

"NATI PER LEGGERE"

(www.natiperleggere.it)

Caserta, 4 marzo 2008



Nati per
Leggere

Stefania Manetti - Pediatra

Coordinamento nazionale NPL

**Associazione Culturale Pediatri:
Associazione Italiana Biblioteche
Centro per la Salute del Bambino**



Nati p
Leggere

“Nati per Leggere”

L'obiettivo di
NPL è la promozione della lettura
ad alta voce in famiglia in età
precoce.



Nati per
Leggere

I componenti di NPL: un'alleanza

- **I pediatri** consigliano ai genitori di leggere ad alta voce in famiglia, offrono una guida anticipatoria e invitano a frequentare la biblioteca. Un libro in base all'età viene donato ai bambini ad ogni bilancio di salute.
- **I bibliotecari** accolgono le famiglie, rinforzano il messaggio, suggeriscono i libri adatti
- **I volontari** leggono ad alta voce ai bambini in sala d'attesa



Il modello NPL

- **I pediatri:**
- **Contatto precoce e continuo con tutte le famiglie**
- **Autorevolezza e competenza**
- **Compiti specifici di prevenzione nell'ambito delle cure pediatriche primarie.**
- **Hanno un ruolo importante nel sostegno alla genitorialità.**
- **Si prendono cura del bambino e della famiglia**



Il modello NPL

- **I bibliotecari:**
 - effettuano il prestito del libro a casa
 - favoriscono gli incontri tra genitori
 - promuovono momenti di lettura
 - offrono selezioni e consiglio sui libri
 - effettuano iniziative di fidelizzazione all'uso della biblioteca



Il modello NPL

- **I volontari**

- Dimostrano come leggere a voce alta
- Sottolineano come la lettura sia divertente per i bambini
- Rendono l'atmosfera in sala d'attesa più piacevole



Perché promuovere la lettura ad alta voce?

- Acquisizione del linguaggio
- Apprendimento della letto scrittura
- Supporto alla genitorialità



La emergent literacy

- Lo sviluppo del linguaggio orale:
arricchimento lessicale e semantico
- La competenza fonologica:
sentire le parole
- La conoscenza del linguaggio scritto:
*le convenzioni della scrittura, l'alfabeto,
le funzioni.*



L'importanza della emergent literacy

- I bambini che hanno difficoltà di lettura sono quelli che iniziano la scuola con:
 - minori competenze verbali
 - minore abilità fonologica - minore conoscenza delle lettere
 - minore familiarità con il processo di lettura



La lettura ad alta voce è
considerata la singola
attività più importante per
acquisire le conoscenze
necessarie per il successo
nella lettura



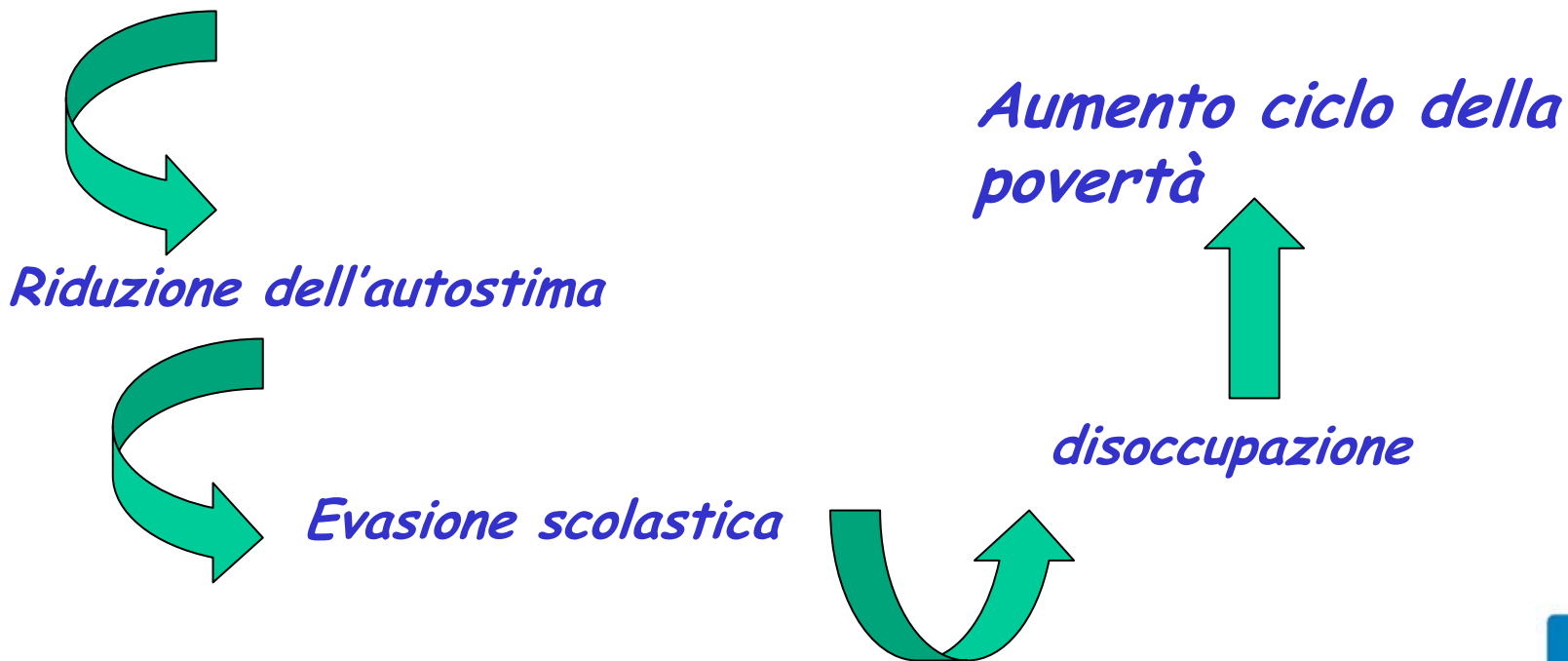
Parliamo di salute?

L'incapacità a leggere ad un livello appropriato alla classe frequentata è il più forte predittore di abbandono scolastico.



Perché promuovere la literacy?

Nel bambino un disturbo di apprendimento della letto scrittura comporta uno scarso apprendimento anche in altre aree accademiche.



Perché è importante leggere ad alta voce?

- L'88% dei lettori insufficienti alla fine del primo anno scolastico lo saranno anche alla fine del ciclo primario.
- Imparare a leggere segna il destino della vita scolastica del bambino.
- La capacità di leggere ad un livello adeguato alla classe frequentata è correlato con il successo scolastico, con gli anni di scuola che l'individuo porrà a termine ed influenza il suo destino da adulto.



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- Leggere libri al bambino è riconosciuto essere il **mezzo più semplice ed efficace** per favorire l'apprendimento della lettura nel bambino.
- Due metanalisi forniscono dati statisticamente significativi sul rapporto tra lettura, sviluppo del vocabolario, sviluppo della competenza fonologica e apprendimento della lettura. (Bus, Scarborough)



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- La esposizione alla lettura produce nel bambino un aumento medio di circa l'8% ($d = 0.59$) sulle misure del linguaggio, delle competenze emergenti e della acquisizione della capacità di leggere; l'effetto è significativo posizionandosi tra un effetto medio ($d = 0.50$) e forte ($d = 0.80$).

Bus A, van Ijzendorrn M, Pellegrini A. Joint book reading makes for success in learning to read: A meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Review of Educational Research*. 1995; 65: 1-21.



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- La correlazione media tra le misure dell'interesse del bambino alle attività letterarie e le misure delle competenze letterarie ($r = 0.37$) è più alta della correlazione tra frequenza della lettura e competenze letterarie ($r = 0.28$).
- Scarborough H, Dobrich W. On the efficacy of reading to preschoolers. *Developmental Review*. 1994;14: 245-302.



La lettura in famiglia

Lo studio FACES (Family and Child Experiences Survey, 1998):

- 1580 bambini che avevano seguito il programma Head Start (HS).
- L'unico fattore statisticamente significativo nella acquisizione del vocabolario è la frequenza della lettura da parte dei genitori.



NPL e il sostegno alla genitorialità

“Migliori competenze genitoriali
contribuiscono a una società migliore”

(Winnicott, Bowlby, Bettelheim)



Nati per
Leggere

“Nati per Leggere e il sostegno alla genitorialità”

- *Interdipendenza forte tra sviluppo della funzione genitoriale e sviluppo psicologico e fisico del bambino: circolarità di influenze e adattamenti reciproci*
- Ambiente di contenimento positivo”
- “Genitore normalmente o sufficientemente buono”
- Attenzione benevola volta a creare delle condizioni positive di contenimento che consentano alla mamma di esplorare il suo repertorio di comportamenti materni e provarli con un grado sufficiente di confidenza



A chi compete fare questo?

No solo ai pediatri, ma anche ai pediatri, come figure che entrano precocemente in contatto con la famiglia e ai quali vengono poste domande da parte dei nuovi genitori.



Nati per
Leggere

Cosa può fare il pediatra insieme agli altri operatori?

- Azioni universali di sostegno alla genitorialità:
Corsi di preparazione parto, accoglienza dei nuovi genitori in ospedale per il parto, rooming-in, attività del pdf.....
- Azioni specifiche di sostegno alla genitorialità:
Per le famiglie a rischio



Aiutare i genitori a essere consapevoli delle proprie competenze:

- Ascolto: passare dal "dire" al "farsi dire".
- Osservazione: come la mamma si relaziona con il bambino, semplicemente anche solo, nei primi mesi di vita, come lo tiene in braccio e dopo come lo manipola



Aiutare i genitori a essere consapevoli delle proprie competenze:

- *Abilità di ascolto e di osservazione.*
- *Osservazione e ascolto come tempo di cura.*
- *Un genitore competente è capace di osservare il proprio bambino e reggere meglio il disagio psicologico delle malattie intercorrenti.*
- *Forte necessità di formazione in questi ambiti.*



Si chiede troppo al pediatra!!

- *Tempo di visita limitato*
- *Troppe cose da fare e dire in una visita*
- *A cosa bisogna dare più importanza?*

- *Domanda: cosa fare durante un bilancio di salute per poter apportare i maggiori benefici a quel bambino e a quella famiglia?*



Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (RE9535)

Committee on Practice and Ambulatory Medicine

Each child and family is unique; therefore, these **Recommendations for Preventive Pediatric Health Care** are designed for the care of children who are receiving competent parenting, have no manifestations of any important health problems, and are growing and developing in satisfactory fashion. **Additional visits may become necessary** if circumstances suggest variations from normal.

These guidelines represent a consensus by the Committee on Practice and Ambulatory Medicine in consultation with national committees and sections of the American Academy of Pediatrics. The Committee emphasizes the great importance of **continuity of care** in comprehensive health supervision and the need to avoid **fragmentation of care**.

