



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**STRESS GENITORIALE LEGATO ALLA PANDEMIA E SVILUPPO DEL BAMBINO
NEL PERIODO 0 – 3 ANNI: UN'ANALISI QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

**Early years development and pandemic related parental stress:
A quantitative and qualitative analysis**

Relatrice

Prof.ssa Silvia Lanfranchi

Laureanda

Michelle Lorenzin

Matricola

2016853

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

INTRODUZIONE	1
--------------------	---

CAPITOLO I

LO SVILUPPO DEL BAMBINO NEL PERIODO 0 - 3 ANNI.....	5
---	---

1.1 Lo sviluppo motorio nel bambino di 0 – 3 anni.....	6
--	---

1.2 Lo sviluppo cognitivo.....	11
--------------------------------	----

1.2.1 Critiche al lavoro di Piaget	16
--	----

1.3 Lo sviluppo linguistico e comunicativo.....	17
---	----

1.3.1 Gesti comunicativi, attenzione condivisa e la produzione delle prime parole	18
---	----

1.4 Lo sviluppo emotivo.....	21
------------------------------	----

CAPITOLO II

STRESS GENITORIALE LEGATO ALLA PANDEMIA E SVILUPPO DEL BAMBINO NEL PERIODO 0 – 3 ANNI	25
--	-----------

2.1 Definizione di <i>Stress</i>	25
--	----

2.1.1 Fattori di <i>stress</i>	26
--------------------------------------	----

2.2 Lo <i>stress</i> genitoriale.....	28
---------------------------------------	----

2.3 Effetti dello <i>stress</i> nei bambini.....	30
--	----

2.4 <i>Stress</i> genitoriale legato alla pandemia di COVID-19.....	32
---	----

2.4.1 Fattori che influenzano lo <i>stress</i> dei genitori	37
---	----

2.4.2 Possibili conseguenze psicologiche della pandemia in corso	38
2.4.3 Impatto psicologico e sociale del COVID-19	40
2.5 La relazione tra lo <i>stress</i> genitoriale e lo sviluppo del bambino nel periodo 0-3 anni, durante la pandemia di COVID-19	41

CAPITOLO III

LA RICERCA: METODOLOGIA

3.1 Domanda di ricerca e obiettivi dello studio.....	48
3.2 I partecipanti	49
3.2.1 <i>Statistiche descrittive delle caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti</i>	50
3.2.2 <i>Statistiche descrittive delle caratteristiche ambientali dei partecipanti</i>	54
3.3 Strumenti utilizzati.....	55
3.3.1 <i>Scheda sociodemografica</i>	55
3.3.2 <i>Developmental Profile 4 (DP-4)</i>	55
3.3.3 <i>Scheda variabili ambientali</i>	59
3.4 Procedura della raccolta dati.....	62

CAPITOLO IV

ANALISI DEI DATI

4.1 Analisi quantitativa dei risultati.....	64
4.1.1 <i>Analisi descrittive</i>	64

<i>4.1.2 Correlazione tra lo sviluppo del bambino ed il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19.....</i>	<i>70</i>
<i>4.1.3 Calcolo delle correlazioni parziali tra lo sviluppo del bambino, il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 ed il fattore 'età'.....</i>	<i>77</i>
<i>4.1.4 Calcolo della correlazione tra il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 e l'età dei bambini in mesi.....</i>	<i>78</i>
4.2 Analisi qualitativa dei risultati.....	79

CAPITOLO V

DISCUSSIONE.....	86
5.1 Discussione dei risultati ottenuti per mezzo dell'analisi quantitativa dei dati.....	86
5.2 Discussione dei temi emersi grazie all'analisi qualitativa delle risposte alla domanda aperta.....	89
5.3 Conclusioni.....	92
5.4 Limiti e punti di forza della ricerca	93
5.5 Possibili sviluppi futuri.....	94
5.6 Implicazioni operative	95
BIBLIOGRAFIA	99
SITOGRAFIA.....	109
APPENDICE.....	111
RINGRAZIAMENTI	117

INTRODUZIONE

Negli ultimi tre anni, la nostra vita è stata completamente sconvolta da una pandemia che ha messo a dura prova la resilienza dell'essere umano.

Nella città di *Wuhan*, in Cina, il 31 Dicembre del 2019 venne ufficialmente identificato il COVID-19 (o *Corona Virus Disease*), malattia respiratoria acuta, causata dal *virus* SARS-CoV-2. Da quel giorno, tale fenomeno divenne argomento perenne di cronaca ed entrò a pieno regime nella nostra quotidianità. In Europa, l'Italia è stato il primo paese ad esserne profondamente colpito; i casi si sono diffusi molto rapidamente e con un alto tasso di mortalità.

I primi contagi registrati in Italia risalgono al 21 Febbraio 2020 in alcuni comuni del lodigiano in Lombardia e nel padovano di Vo' Euganeo, in Veneto.

In breve tempo, entrammo in una profonda emergenza sanitaria: all'inizio di Marzo, i contagi in Italia sono saliti oltre i 3000 casi e ciò portò ad un provvedimento inedito, emanato con lo scopo di ridurre la divulgazione del *virus*. Esso prevedeva la chiusura dei principali luoghi di ritrovo, tra cui scuole, università, cinema, teatri, stadi e la raccomandazione di attuare, ove possibile, lo *smart working* e di ridurre drasticamente tutti i contatti sociali. Ciò non bastò a far diminuire i casi, tant'è che il 9 Marzo 2020, tramite un nuovo decreto, l'Italia è diventata una "zona rossa" ed è stato proclamato il primo *lockdown*.

Solo due giorni dopo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che era in atto una pandemia (Bonichini & Tremolada, 2021).

Col passare dei mesi, il popolo italiano dovette affrontare una serie elevata di restrizioni molto rigide, motivo di notevole *stress*, alle quali andavano ad aggiungersi innumerevoli lutti e perdite di ogni genere (dalla sfera affettiva, all'ambito lavorativo); nasce da qui l'esigenza di comprendere come il Paese abbia affrontato uno degli eventi più stressanti degli ultimi tempi a livello mondiale.

Ad oggi, è un dato consolidato che la pandemia abbia causato gravi conseguenze psicologiche e problemi di salute mentale in individui di tutte le età. In particolare, una speciale attenzione va rivolta ai bambini, in quanto la loro vita ha subito profonde modificazioni, così come il loro equilibrio emotivo, che è stato profondamente alterato.

Possibili segnali di allarme (o di rischio), se riconosciuti in tempo durante i primi anni di vita, possono portare all'individuazione precoce di molti disturbi o eventuali ritardi nel raggiungimento delle tappe dello sviluppo del bambino.

I primi anni di vita sono tra i più importanti nello sviluppo mentale e fisico dell'essere umano; risulta, quindi, fondamentale individuare e sintonizzarsi sui loro segnali e bisogni.

Per tali ragioni, sia teoriche che contestuali, lo scopo della presente ricerca è quello di indagare la correlazione tra lo *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 e lo sviluppo dei bambini di età compresa tra gli zero e tre anni (e 11 mesi).

L'obiettivo di tale studio va tuttavia concettualizzato all'interno di un Progetto di ricerca più ampio, denominato "Conoscere lo sviluppo di bambini e ragazzi tra 0 e 21 anni".

Si tratta di uno studio scientifico che ha l'obiettivo di creare una versione italiana del *Developmental Profile 4*, un protocollo di intervista volto a valutare lo sviluppo del bambino da 0 a 21 anni.

Il medesimo Progetto è diretto dalla Prof.ssa Silvia Lanfranchi e dalla Prof.ssa Sara Scrimin del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS), della Scuola di Psicologia dell'Università di Padova.

Il seguente progetto di tesi si suddivide in cinque capitoli.

Il primo capitolo ha lo scopo di riassumere la letteratura disponibile concerne i primi tre anni di sviluppo del bambino. In particolare, viene descritto lo sviluppo motorio; lo sviluppo cognitivo (secondo la prospettiva di Piaget); lo sviluppo linguistico e comunicativo, ed infine lo sviluppo emotivo.

Il secondo capitolo, invece, procede dal generale al particolare: inizialmente viene presentata una rassegna della letteratura inerente lo *stress*, di cui verrà fornita una definizione ed una descrizione dei vari fattori di *stress*. In seguito, viene affrontato il tema dello *stress* genitoriale e gli effetti che tale *stress* comporta nei bambini. Infine, l'attenzione verrà focalizzata sullo *stress* genitoriale legato alla pandemia di COVID-19, oggetto d'interesse del presente studio: in particolare, verranno esaminati i fattori che influenzano lo *stress* dei genitori; le possibili conseguenze psicologiche della pandemia in corso e l'impatto psicologico e sociale che essa comporta.

Il terzo capitolo illustra la metodologia utilizzata nel medesimo progetto di ricerca; verranno enunciati gli obiettivi dello studio e la domanda di ricerca; gli strumenti utilizzati; le caratteristiche del campione e la procedura concernente la raccolta dati.

Il quarto capitolo riporta i risultati emersi dall'analisi dei dati, realizzata tramite un'analisi quantitativa e qualitativa dei dati disponibili.

Infine, nel quinto ed ultimo capitolo vengono discussi e commentati i risultati ottenuti; vengono poi individuati i limiti della ricerca svolta, gli eventuali sviluppi futuri e le possibili applicazioni operative della ricerca effettuata.

CAPITOLO I

LO SVILUPPO DEL BAMBINO NEL PERIODO 0 - 3 ANNI

Lo sviluppo di un individuo inizia con il concepimento e si estende lungo tutto l'arco di vita; è un processo dinamico caratterizzato da continui cambiamenti. In tale processo di sviluppo, vi sono sia periodi di crescita, ovvero progressivi, che di decadimento, regressivi.

Nel passato, l'interesse per lo sviluppo infantile è stato scostante: nell'Europa Medievale, i bambini venivano visti e considerati come degli "adulti in miniatura". Ad oggi, vi è una scrupolosa e fondamentale maggiore attenzione nei loro confronti, tant'è che il loro sviluppo è al centro dell'attenzione pubblica e l'infanzia viene considerata come un particolare periodo della vita nettamente separato dalla vita adulta.

È a partire dal 1800 che lo sviluppo infantile si è evoluto divenendo un insieme di complesse teorie, tecniche e metodi di studio che hanno costituito questa nuova sofisticata scienza.

In particolare, negli ultimi 25 anni del XIX secolo si è passati da un approccio alla psicologia umana di stampo filosofico, ad uno maggiormente focalizzato sull'osservazione e sulla messa in atto di esperimenti sistematici.

Lo sviluppo infantile viene usualmente suddiviso in specifici periodi, temporalmente ben definiti e circoscritti:

- Periodo prenatale, compreso tra il concepimento e la nascita.
- Prima infanzia o semplicemente infanzia (*infancy*), periodo evolutivo che si estende dalla nascita sino ai 18-24 mesi d'età circa, in cui l'infante, che si trova in uno stato di assoluta dipendenza dagli adulti, è solito sviluppare il linguaggio, la capacità di coordinare ciò che sente con le sue azioni fisiche, il pensiero simbolico, la capacità di imitare l'altro e apprendere da quest'ultimo (pur tenendo sempre in considerazione

l'estrema variabilità individuale nel raggiungimento di codeste tappe evolutive).

- Età prescolare o seconda infanzia (*early childhood*), periodo evolutivo che si protrae dalla fine della prima infanzia, sino ai cinque/sei anni d'età circa; è in questo lasso di tempo che il bambino acquisisce una maggiore autonomia (anche nel prendersi cura di sé stesso), si dedica al gioco ed è più interessato verso i propri coetanei.
- Età scolare o fanciullezza, periodo evolutivo che va dai sei agli undici anni di età.
- Adolescenza, fase di transizione tra l'infanzia e l'inizio della vita adulta (ha inizio intorno ai 10-12 anni e termina tra i 18-22 anni) (Santrock & Rollo, 2017).

Nel medesimo capitolo, il focus verrà rivolto ad analizzare lo sviluppo del bambino nei primi tre anni (e 11 mesi) di vita.

1.1 Lo sviluppo motorio nel bambino di 0 – 3 anni

Una delle tematiche più antiche della psicologia scientifica dello sviluppo riguarda come neonati e bambini riescano a controllare il proprio corpo (Thelen, 2000).

Da un punto di vista quantitativo, gli studi motori sono meno numerosi rispetto agli studi sullo sviluppo cognitivo, sociale, linguistico, della personalità, percettivo ed emotivo. Nella prima metà del XX secolo, gli studiosi erano fortemente concretati sullo sviluppo motorio; tuttavia, in seguito, tale ricerca subì un forte arresto. Le cause ipotizzate nel tentativo di fornire una spiegazione a tal fenomeno sono varie: una possibile prima ipotesi sostiene che, una volta descritta la sequenza normativa dei vari comportamenti motori, vi fosse poco altro da fare (tale traguardo non era però sufficiente per comprendere i processi di sviluppo, al di là dell'ovvia conclusione che le capacità motorie migliorassero con l'avanzare dell'età); un'ulteriore possibilità riguardava l'entrata in campo della rivoluzione cognitiva e la successiva concentrazione,

da parte degli studiosi, sul funzionamento interno della mente. L'interesse per lo sviluppo motorio si è tuttavia rinnovato negli ultimi due decenni: d'altronde, il comportamento motorio è uno dei più vasti campi di sviluppo. Tutti i comportamenti sono comportamenti motori; infatti, lo studio dello sviluppo motorio è in realtà l'approfondimento dello sviluppo comportamentale (Adolph & Robinson, 2015). Questi studi contemporanei stanno contribuendo, sia a livello empirico che teorico, a fornire informazioni relative allo sviluppo motorio in generale, e nello specifico nella comprensione dei cambiamenti evolutivi (Thelen, 2000).

Lo sviluppo psicomotorio è un processo maturativo che nei primi anni di vita permette al bambino di acquisire svariate competenze, fra cui varie abilità posturali, motorie, cognitive e relazionali (Tortorella, Gagliano & Germanò, 2012).

Il neonato alla nascita non dev'essere considerato, abilmente parlando, una tabula rasa: è infatti dotato di alcuni riflessi fondamentali. È proprio a partire da quest'ultimi che lo sviluppo motorio ha inizio. I riflessi¹, reazioni motorie ed automatiche in risposta a degli stimoli, controllano i movimenti automatici del neonato; definiti come meccanismi di sopravvivenza geneticamente tramandati, fanno in modo che i bambini rispondano al loro ambiente adattandosi ad esso, per far sì che in seguito possano essere predisposti all'apprendimento (Santrock & Rollo, 2017). Sarebbe un errore, però, immaginare il neonato come un individuo capace esclusivamente di risposte riflesse (come avveniva 30 anni fa).

Alla nascita, oltre ai riflessi, il neonato sa interagire con l'ambiente che lo circonda ed entrare in comunicazione con gli altri, grazie alle abilità altamente differenziate e geneticamente pre-determinate con cui si affaccia alla vita extrauterina (Tortorella et al., 2012).

I primi movimenti, che si verificano sia durante la veglia che durante il sonno, possono essere volontari o involontari, finalizzati ad uno scopo oppure apparentemente casuali. La motricità spontanea, fortemente frequente, è una caratteristica distintiva del movimento infantile; essa,

¹ I riflessi maggiormente rilevanti sono i riflessi di *rooting*, di suzione, di Moro e il riflesso di prensione.

inoltre, fornisce le basi dalle quali avranno origine futuri movimenti intenzionali, diretti a specifici obiettivi (Adolph & Robinson, 2015). Come affermò Thelen (2000), i genitori attendono con gioia il raggiungimento delle tappe motorie dei propri figli e solitamente festeggiano tali traguardi con altrettanto entusiasmo; basti pensare all'importanza dell'acquisizione delle abilità grosso motorie: dal sollevare la testa in autonomia² al gattonare, dal muoversi con l'obiettivo di afferrare degli oggetti, sino al correre.

Tali esempi di abilità grosso-motorie ci aiutano nella comprensione di quest'ultime: per la loro messa in atto, risultano necessarie ampie attività muscolari; inoltre, un requisito indispensabile per tale capacità è il controllo posturale, abilità estremamente collegata con la locomozione e non controllata in modo volontario dai neonati. Entro i due mesi d'età imparano a sedersi, nonostante riescano a farlo in autonomia solamente dopo il sesto o settimo mese di vita. Compiuti gli otto mesi, sono solitamente capaci di sollevarsi tenendosi a degli oggetti e molti riescono a stare in piedi da soli intorno all'anno d'età (Santrock & Rollo, 2017).

Nella maggior parte dei bambini la deambulazione quadrupedica ("gattonamento") precede la deambulazione autonoma bipede (Tortorella et al., 2012). Ad uno/due mesi di vita, i bambini sanno compiere movimenti alternati e ben coordinati con le gambe (Santrock & Rollo, 2017); dal terzo mese, iniziano a sviluppare gradualmente la capacità di afferrare e coordinare la vista con una migliore manualità³ (Tortorella et al., 2012).

Nei primi sei mesi, da distesi sulla schiena fanno scalcie alternando le gambe.

Tuttavia, nonostante tali precoci capacità, i bambini iniziano solitamente a camminare intorno al primo anno d'età. Infatti, per camminare in modo eretto, il bambino deve riuscire a stabilire un equilibrio: sostenersi su una sola gamba abbastanza a lungo, mentre spinge l'altra in

² Nello specifico, i neonati, verso il quindicesimo/ventesimo giorno di vita, riescono a mantenere il capo eretto per qualche secondo se presi in braccio (abilità autonomamente raggiunta intorno al terzo mese) (Tortorella et al., 2012).

³ Il riflesso di prensione ("afferrare"), presente sin dalla nascita, dev'essere sostituito dall'acquisizione di movimenti di prensione volontaria.

avanti, e contemporaneamente spostare il peso da una gamba all'altra senza cadere.

Gli innumerevoli tentativi che portano alla riuscita di tale processo (per il quale il bambino impiega circa un intero anno) sono indicativi della difficoltà di tale meccanismo, motivo per cui inizialmente muovono semplici piccoli passi in quanto impegnati nella ricerca di tale equilibrio, e sono frequenti le cadute.

Nell'apprendimento della locomozione, i bambini imparano a discriminare quali tipi di spazi e superfici sono più sicuri. Grazie all'esperienza, maturano la capacità di integrare le informazioni percettive sviluppando nuovi comportamenti motori; da tale acquisizione, scaturiscono diverse loro prese di decisione, come ad esempio l'evitamento di discese rischiose dove cadrebbero con elevata probabilità (Santrock & Rollo, 2017).

Per imparare a camminare, indispensabile è far pratica (Adolph & Joh, 2009): ciò che il bambino inconsapevolmente ricerca è un'adeguata combinazione di forza ed equilibrio.

Le abilità grosso-motorie vengono acquisite durante il primo anno d'età, e culminano con la capacità di camminare con facilità. Fondamentale è ricordare che diversi bambini non raggiungono tali tappe motorie seguendo la sequenza temporale *standard*; va sempre tenuto a mente il fattore di variabilità individuale. Durante il primo anno d'età, il bambino diventa tanto più indipendente, tanto più raggiunge le varie conquiste motorie: quest'ultime gli permetteranno di esplorare sempre più ampiamente l'ambiente a lui circostante e agevoleranno il suo interagire con le persone che caratterizzano la sua quotidianità (Santrock & Rollo, 2017).

Nel secondo anno di vita, si assiste ad un progressivo miglioramento delle abilità motorie (Tortorella et al., 2012); entro i 18-24 mesi acquisiscono diverse abilità: sanno camminare velocemente (anche all'indietro, senza cadere) o correre goffamente per brevi tragitti; sanno calciare un pallone senza cadere; sanno saltare sul posto, e molto altro ancora. Salvo per ragioni di sicurezza, gli esperti dello sviluppo ritengono che l'attività motoria sia fondamentale per uno sviluppo sano del bambino; andrebbero quindi evitate restrizioni eccessive verso le loro

avventure motorie. In età prescolare, il bambino sa stare in piedi e muoversi senza sforzi eccessivi. È maggiormente sicuro e ben direzionato nei suoi movimenti, tant'è che quest'ultimi divengono più automatici. A tre anni si divertono e sono fieri di compiere semplici movimenti come saltare e correre avanti e indietro (Santrock & Rollo, 2017).

Sicuramente il corpo, essendo un sistema fisico sempre situato in un ambiente, gioca un ruolo centrale nel comportamento motorio; infatti, i continui cambiamenti corporei, molto rapidi e repentini in questi primi anni di vita, risultano essere molto salienti nella descrizione delle diverse tappe motorie. La morfologia del corpo determina inoltre la gamma di possibili movimenti realizzabili; imparare a muoversi implica infatti, adattare il proprio comportamento ai cambiamenti che di continuo si verificano a livello corporale.

Tuttavia, è bene tenere presente che l'adattamento del comportamento motorio ai vari vincoli imposti dal corpo e dall'ambiente richiede pianificazione, processo decisionale, percezione, apprendimento e la scoperta di nuove strategie. Ciò che contraddistingue un comportamento adattivo è proprio la flessibilità.

Lo sviluppo motorio è considerato, dalla teoria ecologica, come il prodotto dell'interazione tra il sistema genetico, l'ambiente e l'esperienza (Gibson, 1979; come citato in Tortella, Tessaro & Fumagalli, 2012). Le capacità motorie dei bambini migliorano progressivamente man mano che i loro corpi e gli ambienti si modificano (infatti, anche l'ambiente, con la sua variabile natura, vincola e supporta il comportamento motorio richiedendo che le azioni siano flessibili e adattive). La ricerca inerente allo sviluppo motorio offre infine numerosi vantaggi, quali la diretta osservazione dei comportamenti motori (a differenza degli ambiti in cui ad essere misurati indirettamente sono i pensieri, le percezioni, le motivazioni, ecc.) (Adolph & Robinson, 2015).

1.2 Lo sviluppo cognitivo

Grazie ai contenuti dello psicologo svizzero Jean Piaget (1896-1980), in particolare rispetto all'ambito educativo relativo ai bambini e al concetto di cognizione nella cultura psicologica, la scienza dello sviluppo infantile è stata fortemente arricchita (Babakr, Mohamedamin & Kamad, 2019). Grazie alla sua attenta osservazione dei suoi tre figli e di numerosi altri bambini (a cui ha potuto somministrare diverse interviste), ha modificato il nostro modo di percepire come i bambini pensano il mondo. Egli riteneva che, così come i nostri corpi possiedono delle strutture che consentono loro di adattarsi al mondo, ugualmente l'essere umano è solito costruire delle strutture mentali con il medesimo scopo, ossia adeguarsi alle nuove richieste dell'ambiente esterno. Piaget sosteneva, inoltre, che i bambini costruissero attivamente i propri mondi cognitivi, tant'è che alla base della sua teoria vi è la determinazione a scoprire in che modo i bambini pensino al mondo durante le diverse fasi del loro percorso evolutivo, e come avvengono i vari cambiamenti sistematici nel loro pensiero. I meccanismi che i bambini utilizzano nel loro tentativo di comprendere il mondo si esplicano nei seguenti processi:

(1) Schemi. Concetto ripreso da Piaget per intendere un modello di pensiero o azione che il bambino usa per organizzare, rappresentare ed interpretare la realtà; vengono da lui definiti come azioni mentali capaci di organizzare la conoscenza. Li differenzia in:

- Schemi comportamentali o d'azione, riguardanti le attività fisiche e presenti tipicamente nella prima infanzia; tali schemi di un infante si concretizzano in semplici azioni eseguite ad esempio su degli oggetti, come la suzione o la prensione.
- Schemi mentali, relativi alle attività cognitive sviluppatasi nella seconda infanzia; essi rimandano a bambini più grandi, con schemi che comprendono piani e strategie per la risoluzione dei problemi.

Piaget, essendo molto interessato allo studio dell'intelligenza, chiarifica come alla base dei

processi cognitivi vi siano gli invarianti funzionali.⁴ Tra di essi, troviamo l'adattamento che permette di regolare le interazioni tra l'organismo e l'ambiente, e

- (2) l'organizzazione, la quale regola la modalità con cui le strutture mentali funzionano come delle totalità coerenti. È il modo in cui i bambini danno senso al loro mondo, secondo un principio di costruzione olistico: le trasformazioni evolutive non riguardano parti isolate della struttura, ma essa nel suo insieme, tant'è che trasformazioni ad una sua parte, comportano cambiamenti qualitativi all'intera struttura. Il fine dell'organizzazione è promuovere l'adattamento dell'individuo.

“Secondo Piaget, i due processi alla base dell'adattamento dell'individuo al proprio ambiente sono l'assimilazione e l'accomodamento. La forma più alta di adattamento, e cioè quella in cui assimilazione e accomodamento realizzano il miglior equilibrio, è l'atto di intelligenza” (Santrock & Rollo, 2017, p. 151). Questi due concetti sono inoltre ripresi da Piaget per spiegare come gli schemi vengano utilizzati e adattati dai bambini:

- (3) Assimilazione. Processo in cui il bambino incorpora ogni nuova informazione (della realtà esterna, o acquisita tramite l'esperienza) negli schemi già esistenti.
- (4) Accomodamento. Meccanismo secondo cui i propri schemi vengono modificati dal bambino con il fine di adattarli alle caratteristiche delle nuove informazioni ed esperienze assimilate.

I due processi, appena sopra descritti, sono presenti anche in bambini molto piccoli e nella realtà avvengono in contemporanea: sono inoltre complementari, garantiscono l'interazione individuo – ambiente, determinandone l'adattamento. Vi sono poi i seguenti processi:

⁴ Meccanismo biologicamente predeterminato di un funzionamento generale dell'organismo; sono presenti in ciascuno di noi, ma non sono comportamenti osservabili, bensì principi generali che sottostanno ai comportamenti e che agiscono in forma immutata lungo tutto l'arco della vita governando tutte le nostre azioni.

(5) Equilibrio.

(6) Equilibrizzazione. Esso è il più importante meccanismo invariante che determina lo sviluppo cognitivo ed il suo equilibrio. È un processo, continuo e dinamico, attraverso il quale è possibile integrare le esperienze vissute in delle totalità unificate e stabili.

