

Guide for Monitoring Child Development

Uno strumento essenziale per le cure primarie pediatriche

GIORGIO TAMBURLINI¹, ILGI ERTEM²

¹Centro per la Salute del Bambino - onlus

²Divisione di Pediatria dello Sviluppo, Dipartimento di Pediatria, Scuola di Medicina, Università di Ankara (Turchia)

L'introduzione in Italia di uno strumento internazionalmente validato per la valutazione e la promozione dello sviluppo nei primi anni di vita può essere di grande aiuto agli operatori delle Cure primarie pediatriche nel compito di identificare tempestivamente i ritardi dello sviluppo e intervenire efficacemente attivando le risorse della famiglia e quelle dei Servizi.

Valutazione e promozione dello sviluppo, in particolare nei primi anni di vita, sono un aspetto essenziale delle cure primarie pediatriche¹⁻⁵. L'importanza relativa di questo compito - che è del pediatra di famiglia e dei servizi pediatrici nel loro insieme - è cresciuta nel tempo: le difficoltà e i disturbi del neurosviluppo sono, se non la problematica prevalente nell'ambulatorio del pediatra, certo la più impegnativa, in tutti i Paesi a economia cosiddetta avanzata, e rappresentano una delle principali cause di preoccupazione per famiglie e insegnanti. Preoccupazioni che si riversano spesso - comprensibilmente anche se non sempre appropriatamente - nell'ambulatorio del pediatra di famiglia.

Sono tuttora aperte le questioni che riguardano le cause del trend epidemiologico in crescita che riguarda difficoltà e disturbi^{6,7} del neurosviluppo. A livello globale, accanto ad alcuni fattori che possono averne ridotto l'in-

*Vi è consenso su definire "difficoltà dello sviluppo" tutte le situazioni in cui vi sono ritardi o problemi, causati anche dal contesto socio-culturale o psico-sociale, in una o più delle dimensioni dello sviluppo, e "disturbi del neurosviluppo" quelle condizioni che rispondono a criteri diagnostici e a classificazioni internazionalmente riconosciute quali Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) ecc.

GUIDE FOR MONITORING CHILD DEVELOPMENT: AN ESSENTIAL TOOL FOR PAEDIATRIC PRIMARY CARE

(*Medico e Bambino* 2019;38:91-96)

Key words

Child development, Promotion of development, Monitoring, GMCD, Primary care, Parenting support

Summary

Monitoring and promoting early child development is an increasingly important task of paediatric primary care services. There is consensus that the most effective approach includes both longitudinal surveillance and monitoring rather than one-shot administration of screening test and the promotion of child development combined with monitoring within a dialogue with caregivers. The International Guide for Monitoring Child Development (GMCD) was developed following these guiding principles. Its structure is based on ten open-ended questions and 85 developmental milestones to assess development in 7 domains (expressive and receptive language, fine and gross motor, relation, play and self-help) over 12 age periods from the 1st to the 42nd month. The GMCD includes suggestions to caregivers to support development in the areas of motor and social-emotional development and play. The diagnostic accuracy and validity of GMCD in a variety of settings have been shown by studies carried out in 4 different countries. The GMCD has the potential to ensure better quality and uniformity of well-child visits, support positive parenting and improve the appropriateness of referrals for children at risk or with developmental difficulties and disorders, as well as child development and well-being, with benefits over the life course.

cidenza e la prevalenza, quale la riduzione di alcuni deficit nutrizionali (proteico-calorici, ferro, iodio), ve ne sono altri che hanno invece contribuito al loro incremento, quali l'aumentata sopravvivenza di neonati e bambini affetti da patologie perinatali o malattie croniche, la minore tolleranza sociale nei confronti di specifiche difficoltà anche per l'aumentato accesso alla scolarità, e l'ampliamento dei cri-

teri diagnostici. Non è questa la sede per trattare questa complessa e tuttora vivacemente dibattuta questione, per la quale rinviamo sia a contributi precedenti su *Medico e Bambino* sia a fonti dirette di letteratura^{8,9}.

In Italia, indicazioni su valutazione e promozione dello sviluppo sono state elaborate da un gruppo multidisciplinare che ha visto la partecipazione di tutte le organizzazioni pediatriche¹⁰.

