



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello sviluppo, della personalità e
delle relazioni interpersonali**

Elaborato Finale

**Ansia di separazione, benessere psicologico e qualità del
sonno in un gruppo di genitori di pazienti pediatrici con
neoplasia in epoca Covid**

**Separation anxiety, psychological well-being and sleep quality in parents of
pediatric cancer patients in the Covid era**

Relatrice: Prof.ssa Daniela Di Riso

Laureando: Gabriele Baratto

Matricola: 1191491

Anno Accademico 2020/2021

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1: <i>Analisi della letteratura</i>	5
1. Il benessere psicologico del genitore di un bambino con neoplasia	5
2. Ansia, depressione e aspettative per il futuro	10
3. Stress e distress	12
4. La qualità e la durata del sonno	13
5. Le preoccupazioni	15
6. L'ansia di separazione	16
7. Impatto psicologico del Covid-19	17
Capitolo 2: <i>La ricerca sperimentale</i>	19
1. Obiettivi	19
2. Ipotesi	19
3. Campione	20
3.1 Campione clinico	20
3.2 Campione di controllo	21
4. Gli strumenti	22
4.1 Booklet	22
4.2 Survey	22
5. Risultati	23
5.1 Ipotesi 1	23
5.2 Ipotesi 2	25
5.3 Ipotesi 3	26

Capitolo 3: <i>Discussione</i>	27
1. Benessere psicologico, qualità del sonno e ansia di separazione	27
2. Preoccupazioni in epoca Covid	28
3. Modello di regressione lineare: ansia di separazione e ansia totale, di stato e di tratto	29
Capitolo 4: <i>Limiti e futuri sviluppi</i>	31
 <i>Bibliografia</i>	 33
 <i>Ringraziamenti</i>	 37

Introduzione

La neoplasia, o tumore, è una patologia clinica cronica che ha origine nella crescita incontrollata di un gruppo di cellule dal Dna mutato, la quale comporta un'alterazione strutturale e funzionale di organi e tessuti in cui si presenta. Esistono due tipologie di tumori: possono infatti essere solidi, presentandosi come una massa compatta di tessuto, oppure del sangue, dove le cellule tumorali si trovano nel midollo osseo o, appunto, nel sangue. Inoltre, la massa tumorale può poi essere di due tipi: benigna, in cui il tumore cresce lentamente e le cellule da cui è costituito conservano in gran parte le caratteristiche morfologiche e funzionali del tessuto di origine, o maligna, che cresce velocemente, è composta da cellule molto diverse rispetto il loro tessuto d'origine e può estendersi, per metastasi, anche ad altri organi.

Nella sua forma maligna, comunemente conosciuta come “cancro”, la neoplasia è, secondo l'OMS, una delle principali cause di decesso nel mondo; in particolare, in Italia, i tumori a trachea, bronchi e polmoni, quelli del colon e retto, e i tumori al seno, nel 2019 hanno occupato rispettivamente il quarto, settimo e decimo posto nella classifica delle principali cause di morte nel Paese, uccidendo complessivamente una media di 114,4 persone per 100.000 abitanti.

Per quanto invece riguarda le neoplasie in età pediatrica, per esempio nei bambini di età compresa tra i 5 e 9 anni, sebbene i numeri siano di gran lunga inferiori (1,1 morti su 100.000), la situazione non cambia: i tumori del cervello e sistema nervoso, le leucemie, e i linfomi e mielomi multipli, occupano rispettivamente la prima, la terza e la settima posizione, alla decima invece il cancro ai reni. Considerati i dati appena esposti, risulta quindi evidente come l'interesse nello studio della natura e del trattamento delle neoplasie sia giustificato, questo sebbene sia comunque rilevabile un trend di miglioramento rispetto ai tassi di mortalità: nel 2000 infatti le leucemie risultavano mortali per 1,7 bambini (5-9 anni) su 100.000 abitanti, mentre nel 2019 per 0,8, sebbene, nello stesso anno, siano state

diagnosticate al 33%¹ dei soggetti affetti da neoplasia; similarmnte è accaduto per i tumori del cervello e del sistema nervoso (1,2 su 100.000 nel 2000 vs 0,9 nel 2019) e i linfomi e mielomi multipli (0,3 su 100.000 nel 2000 vs 0,1 nel 2019). Si ipotizza che tali cambiamenti possano essere dovuti all'utilizzo di nuove tecnologie e al miglioramento dei protocolli terapeutici², come la chemioterapia e il trapianto di midollo osseo per la leucemia, ma anche la radioterapia protonica e l'immunoterapia per i tumori del sistema nervoso centrale. Per tale motivo si può ormai dire che 3 bambini su 4 riescono a sopravvivere e guarire completamente dalla loro neoplasia.

Congiuntamente a quelle fisiche, la neoplasia in età evolutiva comporta però anche delle significative conseguenze sul piano psicologico, sia per il bambino malato, sia per il suo nucleo familiare. Infatti, se da un lato la malattia influisce sul livello di benessere psicologico del bambino, accade lo stesso per i genitori³: i bambini devono imparare a convivere con la malattia, con le sue conseguenze sull'autonomia e sul funzionamento sociale, ma anche con le cure e con i loro effetti secondari, come quelli della radioterapia e del cortisone, invece i genitori con la malattia del figlio, con le nuove responsabilità che questa comporta e con le ripercussioni che questa sfida avrà sulla loro immagine di genitore.

Non solo, esiste una condizione di reciproca influenza tra bambino malato e genitore, in cui le risorse e le debolezze dell'uno sono in grado di influenzare il benessere ed il funzionamento dell'altro (Ljungman et al, 2014). In questo senso, se da un lato è sicuramente utile studiare ed intervenire sulla condizione del bambino, sviluppando protocolli di assistenza e di cura adeguati, può risultare utile anche offrire sostegno al genitore, in particolare al caregiver primario, rendendolo una risorsa utile per il figlio malato.

¹ Renee Gresch. Panoramica sui tumori in età pediatrica. Luglio 2019. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/tumori-in-et%C3%A0-pediatria/panoramica-sui-tumori-in-et%C3%A0-pediatria>

² Agenzia Zedig. Tumori pediatrici. 25 Gennaio 2018. <https://www.airc.it/pediatrici>

³ John D. Dockerty, Sheila M. Williams, Rob McGee and David C.G. Skegg. Impact of Childhood Cancer on the Mental Health of Parents. 2000. *Medical and Pediatric Oncology* 35:475–483

Capitolo 1: Analisi della letteratura

1. *Il benessere psicologico del genitore di un bambino con neoplasia*

Focalizzandosi sui genitori dei bambini con neoplasia, la letteratura ci suggerisce come questi presentino dei livelli inferiori di benessere psicologico rispetto a quelli di bambini sani. Da uno studio pubblicato nel 2000 da Dockerty et al. è emerso infatti come i padri e le madri di bambini con cancro dimostrassero punteggi significativamente più alti, rispetto ad un campione di controllo formato da genitori di bambini sani, nella versione da 12 item del *General Health Questionnaire* (GHQ-12) somministratagli, specialmente quelli riguardanti il tono dell'umore e il livello di salute. Inoltre, le madri del campione clinico presentavano punteggi dell'umore più gravi rispetto ai padri, nonché un'assunzione mediamente superiore di farmaci per i nervi, depressione e ansia in seguito alla diagnosi del figlio (16.5% vs. 4.9%), unita ad un consumo significativamente maggiore di sigarette. Sembra quindi che la malattia del bambino abbia un significativo impatto sul benessere psicologico della madre, portandola anche all'assunzione di psicofarmaci e tabacco, nel tentativo di controllare e arginare gli effetti negativi sulla propria salute psicologica.

Sempre in questo studio, sono emerse poi ulteriori differenze interne ai sottogruppi in cui il gruppo clinico è stato diviso. Infatti, uno dei presupposti allo sviluppo della ricerca, voleva essere quello di differenziarsi dagli studi passati, prendendo in considerazione alcuni fattori, secondo gli autori, sottovalutati nel momento dell'analisi dei risultati nei lavori precedenti, come l'età del bambino, lo stadio degenerativo della malattia, il tempo trascorso dalla diagnosi del figlio e le differenze individuali dei genitori, ma anche l'utilizzo di questionari diversi e di campioni scarsamente numerosi, elementi che rischiano di influenzare la significatività dei dati raccolti e il confronto fra studi differenti, ostacolando così anche l'identificazione di possibili sottogruppi di genitori più a rischio rispetto ad altri. Dall'analisi dei risultati dello studio, come già anticipato sopra, sono emersi alcuni sottogruppi critici: genitori che avevano ricevuto minor supporto sociale,

dimostravano punteggi più gravi nel GHQ-12, livelli più bassi di salute, relazioni sociali, umore e strategie di coping.

Inoltre, risultati simili sono emersi sia per le madri senza un impiego retribuito, le quali presentavano a loro volta punteggi più gravi nel GHQ-12, oltre a livelli inferiori di salute, umore e relazioni sociali; sia per le madri che avevano vissuto un numero maggiore di esperienze passate negative (*life events*), le quali hanno dimostrato sempre livelli più bassi di salute, umore e strategie di coping.

Infine, madri di bambini malati o ancora in trattamento hanno dimostrato livelli di umore e vita sociale inferiori rispetto a quelle dai figli guariti o in remissione, lasciando intendere che la gravità e lo stato degenerativo della malattia abbia un'influenza sulla gravità dei sintomi psicologici e sulle relazioni del genitore. Dato confermato dal lavoro di Litzelman et al. (2011), secondo il quale esiste una relazione tra condizione di salute del bambino e qualità di vita mentale del caregiver, la quale però risulta essere mediata da alcuni fattori psicosociali di quest'ultimo, come il livello di *burden* per il proprio ruolo genitoriale e quello di stress.

