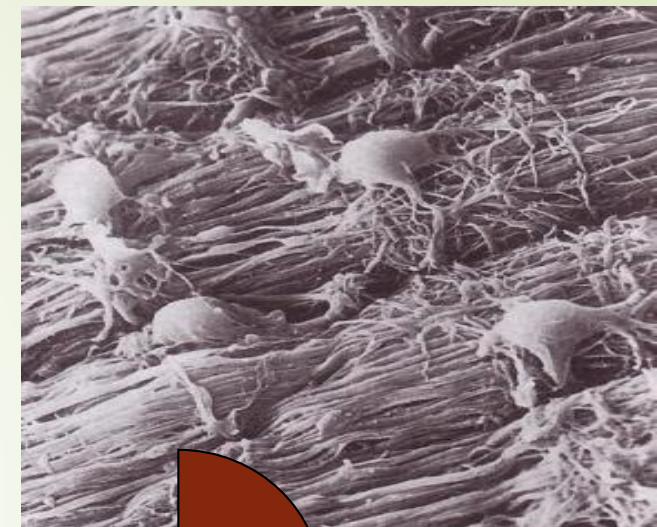


Riassumendo...

- Il cervello si sviluppa rapidamente nei primi due tre anni
- presentando quindi **finestre di opportunità** (e di **vulnerabilità** a eventi avversi e carenze) per lo sviluppo ottimale di specifiche funzioni
- Il bambino gioca un ruolo attivo, propone, chiede, risponde...se gli si lascia la possibilità di farlo
- Le esperienze precoci, a partire dall'**interazione con le figure primarie di riferimento**, è **necessaria** per lo sviluppo del cervello
- **Ma...attenzione al determinismo!** (con quei genitori...)

Lo schema concettuale

apporti cognitivo-relazionali → rete neuronale → competenze




Effetti di interventi precoci a lunga distanza

Gli effetti della stimolazione cognitiva attuata tra 9 e 24 mesi di vita sono ancora evidenti all'età di 17-18 anni; differenze significative tra bambini sottoposti o meno all'intervento precoce, sono riscontrabili in:

- QI
- vocabolario
- capacità di lettura e di comprensione del testo

Walker S et al. Lancet, 2005

Simili risultati nei follow-up della coorte di Olds (mamme a rischio sociale) e in quelli dell'ALSPAC study (UK) sul versante sociorelazionale e comportamentale



Apprendimento del bambino e senso di sé dei genitori: un circolo virtuoso

- Se l'apprendimento avviene in un **contesto sicuro/gratificante**, nel bambino si crea un background biochimico adatto all'apprendimento.
- In linea di massima, ciò che è gratificante per il bambino - e quindi favorevole all'apprendimento - lo è anche per la madre/caregiver, perché la risposta del bambino rinforza quella della madre/caregiver
- Se rinforziamo il senso di sé della madre/caregiver, creiamo le condizioni per l'attaccamento e quindi per l'apprendimento



Come aiutare il “senso di sé” delle madri

Usare i libri per bambini per aumentare le nuove madri

Auto-efficacia e migliorare il linguaggio dei più piccoli

Sviluppo

Alejandra S. Albarran* and Stephanie M. Reich School of Education,
University of California Irvine, Irvine, CA, USA

Infant and Child Development 23: 374–387 (2014)

Utilizzo dei libri per bambini per aumentare l'autoefficacia delle neomamme (SE) e migliorare lo sviluppo del linguaggio dei bambini

Si è valutato in che misura l'utilizzo di baby books da parte delle madri dalla nascita ai 12 mesi fosse in grado di migliorare la SE e il linguaggio dei bambini. Tre gruppi di intervento:

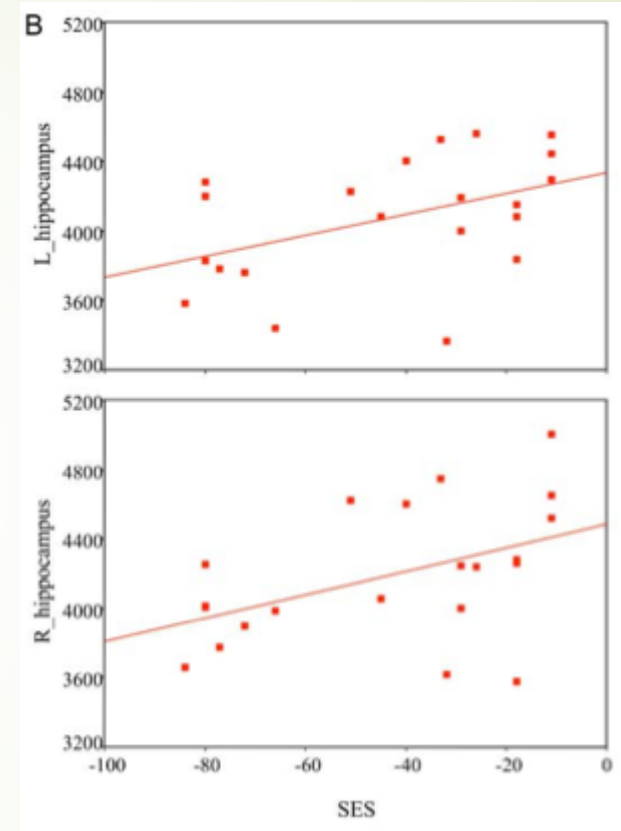
- Il I riceveva 6 baby books con le istruzioni sul come usarli in rapporto allo stato di sviluppo del bambino (1 mese, 2, 4, 6, 9 e 12 mesi).
- Il II gruppo riceveva gli stessi libri ma invece che informazioni sullo sviluppo del bambino i libri contenevano filastrocche correlate alle figure.
- Il III gruppo non riceveva alcun libro né alcuna istruzione.
- La SE era misurata attraverso una scala di 9 item su comportamenti specifici (ad esempio l'alimentazione) e 1 su una valutazione globale
- Il linguaggio era misurato a 18 mesi (Preschool Language Scale)

Risultati

- Il gruppo che non ha ricevuto alcun intervento ha avuto una evoluzione della self-efficacy meno positiva
- La self-efficacy materna è correlata positivamente con lo sviluppo del linguaggio
- Lo sviluppo del linguaggio è maggiore sia nel I gruppo di intervento che nel II per quanto riguarda il linguaggio recettivo; il II gruppo, quello con le rime, aveva uno sviluppo del linguaggio anche maggiore del primo per quanto riguarda il linguaggio espressivo
- **L'uso dei libri, della voce, delle rime può migliorare la self-efficacy delle madri oltre che lo sviluppo del linguaggio del bambino.**

Il peso dello stato socioeconomico

Correlazione tra volume della sostanza grigia e SES (ippocampo destro e sin.)

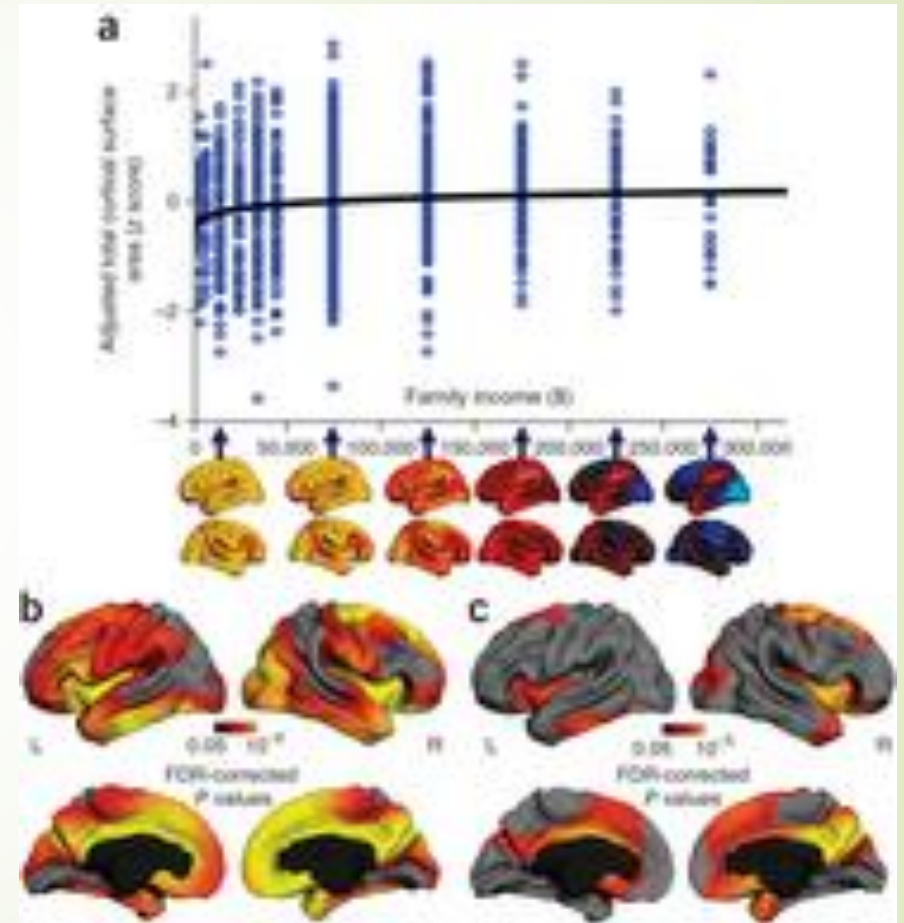


Luby et al. PNAS, 2012

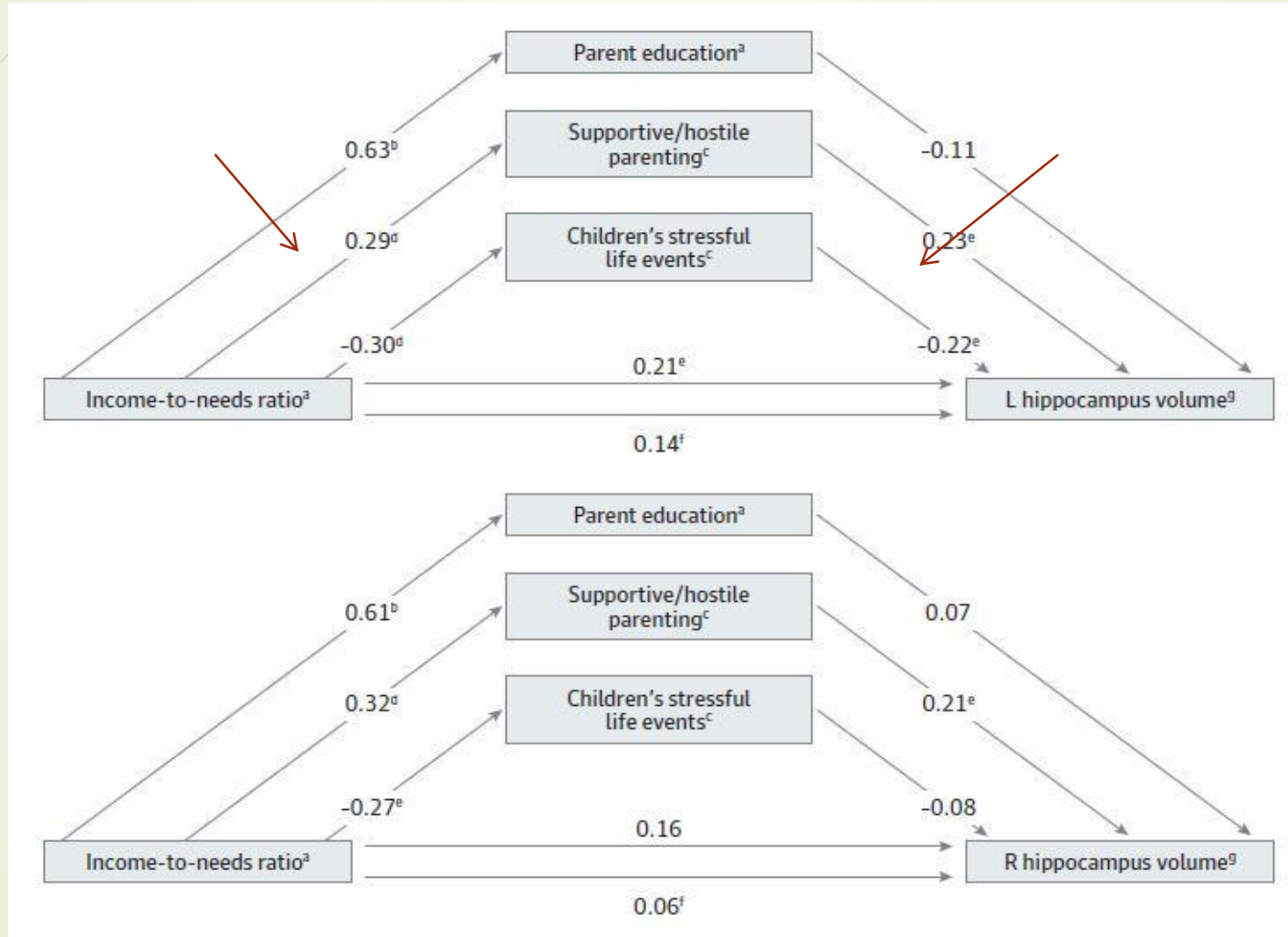
Reddito e spessore della corteccia cerebrale

Vi è, soprattutto per i redditi più bassi, una correlazione tra stato socioeconomico e spessore della corteccia cerebrale

Tuttavia, questa correlazione è mediata da livello educativo dei genitori e dalla qualità delle cure genitoriali



Povert , eventi avversi e cure parentali in correlazione con il volume dell'ippocampo



(Luby et al. JAMA Ped 2013)

Dati MICS - Kosovo 2014

Indice di sviluppo del bambino e educazione della madre

Mothers education	Literacy/ Numeracy	Physical.	Social/ emotional	Learning	Total
Primary	(6.7)	(100.0)	(67.6)	(93.3)	(66.7)
Lower secondary	14.1	96.1	79.7	94.8	78.2
Upper secondary	21.3	96.3	87.8	95.8	88.3
Higher	31.4	100.0	91.0	99.2	94.1

MICS data – Kosovo 2014

Mamme che hanno svolto attività utili a favorire lo sviluppo del bambino (36-59 mesi) negli ultimi 3 giorni:

- ▶ Primary school 19.8%
- ▶ Lower secondary 35.1
- ▶ Upper secondary 47.8
- ▶ Higher 71.0

at least 3 books at home:

low vs high education: **10 vs 65**

poorest vs richest 20%: **10 vs 66**

NB: I dati dei padri sono tutti molto bassi (10 -15%) e con meno differenze tra classi

Fattori per i quali esiste un rapporto di associazione causale (“dose dipendenti”) con neurosviluppo

- Genetica (IQ madre)
- Relazioni primarie (interazione, “care”)
- Eventi e situazioni avversi
- Nutrizione (BF, PUFA)
- Altre esposizioni ambientali (es piombo)
- Contesto socio-culturale (educazione materna)
- Contesto socio-economico (reddito, pos.sociale)
- Utilizzo servizi, in particolare socio-educativi precoci



