

La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio Brazelton

GHERARDO RAPISARDI¹ E ADRIENNE DAVIDSON²

¹TIN e Settore Formazione e Aggiornamento; ²Responsabile del Servizio di Riabilitazione Funzionale, AO "Meyer" e Centro "Brazelton" (Fondazione dell'Ospedale Pediatrico "Anna Meyer"), Firenze

Brazelton è una figura storica della Pediatria: uno dei principali attori della svolta culturale che ha portato, meno di mezzo secolo fa, a riconoscere le competenze e il ruolo attivo del neonato nell'interazione madre-bambino. Il riconoscimento dei "momenti sensibili" o "momenti critici" (touchpoints) nello sviluppo del bambino e dei suoi rapporti con i genitori permette al pediatra di assumere un comportamento empatico e di svolgere una guida anticipatoria, dalla quale sia la madre che il bambino ricevono sicurezza e autostima.

Per gli operatori sanitari e gli educatori impegnati nella promozione della salute infantile, la conoscenza dei concetti di Brazelton è oggi considerata un requisito basilare nel percorso professionale di formazione.

Fin dagli anni Cinquanta Thomas Berry Brazelton, pediatra e psichiatra infantile che lavora a Boston (Stati Uniti), si è dedicato in modo particolare alla comprensione del comportamento neonatale e infantile e al supporto del ruolo genitoriale, diventando uno dei più rinomati e amati pediatri statunitensi. Tra i suoi contributi nel campo della pediatria e della psichiatria infantile, i più rilevanti per il lavoro del pediatra sono i concetti che stanno alla base della Scala di Valutazione del Comportamento del Neonato¹ e dei *Touchpoints* ("momenti sensibili")^{2,3}.

LA SCALA DI VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO DEL NEONATO

La scala di valutazione del comportamento del neonato (*Neonatal Behavioural Assessment Scale* - NBAS) ha costituito un contributo molto innovativo, in particolare se lo riportiamo alla metà degli anni Cinquanta in cui fu concepita: considerare allora il neonato un essere sociale predisposto a interagire at-

PROMOTION OF EARLY DEVELOPMENT: THE BRAZELTON APPROACH

(*Medico e Bambino* 2003;22:171-176)

Key words

Early development, Newborn, Touchpoints, Observation, Health promotion

Summary

The Neonatal Behavioural Assessment Scale (NBAS) is a standardised tool to assess term newborn babies and young infants, based on the observation of the spontaneous behaviour of the baby and of his/her interaction with the caretaker. The tool is aimed at improving parents' awareness of their baby's competencies and ultimately at promoting better interaction. In the "touchpoint" model, the principles of NBAS have been extended to children up to 6 years. The main characteristics of this approach are the empathic role of the health professional, and the interdisciplinary nature of the tool, which allows and promotes the communication between different health professionals and between professionals and parents.

tivamente con la madre e le altre persone che si prendono cura di lui, riuscendo a evocare il tipo di accudimento necessario alla propria sopravvivenza, era certamente rivoluzionario. Questa impostazione ha contribuito in modo rilevante a dare dignità a quel neonato che veniva per lo più studiato paragonandolo a un animale decerebrato, quasi fosse solo dotato di risposte riflesse a stimoli esterni.

Un altro aspetto fortemente innovativo fu quello di riconoscere il contributo attivo del neonato nel determinare le caratteristiche delle relazioni con i genitori. A metà degli anni Cinquanta esistevano infatti poche conoscenze sulle competenze dei neonati; il loro sviluppo veniva in gran parte spiegato

come il risultato dell'allevamento dei genitori e nei casi di disturbi relazionali venivano incolpati questi ultimi, e in particolare la madre. Lo studio delle competenze neonatali e la valorizzazione della sua propositività hanno avuto quindi per Brazelton fin dall'inizio l'obiettivo di aiutare i genitori a una migliore comprensione del proprio bambino e del loro ruolo, nonché di prevenire possibili distorsioni relazionali.

In fondo Brazelton ha dato dignità scientifica a quanto le madri dentro di loro hanno sempre saputo: che un neonato, fin dai primi momenti, si mostra diverso dagli altri, ha una sua personalità e una propria abilità nel toccare, annusare, ascoltare e guardare; si lascia consolare tenendolo tra le braccia e cul-

landolo, parlandogli e cantandogli; fa capire che i suoi pianti possono avere una diversa causa e diversi effetti ed è in grado di utilizzare le modalità con cui viene accudito per maturare il suo adattamento al nuovo mondo extrauterino.