Un ultimo dato interessante offerto da questo lavoro di Dockerty e colleghi (2000) è il seguente: non è stata riscontrata nessuna associazione significativa tra i punteggi nel GHQ-12 e il tempo trascorso dalla diagnosi della malattia del figlio. Tale risultato risulta essere in contrasto con quanto affermato da alcuni degli studi condotti in precedenza⁴. È da evidenziare, però, come la ricerca di cui si è parlato fino ad ora sia di tipo trasversale, perciò l'analisi di variabili come la relazione tra il livello di salute, di umore o di sintomi psichiatrici e il tempo trascorso dalla diagnosi del figlio può risultare problematica, in quanto non si è seguita l'evoluzione temporale di tali fattori negli stessi soggetti, raccogliendo i dati in più sedute nel corso di mesi o anni, bensì si sono semplicemente confrontati i risultati

⁴ Per esempio:

1) Josette E.H.M. Hoekstra-Weebers, Jan P.C. Jaspers, Willem A. Kamps, Ed C. Klip (1998). Gender differences in psychological adaptation and coping in parents of pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*; 7: 26–36

2) Michael Sawyer, Georgia Antoniou, Ian Toogood, Michael Rice (1997). Childhood cancer: a two-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 36: 1736–1743

ottenuti dalla somministrazione dei test tra sottogruppi di genitori in base al tempo trascorso dalla diagnosi.

Infatti, in un secondo studio (Wijnberg-Williams et al., 2015), di natura però longitudinale, si conferma che nella popolazione dei genitori di bambini con neoplasia pediatrica sia più comune riscontrare punteggi più alti nel GHQ-12 (il 27% mostra punteggi clinici, rispetto al 15% del campione di controllo) ma che, al trascorrere del tempo dalla diagnosi (fino ai cinque anni successivi), corrisponde una diminuzione significativa di distress, di sintomi psicologici e d'ansia di stato (misurata non con il GHQ-12, ma con altri due strumenti somministrati ai genitori: *Symptom Checklist (SCL-90)*; *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S)*). Questo risultato potrebbe stare ad indicare che, sebbene il livello di distress di un cospicuo sottogruppo sia diminuito con il tempo, un numero significativo di genitori invece soffre ancora trascorsi i 5 anni osservati dallo studio.

Invece, in un terzo lavoro (Eilertsen et al.), pubblicato nel 2015, non emerge persino alcuna differenza tra il gruppo sperimentale, composto da genitori di bambini malati di leucemia, e il campione di controllo per quanto riguarda il livello di salute mentale, anche questa volta misurata con il *General Health Questionnaire (GHQ-30)*. I genitori del campione clinico hanno però mostrato livelli di resilienza significativamente più bassi rispetto al campione di controllo, ed è stata osservata una relazione tra livello di salute mentale e fattori di resilienza, come coesione familiare, buona percezione di sé e capacità di pianificazione, lasciando presupporre che esista un rapporto tra benessere psicologico e fattori psicologici e sociali della vita del genitore, come, appunto, la percezione di sé in quanto a individuo e genitore e il funzionamento familiare. Tuttavia i risultati ottenuti potrebbero non essere particolarmente attendibili, dato il campione poco numeroso (solo 57 i genitori del campione clinico) e la natura del campione stesso, per la maggior parte composto da genitori dall'educazione avanzata, con un buon reddito e soddisfatti del proprio impiego lavorativo, tutti dimostratisi fattori protettivi per la salute psicologica dei genitori (McCubbin et al., 2002), ma anche per quanto affermato dalla letteratura precedente, rappresentata anche dai due articoli precedentemente citati, la quale afferma invece che la malattia del figlio ha un impatto sullo stato di salute psicologica del genitore.

Indipendentemente dalla confermata o meno influenza diretta della malattia sulla salute mentale del genitore, in alcuni degli articoli citati qui sopra (Eilertsen et al., 2015; Mc Cubbin et al., 2002) è emerso come alcuni aspetti psicologici e sociali possano fungere da fattori protettivi per il benessere psicologico del genitore: si è parlato di resilienza, ma anche di livello di istruzione e impiego lavorativo. Secondo uno studio di Litzelman e al. (2011), essere sposati, o comunque avere un compagno, è associato ad una migliore qualità di vita (QOL) mentale, poiché, il rapporto di coppia, offre probabilmente al genitore un maggior sostegno al suo ruolo di *caregiving*, rispetto a quello che riceverebbero da single. Invece, sembra che essere laureati, contrariamente a quanto detto in precedenza (McCubbin et al., 2002) o avere dei problemi del sonno - fattore che si approfondirà ulteriormente in seguito - sia legato a livelli inferiori di *quality of life* mentale. Non solo, emerge anche come, avere un figlio con *activity limitation*, cioè incapace, a causa della sua condizione di salute, di svolgere in parte o completamente quelle attività tipiche di un bambino della sua età, sia associato anch'esso ad una peggiore qualità di vita mentale dei genitori.

Ancora, da un lavoro del 2019 (Salvador, Crespo e Barros) emergono dei dettagli su un'altra possibile fonte di deterioramento per il benessere psicologico dei genitori con figli affetti da neoplasia, se si vuole, strettamente connessa al concetto di *activity limitation* di cui si è discusso nell'articolo precedente. Il campione analizzato di padri e madri con figli in trattamento ha dimostrato livelli più alti di difficoltà familiari (*family life difficulties*), riferendosi con ciò alle ulteriori difficoltà nell'organizzare la vita quotidiana, la routine familiare, dovendosi occupare di un bambino affetto da una complessa patologia cronica come il cancro. È emerso poi come le difficoltà familiari correlassero positivamente coi livelli di ansia e depressione dei genitori, ma negativamente con il loro livello di soddisfazione nel loro ruolo genitoriale (*parenting satisfaction*). Tali risultati risultano essere coerenti con quanto emerso dal lavoro di Litzelman et al. (2011): infatti, se da una parte è possibile che il grado di *activity limitation* del figlio malato influisca sulla qualità di vita mentale del genitore, è altrettanto possibile che, questa compromissione nelle attività quotidiane, contribuisca ad un aumento della

difficoltà nella gestione della routine quotidiana familiare, causando quindi un incremento dei livelli di ansia e depressione nei genitori.

D'altro canto, la *parenting satisfaction* sembra, sempre secondo lo stesso studio di Salvador et al. (2019), correlare positivamente con la mutualità genitoriale (*parental mutuality*), ovvero il grado di accordo tra i genitori nel percepire e nel come gestire la situazione familiare, e negativamente con i livelli di ansia e depressione. Intervenire sulla percezione che il genitore ha del proprio ruolo potrebbe, perciò, rivelarsi una scelta vincente nell'ottica di migliorare il suo benessere e la qualità della vita familiare; lo stesso vale per quanto riguarda la mutualità genitoriale: lavorare sull'intesa tra i genitori, costruendo una visione comune dei problemi familiari e sui modi migliori per affrontarli, potrebbe portare ad un incremento della *parenting satisfaction*, e quindi, in ultima analisi, ad una diminuzione dei sintomi di ansia e depressione.

Un ulteriore indicatore del grado di distress genitoriale è rappresentato poi dall'assenza di supporto sociale percepito dai genitori (Speechley e Noh, 1992). Infatti, genitori di bambini affetti da neoplasia pediatrica con basso livello di supporto sociale percepito, presentano maggiormente sintomi di ansia e depressione, con un livello quindi di distress superiore. È emerso poi come questo valga principalmente per le madri, le quali si presenterebbero maggiormente sensibili a tale fattore rispetto ai padri. Tali risultati lasciano presupporre che, misure di assistenza e aiuto per i genitori, come i gruppi di sostegno e di mutuo aiuto, possano rivelarsi significative nel ridurre il livello materno di distress, data appunto la loro maggiore responsività al supporto sociale.

Infine, uno studio pubblicato nel 2013 (Sahler et al.) riporta come, la somministrazione di training per le abilità di problem-solving, sia associata ad una diminuzione dei livelli di ansia, depressione e stress post-traumatico nelle madri di bambini a cui era appena stato diagnosticato il cancro, risultato invece non riscontrato per gli interventi di tipo non-direttivo. Si dovrebbe verificare l'effetto di tale training quando somministrato ad entrambi i genitori. È possibile che, uno stile di coping efficace, condiviso dai caregiver, apporti dei miglioramenti sul loro benessere psicologico e sul funzionamento della coppia e familiare.

2. *Ansia, depressione e aspettative per il futuro*

Intervenire con il fine di migliorare il benessere psicologico nei genitori di bambini con neoplasia, riducendo il grado di ansia e depressione, potrebbe risultare prioritario data l'alta prevalenza di tali disturbi all'interno di questa specifica popolazione. Infatti, secondo i risultati di una metanalisi del 2019 (Warmerdam et al.), la prevalenza dell'ansia nei genitori di bambini affetti da neoplasia pediatrica varia dal 5% al 65%, con una prevalenza aggregata del 21%, mentre la depressione ha una prevalenza che varia persino tra il 7% e il 91%, con una prevalenza aggregata di depressione di grado da alto a moderato del 28%. Gli stessi autori del lavoro suggeriscono come dei risultati così scarsamente omogenei possano essere dovuti all'eterogeneità dei metodi di misura utilizzati nelle varie ricerche. Dalla stessa metanalisi emerge anche come nessuna differenza significativa riscontrata, rispetto la popolazione normale, sia dovuta al genere del genitore o al grado degenerativo della malattia del bambino, andando perciò in contrasto in tal merito con alcuni dei lavori di cui si è precedentemente discusso (Dockerty et al., 2000; Litzelman et al., 2011).