I meccanismi

Patrimonio biologico/genetico
Contesti micro, meso e macro

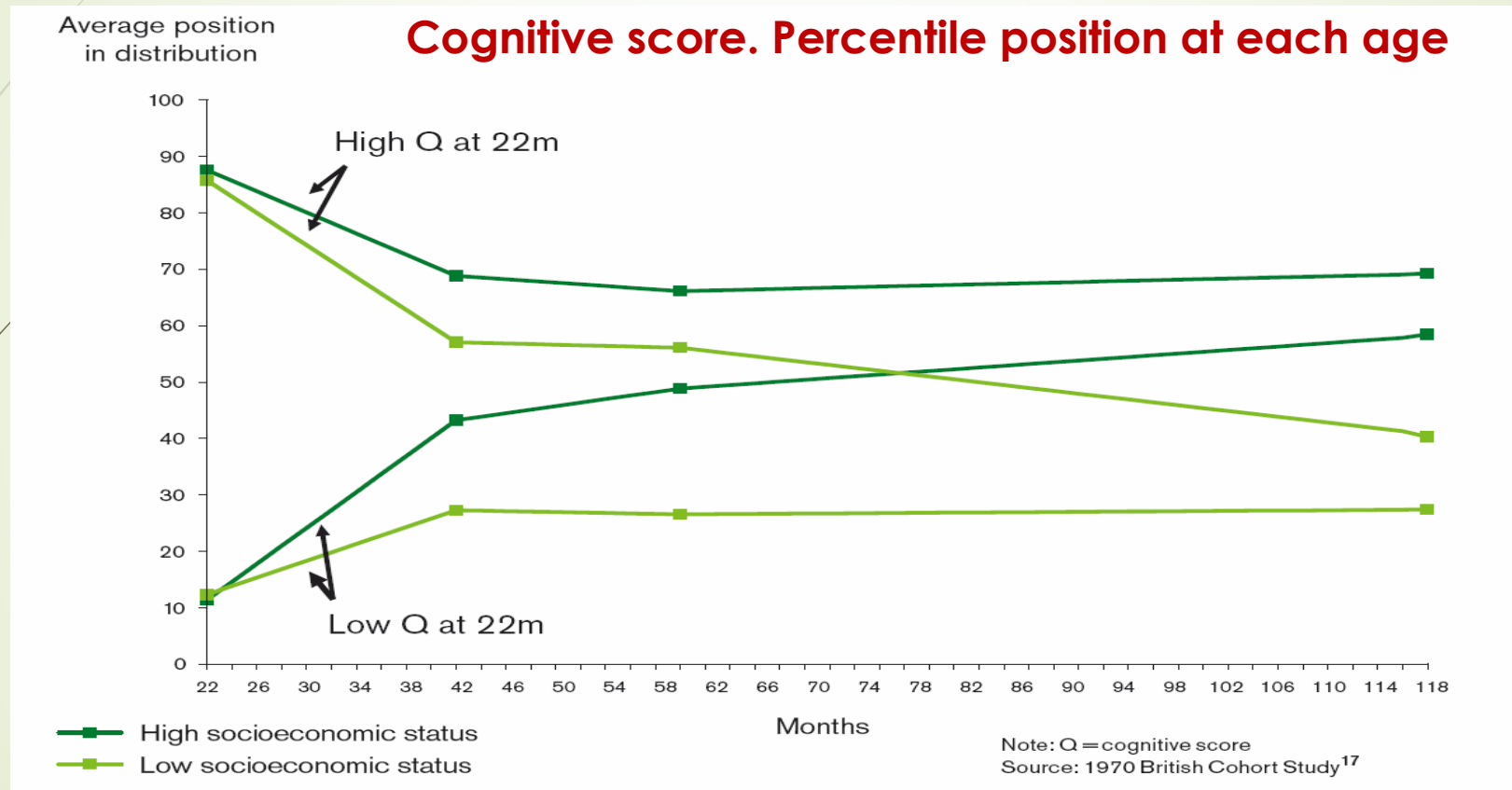


neurobiologia/neuropsicoendocrinologia/
architettura cerebrale

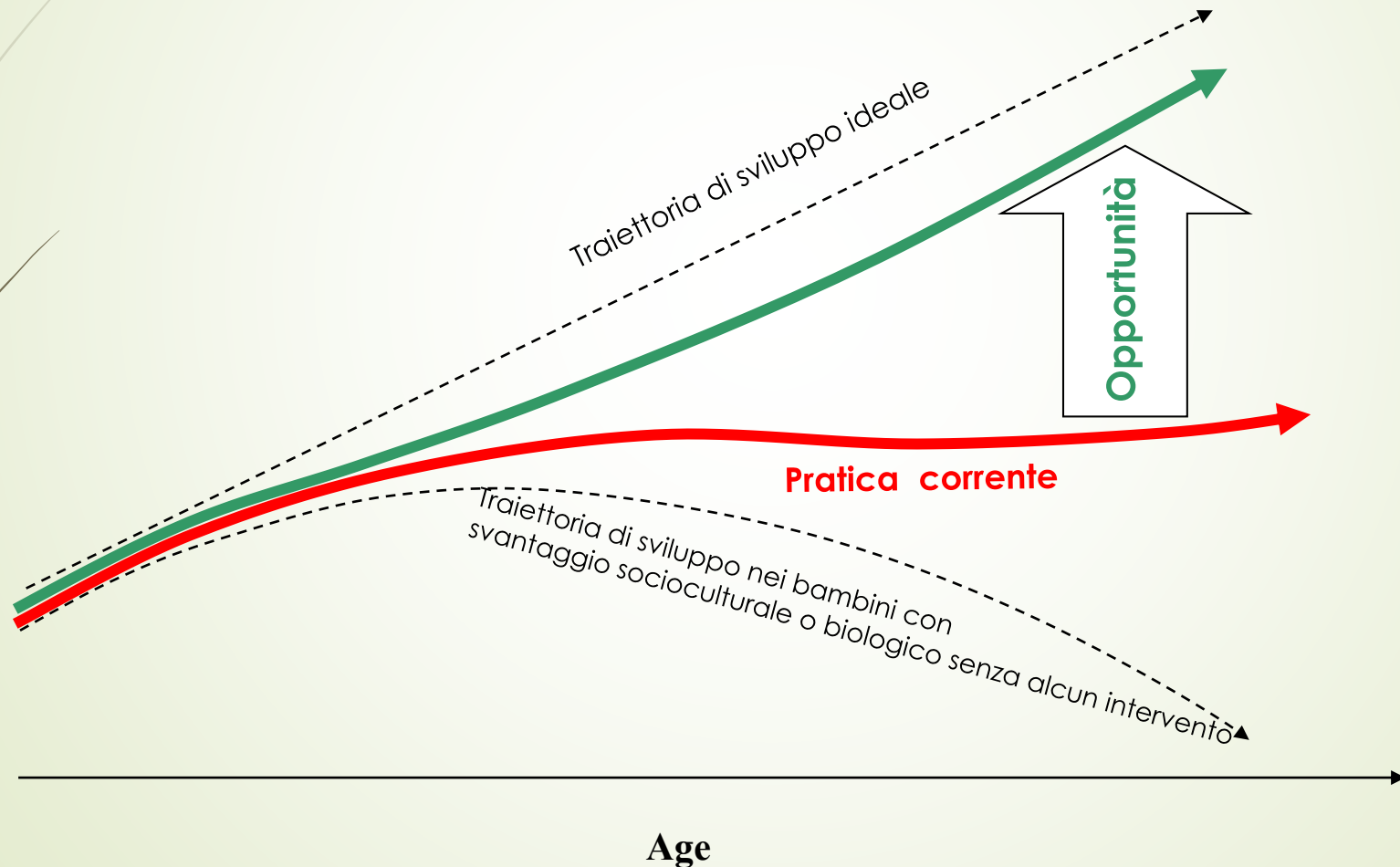


effetti misurabili (diversi indicatori e metodi) su
aspetti cognitivi, socio-relazionali, psicosociali, e
implicazioni a medio lungo termine

Gli effetti dell'ambiente familiare possono modificare sostanzialmente la traiettoria dello sviluppo inizialmente determinata dal patrimonio genetico



Possiamo fare la differenza negli itinerari di sviluppo e di vita, aumentando le competenze e il senso di sé dei genitori e le opportunità per i genitori e per i bambini di interazione con i genitori



Da tutto questo: come favorire lo sviluppo del bambino.

I concetti chiave

- **Precocità dell'intervento**
- **Centralità delle famiglie (nuclei parentali)**
- **Universalità degli interventi**



Il modello biopsicosociale dello sviluppo

Fattori genetici

Relazioni primarie

Ambiente sociale, coesione sociale, relazioni e politiche sociali

Competenze

Cognitive e socio-relazionali

Esiti sociali individuali e collettivi



Lo sviluppo del bambino è un DIRITTO

- ▶ Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 settembre 2006. COMMENTO GENERALE n. 7 (2005): Attuazione dei diritti dei minori nella prima infanzia.
- ▶
- ▶ Gli Stati parti sono tenuti a fornire un'adeguata assistenza ai genitori, ai tutori legali e alle famiglie estese nell'esercizio delle loro responsabilità di educazione dei figli (artt. 18.2 e 18.3), compresa l'assistenza ai genitori nella fornitura delle condizioni di vita necessarie allo sviluppo del bambino (art. 27.2) e la garanzia che i bambini ricevano la protezione e l'assistenza necessarie (art. 3.2).
- ▶

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

Prematurità



CLASSIFICAZIONE DEI NEONATI

PESO

Basso peso	(LBW)	< 2500 g
Peso molto basso	(VLBW)	< 1500 g
Peso estremamente basso	(ELBW)	< 1000 g
"Microneonati"		< 750 g

E.G.

A termine	37-41 sett.
<i>early term</i>	37-38 sett
Post-termine	≥ 42 sett.
Pretermine	< 37 sett.
Lievemente pretermine (<i>late preterm, LPT</i>)	34-36 sett.
Molto pretermine (<i>very preterm, VPT</i>)	< 32 sett.
Estremamente pret. (<i>extremely preterm, EPT</i>)	< 28 sett.

PESO / E.G.

Piccolo per l'età gestazionale (P.E.G.)	< 10° percentile
Adeguito per l'età gestazionale (A.E.G.)	> 10° e < 90° perc.
Grosso per l'età gestazionale (G.E.G.)	> 90° percentile

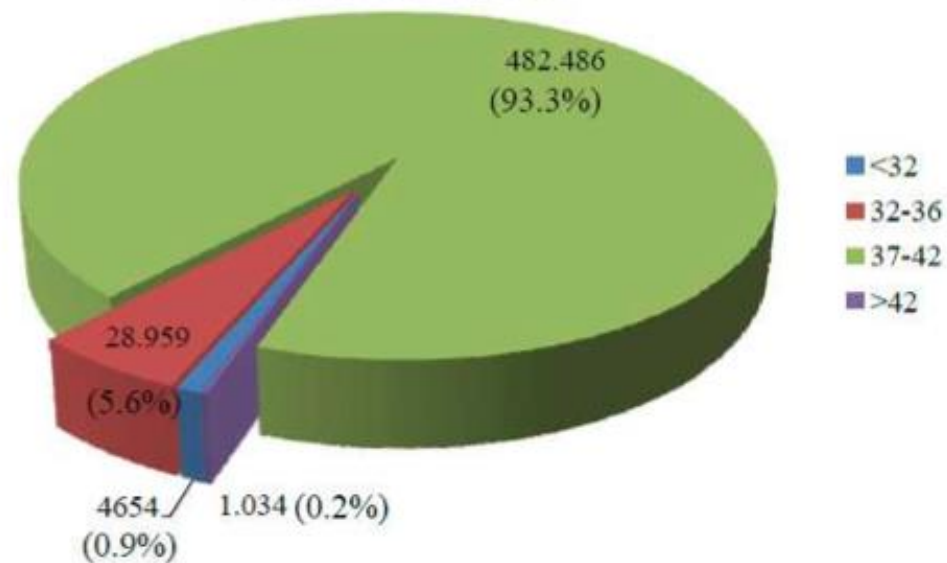
dott. Rapisardi

La prematurità in Italia: l'attualità...



Distribuzione dei parti per durata di gestazione
Italia anno 2009 – Fonte CEDAP

Tot 517.133 nati vivi



EPIDEMIOLOGIA

**Nascita pretermine
(< 37 sett.) Europa 5-7% USA 8-12%**

32-36 sett / <32 sett = 5/1
(In USA dal 1981 al 2003: ↑ del 31%,
di cui 2/3 sono *late preterm*)

Nascita 'late preterm' (34-36 sett.) 4-9 %

Nascita 'very preterm' (22-31 sett) 1-2 %

dott. Rapisardi

'GENITORI PRETERMINE'



- Brusca ed inattesa interruzione di un processo di preparazione fisica, emotiva e mentale a diventare genitori
- Separazione fisica forzata, spesso con arresto di tale processo a livello mentale,
 - paura della perdita del bambino
 - rabbia
 - lutto anticipatorio e distacco emotivo
 - senso di colpa e depressione
 - bambino visto nella sua individualità ed unicità
- Riavvicinamento, 'riappropriazione' del bambino (→ reale processo di separazione)

A.O. Meyer e Centro Brazelton



**SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE
QUADRI CLINICI NON GRAVI**

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

II SEMESTRE

quadri più settoriali

a) PREVALENTEMENTE MOTORIO

b) PREVALENTEMENTE COMPORTAMENTALE



SVILUPPO NEUROCOMPORIMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

difficoltà a

- stabilizzare ed integrare i sottosistemi
- fermarsi, sia a livello motorio che comportamentale e mentale

SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

Sistema neurovegetativo

- frequenti variazioni del colorito cutaneo, con marezzeria
- instabilità termica delle estremità, sudorazione
- rigurgiti e reflusso gastro-esofageo (RGE)
- frequenti tremori, cloni e startle
- facilità ad urinare e defecare in risposta a stress

SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

Motricità

- prevalenza pattern estensori sui flessori
- 'apertura' dei cingoli
- accentuazione PAC e propulsione
- difficoltà nell'allineamento sulla linea mediana
- rigidità e fluttuazioni eccessive del tono
- ipercinesia / ipocinesia

SVILUPPO NEUROCOMPORIMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

Stati Comportamentali

- transizioni brusche tra uno e l'altro
- difficoltà nel mantenerli stabili e a lungo
- difficoltà nella loro organizzazione ritmica (sonno-veglia, pianto-consolabilità)

SVILUPPO NEUROCOMPORAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

Attenzione - Interazione

- difficoltà nel mantenere e focalizzare l'attenzione, sua instabilità, eccessiva distraibilità
- "iper-all'erta" ("sgrana" gli occhi), ipereccitabilità
- "ipo-all'erta", scarsa propositività, maggiore negatività ed irritabilità, meno sorrisi, minori livelli di vocalizzazione
- scarsa modulazione comportamentale

SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

I SEMESTRE

INSTABILITA' DEI SOTTOSISTEMI

Autoregolazione

- scarse capacità di autoregolazione
- necessità di molte facilitazioni per mantenere l'omeostasi
- comportamento nel complesso meno prevedibile e più difficile da comprendere da parte dell'adulto

SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

II SEMESTRE

QUADRO PREVALENTEMENTE MOTORIO

- Ipereccitabilità
- Movimenti bruschi, poco fluenti e armonici
- rigidità e fluttuazioni eccessive del tono
- tendenza estensoria alle tibio-tarsiche
- repertorio di motricità di base completo, acquisizioni funzionali non ritardate significativamente

+ / - instabilità neurovegetativa

SVILUPPO NEUROCOMPORIMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI

II SEMESTRE

QUADRO PREVALENTEMENTE COMPORIMENTALE

- iperattività, ipercinesia e difficoltà a fermarsi:
 - a livello motorio
 - a livello comportamentale
 - a livello mentale
- performance motorie spesso buone, ma modulazione comportamentale scarsa
- minore sintonia comportamentale con i genitori

+ / - *instabilità neurovegetativa*

SVILUPPO NEUROCOMPORTAMENTALE QUADRI CLINICI NON GRAVI



D.C.M. = disturbi del coordinamento motorio e altre disabilità lievi attinenti alle funzioni cognitive principali

Da ricordare....

I genitori di bambini prematuri, in particolare se si tratta di prematuri importanti con ricovero ospedaliero prolungato, vanno sostenuti non solo durante il ricovero a elaborare la situazione e a partecipare attivamente alle cure, in modo da acquisire fiducia e competenze, ma vanno poi sostenuti nell'affrontare i frequenti problemi che i bambini possono presentare nel primo e nel secondo semestre e che riguardano le instabilità di diverse dimensioni dello sviluppo, che i genitori devono essere preparati ad affrontare, anche considerando l'evoluzione nella grande parte dei casi positiva di questi problemi.


Le buone pratiche per lo sviluppo (lettura, musica, contenimento e massaggio, gioco) si dimostrano ancora più utili nei prematuri così come in tutti i bambini con bisogni speciali.

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

Alimentazione responsiva





Le buone pratiche di nutrizione iniziano con l'allattamento al seno che consente una alimentazione più *responsiva* al bambino e ai suoi bisogni, ritmi, fasi di sviluppo.



Cosa mangiare?

Non è mai esistita alcuna dimostrazione scientifica che facesse ritenere utile:

- allenare precocemente al cucchiaino con la frutta
- determinare a priori un'età ottimale di inizio
- offrire il primo pasto completo non latteo alle 12,00
- iniziare con brodo vegetale patata e carota (o altro...)
- escludere completamente il sale (ma non il grana !?!?)
- fissare quantità standard per tutti i bambini
- utilizzare alimenti “speciali” per i bambini

Trial on timing of introduction to solids and food type on infant growth. MehtaKC et al Pediatrics 1998

L'introduzione precoce di **cibi solidi** (da 3 a 12 mesi) nella dieta di un lattante o di **cibi commerciali versus cibi fatti in casa** non altera la crescita né la composizione corporea durante il primo anno di vita.
I bambini che consumavano cibi fatti in casa avevano un **minor introito di calorie da proteine e grassi.**

Traditional foods vs. manufactured baby foods. Ferguson EL, Dunedin study, New Zealand Nestlé Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2007

Sull'uso di **alimenti fortificati industriali**, eccetto che per il quadro biochimico del ferro, i **lavori sul campo non mostrano i benefici attesi**, in termini di crescita o livelli di zinco e riboflavina.

Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea (2006)

I cibi di produzione industriale per l'infanzia **non offrono vantaggi nutrizionali** sui cibi familiari ben preparati, eccetto quando vi è un bisogno specifico di fortificazione con micronutrienti. Se si decide di usare alimenti industriali, **è necessario in ogni caso dare al bambino cibi familiari preparati in casa**, per abituarlo ad una più vasta gamma di sapori e consistenze.

Non solo cosa ma anche *come, quando, dove e chi...*

- Riconoscere e rispettare i segnali di fame/sazietà e la capacità di autoregolazione del bambino
- Evitare insistenze e forzature
- Offrire diverse combinazioni, gusti, offrire cibi nuovi più volte
- Minimizzare le distrazioni
- Momento dei pasti utile per rapporto bambino-genitore

Engle et al., 2000; Pelto et al. 2002

Perché in realtà...


- Il bambino **imita** il comportamento dell'adulto, che può quindi modellare positivamente il comportamento del bambino
- Probabilmente il fattore più importante che determina il gusto di un bambino per un particolare cibo è quanto gli sia **familiare**
- Fin dalla primissima infanzia le esperienze dei bambini con il cibo influenzano sia le *preferenze* che le *quantità*, e la ricerca suggerisce che **tanto più precoce ed ampia è l'esperienza, tanto più salutare sarà la dieta dei bambini**
The importance of exposure for healthy eating in childhood: a review. Cooke L. J Hum Nutr Diet. 2007 Aug;20(4):294
- E' bene evitare cibi premio

Complementary feeding WHO 2003

Report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child

Aspetti critici del **responsive feeding** sono:

- Equilibrio fra l'assistenza e l'**incoraggiamento** all'auto-somministrazione
- **Incoraggiamento** verbale positivo **senza coercizione** verbale né fisica
- Ambiente protettivo e confortevole
- Pasto assistito da una persona con cui il bambino abbia una **relazione affettiva positiva** e che sia consapevole e sensibile alle sue **caratteristiche individuali**
- **Comportamenti inappropriati durante il pasto sono un importante fattore determinante di inappropriata nutrizione**

- 
- Tenere il bambino a tavola con i genitori
 - Aspettare i sei mesi circa
 - Aspettare la richiesta di cibo del bambino
 - Non insistere con “gli assaggi” se il bambino non vuole
 - Non cambiare ritmi, durata e qualità dei pasti della famiglia
 - L'allattamento prosegue a richiesta (se si vuole)

Risultato...