AGE*	INFANCY*												EARLY CHILDHOOD*				MIDDLE CHILDHOOD*				ADOLESCENCE*									
	PRENATAL ¹	NEWBORN ²	2-4d ³	By 1mo	2mo	4mo	6mo	9mo	12mo	15mo	18mo	24mo	3y	4y	5y	6y	8y	10y	11y	12y	13y	14y	15y	16y	17y	18y	19y	20y	21y	
HISTORY																														
Initial/Interval	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
MEASUREMENTS																														
Height and Weight		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Head Circumference		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Blood Pressure																•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
SENSORY SCREENING																														
Vision		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O ⁴	O	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S	S	
Hearing		O ⁷	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	O	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S	S	
DEVELOPMENTAL/ BEHAVIORAL ASSESSMENT⁸		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
PHYSICAL EXAMINATION⁹		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
PROCEDURES-GENERAL¹⁰																														
Hereditary/Metabolic Screening ¹¹		←	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Immunization ¹²		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Hematocrit or Hemoglobin ¹³																														
Urinalysis															•															
PROCEDURES-PATIENTS AT RISK																														
Lead Screening ¹⁴									•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Tuberculin Test ¹⁷									•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Cholesterol Screening ¹⁸																														
STD Screening ¹⁹																														
Pelvic Exam ²⁰																														
ANTICIPATORY GUIDANCE²¹																														
Injury Prevention ²²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Violence Prevention ²³	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Sleep Positioning Counseling ²⁴	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Nutrition Counseling ²⁵	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
DENTAL REFERRAL²⁶																														

- A prenatal visit is recommended for parents who are at high risk, for first-time parents, and for those who request a conference. The prenatal visit should include anticipatory guidance, pertinent medical history, and a discussion of benefits of breastfeeding and planned method of feeding per AAP statement "The Prenatal Visit" (1996).
- Every infant should have a newborn evaluation after birth. Breastfeeding should be encouraged and instruction and support offered. Every breastfeeding infant should have an evaluation 48-72 hours after discharge from the hospital to include weight, formal breastfeeding evaluation, encouragement, and instruction as recommended in the AAP statement "Breastfeeding and the Use of Human Milk" (1997).
- For newborns discharged in less than 48 hours after delivery per AAP statement "Hospital Stay for Healthy Term Newborns" (1995).
- Developmental, psychosocial, and chronic disease issues for children and adolescents may require frequent counseling and treatment visits separate from preventive care visits.
- If a child comes under care for the first time at any point on the schedule, or if any items are not accomplished at the suggested age, the schedule should be brought up to date at the earliest possible time.
- If the patient is uncooperative, rescreen within 6 months.
- All newborns should be screened per the AAP Task Force on Newborn and Infant Hearing statement, "Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention" (1999).
- By history and appropriate physical examination; if suspicious, by specific objective developmental testing. Parenting skills should be fostered at every visit.

- At each visit, a complete physical examination is essential, with infant totally unclothed, older child undressed and suitably draped.
- These may be modified, depending upon entry point into schedule and individual need.
- Metabolic screening (eg, thyroid, hemoglobinopathies, PKU, galactosemia) should be done according to state law.
- Schedule(s) per the Committee on Infectious Diseases, published annually in the January edition of Pediatrics. Every visit should be an opportunity to update and complete a child's immunizations.
- See AAP Pediatric Nutrition Handbook (1998) for a discussion of universal and selective screening options. Consider earlier screening for high-risk infants (eg, premature infants and low birth weight infants). See also "Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. MMWR. 1998;47 (RR-3):1-29.
- All menstruating adolescents should be screened annually.
- Conduct dipstick urinalysis for leukocytes annually for sexually active male and female adolescents.
- For children at risk of lead exposure consult the AAP statement, "Screening for Elevated Blood Levels" (1998). Additionally, screening should be done in accordance with state law where applicable.
- TB testing per recommendations of the Committee on Infectious Diseases, published in the current edition of Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. Testing should be done upon recognition of high-risk factors.

- Cholesterol screening for high-risk patients per AAP statement "Cholesterol in Childhood" (1998). If family history cannot be ascertained and other risk factors are present, screening should be at the discretion of the physician.
- All sexually active patients should be screened for sexually transmitted diseases (STDs).
- All sexually active females should have a pelvic examination. A pelvic examination and routine pap smear should be offered as part of preventive health maintenance between the ages of 18 and 21 years.
- Age-appropriate discussion and counseling should be an integral part of each visit for care per the AAP Guidelines for Health Supervision III (1998).
- From birth to age 12, refer to the AAP injury prevention program (TIPP) as described in A Guide to the Pediatrician in Office Practice (1994).
- Violence prevention and management for all patients per AAP Statement "The Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention in Clinical Practice and at the Community Level" (1999).
- Parents and caregivers should be advised to place healthy infants on their backs when putting them to sleep. Side positioning is a reasonable alternative but carries a slightly higher risk of SIDS. Consult the AAP statement "Positioning and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): Update" (1996).
- Age-appropriate nutrition counseling should be an integral part of each visit per the AAP Handbook of Nutrition (1998).
- Earlier initial dental examinations may be appropriate for some children. Subsequent examinations as prescribed by dentist.

Key: • = to be performed
 S = subjective, by history
 O = objective, by a standard testing method
 ← • → = the range during which a service may be provided, with the dot indicating the preferred age.

NI: Special chemical, immunologic, and endocrine testing is usually carried out upon specific indications. Testing other than newborn (eg, inborn errors of metabolism, sickle disease, etc) is discretionary with the physician.

The recommendations in this statement do not indicate an exclusive course of treatment or standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Copyright ©1999 by the American Academy of Pediatrics. No part of this statement may be reproduced in any form or by any means without prior written permission from the American Academy of Pediatrics except for one copy for personal use.



Le guide anticipatorie: "azioni di prevenzione e supporto"

I bilanci di salute servono per:
valutare la salute del bambino, lo sviluppo,
il comportamento, problemi all'interno del nucleo
familiare e per dare sostegno ai genitori anche
attraverso le guide anticipatorie, appropriate in
base all'età del bambino.



Le guide anticipatorie

Studi recenti hanno individuato nelle guide anticipatorie una forma efficace di comunicazione con i genitori, con diversi outcome positivi.



Le guide anticipatorie

Relazione madre-bambino → vocalizzazioni del lattante

Temperamento → abilità genitori

Pattern del sonno → miglioramento del sonno

Lettura ad alta voce → sviluppo del linguaggio

Educazione incidenti → riduzione incidenti in casa e stradali



Le guide anticipatorie

Assenza di benefici dimostrati:

Parlare dello sviluppo del bambino

Guardare la televisione

Uso delle armi in casa

*Non tutti i genitori accolgono allo stesso modo le informazioni date, bisognerebbe individuare attraverso l'utilizzo di **domande aperte, l'ascolto e l'osservazione** quali sono gli argomenti che preoccupano maggiormente quei genitori.*



Le guide anticipatorie

Anticipatory Guidance

What Information Do Parents Receive? What Information Do They Want?

- *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:1191-1198
- Il 37% dei genitori non aveva ricevuto informazioni alcune dai pediatri su:
Accudimento del b. nei primi 3 mesi, pianto, sonno, apprendimento, disciplina, toilet training
- I genitori con basso livello di socio economico ricevevano meno informazioni dai loro pediatri riguardanti lo sviluppo, il comportamento, l'apprendimento.... Rispetto ai genitori di classi sociali più alte.
- I genitori ispano-americani avevano ancora meno accesso a questo tipo di intervento di prevenzione.



Le guide anticipatorie

Listening to Parents A National Survey of Parents With Young Children

Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:255-262. : Young et al;

Campione rappresentativo di genitori (2017) di b. 0-3 anni

Misure di outcome:

- ***Comunicazione con i pediatri su 6 argomenti di prevenzione***
- ***Se i genitori richiedono ulteriori approfondimenti***
- ***Valutazione della comunicazione su questi argomenti***



Le guide anticipatorie

Listening to Parents A National Survey of Parents With Young Children

Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:255-262. : Young et al;

I genitori riferiscono che:

77% b. 0-3 anni gode ottima salute

88% aveva accesso a un servizio di cure pediatriche

71% dei genitori considerano il pediatra eccellente nel curare il proprio figlio

79% vorrebbe più informazioni in una delle 6 aree esplorate, il 53% almeno su 3.



Le guide anticipatoire

Listening to Parents A National Survey of Parents With Young Children

Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:255-262. : Young et al;

Table 6. Child Rearing*

Topic†	Parents Who Want More Specific Information (n=2017)	Parents Who Have Discussed With Health Professional (n=444)
How to encourage learning	54	23
How to discipline	42	23
Toilet training	41	29
Sleep patterns	30	41
Crying	23	35
Newborn care	19	62

* Data are percent distribution. Source: See footnote to Table 1.

† Parents were asked from a list of 6 topics (how to discipline, encouraging learning, sleep patterns, newborn care, what to do about crying, and toilet training) whether they could use more information and whether they had discussed any of these topics with a physician or nurse.



Le guide anticipatorie

Listening to Parents A National Survey of Parents With Young Children

Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:255-262. : Young et al;

Conclusioni pratiche :

I genitori chiedono ai pediatri modelli di cura "diversi": informazioni maggiori su argomenti riguardanti l'apprendimento, lo sviluppo, lo stato di ben essere del proprio bambino

Formazione adeguata e alleanza con altre figure professionali.



Npl nel sostegno alla genitorialità

- La promozione della lettura ad alta voce è un intervento di efficacia dimostrata che va collocato in un contesto più ampio di sostegno alla genitorialità con semplici indicazioni e strumenti per i pediatri.



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- Leggere libri al bambino è riconosciuto essere il **mezzo più semplice ed efficace** per favorire l'apprendimento della lettura nel bambino.
- Due metanalisi forniscono dati statisticamente significativi sul rapporto tra lettura, sviluppo del vocabolario, sviluppo della competenza fonologica e apprendimento della lettura. (Bus, Scarborough)



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- La esposizione alla lettura produce nel bambino un aumento medio di circa l'8% ($d = 0.59$) sulle misure del linguaggio, delle competenze emergenti e della acquisizione della capacità di leggere; l'effetto è significativo posizionandosi tra un effetto medio ($d = 0.50$) e forte ($d = 0.80$).

Bus A, van Ijzendorp M, Pellegrini A. Joint book reading makes for success in learning to read: A meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Review of Educational Research*. 1995; 65: 1-21.



Perché è importante la lettura ad alta voce?

- La correlazione media tra le misure dell'interesse del bambino alle attività letterarie e le misure delle competenze letterarie ($r = 0.37$) è più alta della correlazione tra frequenza della lettura e competenze letterarie ($r = 0.28$).
- Scarborough H, Dobrich W. On the efficacy of reading to preschoolers. *Developmental Review*. 1994;14: 245-302.



La lettura in famiglia

Lo studio FACES (Family and Child Experiences Survey, 1998):

- 1580 bambini che avevano seguito il programma Head Start (HS).
- L'unico fattore statisticamente significativo nella acquisizione del vocabolario è la frequenza della lettura da parte dei genitori.



Perché investire nella promozione della "literacy"?

"..capacità di risolvere problemi di crescente difficoltà che implicano la comprensione di testi scritti.."

- *Studio della associazione tra il livello di literacy e la crescita economica misurata in termini di PIL.*

- *14 paesi OCSE (i più ricchi dell' America settentrionale, Europa occidentale, Giappone e Australia)*

Marzo 2004: "Children and Youth Unit, Banca Mondiale, Washington DC, USA"



Perché investire nella promozione della "literacy"?

Marzo 2004: "Children and Youth Unit, Banca Mondiale, Washington DC, USA:

1. Negli ultimi 35 anni le differenze nelle capacità di literacy sono responsabili del 55% delle differenze di crescita economica.
2. Queste differenze nelle capacità di literacy sono dovute alle differenze nei livelli di literacy delle donne.



Nati per
Leggere

Perché investire nella promozione della "literacy"?

Marzo 2004: "Children and Youth Unit, Banca Mondiale, Washington DC, USA:

3. Gli effetti si verificano in un arco di tempo che raggiunge i 30-40 anni.
4. Quello che conta è il livello di literacy della componente media e medio-bassa della società.



Nati per
Leggere

Perché investire nella promozione della "literacy"?

Marzo 2004: "Children and Youth Unit, Banca Mondiale, Washington DC, USA:

Le conclusioni:

- La literacy influenza la produttività.
- Importante è la qualità del sistema educativo.
- Importante la capacità di mantenere i livelli di literacy acquisiti anche successivamente.



Nati per
Leggere

Perché promuovere la literacy?

- Le esperienze precoci effettuate dal bambino nei primi anni di vita creano delle conseguenze sia anatomiche che fisiologiche a carico delle connessioni neuronali.

