

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

CORSO DI LAUREA IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA'

DELL'ETA' EVOLUTIVA

Presidente: Prof.ssa Silvia Carraro

Tesi di Laurea

IL SONNO DEL BAMBINO:

ANALISI ED INTERVENTO DI SUPPORTO FAMILIARE

Relatrice: Prof.ssa Michela Gatta

Correlatrice: Dott.ssa Beatrice Stocco

Laureanda: Sofia Battistel

Matricola: 2051780

Anno accademico: 2023 - 2024

INDICE

SOMMARIO.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUZIONE.....	5

Prima parte: Riferimenti teorici

CAPITOLO 1: IL SONNO.....	9
1.1 Il sonno durante la gestazione.....	11
1.1.1 Il sonno fetale.....	11
1.1.2 Fattori materni che influenzano i ritmi circadiani del feto.....	12
1.2 Il sonno post-natale.....	14
1.2.1 Cambiamenti qualitativi e quantitativi del sonno nello sviluppo del bambino.....	14
1.2.2 Fattori personali ed ambientali che influenzano il sonno infantile.....	17
1.2.3 L'importanza del sonno per lo sviluppo infantile.....	19
1.2.4 Relazioni tra sviluppo motorio del bambino e cambiamenti nel sonno....	20
1.2.5 I disturbi del sonno nell'infanzia.....	22
CAPITOLO 2: IL SONNO E LA FAMIGLIA.....	25
2.1 Influenze della relazione di attaccamento sul sonno del bambino.....	27
2.2 L'impatto di un sonno disturbato nel bambino.....	29
2.3 L'impatto del sonno del bambino sul benessere familiare.....	31
CAPITOLO 3: GLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL SONNO INFANTILE ED IL RUOLO DEL <i>COUNSELING</i>.....	37
3.1 Metodi per la gestione del sonno.....	39
3.1.1 Approcci di addestramento al sonno.....	39
3.1.2 Approcci di partecipazione attiva del bambino.....	43
3.1.3 Approcci basati sulle cure prossimali.....	44
3.2 Il <i>counseling</i>	46
3.2.1 Strutturazione di un colloquio di <i>counseling</i>	47
3.2.2 Servizio di <i>counseling</i> sullo sviluppo del bambino.....	48

Seconda parte: Contributo clinico

CAPITOLO 4: STRUMENTI E METODI	53
4.1 Metodologia di lavoro.....	55
4.2 Strumenti della fase T ₀	56
4.2.1 Questionario di indagine del bisogno.....	56
4.3 Strumenti della fase T ₁	57
4.3.1 Opuscolo informativo-preventivo sul sonno.....	57
4.3.2 Servizio di <i>counseling</i>	71
4.3.2.1 Brochure di presentazione del servizio di <i>counseling</i>	71
4.3.2.2 Scheda di valutazione del sonno del bambino.....	71
CAPITOLO 5: PROGETTO DI COUNSELING SUL SONNO INFANTILE	75
5.1 Il servizio di <i>counseling</i> “ <i>Sogni d’oro, piccolo sognatore</i> ”.....	77
5.2 L’ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo ed il servizio di <i>counseling</i> sul sonno: la condivisione dei principi.....	78
5.3 Il ruolo del TNPEE nell’ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo e nel servizio di <i>counseling</i> sul sonno.....	80
5.4 Selezione del campione.....	84
5.5 Casi clinici.....	85
5.5.1 Caso clinico C.....	85
5.5.2 Caso clinico R.....	90
5.5.3 Caso clinico T.....	95
5.5.4 Caso clinico N.....	102
CAPITOLO 6: RISULTATI E DISCUSSIONI	109
6.1 Fase T ₀	111
6.1.1 Risultati e discussione dei dati del questionario.....	111
6.1.2 Studio di correlazione tra il problema di sonno del bambino e le variabili del questionario.....	113
6.2 Fase T ₁ e T ₂	131
CONCLUSIONI	135
SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA	137
ALLEGATI	147

SOMMARIO

Introduzione: A seguito di una revisione approfondita della letteratura sul sonno infantile e della somministrazione di un questionario volti ad indagare il sonno del bambino, il suo impatto sulla famiglia e le risorse disponibili per la sua gestione, è stata evidenziata la necessità di intervento.

Obiettivo: Il progetto di tesi ha l'obiettivo di analizzare il sonno del bambino ed offrire supporto, conoscenze validate e strategie pratiche ai *caregiver* con finalità di prevenzione e di promozione di un maggiore benessere familiare.

Materiali e metodi: Il progetto di ricerca è strutturato in tre fasi distinte, ognuna con obiettivi e metodologie specifiche:

Fase T₀: Analisi del bisogno: In questa fase è stato somministrato un questionario ad un campione di 143 genitori di bambini di età compresa tra 0 e 3 anni per definire la necessità di intervento sul sonno del bambino.

Fase T₁: Attuazione del progetto: Questa fase prevede la diffusione di un protocollo educativo - preventivo sul sonno e l'avvio di un servizio di *counseling*, caratterizzato da un approccio individualizzato e flessibile.

Fase T₂: Riscontro dei genitori: Durante questa fase sono stati raccolti i *feedback* dai genitori partecipanti al servizio di *counseling*.

Discussione: L'analisi dei dati raccolti durante la fase T₀ ha evidenziato la necessità di intervento per la gestione del sonno infantile ed il supporto alle famiglie. L'implementazione del protocollo educativo - preventivo e del servizio di *counseling* ha fornito ai genitori supporto, maggiori risorse per una migliore comprensione del sonno e strategie di gestione di questo bisogno.

Conclusioni: I risultati di questo studio sottolineano l'importanza di un intervento per la gestione del sonno infantile ed evidenziano l'efficacia del servizio implementato sul miglioramento del benessere familiare.

ABSTRACT

Introduction: Following a comprehensive review of the literature on infant sleep and the administration of a questionnaire aimed at investigating child's sleep, its impact on the family, and the resources available for its management, the need for intervention has been highlighted.

Aim: This thesis aims to analyze children's sleep and offer support, validated knowledge, and practical strategies focused on prevention and the promotion of greater family well-being.

Materials and Methods: The research project is structured into three distinct phases, each with specific objectives and methodologies:

Phase T₀: Need analysis: In this phase, a questionnaire was administered to a sample of 143 parents of children aged 0 to 3 years to assess the need for intervention regarding children's sleep.

Phase T₁: Project implementation: This phase involves the dissemination of an educational-preventive protocol on sleep and the initiation of a sleep counseling service characterized by a personalized and flexible approach.

Phase T₂: Parent feedback: During this phase, feedback from parents on the service offered was collected.

Discussion: The analysis of the data collected during phase *T₀* has underscored the need for targeted intervention in managing infant sleep and supporting families. The creation of the educational-preventive protocol and the counseling service has provided parents with support, resources for greater comprehension about sleep and practical tools to address sleep needs.

Conclusion: The findings of this study emphasize the importance of intervention in managing infant sleep and highlight the effectiveness of the implemented service on improving family well-being.

INTRODUZIONE

Il sonno rappresenta un processo fisiologico cruciale per lo sviluppo del bambino ed ha un impatto significativo sulla sua famiglia. La gestione del sonno infantile rappresenta una sfida significativa per molti genitori. In risposta alle principali perplessità e problematiche riscontrate dalle famiglie riguardo al sonno dei bambini, sono stati sviluppati un opuscolo informativo-preventivo ed un servizio di *counseling* personalizzato, volti ad offrire supporto, informazioni validate e strategie di *coping*, con l'obiettivo di prevenzione, di miglioramento del sonno dei bambini e del benessere complessivo delle famiglie.

Lo studio è articolato in sei capitoli.

Il primo capitolo analizza il sonno nei periodi prenatale e postnatale dei primi anni di vita ed introduce il tema dei disturbi del sonno nell'infanzia.

Il secondo capitolo considera il sonno infantile in relazione al contesto familiare. In particolare, si approfondisce l'influenza della relazione di attaccamento sulla qualità di sonno del bambino. Successivamente, si analizzano le conseguenze di un sonno disturbato sullo sviluppo e sul benessere psicofisico del bambino. Infine, viene esaminato l'impatto che le problematiche legate al sonno possono avere sul benessere psico-fisico dei genitori e sull'equilibrio familiare.

Il terzo capitolo illustra gli interventi ed i servizi di supporto disponibili per la gestione del sonno infantile ed introduce il ruolo del *counseling* per il supporto allo sviluppo del bambino.

Il quarto capitolo descrive la metodologia di lavoro e gli strumenti utilizzati nella realizzazione del progetto di tesi.

Il quinto capitolo approfondisce il servizio di *counseling* sul sonno, i principi su cui si basa l'intervento ed il ruolo del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) all'interno di questo contesto. Inoltre vengono presentati i casi clinici aderenti al progetto.

Infine, il sesto capitolo presenta l'analisi e la discussione dei risultati ottenuti dal questionario somministrato nella fase T_0 , con particolare attenzione alle correlazioni tra problemi di sonno del bambino e le altre variabili esplorate nel questionario. Per concludere viene discussa l'efficacia del servizio di *counseling* implementato in risposta al bisogno.

Prima parte
Riferimenti teorici

CAPITOLO 1
IL SONNO

1.1 Il sonno durante la gestazione

1.1.1 Il sonno fetale

Il sonno rappresenta un aspetto cruciale dello sviluppo prenatale che influenza significativamente i processi di maturazione neurologica e la regolazione fisiologica del feto.

I movimenti fetali spontanei possono essere già identificati a partire dalla *settima* settimana gestazionale, mentre l'alternanza ritmica tra periodi di attività e periodi di quiescenza diventa evidente entro la *ventitreesima* settimana gestazionale.

Tra la *ventottesima* e la *trentunesima* settimana gestazionale, è possibile osservare periodi di movimento oculare rapido (REM), che continuano a svilupparsi durante il periodo postnatale, stabilizzandosi progressivamente in cicli di sonno regolari.

In questo periodo la maggior parte del tempo del feto viene trascorso nel sonno REM, con pochi segni di uno stato di sonno NREM. Insieme all'età gestazionale, il sonno REM viene progressivamente ridotto dall'80%, a *trenta* settimane gestazionali, al 58%, tra la *trentaseiesima* e la *trentottesima* settimana gestazionale (Chen et al., 2022) fino ad arrivare a rappresentare il 50% del sonno totale alla fine della gravidanza.

A partire dalla *trentaduesima* settimana gestazionale, è possibile identificare quattro stati comportamentali rispondenti ai vari cambiamenti dell'ambiente intrauterino: sonno tranquillo, sonno attivo, stato di veglia quieta e stato di veglia attiva. Tuttavia, questi periodi non sono stabili nel tempo e le transizioni di stato reali non sono presenti fino al periodo compreso tra la *trentaseiesima* e la *trentottesima* settimana gestazionale.

Secondo Prechtl e O'Brien (1982) (citato da Nijhuis, 1986), per la definizione degli stati nel feto devono essere soddisfatti tre criteri: in primo luogo ci deve essere una forte integrazione fra il movimento fetale, i movimenti oculari e i meccanismi di regolazione cardiovascolare fetale e queste variabili devono ricorrere in combinazioni specifiche e fisse; in secondo luogo, queste associazioni devono essere temporalmente stabili. Infine, se la condizione di una delle variabili fondamentali cambia in quella di un nuovo stato, l'altra variabile deve seguire il suo esempio contemporaneamente o quasi.

A seguire sono descritti gli stati comportamentali:

Sonno tranquillo: stato di quiescenza caratterizzato da una lieve attività motoria diffusa e da alcuni movimenti improvvisi e spontanei degli arti (*startles*); in questa fase il feto non è reattivo alla maggior parte degli stimoli a cui viene sottoposto. I movimenti

oculari sono assenti e la frequenza cardiaca fetale (FHRPA) è stabile, con accelerazioni isolate correlate ai movimenti.

Sonno attivo : stato caratterizzato da movimenti grossolani del corpo frequenti e periodici, principalmente di contorsione o di stiramento, più armoniosi ed organizzati di quelli effettuati nello stato precedente. Il feto è ancora poco reattivo agli stimoli ma può essere svegliato. Gli occhi sono generalmente chiusi ma sotto le palpebre è possibile osservare frequenti movimenti oculari.

La frequenza cardiaca (FHRPB) ha un'oscillazione più ampia di FHRPA e presenta frequenti accelerazioni associate ai movimenti del corpo del feto.

Veglia quieta: il feto è inattivo, come in ascolto. I movimenti sono più armoniosi e organizzati rispetto a quelli effettuati nei due stati precedenti ed il feto è particolarmente reattivo agli stimoli esterni. I movimenti oculari sono continuamente presenti. La frequenza cardiaca (FHRPC) è stabile, ma ha una larghezza di banda di oscillazione più ampia dell'FHRPA e una frequenza di oscillazione più regolare dell'FHRPB, con assenza di accelerazioni.

Veglia attiva: stato caratterizzato da attività vigorosa e continua con numerose rotazioni del tronco. I movimenti oculari sono presenti e la frequenza cardiaca (FHRPD), instabile, mostra accelerazioni ampie e di lunga durata.

Verso il termine della gravidanza, il feto trascorre fino al 90% del tempo nei due stati di sonno, che favoriscono un maggiore sviluppo.

1.1.2 Fattori materni che influenzano i ritmi circadiani del feto

Il sonno è regolato da due meccanismi principali: il processo omeostatico (processo S) ed il processo circadiano (processo C), la cui sinergia è essenziale per garantire una corretta propensione al sonno.

Il processo omeostatico regola l'equilibrio tra il sonno e la veglia, accumulando un debito di sonno con l'aumentare delle ore di veglia che raggiunge il picco massimo prima dell'addormentamento serale e si dissipa durante la notte.

Il sistema circadiano, invece, è responsabile di ritmi biologici endogeni con periodicità di circa 24 ore, che includono il ciclo sonno-veglia, il ciclo della temperatura corporea, quello della secrezione ormonale e la regolazione della pressione sanguigna. Tale sistema è regolato dall'orologio circadiano, situato nel nucleo soprachiasmatico (SCN)

dell'ipotalamo e sincronizzato con segnali ambientali, detti *zeitgeber*, tra i quali, la luce, risulta essere il più influente. Attraverso il tratto retino ipotalamico (RHT), infatti, l'SCN riceve informazioni fototiche che gli consentono di entrare nel ciclo chiaro-scuro. La precoce connessione tra il nucleo soprachiasmatico (SCN) e la retina durante la gestazione, permette al neonato prematuro di percepire la luce alla nascita. Per questo motivo alcuni studi hanno evidenziato l'importanza nei neonati prematuri, che rappresentano una situazione clinica in cui è interrotta la connessione circadiana tra madre e feto, di esposizione a cicli di illuminazione regolari per favorire lo sviluppo dell'orologio circadiano (Rivkees, Mayes, Jacobs & Gross, 2004).

L'orologio biologico del feto inizia a funzionare circa a metà della gravidanza ed è sincronizzato alle 24 ore da fattori materni; tra questi la produzione degli ormoni e dei neurotrasmettitori, la temperatura, i livelli glicemici correlati all'alimentazione e le contrazioni della muscolatura uterina (Mark, Crew, Wharfe & Waddell, 2017).

In primo luogo la melatonina, prodotta dalla ghiandola pineale materna, segue un ritmo circadiano caratterizzato da livelli elevati durante la sera, che raggiungono il picco massimo durante la notte e tornano a livelli bassi al mattino.

Ricerche condotte da Okatani (1998) (citato da Bates & Herzog, 2020 e da McCarthy, Jungheim, Fay, Bates, Herzog, & England, 2019) hanno dimostrato che la melatonina somministrata durante la gravidanza attraversa rapidamente la placenta e raggiunge il feto per fornire informazioni sul fotoperiodo. La presenza dei recettori della melatonina a *diciotto* settimane gestazionali nell'SCN fetale e nei tessuti fetali supporta l'idea che la melatonina agisca come un *zeitgeber* per gli oscillatori periferici nel feto. In sintesi, la melatonina materna si delinea come un importante segnale circadiano trasmesso al feto, svolgendo un ruolo cruciale nello sviluppo e nella regolazione dei suoi ritmi biologici.

Anche la dopamina può attraversare la placenta; la presenza di recettori per la dopamina nei tessuti fetali suggerisce come anche questo neurotrasmettitore possa contribuire alla regolazione dei ritmi circadiani del feto.

Infine il *timing* dell'alimentazione materna può agire come segnale di trascinarsi che influenza i ritmi circadiani fetali. In alcuni studi condotti sui ratti con un SCN danneggiato, e dunque con un ritmo circadiano centrale compromesso, si è dimostrato come un *timing* di alimentazione materna specifico può fungere da segnale circadiano (Weaver & Reppert, 1989, citato da Wong et al., 2022).

1.2 Il sonno post-natale

1.2.1 Cambiamenti qualitativi e quantitativi del sonno nello sviluppo del bambino

Il sonno, grazie alla maturazione cerebrale, durante la crescita subisce notevoli cambiamenti sia qualitativi che quantitativi.

Alla nascita, i neonati non dispongono più dei fattori materni che sincronizzano il loro orologio biologico su un ciclo di 24 ore. Il neonato segue un ritmo ultradiano con cicli di sonno e di veglia brevi, ripetuti più volte durante il giorno e la notte. A cinque settimane di vita comincia gradualmente ad emergere un ritmo infradiano, con un periodo di 25 ore. Per l'adattamento dell'orologio biologico alle 24 ore, sarà necessario un periodo di tre - quattro mesi ed il processo può essere facilitato da fattori quali la ritmicità delle interazioni quotidiane, le condizioni di illuminazione ambientale e l'alimentazione. In particolare, un importante elemento che nel bambino facilita lo sviluppo di un orologio circadiano sincronizzato, è il latte materno. Nel corso della giornata, infatti, le sue componenti subiscono delle fluttuazioni che rappresentano una forma di crononutrizione: durante il giorno il latte materno contiene livelli più elevati di cortisolo e tirosina mentre durante la notte aumentano la leptina, la melatonina ed il triptofano.

I neonati dormono tra le 14 e le 17 ore (National Sleep Foundation, 2015), corrispondente al 70% delle ore che costituiscono un giorno. Inizialmente il neonato adotta un modello di sonno polifasico, caratterizzato da molteplici episodi di sonno della durata di circa due - tre ore ciascuno. Con la crescita, il processo omeostatico, alla base dell'aumento della sonnolenza, si integra progressivamente con i ritmi circadiani. Di conseguenza, i segnali di sonno iniziano a manifestarsi in orari sempre più stabili. In particolare, durante gli anni prescolari (tre - cinque anni), il sonno si trasforma da bifasico, caratterizzato dalla presenza di un sonnellino diurno e sonno notturno, a monofasico, con un unico periodo di sonno notturno (Lokhandwala & Spencer, 2022).

Con la crescita, infatti, il numero di episodi di sonno, la durata totale di sonno ed i risvegli notturni tendono a diminuire; al contrario, i periodi di sonno e di veglia si allungano, anche se tale processo non risulta essere lineare. L'assenza di linearità nello sviluppo del sonno con frequenti regressioni, potrebbe essere attribuita al

raggiungimento di diversi traguardi di sviluppo del bambino (Foley, 2020, citato da Lenehan, Fogarty, O'Connor, Mathieson & Boylan, 2023).

Nei primi mesi di vita un ciclo completo di sonno si verifica ogni circa 40 - 60 minuti e si susseguono circa 18 - 20 cicli di sonno, ripartiti nell'arco delle 24 ore. Nel neonato, i cicli di sonno di minor durata e con maggiore percentuale di sonno REM, sono correlati ad un aumento delle possibilità di risveglio.

Con la crescita, progressivamente i cicli di sonno si allungano per assestarsi intorno ai cinque - sei anni, con periodi di sonno che durano complessivamente 70 - 110 minuti. Gradualmente i cicli di sonno si concentrano prevalentemente nelle ore notturne; nell'età adulta tali cicli si ripetono quattro - cinque volte per notte per una durata complessiva di circa otto ore.

Inizialmente il sonno del neonato è diviso in tre periodi principali ed esordisce, a differenza di quanto avviene nell'adulto, in fase REM:

Sonno attivo (AS) o sonno REM (Rapid Eye Movement): il sonno attivo è caratterizzato da movimenti oculari rapidi, respirazione irregolare, movimenti concentrati negli arti e alta variabilità della frequenza cardiaca. Questo tipo di sonno rappresenta la percentuale di sonno totale maggiore alla nascita (50%), che si ridurrà nel corso della crescita. Il sonno REM in questa fase è prevalente in quanto risulta essere importante per lo sviluppo del cervello, per la crescita e per il rafforzamento di nuove connessioni neurali.

Sonno tranquillo (QS) o sonno NREM (Non-Rapid Eye Movement): il sonno tranquillo si distingue per la presenza di movimenti oculari ridotti, respirazione regolare, diminuzione dei movimenti del corpo e bassa variabilità della frequenza cardiaca. Alla nascita, il QS occupa meno della metà del tempo totale di sonno.

Sonno indeterminato (IS): il sonno indeterminato rappresenta una fase di transizione con caratteristiche ibride di QS e AS e occupa il 5 - 13% del tempo totale di sonno. Mentre è in questo stato il bambino si muove scompostamente oppure a scatti e i suoi occhi si aprono lentamente per richiudersi nuovamente sonnolenti. Il bambino appare disorganizzato e l'espressione accigliata del volto in questa fase indica i ripetuti sforzi fatti per raggiungere uno stato più organizzato.

Nei primi due anni di vita, la quantità di AS diminuisce mentre il QS aumenta.

A tre mesi iniziano ad essere visibili anche le tre fasi del sonno NREM (Sankupellay, Wilson, Heussler, Parsley, Yuill & Dakin, 2011, citato da Lenehan et al., 2023): NREM 1, NREM 2 e NREM 3.

La fase NREM 1, o fase di addormentamento, è preceduta da segnali evidenti nel bambino come sbadigli, palpebre calanti, richiesta di un maggior contatto, ricerca del seno, scarsa partecipazione alle attività relazionali. Questi segnali indicano una transizione da uno stato di piena vigilanza ad uno di minore interazione con l'ambiente circostante. Durante questa fase, il respiro diventa più profondo e regolare e l'attività cerebrale e quella cardiaca iniziano a rallentare.

La fase NREM 2, o fase di sonno leggero, viene considerata l'inizio effettivo del sonno. In NREM 2 si verifica un ulteriore rallentamento del battito cardiaco, dell'attività muscolare, dei movimenti oculari e della temperatura corporea.

Infine, nella fase NREM 3, o fase di sonno profondo, l'attività elettrica cerebrale è lenta e di alto voltaggio. In questa fase, il battito cardiaco, l'attività muscolare, i movimenti oculari e la temperatura corporea continuano a diminuire e la possibilità di risveglio risulta essere meno probabile.

Sebbene già con il primo trimestre il bambino inizi a sperimentare le quattro fasi di sonno vissute dall'adulto, l'organizzazione del modello di sonno secondo le fasi seguite dall'adulto si svilupperà intorno ai cinque anni.

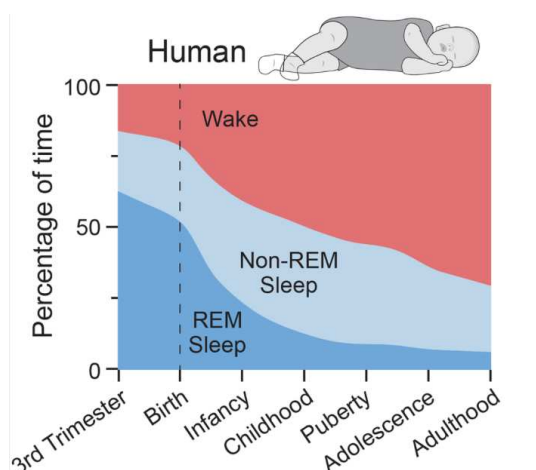


Figura 1: Cambiamenti evolutivi nella percentuale di sonno REM (blu) in relazione al sonno NREM (azzurro chiaro) e alla veglia (rosso) (Blumberg, Dooley & Tiriatic, 2022).

1.2.2 Fattori personali ed ambientali che influenzano il sonno infantile

Il sonno del bambino subisce numerosi cambiamenti che riflettono l'evoluzione maturativa dell'architettura del sonno. Le ricerche longitudinali mostrano, infatti, una riduzione dei risvegli notturni e un aumento dell'efficienza del sonno durante la prima infanzia, seppure con possibili momenti di regressioni propedeutiche all'avanzamento del processo di sviluppo.

Oltre all'evoluzione del sonno in relazione allo sviluppo, è importante considerare i numerosi fattori personali ed ambientali dai quali il sonno può esserne influenzato.

In primo luogo, la genetica riveste un ruolo cruciale: studi di laboratorio hanno identificato il gene *BMAL1* come fattore di influenza della struttura del sonno e della risposta alla privazione di questo bisogno (Laposky, Easton, Dugovic, Walisser, Bradfield & Turek, 2005).

Nell'analisi del sonno del bambino, inoltre, è importante indagare lo sviluppo della gravidanza ed il decorso del parto.

Un aspetto fondamentale su cui è importante porre attenzione riguarda le condizioni della madre durante la gravidanza, che hanno un impatto significativo sul sonno del bambino (Pesonen et al., 2009). Ad esempio, la carenza di sonno dei bambini è stata associata all'obesità materna durante la gravidanza (Mina et al., 2017 citato da Liu, Ji, Rovit, Pitt & Lipman, 2024) e all'esposizione a sostanze psicoattive come l'alcol o il tabacco.

In aggiunta, l'ansia e la depressione materna durante la gravidanza sono correlate ad un aumento delle difficoltà nel sonno dei bambini, come problemi ad addormentarsi, sonno frammentato e di breve durata o parasonnie (Nevarez, Rifas-Shiman, Kleinman, Gillman, Taveras, 2010; O'Connor, Monk & Burke, 2016 citato da Liu et al. 2024). Nonostante i meccanismi non siano ancora completamente compresi, è inoltre possibile che l'aumento dello stress materno sperimentato durante il periodo prenatale, aumenti la secrezione di glucocorticoidi, che possono interrompere l'attività circadiana del feto in via di sviluppo (Toffol et al., 2019).

La nascita pretermine è associata ad una maggiore difficoltà nella regolazione dei ritmi del sonno e ad un maggior rischio di disturbi respiratori del sonno nella tarda infanzia (Horne, Sly, Cranage, Chau & Adamson, 2000; Rosen et al. 2003 citato da Liu et al.

2024). Inoltre, il parto podalico ed il travaglio prolungato sono stati correlati a maggiori difficoltà del sonno nei neonati (Coren & Searleman, 1985 citato da Liu et al. 2024).

Anche l'alimentazione gioca un ruolo significativo nelle caratteristiche del sonno del bambino. I bambini allattati al seno tendono ad avere un sonno meno consolidato, con risvegli più frequenti rispetto a quelli alimentati artificialmente. In particolare, secondo i dati riportati dalla Società Italiana di Pediatria (2019), i risvegli notturni a 6 e 12 mesi risultano più frequenti nei bambini allattati al seno (52%) rispetto a quelli allattati artificialmente (20%). Questo fenomeno può essere legato a diverse ragioni tra la maggiore rapidità nella digestione ed il maggior coinvolgimento relazionale.

Nei soggetti svezzati, è importante considerare che i macronutrienti ed i micronutrienti della dieta possono influenzare i pattern di sonno; ad esempio, carboidrati ed aminoacidi nelle corrette quantità possono influenzare i neurotrasmettitori che inducono il sonno, come la serotonina, migliorando così la durata e la qualità del sonno (Liu et al., 2024).

Altro fattore di influenza del sonno è anche l'ambiente. I bambini, infatti, a causa della loro immaturità, sono particolarmente vulnerabili alle variabili ambientali.

Innanzitutto, fattori come rumore e luminosità della stanza possono interferire con il sonno, riducendo la durata e disturbando i ritmi circadiani. L'esposizione alla luce artificiale, in particolare, aumenta l'eccitazione fisiologica e diminuisce il rilascio di melatonina, elementi che alterano il ritmo circadiano e la propensione al sonno. Cheung, Bedford, Saez, De Urabain, Karmiloff-Smith & Smith (2017) hanno condotto uno studio sull'uso del *touchscreen* nei bambini di età compresa tra 6 e 36 mesi ed hanno verificato sia associato a: ritardato addormentamento, riduzione della durata del sonno notturno e aumento della sonnolenza diurna.

Anche le dinamiche familiari giocano un ruolo cruciale nel sonno dei bambini. La condivisione del letto con i genitori, nota come *cosleeping*, è associata a maggiori difficoltà e resistenza nell'addormentamento, ansia legata al sonno, risvegli notturni frequenti e durata del sonno più breve (Liu et al., 2024).

Considerando che, in genere, i genitori hanno un sonno più variabile (Matricianni, Fraysse, Grobler, Muller, Wake & Olds, 2019 citato da Hoyniak et al. 2022), orari di addormentamento più tardivi e risvegli più precoci dei loro figli (Kouros & El-Sheikh, 2017), i bambini che condividono la stanza con loro dormono complessivamente meno in quanto tendono a sincronizzare i propri orari di sonno con quelli degli adulti.

Infine, le differenze culturali possono influire sul sonno dei bambini. Norme culturali, credenze e percezioni dei genitori riguardo alla funzione del sonno, così come lo stile di vita quotidiano influenzano questo bisogno (Liu et al. 2024).

1.2.3 L'importanza del sonno per lo sviluppo infantile

Durante l'infanzia i bambini trascorrono la maggior parte del loro tempo dormendo. E' inevitabile, dunque, che il sonno investa un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino.

In primo luogo, il sonno è importante per la plasticità cerebrale in quanto permette di riorganizzare le giunzioni neuronali ed è fondamentale per la crescita del cervello in termini di struttura e di funzioni.

Durante la prima infanzia, il sonno notturno promuove la coerenza interemisferica¹, suggerendo un ruolo cruciale nella connettività neurale precoce.

Il sonno, inoltre, rafforza le capacità cognitive quali l'apprendimento, la memorizzazione e la generalizzazione, ovvero l'utilizzo dei ricordi acquisiti di recente in maniera efficace e flessibile. Dormire è un prerequisito fondamentale per l'apprendimento ottimale nei periodi di veglia in quanto permette di risparmiare spazio ed energia eliminando le connessioni deboli ed ottimizzando quelle rimaste. Durante il sonno, inoltre, le informazioni recentemente codificate vengono trasferite dall'ippocampo, luogo in cui vengono immagazzinate in modo temporaneo, alla neo-corteccia, dove vengono consolidate.

Il sonno contribuisce anche al recupero ed alla riparazione delle funzioni biologiche.

Il sonno facilita la riparazione muscolare, la crescita dei tessuti, la sintesi proteica e la produzione di ormoni che aiutano lo sviluppo di tutti gli organi; tra questi l'ormone della crescita assume un ruolo fondamentale.

Un'altra funzione importante del sonno è l'abbassamento del tasso metabolico e della temperatura corporea, processi che potrebbero aiutare a ripristinare la perdita di energia che si verifica durante la veglia. In particolare, il sonno riduce la richiesta di glucosio, contribuendo al risparmio energetico ed al recupero delle riserve energetiche.

¹ La coerenza interemisferica è un indice del grado di sincronizzazione tra aree omologhe dei due emisferi del cervello. Un'alta coerenza interemisferica indica una buona comunicazione e integrazione tra i due emisferi cerebrali.

Infine il sonno ha una funzione fondamentale di protezione dell'organismo. Mentre si dorme, infatti, il sistema glinfatico, un sistema cerebrale scoperto nel 2012, rimuove le sostanze tossiche accumulate durante la veglia, convogliandole verso il fegato ed i reni; in questo modo si prevengono danni cerebrali e disturbi cognitivi.

Inoltre, durante il sonno vengono rilasciate citochine, proteine che regolano la richiesta immunitaria, promuovendo la capacità del corpo di combattere infezioni e malattie. (Frank & Heller, 2019; Mignot, 2008; Miletínová & Bušková, 2021; Rapisardi, 2022; Seehagen, 2022).

Nello specifico il sonno tranquillo o sonno NREM, svolge un ruolo fondamentale nel conservare e ripristinare l'energia del corpo. Inoltre, contribuisce al rilascio di ormoni fondamentali per la crescita ed ha una funzione riparativa.

Il sonno attivo o sonno REM, invece, nell'età inferiore ai due - tre anni interviene principalmente nei processi di riorganizzazione neuronale.

Il sonno REM, inoltre, è cruciale, sin dallo sviluppo fetale per lo sviluppo sensoriale e di tutti gli organi, per lo sviluppo della percezione del movimento, della propria posizione nello spazio e per l'apprendimento.

Come riportato da alcuni studi le contrazioni e gli spasmi muscolari caratteristici delle prime fasi del sonno REM sembrano anche svolgere un ruolo nella maturazione del circuito motorio (Blumberg et al., 2013 citato da Mason, Lokhandwala, Riggins & Spencer, 2021).

1.2.4 Relazioni tra sviluppo motorio del bambino e cambiamenti nel sonno

Lo sviluppo del bambino comporta spesso periodi di instabilità, disorganizzazione comportamentale e regresso.

I comportamenti regressivi del sonno, come maggiori risvegli notturni, difficoltà nell'addormentamento o alterazioni del ritmo sonno - veglia sono spesso coincidenti con l'acquisizione di nuove competenze. Le difficoltà riscontrate, dunque, sono spesso propedeutiche al passaggio ad un livello di organizzazione successivo e all'avanzamento dello sviluppo del bambino.

Nei bambini, l'acquisizione delle tappe motorie influisce significativamente sul loro *pattern* di sonno e sulla loro attività motoria durante il riposo.

Diversi studi hanno evidenziato che i neonati si svegliano più frequentemente nelle notti in cui raggiungono una nuova abilità motoria rispetto alle notti successive, suggerendo che l'apprendimento di nuove competenze può causare interruzioni nel sonno, con una successiva ristabilizzazione delle abitudini.

E' stato, ad esempio, verificato, che i nuovi gattonatori, definiti come bambini con meno di un mese di esperienza nel gattonare, presentano una durata del sonno notturno più breve, risvegli notturni più frequenti e più lunghi rispetto ai non gattonatori, ai gattonatori con esperienza media (31 - 62 giorni di esperienza) e ai gattonatori esperti (> 62 giorni di esperienza) (Keller, 2010 citato da DeMasi, Horger, Scher & Berger, 2023). La stessa evidenza è stata constatata per l'acquisizione del cammino (Scher, 1996 citato da DeMasi et al., 2023).

Inoltre, a parità di età, è stato verificato che i bambini che acquisiscono le competenze più precocemente, generalmente hanno un maggior numero di risvegli rispetto ai coetanei che sviluppano la stessa abilità più tardivamente (Atun-Einy & Scher, 2016, citato da DeMasi et al., 2023; Scher & Cohen, 2015).

I frequenti risvegli conseguenti all'acquisizione di competenze possono essere dovuti alla necessità del soggetto di consolidare le nuove abilità motorie attraverso l'attività corporea e neuronale nel sonno (Scher, 2005). Il sonno attivo (REM) è, infatti, associato alla riorganizzazione neurale nei bambini di età inferiore a due anni e mezzo.

Lo sviluppo motorio, che attraversa fasi di cambiamento con l'acquisizione di nuove abilità fino alla loro completa padronanza, può aumentare la necessità di sonno attivo (REM) (Berger, Friedman, & Polis, 2011 citato da Berger, & Moore, 2021). Poiché i neonati sono più facilmente svegliati dal sonno attivo (REM) rispetto al sonno tranquillo (NREM), un aumento del sonno attivo può contribuire ad una maggiore frammentazione del sonno notturno.

Inoltre, quando il bambino acquisisce nuove competenze di movimento che gli permettono di spostarsi in autonomia e di ottenere una maggiore indipendenza, si innescano profondi cambiamenti emotivi.

Il nuovo senso di indipendenza nello spostamento sfida il legame di attaccamento con il genitore, alterando le dinamiche delle interazioni diadiche e richiedendo una maggiore necessità di conforto da parte del bambino, specialmente di notte (Scher & Cohen, 2005). La nuova capacità di spostamento ed esplorazione da un lato, ed il bisogno di

stare vicino alla figura di attaccamento dall'altro, sono spesso associate ad un aumento dei risvegli notturni in quanto la capacità di separarsi dal genitore suscita nel bambino emozioni intense, inclusa l'ansia e la paura della perdita (Paret, 1983; Scher & Cohen, 2005).

Le difficoltà di regolazione emotiva sono ulteriormente aggravate dal fatto che i genitori, di fronte ai progressi di autonomia del bambino, possono rispondere con reazioni emotive intense quali paura e maggiore allerta. Le risposte dei *caregiver* influenzano il bambino il quale sintonizza il proprio stato emotivo su quello dei genitori, aumentando ulteriormente le difficoltà di regolazione in corrispondenza dei risvegli.

1.2.5 I disturbi del sonno nell'infanzia

Per definire un problema del sonno non esiste una definizione univoca ma si fa riferimento ad uno spettro di difficoltà che includono problemi nell' addormentamento o nel mantenimento del sonno, sonnolenza eccessiva durante il giorno e comportamenti anomali durante il riposo.

Poiché il sonno dei bambini è interrotto da risvegli fisiologici notturni, la quantità e la qualità del sonno devono essere valutate tenendo in considerazione il tempo totale di sonno, la sua distribuzione nella giornata, le modalità di addormentamento, il numero e le caratteristiche dei risvegli notturni e la capacità di regolazione del comportamento durante la veglia. Quando il sonno del bambino comporta alterazioni nel suo benessere o in quello dei genitori, si può parlare di disturbo del sonno.