Secondo Piaget, il processo di assimilazione si appropria del sistema cognitivo vincolandolo ad interagire con l'ambiente; in tal modo, il sistema cognitivo si trova tendenzialmente sempre in uno stato di disequilibrio che viene però riassetato grazie alla riorganizzazione che l'accomodamento provoca alla struttura interna. Infatti, mentre interagiamo con l'ambiente, riceviamo informazioni non congrue con il livello di conoscenza che possediamo, condizione che provoca appunto lo stato di disequilibrio, il quale viene ad essere eliminato solo modificando le strutture cognitive e con il passaggio ad un livello superiore.

Il passaggio da uno stadio all'altro avviene quando il bambino, cercando di comprendere il mondo, sperimenta un conflitto cognitivo (o disequilibrio); una volta risolto il conflitto, il bambino raggiungerà il nuovo equilibrio cognitivo rappresentato dal conseguimento di un livello cognitivo superiore, e svilupperà così un livello sempre maggiore di competenza e strutture mentali progressivamente sempre più complesse. Man mano che il bambino avanza da uno stadio all'altro, esso organizza e riorganizza i suoi vecchi e nuovi schemi.

Il risultato degli invarianti funzionali, secondo Piaget, è che il percorso evolutivo di ciascun individuo preveda quattro stadi di sviluppo, ciascuno legato ad uno specifico *range* d'età e a diversi modi di pensare e comprendere il mondo (differenti in ciascun stadio).⁵ Ad ogni stadio corrisponde una diversa organizzazione mentale ed un diverso adattamento (Santrock & Rollo, 2017). Piaget ha inoltre suggerito che tutti i bambini passino queste quattro fasi dello

⁵ Caratteristiche principali degli stadi: la cognizione è qualitativamente diversa in ciascuno degli stadi; ad ogni stadio gli schemi si trasformano; gli stadi si integrano gerarchicamente e sono disposti secondo un preciso ordine logico; il passaggio da uno stadio all'altro avviene gradualmente.

sviluppo (Moreno, 2010; come citato in Babakr et al., 2019); riteneva anche che lo sviluppo cognitivo fosse un processo continuo e che tutti i bambini del mondo seguissero la stessa sequenza di sviluppo cognitivo, senza saltare alcuna fase (Hockenbury & Hockenbury, 2011; come citato in Babakr et al., 2019).

Il primo stadio dello sviluppo cognitivo viene definito stadio sensomotorio, in quanto il bambino coordina esperienze sensoriali con azioni fisiche e motorie con il fine di comprendere il mondo; si estende dalla nascita sino ai due anni circa, periodo in cui compare un'intelligenza "pratica, sensomotoria". Le strutture cognitive consistono in schemi d'azione, legati al funzionamento dei sensi e della motricità, mezzi con il quale il bambino esplora il mondo a sé circostante. All'inizio di tale stadio, i neonati realizzano ciò tramite i comportamenti riflessi, mentre verso i due anni d'età fanno mettere in atto complesse forme sensomotorie (Santrock & Rollo, 2017). In tale stadio, vi sono tre sviluppi fondamentali: entro i due anni di vita, il bambino inizia ad esprimere un vocabolario via via sempre più complesso (Cacioppo et al., 2013; come citato in Babakr et al., 2019); in seguito, verso la fine della fase sensomotoria, sviluppa la capacità di imitare gli altri (abilità definita da Piaget come "imitazione differita") (Martin et al., 2019; come citato in Babakr et al., 2019). Al termine del periodo sensomotorio, verso i 18-24 mesi, nei bambini compare la funzione simbolica, e grazie ad essa viene ad essere raggiunta una delle conquiste più importanti per un infante, ossia la permanenza dell'oggetto⁶. È, inoltre, utile sottolineare come fino ai quattro mesi, il bambino non differenzi sé stesso dal mondo, e tutto sia riconducibile al suo corpo: tale fenomeno viene descritto come egocentrismo radicale. Alla fine del periodo sensomotorio, ciò viene superato grazie alla formazione di rappresentazioni mentali degli oggetti: subentra così la fase dell'egocentrismo intellettuale, presente nello stadio preoperatorio: in questo momento il bambino non riesce a contemplare

⁶ Comprensione del fatto che gli oggetti e gli eventi continuano ad esistere anche quando non possono essere rilevati dagli organi di senso (le prime manifestazioni dell'acquisizione di tale abilità sono visibili verso i nove mesi).

la possibilità che la realtà possa presentarsi agli altri diversamente da come si presenta a lui; è centrato su sé stesso e non considera la possibilità che possano esistere punti di vista differenti dal proprio.

Questo secondo stadio è caratteristico per la cognizione che il bambino possiede nell'età pre-scolare, ossia libera, creativa, fantasiosa e capace di una migliore comprensione del mondo; si estende dai due ai sette anni. Il bambino, in questo periodo, non compie effettivamente delle operazioni, ovvero delle azioni interiorizzate che gli permettono di fare mentalmente ciò che prima faceva solo fisicamente: il pensiero preoperatorio è solo l'inizio di tale abilità.

In questa fase, i bambini cominciano a rappresentare il mondo mediante l'utilizzo di parole, immagini, disegni e giochi (come "il gioco del far finta"); emerge propriamente il pensiero simbolico, concetti maggiormente stabili, il ragionamento mentale, l'egocentrismo e le credenze magiche. Gli schemi mentali, non ancora coordinati tra loro, sono ancora focalizzati sugli oggetti e su azioni sperimentate nella realtà. Il pensiero è prelogico, incapace di considerare più aspetti insieme e incentrato nell'immediatezza delle cose e ciò risulta evidente anche dal modo con cui il bambino spiega la realtà. Lo sviluppo del pensiero preoperatorio può essere suddiviso in due sotto-stadi:

- Sotto-stadio della funzione simbolica (dai due ai quattro anni circa), in cui si acquisisce il concetto di permanenza dell'oggetto; i bambini iniziano a scarabocchiare, usare il linguaggio e le immagini come simboli per comprendere il mondo fisico e si impegnano molto nel gioco.

Tuttavia, il pensiero del bambino è ancora molto limitato a causa dell'egocentrismo.

- Sotto-stadio del pensiero intuitivo (dai quattro ai sette anni d'età); i bambini cominciano ad utilizzare ragionamenti rudimentali e pongono molte domande da cui pretendono altrettante risposte.

Una caratteristica del pensiero preoperatorio è l'animismo, ossia il credere che gli oggetti inanimati abbiano qualità legate all'essere vivi e siano capaci di compiere azioni (Santrock &

Rollo, 2017). Ciò funge da grosso limite in quanto i bambini, in questa fase, credono che tutto ciò che li circonda sia vivo (Bernstein et al., 2008; come citato in Babakr et al., 2019).

Segue lo stadio operatorio concreto, che si estende dai sette agli 11 anni; il bambino sa ragionare in modo logico su eventi concreti, sa fare delle classificazioni e sa disporre gli oggetti in serie ordinate. Infine, vi è lo stadio delle operazioni formali, dagli 11 anni in poi. Ciò che caratterizza un adolescente, è la capacità di ragionare in modo più astratto, idealistico e logico e lo sviluppo del pensiero ipotetico – deduttivo (Santrock & Rollo, 2017).

1.2.1 Critiche al lavoro di Piaget

Sebbene i suoi lavori abbiano fortemente contribuito al progresso della psicologia dello sviluppo, ciò che Piaget ha teorizzato non è stato pienamente accettato a causa di diversi problemi legati alla metodologia (Babakr et al., 2019). La maggior parte degli studiosi, ad esempio, ritiene che la successione da uno stadio all'altro dipenda dalle esperienze e dalle influenze culturali; gli stadi successivi possono anche non essere raggiunti e in questo subentra una grande variabilità intra e interindividuale (Santrock & Rollo, 2017). Sono state poi evidenziate ulteriori carenze, come la sottovalutazione delle capacità cognitive del bambino; come sostenne Spelke e Newport nel 1998 (come citato in Babakr et al., 2019), i bambini possiedono una conoscenza innata del mondo esterno e apprendono più velocemente di quanto Piaget non credesse. Inoltre, Piaget non ha considerato come gli aspetti sociali (sia intra che *extra* familiari), educativi e culturali, possano influenzare lo sviluppo delle capacità cognitive e di pensiero dei bambini. Infine, son stati rilevati differenti problematiche nel suo approccio metodologico. Nonostante ciò, la sua teoria è stata fondamentale nel guidare gli psicologi a riconcettualizzare il concetto di sviluppo cognitivo (Babakr et al., 2019).

1.3 Lo sviluppo linguistico e comunicativo

Il linguaggio, forma di comunicazione parlata, scritta o a gesti, si fonda su di un sistema di simboli; più dettagliatamente, è costituito dalle parole utilizzate da una data comunità, affiancate al sistema di regole a cui sono associate. Qualunque sia la lingua che i neonati apprendono, il percorso che li condurrà a sviluppare il linguaggio è da ritenersi simile.

Diverso, invece, è il concetto di comunicazione che si avvale di altri sistemi, quali ad esempio il corpo, i gesti, lo sguardo e molto altro ancora. Il linguaggio, oltre che per comunicare, risulta fondamentale per pensare e ragionare; le tappe fondamentali per svilupparlo sono le seguenti: Come Sachs affermò nel 2009, i bambini producono attivamente suoni fin dalla nascita col fine di attirare l'attenzione di chi si prende cura di loro; le vocalizzazioni comprendono una varietà di suoni che non hanno una funzione linguistica precisa e tantomeno la struttura propria del linguaggio. Durante il primo anno di vita, i vocalizzi passano dal pianto (di cui esistono varie tipologie, ciascuna con un differente significato), al tubare, ovvero emettere suoni in "uu" come "cu" o "gu" (ciò accade tipicamente tra il primo e secondo mese di vita durante le interazioni con i *caregiver*); sino al *babbling*, o lallazione, intorno alla metà del primo anno (Santrock & Rollo, 2017). Più precisamente, il termine 'lallazione' indica la sequenza di sillabe, consonanti e vocali, ripetute due o più volte; le più recenti ricerche evidenziano due importanti aspetti: la probabile origine innata di tale fenomeno e il rapporto di continuità che esso potrebbe avere con la prima formazione di parole. Infatti, nella formazione delle prime parole della lingua madre, il bambino usa gli schemi fonetici con cui si è esercitato attraverso la lallazione (D'Odorico, 2005). A determinare il cambiamento nel tipo di suono che il bambino può emettere è lo sviluppo, anatomico e funzionale, che riguarda l'apparato fono-articolatorio nei primi mesi di vita (Stark et al., 1993; D'Odorico, 2005).

Nelle prime due/tre settimane di vita il bambino emette suoni 'pre-pianto', di natura vegetativa e legati al pianto; seguono poi vocalizzazioni non di pianto, con le quali il bambino inizia

a giocare con i suoni ripetendoli con sistematicità. A due e tre mesi, grazie alle situazioni interattive diadiche, il bambino comincia a rispondere, vocalizzando, al genitore che gli sta parlando (parliamo di imitazioni vocaliche) (Santrock & Rollo, 2017).

1.3.1 Gestì comunicativi, attenzione condivisa e la produzione delle prime parole

Verso gli otto/dieci mesi, gli infanti cominciano ad utilizzare i gesti. Si definiscono gesti comunicativi tutte le azioni corporee, usate con intenzione comunicativa⁷, di carattere convenzionale e che si riferiscono ad un oggetto o evento esterno. A 9-12 mesi vengono prodotti gesti performativi o deittici (si tratta principalmente di tre tipologie di gesti: indicare; mostrare e richiedere): esprimono l'intenzione comunicativa del bambino e sono da quest'ultimo utilizzati per riferirsi ad oggetti/eventi esterni. Il gesto di indicazione (*pointing*⁸) è considerato un indice molto importante degli aspetti sociali del linguaggio. Ad esso vengono inoltre associate due differenti funzioni, legate all'intenzione del bambino:

(1) Funzione richiestiva. Il bambino indica per chiedere;

(2) Funzione dichiarativa. Il bambino indica per richiamare l'attenzione dell'adulto su di un oggetto o evento esterno (Santrock & Rollo, 2017).

Il *pointing* viene realizzato dal bambino a partire dal secondo mese di vita, ma non in forma convenzionale e socializzata; solo in seguito, verso il nono/undicesimo mese, si sviluppa la funzione richiestiva. Tra i 12 e i 18 mesi aumenta il numero di sguardi indirizzati all'adulto ed associati al gesto con funzione dichiarativa (D'Odorico, 2005).

Secondo diversi autori, il *pointing* con funzione dichiarativa rappresenta un precursore della

⁷ A segnalare l'intenzione di comunicare è il contatto visivo; lo sguardo è rivolto all'interlocutore prima, durante e/o dopo l'emissione del gesto.

⁸ Un importante segnale di allarme di problemi nel sistema comunicativo del bambino è la mancanza del *pointing*.

teoria della mente - capacità di attribuire stati mentali a sé stessi e agli altri - (Camaioni, 2001; come citato in Santrock & Rollo, 2017). Gestii e vocalizzazioni sono dotati di una reale intenzionalità solo se in coordinazione con lo sguardo del *partner* con cui il bambino sta interagendo: ciò che stiamo introducendo è il concetto di attenzione condivisa (*joint attention*), fenomeno in base al quale il bambino e l'adulto condividono l'attenzione, ossia guardano lo stesso oggetto/evento esterno alla diade e contemporaneamente mantengono un coinvolgimento sociale reciproco. Tali fenomeni sono sempre più frequenti a partire dai sei mesi di vita, con il passaggio da una relazione diadica ad una triadica (comprendente anche l'oggetto verso cui i due membri dell'interazione rivolgono comunemente la loro attenzione). Tale abilità richiede di saper coordinare la propria attenzione con quella di un'altra persona verso un terzo elemento esterno e la capacità di saper indirizzare l'attenzione del *partner*. Tutto ciò è di fondamentale importanza per lo sviluppo comunicativo e sociale del bambino.

In contemporanea con la comparsa di ulteriori gesti, quali i gesti simbolici, referenziali, rappresentativi o iconici - tra i 12 ed i 18 mesi -, compaiono anche le prime parole: più il linguaggio verbale si consolida nel tempo, meno il bambino ricorre all'utilizzo dei gesti referenziali (Santrock & Rollo, 2017). Diversi autori hanno approfondito la relazione fra il gesto di indicazione e l'acquisizione del linguaggio, in associazione ai fenomeni di attenzione condivisa; partendo dal presupposto che la capacità di saper produrre il gesto di indicazione gioca un ruolo significativo nei processi di acquisizione del linguaggio, è stato condotto uno studio longitudinale (Fasolo & D'Odorico, 2002), dove è stato indagato l'utilizzo del *pointing* e la funzione comunicativa ad esso associata in un gruppo di bambini Parlatori Tardivi, confrontati con un gruppo di soggetti con competenze verbali nella norma, a 20 e 24 mesi.

I risultati trovati hanno evidenziato come, a 20 mesi, i Parlatori Tardivi utilizzassero in maniera minore il gesto di indicazione con funzione dichiarativa e la combinazione di quest'ultimo con il contatto visivo con la madre, rispetto al gruppo di controllo. Ciò confermò

la difficoltà dei Parlatori Tardivi nell'instaurare momenti di attenzione condivisa con la madre intorno al ventesimo mese d'età (durante il quale solitamente avviene l'esplosione del vocabolario).

Entro i sei mesi d'età, i bambini sono soliti imparare i suoni delle proprie lingue d'origine (Kuhl, 2007, 2009). L'ambiente linguistico restringe l'iniziale campo percettivo del bambino disattivando determinate abilità e rinforza specifiche capacità discriminative coerentemente con la lingua della propria comunità culturale; così, le disposizioni innate del neonato vengono orientate in modo selettivo (D'Odorico, 2005). Si potrebbe, quindi, dire che la maturazione del cervello condiziona i tempi di sviluppo della competenza fonologica, mentre i tempi della comunicazione risentono maggiormente dell'esperienza; viene perciò prima l'intenzione di comunicare che la parola stessa (Tamburlini, 2015).

Entro gli otto mesi, i bambini sanno individuare singole parole dal fiume continuo di suoni a cui gli adulti li espongono; tra gli 8 e i 12 mesi, spesso mostrano un'iniziale comprensione delle parole (Pan & Uccelli, 2009; come citato in Santrock & Rollo, 2017). La prima parola viene in media pronunciata intorno ai 13 mesi; solitamente le prime parole si riferiscono a persone importanti per il bambino, animali domestici, giocattoli vari, parti del corpo, ecc.

A 18 mesi pronunciano in media 50 parole, mentre a due anni circa 200: il diciottesimo mese, quindi, segna l'inizio dell'esplosione del vocabolario. Tra i 18 e i 24 mesi vi è solitamente il passaggio dall'olofrase all'utilizzo di espressioni che constano di due parole; da quest'ultimo stadio, il passaggio alle combinazioni di tre o più parole è rapido. La transizione da frasi semplici a complesse avviene tra i due e tre anni. Tuttavia, la comprensione non va di pari passo con l'espressione verbale, anzi è di gran lunga più sviluppata; la crescente capacità di comprendere la prospettiva altrui, combinata con abilità linguistiche via via sempre più sviluppate, contribuisce alla produzione di capacità narrative via via sempre migliori.

Ciò che ha contribuito ad uno sviluppo esponenziale delle competenze dell'uomo è proprio

l'acquisizione del linguaggio (ed in seguito della lettura) (Tamburlini, 2015). Nuovi studi sostengono che l'apprendimento precoce del linguaggio sia fortemente limitato in assenza di occasioni di interazione sociale (Kuhl, 2007).

1.4 Lo sviluppo emotivo

Quando un individuo vive un'interazione/evento che riveste per lui una particolare importanza, esperisce un sentimento, uno stato affettivo, definito emozione. Quest'ultima viene rivelata dalla manifestazione del comportamento, il quale riflette lo stato d'animo o del momento che la persona sta vivendo (Santrock & Rollo, 2017). Quasi tutte le classificazioni, nonostante sia possibile distinguere una vasta gamma di emozioni, le differenziano in emozioni positive o negative. Esse giocano un ruolo critico nell'evoluzione della coscienza e nel funzionamento di tutti i processi mentali; infatti, i tipi di emozione si relazionano diversamente ai tipi di coscienza. Inoltre, aiutano ad organizzare azioni rapide in risposta alle sfide immediate che la vita ci pone di fronte (Izard, 2009).

Per competenza emotiva, si intende l'abilità di affrontare le proprie emozioni, e quelle altrui, mantenendo o modificando in modo socialmente appropriato gli scambi con l'ambiente (Grazzani Gavazzi, 2009; come citato in Santrock & Rollo, 2017); tale competenza, mediata anche dal livello cognitivo raggiunto dal bambino, è multi-sfaccettata e ha una base socio-relazionale. I fattori che determinano tale appropriatezza sono sicuramente il contesto culturale in cui ci si trova ed il livello di sviluppo del bambino. Secondo Saarni (1999; Saarni et al., 2006), per divenire emotivamente competenti e gestire positivamente le proprie emozioni, risulta necessario sviluppare, all'interno dei contesti sociali, le seguenti abilità⁹:

- consapevolezza dei propri stati emotivi;

⁹ Non è detto che siano presenti tutte contemporaneamente; si sviluppano indipendentemente le une dalle altre. Tali abilità sono necessarie negli scambi sociali che producono emozioni.

- capacità di riconoscere le emozioni degli altri;
- conoscenza e utilizzo del lessico emozionale in modo appropriato dal punto di vista sociale e culturale;
- sensibilità empatica e solidale alle esperienze emotive degli altri;
- comprensione della differenziazione tra stato emotivo interno ed espressione esterna;
- autoefficacia emozionale;
- capacità di affrontare in maniera adattiva le emozioni negative utilizzando le strategie di autoregolazione (*coping* adattivo);
- consapevolezza che l'espressione delle emozioni gioca un ruolo importante sulla natura delle relazioni (regolazione interattiva delle emozioni).

Tali abilità contribuiscono anche nel rendere l'individuo maggiormente resiliente e capace di creare relazioni positive (Santrock & Rollo, 2017). Secondo Saarni (1999), il significato delle emozioni viene definito all'interno degli scambi interpersonali: vi è un'influenza reciproca fra le nostre emozioni e le nostre relazioni interpersonali. Le abilità sopraelencate riguardano le tre dimensioni (descritte da Susan Denham nel 1998) della competenza emotiva, ovvero:

- (1) Espressione delle emozioni; abilità di comunicare gli stati emozionali tramite il linguaggio verbale e non verbale.
- (2) Comprensione delle emozioni; capacità di attribuire un significato ai propri e altrui eventi emotivi.
- (3) Regolazione delle emozioni; consiste nel saper controllare il proprio stato di attivazione fisiologico (*arousal*) al fine di adattarsi e raggiungere i propri scopi.

Tali processi di regolazione emotiva, se interni al soggetto vengono definiti di auto-regolazione; se esterni al soggetto (vale a dire attribuiti ad un'altra persona), vengono definiti di etero-regolazione. I neonati, soprattutto nel primo anno di vita, si affidano principalmente a

stimoli esterni per regolare le proprie emozioni, in particolar modo ai propri *caregiver*.

Crescendo e divenendo sempre più competenti, accingeranno sempre di più a strategie autoregulative nella gestione delle proprie emozioni e del proprio *arousal* ed in questo, sono fortemente aiutati e guidati dai loro genitori. Vi è un'ampia variabilità individuale nel modulare tali emozioni, e tale variabilità è connessa sia con il temperamento che con il contesto.

Denham e colleghi (2001) hanno, inoltre, fornito la definizione di competenza socioaffettiva, la quale è la risultante fra l'unione dei concetti inerenti alla competenza emotiva e a quella sociale. Michael Lewis (2007, 2008), grande esperto di sviluppo emotivo, distingue tra:

- emozioni primarie (o fondamentali), presenti nel neonato nei primi sei mesi di vita; rientrano tra queste la sorpresa, l'interesse, la gioia, la rabbia, la tristezza, la paura ed il disgusto.

- emozioni auto-consapevoli (chiamate anche secondarie o sociali); compaiono per la prima volta tra i 18 e 24 mesi. Richiedono autoconsapevolezza e coscienza; rientrano fra queste l'empatia, la gelosia, l'imbarazzo, l'orgoglio, il senso di colpa e la vergogna. Alcune di queste emozioni, oltre a richiedere un senso di sé, richiedono anche coscienza dell'altro (Saarni et al., 2006).

La capacità dei neonati di comunicare le proprie emozioni a chi si prende cura di loro permette la creazione di un legame emotivo, grazie all'instaurarsi di interazioni reciproche e coordinate (Thompson, 2010; Thompson & Newton, 2009) in cui i genitori modificano le proprie risposte emotive in risposta alle espressioni dei neonati, e viceversa (i neonati modificano le proprie, in risposta a quelle dei genitori). La sensibilità e responsività dei genitori è fondamentale per aiutare i propri figli a sviluppare la competenza emotiva (Thompson & Newton, 2009). Le prime forme di comunicazione emotiva utilizzate dai neonati nell'interazione con i loro *caregiver* sono il pianto ed il sorriso.

Il pianto è il mezzo più importante che i neonati hanno a disposizione per comunicare con ciò che li circonda (si distinguono tre tipologie di pianto: pianto di base, pianto di rabbia e pianto

di dolore); il sorriso è un altro strumento per comunicare le proprie emozioni. Vi sono tre tipologie di sorriso differenti:

(1) sorriso endogeno o riflesso, che compare durante il primo mese di vita, generalmente durante il sonno e non in risposta a stimoli esterni;

(2) sorriso esogeno, prodotto durante lo stato di veglia in risposta a stimoli come volti o la voce dei genitori;

(3) sorriso sociale, che viene prodotto, a quattro/sei settimane di vita, come risposta specifica alle persone familiari con cui il bambino instaura uno scambio specifico (Santrock & Rollo, 2017).

CAPITOLO II

STRESS GENITORIALE LEGATO ALLA PANDEMIA E SVILUPPO DEL BAMBINO NEL PERIODO 0 – 3 ANNI

2.1 Definizione di *Stress*

"Lo *stress* psicologico è caratterizzato dal fatto che l'individuo percepisce le sfide che l'ambiente gli pone come troppo gravose ed eccedenti le sue risorse, come fattori in grado di mettere a rischio il suo benessere" (Lazarus & Folkman, 1984, p.19).

È con questa definizione che Lazarus e Folkman (1984) hanno descritto il concetto di *stress*. Per comprendere tale fenomeno, risulta quindi necessario che l'individuo sia in relazione con l'ambiente e che esamini la realtà che lo circonda sopravvalutando gli eventi che incombono nella sua quotidianità e sottovalutando le proprie capacità di farvi fronte (Sonino, Soldani, Rafanelli & Fava, 1998). Hans Selye, grande studioso del concetto di *stress*, ha iniziato a studiare tale fenomeno oltre 50 anni fa. Esso lo definì come una risposta non-specifica da parte del nostro corpo ad una richiesta; la reazione fisiologica allo *stress* è, quindi, una risposta del nostro organismo ad un qualsiasi cambiamento, minaccia o pressione (esterna o interna) rivolta ad esso.

Nel passato, di fronte a comuni minacce, quali animali feroci, altri essere umani e catastrofi naturali, tale risposta era necessaria per garantire all'uomo la sopravvivenza. La finalità dello *stress*, infatti, è di mantenerci in vita; al giorno d'oggi, una buona percentuale dello *stress* che quotidianamente viviamo è prodotta dalle nostre stesse menti, dal modo con cui percepiamo gli eventi che ci circondano e dalla facilità con cui ci creiamo continue preoccupazioni. Esso risulta spesso inevitabile, tuttavia, come Selye ha suggerito nei suoi studi, è bene fare una distinzione tra uno *stress* piacevole (denominato anche *eustress*; basti pensare ad esempio ad

eventi piacevoli che però spesso sono contemporaneamente fonte di *stress*, come i matrimoni, le lauree, le promozioni, ecc.), ed una forma di *stress* più legata all'angoscia, spiacevole.

Qualsiasi cambiamento, positivo o negativo che sia, richiede ai nostri corpi una risposta di adattamento e un conseguente ritorno allo stato di equilibrio omeostatico (Selve, 1956).

Lo *stress* psicologico compare, quindi, quando l'individuo ha la percezione che le richieste ambientali superino le capacità che esso possiede di adattarvisi e rispondervi (Cohen, Janicki-Deverts & Miller, 2007). Se ci percepiamo non in possesso di sufficienti capacità per affrontare positivamente il compito, lo *stress* correlato a tale richiesta sarà maggiore di quanto non fosse se avessimo un maggiore livello di autoefficacia percepito rispetto alle nostre capacità (Selve, 1956).