I risultati di un secondo recente studio (Ulviye et al., 2020), confermano la rilevanza dei dati emersi dalla metanalisi sopra-citata, riportando come nel campione clinico, composto da genitori di bambini con cancro, livelli significativi di depressione fossero presenti nell'84,1% dei casi, diversamente da quanto avveniva nel campione di controllo, in cui ciò accadeva solo per il 18,2%. Mentre, per quanto riguarda l'ansia, è il 47,1% del campione clinico a presentarne dei livelli significativi, contro l'8,8% del campione di controllo.

Un alto grado di ansia e di depressione non sono necessariamente due fenomeni separati, autoescludentesi. Da una ricerca del 2008 di Bayat et al. emerge infatti come esista una relazione significativa tra i punteggi della depressione e quelli dell'ansia di stato, ma anche una debole relazione positiva tra depressione e punteggi di ansia di tratto nelle madri. Non solo, in entrambi i genitori il grado di depressione correla anche con il livello di *hopelessness*, ovvero la misura delle aspettative negative esperite dai genitori rispetto il futuro, contrariamente a quanto invece accade nelle madri per l'ansia di stato, la quale correla sì con l'*hopelessness*, ma negativamente, perciò, ad alti livelli di ansia di stato, ne corrisponderanno di

bassi nell'*hopelessness*, fatto che invece non accade per questa e l'ansia di tratto, tra cui non è infatti presente alcuna relazione. Il grado di ansia di stato sembra, quindi, avere una certa influenza nelle speranze delle madri per il futuro, probabilmente per la credenza irrazionale per cui a maggiori preoccupazioni, per esempio, riguardanti la condizione di salute del figlio malato o le misure necessarie per la sua assistenza, corrispondano minori possibilità che in futuro la malattia peggiori.

Lo studio di Fotiadou et al. (2008) approfondisce, invece, l'influenza dell'ottimismo, inteso come l'aspettativa che in futuro siano più probabili eventi positivi che negativi, nonché come la tendenza generale a considerare i problemi della propria vita come esterni, temporanei e specifici, sul benessere dei genitori di bambini affetti da neoplasia. L'ottimismo, già in studi precedenti⁵ rispetto a quello di Fotiadou e colleghi (2008), è emerso come un fattore utile nell'affrontare il *distress* e migliorare la condizione di benessere nei genitori di figli diversamente abili od ospedalizzati, risultato coerente con quanto poi emerso da quest'ultimo lavoro, riguardante però i genitori di bambini malati di cancro. È emersa infatti una correlazione negativa tra i livelli di ottimismo e quelli di ansia e depressione, per cui all'aumentare del primo corrispondeva una diminuzione delle seconde, ma anche una correlazione, in questo caso positiva, fra ottimismo e percezione di salute e *life satisfaction*. Non solo, infatti, i livelli di ottimismo e, coerentemente, di *life satisfaction*, sono risultati più bassi nel campione clinico, cioè in quello composto dai genitori dei bambini malati, mentre, quelli di ansia e depressione, sono risultati più alti rispetto a quelli rilevati nel campione di controllo. Sembra quindi che la natura delle aspettative che i padri e le madri costruiscono sul proprio futuro, e su quello del proprio figlio, abbiano anch'esse un impatto sul benessere psicologico dei genitori, influenzandone, positivamente o meno, il grado di ansia e depressione.

⁵ Il primo su figli diversamente abili, il secondo su figli ospedalizzati:

- 1) Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW, Chou RJA, Hong J. The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with Schizophrenia, Autism, or Down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism. *Amer J. Orthopsychiatry*, 2004; 74 (1): 14–25
- 2) McIntosh BJ, Stern M, Ferguson KS. Optimism, coping and psychological distress: maternal reactions to NICU hospitalisation. *Child Health Care*, 2004; 33 (1): 59–76

3. *Stress e distress*

Nei genitori di bambini con neoplasia infantile risulta superiore al livello normativo anche il livello di stress. Infatti, secondo una metanalisi pubblicata nel 2018 (Pinquart), occupatasi di misurare e confrontare i livelli di stress in famiglie con figli affetti da patologie croniche e non, i genitori di bambini con cancro, non solo hanno presentato un grado di stress superiore rispetto a quello normativo, coerentemente con i risultati ottenuti per i caregiver di minori con altre patologie croniche, ma, anche all'interno di tale sottocategoria, hanno dimostrato i livelli più elevati di stress, insieme, per esempio, a quelli di genitori di bambini con paralisi cerebrale, con AIDS o con spina bifida. Nello specifico, sono stati misurati degli aumenti moderati nel livello di stress genitoriale generale (*general parenting stress*), legato quindi al peso del ruolo di caregiving, ma anche in quello di stress legato alla relazione genitore-bambino (*parent-child relationship stress*); l'aumento più elevato è stato però rilevato per il grado di stress collegato alla salute (*health-related parenting stress*). Dalla metanalisi è emerso anche come i più forti correlati dello stress genitoriale fossero il livello di problemi comportamentali del bambino e di salute mentale del genitore.

Tali risultati sembrerebbero rinforzare quelli di uno studio precedentemente citato (Litzelman e al., 2011), riguardante la relazione tra *activity limitation* del bambino e qualità di vita mentale del genitore, in quanto, se da una parte i problemi comportamentali del figlio nell'organizzare ed eseguire le proprie azioni quotidiane possono portare ad un peggioramento della *quality of life* mentale del caregiver, risulta altrettanto possibile che tali difficoltà possano portare anche ad un innalzamento del livello di stress genitoriale. A parziale conferma della seguente ipotesi, uno studio di Colletti e al. (2008) ha rilevato come, ad elevati livelli di stress genitoriale, fossero associati un adattamento comportamentale, sociale ed emotivo inferiore nel bambino. Ciò però potrebbe anche indicare che lo stress genitoriale è un fattore di rischio significativo per il peggioramento delle capacità di adattamento del bambino malato, in quanto la direzionalità della relazione non è specificata. Anzi, è possibile che prevalga questa seconda interpretazione, in quanto lo stesso studio ha rilevato anche una relazione positiva tra vulnerabilità percepita del bambino da parte del genitore e stress genitoriale. Indipendentemente dalla

direzionalità di questa relazione, risulta evidente come intervenire per abbassare i livelli di stress genitoriale possa dimostrarsi utile ed efficace, sia per migliorare la condizione di benessere mentale del genitore, sia per risollevare la capacità di adattamento del figlio.

Per quanto invece riguarda il distress, da una revisione della letteratura del 2014 (Ljungman et al.), comprendente 15 articoli pubblicati dal 1988 al 2010, prevale l'ipotesi secondo cui, il livello di distress psicologico nei genitori di bambini affetti da neoplasia, sia paragonabile a quello normativo. Nonostante quanto emerso nella revisione appena citata, la questione si può considerare ancora aperta, infatti, diversi lavori contemporanei o successivi a tale review, affermano il contrario, come quello di Lakkis et al. (2016), in cui si è rilevato un grado significativo di distress psicologico nel 56% dei casi nel campione di genitori, principalmente madri, di bambini malati di cancro, o quello di Rosenberg et al. (2013), nel quale il 50% del campione clinico ha riportato alti livelli di distress psicologico (PD), ed il 16% sintomi di distress anche di grado severo. Quindi non è ancora chiaro se il livello di distress psicologico nei genitori di pazienti con neoplasia pediatrica sia effettivamente paragonabile a quello normativo, o se, invece, sia significativamente superiore ad esso. Gli stessi autori della revisione citata (Ljungman et al., 2014), suggeriscono la possibilità di approfondire ulteriormente la questione con una metanalisi, così da ottenere dati al riguardo affidabili e ancor più rappresentativi di quanto raccolto in letteratura sull'argomento.

4. La qualità e la durata del sonno

Un ulteriore elemento che influisce sul benessere psicologico dei genitori è la qualità del sonno e la sua durata. Secondo un lavoro molto recente, peraltro già citato qui sopra quando si è discusso della prevalenza di ansia e depressione all'interno della popolazione specifica dei genitori di bambini affetti da neoplasia (Ulviye et al., 2020), la prevalenza di bassa qualità del sonno nel campione clinico è pari al 32,9%, contro il 20,0% del campione di controllo. Tale dato assume particolare rilevanza considerando che, sempre secondo lo stesso studio, esiste una correlazione tra i livelli di ansia e depressione ed i punteggi ottenuti nel PSQI, e quindi la qualità del sonno. Quindi, secondo logica, il campione di genitori di

bambini malati di cancro, caratterizzato da una prevalenza maggiore di bassa qualità del sonno, dovrebbe presentarne una superiore per ansia e depressione, e, infatti, così è: l'84,1% dei genitori del campione sperimentale presenta livelli clinici di depressione, mentre il 47,1% di ansia, quindi in misura maggiore rispetto il campione di controllo, in cui solo il 18,2% presenta depressione e l'8,8% ansia.