Tali indicazioni si sono basate su alcuni principi conduttori: la non separazione tra valutazione e promozione; l'opportunità di privilegiare un approccio longitudinale, di sorveglianza e monitoraggio in occasione dei bilanci di salute o comunque dei contatti con il bambino, piuttosto che uno basato su screening trasversali a età definite; la valorizzazione delle conoscenze della famiglia nell'ambito di un approccio di dialogo e sostegno. Tutte prerogative tipiche del ruolo del pediatra di famiglia e che non possono essere sostituite da un'osservazione decontestualizzata, occasionale e con esito binario (sviluppo tipico - sviluppo atipico). Da allora questi principi si sono fatti strada e, con il supporto di oltre cinque anni di attività formativa, si sono calati nella realtà pratica di molti operatori. Resta peraltro presente una grande eterogeneità di approcci, accessibilità, tempi, qualità e capacità di intervento da parte dei Servizi, come sottolineato da molti rapporti¹⁰⁻¹¹, in relazione alla frammentazione disciplinare e professionale e alle diverse politiche e accordi definiti a livello regionale.

Questi stessi principi sono alla base di uno strumento, l'*International Guide for Monitoring Child Development* (GMCD) sviluppato originariamente presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Ankara (Turchia)¹²⁻¹⁵ e poi validato da studi molto ampi e rigorosi condotti su un numero molto alto di bambini in quattro Paesi diversi¹⁶⁻¹⁷.

Descriviamo qui il razionale, le evidenze e la struttura di questo approccio che per la sua solida base teorica, validità intrinseca, generalizzabilità e relativa semplicità merita di essere seriamente considerato per entrare a far parte degli strumenti essenziali per le cure primarie pediatriche.

RAZIONALE E STRUTTURA DEL GMCD

Il GMCD propone una valutazione dello sviluppo basata su sette dimensioni: linguaggio espressivo e recettivo, motricità fine e grossolana, relazione, gioco, autonomia. La valutazione viene effettuata in un dialogo con il genitore/caregiver tramite dieci do-

GUIDA INTERNAZIONALE PER IL MONITORAGGIO DELLO SVILUPPO DEL BAMBINO (GMCD): LA SEQUENZA PROPOSTA PER IL DIALOGO SULLO SVILUPPO

1. Introduzione, eventuali preoccupazioni del caregiver	<p>“È importante seguire la salute fisica e la crescita di... ma è altrettanto importante seguire e supportare anche il suo sviluppo, per vedere se ci sono aree che necessitano di supporto. Lei conosce Sua/o figlia/o più di chiunque altro. Parliamo dunque per 5-10 minuti del suo sviluppo, quindi di apprendimento, comunicazione, comprensione, relazione con le persone, movimenti, utilizzo delle mani e delle dita e anche, indirettamente, di udito e vista. Vorrei chiederLe per prima cosa se ha delle preoccupazioni circa lo sviluppo di... in qualcuna di queste aree”.</p> <p><i>Si ascoltano le eventuali preoccupazioni del caregiver; si propone di parlarne dopo che saranno state raccolte informazioni su tutte le dimensioni dello sviluppo.</i></p> <p>“Adesso le farò alcune domande su come si sta sviluppando... in tutte queste aree e di farmi degli esempi di quello che fa nella vita di ogni giorno.”</p>
2. Linguaggio espressivo	<p>“In che modo la Sua bambina Le fa capire che vuole qualcosa? Che tipo di suoni, gesti, parole usa?”</p>
3. Linguaggio recettivo	<p>“In che modo Le fa capire che la capisce quando le parla? Per esempio, cosa fa quando le dice: Dov'è papà? Dov'è la palla? Vieni qui!”</p>
4a. Movimenti grossolani	<p>“Mi parli dei suoi movimenti, come tenere dritta la testa e alzarla, sedersi, camminare.”</p>
4b. Movimenti fini	<p>“Come usa le sue mani e le dita, ad esempio quando afferra gli oggetti?”</p>
5. Relazione	<p>“Come si relaziona con le persone che conosce? Come dimostra di essere interessata a loro? Cosa fa per coinvolgerli? Com'è il suo contatto visivo?”</p> <p><i>Si attende che il caregiver ti risponda, poi si chiede:</i></p> <p>“Come si relaziona con gli sconosciuti? Come dimostra di capire che sono degli sconosciuti?”</p>
6. Gioco	<p>“Mi parli del gioco della sua bambina. Come gioca con le persone, con gli oggetti o i giocattoli?”</p> <p><i>Si chiede se necessario:</i></p> <p>“Che tipo di giochi o giocattoli ha, come ci gioca?”</p>
7. Autonomia	<p>“Cosa sa fare da sola, ad esempio come si alimenta?”</p>
8. Ambiente “nutritivo”	<p>“Grazie per avermi raccontato tutte queste cose sullo sviluppo di..., si vede che la/o conosce davvero bene. Ora per favore mi dica qualcosa della sua giornata. Cosa fate a casa lei e la sua famiglia, nella vita di ogni giorno, per aiutarla/o nel suo sviluppo, a imparare, a comunicare?” <i>Si ascolta quello che ti dice il caregiver. Lo si stimola chiedendo: “Cosa fanno gli altri membri della famiglia e gli amici con...?”. Si valorizzano tutti gli sforzi, e si forniscono suggerimenti presi dalla “Componente di supporto allo sviluppo del bambino” della Guida.</i></p>
9. Rischi per lo sviluppo	<p>“A volte i genitori o chiunque si prende cura del bambino possono avere delle difficoltà. Per esempio, possono sentirsi sopraffatti, stressati o depressi, possono esserci problemi finanziari o malattie in famiglia che rendono difficile supportare lo sviluppo del bambino/a. Ci sono difficoltà del genere o di altro tipo nella vostra famiglia?”</p> <p><i>Si ascolta con empatia, si identificano eventuali fattori di rischio.</i></p>
10. Pianificazione dell'intervento e del follow-up	<p>“Ci sono delle idee o dei programmi che avete per supportare lo sviluppo di... nonostante queste difficoltà? A questa età aiutare lo sviluppo è particolarmente importante. Cosa pensa che potreste fare, Lei, la Sua famiglia, gli amici, la comunità dove vivete per aiutare... nel suo sviluppo?”</p> <p><i>Si supportano gli sforzi dei caregiver. Se i caregiver non hanno idee o programmi, gli si propone di parlarne ancora un po'. Si pianifica il follow-up nella misura e nei tempi che sembrano opportuni in relazione alla situazione.</i></p>