- I bambini nascono con un vastissimo patrimonio di neuroni, le connessioni tra questi neuroni sono in parte già stabilite ed elaborate dopo la nascita, ramificandosi fino ad un picco massimo di ramificazione che pare si abbia intorno ai 3 anni di vita. Metà di queste sinapsi vengono perse all'età di 15 anni.



Perché promuovere la literacy?

Queste sinapsi si perdono con la potatura di connessioni non utilizzate e con la fortificazione di quelle che vengono invece utilizzate per l'adattamento all'ambiente.

Ricerche più recenti indicano che questa potatura è in gran parte influenzata dalle esperienze del bambino.

Le competenze cognitive associate al libro quali la **memoria**, la **creatività**, la **comprensione** e il **linguaggio** assicurano la persistenza delle connessioni neuronali.



La plasticità del nostro cervello

- I circuiti cerebrali alla nascita consentono il riconoscimento di tutti i fonemi.
- Un anno in un contesto linguistico il bambino diventa capace di differenziare solo quei fonemi ai quali è esposto e ascolta nella sua lingua perdendo la capacità di percepire altri fonemi appartenenti a lingue diverse.
- Le persone che vivono i primi anni della loro vita in un paese asiatico dove la r e la l sono intercambiabili non hanno la capacità di distinguere questi suoni. Le indagini effettuate con PET hanno mostrato come questi suoni nelle persone di nazionalità inglese sono codificate in due zone cerebrali distinte, negli asiatici in un'unica zona.



Quali esperienze?

- Molti studi mostrano che lo sviluppo neuronale del bambino è precocemente e fortemente influenzato dalla sua **relazione con i genitori, dai loro comportamenti e dall'ambiente familiare.**
- Molte ricerche hanno messo in relazione lo sviluppo del cervello con le **stimolazioni verbali**



Parliamo di salute?

Literacy e attaccamento

L'attaccamento è il processo che spinge il bambino a cercare la vicinanza dei genitori nei momenti difficili.

- Si stabiliscono relazioni e comunicazioni che influenzano lo sviluppo e l'organizzazione dei processi cerebrali.
- Si basa su meccanismi cerebrali innati.
- Le relazioni di attaccamento aiutano il cervello immaturo a coordinare le sue attività sul modello mentale implicito che gli viene in maniera inconsapevole fornito dal genitore.



Parliamo di salute?

Literacy e attaccamento

Diversi tipi di attaccamento → regolazione emozioni e capacità sociali

Rapporti di attaccamento → maturazione attività cerebrale → sviluppo circuiti neuronali

L'attaccamento che emerge all'interno della diade madre bambino è il migliore per quella situazione perché qualsiasi sia il tipo di attaccamento il b. cercherà sempre di stabilire con la madre i comportamenti più efficaci per mantenere orientata su di se l'attenzione materna e per ottimizzare la relazione.

Parliamo di salute?

Literacy e attaccamento

L'attaccamento :

- **sicuro**: il b. quando ritrova la mamma, dopo l'assenza, la saluta positivamente si lascia calmare se agitato, non evita né oppone resistenza al contatto se è la madre a iniziarlo e preferisce la mamma agli estranei che non conosce.
- **insicuro-evitante** : il b. evita il contatto con la mamma, specie dopo l'assenza, anche se non oppone resistenza agli sforzi che questa fa per stabilire un contatto, ha più o meno lo stesso atteggiamento sia verso la mamma che verso le persone estranee.

Parliamo di salute?

Literacy, attaccamento e sostegno alla genitorialità

L'attaccamento :

- **Insicuro ambivalente/resistente:** il b. al ritorno della mamma si mostra molto turbato e arrabbiato e questa non riesce a tranquillizzarlo, egli cerca e nello stesso tempo evita il contatto con lei e risponde negativamente a tutti i tentativi di calmarlo.
- **Disorientato/disorganizzato:** il b. manifesta confusione e timore, dopo aver cercato la vicinanza della mamma può manifestare un forte rifiuto e conflittualità.

Parliamo di salute?

Literacy, attaccamento e sostegno alla genitorialità

I bambini con **attaccamento sicuro** sembrano essere più desiderosi di imparare, più curiosi e meno bisognosi di disciplina e mostrano più entusiasmo nel risolvere i problemi.

I bambini con attaccamento sicuro quando arrivano in età prescolare hanno maggiori risorse socio-emozionali per esplorare nuove situazioni, risolvere problemi e superare le inevitabili difficoltà.

Parliamo di salute?

Literacy, attaccamento e sostegno alla genitorialità

I bambini con **attaccamento sicuro** hanno maggiori competenze di linguaggio dei bambini con attaccamento insicuro.

Genitori sicuri sono migliori "insegnanti" e bambini sicuri sono "allievi" più motivati.

I bambini con **attaccamento insicuro** hanno mamme che esercitano più ipercontrollo e iperstimolazione in relazione a una risposta ambivalente del bambino.

Parliamo di salute?

Literacy e attaccamento

La qualità dell'attaccamento condiziona:

- lo sviluppo del linguaggio orale
- la frequenza di lettura in famiglia
- la qualità delle interazioni durante la lettura .

La qualità dell'attaccamento può compensare gli effetti di un basso livello socio culturale materno.

Parliamo di salute?

Literacy, attaccamento e sostegno alla genitorialità

Promozione della lettura in famiglia e sostegno alla genitorialità : percorsi paralleli.

Sviluppo sociale e relazionale di una famiglia condiziona la salute del bambino e la richiesta di prestazioni sanitarie.

Il pediatra che con strumenti facili impara a **osservare e sostenere** entra facilmente in relazione con la famiglia a **beneficio della salute del bambino e della qualità del suo lavoro.**

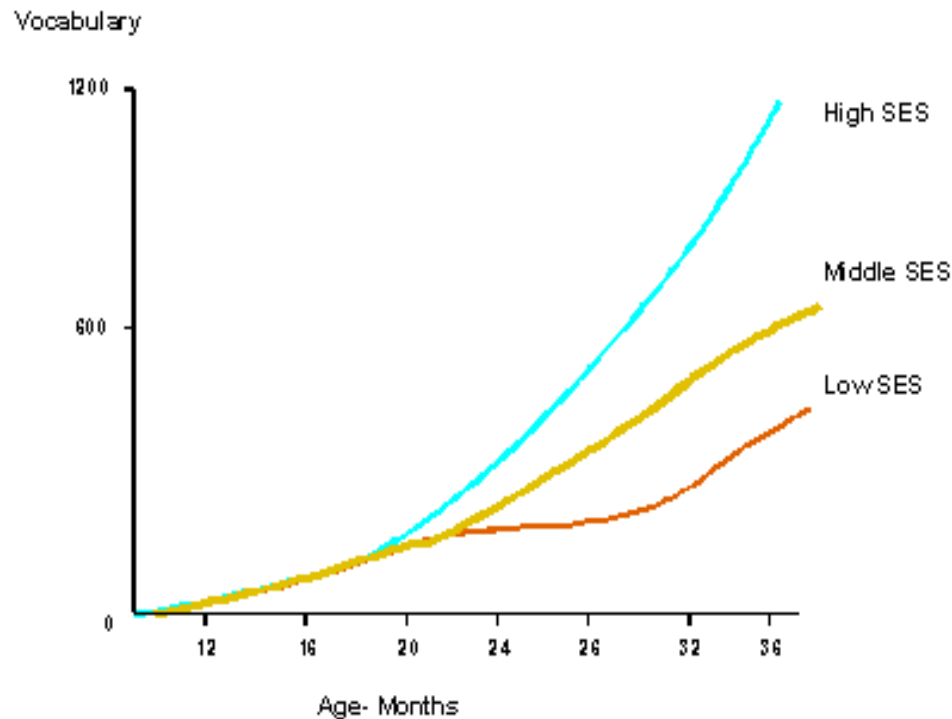
La emergent literacy e il contesto familiare

- Family literacy:
- Qualità e quantità di linguaggio ascoltato in casa (Hart and Risley, 1995)
- L'attitudine alla lettura ad alta voce
- L'epoca di inizio della lettura
- Attività correlate alla lettura (materiale stampato...) (Evans et al., 2000)



La literacy e il contesto familiare

Literacy and Vocabulary Growth – First 3 Years



Source: B. Hart & T. Risley. Meaningful Differences in Everyday Experiences of Young American Children, 1995



La emergent literacy e il contesto socio culturale

Un bambino americano in un ora ascolta:

Hart e Risley

	Parole	Affermazioni	Proibizioni
Famiglia welfare	616	5	11
Famiglia operaia	1251	12	7
Famiglia professionisti	2153	32	5



Linguaggio dei genitori e linguaggio del bambino

- Il linguaggio del bambino si evolve principalmente attraverso le interazioni tra i genitori e il bambino
- All'età di due anni il linguaggio del bambino viene correlato alla futura prestazione cognitiva





collana
LIBRI NIDO
progetto di EMANUELA RUSSOLATI

LA MAMA È IL PRIMO
E IL PIÙ IMPORTANTE
LIBRO DI UN BAMBINO
FRANCESCA CRIVARA

6-18 MESE
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

19-30 MESE
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

2-3 ANNI
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

ADRIANO DIATRA
ADRIANO DIATRA

CE



Nati p



IO MI DIVERTIRO' UN CASINO, MENTRE TU TE NE STARAI QUI A SBADI- GLIARE E A DESIDERARE DI...





Ma è un problema anche nostro ?

Dati U.S.A:

- 25 milioni di illitterati funzionali
- 25% dei bambini non legge al livello previsto (75% dei bambini ispanici)



Dati italiani sulla esposizione alla lettura:

Istat 2006 solo popolazione > 6 anni:

- IL 37%, non hanno letto neanche un libro nei 12 mesi precedenti l'intervista.

I non lettori sono soprattutto uomini (il 41,6% rispetto al 32,7% delle donne).

I non lettori hanno un basso titolo di studio: il 57,4% delle persone < licenza elementare.

L' 8,3% dei non lettori (pari a 1 milione e 700mila persone) dichiara come motivazione di "non lettura" il non saper leggere o il leggere male, il 16,8% sono bambini da 6 a 10 anni e anziani di > 65 anni.



Dati italiani sulla esposizione alla lettura:

Istat 2006, popolazione > 6 anni:

6 ai 10 anni : legge il 56,2% dei figli che hanno la madre lettrice rispetto al 36,8% dei figli con padre lettore.

Le famiglie che non possiedono alcun libro in casa:

2002: 10,8%

2007: 12,3%

Sud: dal 15,9% al 19,2% ; Isole: dal 14,5% al 18,2%.



Dati italiani sulla esposizione alla lettura:

Istat 2006, popolazione > 6 anni:

Frequentazione delle biblioteche:

Trentino Alto-Adige : 28,8%

Valle d'Aosta (27%).

l'Emilia Romagna (16,1%),

Sardegna (14,6%),

Lombardia (14,5%) e il Veneto (14,2%).

La quota più bassa si riscontra in Campania (6,2%).