Diminuisce:

- lo stereotipo del bambino (sano) inappetente
- l'uso del cibo come strumento relazionale negativo
- la compromissione dell'autocontrollo dell'appetito
- la suscettibilità di famiglia e bambino ai condizionamenti esterni

Aumenta:

- l'assunzione di responsabilità (e competenze) nei genitori
- la qualità della dieta di tutta la famiglia
- la fiducia nelle competenze del bambino
- il rispetto del bambino e delle sue specificità



NUTRIRE LA MENTE
fin da piccoli®

L'early childhood development e le buone pratiche


**Allattamento al seno:
la posizione di mamma e bambino**



Introduzione

È necessario riesaminare le nostre strategie e pratiche di sostegno alle madri, soprattutto nelle prime 2-4 settimane, perché:

- I tassi di inizio dell'allattamento esclusivo sono bassi (ISTAT 2013: 48.7% a 0-1 mesi)
- La durata media dell'allattamento esclusivo è bassa (ISTAT 2013: 4.1 mesi)
- La durata media dell'allattamento è bassa (ISTAT 2013: 8.3 mesi)



Cause più frequenti di abbandono dell'allattamento (esclusivo e non)

- Il neonato non si attacca e/o non succhia bene
- Dolore al capezzolo e al seno, problemi del seno
- Mancanza o insufficienza percepita di latte materno
- Stanchezza della mamma («non ce la faccio più»)



Che fare? Un po' di storia

- Insegnare alle madri come posizionare e attaccare il neonato stando sedute in posizione eretta
 - Gunther, 1955; La Leche League, 1958; Pryor, 1973; Savage King, 1985; Renfrew, 1990; Royal College of Midwives, 1991
 - UNICEF, 1993 e 2006 (18 e 20 ore); OMS, 1993 (40 ore)
- Basato su pochi studi (su come succhia il neonato):
 - Ardran, 1958; Wooldridge, 1986 e 1995
- Prove di efficacia? Quasi nessuna, e molto incerte
 - Henderson, 2001; Labarere, 2003; Forster, 2004; De Oliveira, 2006

Posizioni per attamento



UNICEF/OMS - Corso di 20 ore per il
personale della maternità
- 2009

In linea
Vicino
Ben
sostenuto
Rivolto
verso
madre



7/1



Eppure:

Molti ricercatori avevano scritto delle capacità innate del neonato di attaccarsi al seno:

- Brazelton, 1973; Leboyer, 1974; Kennel and Klaus, 1976 e 1985
- Hawdon, 1992; Frantz e Righard, 1992; Uvnas- Moberg e Widström, 1995; Smillie, 2007

– Le 9 fasi comportamentali della transizione tra parto e allattamento
(Widström, Acta Paediatrica 2011)

Fino agli studi e agli articoli di Suzanne Colson:

- Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 2003;
Practical Midwife, 2005; Early Human Development, 2008; Clinical Lactation, 2010



Cos'è il biological nurturing

- Il biological nurturing è un approccio centrato sulla madre che mette assieme una serie di posizioni, condizioni e comportamenti ottimali della madre e del neonato.
- Per definizione, queste variabili sono diverse da madre a madre, da bambino a bambino e da poppata a poppata.
- Le 6 componenti del biological nurturing (posizione della madre, posizione del neonato, condizione del neonato, situazione ormonale della madre, riflessi neonatali primitivi, e comportamenti innati della madre) interagiscono in continuazione, producendo cambiamenti anche durante la stessa poppata.

Colson S, Midwifery today, 2012



Riflessi Neonatali Primitivi (RNP)

- Termine collettivo per tutti i riflessi, le reazioni e le risposte neonatali
- Usati finora per stimare l'età gestazionale e per valutare lo sviluppo neurologico del neonato
- Ricerca, suzione e deglutizione sono i riflessi più conosciuti e valutati da chi aiuta le mamme ad allattare
- **Esistono** molti più RNP

20 RNP identificati

(Colson SD et al. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Human Development 2008;84:441-9)

Endogeni (segnali) Motori (cercare il seno) Antigravità (trovare il seno) **Ritmici (mantenere l'attacco)**

- Mano alla bocca
- Apertura della bocca
- Lingua fuori/leccare
- Movimenti delle braccia
- Movimenti delle gambe
- Flessione/estensione delle dita
- **Suzione**
- Movimento della mandibola
- **Deglutizione**
- Prensiore palmare/plantare
- Gattinare, fare dei passi
- Piazzarsi
- Babinski
- Flessione di mani e piedi
- Indirizzare la testa
- Alzare la testa
- **Ricerca**
- Testa su e giù




Endogeni

- ✎ Scatenati apparentemente in assenza di stimoli
- ✎ Imprevedibili e senza alcuna sequenza
- ✎ Osservati prima della suzione, o nell'intervallo tra suzioni, quando la madre ritira il seno pensando che la poppata sia finita
- ✎ “massaggio del seno” con le mani, movimenti mano- bocca, etc



Antigravità

- ✍ Il neonato muove la testa a destra e a sinistra e verso l'alto e il basso
- ✍ Fa movimenti ripetitivi (come il picchio)
- ✍ Continua fino a quando non riesce ad attaccarsi al seno
- ✍ Non usa questi riflessi se la testa non è sopra il seno

- 
- ✎ Suzione, deglutizione e movimento della mandibola
 - ✎ La pressione ritmica contro il seno promuove una suzione profonda con movimenti cadenzati di massetere, orecchio e mandibola, indicando un buon trasferimento di latte

Ritmici



RNP materni

- Formare un nido
- Spostare, tirare su
- Piazzare il corpo
- Annusare
- Salutare
- Sfregare
- Guardare
- Imitare



Considerazioni importanti



- Il neonato mostra i segni di voler succhiare, ma non può muoversi, dipende dalla mamma
- La mamma interagisce in continuazione con il neonato e lo può fare solo se la vicinanza è stretta
- Il contatto favorisce le poppate molto frequenti, essenziali per la transizione dall'alimentazione continua intrauterina a quella intermittente della vita extrauterina
- Il contatto visuale, ma anche il colore e l'odore, favoriscono la liberazione di ossitocina

Posizioni comunemente suggerite e usate per l'allattamento

- La madre siede eretta o giace su un lato
 - Quando siede eretta, sostiene il neonato su un cuscino e ad angolo retto rispetto al suo corpo
- Aspetta che il neonato apra la bocca e lo attacca al seno, con il mento in avanti
- Il neonato giace trasversale rispetto alla madre
- Il corpo e i piedi del neonato sono male appoggiati al corpo della madre
- La madre fa pressione sulla schiena del neonato per sostenerlo

In questa posizione i RNP possono rappresentare un ostacolo al buon attacco

Che differenze notate?





I RNP facilitano l'attacco quando:

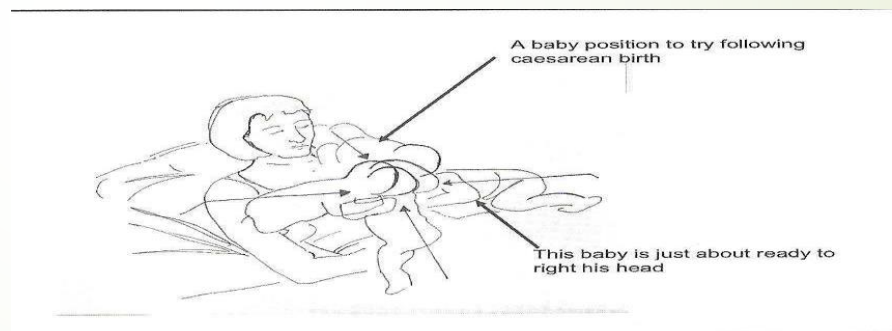
- La madre giace semi-reclinata
- Il neonato sta sopra
 - Longitudinale, obliquo, o in qualsiasi posizione naturale che garantisca stabilità
- Non è necessario far pressione sulla schiena o il collo del neonato
- Il neonato avanza spontaneamente il mento e si attacca da solo

Questa posizione si chiama “laid-back breastfeeding” (semi-reclinata) ed è stata brevettata come “biological nurturing”

- L'effetto massimo sul buon attacco si ottiene alla nascita e nei giorni immediatamente successivi
- Si può usare fino a 8-12 settimane, per aiutare la madre in caso di problemi

La versatilità delle posizioni per il neonato

Colson S. An introduction to biological
nurturing. Hale Publishing, 2010



Vantaggi della posizione semi-reclinata (2)

- L'interazione madre/neonato funziona anche quando il neonato si addormenta
- Focalizza l'attenzione della madre sul neonato, piuttosto che su posizione e attacco
- Fa sentire la madre più a proprio agio perché il suo corpo è pienamente appoggiato e sostenuto
- Promuove atteggiamenti maternali



Altre considerazioni

- Buon equilibrio tra natura e cultura
- Centrato sulla madre
- Contribuisce a demedicalizzare l'allattamento
- Non c'è bisogno di insegnare
- Non è prescrittivo
- Non è necessario «attaccare» il bambino
- La mamma non ha bisogno di ricordare le regole di posizione e attacco, e di controllare se le applica bene
- Aumenta la fiducia della madre in se stessa
- Dà più libertà di movimenti a madre e bambino
- È piacevole e non stanca
- Favorisce la relazione madre/bambino

Conclusioni

- ✎ I comportamenti precoci dell'alimentazione sono innati
- ✎ Le indicazioni sulla posizione del bambino e la postura della madre usate finora possono ostacolare l'attacco
- ✎ Il fatto di "insegnare" richiede molta attenzione dalla parte di chi "impara"; questo può oscurare i comportamenti innati e addirittura inibire il rilascio di ossitocina
- ✎ La posizione del neonato e la postura della madre attivano i RNP che permettono l'avviamento dell'allattamento
- ✎ **L'applicazione del biological nurturing, che ha una base rigorosamente fisiologica, ci costringe a fare quello che dovremmo fare sempre quando aiutiamo ad allattare: focalizzare l'attenzione sul benessere della madre, rendendo l'allattamento un piacere.**

*Nutrire la mente fin da piccoli: promozione dell'early childhood development
e sostegno alla genitorialità*



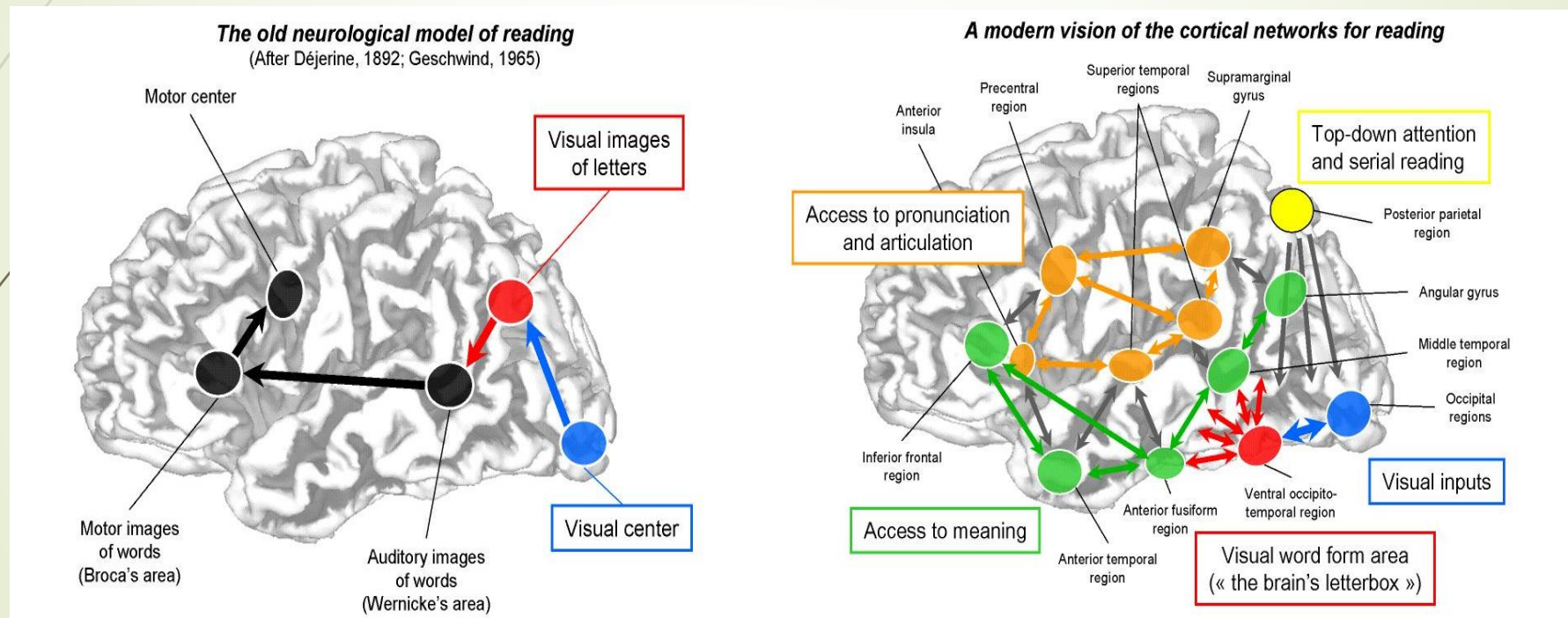
Benefici della lettura in famiglia nei primi anni di vita



Nati per Leggere

www.natiperleggere.it - npl@aib.it

La lettura è un potente attivatore di diverse aree cerebrali, una “rete” di connessioni molto più ampia di quanto si credesse in passato



Una bella differenza...!



A Brain in Idle Thought

The left hemisphere is working, but the right hemisphere is hardly working at all.



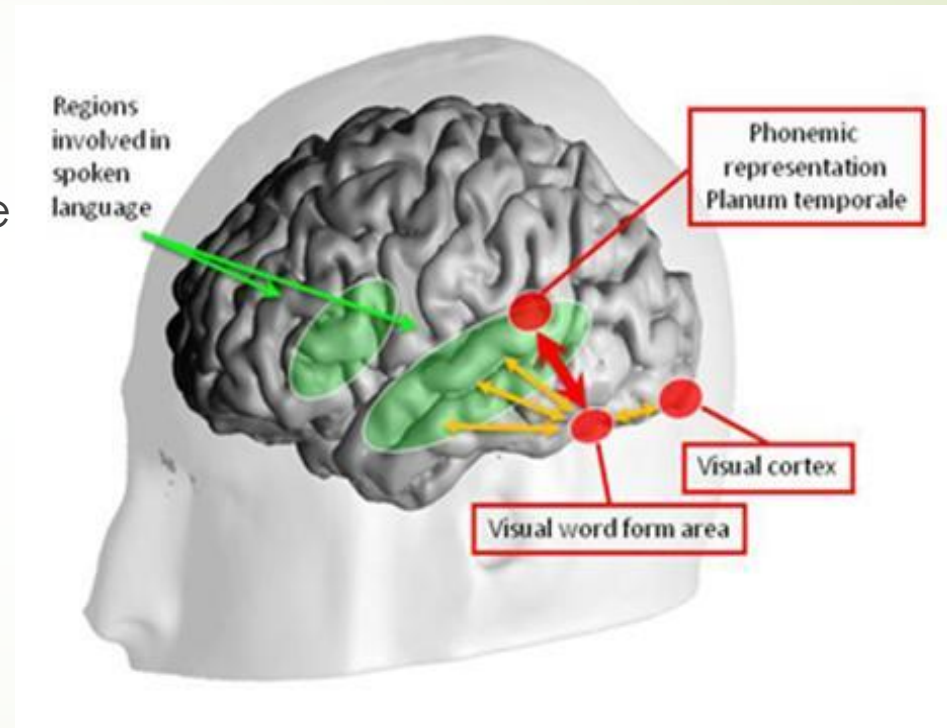
A Brain Reading a Book Aloud

The faster you read aloud, the harder your brain works.



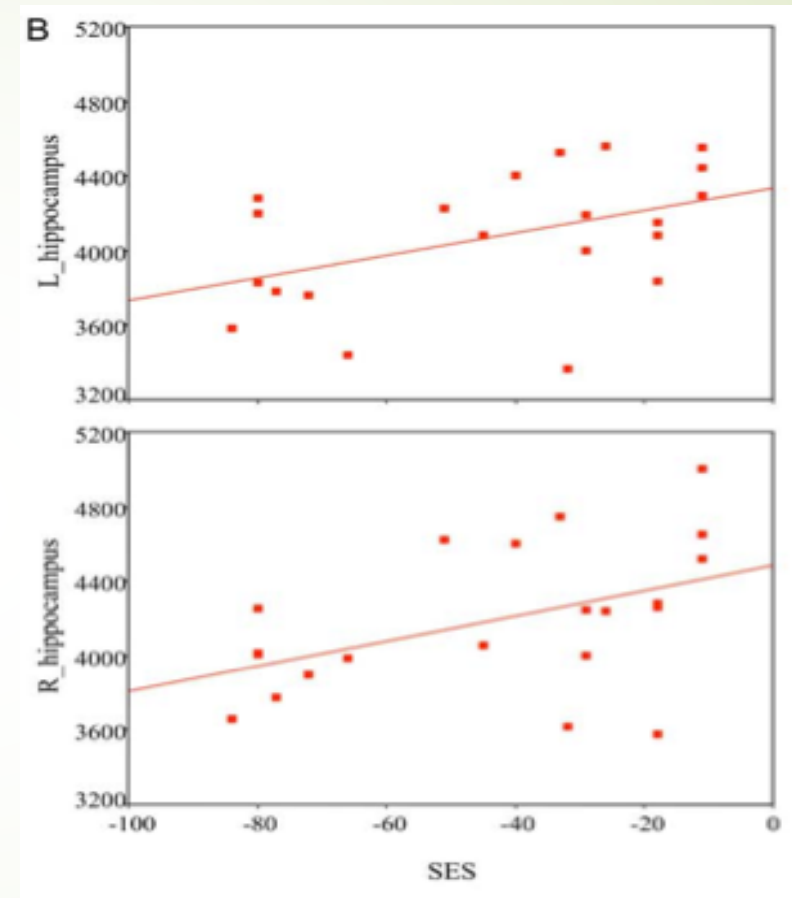
Un effetto curioso: la competizione corticale

- Gli analfabeti, man mano che apprendono a leggere, perdono qualche competenza (ad es. il riconoscimento delle facce) nelle aree che vengono invece progressivamente dedicate alla lettura
- Alla fine, però, le competenze “perse” vengono ricollocate in altre aree per cui l’effetto complessivo è di guadagno (Dehaene, 2013)

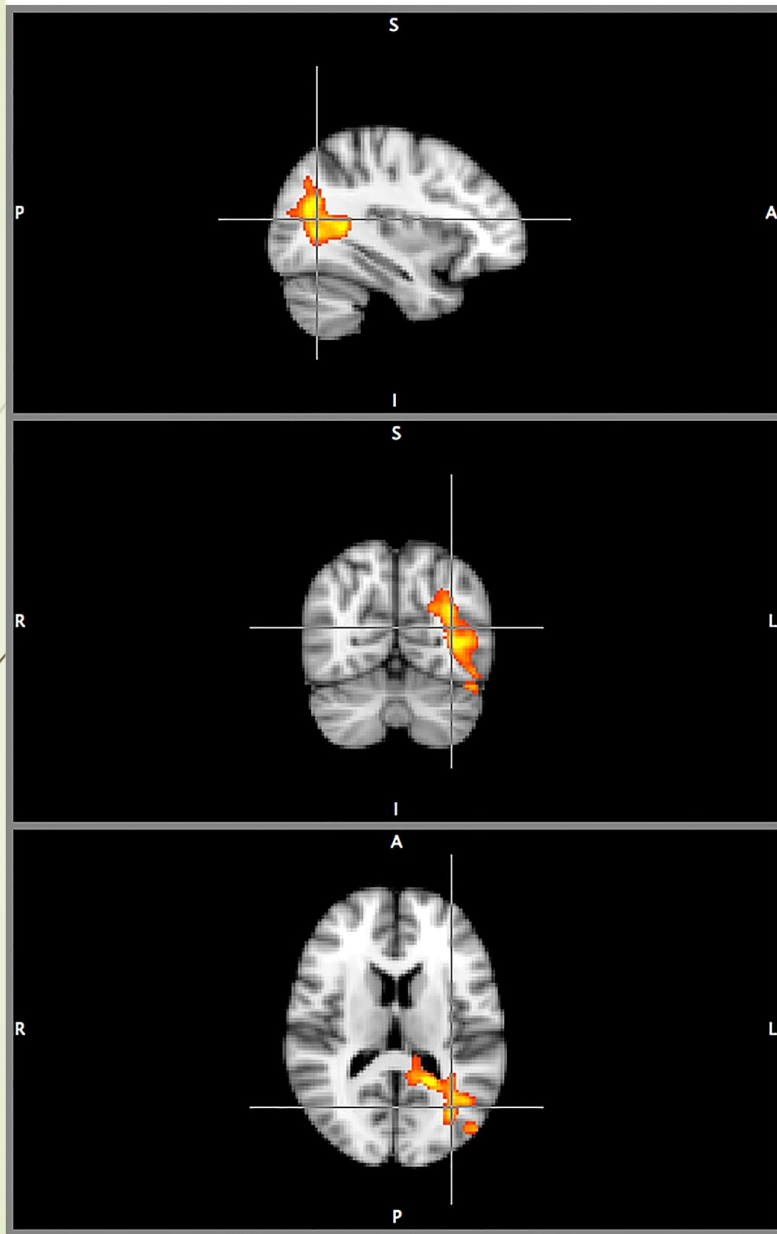


Meglio se fin da piccoli...