Le prime pubblicazioni di Brazelton su questo tema risalgono agli anni Sessanta; la prima edizione della Scala è del 1973, seguita da altre due edizioni nel 1985 e nel 1995; dal 2000 è stata elaborata, da parte dello psicologo Kevin Nugent, attuale direttore del Brazelton Institute a Boston, una versione semplificata più adatta all'uso clinico (*Clinical Neonatal Behavioral Assessment Scale* - CLNBAS).

DALLA RICERCA ALLA PRATICA CLINICA

La NBAS è un esame del comportamento del neonato a termine, utilizzabile dalle 37 settimane di età gestazionale fino ai 2 mesi. Il neonato vi è concepito come un essere sociale, propositivo, che ha capacità di difesa e di autoregolazione comportamentale, e che sa regolarsi e organizzarsi nell'interazione con l'ambiente esterno. L'esame mira a fare emergere queste abilità, privilegiando la descrizione e la valutazione della normalità del neonato, ricercandone le migliori capacità disponibili ("best performance").

Non è un esame neurologico o neuroevolutivo, anche se alcune delle sue voci (parametri, categorie = *item*) sono state incluse in altri esami neurologici neonatali^{4,5}, compresa la nostra proposta per l'esame neuroevolutivo neonatale⁶.

Nella sua completezza la NBAS è un esame standardizzato, utilizzabile nella *ricerca*, che richiede 20-30 minuti per la somministrazione e altri 10-15 minuti per lo *scoring* (assegnare il punteggio). È stata utilizzata in numerose ricerche per valutare gli effetti sul comportamento neonatale di fattori di rischio pre- e perinatali, farmaci in gravidanza/travaglio, uso di droghe materne, sulle differenze culturali e di sesso, sulla validità per la prognosi a distanza e sugli effetti dell'intervento. Sono stati dimostrati effetti su diversi aspetti del

comportamento neonatale che ovviamente condizionano lo sviluppo relazionale precoce¹.

Per una migliore comprensione del neonato nella *pratica clinica*, tutti i concetti della NBAS e alcune delle sue categorie possono essere inseriti all'interno dell'interazione professionale quotidiana con il neonato, secondo le specifiche esigenze degli operatori che li utilizzano. È questo l'aspetto che riteniamo di maggiore utilità; è la modalità che usiamo nell'attività clinica quotidiana di neonatologo/pediatra e di fisioterapista pediatrica e che proponiamo nei corsi interdisciplinari di formazione nell'approccio neuroevolutivo al neonato e al lattante svolti dal "Centro Brazelton" di Firenze.

Si tratta di integrare questi concetti nella normale visita neonatale e all'interno dell'intervento volto a promuovere lo sviluppo neurocomportamentale del bambino mediante il coinvolgimento, il sostegno e la guida ai genitori (Family-centered Developmental Care).

In accordo con i principi della semeiotica neuroevolutiva di Milani Comparetti⁸, la nostra proposta di valutazione privilegia l'osservazione del comportamento spontaneo del neonato all'interno della relazione con chi lo accudisce, privilegiandone l'aspetto propositivo e interattivo; questo offre il massimo di informazioni sull'uso funzionale delle varie competenze esaminate. Le informazioni raccolte nell'osservazione dei comportamenti spontanei in vari momenti della visita (accoglienza, colloquio iniziale con i familiari, quando il bambino viene consolato, spostato, spogliato ecc.) possono essere completate dall'osservazione del comportamento neonatale provocato dal genitore (guidando le proposte in modo appropriato) e/o dall'operatore.

CHE COSA CONSENTE DI FARE

Questa valutazione consente di descrivere un'ampia gamma di comportamenti neonatali, le competenze e risorse del piccolo, così come le difficoltà e le deviazioni dalla norma.

In particolare vengono esaminate: la capacità di adattamento a eventi esterni disturbanti (con il decremento di risposta a un rumore disturbante, funzione "difensiva" necessaria per esempio per l'auto-organizzazione del sonno nell'ambiente extrauterino più o meno rumoroso); la capacità di mantenere gli stati comportamentali di veglia e di sonno e di regolarne la transizione dall'uno all'altro; le capacità interattive (sguardo, ascolto, mimica e qualità dell'attenzione); la consolabilità al pianto e all'agitazione, la coccolabilità (capacità motoria e relazionale di rannicchiarsi quando è in braccio all'adulto per evocare l'abbraccio); le capacità motorie (controllo assiale antigravitario emergente, autostabilizzazione in uno spazio con poco contenimento, prima coordinazione mano-viso-bocca) e quelle di adattamento delle funzioni neurovegetative (stabilità del colorito cutaneo, delle funzioni viscerali, della motricità).