Secondo la Società Italiana di Pediatria (2019), si stima che nel mondo industrializzato circa il 25% dei bambini di età inferiore ai cinque anni soffra di disturbi del sonno, mentre tra i sei anni e l'adolescenza la percentuale si attesta intorno al 10-12%. Inoltre, gli studi riportano che, rispetto al secolo scorso, i bambini nel mondo occidentale dormono in media 2 ore in meno.

I disturbi del sonno nel bambino possono presentarsi isolati o associati ad altre patologie, hanno diversa frequenza e possono essere così suddivisi: insonnia (20-30% dei casi, maggiore nei primi tre anni di vita); parasonnie (25%, più frequenti dopo i tre anni); disturbi del ritmo circadiano (7%); disturbi respiratori del sonno (2-3%); disturbi del movimento nel sonno (1-2%); ipersonnie (0,1-0,2%).

L'insonnia pediatrica, che rappresenta il disturbo del sonno più frequente nei primi tre anni di vita, secondo la Classificazione Internazionale dei Disturbi del Sonno (ICSD-3, 2014) è stata inclusa nella definizione generale di disturbo dell'insonnia cronica.

Il disturbo dell'insonnia cronica è definito come una difficoltà persistente nell'inizio, nella durata, nel consolidamento o nella qualità del sonno, che si verifica nonostante siano presenti condizioni ambientali adeguate e che si traduce nella compromissione del funzionamento diurno. Il disturbo si manifesta con ripercussioni durante il giorno ed è considerato persistente quando si verifica almeno tre volte a settimana per un periodo di almeno tre mesi a partire dai sei mesi di età, oppure episodico, quando persiste per almeno un mese ma meno di tre mesi.

I comportamenti tipici dell'insonnia includono: difficoltà nell'addormentamento, caratterizzata da una resistenza al sonno o dalla necessità di assistenza prolungata per più di 30 minuti; risvegli notturni frequenti e problematici, accompagnati da pianto, irritabilità e difficoltà nel riaddormentamento; risvegli precoci con incapacità di riaddormentamento che comportano la riduzione del numero complessivo di ore di sonno rispetto a quelle previste per età.

L'insonnia pediatrica può essere suddivisa in tre sottotipi principali:

Sleep - onset association type o insonnia con condizione di difficoltà nell'inizio del sonno: include bambini che hanno bisogno di un oggetto specifico o di una persona per addormentarsi o riaddormentarsi dopo un risveglio. Questo sottotipo è comune nei neonati e si manifesta con risvegli notturni frequenti e necessità di assistenza esterna per il riaddormentamento.

Limit - setting type o insonnia da limitazione di regole: si verifica quando il bambino pone resistenza all'ora di coricarsi o ai risvegli notturni perché i genitori non riescono a stabilire o mantenere delle regole efficaci per il momento del sonno. Questo comportamento è più comune nei bambini più grandi, che mostrano resistenza o opposizione alla *routine* del sonno.

Combined type o insonnia di tipo combinato: caratterizzato da una combinazione dei due sottotipi precedenti.

Lo studio condotto da Bruni et al. (2018) ha proposto una classificazione dell'insonnia pediatrica in tre classi, che unisce aspetti ereditari con caratteristiche biologiche e

psicologiche del soggetto. L'identificazione di questi fenotipi si propone di ottimizzare la valutazione ed il trattamento dell'insonnia pediatrica.

Il primo gruppo, costituito dal 17% della popolazione totale dello studio ($n=338$), presenta difficoltà di addormentamento, irrequietezza notturna e risvegli durante la notte, talvolta con pianti ed urla. Nella storia familiare, sono presenti sindrome delle gambe senza riposo e anemia.

Il secondo gruppo, che rappresenta il 21% della popolazione, è caratterizzato da risvegli mattutini precoci con storia familiare di depressione o disturbi dell'umore, insonnie, parasonnie ed emicrania.

Infine la terza classe, 62%, presenta alta frequenza di risvegli notturni e difficoltà di addormentamento, associati ad una storia familiare di allergie e/o intolleranze alimentari. La valutazione dei disturbi del sonno nei bambini rappresenta una sfida complessa poiché i metodi oggettivi e soggettivi di indagine di questo bisogno spesso forniscono risultati contrastanti. Misurazione oggettive come la video sonnografia, cioè la videoregistrazione di un episodio di sonno, o l'actigrafia, che misura i movimenti del corpo attraverso un dispositivo da indossare per la durata dell'intera giornata, offrono dati precisi sulla durata del sonno, il suo consolidamento e la qualità ma tendono a sovrastimare i risvegli notturni e a trascurare aspetti comportamentali importanti quali la resistenza ad andare a letto o l'ansia legata al sonno. Le valutazioni soggettive, invece, tra le quali i resoconti dei genitori tramite diari del sonno o questionari, spesso sopravvalutano la durata del sonno e l'orario di risveglio, mentre sottostimano i risvegli notturni e l'orario effettivo di addormentamento.

CAPITOLO 2
IL SONNO E LA FAMIGLIA

2.1 Influenze della relazione di attaccamento sul sonno del bambino

Il sonno, che rappresenta un aspetto cruciale dello sviluppo infantile, può essere descritto come un processo di separazione temporanea tra il bambino ed il *caregiver*.

Questa separazione avviene spesso in un ambiente buio che si configura come indicatore naturale di rischio poiché costituisce uno stimolo che, pur non essendo intrinsecamente pericoloso, eleva la percezione di potenziali minacce.

Secondo la teoria di Bowlby (1973), situazioni che inducono paura attivano il sistema di attaccamento per cui i bambini possono manifestare comportamenti quali pianto, richiesta di contatto e protesta contro la separazione per ottenere la vicinanza del genitore.

Dahl (1996) (citato da Bélanger, Bernier, Simard, Bordeleau & Carrier, 2015) ha affermato che per arrendersi al sonno sia necessario un senso di sicurezza. Coerentemente con il modello ecologico di Bronfenbrenner (1986), che propone l'importanza del microsistema, le principali teorie dello sviluppo convergono per suggerire che tra i bambini piccoli, un tale senso di sicurezza dipende fortemente dal contesto familiare e dalle qualità delle relazioni genitore - figlio.

Numerosi studi, dunque, si sono proposti di indagare la relazione tra il sonno e la relazione di attaccamento. I risultati ottenuti sono contrastanti, con alcuni studi che riportano associazioni significative tra la tipologia di relazione *caregiver*-bambino e la qualità del sonno ed altri che non hanno individuato associazioni significative.

La revisione sistematica di Perpétuo, Diniz e Veriomassimo (2021) ha esaminato le associazioni tra diversi parametri del sonno e l'attaccamento in età prescolare (due - cinque anni).

Diversi studi presentati nella revisione indicano che i bambini con attaccamenti sicuri tendono a sperimentare una qualità del sonno superiore rispetto ai loro coetanei con attaccamenti insicuri.

I bambini con attaccamento insicuro presentano un numero di ore di sonno inferiore rispetto ai bambini con attaccamento sicuro, che hanno una maggiore efficienza del sonno (Bélanger et al., 2015).

Lo studio di Pennestri et al. (2015), afferma che i bambini con attaccamento disorganizzato vanno a letto più tardi, hanno una durata del sonno notturno più breve e più frammentato rispetto ai bambini con attaccamento sicuro e/o ambivalente. Al

contrario, questo studio non ha rilevato una corrispondenza significativa tra la disorganizzazione dell'attaccamento e l'orario di risveglio al mattino o la latenza nell'addormentamento del bambino.

Lo studio di Cimon - Paquet, Tètreault e Bernier (2019) ha affermato che i bambini con interazioni di qualità madre - figlio a 18 mesi, hanno dormito più a lungo all'età di 7 anni. Tali dati confermano che le interazioni con la madre influenzano in modo significativo la durata del sonno del bambino, anche per un periodo di tempo prolungato.

Lo studio sopra citato ha anche esaminato l'influenza delle interazioni padre-figlio sul sonno dei bambini, ma non ha trovato associazioni significative con la durata o l'efficienza del sonno in età scolare. La mancanza di risultati chiari potrebbe suggerire che le interazioni paterne non predicano il sonno del bambino ed una delle possibili ragioni potrebbe essere che i padri tendono ad essere meno coinvolti nell'assistenza notturna dei bambini rispetto alle madri, come affermato in studi precedenti (Teti & Crosby, 2012; Tikotzky et al., 2011 citati da Cimon - Paquet et al, 2019).

Le associazioni tra sonno ed attaccamento potrebbero essere giustificate dalle teorie dell'attaccamento e dell'autoregolamentazione.

Quando la relazione *caregiver*-bambino è funzionale assicura la vicinanza dei *caregiver* in situazioni minacciose o stressanti, fornendo al bambino una sicurezza sia fisica che psicologica. Inoltre, attraverso ripetute esperienze di regolazione di successo supportate dal *caregiver*, si pensa che i bambini con attaccamento sicuro sviluppino gradualmente le competenze di autoregolamentazione e riescano ad usarle anche in assenza del genitore.

Se applicata al contesto del sonno, dunque, la relazione madre - bambino caratterizzata da sensibilità e coerenza può consentire una possibilità di rassicurazione più immediata e aiutare il bambino a sviluppare abilità di autoregolamentazione, diminuendo la vigilanza, facilitando così il processo di addormentamento e migliorando la capacità di autogestire i risvegli notturni.

Inoltre, seguendo la teoria dell'attaccamento, è stato osservato che i genitori di bambini con attaccamento sicuro tendono a strutturare l'ambiente in modo prevedibile e stabile, elementi fondamentali per promuovere un sonno di qualità. In secondo luogo i genitori di questi bambini possono essere più abili a rispondere ai segnali notturni dei loro figli e

con reazioni notturne più coerenti, sensibili e reattive di quelli con attaccamento insicuro (Higley & Dozier, 2009 citato da Bélanger et al., 2015). Queste risposte promuovono un ritorno rapido al sonno successivo ai risvegli.

I bambini con attaccamento insicuro, invece, possono ricevere risposte imprevedibili dai genitori e, tale imprevedibilità, potrebbe amplificare il disagio durante le separazioni notturne. Di conseguenza, questi bambini possono aumentare la resistenza all'addormentamento ed avere maggiori risvegli notturni, che rappresentano un tentativo di ristabilire la vicinanza con la figura di attaccamento. Queste caratteristiche diminuiscono l'efficienza e la durata del sonno.

La connessione tra sonno ed attaccamento può essere anche testimoniata dal fatto che la qualità delle relazioni genitore - figlio è sempre maggiormente riconosciuta come un fattore cruciale nella regolazione endocrina del bambino e come elemento di influenza di vari indici del funzionamento del sistema simpatico e parasimpatico, che sono correlati al sonno dei bambini.

Tuttavia, è importante notare che alcuni studi non hanno trovato associazioni rilevanti tra sonno ed attaccamento, specialmente quando i parametri del sonno vengono valutati tramite misurazioni oggettive, come l'actigrafia. È fondamentale l'utilizzo di misurazioni oggettive in quanto spesso le informazioni sul sonno riportate dai genitori sono influenzate da pregiudizi o dall'impossibilità di rilevare risvegli notturni, specialmente se questi si verificano quando i *caregiver* non sono presenti o attenti.

In particolare Simard, Bernier, Bélanger e Carrier (2013) dichiarano che l'attaccamento ambivalente è associato a risvegli notturni più prolungati secondo la percezione delle madri ma non secondo i dati registrati dall'actigrafia; infine Weinraub et al., (2012) riferiscono che l'attaccamento neonato - madre non è correlato ai problemi di sonno, suggerendo che sono invece il ruolo delle variabili infantili, come la durata dell'allattamento al seno ed il temperamento, e delle variabili materne, come la sensibilità materna e la depressione, ad influire sui cambiamenti dello sviluppo del sonno del bambino.

2.2 L'impatto di un sonno disturbato nel bambino

Recenti studi dimostrano che il sonno insufficiente ha un impatto significativo in diverse aree dello sviluppo infantile.

In primo luogo i problemi di sonno nelle primissime fasi dello sviluppo possono essere un predittore di problemi comportamentali e socio - emotivi nel soggetto.

Lo studio condotto da Morales-Munõz et al. (2020) indaga le associazioni dei problemi del sonno a 3, 8, 18 e 24 mesi con lo sviluppo di sintomi internalizzanti, esternalizzanti e difficoltà di regolazione a 24 mesi.

I problemi del sonno esaminati comprendono la ridotta quantità di sonno, definita significativa quando la durata totale del sonno del bambino a tre mesi è pari o inferiore alle 13 ore; la resistenza eccessiva all'addormentamento, rilevata quando il tempo necessario per l'addormentamento prevede un tempo superiore ai 30 minuti; e risvegli notturni frequenti, definiti significativi quando il bambino si sveglia tre o più volte durante la notte. I risultati dello studio hanno evidenziato che i risvegli notturni frequenti a tre mesi sono associati allo sviluppo di sintomi internalizzanti (quali ansia e ritiro sociale), esternalizzanti (quali iperattività, aggressività, comportamenti oppositivi) e a problemi di regolazione emotiva e/o comportamentale a 24 mesi.

Questi dati suggeriscono che, nonostante i risvegli notturni siano fisiologici e diffusi fino ai 24 mesi, una loro frequenza elevata può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di ulteriori disturbi. Inoltre, è emerso che una ridotta quantità di sonno è associata a sintomi internalizzanti a 24 mesi, mentre un maggiore latenza nell'addormentamento è correlata a problemi di disregolazione alla stessa età.

Lo studio condotto da Wang et al. (2024) ha confermato lo studio precedentemente citato riferendo che i bambini con un sonno di scarsa qualità all'età di 3 mesi, mostrano significative lacune nello sviluppo socio - emotivo e cognitivo, ed ha inoltre affermato che tali difficoltà tendono ad aumentare nel tempo.

Lo studio riferisce che la breve durata del sonno a 12 mesi è correlata negativamente allo sviluppo cognitivo, delle funzioni linguistiche e socio - emotive. La mancanza di sonno può compromettere la connettività tra le aree cerebrali dell'amigdala e della corteccia prefrontale e questa è una delle ragioni per cui è fortemente associata alla difficoltà di regolazione emotiva.

Per quanto riguarda l'associazione tra sonno e sviluppo cognitivo è stato studiato che la quantità di sonno notturno a 12 - 18 mesi è connessa a diverse funzioni esecutive (FE) quali la memoria di lavoro, il controllo degli impulsi e la flessibilità mentale nei bambini di 26 mesi. Al contrario, i risvegli notturni o la durata del sonno totale, non

sembrano influire in modo significativo sulle FE (Bernier, Carlson, Bordeleau & Carrier, 2010).

Anche lo sviluppo del linguaggio ha una base cognitiva ed è influenzato dal sonno. Lo studio di Dearing, McCartney, Marshall e Warner (2001), ad esempio, afferma che il ritmo regolare sonno-veglia a 7 e 19 mesi è predittivo di punteggi più alti nello sviluppo mentale a 24 mesi e di migliori abilità linguistiche all'età di 36 mesi.

Infine è importante considerare l'associazione tra il sonno ed il peso del soggetto. Come afferma lo studio di Taveras, Rifas-Shiman, Oken, Gunderson e Guillman (2008), una durata del sonno insufficiente tra i sei mesi ed i due anni rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo del sovrappeso già a tre anni di età.

La privazione parziale di sonno, infatti, può comportare un deficit nel metabolismo del glucosio con conseguente accumulo ed alterare i livelli ormonali comportando, ad esempio, un aumento della secrezione di grelina, ormone dell'appetito, ed una riduzione della leptina, ormone della sazietà. Inoltre, la riduzione del sonno notturno, può comportare una sonnolenza diurna con conseguente riduzione dell'attività e del dispendio energetico, fattori che contribuiscono all'aumento di peso.

2.3 L'impatto del sonno del bambino sul benessere familiare

La transizione alla genitorialità implica cambiamenti fisici, ormonali, psicologici e sociali. Tra i diversi cambiamenti, il sonno riveste un ruolo significativo.

I disturbi del sonno della madre possono avere un'insorgenza durante la gravidanza, specialmente nel terzo trimestre: la sindrome delle gambe senza riposo, l'insonnia e i disturbi nella respirazione durante il sonno sono frequenti in questo periodo.

Anche nell'epoca successiva al parto molte madri hanno difficoltà a dormire bene: il sonno può essere molto frammentato ed il tempo totale del riposo può ridursi notevolmente.

Gli adulti secondo le linee guida della National Sleep Foundation (2015), dovrebbero dormire in media tra le 7 e le 9 ore a notte, con cicli di sonno di 70-110 minuti che si susseguono; il sonno del neonato, invece, è caratterizzato da cicli di sonno più brevi, con facile risveglio.

La madre, principale responsabile dell'accudimento, assisterà, dunque, ad una durata complessiva del sonno più breve e ad un sonno più frammentato nel primo periodo post

- parto. L'alimentazione notturna, ad esempio, è associata a qualità ridotta e quantità di sonno notturno più breve nel *caregiver* che deve rispondere alle esigenze nutritive del bambino.

La ridotta qualità e quantità del sonno materno può durare a lungo e le conseguenze derivanti da queste condizioni possono essere aggravate da ulteriori segnalazioni di difficoltà di sonno nel bambino.

I disturbi del sonno nei bambini rappresentano una sfida per il loro benessere, con effetti negativi anche nei *caregiver*, che possono subire ripercussioni fisiche e psicologiche.

In particolare, le madri sono spesso più colpite dei padri, in quanto generalmente si occupano personalmente dell'addormentamento e dei risvegli del figlio.

Secondo un sondaggio nazionale condotto su oltre 600 bambini in età scolare (dai 5 ai 10 anni) dalla National Sleep Foundation (2004), citato da Meltzer e Mindell (2007), infatti, è emerso che sono le madri ad occuparsi del bambino nel 79% dei casi di risvegli notturni.

Per approfondire le conseguenze dei disturbi del sonno del bambino nel *caregiver* riporto lo studio condotto da Meltzer e Mindell (2007), che si è proposto di esaminare la qualità del sonno infantile e quella materna, nonché di identificare gli effetti derivanti da una scarsa qualità del sonno della madre. Le diadi *caregiver* - bambino interessate sono state suddivise in due gruppi: uno composto da bambini affetti da disturbi del sonno clinicamente significativi, e uno con bambini che non presentano tali problematiche.

Nonostante non siano emerse differenze significative nei modelli di sonno (in termini di orario di addormentamento, orario di risveglio, durata complessiva del sonno) tra le due popolazioni, le interruzioni del sonno del bambino si sono rivelate un predittore significativo della qualità del sonno materno.

Le madri di bambini con disturbi del sonno hanno riportato un numero maggiore di risvegli notturni per prendersi cura del loro bambino. Inoltre, la qualità del sonno materno si è dimostrata un predittore rilevante del funzionamento fisico e psichico con esiti significativi, laddove il sonno si è rivelato insufficiente, di depressione, disagio genitoriale, stanchezza e sonnolenza diurna.

Le madri il cui sonno è frequentemente interrotto a causa del sonno infantile disturbato, potrebbero anche essere maggiormente a rischio di sviluppare sentimenti negativi nei confronti del proprio bambino ma anche del loro ruolo e competenza genitoriale. Secondo la Società Italiana di Pediatria (2019), il 38% delle madri con disturbi del sonno soffre di sintomi nevrotici e/o depressivi, e l'85% prova sentimenti ambivalenti nei confronti del figlio.

Tali rischi tendono ad intensificarsi quando l'interruzione del sonno del genitore è cumulativa, minando anche la qualità della relazione di coppia genitoriale.

Nella Figura 2 è presentato il modello concettuale che delinea il percorso attraverso il quale la qualità del sonno infantile potrebbe giungere ad influenzare la co - genitorialità. Questo modello attinge da formulazioni teoriche secondo cui lo stress ambientale può compromettere il funzionamento individuale dei genitori che a sua volta aumenta la possibilità di peggioramento della co-genitorialità, riducendo il sostegno reciproco ed aumentando i conflitti (Feinberg, 2003, citato da McDaniel & Teti, 2012).

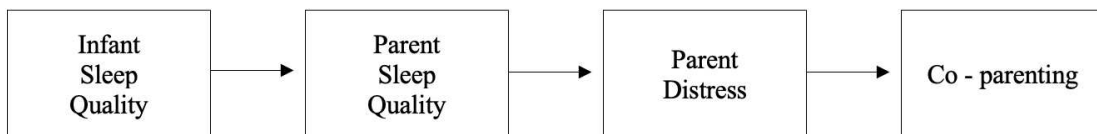


Figura 2: Modello concettuale che sottolinea un percorso attraverso il quale la qualità del sonno infantile potrebbe influenzare la qualità della co-genitorialità (citato da McDaniel & Teti, 2012).

In seguito verranno approfondite le diverse fasi del modello concettuale rappresentato in *Figura 2*, per comprendere come la qualità del sonno del bambino influisca non solo sul sonno del genitore, ma comprometta anche il benessere e la qualità delle interazioni familiari.

Parent sleep quality: la letteratura scientifica ha ampiamente documentato che i problemi di sonno infantili sono associati ad una riduzione del sonno notturno nelle madri. Kalmbach et al. (2022) affermano che quando le madri percepiscono il sonno del bambino come scarso, le loro probabilità di soffrire di insonnia clinicamente grave aumentano di circa cinque - sei volte, e il rischio di segnalare una durata del sonno insufficiente è più che raddoppiato.

Parent distress: l'interruzione del sonno infantile è percepita come un fattore ambientale che incide negativamente sulla qualità del sonno dei genitori, portando a un crescente distress genitoriale che può determinare importanti conseguenze, inclusi un basso senso di autoefficacia ed un aumento del rischio di depressione (Carroll, Appleton & Harris, 2024).

Le madri sono inclini a percepire le richieste notturne del bambino come un'espressione di disagio e, rispetto ai padri, attribuiscono maggiore importanza al bisogno di fornire conforto e intervento immediato durante i risvegli notturni (Lollies, Schnatschmidt, Schlarb & Genuneit, 2022).

Quando i ripetuti tentativi di calmare il bambino non producono i risultati sperati, le madri possono sviluppare una percezione negativa delle proprie abilità, con conseguenti sentimenti di inutilità ed inadeguatezza, fino a ritenersi responsabili del prolungato disagio del bambino. Lo stress e l'auto-percezione negativa possono aumentare il rischio di sintomi depressivi, creando un circolo vizioso che influisce sia sul benessere della madre che sulla qualità dell'interazione con il bambino. In questo contesto, l'autoefficacia genitoriale, definita come la percezione che un genitore ha delle proprie capacità di adempiere con successo ai compiti legati alla cura del proprio figlio, risulta particolarmente minata.

Lo studio di Werner et al. (2022) ha dimostrato che una maggiore autoefficacia genitoriale è significativamente associata ad una riduzione dei problemi di sonno del bambino, suggerendo una possibile relazione bidirezionale. Non solo una minore incidenza dei problemi di sonno nei bambini rafforza l'autoefficacia genitoriale ma una maggiore fiducia dei genitori nelle proprie capacità sembra ridurre le difficoltà legate al sonno infantile.

I problemi di sonno materno e infantile sono stati associati anche ad una ridotta qualità della relazione madre - bambino.

La regolazione delle emozioni nelle madri di bambini che soffrono di problemi di sonno è ridotta a causa della scarsa qualità del loro sonno e dello scarso sentimento di autoefficacia. Questa situazione può contribuire ad una maggiore vulnerabilità alla depressione o ad altre fragilità materne che possono influenzare negativamente la relazione con il bambino e portare a comportamenti genitoriali disfunzionali (Lollies et al., 2022).

King et al. (2020) (citato da Kalmbach et al., 2022) affermano che dopo una notte di sonno disturbato, monitorata tramite actigrafia, le madri risultano essere meno accurate nel percepire, interpretare e rispondere ai segnali del bambino ma anche nell'affrontare gli eventi in modo adattivo. Inoltre, uno studio a lungo termine ha dimostrato che una ridotta durata del sonno materno nei primi tre mesi dopo il parto predice un legame di attaccamento più debole con il neonato nei tre mesi successivi (Tikotzky et al., 2012 citato da Kalmbach et al., 2022).

Pertanto, questi risultati evidenziano l'importanza di affrontare i problemi del sonno dei bambini e dei genitori non solo nel quadro di interventi puramente clinici sul sonno, ma anche nel contesto più ampio delle interazioni quotidiane *caregiver* - bambino e delle pressioni emotive associate ai problemi di sonno del figlio.

Co-parenting: L'elevata incidenza di risvegli notturni, connessa ad un aumento dei livelli di stress ed irritabilità soprattutto materna, può compromettere la qualità complessiva della relazione tra i genitori.

Qualora i genitori riescano ad affrontare insieme le difficoltà legate alla riduzione della qualità del sonno, mantenendo una buona comunicazione e condivisione delle strategie di gestione del sonno del bambino, la loro interazione può rimanere positiva.

In caso contrario, potrebbero svilupparsi sentimenti di frustrazione, aumentando la frequenza di interazioni negative nella co-genitorialità.

Spesso, come evidenziato nella letteratura, sono le madri a doversi alzare durante la notte per accudire il bambino, lasciando l'altro genitore riposare. Questa asimmetria può innescare sentimenti di invidia o risentimento nei confronti del *partner*, alimentando tensioni derivanti da una percezione di divisione iniqua dei ruoli genitoriali.

Inoltre le fragilità emotive, come sintomi depressivi, spesso originate da un'eccessiva stanchezza psico-fisica e da un persistente senso di inadeguatezza, possono compromettere ulteriormente la qualità della relazione di coppia.

In questo contesto, lo studio condotto da Tikotzky, Sadeh, Volkovich, Manber, Meiri e Shahar (2015) ha dimostrato che un maggior coinvolgimento paterno nella cura dei bambini di 3 mesi è associato a un sonno più consolidato sia per i bambini a 6 mesi che per le loro madri a 6 mesi, dopo aver controllato l'allattamento al seno. I risultati suggeriscono che la condivisione equilibrata delle responsabilità genitoriali

nell'assistenza al bambino non solo favorisce il consolidamento del sonno infantile ma ha anche un impatto positivo sul sonno materno.

In conclusione, le ricerche hanno ampiamente dimostrato che i problemi di sonno infantile sono associati a ripercussioni psico-fisiche nei genitori. Tuttavia, attraverso interventi mirati sul sonno del bambino, secondo studi condotti da Meltzer & Mindell (2007), si potrebbero ridurre le interruzioni del sonno infantile e questo non solo si associa a miglioramenti significativi nella qualità del sonno del bambino, ma produce esiti positivi anche nei genitori. I risultati di tali studi hanno incluso una diminuzione della depressione materna, una maggiore efficacia genitoriale, una diminuzione dello *stress* genitoriale e una migliore soddisfazione coniugale. Di conseguenza, è fondamentale che gli interventi sul sonno infantile siano considerati non solo come strategie per migliorare la salute del bambino, ma anche come opportunità per promuovere il benessere complessivo della famiglia.

CAPITOLO 3
GLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DEL SONNO INFANTILE ED IL
RUOLO DEL *COUNSELING*

3.1 Metodi per la gestione del sonno

Il sonno infantile è un bisogno essenziale per lo sviluppo del bambino e rappresenta un fattore chiave per il benessere dell'intero nucleo familiare.

Come discusso nel capitolo precedente, infatti, le problematiche legate al sonno del bambino non solo hanno ripercussioni nel soggetto ma possono influire profondamente sul riposo dei genitori, incidendo sul loro benessere psicofisico e sulla relazione genitoriale. Non sorprende, quindi, che la richiesta di soluzioni efficaci ed immediate per migliorare il sonno dei bambini, sia elevata.

Di fronte alle crescenti richieste per far fronte a questo bisogno, sono stati sviluppati numerosi approcci e metodi di intervento sul sonno infantile.

Gli approcci al sonno possono essere suddivisi in tre categorie principali (Rapisardi, 2022): quelli basati sull'addestramento comportamentale, quelli che favoriscono la partecipazione attiva del bambino e quelli basati sulle cure prossimali.

3.1.1 Approcci di addestramento al sonno

Gli approcci di addestramento al sonno sono profondamente radicati nella cultura occidentale e si basano principalmente sui principi del condizionamento comportamentale.

Essi mirano a modificare il comportamento del bambino rinforzando i comportamenti desiderati come l'addormentamento autonomo, e ignorando quelli indesiderati, come il pianto notturno.

Questi metodi presuppongono che, intorno ai quattro - sei mesi di età, la maggior parte dei bambini sia pronta ad imparare ad addormentarsi autonomamente, riuscendo così a prolungare i periodi di sonno continuo durante la notte. Tuttavia, la loro applicazione, richiede ai genitori accordo, costanza e coerenza.

Una tipologia dei metodi di addestramento è quella dell'estinzione, che mira ad eliminare il coinvolgimento del genitore nel sonno del bambino. A questa categoria appartiene l'estinzione del pianto o "*Cry It Out*" che richiede ai genitori di mettere a letto il bambino assonnato ma non addormentato ad un'ora fissa e di non interagire con lui nelle fasi di addormentamento o durante i risvegli notturni. I genitori hanno l'obiettivo di indurre il piccolo ad essere autonomo per cui, escluse le condizioni in cui il bambino è malato o in pericolo, non intervengono per tutta la notte. Questo metodo

sottende la premessa che i genitori, rispondendo al pianto del bambino, lo rafforzano per cui estinguendo lo stimolo di rinforzo si ritiene che il bambino impari a consolarsi autonomamente.

Esistono, tuttavia, delle varianti meno rigide al metodo di estinzione non modificata sopra descritto.

In primo luogo il modello di estinzione modificata prevede un intervento ad intervalli programmati del genitore. In questo metodo viene ridotto il rinforzo positivo, ovvero l'attenzione del *caregiver* che il bambino riceve in risposta al pianto. A differenza di quanto accade nel modello di estinzione non modificata, che prevede la non-risposta del genitore, questo approccio prevede di aspettare alcuni minuti prima di intervenire, per consentire al bambino di sviluppare delle strategie di auto - regolazione.

Sono presenti differenti varianti del metodo di estinzione modificata: alcune prevedono degli intervalli di intervento fissi del *caregiver*, altre intervalli di attesa alla risposta, crescenti. Inoltre, in questo approccio viene evitata l'interazione diretta con il bambino come il prenderlo in braccio o alimentarlo per non stimolarlo ulteriormente.

Il metodo di estinzione modificata, negli anni è stato nominato in modi differenti come metodo “*Ferber*” o “*Controlled Crying*”.

Un'altra metodologia alternativa all'estinzione graduale è l'estinzione con la presenza dei genitori che prevede una riduzione del coinvolgimento dei genitori nel calmare il bambino, mantenendo, però, la vicinanza. I genitori svolgono, quindi, un ruolo passivo di conforto. Questo metodo si basa sulla premessa che la separazione genitore - bambino può provocare stress sia nei genitori che nei bambini, fattori che alterano la possibilità del bambino ad addormentarsi e mantenere il sonno.

Anche nei metodi di estinzione con la presenza dei genitori sono emerse delle variazioni per cui la presenza ed il conforto del *caregiver* si possono ridurre nel tempo per promuovere un addormentamento sempre più autonomo del bambino. Alla categoria dei metodi di estinzione con la presenza dei genitori appartiene il “*Chair Method*”, in cui il genitore rimane inizialmente vicino al bambino durante il processo di addormentamento, seduto su una sedia accanto al suo letto, e poi progressivamente si allontana fino ad uscire dalla stanza, ma ancora in vista. Anche il “*Camping Out*” fa parte degli approcci di estinzione con la presenza del genitore, è simile al “*Chair*

Method”, ma prevede un’interazione più attiva e rassicurante con il bambino in quanto il genitore non è seduto nella sedia ma può inizialmente sedersi nel letto del piccolo.

Un altro approccio afferente a questa categoria è quello del “*Fade It Out*”, che prevede una riduzione progressiva dell’aiuto offerto dai genitori durante il momento dell’addormentamento (ad esempio cullare, nutrire, cantare, dondolare o una loro combinazione), favorendo un passaggio graduale verso l’autonomia del bambino.

Infine, un ulteriore approccio di questa tipologia è il “*Pick-Up/Pick-Down*”, che mira a bilanciare il bisogno di rassicurazione del bambino con la sua progressiva indipendenza. In questo metodo, il genitore risponde al pianto del bambino prima attendendo per vedere se il bambino si riaddormenta da solo e poi accarezzandolo o, se necessario, prendendolo in braccio per calmarlo, per poi rimetterlo nel letto non appena tranquillizzato. Questo processo può richiedere più ripetizioni, ma l’obiettivo è insegnare al bambino di sentirsi sicuro e trovare modi di addormentarsi senza dipendere totalmente dal contatto fisico costante con il *caregiver*.

L’idea dei metodi di estinzione con la presenza dei genitori è di fornire una presenza rassicurante che gradualmente si riduce, consentendo al bambino di sviluppare la capacità di addormentarsi in modo autonomo.

I metodi di estinzione volti a risolvere i problemi del sonno nel bambino presentano sia aspetti positivi che negativi, che meritano un’attenta considerazione. Tra i vantaggi, tali metodi sono frequentemente ritenuti efficaci nel breve termine, contribuendo ad una riduzione dei risvegli notturni e ad una maggiore autonomia nell’addormentamento del bambino; dunque, sembrano favorire un rapido miglioramento complessivo del riposo per tutta la famiglia. Le evidenze a sostegno dell’efficacia di questi metodi comportamentali, tuttavia, provengono principalmente da studi condotti su bambini oltre la prima infanzia, in contesti controllati e sotto la guida di professionisti qualificati. E’ importante considerare che gli interventi comportamentali, specialmente quelli di estinzione non modificata, sollevano diverse criticità, nonostante l’attuale ricerca in questo settore non si presti ad una revisione sistematica.

Questi metodi vengono spesso abbandonati dai genitori a causa delle preoccupazioni per la relazione affettiva con il bambino e la difficoltà a tollerare il pianto prolungato.

Alcuni studi hanno suggerito che tali approcci possono essere inappropriati per lo sviluppo dei bambini in quanto aumentano i rischi di cessazione prematura

dell'allattamento al seno, aumentano il pianto del neonato e le probabilità di disaccoppiamento della sincronia fisiologica madre-bambino.

Infine, è importante notare che tali approcci sono stati criticati in quanto tendono a patologizzare comportamenti normali del neonato, a rafforzare aspettative genitoriali irrealistiche e a non rispettare i principi della genitorialità reattiva.

Tuttavia, lo studio condotto da Grandisar et al. (2016) non ha riscontrato effetti negativi sull'attaccamento genitore-bambino o sullo sviluppo emotivo e comportamentale dopo l'intervento comportamentale di estinzione graduale. Anche, lo studio di Bilgin e Wolke (2020), che ha esaminato l'applicazione del metodo "*Cry It Out*", non ha rilevato differenze significative nello sviluppo comportamentale o nei legami affettivi tra i bambini che non erano mai stati lasciati piangere e quelli che avevano sperimentato tale pratica, sia occasionalmente che frequentemente. Ciò che questi ricercatori hanno osservato, invece, è stata una riduzione della durata del pianto a 18 mesi di età nei bambini i cui genitori non hanno risposto al pianto alcune volte o spesso.

Questo suggerisce che, sebbene vi siano preoccupazioni legittime riguardo agli interventi comportamentali, non tutte le evidenze supportano l'idea di un loro impatto negativo.

Lo studio condotto da Honaker et al. (2018), (citato da Kahn, Whittall & Tikotzky, in press) ha riportato che circa il 25% dei genitori che utilizzano tecniche basate sull'estinzione inizia con un metodo ma ne sperimenta differenti, con la transizione più comune che si verifica dall'estinzione non modificata a quella modificata. Ciò testimonia il fatto che non esiste un unico metodo standardizzato, valido per tutti i soggetti, di trattamento dei problemi di sonno infantile ma che ciascuna famiglia può utilizzare quello che avverte essere più sostenibile.

Alcuni studi hanno cercato di indagare per chi fossero indicati gli interventi comportamentali.

Kahn et al. (in press) hanno affermato che non sono ancora presenti sufficienti evidenze per affermare se l'età del bambino moduli i risultati dell'intervento comportamentale attuato. Gli autori stessi ed altri studi, come quello condotto da Whittall, Kahn, Pillion & Gradisar, 2021 hanno però rilevato diversi fattori che possono influenzare i risultati dell'intervento comportamentale. I metodi di estinzione, che spesso prevedono una separazione tra genitori e bambini, possono essere meno efficienti nei soggetti con

un'ansia da separazione elevata in quanto i bambini potrebbero esprimere maggiore angoscia quando vengono lasciati soli, rendendo difficile per i genitori temporeggiare o annullare il loro intervento.

In uno studio condotto da Kahn et al. (2020) (citato da Kahn et al., in press), è stato dimostrato che mentre i bambini con bassi livelli di ansia da separazione mostrano riduzione della veglia notturna sia negli interventi di estinzione modificata, sia in quelli di estinzione con la presenza dei genitori, i soggetti con alti livelli di ansia non mostrano gli stessi benefici con gli interventi di estinzione modificata. Altri parametri del sonno, come la latenza nell'addormentamento e i risvegli notturni, sono migliorati dopo entrambi gli interventi, indipendentemente dall'ansia di separazione del bambino. Questi risultati suggeriscono che per i bambini con alta ansia da separazione sono favorevoli interventi che comportano una separazione minore dal *caregiver*.

Lo stesso studio ha indagato come i fattori genitoriali, quali la tolleranza al pianto e le cognizioni sul sonno del bambino, influenzano l'efficacia degli interventi comportamentali sul sonno. I genitori con una bassa tolleranza al pianto e difficoltà a gestire il disagio che i bambini mostrano nella fase di addormentamento, tendono ad ottenere risultati peggiori. Tuttavia, l'implementazione dell'intervento può portare ad un aumento della tolleranza al pianto, migliorando così la capacità dei genitori di affrontare il disagio e, di conseguenza, si potranno ottenere buoni progressi nel sonno del bambino.