- Se nell'adulto occorre "riciclare" parte dei circuiti esistenti, è facile pensare che nei primi anni la lettura, attivando tutti i circuiti deputati all'ascolto, al riconoscimento di immagini, poi di sequenze narrative e di simboli fonologici, crei ex novo (o quasi) dei circuiti, aumentando quindi l'hardware complessivo.
- Questo pare dimostrato dal fatto che diverse parti del cervello (quali l'ippocampo e diverse aree corticali) appaiono di dimensioni superiori in bambini appartenenti a classi sociali più avvantaggiate (figura)



*Da piccoli, la parola fa crescere il cervello.
Da grandi, lo modifica.*

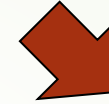


Hutton, Horowitz_Kraus et al.

Home reading environment and brain activation in preschool children listening to stories (Pediatrics, 2015)

L'attivazione di diverse aree cerebrali (figura) in bambini nei primi anni della scuola risulta direttamente proporzionale a frequenza e qualità della lettura a casa nei primi anni di vita

Letture e sviluppo del bambino



- Sviluppo cognitivo
- Sviluppo linguistico

- Sviluppo relazionale
- Sviluppo emotivo

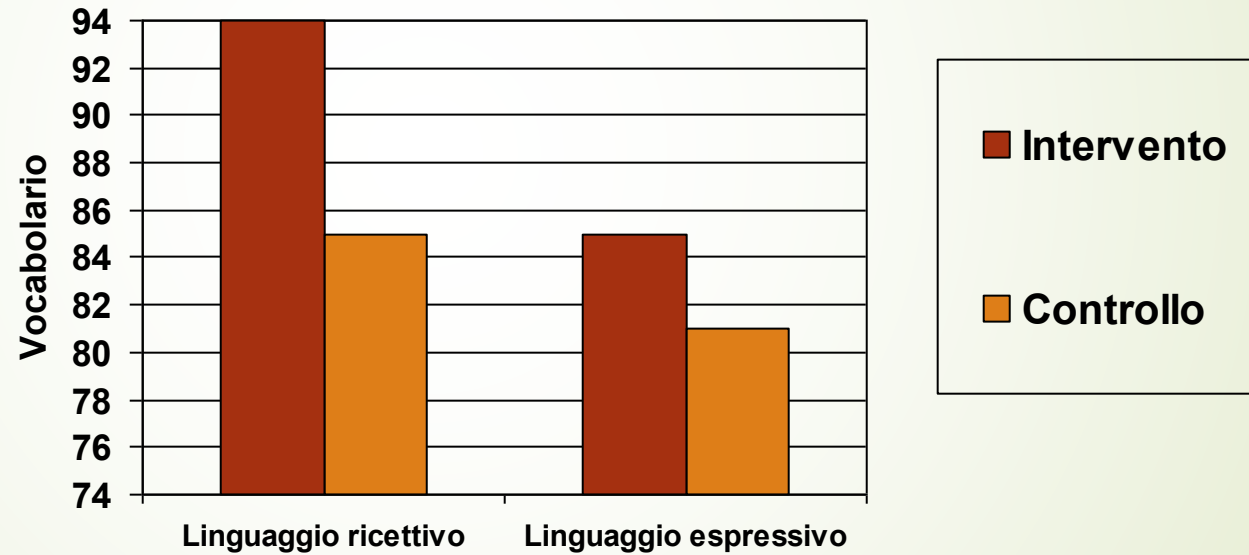
Effetti a lungo termine sugli
individui così come sullo sviluppo
sociale ed economico

Effetti su linguaggio e sviluppo cognitivo

- Bambini a cui si legge 3-5 volte a settimana a 5 anni leggono come bambini di 6 mesi più grandi, mentre **bambini a cui si legge ogni giorno, a 5 anni fanno leggere come bambini di 1 anno più grandi** (Kalb et al, 2012)
- **La ricchezza del vocabolario e la dimestichezza con le materie scolastiche, sono molto migliori nei ragazzi abituati a leggere fin da bambini** (ricerca realizzata seguendo un gruppo di bambini dai 5 ai 16 anni: Sullivan, Brown, 2013)

Effetti del programma ROR (USA) su linguaggio recettivo ed espressivo

(Mendelsohn et al., 2001)



Le evidenze di Bookstart (GB)

- I bambini BS continuano ad andare meglio a scuola anche a 7 anni.
- Sono più bravi nella comprensione, nello scrivere, nel parlare, in matematica e in scienze, rispetto ai non BS

Wade, B and Moore, M. 2000. A Sure Start with Books. Early Years 20, Spring, pp.39-46.

Effetti di Nati per Leggere

A 3 anni il **68%** dei bambini cui si legge almeno 4 volte/settimana raggiunge il punteggio più elevato per *l'ampiezza del vocabolario*, contro solo il **27%** dei bambini di controllo; **a 5 anni** *l'ampiezza del vocabolario* e la *capacità di comprensione lessicale* sono fortemente correlate alla lettura; punteggi elevati presenti nel **53%** nei bambini cui viene letto 4 volte per settimana rispetto al **26%** dei controlli (Toffol, 2011)



Letture e relazione

- La lettura promuove il contatto fisico e visivo, così importante per l'attaccamento
- La presenza dell'adulto è rassicurante e aiuta l'apprendimento
- Le interazioni comunicative intense (lettura dialogica) aiutano il bambino nella costruzione della sua identità

Lettura e sviluppo emotivo

- Attraverso la lettura di fiabe e racconti il bambino impara a riconoscere le emozioni, proprie e altrui
- Tramite le storie, avviene una validazione dell'emozione e dell'esperienza che è resa possibile dal fatto che attorno ad essa ci si trova a risuonare insieme: l'adulto e il bambino
- Le risposte dell'adulto comunicano condotte emotive appropriate e culturalmente accettate

Evidenze: sviluppo socio-relazionale e parenting

- Leggere **rafforza la relazione e il legame con i genitori**: una ricerca olandese, realizzata con bambini di 3 anni, è giunta alla conclusione che i bambini ai quali viene letto più frequentemente sono quelli **più sicuri**, che hanno una **relazione più equilibrata** con se stessi e gli adulti accanto a loro (Bus, 1995)
- La lettura **diminuisce in modo significativo le difficoltà socio-emotive** dei bambini (Kelly, 2011)

Evidenze: sviluppo emotivo

- La lettura dialogica di un albo illustrato senza parole, se di qualità, favorisce la discussione tra genitore e bambino sulle **emozioni**, **facilitandone la comprensione** (Kucirkova, 2014)
- Il piacere del genitore nella lettura dialogica è fondamentale e consente anche di **ridurre lo stress genitoriale** (Terret, 2013)

Evidenze: effetti sul “senso di se” delle madri

- L'utilizzo dei libri per bambini della fascia 0-12 mesi (baby books) migliora, oltre allo sviluppo del linguaggio del bambino, anche il **senso di competenza delle madri e supporta la genitorialità** (in particolare il loro senso di autoefficacia (o “self-efficacy” come definito da Bandura) (Albarran, 2014)

Evidenze: riduzione diseguaglianze

- **La lettura quotidiana consente di colmare parte del divario di competenze scolastiche** dovute ad un contesto sociale povero e poco stimolante (Marmot, 2012)
- **Bambini ispanici partecipanti a ROR (USA) hanno, alla fine della scuola dell'infanzia, competenze di *literacy* analoghe o superiori ai coetanei** provenienti da famiglie della classe media in cui si legge molto e si possiedono molti libri (Diener et al. 2012)



Evidenze: riduzione della povertà

- ▶ Esiste una forte correlazione tra la condizione di povertà in età adulta e le occasioni di lettura assieme ad un adulto all'età di 5 anni: i bambini a cui è stato letto almeno una volta a settimana hanno molte **più probabilità di avere una vita lontana dalla povertà** (Blanden, 2006);

Perché in famiglia?

- Negli anni '90 negli USA si è sviluppato il concetto di **family literacy** che mette in risalto il ruolo della famiglia nella pratica della lettura al bambino
- Negli studi FACES e Head Start l'unico fattore statisticamente significativo nell'acquisizione del vocabolario è stata **la frequenza della lettura da parte dei genitori.**





**Nati per
Leggere**



Contatti Referenti Nati per Leggere Campania

- ▶ Stefania Manetti – Referente ACP
doc.manetti@gmail.com
- ▶ Tiziana Cristiani – Referente CSB
tiziana.cristiani@csbonlus.org
- ▶ Cinzia Martone - Referente AIB cmartone@unina.it



NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*[®]

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development



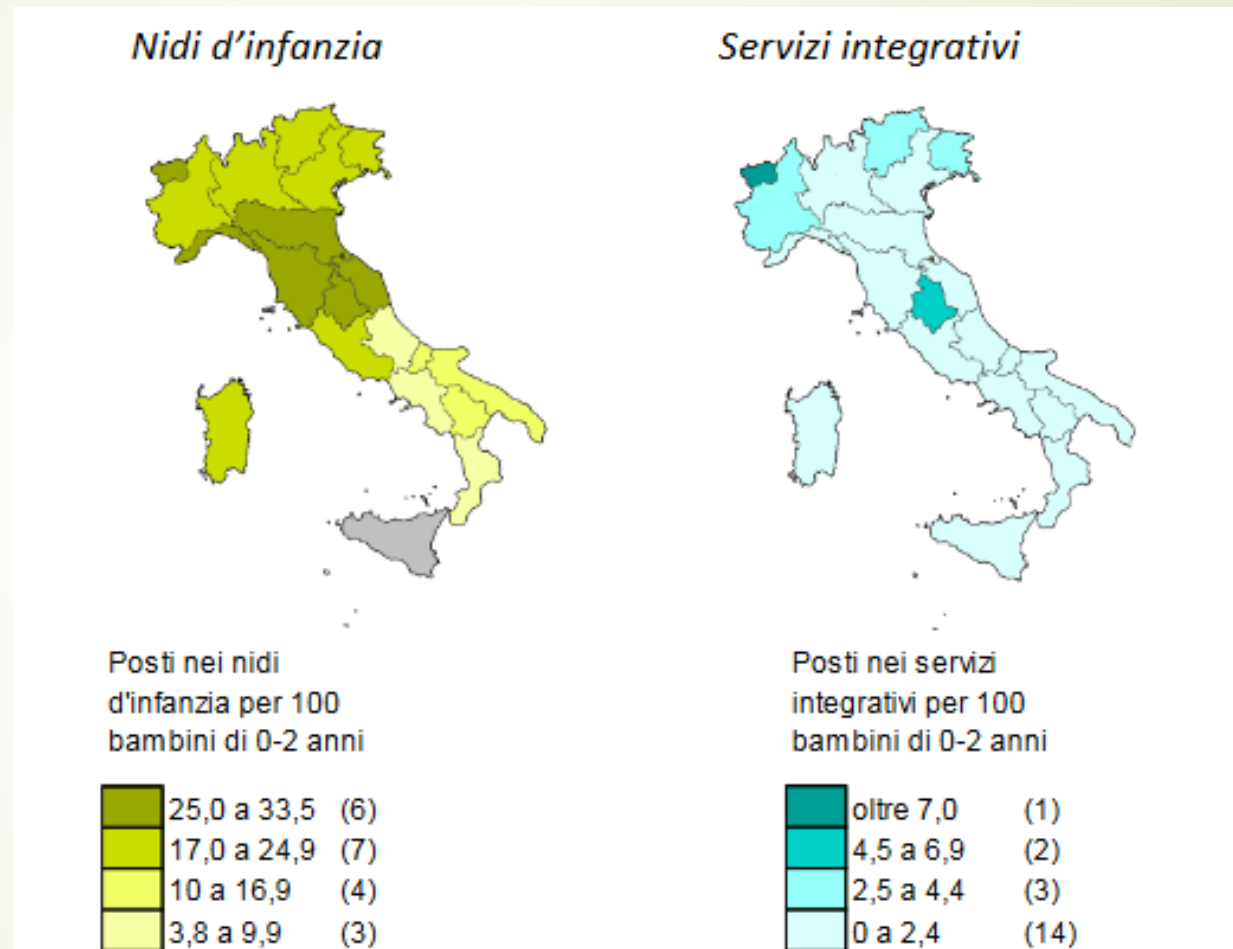
I benefici della socializzazione precoce

Fattori che determinano la scelta

- ▶ Presenza dei servizi sul territorio
 - asili nido
 - servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia
- ▶ Costi
- ▶ Status lavorativo dei genitori
- ▶ Fattori culturali
- ▶ Scelte famigliari
- ▶ Malattie più frequenti

Copertura della rete di servizi educativi

- Percentuale di copertura della rete dei servizi educativi che accolgono bambini sotto i 3 anni → 27%
- Disparità territoriali che rendono disomogeneo l'accesso a tali servizi



Fonte: elaborazione IDI per Monitoraggio Piano Nidi al 31-12-2014 anche sulla base di dati MIUR

Riforma della scuola d'infanzia

D.L. 65/2017

Sistema integrato dei servizi di educazione e di istruzione

Principali novità della riforma:

- creazione sistema integrato 0-6
- nuove regole per insegnare negli asili nido e nelle scuole materne (obbligo qualifica universitaria a garanzia della qualità)

Riconoscimento culturale del fatto che i servizi per la prima infanzia non sono **servizi** assistenziali ma **di educazione e istruzione, cruciali per l'eliminazione delle diseguaglianze**

Le dimensioni della qualità

- Sistema delle relazioni (**nido-famiglia**)
- Contesto educativo (infrastruttura)
- Rapporto educatori bambini
- Organizzazione del servizio
- Lavoro dell'équipe educativa
- Continuità (verticale e orizzontale)

Fonte: A. Mariani, Cultura della qualità nei servizi educativi per la prima infanzia, 2015

Asilo nido in Italia e *successo scolastico*

- I risultati di Italiano e di Matematica sia della II elementare che della V elementare sono associate in modo positivo in coloro che hanno seguito un *childcare* formale
- La relazione positiva tra risultati scolastici e esperienza di *childcare* non diminuisce nel tempo a 18 - 21 anni e 22 - 25 anni

D. Del Boca e S. Pasqua Fondazione Agnelli. *Esiti scolastici e comportamentali, famiglia e servizi per l'infanzia*, Università di Torino su banche dati INVALSI e ISFOL-Plus12. 2010

Asilo nido in Italia e comportamenti sociali

- L'aver frequentato un *childcare* formale ha un effetto positivo e significativo su tutti gli indicatori comportamentali studiati:
Capacità di stare in comunità → ascolto, stabilire relazione amicali, creatività nel gioco, creatività didattica, capacità di cooperare con i compagni

D. Del Boca e S. Pasqua Fondazione Agnelli. Esiti scolastici e comportamentali, famiglia e servizi per l'infanzia, Università di Torino su banche dati INVALSI e ISFOL-Plus12. 2010

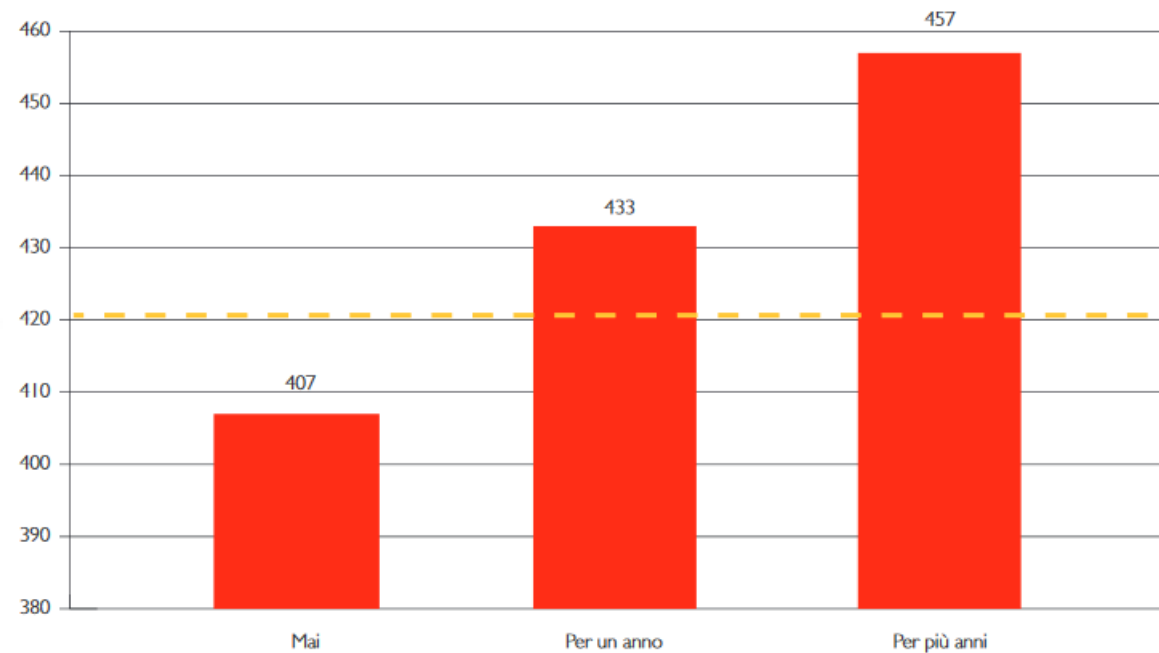
L'offerta educativa genera resilienza

I dati PISA (*Programme for International Student Assessment*) mostrano che i ragazzi appartenenti alla fascia delle famiglie più povere, il primo quinto, ma che hanno frequentato **almeno un anno** di scuola dell'infanzia, superano significativamente i livelli minimi di competenza sia in matematica che in lettura, a differenza dei loro compagni che non hanno mai frequentato la scuola