In base alla soglia di risposta, alla modalità di transizione tra gli stati comportamentali, alle capacità di autoregolazione e al temperamento, è possibile descrivere le caratteristiche individuali del comportamento neonatale, già formate prima della nascita, cogliendone le differenze rispetto ad altri neonati e gli aspetti salienti per la relazione. Vengono così individuati i neonati più o meno irritabili e capaci di consolarsi, oppure quelli che hanno più difficoltà a mantenere a lungo la veglia o lo stato di sonno, o ancora quelli 'paciocconi', certamente i più facili da accudire per i genitori. Altri risultano particolarmente fragili e sensibili a sollecitazioni interne ed esterne, che provocano in loro facili tremori, soprassalti ("startles"), cambiamenti e mazzatura del colorito cutaneo, così come scoppi improvvisi di pianto: un comportamento certo più difficile da comprendere e che può generare difficoltà nell'accudimento e preoccupazione nei genitori.

Esistono poi differenze culturali: ad esempio i neonati "orientali" riescono a stare attenti per periodi più lunghi rispetto a quelli "occidentali" e, rispetto a questi ultimi, sono generalmente meno attivi a livello motorio.

Assieme a queste caratteristiche indivi-

duali, nella valutazione vengono osservate e individuate quelle manovre assistenziali (o facilitazioni) che meglio promuovono l'adattamento e la regolazione comportamentale di quel determinato bambino all'interno della relazione con i genitori.

In questo modo l'operatore ottiene informazioni che potrà poi utilizzare nel colloquio che mira alla promozione della sicurezza e delle competenze genitoriali, e che comprende il sostegno e le facilitazioni dell'accudimento del neonato, focalizzate sui piaceri e sulle piccole difficoltà quotidiane.

UNO STRUMENTO PER IL LAVORO TRANSDISCIPLINARE

Per gli operatori sanitari la valutazione comportamentale NBAS costituisce un utile strumento del proprio bagaglio tecnico e culturale per entrare in relazione con la madre e la famiglia, per sostenerne e promuoverne la relazione con il neonato, condividendo con loro le caratteristiche del comportamento del proprio bambino. Per i genitori può fare aprire una nuova finestra di osservazione, offrire loro un aiuto nella comprensione del bambino piccolo e delle ragioni di tanti comportamenti che osservano spontaneamente. Li aiuta a trovare e mettere in atto modalità di accudimento più efficaci nel promuovere l'organizzazione del comportamento neonatale nel suo complesso (ad esempio offrirgli maggior contenimento e stabilità posturo-motoria, maneggiarlo con cura quando viene spostato, rispettare meglio i suoi tempi, non sovraccaricarlo con eccessive richieste dall'esterno, capire il significato delle facilitazioni usate per consolarlo e addormentarlo...).

Un altro punto di forza di questo metodo di valutazione comportamentale è la possibilità di venire utilizzata in modo interdisciplinare, non solo individualmente, da tutti gli operatori, medici e non, che si occupano di neonati e di infanzia (pediatri, neonatologi, neuropsichiatri infantili, fisiatristi, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi, psicomotricisti, pedagogisti, assistenti so-

ciali...). Permette, infatti, la condivisione degli stessi contenuti e competenze tra professionisti diversi, diventando così un vero mezzo di collaborazione e di lavoro transdisciplinare, sia nei corsi di preparazione alla nascita che nelle prime visite del neonato in ospedale e a casa, nel lavoro consultoriale e nelle altre attività durante tutto il periodo del puerperio.

Come già precisato, lo strumento in sé è valido per il neonato a termine; anche se alcuni aspetti possono essere applicati per la valutazione e l'intervento nel neonato pretermine e/o a rischio di disturbi dello sviluppo psicomotorio, per questo scopo sono necessari ulteriori strumenti e competenze specialistiche⁹.