Tabella 1

ESEMPI DELLE TAPPE DI SVILUPPO CONSIDERATE PER LA VALUTAZIONE A 12-14 MESI

Dimensioni dello sviluppo	12-14 mesi (vedi domande relative in Tabella I, n. 2-7)
Linguaggio espressivo	Dice una parola di senso compiuto Utilizza il braccio o la mano per indicare oggetti o persone
Linguaggio recettivo	Comprende verbi/parole che fanno riferimento a un'azione (vieni, prendi, fermati) Comprende i nomi degli oggetti (palla, giocattolo)
Movimenti grossolani	Si tira su in piedi appoggiandosi Sta in piedi da solo per qualche attimo Cammina tenendosi a un sostegno
Movimenti fini	Raccoglie piccoli oggetti usando solo la presa a pinza (pollice e indice)
Relazione	Cerca di condividere il suo interesse con gli altri: coccola il caregiver, lo bacia, guarda assieme gli oggetti
Gioco	Inizia il gioco del cucù Controlla come funzionano gli oggetti (come girano le ruote, come si muove la bambola, come si accendono le luci ecc.)
Autonomia (fare da sé)	Usa le dita per nutrirsi Capisce che si tratta di cibo e lo mangia

Tabella II

fronto tra quanto il bambino sa fare (sulla base di quanto riferisce il genitore/caregiver) nel momento della visita e quello che un bambino con sviluppo tipico dovrebbe essere in grado di fare. Una tabella sintetica consente di collocare le risposte del caregiver nell'ambito dello sviluppo tipico, cioè in un range che comprende, come si è convenuto sulla base dei risultati degli studi condotti in contesti socio-economici e culturali diversi (vedi le evidenze riportate più avanti) l'85% dei bambini, o viceversa di identificare il bambino come bisognoso di supporto in una o più delle sette dimensioni esplorate. Le tappe evolutive di riferimento sono indicate per dodici successivi periodi (1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-11, 12-14, 15-17, 18-21, 22-25, 26-29, 30-35, 36-42 mesi). A titolo di esempio, si riportano le tappe da considerare nella valutazione delle sette dimensioni dello sviluppo per il periodo 12-14 mesi (Tabella II). Dal dialogo così strutturato si delinea un profilo dello sviluppo del bambino sia complessivo che per ciascuna dimensione ed è questo il punto di partenza per orientare, tenendo conto delle altre informazioni e osservazioni contestuali, e sostenere la famiglia, in particolare laddove vi siano difficoltà, ritardi, fattori di rischio o situazioni che richiedano un approfondimento e un intervento specialistico.

Lo strumento è stato disegnato soprattutto per l'uso clinico da parte del singolo professionista con il singolo bambino e i suoi genitori, anche se esiste la possibilità di utilizzarlo anche ai fini di rilevazioni di popolazione (Figura 1).