Tavola 1.1 – Persone di 3 anni e più che guardano la televisione e ascoltano la radio e persone di 6 anni e più che leggono quotidiani o hanno letto libri negli ultimi 12 mesi per frequenza, sesso e classe di età – Anno 2003

CLASSI DI ETÀ	Guardano la Tv (a)	d' cui qualche giorno (b)	Ascoltano la radio (a)	d' cui tutti i giorni (b)	Leggono quotidiani almeno una volta alla settimana (c)	d' cui 5 volte e più (d)	Leggono libri (c) (e)	da 1 a 3 libri (d)	12 e più libri (d)
MASCHI									
3-5	86,2	6,6	28,5	39,0	-	-	-	-	-
6-10	94,6	2,5	40,2	34,2	8,8	16,8	39,9	55,6	9,3
11-14	97,2	2,5	67,5	49,9	26,8	16,2	54,2	57,0	7,0
15-17	96,3	6,4	79,0	62,3	46,9	19,5	45,8	60,8	5,8
18-19	96,8	11,3	79,5	69,2	54,9	27,7	44,0	60,1	3,3
20-24	94,2	15,1	80,8	67,2	63,7	34,0	38,2	52,0	7,9
25-34	98,7	12,9	79,3	69,0	72,0	41,5	38,9	53,6	10,5
35-44	99,7	11,1	74,2	63,6	75,4	45,1	38,4	49,7	12,6
45-54	96,2	8,6	68,7	60,0	76,8	51,7	34,2	48,8	13,3
55-59	96,4	7,7	69,4	54,6	73,4	52,8	31,2	54,3	10,9
60-64	96,6	5,0	63,8	53,1	74,4	54,4	28,8	43,4	15,3
65-74	96,6	3,7	47,1	54,3	66,8	49,9	25,6	47,1	16,4
75 e più	94,7	5,2	36,9	53,9	54,0	49,2	20,3	43,9	13,0
Totale	94,7	8,4	64,3	60,5	64,5	45,0	35,2	51,7	11,1
FEMMINE									
3-5	86,7	5,6	32,9	40,9	-	-	-	-	-
6-10	93,1	6,4	52,6	40,2	10,6	16,1	45,9	57,9	9,8
11-14	97,8	4,3	77,8	64,8	30,0	17,4	68,9	52,1	10,8
15-17	96,3	7,5	86,7	73,1	46,9	14,0	66,9	52,3	8,3
18-19	96,4	10,2	88,8	72,3	49,7	24,1	66,4	46,7	7,7
20-24	96,4	12,9	85,8	72,3	59,5	24,0	63,1	47,8	10,6
25-34	98,8	11,0	84,0	67,7	60,0	30,8	59,2	48,0	12,5
35-44	96,0	9,4	75,6	59,5	59,7	32,9	54,9	44,5	12,3
45-54	96,7	7,6	65,3	55,2	62,0	39,6	50,6	42,7	15,5
55-59	96,3	5,0	56,8	52,5	56,5	45,1	41,1	44,8	17,4
60-64	97,4	4,6	54,0	55,4	56,4	44,2	37,4	45,8	16,8
65-74	96,1	3,0	46,7	57,8	44,7	41,2	27,1	46,1	15,2
75 e più	93,0	6,4	36,2	63,8	33,2	37,4	18,1	48,2	19,5
Totale	94,8	7,5	64,8	61,1	51,0	34,6	47,3	47,0	13,1
MASCHI E FEMMINE									
3-5	86,4	6,1	30,6	40,0	-	-	-	-	-
6-10	93,9	4,4	46,3	37,5	9,7	16,4	42,8	56,8	9,6
11-14	97,5	3,4	72,6	57,8	28,4	16,8	61,5	54,3	9,1
15-17	96,3	6,9	82,8	67,4	46,9	17,6	55,3	56,1	7,2
18-19	96,6	10,7	84,1	70,8	52,3	26,0	55,1	52,1	5,9
20-24	94,8	14,0	83,3	69,8	61,6	29,1	50,8	49,3	9,6
25-34	98,8	11,9	81,6	68,3	66,1	35,7	48,9	50,2	11,7
35-44	94,3	10,2	74,9	61,5	67,6	39,7	45,6	46,6	12,5
45-54	96,4	8,1	67,0	57,6	69,3	45,2	42,5	45,1	14,6
55-59	96,4	6,3	58,0	53,5	64,8	49,4	38,2	48,8	14,7
60-64	97,0	4,8	53,9	54,3	65,3	49,9	33,2	44,8	16,2
65-74	96,8	3,3	46,9	56,2	54,7	46,0	26,5	46,6	15,7
75 e più	93,6	5,9	36,5	60,1	40,9	43,2	18,9	46,5	16,9
Totale	94,7	8,0	64,6	60,8	57,6	40,2	41,4	46,9	12,1

(a) Per 100 persone di 3 anni e più dello stesso sesso e classe di età.

(b) Per 100 persone spettatori o ascoltatori dello stesso sesso e classe di età.

(c) Per 100 persone di 6 anni e più dello stesso sesso e classe di età.

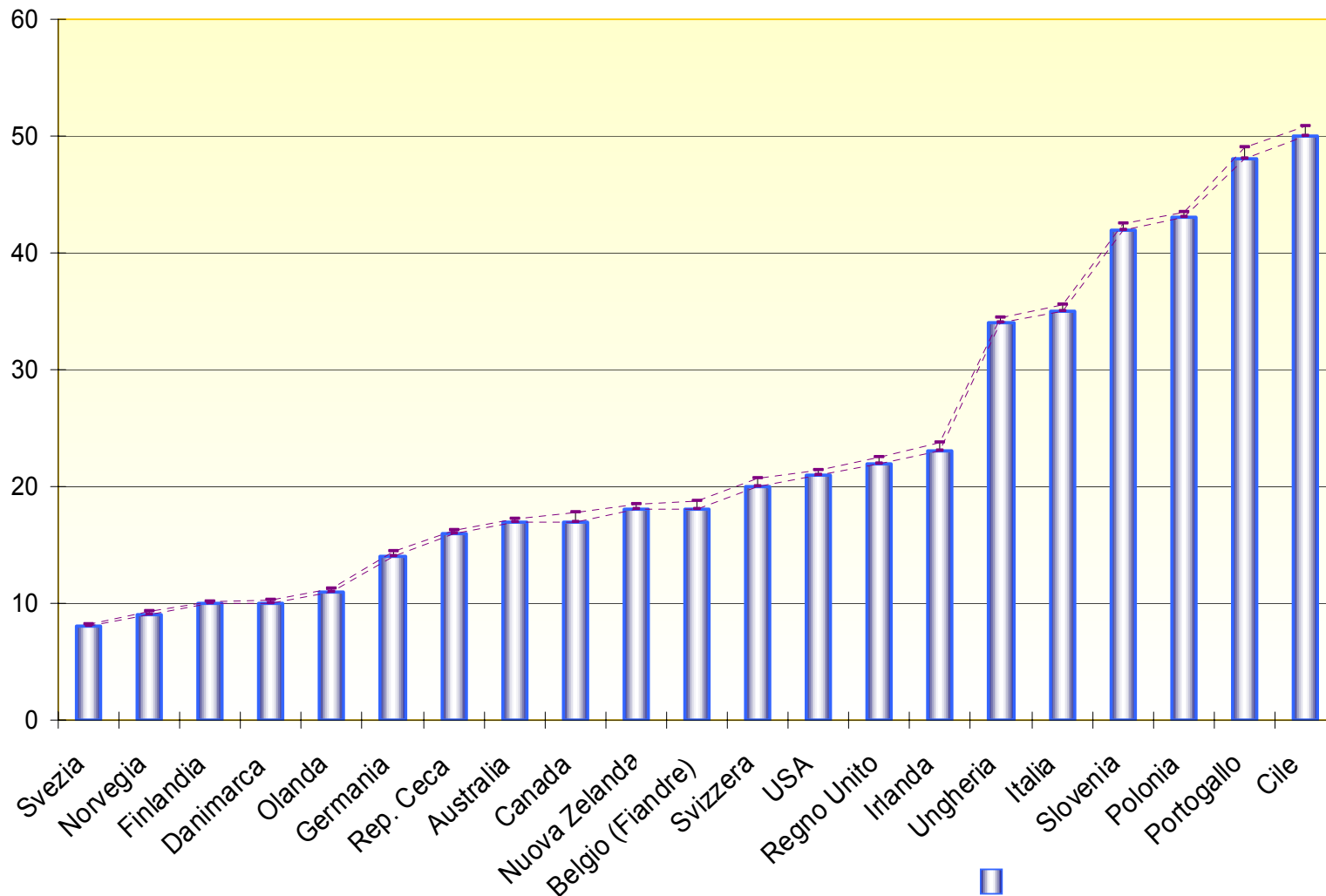
(d) Per 100 lettori dello stesso sesso e classe di età.

(e) Almeno un libro negli ultimi 12 mesi.



Popolazione al I livello di competenze alfabetiche

SIALS: Seconda Indagine Internazionale sulle Competenze Alfabetiche degli Adulti
Ministero della Pubblica Istruzione e Centro Europeo dell'Educazione



Il contesto educativo:

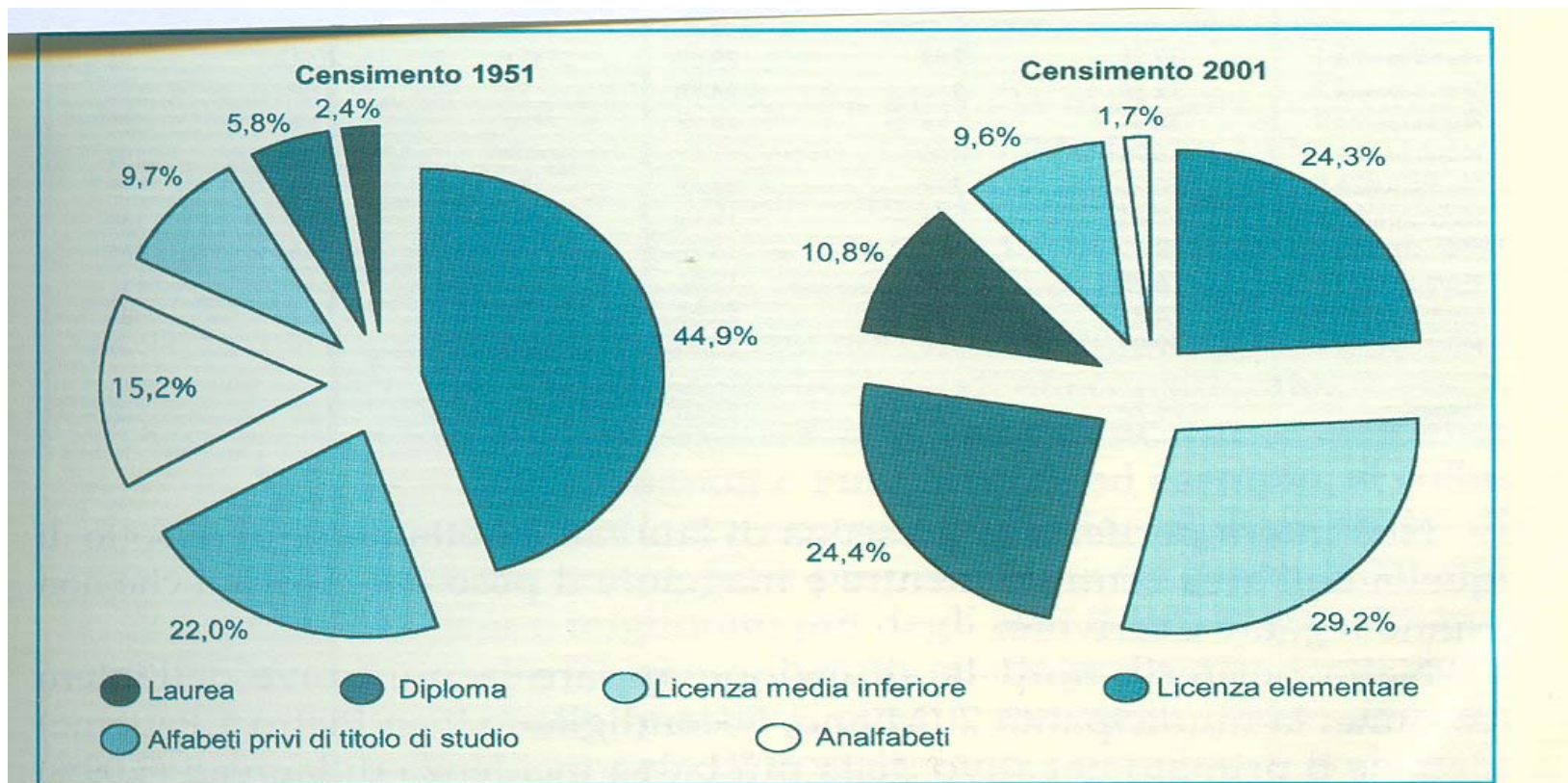
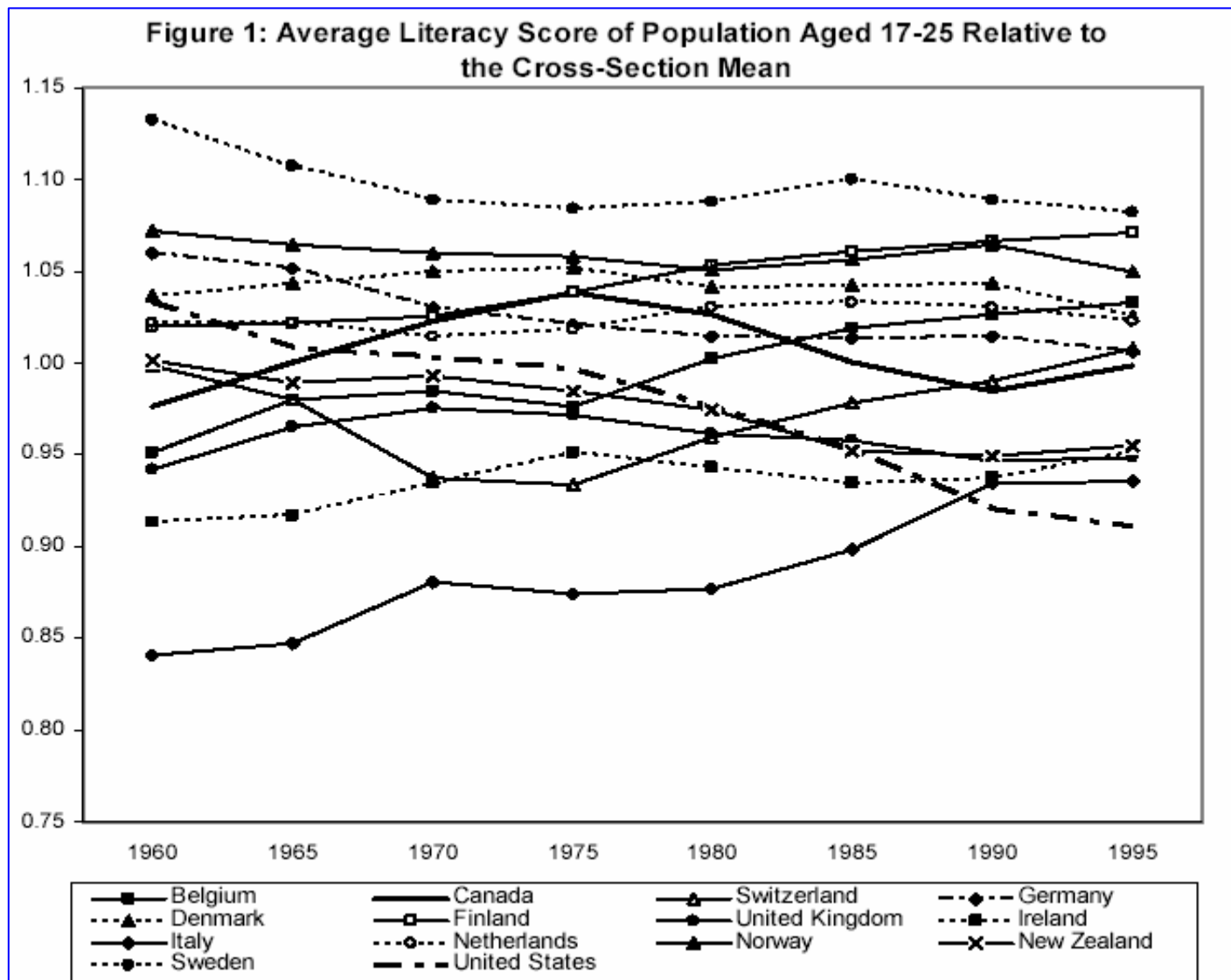


Figura 1.16. Popolazione residente di 6 anni e più per titolo di studio - Censimenti 1951-2001

Secondo M7
5 1 8

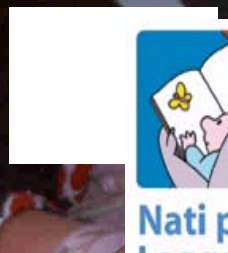


Score medi di literacy nella popolazione 17-25 anni





-- DOVE LA MIA MAMMA? --
-- CHIEDE IL PULCINO --
-- ALLA MUCCA --
-- GUARDA NEL CESTINO --
-- RISPONDE IL YEMellino --



Le evidenze



Le evidenze scientifiche

- Le esperienze di ROR e BS, mostrano che un intervento nell'ambito delle cure primarie pediatriche aumenta la attitudine dei genitori a leggere 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



Clinic-based intervention to promote literacy (Needlman et al., 1991)

- Studio pilota per determinare se l'intervento clinico di promozione della literacy può influenzare la lettura a voce alta dei genitori ai bambini
- Studio condotto tramite intervista in sala d'attesa a 79 genitori
- I risultati indicano che i genitori che hanno ricevuto un libro erano 4 volte di più favorevoli a leggere al bambino.
- I genitori in Medicare: 8 volte di più



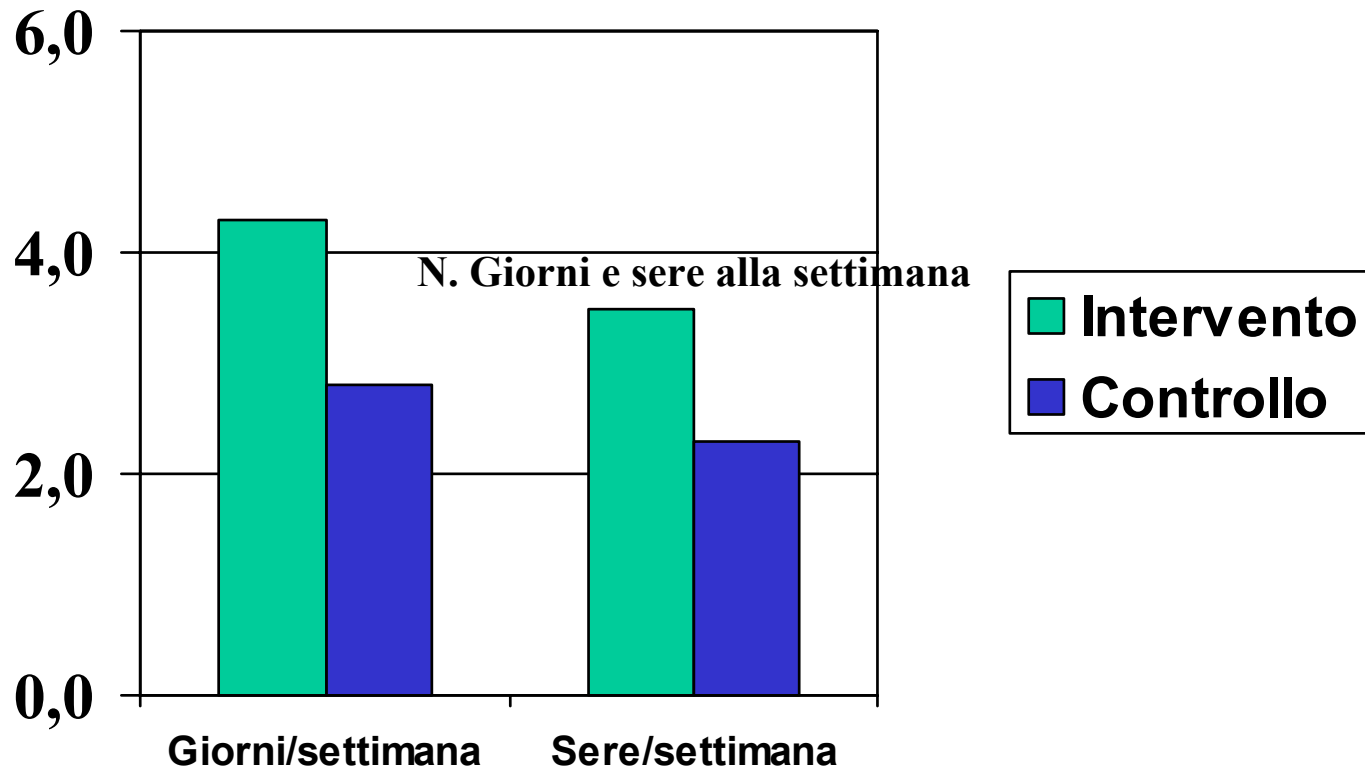
Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? (High, 2000)

- Valutazione dell'impatto di un programma clinico sulla literacy, basato sul modello ROR, sull'uso dei libri
- 205 famiglie di basso livello socio-economico
 - 106 intervento
 - 99 controllo
- I risultati indicano che le famiglie che hanno ricevuto l'intervento leggono ad alta voce più frequentemente ai loro bambini e hanno una predisposizione più positiva verso la lettura



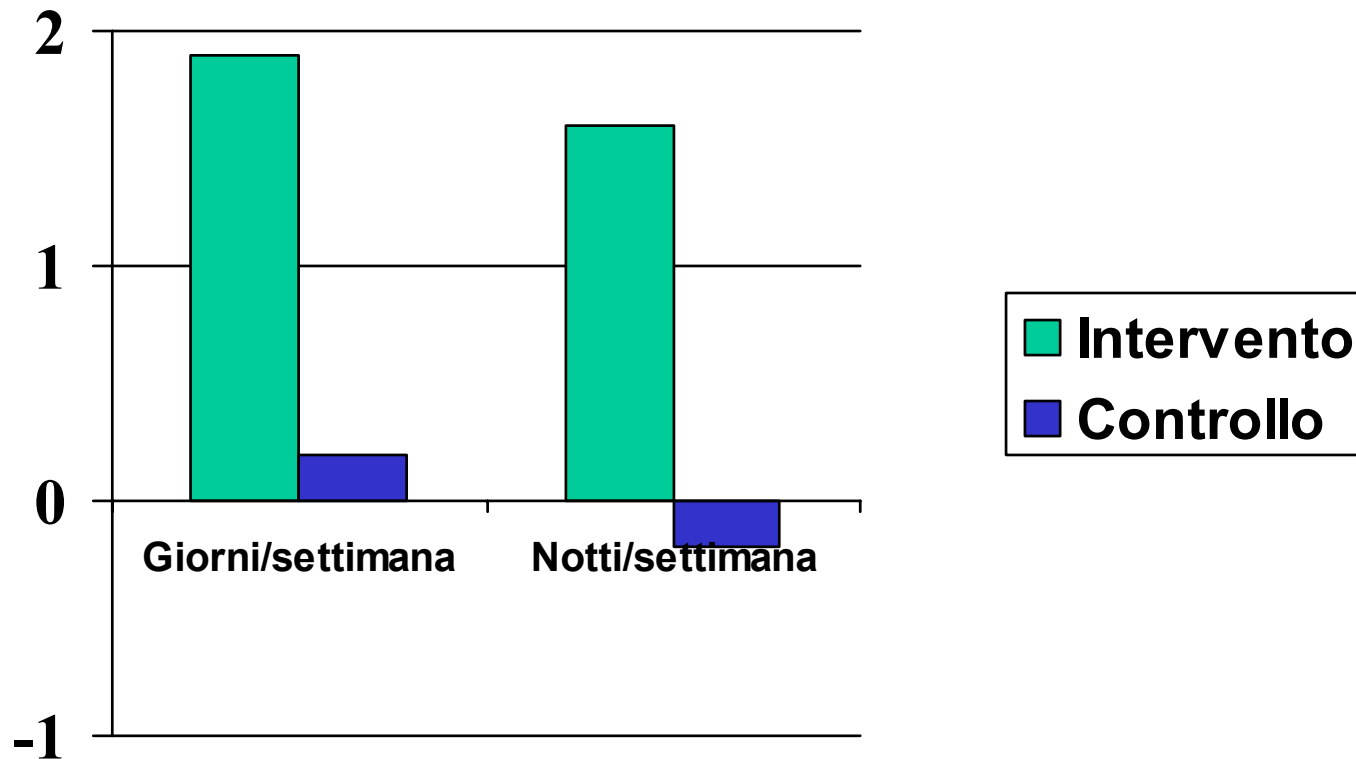
Frequenza della lettura ad alta voce

(High et al., 2000)