3.1.2 Approcci di partecipazione attiva del bambino

Gli approcci che promuovono la partecipazione attiva del bambino partono dal presupposto che il piccolo sia un attore competente nel processo di addormentamento. In Italia, gli approcci più noti sono quelli ispirati alla pedagogia montessoriana e agli insegnamenti di Brazelton. Entrambi pongono al centro la capacità del bambino di sviluppare autonomia ed autogestione, valorizzando le sue competenze intrinseche e promuovendo l'interazione di collaborazione con i genitori. Il pensiero montessoriano sostiene che il sonno sia un bisogno vitale ma è ostile alle convenzioni sociali che costringono i bambini a dormire in orari precoci e in modalità che non favoriscono il loro sviluppo naturale. Maria Montessori pone grande enfasi nel considerare il bambino come un individuo unico, con i propri bisogni e capacità. Osservare, riconoscere e

rispettare i modelli di sonno e le esigenze personali del bambino è fondamentale per sviluppare strategie personalizzate che promuovano abitudini di sonno migliori. La pedagoga attribuisce particolare importanza alla strutturazione dell'ambiente e all'autonomia del bambino come agente attivo nello sviluppo delle proprie capacità. In particolare propone la riforma del letto tradizionale, suggerendo che i bambini dovrebbero avere letti bassi, senza sbarre su cui poter salire e scendere autonomamente. Inoltre, sottolinea l'importanza di un approccio educativo che posizioni l'adulto in un ruolo di sostegno piuttosto che di controllo per promuovere l'espressione delle competenze personali del bambino.

3.1.3 Approcci basati sulle cure prossimali

Partendo da studi antropologici ed evolucionistici, gli approcci basati sulle cure prossimali sostengono il valore fisiologico dell'accudimento a contatto fin dai primi mesi di vita e promuovono l'educazione affettiva dei bambini basata sul rispetto e il sostegno dell'istinto materno.

Tra gli approcci basati sulle cure prossimali, lo *"Sleep , Baby e You"* di Helen Ball è il più diffuso.

Il programma *"Sleep , Baby e You"* adatta alla realtà britannica l'approccio australiano *"Possum Sleep Program"* di Pamela Douglas. Quest'ultimo propone un nuovo paradigma per la gestione del sonno genitore-bambino formulando un programma con l'obiettivo di fornire ai genitori le conoscenze essenziali sulla scienza del sonno e la sua relazione con lo sviluppo del bambino. Attraverso strategie pratiche, il *"Possessum Sleep Program"* mira ad ottimizzare i meccanismi biologici del sonno, contribuendo a ridurre i risvegli notturni. Un elemento chiave del programma è l'invito ai genitori a riflettere sui propri valori , ad adattare le loro aspettative e a scoprire come soddisfare al meglio le esigenze dei loro bambini.

Questo approccio enfatizza l'importanza di rispondere adeguatamente ai segnali del bambino attraverso una genitorialità reattiva e riconosce che alcuni segnali biologici del piccolo, come la sonnolenza post-pasto, dovrebbero essere rispettati dai genitori.

Inoltre, il programma promuove la calma come fattore fondamentale per facilitare il sonno, incoraggiando i genitori a trovare strategie per calmare il bambino e per mantenere la propria calma. E' fondamentale permettere ai bambini di osservare ed

interagire con il mondo esterno, senza ossessionarsi eccessivamente per i riposini, che avvengono naturalmente.

In sintesi, attraverso questi principi, i programmi offrono ai genitori strumenti pratici e teorici per comprendere meglio la fisiologia del sonno infantile, ridurre l'ansia legata alle aspettative culturali e favorire un ambiente di sonno sereno. L'obiettivo ultimo è promuovere un attaccamento sicuro, garantire un sonno ristoratore e rendere il tempo trascorso assieme al bambino un momento di gioia e connessione.

Lo studio condotto da Ball, Taylor, Thomas e Douglas (2020) sulla valutazione dell'efficacia del programma "*Sleep , Baby e You*" ha messo in evidenza un bisogno sostanziale dei neo - genitori di ricevere un supporto adeguato per affrontare la stanchezza *post partum* e le interruzioni del sonno correlate alla gestione dei neonati. Molti professionisti, che hanno un rapporto diretto con i *caregiver*, hanno segnalato che frequentemente i genitori si rivolgono per presentare difficoltà che derivano maggiormente dalle aspettative irrealistiche riguardo al sonno del neonato più che per effettivi disturbi del sonno. Inoltre i professionisti hanno riferito di sentirsi spesso impreparati ad affrontare le preoccupazioni dei genitori sul sonno infantile. Infine, dai dati è emerso che molti professionisti sanitari non comunicano in modo chiaro ed efficace le informazioni relative al sonno dei neonati; tali lacune nella comunicazione conducono i genitori a sentirsi ansiosi e confusi riguardo le aspettative sul sonno del bambino.

In questo studio il programma "*Sleep, Baby e You*" è stato considerato utile poiché offre ai genitori l'opportunità di alleviare il loro stress e le preoccupazioni sul sonno del bambino fornendo rassicurazione; inoltre il programma permette di adeguare le loro aspettative riguardo al sonno dei neonati.

I professionisti, che hanno ammesso di non sentirsi sufficientemente preparati e sicuri nel consigliare i metodi di addestramento al sonno, hanno considerato "*Sleep, Baby e You*", metodo flessibile e di buon senso, una risorsa fondamentale per affrontare il tema del sonno infantile con i genitori.

Il programma "*Sleep , Baby e You*" si distingue per la sua capacità di riorientare le aspettative, spostando l'attenzione dall'idea di un sonno ininterrotto a una visione più realistica e flessibile che considera le esigenze specifiche di ciascun bambino. Per questo motivo, anche introdurre "*Sleep , Baby e You*" nelle classi prenatali può risultare

estremamente utile. Preparare il genitore a gestire il sonno frammentato dei neonati e fornire strategie per affrontare la stanchezza *post-partum* può ridurre lo stress e migliorare il benessere familiare complessivo.

3.2 Il *counseling*

Il *counseling* è un processo relazionale consapevole e personalizzato che si sviluppa tra un operatore competente e l'interlocutore con il proprio vissuto, i propri valori e le proprie risorse personali e familiari.

L'obiettivo principale del *counseling* non è fornire soluzioni dirette ma facilitare la persona nell'attivazione delle proprie risorse e capacità, creando condizioni relazionali ed ambientali che contribuiscono al benessere dell'utente e che gli permettano di affrontare in modo responsabile le scelte e le eventuali difficoltà che riguardano il mantenimento della propria condizione di salute.

La relazione di cura si basa su interesse e fiducia verso l'altro, sospensione del giudizio, autenticità e comprensione empatica .

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (1989), (citato da Istituto Superiore di Sanità, 2017) il *counseling* è un intervento che, attraverso il dialogo, aiuta le persone a gestire i problemi, a capirli e ad affrontare i propri bisogni in modo razionale.

Il *counseling* può essere definito sia come arte che come scienza. E' considerato arte in quanto la relazione tra operatore e utente si sviluppa attraverso variabili soggettive come la personalità, i sistemi di valori, i vissuti e le esperienze personali, che risultano difficili da misurare ma sono determinanti nel corso e nell'esito del processo. Al tempo stesso è una scienza in quanto l'intervento dell'esperto segue modelli teorici e protocolli specifici, basati su conoscenze del comportamento umano e delle strategie comunicative.

L'intervento del *counseling* può essere descritto come:

Intenso: il *counseling* si fonda su una relazione profonda e significativa, instaurata in un clima di accettazione e rispetto reciproco che costituisce la premessa per la creazione di un rapporto di fiducia e collaborazione.

Focalizzato: l'intervento si concentra sul "qui ed ora", affrontando le problematiche della persona al momento presente.

Limitato nel tempo: il processo di *counseling* si sviluppa in un tempo circoscritto.

Specifico: l'intervento si costruisce sulla base di obiettivi chiari e realistici, che emergono dalle necessità espresse dall'utente. Ogni obiettivo è formulato in modo concreto e raggiungibile.

Attivo: entrambe le parti, operatore ed utente, svolgono un ruolo attivo nella relazione. Il *counselor* adotta un atteggiamento attivo, accogliente e non giudicante, che consente alla persona di acquisire maggiore consapevolezza di sé e delle proprie risorse. Questo approccio facilita il paziente nel confidare le difficoltà riscontrate e nel trovare soluzioni efficaci per gestirle.

Integrato: il *counseling* considera la persona nella sua globalità. L'intervento mira a mobilitare non solo le risorse individuali del paziente ma anche quelle collettive come il supporto della famiglia, i servizi e la rete sanitaria.

Le qualità personali e le competenze del *counselor* rivestono un ruolo cruciale nel favorire un'interazione positiva. È fondamentale adottare un atteggiamento non giudicante e non direttivo, caratterizzato da accoglienza e rispetto per l'interlocutore, che viene considerato come persona capace di esprimere ed utilizzare le proprie risorse. Inoltre, è importante attuare una condotta autentica e congruente che trasmetta fiducia.

3.2.1 Strutturazione di un colloquio di *counseling*

L'intervento di *counseling* si basa sulla relazione con l'utente e, sebbene individualizzato, segue un processo ben definito che accompagna e sostiene il contenuto della relazione e facilita l'individuazione delle problematiche riportate nonché delle risorse disponibili e delle possibili soluzioni. Il processo di *counseling* può essere articolato in tre fasi interconnesse: la fase iniziale, la fase intermedia e la fase finale.

La fase iniziale è un elemento cruciale per creare un'alleanza basata su collaborazione e fiducia reciproca. All'accoglienza, progettata per far sentire l'utente a proprio agio ed al sicuro, segue l'ascolto attivo, finalizzato alla comprensione dei bisogni specifici del paziente. L'ascolto attivo implica l'utilizzo di tecniche di rispecchiamento empatico da parte dell'esperto che comprendono la riformulazione, la delucidazione, la capacità di indagare.

Nella fase intermedia il professionista ed il paziente esaminano le priorità relative al problema emergente. L'operatore deve essere in grado di accogliere e restituire empaticamente i contenuti emotivi riferiti dall'utente ma anche di guidare

l'interlocutore nell'identificare autonomamente le risorse disponibili per giungere alla soluzione. Le informazioni date dall'esperto devono essere valide e personalizzate. Facendo riferimento alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (citato da Rapisardi et al., 2012) riguardanti la comunicazione efficace nelle cure primarie, l'obiettivo di questa fase è quello di valorizzare le risorse e le capacità dei genitori e di facilitare la presa di decisioni consapevoli riguardanti la loro salute o quella dei loro figli, senza sostituirsi a loro e proponendo comportamenti sostenibili. La sequenza consigliata dall'OMS per condurre l'incontro è la seguente: *ask* (chiedi), *praise* (valorizza ciò che già il genitore fa), *advise* (consiglia) and *show* (fornisci esempi).

Infine, la fase finale è dedicata a riassumere quanto emerso durante il colloquio, verificare la comprensione di ciò che è stato discusso e chiarire eventuali dubbi dell'utente.

3.2.2 Servizio di *counseling* sullo sviluppo del bambino

Il primo triennio di vita, anche per il bambino a sviluppo normotipico, rappresenta un processo complesso di continui cambiamenti e nuove acquisizioni.

Per i genitori, invece, è un periodo che coincide con l'acquisizione di una nuova identità genitoriale, caratterizzata da nuove responsabilità, frequenti dubbi a cui è necessario dare una risposta e difficoltà per le quali è fondamentale individuare una soluzione.

Un sondaggio nazionale condotto dal CS Mott Children's Hospital (Clark, S. J., Schultz, S. L., Gebremariam, A., Singer, D. C. & Woolford, S. J., 2023) su un campione nazionale di 614 genitori con almeno un figlio da 0 a 4 anni, ha riportato che l'80% dei genitori, in particolare le madri (84% rispetto al 69% dei padri), utilizza i *social media* per cercare informazioni o consigli riguardanti la genitorialità e lo sviluppo infantile.

Tra gli argomenti di maggiore interesse dei genitori emergono: l'educazione al vasino (44%), le strategie per favorire l'addormentamento (42%), l'allattamento e lo svezzamento (37%), le pratiche educative (37%), le vaccinazioni (26%), l'inserimento nel contesto scolastico (24%). Secondo quanto emerso da questo studio i genitori accedono alle piattaforme digitali per ottenere confronto (62%), per sentirsi meno soli (37%), per ridurre le proprie preoccupazioni (16%), per decidere se acquistare o meno specifici prodotti (25%), per stabilire le situazioni in cui è necessario dirigersi dal

medico (11%) ma anche per la scarsità di occasioni per consultare il pediatra (7%) e per il timore di chiedere informazioni di persona (5%).

Nonostante la grande affluenza di genitori nei *social*, il 72% dei genitori ha identificato almeno un aspetto che li preoccupa e, tra questi, il dato più saliente è la difficoltà a distinguere buoni e cattivi consigli (40%). E' opportuno, infatti, considerare che i *social media* non solo rappresentano uno strumento di supporto per i genitori ma anche una fonte di potenziale confusione ed ansia.

Sulla base dei dati emersi dagli studi, è evidente che molte madri cercano sul *web* risposte ai propri dubbi ma, soprattutto quando si interfacciano con le esperienze condivise sui *social media*, sviluppano preoccupazioni sulle proprie competenze genitoriali e sullo sviluppo del proprio bambino.

Gli aspetti negativi legati all'uso dei *social media* da parte delle madri sono molteplici (Egmoose, Krogh, Stuart, Haase, Madsen & Væver, 2022). Un aspetto particolarmente rilevante è il confronto verticale² verso l'alto, ovvero il paragone con immagini idealizzate di altri genitori o bambini presentate su Instagram o altri *social media* che genera un senso di inadeguatezza e una ridotta percezione della propria competenza genitoriale.

In particolare, molte madri hanno riportato sentimenti di insicurezza nel confrontarsi con esperienze apparentemente "perfette" condivise dagli *InstaParents*, ovvero *influencer* che condividono le proprie esperienze personali legate alla genitorialità. Inoltre, è emersa maggiore ansia e preoccupazione per lo sviluppo del proprio figlio, soprattutto quando le madri confrontavano le competenze acquisite dal proprio bambino da quelle raggiunte dai coetanei.

In questo senso il *counseling* costituisce una risorsa professionale preziosa per i genitori che offre un supporto per affrontare i dubbi e le difficoltà che emergono durante il percorso di crescita dei loro figli.

² Confronto verticale: il confronto verticale avviene quando il target di confronto è percepito come migliore (confronto verticale verso l'alto) o peggiore (confronto verticale verso il basso) rispetto a se stessi in termini di situazione vissuta o per competenze possedute.

Attraverso l'ascolto empatico e senza giudizio i genitori possono essere liberi di esprimersi sentendosi accolti, compresi e legittimati nelle loro esperienze e riducendo il senso di isolamento che spesso accompagna la genitorialità.

Attraverso un dialogo che include la partecipazione attiva del genitore è possibile esplorare le dinamiche familiari e riconoscere i bisogni e le risorse proprie e del proprio bambino. Inoltre possono essere identificati eventuali schemi disfunzionali al fine di garantire un contesto favorevole per lo sviluppo.

La maggiore comprensione e consapevolezza di tali elementi si rivela essenziale per tradurre principi e strategie teoriche proposte dal professionista, in pratiche concrete, personalizzate e sostenibili, applicabili alla vita quotidiana.

Seconda parte
Contributo clinico

CAPITOLO 4
STRUMENTI E METODI

4.1 Metodologia di lavoro

Il presente progetto di tesi si è svolto presso l’Ospedale di Camposampiero (PD), nei reparti di pediatria ed ostetricia.

In particolare, il servizio di *counseling* è stato condotto nell’ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo, afferente al reparto di pediatria.

Il progetto ha avuto una durata complessiva di 10 mesi (gennaio - ottobre 2024), ed è stato supervisionato dalla Dott.ssa Stocco, neuropsicomotricista.

Il progetto di ricerca si è svolto in tre principali fasi, descritte in seguito:

Fase T₀: Analisi del bisogno

Questa fase si è posta l’obiettivo di analizzare la necessità di intervento nel sonno nei bambini di età compresa tra zero e tre anni. A tal fine è stato implementato un questionario, composto da 23 variabili.

Fase T₁: Attuazione del progetto

In questa fase si è attuato l’intervento di risposta al bisogno di supporto al sonno, identificato nell’analisi preliminare.

L’intervento di risposta è stato attuato secondo due modalità. In primo luogo è realizzato un opuscolo informativo-preventivo rivolto ai genitori dei bambini di età compresa tra 0 e 3 anni, che rappresenta la popolazione di interesse del progetto. L’opuscolo chiarisce i principali dubbi dei *caregiver* riguardanti il sonno del bambino, affronta il tema del sonno del bambino in relazione all’età e fornisce indicazioni sulla gestione del sonno.

In secondo luogo è stato avviato un servizio di *counseling* sul sonno, disponibile sia in presenza che in modalità telematica, con l’obiettivo di offrire un supporto personalizzato.

Questo servizio è stato promosso attraverso la diffusione di una *brochure* nei reparti di pediatria ed ostetricia dell’Ospedale di Camposampiero (PD).

Per avere una guida nelle interviste semi - strutturate condotte con i genitori partecipanti al servizio di *counseling* sul sonno “*Sogni d’oro, piccolo sognatore*”, è stata realizzata una scheda di valutazione del sonno. Questo strumento ha permesso di esaminare in modo più specifico le abitudini di sonno notturno e diurno del bambino.

Fase T₂: Riscontro dei genitori: Durante questa fase sono stati raccolti *feedback* dai genitori partecipanti al servizio di *counseling*.

La spiegazione degli strumenti di lavoro utilizzati sarà espressa nel dettaglio nel sottocapitolo successivo; il capitolo 5 sarà, invece, interamente dedicato alla trattazione del progetto di *counseling*.

4.2 Strumenti della fase T₀

4.2.1 Questionario di indagine del bisogno

Scopo:

A seguito di una revisione approfondita della letteratura sul sonno infantile e sull'impatto che questo può avere sullo sviluppo del bambino e sulla salute psico - fisica dei *caregiver* (argomenti trattati nel dettaglio nei capitoli 1 e 2 del progetto di ricerca), è stato elaborato un questionario di indagine sul sonno del bambino di età compresa tra zero e tre anni. Questo strumento è stato utilizzato per esplorare la tematica del sonno e per valutare se ci sia una necessità di intervento su questo bisogno nel contesto in cui si svolgerà la seconda fase del progetto.

Gli obiettivi specifici del questionario sono i seguenti:

1. Valutare i cambiamenti nel sonno del genitore dopo la nascita del bambino.
2. Esplorare l'influenza della qualità e quantità del sonno del genitore sulle abilità genitoriali, sul livello di stress, sulla gestione delle attività quotidiane, sulla relazione diadica *caregiver* - bambino e sulla relazione di coppia.
3. Analizzare l'impatto del sonno del bambino sul suo comportamento diurno.
4. Indagare la presenza e la tipologia delle risorse accessibili ai genitori per far fronte al sonno del bambino: tempo, energia, supporto sociale e professionale.
5. Identificare le principali preoccupazioni dei genitori riguardo la qualità, la quantità e la sicurezza nel sonno del bambino. Inoltre, analizzare le difficoltà riscontrate dai genitori nella gestione del sonno diurno e notturno del bambino.
6. Valutare le risorse utilizzate dai genitori per rispondere ai dubbi o per fronteggiare le problematiche del sonno del bambino: verificare l'eventuale uso di integratori o di altri farmaci somministrati per favorire il sonno del bambino, la consultazione di linee guida ufficiali sul sonno, la ricerca di informazioni

online e di consigli professionali o l'uso di altre risorse esterne per affrontare le sfide legate al sonno.

7. Valutare l'utilità attribuita dai genitori ad un servizio di *counseling* dedicato al sonno del bambino e le aspettative che nutrono verso tale supporto.

Realizzazione:

Per favorire l'accessibilità e la partecipazione dei rispondenti al questionario, i quesiti sono stati formulati con un linguaggio semplice ed hanno previsto risposte chiuse con opzione Sì/No. Le risposte chiuse con identica modalità di risposta (Sì/No) per la maggior parte dei quesiti, sono state utili anche ai fini della raccolta e della discussione dei dati ottenuti, eseguite nel capitolo 6 del seguente progetto.

Le eccezioni alla risposta binaria sono rappresentate dalla domanda relativa al *co-sleeping*, con tre opzioni possibili: "Sì, ho praticato il *co-sleeping* ed ero sereno", "Sì, ho praticato il *co-sleeping*, ma non ero sereno", "No, non ho mai praticato il *co-sleeping*" e dal quesito conclusivo, che ha permesso di identificare le aspettative dei *caregiver* sul servizio di *counseling*.

Il questionario è stato progettato utilizzando la piattaforma *Google moduli* per facilitare la diffusione e la compilazione. Per garantire la riservatezza dei dati e promuovere la partecipazione, il questionario è stato somministrato in modalità anonima.

Diffusione:

Il questionario è stato presentato e diffuso agli utenti dei reparti di pediatria e di ostetricia dell'Ospedale di Camposampiero (PD) nei mesi di febbraio, marzo ed aprile 2024. Per favorire la rapida diffusione e la maggiore consistenza del numero di dati, sono utilizzate le piattaforme *Instagram* e *Facebook*.

4.3 Strumenti della fase T₁

4.3.1 Opuscolo informativo - preventivo sul sonno

Scopo:

L'opuscolo informativo - preventivo dal titolo "*La nanna e i suoi segreti*" è stato ideato per rispondere al bisogno di supporto dei genitori e per comprendere e gestire con maggiore serenità il sonno del bambino.

Il suo obiettivo principale è fornire informazioni chiare e utili sul sonno infantile e proporre strategie pratiche per favorirlo. L'opuscolo si propone, inoltre, di rispondere ai dubbi più comuni dei *caregiver*; al fine di creare maggiore consapevolezza e prevenire il consolidamento di abitudini disfunzionali e rischiose. Viene inoltre approfondito come alcune caratteristiche tipiche delle fasi di sviluppo possano influire sui ritmi e le abitudini del sonno, consentendo ai genitori di comprendere e normalizzare eventuali cambiamenti o regressioni nel sonno del figlio.

Realizzazione:

Per la raccolta delle informazioni presenti nell'opuscolo informativo-preventivo sono state consultate le raccomandazioni della National Sleep Foundation (NSF) sulla durata del sonno per diverse fasce d'età, come descritte nella dichiarazione di consenso di Hirshkowitz et al., 2015. Inoltre, è stata presa in considerazione la dichiarazione di consenso dell'American Academy of Sleep Medicine (AASM) riguardante la quantità di sonno raccomandata per la popolazione pediatrica (Paruthi et al., 2016) e le linee guida ufficiali dell'American Academy of Pediatrics (AAP) (Moon, Carlin, & Hand, 2022; Moon, Darnall, Feldman-Winter, Goodstein & Hauck, 2016). Altre fonti utilizzate sono state reperite da database di riviste scientifiche e da altre ricerche in ambito medico e pediatrico, riportate in bibliografia.

L'opuscolo comprende tre sezioni principali.

La prima sezione introduce l'evoluzione del sonno infantile e le sue funzioni. Tali informazioni sono state trattate in modo approfondito nel capitolo 1.

La seconda parte risponde agli interrogativi più diffusi tra i *caregiver* sul sonno del bambino.

Infine, la terza parte, affronta il sonno del bambino nelle diverse fasi del suo sviluppo e le principali pratiche di igiene del sonno.

In seguito vengono riportate le informazioni presentate nella seconda e terza sezione dell'opuscolo, non trattate nei precedenti capitoli del progetto di tesi.

Trattazione della seconda parte dell'opuscolo rispondente i dubbi più diffusi tra i *caregiver* sul sonno infantile:

- Ore di sonno raccomandate

Come descritto nei capitoli precedenti, il sonno è fondamentale per lo sviluppo del bambino e la quantità di riposo necessaria è maggiore nelle prime fasi di vita.

Nonostante le ore di sonno possano variare ampiamente in base alle caratteristiche individuali ed alle fasi della vita, le linee guida proposte dalla *National Sleep Foundation* (2015) e dall'*American Academy of Sleep* (2016), riportate in seguito, forniscono delle raccomandazioni specifiche.

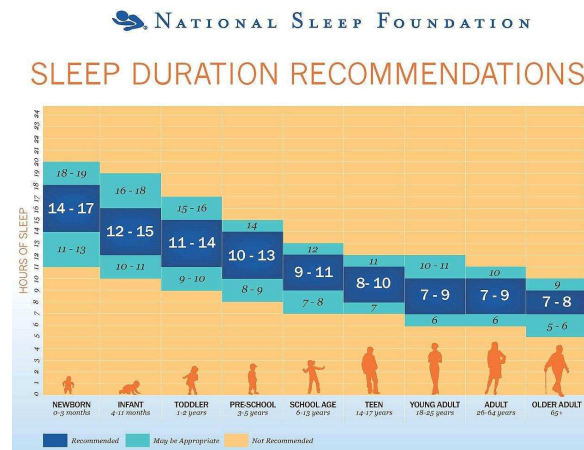


Figura 3: Raccomandazioni sulla durata del sonno della National Sleep Foundation (citato da Hirshkowitz et al., 2015).

CONSENSUS RECOMMENDATIONS

- **Infants* 4 months to 12 months should sleep 12 to 16 hours per 24 hours (including naps) on a regular basis to promote optimal health.**
- **Children 1 to 2 years of age should sleep 11 to 14 hours per 24 hours (including naps) on a regular basis to promote optimal health.**
- **Children 3 to 5 years of age should sleep 10 to 13 hours per 24 hours (including naps) on a regular basis to promote optimal health.**
- **Children 6 to 12 years of age should sleep 9 to 12 hours per 24 hours on a regular basis to promote optimal health.**
- **Teenagers 13 to 18 years of age should sleep 8 to 10 hours per 24 hours on a regular basis to promote optimal health.**

Figura 4: Raccomandazioni sulla durata del sonno per la popolazione pediatrica della American Academy of Sleep (citato da Paruthi et al. 2016).

➤ Ambiente ideale e sicuro per il sonno infantile

L'ambiente del sonno del bambino deve essere attentamente organizzato per garantire la massima sicurezza e minimizzare i rischi associati alla Sindrome della morte improvvisa del lattante (*SIDS*), al soffocamento o all'intrappolamento.

E' importante utilizzare una superficie di riposo solida, che mantenga la propria forma e non si adatti alla testa del bambino. Pertanto, si devono evitare materassi morbidi o in *memory foam*.

Inoltre, la superficie di sonno deve essere piana e non inclinata; è indicata un'inclinazione $< 10^\circ$, poichè un'inclinazione maggiore potrebbe aumentare la possibilità di rotolamento del neonato con raggiungimento della posizione prona, associata ad aumento del rischio di SIDS e di soffocamento.

Nel caso di culle usate, è essenziale verificare che non ci siano stati richiami sul modello e che tutte le parti siano intatte e montate correttamente.

E' importante mantenere l'area di sonno priva di oggetti morbidi come cuscini, giocattoli morbidi, trapunte e materiali simili per prevenire potenziali pericoli. Si sconsiglia anche di far dormire il neonato su letti per adulti e di utilizzare le sponde portatili con i neonati, per evitare rischi di intrappolamento e strangolamento.

Infine, la temperatura dell'ambiente del sonno non dovrebbe mai essere troppo elevata e dovrebbe mantenersi tra i 18 e i 20 °C. E' necessario mantenere un ambiente pulito; eventuali fumatori o oggetti impregnati di residui di fumo dovrebbero essere allontanati dal bambino.

➤ Posizione corretta nel sonno

Per ridurre il rischio di incidenti fatali correlati al sonno, è fortemente raccomandato che il bambino dorma in posizione supina fino al compimento del primo anno di età. E' inoltre necessario che i piedi tocchino il fondo della culla o del lettino, per prevenire eventuali scivolamenti sotto le coperte, che dovrebbero essere fissate sotto il materasso (il "*sacco nanna*" può rappresentare una valida alternativa).

La posizione supina contribuisce a ridurre il rischio di soffocamento ed intrappolamento nel bambino. Grazie alla particolare conformazione anatomica del bambino, in posizione supina, la trachea si colloca sopra l'esofago, pertanto eventuali sostanze ingerite dovrebbero risalire contro gravità per raggiungere la trachea e causare

soffocamento. Al contrario, le posizioni laterale o prona non sono considerate sicure. La posizione prona, in particolare, può aumentare il rischio di inalare nuovamente i gas espirati con conseguente soffocamento. Inoltre, tale posizione, comporta un rischio aumentato di surriscaldamento, diminuendo il tasso di perdita di calore e aumentando la temperatura corporea. Le evidenze scientifiche suggeriscono che il sonno in posizione prona altera il controllo autonomo del sistema cardiovascolare del bambino durante il sonno e può provocare una diminuzione dell'ossigenazione cerebrale.

La posizione laterale, essendo instabile, aumenta la probabilità che il bambino rotoli in posizione prona.

Quando il bambino acquisisce la capacità di rotolare autonomamente dalla posizione prona a quella supina e viceversa, può essere lasciato nella posizione che assume in autonomia.

Infine, se si utilizzano le fasce, è necessario assicurarsi che il viso del bambino sia sempre visibile, con il naso e la bocca liberi da ostruzioni.

➤ La pratica del *co-sleeping*

Il *co-sleeping*, o condivisione del letto tra genitore e bambino, è un tema ampiamente dibattuto nell'ambito della sicurezza del sonno infantile.

Le linee guida dell'American Academy of Pediatrics (2016; 2022) riconoscono le motivazioni che portano molti genitori a praticare il *co-sleeping* come il desiderio di facilitare l'allattamento, quello di rispondere prontamente alle necessità del bambino o le ragioni culturali.

Tuttavia, sulla base delle evidenze disponibili, tale pratica non può essere raccomandata in alcun caso.

Esistono circostanze specifiche in cui il *co-sleeping* deve essere rigorosamente evitato. Queste includono: situazioni in cui il genitore dorme su un divano, su una poltrona reclinabile o a sacco; condizioni specifiche dei genitori come uso di fumo, droghe, alcol, farmaci o sostanze psicoattive o se per qualsiasi motivo non sono in buone condizioni di vigilanza (ad esempio se sono molto stanchi o malati); condizioni specifiche del bambino come esiti di prematurità, basso peso alla nascita o episodi di sofferenza neonatale.

➤ Uso del succhiotto durante il sonno

E' stato dimostrato che l'uso del succhiotto durante il sonno abbia un effetto protettivo contro la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS). Per i neonati allattati al seno, è consigliabile attendere che l'allattamento sia ben consolidato, ovvero che la madre abbia una produzione di latte sufficiente ed il bambino stia crescendo adeguatamente, prima di introdurre il succhiotto. In caso di alimentazione con latte artificiale, non ci sono particolari accortezze nelle tempistiche in cui può essere introdotto.

Se il neonato rifiuta il succhiotto, non dovrebbe essere forzato. Inoltre, se il ciuccio viene perso durante il sonno, secondo quanto affermato dalle linee guida, non è necessario riposizionarlo.

➤ Gestione dell'allattamento durante la notte

L'alimentazione con latte materno è raccomandata in modo esclusivo fino ai sei mesi di vita del bambino, poichè associata ad un ridotto rischio della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS); tuttavia, è importante verificare la sostenibilità e la disponibilità di entrambi i membri della diade.

Durante i primi quattro mesi, è fondamentale rispondere sempre alle richieste di alimentazione del neonato, anche di notte. Assecondandolo in queste richieste, si aiuta il bambino a stabilizzare i suoi ritmi circadiani e gli si offre, oltre al nutrimento, il contatto, ed il senso di sicurezza.

Dopo il sesto mese, molti bambini possiedono riserve sufficienti per non necessitare un'alimentazione notturna ma possono non essere in grado di distinguere il reale bisogno di nutrimento dagli altri bisogni. Sospendere i pasti notturni, però, è una scelta personale del *caregiver* in quanto l'allattamento risponde a vari bisogni della diade.

➤ Uso della melatonina

La melatonina è un ormone naturale fondamentale per la regolazione del sonno e del ritmo circadiano che viene sintetizzato dalla ghiandola pineale e regolato dall'ipotalamo in risposta a fattori esterni quali l'oscurità. Per questo motivo, la produzione di melatonina generalmente aumenta all'inizio del sonno e diminuisce al risveglio.

I bambini iniziano a produrre quantità significative di melatonina endogena intorno ai due - tre mesi di età, con livelli che aumentano fino alla pubertà, per poi diminuire. Per i soggetti allattati al seno, inoltre, i livelli di melatonina possono aumentare grazie alla presenza del medesimo ormone nel latte materno. Nonostante la melatonina sia un importante regolatore del sonno, la sua somministrazione nei bambini deve essere limitata a specifiche circostanze. La produzione naturale di questo ormone è generalmente sufficiente e la sua integrazione non è raccomandata per risolvere risvegli notturni che, nel primo periodo di vita, spesso sono fisiologici.

La melatonina è stata brevettata come farmaco per la cura dell'insonnia nel 1995 e dal 2013 la sua vendita è stata regolamentata in Italia: può essere venduta come integratore alimentare, se in formulazione minore a 1 mg, oppure come farmaco con registrazione dell'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA), se in formulazione maggiore a 1 mg.

Prima di considerare l'uso della melatonina, tuttavia, è fondamentale adottare una corretta igiene del sonno. L'uso della melatonina può, infatti, causare effetti collaterali come vertigini, diarrea, vomito, dolore addominale, infezioni respiratorie o urinarie.

Dopo aver trattato i dubbi più frequenti dei *caregiver* sul sonno del bambino, nella terza sezione dell'opuscolo si forniscono ai genitori informazioni sul sonno del bambino in relazione alle fasi di crescita (zero - tre anni), facendo anche riferimento ai momenti sensibili dello sviluppo (*touchpoints*³) (Brazelton, 2009; Brazelton & Sparrow, 2003; Rapisardi, 2022).

Come discusso in precedenza, alla nascita i periodi di sonno e di veglia sono variabili, poichè il bambino non ha ancora definito la sincronizzazione con i ritmi circadiani.

A *tre settimane* di vita, molti neonati iniziano a manifestare episodi di pianto ed agitazione, che si verificano frequentemente verso la fine della giornata. Questo

³ Per "*touchpoints*" (momenti sensibili) si intendono quei momenti cruciali evolutivi in cui il comportamento del bambino si disorganizza; di conseguenza, anche i genitori possono sentirsi disorientati e riscontrare difficoltà nell'accudimento. Tali momenti, tuttavia, sono prevedibili e precedono un avanzamento nello sviluppo comportamentale, motorio, cognitivo ed emotivo, e costituiscono un periodo di riorganizzazione prima del salto maturativo successivo.

comportamento può essere interpretato come meccanismo di adattamento del sistema nervoso, che in questa fase è ancora immaturo e suscettibile al sovraccarico di informazioni. Il pianto, in questo contesto, svolge quindi una funzione regolatrice, contribuendo a scaricare l'eccesso di informazioni accumulato durante il periodo di veglia. Il picco di questi episodi viene raggiunto intorno alle 6 settimane di vita per poi decrescere, fino ai tre mesi e può rendere difficile il processo di addormentamento del bambino.

A *quattro mesi*, i sensi del bambino sono notevolmente sviluppati per cui vengono acquisite e processate una maggiore quantità di informazioni provenienti dall'ambiente circostante. L'interesse per il mondo esterno ha implicazioni significative sul sonno: il bambino è continuamente stimolato e può manifestare una maggiore difficoltà a riaddormentarsi nel periodo successivo ai risvegli. Dai 4 ai 6 mesi, generalmente, il sonno notturno si allunga e quello diurno si organizza in sonnellini ad orari più o meno prevedibili della giornata.

Tra i *sette e gli otto mesi* i bambini possono manifestare un incremento dei risvegli notturni, coincidente con importanti progressi dello sviluppo. Dal punto di vista motorio il bambino inizia a muoversi strisciando e gattonando, espandendo così la sua possibilità di esplorazione. Quando il bambino si sveglia è probabile che replichi i movimenti appresi e questo rende più difficile il successivo riaddormentamento. Inoltre, in questo periodo, il bambino si avvicina ad una fase importante dello sviluppo socio-emotivo: l'aumento della produzione vocale intenzionale, la discriminazione delle figure familiari e l'ansia da separazione possono provocare difficoltà nell'addormentamento e risvegli più frequenti. Infine, il probabile inizio dello svezzamento è un fattore di cambiamento rilevante nella vita del bambino rappresentato dalla sperimentazione di nuovi sapori e consistenze, dall'attivazione di nuovi processi di deglutizione e di digestione ma coincide anche un ulteriore processo di separazione dalla figura genitoriale.

A *10 mesi* il bambino ha consolidato le sue capacità di esplorazione dell'ambiente attraverso il movimento ed ha sviluppato la "presa a pinza" che gli consente di raccogliere oggetti e portarli alla bocca. Il bambino sta imparando ad esercitare sempre maggiormente il suo controllo sul mondo ed inizia a sollevarsi in stazione eretta. Durante la notte, il bambino può alzarsi in piedi e avere il desiderio di esplorare,

riscontrando difficoltà a riaddormentarsi autonomamente. Inoltre, continua ad essere sperimentata l'ansia da separazione e le difficoltà ad essa associate.

Tra i *12 ed i 18 mesi* l'ansia da separazione raggiunge il suo apice rendendo ulteriormente più complessa la separazione indotta dal sonno, con difficoltà nell'addormentamento. Il bambino, inoltre, in quest'epoca tendenzialmente raggiunge la deambulazione. Questa nuova abilità e la curiosità per l'ambiente circostante possono influenzare la qualità del sonno, provocando risvegli notturni più frequenti e difficoltà nel riaddormentarsi.