Il GMCD comprende una componente di suggerimenti per lo sviluppo, anch'essa articolata per sezioni (emozioni, comunicazione e movimento) che costituisce una guida per gli operatori su come e cosa consigliare ai caregiver per favorire lo sviluppo in queste tre dimensioni. Questa parte del GMCD è articolata su sei periodi (0-3, 4-7, 8-12, 13-36, 36-72 mesi) e costituisce un ampliamento, soprattutto sul versante delle emozioni, a quanto raccomandato nella pubblicazione OMS/UNICEF *Care for Child Development*¹⁸.

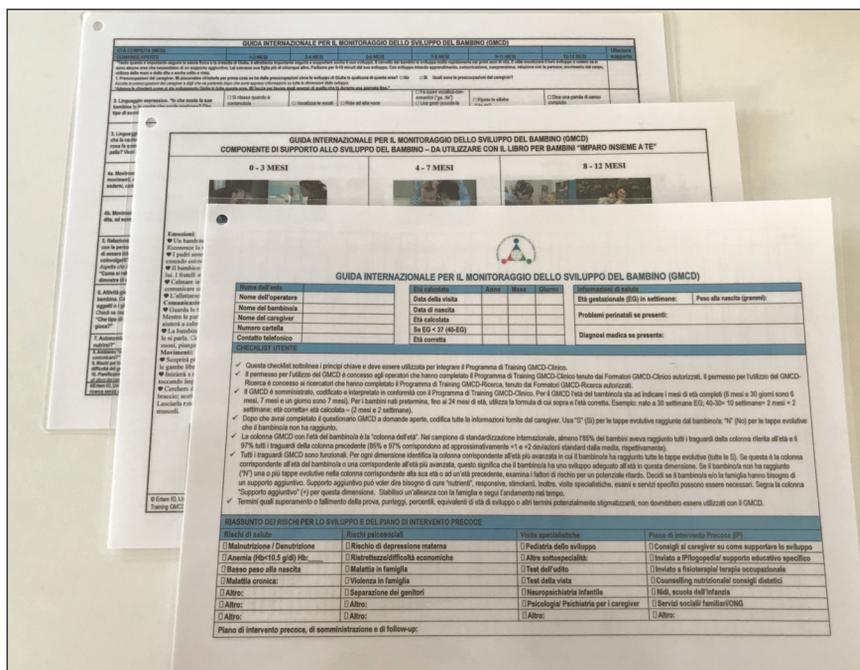


Figura 1. Lo strumento GMCD comprende tre parti: una prima che comprende la storia clinica e le altre informazioni demografiche del bambino, una seconda che include le tappe dello sviluppo nei 12 periodi considerati, e una terza che raccoglie i suggerimenti per lo sviluppo.

mande aperte (Tabella I) volte a capire che cosa il bambino sa fare. Le domande finalizzate a esplorare le competenze raggiunte nei sette diversi ambiti sono precedute da una domanda di apertura e da due di chiusura, finalizzate a esplorare storia medica, contesto, risorse, preoccupazioni del-

la famiglia e quindi a indirizzare su questa base il consiglio, il piano di follow-up e l'eventuale ricorso a Servizi diagnostici e/o abilitativi di secondo o terzo livello.

Il GMCD è stato disegnato e validato per l'arco di età compreso tra il primo e il 42° mese. Prevede il con-