Un secondo studio (Lee et al., 2005) offre l'opportunità di approfondire alcuni aspetti della qualità e quantità del sonno all'interno della popolazione dei genitori di bambini con neoplasia pediatrica. Innanzitutto, è emerso come il 76% del campione presentasse disturbi del sonno, poi, la durata media del sonno si è dimostrata essere di $266,37 \pm 139,47$ minuti, quindi di $4,4 \pm 2,3$ ore, mentre l'efficienza del sonno era tra il 69% e il 100%, con una media del $90,48 \pm 7,03$. Sembra quindi che a caratterizzare la natura dei disturbi del sonno nei genitori non sia tanto la bassa efficienza nell'atto del dormire, la qualità del riposo, bensì la quantità insufficiente di tempo effettivamente impiegata per riposare.

È possibile che il caregiver di un bambino affetto da una patologia cronica complessa, quale è il cancro, non abbia effettivamente il tempo materiale per riposare, date le molte difficoltà riscontrabili nell'accudire e assistere il figlio. Si è, per esempio, già discusso dell'impatto che l'*activity limitation* (Litzelman et al., 2011) del bambino può avere sul benessere psicologico del genitore, ma anche di come nelle famiglie con un bambino malato di cancro sia più alto il livello di *family life difficulties* (Salvador, Crespo e Barros, 2019), perciò è ipotizzabile che tali fattori influiscano negativamente sulla qualità e il tempo dedicato al riposo dal caregiver. Dallo stesso lavoro, a conferma dell'ipotesi appena esposta, è emerso anche come alcune caratteristiche del genitore si rivelassero come fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo del sonno, come il sesso femminile, un maggiore livello di affaticamento, di depressione e di peso del ruolo genitoriale (*caregiving burden*), ma anche la quantità di tempo trascorsa ad accudire il figlio: quando questa superava le 16 ore giornaliere, diveniva un fattore di rischio. Tali dati sembrano riconoscere nella madre, o comunque nel caregiver primario (cioè colui che dedica più tempo all'accudimento del bambino malato), il principale soggetto a rischio di sviluppare un disturbo del sonno.

5. *Le preoccupazioni*

Un ulteriore aspetto utile ed interessante da approfondire è quello delle preoccupazioni dei genitori: comprendere, cioè, quanto questi si preoccupino e quale sia l'oggetto di tali preoccupazioni. La revisione di Ljungman e al. (2014), già citata all'interno di questo lavoro, permette intanto di fornire una risposta preliminare ad entrambi i quesiti: dai risultati dei 15 articoli compresi nella revisione, è emerso infatti come entrambi i genitori presentassero livelli di *worry* superiori a quello normativo; le preoccupazioni rilevate, poi, riguardavano gli effetti a lungo termine del trattamento e il futuro scolastico del figlio, come anche quello lavorativo, sociale e di salute.

Un lavoro del 2016 (Ellis et al.) fornisce invece delle informazioni su un'altra preoccupazione diffusa nei genitori, ma anche nei figli stessi: l'infertilità. Come riportato dallo stesso articolo, le nuove terapie e metodi di cura hanno permesso di ridurre di molto la mortalità delle neoplasie infantili, permettendo ai bambini sopravvissuti di continuare con le loro vite. La malattia però, e il trattamento stesso, possono presentare degli effetti collaterali a lungo termine, tra cui anche l'infertilità, o comunque una diminuzione della fertilità. A tal riguardo, i genitori si sono dimostrati principalmente preoccupati per gli effetti dell'infertilità sulle relazioni future del figlio, sulla sua autostima, per possibili incomprensioni sul suo stato di fertilità, su quali test eseguire per verificarla e su possibili vie per preservarla. Tali pensieri sono in realtà condivisi anche dai bambini stessi, in particolare da quelli ormai in età adolescenziale, ma una paura ha caratterizzato esclusivamente i genitori, ovvero quella di come, e con quali modalità, comunicare il rischio o la confermata infertilità al figlio.

I risultati dei due lavori appena citati riguardo le preoccupazioni genitoriali sono confermati anche da un terzo studio (Sisk, Weng e Mack, 2018), il quale si è occupato di studiare il livello e il tipo di preoccupazioni dei genitori appena ricevuta la diagnosi del figlio e dopo invece 5 anni. È emerso come, ancora dopo questo lungo periodo di tempo, i genitori presentassero bassi livelli di *peace of mind*, ma anche come questi fossero correlati con un alto grado di *worry* genitoriale. Nello specifico: il 28% del campione dei genitori si è dimostrato, trascorsi i 5 anni, molto o estremamente preoccupato di una possibile ricaduta, e la stessa percentuale è

preoccupata per effetti collaterali futuri e per gli effetti della malattia e del trattamento sul figlio.

Sembra quindi che le preoccupazioni dei genitori di bambini con neoplasia infantile persistano anche per anni in seguito alla diagnosi del figlio, e che riguardino l'adattamento del figlio, il suo futuro relazionale, scolastico e lavorativo, ma anche la salute, la paura di possibili ricadute e di effetti secondari delle terapie. Assistere i genitori, informandoli riguardo le condizioni del figlio, sulle sue possibili evoluzioni, ma anche su come comunicare al bambino quanto sta accadendo, potrebbe rivelarsi una misura utile per riportare a livelli normativi la loro *peace of mind*, influenzando in questo modo anche il loro livello di *worry*. Un ulteriore dato emerso dall'ultimo studio citato (Sisk, Weng e Mack, 2018): il livello di bassa *peace of mind* del caregiver è associato negativamente a quello di fiducia riposta nel medico. I genitori necessitano quindi di assistenza, ma anche di personale esperto, capace di trasmettere sicurezza e di tranquillizzarli rispetto le loro preoccupazioni e dubbi, ma anche di coltivare una speranza, per quanto realistica, per la condizione del figlio (Kamihara et al., 2015). Questo anche perché, le paure dei caregiver rispetto la situazione del bambino malato, sono risultate essere sproporzionate rispetto alle preoccupazioni dei figli stessi (Szentes et al., 2018).

6. *L'ansia di separazione*

Discutere di ansia di separazione, e quindi delle preoccupazioni esperite dal genitore rispetto l'idea o la concretizzazione di un allontanamento dal figlio, risulta particolarmente complesso. La letteratura in merito, specificamente sui genitori di bambini con neoplasia pediatrica, risulta infatti essere scarsa. Sembra intanto che i genitori di figli con cancro tendano ad essere più permissivi con loro, viziandoli maggiormente (Long et al., 2014), oltre a presentare, come già visto nel paragrafo precedente (Ljungman et al., 2014), livelli maggiori di preoccupazioni relative alla loro salute e al loro sviluppo.

A tal riguardo, da una ricerca del 2004 (Shiu), è emerso come fosse possibile che i genitori di bambini affetti da patologie croniche presentassero preoccupazioni

riguardo al separarsi da essi, per mandarli, in questo caso, a scuola. Il 6% del campione riportava esplicitamente questi dubbi, un numero quindi non molto elevato, il quale però potrebbe rientrare all'interno della maggiore percentuale di genitori preoccupati relativamente alla salute del figlio in ambiente scolastico: il 66%. Tale sottogruppo teme infatti che risulti complesso per il bambino autoregolarsi, controllando, per esempio, la propria dieta davanti agli altri compagni, o il proprio comportamento, così da non sforzare eccessivamente il proprio corpo; sono presenti anche preoccupazioni relative alla capacità dell'istituzione scolastica di gestire la situazione, di avere come alunno un bambino con una patologia cronica.

È quindi possibile che gli alti livelli di preoccupazione per la salute del figlio (Ljungman et al., 2014; Shiu, 2004), nonché l'alto grado di assistenza quotidiana richiesto da un bambino con neoplasia pediatrica (Litzelman et al., 2011), spingano il genitore ad avvicinarsi sempre di più a lui, a trascorrerci tendenzialmente più tempo insieme, portando così gradualmente al formarsi di una relazione madre-figlio di tipo simbiotico, in cui la separazione viene percepita negativamente, come un'occasione di possibile rischio per il figlio, divenendo perciò, oltre che sempre meno probabile, anche occasione di ansia per il caregiver.

7. Impatto psicologico del virus Covid-19

L'epidemia di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto significativo sulle vite delle famiglie con bambini affetti da neoplasia pediatrica. Le misure di quarantena nazionale, i protocolli d'igienizzazione e di distanziamento sociale, ma anche la riorganizzazione effettuata dall'ambiente ospedaliero (Balduzzi et al., 2020), il quale si è ritrovato costretto ad assegnare reparti e staff ai pazienti Covid, ritardando perciò il trattamento di pazienti non Covid, hanno inevitabilmente impattato sulla normale routine dei piccoli pazienti oncologici e dei loro genitori. Poi, è emerso anche come i soggetti con neoplasia risultassero particolarmente a rischio per lo sviluppo di forme gravi di Covid-19 (Forster e Schulte, 2020): tale dato potrebbe essersi rivelato un'importante fonte di preoccupazione per i genitori (Smith et al., 2021), tanto da influire sulla loro condizione di benessere, più di quanto la malattia

del figlio già non facesse. I caregiver dimostrano infatti sintomi da stress riferibili alla pandemia (Guido et al., 2020) in misura maggiore rispetto alla popolazione generale.