Tra i *due e i tre anni*, i bambini sviluppano una maggiore indipendenza e migliorano la loro capacità di gestire la separazione dai genitori. Tuttavia, questa fase di crescita spesso coincide anche con frequenti crisi di pianto, poichè il bambino fatica a gestire sentimenti contrastanti, come il desiderio di affermare la propria volontà e la necessità di adattarsi agli altri. A questa età per il bambino non è facile interrompere un'attività piacevole, specialmente prima di andare a dormire; inoltre, se inserito nel contesto scolastico, il momento della sera può rappresentare l'unico opportunità di interazione di gioco con i *caregiver*, rendendo ancora più difficile l'accettazione del momento del sonno.

In seguito vengono elencate e discusse le principali pratiche di igiene del sonno:

➤ Creare una routine di addormentamento

La *routine* della buonanotte consiste in una serie di attività uguali che si susseguono sempre nello stesso ordine e che si svolgono tipicamente nell'ora prima di spegnere le luci; le attività che si verificano mentre il bambino si addormenta, invece, come l'essere nutrito mentre viene cullato, non sono considerate parte della *routine* (Mindell & Williamson, 2018).

Tutte le *routine* giocano un ruolo fondamentale per permettere ai bambini di riconoscere e di anticipare gli eventi, creando un senso di prevedibilità, di controllo e di sicurezza su ciò che sta per accadere.

Implementare una *routine* della buonanotte e, quando possibile, far partecipare attivamente il bambino può apportare differenti benefici per lo sviluppo del bambino, non solo in termini di miglioramento del sonno, ma anche per lo sviluppo di linguaggio, regolazione emotiva e comportamentale e per la relazione di attaccamento (Allen,

Howlett, Coulombe & Corkum, 2016, citato da Mindell, Leichman, Lee, Williamson & Walters 2017; Mindell et al., 2018; Mindell, Li, Sadeh, Kwon & Goh, 2015).

Numerosi studi hanno fornito prove solide sull'efficacia della *routine* della buonanotte. Seguire regolarmente una *routine* prima di dormire è associato a numerosi esiti positivi legati al sonno, come andare a letto prima, una latenza più breve all'inizio del sonno, risvegli notturni meno frequenti, una durata del sonno più lunga, una qualità del sonno migliore percepita dal genitore e un umore migliore al momento del risveglio (Allen et al., 2016, citato in Mindell et al., 2017; Mindell et al., 2015).

Al contrario, l'assenza o l'interruzione di una *routine* è correlata ad un aumento dei risvegli notturni (Mindell et al., 2017).

Inoltre, è stata osservata una relazione dose - dipendente tra frequenza con cui viene eseguita la *routine* della buonanotte e i benefici sul sonno (Mindell et al., 2015) sottolineando l'importanza di mantenere costanza.

Uno studio condotto da Mindell et al. (2017) dimostra che l'implementazione di una *routine* strutturata in tre fasi (bagno, massaggio e attività tranquille) può portare a miglioramenti già a breve termine che continuano a progredire con la costanza nel tempo. Nello studio viene dimostrato che la latenza dell'inizio del sonno è diminuita di 1,29 minuti per notte nei primi tre giorni; nei giorni successivi, il parametro è continuato a diminuire sebbene non in modo statisticamente significativo. Per quanto riguarda i risvegli notturni, la frequenza e la durata sono calate significativamente nelle prime tre notti di *routine*. Successivamente, anche se ad un ritmo più lento, i risvegli hanno continuato a ridursi fino alla fine del periodo di intervento (14 giorni). Analogamente, il periodo di sonno continuo è aumentato di circa 17,4 minuti per notte nei primi tre giorni, con un ulteriore miglioramento di circa 3,6 minuti per notte nei giorni successivi. Anche le percezioni materne sulla facilità di addormentamento, la qualità del sonno e l'umore mattutino del bambino hanno dimostrato miglioramenti significativi già nelle prime tre notti. Questi risultati suggeriscono che i benefici di una *routine* della buonanotte possono essere percepiti rapidamente e questo può incoraggiare i genitori ad adottare e mantenere tali pratiche.

Nella *routine* di addormentamento è importante evitare attività che potrebbero risultare eccessivamente stimolanti per il bambino; è suggerita, invece, l'inclusione di attività quali:

Massaggio e contatto corporeo

Il massaggio ed il contatto con il genitore prima di andare a dormire sono un'attività che può offrire numerosi benefici: la vicinanza fisica genitore - figlio promuove la co-regolazione, la sensibilità materna e la disponibilità emotiva del genitore, elementi che contribuiscono alla serenità del bambino (Mindell et al., 2018).

In uno studio condotto da Field e Hernandez-Reif (2001) (citato da Mindell et al., 2018), 23 bambini con problemi di insorgenza del sonno sono stati suddivisi in due gruppi: uno riceveva un massaggio di 15 minuti dal genitore come ultima fase della *routine* serale, mentre l'altro ascoltava una favola della buonanotte. Dopo un mese, i risultati hanno indicato che i bambini che ricevevano il massaggio presentavano una minore resistenza all'addormentamento e un tempo di latenza del sonno più breve rispetto a quelli del gruppo favola.

Un ulteriore studio di Ferber, Laudon, Kuint, Weller & Zisapel (2002) (citato da Mindell et al., 2018) ha esplorato l'effetto del massaggio sullo sviluppo dei ritmi circadiani dei neonati. Neonati tra i 10 ed i 12 giorni di vita, che ricevevano 30 minuti di massaggio ogni sera prima di coricarsi per due settimane presentavano maggiore attività nelle ore del mattino e, a 12 settimane, una secrezione notturna di melatonina significativamente più elevata.

In una revisione più recente sugli effetti della massoterapia sui bambini e sull'adulto, Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg, & Kuhn (2005) è stato riscontrato che il massaggio può ridurre i livelli di cortisolo, ormone dello stress che può ostacolare il sonno, e aumentare i livelli di serotonina e dopamina, neurotrasmettitori associati al miglioramento dell'umore.

Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per confermare questi benefici specifici.

Alimentazione

Includere l'alimentazione nella *routine* serale può avere un ruolo significativo nel favorire il sonno, soprattutto nei primi mesi di vita, quando i bisogni nutrizionali sono elevati e la frequenza delle poppate è maggiore. L'alimentazione può contribuire a soddisfare il senso di sazietà nel bambino, un elemento che contribuisce alla sonnolenza (Nicolaidis, 2006, citato da Mindell et al., 2018). Tuttavia, è generalmente consigliato che l'allattamento avvenga all'inizio della *routine* della buonanotte con le giuste dosi in

relazione all'età. L'inclusione di troppi liquidi prima di coricarsi può comportare la necessità di minzione notturna o apportare un eccessivo apporto calorico, fattori che potrebbero disturbare l'addormentamento ed il successivo sonno. Inoltre, è sconsigliato che il bambino si addormenti durante la poppata per evitare che diventi parte integrante del processo di addormentamento.

Attività di igiene

L'integrazione di attività di igiene, come il bagno, all'interno della *routine* serale possono essere utili per anticipare e facilitare il processo di addormentamento. Il bagno prima di andare a dormire, ad esempio, come osservato anche negli adulti, può contribuire all'addormentamento attraverso l'aumento della temperatura interna del corpo ed il successivo raffreddamento del nucleo corporeo (Mindell, Telofski, Wiegand & Kurtz, 2009).

Canto o musica rilassante

Il canto può ridurre l'eccitazione del bambino e promuovere uno stato di rilassamento che facilita l'addormentamento. Lo studio condotto da Field (1999) ha dimostrato che l'esposizione alla musica prima del pisolino può accelerare il processo di addormentamento nei bambini.

➤ **Mantenere regolarità nel luogo e negli orari del sonno**

Come già discusso, la creazione di una *routine* è fondamentale per creare un senso di prevedibilità, di sicurezza e di controllo nei bambini. E' importante mantenere orari costanti per proporre gli addormentamenti ed i risvegli per favorire l'acquisizione dei ritmi sonno-veglia stabili. Allo stesso modo, la costanza del luogo in cui il bambino dorme, sia di giorno che di notte, contribuisce a far percepire il letto come un ambiente sicuro. Addormentarsi nello stesso luogo in cui effettivamente si dormirà è fondamentale in quanto, in caso contrario, il bambino potrebbe sentirsi disorientato al momento dei risvegli, manifestare disagio, riscontrare difficoltà nel riaddormentamento e ricercare conforto dal genitore.

➤ Regolare i ritmi circadiani attraverso la gestione della luce

La luce gioca un ruolo cruciale nella regolazione dei ritmi circadiani, specialmente nei primi anni di vita. Essa agisce direttamente sull'orologio circadiano endogeno attraverso un percorso che collega le cellule gangliari retiniche intrinsecamente fotorecettive dell'occhio al nucleo soprachiasmatico, che rappresenta l'orologio centrale del corpo umano (Bailes & Lucas, 2013, citato da Westwood, Smith, Mann, Pattinson, Allan, & Staton, 2023).

Questa sincronizzazione tra il ritmo circadiano interno e il ciclo luce/buio esterno è nota come fototrascinamento circadiano. L'intensità e la durata dell'esposizione luminosa influenzano il fototrascinamento, con esposizioni più intense e prolungate che provocano spostamenti di fase maggiori. Anche la lunghezza d'onda della luce influisce sull'orologio circadiano, grazie alla sensibilità specifica dei fotorecettori ottici a diverse frequenze luminose.

Un altro fattore determinante nella regolazione circadiana è la melatonina, un ormone che segue l'orologio biologico interno, aumentando la sera prima di dormire (Klerman, Gershengorn, Duffy, & Kronauer, 2002; Benloucif, Guico, Reid, Wolfe, L'Hermite-Balériaux, & Zee, 2005 citati da Akacem, Wright & LeBourgeois, 2016). Tuttavia, l'esposizione alla luce nelle ore serali, può inibire la secrezione di melatonina, fenomeno a cui i bambini risultano particolarmente sensibili (Higuchi, Nagafuchi, Lee, & Harada, 2014). Questo è dovuto a caratteristiche anatomiche come pupille più grandi e una maggiore trasmittanza del cristallino, che amplificano l'effetto della luce sulla soppressione della melatonina. Gli studi condotti da Higuchi et al. (2014) hanno mostrato che la percentuale di soppressione della melatonina nei bambini in età scolare è quasi doppia rispetto agli adulti, anche in normali condizioni di illuminazione domestica normale.

Studi successivi hanno evidenziato che un'ora di esposizione a luce intensa (~1000 lux) nell'ora prima di coricarsi può ridurre la melatonina di circa il 90% nei bambini in età prescolare, con effetti che persistono fino a 50 minuti dopo l'interruzione della luce (Akacem et al., 2016).

In uno studio randomizzato e controllato di Hartstein, Diniz Behn, Wright, Akacem, Stowe e LeBourgeois (2023) è stato osservato che l'esposizione serale alla luce induce

ritardi significativi nei tempi circadiani dei bambini piccoli, con un ritardo medio di fase di 56 minuti, sebbene vi sia una notevole variabilità individuale.

Questi risultati sottolineano l'importanza della gestione dell'illuminazione come strategia per la regolazione dei ritmi circadiani.

La National Sleep Foundation (NSF, 2022) raccomanda di limitare l'esposizione a schermi luminosi almeno un'ora prima di andare a dormire. Inoltre, si consiglia un'esposizione alla luce naturale durante il giorno e di utilizzare luci soffuse e calde durante la sera, mantenendo ambienti oscurati per favorire l'addormentamento.

➤ **Identificare i segnali di sonno precoci**

Esistono diverse tipologie di segnali attraverso i quali i bambini inconsapevolmente esprimono il bisogno di dormire. Tra questi possiamo identificare: sopracciglia arrossate, sguardo fisso, occhi lucidi, ricerca del seno, introduzione della mano nel cavo orale, richiesta di maggiore contatto. Il mancato riconoscimento dei segnali di sonno dei bambini, può influenzare negativamente la regolazione dell'asse ipotalamo - ipofisi - surrene (HPA), un sistema cruciale per la risposta e la regolazione dello stress corporeo. L'asse HPA è responsabile della secrezione di cortisolo, ormone dello stress. Normalmente il cortisolo segue un ritmo circadiano ben definito, caratterizzato un nadir intorno a mezzanotte, un aumento costante del cortisolo nelle ore di veglia, un picco dopo il risveglio ed un graduale declino durante il giorno (Buckley & Schatzberg, 2005, citato da Kiel, Hummel & Luebbe, 2015).

Se i segnali di sonno vengono ignorati e non si interviene tempestivamente, il livello del cortisolo può aumentare e ciò può interferire con il sonno, rendendo più difficile per il bambino addormentarsi e mantenere un sonno continuo.

Diffusione:

L'opuscolo è stato distribuito all'interno dei reparti di pediatria ed ostetricia dell'Ospedale di Camposampiero (PD), con l'approvazione del direttore. Questo strumento ha permesso di diffondere informazioni validate per promuovere una migliore comprensione sul sonno infantile ed offrire maggiori strumenti per affrontare consapevolmente questo bisogno.

L'opuscolo informativo-preventivo è disponibile in allegato al termine del seguente progetto di ricerca.

4.3.2 Servizio di *counseling*

Il capitolo 5 approfondirà dettagliatamente il servizio di *counseling*. Di seguito, invece, sono descritti i due strumenti utilizzati per realizzare questo intervento.

4.3.2.1 Brochure di presentazione del servizio di *counseling*

Scopo:

La brochure è stata realizzata con l'obiettivo di presentare il servizio di *counseling* sul sonno infantile "*Sogni d'oro, piccolo sognatore*".

Diffusione:

La brochure è stata presentata e diffusa all'utenza nei reparti di pediatria e di ostetricia dell'Ospedale di Camposampiero (PD). Con il consenso del direttore è stato anche possibile lasciare la *brochure* nella bacheca del reparto di ostetricia.

La brochure è disponibile in allegato al termine del seguente progetto di ricerca.

4.3.2.2 Scheda di valutazione del sonno del bambino

Scopo:

La scheda di valutazione del sonno del bambino è stata sviluppata come strumento di valutazione adattabile a tutti gli utenti che hanno aderito al servizio di *counseling* "*Sogni d'oro, piccolo sognatore*".

La scheda ha rappresentato una guida nel colloquio con i genitori ed ha permesso di raccogliere informazioni dettagliate, esaminando le abitudini di sonno del bambino, i fattori che possono influenzare la qualità e la quantità del sonno, le problematiche riscontrate dai genitori e le strategie attuate per affrontarle.

Fornendo un quadro completo e dettagliato del sonno del bambino, la scheda di valutazione ci consente di identificare le difficoltà, di identificare possibili cause o fattori che lo condizionano.

Realizzazione:

Per la realizzazione della scheda di valutazione del sonno sono state utilizzate le informazioni degli articoli scientifici consultati per la stesura dei capitoli teorici del seguente progetto di ricerca, riportati in seguito nella bibliografia.

Inoltre, si è fatto riferimento agli strumenti di valutazione del sonno validati ed utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca che seguono:

- Children's Sleep Habit Questionnaire (CSHQ) di Owens, Spirito, e McGuinn, (2000). Questo strumento è un questionario di 45 items rivolto ai genitori, progettato per valutare il sonno del bambino in età prescolare e scolare. Si indagano vari aspetti delle abitudini di sonno del bambino tra cui l'orario di addormentamento, i comportamenti durante il sonno, i risvegli notturni, il risveglio mattutino e la sonnolenza diurna; dalle risposte ottenute possono essere individuati eventuali problemi di sonno come difficoltà di addormentamento, durata inadeguata del sonno, ansia del sonno, risvegli notturni, parasonnie, respirazione disturbata del sonno e sonnolenza diurna.
- Brief Infant Sleep Questionnaire - Revised (BISQ - R) di Mindell, Gould, Tikotzy, Leichman, e Walters (2019) (la versione originale del questionario è stata elaborata da Sadeh, 2004). La versione del 2019 include 33 item e valuta il sonno infantile in tre sottoscale che forniscono un quadro completo dei modelli di sonno del bambino, delle percezioni dei genitori riguardo tali modelli e dei comportamenti dei *caregiver* che possono influenzare tale bisogno.

La scheda di valutazione, disponibile in allegato, è stata strutturata nelle sezioni che seguono per ottenere un quadro chiaro, completo e dettagliato sul sonno del bambino.

1. Informazioni generali: questa sezione raccoglie dati relativi al bambino e alla sua famiglia, comprese condizioni mediche e nutrizionali che potrebbero influenzare il sonno del bambino.
2. Problemi legati al sonno: vengono esplicitate le problematiche specifiche riscontrate dai genitori e le strategie attuate per affrontarle.
3. Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno: questa sezione raccoglie informazioni sui principali responsabili della gestione del sonno del bambino, sull'orario e il luogo di addormentamento del bambino e sull'eventuale *routine* serale o altre strategie adottate per favorire il sonno.

Questa sezione affronta anche i temi dei risvegli notturni e la loro gestione da parte dei *caregiver*.

4. Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno diurno: questa sezione raccoglie informazioni sui principali responsabili della gestione dei pisolini diurni, la durata e la frequenza dei pisolini, il luogo in cui avvengono ed eventuali attività della *routine* serale che vengono riproposte per favorire il sonno diurno.
5. Valutazione dell'ambiente del sonno: vengono analizzate le stimolazioni ambientali che potrebbero influenzare la qualità del sonno del bambino.

Diffusione:

La scheda di valutazione è stata utilizzata all'interno del servizio di *counseling* “*Sogni d'oro piccolo sognatore*” per guidare i genitori nel riportare le abitudini di sonno del loro bambino. E' stata applicata sia durante gli incontri in ambulatorio, sia nelle sessioni telematiche, garantendo una raccolta di dati completa sul sonno.

CAPITOLO 5
PROGETTO DI *COUNSELING* SUL SONNO INFANTILE

I dati raccolti nella fase T_0 , che verranno discussi nel capitolo 6 del seguente progetto di ricerca, hanno contribuito a dimostrare la necessità di intervento sul sonno del bambino. E' stato dunque introdotto il servizio di *counseling* “*Sogni d'oro, piccolo sognatore*”.

5.1 Il servizio di *counseling* “*Sogni d'oro, piccolo sognatore*”

Il servizio di *counseling* sul sostegno alla genitorialità nell'ambito del sonno è stato offerto ad una popolazione di genitori, con figli di età compresa tra zero e tre anni, che ha scelto di aderire su base volontaria al progetto.

Gli incontri iniziano con l'accoglienza delle famiglie che vengono invitate ad entrare nella stanza, in un ambiente pensato per favorire il loro benessere e farle sentire a proprio agio. Viene concesso il tempo necessario per permettere loro di ambientarsi, con l'esclusiva richiesta ai *caregiver* di condividere le informazioni che ritengono rilevanti da raccontare in occasione dell'incontro.

Nel servizio di *counseling*, il professionista utilizza la scheda di valutazione del sonno come guida per il colloquio semi - strutturato con i genitori, che gli permette di ottenere una visione completa delle abitudini di sonno del bambino e delle problematiche di maggior impatto per i *caregiver*, prioritarie ai fini dell'intervento.

Durante gli incontri svolti in presenza, attendendo la disponibilità del bambino, il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) ha la possibilità di condurre un'osservazione delle competenze motorie, neuro - comportamentali ed affettivo - relazionali del bambino; la relazione ed il gioco sono i principali strumenti per l'indagine. Questo favorisce una riflessione condivisa con i genitori, con lo scopo di esplorare eventuali connessioni tra il profilo di sviluppo del bambino e le sue abitudini di sonno.

Durante il servizio di *counseling*, si affrontano anche differenti tematiche relative al sonno del bambino tra cui lo sviluppo tipico del sonno, i ritmi circadiani, gli effetti dell'esposizione alla luce, l'architettura del sonno ed il risveglio fisiologico del bambino tra i cicli del sonno. Questi argomenti aiutano i genitori a sviluppare una visione realistica e consapevole sul sonno del bambino, riducendo le false aspettative. A partire da questa consapevolezza, il professionista guida i genitori nella definizione di un numero ridotto di obiettivi sostenibili e nell'identificazione di strategie personalizzate rispondenti ai bisogni specifici del bambino e della famiglia.

Il terapeuta può fare riferimento ad alcune pratiche di igiene del sonno e a diversi metodi per favorire il raggiungimento dell'obiettivo, adattandoli alle caratteristiche uniche di ogni famiglia. L'approccio è, dunque, individualizzato e flessibile in quanto risponde a necessità specifiche e fa riferimento alle personali risorse dei diversi componenti della famiglia.

Nel servizio di *counseling* particolare attenzione è dedicata ai genitori.

Il genitore viene sempre valorizzato nelle proposte che rivolge al bambino e nelle soluzioni che individua per affrontare le difficoltà riscontrate e non viene mai giudicata la sua condotta. E' fondamentale tuttavia riconoscere che, sebbene si parta dal presupposto che le scelte siano guidate dalle migliori intenzioni, un'analisi approfondita dei bisogni e delle risorse del bambino permette di individuare soluzioni più efficaci.

Inoltre, nel servizio proposto, la stanchezza e la necessità di riposo del *caregiver* vengono sempre legittimate. I genitori vengono incoraggiati a programmare dei momenti di riposo per preservare il loro benessere psicofisico. Il benessere fisico e mentale del genitore, infatti, ha anche un impatto diretto sulla qualità dell'accudimento in quanto un genitore riposato ha maggiori risorse per mantenersi regolato ed essere reattivo ai bisogni del bambino.

Durante l'incontro il genitore può porre tutti i dubbi riguardo allo sviluppo del bambino ed il terapeuta cerca di rispondere in maniera chiara ed esauriente. Al termine dell'incontro il terapeuta riporta i successivi *touchpoint* di sviluppo al fine di anticipare ai *caregiver* i comportamenti che il bambino potrebbe manifestare, aiutandolo a comprendere il loro significato per affrontarli con maggiore serenità.

Al termine dell'incontro viene consegnata ai genitori una relazione con le principali riflessioni emerse durante l'incontro ed il terapeuta manifesta la completa disponibilità per eventuali chiarimenti.

5.2 L'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo ed il servizio di *counseling* sul sonno: la condivisione dei principi

Il servizio di *counseling* sul sonno si è svolto con incontri in presenza, presso l'ambulatorio di monitoraggio dell'Ospedale di Camposampiero (PD), o in modalità telematica, per favorire una maggiore accessibilità al servizio.

L'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo del bambino sano, introdotto nell'ambulatorio di Camposampiero (PD) dalla dott.ssa Stocco, è uno spazio dedicato esclusivamente al bambino ed ai suoi genitori. L'introduzione di questo spazio è nato dalla volontà di accogliere le famiglie accompagnandole nel primo triennio di vita del bambino.

Durante gli incontri, la TNPEE esegue un'osservazione neuropsicomotoria per monitorare che lo sviluppo del bambino proceda in modo armonico e per individuare precocemente eventuali anomalie nel processo di crescita. Inoltre, fornisce supporto ai genitori.

Uno dei punti chiave dell'ambulatorio è rendere il genitore consapevole che ogni bambino ed ogni famiglia seguono un percorso di sviluppo unico che, pur seguendo alcuni momenti comuni, risulta essere estremamente variabile. Inoltre, in occasione degli incontri in ambulatorio, è fondamentale affrontare e smantellare i falsi miti su disparate tematiche dello sviluppo del bambino, fornire informazioni professionali che rispondono ai dubbi dei genitori e collaborare per trovare strategie individualizzate e sostenibili per affrontare le difficoltà riscontrate dai *caregiver* e promuovere lo sviluppo del bambino.

Poichè, come emerso, il sonno rappresenta un ambito di fondamentale importanza per lo sviluppo del bambino ed è fonte di importanti preoccupazioni, è stato possibile inserire, all'interno degli incontri di monitoraggio dello sviluppo, su richiesta dei genitori, una sezione dedicata al *counseling* sul sonno.

L'intervento attuato nell'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo e nel servizio di *counseling* sul sonno, si ispira ad alcuni specifici principi dell'approccio Brazelton (Brazelton, 1999; Rapisardi, 2023; Rapisardi & Davidson, 2003) elencati e discussi in seguito:

Centralità della relazione: lo sviluppo precoce del bambino, che comprende gli aspetti cognitivi, motori, affettivo-relazionali e comunicativo-linguistici, si svolge all'interno del contesto sociale ed emotivo in cui è inserito. La relazione con i genitori rappresenta il principale strumento di cura e costituisce l'elemento essenziale attraverso cui si articola l'intervento.

Riconoscimento del ruolo centrale del genitore: ogni genitore è il miglior esperto del proprio bambino. I genitori possiedono punti di forza e, in ogni situazione, desiderano

fare il proprio meglio per il loro figlio. Tuttavia, possono affrontare momenti di difficoltà in cui è necessario offrire loro supporto.

Valorizzazione delle risorse del bambino e della famiglia: il professionista deve costruire l'intervento terapeutico sulle risorse esistenti accogliendo con entusiasmo gli aspetti positivi di ogni individuo, coppia genitoriale, famiglia e cultura. Se ci concentriamo sui punti di forza è molto più probabile che i genitori condividano le loro vulnerabilità e preoccupazioni con i professionisti.

Approccio personalizzato: ogni bambino e ogni famiglia sono unici ed hanno una propria storia, che richiede accettazione, rispetto e risposte di intervento personalizzate.

Cambio di prospettiva: lo sviluppo del bambino non è percepito come un processo lineare ma multidimensionale caratterizzato da momenti di rapido sviluppo alternati a fisiologiche regressioni. L'approccio adottato è volto a valorizzare i momenti di disorganizzazione del bambino che risultano essere necessari per l'avanzamento nel processo di crescita.

Questi principi favoriscono l'instaurazione di un'alleanza terapeutica in cui i genitori ed i professionisti collaborano per il benessere del bambino.

5.3 Il ruolo del TNPEE nell'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo e nel servizio di *counseling* sul sonno

Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) è un professionista sanitario la cui professionalità è stata formalmente riconosciuta con il Decreto Ministeriale 56/1997. Il TNPEE svolge, in collaborazione con l'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e con altri professionisti dell'area pediatrica, interventi di abilitazione, riabilitazione e prevenzione delle patologie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuro-psicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo (fascia di età 0 - 18 anni).

All'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il TNPEE opera nelle Unità Funzionali di Neuropsichiatria Infantile e di Riabilitazione dei servizi ospedalieri e territoriali o nei reparti di Neonatologia. Questa figura professionale è presente anche nelle strutture convenzionate con il SSN e in studi ed associazioni private.

Nella realizzazione del seguente progetto di ricerca, condotto presso l'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo del bambino sano dell'Ospedale di Camposampiero (PD), è stato esplorato il ruolo del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE) in tale contesto.

Sebbene il TNPEE svolga un ruolo significativo nell'ambito della disabilità, le competenze specifiche della professione prevedono anche una solida conoscenza teorica e pratica dello sviluppo normotipico del bambino.

Il TNPEE considera l'intero processo di sviluppo della persona da 0 a 18 anni valutando, per ogni fascia di età, l'individuo nella sua globalità e verificando l'integrazione armonica di tutte le sue funzioni.

Come è emerso dall'esperienza di tirocinio per la realizzazione del seguente progetto di tesi, la genitorialità porta con sé continui dubbi sullo sviluppo del bambino e sulla modalità di gestione delle difficoltà riscontrate nel percorso di crescita. E' fondamentale che i genitori siano supportati ed abbiano la possibilità di esprimere i propri dubbi e di ricevere risposte teoriche e riscontri pratici e personalizzati professionali. La figura del TNPEE, unico professionista sanitario formato interamente sull'età evolutiva, investe un ruolo significativo in questo ambito.

Attraverso un'analisi approfondita della *Core Competence* (2022), elaborata dalla Commissione Nazionale del Corso di Laurea in Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, sono state identificate le competenze specifiche del TNPEE all'interno di un ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo e nel servizio di *counseling* del sonno istituito per il seguente progetto di tesi.

- **Prevenzione:** il TNPEE ha un ruolo chiave nell'individuazione dei bisogni evolutivi del bambino e realizza attività di prevenzione, sia in condizioni di salute che di disabilità. Il TNPEE interviene promuovendo azioni finalizzate al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute generale del bambino; attua attività di *screening* e di *follow up*, volte a monitorare costantemente il percorso evolutivo del bambino e ad individuare precocemente eventuali anomalie nello sviluppo delle funzioni evolutive della sfera motoria, cognitiva, affettiva e relazionale.

Nel contesto specifico del progetto di tesi, l'attività di prevenzione svolta dal TNPEE si articola in diverse dimensioni. Essa non si limita unicamente al

monitoraggio dello sviluppo dei bambini aderenti al progetto, ma si estende anche alla diffusione di materiale informativo-preventivo e alla conduzione dei colloqui con i genitori.

L'opuscolo dedicato al sonno, ha l'obiettivo di informare le famiglie sullo sviluppo fisiologico del sonno del bambino e sulle sue caratteristiche sulla base dell'età e delle competenze acquisite dal soggetto. Inoltre, rispondendo ai dubbi più diffusi sulla tematica del sonno e dando alcuni consigli pratici di gestione del bisogno, accompagna i genitori ad intervenire in modo consapevole prevenendo abitudini poco funzionali o che potrebbero risultare fatali.

Il servizio di *counseling*, in particolare, si caratterizza per la relazione diretta con i genitori. L'intervento diretto e personalizzato permette non solo di sviluppare una maggiore consapevolezza riguardo al sonno infantile e di individuare precocemente strategie sostenibili di gestione del bisogno ma anche per legittimare e rispondere ai bisogni del *caregiver*. Per promuovere il benessere dell'intero nucleo familiare è, infatti, indispensabile tutelare non solo la salute del bambino ma anche quella dei genitori. Intervenire tempestivamente sulle difficoltà nel sonno consente di prevenire possibili ripercussioni negative sullo sviluppo del bambino e sul benessere complessivo della famiglia, aspetti già ampiamente analizzati nei capitoli precedenti.

A sostegno di quanto descritto riporto lo studio randomizzato condotto da Hiscorek et al. (2013) ha esaminato l'efficacia di un intervento preventivo sui problemi di sonno e pianto precoci del neonato e sulla depressione postnatale dei *caregiver*. Il programma ha coinvolto 781 neonati nati a 32 settimane o più tardi in centri per bambini sani e le loro famiglie e sono stati suddivisi in due gruppi: uno di intervento e uno di controllo. L'intervento ha incluso la diffusione di opuscoli informativi, DVD, consulenze telefoniche individuali e sessioni di gruppo, trattando temi come i normali cicli del sonno dei neonati, i modelli di pianto, le strategie per promuovere l'asestamento indipendente, il riconoscimento dei segnali di stanchezza del neonato e la cura di sé per i genitori.

I risultati rivelano che, a sei mesi, i *caregiver* del gruppo di intervento presentavano punteggi minori sulla Postnatal Depression Scale e trascorrevano

meno tempo a gestire i risvegli infantili. Inoltre, i neonati allattati frequentemente hanno mostrato una riduzione dei problemi di sonno diurno. Nonostante le difficoltà riscontrate nell'applicare alcune delle strategie consigliate nello studio, la maggior parte delle famiglie ha considerato il materiale fornito estremamente utile, con il 95% dei genitori che raccomanderebbe il programma ad altri.

Queste evidenze sottolineano l'importanza del *counseling* preventivo non solo per la riduzione dei problemi di sonno ma anche per la promozione del benessere dei genitori.

- **Valutazione:** il TNPEE raccoglie dati personali di interesse ed effettua valutazioni neuropsicomotorie attraverso l'osservazione del comportamento spontaneo del bambino e l'utilizzo di strumenti specifici.

Nell'ambito del seguente progetto di ricerca è stata eseguita l'osservazione neuropsicomotoria del bambino in contesto di gioco al fine di monitorare lo sviluppo del bambino e di riflettere con i genitori sulle competenze emergenti o acquisite e sulle caratteristiche individuali del bambino che potrebbero influenzare il suo sonno. Nel colloquio con i *caregiver* è stata data particolare attenzione alla raccolta di informazioni specifiche riguardanti il sonno del bambino, i fattori che potrebbero influenzarlo e le modalità di gestione delle difficoltà riscontrate in tale ambito, adottate dai genitori. A tal fine, è stata elaborata una scheda di valutazione del sonno, descritta nel capitolo 4 e riportata in allegato. Sono stati individuati i bisogni specifici del bambino e dei suoi genitori nonché le risorse disponibili. Questo ha permesso di individuare degli obiettivi prioritari da perseguire attraverso strategie pratiche e sostenibili.

- **Educazione:** il TNPEE fornisce al bambino e alla sua famiglia informazioni specifiche coerenti con le risorse disponibili o accessibili, calibrate sui bisogni individuali. In questo ambito, ai fini di costruire una solida alleanza terapeutica, le competenze comunicative e relazionali del TNPEE sono di primaria importanza.

Nel servizio di *counseling* sul sonno, i genitori sono stati sostenuti nella definizione di aspettative realistiche sul sonno del bambino e nell'individuazione di strategie pratiche e sostenibili per affrontare le problematiche nella gestione dei tale bisogno. Inoltre, è stata data particolare importanza ai sentimenti ed ai bisogni dei genitori aiutando i *caregiver* a rendere prioritario non solo il sonno del bambino ma anche il proprio ai fini di preservare la propria salute e di garantire un accudimento ottimale.

5.4 Selezione del campione

La selezione del campione è stata effettuata attraverso la distribuzione di una *brochure* di presentazione del servizio di *counseling* sul sonno. L'adesione al progetto è stata effettuata su base volontaria dai genitori che hanno ritenuto utile approfondire il tema del sonno del bambino e ricevere strategie pratiche e sostenibili per la gestione di tale bisogno.

Criteri di inclusione:

I criteri di inclusione per la partecipazione al progetto sono stati i seguenti:

- Bambini sani con assenza di patologie note o compromissioni neurologiche;
- Età del bambino compresa tra 0 e 3 anni.

Considerando che, tra i genitori rispondenti al questionario, sono state avanzate alcune richieste di partecipazione al servizio esterne all'utenza dei reparti di pediatria ed ostetricia dell'Ospedale di Camposampiero (PD), si è ritenuto opportuno estendere il progetto anche a soggetti esterni, con incontri svolti in modalità telematica.

I criteri di inclusione per questa popolazione sono stati i medesimi.

Il campione finale è composto da 10 casi clinici, dei quali 4 sono stati seguiti in presenza e 6 mediante modalità telematica.

Nella sezione seguente verranno descritti in dettaglio i casi clinici trattati in presenza, mentre i casi clinici in cui la consulenza è stata fatta *online* verranno solo menzionati. Questi ultimi includono: C. (*Età al momento dell'osservazione*: 2 mesi e 7 giorni), C. (*Età al momento dell'osservazione*: 9 mesi e 1 giorno), C. (*Età al momento dell'osservazione*: 1 anno, 3 mesi e 5 giorni), E. (*Età al momento dell'osservazione*: 1

anno, 4 mesi e 17 giorni), G. (*Età al momento dell'osservazione: 2 anni, 11 mesi e 23 giorni*), G. (*Età al momento dell'osservazione: 3 anni e 14 giorni*).

5.5 Casi clinici

5.5.1 Caso clinico C.

- *Età al momento dell'osservazione: 8 mesi e 1 giorno*
- *Indice Apgar: 9 - 10 - 10*
- *Parametri auxologici alla nascita: PN 3150 g (23°%ile), L 48 cm (7°%ile), CC 33.5 cm (15°%ile)*
- *Storia della gravidanza: primogenito nato a 40 + 1 settimane gestazionali da parto eutocico. Gravidanza normodecorsa, tampone vagino - rettale materno negativo. Ipotiroidismo in gravidanza trattato con Levotiroxina. Non familiarità per displasia congenita dell'anca o altre patologie di rilievo.*
- *Decorso clinico: alla nascita liquido amniotico limpido. Adattamento perinatale regolare con presenza di un giro di funicolo al collo e una bandoliera. Alla dimissione buone condizioni generali, cute rosea. Buon tono e reattività, motricità fluida e simmetrica con riflessi normoevocabili, pianto valido e consolabile. Manovra di ortolani negativa e riflesso rosso presente bilateralmente.*

Valutazione neuropsicomotoria del 27/06/2024

Area motoria

Nel complesso la traiettoria di sviluppo posturo motorio procede in modo armonico ed integrato, con buone competenze di equilibrio ed un tono adeguatamente modulato.

Si apprezza il consolidamento della competenza antigravitaria del tronco, con mantenimento della postura seduta, che C. raggiunge in quasi totale autonomia, con residui di facilitazione.

Dalla postura seduta si apprezza una buona rotazione del tronco, con svincolo del cingolo scapolare da quello pelvico e libertà d'uso degli arti superiori (AASS). Le modalità di spostamento attuate sono il rotolamento su entrambi gli emisomi ed il *pivoting*.

Le competenze di tipo finomotorio, anche in relazione alla competenza di integrazione visuomotoria, risultano in fisiologico avanzamento, con buona abilità di prensione, esplorazione e passaggio dell'oggetto.

Area neurocomportamentale ed affettivo-relazionale

Il profilo attentivo ed affettivo-relazionale rappresentano l'elemento di grande forza nello sviluppo globale di C.

C. manifesta un buon interesse verso l'adulto, che ricerca attivamente; il bambino si orienta all'interlocutore mediante organizzazione rapida di risposte congruenti e avanzando valide risposte di scambio. In relazione a questo si apprezza inoltre un buon repertorio mimico-gestuale con aumento delle richieste e delle espressioni di rifiuto, saturazione e protesta.