Fonte: *Illuminiamo il futuro 2030*, Save the Children Italia onlus, 2015

Media competenze in matematica

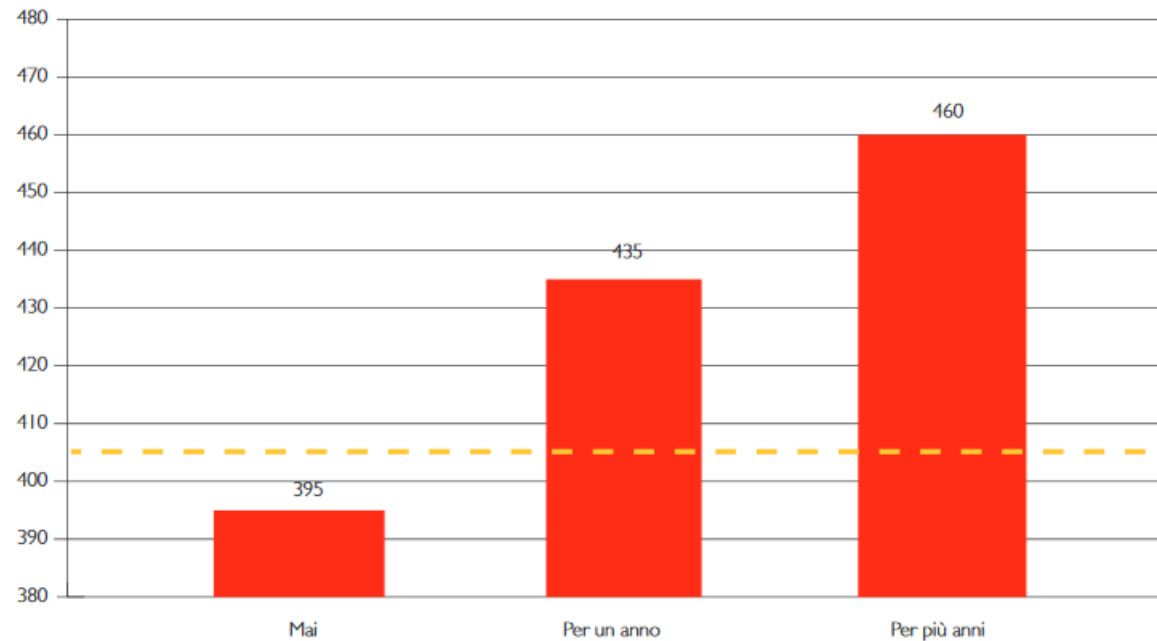
Fig. 6. Media competenze in matematica dei ragazzi in maggior svantaggio socio-economico e culturale, per frequenza alla scuola dell'infanzia



Elaborazione Save the Children - Fonte PISA OCSE (2012)

Media competenze in lettura

Fig. 7. Media competenze in lettura dei ragazzi in maggior svantaggio socio-economico e culturale, per frequenza alla scuola dell'infanzia



Elaborazione Save the Children - Fonte PISA OCSE (2012)

Nido, depressione materna e implicazioni per il bambino

Studio prospettico di popolazione

1750 bambini del Québec Longitudinal Study of Child Development

Disegno Studio

Rapporto fra madri con segni importanti di depressione e disturbi internalizzanti nei figli (problemi emozionali, ansietà da separazione, sintomi di esclusione sociale).
Controlli 5, 17, 30, 42, 54, 60 mesi.

Tre gruppi di bambini

Sole cure materne o babysitter

8 ore settimanali di nido

40 ore settimanali di nido

Risultati

► All'ingresso nello studio vi era associazione fra depressione materna e disturbi internalizzanti

I bambini di madri con elevato score per depressione materna hanno doppio rischio di problemi internalizzanti (0.002).

► I bambini che hanno frequentato nidi per 40 ore settimanali **riducono significativamente il rischio** di problemi internalizzanti (0.002) rispetto a quelli con cure materne o con babysitter. Protezione resta anche se hanno avuto accesso al nido dopo i 17 mesi.

C.M. Herba et al. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(8):830-838

Nidi, diseguali socioeconomie e performance scolastica

Studio di coorte prospettico (12 anni) population-based

1269 bambini del Québec Longitudinal Study of Child Development

Disegno Studio

Verificare se frequenza a centri di *childcare* riduce nel lungo termine gap tra bambini di basso SES e bambini di SES medio e, nel caso, quali condizioni sono necessarie per raggiungere questi benefici nel lungo termine

Fattori presi in considerazione:

- ▶ intensità di frequenza (n. ore/gg, range 0-60)
- ▶ tipologia di frequenza (inizio precoce, inizio tardivo, nessuna frequenza)
- ▶ tipo di nido

Prendendo in considerazione i risultati delle prove in *lettura, scrittura e matematica* (Quebec Institute of Statistics) a 12 anni emerge che:

- ❖ Bambini con *basso SES* che frequentano i nidi **fin dall'età precoce (es. 5 mesi)** dimostrano **risultati migliori in lettura, scrittura e matematica** rispetto ai bambini con basso SES *che non erano mai andati al nido* e comunque i benefici sono tali da ottenere performances uguali a bambini di alto SES
- ❖ L'effetto inizia a essere evidente dal secondo semestre e aumenta fino ai 18 mesi, come età di ingresso

Conclusioni dello studio

- La frequenza al nido, **purché sufficientemente precoce e a tempo pieno** può ridurre le diseguaglianze sociali nella performance scolastica almeno fino all'adolescenza, e la **frequenza precoce può addirittura eliminare** queste differenze
- Studi precedenti avevano dimostrato che i *nidi di qualità* hanno effetti benefici a livello cognitivo nel lungo termine, a prescindere dallo stato socio-economico

Attenzione

- *Quantità* e **qualità** del tempo che i *caregiver* dedicano ai figli non può essere paragonata con quello offerto da servizio di *childcare*, perché gli stimoli offerti sono diversi. Nulla può sostituire completamente l'interazione con i genitori nei primissimi periodi di vita, ma è anche vero che aspetti relativi a socializzazione, gioco, attività motorie, regole ecc. vengono a mancare in molte delle attuali famiglie.
 - Il consiglio deve essere **contestualizzato** in base a caratteristiche della famiglia e dei servizi disponibili
 - È importante che il personale dei nidi **coinvolga le famiglie** e **trasferisca** informazioni e buone pratiche (es. lettura)

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

Il gioco

Il gioco è...



una cosa seria! *(Bruno Munari)*

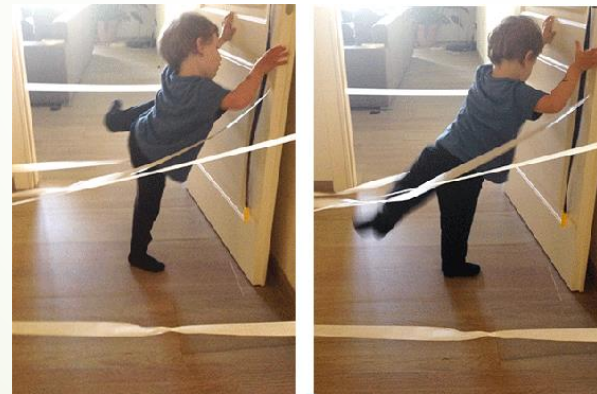
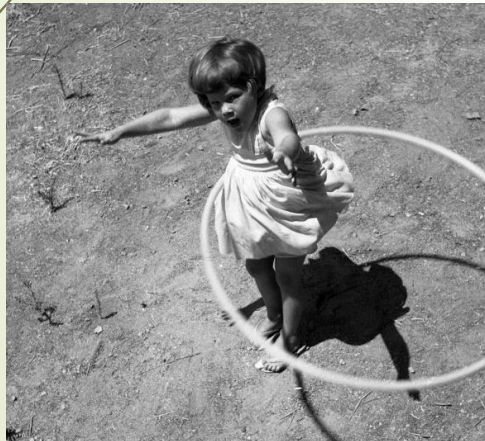
Quale gioco?



Attività ludica di tipo fisico



Gioco creativo



Gioco di movimento



Gioco con regole



Gioco linguistico



Gioco di ruolo



Giochi «da maschi» / «da femmine»



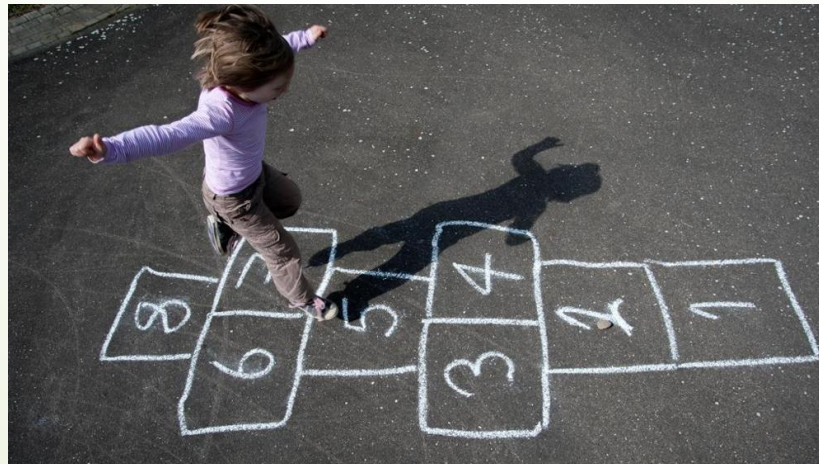
Gioco libero/guidato



Quali sono i suoi benefici?

Dal punto di vista *fisico*, dipendendo dal tipo di attività...

- Migliora la forza e la resistenza
- Attraverso la produzione e il rinforzo di specifiche connessioni e reti neurali aumenta l'agilità, la coordinazione, la flessibilità, la motricità grossolana e fina



Dal punto di vista *cognitivo*...



- Migliora le competenze di emergent literacy e più avanti di numeracy
- Stimola la memoria, l'attenzione, la concentrazione
- Aumenta capacità di problem solving

Dal punto di vista *socio-relazionale*...

- Promuove la capacità di autoregolazione
- Migliora il controllo delle emozioni (paura, ansia, stress, irritabilità)
- Aumenta la resilienza
- Aumenta l'abilità di far fronte agli eventi inaspettati
- Migliora l'autostima
- Aumenta l'empatia e la condivisione



Gioco e apprendimento

I bambini non giocano per imparare, ma giocando, apprendono (*Quanto in alto posso arrampicarmi? Perché il mio*

cuore batte così forte quando corro?)

I migliori risultati per l'apprendimento dei bambini si hanno con una combinazione di:

- gioco iniziato dal bambino attivamente supportato dall'adulto
- gioco guidato dagli adulti che guidano l'apprendimento attraverso attività esperienziali giocose e ricche

Che giochi mettereste dentro a un cestino
per un bambino di 12 mesi?






Servono i “giochi” per giocare?

Esempi di giochi «fatti in casa» adatti per bambini di diverse fasce d'età





- Più le cose non ti dicono in modo esplicito quali sono le azioni giuste da fare e più alto sarà il loro contenuto ludico. **Il ludico delle cose sta nell'essenzialità e l'essenzialità attiva cose inaspettate**

- Importante è soffermarsi sulla quantità e qualità delle cose: poche e ben selezionate (favoriscono una maggior concentrazione dei bambini) e predisposte in modo invitante dal punto di vista percettivo e conoscitivo, senza trascurare la dimensione estetica

- Cercare di rinnovare ciclicamente i materiali

Antonio Di Pietro, *Giocare con niente* in Rivista Bambini, 2017



I consigli da dare ai genitori

- Ritagliare dei momenti durante la giornata per giocare assieme al proprio bambino
- Estendere e variare le proposte di gioco modulandole in base agli interessi del bambino
- Non utilizzare solo e necessariamente giochi commerciali, ma anche oggetti normalmente presenti in casa e materiali di uso comune (coperchi, tappi, scatole, legno, stoffa...)
- Proteggere “il diritto all'ozio, a vivere negli spazi aperti, momenti di tempo non programmato da adulti” e “ il diritto a sporcarsi, a giocare con la sabbia, la terra, l'erba...” (Zavalloni 2003)



NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

L'early childhood development e le buone pratiche



Il massaggio infantile



Differenza tra...

- **Handling** → modalità di maneggiare il bambino durante le attività legate all'esecuzione di procedure della vita quotidiana (alimentazione, igiene, cambio di posizione...)
- **Holding** → contenere con il corpo e le mani il neonato per offrire confine, stabilità (holding con gli occhi, le mani, le braccia...)

Benefici del massaggio infantile

A.I.M.I. www.aimionline.it



Stimolazione

Rilassamento

Sollievo

Interazione



Stimolazione

Facilita nel neonato-lattante la percezione del suo corpo permettendogli di sviluppare la sua immagine corporea

Ne beneficiano vari sistemi: neurologico, respiratorio, cardio-circolatorio, digestivo, immunitario, linfatico, neuro-ormonale (asse ipotalamo ipofisario surrenale che regola la risposta allo stress)



Rilassamento

Produce un rilassamento a livello muscolare e facilita l'acquisizione del ritmo sonno-veglia.

Durante il massaggio aumenta la produzione di ormoni quali endorfine, ossitocina e prolattina e si abbassano i livelli di ACTH, cortisolo e norepinefrina (ormoni dello stress)



Sollievo

La pratica del massaggio può avere effetti benefici sui dolori e sintomi quali coliche, stipsi, tensione muscolare, dolori dovuti alla dentizione...




Interazione

Il massaggio fa sentire il bambino sostenuto ed amato e allo stesso tempo aiuta i genitori a riconoscere i segnali inviati dal piccolo, aumentando la loro capacità di sentirsi competenti

E' un altro modo di stare con il proprio bambino e rafforzare la relazione con lui

Il massaggio naturalmente si integra con voce, canto, sguardo ecc



Utile anche nei casi nei quali l'instaurarsi di una relazione può essere più difficile o meno scontata

- Parto cesareo
- Depressione post-partum
- Famiglie affidatarie e adottive
- Bambini con bisogni speciali
- Per i papà



Parto cesareo

Il massaggio aiuta la mamma a superare il
“vuoto” lasciato dal parto cesareo

Il travaglio aiuta a far sentire, a “conquistare” il
proprio bambino, il cesareo no



Depressione post-partum

Le madri con depressione post partum mostrano interazioni problematiche con i propri bambini (povertà di iniziativa, assenza di stimolazione verbale ecc)

Il massaggio può rappresentare uno strumento utile per rafforzare il legame e la relazione con il bambino contribuendo ad aumentare il senso di competenza della madre e a comprendere meglio i segnali del bambino favorendo la relazione di attaccamento

Famiglie affidatarie e adottive

Bambino

Il massaggio aiuta il bambino ad:

- avere consapevolezza del proprio corpo
- a regolare i suoi ritmi biologici ed emotivi



Genitore

Il genitore impara a:

- leggere i segnali del bambino (stress-rifiuto vs accoglienza-accettazione)
- Rispettare i segnali del bambino
- Rispondere in modo adeguato

Bambino con bisogni educativi speciali

- ▶ Bambini sindromici (Down, Prader-Willi, ecc.)
- ▶ Bambini con alterazioni sensoriali (ipovedenti, ipoudenti ecc)
- ▶ Bambini con alterazioni neurologiche e muscolari periferiche (spina bifida ecc)



Per i papà


I padri si sentono generalmente meno competenti rispetto alle madri nella cura del bambino: il massaggio li aiuta a ritagliarsi del tempo “esclusivo” con il bambino

Il padre può inoltre aiutare la madre attraverso il massaggio a prendersi cura di se e quindi del bambino



Il consiglio da dare ai genitori

- Il massaggio è inteso come una **attitudine** e **non una tecnica** e quindi non richiede competenze particolari; può far parte della pratica di cura quotidiana del bambino
- Individuare uno spazio e un tempo adatti
- Adattare il massaggio alle esigenze del bambino, seguendo e rispettando i suoi ritmi e bisogni ed evitando le forzature, imparare a “**chiedere il permesso**”



*Il massaggio è un'attività da fare
con il neonato e non **al** neonato (Adamson 1996)*



L'early childhood development e le buone pratiche

**Comunicare
efficacemente**

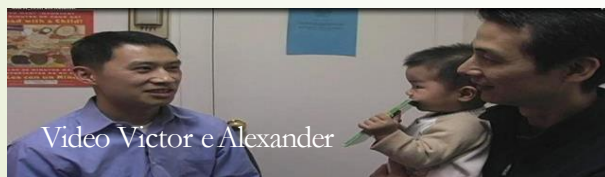
Visione di video

Comunicazione 2/3

Proviamo ad osservare e analizzare nel video le modalità comunicative dell'operatore

Come si pone? Cosa fa? Come fa sentire il genitore?

Proviamo a definire insieme quello che succede.



Suggerimenti per comunicare efficacemente

Comunicazione 3/3

DOMANDA e ASCOLTA attentamente con sincerità e pazienza quello che il genitore racconta di fare con il suo bambino

“Qual è l'attività più piacevole che fate insieme con il bambino a casa?”