POSSIBILI RISCHI

Non è particolarmente difficile imparare le tecniche di osservazione e di valutazione della NBAS; lo è invece imparare a utilizzarle in modo opportuno, condividerle con i genitori mantenendo l'obiettivo prioritario di valorizzare e maturare le loro competenze di accudimento e il loro livello di autostima. Il tutto mirato alla salute della relazione con il neonato.

Come nell'uso di altri strumenti dedicati alla prevenzione sanitaria e alla promozione di salute, gli operatori sono a rischio di cadere nella trappola di assumere un atteggiamento didattico, da esperto, facendo diventare la relazione con i figli e il loro accudimento materie che gli specialisti insegnano ai nuovi genitori. Nel caso specifico questo può mettere in crisi precedenti sicurezze materne e diminuirne l'autostima; può risultare un'inopportuna intrusione nei valori e nelle scelte genitoriali, disturbando il rapporto spontaneo con il neonato in una fase particolarmente delicata del percorso genitoriale.

È perciò evidente l'importanza in questo settore di un approccio basato sulle abilità di counselling¹⁰ e sull'impegno dell'operatore nel promuovere la crescita delle risorse genitoriali e le loro scelte consapevoli e indipendenti.

L'intervento dipende soprattutto dalla relazione interpersonale creata fra l'operatore e i familiari dove risulta basilare riconoscere cosa l'operatore, come parte del sistema, porta alla relazione e come le sue comunicazioni verbali e non verbali influenzano l'efficacia dell'intervento. Richiede di prendersi cura soprattutto del se, quando e come dire invece del solo dire.

I "TOUCHPOINTS"

Nel modello dei *touchpoints*^{2,3} Brazelton ha esteso i principi e i concetti della NBAS alla valutazione del bambino più grande, arrivando attualmente fino a 6 anni di età.

Per "touchpoints" (momenti sensibili) si intendono quei momenti cruciali evolutivi in cui il comportamento del bambino si disorganizza e in cui, di conseguenza, anche i genitori possono sentirsi disorientati nei loro compiti educativi e di accudimento.

Sono momenti prevedibili, che precedono un salto nello sviluppo comportamentale, motorio, cognitivo ed emotivo, e costituiscono un periodo di riorganizzazione prima del salto maturativo successivo. Brazelton li propone come opportunità per la crescita del sistema bambino-genitore e come occasione per l'operatore sanitario e gli educatori per promuovere salute e prevenire possibili distorsioni relazionali.

Il modello dei *touchpoints* si differenzia da quello sanitario tradizionale in cinque punti principali (Tabella I):

1. È basato sulla valutazione e promozione della normalità del bambino e delle competenze genitoriali, in modo da promuoverne l'autonomia, evitando di creare una dipendenza dagli operatori.
2. Lo sviluppo del bambino viene visto come un processo complesso, in cui non esistono tappe e competenze precise in base all'età del bambino; un processo caratterizzato da momenti di rapido sviluppo alternati a fisiologiche regressioni, che ogni bambino attraversa con proprie caratteristiche personali, temperamento, nonché cultura e storia

I CAMBIAMENTI DAL MODELLO SANITARIO TRADIZIONALE A QUELLO DEI TOUCHPOINTS

Modello tradizionale	Modello touchpoints
<input type="checkbox"/> Un modello basato sul deficit	<input type="checkbox"/> Un modello basato sulla normalità
<input type="checkbox"/> Uno sviluppo lineare del bambino	<input type="checkbox"/> Uno sviluppo multidimensionale del bambino
<input type="checkbox"/> Un atteggiamento prescrittivo	<input type="checkbox"/> Un atteggiamento collaborativo
<input type="checkbox"/> Un coinvolgimento oggettivo	<input type="checkbox"/> Un coinvolgimento empatico
<input type="checkbox"/> Precisi limiti professionali	<input type="checkbox"/> Limiti professionali flessibili

Tabella I

della propria famiglia. Diventa così illogico confrontare i propri figli con gli altri.

3. Prevede il passaggio da un atteggiamento prescrittivo degli operatori sanitari a uno di collaborazione con i genitori, basato sul presupposto che il genitore ha maggiore capacità del professionista nell'identificare le difficoltà nello sviluppo; si punta alla creazione di una partnership con i genitori in cui le loro risorse vengono arricchite da quelle dell'operatore.

4. Passa da un coinvolgimento "oggettivo" a uno "empatico" con la famiglia; le emozioni dei sanitari sono considerate delle risorse che, se usate con competenza e attenzione, possono aiutare nella costruzione di una forte alleanza con i genitori e nella condivisione della comprensione del comportamento del bambino (a differenza dell'atteggiamento basato sul dare consigli e prescrizioni in modo distaccato e unidirezionale).