Nel recente studio di Darlington et al. (2021), la quasi complessità del campione composto da genitori di bambini con neoplasia pediatrica si è dimostrata preoccupata per il virus SARS-CoV-2 (85%), ed un numero ancora maggiore ha riportato di essere particolarmente vigile nei confronti del virus (92%) e dei sintomi del figlio dovuti al cancro (93,4%), nonché di avere timore, per la propria salute, di contrarre il virus (81,1%), ma anche di poter contagiare il proprio bambino (89,1%). Inoltre, per più di due terzi di loro (69,6%) l'ospedale non risultava più un luogo sicuro da visitare, e considerava l'idea di tenere il figlio isolato, permettendogli di entrare in contatto solo coi parenti più stretti (81,9%). Dai risultati di questo lavoro sembra quindi che i genitori di bambini malati di cancro siano preoccupati per il virus e le sue conseguenze. Si dimostrano anche ansiosi, intimoriti dalle possibili conseguenze psicologiche, sociali ed economiche dell'isolamento. Da confermare però se essi lo siano più dei genitori di bambini sani, sebbene nello studio precedente, ancora però in preprint, sia già emerso che i primi presentano livelli maggiori di stress riferito al Covid.

Da un altro recente lavoro (Guidry et al., 2021) risulta come i genitori di pazienti oncologici siano significativamente più predisposti, rispetto ai genitori di bambini sani, a credere alla disinformazione, alle fake-news relative al Covid-19, come che il vaccino per la polmonite possa aiutare a proteggersi dal virus o che mangiare aglio aiuti a prevenire il contagio. Gli stessi autori ipotizzano che ciò possa essere dovuto alla condizione di forte paura esperita dai genitori, la quale li porta a ricercare soluzioni per la situazione propria e del figlio, arrivando anche a credere a bufale come quelle appena citate. Tale comportamento, oltre ad essere rischioso di per sé in quanto può portare il genitore a prendere decisioni errate arrecando danno alla salute del figlio, può essere indicativo di una sua condizione di stress e disagio.

Capitolo 2: La ricerca sperimentale

1. *Obiettivi*

Lo scopo di questo lavoro è quello di approfondire la conoscenza riguardo i vissuti psicologici, emotivi e affettivi delle madri di pazienti affetti da neoplasia pediatrica, così da poter comprendere meglio la loro esperienza nel crescere e accudire un figlio malato di cancro. Con tale obiettivo, si è deciso di indagare i seguenti costrutti: l'ansia (sia come ansia di tratto che come ansia di stato); l'ansia di separazione connessa alla malattia; l'impatto della malattia sul sonno e sulla qualità di vita in generale (QoL); lo stress genitoriale; le ansie, paure e preoccupazioni della madre per la condizione vulnerabile del figlio; le paure e le preoccupazioni legate all'emergenza pandemica Covid-19.

Si è voluto quindi indagare l'impatto della malattia sul genitore, sul funzionamento generale, sull'immagine di sé-genitore, ma anche sullo stile genitoriale e sull'adattamento personale alla malattia del bambino, in quanto questi fattori possono influenzare il suo stato psicologico, in modo sia positivo che negativo. Il fine ultimo perciò è, date le informazioni raccolte, di migliorare l'efficacia degli aiuti offerti ai genitori, così da incidere positivamente sulla loro qualità di vita (QoL) e benessere psicologico, rendendoli caregiver capaci di fornire sufficiente sostegno e supporto al figlio malato.

2. *Ipotesi*

Basandosi sulla letteratura, sono state formulate le seguenti ipotesi per la ricerca:

- Ipotesi 1: si ipotizza che i genitori di bambini con neoplasia pediatrica presentino, durante le settimane immediatamente successive alla diagnosi del proprio figlio (Sawyer et al., 1993), livelli significativamente più alti di: disagio psicologico (Psychological Distress)(Rosenberg et al., 2013); di stress genitoriale, stress correlato alla salute e stress correlato alla relazione genitore-figlio (Pinquart, 2018); di ansia (Ulviye et al., 2020) e ansia di separazione (Shiu, 2004); di disturbi del sonno (Lee et al., 2005).

- Ipotesi 2: si prevedono nei genitori di bambini con patologia oncoematologica alti livelli di preoccupazione per il virus Covid-19 di per sé e per la sua eventuale trasmissione al figlio malato; lo stesso per quanto riguarda le preoccupazioni relative la ripresa o prosecuzione delle normali attività e routine legate alla malattia, come l'accesso all'ospedale, al trattamento e alle cure (Darlington et al., 2021).
- Ipotesi 3: si ipotizza la presenza di un modello di regressione lineare in cui l'ansia della madre (di stato, di tratto e generale) predice il livello di ansia di separazione nel bambino.

3. *Campione*

3.1 *Campione clinico*

Il campione clinico, raccolto tra Novembre 2020 e Maggio 2021, durante la pandemia di Covid-19, è composto da 33 madri di bambini/adolescenti con neoplasia, reclutate tramite la Struttura di Pediatria e Oncoematologia Pediatrica “Nadia Toffa” del Presidio Ospedaliero Centrale SS. Annunziata Taranto, tramite la collaborazione con l'ente FIAGOP ONLUS (*Federazione Nazionale delle Associazioni di Genitori di bambini e adolescenti che hanno contratto tumori o leucemie*) e tramite la Struttura Semplice di Ematologia Pediatrica dell'Unità Operativa Complessa di Pediatria dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

Viste le difficoltà dovute al periodo pandemico che si sta attraversando, e per andare incontro alle esigenze delle madri, è stata data loro la possibilità di scegliere se compilare i questionari in formato cartaceo presso la struttura ospedaliera, quindi in una saletta della zona Day-Hospital o del reparto, oppure in formato online, mediante l'invio di un link tramite e-mail. La maggior parte delle famiglie ha optato per questa seconda scelta.

L'età media dei genitori è di 41,76 anni, mentre il tempo medio trascorso dalla diagnosi dei figli è di 22,32 mesi, con ds = 12,36 e min = 2 mesi e max = 66 mesi. La situazione lavorativa delle madri del gruppo clinico è invece la seguente:

- il 21,9% lavora fuori casa part-time;
- il 21,9% lavora fuori casa full-time;

- il 3,1% lavora in smart working da casa part-time;
- il 15,6% è disoccupato;
- il 37,5% è composto da casalinghe.

3.2 *Campione di controllo*

Il campione di controllo era composto da 36 madri, la cui età media è di 43,75 anni, e da 25 padri (età media 46,92 anni). Esso è stato appaiato per genere ed età al campione clinico sul bambino [il t-test è risultato non significativo con $p > .050$] e, per quanto riguarda l'età delle madri del gruppo di controllo, non sono emerse differenze significative, in quanto la sua media è paragonabile a quelle delle madri del campione clinico [t di student = 1,52; $p = .13$].

La situazione lavorativa delle madri del gruppo di controllo si dimostra significativamente differente rispetto a quella del campione clinico, infatti:

- il 41,7 % lavora fuori casa part-time, contro il 21,9% del campione clinico;
- il 27,8% lavora fuori casa full-time;
- il 2,8% lavora in smart working da casa part-time;
- il 5,6% è disoccupato;
- il 22,2% è composto da casalinghe.

Tale distribuzione era statisticamente significativa [$\chi^2 = 11,041$; $p = .050$]. Sembra, perciò, che un numero significativo di madri del campione di controllo, di quasi venti punti percentuale maggiore rispetto a quello del campione clinico, abbia un impiego part-time per cui lavora fuori casa; coerentemente con tale dato, il numero di disoccupate e casalinghe risulta maggiore nel campione clinico (15,6% vs 5,6% per la disoccupazione; 37,5% vs 22,2% per la percentuale di casalinghe).

4. *Gli strumenti*

4.1 *Booklet*

Il protocollo consegnato al genitore partecipante conteneva le seguenti scale:

- *GHQ*: General Health Questionnaire (Goldberg D.; validazione italiana a cura di F. Fontanesi et al., 1985): è un questionario self-report utilizzato come strumento di screening per la presenza di eventuali disturbi psichiatrici minori;
- *ASA-27*: Adult Separation Anxiety Questionnaire (Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., Drobny, J.; validazione internazionale di Manicavasagar et al., 2003): è un questionario di auto-valutazione per misurare l'ansia da separazione nell'età adulta;
- *STAI*: State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, C.D.; validazione italiana a cura di Spielberger, C.D., 1989): è un inventario per l'ansia di stato e di tratto; utilizzo della versione Y (STAI-Y), rivolta agli studenti di scuola media superiore e ai giovani adulti
- *PSI*: Parenting Stress Index (Abidin R. R.; validazione italiana a cura di Guarino, A., Di Blasio, P., D'alessio, M., Camisasca, E., Serantoni, G., 2008): è un questionario suddiviso in tre differenti sotto-scale, ognuna composta da 12 items: Distress genitoriale, Interazione genitore-bambino disfunzionale e Bambino difficile

4.2 *Survey*

Insieme al protocollo contenente le scale precedentemente citate, ai genitori è stata consegnata anche una survey, la quale conteneva dei quesiti riguardanti le seguenti misurazioni:

- il tempo (in ore) che il genitore trascorre mediamente con il proprio figlio in un giorno feriale, escluse le ore di sonno;
- la paura per il graduale ritorno del figlio malato alle normali attività (ritorno a scuola, praticare sport, uscire con gli amici, ecc...) dopo l'emergenza Covid-19. Va scelta una risposta su una scala Likert a tre punti («per niente», «abbastanza», «molto»);

- la paura che il proprio figlio malato possa essere contagiato dal Covid-19. Va scelta una risposta su una scala Likert a tre punti («per niente», «abbastanza», «molto»);
- *PSQI*: Pittsburgh Sleep Quality Index, di Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989): strumento utilizzato per misurare la qualità del sonno, generalmente somministrato a soggetti al di sopra dei 15 anni. Fornisce un indice globale (da 0 a 21) di qualità/problematiche del sonno (punteggi più alti sono associati a maggiori problemi del sonno) e alcune informazioni, come: l'orario medio in cui si va a letto/ci si risveglia, il tempo impiegato per addormentarsi, il tempo trascorso a letto, il tempo effettivamente trascorso a dormire ed efficienza del sonno (rapporto tra tempo passato a letto e quello di sonno effettivo)

5. Risultati

5.1 Ipotesi 1

Dalla somministrazione del GHQ (General Health Questionnaire) alle madri di bambini affetti da neoplasia pediatrica è emerso come:

- il 15,2% del campione presentasse punteggi nella norma;
- il 51,5% presentasse dei punteggi moderatamente significativi, dimostrando quindi di avere un livello di benessere inferiore rispetto alla media;
- il 33,3% del campione presentasse punteggi significativi, evidenziando una condizione d'interesse clinico

Per quanto invece riguarda i confronti tra il gruppo clinico e quello di controllo, è stato innanzitutto utilizzato il test di Shapiro-Wilk per la verifica della normalità, evidenziando come nessuna delle variabili prese in considerazione fosse distribuita normalmente. Per tale ragione, è stato poi sempre utilizzato il Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti.