2.1.1 Fattori di stress

L'individuo, elaborando cognitivamente le informazioni relative all'evento stressante, entra in uno stato d'allarme in cui percepisce un diminuito benessere ed un senso di precarietà (Sonino et al., 1998). Ad innescare tale risposta sono i cosiddetti fattori di *stress*, ossia stimolazioni (interne o esterne) (Selve, 1956) o esperienze di vita stressanti che minacciano il raggiungimento dei nostri obiettivi (Kemeny, 2003); seguono vari fattori di *stress* esemplificativi:

- minacce¹⁰ fisiche, - anche dette fattori di *stress* fisico -, le quali mettono a rischio il mantenimento della propria integrità fisica; minacce al proprio benessere psicologico, - anche dette fattori di *stress* psicologico - (Lazarus & Folkman, 1984), e minacce alla propria immagine;

¹⁰ L'angoscia è una tipologia di risposta psicologica negativa a tali minacce; può comprendere vari stati affettivi e cognitivi, fra cui l'ansia, la tristezza, la frustrazione, l'impotenza ed il senso di sopraffazione (Kemeny, 2003).

- eventi importanti della nostra vita;
- litigi o conflitti interpersonali;
- scadenze strette; lutti o perdite (Selve, 1956).

Tuttavia, un ruolo centrale viene giocato dalle differenze individuali: un evento, affinché possa essere definito come un fattore di *stress*, dev'essere percepito dall'individuo come tale. I fattori di *stress* si suddividono a loro volta in (1) *distressors* ed (2) *eustressors* (o sfida positiva). Essendo lo *stress* di carattere cumulativo, i nostri corpi sono ben attrezzati per affrontarne una ragionevole quantità; risulta perciò fondamentale sviluppare adeguate abilità di *coping* per gestirlo.

Le tecniche di *coping*, definite anche come modelli di pensiero e abitudini comportamentali, neutralizzano i fattori di *stress* o mitigano il loro impatto su di noi; un esempio, è la razionalizzazione. Un fattore fondamentale da considerare nel valutare l'efficacia di tali tecniche, è la variabilità individuale; la stessa strategia di *coping* non ha il medesimo successo/insuccesso in un gruppo di individui, dipende dalle specificità di ciascuno. In talune occasioni, risulta necessario integrare più meccanismi diversi di *coping* per fronteggiare richieste elevate (Selve, 1956). Vi sono poi una serie di circostanze che subentrano nel determinare la nostra risposta fisiologica e psicologica ad eventuali fattori di *stress*; ad esempio, la controllabilità che possediamo rispetto a tali fattori, la loro ambiguità e durata, così come la loro generalizzazione.

Lo *stress* può avere effetti significativi su vari sistemi fisiologici, fra cui il Sistema Nervoso Autonomo, l'Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene ed il Sistema Immunitario. L'attivazione di tali sistemi risulta adattiva nel breve termine, ai fini di garantire la propria sopravvivenza e l'eventuale risoluzione di possibili problematiche; tuttavia, può risultare disadattiva se si tratta di esperienze ripetute o croniche e se tali attivazioni si estendono in momenti in cui la minaccia non è più fisicamente presente (Kemeny, 2003). In generale, si ritiene che gli eventi

stressanti causino stati affettivi negativi (come ansia o depressione), che a loro volta influenzano direttamente la patogenesi della malattia fisica¹¹. Anche in questo caso le differenze individuali giocano un ruolo centrale rispetto a quanto ciascuno è vulnerabile ai potenziali effetti patogeni dello *stress* (Cohen et al., 2007); infatti, l'impatto stressogeno dell'evento non è determinato esclusivamente dalle condizioni oggettive dell'evento stesso, ma bensì anche dal modo con cui il soggetto valuta sé stesso in rapporto all'evento, e da come esso interpreta le informazioni (aspetti oggettivi e soggettivi sono continuamente in intersezione) (Sonino et al., 1998).

2.2 Lo *stress* genitoriale

La genitorialità è considerata dagli psicologi una parte importante della crescita e dello sviluppo dei bambini; i comportamenti dei genitori sono generalmente guidati dalle loro convinzioni genitoriali (Mowder, 2005). Tuttavia, le loro idee e pratiche vengono influenzate da alcuni fattori determinanti (Belsky, 1984), come lo *stress* genitoriale ed il supporto sociale.

Belsky (1984) ha ideato un modello relativo ai determinanti della genitorialità, nel quale definisce tre ambiti genitoriali fondamentali per una genitorialità di successo: (1) i contributi dei genitori, ovvero le loro risorse psicologiche personali (la relazione genitore-figlio viene protetta dallo *stress* in maniera predominante proprio da quest'ultimi); (2) i contributi dei figli, ossia le loro caratteristiche; (3) i fattori contestuali, che possono essere fonte di *stress* o di sostegno (si tratta del contesto sociale all'interno del quale si svolge la relazione *caregiver*-bambino). Un cambiamento in uno qualsiasi dei tre domini va ad influire sul funzionamento dei genitori. Mowder, nel 1993, ha ipotizzato che ad insegnare a divenire genitori non sono solo

¹¹ In particolare, le esposizioni a *stress* cronico causano conseguenze più nefaste, in quanto hanno una maggiore probabilità di provocare cambiamenti a lungo termine o permanenti nelle risposte emotive, fisiologiche e comportamentali (le quali influenzano a loro volta il decorso della malattia) (Cohen et al., 2007).

le proprie personali esperienze di sviluppo; quando si diviene effettivamente genitori, si impara continuamente a partire da quelli che sono i bisogni del proprio bambino. Nel mentre, assumono un ruolo importante anche le esperienze personali che si vivono, la propria personalità, l'istruzione, e molto altro. Sempre Mowder (2005), nella sua teoria dello sviluppo genitoriale, sostiene che nella genitorialità siano implicate sei dimensioni fondamentali, vale a dire il legame, la disciplina, l'istruzione, il benessere e la protezione, la responsività e la sensibilità; queste dimensioni assumono una differente importanza a seconda del diverso stadio di sviluppo che il bambino sta percorrendo. Vi sono inoltre vari fattori che vanno a supportare o ad influenzare negativamente la genitorialità. Ad esempio, Steinberg (2001) ha sostenuto che il supporto sociale percepito sia un fattore che promuove un maggior senso di calore ed un miglior controllo da parte dei genitori verso i propri figli.

Anche lo *stress* genitoriale, definito da Abidin come il risultato della disparità, percepita dal genitore, tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato, influenza la genitorialità (Respler-Herman, Mowder, Yasik, & Shamah, 2012).

Da intendersi come una vera e propria reazione psicologica, lo *stress* genitoriale comporta l'utilizzo di qualsiasi risorsa disponibile, ai fini di esercitare nel miglior modo possibile il proprio ruolo genitoriale (Gómez-Ortiz, Rubio, Roldán y Barrios, Ridao & Lopez-Verdugo, 2022). Risulta probabile che un maggior supporto sociale abbia un impatto positivo sulla genitorialità, tanto che il grado di supporto sociale che le madri percepiscono risulta essere significativo nel ridurre il loro *stress*; altri autori riferiscono inoltre che, se supportate, le madri si sentono anche meno angosciate dal loro ruolo genitoriale. Viene poi riportato come genitori con un elevato supporto sociale fossero propensi ad esperire bassi livelli di *stress* genitoriale, e a ciò consegue una genitorialità più positiva ed efficace. Tutto questo porta a dedurre che il supporto sociale può attenuare gli effetti dannosi dello *stress* esperito dai genitori sui loro comportamenti genitoriali (Respler-Herman et al., 2012).

Sebbene lo *stress* possa essere considerato un modo per adattarsi, livelli elevati sono associati ad una scarsa soddisfazione rispetto alla vita e ad una ridotta efficacia genitoriale. Ciò impatta anche sui bambini, aumentando il loro rischio di deragliare lungo una traiettoria di sviluppo costellata da problemi comportamentali ed emotivi.

Lo *stress* genitoriale viene solitamente considerato un costrutto multidimensionale, le cui fondamenta sono dimensioni differenti ma tra loro coordinate. All'opposto di tale costrutto, vi sono sentimenti positivi derivanti dalla genitorialità, come la soddisfazione e la gratificazione che l'essere genitori comporta. D'altronde tutti i genitori, a prescindere dal loro stato socio-economico, da eventuali problemi di adattamento psicologico o dallo sviluppo dei loro figli, sperimentano *stress* ma anche soddisfazione legata al loro ruolo (che sia in misura maggiore o minore) (Gómez-Ortiz et al., 2022).

2.3 Effetti dello *stress* nei bambini

Le avversità che possono incombere nella prima infanzia, denominate come esperienze infantili avverse (ACE), comprendono esperienze stressanti o traumatiche, tra le quali troviamo abusi, abbandoni o disfunzioni familiari. Tali esperienze infantili avverse espongono i bambini a dei rischi negativi per la loro salute fisica, mentale e comportamentale. Se esposti a tali fattori stressanti, infatti, la naturale risposta allo *stress* che il loro organismo produce può diventare disadattiva o tossica per il loro corpo, ponendo le basi per complicazioni sanitarie a lungo termine. La pediatria si è molto concentrata nell'affrontare la complessa relazione presente tra l'ambiente sociale, lo sviluppo del bambino e i risultati sanitari a lungo termine.

La prima infanzia è un periodo di sviluppo sensibile durante il quale i sistemi biologici vengono modellati dalle influenze ed esperienze esterne, positive o negative che siano (Bucci, Marques, Oh & Harris, 2016). Nella vita reale, i bambini sperimentano quotidianamente

esperienze stressanti che hanno origini differenti; quello che accade è che più fattori di *stress* interagiscono tra di loro causando un effetto cumulativo. Se ci chiedessimo quanto sono vulnerabili i bambini piccoli allo *stress*, non troveremmo mai una risposta univoca e universale per tutti, in quanto ogni individuo funziona in modo assestante. Lo *stress* viene, infatti, vissuto in molte forme: varia in base a chi lo esperisce, a seconda del suo livello di sviluppo e alle esperienze di vita precedenti. Come ci si adatta o si gestisce lo *stress*, dipende fortemente dal livello di sviluppo del bambino e dal bagaglio di strategie di *coping* che esso possiede. Un po' di *stress* fa parte della quotidianità di ciascun individuo, e ciò è del tutto normale; tuttavia, può avere sia influenze positive che negative. Se il bambino vive situazioni di *stress* eccessivo, ciò può avere vasti effetti immediati su come quest'ultimo si adatterà alle situazioni che costituiranno il suo futuro (Jewett & Peterson, 2002).

Diversamente dal vivere uno *stress* acuto, uno *stress* di tipo cronico causa effetti più significativi e dannosi sul funzionamento dei bambini (anche da un punto di vista anatomico - cerebrale). Zegans, nel 1982, ha definito le quattro differenti fasi durante le quali lo *stress* viene ad essere vissuto: (1) allarme e successiva reazione fisica; (2) valutazione (il bambino cerca di dare significato all'evento vissuto); (3) ricerca delle strategie di adattamento e di *coping*; (4) messa in atto di una o più strategie (specificata di un momento oppure estesa per più ore o giorni). Tali fasi vengono vissute dai bambini in modo diverso rispetto agli adulti, così come le risposte fisiche allo *stress* in quanto possono essere più intense e coinvolgere tutto il corpo (Zegans, 1982; come citato in Jewett & Peterson, 2002); spesso manifestano lo *stress* attraverso evidenti reazioni fisiche, quali il pianto, la sudorazione; movimenti esplosivi aggressivi o di difesa; comportamenti di dondolio e di auto-conforto; mal di testa o mal di stomaco; comportamenti motori nervosi (come mordersi la pelle o le unghie, attorcigliarsi o tirare i capelli); disturbi del sonno; comportamenti di evitamento; timidezza eccessiva; comportamenti di iper-vigilanza; estrema preoccupazione (anche rivolta al futuro); depressione;

comportamenti di *freezing* in situazioni sociali; interessi di carattere ossessivo per oggetti o *routine*, e molto altro ancora. Un tentativo tipico di gestione e reazione ad eventi stressanti da parte dei bambini è distanziarsi emotivamente da tali eventi. Crescendo, imparano ad utilizzare sempre più spesso strategie cognitive per fronteggiare gli eventi stressanti, ponendo ad esempio delle domande o chiedendo dei chiarimenti su ciò che ci si aspetta dal futuro o che invece riguarda il passato. In tutto questo, gli adulti hanno un ruolo fondamentale nel guidare il bambino verso la comprensione della natura dell'evento stressante e nell'uso efficace di strategie di adattamento e di *coping*. Ad esempio, possono tentare di prevenire e ridurre lo *stress* dei bambini anticipando l'evento stressante, col fine di aumentare la loro comprensione a riguardo (senza eccedere in questo). Risulta poi utile fornire loro ambienti in cui poter giocare liberamente, dando loro la possibilità di esprimere, anche attraverso il gioco, le proprie preoccupazioni; ciò è vantaggioso anche per l'identificazione di eventuali strategie di *coping*, le quali aumentano il senso di autoefficacia di ciascun bambino. Gli adulti possono inoltre aiutarli nel riconoscere, nominare ed accettare i propri sentimenti; anche insegnare loro semplici tecniche di rilassamento risulta proficuo (Jewett & Peterson, 2002).

È nostro compito cercare di ridurre i fattori di *stress* che potrebbero incontrare nel loro percorso di crescita, nella consapevolezza che un totale evitamento di quest'ultimi risulta impossibile (Jewett & Peterson, 2002).

2.4 Stress genitoriale legato alla pandemia di COVID-19

Come precedentemente preannunciato, la genitorialità è da intendersi come un'esperienza complessa, ricca di stimoli ed esperienze affettivamente gioiose e positive, ma è anche un costante impegno ed un possibile motivo di *stress*. Masarik e Conger, nel 2017, attraverso il *Family Stress Model*, evidenziarono il legame tra lo *stress* genitoriale ed una genitorialità disfunzionale; teorizzarono, inoltre, che lo *stress* genitoriale influisce sulla cogenitorialità,

ovvero sull'insieme delle modalità con cui padre e madre coordinano, collaborando, i propri sforzi genitoriali supportandosi a vicenda nel percorso educativo del figlio comune.

Quando il livello di *stress* genitoriale diviene elevato, esso correlerebbe negativamente con la qualità della genitorialità e della cogenitorialità: la gioia e la positività legati all'essere genitori passa in secondo piano, di conseguenza il genitore diviene emotivamente meno disponibile per il figlio e per il *partner*, contribuendo così al deterioramento del rapporto di cogenitorialità. La relazione col figlio rispecchia tali avvenimenti: il genitore è nei suoi confronti meno reattivo e affettuoso, più duro e ostile. Sappiamo, inoltre, che un cambiamento nel modo di funzionare di un sottosistema appartenente al sistema familiare (dinamico e mutevole nel tempo per definizione), potrebbe causare cambiamenti anche negli altri sottosistemi. Ciò è risultato lampante durante la pandemia di COVID-19, durante la quale a ciascun genitore son state richieste notevoli risorse, causando in loro un notevole *stress* (Lucassen, de Haan, Helmerhorst & Keizer, 2021).

Il tutto ebbe inizio nel Dicembre 2019, quando dopo numerosi casi di polmonite grave rilevatesi in Cina, è stata identificata la presenza del nuovo *Coronavirus*, ovvero una Sindrome Respiratoria Acuta Grave (SARS-COV-2); nel Marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che si trattava di una pandemia, comunemente denominata emergenza sanitaria pubblica globale, causata appunto dalla diffusione del COVID-19.

Il 14 Marzo venne dichiarato lo stato di allarme a livello nazionale, il quale comprendeva l'applicazione di diverse misure straordinarie immediate, come la limitazione della libertà di movimento con annesso confinamento in casa, attività educative e scolastiche in presenza sospese, così come le attività commerciali, lavorative, culturali, di svago e così via.

Lo stato di allarme è durato sino al 21 Giugno 2020 (Oliva-Arnanz et al., 2021). Tutti i pazienti in pericolo di vita vennero e vengono tutt'ora ricoverati nell'Unità di Terapia Intensiva per la gestione immediata della malattia e per ricevere l'adeguato supporto respiratorio

necessario per garantire loro la sopravvivenza. La diffusione del *virus* viene controllata isolando i pazienti positivi al *test* per un periodo variabile di quarantena e fornendo una vaccinazione efficace contro il *Coronavirus* (Kandula & Wake, 2022).

La pandemia di COVID-19 ha così sfidato le famiglie di tutto il mondo, le quali hanno vissuto quest'esperienza come notevolmente stressante; i genitori hanno dovuto assumere contemporaneamente molteplici ruoli: lavoratori, insegnanti, educatori. A ciò va aggiunta la condizione di isolamento sociale imposta per il mantenimento del distanziamento fisico, ulteriore esperienza stressante per qualsiasi genitore e non solo. Con tali premesse, comprendiamo ancor meglio come lo *stress* genitoriale sia un'importante fattore di rischio per i comportamenti genitoriali avversi, tra i quali rientrano la genitorialità coercitiva e una minore qualità rispetto al contributo di ciò che il rapporto di cogenitorialità potrebbe offrire in situazioni ottimali (Lucassen et al., 2021).

Come molti altri paesi, per contrastare la pandemia, la Germania ha dovuto imporre importanti restrizioni finalizzate al rallentamento della diffusione del *virus* durante la primavera dell'anno 2020; chiusero le scuole, gli asili nidi e qualsiasi tipo di servizio di supporto educativo per bambini. Un interessante studio di Oppermann, Cohen, Wolf, Burghardt e Anders (2021) ha voluto approfondire come lo *stress* genitoriale, connesso alla pandemia, abbia o meno influenzato l'offerta di apprendimento che gli stessi genitori offrivano quotidianamente ai propri figli. Tale studio¹² ha identificato il senso di autoefficacia genitoriale ed il supporto sociale percepito come fattori protettivi capaci di ridurre gli effetti negativi dello *stress* esperito dai genitori.

I risultati hanno evidenziato come lo *stress* genitoriale correlava negativamente con la proposta di apprendimento offerta ai bambini dai propri genitori; tuttavia, i due fattori protettivi

¹² Svolto tramite un'indagine nazionale effettuata su 7837 genitori di nazionalità tedesca, di bambini di età compresa fra uno e sei anni, durante la primavera del 2020.

son risultati efficaci nel ridurre l'influenza negativa dello *stress* genitoriale (che influiva poi negativamente sulla qualità delle attività educative da loro proposte). Garantire ai propri figli delle attività di apprendimento stimolanti in una situazione tale di isolamento e deprivazione sociale di qualsiasi genere, risulta fondamentale per lo sviluppo dei bambini.

Come Brofenbrenner e Morris (2006) rimasero, l'ambiente di apprendimento domestico è il primo e più importante contesto evolutivo per i bambini; la qualità di quest'ultimo è determinato dalle risorse disponibili presenti in famiglia, dalle convinzioni genitoriali, ma in particolare dalla quantità e qualità di interazioni genitore-figlio che promuovono momenti di apprendimento. Lo *stress* psicologico percepito dai genitori è frutto delle valutazioni che gli stessi fanno dei fattori di *stress* ambientale che li circondano, in relazione alle risorse necessarie per farvi fronte che ritengono o meno di possedere (Lazarus & Folkman, 1984).

In particolare, restando in Germania, nella primavera del 2020, lo *stress* percepito dai genitori era aumentato non tanto a causa della preoccupazione per aspetti legati alla salute propria e altrui (connessi al *virus*), quanto piuttosto come conseguenza del *lockdown*, che sembra aver esacerbato fattori stressanti già esistenti (come il vivere in luoghi inadeguati) e averne causati di nuovi, come la disoccupazione o lo *smart working* in concomitanza al dover prendersi cura dei propri figli. Tutto ciò, può probabilmente aver aumentato lo *stress* genitoriale e aver portato i genitori a fornire delle attività di apprendimento di ridotta qualità.

D'altro canto, alcuni genitori son risultati essere più resilienti di altri, grazie ai due fattori protettivi sopra citati che sembrano aver ridotto lo *stress* e migliorato il comportamento genitoriale, esattamente come riportato dal Modello dello *Stress* Familiare (Masarik & Conger, 2017). Infine, è stato riscontrato come in media, la maggior parte dei genitori offrì più esperienze di apprendimento ai propri figli rispetto alla vita pre-pandemia, esclusi i genitori maggiormente stressati (Oppermann, Cohen, Wolf, Burghardt & Anders, 2021).

Tra i paesi più coinvolti troviamo anche la Spagna e l'Italia; anche in questi paesi la chiusura

delle scuole ha causato diverse difficoltà in primo luogo ai bambini, in quanto hanno dovuto abbandonare le loro *routine* creandone di nuove; a tale misura consegue una limitata interazione sociale che a sua volta produce un maggior senso di solitudine esperito da bambini e adolescenti. Anche a livello familiare questa scelta ha spesso comportato delle conseguenze negative; in molti casi, ad esempio, i genitori hanno dovuto abbandonare il proprio lavoro per prendersi cura dei figli (Orgilés, Morales, Delvecchio, Mazzeschi, & Espada, 2020).

Focalizzandoci in Italia, era il 23 Febbraio 2020 quando il Governo Italiano fu costretto ad imporre serrate misure restrittive per limitare la divulgazione del *virus*. Dal primo Marzo tutte le famiglie italiane furono costrette ad un *lockdown* di massa: incertezza e paura del *virus* erano sentimenti molto diffusi nella popolazione italiana (Scrimin et al., 2022).

Dalla seconda metà di Febbraio, il numero di individui colpiti dal *virus* aumentò, rendendo l'Italia il secondo Paese al mondo più colpito dopo la Cina (Spinelli, Lionetti, Setti & Fasolo, 2021). Le misure maggiormente conosciute come *#Iamstayingathome* (*#IoRestoaCasa*), comprendevano la chiusura dei negozi (tranne quelli che vendevano beni di prima necessità), la cancellazione di tutti gli eventi sportivi, la chiusura di tutte le scuole e università del paese (Governo, 2020). A tutti era vietato uscire, tranne che per motivi di lavoro o di salute comprovati; lo *smart working* è stato fortemente suggerito, ma poiché molte attività di lavoro vennero chiuse, molte persone hanno perso il proprio lavoro. I bambini avevano solo i propri genitori e fratelli attorno a loro; non era consentito nessun contatto, né con le *babysitter*, né coi nonni o con i coetanei. Tutto gravava sulle spalle dei genitori che dovevano occuparsi personalmente di seguire i propri figli nell'istruzione, di gestire la casa, di prendersi cura e favorire il benessere di chi li circondava e nel frattempo del loro lavoro. Quindi, sebbene l'isolamento abbia avuto un effetto positivo nel ridurre il numero di casi, la limitazione della libertà personale associata alla quarantena risulta essere la principale preoccupazione per il benessere psicologico delle famiglie. In tutto ciò, la situazione sanitaria del Paese viveva un momento di estrema

emergenza: gli ospedali era sovraffollati, il numero dei decessi e dei contagiati cresceva di continuo (Governo, 2020; come citato in Spinelli, Lionetti, Pastore & Fasolo, 2020).

2.4.1 Fattori che influenzano lo stress dei genitori

Lo scoppio della pandemia ha minacciato i modelli familiari interrompendo le loro normali quotidiane attività. Vi sono molti fattori che hanno causato, direttamente o indirettamente, un aumento dello *stress* genitoriale durante la pandemia di COVID-19, come:

(1) l'esperire sentimenti negativi o disturbi psicologici - quali depressione, ansia, frustrazione, confusione, irritabilità, disturbi del sonno - da parte dei genitori; (2) il doversi prendere cura di persone con disturbi o disabilità, in un periodo in cui ogni aiuto esterno era praticamente inaccessibile; (3) l'aumento dell'onere economico richiesto nelle famiglie; (4) la perdita improvvisa di familiari, amici, parenti colpiti dal *virus*; (5) il distanziamento sociale ed un supporto sociale conseguentemente limitato; (6) l'isolamento all'interno della propria abitazione o negli ospedali; (7) la perdita del lavoro o la riduzione dei salari a causa delle minori risorse finanziarie disponibili nelle agenzie di lavoro; (8) opportunità di lavoro ridotte al minimo; (9) la chiusura delle scuole, con annessi cambiamenti nel modello educativo che i bambini hanno ricevuto tramite l'erogazione delle modalità *online* per continuare con gli apprendimenti e le difficoltà da parte dei genitori di seguirli con costanza anche in assenza di strumenti adeguati (come un buon livello d'istruzione, la conoscenza della lingua, o il possesso degli strumenti elettronici necessari per la didattica *online*); (10) la dipendenza dagli *smartphone* o da altri dispositivi elettronici da parte dei bambini (utilizzati ampiamente anche per le lezioni *online*); (11) il benessere psicologico diminuito; (12) la separazione dei genitori dai figli in caso di positività al *virus*; (13) una maggiore instabilità emotiva; (14) l'interruzione obbligatoria di alcuni oggetti/comportamenti di dipendenza, a causa dei ripetuti periodi di *lockdown*; (15) il mancato rispetto delle emergenze sanitarie, a causa della mancanza di personale nei

servizi sanitari; (16) la scarsa comunicazione interpersonale; (17) il dover supplire alla mancanza di cure esterne con pratiche di auto-cura; (18) la capacità di gestire i comportamenti, spesso difficili, dei bambini e dar loro spiegazioni e risposte adeguate rispetto alla situazione in corso (Kandula & Wake, 2022).

Gestire le loro emozioni, spesso collegate all'incertezza e ai continui cambiamenti con cui si interfacciavano, non è di certo stata una sfida semplice (Adams et al., 2021).