5. Prevede il superamento di precisi limiti e specializzazioni professionali, in cui l'operatore lavora da solo, scollegato dagli altri; le modalità operative del modello favoriscono la collaborazione e la comunicazione interdisciplinare, consentendo una condivisione e il muoversi reciprocamente nel ruolo comune dell'altro come "promotore di salute" (transdisciplinarietà). Ancora troppo spesso la malattia, un deficit o un comportamento settoriale diventano il solo oggetto dell'interesse dell'operatore, che perde così di vista il bambino nella sua interezza e unicità. Un operatore realmente empatico e sensibile può occuparsi meglio del bambino all'interno della sua famiglia se esce dagli stretti limiti del suo ruolo professionale tradizionale.

LA GUIDA ANTICIPATORIA

Uno dei principali aspetti di questo modello è costituito dalla guida anticipatoria, cioè parlare ai genitori prima degli eventi per metterli in grado di capire meglio il comportamento del bambino e prepararsi ad agire in modo positivo. Fornire una guida anticipatoria vuol dire dare ai genitori:

- il tempo di assorbire le informazioni ricevute;
- la possibilità di riflettere su di esse e integrare i concetti nuovi con le idee che già possiedono sui bisogni di un bambino;
- un aiuto per mettersi in sintonia con i cambiamenti del bambino;
- la possibilità di maturare e utilizzare risorse già presenti in loro.

Un esempio può essere quello di anticipare, tramite un accenno ai genitori, la probabile insorgenza, tra le 2-3 settimane di vita, di un periodo di massima agitazione serale, che può anche manifestarsi con pianti difficilmente consolabili, inserendolo in un contesto di una normale e transitoria fase di sviluppo del neonato: «... il sistema nervoso ancora immaturo può facilmente sovraccaricarsi durante la giornata, tanto che diventa inevitabile per i bambini più attivi agitarsi regolarmente per un certo periodo di tempo ogni sera; dopo tale periodo mangeranno o dormiranno meglio per le ore successive... il periodo di agitazione sembra essere, per loro, un momento di organizzazione necessario...».

Un'altra idea: anticipare ai genitori, durante la fase 1-3 mesi, l'utilità per lo sviluppo psicomotorio del bambino di stare libero in sicurezza, sdraiato su una coperta per terra, dall'età di 4-5 mesi.

PRINCIPI GUIDA

Brazelton descrive i seguenti *touchpoints*¹¹: uno in gravidanza (a 7 mesi), 7 nel primo anno (postpartum, 2-3 sett, 2 m, 4 m, 6 m, 10 m, 12 m), 3 nel secondo anno (15, 18 e 24 mesi), due in ciascun anno successivo (Tabella II).

I principi guida dei *touchpoints* per l'operatore sono improntati al riconoscimento del suo ruolo attivo in un'ottica di rispetto dello stile individuale dei genitori, di valorizzazione dei sentimenti e delle emozioni da loro espresse (Tabelle III e IV).

La formazione nel modello dei *touchpoints* viene proposta a tutti gli operatori che in qualche modo si occupano di bambini piccoli. Negli Stati Uniti esistono oggi 35 sedi *touchpoints*, con il compito di applicarne e divulgarne i concetti (vedi www.touchpoints.org).

Recentemente in California è stato svolto un primo studio preliminare¹² che ha confrontato gli effetti di un intervento di promozione di salute su 70 madri a rischio biologico, psicologico, sociale e/o nutrizionale, suddivise in un gruppo sperimentale (approccio Brazelton) e in un gruppo di controllo.

Il primo aveva ricevuto visite da parte di infermiere con una specifica formazione nei concetti dei *touchpoints*; il secondo di controllo, che aveva ricevuto le normali visite sanitarie in età pre e postnatale fino a 6 mesi di vita. Sono stati trovati effetti positivi dell'interven-

I TOUCHPOINTS NEI PRIMI 36 MESI DI VITA

Prenatale	il bambino immaginario
Neonato	il bambino reale
2-3 sett.	il "calo di energia"
2 mesi	il bambino gratificante
4 mesi	guardare all'esterno
7 mesi	svegliarsi la notte
9 mesi	l' "indicatore"
12 mesi	il camminatore
15 mesi	l'arrampicatore
18mesi	il ribelle
24 mesi	arriva il "No!"
36 mesi	"perché?"