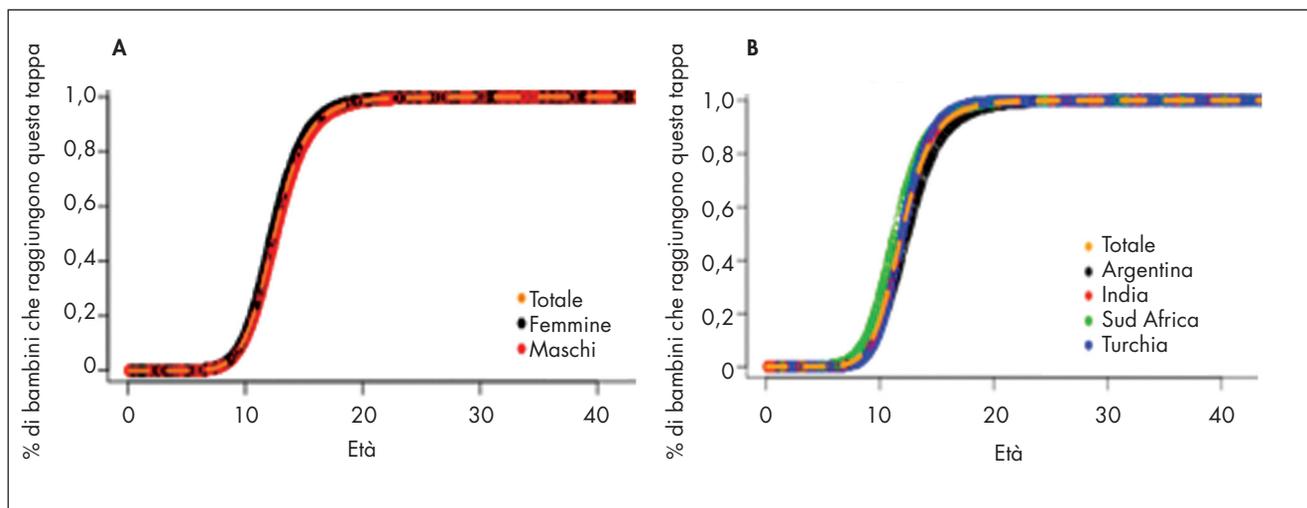


Figura 2. Andamento di alcune milestone dello sviluppo in 4 Paesi. A: tappa di sviluppo del linguaggio recettivo “comprende un comando semplice”; B: tappa di sviluppo del linguaggio espressivo “usa il dito per indicare” (da voci bibliografiche 16 e 17, modificata).

COLLOCAZIONE E VALIDAZIONE DEL GMCD NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

Esiste un gran numero di strumenti per la valutazione dello sviluppo del bambino, di diversa costruzione, accessibilità, sia economica (in termini di *royalty* per l'uso) che tecnica (in termini di competenze richieste per il loro utilizzo), e tuttavia continua la ricerca di approcci validi, efficaci, fattibili, sia nei Paesi a sistemi avanzati che in quelli a basso e medio reddito¹⁹. Le finalità comprendono sia il monitoraggio di popolazione e di valutazione di interventi sia l'utilizzo nelle Cure preventive a singoli bambini e ai loro genitori. Gli strumenti per una valutazione clinica di secondo o terzo livello sono prevalentemente osservazionali, e peraltro non sfuggono ai limiti di un'osservazione condotta in ambienti non familiari e in un *setting* che certo non è quello abituale del bambino. In un *setting* di primo livello l'osservazione si colloca nell'ambito di un dialogo strutturato con il genitore volto a raccogliere informazioni sul contesto familiare e su cosa il bambino è capace di fare in quel contesto, anche perché né l'osservazione né la percezione dei genitori possono da sole riflettere le competenze del bambino. Un recente documento interna-

zionale, condiviso dalle maggiori Agenzie che si occupano di salute e di infanzia, raccomanda che gli strumenti finalizzati alle cure individuali siano basati su un approccio longitudinale e di dialogo con i *caregiver*⁷.

Gli studi condotti sul GMCD in diversi contesti, in particolare lo studio condotto su finanziamento internazionale (*National Institutes of Health*) in 4 Paesi, diversi per livello economico ed educativo (Argentina, India, Sudafrica e Turchia), su un totale di 5000 bambini di età compresa tra 0 e 42 mesi¹⁶⁻¹⁷ permettono di affermare che:

- I percorsi evolutivi nelle diverse dimensioni dello sviluppo considerate sono gli stessi indipendentemente dai contesti. La Figura 2^{16,17} illustra alcuni esempi dell'evolvere delle diverse competenze nel tempo, che si è dimostrato sovrapponibile in tutti i Paesi per la gran parte degli *item* di sviluppo. In base ai risultati dello studio, sono stati rimossi dalla versione finale del GMCD le tappe di sviluppo per le quali si sono osservate differenze significative tra bambini di Paesi diversi. Si tratta di 15 *item* su un totale di 112, e si tratta di differenze imputabili alla diversità dei contesti e delle opportunità (ad esempio per saper se un bambino sa salire le scale occorre avere a disposizione le scale in casa o nei

pressi) oppure delle norme e tradizioni locali. Al termine del percorso di standardizzazione e validazione, il GMCD è stato basato sull'attuale struttura comprendente 85 tappe di sviluppo, articolate su 12 periodi di età e sette dimensioni.