2.4.2 Possibili conseguenze psicologiche della pandemia in corso

Una pandemia non è riducibile esclusivamente all'essere un fenomeno di tipo medico; essa colpisce gli individui e la società, causando disagi a livello fisico, psicologico, sociale ed economico. È un evento capace di mostrare la vulnerabilità e fragilità della nostra struttura psicologica e della società in generale (Cantelmi, Lambiase, Pensavalli, Laselva & Cecchetti, 2020). Il *Coronavirus*, data la sua rapida velocità di trasmissione ed il nostro essere impreparati di fronte ad un fenomeno simile, ha impattato negativamente in ogni aspetto della società; ha il potenziale di lasciare profonde cicatrici psicologiche in molti individui. È, inoltre, contraddistinto da diverse specifiche caratteristiche degli eventi traumatici di massa (Horesh & Brown, 2020). Dai dati raccolti è emerso che le conseguenze psicologiche che possono scaturire da tale fenomeno possono essere anche di entità molto grave (come depressione o disturbo post traumatico da *stress*) e che nonostante in passato l'essere umano abbia già vissuto situazioni di carattere simile (nelle quali ha potuto acquisire diverse conoscenze), non è stato fatto abbastanza per prevenire e fronteggiare con successo tali conseguenze psicologiche negative (Cantelmi et al., 2020). Uno degli esiti di tutto ciò, è stato l'aumento della violenza familiare domestica: tali fattori di *stress* hanno contribuito al maltrattamento, agli abusi di ogni genere, e alla violenza (sia fisica che psicologica) sui minori presenti in casa da parte dei *caregiver* che avrebbero dovuto prendersi cura di loro (Kandula & Wake, 2022). L'impatto generale che tale

malattia crea, sia a livello individuale che di massa, è senz'altro un clima generalizzato di panico, solitudine, a volte di rabbia e stigmatizzazione (Cantelmi et al., 2020), ma anche di ipervigilanza, imprevedibilità, abbondanti cognizioni negative e paura che il mondo a cui siamo abituati, stia per cambiare e che in futuro possa diventare piuttosto ostile (Horesh & Brown, 2020). Inoltre, l'isolamento sociale ha influenzato la salute sociale e mentale di molte persone (Cantelmi et al., 2020). Sebbene l'essere umano si sia mostrato fortemente resiliente rispetto alle perdite dei propri cari, allo *stress* e alla paura associata al COVID-19, il *virus* ha probabilmente esacerbato disturbi mentali già esistenti e contribuito all'insorgenza di nuovi disturbi legati allo *stress* (Horesh & Brown, 2020). Tra gli elementi potenzialmente psicopatologici ritroviamo l'effetto traumatico dell'evento di per sé, contraddistinto per le annesse problematiche sintomatologiche (in taluni casi letali, soprattutto per la popolazione più fragile); per la preoccupazione e la paura generale legata alla continua possibilità di essere contagiati; per le conseguenze economiche e sociali che ha comportato; per i potenziali effetti psico-lesivi delle restrizioni alla libertà personale; per le manifestazioni psicopatologiche di tipo post-traumatico legate ad isolamenti sempre più duraturi nel tempo; per la mancanza, o l'inadeguatezza, delle informazioni ricevute da parte delle autorità, e tanto altro ancora (Cantelmi et al., 2020). Diversamente da altre tipologie di trauma che sono state ampiamente studiate (quali le guerre, gli abusi, i disastri naturali), il COVID-19 ci obbliga probabilmente a riconoscere un nuovo tipo di trauma di massa, sia per le caratteristiche uniche che lo contraddistinguono, sia per i livelli di documentazione ed esposizione pubblica e mediatica senza precedenti che ha ricevuto (Horesh & Brown, 2020). Inoltre, di fronte alle continue persistenti richieste di questa pandemia, molte famiglie stanno probabilmente vivendo una forma cronica di *stress*, che per la sua natura è solita comportare gravi conseguenze fisiologiche ed emotive, come un maggior rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, respiratorie e condizioni di obesità (Adams et al., 2021). Concentrandosi invece sui bambini, vivendo tali condizioni è usuale che nascano in loro

svariate domande legate all'epidemia, che indirizzano ai propri *caregiver* alla ricerca di risposte soddisfacenti. In tale situazione, essi possono provare ansia; angoscia; solitudine (dovuta allo stato di isolamento sociale che, gradualmente, può per loro divenire uno stato di vita “normale”); difficoltà di concentrazione e attenzione; cambiamenti nelle abitudini alimentari; pianto eccessivo; depressione; sintomi somatici; evitamento di alcune attività che in passato erano per loro fonte di gratificazione (Cantelmi et al., 2020), nervosismo; agitazione; aggressività; paura di separazione e attaccamento (Shorer & Leibovich, 2022).

Per gestire questo *stress*, organizzazioni come il CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) e l'OMS, consigliano di mettere in atto strategie come impostare delle nuove *routine*; prendersi del tempo per sé stessi cercando di rilassarsi; trovare delle nuove modalità ed il tempo per connettersi con gli altri; tenersi informati sugli avvenimenti esterni, limitando le notizie che causano angoscia (Adams et al., 2021). Viene anche suggerito, sottolineandone l'importanza, di trovare del tempo da trascorrere con i propri bambini non solo rispetto agli aspetti scolastici, ma anche per giocare o conversare in modo positivo con loro (Osofsky, J. D., Osofsky, H. J. & Mamon, 2020).

2.4.3 Impatto psicologico e sociale del COVID-19

Sebbene vi siano delle somiglianze con alcuni disastri avvenuti nel passato, soprattutto rispetto all'impatto psicologico e sociale, la pandemia di COVID-19 consta di importanti differenze da considerare nel tentativo di fornire supporto alla comunità. Innanzitutto, i disastri naturali colpiscono regioni specifiche e delimitate di un paese, regione o stato, consentendo in questo modo a chi non è stato direttamente colpito di essere disponibile nell'aiutare le vittime; inoltre, solitamente è possibile fare una stima circa la durata dei disastri naturali, mentre nel caso della pandemia il tutto è meno certo e decifrabile temporalmente parlando. Infine, anche

se non meno importante, nel risollevarsi dai disastri naturali le relazioni ed il supporto sociale risultano fondamentali; tale aspetto, tuttavia, non risulta disponibile durante una pandemia, a causa delle restrizioni e del distanziamento sociale che precludono le relazioni sociali.

L'impatto psicologico e sociale mostra, quindi, la paura di ammalarsi, contraendo il *virus*; viene poi influenzato dal dover affrontare che i propri cari si ammalino e in taluni casi muoiano (per lo più in solitudine, - soprattutto nelle prime fasi della pandemia -) a causa del *virus*. Delle prime ricerche riportano che il COVID-19 negli Stati Uniti abbia provocato, a livello di salute mentale, maggiore ansia, depressione, uso di sostanze e un'esacerbazione di problemi di salute mentale già preesistenti (Osofsky, J. D., Osofsky, H. J. & Mamon, 2020).

2.5 La relazione tra lo *stress* genitoriale e lo sviluppo del bambino nel periodo 0-3 anni, durante la pandemia di COVID-19

L'esperienza di vita legata alla pandemia è stata vissuta da più di 860 milioni di bambini e adolescenti in tutto il mondo (Orgilés et al., 2020). Essa, a causa di molte sue caratteristiche, come la sua invisibilità, la sua durata sconosciuta, il pericolo di essere contagiati, la mancanza di contatti sociali e molto altro, può determinare effetti problematici e duraturi sui bambini piccoli, i quali possiedono meno capacità di cogliere e dare significato a questi drammatici cambiamenti (Shorer & Leibovich, 2022).

Quando il bambino ha l'occasione di interagire con l'ambiente, esso si interfaccia con diverse opportunità di apprendimento, basti pensare al suo sviluppo motorio. Al contrario, quest'area legata allo sviluppo motorio viene molto a risentirne in periodi di deprivazione ambientale, come durante la pandemia di COVID-19.

In uno studio prodotto da Oliva-Arnanz, Romay-Barrero, Romero-Galisteo, Pinero-Pinto, Lirio-Romero e Palomo-Carrión, del 2021, che ha coinvolto 88 famiglie spagnole con figli a sviluppo tipico tra gli zero e i tre anni, si è voluto analizzare vari aspetti, tra cui (1) le diverse

aree dello sviluppo motorio; (2) la qualità della vita dei bambini di età compresa tra zero e tre anni dopo la reclusione domiciliare per il Covid; (3) la possibile correlazione fra le precedenti due variabili enunciate; (4) l'influenza degli stimoli offerti dai genitori rispetto allo sviluppo motorio durante questo periodo particolare (in cui le uniche persone ad interagire con i bambini erano proprio i loro genitori e gli altri familiari stretti).

Ciò che è risultato è che la valutazione dello sviluppo motorio e della qualità della vita dopo il confinamento domiciliare dovuto alla pandemia non riportava valori bassi, e ciò implica che tali fattori non sono stati influenzati dalla mancanza di interazione con l'ambiente esterno. Rispetto alla qualità della vita, ad ottenere il punteggio più basso è stato l'aspetto emotivo, ciò significa che i bambini tra gli zero e i tre anni necessitano di un maggiore supporto emotivo a seguito di tale situazione.

L'isolamento da COVID-19 ha sicuramente modificato radicalmente le *routine* quotidiane della maggior parte degli individui; alcune conseguenze emotive del confinamento riscontrate nella popolazione generale sono state sicuramente la noia, disturbi del sonno, disturbi alimentari e lo *stress*, anche nei bambini. Secondo tale studio e l'opinione dei genitori che vi hanno partecipato, l'ambiente è molto importante in quanto può fornire opportunità per lo sviluppo di nuove capacità nei bambini. La qualità di vita di quest'ultimi non sembra essere deteriorata, nonostante siano stati ottenuti punteggi inferiori dai bambini tra i due e i tre anni, dato che suggerisce che a quest'età vi siano maggiori ripercussioni sul benessere emotivo del bambino a causa delle mancate interazioni con l'ambiente esterno, del gioco con altri bambini e dell'interazione con altri adulti. Inoltre, essere confinati in casa li espone allo *stress* percepito di chi li circonda. Perciò, essere coinvolti nella pandemia può essere notevolmente stressante anche per i bambini: può inficiare il loro senso di sicurezza; causare loro sintomi da *stress* post traumatico; farli sentire indifesi o renderli maggiormente suscettibili (Oliva-Arnanz et al., 2021). Rispetto alla situazione italiana, il Modello dello *Stress* Familiare sopra citato sottolinea come

le difficoltà e le pressioni economiche siano responsabili del disagio psicologico che i genitori si trovano ad esperire, così come dei problemi relazionali a livello della cogitorialità; tutto ciò va ad essere poi motivo di disadattamento nel bambino (Masarik & Conger, 2017); il calore ed una linea disciplinare ferma e coerente vengono a mancare, così come il supporto intra-familiare. A questa delicata situazione economica, va ad aggiungersi al carico familiare la pandemia, con tutto ciò che essa comporta. Questa situazione può causare difficoltà psicologiche durature nei bambini. D'altro canto, questi periodi di difficoltà possono anche offrire opportunità creative per quest'ultimi e per le loro famiglie, come la costruzione di relazioni più solide ed un maggior sostegno alla loro resilienza. Anche la capacità di adattarsi alle avversità viene ad aumentare se i bambini vengono supportati dal proprio contesto familiare. Inoltre, la presenza costante di almeno un genitore premuroso è un grande fattore protettivo per lo sviluppo del bambino; un ambiente familiare supportivo, caloroso, presente e reattivo è collegato ad una migliore competenza socio-emotiva del bambino, ad un maggiore successo scolastico e ad un buon stato di salute (Scrimin et al., 2022).

Il modo con cui i bambini si adattano emotivamente durante degli eventi altamente stressanti, dipende molto dallo stato emotivo dei loro genitori. Le difficoltà che quest'ultimi a loro volta percepiscono nel regolare le proprie emozioni, ed il livello di *stress* a cui essi sono esposti, sono due fattori strettamente in associazione con le reazioni dei bambini allo *stress*; è ormai noto come circostanze stressanti possano causare delle conseguenze significative nella salute mentale dei bambini piccoli, influenzando il loro sviluppo biologico, emotivo, sociale e cognitivo. Approfondendo come lo *stress* genitoriale vada ad influire nelle reazioni dei propri figli, sono stati indicati diversi fattori genitoriali; ad esempio, una genitorialità ostile, disimpegnata e punitiva è associata ad un'inferiore capacità di regolare le emozioni negative da parte del bambino. In aggiunta, in situazioni di forte *stress* i genitori possono faticare nella gestione delle proprie risposte emotive; a ciò consegue, un loro mancato supporto alle strategie di

coping emotivo che il bambino propone. Si è poi scoperto che la capacità materna di regolare le proprie emozioni funge da mediatore nell'associazione tra i sintomi post-traumatici esperiti dalla madre stessa, in seguito all'esposizione ad un trauma, ed i *deficit* nelle abilità regolatorie del bambino. Se genitori e figli si ritrovano a convivere in delle circostanze di vita stressanti, entrambi possono manifestare delle difficoltà nel regolare i propri stati d'animo negativi ed è proprio in tali situazioni che la mancata capacità del genitore di saper trasmettere un senso di sicurezza ai propri figli può amplificare le loro difficoltà di regolazione; tuttavia, se al contrario sperimentano un clima familiare sano ed emotivamente regolato durante il loro primo sviluppo, i bambini possono imparare a regolare le proprie emozioni osservando come fanno i propri genitori (Shorer & Leibovich, 2022).

Uno studio italiano rivolto a genitori di bambini fra i due e i 14 anni (Spinelli, Lionetti, Pastore & Fasolo, 2020), ha voluto indagare l'effetto agito dai fattori di rischio, associati all'esperienza della pandemia, sul benessere dei bambini e dei loro genitori. Dai risultati emerge che l'esperienza della quarantena ha sicuramente minato questo benessere; l'impatto che essa ha avuto sui bambini, espresso mediante problemi comportamentali ed emotivi, è comunque mediato dallo *stress* genitoriale, sia a livello individuale che diadico. La quarantena ha, quindi, esposto i genitori ad un maggior rischio di esperire disagio, risultato che poi andrebbe potenzialmente a compromettere il loro ruolo di *caregiver* capaci di fornire supporto ai propri piccoli; in un momento di cotanta instabilità, la mancanza di supporto può portare questi bambini a divenire ancora più fragili.

Il fatto che i genitori si sentissero maggiormente stressati, durante la quarantena, rendeva per loro più difficile comprendere i bisogni dei propri figli e rispondervi in maniera adeguata; pertanto, i bambini di queste famiglie, sentendosi meno compresi, possono reagire in modo più negativo e aggressivo; inoltre, possedendo limitate risorse per affrontare i notevoli cambiamenti che la pandemia ha imposto, le linee guida suggeriscono ai genitori di dialogare e

discutere con i propri figli della situazione, fornendo loro informazioni corrette su ciò che accade e sul motivo delle restrizioni. Quando i bambini non trovano spiegazioni valide rispetto a ciò che succede intorno a loro, potrebbero esperire più angoscia, maggiori problemi emotivi e comportamentali (Spinelli, Lionetti, Pastore & Fasolo, 2020).

In uno studio tedesco che ha coinvolto genitori di 90 bambini di età compresa tra i 7-12 mesi, tra i 13-24 mesi e tra i 25-28 mesi, si è voluto approfondire quali effetti la pandemia di COVID-19 avesse riportato sull'entità dello *stress* esperito nel sistema genitore-figlio e sullo sviluppo socio-emotivo del bambino. Partendo dall'assunto secondo cui le ricerche hanno indicato l'ansia come risposta prevalente a tale situazione pandemica, è emerso che le donne e i giovani manifestavano livelli di *stress* più elevati rispetto alla popolazione generale. Inoltre, ciò che in questo studio ci si aspettava di trovare era che il COVID-19 portasse delle conseguenze negative nella relazione genitore-bambino e nello sviluppo di quest'ultimo (ipotesi basata sul fatto che il benessere genitoriale e lo sviluppo del bambino sono due aspetti fortemente correlati). È ormai consolidato che lo *stress* genitoriale e lo sviluppo del bambino si influenzano reciprocamente: un maggiore *stress* nei genitori può comportare maggiori problemi comportamentali da parte del bambino, che a loro volta possono provocare un maggiore *stress* nei genitori. Questo periodo di crisi, potenzialmente traumatico, può impattare negativamente sullo sviluppo dei bambini; tuttavia, i genitori, se in possesso delle giuste strategie di *coping* (tra cui la capacità di adattarsi ai continui cambiamenti e di essere flessibili), possono essere un'importante fonte di protezione per i propri bambini.

Questo studio è di notevole importanza in quanto la maggior parte delle ricerche attuali si sono focalizzate sullo sviluppo dei bambini con più di tre anni; tuttavia, sono i primi anni di vita ad impattare in modo cruciale sul loro sviluppo socio-emotivo. Ciò che è emerso, è che i genitori di bambini più grandi hanno esperito un livello di *stress* superiore rispetto ai genitori di bambini di età inferiore; inoltre, i punteggi relativi al comportamento socio-emotivo dei bambini

diminuivano con l'avanzare dell'età. Uno dei motivi di tale risultato potrebbe essere che, man mano che il bambino cresce, le interazioni con i coetanei (non accessibili in quei momenti a causa della pandemia) assumono una sempre più crescente rilevanza per lo sviluppo socio-emotivo. È stato poi rilevato che un maggiore livello di *stress* genitoriale correlava negativamente con i punteggi dei bambini relativi al comportamento socio-emotivo.

In conclusione, è bene ricordare che con il medesimo studio si è andati a descrivere le reazioni nel breve termine dallo scoppio della pandemia (in particolare, i questionari dello studio vennero somministrati all'inizio di Maggio 2020, sino a Luglio 2020); tuttavia, gli effetti a lungo termine degli alti livelli di *stress* dei genitori, riflessi sullo sviluppo socio-emotivo del bambino, non sono ancora stati rilevati.

L'incertezza relativa a quelle che possono essere le potenziali implicazioni della pandemia sullo sviluppo a lungo termine è una fonte attuale di notevole preoccupazione (Dillmann, Sensoy & Schwarzer, 2022).

CAPITOLO III

LA RICERCA: METODOLOGIA

Come ampiamente discusso nel precedente capitolo, la genitorialità è un periodo caratterizzato sia dalla formazione di legami familiari e sociali molto forti, che da diversi fattori di *stress*; in particolare, in uno studio che ha coinvolto individui di nazionalità statunitense ed italiana, è emerso che la condizione di genitorialità durante la pandemia è stata associata ad un maggiore *stress* pandemico percepito ed a un peggiore benessere emotivo. Tale risultato, tuttavia, riguarda anche gli adulti senza figli, perciò, le differenze concerni il disagio psicologico vissuto fra i diversi gruppi di persone restano un aspetto ancora da approfondire. Nel tentare di appurare se lo stato genitoriale possa essere (stato), in tale situazione, un fattore protettivo o di rischio per l'impatto della pandemia sul disagio psicologico personale, e dei propri figli, la letteratura mostra scenari differenti.

Da un lato, l'essere genitori potrebbe aver ridotto l'impatto della pandemia sul benessere personale, fungendo da potenziale fattore di resilienza; l'accesso al supporto emotivo e sociale da parte di altri membri della famiglia o la percezione del supporto esterno, connesso alla genitorialità, correla negativamente con lo *stress* percepito e con l'esposizione a fattori di *stress* correlati alla pandemia. Sebbene in letteratura tale aspetto passi in secondo piano, i genitori riferiscono anche risultati positivi, quali la gratitudine, il potersi godere più tempo da trascorrere con i propri figli, e lo sviluppo di una maggiore resilienza. Inoltre, rispetto agli adulti senza figli o agli individui che vivono da soli, è più probabile che durante la quarantena i genitori abbiano ricevuto un maggiore supporto sociale ed emotivo dai loro *partner* e dai loro figli, riducendo le probabilità di vivere l'assordante senso di solitudine che ha contraddistinto questo periodo storico.

D'altro canto, la letteratura recente ipotizza che la pandemia abbia impattato negativamente

sul benessere genitoriale. Ricerche precedenti hanno suggerito che i fattori di *stress* genitoriale ed il peggioramento del benessere possono essere esacerbati durante la pandemia, e che gli effetti negativi dei comportamenti genitoriali possono provocare notevoli conseguenze negative anche nel comportamento del bambino.

I risultati riportati da tale studio di ricerca evidenziano, tuttavia, che l'aver figli non altera l'associazione tra i fattori di *stress* legati alla pandemia ed il disagio psicologico esperito (Lai et al., 2022).

Partendo dall'esame di questo ulteriore studio, nel progetto di ricerca sperimentale che in seguito verrà illustrato, si è voluto approfondire come lo *stress* genitoriale connesso alla pandemia da COVID-19, correlasse con lo sviluppo del bambino nel *range* d'età zero - tre anni (e 11 mesi), tema non ancora molto approfondito dalla letteratura ma estremamente importante in quanto, come precedentemente riportato, lo *stress* genitoriale e lo sviluppo del bambino si influenzano reciprocamente (Dillmann, Sensoy & Schwarzer, 2022).

In questo capitolo verrà fornita una descrizione dettagliata della metodologia utilizzata nel condurre la seguente ricerca. In particolare, di seguito verranno enunciate la domanda di ricerca; gli aspetti descrittivi concerni il campione dei partecipanti allo studio; la procedura e gli strumenti utilizzati per la realizzazione della ricerca.

3.1 Domanda di ricerca e obiettivi dello studio

Partendo dalla letteratura riportata nei precedenti capitoli, nel medesimo progetto di ricerca è stata valutata la correlazione esistente tra il livello di *stress* genitoriale esperito durante la pandemia di COVID-19 e lo sviluppo del bambino, di età compresa tra gli zero e tre anni (e 11 mesi). Tale domanda di ricerca è stata approfondita realizzando due tipologie di analisi dei

dati:

- 1) Una prima analisi quantitativa, in cui viene calcolata numericamente la correlazione tra l'indice di *stress* genitoriale¹³ connesso al COVID-19, e lo sviluppo del bambino (sia tramite un punteggio globale di sviluppo, che singolarmente nelle varie aree analizzate).
- 2) Una seconda analisi qualitativa, la quale ha permesso di indagare qualitativamente se, e in che modo, il COVID-19 abbia avuto un impatto sullo sviluppo del bambino secondo il punto di vista dei genitori. Con la medesima analisi, quindi, sono state individuate le tematiche maggiormente riportate dai genitori rispetto allo *stress* esperito durante questo delicato periodo, con l'obiettivo di esplorare, descrivere e comprendere ancor meglio la prospettiva genitoriale.

Le due tipologie di analisi sono, quindi, volte a rispondere alla medesima domanda di ricerca. Ciò permette di interpretare i dati raccolti da due diverse prospettive: una più oggettiva e numerica, ed una più soggettiva e descrittiva.

Gli obiettivi di tale studio vanno tuttavia concettualizzati, come accennato nell'Introduzione, all'interno di un Progetto di ricerca più ampio, denominato "Conoscere lo sviluppo di bambini e ragazzi tra 0 e 21 anni"; si tratta di uno studio scientifico che ha l'obiettivo di creare una versione italiana del *Developmental Profile 4*, un protocollo di intervista volto a valutare lo sviluppo del bambino da 0 a 21 anni.

3.2 I partecipanti

Allo studio hanno partecipato 106 genitori di bambini a sviluppo tipico, aventi un'età cronologica compresa tra gli zero e i tre anni (e 11 mesi); nel dettaglio, hanno partecipato 98 madri e 8 padri. 16 genitori si sono offerti disponibili all'essere intervistati per ciascuno dei

¹³ Come verrà in seguito approfondito, questo indice è stato calcolato grazie all'aggiunta, nell'intervista utilizzata (*DP-4*), di sei diversi *item* volti ad approfondire il tema enunciato.

loro due figli. Al campione di genitori è stato somministrato il *Developmental Profile 4*, nel formato intervista, con lo scopo di valutare il bambino in cinque diverse aree di sviluppo.

Nella tabella seguente sono riportati i bambini suddivisi secondo le varie fasce d'età (descritte in mesi) ed in base al genere (Tabella 3.1).

Tabella 3.1

Partecipanti ripartiti per fasce d'età (suddivisa in mesi) e per genere.

	M	F
0:0-0:1	3	2
0:2-0:3	3	4
0:4-0:5	3	3
0:6-0:7	3	1
0:8-0:9	4	4
0:10-0:11	4	4
1:0-1:1	1	3
1:2-1:3	4	3
1:4-1:5	6	1
1:6-1:7	2	4
1:8-1:9	1	1
1:10-1:11	2	0
2:0-2:3	3	3
2:4-2:7	4	3
2:8-2:11	3	5
3:0-3:5	6	6
3:6-3:11	1	6

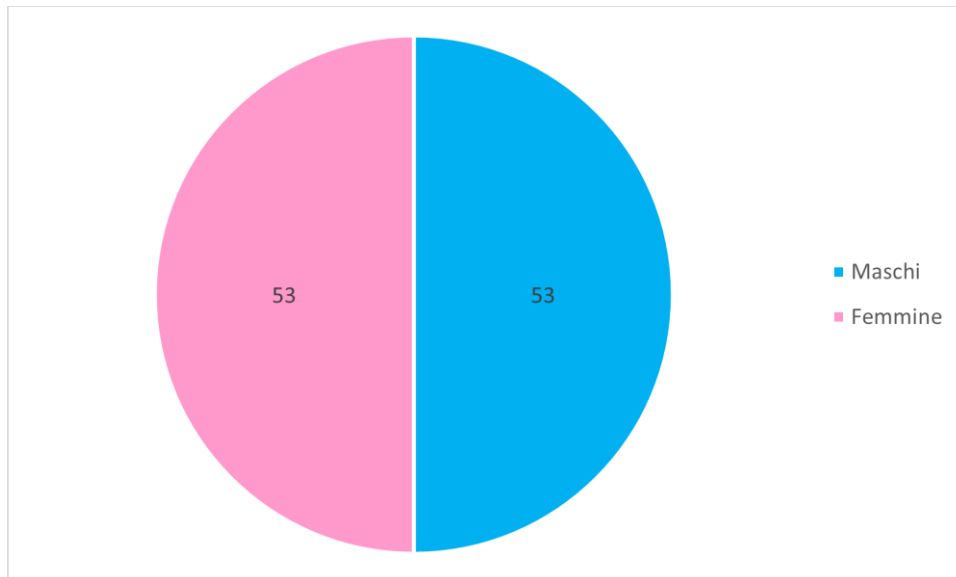
3.2.1 Statistiche descrittive delle caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti

Alle famiglie che hanno partecipato allo studio è stata somministrata una breve intervista per la rilevazione di alcune variabili sociodemografiche (le principali vengono riassunte nella Tabella 3.2). Il campione consta esattamente di 53 bambini di genere maschile, e 53 bambine

di genere femminile (come si può osservare nel Grafico 3.1).