Tabella II

PRINCIPI DEI TOUCHPOINTS: LINEE GUIDA PER GLI OPERATORI

- Riconosci ciò che apporti all'interazione
- Usa il comportamento del bambino come tuo linguaggio
- Focalizza l'attenzione sull'interazione genitori-bambino
- Cerca occasioni per sostenere le competenze
- Valorizza e comprendi la tua relazione con i genitori
- Valorizza le emozioni ogni qualvolta li incontri
- Valorizza la disorganizzazione
- Sii disponibile a discutere aspetti che vanno al di là del tuo ruolo tradizionale

Tabella III

PRESUPPOSTI RIGUARDO AI GENITORI

- Il genitore è l'esperto del suo bambino
- Tutti i genitori hanno punti di forza
- Tutti i genitori vogliono fare il loro bambino
- Tutti i genitori vivono dei momenti critici e sentono il bisogno di dividerli, in ciascuna fase dello sviluppo
- Tutti i genitori hanno fisiologicamente sentimenti ambivalenti verso i propri figli
- Diventare genitori è un processo costruito sull'esperienza di "prove ed errori"

Tabella IV

to sul grado di soddisfazione genitoriale per l'assistenza ricevuta, sull'interazione madre-bambino, sulla salute psichica materna, sulla durata dell'allattamento al seno. Inoltre, nel gruppo di studio, sono risultati un minor numero di visite per malattia e di accessi al Pronto Soccorso Ospedaliero, accanto a un maggior numero di controlli di salute, rispetto al gruppo di controllo.

In sostanza, gli effetti del metodo sono risultati significativamente positivi sulla diade madre-bambino: sebbene sia difficile separare gli effetti sull'uno e sull'altro dei componenti della coppia, risultano forse più chiari gli effetti sulla madre.

In conclusione, riteniamo che il contributo offerto da Brazelton, opportunamente adattato alla nostra realtà italiana e inserito all'interno delle specifiche competenze professionali, possa dimostrarsi un prezioso strumento per la prevenzione e la promozione di salute della popolazione infantile, potenzialmente utilizzabile da tutti gli operatori e in particolare dal pediatra.

Chiunque poi abbia conosciuto personalmente Berry Brazelton ne ha potuto apprezzare l'entusiasmo, la straordinaria carica affettiva, la capacità di en-

trare in relazione e comunicare con i bambini (e non solo), di comprendere le emozioni, i desideri, le competenze, le difficoltà e i conflitti, costituendo così un solido punto di riferimento per i genitori. Un grande esempio di professionalità dalla parte del bambino.

Per ricevere informazioni sulle attività formative del Centro Brazelton di Firenze rivolgersi a: Centro Brazelton - Fondazione dell'Ospedale Pediatrico A. Meyer; Segreteria sig.ra Rossella Castagnoli c/o Centro Direzionale Volta, Viale A.Volta 127/a - 50131 Firenze, Tel 055 5001487; Fax 055 5001491; e-mail: segreteria@direzionalevolta.it.

Bibliografia

1. Brazelton TB, Nugent K. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Ed. italiana della III edizione USA (1995), a cura di G. Rapisardi. Milano: Masson, 1997.
2. Brazelton TB. Touchpoints: Your Child's Emotional and Psychological Development. Reading, MA: Addison-Wesley, 1992.
3. Brazelton TB, Sparrow JD. Touchpoints three to six - Your Child's Emotional and Behavioral Development. Perseus Pub., Cambridge, MA, 2001.
4. Dubowitz LMS, Mercuri E, Dubowitz V. An optimality score for the neurological examination of the term newborn. J Pediatr 1998; 133:406-16.
5. Amiel Tison C, Grenier A. Neurological assessment during the first year of life. New York, Oxford University Press; 1986.
6. Rapisardi G. La valutazione dello sviluppo

MESSAGGI CHIAVE

Cosa conoscevamo sull'argomento

- Molte scale che studiano le tappe di sviluppo neuro-comportamentale del neonato e del bambino sono basate su modelli che tendono a distinguere le situazioni di normalità da quelle di patologia.
- Questo ha come rischio l'adozione di comportamenti di tipo prescrittivo nei confronti del genitore.