VALORIZZA: la restituzione deve essere genuina e centrata su quello che il genitore ha raccontato. Anche se il genitore riporta una situazione banale va approvato e sostenuto cercando di porre anche gli errori in maniera positiva

“Mi sembra un'ottima idea quella di proporre la riletture”

CONSIGLIA i libri o altre attività che siano rilevanti per quel bambino e quel genitore

“A 3 anni i bambini hanno bisogno di risentire molte volte la stessa storia. Il suo bambino potrebbe essere interessato a raccontarla lui stesso. Ha mai pensato di fare delle domande sulla storia e sulle emozioni dei personaggi?”

DIMOSTRA: fai vedere i libri e fai degli esempi

“Per esempio in questa storia potrebbe chiedere al bambino *Cosa sta succedendo a Federico? Cosa pensi possa provare in questa situazione?*”

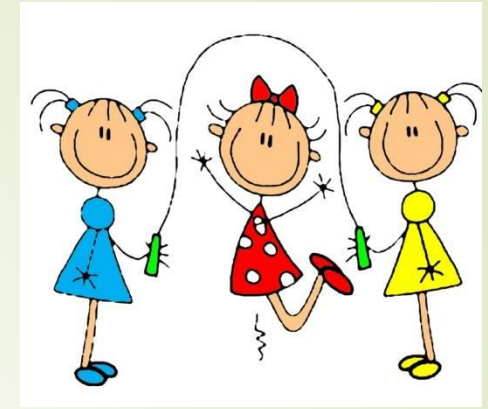


NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

Bambini in famiglie omogenitoriali

Cosa ci dicono gli studi Benessere dei bambini



Rassegna di 33 studi (2010) ha dimostrato che il **benessere psicosociale** dei bambini cresciuti da uno o entrambi genitori omosessuali è **uguale e in alcuni casi superiore** a quello dei bambini cresciuti in famiglie eterosessuali

In particolare i figli di madri o coppie lesbiche mostravano esiti migliori in quanto a *sicurezza dell'attaccamento ai genitori, percezioni dei genitori come disponibili*, frequenza con cui in famiglia si parlava di *temi legati alle emozioni e all'andamento scolastico*

Cosa ci dicono gli studi

Genitorialità

- ▶ Più intenso desiderio di avere un bambino e maggiore quantità di tempo dedicato alla riflessione sulle ragioni per avere un bambino
- ▶ In diversi casi maggiori capacità genitoriali (consapevolezza, preoccupazione, problem solving, disponibilità affettiva, rispetto per l'autonomia dei figli, qualità dell'interazione genitore-bambino)
- ▶ Più tempo dedicato al gioco, agli interessi condivisi e alle attività dei bambini
- ▶ Maggiore espressione di calore affettivo e capacità empatica di risposta
- ▶ Modalità di parenting meno rigide e con livelli più alti di intimità e coinvolgimento

Cosa ci dicono gli studi

National Longitudinal Lesbian Family Study



Il NLLFS, condotto su bambini nati da inseminazione e cresciuti da coppie lesbiche che avevano accettato osservazioni indipendenti dello stato di salute fino ai 17 anni, ha mostrato che l'**adattamento psicologico**, le **relazioni tra pari**, le **relazioni familiari** e i **progressi scolastici** di questi bambini e adolescenti erano **del tutto paragonabili** a quelli dei bambini cresciuti in famiglie eterosessuali

Cosa ci dicono gli studi

Sviluppo dell'identità sessuale

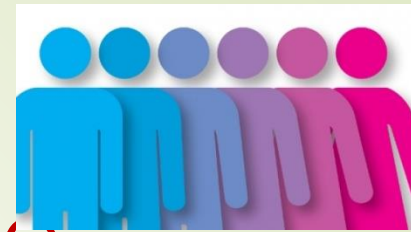


Le differenze riscontrate sono state su:

- Minore aggressività
- Minor senso di superiorità del proprio genere
- Minore pressione genitoriale alla conformità di genere
- Maggiore tolleranza verso la non-conformità di genere

Cosa ci dicono gli studi

Sviluppo dell'identità sessuale



Quanto a:

- *identità di genere* (identificazione di sé come maschio o femmina)
- *ruolo di genere* (attività e attitudini conformi a ciò che culturalmente viene etichettato come maschile o femminile)
- *orientamento sessuale*

Non sono state trovate differenze significative
in nessuna di queste dimensioni!

Bambini adottati da coppie omogenitoriali



Non sono state osservate differenze significative riguardo lo sviluppo cognitivo e la comparsa di problemi comportamentali rispetto a bambini adottati da coppie eterosessuali, anche quando l'adozione era tardiva e da situazioni di abuso e trascuratezza, noti fattori di rischio per l'esito delle adozioni. E questo sia che la coppia fosse costituita da padri gay o da madri lesbiche.

Ciò che conta...

Questi dati, e i risultati di molte altre ricerche che influenzano lo sviluppo dei bambini, sottolineano che ciò che fa la differenza è la *qualità del parenting* (e del *co-parenting*), *l'accordo tra i genitori*, la *sicurezza economica*, i *servizi disponibili* (di salute e socio educativi) e il *contesto sociale e culturale*

...e i veri rischi

L'unico problema per questi bambini è costituito dal pregiudizio e dallo stigma sociale, e sono quindi questi che vanno superati e combattuti, non dimenticando che questi bambini, hanno, come tutti, bisogno di veder riconosciuta la propria realtà familiare anche nelle rappresentazioni pubbliche, nelle storie che si leggono, nelle immagini e nel linguaggio



Conclusioni



La qualità della genitorialità non dipende dalla omo- o eterogenitorialità ma da un lungo processo, che *inizia nell'infanzia di ciascuno di noi*, sviluppandosi poi nella capacità di provvedere al bambino, dandogli non solo sicurezza e protezione ma affetto, comprensione, opportunità di crescita cognitiva, e guida nelle sue diverse tappe evolutive

Madri e padri sono importanti per i bambini in quanto genitori e non in quanto maschi o femmine (Lamb, 2012)



Referenze principali

1. Anna Maria Speranza
Crescere in una famiglia omogenitoriale
(Medico&Bambino, 2015;34:95-98)
2. Ordine degli psicologi del Lazio
Review degli studi in materia di
omogenitorialità, 2015

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

Lutti e separazioni

Diapositive della dott.ssa Eva Unfer

Necessario partire da noi stessi...

- Come viviamo noi il lutto e le perdite?
- Che idea abbiamo del lutto?
È una malattia? È sufficiente il TEMPO per affrontarlo? Eventuali difficoltà/reazioni emotive sono segno di patologia? Come lo vivono i bambini?
- Cosa significano per noi e per il nostro mondo relazionale le separazioni?
- Quali sono le nostre paure/ risorse/ esperienze?

- Muore la nonna di un bambino di 4 e di un bambino di 9 anni.

➤ Cosa fareste?

Li portereste al funerale?

Se sì, entrambi o solo uno dei due?

Fareste vedere loro la nonna morta?

Come spieghereste loro la situazione?

Il lutto nell'infanzia

- ▶ La perdita di una persona cara, nella vita di un bambino, produce un dolore intenso e duraturo (minaccia alla propria sicurezza) e può rappresentare un fattore di rischio nel caso in cui il bambino non sia sostenuto nel processo di elaborazione del lutto
- ▶ In età evolutiva, la comprensione e l'adattamento alla perdita sono processi complessi, non fattibili in forma autonoma da un bambino fino al raggiungimento della preadolescenza.

Esperienze sfavorevoli infantili

► Le esperienze sfavorevoli infantili (ESI o ACE, adverses childhood experiences) sono associate:

- al 44% delle psicopatologie durante lo sviluppo

- 30% delle psicopatologie negli adulti (Archives of Psychiatry, 2010)

e sono le cause più frequenti di disturbi psicologici a tutte le

età

► In età evolutiva possono avere un effetto significativo sulla capacità di regolazione emotiva, sulle strategie di coping e sulla comparsa di comportamenti disfunzionali.

Il lutto

Il **Lutto** (lat. Lugere, piangere) si riferisce, oltre alla condizione di sofferenza e cordoglio, alle **manifestazioni esterne** che seguono la morte di una persona cara (pratiche e riti di natura personale, sociale, culturale, religiosa).



L'elaborazione del lutto è influenzata da molti fattori:

- ▶ Le circostanze della malattia e della morte
- ▶ L'età, il ruolo ricoperto all'interno della famiglia, il grado di parentela
- ▶ La qualità della relazione
- ▶ Le caratteristiche psicologiche personali
- ▶ La storia e le risorse personali
- ▶ Le risorse all'interno del contesto familiare o ambientale

Lutto complicato Fattori di rischio (1)

- ▶ Una morte inaspettata, improvvisa
- ▶ La morte di un bambino
- ▶ Più lutti consecutivi in breve tempo, o la contemporaneità di più lutti
- ▶ Il non aver ben elaborato precedenti perdite
- ▶ La mancanza di un adeguato sostegno emotivo
- ▶ Problemi di salute della persona in lutto
- ▶ Difficoltà economiche che impongono cambiamenti di vita

Fattori di rischio (2)

- Alcune tappe rituali del lutto non sono state osservate
- Si è costretti ad anteporre altre priorità
- Relazioni disturbate, conflittuali tra i dolenti
- Fattori di fragilità connessi alla storia di sviluppo e all'organizzazione di personalità
- Quando il sopravvissuto sente, pensa che avrebbe potuto fare qualcosa per prevenire, evitare la perdita

Luoghi comuni

La sofferenza di un bambino viene spesso minimizzata con frasi del tipo:

- ▶ *I bambini sono troppo piccoli per capire è meglio risparmiarli le sofferenze degli adulti*
- ▶ *I bambini si riprendono molto facilmente e velocemente*
- ▶ *I bambini vanno a giocare dimenticano tutto*
- ▶ *I bambini sono segnati in modo indelebile dalle perdite*

Le fasi del lutto

Bowlby, 1980

- ▶ Fase dello stupore e del torpore
(Non è vero, non è possibile)
- ▶ Fase di ricerca e struggimento
(Attese indefinite)
- ▶ Fase della disorganizzazione e della disperazione
(Cosa sarà di me, cosa succederà)
- ▶ Fase della riorganizzazione
(Impossibilità di mettere fine alle relazioni)

Comprensione della morte

È necessario che il bambino acquisisca alcuni concetti prima di poter comprendere pienamente il concetto astratto di morte:

1. concetto di **non funzionalità** (a 3 anni morire si confonde con il dormire)
2. concetto di **permanenza**
3. concetto di **irreversibilità** (verso i 5-6 anni)
4. concetto di **universalità** (verso i 5-6 anni)
5. concetto di **inevitabilità**

Comprensione in base all'età

- Sotto i 2 anni non c'è nessuna comprensione della morte, è riconosciuta come assenza di movimento, paragonata all'immobilità.
- Al secondo anno di vita i bambini confondono la morte con il sonno.
- Verso i 2 anni e mezzo – 3 cominciano ad avere paura di personaggi come spiriti, fantasmi, mostri (processo della generalizzazione della PAURA)
- Dai 3 anni è ammessa la possibilità della morte per i bambini (per incidenti, perché li mangia il lupo, prendendo la scossa...; difficoltà a distinguere tra fantasia e realtà; morte ha molte caratteristiche magiche)
- Dai 5 anni consapevolezza della morte come accadimento

- ▶ Verso i 6 anni si distingue la morte dal sonno ma la morte non appare come un evento assolutamente irreversibile e universale
- ▶ A 7 anni il concetto di irreversibilità è sempre più chiaro
- ▶ Verso gli 8 anni il concetto di morte si amplia, il bambino comincia ad accettarne l'universalità
- ▶ Tra 9 e 12 anni la morte è riconosciuta come processo biologico definitivo, inevitabile, universale e personale
- ▶ Tra 12 e 14 anni la morte è completamente accettata come parte integrante ed inevitabile della vita (inizia a pensare alla propria morte)
- ▶ Oltre i 14 anni il concetto di morte è assolutamente adulto e differiscono solamente le reazioni emotive (ne discutono all'interno del gruppo dei pari)

DSM V - DISTURBI DELL'AFFETTIVITA': **DISTURBO DA LUTTO PROLUNGATO**

Devono esserci almeno 3 dei seguenti sintomi per almeno 2-3 settimane:

- ▶ pianto e richiamo della persona perduta
- ▶ rifiuto della consolazione
- ▶ ritiro emotivo con letargia ed espressione triste e mancanza d'interesse per le attività proposte
- ▶ disturbi del comportamento alimentare
- ▶ disturbi del sonno
- ▶ regressioni o perdite di competenze fondamentali (es. perdita del controllo sfinterico, uso di linguaggio infantile)
- ▶ restringimento della gamma di affetti
- ▶ distacco, perdite di memoria selettiva anche sul genitore perduto o estrema sensibilità al ricordo della persona scomparsa.

Può essere molto difficile da distinguere dal Disturbo da stress Post-Traumatico.

Nel disturbo da lutto prolungato c'è maggior tendenza alla letargia, al ritiro, alla depressione e all'apatia, mentre nel PTSD c'è maggior tendenza alla riproduzione ansiosa dell'evento e di pattern compulsivi.

Il ruolo dell'adulto

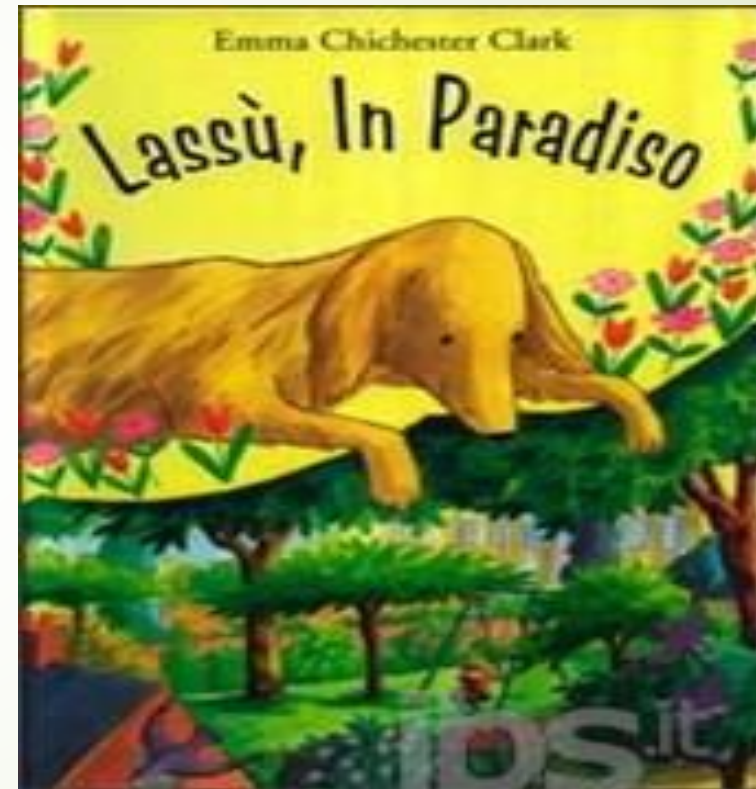
- Per non lasciare i bambini soli e disarmati, gli adulti possono accompagnarli nell'elaborazione del lutto ascoltandoli e permettendo loro di esprimere le emozioni:

dare voce e nome all'emozione

(riconoscimento e normalizzazione)

- La comprensione della morte da parte degli adulti è l'elemento chiave che permette di trasmettere ai bambini la stessa capacità di capire.
- Necessario proporre una *educazione alla morte* sia a casa che a scuola prendendo spunto da fatti e avvenimenti di ogni giorno che facciano parte dell'esperienza del bambino riguardanti quello che lui vede o sente

EDUCARE ALLA MORTE



Quando il dolore è muto...

- Se un genitore ha paura dei sentimenti, i figli nasconderanno i propri.
- Se un genitore preferisce il silenzio, i figli smetteranno di fare domande.
- Il desiderio di protezione dei familiari nei confronti dei bambini e dei ragazzi può aggravare la sofferenza per la perdita, aggiungendo a questa anche la solitudine e l'isolamento.
Può essere presente un tacito accordo per cui non si può fare riferimento all'evento.
- Una perdita significativa può «congelare» il tempo della famiglia e le singole persone che ne fanno parte devono poi svolgere compiti e funzioni sempre uguali a se stesse

Le perdite

Il bambino sperimenta la *perdita* in situazioni come:

- la separazione e il divorzio dei genitori
- un trasloco
- la morte di un animale domestico
- un cambiamento di città
- la perdita del proprio paese d'origine (i migranti)
- la perdita di un'amicizia
- i passaggi dell'età evolutiva (ad es. cambiamento della scuola)

Quando i genitori si separano

- La separazione coniugale è un momento di grave destabilizzazione e di perdita che richiede *tempo di elaborazione e di accettazione*.
- Il bambino percepisce il clima di disagio che si respira in famiglia, pur senza ben capirne le motivazioni
- Il silenzio dei genitori ingigantisce il suo timore, soprattutto se nessuno sente il bisogno di spiegargli, con un linguaggio a lui comprensibile, cosa sta realmente accadendo

Le reazioni alla separazione

I bambini molto piccoli (sotto i 3 anni) possono riflettere la preoccupazione dei genitori manifestando:

- Un insaziabile bisogno di affetto e protezione
- Aumento del pianto e ansia da separazione
- Suzione del pollice
- Problemi gastrointestinali
- Disturbi del sonno
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi nello svolgimento di elementari mansioni igieniche (es. incapacità di controllo sfinterico precedentemente acquisito)

Complessità della separazione

- La storia familiare
- La presenza o meno di conflittualità manifesta e latente tra gli ex coniugi
- La qualità dei rapporti fra i singoli partner ed il proprio figlio
- Le condizioni di salute psico-fisica del genitore affidatario e non
- L'aver vissuto o meno, da parte di ognuno dei componenti familiari, altre esperienze "luttuose" o di forte impatto emotivo
- L'esistenza e la consistenza di una rete relazionale familiare e/o amicale, funzionalmente presente attorno ai soggetti coinvolti nella separazione (mitiga la paura dell'abbandono);
- Il contesto sociale e culturale nel quale la famiglia ormai disgregata vive e/o andrà a vivere.

Il tempo?

- ▶ Il tempo da solo non guarisce il dolore
- ▶ Non è il passare del tempo che cura ma quello che si fa con e nel tempo...

...La sintonia

- ▶ Vuol dire «sentirsi sentiti» all'interno della relazione, ovvero quando ci si sente in risonanza con le emozioni dell'altro, e che l'altro è in risonanza con le nostre emozioni.
- ▶ Nell'interazione sintonizzata i genitori sono sensibili e reattivi, vanno quindi incontro ai bisogni emotivi del figlio, stabiliscono un contatto a livello emotivo
- ▶ La base di questa capacità è l'abilità di cogliere i segnali trasmessi dal figlio e trasmettergli espressioni del viso, sguardi, gesti e verbalizzazioni in sintonia con quello che sta vivendo.