Grafico 3.1

Grafico a torta relativo al genere dei bambini.

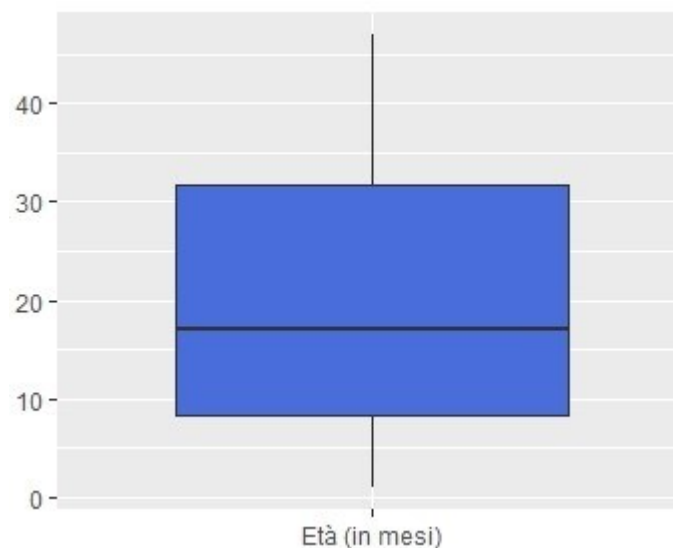


I bambini avevano un'età media, in mesi, di 19,75 (DS = 13,46; Range = 46 (1 - 47)).

Mediante l'utilizzo di un *boxplot* (Grafico 3.2), è possibile visualizzare come si distribuiscono i bambini (per quanto riguarda l'età) rispetto al valore medio.

Grafico 3.2

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione, in base all'età (espressa in mesi) intorno al valore medio.



103 bambini erano di nazionalità italiana; due erano kosovari ed uno di nazionalità rumena.

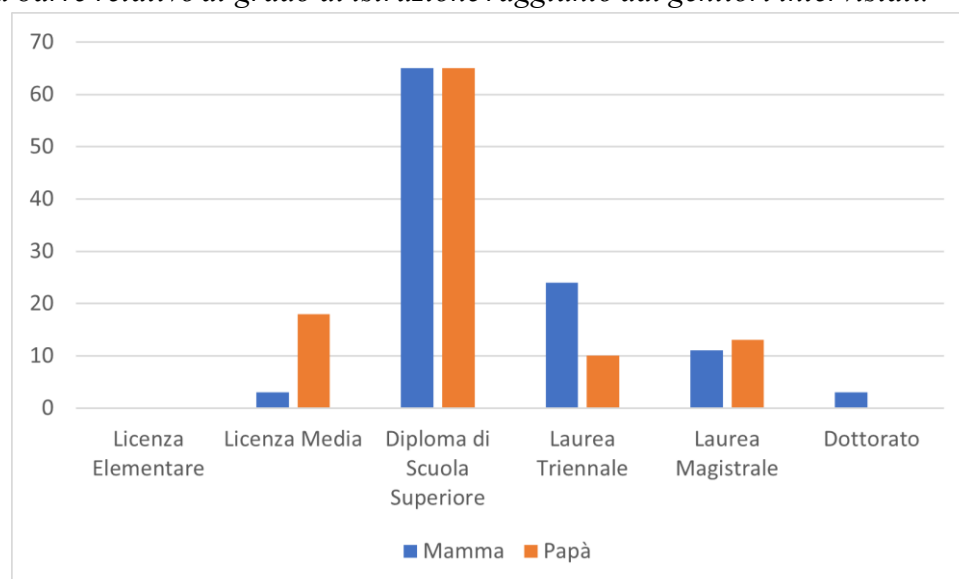
L'età media delle madri, in anni, è di 32,36 (DS = 5,59; Range = 26 (20 - 46)); l'età media dei padri, invece, è leggermente superiore, ovvero di 35,02 anni (DS = 6,31; Range = 33 (21 - 54)).

Tre madri hanno come più alto grado d'istruzione raggiunto il Dottorato (o la Scuola di Specializzazione); 11 madri hanno ottenuto una laurea Magistrale e 24 una laurea Triennale. 65 hanno raggiunto il Diploma di scuola superiore (egual numero è stato ottenuto anche dai padri) e solamente tre madri hanno la licenza media. Per quanto riguarda i padri, invece, 13 hanno ottenuto la laurea Magistrale; 10 la laurea Triennale; 18 la licenza media (dato nettamente superiore rispetto alle madri)¹⁴.

Per quanto riguarda i loro impieghi, l'intero campione maschile lavora a tempo pieno; 32 madri, invece, lavorano *part-time*; 42 a tempo pieno; 17 sono disoccupate, ma in cerca di occupazione; 12 sono disoccupate, ma non in cerca di occupazione; infine, tre non sono a conoscenza della categoria che meglio descrive la loro occupazione.

Grafico 3.3

Grafico a barre relativo al grado di istruzione raggiunto dai genitori intervistati.



¹⁴ Nel Grafico 3.3 è disponibile un riassunto dei dati ottenuti inerentemente al grado di istruzione raggiunto dai genitori.

Per quanto riguarda lo stato civile dei genitori, 58 di quest'ultimi sono sposati e 48 sono conviventi. Infine, 34 bambini hanno frequentato l'asilo nido; l'età media dei bambini che lo frequentano è pari a 30 mesi (DS = 10.09). L'età media di entrata all'asilo, invece, è pari a 17.44 mesi (DS = 8.11).

Per quanto riguarda la frequenza media al nido, calcolata in mesi, risulta essere di 12.56 (DS = 7.83) (vedi Tabella 3.3).

Tabella 3.2

Riassunto delle statistiche descrittive: Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti.

Sesso	M		F	
	53		53	
Stato civile dei genitori	Sposati	Conviventi	Separati	Vedovi
	58	48	0	0
Età	Media	DS	Range	
Bambino (mesi)	19,75	13,46	46 (1-47)	
Madre	32,36	5,59	26 (20-46)	
Padre	35,02	6,31	33 (21-54)	

Tabella 3.3

Statistiche descrittive riguardanti la frequentazione, da parte dei bambini, dell'asilo nido.

Frequentanti nido	Età media	DS media
34 (32.08%)	30	10.09
Età media entrata asilo	17.44	8.11
Frequenza media asilo in mesi	12.56	7.83

3.2.2 Statistiche descrittive delle caratteristiche ambientali dei partecipanti

Per comprendere meglio lo sviluppo del bambino/a, al genitore intervistato sono state poste ulteriori domande concerni la gravidanza ed il periodo successivo alla nascita. In media, i bambini del campione sono nati a 38,93 settimane (DS = 1,98; Range = 12 (32 – 44)); inoltre, in media, alla nascita pesavano 3317 grammi (DS = 579,72; Range = 3270 (1340 – 4510)). Solamente tre madri del campione intervistato fumavano durante la gravidanza; per quanto riguarda l'utilizzo di *alcohol* in gravidanza, invece, a farne uso erano sei madri. Ad oggi, solo tre genitori dei 106 intervistati fumano all'interno della propria abitazione.

Inoltre, sempre col fine di giungere alla miglior comprensione possibile dello sviluppo del bambino/a, sono state poste alcune domande relative all'ambiente familiare in cui la famiglia vive. Rispetto alle regioni in cui questi 106 bambini sono nati, abbiamo 100 bambini nati in Veneto, un bambino nato in Emilia-Romagna, uno in Lombardia, uno in Piemonte ed infine uno in Trentino-Alto-Adige. Solo 19 dei 106 genitori intervistati hanno cambiato residenza negli ultimi 20 anni; attualmente, delle famiglie intervistate, 68 abitano in campagna; 37 in centro e solamente una in zona industriale.

Più dettagliatamente, 24 famiglie abitano vicino ad un incrocio; due vicino ad un complesso industriale; altrettante vicino ad un allevamento intensivo e 78 in nessuna delle opzioni precedenti.

Rispetto al passaggio di automobili, 8 famiglie hanno riferito che vicino alla loro abitazione le macchine non passano “mai”; 51 famiglie hanno risposto che accade “raramente”; 28 “frequentemente” e 19 “costantemente”. Relativamente ai veicoli pesanti, invece, 51 famiglie hanno riferito che quest'ultimi non passano “mai” vicino alla propria abitazione; 33 hanno risposto “raramente”; 14 “frequentemente” e 8 “costantemente”.

Infine, 98 bambini risultano abitare vicino ad aree verdi, come parchi o giardini.

3.3 Strumenti utilizzati

Dopo aver fatto firmare il consenso informato, è opportuno iniziare stabilendo un rapporto di disponibilità con l'intervistato e comunicargli lo scopo della valutazione con il *DP-4*.

3.3.1 Scheda sociodemografica

Le informazioni raccolte riguardano chi, tra il padre e la madre, fosse l'intervistato; l'età, il sesso, la nazionalità, del bambino e dei suoi genitori; il livello di istruzione raggiunto da quest'ultimi; la loro occupazione lavorativa attuale; il loro stato civile ed il reddito netto del nucleo familiare.

3.3.2 Developmental Profile 4 (DP-4)

Il *Developmental Profile (DP-4)* (Alpern, 2020), nuova edizione del *DP-3*, è uno strumento per la valutazione dello sviluppo di bambini e ragazzi di età compresa tra 0 e 21 anni e 11 mesi. Il *DP-4* è uno strumento di valutazione indiretta dello sviluppo del bambino, in quanto le informazioni vengono fornite dai genitori e/o dai *caregiver*.

Una valutazione indiretta dello sviluppo comporta alcuni vantaggi; ad esempio, il *caregiver* va a riferire i comportamenti che osserva mettere in atto dal bambino durante la quotidianità. D'altro canto, risulta anche controproducente in quanto lo stesso potrebbe non essere affidabile nelle valutazioni che riporta; inoltre, in taluni casi, le sue risposte potrebbero essere orientate da uno scopo, quale la desiderabilità sociale.

L'ideale sarebbe raccogliere informazioni utilizzando sia la valutazione diretta che indiretta, quindi in un'ottica *multimethod*, e tramite più informatori, mantenendo un approccio *multiple-informant*, per ottenere un quadro il più completo possibile. Nell'elenco dei possibili informatori, vi sono i genitori e/o *caregiver*; gli insegnanti e i clinici.

Questo strumento può essere utilizzato come strumento di *screening*; risulta poi utile in varie situazioni, quali durante il primo colloquio; con gruppi di persone (come i gruppi classe); come punto di partenza o monitoraggio di un intervento e per fare ricerca.

Il *DP-4* consta di cinque *sub-scale* di fondamentale importanza per la valutazione di altrettante aree di sviluppo; le cinque *sub-scale* sono le seguenti:

1) Scala Motoria (37 *item*).

Valuta le abilità grosso e fino - motorie di un bambino, in compiti che richiedono coordinazione, forza, resistenza, flessibilità e abilità motorie sequenziali.

2) Scala dei Comportamenti Adattivi (41 *item*).

Valuta l'abilità di un bambino di svolgere compiti come mangiare, vestirsi, essere indipendente ed utilizzare la tecnologia moderna. Misura competenze, abilità e maturità nell'interagire con l'ambiente.

3) Scala Socio-Emotiva (36 *item*).

Misura l'abilità nelle relazioni interpersonali, la sensibilità sociale ed emotiva, ed i comportamenti adeguati in situazioni sociali.

4) Scala Cognitiva (42 *item*).

Valuta le abilità cognitive in modo indiretto, ovvero valutando lo sviluppo delle abilità necessarie per un efficace funzionamento scolastico ed intellettuale.

5) Scala Comunicazione (34 *item*).

Misura abilità di comunicazione espressiva e recettiva che coinvolgono sia il linguaggio verbale che non verbale; valuta, inoltre, l'utilizzo e la comprensione del linguaggio parlato, scritto e gestuale, e le abilità di usare strumenti di comunicazione (come telefono o *computer*) in maniera efficace. Tale strumento presenta inoltre quattro versioni:

- Forma Intervista-Genitori (utilizzata nel medesimo studio di ricerca);
- Forma Questionario-Genitori;

- Forma Questionario-Insegnanti;
- Forma Questionario-Clinici.

Quando possibile, è consigliabile preferire l'intervista al questionario, in quanto permette di:

(a) chiarificare in modo migliore le domande; (b) comprendere le risposte e chiedere, se necessario, ulteriori chiarimenti; (c) verificare più facilmente l'attendibilità delle risposte;

(d) realizzare un più ampio colloquio clinico, e, infine, (e) creare le basi per un'alleanza educativa/terapeutica. Tuttavia, richiede un maggior tempo necessario per poterla effettuare.

Il *setting* di somministrazione di tale strumento può essere sia in presenza, in forma cartacea, che *online*; in entrambi i casi il luogo dev'essere tranquillo, privo di distrazioni e con sufficiente *privacy*. Deve svolgersi in un momento privo di preoccupazioni, dove poter sedersi per un attimo comodamente, in una posizione che favorisca il dialogo. La somministrazione *online* ovviamente necessita di una buona connessione *Internet*.

L'intervistatore deve porsi all'intervistato con un atteggiamento tranquillo, di apertura e di ascolto, senza mettere alcuna fretta, anzi è suo compito mettere l'intervistato a proprio agio, favorendo un'atmosfera di colloquio piuttosto che di domanda-risposta. Allo stesso tempo, deve guidare il genitore a rispondere seguendo gli argomenti da lui proposti.

La somministrazione della forma intervista per genitore/*caregiver* solitamente richiede dai 20 ai 40 minuti circa.

La procedura di intervista del *DP-4* fa uso di regole per l'inizio e l'interruzione della somministrazione per ridurre il tempo impiegato ed evitare di somministrare *item* che descrivono abilità ovviamente troppo facili o troppo difficili per un dato bambino.

Sia le regole di inizio che di interruzione si basano sulla "regola del cinque". Si deve iniziare la somministrazione di ogni scala scegliendo il punto di inizio corretto in base all'età cronologica del bambino, infatti ogni scala del *DP-4* contiene quattro *item* d'inizio in base all'età (indicati nel protocollo). Questi sono:

- da 0 a 1 anno e 11 mesi;

Per questi bambini, si inizia dall'item M1 della scala *Motoria* e si continua fino a quando la regola di interruzione (risposta "No" a cinque *item* consecutivi) non è soddisfatta. Va seguita la stessa procedura per le altre quattro scale (cioè, iniziare con l'*item* 1 nella scala successiva e continuare finché la regola di interruzione non è soddisfatta).

- da 2 anni a 3 anni e 11 mesi;
- da 4 anni a 5 anni e 11 mesi;
- da 6 anni a 21 anni e 11 mesi.

Per i bambini di età dai 2 anni in su è necessario stabilire una soglia base di cinque *item* consecutivi con risposta "Sì" per poter continuare la somministrazione. Per fare questo, è necessario iniziare la somministrazione dall'*item* di inizio corretto, stabilito in base all'età del bambino, e somministrare cinque *item* (incluso l'*item* da cui si inizia). Se tutti e cinque ricevono risposta "Sì", si è trovata la *soglia base* e si può continuare la somministrazione proponendo gli *item* successivi fino a quando è soddisfatta la regola di interruzione. Se uno o più di questi primi cinque *item* riceve risposta "No", è necessario interrompere e ripartire con la somministrazione dall'*item* precedente all'*item* di inizio e continuare a somministrare gli *item* in senso inverso fino a quando se ne trovano cinque consecutivi con risposta "Sì".

Quindi, la somministrazione dell'intervista viene ripresa partendo dall'*item* più alto somministrato e continuando a somministrare gli *item* fino a quando la regola di interruzione è soddisfatta. La somministrazione della scala va interrotta quando è stato raggiunto il soffitto, ovvero quando cinque *item* consecutivi hanno ottenuto risposta "No" (o quando è stato somministrato l'ultimo *item* della scala).

Gli *item* all'interno di ciascuna *sub-scala* sono posti in ordine crescente di difficoltà e indagano la capacità del bambino di svolgere, o di essere in grado di svolgere, una determinata azione; ad essi viene richiesta come risposta un "Sì" o un "No".

La maggior parte delle domande del *DP-4* chiede al genitore/*caregiver* se il bambino *svolge* una determinata azione. Per rispondere “Sì”, il genitore/*caregiver* deve essere convinto del fatto che il bambino non sia solo capace di svolgere una determinata attività, ma che effettivamente la svolga. In ogni caso, per la risposta “Sì”, non è necessario che il bambino la svolga sempre; può bastare che la svolga almeno alcune volte.

Altre domande, invece, chiedono se il bambino è *in grado* di svolgere una determinata azione. Per queste domande, una risposta “Sì” significa che il bambino ha mostrato almeno in un'occasione di essere in grado di svolgere tale azione.

Alcune domande indagano abilità o comportamenti che il bambino possedeva molto tempo fa e che ora non utilizza più. Tuttavia, se nel frattempo il bambino è regredito nel comportamento e attualmente non lo mette in atto, allora si risponde “No” alla domanda.

In alcuni casi, l'intervistato può avere difficoltà a rispondere “Sì” o “No” per vari motivi; può non essere sicuro del fatto che il bambino abbia mai svolto una particolare attività, può non comprendere l'abilità indagata da un determinato *item*, o può ritenere che il bambino non abbia mai avuto l'opportunità di mostrare quella certa abilità. In questi casi è importante utilizzare varie abilità di colloquio clinico per aiutare l'intervistato a fare una stima migliore possibile della risposta. Un problema più difficile si manifesta quando la domanda riguarda l'uso di oggetti o dispositivi con cui il bambino potrebbe non avere mai avuto esperienza (ad esempio, un *computer*, pattini o *skateboard*, un telefono cellulare). In questi casi, la cosa migliore da fare è incoraggiare l'intervistatore a fare una stima (Alpern, 2020).

3.3.3 Scheda variabili ambientali

Il Progetto “Conoscere lo sviluppo in bambini e ragazzi tra 0 e 21 anni” vuole esplorare una possibile relazione tra lo sviluppo e l'esposizione a spazi verdi nelle zone di residenza e la qualità dell'aria; questo viene fatto per raggiungere un secondo obiettivo dello studio, ovvero

quello di mettere in relazione i dati dello sviluppo dei bambini con quelli dell'inquinamento a cui essi sono esposti nelle loro aree di residenza (Alpern, 2020). Ecco spiegato il motivo per il quale viene somministrata un'ulteriore scheda, oltre a quella sociodemografica e al *DP-4*, concerne le variabili ambientali. Tale scheda contiene al suo interno 24 *item* appartenenti ad uno specifico questionario volto ad indagare la salute del bambino, denominato *Child Health and Illness Profile – Child Edition* (CHIP – CE) (Riley et al., 2004); in particolare, al genitore viene chiesto di esprimere il proprio grado di accordo o disaccordo attraverso una scala *Lickert* a cinque livelli (“Mai”=1; “Quasi mai”=2; “Qualche volta”=3; “Quasi sempre”=4; “Sempre”=5) rispetto ai 24 *item* presenti.¹⁵ Il medesimo questionario consente ai genitori di fornire un dettagliato resoconto sullo stato di salute del bambino (nelle ultime quattro settimane antecedenti l'intervista), e del comportamento correlato alla salute stessa (Riley et al., 2004).

Vengono poi poste alcune domande sulla gravidanza ed il periodo successivo alla nascita al fine di comprendere meglio lo sviluppo del bambino. Questi quesiti prevedono quasi tutti una risposta dicotomica (Sì; No), ad eccezione di qualche domanda aperta.

Seguono 24 *item* (appartenenti al *Parenting Stress Index Short Form* (PSI – SF)) che vanno ad approfondire eventuali preoccupazioni esperite dal genitore; a quest'ultimo viene chiesto di esprimere il proprio grado di accordo o disaccordo sempre attraverso una scala *Lickert* a 5 livelli (“Per niente”=1; “Poco”=2; “Abbastanza”=3; “Molto”=4; “Moltissimo”=5)¹⁶.

Tale questionario è stato sviluppato con lo scopo di fornire una misura in grado di valutare il sistema genitore – figlio; esso può essere, inoltre, utilizzato per misurare la relazione tra la genitorialità e lo *stress* (Aracena, Gómez, Undurraga, Leiva, Marinkovic & Molina, 2016).

Infine, vi sono diverse domande relative alla zona in cui il bambino e la famiglia vivono e alcuni *item* volti a conoscere l'esperienza scolastica del bambino.

¹⁵ In seguito, verrà fatto riferimento agli *item* del medesimo questionario con la seguente dicitura: “Scala CHIP”.

¹⁶ In seguito, verrà fatto riferimento al medesimo questionario con la seguente dicitura: “Scala PSI”.

Per il mio progetto di ricerca, ho aggiunto sei *item*, in seguito ai 24 relativi alle preoccupazioni genitoriali, volti ad indagare come lo *stress* genitoriale connesso al COVID-19 sia correlato con lo sviluppo del bambino (vedi Tabella 3.4).¹⁷

Il genitore viene, quindi, nuovamente chiamato ad esprimere il proprio grado di accordo o disaccordo attraverso una scala *Lickert* a cinque livelli (“Per niente”=1; “Poco”=2; “Abbastanza”=3; “Molto”=4; “Moltissimo”=5).

Tabella 3.4

Item volti ad indagare lo stress genitoriale connesso al COVID-19.

	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
1.Mi sento preoccupato/a dalla situazione di emergenza pandemica	1	2	3	4	5
2.Ritengo che il COVID-19 abbia influito negativamente sul mio modo di essere genitore	1	2	3	4	5
3.Le restrizioni per l'emergenza pandemica hanno limitato la mia quotidianità	1	2	3	4	5
4.A causa del COVID-19, ritengo che mio/a figlio/a sia stato/a privato/a di importanti stimolazioni ambientali	1	2	3	4	5
5.Le restrizioni per l'emergenza pandemica hanno limitato mio/a figlio/a nella possibilità di relazionarsi con i coetanei	1	2	3	4	5
6.Ritengo che la situazione di emergenza sanitaria abbia avuto un impatto negativo sullo sviluppo di mio/a figlio/a *	1	2	3	4	5

¹⁷ In seguito, verrà fatto riferimento ai medesimi *item* con la seguente dicitura: “COVID”.

*Ad eccezione del caso in cui l'ultimo *item* (Q6) riceva un punteggio pari ad uno, al genitore viene posta la seguente domanda aperta:

“Lei, quindi, ritiene che la situazione di emergenza sanitaria abbia avuto un impatto negativo sullo sviluppo di suo/a figlio/a... in quale modo pensa possa essersi verificato tale impatto negativo?”

3.4 Procedura della raccolta dati

Gli intervistati sono stati reclutati a partire da alcune mie conoscenze personali e grazie ad un intenso passa parola fra gli intervistati stessi. Inoltre, ho condiviso un volantino del progetto di ricerca in moltissimi gruppi *WhatsApp*, in particolare di neomamme, e in diversi negozi; in tale volantino vi era la spiegazione del progetto ed i recapiti necessari per contattarmi. Ho, infine, contattato diversi asili, sia nidi che scuole materne, ai fini di trovare il maggior numero di intervistati possibile; da quest'ultimi, ho ricevuto una quindicina di contatti.

L'unico criterio d'inclusione alla ricerca era essere genitori di un figlio (o più) di età compresa tra gli zero e i tre anni (e 11 mesi). Una volta entrati in contatto con gli intervistati, la scelta inerente la modalità di somministrazione dell'intervista veniva lasciata agli intervistati stessi, sulla base di ciò che fosse per loro più comodo; le possibilità erano di svolgerla in presenza, o tramite una videochiamata *online* da effettuare attraverso il canale di comunicazione a loro più conosciuto. Tranne poche interviste svoltesi in presenza (10), la restante parte del campione ha prediletto la modalità *online*, data anche la situazione pandemica che ha caratterizzato quest'ultimi mesi. I canali di comunicazione più utilizzati sono stati *Meet*, *Zoom* e *WhatsApp*.

La durata dell'intervista era variabile: con i genitori di bambini al di sotto dell'anno di età, l'intervista era di breve durata (25-30 minuti circa); con i genitori di bambini più grandi,

invece, la durata era di circa un'ora/un'ora e un quarto. Dopo aver illustrato gli obiettivi dello studio al genitore intervistato, gli veniva inviato un *link* per compilare il consenso informato; nel medesimo *link* veniva anche chiesto di creare un codice identificativo del/la bambino/a per garantire l'anonimato e la riservatezza.

Una volta compilato il consenso, si poteva procedere con la somministrazione della scheda sociodemografica; in seguito, veniva somministrato il *Developmental Profile (DP-4)*, nel formato intervista per genitori, ed infine alcune domande riguardanti le variabili ambientali.

Una minoranza di genitori ha preferito che durante l'intervista fosse presente anche il proprio *partner*. Infine, ciascuna intervista cartacea veniva fotografata e successivamente tutti i dati raccolti venivano inseriti in *Qualtrics*.

CAPITOLO IV

ANALISI DEI DATI

Nel seguente capitolo verranno presentati i risultati delle analisi statistiche effettuate sui dati raccolti e le considerazioni derivate dall'analisi qualitativa della domanda aperta aggiunta nella scheda delle variabili ambientali.

4.1 Analisi quantitativa dei risultati

4.1.1 Analisi descrittive

In primo luogo, sono state calcolate le statistiche descrittive relative ai punteggi totali ottenuti dai 106 bambini costituenti il campione, in ciascuna delle cinque *sub-scale*, ovvero nella scala motoria (Scala Motoria), nella scala dei comportamenti adattivi (Scala Adattiva), nella scala socio-emotiva (Scala Emotiva), nella scala cognitiva (Scala Cognitiva), nella scala della comunicazione (Scala Comunicativa) e nel punteggio globale di sviluppo (PGS), come riportato nella Tabella 4.1.

Tabella 4.1

Statistiche descrittive dei 106 bambini (DP-4).

	Media	DS	Range
Scala Motoria	15,85	9,98	34 (0-34)
Scala Adattiva	14,09	8,25	31 (2-33)
Scala Emotiva	13,86	7,46	28 (2-30)
Scala Cognitiva	12,58	6,76	25 (2-27)
Scala Comunicativa	14,2	8,64	31 (0-31)
PGS	88,82	52,1	182 (9-191)

Nota. PGS = Punteggio Globale di Sviluppo.