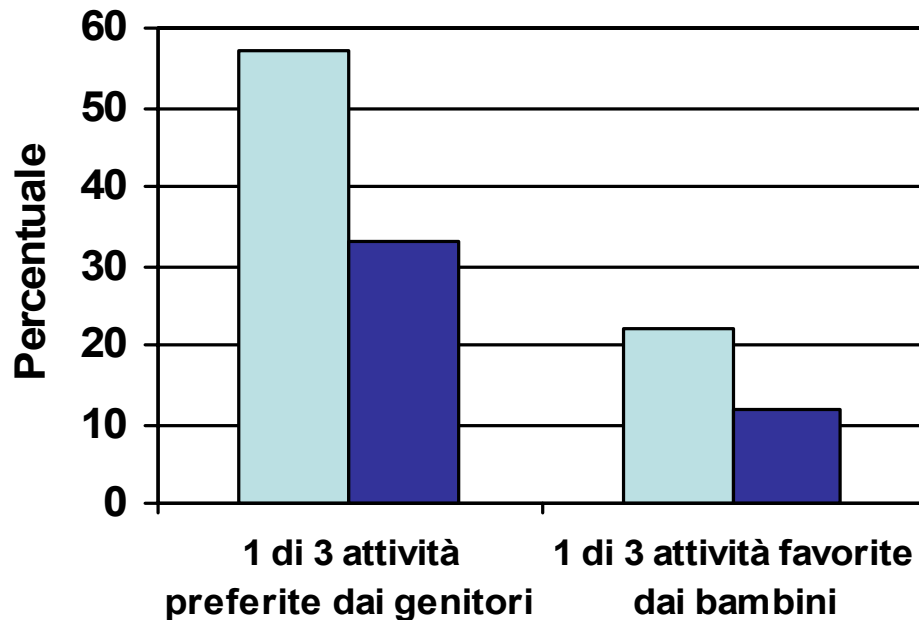
Cambiamento della attività di lettura dei libri da parte dei genitori ai bambini

(High et al., 2000)



Attitudine verso la lettura

(High et al., 2000)



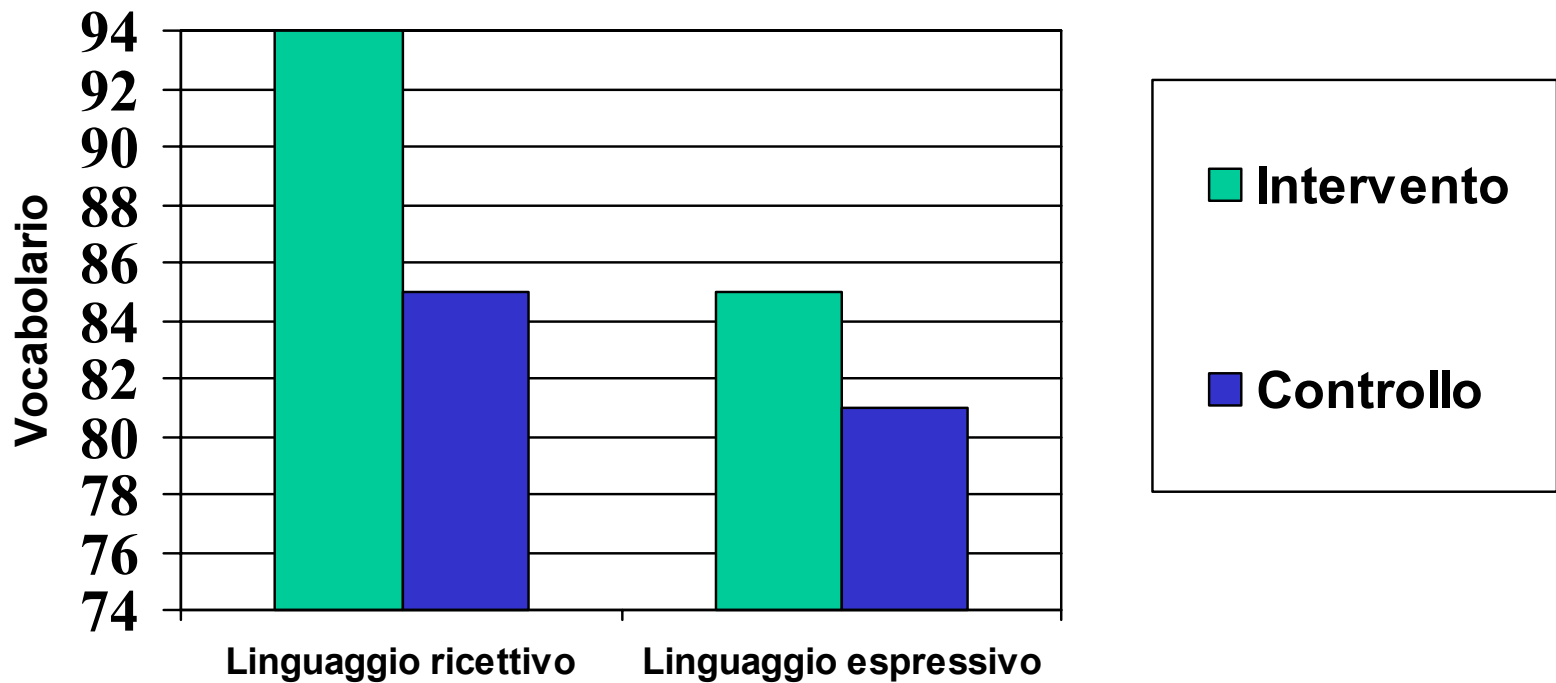
The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children (Mendelsohn et al., 2001)

- Esaminato l'impatto di un programma ROR sullo sviluppo del linguaggio
- 122 partecipanti
 - 49 intervento - 73 confronto
- I genitori coinvolti nel programma leggono circa una volta alla settimana di più di quelli del gruppo di controllo
- I bambini coinvolti nell'intervento hanno riportato risultati di **linguaggio recettivo ed espressivo** maggiore



Competenze dei bambini nel linguaggio recettivo ed espressivo

(Mendelsohn et al., 2001)





Rocca

...eni a fare il bagno nello stagno?»
...risponde Topo. «Chiedi a Gatto».

una bella storia
...o Macchi
...on

Comix

Tante città in una città:

Tabella 1.12. Popolazione residente di 6 anni e più per titolo di studio - Censimento 2001

MUNICIPALITÀ	Laurea o diploma universitario o terziario di tipo non universitario		Diploma di scuola secondaria superiore		Privi di titolo di studio Analfabeti	
	Valore	Numero indice	Valore	Numero indice	Valore	Numero indice
Municipalità 1	27.25	253	29.50	121	0.96	56
Municipalità 2	12.54	116	23.34	96	1.59	94
Municipalità 3	10.31	96	26.07	107	1.54	90
Municipalità 4	6.93	64	21.61	89	1.78	105
Municipalità 5	24.71	229	37.45	153	0.43	25
Municipalità 6	3.64	34	17.17	70	2.86	168
Municipalità 7	3.09	29	14.72	60	2.78	164
Municipalità 8	4.25	39	17.91	73	2.57	151
Municipalità 9	4.91	45	23.55	97	1.49	88
Municipalità 10	9.87	91	29.94	123	1.18	69
Napoli	10.78	100	24.40	100	1.70	100



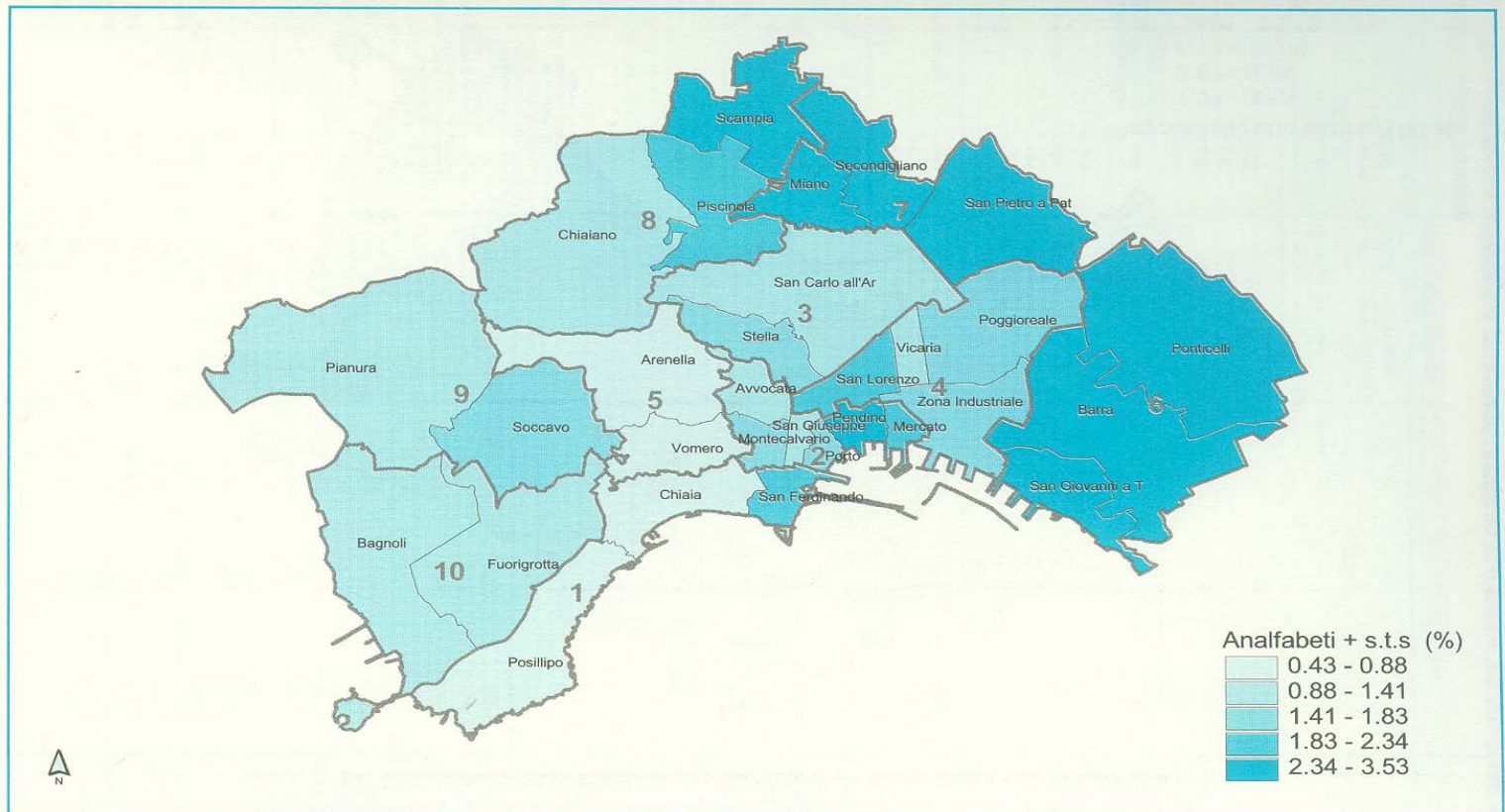
Tante città in una città:

- In queste aree l'incidenza di coloro che non sanno leggere e scrivere presenta livelli significativi in tutte le classi di età considerate a partire dai 6 anni.