Nella comunicazione verbale, C. ha raggiunto una buona produzione vocale, utilizzando sia il *babbling* canonico che variegato con cui avvia e sostiene sequenze di protodialogo con ottimale livello di reciprocità.

Il bambino ha sviluppato un consolidamento efficace della competenza di riferimento sociale ai genitori, che utilizza al fine di regolare il proprio stato di attivazione emotiva.

I tempi di permanenza e di attenzione nelle attività sono adeguati per l'età.

La tolleranza ai tempi di attesa ed alle frustrazioni risultano adeguati, a delineare un buon profilo di regolazione.

Relazione sul sonno 27/06/2024

C., figlio unico, vive con entrambi i genitori e non è stato inserito al nido.

C. è stato alimentato esclusivamente con latte artificiale sin dalla nascita ed ha iniziato lo svezzamento a 7 mesi. I pasti ad oggi vengono svolti in orari regolari, il *biberon* viene integrato al mattino ed utilizzato per facilitare l'addormentamento serale.

Non sono state segnalate condizioni mediche o farmacologiche che possano influenzare il ritmo sonno - veglia e non sono state riportate familiarità con disturbi del sonno.

I genitori hanno aderito al servizio di consulenza sul sonno per migliorare la regolarità del sonno diurno, che attualmente appare disorganizzato e difficile da prevedere.

I genitori riferiscono che, in presenza di un adeguato riposo diurno, C. manifesta un comportamento tranquillo, socievole e predisposto al gioco. In caso contrario tende a

richiedere un contatto fisico continuo con il *caregiver*, manifestando episodi di pianto inconsolabile.

Sonno notturno

C. presenta una durata media del sonno notturno di circa 9 ore. L'addormentamento, gestito dalla madre, avviene in un intervallo variabile tra le 22.00 e le 24.00 e richiede mediamente 30 minuti. Se non sufficientemente stanco, C. tende ad opporsi alle attività che precedono l'addormentamento serale, non *routinarie*, mostrando irrequietezza ed utilizzando il pianto.

La madre dichiara di non adottare una strategia unica per calmare C. ma di tentare continue proposte per riuscire ad individuare quella efficace per la situazione. Non vengono utilizzati oggetti di conforto per facilitare l'addormentamento. Una volta addormentato, C. dorme nel letto matrimoniale con i genitori con sporadici risvegli. Il risveglio mattutino si verifica abitualmente intorno alle 5.00, momento in cui il bambino riceve il primo pasto (latte), e successivamente si riaddormenta fino alle 8.30/9.00. L'umore di C. al risveglio è variabile, con giornate caratterizzate da risvegli tranquilli ad altre con continui episodi di pianto inconsolabile.

Sonno diurno

Il sonno diurno di C. risulta estremamente variabile, sia nella durata che nel numero dei pisolini.

C. è in grado di effettuare fino ad un massimo di due pisolini al giorno, con una durata complessiva di 1 ora e 30 minuti. Nell'ultima settimana, si è osservata una tendenza a fare un breve sonnello intorno alle 13:00, della durata di circa 45 minuti, seguito da un lungo periodo di veglia fino alle 18.30, orario in cui C. manifesta nervosismo e rifiuto delle attività. Successivamente, il bambino si riaddormenta per circa 30 minuti fino alle 19.30, orario in cui viene svegliato per la cena.

I pisolini spesso seguono episodi di pianto inconsolabile, dopo i quali C., con fatica si addormenta. Gli orari di questi episodi sono variabili e dipendono dalle attività svolte e dal livello di stanchezza accumulata dal bambino.

Il processo di addormentamento durante il giorno avviene solitamente in braccio alla madre sul divano o nella culla situata in stanza dei genitori. Non è prevista una *routine*

specifica per il sonno diurno, sebbene il processo di addormentamento venga facilitato dall'ascolto di canzoni.

La madre afferma di non prestare particolare attenzione all'illuminazione della stanza e, una volta addormentato, C. non sembra essere particolarmente disturbato da eventuali rumori ambientali.

CONSIGLI PRATICI PER SUPPORTARE IL SONNO DI C.

Sebbene i genitori abbiano espresso come prioritaria la necessità di regolarizzare il sonno diurno di C., dalle informazioni da loro fornite, sembra emergere che una delle difficoltà principali sia legata all'addormentamento ovvero alla capacità di rinunciare all'attività e rilassarsi abbassando i livelli di vigilanza; una volta addormentato, infatti, il bambino riesce a dormire quasi l'intera notte.

Il processo di addormentamento può risultare complesso in relazione all'età e comportare resistenze. Infatti, in questo periodo dello sviluppo, la separazione dai genitori può rappresentare un momento di angoscia ed incertezza. Inoltre, le nuove acquisizioni motorie, che alimentano il desiderio di movimento ed esplorazione, potrebbero rendere C. particolarmente attivo ed energico, rendendo difficile il momento del riposo. Un altro fattore da considerare è l'inizio dello svezzamento, una fase che comporta diversi cambiamenti significativi nella *routine* quotidiana di C. L'introduzione di nuovi orari per i pasti, la sperimentazione e l'adattamento alle nuove consistenze ed i cambiamenti nei processi masticatori, deglutitori e digestivi in seguito all'assunzione di cibi di consistenza differente rispetto al latte, possono alterare il ritmo sonno-veglia.

I pianti inconsolabili di C. descritti dai genitori potrebbero essere interpretati come una manifestazione del fatto che, nonostante sia stanco, il bambino non ha ancora sviluppato una capacità di autoregolazione e questo comporta una fatica nella gestione del proprio livello di stanchezza. La disregolazione emotiva causata da un'eccessiva stanchezza attiva una risposta di *stress* mediata da un aumento di cortisolo, che può rendere più difficile l'addormentamento ed il rilassamento.

Alcune strategie che potremmo applicare per far fronte a queste difficoltà e facilitare il sonno del bambino sono:

Creare una routine di addormentamento: l'introduzione di una *routine* è fondamentale per garantire una maggiore prevedibilità, senso di controllo e sicurezza nel momento del

sonno. Le attività da includere in questa *routine* potrebbero comprendere un bagno caldo, un massaggio, la lettura di una storia, tutte utili per ridurre l'attivazione fisica e preparare C. al riposo. Ripetere la stessa sequenza di eventi ogni sera rafforza l'associazione tra queste attività ed il sonno, aiutando C. a riconoscere quando è il momento di dormire.

Potrebbe essere utile proporre alcune di queste attività anche prima dei pisolini diurni, in modo da permettere al bambino di differenziare chiaramente i momenti di attività e quelli di riposo.

Mantenere un ambiente del sonno stabile: la creazione di un ambiente per il sonno stabile e confortevole è fondamentale per rafforzare il senso di sicurezza e controllo, ridurre le distrazioni e facilitare il sonno. Assicurarsi che il letto sia comodo e sicuro, mantenendolo libero da giocattoli o oggetti che potrebbero disturbare il sonno, è fondamentale. E' raccomandabile che il luogo in cui si addormenta il bambino sia lo stesso in cui continuerà a dormire sia durante la notte che per i riposini diurni. Questo al fine di evitare eventuali risvegli dovuti a spostamenti o difficoltà nel riaddormentarsi per la paura di essersi ritrovato in un luogo nuovo. Considerando che il bambino, durante i riposini diurni dorme nella propria culla, potremmo cercare di effettuare anche l'addormentamento serale nello stesso luogo. Infine, l'ambiente deve essere confortevole, con una temperatura adeguata, un livello di luce ridotto e assenza di rumori disturbanti.

Creare una regolarità per i sonnellini diurni e per il riposo notturno: i bambini della fascia d'età di C. dovrebbero dormire complessivamente tra le 12 e le 16 ore al giorno (secondo l'American Academy of Sleep Medicine, 2016) , inclusi sia il sonno notturno che i pisolini diurni. La durata del sonno notturno potrebbe essere di circa 11 ore con eventuali interruzioni e brevi risvegli, mentre il sonno diurno potrebbe prevedere 2-3 riposini per un totale di 1-2 ore. E' importante proporre riposini ad orari costanti ogni giorno, individuando i momenti che si ritengono più opportuni facendo anche riferimento ai segnali di stanchezza che il bambino manifesta, per aiutare C. a stabilire un ritmo sonno-veglia prevedibile e rendere più facile per l'addormentamento. Allo stesso modo, è bene evitare che i pisolini si prolunghino troppo nel tardo pomeriggio in quando potrebbero interferire con il sonno notturno.

Identificare i segni precoci di stanchezza: identificare i segnali precoci di stanchezza di C. è cruciale per evitare che il bambino diventi eccessivamente nervoso. Se i segnali di stanchezza vengono ignorati, C. potrebbe diventare sempre più stanco ed il suo corpo inizierà a produrre cortisolo in quantità maggiori. Questo ormone, associato alla risposta allo *stress*, può portare ad un maggiore stato di eccitazione, rendendo ulteriormente complessi il rilassamento e l'addormentamento.

Rispondere al pianto mantenendo la calma: per affrontare il pianto di C., è fondamentale riconoscere che tale comportamento non indica necessariamente un malessere fisico, ma può essere sintomatico di uno stato di eccessiva stanchezza e della difficoltà del bambino di autoregolarsi. Comprendere il significato del pianto consente ai genitori di gestire la situazione con maggiore serenità, evitando di trasmettere ulteriori stati di ansia o agitazione al bambino. Infatti, è noto che i bambini sono altamente sensibili agli stati emotivi dei loro *caregiver*, tendendo a sintonizzarsi sulle loro emozioni; di conseguenza, un genitore stressato può amplificare la reazione di agitazione del bambino. Pertanto, mantenere la calma, sebbene complesso, è cruciale: rispondere al pianto utilizzando un linguaggio positivo ed una voce rassicurante, accompagnati da gesti affettuosi è preferibile all'avanzamento di continue proposte differenti.

La presenza fisica ed il supporto emotivo del genitore svolgono un ruolo chiave nel rafforzare la fiducia del bambino nelle proprie capacità di autoconsolazione ed autonomia. Inoltre, interventi indiretti, come l'offerta di un succhiotto o la promozione dell'uso del pollice, possono essere efficaci per fornire a C. strumenti di autoconsolazione, essenziali per migliorare la sua capacità di calmarsi ed addormentarsi senza un'assistenza costante.

5.5.2 Caso clinico R.

- *Età al momento dell'osservazione:* 6 mesi e 29 giorni
- *Indice Apgar:* 9 - 10 - 10
- *Parametri auxologici alla nascita:* PN 3480 g (72°%ile), L 49 cm (37°%ile), CC 34 cm (50°%ile)
- *Storia della gravidanza:* primogenita nata a 39 + 6 settimane gestazionali da parto con ventosa. Gravidanza normodecorsa, tampone vagino - rettale materno

negativo, non diabete gestazionale. Non familiarità per displasia congenita dell'anca o altre patologie di rilievo.

➤ *Decorso clinico:* alla nascita liquido amniotico limpido. Adattamento perinatale regolare, non necessarie manovre rianimatorie. Riscontrata asimmetria del volto con impianto auricolare destro più basso del sinistro e plagiocefalia, di origine posizionale.

Alla dimissione buone condizioni generali, cute rosea. Buon tono assiale ed appendicolare, buona reattività, motricità simmetrica e riflessi normoevocabili. Manovra di ortolani negativa e riflesso rosso presente bilateralmente.

Osservazione neuropsicomotoria del 11/07/2024

Area motoria

Lo sviluppo neuromotorio di R. procede in modo regolare, armonico ed integrato.

L'organizzazione posturo - cinetica a livello assiale ed appendicolare si caratterizza per adeguata simmetria e stabilità. Il tono è medio - alto ma ben integrato e modulato.

La bambina presenta una buona intenzionalità motoria, con buone capacità di organizzazione del movimento e mantenimento autonomo delle posture acquisite.

Il rotolamento in entrambi gli emisomi è ben consolidato; è emergente la competenza dello striscio verso lo spazio anteriore. La posizione seduta è mantenuta con il supporto degli arti superiori (AASS) anteriormente e conseguente spostamento in avanti del baricentro corporeo.

Lo sviluppo delle competenze finomotorie risulta in avanzamento con buone capacità di manipolazione in relazione agli oggetti e associato buono sviluppo della competenza di integrazione visuomotoria e coordinazione oculomanuale.

E' evidente una sicurezza nell'afferramento degli oggetti. R. mostra buone abilità nei movimenti di rotazione e torsione dei segmenti distali, che le consentono di gestire e manipolare oggetti di diverse dimensioni con destrezza e di portarli alla bocca.

Sviluppo neurocomportamentale ed affettivo - relazionale

R. è molto propositiva nelle relazioni, mostrando una forte necessità di contatto e di interazione con l'interlocutore. R. manifesta un interesse marcato per le azioni dell'interlocutore, seguendo i suoi movimenti e rispondendo prontamente, con tempi di

organizzazione rapidi, alle proposte. I tempi di permanenza e di attenzione nelle attività in interazione con l'adulto sono adeguati per l'età.

La comunicazione si esprime attraverso una produzione vocale ampia di vocalizzi e *babbling* canonico, un uso modulato dello sguardo, della mimica facciale e del comportamento con una chiara intenzionalità nella comunicazione dei bisogni.

La reattività ai rumori è alta: la bambina si orienta e risponde prontamente agli stimoli uditivi.

R. è in grado di discriminare le figure di accudimento da quelle estranee, utilizzando spesso il sorriso sociale, lo sguardo e la voce per ricevere l'attenzione dai *caregiver*. Inoltre, si evidenziano buoni riferimenti alle figure genitoriali.

La bambina si consola rapidamente quando viene contenuta dimostrando un comportamento di adattamento positivo.

Relazione sul sonno 11/07/2024

R., figlia unica, vive con entrambi i genitori e non è stata inserita al nido. La bambina è stata allattata al seno fino ai 3 mesi di vita, dopo i quali è stato introdotto il latte in formula. Attualmente, R. ha iniziato lo svezzamento tradizionale con introduzione dei due pasti principali: pranzo (ore 11.30) e cena (ore 19.00). In questi pasti, il latte viene comunque integrato per garantire il corretto apporto nutrizionale. Inoltre, al mattino, nelle merende e per i risvegli notturni viene fornito il latte.

Non sono state riportate condizioni mediche o farmacologiche che possano influenzare il ritmo sonno - veglia e non si segnala familiarità con disturbi del sonno.

I genitori hanno aderito al servizio di consulenza sul sonno per affrontare le difficoltà nel sonno diurno, in particolare per migliorare la capacità di R. di dormire senza la costante necessità di contatto fisico con il *caregiver*.

Sonno notturno

Il pattern del sonno notturno di R. prevede una durata complessiva di circa 7 - 8 ore, caratterizzato da un singolo risveglio prolungato per l'assunzione del pasto. L'addormentamento serale avviene generalmente tra le 21.00 e le 21.30, con un tempo di addormentamento stimato tra i 30 ed i 40 minuti.

R. si addormenta esclusivamente in braccio alla madre con il supporto di ninna nanna, rumori bianchi e l'uso di un piccolo *peluche* e del ciuccio come oggetti di conforto; tuttavia, non è presente una *routine* consolidata per l'addormentamento.

Quando è completamente addormentata, R. viene trasferita nella *next to me*, situata accanto al letto dei genitori. Durante la notte, la madre si occupa della gestione dei risvegli, intervenendo prontamente per dare il biberon a R. Al mattino, R. si risveglia generalmente alle 5.00; i genitori tentano di prolungare il sonno della bambina portandola a letto con loro ma con scarso successo e il risveglio definitivo avviene alle solitamente 6.00.

I *caregivers* riferiscono che, al risveglio, la bambina generalmente è di buon umore e molto attiva.

Sonno diurno

Il sonno diurno di R. è organizzato in brevi periodi, con il riposo postprandiale che risulta maggiormente dilatato. Complessivamente, il sonno diurno di R. è strutturato in tre episodi di riposo, per un totale di circa 3 ore. Il primo riposino si verifica solitamente intorno alle 9.30 e dura circa 45 minuti. Dopo pranzo, R. si concede il pisolino principale della giornata, della durata di circa 1 ora e 30 minuti. Infine, intorno alle 17.00, la bambina riposa per circa 30 minuti. Durante il giorno la bambina si addormenta e mantiene il sonno solo se in braccio alla mamma o contenuta nella fascia; se viene posizionata nella *next to me*, si sveglia e piange. Non viene adottata una *routine* specifica per l'addormentamento diurno ma i pisolini sono facilitati dall'uso dei rumori bianchi. R. è particolarmente sensibile ai rumori.

CONSIGLI PRATICI PER SUPPORTARE IL SONNO DI R.

La maggiore difficoltà riscontrata dai genitori di R. riguarda la gestione del sonno diurno, in cui la bambina necessita di continuo contatto fisico per addormentarsi e mantenere il sonno. Questo comportamento può essere interpretato come una difficoltà nell'autoregolazione del sonno, che è comune nei bambini attivi e sensibili agli stimoli ambientali come R. Il contenimento fisico (ad esempio, in braccio o nella fascia) può aiutare la bambina a sentirsi contenuta, riducendo la sua attivazione fisica e proteggendola dalle stimolazioni ambientali che potrebbero facilmente disturbarla.

In questo modo, si favorisce il suo rilassamento e la continuità del sonno, specialmente nei momenti di transizione tra un ciclo di sonno e l'altro.

Considerando l'epoca di sviluppo di R., possiamo affermare che diversi fattori possono influire sul suo sonno. Le nuove acquisizioni motorie promuovono maggiore attivazione fisica e curiosità nell'esplorazione dell'ambiente che influiscono sulla possibilità di rilassamento e sull'addormentamento. Inoltre, in questa fase dello sviluppo, inizia a comparire l'ansia da separazione che può manifestarsi con un maggior bisogno di contatto fisico e difficoltà di addormentamento, considerando che, come descritto in precedenza, il sonno può essere inteso come una separazione dal *caregiver*.

Anche il cambiamento delle abitudini alimentari della bambina, nel primo trimestre di vita allattata al seno, successivamente nutrita con latte artificiale e poi l'inizio dello svezzamento può aver contribuito alle difficoltà nel mantenere *routine* stabili. Ad oggi, la transizione a diverse consistenze alimentari e i cambiamenti nei processi masticatori, deglutitori e digestivi possono contribuire all'alterazione di equilibri precedentemente consolidati.

Alcune strategie che potremmo applicare per far fronte a queste difficoltà, aiutando la bambina sono:

Creare una routine di addormentamento: per facilitare l'addormentamento di R. la madre propone abitualmente differenti attività che contribuiscono a favorire il rilassamento della bambina. E' importante selezionare alcune proposte e presentarle alla bambina ogni giorno nello stesso ordine per segnalare alla bambina che è ora di dormire e per promuovere un senso di sicurezza e prevedibilità. Alcune attività della *routine* come il massaggio e le canzoni potrebbero essere proposte per l'addormentamento dei riposini diurni per aiutare R. ad associare il rituale al sonno, in qualunque momento del giorno si svolga.

Identificare un ambiente stabile per il sonno: un ambiente buio e non disturbato, nel caso di R. i rumori bianchi aiutano a mascherare altri suoni, sono fondamentali per evitare stimoli eccessivi che potrebbero attivare la bambina.

Identificare un unico luogo dedicato al sonno, sia di notte che durante i riposini diurni, potrebbe offrire a R. maggiore stabilità e prevedibilità. Addormentare R. nello stesso luogo in cui dormirà può essere particolarmente utile; questo aiuta a facilitare il addormentamento dopo i risvegli, in quanto la familiarità dell'ambiente può contribuire

a tranquillizzare R. e renderla più serena. Poichè di notte R. dorme nella *next to me* è importante che dorma nello stesso luogo anche durante i riposini diurni.

Stabilire un programma di sonno coerente: creare una *routine* di sonno che si basa su orari regolari per i riposini diurni, aiuta a sincronizzare il ritmo sonno - veglia di R., favorendo un sonno più riposante e prevedibile. Per identificare i momenti ideali per i riposini è utile osservare attentamente il comportamento della bambina durante il giorno per individuare i momenti in cui mostra segnali di stanchezza. E' inoltre consigliato evitare di protrarre eccessivamente il riposino pomeridiano in quanto potrebbe influenzare il sonno notturno.

Aiutare la bambina a gestire il suo addormentamento e i suoi risvegli: quando R. si deve addormentare, è importante tranquillizzarla con contatti brevi e parole rassicuranti, evitando di prenderla in braccio. E' cruciale trasmettere alla bambina la fiducia che può gestire l'addormentamento o i risvegli in autonomia; questo può essere fatto utilizzando una comunicazione positiva e sostenendola nel superare le sfide. E' utile interagire con la bambina in modo da trasmetterle sicurezza attraverso il tocco, il tono della voce e utilizzando un linguaggio positivo. Potremmo dirle che abbiamo fiducia nelle sue capacità e che siamo lì con lei a supportarla nel momento difficile dell'addormentamento. Per aiutare R. a gestire in autonomia questi momenti potremmo metterla in una posizione di maggior contenimento, ad esempio posizionandola sul fianco, accarezzandola, oppure potremmo utilizzare una copertina che abbia l'odore dei genitori come oggetto di conforto.

Anticipare il momento dell'addormentamento serale: considerando che la bambina ha un sonno più riposante durante la notte potrebbe essere utile provare ad anticipare l'addormentamento notturno ai fini di aumentare le ore totali di sonno .

5.5.3 Caso clinico T.

- *Età al momento dell'osservazione:* 2 mesi e 24 giorni
- *Indice Apgar:* 9 - 10 - 10
- *Parametri auxologici alla nascita:* PN 3275 g (35°%ile), L 49 cm (20°%ile), CC 34 cm (28°%ile)
- *Storia della gravidanza:* primogenito nato a 40 settimane gestazionali da parto eutocico. Gravidanza normodecorsa, tampone vagino - rettale materno negativo,

non diabete gestazionale. Ipotiroidismo pregravidico trattato con Eutirox per il primo mese di gravidanza, poi riferito non più necessario in base ai controlli ematici. Non familiarità per displasia congenita dell'anca o altre patologie di rilievo.

➤ *Decorso clinico:* alla nascita liquido amniotico limpido. Adattamento perinatale regolare, non necessarie manovre rianimatorie.

Alla dimissione buone condizioni generali, cute rosea con sfumatura itterica. Presenti due cefaloematomi in sede parietale, limitati dalle suture craniche, in miglioramento. Buon tono assiale ed appendicolare, buona reattività, motricità simmetrica e riflessi normoevocabili.

Manovra di ortolani negativa e riflesso rosso presente bilateralmente.

Osservazione neuropsicomotoria del 11/07/2024

Area motoria

T. è un bambino dal temperamento attivo il cui sviluppo neuromotorio procede in modo regolare, armonico ed integrato.

Il tono muscolare del bambino appare adeguato e ben regolato. Nel dialogo tonico, T. dimostra buone competenze di adeguamento e accomodamento tonico - posturale.

Dal punto di vista motorio, T. presenta una buona iniziativa con un repertorio di movimenti vario, ricco e caratterizzato da simmetria e fluidità. T. ha acquisito una buona stabilità posturale da supino: da tale posizione il bambino è in grado di eseguire movimenti alternati di flessione ed estensione degli arti inferiori (AAII).

In posizione prona, T. riesce a flettere e portare avanti gli arti superiori (AASS) partendo da un atteggiamento iniziale di questi ultimi in estensione lungo il tronco.

Le competenze antigravitarie a livello del capo sono emergenti e mostrano un fisiologico avanzamento.

L'espressione motoria a livello dei quattro arti è possibile su tutti i piani dello spazio con ricchezza qualitativa e quantitativa dei movimenti. Sono evidenti buoni movimenti di rotazione e torsione distale degli arti.

Sviluppo neurocomportamentale ed affettivo - relazionale

Il repertorio comportamentale di T. risulta vario e ben organizzato. Il bambino esprime ottime competenze di transizione da uno stato di attivazione all'altro, modulando l'espressione dei segnali comportamentali ed il grado di reattività alle proposte.

Durante le proposte, T. mostra un buon livello di attenzione e capacità di permanere nelle attività per periodi di tempo adeguati alla sua età.

T. dimostra una predisposizione positiva all'interazione e una buona capacità di accogliere le diverse proposte, rivelando un temperamento vivace ed attivo.

Le sue interazioni sono caratterizzate da un ampio interesse per il volto e la voce dell'interlocutore; è presente una rapida organizzazione delle risposte comportamentali.

T. possiede un ampio repertorio di abilità comunicative tra cui il contatto visivo, una gamma variegata di espressioni facciali, comportamentali e vocali.

L'esplorazione visiva e uditiva dell'ambiente è attenta, con una capacità di fissare ed inseguire stimoli visivi e sonori con curiosità ed interesse.

Il contenimento mediato dalla voce rappresenta la modalità più efficace per consolare il bambino, che esprime una buona competenza di consolabilità, in un profilo caratterizzato da una struttura regolativa ben organizzata.

T. possiede buone capacità di tolleranza e regolazione, che gli consentono di adattarsi facilmente alle proposte presentate durante l'incontro e di consolarsi rapidamente con il contenimento.

Relazione sul sonno 11/07/2024

T., figlio unico, vive con entrambi i genitori, non è stato inserito al nido ma trascorre l'intera giornata con la madre. Il bambino è allattato esclusivamente al seno. Non è presente familiarità con disturbi del sonno e non sono riportate condizioni mediche o trattamenti farmacologici che potrebbero influenzare il ritmo sonno - veglia del bambino.

I genitori hanno deciso di rivolgersi al servizio di *counseling* per migliorare la qualità e la quantità del riposo di T., soprattutto nel sonno diurno.

I genitori, in particolare la madre, riferiscono di essere molto stanchi e frustrati per la gestione del sonno di T. Durante il colloquio, il padre aggiunge che la compagna non riesce ad allontanarsi dal bambino nemmeno se monitorato da altri familiari, fatica a

tollerare il suo pianto e riporta spesso giudizi di auto - svalutazione quando non riesce a trovare immediatamente una soluzione che permetta a T. di calmarsi. Questo ha ripercussioni anche nel rapporto di coppia.

Sonno notturno

Il sonno notturno di T. prevede una durata complessiva di circa 8 ore. Il sonno è caratterizzato da difficoltà sia nell'addormentamento che nel mantenimento del sonno, con frequenti risvegli. I risvegli notturni, tuttavia, sono maggiormente gestibili di quelli che caratterizzano il sonno diurno, con rapido riaddormentamento. Attualmente, il bambino dorme nel letto con i genitori, in quanto necessita di un contatto fisico costante e poichè, a causa dei frequenti risvegli, la madre ritiene di poter gestire queste interruzioni in modo più immediato prendendo il bambino in braccio ed allattandolo. L'addormentamento avviene solitamente alle 21.30, dopo una crisi di pianto che può durare fino ai 30 minuti. Generalmente T. si addormenta alle 22.00 in braccio alla madre; non è presente una *routine* di addormentamento. Il risveglio mattutino avviene generalmente tra le 6.00 e le 6.30. I *caregiver* riferiscono che, al risveglio, il bambino generalmente è di buon umore ma questa condizione si esaurisce nelle prime ore della giornata a causa delle difficoltà ad effettuare periodi di riposo diurno.

Sonno diurno

Il sonno diurno di T. è caratterizzato da brevi episodi di sonno. Solitamente i pisolini vengono proposti ad orari standard: un primo pisolino alle 9.00 del mattino, uno prima di pranzo, alle 11.00 ed un terzo al pomeriggio, alle 16.00. Il bambino riesce ad addormentarsi, dopo episodi di pianto, solo per brevi periodi in braccio alla madre, raramente superando i 20 minuti, e accumulando complessivamente circa 1 - 2 ore di sonno diurno. Le difficoltà di addormentamento e di mantenimento del riposo continuativo durante il giorno comportano nervosismo ed irritabilità. Anche fuori casa, in contesti che potrebbero favorire il riposo come passeggiate o spostamenti in automobile, il bambino fatica ad addormentarsi. T. è particolarmente sensibile ai rumori.

CONSIGLI PRATICI PER SUPPORTARE IL SONNO DI T.

Le difficoltà riscontrate dai genitori di T. riguardano l'addormentamento ed il mantenimento del sonno del bambino. A 3 mesi il bambino sta ancora sincronizzando l'orologio biologico alle 24 ore; i suoi cicli di sonno durano circa 40 - 60 minuti e sono costituiti da due principali fasi: la fase di sonno REM, o sonno attivo, che dura circa 20 minuti, seguita da una fase di sonno NREM. Secondo le indicazioni fornite dai genitori, T. tenderebbe a svegliarsi nella fase di transizione.

T. è un bambino molto attivo con un'ampia intenzionalità motoria e propositività nell'interazione; come affermano i genitori, spesso il piccolo si muove anche nel sonno e questo fattore può facilitare i suoi risvegli. Inoltre, T. è un bambino molto sensibile e viene facilmente disturbato da stimolazioni e variazioni dell'ambiente esterno.

Tuttavia, al di là di queste considerazioni, è importante considerare che, secondo le linee guida, un bambino nel primo trimestre di vita dovrebbe dormire tra le 14 e le 17 ore (National Sleep Foundation, 2015). Il fatto che T. dorma un numero di ore totali significativamente inferiore rispetto a quanto atteso per età, influisce sui suoi livelli di stanchezza, irritabilità e sulla sua capacità di regolazione. Il sonno qualitativamente e quantitativamente scarso del bambino, oltre ad impattare nel suo sviluppo ha importanti ripercussioni nei genitori che, come riportato, si sentono stanchi, stressati e si trovano in difficoltà a rispondere ai comportamenti del bambino, con sentimenti di inefficacia.

E' quindi fondamentale sottolineare l'importanza di ascoltare e rispondere ai bisogni di T., ma altrettanto rilevante è riconoscere e considerare i bisogni dei genitori.

Se da un lato è prioritario che il bambino abbia un sonno adeguato, è altrettanto importante che i genitori abbiano momenti di riposo. Genitori che non riescono a riposare adeguatamente rischiano di diventare meno tolleranti e più nervosi con possibilità di sviluppare sintomi depressivi e conseguenti ripercussioni nell'efficacia dell'accudimento (come adeguatamente approfondito nel capitolo 2 del seguente progetto di tesi).

Considerando quanto emerso dal colloquio con i genitori, in particolare le fragilità della madre, si è ritenuto fondamentale, prima di proseguire con l'individuazione dei consigli pratici per favorire una migliore stabilità del sonno di T., creare uno spazio per i *caregiver* legittimando nelle loro sensazioni ed invitandoli a riflettere sull'importanza del loro riposo.

Sono state legittimate la stanchezza della madre, principale responsabile dell'accudimento del bambino e la necessità di chiedere aiuto a persone fidate, per riposarsi.

Nel colloquio con i genitori si è potuto analizzare anche il pianto del bambino, spesso associato a preoccupazione e sentimento di autosvalutazione da parte della madre. La madre ha condiviso di trovarsi in difficoltà nella gestione del pianto del bambino, che fatica a tollerare e di procedere con l'avanzamento di continue proposte nel tentativo di calmarlo. In questa fase di sviluppo, il pianto del bambino non è sempre associato ad un malessere fisico che deve allarmare i genitori, ma è anche utilizzato come strumento fondamentale di comunicazione dell'eccessiva stanchezza o della saturazione provocata dall'eccesso di stimoli ricevuti durante il giorno che risultano difficili da gestire. Le continue proposte del genitore in questo senso possono, paradossalmente, aggravare la situazione. Se il bambino è già sovraccarico di stimoli o eccessivamente stanco, l'introduzione di continue proposte potrebbe ulteriormente stimolarlo e rendere complesso tranquillizzarsi. Inoltre, questa situazione può innescare un circolo vizioso: la madre, nel vedere che i suoi tentativi non sortiscono l'effetto desiderato, potrebbe sentirsi inefficace, aumentando il proprio stato di stress e quindi provocare una maggiore disregolazione propria e del bambino. Per evitare questo circolo vizioso, è importante che i genitori imparino a mantenere la calma. Lasciare che il bambino pianga per qualche secondo è importante per permettergli di sviluppare progressivamente le proprie risorse di autoregolazione. In alternativa, prima di prendere in braccio T., può essere efficace utilizzare una voce rassicurante, contatto fisico o fornire il succhiotto o l'uso del pollice come strategia di autoconsolazione.

Per favorire il sonno di T. potrebbe essere utile:

Creare una routine di addormentamento: è fondamentale stabilire una *routine* di addormentamento costituita da alcune proposte uguali ogni sera, nello stesso ordine, che favoriscano il rilassamento ed aiutino T. ad aumentare la prevedibilità e, dunque, il senso di sicurezza. Durante la *routine*, è consigliabile svolgere attività rilassanti quali indossare il pigiama, mettere la crema, fare un massaggio e cantare la ninna nanna al bambino. Alcune attività della *routine* potrebbero essere proposte per facilitare

l'addormentamento nei riposini diurni al fine di aiutare T. ad associare il rituale al sonno, in qualunque momento del giorno si svolga.

Identificare i segnali di sonno precoci: è importante individuare precocemente i segnali di sonno del bambino, evitando un accumulo eccessivo di stanchezza. Questo, infatti, potrebbe contribuire ad un aumento del cortisolo, ormone dello stress, rendendo difficile il rilassamento ed il processo di addormentamento. T., come riportato dai genitori, ha frequenti crisi di pianto durante la giornata che si esauriscono con l'addormentamento in brevi pisolini. Per prevenire il pianto, considerando che tali episodi avvengono in orari standard, potrebbe essere anticipata la proposta degli addormentamenti, pur mantenendo una *routine* temporale.

Identificare un ambiente stabile e confortevole per il sonno: un ambiente tranquillo, con ridotte stimolazioni, è fondamentale per facilitare l'addormentamento e la continuità nel sonno. Potrebbe essere utile introdurre l'utilizzo dei rumori bianchi e mantenere un ambiente buio.

Nel caso in cui T. non riuscisse a dormire senza contatto durante i riposini diurni, per garantirgli il riposo e rendere sostenibile la gestione di questi momenti da parte della madre, la fascia potrebbe essere un ottimo strumento. Questa, infatti, facilita il sonno del bambino grazie al contenimento, ma permette alla madre di dedicarsi ad altre occupazioni. La sensazione di contenimento può essere creata anche nella culla o nella sdraietta per il sonno creando dei confini, ad esempio avvolgendo il bambino in un lenzuolino ben fissato, facendo attenzione a mantenere una libertà di movimento al capo e di non ostruire le vie aeree. L'obiettivo futuro sarà quello di identificare un unico luogo dedicato al sonno, sia di notte che durante i riposini diurni, per permettere un maggior senso di sicurezza e prevedibilità; tale spazio potrebbe essere rappresentato dalla *next to me*. Uno spazio stabile per il sonno permetterebbe a T. di interrompere la dipendenza al contatto della madre che, attualmente, risulta essere l'unica modalità che permette al bambino di addormentarsi e di affrontare i risvegli. Per raggiungere una migliore autoconsolazione potrebbe essere efficace utilizzare un parziale contatto fisico, voce rassicurante o fornire il succhiotto o l'uso del pollice. Attualmente per non ridurre ulteriormente il sonno della madre e del bambino potrebbe essere utile, per iniziare a perseguire l'obiettivo sopra citato, rallentare i ritmi di risposta da parte della madre.

Regolare i ritmi circadiani attraverso la gestione dell'illuminazione: la sincronizzazione dei ritmi circadiani nelle 24 ore, processo che generalmente si sviluppa nei primi 3-4 mesi di vita, è facilitata dalla differenza delle interazioni tra giorno e notte e dalle variazioni dell'illuminazione dell'ambiente. Per tale motivo è utile esporre il bambino alla luce naturale durante il giorno, mentre, durante il sonno, creare un ambiente buio con ridotte stimolazioni. Anche le interazioni tra madre e bambino durante i risvegli notturni dovrebbero essere limitate per non provocare un'eccessiva stimolazione del bambino.

Riduzione degli stimoli proposti durante il giorno: poichè il sonno favorisce il consolidamento e la generalizzazione delle informazioni, un sovraccarico di stimoli potrebbe essere disturbante per il riposo. Per questo motivo potrebbe essere utile selezionare stimoli semplici limitando il numero e la complessità delle proposte e prediligere l'interazione come principale strumento di intrattenimento del bambino. Per permettere al bambino di elaborare le informazioni ricevute, evitando un'eccessiva stimolazione, è utile alternare a brevi momenti di attività, frequenti pause.

5.5.4 Caso clinico N.

- *Età al momento dell'osservazione:* 4 mesi e 16 giorni
- *Indice Apgar:* 9 - 10 - 10
- *Parametri auxologici alla nascita:* PN 3720 g (86°%ile), L 50 cm (54°%ile), CC 34.5 cm (63°%ile)
- *Storia della gravidanza:* primogenita nata a 40 settimane gestazionali da parto vaginale con ventosa. Gravidanza normodecorsa, tampone vagino - rettale materno negativo. Eseguita profilassi antibiotica intrapartum incompleta. Febbre materna con TC rilevata di 38°C a dilatazione completa. Non familiarità per displasia congenita dell'anca.
- *Decorso clinico:* alla nascita liquido amniotico limpido. Adattamento perinatale regolare, non necessarie manovre rianimatorie.

All'esame obiettivo eseguito a due ore di vita è riscontrata asimmetria dell'emivolto destro con profilo mandibolare apparentemente ridotto, capo inclinato a destra e ruotato a sinistra come da posizione preferenziale in utero. Non limitazione in rotazione o in inclinazione del capo a sinistra con possibile

raggiungimento della posizione di riferimento. Eseguita ecografia al collo, negativa per asimmetrie o ematomi dello sterno-cleido-mastoideo (SCM).

Alla dimissione buone condizioni generali, cute rosea con sfumatura itterica. Buon tono assiale ed appendicolare, buona reattività, motricità simmetrica e riflessi normoevocabili. Manovra di ortolani negativa e riflesso rosso presente bilateralmente.