Nei Grafici 4.1 e 4.2 vengono riportate le rappresentazioni della distribuzione del campione per ciascuno dei punteggi totali ottenuti dalle cinque *sub-scale* e per il punteggio globale di sviluppo. Con i seguenti *boxplot*, è possibile visualizzare, per ciascuna area dello sviluppo, i punteggi ottenuti dal campione rispetto al valore medio. Nel caso della scala Adattiva, Emotiva e Cognitiva, i valori sono maggiormente concentrati attorno alla media.

Grafico 4.1

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione intorno al valore medio nelle cinque sub-scale.

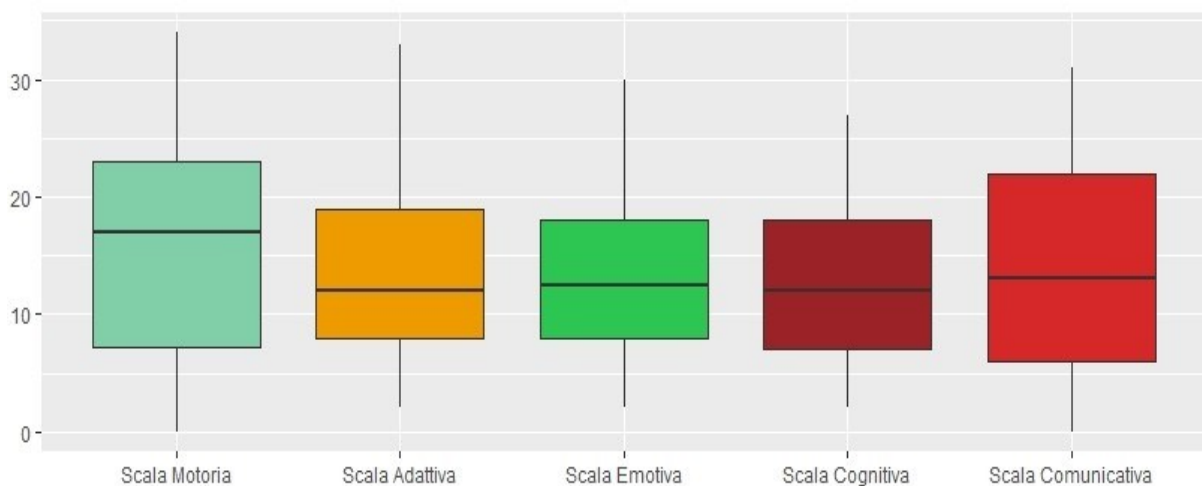
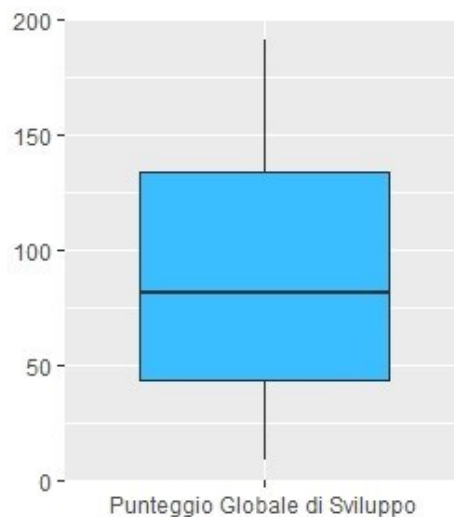


Grafico 4.2

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione intorno al valore medio nel Punteggio Globale di Sviluppo.



Le medesime statistiche descrittive relative ai punteggi totali sono state calcolate anche relativamente ai:

- 24 *item* concerni la salute del bambino (presenti nella scheda delle variabili ambientali e riguardanti le quattro settimane antecedenti al momento dell'intervista) (Scala CHIP);
- 24 *item* relativi alle eventuali preoccupazioni esperite dal genitore intervistato (Scala PSI);
- sei *item* volti ad indagare lo *stress* genitoriale correlato alla pandemia di COVID-19 (COVID).

Il tutto, è riportato nella seguente Tabella 4.2 e rappresentato graficamente nei Grafici 4.3, 4.4, e 4.5, nei quali è possibile vedere la presenza di alcuni *outliers*, ovvero valori molto lontani da tutti gli altri.

Tabella 4.2

Statistiche Descrittive dei 106 bambini (scheda variabili ambientali).

	Media	DS	Range
Scala CHIP	39,83	9,09	40 (25-65)
Scala PSI	34,87	8,3	42 (24-66)
COVID	13	4,96	21 (6-27)

Note. Scala CHIP = Questionario relativo alla salute del bambino; Scala PSI = Questionario relativo alle preoccupazioni genitoriali; COVID = *Item* volti ad indagare lo *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19.

Grafico 4.3

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione intorno al valore medio nella Scala CHIP.

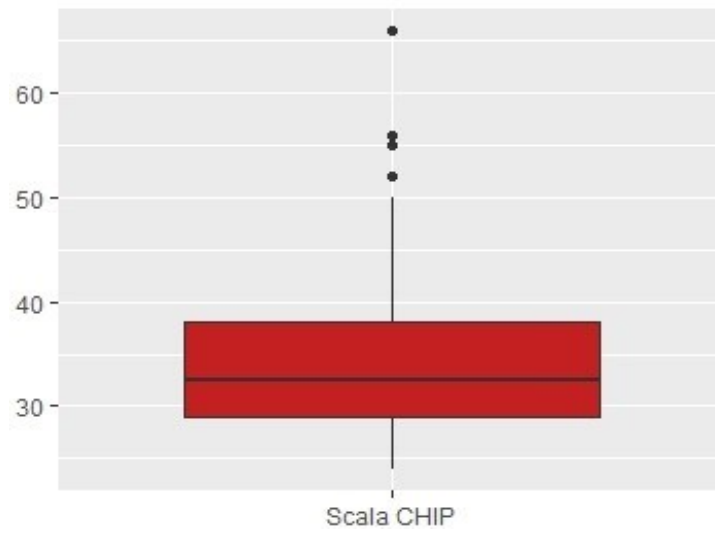


Grafico 4.4

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione intorno al valore medio nella Scala PSI.

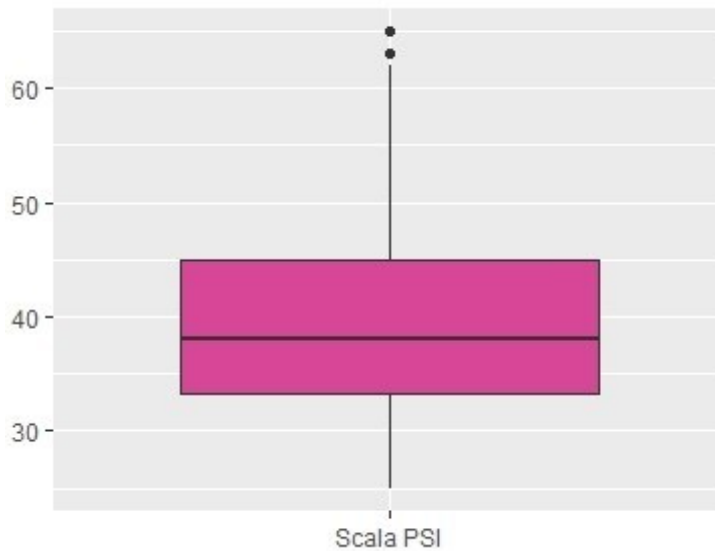


Grafico 4.5

Boxplot: Rappresentazione grafica della distribuzione del campione intorno al valore medio rispetto ai sei item volti ad indagare lo stress genitoriale correlato alla pandemia di COVID-19 (COVID).



Infine, è stata calcolata la distribuzione della frequenza delle risposte relative ai sei singoli *item* (aggiunti nella scheda delle variabili ambientali) volti ad indagare lo *stress* genitoriale correlato al COVID-19 (vedi Tabella 4.3 e Grafico 4.6).

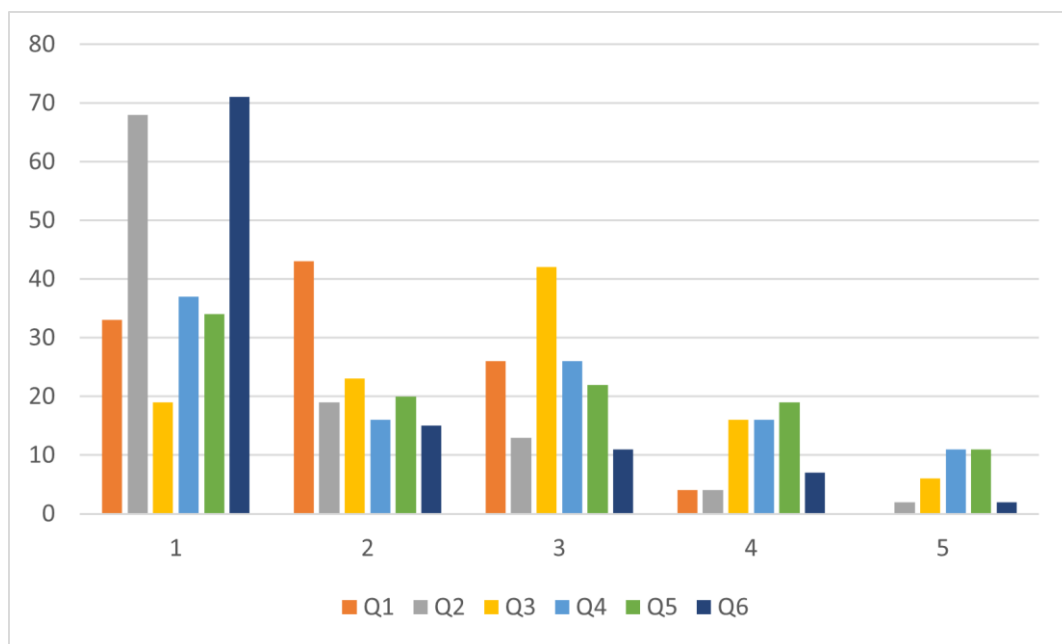
Tabella 4.3

Distribuzione della frequenza delle risposte ai sei item volti ad indagare lo stress genitoriale connesso al COVID-19.

Item sullo <i>stress</i> genitoriale connesso al COVID-19	1	2	3	4	5
Q1	33	43	26	4	0
Q2	68	19	13	4	2
Q3	19	23	42	16	6
Q4	37	16	26	16	11
Q5	34	20	22	19	11
Q6	71	15	11	7	2

Grafico 4.6

Grafico a barre: Rappresentazione grafica che pone in evidenza la frequenza delle risposte ottenute in ciascuno dei sei item sullo stress genitoriale connesso al COVID-19.



È interessante notare che a Marzo del 2022, quasi due anni dopo l'inizio della pandemia, 43 genitori dei 106 intervistati siano ancora un po' preoccupati dalla situazione di emergenza sanitaria; tuttavia, i dati raccolti a riguardo sono ben distribuiti nei primi tre livelli di accordo (1 = 33 genitori; 2 = 43; 3 = 26); inoltre, 42 genitori hanno riferito che le restrizioni presenti per il contenimento della pandemia limitino ancora abbastanza la loro quotidianità. 72 genitori (2 = 20 genitori; 3 = 22; 4 = 19; 5 = 11) concordano che le restrizioni abbiano limitato il proprio figlio nella possibilità di relazionarsi con i coetanei; tale dato, perciò, mette in evidenza una preoccupazione comune. 68 genitori ritengono che il COVID-19 non abbia influito negativamente nel loro modo di essere genitori, dato fortemente positivo se realmente veritiero e valido. Rispetto al ritenere che il proprio figlio sia stato privato di diverse stimolazioni ambientali, il campione dei genitori distribuisce il proprio grado di accordo nei vari livelli della scala *Lickert*.

4.1.2 Correlazione tra lo sviluppo del bambino ed il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19

Successivamente, è stata svolta un'analisi correlazionale totale tra

- i punteggi totali attribuiti dal genitore nelle cinque *sub-scale* ed il punteggio globale di sviluppo del *DP-4*
- ed il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19.

Oltre al calcolo della correlazione di *Spearman*, è stato calcolato per ciascun indice anche il corrispettivo *p-value*.

È stato utilizzato l'indice di correlazione ρ per ranghi di Spearman in quanto esso costituisce una misura statistica non parametrica di correlazione, in grado di misurare il grado di relazione tra due variabili; l'unica ipotesi richiesta è che esse siano ordinabili, e, se possibile, continue. Inoltre, permette di intercettare correlazioni sia lineari che non lineari. È, poi, in grado di stabilire quanto bene una relazione tra due variabili può essere descritta usando una funzione monotona¹⁸ (Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman. Agosto 3, 2021. In *Wikipedia*. Consultato in Agosto 27, 2022 da ¹⁹).

I risultati ottenuti sono visibili nella Tabella 4.4 e nei successivi grafici.

¹⁸ Una relazione monotona è una relazione che esegue una delle seguenti operazioni: (1) All'aumentare del valore di una variabile, aumenta anche il valore dell'altra variabile; (2) all'aumentare del valore di una variabile, l'altra variabile diminuisce. Ciò non avviene esattamente ad un tasso costante, mentre in una relazione lineare il tasso di aumento/diminuzione è costante.

¹⁹ https://it.wikipedia.org/wiki/Coefficiente_di_correlazione_per_ranghi_di_Spearman

Tabella 4.4

Correlazioni tra i punteggi totali ottenuti nelle varie sub-scale del DP-4 (ed il punteggio globale di sviluppo - PGS -) ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

Variabile (correlazione con COVID)	Correlazione (<i>Spearman</i>)	<i>P-value</i>	Interpretazione
Scala Motoria	0,29	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva
Scala Adattiva	0,25	< 0.05	Significativo, debole correlazione positiva
Scala Emotiva	0,29	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva
Scala Cognitiva	0,33	< 0.01	Significativo, media correlazione positiva
Scala Comunicativa	0,27	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva
PGS	0,27	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva

Nota. PGS = Punteggio Globale di Sviluppo.

Grafico 4.7

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale della Scala Motoria ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

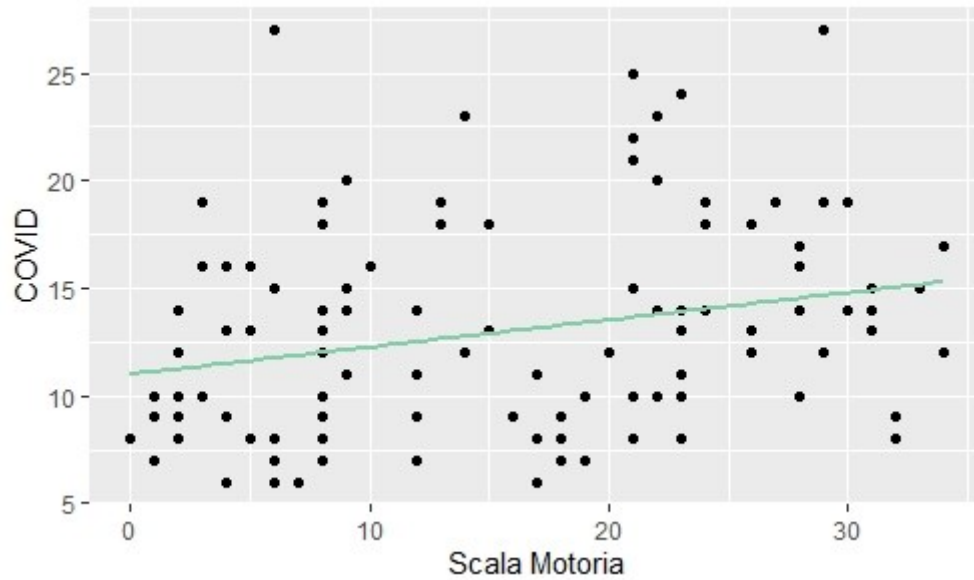


Grafico 4.8

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale della Scala dei Comportamenti Adattivi ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

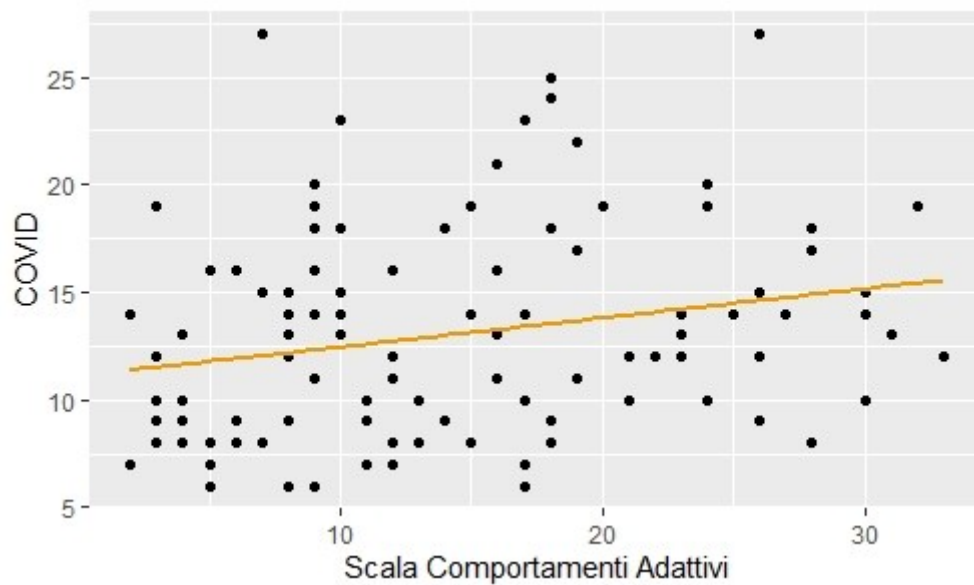


Grafico 4.9

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale della Scala Socio-Emotiva ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

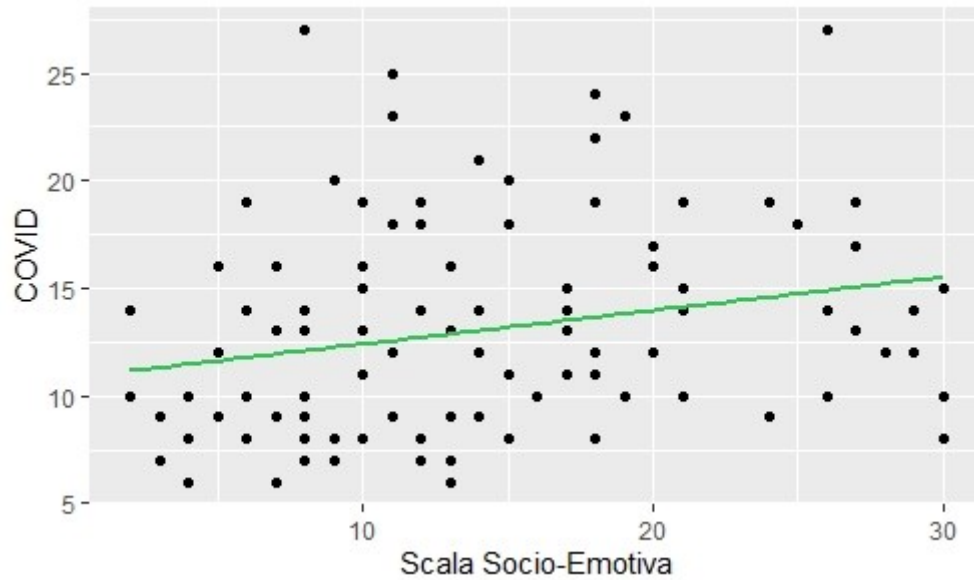


Grafico 4.10

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale della Scala Cognitiva ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

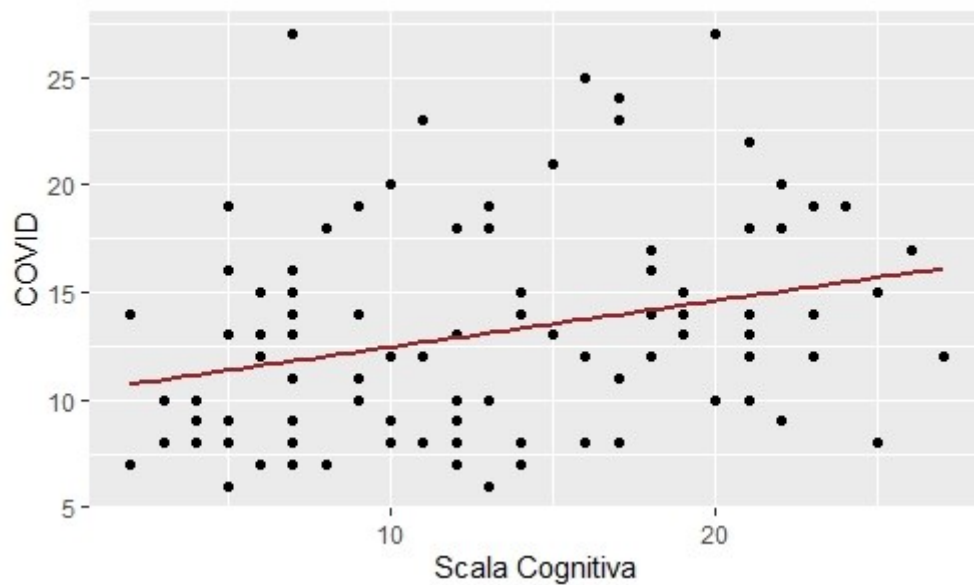


Grafico 4.11

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale della Scala della Comunicazione ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

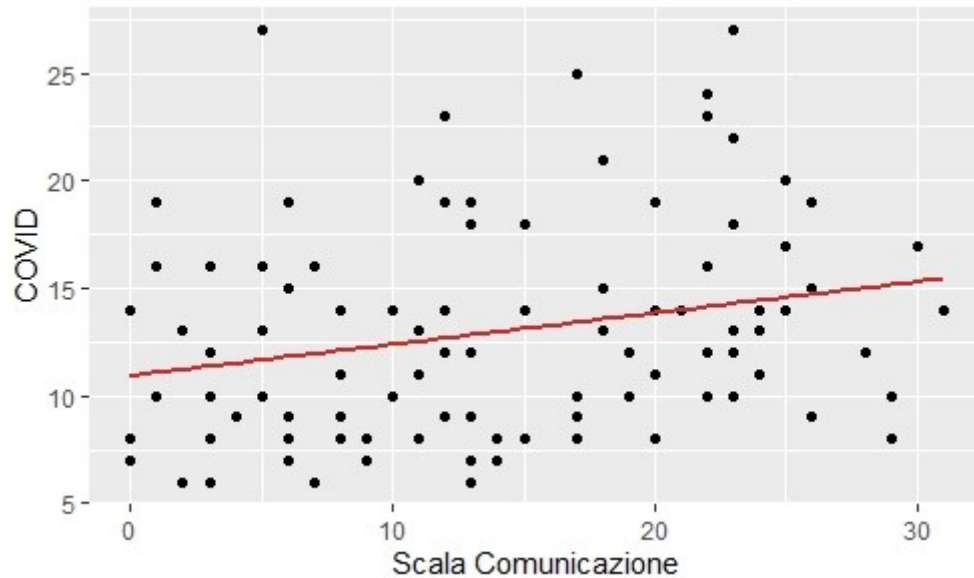
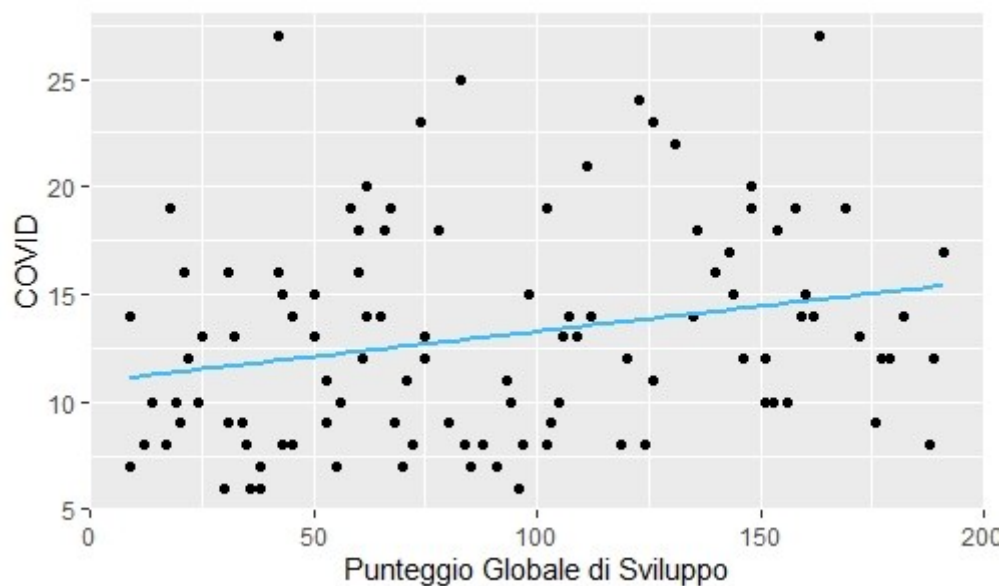


Grafico 4.12

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il Punteggio Globale di Sviluppo (PGS) ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).



I precedenti grafici a dispersione (o *Scatterplot*) si leggono lungo due dimensioni e permettono di rappresentare due variabili contemporaneamente. Ciascun punto sul grafico è individuato

dalla combinazione tra il valore di ascissa, relativo alla prima variabile, ed il valore di ordinata, relativo alla seconda variabile (Pastore, 2015). In particolare, dai precedenti grafici (rappresentativi delle correlazioni riportate nella Tabella 4.4) è possibile osservare l'inclinazione delle linee, la quale rappresenta come le due variabili sono correlate. Nel medesimo caso, tutte le rette sono positivamente inclinate; vi sono, quindi, delle correlazioni positive: al crescere di una variabile, cresce anche l'altra.

L'analisi correlazionale è stata realizzata anche relativamente

- al punteggio totale di salute del bambino (Scala CHIP) ed il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID);
- al punteggio totale delle preoccupazioni genitoriali (Scala PSI) ed il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID),

come è possibile visualizzare nella Tabella 4.5 e nei Grafici 4.13 e 4.14.

Tabella 4.5

Correlazioni tra i punteggi totali ottenuti rispetto alla salute del bambino e alle preoccupazioni genitoriali, ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19.