Tante città in una città:

Percentuale di analfabeti sul totale della popolazione residente di 6 anni o più
14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni - 21 ottobre 2001



Analfabeti + s.t.s (%)

- 0.43 - 0.88
- 0.88 - 1.41
- 1.41 - 1.83
- 1.83 - 2.34
- 2.34 - 3.53



Tante città in una città:

Tavola 1.27. Popolazione maschile e femminile residente di 6 anni e più per grado di istruzione - Valori percentuali

QUARTIERE/MUNICIPALITÀ	Muniti di titolo di studio				Privi di titolo di studio	
	Laurea o Diploma universitario o terziario di tipo non universitario	Diploma di scuola secondaria superiore	Licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale	Licenza di scuola elementare	Totale	Di cui analfabeti
Chiaia	29.65	30.74	19.39	12.95	7.26	0.70
Posillipo	31.46	32.80	17.31	11.42	7.01	0.64
San Ferdinando	16.42	22.45	27.04	22.41	11.67	1.95
Municipalità 1	27.25	29.50	20.49	14.60	8.16	0.96
Mercato	6.06	17.55	31.08	31.27	14.05	2.00
Pendino	7.26	17.11	29.72	30.00	15.91	2.67
Avvocata	13.90	27.50	27.42	21.78	9.40	1.16
Montecalvario	13.30	21.98	29.16	24.77	10.79	1.50
Porto	15.73	24.74	26.96	23.24	9.33	1.63
San Giuseppe	24.08	29.85	23.11	15.84	7.12	0.88
Municipalità 2	12.54	23.34	28.33	24.61	11.18	1.59
San Carlo all'Arena	11.24	28.39	27.78	22.76	9.82	1.41
Stella	8.09	20.51	31.78	27.97	11.65	1.83
Municipalità 3	10.31	26.07	28.96	24.29	10.36	1.54
San Lorenzo	7.86	19.60	31.64	28.44	12.46	2.04
Vicaria	7.31	26.99	29.81	25.30	10.59	1.40
Poggioreale	5.45	22.17	31.43	29.06	11.89	1.51
Zona Industriale	4.67	21.69	33.43	27.97	12.24	1.66
Municipalità 4	6.93	21.61	31.40	28.06	11.99	1.78
Vomero	28.84	36.23	18.19	10.82	5.92	0.43
Arenella	21.96	38.27	21.08	12.73	5.97	0.43
Municipalità 5	24.71	37.45	19.92	11.97	5.95	0.43
Ponticelli	4.17	18.26	33.55	28.65	15.37	2.83
Barra	3.27	16.68	34.31	30.28	15.46	2.71
San Giovanni a Teduccio	3.07	15.61	32.88	32.40	16.04	3.13
Municipalità 6	3.64	17.17	33.65	29.99	15.55	2.86
Miano	2.41	12.28	38.52	31.06	15.73	2.66
Secondigliano	3.73	16.71	34.07	30.77	14.72	2.73
San Pietro a Paterno	2.45	13.19	32.89	33.76	17.72	3.12
Municipalità 7	3.09	14.72	35.13	31.45	15.61	2.78
Piscinola	3.38	16.75	34.47	31.25	14.14	2.34
Chiaiano	7.01	26.13	32.24	24.09	10.54	1.12
Scampia	3.30	14.09	34.63	31.25	16.73	3.53
Municipalità 8	4.25	17.91	33.99	29.47	14.39	2.57
Soccavo	6.08	23.99	30.40	27.95	11.58	1.79
Pianura	3.93	23.18	35.07	26.39	11.43	1.24
Municipalità 9	4.91	23.55	32.94	27.10	11.50	1.49
Bagnoli	7.45	27.32	30.20	24.53	10.51	1.31
Fuorigrotta	10.64	30.77	27.46	22.31	8.82	1.14
Municipalità 10	9.87	29.94	28.12	22.85	9.23	1.18
Napoli	10.78	24.40	29.21	24.29	11.31	1.70

Fonte: elaborazione sui dati definitivi Istat relativi al Censimento della popolazione del 21 ottobre 2001



Nati p...

La povertà relativa (Dati ISTAT 2006)

- Nel 2006 le famiglie che vivono in situazioni di povertà relativa sono 2 milioni 623 mila e rappresentano l'11,1% delle famiglie residenti; si tratta di **7 milioni 537 mila** individui poveri, pari al **12,9% dell'intera popolazione**
- Nel mezzogiorno la quota di famiglie povere è 5 volte superiore a quella del resto d'Italia:
- Famiglie con 5 o più componenti
- Famiglie con 3 o più figli specie se minorenni



Le famiglie a Napoli:

Tabella 4.1. Ampiezza media delle famiglie alla data dei censimenti

Comune	1951	1961	1971	1981	1991	2001
Roma	3,8	3,6	3,3	3,0	2,7	2,4
Milano	3,1	2,9	2,8	2,5	2,3	2,1
Napoli	4,4	4,3	3,9	3,4	3,4	3,0
Torino	2,8	2,1	2,8	2,6	2,3	2,2
Palermo	4,1	4,0	3,7	3,4	3,2	2,9
Genova	3,1	2,9	2,7	2,4	2,4	2,2
Bologna	3,3	3,1	2,8	2,5	2,3	2,1
Firenze	3,3	3,2	3,0	2,6	2,4	2,2
Bari	4,4	4,1	3,8	3,4	3,1	2,8
Catania	4,0	3,8	3,6	3,2	3,0	2,7
Italia	4,0	3,6	3,3	3,0	2,8	2,6



La povertà assoluta

(Dati ISTAT 2003)

- 926.000 famiglie sono in condizione di povertà assoluta (4,2% del totale delle famiglie residenti) per un totale di 2 milioni 916 mila individui (pari al 5,1% della popolazione, il 70% risiede nel Mezzogiorno)
- La povertà assoluta è concentrata tra le famiglie più numerose (7%)
- Le condizioni di maggior disagio si riscontrano tra le coppie con 3 o più figli (14,4%)



Bambini in povertà

- 1 bambino su 7 in Italia vive in stato di povertà



Le famiglie a Napoli:

Tabella 4.4. Famiglie di sei componenti e più per cento famiglie alla data dei censimenti

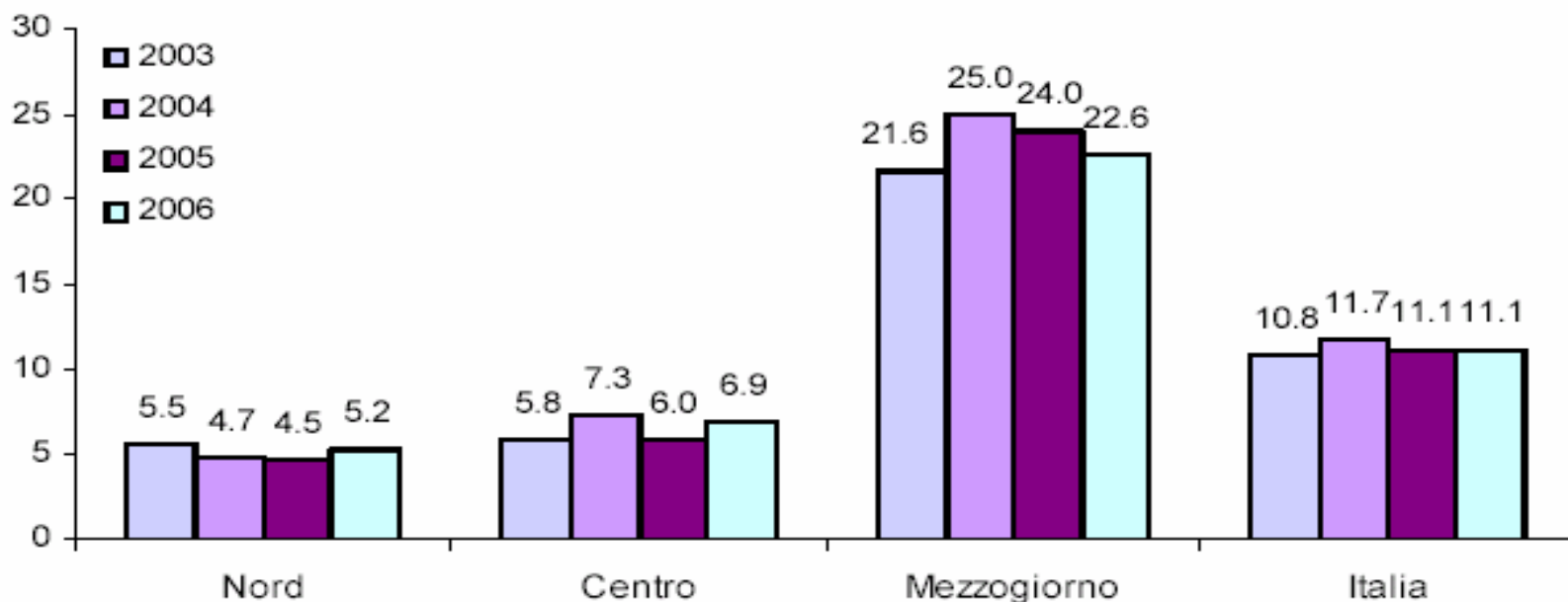
Comune	1951	1961	1971	1981	1991	2001
Roma	16.11	n.d.	6.7	3.2	1.8	0.8
Milano	6.11	n.d.	3.1	1.6	0.8	0.4
Napoli	29.11	n.d.	18.5	11.5	9.6	4.2
Torino	4.4	n.d.	3.5	1.9	0.8	0.4
Palermo	24.1	n.d.	15.4	9.2	5.9	3.2
Genova	6.8	n.d.	2.5	1.1	0.9	0.4
Bologna	7.9	n.d.	3.0	1.4	0.8	0.5
Firenze	8.7	n.d.	4.9	2.0	1.6	0.8
Bari	28.4	n.d.	15.1	8.5	5.0	1.7
Catania	21.3	n.d.	13.8	8.1	5.4	2.7
Italia	20.0	n.d.	9.7	5.4	3.4	1.7



Distribuzione della povertà

(Istat 2006)

Grafico 1. Povertà relativa per ripartizione geografica. Anni 2003-2006 (valori percentuali)



Le famiglie a Napoli: due città in una

Tabella 4.5. Dimensione delle famiglie residenti - Censimento 2001

MUNICIPALITÀ	Ampiezza media della famiglia		Famiglie di 1 componente per 100 famiglie		Famiglie di 6 componenti o più per 100 famiglie	
	Valore assoluto	Numeri indice	Valore assoluto	Numeri indice	Valore assoluto	Numeri indice
Municipalità 1	2.58	87	28,79	140	1.85	44
Municipalità 2	2.77	93	25,80	126	3.45	81
Municipalità 3	2.83	96	22,47	109	3.14	74
Municipalità 4	2.85	96	23,96	117	4.16	98
Municipalità 5	2.63	89	24,79	121	1.27	30
Municipalità 6	3,31	112	14,41	70	6,97	164
Municipalità 7	3,26	110	15,93	78	6,89	162
Municipalità 8	3,49	118	12,05	59	8,75	206
Municipalità 9	3,33	112	12,28	60	5,79	136
Municipalità 10	2,83	96	20,87	102	2,69	63
Napoli	2,96	100	20,53	100	4,25	100



Conseguenze della povertà

(Brooks-Gunn & Duncan, 1997)

- In generale i bambini che vivono in povertà:
 - sviluppano 1,3 volte di più ritardi di sviluppo
 - 1,4 volte di più hanno una diagnosi di disabilità di apprendimento
 - ripetono la classe 2 volte di più



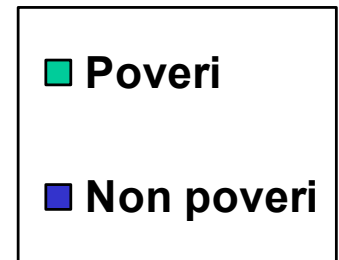
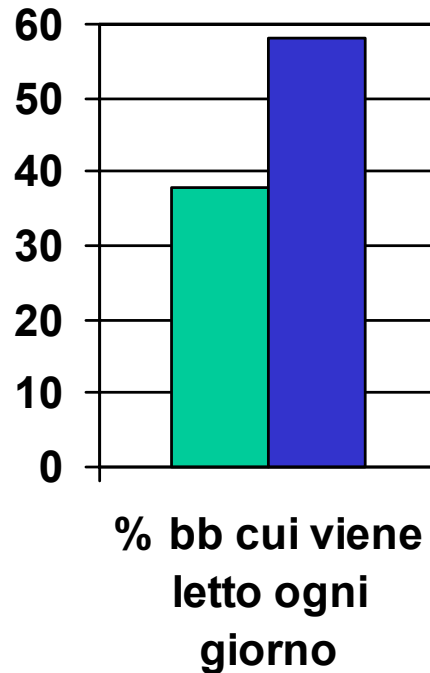
Napoli 9 Aprile 2007 lunedì
Allora Salvatore Davide II
Domenica o maieto innocenti
Domenica o maieto le facole
La domenica è nel caso
nono gettare comunicati

Domenica ha mangiato i maccheroni.
Domenica ha mangiato la pasta.