Cosa aggiunge l'approccio Brazelton

- La scala di valutazione del comportamento del neonato (NBAS) e il modello dei touchpoints per il bambino piccolo (sino a 6 anni) sono basati su alcuni principi basilari di relazione con la madre e la famiglia, di aiuto alla comprensione del bambino e di sostegno genitoriale.
- La valutazione comportamentale può essere utilizzata in modo collaborativo e comunicativo interdisciplinare da tutti gli operatori, medici e non, che si occupano di neonati e di infanzia ("promozione di salute transdisciplinare").
- Il passaggio da un coinvolgimento oggettivo a uno empatico con la famiglia può consentire (attraverso adeguati modelli di counselling) di promuovere al meglio la crescita e le risorse genitoriali e le loro scelte consapevoli e indipendenti (anche in presenza di patologia).
- Uno degli aspetti di rilievo è quello della "guida anticipatoria", cioè parlare ai genitori prima che si verifichino gli eventi.
- Dati preliminari sugli effetti dell'approccio Brazelton su famiglie a rischio evidenzerebbero effetti positivi sulla soddisfazione genitoriale per l'assistenza, sull'interazione madre-bambino, sulla salute psichica materna, sulla durata dell'allattamento al seno.

psicomotorio nel primo anno di vita. Medico e Bambino 1999;18: 27-33.

7. Harrison H. The principles for Family-Centered neonatal Care. Pediatrics 1993;82:643-50.
8. Milani-Compagnoni A. Semeiotica Neuroevolutiva. Prospettive in Pediatria 1982;48:305-14.
9. Als H. Developmental Care in the Newborn Intensive Care Unit. Current Opinion in Pediatrics 1998;10:138-42.
10. Gangemi M, Quadrino S. Il Counselling in pediatria di famiglia. UTET periodici, 2000.
11. Brazelton TB. I Touchpoints: prevenire i problemi nella relazione genitori-bambino (traduzione di Rita Semprini). Quaderni acp 2001;6:20-4.
12. Brandt K, Murphy JM, Brazelton TB, Keller L, Pitman S, Longoria T. Touchpoints in Perinatal Home Visiting: the impact on health and wellness indicators for mother and baby at six months postpartum (in preparation).

Sinora, occasionalmente, e solo negli ultimi numeri, abbiamo interposto, tra un pezzo e l'altro di Medico e Bambino, "parole rubate", pensieri o frammenti letterari provenienti da lontano, da altri secoli o da altre culture, per aggiungere qualcosa di più alto al basso discorrere che i pensieri sul quotidiano ci consentono. Stavolta, e come eccezione, abbiamo ritenuto utile commentare Brazelton con Brazelton, rubando a Brazelton una intera pagina, rielaborata a mosaico su pezzetti, della sua introduzione al libro (T. Berry Brazelton, Stanley Greenspan: "I bisogni irrinunciabili dei bambini"), edito da Cortina (Raffaello Cortina editore, Milano, 2001). Un testo che è una specie di manifesto politico sul senso ultimo dell'allevamento del bambino.

I bisogni irrinunciabili sono le esperienze e le tipologie di educazione alle quali ogni bambino ha diritto. In una società opulenta come la nostra, nessuno di noi ha il diritto di ignorarli. Eppure, nel momento in cui definiamo questi bisogni, appare chiaro che, allo stato attuale, la nostra società sta trascurando molte delle famiglie o dei bambini più piccoli.

.....

A causa del limitato numero di studi in alcuni settori, molti degli interrogativi più importanti (come la quantità di attenzione nell'accudimento, di cui un bambino necessita giornalmente) devono essere affrontati integrando l'esperienza clinica con le ricerche disponibili.

.....

L'esempio più recente e drammatico dei risultati di un totale disinteresse nei confronti dei bisogni del bambino ci è offerto dagli orfanotrofi della Romania e di altri Paesi ove non si faceva altro che stipare, come in un magazzino, i neonati e i bambini. In queste condizioni, senza un accudimento caloroso né una appropriata interazione, i bambini sviluppavano gravi carenze fisiche, intellettive e sociali. Quelli di quattro o cinque anni riuscivano a comunicare solo con pochi, semplici gesti, come allungare la mano per chiedere il cibo. Quando erano turbati, questi bambini sbattevano freneticamente le braccia o, a volte, si picchiavano da soli. Non possedevano il bagaglio linguistico o il potenziale mentale per utilizzare dei segni per comunicare i loro bisogni o le loro esigenze primarie, solo fugaci capacità di ricevere sollievo e calore quando soffrivano o erano sconvolti.