Variabile (correlazione con COVID)	Correlazione (Spearman)	P-value	Interpretazione
Scala CHIP	0,22	< 0.05	Significativo, debole correlazione positiva
Scala PSI	0,3	< 0.01	Significativo, media correlazione positiva

Note. Scala CHIP = Questionario relativo alla salute del bambino; Scala PSI = Questionario relativo alle preoccupazioni genitoriali.

Grafico 4.13

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale relativo alla salute del bambino (Scala CHIP) ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).

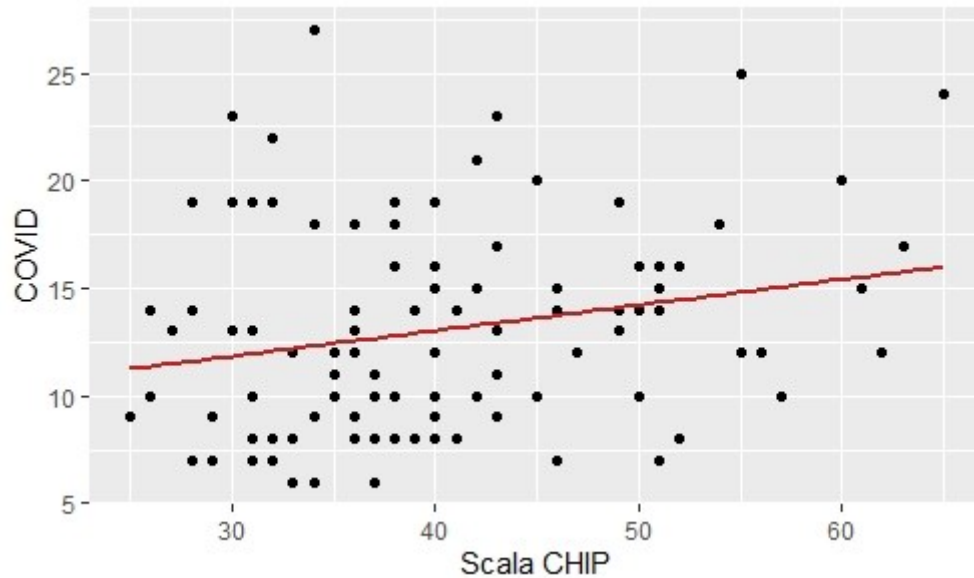
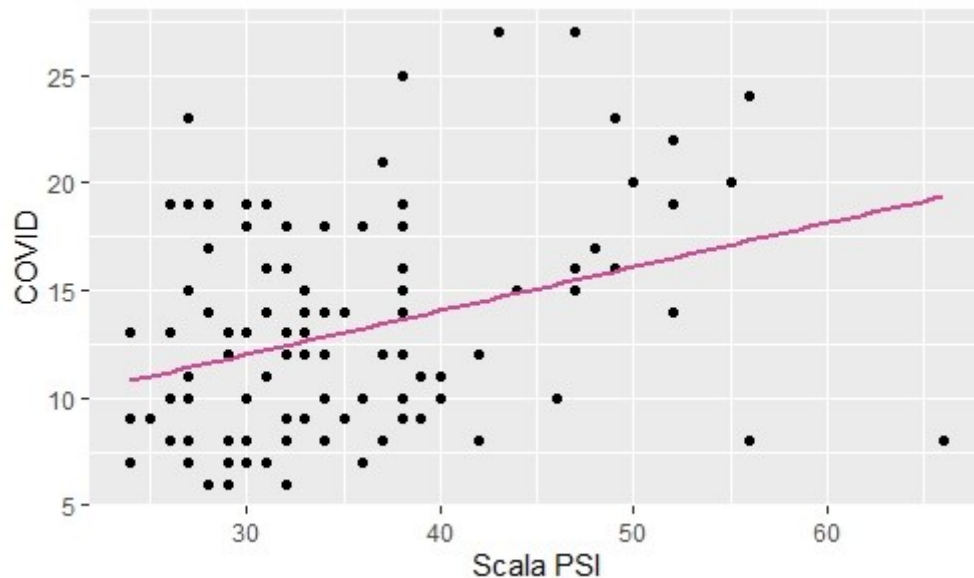


Grafico 4.14

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale relativo alle preoccupazioni genitoriali (Scala PSI) ed il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID).



Anche in quest'ultimi due grafici, è possibile osservare dall'inclinazione delle rette (positivamente inclinate), delle correlazioni positive.

4.1.3 Calcolo delle correlazioni parziali tra lo sviluppo del bambino, il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 ed il fattore 'età'

Per approfondire ulteriormente i risultati ottenuti nelle precedenti correlazioni, si è ritenuto opportuno calcolare nuovamente quest'ultime, 'ripulendole' dall'effetto dell'età dei bambini (costituenti il medesimo campione) utilizzando il metodo delle correlazioni parziali.

La correlazione parziale, concetto strettamente correlato alla correlazione, mostra che quando troviamo una correlazione tra due variabili, quest'ultima non implicherà necessariamente una causalità tra di loro. La correlazione parziale, inoltre, quantifica la correlazione tra due variabili quando la stessa viene ad essere condizionata da una o più variabili. Ciò significa che, quando c'è una correlazione tra due variabili, la correlazione potrebbe essere parzialmente spiegata da una terza variabile: il confondente (o la variabile di controllo), che nel medesimo caso è il fattore 'età'. Dopo aver rimosso questa parte, ciò che rimane è la correlazione parziale tra queste due variabili.²⁰

È stata, quindi, calcolata la correlazione tra

- i punteggi totali attribuiti dal genitore nelle cinque *sub-scale*; il punteggio globale di sviluppo del *DP-4* (PGS); il punteggio totale di salute del bambino (Scala CHIP); il punteggio totale delle preoccupazioni genitoriali (Scala PSI),
- ed il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID),

considerando l'influenza di una terza variabile, ovvero l'età dei bambini.

I risultati ottenuti sono visibili nella seguente Tabella 4.6.

²⁰ <https://towardsdatascience.com/clearly-explained-pearson-v-s-spearman-correlation-coefficient-ada2f473b8>

Tabella 4.6

Correlazioni parziali tra i punteggi totali attribuiti dal genitore nelle cinque sub-scale; il punteggio globale di sviluppo del DP-4 (PGS); il punteggio totale di salute del bambino (Scala CHIP); il punteggio totale delle preoccupazioni genitoriali (Scala PSI); il punteggio globale di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID) e l'età dei bambini.

Variabile (correlazione con COVID e con l'età dei bambini)	Correlazione parziale	p-value	Interpretazione
Scala Motoria	0.1	0.3	Non significativo
Scala Adattiva	-0.04	0.67	Non significativo
Scala Emotiva	0.08	0.42	Non significativo
Scala Cognitiva	0.21	< 0.05	Significativo, debole correlazione positiva
Scala Comunicativa	0.03	0.74	Non significativo
PGS	0.01	0.91	Non significativo
Scala CHIP	0.15	0.13	Non significativo
Scala PSI	0.28	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva

Note. PGS = Punteggio Globale di Sviluppo; Scala PSI = Questionario relativo alla salute del bambino; Scala PSI = Questionario relativo alle preoccupazioni genitoriali.

4.1.4 Calcolo della correlazione tra il livello di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 e l'età dei bambini in mesi

Infine, alla luce dei risultati precedentemente emersi nel calcolo delle correlazioni parziali, è stata calcolata la correlazione tra il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID) e l'età (in mesi) dei bambini. I risultati ottenuti sono visibili nella Tabella 4.7 e nel Grafico 4.15.

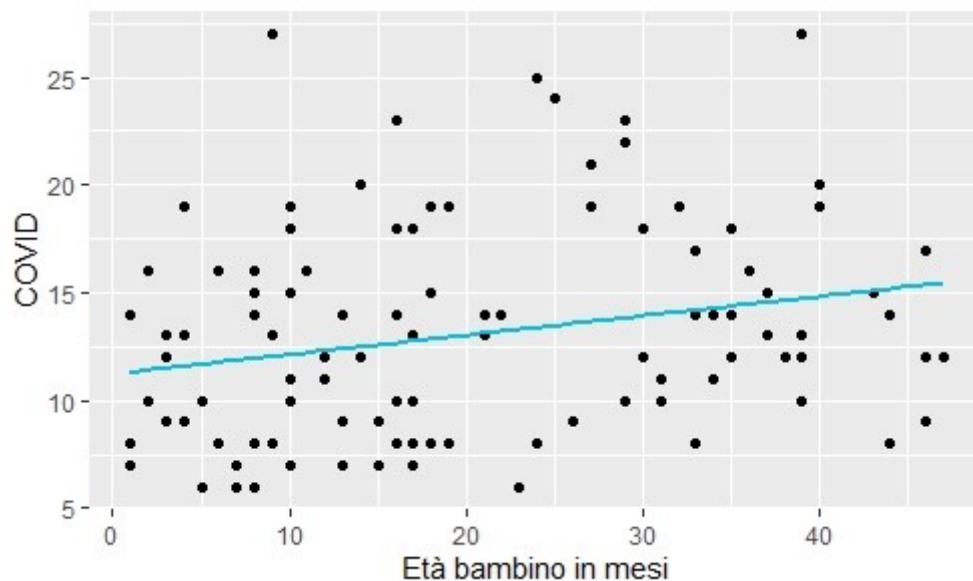
Tabella 4.7

Correlazione tra il punteggio globale di stress genitoriale connesso alla pandemia di COVID-19 (COVID) e l'età dei bambini in mesi.

Variabile (correlazione con COVID)	Correlazione	p-value	Interpretazione
Età dei bambini (in mesi)	0.28	< 0.01	Significativo, debole correlazione positiva

Grafico 4.15

Grafico a dispersione (o Scatterplot): Rappresentazione grafica della correlazione tra il punteggio totale di stress genitoriale connesso al COVID-19 (COVID) e l'età dei bambini, calcolata in mesi (Età bambino in mesi).



4.2 Analisi qualitativa dei risultati

In seguito, nella Tabella 4.8, viene riportata l'analisi qualitativa realizzata sulle risposte alla domanda aperta posta al genitore nel caso in cui avesse risposto in modo affermativo all'ultimo dei sei *item* volti ad indagare lo *stress* genitoriale connesso al COVID-19.

La domanda aperta era la seguente:

“Lei, quindi, ritiene che la situazione di emergenza sanitaria abbia avuto un impatto negativo

sullo sviluppo di suo/a figlio/a... in quale modo pensa possa essersi verificato tale impatto negativo?

Dei 106 bambini costituenti il campione, solamente 35 genitori ritengono che la pandemia di COVID-19 abbia avuto un impatto negativo sullo sviluppo dei loro bambini (il 33% del campione intero).²¹

La medesima domanda viene posta con lo scopo di comprendere più approfonditamente il punto di vista del genitore rispetto a come la pandemia possa avere avuto un impatto sullo sviluppo del figlio/a.

Grazie ad un'approfondita analisi delle risposte, sono state individuate delle macrocategorie tematiche riassuntive dei temi maggiormente riportati dai genitori, e quanto frequentemente, tali tematiche, sono state da essi menzionate; è stato, quindi, creato un elenco dei temi emersi maggiormente e a partire da quest'ultimi, sono state individuate alcune parole chiave che potessero rappresentarli al meglio. Tale lavoro permette di ottenere una fotografia dei pensieri, delle sensazioni e delle emozioni esperite dai genitori in questo difficile periodo.

Data la non eccessiva lunghezza delle risposte ottenute, non è stato necessario utilizzare alcun programma di analisi testuale.

Infine, a partire dal punteggio assegnato all'ultimo dei sei *item* (*Q6 = Ritengo che la situazione di emergenza sanitaria abbia avuto un impatto negativo sullo sviluppo di mio/a figlio/a*), è stato calcolato il punteggio medio dei valori attribuiti ad esso (secondo la Scala *Lickert* a cinque livelli, dove "Per niente"=1; "Poco"=2; "Abbastanza"=3; "Molto"=4; "Moltissimo"=5). Essendo quest'ultimo associato alla domanda aperta, è stato possibile ottenere un punteggio medio per ciascuno dei temi rilevati dalle risposte dei genitori.

²¹ Le 35 risposte sono visibili nell'Appendice dell'elaborato.

Tabella 4.8

Temi maggiormente riportati dai genitori rispetto al modo con cui la pandemia può aver impattato sullo sviluppo dei loro bambini.

Temi più ricorrenti	Fre- quenze	Grado di accordo²²	Frequenze relative a ciascun grado di accordo	Media punteggi attribuiti
1)Relazioni sociali con i pari fortemente limitate o del tutto impossibilitate, così come le uscite al di fuori della propria abitazione per prevenire even- tuali contagi	34	2 → 3 → 4 →	16 7 11	3,7
2)Sensazione di sicurezza perce- pita solo nella propria casa e con la propria famiglia (casa = porto sicuro dove tornare appena si esce)	2	2 →	2	2
3)Mancanza della possibilità di fare <i>sport</i>	1	3 →	1	3
4)Contatti fisici inaccessibili	2	3 →	2	3
5)Asilo con eccessive limita- zioni	2	3 → 4 →	1 1	3,5
6)Continua igienizzazione	3	3 → 4 →	2 1	3,33
7)Obbligo di vivere la “quotidia- nità pandemica” senza prima avere avuto l’opportunità di co- noscere la vera normalità pre- Covid	2	3 →	2	3

²² Grado di accordo esprimibile secondo la Scala *Lickert* a cinque livelli (“Per niente”=1; “Poco”=2; “Abba- stanza”=3; “Molto”=4; “Moltissimo”=5).

8)Mascherine	5	3 → 4 → 5 →	3 1 1	3,6
9)Nascere durante la pandemia, durante il primo <i>lockdown</i>	2	3 → 4 →	1 1	3,5
10)Limitate o mancate visite ai parenti	5	2 → 4 →	3 2	2,8
11)Restrizioni imposte dalle li- nee guida	4	2 → 3 → 4 →	1 1 2	3,25
12)Inaccessibilità alle attività e strutture dedicate per bambini	2	2 → 5 →	1 1	3,5
13)Sviluppo (o ritardo) del lin- guaggio (con eventuale consulta- zione di una psicologa)	5	2 → 3 → 4 → 5 →	1 1 1 2	3,5
14)Vivere sempre tra aperture- <i>lockdown</i> , fattore che ha creato confusione nei bambini	2	4 →	2	4
15)Crescere con l'idea che sia tutto sporco e contaminato	1	4 →	1	4
16)Relazioni limitate con altri adulti al di fuori dei genitori	1	2 →	1	2
17)Rinuncia dell'inserimento all'asilo	1	3 →	1	3
18)Ritardo nell'inserimento al nido per evitare i numerosi tam- poni	2	2 → 4 →	1 1	3
19)Dopo il parto, obbligo di ve- dere i genitori solo con la ma- scherina per 15 gg (e il papà sempre con la mascherina ma solo per 15 minuti al gg)	1	4 →	1	4

20)Essere prevenuti verso l'esterno; estrema paura dell'estraneo (dato che per i primi mesi hanno conosciuto solo i genitori)	2	2 → 3 →	1 1	2,5
21)Contrarre il Covid più volte ed evitare poi di uscire perché terrorizzati di riprenderlo	2	2 → 4 →	1 1	3
22)Crescere solo coi familiari più stretti per i primi mesi di vita (così come durante i periodi di <i>lockdown</i>)	4	2 → 3 → 4 →	2 1 1	2,75
23)Meno stimolazioni	2	4 →	2	4
24)Acquisizione di abilità in tempi più lunghi, dati i pochi stimoli	1	4 →	1	4
25)Meno occasioni di apprendimento, anche a causa del minor numero di contatti con i pari	3	2 → 3 → 4 →	1 1 1	3
26)Le madri hanno dovuto prendersi cura dei loro neonati, nati nel primo <i>lockdown</i> , esclusivamente da sole per diversi mesi	2	3 → 4 →	1 1	3,5
27)Essere figli unici	1	4 →	1	4

Una volta individuate le macrocategorie riassuntive di questi indici, appare evidente che l'ambito entro il quale i genitori rilevano un maggiore possibile impatto negativo sullo sviluppo del loro bambino/a, sia quello delle relazioni sociali, menzionato dal 97% del medesimo

sotto-campione.

Vi sono, poi, altri tre aspetti, riportati dai genitori, con ugual frequenza (29%), potenzialmente impattanti: l'utilizzo delle mascherine; i ritardi nello sviluppo del linguaggio; le mancate, o limitate, visite ai propri parenti.

Infine, il 23% dei genitori ha riportato i seguenti temi come dannosi per lo sviluppo dei loro bambini: le restrizioni imposte dalle linee guida; il dover crescere solo coi familiari più stretti per i primi mesi di vita.

CAPITOLO V

DISCUSSIONE

5.1 Discussione dei risultati ottenuti per mezzo dell'analisi quantitativa dei dati

L'obiettivo della seguente ricerca era studiare la relazione tra il livello di *stress* genitoriale, connesso alla pandemia di COVID-19, e lo sviluppo del bambino, di età compresa tra gli zero e tre anni (e 11 mesi).

In primo luogo è stata calcolata la correlazione tra l'indice di *stress* genitoriale connesso al COVID-19 e il punteggio ottenuto nelle cinque scale del *Developmental Profile 4*, così come il punteggio totale. Sono emerse correlazioni significative in tutti i domini, di intensità tra debole e moderata; sembra quindi che tanto più i genitori risultano stressati a causa della pandemia, tanto più i bambini ottengono un punteggio di sviluppo più elevato nei vari domini, in particolare in quello cognitivo.²³

Uguale procedimento è stato eseguito per calcolare la correlazione tra l'indice di *stress* genitoriale, connesso al COVID-19, ed il punteggio totale relativo alla salute del bambino e alle eventuali preoccupazioni genitoriali.

Entrambe le correlazioni risultano essere significative e positive, con una differenza: mentre la correlazione tra l'indice di *stress* genitoriale connesso al COVID-19, ed il punteggio totale relativo alla salute del bambino risulta significativa, ma con una correlazione positiva debole, la correlazione tra l'indice di *stress* genitoriale connesso al COVID-19 ed il punteggio totale relativo alle preoccupazioni del genitore risulta positiva e con una intensità moderata.

Risulta, quindi, che lo *stress* genitoriale esperito a causa del COVID-19 tende ad essere maggiore in genitori di bambini con maggiori sintomi psicosomatici. Inoltre, le preoccupazioni

²³ Tale risultato potrebbe portare a pensare che sono i genitori dei bambini più grandi ad essere più preoccupati per il COVID-19, ipotesi che verrà in seguito discussa.

connesse al COVID-19 sembrano essere maggiori nei genitori con maggiori livelli di *stress* generico.

Tuttavia, nel calcolo delle correlazioni totali non viene considerato il fattore 'età'; vi è, infatti, la possibilità che tanto più i bambini sono grandi, tanto più i genitori siano preoccupati per il COVID-19 (risultato emerso anche nello studio tedesco, discusso nel Capitolo II, di Dillmann, Sensoy e Schwarzer, pubblicato nel 2022); per dirimere questa questione ed ottenere dei risultati più 'puliti', è stata realizzata un'analisi correlazionale parziale dei dati, considerando come terza variabile il fattore 'età'. Con la medesima metodologia, viene considerata la correlazione tra le due variabili (lo sviluppo del bambino e lo *stress* genitoriale connesso alla pandemia), al netto dell'impatto dell'età.

Da quest'ultima, sono emersi risultati parzialmente differenti rispetto a quelli ottenuti precedentemente; sono state rilevate delle correlazioni significative e positive, di intensità debole, nel dominio (globale) cognitivo (Scala Cognitiva) e nella scala delle preoccupazioni generali esperite dai genitori (Scala PSI). Le correlazioni relative a tutti gli altri valori, invece, sono risultate essere non significative.

Quindi, rispetto ai risultati precedentemente emersi tramite il calcolo delle correlazioni totali, vengono riconfermati i seguenti due risultati:

- più il bambino ha un punteggio cognitivo elevato, più i genitori sono preoccupati per la pandemia;
- le preoccupazioni connesse al COVID-19 sembrano essere maggiori nei genitori con maggiori livelli di *stress* generico.

Ciò significa che le correlazioni precedenti erano in parte influenzate dal fattore 'età'.

Infine, alla luce dei risultati ottenuti con il calcolo delle correlazioni parziali, è stata calcolata la correlazione tra il punteggio globale di *stress* genitoriale connesso alla pandemia di

COVID-19 (COVID) e l'età (in mesi) dei bambini.

Quest'ultima correlazione risulta essere significativa e positiva, di intensità debole; ciò significa che, rispetto al *range* d'età in esame nel medesimo progetto di ricerca (0 - 3 anni e 11 mesi), all'aumentare dell'età del bambino, aumenta la preoccupazione per il COVID-19.

Tale risultato va a confermare ciò che è emerso nello studio di Dillmann, Sensoy e Schwarzer, del 2022, ovvero che i genitori di bambini più grandi esperiscono, durante la pandemia, un livello di *stress* superiore rispetto ai genitori di bambini di età inferiore.

Tuttavia, relativamente alla medesima analisi, i risultati emersi non concordano con quelli presenti in letteratura, i quali affermano, invece, che circostanze stressanti (come la pandemia, o banalmente convivere con dei genitori fortemente stressati) causano conseguenze significative nella salute mentale dei bambini piccoli, influenzando il loro sviluppo biologico, emotivo, sociale e cognitivo (Shorer & Leibovich, 2022), o almeno questo non sembra verificarsi in questi primi tre anni di vita dei bambini costituenti il medesimo campione.

Come precedentemente riportato, è un dato consolidato che lo *stress* genitoriale e lo sviluppo del bambino si influenzino reciprocamente: un maggiore *stress* nei genitori può comportare maggiori problematiche da parte del bambino, che a loro volta possono provocare un maggiore *stress* nei genitori. Tuttavia, nella medesima ricerca tale reciproca influenza non è stata rilevata in quanto non è stato possibile indagare direttamente lo *stress* esperito dai bambini stessi a causa della loro età, e le conseguenze dirette che tale *stress* potrebbe conseguentemente causare nel genitore.

La letteratura riporta, inoltre, come questo periodo di crisi, potenzialmente traumatico, può impattare negativamente sullo sviluppo dei bambini; dalla presente ricerca emerge, invece, un'evidenza contraria: più i genitori risultano stressati a causa del COVID-19, più i bambini sembrano essere sviluppati nel dominio cognitivo, area di sviluppo che secondo la letteratura dovrebbe invece risultare deteriorata. Una possibile spiegazione a questo potrebbe essere che i

genitori, se in possesso delle giuste strategie di *coping* (tra cui la capacità di adattarsi ai continui cambiamenti e di essere flessibili), possono essere un'importante fonte di protezione per i propri bambini (Dillmann, Sensoy & Schwarzer, 2022), che a loro volta potrebbero rispondere a tali richieste ambientali, sviluppando una maggiore resilienza e divenendo maggiormente competenti nei vari ambiti di sviluppo.

Non è, inoltre, stata rilevata la presenza di una correlazione negativa tra un maggiore livello di *stress* genitoriale ed i punteggi dei bambini relativi al comportamento socio-emotivo (risultato emerso dalla ricerca di Dillmann, Sensoy e Schwarzer, del 2022). Solitamente, infatti, in situazioni di forte *stress* i genitori possono faticare nella gestione delle proprie risposte emotive; a ciò consegue, un loro mancato supporto alle strategie di *coping* emotivo che il bambino propone (Shorer & Leibovich, 2022).

Per quanto riguarda la valutazione dello sviluppo motorio (effettuata nello studio di Oliva-Arnanz et al., 2021) dopo quest'emergenza pandemica sanitaria, tale area di sviluppo non appare compromessa, aspetto che emerge anche nel medesimo progetto di ricerca, il quale conferma questo risultato.

5.2 Discussione dei temi emersi grazie all'analisi qualitativa delle risposte alla domanda aperta

La possibilità di intervistare il genitore ha di certo favorito un dialogo più completo e dettagliato, ricco di informazioni utili ai fini di una migliore comprensione del bambino. Tale modalità ha permesso di aggiungere una domanda aperta (riportata nel Capitolo III) relativa alle modalità con cui, a loro avviso, l'epidemia da COVID-19 abbia influito sullo sviluppo del loro bambino. Grazie a questa domanda aperta, i genitori hanno trovato un'occasione per esprimere il proprio modo di vedere ciò che li circonda e la propria esperienza personale. Tale occasione è stata per loro anche un piccolo momento di sfogo.

Sebbene 71 genitori abbiano negato un possibile impatto negativo dovuto al COVID-19 sullo sviluppo dei loro bambini, 35 genitori (il 33% del campione totale) hanno invece sostenuto il contrario, esponendo la propria visione. 34 genitori su 35 hanno evidenziato come tale condizione pandemica abbia comportato un impatto nei propri figli nella sfera delle relazioni sociali con i pari, fenomeno che ha profondamente ridotto le occasioni di apprendimento. Tale aspetto è fortemente correlato con l'evitamento, da parte dei genitori stessi, di tutte le situazioni sociali e le uscite al di fuori della propria abitazione a causa della profonda paura di contrarre il *virus*; i genitori, spesso, hanno riferito di preferire di lasciare a casa i propri bambini, nei rari momenti in cui avevano la possibilità di uscire di casa (soprattutto durante la prima fase pandemica, in cui le restrizioni erano molto rigide), con il fine di proteggerli; trattandosi di bambini piccoli, dai zero ai tre anni, l'alta probabilità che mettessero qualsiasi cosa in bocca o che con le mani toccassero ovunque era un fattore di forte rischio e preoccupazione per i genitori. Da qui la scelta di privarli di molte esperienze; d'altro canto, questo rappresenta uno svantaggio nel loro processo di scoperta del mondo e rispetto le stimolazioni da loro recepiibili. Il dover evitare qualsiasi relazione sociale, per scelta o per obbligo in seguito a specifiche linee guida restrittive del governo, ha comportato il fatto che questi bambini nei primi mesi di vita, soprattutto se nati durante il primo *lockdown* (di Marzo 2020), abbiano conosciuto solo i familiari più stretti, ovvero i genitori ed eventuali fratelli; infatti, le visite ai parenti, anche più stretti come nonni o zii, sono state fortemente limitate.