Indicata presa in carico riabilitativa per facilitare l'allineamento del capo.

Osservazione neuropsicomotoria del 18/07/2024

Area motoria

Il profilo posturo motorio di N. si caratterizza per la presenza di buone competenze di organizzazione e stabilità posturale, sostenute da un'adeguata competenza di regolazione tonica in un tono di base medio.

La traiettoria di sviluppo motorio procede in modo armonico e regolare sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo con buona intenzionalità nel movimento. Le sequenze di movimento si esprimono in modo organizzato ed integrato, con una buona transizione tra momenti di maggiore reclutamento tonico e di minore tonicità.

In posizione prona l'organizzazione assiale risulta buona, con buon accomodamento dei quattro arti, buona competenza di controllo e svincolo del capo, simmetrica distribuzione del peso sul piano d'appoggio e mantenimento stabile della posizione con carico negli avambracci.

Gli spostamenti avvengono nel piano orizzontale: N. ha una buona capacità di svincolo dei cingoli riuscendo a rotolare da prona a supina e ad eseguire il *pivoting*, sia verso destra che verso sinistra. Il controllo del tronco è in fisiologico avanzamento.

Lo sviluppo delle competenze finomotorie risulta in buona progressione, con abilità di prensione degli oggetti, utilizzati principalmente per l'esplorazione orale.

Sviluppo neurocomportamentale ed affettivo - relazionale

N. è una bambina molto curiosa, attiva e propositiva. N. ha una buona responsività alle proposte, che accoglie e vi risponde in modo organizzato in tempi rapidi e con modalità funzionali.

Si apprezza un valido livello di reciprocità nello scambio interattivo che la bambina avvia e mantiene per tempi adeguati.

E' presente un buon repertorio mimico, comportamentale e vocale caratterizzato da una valida intenzionalità comunicativa. N. fissa ed insegue visivamente con interesse l'interlocutore, gli stimoli visivi ed uditivi proposti.

Si osserva una buona competenza di discriminazione fra le figure di riferimento con apprezzabile avanzamento della competenza di riferimento sociale; la bambina si consola facilmente a contatto con la mamma.

I tempi di attenzione e di permanenza nell'attività sono adeguati all'età di sviluppo.

Relazione sul sonno 18/07/2024

N., figlia unica, vive con entrambi i genitori e non è stata inserita al nido. La bambina è allattata esclusivamente al seno. Non sono riportate condizioni mediche o trattamenti farmacologici che potrebbero influenzare il ritmo sonno - veglia della bambina, sebbene vi sia una familiarità con difficoltà del sonno: il padre riferisce di soffrire di insonnia, fin dall'infanzia. Non sono mai stati somministrati farmaci o integratori per migliorare la qualità del sonno di N.

I genitori hanno deciso di accedere al servizio di consulenza sul sonno a causa della preoccupazione per la ridotta quantità di riposo della bambina.

Sonno notturno

Il pattern del sonno notturno di N. è caratterizzato da una durata complessiva di 6 - 7 ore, frammentato dalla presenza di frequenti risvegli, che si verificano all'incirca ogni 2 ore, per un totale di 3 - 4 risvegli a notte. L'addormentamento avviene generalmente alle 22.00 e richiede un tempo medio inferiore ai 15 minuti. Pur in assenza di una *routine* serale, la bambina non manifesta particolari difficoltà nel processo di addormentamento iniziale. N. si addormenta nella stanza dei genitori, a contatto con la madre, per poi essere trasferita nella *next to me*, accanto al letto dei genitori. Durante la notte, la gestione dei risvegli ricade prevalentemente sulla madre, che interviene immediatamente, spostandosi nel divano per allattare N. I risvegli generalmente hanno una durata di tempo compresa tra i 30 ed i 50 minuti. Il risveglio mattutino avviene

abituale intorno alle 6.00. Nonostante la frequente interruzione del sonno, i genitori riferiscono che N., al risveglio, appare tranquilla.

Sonno diurno

Il sonno diurno di N. si struttura su tre episodi di riposo, per una durata complessiva di circa 2 ore e 30 minuti. Il primo, di circa 30 minuti, si verifica nella mattinata, circa alle 10.00. La bambina si concede il sonno diurno più prolungato nel pisolino postprandiale, dalle 14.00, della durata di circa 1 ora e 30 minuti, solitamente nel letto dei genitori assieme alla madre. Infine, il terzo riposino si colloca tipicamente dopo cena, intorno alle 19.00, con una durata di circa 30 minuti, che viene poi interrotto dalla madre per evitare che interferisca con il sonno notturno. N. mostra una flessibilità rispetto agli ambienti ed alle modalità di addormentamento durante i riposi diurni. Infatti, il sonno diurno può verificarsi in contesti variabili, senza che ciò comprometta ulteriormente la qualità del sonno. La bambina dimostra inoltre una buona capacità di adattamento ai rumori ambientali che, in alcuni casi, sembrano addirittura prolungare la durata del sonno. Non sono previste una *routine* specifica o modifiche dell'illuminazione ambientale per agevolare il sonno diurno.

CONSIGLI PRATICI PER SUPPORTARE IL SONNO DI N.

La principale problematica identificata dai genitori di N. risiede nella quantità di sonno della bambina, che dorme un numero di ore totali significativamente inferiore rispetto a quanto atteso per età. Secondo le linee guida, infatti, tra i 4 ed i 12 mesi la quantità di sonno raccomandata è compresa tra le 12 e le 16 ore (American Academy of Sleep Medicine, 2016). A 4 mesi i risvegli notturni sono fisiologici, possono essere giustificati dalla transizione di un ciclo di sonno all'altro e possono, anche se non esclusivamente, essere facilitati dalle sensazioni di fame o di sete. A 4 mesi molti bambini necessitano di essere nutriti durante la notte.

Per favorire l'aumento di sonno totale accumulato giornalmente da N., potrebbe essere utile:

Anticipare gli orari del sonno: come riportato dai genitori, N. riposa ad orari definiti e non riscontra particolari difficoltà di iniziale addormentamento, tuttavia, l'ultimo pisolino della giornata viene interrotto intenzionalmente dalla madre per evitare

interferenze con il sonno notturno. Questo intervento, seppur correttamente giustificato, risulta contrastante con l'obiettivo principale di aumento delle ore di sonno totale della bambina. Potrebbe, dunque, essere utile anticipare gli orari dei pisolini diurni e quello dell'addormentamento serale, pur mantenendo una coerenza con i ritmi dei pasti. Questo ai fini di permettere a N. di non essere svegliata e di accumulare maggiore sonno, fondamentale per il suo sviluppo. Per facilitare questo cambiamento potrebbe essere utile *creare una routine per l'addormentamento*, attualmente non attuata dai genitori. L'introduzione di una *routine* prevedibile con proposte che si ripetono sempre uguali negli stessi orari promuove, infatti, il rilassamento ed il senso di sicurezza che facilitano la transizione dal periodo di veglia al sonno. Attività rilassanti come un bagno caldo, un massaggio, canzoni intonate dalla madre o melodie lente, possono contribuire a calmare N. anticipandole il momento del sonno. Alcune attività della *routine* serale, più prolungata, possono essere proposte anche per facilitare l'addormentamento diurno per permettere alla bambina di prevedere, in ogni situazione, il momento del sonno.

Gestione dei risvegli notturni della bambina: per poter ridurre il tempo di veglia durante i risvegli notturni potrebbe essere utile aumentare i tempi di latenza dell'intervento materno. Attendere qualche minuto prima di intervenire offre alla bambina la possibilità di tentare autonomamente di passare al ciclo di sonno successivo, facendo riferimento alle proprie risorse. Qualora la bambina iniziasse a piangere, si potrebbe provare a calmarla utilizzando la voce o accarezzandola, così da farle percepire la nostra vicinanza ed il nostro supporto senza necessariamente prenderla in braccio. Questo approccio mira a facilitare lo sviluppo dell'autoregolazione del sonno. Tuttavia, se il pianto dovesse persistere, la bambina potrebbe comunicare il bisogno di essere nutrita. In tal caso è necessario rispondere alla richiesta ma, per evitare di attivarla eccessivamente, potrebbe essere utile non spostarsi in un'altra stanza per l'allattamento. Mantenere luci soffuse e interazioni ridotte aiuta N. a preservare uno stato di calma e facilita un riaddormentamento più rapido dopo la poppata. La differenza delle interazioni tra giorno e notte e le variazioni dell'illuminazione dell'ambiente, inoltre, favorisce la sincronizzazione dei ritmi circadiani nelle 24 ore, processo che generalmente si sviluppa nei primi 3-4 mesi di vita.

Stabilire un luogo stabile per il sonno: nonostante i genitori riportino una buona capacità di adattamento della bambina ed una flessibilità nei luoghi e nelle modalità di

addormentamento è bene considerare l'importanza di identificare un luogo stabile per il sonno. Potrebbe essere utile effettuare anche i pisolini diurni nella *next to me* e posizionare N. in questo spazio prima che sia completamente addormentata. Questo potrebbe contribuire ad una maggiore sicurezza e prevedibilità, facilitando il riaddormentamento dopo i risvegli.

Dormire a contatto con la madre nel pisolino postprandiale potrebbe contribuire a sviluppare una dipendenza dalla figura di riferimento come parte integrante del processo di riaddormentamento. In questo caso, il contatto diretto con la madre sarà ricercato anche nei risvegli notturni, prolungando la loro durata. Se possibile, dunque, effettuare i riposini diurni nella stessa modalità con cui avviene il sonno notturno: la madre può riposare nel proprio letto, affianco alla bambina, posizionata nella *next to me*.

CAPITOLO 6
RISULTATI E DISCUSSIONI

6.1 Fase T₀

6.1.1 Risultati e discussione dei dati del questionario

In seguito saranno riportati ed analizzati i risultati del questionario proposto nella fase T₀ ad un campione costituito da 143 genitori con figli di età compresa tra zero e tre anni:

L'88% dei genitori ha riportato cambiamenti nel proprio sonno dopo la nascita del figlio.

L'80% dei genitori ritiene che le proprie abilità genitoriali siano influenzate dalla qualità e dalla quantità del proprio sonno.

Il 94% dei genitori ritiene che il sonno del bambino influisca sulla relazione di coppia e/o sulla propria salute psico - fisica.

Il 37% dei genitori ritiene di non avere sufficienti risorse, quali tempo ed energia per affrontare le esigenze di sonno del bambino.

Il 48% dei genitori si sente sopraffatto e stressato per la gestione del sonno del bambino.

Il 53% dei genitori ritiene che le problematiche legate al sonno possano influenzare negativamente la relazione con il bambino.

Il 31% dei rispondenti considera il sonno del proprio bambino un problema.

Il 31% dei genitori esprime preoccupazione riguardo la qualità e la quantità di sonno del proprio bambino.

Il 72% dei *caregiver* ritiene che i problemi di sonno del bambino possano influenzare il suo comportamento diurno.

Il 42% dei rispondenti dichiara di sentirsi in colpa e/o frustrato per le difficoltà di sonno del proprio bambino.

Il 79% dei genitori ha riscontrato difficoltà nell'addormentamento del proprio bambino.

Il 49% dei genitori ha riscontrato difficoltà nella gestione dei risvegli del proprio bambino.

Il 52% dei *caregiver* ha riscontrato difficoltà nel mantenimento di una *routine* per il sonno del proprio bambino.

Il 30% dei genitori si è preoccupato per quale fosse la posizione corretta nel sonno del proprio bambino.

Il 57% dei genitori ha temuto per la sicurezza nel sonno del proprio bambino.

Il 27% dei rispondenti ha praticato il *co-sleeping* ma non era sereno, il 52% l'ha praticato con serenità mentre il 21% dei genitori dichiara di non aver mai attuato tale pratica.

Il 19% dei rispondenti ha somministrato integratori per facilitare il sonno del proprio bambino.

Il 68% dei *caregiver* ha consultato le raccomandazioni sulla sicurezza del sonno fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed il 69% ha cercato informazioni *online* sul sonno. Il 49% dei genitori ha chiesto informazioni al pediatra sul sonno del proprio bambino mentre il 21% si è affidato a consulenti del sonno per far fronte alle sfide in tale ambito.

Il 66% dei genitori ritiene utile un servizio di *counseling* per la gestione del sonno del proprio bambino.

Dai dati ottenuti, emerge che gran parte della popolazione rispondente (88%) ha confermato le evidenze degli studi secondo le quali la transizione alla genitorialità comporta un cambiamento del sonno, in particolare delle madri.

I risultati confermano anche l'influenza del sonno del bambino sull'intera famiglia: il 94% dei genitori percepisce che il sonno del bambino, incida sulla propria salute psicofisica e/o sulla relazione di coppia, oltre che sulla relazione con il figlio (53%). Inoltre, gran parte dei genitori ritiene che il sonno influenzi le abilità genitoriali ed il comportamento diurna dei bambini. Le preoccupazioni dei genitori riguardo al sonno del bambino e le difficoltà riscontrate nella gestione del bisogno sono significative ed il 37% dei genitori afferma di non avere risorse sufficienti per affrontare tali sfide.

Le fonti di supporto disponibili sul sonno dei bambini, accessibili ai *caregiver*, sono molteplici: il 69% dei genitori ha cercato informazioni online, mentre percentuali più basse, ma comunque rilevanti, hanno consultato il pediatra (49%) o consulenti del sonno (21%).

Tuttavia, il dato rilevato secondo cui il 66% dei partecipanti al questionario ha manifestato l'opinione positiva riguardo l'utilità di un servizio di *counseling* per la gestione del sonno dei bambini, verso il quale, come molti hanno riportato, si augurano di ricevere aiuto e consigli pratici sostenibili permette di ipotizzare che i genitori non

siano pienamente soddisfatti dei riscontri ricevuti o che abbiano comunque bisogno di ulteriore supporto.

6.1.2 Studio di correlazione tra il problema di sonno del bambino e le variabili del questionario

Per proseguire con l'analisi dei risultati ottenuti, è stato necessario convertire le 22 variabili del questionario, inizialmente rappresentate da variabili dicotomiche con modalità "Si" e "No" (Figura 5), in variabili di Bernoulli, attribuendo il valore 1 per la modalità "Si" e 0 per la modalità "No" (Figura 6).

In particolare la variabile relativa al *co-sleeping*, che presenta tre modalità, è stata considerata come un fattore a tre livelli. Le modalità sono state definite come segue: modalità 1= "No, non ho mai praticato il co-sleeping", modalità 2= "Ho praticato il co-sleeping ma non ero serena", modalità 3= " Ho praticato il co-sleeping ed ero serena".

	ParSleep	InfluParSleep	InluKidSleepPar	Risorse	ParStress	RelationParKid	KidSleep	PreoccupSleepKid	InluKidSleepKid	ParFeeling	DiffAsleep
1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
2	No	No	Si	No	No	No	No	No	Si	No	No
3	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	Si
4	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
5	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	Si
6	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	Si
7	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	No
8	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
9	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	Si
10	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	Si
11	No	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	No
12	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si
13	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si
14	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No
15	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	Si
16	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	Si
17	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si
18	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
19	Si	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Si
20	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	No	No	Si
21	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si
22	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No
23	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
24	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	Si	No
25	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	Si
26	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
27	No	No	No	Si	No	No	No	No	Si	No	No

Figura 5: Risposte ottenute dalla popolazione (N=143) espresse tramite variabili dicotomiche con opzione Si/No.

	ParSleep	InfluParSleep	InfluKidSleepPar	Risorse	ParStress	RelationParKid	KidSleep	PreoccupSleepKid	InfluKidSleepKid	ParFeeling	DiffAsleep
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
3	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1
4	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
5	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1
6	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1
7	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
8	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1
10	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
11	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0
12	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
13	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
14	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
15	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
16	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1
17	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
18	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
19	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1
20	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
21	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
23	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
24	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
25	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
26	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
27	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0

Figura 6: Risposte ottenute dalla popolazione (N=143) convertite in variabili di Bernoulli con modalità Si=1 e No=0.

L'obiettivo del presente studio è quello di individuare, tra le 22 variabili del questionario, una variabile Y di interesse, che assumerà il nome di variabile risposta. Questo ci permetterà, attraverso lo studio della relazione tra Y e le variabili restanti, di valutare l'influenza che Y esercita sulle altre variabili. La variabile risposta selezionata è $Y = \text{“KidSleep”}$, che indica la presenza o l'assenza di problemi nel sonno del bambino. In particolare, si considera $Y=1$ quando il bambino presenta problemi di sonno e $Y=0$ quando il bambino non presenta problemi di sonno. La relazione di Y con ciascuna delle variabili permette di comprendere quanto la condizione del sonno problematico nel bambino possa aver influenzato l'esito di risposta nel questionario.

Procediamo con l'analisi di tabelle di frequenza assoluta, tabelle di frequenza relativa e grafici a barre, che rispecchiano l'influenza che ciascuna delle variabili situate sulle colonne (variabili esplicative) riceve dalla variabile risposta Y (situata sulle righe).

“KidSleep” x “ParSleep”

Tutti i genitori di bambini che hanno problemi di sonno, dopo la nascita del figlio, hanno anche cambiato le loro abitudini di sonno (100%). I bambini che non hanno problemi di sonno possono, invece, avere genitori che non hanno cambiato le abitudini di sonno (16%) oppure genitori che hanno cambiato le abitudini di sonno (84%). Questo

dato suggerisce che la variabile “*KidSleep*” non esercita un effetto marcato sulla variabile “*ParSleep*”, poichè la maggior parte dei genitori ha cambiato le proprie abitudini di sonno, indipendentemente dalla presenza di problemi di sonno nel bambino.

	ParSleep	
KidSleep	0	1
0	0.1616162	0.8383838
1	0.0000000	1.0000000

Figura 7: `table(KidSleep, ParSleep)`

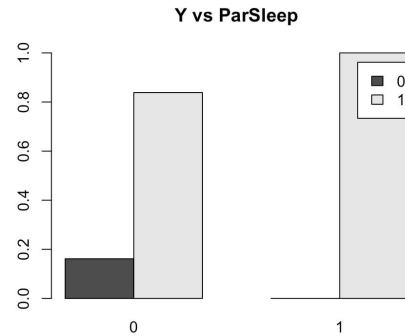


Figura 8: `barplot(KidSleep, ParSleep)`

“*KidSleep*” x “*InfluParSleep*”

In presenza di problemi del sonno del bambino, notiamo che il 9% dei genitori ritiene che la qualità e la quantità del loro sonno non influenzi le abilità genitoriali mentre il 91% dichiara il contrario. Le percentuali cambiano nel caso in cui il bambino non abbia problemi di sonno: notiamo che una percentuale pari 25% dei genitori dichiara che la qualità e la quantità del proprio sonno non influenzi le abilità genitoriali, coincidente con una fetta molto più ampia rispetto al 9% della casistica opposta, mentre il 75% dichiara il contrario.

Questo dato potrebbe suggerire che la frequenza con la quale il bambino ha difficoltà nel sonno e di conseguenza, la frequenza con cui è compromessa la qualità e la quantità del sonno del genitore può incidere sulle abilità genitoriali: se un genitore dovesse riscontrare occasionali episodi di notti disturbate, le personali risorse che avrà a disposizione per fronteggiare la situazione saranno maggiori di quelle di un genitore che affronta quotidianamente il disagio. Nonostante queste evidenze, non si può affermare che la variabile “*InfluParSleep*” dipenda strettamente dalla qualità e quantità di sonno del bambino, in quanto, indipendentemente dalla presenza o meno di problemi di sonno, la maggior parte dei genitori sostiene che ci sia una relazione tra il proprio sonno e le proprie abilità genitoriali e questo sottolinea la consapevolezza sull’importanza del

sonno e sulla ripercussione che un deficit di riposo può avere, non solo nel soggetto, ma anche nella famiglia.

	InfluParSleep	
KidSleep	0	1
0	0.25252525	0.74747475
1	0.09090909	0.90909091

Figura 9: *table(KidSleep, InfluParSleep)*

“KidSleep” x “InfluKidSleepPar”

In presenza di problemi del sonno del bambino notiamo che il 2% dei genitori ritiene che il sonno del bambino non influenzi la relazione di coppia o la propria salute psico-fisica mentre il 98% dei genitori risponde in modo affermativo. Le percentuali cambiano, anche se non in modo significativo, nel caso in cui il bambino non ha problemi di sonno: in questa circostanza notiamo che l’8% dei genitori dichiara che il sonno del bambino non influenzi la relazione di coppia o la propria salute psico-fisica, mentre il 92% afferma il contrario. Anche questo dato suggerisce che la maggior parte dei genitori è consapevole che il sonno del proprio bambino sia un fattore da cui dipendono anche il proprio sonno, la propria salute ed il *co-parenting*.

	InfluKidSleepPar	
KidSleep	0	1
0	0.08080808	0.91919192
1	0.02272727	0.97727273

Figura 10: *table(KidSleep, InfluKidsSleepPar)*

“KidSleep” x “Risorse”

In presenza di problemi di sonno del bambino notiamo che il 66% dei genitori ritiene di non avere abbastanza risorse (tempo, energia, supporto) per far fronte alle esigenze di sonno del bambino, mentre il 34% sente di possederne a sufficienza. Le percentuali cambiano nel caso in cui il bambino non riscontri problemi di sonno: la percentuale di genitori che ritiene di non avere abbastanza risorse per far fronte alle esigenze di sonno del bambino scende sostanzialmente al 24% mentre la percentuale di genitori che ritiene

di avere abbastanza risorse (tempo, energia, supporto) per far fronte alle esigenze di sonno del bambino sale al 76%.

		Risorse	
KidSleep		0	1
0	0.2424242	0.7575758	
1	0.6590909	0.3409091	

Figura 11: table (KidSleep, Risorse)

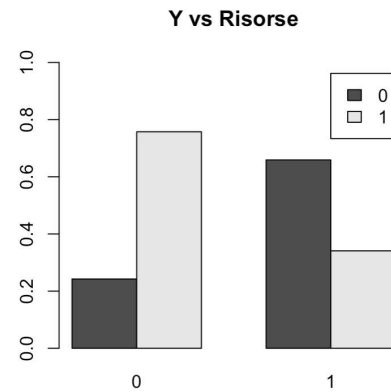


Figura 12: barplot(KidSleep, Risorse)

Attraverso il *barplot* (Figura 12) possiamo osservare graficamente come le due risposte possibili della variabile $X = \text{“Risorse”}$, associate a $Y=1$, hanno modalità di crescita opposta (lenta-rapida) rispetto alla situazione in cui sono associate alla condizione $Y=0$.

Questo dato è di rilevante importanza in quanto ci consente di dedurre che la presenza di problema di sonno del bambino sia inversamente proporzionale alle risorse disponibili al genitore per fronteggiare tale sfida.

“KidSleep” x “ParStress”

In presenza di problemi del sonno del figlio notiamo che il 14% dei genitori afferma di non essere stressato a causa della gestione del sonno del bambino, mentre l’86% dei genitori dichiara il contrario. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno nel bambino le percentuali cambiano, mostrando una consistenza di genitori che ritiene di essere comunque stressata per la gestione di questo bisogno pari al 30%, mentre il 70% dichiara di non essere stressata.

	ParStress	
KidSleep	0	1
0	0.6969697	0.3030303
1	0.1363636	0.8636364

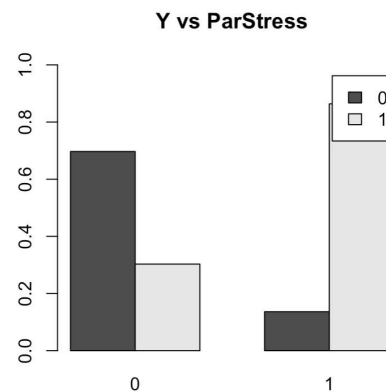


Figura 13: `table(KidSleep, ParStress)`

Figura 14: `barplot(KidSleep, ParStress)`

Attraverso il *barplot* (Figura 14) possiamo osservare graficamente come le due risposte possibili della variabile $X = \text{“ParStress”}$, associate a $Y=1$, hanno modalità di crescita (lenta-rapida) opposta rispetto alla situazione in cui sono associate alla condizione $Y=0$. Questo dato è di rilevante importanza in quanto ci consente di dedurre che il problema di sonno del bambino sia direttamente proporzionale allo stress genitoriale connesso alla gestione del bisogno. La percentuale comunque rilevante del 30% suggerisce che anche i genitori che non hanno figli con particolari problemi di sonno potrebbero richiedere supporto per la gestione del sonno del bambino in quanto può rappresentare un importante fattore di preoccupazione.

“KidSleep” x “RelationParKid”

In presenza di problemi del sonno del bambino notiamo che il 34% dei genitori ritiene che le tali problematiche non influenzino negativamente la relazione con il bambino mentre il 66% dichiara il contrario. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno nel bambino le percentuali cambiano: il 52% dei genitori ritiene che le problematiche legate al sonno non influenzano negativamente la relazione con il bambino mentre il 47% ritiene, al contrario, che le problematiche legate al sonno influenzano negativamente la relazione con il bambino. Nonostante anche in questo caso le due risposte possibili della variabile $X = \text{“RelationParKid”}$, associate a $Y=1$, hanno modalità di crescita opposta rispetto alla situazione in cui sono associate alla condizione $Y=0$ (Figura 14), una percentuale comunque significativa dei genitori in condizione

$Y=0$ è consapevole degli effetti che il sonno del bambino ha sulla relazione con il bambino.

	RelationParKid	
KidSleep	0	1
0	0.5252525	0.4747475
1	0.3409091	0.6590909

Figura 15: `table(KidSleep, RelationParKid)`

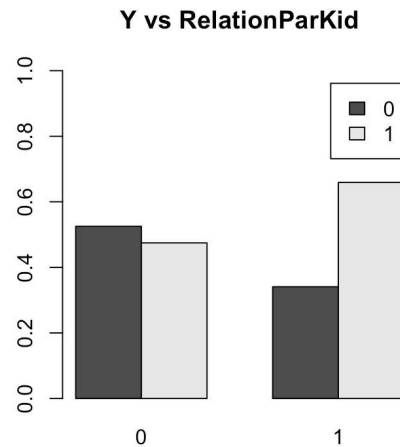


Figura 16: `barplot(KidSleep, RelationParKid)`

“KidSleep” x “PreoccupSleepKid”

In presenza di problemi del sonno del bambino notiamo che il 34% dei genitori ritiene di non essere preoccupato per la qualità e/o quantità di sonno del bambino mentre il 65% afferma, al contrario, di essere preoccupato per la qualità e/o quantità di sonno del bambino. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno nel bambino l’85% dei genitori ritiene di non essere preoccupato per la qualità e/o quantità di sonno del bambino mentre il 15% dichiara il contrario. L’influenza statistica di tale aspetto risulta quindi significativa, mostrando un livello di preoccupazione crescente in relazione alla presenza di problematiche riscontrate.

	PreoccupSleepKid	
KidSleep	0	1
0	0.8484848	0.1515152
1	0.3409091	0.6590909

Figura 17: `table(KidSleep, PreoccupSleepKid)`

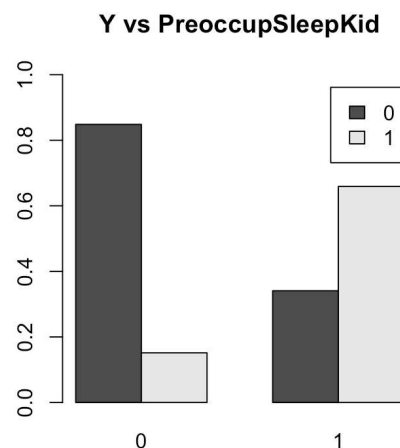


Figura 18: `barplot(KidSleep, PreoccupSleepKid)`

“KidSleep” x “InfluKidSleepKid”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 30% dei genitori ritiene che tali problemi non influenzano il suo comportamento diurno, mentre il 70% dei genitori sostiene una dipendenza. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno nel bambino le percentuali non cambiano in modo significativo: la percentuale di genitori che ritiene che i problemi di sonno del bambino non influenzano il suo comportamento diurno è del 27% mentre la percentuale dei genitori che afferma il contrario è del 73%. Indipendentemente da problemi di sonno nel soggetto, una percentuale significativa di rispondenti ritiene che il sonno del bambino influenzi il suo comportamento diurno.

		InfluKidSleepKid	
KidSleep		0	1
0	0.2727273	0.7272727	
1	0.2954545	0.7045455	

Figura 19: `table(KidSleep, InfluKidSleepKid)`

“KidSleep” x “ParFeeling”

In presenza di problemi di sonno del bambino, il 30% dei genitori ritiene che dopo una notte disturbata del proprio bambino non si sente in colpa o frustrato mentre il 70% dei rispondenti dichiara il contrario. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno del bambino le percentuali cambiano: il 71% dei genitori ritiene che dopo una notte disturbata del bambino non si sente in colpa mentre il 29% dei genitori risponde in modo affermativo.

		ParFeeling	
KidSleep		0	1
0	0.7070707	0.2929293	
1	0.2954545	0.7045455	

Figura 20: `table(KidSleep, ParFeeling)`

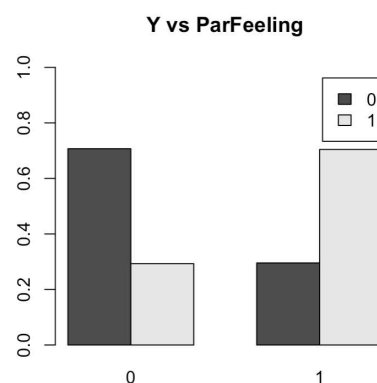


Figura 21: `barplot(KidSleep, ParFeeling)`

Attraverso il *barplot* (Figura 21) possiamo osservare graficamente come le due risposte possibili della variabile $X = \text{“ParFeeling”}$, associate a $Y=1$, hanno modalità di crescita (lenta-rapida) contraria rispetto alla situazione in cui sono associate alla condizione $Y=0$.

Questo dato ci porta a riflettere sul fatto che un problema di sonno frequente nel bambino possa indurre il genitore a mettersi in discussione, a sviluppare maggiore autocritica e ad attribuirsi la responsabilità delle difficoltà di dormire del proprio figlio.

Il *caregiver*, non riuscendo a trovare una soluzione per un sonno sereno e riposante del proprio bambino, potrà sentirsi sentirà in colpa e frustrato e diminuirà il suo senso di autoefficacia.

Sporadiche difficoltà nel sonno, al contrario, possono condurre più facilmente il genitore a trovare giustificazioni esterne.

“KidSleep” x “DiffASleep”

Nell’analisi delle difficoltà di addormentamento, emerge che, in presenza di problemi di sonno del bambino, solo il 9% dei genitori afferma di non avere mai riscontrato tali difficoltà, mentre il 90% dei genitori afferma di averle affrontate. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno del bambino, le percentuali cambiano: il 26% dei genitori afferma di non avere mai riscontrato difficoltà nell’addormentamento del bambino, mentre il 74% dei genitori afferma di averle sperimentate. Questi risultati indicano che le difficoltà di addormentamento sono comuni nella maggior parte delle famiglie testate, indipendentemente dai problemi di sonno riscontrati nei bambini.

	DiffAsleep	
KidSleep	0	1
0	0.26262626	0.73737374
1	0.09090909	0.90909091

Figura 22: *table(KidSleep, DiffAsleep)*

“KidSleep” x “DiffWakeUp”

Per quanto riguarda la gestione dei risvegli notturni, in presenza di problemi di sonno, il 23% dei genitori afferma di non avere mai avuto difficoltà, mentre il 77% riporta di averne riscontrate. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno del bambino, le

percentuali cambiano: il 64% dei genitori afferma di non avere mai riscontrato difficoltà nella gestione dei risvegli del bambino mentre il 36% dei genitori dichiara il contrario. Questi dati suggeriscono che i risvegli notturni rappresentano un aspetto più critico rispetto alle difficoltà di addormentamento nei bambini con problemi di sonno.

		DiffWakeUp	
KidSleep	0	1	
0	0.6363636	0.3636364	
1	0.2272727	0.7727273	

Figura 23: `table(KidSleep, DiffWakeUp)`

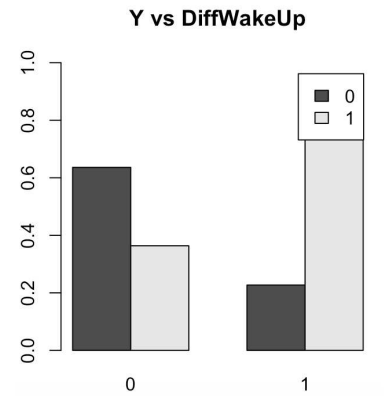


Figura 24: `barplot(KidSleep, DiffWakeUp)`

Dai risultati ottenuti dalla relazione tra la variabile $Y = \text{“KidSleep”}$ e le variabili $X_1 = \text{“DiffASleep”}$ e $X_2 = \text{“DiffWakeUp”}$ si nota come, indipendentemente dai valori 0 ed 1 attribuiti alla variabile Y , si riscontrano difficoltà diffuse nell'addormentamento del bambino. Tuttavia, la difficoltà nella gestione dei risvegli è molto più specifica e correlata alla qualità di sonno del bambino, mostrando un'influenza diretta e statisticamente significativa su questa variabile. Questo ci permette di ipotizzare che il problema più impattante per i genitori con bambini con problemi di sonno è la gestione dei risvegli, i quali interrompono il sonno anche dei genitori stessi. Al contrario, le difficoltà di addormentamento, se isolate, tendono a manifestarsi come una difficoltà iniziale, seguita poi da un sonno meno frammentato e, dunque, più riposante.

Questo è significativo anche ai fini del nostro intervento con il servizio di *counseling*. E' fondamentale aiutare i genitori ad acquisire maggiore consapevolezza delle problematiche legate al sonno e a riflettere sulle strategie che possono essere attuate per facilitare il difficile passaggio della separazione tra momento di veglia e quello di sonno. Inoltre, per quei genitori che segnalano entrambe le difficoltà, sarà necessario prestare particolare attenzione alla gestione dei risvegli notturni.

“KidSleep” x “DiffRoutine”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 36% dei genitori afferma di non avere mai riscontrato difficoltà nel mantenimento di una routine per il sonno del bambino mentre il 64% di questa popolazione di rispondenti afferma il contrario. Nel caso in cui non siano presenti problemi di sonno del bambino le percentuali cambiano: il 54% dei genitori afferma di non avere mai riscontrato difficoltà nel mantenere una routine per il sonno del bambino mentre il 46% dei genitori afferma di avere riscontrato difficoltà.

	DiffRoutine	
KidSleep	0	1
No	0.5353535	0.4646465
Sì	0.3636364	0.6363636

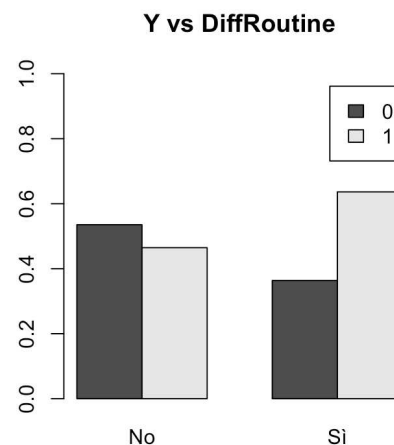


Figura 25: `table(KidSleep, DiffRoutine)`

Figura 26: `barplot(KidSleep, DiffRoutine)`

Ai fini del nostro intervento, è importante considerare questo dato, data la sua rilevanza statistica e l’inversione di adattamento dei dati nelle due casistiche. Notiamo tuttavia, che sia in presenza che in assenza di problemi di sonno nel bambino, il mantenimento di una routine risulta, per larga parte della popolazione rispondente, difficile da attuare, seppur molto più complessa se potenziata da problematiche aggiuntive nel sonno. Questo dato è rilevante in quanto, come emerge in “KidSleep” x “DiffASleep”, la maggior parte della popolazione rispondente segnala difficoltà nell’addormentamento e, come testimoniato da evidenze scientifiche, la *routine* facilita questo processo.

E’ dunque importante considerare se i genitore applichino o meno una routine (elemento che non emerge dal questionario) e quali attività vengono proposte; potremmo infatti ipotizzare che una delle possibili difficoltà derivi dal fatto che una proposta avanzata dal genitore viene difficilmente accettata dal bambino.

Nel servizio di *counseling* che proponiamo, sarà di fondamentale importanza valorizzare i tentativi che il genitore mette in atto per promuovere il sonno del bambino

ed aiutarlo ad acquisire consapevolezza sulle difficoltà che il piccolo potrebbe incontrare nelle attività che precedono il momento del riposo.

Sarà essenziale incoraggiare il genitore, sostenerlo nel mantenere la motivazione e la costanza nelle sue proposte, individuando quelle che potrebbero essere più efficaci per il suo bambino. Inoltre, è importante sottolineare il ruolo della routine di addormentamento consolidata nel promuovere un senso di prevedibilità e sicurezza nel bambino preparandolo al riposo.

Anche in caso di risvegli, è fondamentale considerare con i genitori l'importanza di mantenere una routine nei luoghi e negli orari dedicati al sonno.

“KidSleep” x “SleepPosition”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 68% dei genitori afferma di non aver mai avuto dubbi su quale fosse la posizione corretta nel sonno del bambino mentre il 32% dei genitori dichiara di avere avuto perplessità. In assenza di problemi di sonno, il 71% dei genitori afferma di non avere mai avuto dubbi su quale fosse la posizione corretta nel sonno del bambino mentre il restante 29% dichiara il contrario. Questi risultati sono simmetrici nelle due situazioni e non sono statisticamente influenzati dalla variabile Y.