.....

Mentre questo rappresenta un caso estremo, che ci mette tutti all'erta sull'impatto della cura istituzionale, è possibile riscontrare altre forme inadeguate di accudimento negli Stati Uniti e in altri Paesi industrialmente avanzati: essi sono sotto i nostri occhi, ma vi prestiamo troppo poca attenzione. Includono la condizione di bambini che entrano nel nostro sistema di affidi e che passano da una famiglia all'altra perché è difficile prendersene cura.

.....

Bambini che vivono con uno o con entrambi i genitori naturali e che vengono

privati delle normali esperienze che permetterebbero loro di essere calorosi, amorevoli e attenti verso gli altri, sono quelli che si trovano in famiglie problematiche, con, per esempio, malattie mentali o gravi comportamenti antisociali in uno o in entrambi i genitori. Anche qui ci troviamo di fronte a bambini confusi, impulsivi, chiusi in se stessi, senza obiettivi, con gravi problemi linguistici, sociali ed emotivi.

.....

Leggendo quanto abbiamo scritto, qualcuno potrebbe tirare un sospiro di sollievo al pensiero che nella propria società tali esempi siano assai rari. Ma è comparsa, sia negli Stati Uniti che nel resto del mondo, un'altra tendenza -una nuova forma di accudimento istituzionale. Questa tipologia compare in ogni comunità. Attualmente circa il cinquanta per cento dei bambini viene allevato, per un lasso di tempo notevole nell'arco della giornata, da persone che non sono i loro genitori naturali.

.....

C'è stato uno spostamento in direzione di tipologie di accudimento sempre più impersonali. Un recente resoconto della Fondazione Kaiser ha rilevato che, in media, i bambini passano cinque o sei ore davanti alla televisione e al computer. Durante queste ore, essi non ricevono un accudimento caloroso, né interazioni sociali o intellettive adeguate alla loro età.

.....

Uno di noi si è chiesto se non stiamo creando un nuovo modo di concepire la natura umana, concreto e materialistico, che si rispecchia nelle nostre politiche di accudimento infantile impersonale e nei modelli di interazione. In questa prospettiva, siamo più interessati al cervello che alla mente, e alla biologia e alla genetica più che all'esperienza.

.....

Una delle giustificazioni di questa definizione biologica del funzionamento umano è una errata interpretazione del ruolo del nostro codice genetico.

.....

Dopo tutto, un gene non può esprimersi, né esercitare un'influenza, senza il suo compagno più intimo, l'ambiente.

.....

Sebbene le relazioni con i coetanei siano importanti, anche esse derivano dalle prime esperienze che il bambino ha avuto con i genitori.

.....

Spiegazioni di natura psicologica o biologica troppo semplicistiche possono indurre l'opinione pubblica e gli operatori a credere che sia possibile controllare il comportamento semplicemente riassettando ricompense e punizioni.

.....

Ma è la comprensione amorevole che fa sì che i bambini ci tengano a emulare e a farsi apprezzare dalle figure di riferimento che amano e ammirano, e la presenza di una struttura e di una regolazione che abbiano dei confini, li aiuta solo poi a controllarsi quando le tentazioni si fanno troppo forti.

.....

Spesso il discorso evolutivistico viene associato alla sopravvivenza del migliore, dato che le specie competono per la sopravvivenza. Esiste tuttavia un'altra tendenza che di solito non viene associata all'evoluzione di per sé, ma che può rappresentare una componente davvero importante dello sviluppo in quanto esseri umani complessi. Questo aspetto dell'evoluzione riguarda la capacità dell'uomo e delle famiglie e di cooperare in organizzazioni sociali allargate.

Se si considera il livello di organizzazione sociale necessario per disporre di una struttura economica, militare e governativa avanzata che permetta di sopravvivere nel mondo moderno, essa è sconcertante. Gli esseri umani devono saper lavorare in maniera cooperativa, con passione e con empatia con gli altri membri di un gruppo in tutti gli aspetti della vita. Affinché la famiglia, la comunità e i gruppi sociali funzionino, occorrono cooperazione e organizzazione. Ciò richiede capacità empatiche, sensibilità, comprensione e strategie per fronteggiare le difficoltà. Le nuove generazioni di bambini riusciranno a portare avanti questi compiti solo se cresceranno in famiglie empatiche.

Thomas Berry Brazelton,