...La narrazione

“L’appropriazione dell’esperienza passa attraverso la capacità di narrarla. Per fare esperienza il soggetto è chiamato a nominare il proprio vissuto”. (M. Mapelli)

- ▶ La narrazione consente alla persona in lutto di dare senso alla perdita e alla storia che l’ha preceduta, e di ricostruire legami con la propria storia e con la propria realtà.
- ▶ La mente umana è narrativa: gli esseri umani organizzano la conoscenza in storie.

Per concludere...

- ▶ Il **linguaggio** che esprime dà parola alla realtà vissuta, il **pianto collettivo (i riti)**, le **parole** che accompagnano, hanno la funzione di un PONTE che avvicina le persone eliminando il peso della solitudine e dell'isolamento.
- ▶ Sono queste le armi, gli strumenti, che l'umanità ha utilizzato da sempre per elaborare e integrare la morte, e che paradossalmente, nell'era contemporanea, tendiamo a scordare.



*È faticoso frequentare i bambini....
Perché bisogna mettersi al loro livello, abbassarsi,
inclinarsi, curvarsi, farsi piccoli...*

**Non è quello che più stanca.
È piuttosto il fatto di essere obbligati a innalzarsi
fino all'altezza dei loro sentimenti.**

Tirarsi, allungarsi, alzarsi sulla punta dei piedi.

Per non ferirli.

(Janus Korczac, «Il diritto del bambino al rispetto»)

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M., D'Elia A. (a cura di) (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina Ed., Milano
- ▶ Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- ▶ Colusso L. (2012), *Il colloquio con le persone in lutto*, Ed. Erckson, Gardolo (Tn).
- ▶ Fabbro N. e al., *Effetti della separazione e del divorzio dei genitori sulla qualità dell'attaccamento del figlio*, *Cognitivism Clinico*, Vol. 6, N. 1, Giugno 2009
- ▶ Kubler Ross E. (1998), *La morte e i bambini*, Red Ed. , Como
- ▶ Lamberto A. (2005) , *Il lutto infantile e giovanile*, Quaderni IPSAR
- ▶ Mapelli M. (2013), *Il dolore che trasforma*, Franco Angeli, Milano
- ▶ Oppenheim D. (2004). *Dialoghi con i bambini sulla morte*, Erickson, Gardolo (Tn).
- ▶ Ostaseski F. (2006), *Saper accompagnare. Aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte*, Mondadori ed. , Milano
- ▶ Sameroff A. J., Emde R. N., (a cura di) (1991), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri Ed., Torino
- ▶ Schaefer D. (2009), *Come dirlo ai bambini. Come aiutare i bambini e gli adolescenti ad affrontare la morte di qualcuno*, SONDA, Casale Monferrato
- ▶ Siegel D.J. (2001), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina Ed. Milano
- ▶ Siegel D. J., Hartzell M., (2005), *Errori da non ripetere*, Raffaello Cortina ed., Milano
- ▶ Simonetta E. (a cura di) (2010), *Esperienze traumatiche in età evolutiva*, Franco Angeli, Milano
- ▶ Sunderland M. (2005) *Aiutare i bambini a superare lutti e perdite*, Erickson, Gardolo (Tn).
- ▶ Vianello R., Marin M.L. (1985). *La comprensione della morte nel bambino*, Giunti Barbera, Firenze.

NUTRIRE LA MENTE *fin da piccoli*®

Sostegno alla genitorialità e promozione dell'early childhood development

**Comprendere per prevenire e dare supporto a famiglie e bambini in
situazioni specifiche**





Migrazioni

Migranti: non esiste una categoria unica.

I problemi sono molto diversi da gruppo a gruppo, e da bambino a bambino

Variabili principali:

- Situazione familiare (integrità e funzionalità del nucleo, lutti)
- Motivazioni e modalità del viaggio e di arrivo
- Livello socio-economico e culturale
- Norme culturali prevalenti



Diversi gruppi etnici, diverse caratteristiche...

- ➔ Medio orientali e nord africani
- ➔ Orientali (bengalesi, filippini,...)
- ➔ Cinesi
- ➔ Africani (africa sub-sahariana)
- ➔ Europei
- ➔ Latino americani



Alcuni numeri in Italia

- Nati con almeno un genitore straniero → 21,2% (100mila) sul tot dei nati a livello nazionale nel 2016
- Nati da genitori entrambi stranieri → 14,6% (69mila) sul tot dei nati a livello nazionale nel 2016
- Cittadinanza delle madri straniere, al primo posto per numero di figli iscritti in anagrafe si confermano le donne rumene, seguite da marocchine, albanesi e cinesi → rappresentano il 47% delle nascite da madri straniere residenti in Italia

Fonte: Natalità e fecondità della popolazione residente, Istat 2016

Implicazioni: donne

- Problemi di salute e sociali legati alle complicazioni del processo di migrazione e di adattamento, particolarmente se status non definito e politiche e atteggiamenti locali ostili
- Perdita del contesto sociale e del proprio ruolo sociale (es. in molte società è previsto l'allevamento condiviso dei minori)
- Ostacoli culturali, legali/amm.vi e di atteggiamento degli operatori nell'utilizzo dei servizi

Implicazioni: bambini

- Situazioni molto variabili
- Problemi più frequenti → **sfera della salute mentale**: tra i migranti sono sensibilmente superiori alla media dei bambini italiani e nei rifugiati arriva al 40-50% .
- Cause principali: **sradicamento**, **violenza assistita o patita**, **disgregazione del nucleo familiare**, **lutti**

Implicazioni: bambini

Il “mistero” della **resilienza**:
cosa ci insegna

La salute dei bambini dipende da:

- Condizione di salute prima del viaggio (possibili traumi derivanti da guerra, violenza, separazione dalla famiglia, sfruttamento, povertà...)
- Condizione di salute durante il viaggio (distanza, durata, modalità)
- Condizione di salute alla fine del viaggio (barriere linguistiche, culturali, educative → possibile rischio per accesso a servizi sanitari ed educativi)
- Mancanza di accesso ai servizi
- Condizioni di salute mentale del caregiver
- Condizioni di vita (alloggi inadeguati)
- Emarginazione sociale (mancanza di interazione con i pari, episodi xenofobici)
- Mancanza di competenze culturale dei professionisti (sanitari e non)

Fonte: ISSOP (International Society for Social Pediatrics and Child Health)
Position Statement on Migrant Child Health

Fattori di protezione

- Inclusione sociale
- Ambiente familiare supportivo
- Buono stato di salute mentale dei caregiver
- Esperienze scolastiche positive



Il conflitto del bambino migrante (1)

- Modificazione dello spazio geografico: riadattamento a oggetti, ambienti, luoghi...
- Modificazione della percezione di sé
- Modificazione dello spazio linguistico

Il conflitto del bambino migrante (2)

- Spesso il bambino svolge di necessità un ruolo di mediatore, anche linguistico, tra famiglia e mondo esterno (stravolgimento ruoli familiari)
- Può provare un senso vergogna per le proprie origini, fattore che viene accentuato soprattutto se ci si rapporta con altri bambini per quella che viene vista come inadeguatezza dei propri genitori
- Nello stesso tempo non è sempre ben accolto dalla comunità ospitante

L'identità multiculturale

“Ti senti più italiano o più etiope?”

“Sono di più, sono tutti e due”

La letteratura indica le potenzialità insite in questo processo:

- Sviluppo del pensiero indipendente
- Desiderio di “far bene”, di emergere






La strada possibile: doppia identità?

La strada possibile: doppia identità

Opportunità di condividere e valorizzare aspetti sia della cultura di origine che di quella del paese di arrivo

Frutto di un lento e profondo lavoro, in cui l'identità viene formata dal continuo confronto tra i due "mondi", la famiglia e la società d'arrivo, e il bambino riesce ad avere un'identità formata dall'armonizzazione e integrazione dei valori delle due differenti culture e un **senso di appartenenza duplice**.

Valorizzare la cultura di base ma mettendo dei limiti là dove ci sono delle regole da rispettare che sono quelle del paese di arrivo



Fornire non solo **servizi sanitari e socio-educativi** ma **supporto ai genitori** è quindi fondamentale per migliorare le prospettive di questi bambini con beneficio per la società tutta.

I dubbi del bi/plurilinguismo

Apprendere due lingue richiede uno sforzo cognitivo per il cervello del bambino?

E' meglio aspettare che una lingua si sia "stabilizzata" prima di impararne un'altra?

Due o più lingue tolgono spazio e risorse allo sviluppo cognitivo generale?

Se i genitori sono di lingue diverse quale lingua è più opportuno utilizzare?

I bambini nati all'estero

Al momento dell'ingresso a scuola troviamo bambini:

- non scolarizzati in L1 (solo competenza orale)
- scolarizzati in L1 (competenza orale e scritta)
- che praticano una lingua orale (dialetto) a casa, ma hanno competenza orale e scritta nella lingua nazionale del paese di origine (ad es. gli arabofoni)
- che praticano una L1 per gli usi orali e famigliari, ma sono stati scolarizzati in una lingua straniera già nel loro paese di origine (ad es. l'inglese per alcuni ghanesi)

I bambini nati in Italia

- Monolinguisimo
- Bilinguismo precoce simultaneo
- Bilinguismo precoce consecutivo
- Bilinguismo consecutivo e tardivo



Monolinguisimo

Coloro che imparano a parlare solo in italiano per scelta della famiglia, o in seguito a un orientamento in tal senso da parte degli operatori e dei servizi per l'infanzia e sono quindi monolingue in italiano

Bilinguismo precoce simultaneo (0-3 anni)

Coloro che sviluppano subito una competenza nelle due lingue, grazie all'inserimento all'asilo nido, parlando in madrelingua a casa e l'italiano al servizio educativo

- A volte questi bambini possono parlare un po' tardi a causa del fatto che stanno sviluppando due sistemi linguistici differenti
- Diverso sviluppo di lessico nelle due lingue con sbilanciamento del vocabolario a favore dell'una o dell'altra lingua

Bilinguismo precoce consecutivo o aggiuntivo (3-6 anni)

Coloro che sono monolingui in L1 e che diventano in bilingui in seguito, con l'inserimento nella scuola dell'infanzia

Si possono osservare 4 tappe:

1. il bambino prova a usare la L1, ma poi si accorge che gli altri bambini comunicano in una lingua diversa
2. si accorge di non essere capito e può passare una fase più o meno protratta di mutismo; il bambino è comunque molto ricettivo in questo periodo
3. nella fase in cui si inaugura la produzione, il linguaggio è formato, parole passepartout, formule e frasi prefabbricate
4. la comunicazione diventa man mano più fluida ed efficace

Bilinguismo consecutivo e tardivo (dopo i 6 anni)

Coloro che apprendono la nuova lingua in età scolare

Il bambino deve imparare a leggere, scrivere,
studiare, affrontare compiti cognitivi diversi nella L2

Ritardo, disturbo del linguaggio o problema di adattamento?

Prima di una diagnosi di questo tipo è importante tener conto di alcuni fattori determinanti per l'apprendimento della L2

- Età, intensità e qualità di esposizione alla L2
- Differenza della lingua di origine (fonologia e sintassi)
- Status della lingua nella comunità ospitante e nella famiglia
- Scelte familiari (valore dato a una lingua a casa)
- Motivazione nei confronti dell'apprendimento
- Background educativo dei genitori
- Età della lunghezza e dell'effettivo superamento della fase silenziosa
- Presenza o assenza di programmi ad hoc per i bambini e le loro famiglie

Cosa può aiutare lo sviluppo del linguaggio del bambino bilingue?

- ▶ Esposizione precoce a input di qualità in L1 e in L2
- ▶ Continuo sostegno ambientale (famiglia e scuola) allo sviluppo di entrambe le lingue
- ▶ Condivisione di momenti di valorizzazione della lingua e del patrimonio culturale di origine
- ▶ Libri (in lingua, bilingui, libri senza parole, libri in CAA) e altri media

Alcuni vantaggi del bilinguismo

- Maggior abilità a distinguere tra forma e significato delle parole: due vocaboli per lo stesso referente e due modi di esprimere lo stesso concetto
- Maggior empatia
- Maggiore capacità di attenzione e di inibizione degli stimoli non rilevanti
- Maggiori capacità di apprendimento di nuove lingue
- Maggior resistenza in età adulta a malattie come Alzheimer e demenza

Dubbi sul bilinguismo (risposte)

Apprendere due lingue richiede uno sforzo cognitivo per il cervello del bambino?

Il cervello è in grado di “gestire” due o più lingue perfettamente fin dalla nascita

Due o più lingue tolgono spazio e risorse allo sviluppo cognitivo generale?

L'esposizione precoce a due lingue non solo non compromette l'apprendimento linguistico ma produce un ampliamento delle conoscenze linguistiche, cognitive e della abilità sociali

E' meglio aspettare che una lingua si sia "stabilizzata" prima di impararne un'altra?

Aspettare che una delle due lingue si sia stabilizzata prima di introdurre la seconda priva il bambino dell'input di quella lingua proprio nel periodo più ricettivo

Se i genitori sono di lingue diverse quale lingua è più opportuno utilizzare?

Possono entrambi utilizzare la propria lingua sia che una di queste sia l'italiano, sia che non lo sia; è importante evitare che la lingua diventi strumento di esclusione consapevole di uno dei componenti della famiglia

Bambini maltrattati



Classificazione delle forme di maltrattamento

Abuso: "gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentando alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico e/o sessuale, da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino" (Consiglio d'Europa Strasburgo, 1981)

Classificazione di abuso proposta da Montecchi (1998):

Maltrattamento

- Fisico
- Psicologico

Patologia delle cure

- Incuria (fisica, emotiva)
- Discuria
- Ipercuria (es. Munchausen by proxy)

Abuso sessuale

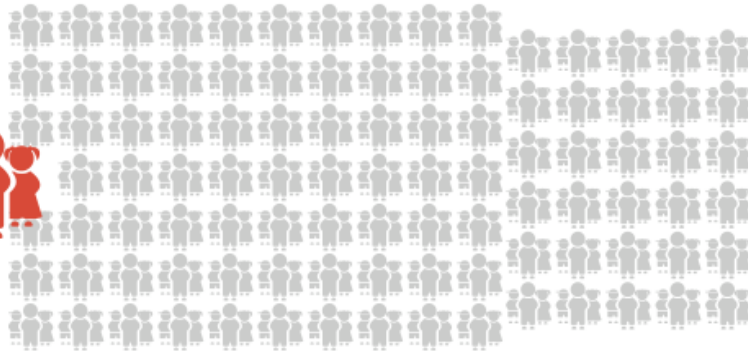
extrafamiliare,
intrafamiliare,
sfruttamento sessuale,
pornografia,
prostituzione,
turismo sessuale

Maltrattamento: i numeri in Italia

Prevalenza dei minorenni
maltrattati italiani sulla
popolazione minorile italiana

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes
Riferimento: Tabella in appendice E.6

su **1000** minorenni italiani,
più di **8** sono **maltrattati**



NB: 21 Comuni non hanno fornito il dato relativo al numero dei maltrattati per cittadinanza

Prevalenza dei minorenni maltrattati
stranieri sulla popolazione minorile
straniera

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes
Riferimento: Tabella in appendice E.6

su **1000** minorenni stranieri,
più di **20** sono **maltrattati**



NB: 21 Comuni non hanno fornito il dato relativo al numero dei maltrattati per cittadinanza

Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia, Terre des Hommes & Cismai, 2015

Di cosa sono vittime i minorenni presi in carico per maltrattamento

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes
Riferimento: Tabella in appendice E.7

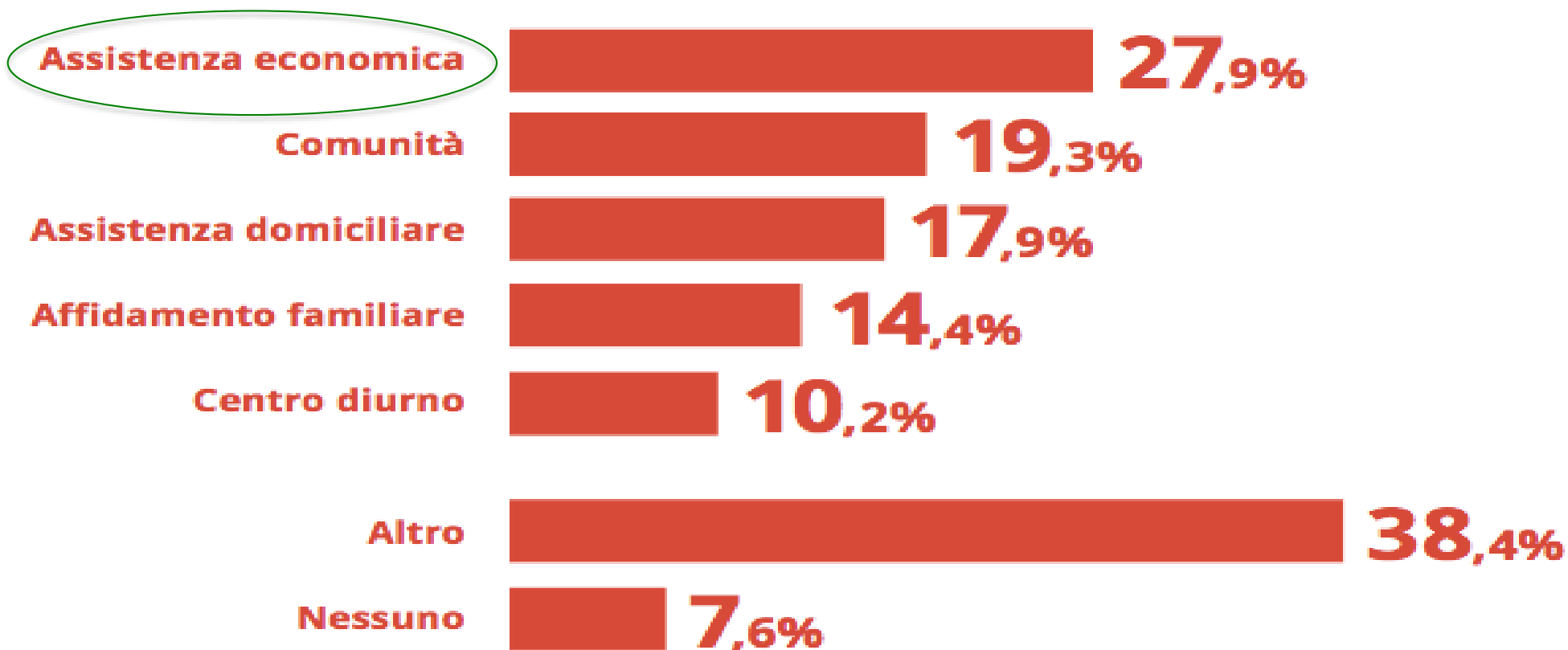
NB: 15 Comuni non hanno fornito il dato relativo al numero dei minorenni per motivo della presa in carico



Tipologie di servizi cui hanno avuto accesso i minorenni maltrattati

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai - Terre des Hommes

Riferimento: Tabella in appendice E.8



NB: 9 Comuni non forniscono il dato sulle tipologie di servizio (per un totale di 1743 minorenni); la somma delle percentuali è superiore a 100 perché era possibile indicare più di un servizio per ogni minorenne.