I seguenti, mostrati in **tabella I**, sono i risultati raccolti per l'ipotesi 1:

Nome Scala/Subscala	Rango della media (c. controllo)	Rango della media (c. clinico)	Sign. asintotica (test a 2 vie)
Tempo trascorso col figlio in giorno feriale (Rel_m)	23,90	42,02	,000
PSQI totale_m (PSQI)	26,61	44,15	,000
Time In Bed_m (PSQI)	42,01	26,05	,001
Total Sleep Time_m (PSQI)	43,88	23,95	,000
Orario in cui si mettono a letto_m (PSQI)	26,81	43,16	,001
Sleep Onset Time [SOL]_m (PSQI)	27,90	41,92	,003
ASA Totale_m (ASA-27)	29,00	39,81	,023
STAI Totale_m (STAI)	25,50	44,63	,000
Ansia di stato_m (STAI)	25,79	44,30	,000
Ansia di tratto_m (STAI)	27,26	43,44	,001

TABELLA I. PUNTEGGI DEL CAMPIONE CLINICO E DI CONTROLLO AL PSQI, ALL'ASA-27, ALLA STAI E A REL_M, INSIEME AL LORO GRADO DI SIGNIFICATIVITÀ. QUELLI RIPORTATI SONO I RISULTATI EMERSI COME SIGNIFICATIVI

Dai dati emerge innanzitutto come le madri del campione clinico trascorrono significativamente più ore nei giorni feriali coi propri figli, probabilmente per le maggiori attenzioni richieste dal bambino malato e dal livello di ansia dei genitori: le madri dei bambini con neoplasia pediatrica presentano infatti livelli significativamente maggiori di ansia di separazione, evidenziati dai dati ottenuti dalla somministrazione dell'ASA-27, di ansia totale (STAI), di stato e di tratto, nonché bassi livelli di benessere psicologico, emersi dai risultati del GHQ.

Coerentemente coi risultati appena esposti, i genitori del gruppo sperimentale dimostrano anche un livello inferiore di qualità del sonno totale (PSQI), riportando di dormire meno ore, di richiedere più tempo per addormentarsi, di andare a dormire ad un'ora più tarda e di trascorrere complessivamente meno tempo a letto delle madri del campione di controllo. Si può concludere quindi che la maggior parte dei punti inclusi nell'ipotesi 1 sono stati confermati: il gruppo sperimentale presenta infatti maggior disagio psicologico, maggiori livelli di ansia e di ansia di separazione e una qualità inferiore del sonno, mostrando una predisposizione maggiore per lo sviluppo di disturbi del sonno.

5.2 Ipotesi 2

Per quanto invece riguarda l'ipotesi 2, i risultati significativi sono i seguenti espressi in tabella (**tabella II**):

Nome Scala/Subscala	Rango della media (c. controllo)	Rango della media (c. clinico)	Sign. asintotica (test a 2 vie)
Preoccupazione per il ritorno alle attività del figlio (worry_m)	27,57	42,30	,001
Preoccupazione del genitore per il contagio del figlio (contf_m)	26,36	43,66	,000

TABELLA II. RANGHI DELLA MEDIA DEL CAMPIONE CLINICO E DI CONTROLLO PER WORRY_M E CONF_M, INSIEME ALLA LORO SIGNIFICATIVITÀ ASINTOTICA. QUELLE RIPORTATE SONO LE PREOCCUPAZIONI LEGATE AL COVID-19 EMERSE COME SIGNIFICATIVE

Dai dati emerge come le madri di bambini con neoplasia pediatrica, facenti parte del campione clinico, presentino livelli maggiori di preoccupazione per il ritorno alle normali attività del figlio, come per il rischio e le conseguenze di contagio del virus (Covid-19) per il figlio. In questo caso quindi, l'Ipotesi 2 è confermata in toto.

5.3 Ipotesi 3

Per il modello di regressione lineare, è stato impostato il livello di ansia di separazione del bambino come variabile dipendente, mentre, come predittori, sono stati scelti, oltre al tempo trascorso dalla diagnosi, alcune variabili del funzionamento della madre, quali il punteggio totale del PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*), il punteggio totale della STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), e lo stress totale della madre (PSI - *Parenting Stress Index*). È emerso un modello di regressione lineare tendente alla significatività [sign. = .057; R-quadrato = 0,318], in cui una quota marginalmente significativa (32%) della variabilità della SAAS Totale era spiegata dal Punteggio totale del PSQI [sign. = .035], a differenza del punteggio totale della STAI che invece non risultava un predittore significativo [sign. = .208].

Si è poi provato ad applicare un modello di regressione lineare simile, in cui però il punteggio totale della STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) era sostituito dalla sua sub-scala "Ansia di tratto". È emerso che esisteva tra queste variabili un modello di regressione lineare significativo [sign. = .026; R-quadrato = 0,358]. Però, anche in questo caso, la quota significativa (36%) della variabilità della SAAS Totale era spiegata dall'unico predittore significativo della madre: il Punteggio totale del PSQI [sign. = .028], mentre l'Ansia di tratto non è risultata un predittore significativo [sign. = .077].

Infine, è stato fatto lo stesso con la sub-scala Ansia di stato, ma non è emerso un modello di regressione lineare significativo [sign. = .086; R-quadrato = 0,289]. Inoltre, anche in questo caso, l'unico predittore significativo della madre era il Punteggio totale del PSQI [sign. = .030], a differenza dell'Ansia di Stato [sign. = .426]. Dai dati raccolti sembra quindi emergere l'assenza di un rapporto di causalità tra livello di ansia totale, di tratto e di stato nella madre ed ansia di separazione nel figlio con neoplasia pediatrica. Per questo motivo, l'ipotesi 3 è rifiutata.

Capitolo 3: Discussione

1. *Benessere psicologico, qualità del sonno e ansia di separazione*

Come anticipato al momento dell'esposizione dei risultati dello studio, per quanto riguarda l'ipotesi 1, non sono emerse particolari incongruenze con le previsioni basate sulla letteratura precedente. Infatti, dai risultati dello studio è risultato come solo il 15,2% del campione di genitori di bambini malati di cancro presentasse punteggi normativi nel GHQ, mentre il 51,5% riportava dei valori moderatamente alti, e il 33,3% di interesse clinico. Tali dati risultano essere conformi con quanto riportato dalle ricerche precedenti condotte sull'argomento (Dockerty et al., 2000; Wijnberg-Williams et al., 2015). Lo stesso vale per i risultati raccolti per ansia totale, di stato e di tratto (Warmerdam et al., 2019; Ulviye et al., 2020), come anche per la qualità e quantità del sonno esperite dai genitori (Lee et al., 2005; Ulviye et al., 2020). Dal confronto con tali lavori precedenti, la nostra ricerca sembra confermare l'ipotesi per cui, avere un figlio con una diagnosi di neoplasia pediatrica, sia associato ad uno stato di maggiore disagio psicologico, caratterizzato da sintomi ansiosi e disturbi del sonno.

Dallo studio è risultato anche come le madri del campione clinico trascorressero significativamente più tempo nei giorni feriali coi propri figli rispetto al campione di controllo (42,02 vs 23,90 ore). Una spiegazione di ciò potrebbe essere il maggiore grado di *activity limitation* del figlio malato di cancro e di *family life difficulties* esperite dai genitori (Litzelman et al., 2011; Salvador et al., 2019). Assistere un bambino con neoplasia pediatrica può essere particolarmente impegnativo, in quanto questo può richiedere un'assistenza continua, occupando, come visto, gran parte del tempo del genitore. A conferma di tale idea, dai dati raccolti sul tipo di occupazione, è emerso come il campione clinico contenesse un numero maggiore di disoccupate (15,6 vs 5,6%) e di casalinghe (37,5% vs 22,2%), lasciando quindi ipotizzare che, anche nei giorni non feriali, le madri fossero occupate dal proprio ruolo genitoriale.