A fronte di ciò, alcune madri, in particolare le donne alle prese con il primo figlio, hanno sottolineato l'estrema difficoltà nel doversi occupare 24 ore su 24 del proprio neonato, senza poter accedere ad alcuna fonte di aiuto, quale ad esempio i nonni o qualsiasi componente della propria rete sociale.

Conseguentemente, il crescere per molto tempo rinchiusi nella propria casa circondati da poche persone, ha portato diversi bambini a sentirsi al sicuro solo all'interno delle proprie mura

domestiche e con la propria famiglia; di conseguenza, essi si sentono prevenuti verso l'esterno e nel momento in cui si trovano a dover interagire con individui estranei, manifestano un'importante paura.

Un altro aspetto riportato è la continua igienizzazione, quasi ossessiva, praticata dai genitori nei confronti dei loro figli, sempre col fine di prevenire possibili contagi. Da ciò consegue la trasmissione, a questi bambini, di un messaggio implicito specifico, ovvero che ciò che li circonda sia tutto sporco e costantemente contaminato. Un altro dispiacere/preoccupazione dei genitori è relativa al fatto che questi bambini, essendo così piccoli, non abbiano avuto la possibilità di vivere quella che era la normalità pre-COVID-19, e, al contrario, stiano vivendo tale contesto pandemico ormai come una quotidianità ben consolidata.

Diversi genitori hanno poi riportato come secondo loro le mascherine impattino negativamente sullo sviluppo del bambino, in particolar modo nell'ambito del linguaggio, rispetto al quale hanno riportato diversi ritardi e difficoltà nell'acquisizione del linguaggio stesso.

È stato rilevato anche un maggior tempo necessario per l'acquisizione di semplici abilità di sviluppo, aspetto giustificato dalla minor disponibilità di stimolazioni a loro disposizione.

Per quanto concerne la sfera sociale, diversi genitori hanno preferito ritardare l'ingresso all'asilo nido per evitare di sottoporre i propri figli a continui tamponi antigenici.

D'altro canto, i genitori che hanno mandato i propri figli al nido si sono lamentati delle eccessive restrizioni interne, alle quali i loro bambini erano sottoposti.

Alcuni genitori hanno riportato la loro preoccupazione per l'impossibilità di poter far praticare ai propri figli delle attività sportive, essendo state all'epoca bloccate, così come l'inaccessibilità a diverse strutture dedicate ai bambini. Anche la mancanza di contatto fisico è risultata ai loro occhi motivo reale di preoccupazione per lo sviluppo dei loro bambini.

Infine, contrarre il COVID-19 più volte ha aumentato la paura dei genitori e ciò ha comportato la messa in atto di alcune misure di auto-isolamento, per prevenire che tale esperienza si

potesse ripetersi in futuro.

Alcune di queste preoccupazioni espresse dai genitori, confermano molti dei fattori che la letteratura ha riconosciuto come responsabili dell'aumento dello *stress* genitoriale esperito durante la pandemia di COVID-19, quali in primo luogo il distanziamento sociale obbligatorio ed un supporto sociale conseguentemente limitato; l'isolamento all'interno delle proprie abitazioni e la chiusura degli asili nidi (Kandula & Wake, 2022).

5.3 Conclusioni

In conclusione, tornando alla domanda di ricerca del medesimo elaborato, volta ad indagare se l'emergenza sanitaria legata alla pandemia di COVID-19, e lo *stress* genitoriale che ne consegue, sia o meno in relazione con lo sviluppo del bambino nei primi tre anni (e 11 mesi) di vita, è possibile constatare che:

- Da un punto di vista quantitativo, è presente una relazione significativa, di intensità debole, tra lo *stress* esperito dai genitori e lo sviluppo del bambino nell'ambito del dominio cognitivo; inoltre, dai risultati emerge che sembrano più stressati per la pandemia, i genitori che esperiscono un maggiore *stress* a livello generale.

Infine, risultano essere più stressati i genitori di bambini aventi un'età maggiore.

- Da un punto di vista qualitativo (per mezzo della raccolta delle opinioni genitoriali), il 33% dei genitori ritiene che il COVID-19 abbia impattato negativamente sullo sviluppo dei loro bambini; i temi principali emersi riguardano la sfera sociale-relazionale dei propri figli; l'evitamento di tutte le situazioni sociali non strettamente necessarie e delle uscite *extra* al di fuori della propria abitazione, ai fini di evitare un possibile contagio; l'utilizzo delle mascherine; le conseguenze che esse comportano nello sviluppo del linguaggio; le mancate, o limitate, visite ai propri parenti, esperienza strettamente connessa alla condizione (in molti momenti

obbligata) nella quale questi bambini son dovuti crescere (ovvero esclusivamente coi familiari più stretti per i primi mesi di vita a causa delle frequenti e ripetute restrizioni imposte dalle linee guida); la continua igienizzazione e l'idea conseguente che sia tutto sporco e contaminato; un numero ridotto di occasioni di apprendimento (a causa della minore possibilità di incontrarsi con i propri pari).

5.4 Limiti e punti di forza della ricerca

Un primo punto di forza della presente ricerca è senza dubbio la modalità di intervista, in quanto essa permette di creare un più ampio colloquio clinico e di raccogliere un maggior numero di informazioni; inoltre, consente di ripetere le domande, e nel caso chiarificarle, qualora l'intervistato non le avesse comprese a pieno.

Infine, l'attendibilità delle risposte è in tal modo sottoposta ad una continua verifica.

D'altro canto, richiede un tempo di somministrazione a primo impatto molto oneroso agli occhi dei genitori; infatti, la ricerca dei partecipanti è stata tutt'altro che semplice. Moltissimi genitori hanno rifiutato di partecipare proprio a causa della mancanza di tempo a disposizione. Lo stesso comportamento è stato tenuto da diversi degli asili contattati, i quali si son fatti porta-voce dei genitori e hanno negato di fornire il loro aiuto nella ricerca di partecipanti proprio a causa della durata dell'intervista, ritenuta da quest'ultimi eccessiva.

Anche il contesto pandemico non è stato d'aiuto; non è stato possibile svolgere l'intervista come in origine si era ipotizzato, ovvero in presenza. Infatti, per prevenire eventuali possibili contagi data la situazione pandemica, solo 10 genitori hanno scelto di svolgere l'intervista in presenza; il resto del campione ha preferito la modalità *online*, che in diverse occasioni è stata disturbata da problemi di connessione e rete.

Un altro punto a sfavore dell'intervista utilizzata, riguarda il fatto che essa sia uno strumento di valutazione indiretta dello sviluppo; questo comporta la possibilità che il *caregiver* che

fornisce le informazioni inerenti il bambino, potrebbe non essere sempre affidabile nelle valutazioni che riferisce. Inoltre, le sue risposte potrebbero essere guidate da uno scopo, come ad esempio la desiderabilità sociale. Tuttavia, grazie alle sue valutazioni, otteniamo informazioni rispetto a ciò che il bambino mette in atto nella quotidianità.

Altro aspetto svantaggioso, è sicuramente la numerosità del campione, abbastanza esigua.

5.5 Possibili sviluppi futuri

Partendo da uno degli aspetti enunciati nel precedente paragrafo 5.4, ovvero che nel presente studio è stata utilizzata un'intervista che valuta in modo indiretto lo sviluppo del bambino, un possibile sviluppo futuro di tale progetto potrebbe innanzitutto prevedere una raccolta di informazioni che preveda l'utilizzo sia di una valutazione diretta del bambino, che indiretta; questo, in futuro, permetterebbe di approfondire, una volta che il bambino avrà sviluppato un buon linguaggio e una buona capacità di parlare di sé e delle proprie emozioni, lo *stress* esperito dal bambino stesso a causa della pandemia e come tale fattore possa a sua volta influenzare lo *stress* genitoriale.

Inoltre, sarebbe utile raccogliere non solo il punto di vista del *caregiver*, ma bensì anche quello di insegnanti e clinici.

Sarebbe poi ottimale avere un campione maggiormente numeroso, ai fini di ottenere risultati maggiormente attendibili. Inoltre, sarebbe interessante approfondire le motivazioni sottostanti le correlazioni ottenute e la causalità di tali correlazioni positive emerse, al fine di comprendere meglio tale fenomeno.

Infine, potrebbe essere interessante analizzare la questione inerente la frequentazione o meno all'asilo nido (o al primo anno della scuola dell'Infanzia): tale aspetto potrebbe fungere da fattore di protezione rispetto alle deprivazioni concerni gli stimoli sociali che la pandemia ha

imposto ai bambini.

5.6 Implicazioni operative

Questo studio sottolinea l'importanza di occuparsi di questa fascia d'età estremamente importante ai fini di intraprendere delle traiettorie di sviluppo tipiche, in particolar modo in un periodo storico così delicato. Infatti, la medesima ricerca suggerisce che dovrebbe essere rivolto maggior sostegno ai bambini, così come alle loro famiglie, con lo scopo di promuovere un maggior benessere familiare durante la pandemia di COVID-19. È importante fornire strategie e risorse a chi ne ha bisogno, in particolare ai genitori, per sostenere i bambini in questo momento difficile.

Altrettanto fondamentale, sarebbe compensare le mancate stimolazioni ricevute dai bambini durante questi tre anni di pandemia, in particolar modo nella sfera sociale – relazionale, che è risultata essere l'area di maggior preoccupazione per i genitori di questi bambini.

Sicuramente ascoltare e prendere seriamente in considerazione ciò che i genitori hanno riferito (e ciò che è emerso dall'analisi quantitativa) è un buon punto di partenza per comprendere come organizzare un buon piano di aiuto nei loro confronti.

BIBLIOGRAFIA

Adams, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J., & Bean, M. K. (2021). Parents are stressed! Patterns of parent stress across COVID-19. *Frontiers in psychiatry, 12*, 626456.

*Adolph, K. E., & Joh, A. S. (2009). Multiple learning mechanisms in the development of action. *Learning and the infant mind*, 172-207.

Adolph, K. E., & Robinson, S. R. (2015). Motor development. In L. S. Liben, U. Müller, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Cognitive processes* (pp. 113–157). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy204>

Alpern, G. D. (2020). *Developmental Profile 4 (DP-4): Manual*. Stati Uniti: Western Psychological Services.

Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K., & Molina, Y. (2016). Validity and reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) applied to a Chilean sample. *Journal of child and family studies, 25*(12), 3554-3564.

Babakr, Z., Mohamedamin, P., & Kakamad, K. (2019). Piaget's cognitive developmental

theory: Critical review. *Education Quarterly Reviews*, 2(3).

*Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 83–96.

Bonichini, S., & Tremolada, M. (2021). Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4385.

*Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*, 1, 793-828.

Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic stress in children and adolescents. *Advances in pediatrics*, 63(1), 403-428.

Cantelmi, T., Lambiase, E., Pensavalli, M., Laselva, P., & Cecchetti, S. (2020). COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale. *Modelli della mente-Open Access*.

*Cohen, J. (1988). 1988: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.

Dillmann, J., Sensoy, O., & Schwarzer, G. (2022). Parental perceived stress and its consequences on early social-emotional child development during COVID-19 pandemic. *Journal of Early Childhood Research*, 1476718X221083423.

Fasolo, M., & D'Odorico, L. (2005). La funzione comunicativa del gesto di indicare: un confronto tra bambini Parlatori Tardivi e bambini nella norma. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 72, 93-100.

*Fasolo, M., D'Odorico, L. (2002), Comunicazione gestuale nei bambini con sviluppo del linguaggio rallentato: Una ricerca longitudinale, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 6: 119-138.

*Gavazzi, I. G. (2009). *Psicologia dello sviluppo emotivo*. Il mulino.

*Gibson, J. (1979) *The ecological approach to visual perception*, Houghton Mifflin, Boston.

Gómez-Ortiz, O., Rubio, A., Roldán-Barríos, A., Ridao, P., & López-Verdugo, E. I. (2022). Parental stress and life satisfaction: A comparative study of social services users and nonusers from a gender perspective. *Journal of Community Psychology*.

*Governo (2020). Governo italiano: misure per fronteggiare il Coronavirus Covid 19. Estratto da: <http://www.governo.it/it/coronavirus>.

Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(4), 331.

Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual review of psychology*, *60*, 1.

Jewett, J., & Peterson, K. (2002). *Stress and young children*. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.

Kandula, U. R., & Wake, A. D. (2022). Magnitude and factors affecting parental stress and effective stress management strategies among family members during COVID-19. *Psychology Research and Behavior Management*, *15*, 83.

Kemeny, M. E. (2003). The psychobiology of stress. *Current directions in psychological science*, *12*(4), 124-129

Kuhl, P. K. (2007). Is speech learning 'gated' by the social brain? *Developmental science*,

10(1), 110-120.

Lai, J., Pham, P. T., Bate, J., Prout, T. A., Carollo, A., Setoh, P., ... & Borelli, J. L. (2022). Being a Parent during COVID-19: Risk for Psychological Distress in the United States and Italy. *Social Sciences, 11*(4), 173.

*Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. New York, 1984.

*Lewis, M. (2008). The emergence of human emotions. In M. Lewis, J. M. Haviland Jones, & L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed.). New York: Guilford.

Lucassen, N., de Haan, A. D., Helmerhorst, K. O., & Keizer, R. (2021). Interrelated changes in parental stress, parenting, and coparenting across the onset of the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Psychology*.

*Masarik A. S., Conger R. D. (2017). Stress and child development: A review of the family stress model. *Current Opinion in Psychology, 13*, 85–90.

*Mowder, B. A. (2005). Parent development theory: Understanding parents, parenting perceptions, and parenting behaviors. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology, 1*, 45–64.

Oliva-Arnanz, A., Romay-Barrero, H., Romero-Galisteo, R. P., Pinero-Pinto, E., Lirio-Romero, C., & Palomo-Carrión, R. (2021). Families' Perceptions of the Motor Development and Quality of Life of Their Children Aged 0–3 Years during Home Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. A Descriptive Study. *Children*, 8(12), 1149.

Oppermann, E., Cohen, F., Wolf, K., Burghardt, L., & Anders, Y. (2021). Changes in parents' home learning activities with their children during the COVID-19 lockdown—The role of parental stress, parents' self-efficacy and social support. *Frontiers in psychology*, 12.

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 2986.

Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., & Mamon, L. Y. (2020). Psychological and social impact of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 468.

Pastore, M. (2015). Analisi dei dati in psicologia. *Il mulino*.

Respler-Herman, M., Mowder, B. A., Yasik, A. E., & Shamah, R. (2012). Parenting beliefs, parental stress, and social support relationships. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 190-198.

Riley, A. W., Forrest, C. B., Rebok, G. W., Starfield, B., Green, B. F., Robertson, J. A., &

Friello, P. (2004). The child report form of the CHIP-child edition: reliability and validity. *Medical care*, 221-231.

*Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford press.

*Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional development: Action, communication, and understanding.

Santrock, J. W., & Rollo, D. (2017). *Psicologia dello sviluppo*. McGraw-Hill Education.

Scrimin, S., Mastromatteo, L. Y., Hovnanyan, A., Zagni, B., Rubaltelli, E., & Pozzoli, T. (2022). Effects of Socioeconomic Status, Parental Stress, and Family Support on Children's Physical and Emotional Health During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Child and Family Studies*, 31(8), 2215-2228.

Selye, H. (1956). What is stress. *Metabolismo*, 5(5), 525-530.

Shorer, M., & Leibovich, L. (2022). Young children's emotional stress reactions during the COVID-19 outbreak and their associations with parental emotion regulation and parental playfulness. *Early Child Development and Care*, 192(6), 861-871.

Sonino, N., Soldani, L., Rafanelli, C., & Fava, G. A. (1998). Validazione di un nuovo indice clinico per la valutazione dello stress in ambito medico. *Medicina Psicosomatica*, *43*, 33-43.

*Spelke, E. S., & Newport, E. L. (1998). Nativism, empiricism, and the development of knowledge.

Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*, *11*, 1713.

Spinelli, M., Lionetti, F., Setti, A., & Fasolo, M. (2021). Parenting stress during the COVID-19 outbreak: Socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Family process*, *60*(2), 639-653.

Tamburlini, G. (2015). Lettura condivisa in famiglia e sviluppo del cervello nel bambino. *Medico e bambino*, *34*(8), 505-10.

Thelen, E. (2000). Motor development as foundation and future of developmental psychology. *International journal of behavioral development*, *24*(4), 385-397.

*Thompson, R. A. (2010). Feeling and understanding through the prism of relationships.

Tortella, P., Tessaro, F., & Fumagalli, G. F. (2012). Prospettiva ecologica: importanza di ambiente e contesto nello sviluppo motorio dei bambini. *Atti del Nono Convegno Annuale dell'Associazione Italiana di Scienze Cognitive (AISC)*, 213-218.

Tortorella, G., Gagliano, A., & Germanò, E. (2012). Le principali tappe dello sviluppo psicomotorio.

*Zegans, L. (1982). Stress and the development of somatic disorders. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 134-152). New York: Free Press.

* Articoli non direttamente consultati.

SITOGRAFIA

Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman. Agosto 3, 2021. In *Wikipedia*. Consultato in Agosto 27, 2022 da https://it.wikipedia.org/wiki/Coefficiente_di_correlazione_per_ranghi_di_Spearman.

<https://towardsdatascience.com/clearly-explained-pearson-v-s-spearman-correlation-coefficient-ada2f473b8>

APPENDICE

- 1) Ritengo che la situazione di emergenza sanitaria abbia impattato negativamente sullo sviluppo di mia figlia dal punto di vista delle relazioni.
- 2) Se penso a suo fratello maggiore, è figlio del mondo, è curioso. Invece lei (la bambina oggetto dell'intervista) cerca sempre di tornare a casa perché essendo sempre stata dentro si sente sicura solo qui.
- 3) Ha impattato negativamente per il fatto che gli *sport* non sono stati più accessibili, è stato chiuso il loro mondo di contatti fisici; ci son state enormi limitazioni nei rapporti coi coetanei; li mando all'asilo per formarsi il carattere ma se gli privi di giocare, abbracciarsi, questo ha un impatto negativo.
- 4) A causa di tutto l'aspetto della continua igienizzazione, per il fatto di vivere questa quotidianità senza aver prima potuto conoscere quella che una volta era la normalità. Poi anche le mascherine hanno influito molto negativamente.
- 5) Aveva cinque mesi e mezzo quando siamo entrati in pandemia. Non ha avuto bambini con cui giocare. Secondo me ha tanto influito in lei e in questi "figli della pandemia". Ha tanto bisogno degli altri bambini, gli corre incontro anche se non li conosce. Lei è comunque sveglia e intelligente.
- 6) Per la mancanza di relazioni; poi per gli ulteriori evitamenti rispetto alle relazioni sociali per la nostra paura di contagiarci.
- 7) Nell'ambito delle relazioni.
- 8) Non è stata in contatto con i suoi pari e questo secondo me ha limitato il suo sviluppo.

- 9) Nella sfera relazionale.
- 10) Sulle relazioni con i pari e per non averla potuta portare nelle strutture dedicate o comunque anche a vedere i parenti. Anche sulla crescita del linguaggio ha di certo influito.
- 11) Per la mancanza di relazioni, essendo poi anche figlio unico gli son mancate completamente le opportunità di relazionarsi con i pari.
- 12) Soprattutto nel linguaggio. Non ha avuto proprio le possibilità, ha sempre vissuto nell'alternanza di chiusure-aperture-*lockdown*; non l'ho mai portato ad esempio al supermercato perché essendo così piccolino ha sempre le mani in bocca ed impazzivo per la paura che potesse toccare in giro, essendo tutto "sporco e potenzialmente contaminato", ripetendoglielo continuamente in quelle poche volte che lo portavo, perciò preferivo lasciarlo a casa per proteggerlo maggiormente. Inizio ora a portarlo un po' con me ma comunque mi dispiace sia cresciuto con l'idea che sia sempre tutto "sporco" in giro e che non abbia conosciuto la normalità.
- 13) Per le relazioni con i pari, ma anche con estranei al di fuori di noi genitori; nel primo anno di vita faticavamo a fargli vedere persino i nonni o altri parenti più stretti a causa delle restrizioni.
- 14) Per la mancanza di contatto coi pari. Non la portavo in giro per paura che prendesse il COVID, al parco stavo sempre attenta ad igienizzarle le mani di continuo per paura di contrarre il *virus*. Abbiamo aspettato ad inserirla al nido, andrà a settembre perché i bimbi son sempre ammalati e avremmo dovuto farle tanti tamponi. Poi il fatto della mascherina.. poi non ha visto i nonni per molto tempo. Noi solo con la mascherina per i primi 15 giorni e papà solo 15 minuti al giorno.

- 15) A livello di relazione; la relazione con l'estraneo si è un po' bloccata. Ha ricevuto sicurezza solo dalla famiglia; è prevenuto verso il fuori.
- 16) È un po' indietro con la parola. Ultimamente è migliorato ma alcune parole ancora non si capiscono. La mascherina ha influito tantissimo, è andato anche dalla psicologa per confrontarsi su questo.
- 17) Ha perso attività che lo stimolavano alla relazione (tipo i gruppi mamme) per il COVID.
- 18) È nato un mese prima del *lockdown*. I primi tre mesi di vita siamo stati rinchiusi io e lui. Abbiamo preso il Covid due volte. Ha impattato nella sua sfera sociale. Poi ha cominciato ad andare all'asilo ma con tutte le restrizioni. Non aveva uscite *extra* a parte l'asilo. Gli ambiti sociali familiari sono stati molto ridotti.
- 19) Nella sfera relazionale con gli altri in generale.
- 20) Nell'impossibilità di relazionarsi con i pari; all'inizio, tra l'altro, è cresciuta solo con i familiari più stretti.
- 21) Soprattutto nel sociale, nella possibilità di relazionarsi con i pari; ad esempio, ho evitato di mandarlo prima al nido (partirà a Maggio) dove avrebbe potuto rinforzare la sfera sociale con i pari perché sapevo che ogni due giorni avrei dovuto tenerlo a casa per casi di Covid e fargli continui tamponi.
- 22) Nelle esperienze esterne con la famiglia, gite, ristoranti; trovarsi con amici e familiari.
- 23) Non andando all'asilo ha perso molte occasioni di imparare grazie ai pari. Ad oggi, con la "normalità" si è "svegliata" su molte cose.

- 24) In particolar modo nella relazione con gli altri, poi anche nella scoperta del mondo perché per paura del Covid non siamo mai usciti, o comunque se uscivamo lo limitavo (ad esempio, “se voleva salire sullo scivolo, stavo meglio se non lo faceva”).
- 25) Per l’aver avuto meno stimolazioni, periodi molto lunghi in cui vedeva solo me e il papà; poi era moltissimo confusa dalle continue aperture e chiusure, non riusciva a capire. Ogni volta che una qualsiasi persona estranea entrava in casa, piangeva tantissimo quando era ora di salutarla perché voleva stare in compagnia ma non si poteva. Dati i pochi stimoli ha appreso a livello generale tante abilità in tempi molto lunghi.
- 26) Per l’aver avuto meno stimolazioni.
- 27) Per il fatto di aver meno occasioni di confronto con i pari e quindi meno occasioni di apprendimento.
- 28) Per evitare contatti, evito di fargli incontrare altri bambini, soprattutto se vanno all’asilo. Per il Covid cerchiamo di mantenere solo i contatti necessari.
- 29) A livello sociale.
- 30) Sono ancora un po’ terrorizzata perché lo abbiamo preso due volte, usciamo poco.
- 31) A causa di tutto l’aspetto della continua igienizzazione, per il fatto di vivere questa quotidianità senza aver prima avuto potuto conoscere quella che una volta era la normalità. Poi anche le mascherine hanno influito molto negativamente.
- 32) Soprattutto nella sfera relazionale, nel relazionarsi fisicamente con gli altri bambini, il non poter uscire.
- 33) Nella sfera sociale.

34) Alla sua nascita è seguito il primo *lockdown* totale; in quel periodo non è stato semplice per me, come mamma, prendermi cura tutto il giorno, da sola, di lei, per tre mesi, perché comunque il marito lavorava tutto il giorno e la vedeva solo la sera. Non ho potuto ricevere aiuto da nessuno. Questo l'ho visto riflesso in mia figlia, che poteva vedere solo me; infatti, la prima volta che siamo potuti uscire e ha visto altre persone ha pianto tutto il tempo. Quindi credo che tutto questo abbia inciso negativamente sul suo *incipit* iniziale. Ad oggi, il fatto che all'asilo non possa vedere il viso delle maestre per le mascherine e perdere così il labiale, è un fattore di disturbo per lei secondo me, poi non vedere il labiale impatta negativamente sullo sviluppo del linguaggio; le si toglie una parte importante. Per tutto questo, ho visto dei riflessi negativi su mia figlia.

35) Nella sfera sociale.

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo progetto di tesi vorrei ringraziare tutti i genitori che hanno aderito alla ricerca; sono stati molto cortesi, gentili e disponibili.

Ringrazio di cuore la Prof.ssa Silvia Lanfranchi per avermi dato l'opportunità di partecipare a questo grande progetto e per avermi seguito e sostenuto con molta gentilezza nella scrittura della tesi in quest'ultimi mesi del mio percorso universitario.

Ringrazio anche la Dott.ssa Francesca Pulina per l'aiuto ricevuto ed il sostegno offertomi.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia, in particolare i miei genitori, Claudio e Cinzia, e i miei fratelli, Denis e Alex, per avermi accompagnato in questi cinque anni universitari e per avermi sostenuto in ogni mio istante di difficoltà; senza di voi non ce l'avrei mai fatta.

Vi amo tantissimo.

Ringrazio i miei nonni, Lucia e Giovanni, per avermi sempre spronato a continuare senza nutrire alcun dubbio rispetto alle mie capacità; piangere e ridere con voi è ed è stato un grandissimo onore e piacere.

Ringrazio tutti i miei parenti, la mia grande famiglia; in particolare, un pensiero speciale va a mia zia Claudia, la migliore madrina che potesse capitarmi in questa vita, e a mia cugina Serena, una sorella acquisita.

Ringrazio di cuore Steven e Cristian, non c'è stato un'istante in cui non vi abbia sentiti al mio fianco.

Infine, vorrei ringraziare te, Nonno Giova, per essere stato così fiero di me dopo la prima laurea ottenuta e festeggiata insieme e per aver sempre creduto in me, più di quanto non abbia fatto io. So che da lassù, in quest'ultimo anno, sei sempre stato al mio fianco.

Ti voglio un'infinità di bene.