Le famiglie da raggiungere sono specialmente quelle irraggiungibili!

- La famiglia svantaggiata predice significativamente l'esposizione del bambino al linguaggio (Bloom, 1998)
- I bambini di famiglie povere sono molto lontani dal ricevere letture in famiglia quotidianamente (National Research Council, 1999)

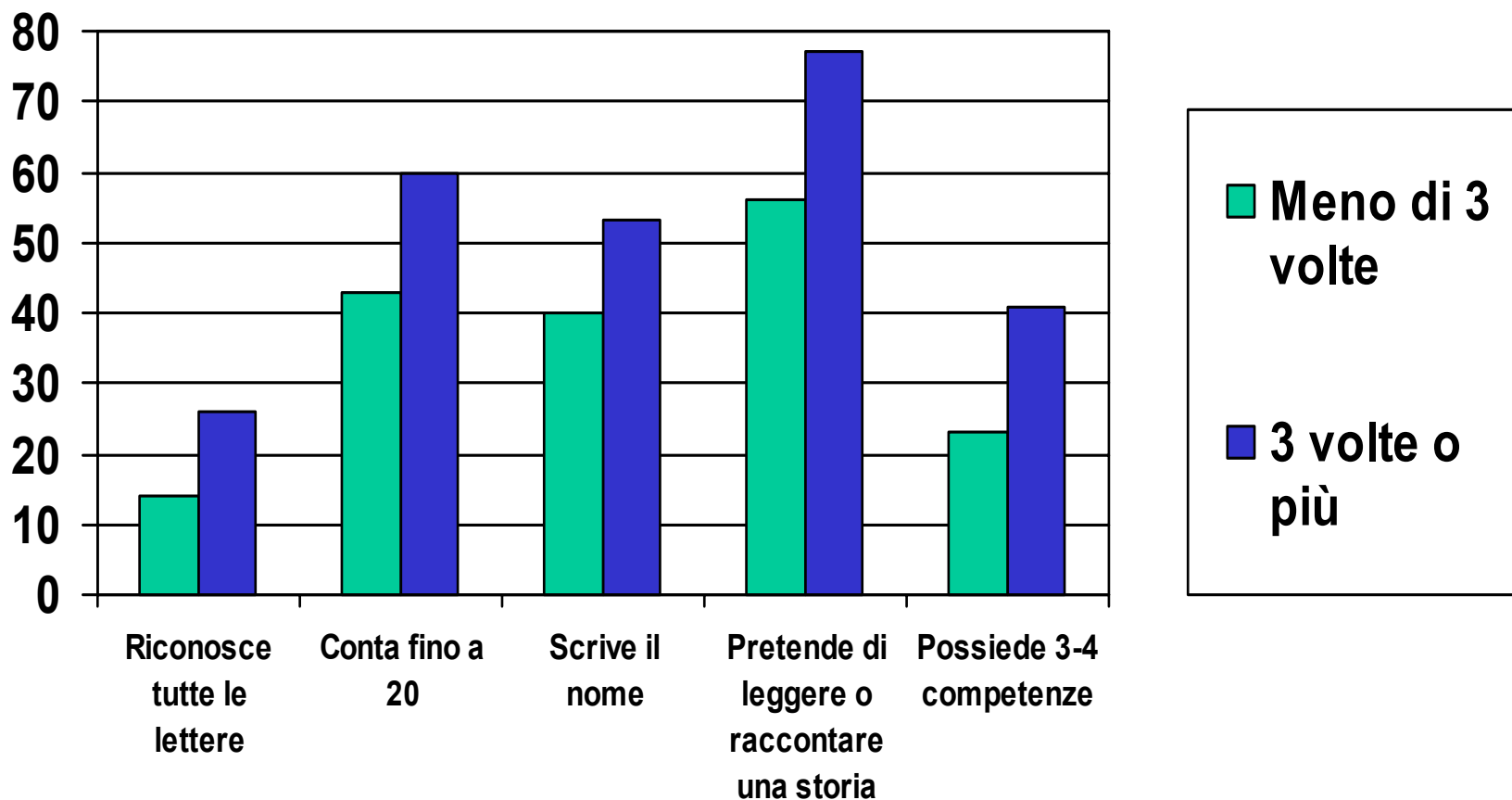


Cominciare presto:



Lettura a voce alta e preparazione a scuola

(National Center for Educational Statistics, U.S.A. 1999)



Con pochi strumenti:



A partire dai 6 mesi



L'attitudine dei genitori

Effectiveness of a Primary Care Intervention to Support Reading Aloud: A Multicenter Evaluation

- 19 siti ROR in 10 stati USA
- 1647 genitori:
 - 730 gruppo intervento ROR
 - 917 gruppo non ROR
- Gruppi confrontabili per sesso, età, peso alla nascita, etnie, linguaggio e istruzione dei genitori.



L'attitudine dei genitori

Effectiveness of a Primary Care Intervention to Support Reading Aloud: A Multicenter Evaluation

Open-ended questions

1. What are your 3 favourite things to do with your child these days?
2. What do you do to help prepare your child for sleep at night?
3. Is there anything you do with your child now that will help him/her be successful when he/she goes to first grade?

Questions adapted from the StimQ

4. Do you ever read children's books to your child, or is she/he too young for that?
5. How many books do you have at home that you read to your child?(meno 5 o più 5)
6. How many days each week do you read children's books with your child?†(meno 3 o più 3)



L'attitudine dei genitori

Effectiveness of a Primary Care Intervention to Support Reading Aloud: A Multicenter Evaluation

Risultati:

La presenza del programma ROR è associata a:

Identificare libri come una delle attività preferite (odds ratio [OR] 1.4, 95% confidence interval)

Leggere ad alta voce per avere successo a scuola (OR 1.5, 95% CI 1.2–1.8),

Uso dei libri per l'addormentamento (OR 1.5, 95% CI 1.2–1.9)

Risposta affermativa a tutte le 3 domande (OR 1.5, 95% CI 1.2–1.9),

La media dei giorni di lettura a settimana più elevata (mean 4.7 6 standard deviation 2.3 vs 4.4 6 2.5, P , .01).



Variazioni del flusso cerebrale del lobo frontale associate alle intonazioni vocali materne

Y.Saito, S. Aoyama, et al, Arch. Dis. Child. Fetale Neonatal Ed 2007; 92:F113-F116

- E' documentato che i neonati o anche i feti riconoscono la voce della propria madre rispondendo attraverso un aumento del battito cardiaco e della suzione non nutritiva all'ascolto della voce materna.
- I genitori aggiustano il loro modo di parlare con i neonati, usando toni variabili, alti e bassi, più pause, accompagnate anche da espressioni facciali (motherese).
- “..Ciò che meraviglia chi ascolta una madre che parla al suo bambino di pochi mesi è *come* gli parla piuttosto che *quello* che dice. La vocalizzazione sembra servire più come consolidamento del rapporto che come scambio di informazioni...La madre abbrevia l'articolazione vocale e prolunga le pause..questo consente al bambino un più lungo periodo di elaborazione e lo espone a quel maturo schema temporale al quale dovranno attenersi le sue future abilità dialogiche” da Stern, “*Le prime relazioni sociali*” 1979.



Variazioni del flusso cerebrale del lobo frontale associate alle intonazioni vocali materne

Y.Saito, S. Aoyama, et al, Arch. Dis. Child. Fetale Neonatal Ed 2007; 92:F113-F116

- **Obiettivo:** esaminare le percezioni uditive dei neonati alle intonazioni materne con la NIRS (spettroscopia a infrarossi).
- 20 neonati a termine, sani, durante il sonno nella loro culla sottoposti a “motherese” o a un “parlare da adulto”.
- Le intonazioni materne (motherese) aumentano significativamente la funzione cerebrale rispetto al “parlare da adulto”.
- Le intonazioni della voce della mamma provocano un aumento del flusso cerebrale della zona orbito- frontale dx.



Variazioni del flusso cerebrale del lobo frontale associate alle intonazioni vocali materne

Y.Saito, S. Aoyama, et al, Arch. Dis. Child. Fetale Neonatal Ed 2007; 92:F113-F116

- **La corteccia prefrontale ha un ruolo unico nel collegare le aree sensoriali della corteccia con quelle sub corticali orientate verso la emotività e la sopravvivenza.**
- **Studi hanno dimostrato come le abilità del lobo frontale possano essere influenzate dal vissuto emozionale dei primi anni di vita.**
- **Il lavoro evidenzia l'importanza del legame affettivo precoce e continuativo nello sviluppo di una area cerebrale implicata nella intelligenza emotiva.**

Perché il “motherese” è così attraente per il lattantino?

Forse perché il lattante elabora le informazioni uditive e visive con tempi più lenti che si adattano meglio al motherese che è oggettivamente fatto da lunghe pause.



Sommario ricerche

- NPL influenza significativamente e positivamente la literacy del bambino
 - i genitori leggono di più ai loro bambini
 - i genitori e i bambini hanno attitudini più positive verso la lettura ad alta voce
- I bambini che partecipano a NPL rispetto a quelli che non vi partecipano, tendono ad avere un incremento nello sviluppo del linguaggio



Chi trae beneficio da NPL

- I **bambini** che ricevono tutti i benefici della lettura precoce ad alta voce e in dono libri appropriati.
- I **genitori** che ricevono informazioni essenziali sulla lettura ad alta voce e suggerimenti per l'interazione con il proprio bambino.
- I **pediatri** che usano il libro come strumento di valutazione e costruiscono legami con la famiglia.



Domande in conclusione:

“Può ciò che si fa e si dice visitando un bambino, cambiare le attitudini dei genitori e le loro idee?”

Può ciò che si fa e si dice visitando un bambino, cambiare il comportamento dei genitori in casa?

Questo può cambiare lo sviluppo dei bambini?”



????????????????????????????????

- Siamo disposti a considerare questa prestazione di "Particolare Impegno Professionale" come uno strumento utile per promuovere la salute dei nostri pazienti?



Grazie a Pasquale Causa,
che ci ha lasciato il 3
Dicembre, gran parte delle
cose dette, tanto delle cose
studiate e meditate, e tanto,
tanto ancora, sono
testimone della sua
passione per NPL:



CONCORSO FOTOGRAFICO
"PASQUALE CAUSA"

L'Associazione Culturale
Pediatri, nell'ambito del
Convegno Argonauti IX
(Messina 2-4 Maggio 2008),
indice un concorso fotografico
sul tema "*Ripartiamo dai
bambini*", per ricordare
Pasquale Causa.

Per visionare il [regolamento](#),
rimandiamo al blog di [Quaderni
ACP](#) (www.quaderniacp.it)





Grazie



**Nati per
Leggere**



**Nati p
Leggere**