- Lo strumento ha una elevata sensibilità (*range* 0,71-0,94) e specificità (0,69-0,82) rispetto allo standard utilizzato** e quindi compara molto favorevolmente anche con strumenti più complessi (e costosi nella loro applicazione)¹⁷. Nello studio effettuato in quattro Paesi, una difficoltà o ritardo in qualche dimensione dello sviluppo è stata riscontrata in media nel 30% dei bambini (erano già

**Non esiste un gold standard per la valutazione dello sviluppo: lo strumento allo stato ritenuto più comprensivo sono le Bayley Developmental Scales III, che tuttavia presentano alcuni limiti dovuti al fatto che in condizioni di osservazione diverse rispetto a quelle domestiche, cioè in un setting clinico, il bambino può avere performance non del tutto corrispondenti alle sue abituali. Per la validazione dell'accuratezza del GMCD sono quindi state usate le Scale Bayley III, ma coadiuvate da una valutazione clinica da parte di specialisti dello sviluppo infantile. I metodi sono descritti più in dettaglio nello studio corrispondente alla voce bibliografica 17.

stati esclusi i bambini con patologie conclamate, o malnutriti).

- La riproducibilità tra le valutazioni effettuate da personale adeguatamente formato, ma non specialistico, è molto buona^{16,17}.
- Lo strumento è agile nelle mani del pediatra (o di altra figura professionale esperta del bambino), richiedendo 11-12 minuti per bambino, laddove non ci siano problematiche particolari.
- Dello strumento è disponibile una *app* che consente di compilare la scheda relativa a ciascun contatto con il genitore in formato digitale.

REQUISITI E ATTENZIONI PARTICOLARI PER L'USO

L'utilizzo appropriato dello strumento richiede una formazione specifica, che è stata lungamente elaborata e testata e che viene quindi proposta con materiali *ad hoc*: set di *slide*, sessioni interattive, video e una componente di pratica con genitori di bimbi con sviluppo sia tipico che atipico. Il corso introduttivo al GMCD-clinico prevede due giorni di cui il secondo quasi interamente dedicato a colloqui con almeno due genitori. La formazione viene erogata in ogni Paese da parte di Enti che vengono accreditati a questo fine dall'Università di Ankara, dopo un percorso che comprende la traduzione dei testi e la formazione di un gruppo nazionale di formatori. Quest'ultima viene effettuata dall'Università di Ankara e include un primo esame dei materiali, due giorni introduttivi, uno di pratica di interviste e di confronto tra formatori, quindi un periodo di pratica nel proprio ambulatorio, e infine la certificazione definitiva che richiede la conduzione sotto supervisione di un corso. Il corso clinico per il GMCD-clinico prevede due giorni di lavoro, di cui uno di pratica, e viene quindi erogato dai formatori accreditati, fino al rilascio di un attestato.

Esiste anche la possibilità di utilizzare lo strumento a scopo di ricerca quando sia necessario valutare lo sviluppo nei primi anni di vita su larghi gruppi di popolazione. In questo caso

si raccomanda una attenta analisi di quanto ciascun strumento può offrire rispetto alle alternative esistenti, e di quali siano l'impegno e le competenze richieste in rapporto alle finalità, il disegno e le risorse dello studio. In questo caso l'eventuale formazione al GMCD-ricerca richiede alcuni passaggi ulteriori per confermare la attendibilità della valutazione effettuata da ciascun ricercatore rispetto allo standard.

Il percorso italiano

Nella situazione italiana vi è consenso, per le ragioni già evidenziate nell'introduzione, sulla necessità che venga adottato uno strumento comune per la valutazione e la promozione dello sviluppo, che tale strumento sia solidamente ancorato a evidenze che ne attestino la validità, che trovi l'accordo dei pediatri come anche dei neuropsichiatri infantili e degli altri operatori dei Servizi di secondo livello, quali psicologi e logopedisti. Un tale strumento dovrebbe ispirarsi ai principi enunciati in premessa, primo tra i quali quello che l'approccio sia di supporto alle famiglie e ai bambini, attualmente spesso persi nella giungla delle informazioni, delle definizioni, degli atteggiamenti degli

operatori, e dei Servizi. Il lavoro già iniziato alcuni anni fa¹⁰ corrisponde a questi principi e può trovare nel GMCD una sua traduzione internazionalmente validata.

L'Istituto Superiore di Sanità sta coordinando un gruppo di lavoro multiprofessionale, che comprende Neuropsichiatria infantile, Associazioni professionali e Società scientifiche pediatriche, finalizzato a individuare strumenti idonei all'identificazione precoce dei problemi del neurosviluppo, che posseggano caratteristiche di validità e di fattibilità nel contesto del nostro sistema di cure primarie pediatriche, e che contribuiscano a perseguire una maggiore uniformità e soprattutto efficacia dei percorsi di invio e collaborazione con i Centri specialistici. Il GMCD, i cui materiali sono stati tradotti in italiano, è tra gli approcci considerati.