L'ansia di separazione merita invece un proprio approfondimento. Come anticipato nel capitolo 1, le pubblicazioni riguardanti tale argomento, in quanto a

numero risultano essere relativamente scarse. Si era quindi provato ad ipotizzare, analizzando i risultati emersi da studi riguardanti costrutti possibilmente associati all'ansia di separazione (Long et al., 2014; Shiu, 2004), se questa potesse raggiungere o meno livelli superiori rispetto a quelli normativi all'interno della specifica popolazione dei genitori di figli con neoplasia pediatrica, arrivando alla conclusione di come ciò fosse effettivamente possibile, considerate le maggiori preoccupazioni dei genitori in merito alla salute del figlio, e al separarsi da esso (Shiu, 2004; Ljungman et al., 2014). L'ipotesi è stata poi effettivamente confermata dai risultati del nostro studio. Sembra infatti che le madri del campione clinico presentassero livelli significativamente superiori di ansia di separazione rispetto a quelli del controllo. Ovviamente tale risultato non può però essere considerato definitivo, data appunto la scarsità di materiale al riguardo. Nel capitolo successivo si approfondirà ulteriormente l'argomento, ribadendo la necessità di maggiore materiale al riguardo.

2. Preoccupazioni in epoca Covid

Dallo studio è emerso come le madri del campione clinico risultassero significativamente più preoccupate rispetto a quelle del campione di controllo per il ritorno alle normali attività del figlio, ma anche per la possibilità che questo potesse contrarre il virus. Anche in questo caso i risultati concordano con quanto riportato dalla letteratura (Darlington et al., 2021). Ciò potrebbe essere dovuto alla notizia emersa riguardo la condizione di maggiore vulnerabilità dei pazienti oncologici per il virus (Forster & Schulte, 2020), come anche alle misure di contenimento del contagio attuate sul territorio nazionale e alla scarsa chiarezza da parte delle istituzioni al riguardo, nonché alla condizione di repentino cambiamento a cui l'ambiente ospedaliero è stato costretto per il trattamento di pazienti Covid (Balduzzi et al., 2020), dando forse così l'impressione ai genitori che non sarebbe stata garantita la stessa attenzione dei tempi pre-pandemia nei reparti non Covid.

Potrebbe perciò risultare utile tranquillizzarli rispetto la qualità delle cure fornite al figlio, o quantomeno, data la condizione di emergenza e la comprensibile difficoltà anche degli operatori sanitari nel gestirla, offrire loro la possibilità di avere una comunicazione chiara e continua con i medici, dato anche quanto emerso

rispetto il maggiore rischio dei genitori di bambini con neoplasia pediatrica di credere alle fake news diffuse in merito al Covid-19 (Guidry et al., 2021). Se non comprese e contenute, le paure e preoccupazioni dei caregiver potrebbero quindi avere un impatto negativo sul loro benessere psicologico (Guido et al., 2020), ma, potenzialmente, anche sulla condizione di salute fisica e psicologica dei figli.

3. Modello di regressione lineare: ansia di separazione e ansia totale, di stato e di tratto

Come riportato nel capitolo 3, non è emersa alcuna relazione significativa tra i punteggi della SAAS-C e quelli della STAI, sembra quindi che, i livelli di ansia totale, di stato e di tratto, non siano dei predittori significativi per quelli di ansia di separazione nel figlio, a differenza di quanto invece risultato per la qualità del sonno. Una quota significativa della SAAS totale appare infatti spiegata dai punteggi del PSQI. Maggiori disturbi del sonno dovrebbero perciò prevedere livelli superiori di ansia di separazione nel bambino.

Tale relazione potrebbe essere in parte spiegata dal particolare rapporto presente tra il genitore e il figlio malato. Le madri di bambini con il cancro trascorrono con loro significativamente più tempo rispetto a quanto facciano i genitori di bambini non malati. Ciò potrebbe sì essere dovuto alla maggiore necessità di questi di ricevere assistenza durante la giornata (Litzelman et al., 2011), ma anche alle maggiori preoccupazioni dei caregiver per la condizione di salute dei figli malati e di separarsi da essi (Shiu, 2004). Questi fattori potrebbero condurre alla creazione di un legame sempre più stretto fra madre e bambino, simbiotico, in cui la separazione, da entrambi i suoi componenti, viene percepita negativamente; in quest'ottica, di maggiore preoccupazione e di ansia per la separazione, è possibile che il genitore sottragga ore al proprio riposo al fine di assistere maggiormente il figlio, il quale arriverebbe a sviluppare un attaccamento eccessivo per la madre. Tale teoria però non spiegherebbe perché allora, ad alti livelli di disturbi del sonno, siano associati anche alti livelli di depressione e ansia (Ulviye et al., 2020), non essendo la seconda, da quanto emerso, un predittore significativo dell'ansia di separazione. I limiti del presente studio, i quali saranno discussi nel capitolo successivo, potrebbero però aver influenzato la significatività dei risultati emersi.

Capitolo 4: Limiti e Futuri Sviluppi

Il principale limite del presente lavoro è sicuramente la scarsa numerosità campionaria. Il campione clinico è infatti composto da 33 madri, mentre quello di controllo da 36. La bassa numerosità campionaria potrebbe aver influito sulla significatività dei risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti sui genitori. Per confermare quanto dimostrato dallo studio, sarebbe opportuno condurre ulteriori ricerche sull'argomento, raccogliendo però in questo caso un campione più vasto, reclutato in un'area più vasta, così da migliorare anche la generalizzabilità dei risultati.

Un secondo limite deriva dall'aver, nella ricerca, un range troppo ampio di tempo trascorso dalla diagnosi del bambino, con un minimo di 2 mesi passati dalla diagnosi e un massimo di 66. Ciò potrebbe avere influito sulla significatività dei dati, in quanto, secondo quanto emerso in letteratura (Wijnberg-Williams et al., 2015), tale fattore influisce sul benessere psicologico dei genitori: sembra infatti che i livelli di distress e sintomi psicologici diminuiscano gradualmente con il trascorrere del tempo dalla diagnosi, in particolare dopo un periodo di 2 anni e mezzo. Ipoteticamente, ciò sarebbe possibile anche per la qualità del sonno e l'ansia di separazione considerate nel presente studio. Queste infatti potrebbero anch'esse diminuire significativamente negli anni, in particolare se alla variabile tempo è associato un miglioramento, o quantomeno uno stabilizzarsi, delle condizioni di salute del figlio e delle preoccupazioni del genitore. Per confermare quindi i risultati dello studio, sarebbe perciò opportuno approfondire con delle ricerche con un range di tempo trascorso dalla diagnosi più ristretto, così da diminuire la sua possibile influenza sulle altre variabili.

Il seguente è anche uno dei pochi studi riguardanti l'ansia di separazione nei genitori di bambini con neoplasia pediatrica. Dato quanto emerso nei risultati, ovvero che le madri del campione clinico riportano livelli di ansia di separazione significativamente superiori, ma alla luce anche dei limiti della ricerca appena esposti, la necessità di nuovi lavori sull'argomento è evidente. Sarebbe da

approfondire la questione dei correlati dell'ansia di separazione nei genitori di bambini con il cancro, così da confermare se i livelli di ansia di stato e di tratto non sono effettivamente tra questi, poiché, da quanto risultato, non esiste alcuna relazione significativa tra le variabili.

Secondo invece un'ottica clinica, i risultati dello studio sembrerebbero confermare l'importanza di considerare e valutare aspetti come ansia, preoccupazioni e qualità del sonno del caregiver al momento dell'elaborazione dell'intervento di sostegno psicologico. In particolare, nel capitolo 1 si è visto come le madri fossero particolarmente sensibili al supporto sociale e al livello di supporto sociale percepito (Speechley et al., 1992). Quindi, misure come i gruppi di mutuo aiuto, in cui i genitori possono incontrarsi e condividere idee e preoccupazioni, potrebbero risultare come un valido supplemento al sostegno individuale. Fare ciò, oltre a influire positivamente sullo stato di benessere psicologico del caregiver, permetterebbe a questo di svolgere in modo più efficiente il proprio ruolo genitoriale, offrendo così maggiore supporto al figlio malato (Ljungman et al, 2014).

Infine, è emerso come l'epidemia Covid abbia impattato negativamente sulla condizione di salute psicologica delle madri di bambini con neoplasia pediatrica, più di quanto ciò possa essere accaduto per quelle di bambini sani. In attesa che successive pubblicazioni approfondiscano l'influenza del virus sulle vite e sul benessere psicologico dei caregiver di bambini malati di cancro, è doveroso affermare come, in questo periodo complesso, i genitori e i loro figli meritino un'attenzione particolare da parte del personale sanitario, nonché chiarezza da parte dei medici rispetto la malattia dei piccoli pazienti e l'impatto che il virus potrebbe avere su di essa (Guidry et al., 2021).