La memoria

- Memoria implicita
- Memoria esplicita



I bambini che hanno avuto un qualche tipo di trauma potrebbero non essere in grado di avere accesso alla memoria esplicita delle loro esperienze ma potrebbero immagazzinare ricordi delle sensazioni fisiche o emotive, e questi ricordi impliciti potrebbero produrre flashback, incubi o altre reazioni incontrollabili.

Applegate & Shapiro, 2005



Lo stress

- Stress positivo (lo stress “buono”)
- Stress tollerabile
- Stress tossico (attivazione *forte, frequente e prolungata* del sistema di risposta allo stress da parte del corpo)


National Scientific Council on the Developing Child (2014)



Effetti del maltrattamento sullo sviluppo del cervello



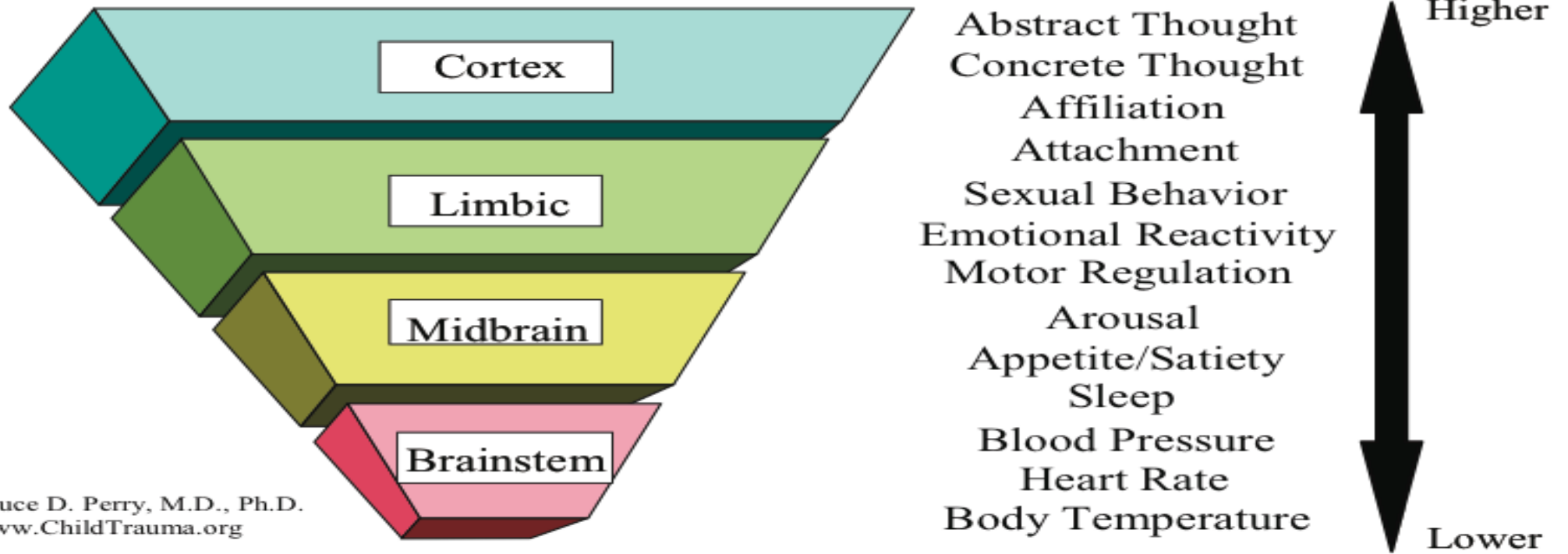
Effetti sulla struttura e attività del cervello



Effetti sul funzionamento del comportamento sociale ed emotivo

Lo sviluppo del cervello

Exhibit 1 – Functions of Brain Regions



Bruce D. Perry, M.D., Ph.D.
www.ChildTrauma.org

- **Ippocampo**

Gli adulti maltrattati possono avere un volume ridotto dell'ippocampo; lo stress tossico può ridurre la capacità dell'ippocampo di riportare alla normalità i livelli di cortisolo dopo un evento avverso

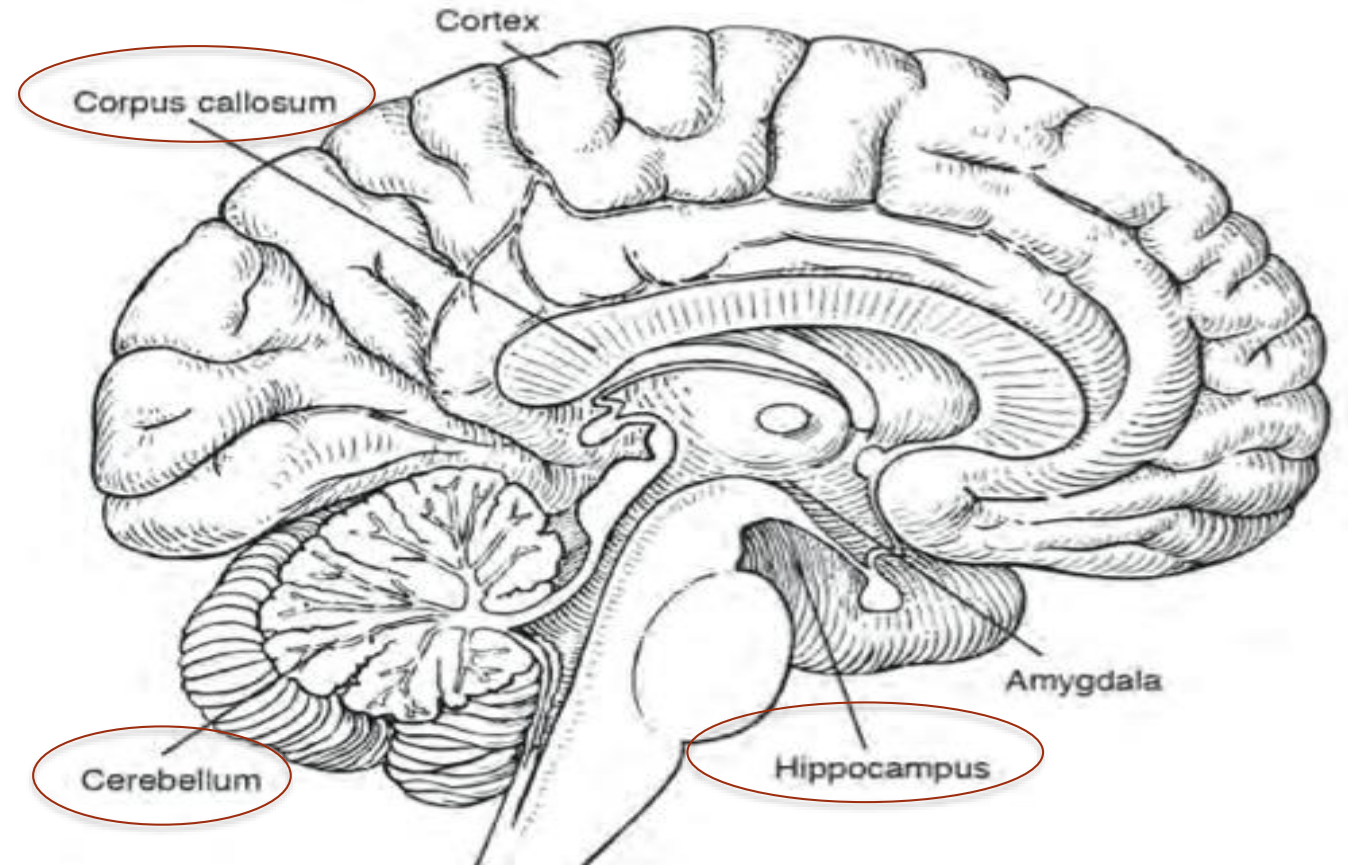
- **Corpo calloso**

I bambini maltrattati tendono ad avere un volume minore

- **Cerebellum**

I bambini maltrattati tendono ad avere un volume più piccolo

Exhibit 2—Brain Diagram



Credit: Tapert, S. F., Caldwell, L., & Burke, C. (2004/2005). Alcohol and the adolescent brain: Human studies. *Alcohol Research & Health*, 28(4), 205–212.

Corteccia prefrontale

Alcuni studi su adolescenti e adulti maltrattati da bambini hanno evidenziato una corteccia prefrontale più piccola; altri studi non evidenziano differenze

Amigdala

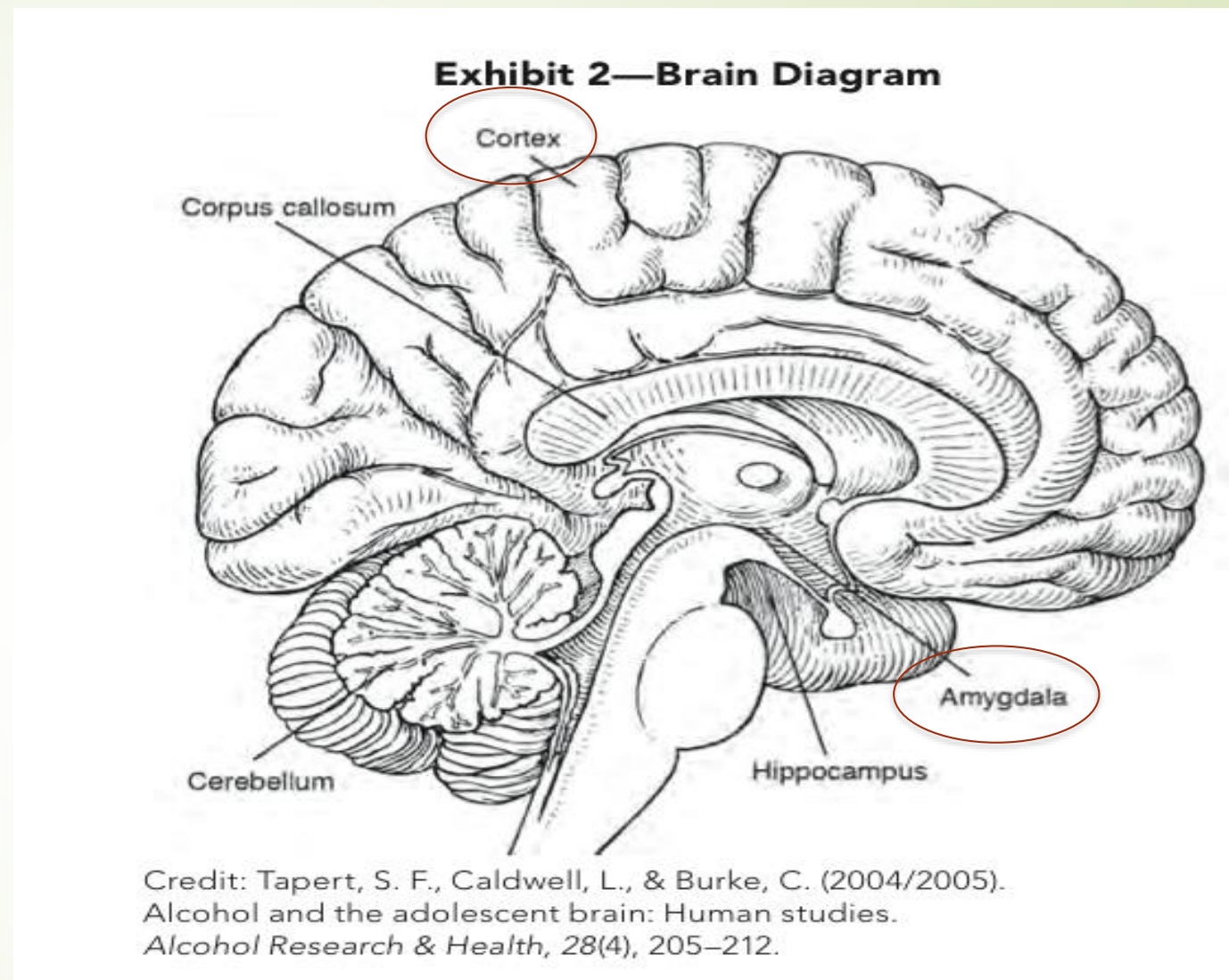
Nonostante molti studi abbiano dimostrato che il volume dell'amigdala non è influenzato dal maltrattamento, l'abuso e la negligenza possono causare una "superattività" in quest'area del cervello, che serve per determinare se uno stimolo è minaccioso e attiva le risposte emotive

Livelli di cortisolo

Molti bambini maltrattati tendono ad avere livelli di cortisolo mattutini anormali (più bassi o più alti del normale)

Altro

Spesso i bambini maltrattati mostrano una diminuzione nell'attività elettrica cerebrale e connessioni più povere tra le aree del cervello necessarie all'integrazione di informazioni complesse



Effetti sul funzionamento del comportamento sociale ed emotivo

- Risposta alla paura persistente
 - Iperarousal
 - Aumento dei sintomi internalizzanti
 - Funzionamento esecutivo diminuito
 - Ritardo nello sviluppo dei milestones evolutivi
 - Risposte indebolite a feedback positivi
 - Interazioni sociali complicate

*Fonte: European Report on Preventing Child Maltreatment. Summary. 2013
(Traduzione a cura del CSB onlus)*

Fattori di gravità del maltrattamento

- ▶ Età del bambino all'epoca dei maltrattamenti
- ▶ Maltrattamento come episodio isolato o cronico
- ▶ Identità del maltrattante (genitore o altro adulto)
- ▶ Esistenza o meno di figura di riferimento
- ▶ Tipo, gravità e durata del maltrattamento
- ▶ Altre caratteristiche individuali e ambientali

*Fonte: European Report on Preventing Child Maltreatment. Summary. 2013
(Traduzione a cura del CSB onlus)*

Bambini e rischio di maltrattamento

Fattori di rischio. Comprendono (ma non si esauriscono in):

- Svantaggio socioeconomico
- Basso capitale sociale
- Abuso di alcol e sostanze
- Genitori molto giovani/singoli
- Problemi di salute mentale (nell'abusante)
- Esperienza di maltrattamento (nell'abusante)
- Patologie esternalizzanti (nel bambino)
- Disabilità (nel bambino) inclusa prematurità grave
- Norme sociali che giustificano le punizioni corporali
- Stress economico-sociale
- Insufficiente legislazione
- Genitore convivente non biologico
- Conflitto familiare

Fattori che riducono il rischio di maltrattamento nei bambini

- Buone relazioni tra genitori e bambino
- Buone relazioni tra i genitori
- Buone competenze genitoriali
- Occupazione buona dei genitori
- Alto livello educativo nei genitori
- Buona autostima dei genitori
- Assenza nei genitori di attitudini/norme che giustificano le punizioni corporali
- Buone competenze sociali del bambino
- Forte rete sociale

Il mistero della resilienza

- Genetica favorevole
- Esperienze precoci/attaccamento sicuro
- Supporto ambientale/educativo

Es. Fattori di resilienza in bambini ebrei sopravvissuti alla Shoah:

- disporre di un buon inizio* (attaccamento buono, chiara struttura educativa, legami intensi e continui sia all'interno che all'esterno, istruzioni ed educazione di tutte le dimensioni del bambino)
- capacità di imparare a "vivere dentro nuove braccia"*

Efficacia di programmi di prevenzione

Tab 1 - Efficacia di programmi universali e selettivi	Impatto sul maltrattamento	Impatto sui fattori di rischio
Programmi universali		
Programmi di prevenzione dell'abuso sessuale	-	++
Campagne effettuate attraverso i media	-	+
Prevenzione del trauma cranico da maltrattamento	+	+
Cambiamento delle norme sociali	-	-
Riduzione della disponibilità di alcolici	-	+
Riduzione della povertà	-	-
Interventi di comunità	-	+
Prevenzione dell'esposizione alla violenza tra i partner	-	-
Programmi selettivi		
Visite domiciliari	+	++
Programmi di supporto alla genitorialità	+	++
Programmi combinati prescolari	+	+
Cure pediatriche intensive	+	+
Gruppi di supporto e auto-aiuto	-	-

++ Giudicati efficaci o supportati da almeno due studi rigorosi o da una revisione sistematica.

+ Giudicati promettenti o supportati da uno studio rigoroso.

- Supportati da evidenze insufficienti, deboli o contraddittorie.

Prevenzione

I programmi basati su visite domiciliari e i programmi di supporto alla genitorialità sono i più efficaci per prevenire il maltrattamento

Tali programmi possono generare risparmi significativi:

- 5,7 euro risparmiati per ogni euro investito in programmi di visite domiciliari
- 17 euro per ogni euro investito in programmi di supporto alla genitorialità e di educazione prescolare

Bambini adottati





Bambini adottati

Esistono evidenze da studi longitudinali su rischi maggiori di problemi nella sfera della salute mentale e dell'adattamento sociale (abuso sostanze, suicidi) in relazione a:

- ▶ Età adozione (più tardiva, più a rischio)
- ▶ Esperienze precedenti (più tossiche, più rischio)
- ▶ Cultura di provenienza (più lontane, più rischio)



ma...

Resta cruciale lo stato di
“adozione” sostanziale
da parte dei genitori adottivi

E ricordiamo che...

Le buone pratiche che svolgono il ruolo di vettori di genitorialità sono particolarmente raccomandate per i genitori adottanti





In ultima analisi

L' atteggiamento, il supporto, le cure della famiglia - e quindi il supporto dei servizi alle famiglie - sono un fattore molto importante rispetto al benessere e al futuro dei bambini in condizioni di vulnerabilità