	SleepPosition	
KidSleep	0	1
0	0.7070707	0.2929293
1	0.6818182	0.3181818

Figura 27: *table(KidSleep, SleepPosition)*

“KidSleep” x “SleepSecurity”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 50% dei genitori afferma di non avere mai temuto per la sicurezza del bambino durante il sonno, mentre l'altra metà afferma di avere avuto preoccupazioni. In assenza di problemi di sonno del bambino le percentuali cambiano: il 39% dei genitori afferma di non avere mai temuto per la sicurezza del bambino durante il sonno mentre il 61% afferma il contrario. La percentuale più alta di preoccupazione sulla sicurezza nel sonno da parte di genitori con figli senza particolari difficoltà suggerisce che il servizio di *counseling* proposto possa avere una validità

significativa anche in assenza di problemi di sonno del bambino in quanto questo bisogno è comunque causa di consistenti interrogativi da parte dei *caregiver*.

		SleepSecurity	
KidSleep	0	1	
0	0.3939394	0.6060606	
1	0.5000000	0.5000000	

Figura 28: *table(KidSleep, SleepSecurity)*

Le due associazioni tra la variabile Y e le rispettive variabili X ($X_1 = \text{“SleepPosition”}$, $X_2 = \text{“SleepSecurity”}$) non mostrano differenze significative in relazione ai valori 0 ed 1 attribuibili alla variabile Y . Complessivamente, i dati ottenuti indicano quanto il sonno del bambino sia un fattore di estrema importanza per il genitore, spesso fonte di preoccupazione. Nel servizio di *counseling* proposto, che si delinea dunque come uno strumento utile per affrontare il bisogno del sonno, indipendentemente dal problema di sonno del bambino, sarà essenziale assumere un atteggiamento di ascolto empatico verso i genitori affinché possano esprimere i propri dubbi. In questo modo, sarà possibile fornire loro informazioni valide e aiutarli ad affrontare con maggiore serenità il momento del sonno. Come sappiamo, infatti, il bambino tende a sintonizzarsi con lo stato emotivo del genitore: se il genitore non è tranquillo nell'affrontare il sonno del bambino, anche per il bambino potrebbe essere più difficile regularsi in questo momento.

“KidSleep” x “CoSleeping”

In presenza di problemi del sonno del bambino, l’11% dei genitori afferma di non avere mai praticato il co-sleeping, il 43% dei genitori afferma di averlo praticato ma di non essere stato sereno, il 45% dichiara di averlo praticato e di essere stato sereno. In assenza di problemi del sonno del bambino il 25% dei genitori afferma di non avere mai praticato il co-sleeping, il 20% dei genitori afferma di averlo praticato ma di non essere stato sereno, il 56% afferma di averlo praticato e di essere stato sereno.

Sebbene non emergano differenze significative a seconda del valore attribuito alla variabile Y , la maggiore applicazione della pratica del *co - sleeping* tra i genitori di bambini con problemi di sonno potrebbe suggerire che tale pratica viene attuata per

rispondere in modo più immediato alle richieste del bambino e per preservare, per quanto possibile, il sonno del caregiver.

In occasione degli incontri con i genitori sarà fondamentale discutere la pratica del *co-sleeping*, esplorando le possibili conseguenze non solo in termini di sicurezza, ma anche rispetto all'indipendenza del bambino. Questo permetterà di accompagnare il genitore verso scelte più consapevoli.

	CoSleeping		
KidSleep	No, non ho mai praticato il co - sleeping	Sì ma non ero sereno/a	Sì, ero sereno/a
0	0.2525253	0.2020202	0.5454545
1	0.1136364	0.4318182	0.4545455

Figura 29: *table(KidSleep, Cosleeping)*

“KidSleep” x “Integratori”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 63% dei genitori afferma di non avere mai somministrato integratori per dormire al bambino mentre il 36% dice di averli utilizzati.

In assenza di problemi di sonno del bambino, l'88% dei genitori afferma di non avere mai somministrato integratori per dormire al bambino mentre l'11% dichiara di averli somministrati.

Questi dati rendono tangibile come l'uso di integratori e farmaci per il sonno non sia la soluzione più immediata ricercata dal genitore, nonostante in alcuni casi se ne valuti la possibilità. In occasione degli incontri con i genitori sarà di fondamentale importanza discutere sulla reale funzione della melatonina o di altri integratori nel bambino considerando anche eventuali effetti collaterali ed invitando il genitore a rivolgersi, se necessario, ad un medico.

	Integratori	
KidSleep	0	1
0	0.8888889	0.1111111
1	0.6363636	0.3636364

Figura 30: *table(KidSleep, Integratori)*

Le successive quattro associazioni della variabile *Y* con le rispettive variabili *X*: $X_1 =$ “OMS”, $X_2 =$ “Online”, $X_3 =$ “Pediatria” e $X_4 =$ “Consulenti” descrivono le fonti

esterne a cui il *caregiver* può accedere per affrontare i propri dubbi o per essere supportato per la gestione del sonno del proprio bambino.

“*KidSleep*” x “*OMS*”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 27% dei genitori afferma di non avere mai consultato le raccomandazioni sulla sicurezza nel sonno dell’OMS mentre il 73% dei genitori dichiara di averle consultate. In assenza di problemi del sonno del bambino, il 34% dei genitori afferma di non avere mai consultato le raccomandazioni sulla sicurezza nel sonno dell’OMS mentre il 66% dei genitori dichiara di averle consultate.

Dai dati ottenuti non si riscontrano differenze particolarmente significative attribuibili ai valori assunti dalla variabile *Y*. Una popolazione totale significativamente più ampia della media dichiara di aver consultato le linee guida redatte dall’OMS che forniscono informazioni sul sonno sicuro e sulla prevenzione della morte improvvisa in culla. Emerge, dunque, l’impatto che il sonno ha nel genitore di un bambino di età compresa tra 0 e 3 anni, che sviluppa grandi preoccupazioni legate a questo bisogno. Molte di queste non sembrano associate ad un reale problema nelle abitudini di sonno del bambino quanto più ad ansie da parte del *caregiver*. Anche questi dati sono significativi per sottolineare l’impatto positivo che potrebbe avere il servizio di *counseling* sul genitore, indipendentemente dal problema di sonno del bambino.

	OMS	
KidSleep	0	1
0	0.3434343	0.6565657
1	0.2727273	0.7272727

Figura 31: *table(KidSleep, OMS)*

“*KidSleep*” x “*Online*”

In presenza di problemi del sonno del bambino, l’11% dei genitori afferma di non avere mai cercato informazioni *online* riguardo al sonno del bambino mentre l’89% dei genitori dichiara di averle consultate. In assenza di problemi del sonno del bambino, il 40% dei genitori afferma di non avere mai cercato informazioni *online* riguardo al sonno del bambino mentre il 60% dei genitori dichiara il contrario.

Questi dati riflettono come, in un contesto di sviluppo tecnologico costante e ritmi di vita frenetici, sia sempre più facile ed immediato per i genitori accedere al *web* per trovare risposte rapide a diverse problematiche quotidiane. Tuttavia, è frequente imbattersi in informazioni approssimative e contraddittorie.

Nel servizio di *counseling*, sarà dunque fondamentale fornire ai genitori indicazioni su fonti di informazione valide ed affidabili, ricordando loro che non tutte le informazioni disponibili *online* sono attendibili. Questo aspetto è particolarmente rilevante, considerando anche i potenziali effetti negativi dell'uso dei social media da parte dei genitori.

		Online	
KidSleep		0	1
0	0.4040404	0.5959596	
1	0.1136364	0.8863636	

Figura 32: `table(KidSleep, Online)`

“KidSleep” x “Pediatria”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 30% dei genitori afferma di non avere mai consultato un pediatra riguardo al sonno del bambino, mentre il 70% dei genitori dichiara di averlo fatto. In assenza di problemi del sonno del bambino il 61% dei genitori afferma di non essersi mai rivolto ad un pediatra per il sonno del bambino mentre il 39% dei genitori dichiara di averlo fatto.

		Pediatria	
KidSleep		0	1
No	0.6060606	0.3939394	
Sì	0.2954545	0.7045455	

Figura 33: `table(KidSleep, Pediatria)`

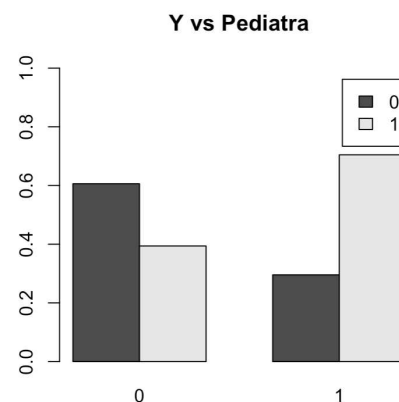


Figura 34: `barplot(KidSleep, Pediatria)`

Dai dati emerge una differenza significativa tra le risposte dei genitori con figli che presentano problemi di sonno e quelli senza.

Attraverso il *barplot* (Figura 34), possiamo osservare graficamente come le due risposte possibili della variabile $X = \text{“Pediatria”}$ associate a $Y=1$ hanno modalità di crescita (lenta-rapida) contraria rispetto alla situazione in cui sono associate alla condizione $Y=0$.

Confrontando questi dati con le percentuali relative alla variabile $X = \text{“Online”}$, si nota una maggiore tendenza del genitore a consultare fonti *online* piuttosto che rivolgersi al pediatra. Questo comportamento potrebbe essere attribuito alla maggiore praticità delle fonti *online*, che riducono la necessità di spostamenti fisici del bambino e di attese, oltre che il timore del genitore ad esporre eventuali sue preoccupazioni. Tali preoccupazioni, all'interno del servizio di *counseling*, dovranno sempre essere legittimate e valorizzate. Si potrebbe dedurre, dunque, che i pediatri vengano consultati con maggiore frequenza, per richieste più specifiche e personali, generalmente quando i problemi di sonno del bambino diventano gravosi per il benessere del bambino stesso e della famiglia.

“KidSleep” x “Consulenti”

In presenza di problemi del sonno del bambino, il 66% dei genitori afferma di non avere mai contattato consulenti del sonno per affrontare le sfide legate al sonno del bambino mentre il 34% dei genitori dichiara di averlo fatto. In assenza di problemi del sonno del bambino l'85% dei genitori afferma di non essersi mai affidati ad un consulente del sonno per affrontare le sfide legate al sonno del bambino mentre il 15% dei genitori dichiara il contrario.

In generale risulta evidente come la figura del consulente del sonno sia poco conosciuta e/o considerata tra i genitori nonostante la percentuale sia più significativa nei genitori con figli con difficoltà nel sonno.

	Consulenti	
KidSleep	0	1
0	0.8484848	0.1515152
1	0.6590909	0.3409091

Figura 35: *table(KidSleep, Consulenti)*

“KidSleep” x “Counseling”

In presenza di problemi del sonno del bambino il 7% dei genitori ritiene che un servizio di *counseling* dedicato al sonno del bambino ed alle dinamiche familiari non sarebbe utile mentre il 93% riconosce l'utilità. In assenza di problemi del sonno del bambino il 48% dei genitori ritiene che un servizio di *counseling* dedicato al sonno del bambino e alle dinamiche familiari non sarebbe utile mentre il 52% risponde in modo affermativo. I dati rivelano che il servizio di *counseling* per il sonno infantile è percepito come estremamente utile dai genitori con bambini che presentano difficoltà di sonno, con una quasi unanimità di consenso (93%). Questo dato riflette l'importanza del *counseling* come strumento di supporto pratico ed emotivo per gestire problemi specifici legati al sonno, suggerendo che i genitori considerano questo servizio un valido alleato nella risoluzione dei loro dubbi e difficoltà. Per i genitori con figli senza problemi di sonno, la percezione di utilità del servizio è meno pronunciata ma comunque significativa, con il 52% dei rispondenti che lo ritiene utile. Questo può portare a supporre che, sebbene non vi sia una necessità urgente percepita, è presente un riconoscimento del valore preventivo ed informativo del *counseling*. Per questi genitori, il servizio potrebbe servire come uno strumento per chiarire dubbi e acquisire conoscenze.

		SleepCounseling	
KidSleep		0	1
0		0.48484848	0.51515152
1		0.06818182	0.93181818

Figura 36: *table(KidSleep, SleepCounseling)*

In conclusione, le variabili X che hanno mostrato un'influenza statisticamente significativa da parte della variabile Y ="KidSleep", includono: la disponibilità di sufficienti risorse per far fronte al sonno del bambino, il livello di stress legato alla gestione del sonno, la percezione che le problematiche di sonno del bambino influenzino negativamente la relazione con il bambino, la preoccupazione per la qualità e/o quantità di sonno del bambino, il senso di colpa o frustrazione avvertito dopo una notte disturbata (che risulta essere meno presente nei genitori senza problemi di sonno), la difficoltà nella gestione dei risvegli del bambino, la difficoltà nel mantenere una *routine* regolare per il sonno e la consultazione di un pediatra riguardo i problemi di sonno del bambino.

E' significativo notare che molte delle variabili X non hanno ricevuto un'influenza statisticamente rilevante esercitata dalla variabile Y . Ciò sottolinea come gran parte dei genitori percepiscano l'importanza del tema del sonno e riconoscano i vari fattori che ne possono essere influenzati. Inoltre, anche per genitori con figli senza problemi di sonno, esistono moltissime preoccupazioni connesse a tale bisogno, alcune delle quali sono state indagate.

In questo contesto, il servizio di *counseling* sul sonno si presenta come una risorsa utile per tutti i genitori. E' importante sottolineare l'importanza del *counseling* sia come risorsa per la gestione delle difficoltà attuali e dei dubbi correlati al bisogno, che per la prevenzione di future problematiche al fine di garantire supporto ai genitori ed il massimo benessere familiare.

6.2 Fase T₁ e T₂

Il *counseling* sul sonno "Sogni d'oro, piccolo sognatore" è stato presentato in risposta alla necessità di intervento su tale bisogno ampiamente documentata in letteratura e confermata dai dati ottenuti nella fase T₀ del seguente progetto di ricerca.

L'intervento implementato dal TNPEE è mirato ad incrementare le abilità dei genitori, affinché possano affrontare con maggiore efficacia e sicurezza le difficoltà legate al sonno dei loro figli. Il *counseling* si propone di fornire ai genitori strumenti utili per comprendere i comportamenti legati al sonno del bambino e per rispondere in maniera adeguata alle diverse situazioni.

La scheda di valutazione del sonno è stata realizzata attraverso una revisione approfondita di strumenti già esistenti ed utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca. Tra i vari disponibili si è fatto riferimento al Children's Sleep Habit Questionnaire (CSHQ) ed al Brief Infant Sleep Questionnaire - Revised (BISQ - R).

La scheda di valutazione ha assunto una duplice funzione. Per il professionista ha rappresentato una guida nella conduzione del colloquio con i genitori ed ha permesso di raccogliere informazioni utili sulle abitudini di sonno del bambino al fine di individuare i bisogni, le risorse disponibili ed eventuali modalità di gestione del bisogno poco funzionali ai fini del raggiungimento dell'obiettivo. Per i genitori le domande proposte dal professionista hanno costituito un'occasione di riflessione e di approfondimento del sonno del proprio figlio; inoltre hanno permesso di sviluppare maggiore consapevolezza

sulla connessione tra sonno del bambino ed altre variabili. Nel servizio di *counseling* svolto in presenza il TNPEE ha condotto l'osservazione dello sviluppo motorio, neurocomportamentale ed affettivo - relazionale del bambino ai fini di monitorare l'armonia nel processo di sviluppo e di riflettere con i genitori sulle caratteristiche temperamentali e sulle competenze personali che possono influenzare il sonno del soggetto. Ai fini di individuare obiettivi e strategie pratiche, personalizzate e sostenibili per favorire il sonno del bambino si sono considerati bisogni e risorse del bambino e dei genitori.

Un ulteriore aspetto centrale del *counseling* è stato quello di riconoscere e legittimare le difficoltà riscontrate dai genitori e le loro emozioni, supportandoli e facendoli sentire accompagnati.

I genitori che hanno partecipato agli incontri di *counseling* hanno riportato una sensazione di maggiore serenità ed una riduzione dello stress legato alla gestione del sonno del bambino. Hanno dichiarato di sentirsi maggiormente competenti nell'osservare i comportamenti del bambino e nel riconoscere i suoi bisogni. I *caregiver* hanno apprezzato la sostenibilità delle strategie proposte e hanno dichiarato di averle sperimentate con esiti positivi.

Infine i genitori hanno apprezzato la discussione, nell'ultima parte degli incontri, dei successivi *touchpoint* del processo di bambino in quanto ha permesso loro di comprendere anticipatamente il significato di alcuni comportamenti del figlio e questo ha permesso di affrontarli con maggiore serenità.

L'esperienza dei genitori che hanno partecipato al servizio di *counseling* si è rivelata, dunque, positiva, testimonianza dell'importanza di un supporto diretto e competente.

Il servizio di *counseling*, valorizzando il ruolo centrale del genitore, ha permesso di creare un clima di fiducia e collaborazione. I genitori si sono sentiti a proprio agio, liberi di esprimere le proprie preoccupazioni. Il *counseling* ha incoraggiato una riflessione condivisa sulle problematiche riscontrate, promuovendo un senso di *empowerment* e facilitando l'adozione di scelte più consapevoli e adattate ai bisogni del proprio bambino e dei genitori.

Molti genitori partecipanti al servizio hanno fornito aggiornamenti sui progressi del bambino, non solo in relazione al sonno ma anche ad altre aree di sviluppo. Tale iniziativa di condivisione rappresenta un segnale significativo di una collaborazione ben

consolidata che indica una fiducia nel servizio e nelle competenze del professionista, proprie e del proprio bambino.

CONCLUSIONI

Dall'analisi bibliografica è emersa l'importanza del sonno, sin dall'epoca prenatale, per la crescita e per lo sviluppo motorio, neuro - comportamentale e comunicativo - relazionale del soggetto. La scarsa quantità e/o qualità del sonno si configura, pertanto, come possibile causa di rilevanti conseguenze sullo sviluppo e sul benessere del bambino. Al contempo, tale problematica influisce significativamente sui *caregiver* provocando un possibile innalzamento dei livelli di stress, dei sentimenti di autosvalutazione e aumentando il rischio di depressione.

Il questionario somministrato ai fini del progetto di ricerca ha confermato le evidenze riportate in letteratura. Tra i rispondenti, genitori con figli di età compresa tra 0 e 3 anni, una percentuale significativa ha dichiarato di avere avuto preoccupazioni e dubbi inerenti al sonno del bambino e di aver riscontrato difficoltà nella gestione di questo bisogno. Le risorse personali per rispondere al sonno del bambino sono percepite come insufficienti nel 37% dei *caregiver* e nel 66% dei casi è stato ritenuto utile un servizio di *counseling* dedicato al sonno. Attraverso lo studio di correlazione condotto, l'influenza esercitata dalla variabile *Y*: "*KidSleep*" sulle variabili *X* del questionario non sempre si è dimostrata statisticamente significativa. Questi risultati hanno permesso di considerare il servizio sul sonno una possibile risorsa per tutti i genitori, indipendentemente dal problema di sonno del bambino.

Il ruolo del TNPEE all'interno del *counseling* sul sonno si è principalmente concretizzato nel supporto alla genitorialità. Grazie alle sue competenze professionali specifiche, il TNPEE ha collaborato attivamente con i genitori, riconoscendoli come massimi esperti del loro bambino.

Attraverso l'indagine attenta delle abitudini di sonno del bambino e la valutazione neuropsicomotoria è stato possibile riflettere con i genitori sulla correlazione tra il sonno e le caratteristiche personali temperamentali e di sviluppo del soggetto.

L'analisi approfondita ha permesso al TNPEE di guidare i genitori nell'individuazione dei bisogni specifici del bambino nonché delle risorse disponibili e delle modalità più opportune per rispondere alle difficoltà riscontrate in modo sostenibile ed efficace.

Il TNPEE, inoltre, in questo contesto ha esortato i genitori a considerare i propri bisogni al fine di preservare la propria salute psico - fisica, elemento essenziale ai fini dell'accudimento. Il servizio offerto ha rafforzato il senso di sicurezza, competenza ed

autoefficacia dei genitori e ha migliorato le loro capacità di osservare gli atteggiamenti del bambino e di attuare strategie efficaci per la gestione delle difficoltà.

In conclusione, il successo riscontrato ha permesso di confermare l'importanza del ruolo professionale del TNPEE nel supporto alla genitorialità per affrontare le sfide quotidiane che caratterizzano il processo di crescita del bambino.

SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

1. Akacem, L. D., Wright, K. P., & LeBourgeois, M. K. (2016). Bedtime and evening light exposure influence circadian timing in preschool-age children: A field study. *Neurobiology of Sleep and Circadian Rhythms*, 1(2), 27–31.
2. Ball, H. L., Taylor, C. E., Thomas, V., & Douglas, P. S. (2020). Development and evaluation of 'Sleep, Baby & You'- An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving. *PLoS ONE*, 15(8).
3. Bates, K., & Herzog, E. D. (2020). Maternal-fetal circadian communication during pregnancy. *Frontiers in Endocrinology*, (11).
4. Bélanger, M. È., Bernier, A., Simard, V., Bordeleau, S., & Carrier, J. (2015). VIII. Attachment and sleep among toddlers: Disentangling attachment security and dependency. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 125–140.
5. Berger, S. E., & Moore, C. T. (2021). A time series analysis of the relation between motor skill acquisition and sleep in infancy. *Infant Behavior and Development*, 65, 101654.
6. Bernier, A., Carlson, S. M., Bordeleau, S., & Carrier, J. (2010). Relations between physiological and cognitive regulatory systems: Infant sleep regulation and subsequent executive functioning. *Child Development*, 81(6), 1739–1752.
7. Bilgin, A., & Wolke, D. (2020). Parental use of 'cry it out' in infants: no adverse effects on attachment and behavioural development at 18 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 61(11), 1184–1193.
8. Blumberg, M. S., Dooley, J. C., & Tiriack, A. (2022). Sleep, plasticity, and sensory neurodevelopment. *Neuron*, 110(20), 3230–3242.
9. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger, (Vol.2). *Basic Books*.
10. Brazelton, T. (1999). How to help parents of young children: The touchpoints model. *Journal of Perinatology*, 19 (Suppl 1), S6-S7.
11. Brazelton, T. B. (2009). *Il bambino da 0 a 3 anni: Guida allo sviluppo fisico, emotivo e comportamentale del bambino*. Milano: Rizzoli.

12. Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *Il tuo bambino e...il sonno: Una guida autorevole per aiutare vostro figlio a dormire*. Milano: Cortina Raffaello.
13. Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
14. Bruni, O., Sette, S., Angriman, M., Baumgartner, E., Selvaggini, L., Belli, C., & Ferri, R. (2018). Clinically oriented subtyping of chronic insomnia of childhood. *The Journal of Pediatrics*, 196, 194-200.
15. Carroll, A. J., Appleton, J., & Harris, K. M. (2024). Child sleep problems, maternal sleep and self-efficacy: Sleep's complicated role in maternal depression. *Journal of Sleep Research*, 33(2).
16. Chen, H. L., Gao, J. X., Chen, Y. N., Xie, J. F., Xie, Y. P., Spruyt, K. et al. (2022). Rapid eye movement sleep during early life: A comprehensive narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (20).
17. Cheung, C. H. M., Bedford, R., Saez De Urabain, I. R., Karmiloff-Smith, A., & Smith, T. J. (2017). Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Scientific Reports*.
18. Cimon - Paquet, C., Tètreault, E., & Bernier, A. (2019). Early parent - child relationships and child sleep at school age. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 64,101057.
19. Clark, S. J., Schultz, S. L., Gebremariam, A., Singer, D. C. & Woolford, S. J. (2023). Sharing on parenting: Getting advice through social media. *C. S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health, University of Michigan*, 44 (3).
20. Dearing, E., McCartney, K., Marshall, N. L., & Warner, R. M. (2001). Parental reports of children's sleep and wakefulness: Longitudinal associations with cognitive and language outcomes. *Infant Behavior and Development*, 24(2), 151–170.
21. DeMasi, A., Horger, M. N., Scher, A., & Berger, S. E. (2023). Infant motor development predicts the dynamics of movement during sleep. *Infancy*, 28(2), 367–387.

22. Egmoose, I., Krogh, M. T., Stuart, A. C., Haase, T. W., Madsen, E. B., & Væver, M. S. (2022). How are mothers negatively affected and supported by following parenting-related Instagram profiles? A mixed-methods study. *Acta Psychologica*, 227, 103593.
23. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development(2023). *Safe sleep for your baby: Reduce the risk of sudden infant death syndrome (SIDS) and other sleep-related infant deaths*. U.S. Government Printing Office. [Brochure]
24. Field, T. (1999). Music enhances sleep in preschool children. *Early Child Development and Care*, 150(1), 65–68.
25. Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 115(10), 1397-1413.
26. Frank, M. G., & Heller, H. C. (2019). The Function(s) of Sleep. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 253, 3–34.
27. Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. et al. (2016). Behavioral interventions for infant sleep problems: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 137(6).
28. Hartstein, L. E., Diniz Behn, C., Wright, K. P., Akacem, L. D., Stowe, S. R., & LeBourgeois, M. K. (2023). Evening light intensity and phase delay of the circadian clock in early childhood. *Journal of Biological Rhythms*, 38(1), 77–86.
29. Higuchi, S., Nagafuchi, Y., Lee, S.- il, & Harada, T. (2014). Influence of light at night on melatonin suppression in children. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99(9), 3298–3303.
30. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L. et al. (2015). National sleep foundation’s sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40–43.
31. Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N. D., Mensah, F., Cann, W. et al. (2014). Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: A randomized trial. *Pediatrics*, 133(2).
32. Hoyniak, C. P., Bates, J. E., Camacho, M. C., McQuillan, M. E., Whalen, D. J., Staples, A. D. et al.(2022). The physical home environment and sleep: What

- matters most for sleep in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 36(5), 757–769.
33. Istituto Superiore di Sanità. (2017). *Il valore aggiunto delle competenze di counselling: strumenti e metodi*. Epicentro - Guadagnare salute.
 34. Kahn, M., Whittall, H., & Tikotzky, L. (in press). Behavioral interventions for infant sleep problems: Efficacy, safety, predictors, moderators, and future directions. *Assessment and Treatment of Infant Sleep*.
 35. Kalmbach, D. A., O'Brien, L. M., Pitts, D. S., Sagong, C., Arnett, L. K., Harb, N. C. et al. (2022). Mother-to-infant bonding is associated with maternal insomnia, snoring, cognitive arousal, and infant sleep problems and colic. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(4), 393–409.
 36. Kiel, E. J., Hummel, A. C., & Luebbe, A. M. (2015). Cortisol secretion and change in sleep problems in early childhood: Moderation by maternal overcontrol. *Biological Psychology*, 107, 52–60.
 37. Kouros, C. D., & El-Sheikh, M. (2017). Within-family relations in objective sleep duration, quality, and schedule. *Child Development*, 88(6), 1983–2000.
 38. Laposky, A., Easton, A., Dugovic, C., Walisser, J., Bradfield, Christopher, & Turek, F. (2005). Deletion of the mammalian circadian clock gene BMAL1/Mop3 alters baseline sleep architecture and the response to sleep deprivation. *Sleep*, 28(4), 395–410.
 39. Lenehan, S. M., Fogarty, L., O'Connor, C., Mathieson, S., & Boylan, G. B. (2023). The architecture of early childhood sleep over the first two years. *Maternal and Child Health Journal*, 27 (2), 226–250.
 40. Liu, J., Ji, X., Rovit, E., Pitt, S., & Lipman, T. (2024). Childhood sleep: assessments, risk factors, and potential mechanisms. *World Journal of Pediatrics*, 20(2), 105–121.
 41. Lokhandwala, S., & Spencer, R. M. C. (2022). Relations between sleep patterns early in life and brain development: A review. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 56.
 42. Lollies, F., Schnatschmidt, M., Schlarb, A. A., & Genuneit, J. (2022). Child sleep problems affect mothers and fathers differently: How infant and young

- child sleep affects paternal and maternal sleep quality, emotion regulation, and sleep-related cognitions. *Nature and Science of Sleep*, *14*, 137–152.
43. Mark, P. J., Crew, R. C., Wharfe, M. D., & Waddell, B. J. (2017). Rhythmic three-part harmony: The complex interaction of maternal, placental and fetal circadian systems. *Journal of Biological Rhythms*, *32*(6), 534–549.
 44. Mason, G. M., Lokhandwala, S., Riggins, T., & Spencer, R. M. C. (2021). Sleep and human cognitive development. *Sleep Medicine Reviews*, *57*, 101472.
 45. McCarthy, R., Jungheim, E. S., Fay, J. C., Bates, K., Herzog, E. D., & England, S. K. (2019). Riding the rhythm of melatonin through pregnancy to deliver on time. *Frontiers in Endocrinology*, *10*.
 46. McDaniel, B. T., & Teti, D. M. (2012). Coparenting quality during the first three months after birth: The role of infant sleep quality. *Journal of Family Psychology*, *26*(6), 886–895.
 47. Melterz, L.J. , & Mindell, J. A. (2007). Relationship between child and sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study. *Journal of Family Psychology*, *21*(1), 67-73.
 48. Mignot, E. (2008). Why we sleep: The temporal organization of recovery. *PLoS Biology*, *6*(4), 661–669.
 49. Miletínová, E., & Bušková, J. (2021). Functions of Sleep. *Physiological Research*, *70*(2), 177–182.
 50. Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, *40*, 93–108.
 51. Mindell, J. A., Gould, R. A., Tikotzy, L., Leichman, E. S., & Walters, R. M. (2019). Norm-referenced scoring system for the Brief Infant Sleep Questionnaire – Revised (BISQ-R). *Sleep Medicine*, *63*, 106–114.
 52. Mindell, J. A., Leichman, E. S., Lee, C., Williamson, A. A., & Walters, R. M. (2017). Implementation of a nightly bedtime routine: How quickly do things improve? *Infant Behavior and Development*, *49*, 220–227.
 53. Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. T. (2015). Bedtime routines for young children: A dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*, *38*(5), 717–722.

54. Mindell, J.A., Telofski, L.S., Wiegand, B. & Kurtz, E.S. (2009). A nightly bedtime routine: Impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599–606.
55. Mirmiran, M., Maas, Y. G. H., & Ariagno, R. L. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 321–334.
56. Montessori, M. (1999). *Il segreto dell'infanzia* (Cap. X). Milano: Edizioni Garzanti.
57. Morales-Muñoz, I., Lemola, S., Saarenpää-Heikkilä, O., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Paunio et al. (2020). Parent-reported early sleep problems and internalising, externalising and dysregulation symptoms in toddlers. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1).
58. Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Evidence base for 2022 updated recommendations for a safe infant sleeping environment to reduce the risk of sleep-related infant deaths. *Pediatrics*, 150(1).
59. Moon, R. Y., Darnall, R. A., Feldman-Winter, L., Goodstein, M. H., & Hauck, F. R. (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 138(5).
60. Nijhuis, J. G. (1986). Behavioural states: concomitants, clinical implications and the assessment of the condition of the nervous system. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 21(5–6), 301–308.
61. Owens, J. A., Spirito, A., & McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23(8), 1043–1051.
62. Paret, I. (1983). Night waking and its relation to mother–infant interaction in nine-month-old infants. *Frontiers of Infant Psychiatry*. 171–177.
63. Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. et al. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785–786.
64. Pennestri, M. H., Moss, E., O'Donnell, K., Lecompte, V., Bouvette-Turcot, A. A., Atkinson et al. (2015). Establishment and consolidation of the sleep-wake

- cycle as a function of attachment pattern. *Attachment and Human Development*, 17(1), 23–42.
65. Perpétuo, C., Diniz, E., & Veríssimo, M. (2021). A systematic review on attachment and sleep at preschool age. *Children*, 8(10). MDPI.
 66. Pesonen, A.-K. et al. (2009). Prenatal origins of poor sleep in children. *Sleep*, 32(8), 1086–1092.
 67. Rapisardi G. (2022). *Alla conquista del sonno: La guida completa sul sonno tra 0 e 6 anni, per affrontare le difficoltà più frequenti e aiutare i bambini a dormire bene*. Milano: Edizioni Erickson.
 68. Rapisardi, G. (2023). *L'approccio Brazelton nel sostegno alla genitorialità*. Convegno “I risultati del Sistema di Sorveglianza 0 - 2 anni sui principali determinanti di salute del bambino - Raccolta dati 2022”, Istituto Superiore di Sanità, Roma. [PowerPoint]
 69. Rapisardi, G. & Davidson A. (2003). La promozione dello sviluppo neonatale e infantile: l'approccio Brazelton. *Medico e Bambino* 22(3), 171 - 176.
 70. Rapisardi, G. et al. (2012). Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0 - 3 anni: Documento di consenso. *Quaderni ACP*, 19(4), 169-176.
 71. Rivkees, S. A., Mayes, L., Jacobs, H., & Gross, I. (2004). Rest-activity patterns of premature infants are regulated by cycled lighting. *Pediatrics*, 113(4), 833–839.
 72. Rohr, D., & Becker-Neu, J. (2023). Ten principles of counselling: Grounded theory in a mixed methods research project. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 930–940.
 73. Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and finding for an Internet sample. *Pediatrics*, 113 (6), e570-e577.
 74. Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-Third Edition. *Chest*, 146(5), 1387–1394.
 75. Scher, A. (2005). Crawling in and out of sleep. *Infant and Child Development*, 14(5), 491–500.
 76. Scher, A., & Cohen, D. (2005). Locomotion and nightwaking. *Child: Care, Health and Development*, 31(6), 685–691.

77. Seehagen, S. (2022). Infant sleep as a cornerstone for cognitive development. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 9(1), 104–110.
78. Simard, V., Bernier, A., Bélanger, M. È., & Carrier, J. (2013). Infant attachment and toddlers' sleep assessed by maternal reports and actigraphy: Different measurement methods yield different relations. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 473–483.
79. Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Gunderson, E. P., & Gillman, M. W. (2008). Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(4), 305–311.
80. Tikotzky, L., Sadeh, A., Volkovich, E., Manber, R., Meiri, G., & Shahar, G. (2015). Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: Links with maternal sleep and paternal involvement. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80(1), 107–124.
81. Toffol, E., Lahti-Pulkkinen, M., Lahti, J., Lipsanen, J., Heinonen, K., Pesonen, et al.(2019). Maternal depressive symptoms during and after pregnancy are associated with poorer sleep quantity and quality and sleep disorders in 3.5-year-old offspring. *Sleep Medicine*, 56, 201–210.
82. Wang, S. H., Lin, K. L., Chen, C. L., Chiou, H., Chang, C. J., Chen, P. H. et al. (2024). Sleep problems during early and late infancy: Diverse impacts on child development trajectories across multiple domains. *Sleep Medicine*, 115, 177–186.
83. Weinraub, M., Friedman, S. L., Knoke, B., Houts, R., Bender, R. H., Susman, E. et al.(2012). Patterns of developmental change in infants' nighttime sleep awakenings from 6 through 36 months of age. *Developmental Psychology*, 48(6), 1511–1528.
84. Werner, A., Mayer, A., & Lohaus, A. (2022). Sleep-related parenting self-efficacy and parent-reported sleep in young children: A dyadic analysis of parental actor and partner effects. *Sleep Health*, 8(1), 54–61.
85. Westwood, E., Smith, S., Mann, D., Pattinson, C., Allan, A., & Staton, S. (2023). The effects of light in children: A systematic review. *Journal of Environmental Psychology*, (89).

86. Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2021). Parents matter: barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. *Sleep Medicine*, 84, 244–252.
87. Wong, S. D., Wright, K. P., Spencer, R. L., Vetter, C., Hicks, L. M., Jenni, O. G., et al. (2022). Development of the circadian system in early life: maternal and environmental factors. *Journal of Physiological Anthropology*, 41(1).

Sitografia

1. AITNE (2022). *Core Competence del Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva*.
Disponibile in:
<https://www.aitne.it/wp-content/uploads/2022/04/Core-Competence-TNPEE.pdf>
[15 luglio 2024].
2. National Sleep Foundation (2022). *Good Light, Bad Light, and Better Sleep*.
Disponibile in:
<https://www.thensf.org/good-light-bad-light-and-better-sleep/>. [20 aprile 2024].
3. Sleep Foundation. *Melatonin for kids: A guide for parents and caregivers*.
Disponibile in:
<https://www.sleepfoundation.org/melatonin/melatonin-for-children>. [20 aprile 2024].
4. Centers for Disease Control and Prevention (2020). Module 2. *The color of the light affects circadian rhythms*.
Disponibile in:
<https://www.cdc.gov/niosh/work-hour-training-for-nurses/longhours/mod2/20.html>. [10 maggio 2024].
5. SUID & SIDS Italia. (2022). *Prevenzione : Nuove Linee Guida 2022 A.A.P.*
Disponibile in:
<https://www.suidsidsitalia.com/nuova-pubblicazione-linee-guida-2022-a-a-p-prevenzione-e-la-riduzione-di-eventi-improvvisi-e-inaspettati-che-si-verificano-durante-il-sonno-before-import/>. [20 aprile 2024].
6. National Sleep Foundation (2024). *Technology and Sleep*.

Disponibile in :

<https://www.thensf.org/technology-and-sleep/#:~:text=up%20on%20time.-,Lighting,can%20cause%20problems%20for%20sleep.> [20 aprile 2024].

7. Società Italiana di Pediatria. (2019). *Un bambino su quattro soffre di disturbi del sonno. Le 10 regole d'oro per far dormire i piccoli, i più grandi.*

Disponibile in:

<https://sip.it/2019/03/15/un-bambino-quattro-soffre-disturbi-del-sonno-le-10-regole-doro-far-dormire-piccoli-piu-grandi-anche-mamma-papa/#:~:text=Si%20calcola%20che%20nel%20mondo,intorno%20al%2010-12%25>. [10 giugno 2024].