Si ritiene utile riportare l'opinione sul GMCD di due pediatri di famiglia coinvolti nel primo corso di formazione per formatori, svoltosi nel novembre del 2018 a cura del Centro per la Salute del Bambino (CSB) onlus, che hanno dunque avuto l'opportunità di utilizzarlo per un periodo sufficientemente lungo (*Box 1 e 2*).

Box 1 - OPINIONI DI PEDIATRI COINVOLTI

Dopo il corso di formazione sul GMCD ho cominciato a usare questo strumento durante i bilanci di salute in ambulatorio. Avere la possibilità di uno strumento validato scientificamente da poter utilizzare nella valutazione del neurosviluppo nelle cure primarie mi è sembrata una opportunità notevole. All'inizio ho avuto qualche difficoltà a cambiare il mio approccio precedente, che nella sostanza era molto simile nei contenuti ma non uniforme nella sequenza delle domande riguardanti lo sviluppo che ponevo ai genitori: mi pareva innaturale dover fare sempre le stesse domande e preferibilmente nella stessa sequenza, poi ho visto che questo approccio funzionava bene: lo strumento è agevole nel suo utilizzo, le domande si interiorizzano facilmente e il disporre di una sequenza invariante si dimostra di aiuto nella valutazione e nella promozione. Ho apprezzato molto la suddivisione semplice nelle aree di sviluppo: linguaggio espressivo e recettivo, motorio fine e grosso, relazione, a cui si aggiungono gioco e attività di auto-aiuto nel bambino più grande, danno all'operatore una possibilità immediatamente fruibile di valutazione e allo stesso tempo di promozione. L'approccio si è dimostrato utile anche nel follow-up di casi per i quali avevo riscontrato un ritardo in una o più aree di sviluppo perché il GMCD mi ha fornito un base oggettiva da cui partire per restituire ai genitori la mia osservazione con dei consigli mirati, e con la quale confrontare la valutazione successiva. Nella grande maggioranza delle situazioni, dove non si riscontrano problemi, in 7-8 minuti si riesce a usare agevolmente lo strumento. Quando è necessario approfondire, o con genitori che possono avere difficoltà nella comprensione, può essere necessario un po' di tempo in più, ma non più di 10-12 minuti. In conclusione, sulla base della mia esperienza, posso affermare che è sicuramente uno strumento fruibile e semplice che non allunga i tempi di una valutazione del neurosviluppo ma al contrario la facilita, specialmente se viene considerato nell'ambito di una continuità di cure.

Stefania Manetti, Sorrento (Napoli)

Box 2 - OPINIONI DI PEDIATRI COINVOLTI

Parto da un dato di letteratura che mi riguarda: i pediatri che si basano unicamente sul proprio giudizio clinico sono in grado di identificare tempestivamente il 30% dei ritardi di sviluppo, ma tale percentuale può salire di molto con strumenti che li aiutino in questo compito¹⁰. Il GMCD è di grande aiuto in tal senso perché è semplice da usare e non serve un lungo *training* per imparare. Si può identificare facilmente se c'è un ritardo, a che livello e su quale dominio di sviluppo. Da qui si parte attivando eventualmente un intervento di secondo livello ma, cosa importante, nel frattempo il pediatra può già dare utili indicazioni. Identificazione dei problemi e supporto alla famiglia con l'approccio GMCD sono infatti tutt'uno. La famiglia è al centro, diventa protagonista nel percorso: ho notato infatti che le domande aperte previste aprono a risposte - e anche interrogativi e quesiti - da parte dei *caregiver* più ampie di quanto ci si aspetti. Ho imparato senza difficoltà a muovermi nel monitoraggio e, in definitiva, il tempo richiesto dopo un po' di pratica è più breve dei 10-11 minuti indicati. Un'ultima considerazione: durante il *training* ci è stato raccomandato di non modificare le domande in quanto sono state lungamente studiate e validate a livello internazionale. Mi sono accorto però che questa non costituisce una rigidità del sistema: la sequenza delle domande è gradualmente diventata parte naturale della visita, ha cambiato il mio approccio al problema e tutto ciò mi ha aperto la mente. Credo sia un ulteriore aspetto positivo e stimolante da considerare per noi pediatri spesso compressi dalla *routine* quotidiana.