Bibliografia

1. Agenzia Zadig. «Tumori pediatrici» 25 Gennaio 2018.
<https://www.airc.it/pediatrici>. Ultimo accesso: 25 Agosto 2021
2. Balduzzi Adriana, Brivio Erica, Rovelli Attilio, Rizzari Carmelo, Gasperini Serena, Melzi Maria Luisa, Conter Valentino, e Biondi Andrea. «Lessons after the early management of the COVID-19 outbreak in a pediatric transplant and hemato-oncology center embedded within a COVID-19 dedicated hospital in Lombardia, Italy» *Estote parati. Bone Marrow Transplantation* 55 (2020): 1900–1905
3. Bayat Meral, Emine Erdem, e Emine Gül Kuzucu. «Depression, Anxiety, Hopelessness and Social Support Levels of the Parents of Children with Cancer. » *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 25, n. 5 (2008): 247-253
4. Colletti Christina J.M, Cortney Wolfe-Christensen, Melissa Y. Carpentier, Melanie C. Page, Rene´ Y. McNall-Knapp, William H. Meyer, John M. Chaney, e Larry L. Mullins. «The Relationship of Parental Overprotection, Perceived Vulnerability and Parenting Stress to Behavioral, Emotional; and Social Adjustment in Children With Cancer. » *Pediatric Blood Cancer* 51 (2008): 269-274
5. Darlington Anne-Sophie E., Jessica E. Morgan, Richard Wagland, Samantha C. Sodergren, David Culliford, Ashley Gamble, e Bob Phillips. «COVID-19 and children with cancer: Parents’ experiences; anxieties and support needs. » *Pediatric Blood Cancer* 68 (2021): e28790
6. Dockerty John D., Sheila M. Williams, Rob McGee, e David C. G. Skegg. «Impact of Childhood Cancer on the Mental Health of Parents. » *Medical and Pediatric Oncology*, 2000: 475–483
7. Eilertsen Mary-Elizabeth, Odin Hjemdal, Thien Thanh Le, Trond H. Diseth, e Trude Reinfjell. «Resilience factors play an important role in the mental health of parents when children survive acute lymphoblastic leukaemia. » *Acta Pædiatrica*, 2015: ISSN 0803-5253
8. Ellis Sarah J., Claire E. Wakefield, Jordana K. McLoone, Eden G. Robertson, e Richard J. Cohn. «Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. » *Journal of Psychological Oncology* 34, n. 5 (2016): 347–362
9. Forster Victoria J., e Fiona Schulte. «Unique needs of childhood cancer survivors during the COVID-19 pandemic. » *Supportive Care in Cancer* 29 (2020): 17-19

10. Fotiadou Maria, J. H. Barlow, L. A. Powell, e H. Langton. «Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. » *Psycho-Oncology* 17 (2008): 401-109
11. Greenberg JS, MM Seltzer, MW Krauss, RJA e Chou, J. Hong. «The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with Schizophrenia; Autism; or Down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism. » *Amer J. Orthopsychiatry* 74, n. 1 (2004): 14-25
12. Gresch Renee. «Panoramica sui tumori in età pediatrica.» Luglio 2019. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/tumori-in-et%C3%A0-pediatria/panoramica-sui-tumori-in-et%C3%A0-pediatria>. Ultima consultazione: 25 Agosto 2021
13. Guido Antonella, Elisa Marconi, Laura Peruzzi, Nicola Di Napoli, Gianpiero Tamburrini, Giorgio Attinà, Mario Balducci, Vincenzo Valentini, Antonio Ruggiero, e Daniela Chieffo. «Psychological impact of COVID-19 on parents of pediatric cancer patients. » Authorea, Novembre 2020. DOI: 10.22541/au.160645871.12621982/v1
14. Guidry Jeanine P.D., Carrie A. Miller, Albert J. Ksinan, Jennifer M. Rohan, Marcia A. Winter, Kellie E. Carlyle, e Bernard F. Fuemmeler. «COVID-19–Related Misinformation among Parents of Patients with Pediatric Cancer. » *Emerging Infectious Diseases* 27, n. 2 (2021): 650–652
15. Hoekstra-Weebers, Josette E.H.M., Jan P.C. Jaspers, Willem A. Kamps, e Ed C. Klip. «Gender differences in psychological adaptation and coping in parents of pediatric cancer patients. » *Psycho-Oncology* 7 (1998): 26–36
16. Kamihara Junne, Justin A. Nyborn, Maura E. Olcese, Taylor Nickerson, e Jennifer W. Mack. «Parental Hope for Children With Advanced Cancer. » *Pediatrics* 135, n. 5 (2015): 868-874
17. Lakkis Najla A., Joseph M. Khoury, Dina M. Mahmassani, Maria S. Ramia, e Ghassan N. Hamadeh. «Psychological distress and coping strategies in parents of children with cancer in Lebanon. » *Psycho-Oncology* 25 (2016): 428–434
18. Lee Kwo-Chen, Jia-Jean Yiin, Pi-Chu Lin, e Shu-Hua Lu. «Sleep disturbances and related factors among family caregivers of patients with advanced cancer. » *Psycho-Oncology* 24 (2005): 1632–1638
19. Litzelman Kristin, Kris Catrine, Ronald Gangnon, e Whitney P. Witt. «Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. » *Qual Life Res* 20 (2011): 1261-1269
20. Ljungman Lisa, Martin Cernvall, Helena Gronqvist, Brja´nn Ljotsson, Gustaf Ljungman, e Louise von Essen. «Long-Term Positive and Negative Psychological Late Effects for Parents of Childhood Cancer Survivors: A Systematic Review. » *PLoS ONE* 9, n. 7 (2014): e103340

21. Long Kristin A., Lauren Keeley, Jennifer Reiter-Purtill, Kathryn Vannatta, Cynthia A. Gerhardt, e Robert B. Noll. «Child-Rearing in the Context of Childhood Cancer: Perspectives of Parents and Professionals. » *Pediatric Blood Cancer* 61 (2014): 326–332
22. McCubbin M., K. Balling, P. Possin, S. Frierdich, e B. Bryne. «Family resiliency in childhood cancer. » *Fam Relat* 51 (2002): 103-111
23. McIntosh BJ, M Stern, e KS. Ferguson. «Optimism; coping and psychological distress: maternal reactions to NICU hospitalisation. » *Child Health* 33, n. 1 (2004): 59-76
24. Nixon Speechley, Kathy, e Samuel Noh. «Surviving Childhood Cancer, Social Support, and Parents' Psychological Adjustment. » *Journal of Pediatric Psychology* 17 (1992): 15–31
25. Pinquart Martin. «Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition—A meta-analysis. » *Stress and Health* 34 (2018): 197-207
26. Rosenberg Abby R., Veronica Dussel, Tammy Kang, J. Russel Geyer, Cynthia A. Gerhardt, Chris Feudtner, e Joanne Wolfe. «Psychological Distress in Parents of Children With Advanced Cancer. » *JAMA Pediatrics* 167, n. 6 (2013): 537-543
27. Sahler Olle Jane Z., Michael J. Dolgin, Sean Phipps, Diane L. Fairclough, Martha A. Askins, Ernest R. Katz, Robert B. Noll, e Robert W. Butler. «Specificity of Problem-Solving Skills Training in Mothers of Children Newly Diagnosed With Cancer: Results of a Multisite Randomized Clinical Trial. » *Journal of Clinical Oncology* 31(10) (2013): 1329–1335
28. Salvador Agata, Carla Crespo, e Luisa Barros. «Family Management of Pediatric Cancer: Links with Parenting Satisfaction and Psychological Distress. » *Family Process* 58 (2019): 761-777
29. Sawyer Michael, Georgia Antoniou, Ian Toogood, e Michael Rice. «Childhood cancer: a two-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. » *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (1997): 1736–1743
30. Shiu Shiona. «Positive interventions for children with chronic illness: Parents' and teachers' concerns and recommendations. » *Australian Journal of Education* 48, n. 3 (2004): 239–252
31. Sisk Bryan A., Shicheng Weng, e Jennifer W. Mack. «Persistently low peace of mind in parents of cancer patients: A five-year follow-up study. » *Pediatric Blood Cancer* 66 (2018): e27609
32. Smith Stephanie M, Dhanya Kumar, Catherine Benedict, Lauren C. Heathcote, Catherine Aftandilian, Melissa Bondy, e Lidia Schapira. «Psychosocial impacts of the COVID-19 pandemic on young adult cancer survivors and parents of children with cancer. » *Journal of Clinical Oncology* 39, n. 15 (2021): 10050-10050

33. Szentes Annamária, Gyöngyi Kökönyei, Andrea Békési, Ildikó Bokrétás, e Szabolcs Török. «Differences in illness perception between children with cancer and other chronic diseases and their parents. » *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 23, n. 3 (2018): 365–380
34. Ulviye Ucara, Ruhusen Kutlua, e Umran Caliskanb. «Evaluation of sleep quality, anxiety and depression levels in mothers of children with cancer. » *Family Practice and Palliative Care* 5, n. 1 (2020): 24-30
35. Warmerdam Jacqui van, Veda Zabih, Paul Kurdyak, Rinku Sutradhar, Paul C. Nathan, e Sumit Gupta. «Prevalence of anxiety; depression; and posttraumatic stress disorder in parents of children with cancer: A meta-analysis. » *Pediatric Blood & Cancer* 66 (2019): e27677
36. Wijnberg-Williams Barbara J., Willem A. Kamps, Ed C. Klip, e Josette E.H.M. Hoekstra-Weebers. «Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: five years later. » *Psycho-Oncology* 15 (2015): 1-8
37. World Health Organization. «Global Health Estimates 2019 Summary Tables: Deaths By Cause; Age And Sex; By World Bank Income Group; 2000-2019. » Dicembre 2020. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>. Ultimo accesso: 25 Agosto 2021

Ringraziamenti

Voglio dedicare questa mia ultima fatica ai miei genitori, i quali mi hanno dato l'affetto e l'aiuto materiale necessari per arrivare qui, ai miei nonni, per crescermi ed avermi cresciuto con amore, come un figlio (privilegiato), e ai miei amici, ché mi hanno aiutato anche a non pensare troppo a questa tesi.

Ci tengo poi a ringraziare la professoressa Di Riso Daniela, per avere accettato il ruolo di relatrice ed avermi seguito lungo il percorso di tirocinio e di laurea, Chiara Dotto, per l'aiuto in fase di scrittura e di revisione, e, soprattutto, l'Università degli Studi di Padova e la qualità della sua didattica, per avermi fatto innamorare, senza riserve, della Psicologia.