8. Sleep Foundation. *What is NREM Sleep?* Sleep Foundation.

Disponibile in: <https://www.sleepfoundation.org/stages-of-sleep/nrem-sleep>. [14 giugno 2024].

ALLEGATI

ALLEGATO 1: SCHEDE DI VALUTAZIONE DEL SONNO DEL BAMBINO

Nome: Caso clinico C.

Data di nascita:

Informazioni generali

- Il bambino ha fratelli o sorelle? Se sì, indicare il numero e l'età. No, C. è figlio unico.
- E' presente familiarità con disturbi del sonno? Se sì, specificare eventuali condizioni note. No, nessuna familiarità.
- Sono somministrati farmaci che potrebbero influenzare il sonno del bambino? Se sì, specificare quali. No.
- Il bambino è stato allattato al seno o con formula artificiale? Specificare il periodo di allattamento. C. è stato nutrito esclusivamente con latte artificiale.
- Il bambino è attualmente svezzato? Come sono organizzati i pasti del bambino durante la giornata? Specificare orari e tipologia di alimentazione. A 7 mesi è iniziato lo svezzamento, con successo. Ad oggi vengono eseguiti tutti i pasti, il latte è integrato al mattino e per facilitare l'addormentamento serale. Per le merende si predilige la frutta o lo yogurt mentre nei due pasti principali solitamente viene proposto un cereale come crema di riso o semolino a cui si aggiunge una proteina o verdura.

Il sonno del bambino

- Quali problematiche sono riscontrate nel sonno del bambino (ad esempio difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, sonno irrequieto, ritmi circadiani irregolari...)? Il sonno diurno di C. è disorganizzato e difficile da prevedere.
- Da quanto tempo persistono tali problematiche? La famiglia ha identificato possibili cause? Nell'ultimo mese.
- Sono stati attuati dei cambiamenti per affrontare i problemi di sonno del bambino (ad esempio cambiamenti nella routine, uso di dispositivi che facilitano il sonno, somministrazione di farmaci...)? No.

Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno

Addormentamento serale

- Chi si occupa dell'addormentamento serale del bambino? Generalmente è la madre ad occuparsi dell'addormentamento di C.

- Il bambino si addormenta sempre alla stessa ora? Se sì, a che ora? Se no, in quale intervallo di tempo si addormenta solitamente? Il bambino si addormenta ad un orario variabile compreso tra le 22.00 e le 24.00.
- Quanto tempo impiega solitamente il bambino per addormentarsi? Per l'addormentamento generalmente sono necessari 30 minuti.
- In quale stanza si addormenta il bambino (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)? In quale stanza dorme, durante la notte? Nella stanza dei genitori.
- Dove si addormenta il bambino (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dove dorme il bambino durante la notte? C. si addormenta tra le braccia della madre e dorme nel letto con i genitori.
- Il bambino utilizza oggetti di conforto per addormentarsi (ad esempio peluche, succhiotto, pollice ecc...)? No.
- E' presente una *routine* prima di coricarsi? Se sì, in che cosa consiste (ad esempio bagno, massaggio, lettura di un libro ecc...)? No.
- Il bambino pone resistenza ad andare a letto? Se sì, in che modo? Il bambino si oppone all'addormentamento attivandosi motoricamente e piangendo.

Risvegli notturni

- Dopo essersi addormentato, il bambino si sveglia durante la notte? Quanti sono mediamente i risvegli notturni? I risvegli notturni di C. sono sporadici.
- Chi si occupa dei risvegli notturni del bambino? L'intervento del *caregiver* è immediato o il bambino ha la possibilità di calmarsi autonomamente? La madre si occupa dei risvegli di C. intervenendo prontamente per allattare il bambino; successivamente la madre si alza e cammina con il bambino per farlo digerire prima di riaddormentarlo.

Risveglio mattutino

- Quante ore dorme mediamente il bambino durante la notte? Circa 9 ore.
- Il bambino ha l'abitudine di svegliarsi presto la mattina? Generalmente C. si sveglia alle 5.00
- In caso di risvegli precoci, si cerca di fare riaddormentare il bambino? Se sì, come? Si, con la stessa modalità con cui vengono gestiti gli sporadici risvegli notturni. Generalmente C. riesce a riaddormentarsi fino alle 8.30/9.00.
- Se il bambino non torna a dormire, quali attività svolge appena sveglio?

- Come si considera l'umore del bambino appena sveglio?Dipende, l'umore di C. al risveglio è molto variabile con giorni in cui il risveglio è tranquillo con lallazione ed altri in cui il bambino piange inconsolabilmente.

Valutazione quantitativa e qualitativa del sonno diurno

- Quante ore dorme complessivamente il bambino durante il giorno?Dipende, il sonno diurno è estremamente variabile sia nella durata che nel numero di pisolini.
- Quanti pisolini fa il bambino durante il giorno? A che ora? Di quanto tempo?Generalmente 2 ma l'orario in cui avvengono e la loro durata è estremamente variabile.
- Chi si occupa dell'addormentamento del bambino durante i pisolini?La madre. I pisolini sono spesso preceduti da episodi di pianto inconsolabile.
- In che stanza dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)?Dipende, generalmente nella stanza dei genitori.
- Dove dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dipende, generalmente nel letto con la madre.
- Alcune attività della *routine* serale vengono riproposte per favorire i pisolini diurni? Se sì, quali?No.
- Quali attività vengono generalmente proposte durante il giorno? Come sono organizzate? C. ha molti oggetti con cui giocare a disposizione; è un bambino molto attivo e si intrattiene in autonomia per tempi prolungati. L'eccessiva stanchezza provoca spesso crisi di pianto inconsolabile.

Valutazione dell'ambiente del sonno

Illuminazione

- Com'è l'illuminazione nella stanza dove dorme il bambino sia durante i riposini diurni sia durante la notte?Durante il giorno nella stanza in cui C. dorme è presente la luce naturale mentre la notte è buio con una lucina rossa accesa.

Rumori

- I rumori presenti nell'ambiente disturbano o favoriscono il sonno del bambino?I rumori presenti nell'ambiente non sembrano disturbare il sonno di C., tuttavia non sono proposti particolari stimoli uditivi nel momento del sonno.

Nome: Caso clinico R.

Data di nascita:

Informazioni generali

- Il bambino ha fratelli o sorelle? Se sì, indicare il numero e l'età. No, R. è figlia unica.
- E' presente familiarità con disturbi del sonno? Se sì, specificare eventuali condizioni note. No, nessuna familiarità.
- Sono somministrati farmaci che potrebbero influenzare il sonno del bambino? Se sì, specificare quali. No.
- Il bambino è stato allattato al seno o con formula artificiale? Specificare il periodo di allattamento. R. è stata allattata al seno fino ai 3 mesi di vita, poi è stato introdotto il latte in formula.
- Il bambino è attualmente svezzato? Come sono organizzati i pasti del bambino durante la giornata? Specificare orari e tipologia di alimentazione. A 6 mesi e mezzo è stato avviato con successo lo svezzamento. La dieta è così strutturata: ore 8.00 latte artificiale, ore 11.00 pranzo con cereale e proteina, ore 19.00 cena con passato di verdura e aggiunta del cereale. Per garantire il corretto apporto calorico è comunque fornito il latte artificiale.

Il sonno del bambino

- Quali problematiche sono riscontrate nel sonno del bambino (ad esempio difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, sonno irrequieto, ritmi circadiani irregolari...)? Le difficoltà riscontrate si concentrano nel sonno diurno dove R. necessita di costante contatto fisico per addormentarsi.
- Da quanto tempo persistono tali problematiche? La famiglia ha identificato possibili cause? Il sonno di R. è sempre stato problematico ma nell'ultimo mese la difficoltà si è enfatizzata.
- Sono stati attuati dei cambiamenti per affrontare i problemi di sonno del bambino (ad esempio cambiamenti nella routine, uso di dispositivi che facilitano il sonno, somministrazione di farmaci...)?No.

Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno

Addormentamento serale

- Chi si occupa dell'addormentamento serale del bambino?Generalmente è la madre ad occuparsi dell'addormentamento di R.

- Il bambino si addormenta sempre alla stessa ora? Se sì, a che ora? Se no, in quale intervallo di tempo si addormenta solitamente?La bambina si addormenta ad un orario variabile compreso tra le 21.00 e le 21.30.
- Quanto tempo impiega solitamente il bambino per addormentarsi?Per l'addormentamento generalmente sono necessari 30/40 minuti.
- In quale stanza si addormenta il bambino (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)? In quale stanza dorme, durante la notte?Nella stanza dei genitori.
- Dove si addormenta il bambino (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dove dorme il bambino durante la notte? R. si addormenta tra le braccia della madre e poi viene trasferita nella next to me.
- Il bambino utilizza oggetti di conforto per addormentarsi (ad esempio peluche, succhiotto, pollice ecc...)?Sì, un piccolo peluche ed il ciuccio.
- E' presente una *routine* prima di coricarsi? Se sì, in che cosa consiste (ad esempio bagno, massaggio, lettura di un libro ecc...)?No, non è presente una routine consolidata ma vengono utilizzati i rumori bianchi, le canzoni cantate dalla madre e le coccole per favorire il rilassamento.
- Il bambino pone resistenza ad andare a letto? Se sì, in che modo? La bambina si dimostra irrequieta continuando ad attivarsi motoricamente con difficoltà ad abbandonarsi al sonno.

Risvegli notturni

- Dopo essersi addormentato, il bambino si sveglia durante la notte? Quanti sono mediamente i risvegli notturni?I risvegli notturni di R. sono sporadici.
- Chi si occupa dei risvegli notturni del bambino? L'intervento del *caregiver* è immediato o il bambino ha la possibilità di calmarsi autonomamente? La madre si occupa dei risvegli di R. intervenendo prontamente per allattare la bambina.

Risveglio mattutino

- Quante ore dorme mediamente il bambino durante la notte? Circa 7-8 ore.
- Il bambino ha l'abitudine di svegliarsi presto la mattina? Generalmente R. si sveglia alle 5.00.
- In caso di risvegli precoci, si cerca di fare riaddormentare il bambino? Se sì, come? Si, i genitori tentano di prolungare il sonno della bambina portandola a letto con loro ma con scarso successo e il risveglio definitivo avviene alle solitamente 6.00.

- Se il bambino non torna a dormire, quali attività svolge appena sveglio? La bambina è molto attiva, generalmente appena sveglia gioca nel tappetone.
- Come si considera l'umore del bambino appena sveglio? Generalmente R. è di buon umore e molto attiva.

Valutazione quantitativa e qualitativa del sonno diurno

- Quante ore dorme complessivamente il bambino durante il giorno? Dipende, generalmente 3 ore.
- Quanti pisolini fa il bambino durante il giorno? A che ora? Di quanto tempo? Generalmente 3: il primo pisolino, di circa 45 minuti si verifica tra le 9 e le 10, il secondo alle 12.00 di circa un'ora e mezza ed infine un ultimo riposino alle 17.00, di circa mezz'ora.
- Chi si occupa dell'addormentamento del bambino durante i pisolini? La madre.
- In che stanza dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)? Dipende, generalmente nel divano, in braccio alla madre o nella fascia mentre la madre si muove per eseguire altre faccende.
- Dove dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Generalmente in braccio alla madre o contenuta nella fascia.
- Alcune attività della *routine* serale vengono riproposte per favorire i pisolini diurni? Se sì, quali? No.
- Quali attività vengono generalmente proposte durante il giorno? Come sono organizzate? R. ha molti oggetti con cui giocare a disposizione, è un bambina molto attiva e ad alto contatto.

Valutazione dell'ambiente del sonno

Illuminazione

- Com'è l'illuminazione nella stanza dove dorme il bambino sia durante i riposini diurni sia durante la notte? Durante il giorno nella stanza in cui R. dorme è presente la luce naturale mentre la notte è buio.

Rumori

- I rumori presenti nell'ambiente disturbano o favoriscono il sonno del bambino? R. è molto sensibile ai rumori. Vengono utilizzati i rumori bianchi.

Nome: Caso clinico T.

Data di nascita:

Informazioni generali

- Il bambino ha fratelli o sorelle? Se sì, indicare il numero e l'età. No, T. è figlio unico
- E' presente familiarità con disturbi del sonno? Se sì, specificare eventuali condizioni note. No, nessuna familiarità.
- Sono somministrati farmaci che potrebbero influenzare il sonno del bambino? Se sì, specificare quali. No.
- Il bambino è stato allattato al seno o con formula artificiale? Specificare il periodo di allattamento. T. è allattato esclusivamente al seno.
- Il bambino è attualmente svezzato? Come sono organizzati i pasti del bambino durante la giornata? Specificare orari e tipologia di alimentazione. Alimentazione a richiesta.

Il sonno del bambino

- Quali problematiche sono riscontrate nel sonno del bambino (ad esempio difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, sonno irrequieto, ritmi circadiani irregolari...)? Le difficoltà riscontrate si concentrano nel sonno diurno ma, in generale, i genitori si rivolgono al servizio di *counseling* per migliorare la qualità e la quantità del sonno di T. I genitori, in particolare la madre, affermano di essere molto stanchi e frustrati per la gestione del sonno del bambino. Emergono sentimenti di autosvalutazione della madre.
- Da quanto tempo persistono tali problematiche? La famiglia ha identificato possibili cause? Le difficoltà riscontrate sono presenti dalla nascita.
- Sono stati attuati dei cambiamenti per affrontare i problemi di sonno del bambino (ad esempio cambiamenti nella routine, uso di dispositivi che facilitano il sonno, somministrazione di farmaci...)? No.

Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno

Addormentamento serale

- Chi si occupa dell'addormentamento serale del bambino? Generalmente è la madre ad occuparsi dell'addormentamento di T.
- Il bambino si addormenta sempre alla stessa ora? Se sì, a che ora? Se no, in quale intervallo di tempo si addormenta solitamente? T. si addormenta ad un orario stabile, 22.00.

- Quanto tempo impiega solitamente il bambino per addormentarsi?Per l'addormentamento generalmente sono necessari 30 minuti.
- In quale stanza si addormenta il bambino (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)? In quale stanza dorme, durante la notte?Nella stanza dei genitori.
- Dove si addormenta il bambino (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dove dorme il bambino durante la notte? T. si addormenta tra le braccia della madre e poi viene trasferito nel letto dei genitori.
- Il bambino utilizza oggetti di conforto per addormentarsi (ad esempio peluche, succhiotto, pollice ecc...)?No.
- E' presente una *routine* prima di coricarsi? Se sì, in che cosa consiste (ad esempio bagno, massaggio, lettura di un libro ecc...)?No.
- Il bambino pone resistenza ad andare a letto? Se sì, in che modo? Il bambino manifesta importanti episodi di pianto.

Risvegli notturni

- Dopo essersi addormentato, il bambino si sveglia durante la notte? Quanti sono mediamente i risvegli notturni?I risvegli notturni di T. sono frequenti e si verificano circa ogni 2 ore.
- Chi si occupa dei risvegli notturni del bambino? L'intervento del *caregiver* è immediato o il bambino ha la possibilità di calmarsi autonomamente? La madre si occupa dei risvegli di T. intervenendo prontamente prendendo il bambino in braccio e nutrendolo.

Risveglio mattutino

- Quante ore dorme mediamente il bambino durante la notte? Circa 8 ore.
- Il bambino ha l'abitudine di svegliarsi presto la mattina? Generalmente T. si sveglia alle 6.00-6.30.
- In caso di risvegli precoci, si cerca di fare riaddormentare il bambino? Se sì, come? Si, la madre cerca di coccolare il bambino, di fornire maggiore contatto ma con scarso successo.
- Se il bambino non torna a dormire, quali attività svolge appena sveglio? Il bambino è molto attivo.
- Come si considera l'umore del bambino appena sveglio? Generalmente T. è di buon umore ma tale condizione si esaurisce facilmente a causa della difficoltà ad effettuare riposini diurni.

Valutazione quantitativa e qualitativa del sonno diurno

- Quante ore dorme complessivamente il bambino durante il giorno?Dipende, generalmente 1 ora.
- Quanti pisolini fa il bambino durante il giorno? A che ora? Di quanto tempo?Generalmente 3: 9.00, 11.00 e 16.00. I pisolini generalmente durano non più di 20 minuti. Possono essere presenti altri sporadici brevi periodi di sonno durante la giornata.
- Chi si occupa dell'addormentamento del bambino durante i pisolini?La madre.
- In che stanza dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)?Dipende, generalmente nel divano o in camera dei genitori, solo in braccio alla madre.
- Dove dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Generalmente solo in braccio alla madre o con forte contatto.
- Alcune attività della *routine* serale vengono riproposte per favorire i pisolini diurni? Se sì, quali?No.
- Quali attività vengono generalmente proposte durante il giorno? Come sono organizzate? L'accudimento di T. ricade quasi totalmente sulla madre che afferma di avanzare differenti proposte, specie nei momenti di pianto inconsolabile del bambino.

Valutazione dell'ambiente del sonno

Illuminazione

- Com'è l'illuminazione nella stanza dove dorme il bambino sia durante i riposini diurni sia durante la notte?Durante il giorno l'ambiente ha luce naturale mentre la notte è buio.

Rumori

- I rumori presenti nell'ambiente disturbano o favoriscono il sonno del bambino?T. è molto sensibile ai rumori e ad altri stimoli presenti nell'ambiente.

Nome: Caso clinico N.

Data di nascita:

Informazioni generali

- Il bambino ha fratelli o sorelle? Se sì, indicare il numero e l'età. No, N. è figlia unica.
- E' presente familiarità con disturbi del sonno? Se sì, specificare eventuali condizioni note. Il padre di N. soffre di insonnia sin dall'infanzia.
- Sono somministrati farmaci che potrebbero influenzare il sonno del bambino? Se sì, specificare quali. No.
- Il bambino è stato allattato al seno o con formula artificiale? Specificare il periodo di allattamento. N. è allattata esclusivamente al seno.
- Il bambino è attualmente svezzato? No.
- Come sono organizzati i pasti del bambino durante la giornata? Specificare orari e tipologia di alimentazione. Alimentazione a richiesta.

Il sonno del bambino

- Quali problematiche sono riscontrate nel sonno del bambino (ad esempio difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, sonno irrequieto, ritmi circadiani irregolari...)? Risvegli notturni molto frequenti e sonno molto ridotto per età.
- Da quanto tempo persistono tali problematiche? La famiglia ha identificato possibili cause? N. ha sempre avuto un sonno molto disturbato e breve.
- Sono stati attuati dei cambiamenti per affrontare i problemi di sonno del bambino (ad esempio cambiamenti nella routine, uso di dispositivi che facilitano il sonno, somministrazione di farmaci...)? No.

Valutazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno

Addormentamento serale

- Chi si occupa dell'addormentamento serale del bambino? Generalmente è la madre ad occuparsi dell'addormentamento di N.
- Il bambino si addormenta sempre alla stessa ora? Se sì, a che ora? Se no, in quale intervallo di tempo si addormenta solitamente? La bambina si addormenta ad un orario stabile, sempre intorno alle 22.00.
- Quanto tempo impiega solitamente il bambino per addormentarsi? L'addormentamento è breve, dura solitamente 15 minuti.

- In quale stanza si addormenta il bambino (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)? In quale stanza dorme, durante la notte?Nella stanza dei genitori.
- Dove si addormenta il bambino (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dove dorme il bambino durante la notte?La bambina si addormenta a contatto con la madre nel letto dei genitori o in braccio. Nella prima parte della notte N. dorme nella next to me; in seguito al risveglio notturno spesso viene spostata nel letto dei genitori per difficoltà nel riaddormentamento.
- Il bambino utilizza oggetti di conforto per addormentarsi (ad esempio peluche, succhiotto, pollice ecc...)?No.
- E' presente una *routine* prima di coricarsi? Se sì, in che cosa consiste (ad esempio bagno, massaggio, lettura di un libro ecc...)?No.
- Il bambino ha difficoltà ad eseguire la *routine* serale?
- Il bambino pone resistenza ad andare a letto? Se sì, in che modo? No.

Risvegli notturni

- Dopo essersi addormentato, il bambino si sveglia durante la notte? Quanti sono mediamente i risvegli notturni?Si. Generalmente N. si sveglia 3-4 volte a notte.
- Chi si occupa dei risvegli notturni del bambino? L'intervento del *caregiver* è immediato o il bambino ha la possibilità di calmarsi autonomamente? La madre si occupa dei risvegli di N. intervenendo prontamente per allattare N. spostandosi sul divano.

Risveglio mattutino

- Quante ore dorme mediamente il bambino durante la notte? Dalle 6 alle 7 ore.
- Il bambino ha l'abitudine di svegliarsi presto la mattina? Generalmente N. si sveglia alle 6.00.
- In caso di risvegli precoci, si cerca di fare riaddormentare il bambino? Se sì, come? Si, la bambina, però continua a dormire solo in braccio alla madre.
- Se il bambino non torna a dormire, quali attività svolge appena sveglio?
- Come si considera l'umore del bambino appena sveglio?La bambina appare tranquilla.

Valutazione quantitativa e qualitativa del sonno diurno

- Quante ore dorme complessivamente il bambino durante il giorno?Circa 2 ore e 30 minuti.

- Quanti pisolini fa il bambino durante il giorno? A che ora? Di quanto tempo?Generalmente 3: il primo alle 10.00 di circa 30 minuti, il secondo alle 14.00 di un'ora e mezza e l'ultimo alle 19.00 che viene interrotto dopo mezz'ora dalla madre per non compromettere il sonno notturno di N.
- Chi si occupa dell'addormentamento del bambino durante i pisolini?La madre.
- In che stanza dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella sua stanza, nella stanza dei genitori, in una camera con fratello/sorella, in un'altra stanza della casa ecc...)?Dipende, generalmente nella stanza dei genitori.
- Dove dorme il bambino durante i pisolini (ad esempio nella culla, nel letto dei genitori, in braccio, nel passeggino ecc...)? Dipende, generalmente nel letto con la madre.
- Alcune attività della *routine* serale vengono riproposte per favorire i pisolini diurni? Se sì, quali?No.
- Quali attività vengono generalmente proposte durante il giorno? Come sono organizzate?La mattina inizia solitamente con un momento di coccole e allattamento, poi N. gioca sul suo tappeto con giochi multisensoriali. Nel pomeriggio generalmente, quando è possibile, la madre fa delle passeggiate con N. o esegue commissioni.

Valutazione dell'ambiente del sonno

Illuminazione

- Com'è l'illuminazione nella stanza dove dorme il bambino sia durante i riposini diurni sia durante la notte?Di notte è buio, di giorno dipende.

Rumori

- I rumori presenti nell'ambiente disturbano o favoriscono il sonno del bambino?
- Se i rumori sembrano migliorare il sonno del bambino, quali rumori vengono solitamente proposti?Non vengono proposti particolari stimoli uditivi ma, qualora presenti, non sembrano disturbare ulteriormente il sonno della bambina; al contrario talvolta sembrano favorirlo.

**LA NANNA
E I SUOI SEGRETI**

**SOGNI D'ORO,
PICCOLO SOGNATORE**





INDICE DEGLI ARGOMENTI

01	IL SONNO DEL BAMBINO2	2
	• Evoluzione del sonno nei primi anni di vita.....2	2
	• Funzioni del sonno.....2	2
<hr/>		
02	RISPOSTE AI DUBBI PIU' FREQUENTI SUL SONNO INFANTILE ...3	3
	• Quante ore di sonno sono raccomandate?.....3	3
	• Qual è l'ambiente ideale per il sonno sicuro?.....3	3
	• Qual è la posizione sicura nel sonno?.....4	4
	• Si può condividere il proprio letto con il bambino?.....4	4
	• Come si gestisce l'alimentazione durante la notte?.....4	4
	• Si può utilizzare il succhiotto durante la notte?.....5	5
	• Si può somministrare la melatonina ai bambini?.....5	5
<hr/>		
03	FASI DI SVILUPPO DEL BAMBINO E SONNO6	6
<hr/>		
04	PRINCIPALI PRATICHE DI IGIENE DEL SONNO8	8
<hr/>		

IL SONNO DEL BAMBINO

Il sonno è uno stato fisiologico essenziale per il benessere dell'organismo, caratterizzato da una diminuzione delle risposte agli stimoli esterni. Il sonno durante la crescita subisce notevoli cambiamenti sia qualitativi che quantitativi.



EVOLUZIONE DEL SONNO NEI PRIMI ANNI DI VITA

- Alla nascita l'orologio biologico non è ancora sincronizzato alle 24 ore, condizione che si raggiunge gradualmente nei primi 3-4 mesi.
- Il neonato ha un sonno polifasico caratterizzato da cicli di sonno di 40/60 minuti → I cicli di sonno di minor durata nel neonato rispetto all'adulto correlano con un aumento di periodi in cui è possibile il risveglio.
- Con la crescita il numero di episodi di sonno, la durata totale di sonno ed i risvegli notturni tendono a diminuire mentre i periodi di sonno e di veglia si allungano → L'adulto ha un sonno monofasico con un unico periodo di sonno notturno prolungato caratterizzato da cicli di sonno di 70/110 minuti.



FUNZIONI DEL SONNO

Il bambino passa la maggior parte della sua vita dormendo, il sonno investe un ruolo fondamentale nel suo processo di sviluppo

Le principali funzioni del sonno sono:

- Plasticità cerebrale
- Rafforzare le capacità cognitive → apprendimento + memoria + generalizzazione
- Ripristino e riparazione di funzioni biologiche
- Risparmio energetico
- Depurazione da sostanze tossiche

RISPOSTE AI FREQUENTI DUBBI SUL SONNO INFANTILE



QUANTE ORE DI SONNO SONO RACCOMANDATE?

	ORE DI SONNO secondo la National Sleep Foundation (2015)		ORE DI SONNO secondo la American Academy of Sleep Medicine(2016)
0 - 3 m	14 - 17 ore	0 - 4 m	Non chiare evidenze
4 - 11 m	12 - 15 ore	4 -12 m	12 - 16 ore
1 - 2 a	11 - 14 ore	1-2 a	11 - 14 ore
3 - 5 a	10 - 13 ore	3 - 5 a	10 - 13 ore

!! Si considerano le ore di sonno totali del bambino, notturno e diurno.



QUAL E' L'AMBIENTE IDEALE PER IL SONNO SICURO?

- Utilizzare una superficie di riposo solida, che mantenga la propria forma e non si adatti alla testa del bambino.
- Utilizzare una superficie di riposo piana e non inclinata; è indicata un'inclinazione < 10°.
- Mantenere la superficie del sonno priva di oggetti morbidi come cuscini, giocattoli morbidi, trapunte e materiali simili per prevenire potenziali pericoli.
- Mantenere un ambiente pulito; eventuali fumatori o oggetti impregnati di residui di fumo dovrebbero essere allontanati dal bambino.

RISPOSTE AI FREQUENTI DUBBI SUL SONNO INFANTILE



QUAL E' LA POSIZIONE SICURA PER IL SONNO?

- La posizione supina è fortemente raccomandata fino al compimento del primo anno di età.
- E' raccomandato che i piedi del bambino tocchino il fondo della culla o del lettino per prevenire eventuali scivolamenti sotto le coperte, che dovrebbero essere fissate sotto il materasso (il "sacco nanna" può rappresentare una valida alternativa).
- Nel momento in cui il bambino acquisisce la capacità di rotolare autonomamente può essere lasciato nella posizione che sceglie liberamente.
- Se si utilizza la fascia, il viso del bambino deve essere sempre visibile, con il naso e la bocca liberi da ostruzioni.



SI PUO' CONDIVIDERE IL PROPRIO LETTO CON IL BAMBINO?

Nonostante siano riconosciute e comprese le motivazioni dei genitori che praticano il co-sleeping, tale pratica non può essere raccomandata in nessun caso.

Il co-sleeping deve essere rigorosamente evitato qualora il bambino sia nato pretermine, con basso peso o abbia avuto episodi di sofferenza neonatale.



COME SI GESTISCE L'ALIMENTAZIONE DURANTE LA NOTTE?

- Durante i primi 4 mesi, è fondamentale rispondere sempre alle richieste di alimentazione del figlio, anche di notte. In questo modo si aiuta il bambino a stabilizzare i suoi ritmi circadiani e gli si offre, oltre al nutrimento, il contatto ed il senso di sicurezza.
- Dopo il sesto mese, molti bambini possiedono riserve sufficienti per non necessitare di un'alimentazione notturna. Sospendere i pasti notturni, tuttavia, è una scelta personale del caregiver.

RISPOSTE AI FREQUENTI DUBBI SUL SONNO INFANTILE



SI PUO' UTILIZZARE IL SUCCHIOTTO DURANTE LA NOTTE?

- L'uso del succhiotto durante il sonno ha un effetto protettivo contro la sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).
- Per i neonati allattati al seno, è consigliabile attendere che l'allattamento sia ben consolidato, prima di introdurre il succhiotto. In caso di alimentazione con latte artificiale, non ci sono particolari accortezze.
- Se il neonato rifiuta il succhiotto, non dovrebbe essere forzato.
- Se il ciuccio viene perso durante il sonno, non è necessario riposizionarlo.



SI PUO' SOMMINISTRARE LA MELATONINA AI BAMBINI?

- La melatonina è un ormone naturale sintetizzato dal soggetto in risposta a fattori esterni come l'oscurità. Il suo ruolo principale è la regolazione del sonno e del ritmo circadiano.
- Nonostante la melatonina sia un importante regolatore del sonno, non è raccomandata per risolvere i risvegli notturni.
- La somministrazione della melatonina nei bambini deve essere limitata a specifiche circostanze. L'assunzione della melatonina può, infatti, causare effetti collaterali come vertigini, diarrea, vomito, dolore addominale, infezioni respiratorie o urinarie.

FASI DI SVILUPPO DEL SONNO DEL BAMBINO



NASCITA:

I periodi di sonno e di veglia sono variabili in quanto il bambino non ha ancora stabilito una chiara sincronizzazione con i ritmi circadiani e le routine quotidiane della famiglia.



0-2 MESI:

Necessità di aiuto nella fase di passaggio da uno stato comportamentale all'altro.

A tre settimane molti neonati iniziano ad avere le episodi di pianto incontrollato che si verificano generalmente a fine giornata = spesso considerato come meccanismo di adattamento del sistema nervoso al sovraccarico di stimolazioni.



4 MESI:

Lo sviluppo di tutti i sensi del bambino provoca maggiore interesse per l'ambiente ed ha ripercussione nel sonno.



7 MESI:

SVILUPPO MOTORIO: acquisizione di nuove competenze motorie (striscio, gattonamento) ed esplorazione autonoma dell'ambiente.

SVILUPPO EMOTIVO: ansia da separazione.

INIZIO SVEZZAMENTO

→ Ripercussioni nel sonno.

FASI DI SVILUPPO DEL SONNO DEL BAMBINO



10 MESI:

Il bambino esercita maggiormente il suo controllo nel mondo e inizia a sollevarsi in stazione eretta in autonomia.

Durante la notte può alzarsi in piedi nella culla o voler muoversi per esplorare.

Può risultare più difficile l'addormentamento e il riaddormentamento conseguente a risvegli.



12-18 MESI:

L'ansia da separazione giunge all'apice ed il bambino raggiunge la deambulazione.

Possono riscontrarsi difficoltà nell'addormentamento e frequenti risvegli notturni.



2-3 ANNI:

Il bambino fatica a gestire sentimenti contrastanti come il desiderio di affermare la propria indipendenza e la necessità di adattarsi agli altri.

Per il bambino non è facile interrompere un'attività piacevole per cui l'addormentamento può diventare una grande sfida per il piccolo ed i suoi genitori.

IGIENE DEL SONNO



ROUTINE DI ADDORMENTAMENTO

Attività uguali che si susseguono nello stesso ordine ogni sera prima di coricarsi.

→ Maggiore prevedibilità = maggiore senso di controllo.

→ Una routine regolare è stata associata a: latenza più breve all'inizio del sonno, risvegli notturni meno frequenti, durata del sonno più lunga, qualità del sonno migliore percepita dal genitore e umore migliore del bambino al risveglio.

Esempi di attività da proporre:

- Massaggio e contatto fisico con il genitore

Promuove la co-regolazione, la disponibilità del genitore e maggiore calma nel bambino con conseguente minore resistenza all'addormentamento.

Riduce i livelli di cortisolo, ormone dello stress.

- Alimentazione

Contribuisce a soddisfare il senso di sazietà, elemento che favorisce la sonnolenza.

!! Importante che avvenga all'inizio della routine e con adeguate dosi.

- Giochi poco stimolanti

- Bagno

Promuove uno stato di rilassamento.

- Musica rilassante

Riduce l'eccitazione e promuove lo stato di rilassamento con conseguente minore resistenza all'addormentamento.



MANTENERE UNA REGOLARITA' NEL LUOGO E NEGLI ORARI DI SONNO

→ Maggiore prevedibilità = maggiore senso di sicurezza e di controllo.

IGIENE DEL SONNO



GESTIRE CORRETTAMENTE L'AMBIENTE LUCE-BUIO

La gestione dell'immunità è una strategia per regolare i ritmi circadiani sonno-veglia del bambino.

→ Mantenere ambienti oscurati durante il sonno diurno e notturno.

→ Ridurre il numero di stimolazioni luminose nell'ora prima di addormentarsi.

!! La luce può ridurre la produzione della melatonina, ormone che favorisce il sonno.



IDENTIFICARE I SEGNALI DI SONNO PRECOCI

"HO SONNO"	"NECESSITO DI UN PISOLINO ORA"	"SONO STANCO"
<ul style="list-style-type: none">• Sopracciglia arrossate• Sguardo fisso• Occhi lucidi e arrossati• Coprirsi gli occhi• Cercare il seno• Mostrare movimenti nervosi, a scatti• Sospirare• Succhiare la mano• Chiedere un maggior contatto, stare in braccio	<ul style="list-style-type: none">• Strofinarsi gli occhi• Sbadigliare• Stropicciarsi le orecchie	<ul style="list-style-type: none">• Tirarsi i capelli• Piangere, agitarsi• Succhiare il seno o il biberon con un stacca e riattacca continuamente• Inarcamento della schiena• Rigidità del corpo• Pugnetti

!! La mancata risposta ai segnali di sonno del bambino porta ad un aumento del cortisolo, ormone dello stress.

ALLEGATO 3: BROCHURE

★ COS'E'?

"Sogni d'Oro Piccolo Sognatore: servizio di counseling sul sonno del bambino" è un servizio per fornire supporto ai genitori nel trovare risposte a perplessità sul sonno infantile e nell'individuare strategie sostenibili per affrontare problematiche specifiche riscontrate nella gestione di questo bisogno.



SOGLI D'ORO PICCOLO SOGNATORE



SERVIZIO DI COUNSELING PER IL SONNO DEL BAMBINO

★ PERCHE'?

Il sonno è fondamentale per la crescita ed il benessere del bambino. Problemi di sonno possono influenzare negativamente lo sviluppo del bambino, nonché la qualità della vita della famiglia.

Secondo la Società Italiana di Pediatria (2019), circa il **25%** dei bambini sotto i 5 anni nel mondo industrializzato soffre di **disturbi del sonno**. Inoltre, il **38%** delle madri con disturbi del sonno riporta **sintomi nevrotici e/o depressivi**.

Un questionario sul sonno del bambino 0-3 anni somministrato a 143 genitori ha rivelato che il **94%** della popolazione ritiene che il sonno del bambino influisca sulla **relazione di coppia e sulla salute psico-fisica del caregiver** ed il **53%** dei genitori ritiene che le problematiche legate al sonno possano **influenzare negativamente la relazione con il bambino**.

Contatti

E-mail: sofia.battistel@studenti.unipd.it

★ DOVE?

Il servizio di counseling è disponibile presso l'ambulatorio di monitoraggio dello sviluppo dell'**ospedale di Camposampiero**. In alternativa sarà possibile svolgere l'incontro in modalità telematica.

★ CHI?

Il servizio è offerto da Sofia Battistel, laureanda del corso di laurea di Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, che sta svolgendo la sua tesi di laurea dal titolo "Il sonno del bambino: analisi ed intervento di supporto familiare". Il servizio è supervisionato dalla Dott.ssa neuropsicomotricista Beatrice Stocco.

★ COME FUNZIONA?

• Valutazione del sonno

Durante l'incontro verranno raccolte informazioni dettagliate sulle abitudini di sonno notturno e diurno del bambino, oltre che sull'ambiente familiare, per comprendere meglio le esigenze e le risorse specifiche del bambino e della sua famiglia.

• Consulenza e supporto personalizzato

In collaborazione con i genitori, verranno identificate le principali problematiche e verranno offerti consigli pratici e personalizzati per migliorare la qualità e la quantità del sonno del bambino. Le soluzioni proposte sono basate su evidenze scientifiche e adattate alle esigenze di ciascuna famiglia.

• Relazione finale con consigli pratici

Al termine di ogni incontro verrà fornita una relazione scritta contenente i vari consigli pratici discussi durante la consulenza volti a rispondere alle esigenze specifiche della famiglia e a migliorare il sonno del bambino ed il benessere familiare.

• Supporto e monitoraggio continuo

★ QUANDO?

- Se l'incontro si svolge in presenza i genitori possono accedere al servizio durante le visite di monitoraggio dello sviluppo dei loro bambini. Gli incontri si svolgeranno negli orari di apertura dell'ambulatorio.
- Se l'incontro si svolge in modalità telematica la data dell'incontro verrà concordata secondo le disponibilità.

★ QUANTO COSTA?

Il servizio di counseling sul sonno è gratuito e disponibile per tutte le famiglie con figli di età compresa tra 0 e 3 anni.

SOGLI D'ORO,
PICCOLO SOGNATORE



Contatti

E-mail: sofia.battistel@studenti.unipd.it