Stefano Gorini, Rimini

MESSAGGI CHIAVE

- Esiste la necessità di adottare, nell'ambito delle cure primarie pediatriche e in particolare modo nella Pediatria di famiglia, un approccio validato per la valutazione e la promozione dello sviluppo nei primi anni di vita che sia coerente con una filosofia di monitoraggio longitudinale piuttosto che di screening e di dialogo e supporto alla famiglia.
- La *International Guide for Monitoring Child Development (GMCD)* risponde a questi principi, è stata validata internazionalmente su un'ampia e diversificata popolazione di bambini tra il primo e il 42° mese, non richiede ulteriori adattamenti e non prevede *royalty* per il suo utilizzo, ma solo un percorso di formazione teorico-pratica fornita da formatori accreditati.
- Il GMCD e il percorso di formazione sono ora disponibili in versione italiana.

CONCLUSIONI

Lo strumento e l'approccio proposti dal GMCD sembrano essere "quello che ci vuole" per un'azione da parte del pediatra che, tenendo conto di tutti i fattori contestuali, sia capace di diagnosticare le situazioni di difficoltà il più precocemente possibile, di attivare per questi bambini e le loro famiglie interventi di supporto basati sulle evidenze e realizzati nelle sedi più prossime

alla famiglia, di promuovere lo sviluppo nelle sue diverse dimensioni facendo leva sulle risorse del bambino, della famiglia e delle comunità di appartenenza, attivando quando necessario i Servizi specialistici e di supporto e facilitando il dialogo tra questi e gli operatori delle cure primarie^{20,21}.

Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Tamburlini
e-mail: tamburlini@csbonlus.org

Bibliografia

1. Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Arch Dis Child* 2006;91(9):730-35.
2. Kuo AA, Inkelas M, Maidenberg M, Lotstein DS, Samson KM, Halfon N. Pediatricians' roles in the provision of developmental services: an international study. *J Dev Behav Pediatr* 2009;30(4):331-9.
3. Garner AS, Shonkoff JP; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012;129(1):e224-31.
4. Engle P, Young ME, Tamburlini G. The role of health sector in early child development. In: Britto P, Engle P, Super B (Eds) *Handbook of early child development research and its impact on global policy*. Oxford Univ Press, 2013.
5. Wolfe I, Tamburlini G, Thompson M, Gill P, McKee M. Comprehensive strategies for improving child health services in Europe. In: Wolfe I, McKee M (Eds). *European child*

health services and systems: lessons without borders. Mc Graw Hill, 2014.

6. Ertem IO. *Developmental Difficulties in Early Childhood*. WHO Publications, 2012.
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva, World Health Organization, 2018 (disponibile in versione italiana su www.csbonlus.org).
8. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics* 2011;127(6):1034-42.
9. Tamburlini G. Un paradigma di cure primarie per i disordini comportamentali e di neurosviluppo. *Medico e Bambino* 2017;36(9):551.
10. Tamburlini G, Rapisardi G, Davidson A, et al. Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni. Documento di consenso. *Quaderni acp* 2012; 19(4): 169-174
11. Rapporti della Rete italiana per il monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (2015-2017) e III Rapporto Supplementare all'ONU 2016-17 (www.crcnet).
12. Ertem IO, Atay G, Bingoler BE, et al. Promoting child development at sick-child visits: a controlled trial. *Pediatrics* 2006;118(1): e124-31.
13. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics* 2008;121(3):e581-9.
14. Ertem IO, Pekcici EB, Gok CG, Ozbas S, Ozcebe H, Beyazova U. Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *J Dev Behav Pediatr* 2009;30(4):319-26.
15. Ertem IO. The international Guide for Monitoring Child Development. *Early Childhood Matters*. Bernard van Leer Publications 2017:83-9.
16. Ertem IO, Krishnamurthy V, Mulaudzi M, et al. The development of healthy children in the first three years: similarities and differences across genders and countries: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health* 2018;6:e279-e291.
17. Ozturk Ertem I, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, Sguassero Y, Bilik B, Srinivasan R et al. Validation of the International Guide for Monitoring Child Development demonstrates good sensitivity and specificity in four diverse countries. *Acta Paediatr*. 2018, Nov 25 [e-pub ahead of print].
18. WHO and UNICEF. *Care for child development: improving the care of young children*. Geneva, 2012.
19. Fischer VJ, Morris J, Martinez J. Developmental screening tools: feasibility of use at primary healthcare level in low- and middle-income settings. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(2):314-26.
20. Tamburlini G, Alushaj A, Flaughnacco E, Gerarduzzi T. Sviluppo precoce del bambino e Pediatria dello sviluppo. *Medico e Bambino* 2016;35(6):365-72.
21. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al.; Paper 3 Working Group and the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2016;389(10064):103-18.