



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia,  
Pedagogia, Psicologia Applicata (FISPPA)

Corso di laurea Magistrale in Psicologia  
Clinico-dinamica

### Tesi di laurea Magistrale

#### **L'importanza della qualità della relazione precoce genitori-bambino per uno sviluppo sano: introduzione di una scheda psico-relazionale nei bilanci di salute in età pediatrica (0-36 mesi)**

The importance of the quality of the early parents-child  
relationship for healthy development: introduction of a  
psycho-relational form in pediatric health budgets (0-36 months)

***Relatore:***

Prof. Vincenzo Calvo

***Correlatore:***

Dott. Pier Luigi Righetti

***Laureanda:***

Ilaria Generali

***Matricola:***

2048483



# INDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>9</b>
<b>CAPITOLO 1. IMPLICAZIONI DELLA RELAZIONE GENITORE-FIGLIO SULLA SALUTE MENTALE DEL BAMBINO</b> .....	<b>11</b>
1.1 Come i sintomi depressivi materni post-partum possono influenzare lo sviluppo del bambino .....	11
1.2 Disturbi d'ansia materna e caratteristiche della relazione madre-bambino .....	17
1.3 Qualità della relazione genitore-bambino e conseguenze per lo sviluppo .....	18
1.4 Lo stile genitoriale influisce sullo sviluppo dei bambini nati pre-termine .....	22
1.5 Stress, conflitto inter-parentale, qualità genitoriale e sintomi psicopatologici dei bambini ....	25
1.6 L'attaccamento: un importante predittore della salute mentale .....	29
<b>CAPITOLO 2. VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' RELAZIONALI GENITORE-FIGLIO</b> .....	<b>34</b>
2.1 <i>Il Lausanne Trilogue Play (LTP): una valutazione della coordinazione familiare</i> .....	34
2.2 Competenza triangolare dei bambini .....	38
2.3 Sensibilità e cura genitoriale condivisa nella relazione con il bambino .....	42
2.4 Test che valutano la relazione genitore-figlio .....	46
2.4.1 Scale di interazione genitore-figlio (PCI) .....	50
2.4.2 Scale di regolazione reciproca (MRSS) (IRSS) .....	50
2.4.3 Valutazione precoce della relazione genitore-figlio (PCERA) .....	51
2.4.4 Screening della comunicazione madre-bambino (MICS) .....	52
2.4.5 Scale di sensibilità di Ainsworth (AMSS) .....	52
2.4.6 Comportamento materno Q-sort (MBQS) .....	52
2.4.7 Scale di disponibilità emotiva (EAS) .....	53
2.4.8 Scala di osservazione dell'interazione genitore-bambino (PIIOS) .....	53
2.4.9 Comportamenti osservati del genitore nell'interazione con il bambino (COPI) .....	54

2.4.10 La procedura di <i>Crowell</i> .....	55
2.4.11 Sistema di codifica dell'interazione diadica genitore-figlio (DPICS).....	56
2.4.12 Questionario sulla relazione genitoriale (PRQ) .....	56
2.4.13 <i>The Strange Situation</i> (SSP).....	57
2.4.14 <i>The Working Model of the Child Interview</i> (WMCI) .....	58

**CAPITOLO 3. LA RICERCA: INTRODUZIONE DI UNA SCHEDA PSICO-  
RELAZIONALE NEI BILANCI DI SALUTE IN ETA' PEDIATRICA (0-36 MESI) ..... 61**

3.1 Obiettivi e ipotesi.....	61
3.2 Partecipanti.....	65
3.3 Strumenti .....	67
3.4 Procedura.....	75
3.5 Analisi dei dati.....	76
3.6 Risultati .....	77
3.6.1 Analisi delle statistiche descrittive.....	78
3.6.2 Analisi dati aggregati .....	121
3.6.3 Parametri di allerta .....	151
3.7 Discussione .....	155
3.8 Conclusioni, limiti della ricerca e prospettive future .....	163

**BIBLIOGRAFIA..... 166**

## ABSTRACT

**Premessa:** La letteratura mostra l'importanza della qualità della relazione precoce genitore-bambino per uno sviluppo sano di quest'ultimo. La sensibilità, l'affetto, la sintonizzazione del caregiver sono gli elementi più importanti che contribuiscono alla formazione dell'attaccamento sicuro. Al contrario, risposte incoerenti, disimpegnate o emotivamente distanti nei confronti del bambino incentivano la formazione di un attaccamento insicuro e nei casi più gravi di un attaccamento disorganizzato che è un grande fattore di rischio per lo sviluppo di problematiche a breve e lungo termine. Nell'ambito degli studi psicologici sulla relazione genitore-bambino è stato poco indagato il ruolo della qualità della relazione precoce con entrambi i genitori che invece risulta essere di fondamentale importanza per conoscere i contributi che sia madre che padre apportano allo sviluppo del figlio. Le procedure di valutazione esistenti sono molto lunghe e impegnative, dunque, l'obiettivo della ricerca è stato quello di introdurre una scheda da somministrare nei vari bilanci di salute che valutasse oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo sviluppo relazionale genitori-bambino tramite una Scheda (Scheda Psico-Relazionale) molto semplice e intuitiva che ci ha aiutato ad arrivare a una valutazione finale su due livelli grazie all'introduzione di alcuni parametri di allerta.

**Metodi:** Attraverso una sinergia della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt, insieme ad alcuni rappresentanti della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, sono state raccolte 30 schede di bambini di 1 mese, 30 schede di bambini di 3 mesi, 30 schede di bambini di 6 mesi, 23 schede di bambini di 12 mesi, 17 schede di bambini di 18-24 mesi e 21 schede di bambini di 36 mesi. Lo studio ha indagato le manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino, lo stato emotivo-psicologico del genitore e la qualità della relazione genitore-bambino in ogni tappa di età osservata dal Pediatra durante la visita.

**Risultati:** Nei primi mesi di vita i bambini considerati tendevano a raggiungere quasi tutti gli elementi previsti dalla scheda mentre a 18-24 mesi si è verificata una diminuzione di capacità raggiunte che è risalita a 36 mesi. Dallo studio è emersa una differenza significativa fra madre e padre nella modificazione del tono dell'umore e nell'alimentazione dalla nascita del bambino fino ai 12 mesi e una differenza

significativa fra madre e padre nella modificazione del sonno dalla nascita del bambino fino a 36 mesi. Inoltre, l'alterazione del sonno del padre è mutata nelle varie fasce di età del figlio: era maggiormente presente quando il bambino aveva 1 mese e tendeva a migliorare quando il bambino cresceva. Infine, si è potuta notare una differenza nell'accompagnamento del bambino alla visita pediatrica: a 1 mese, la maggior parte dei bambini considerati venivano accompagnati da entrambi i genitori mentre, mano a mano che il tempo passava, il bambino veniva sempre più accompagnato da un solo genitore, principalmente la madre.

**Conclusioni:** I risultati si sono rivelati principalmente in linea con quanto atteso e con i contributi teorici precedenti sul tema. Sono discussi i limiti dello studio e considerate le implicazioni promettenti per la ricerca futura.

**Background:** The literature shows the importance of the quality of the early parent-child relationship for the healthy development of the latter. Sensitivity, affection, and attunement of the caregiver are the most important elements that contribute to the formation of secure attachment. In contrast, inconsistent, disengaged or emotionally distant responses to the child incentivize the formation of insecure attachment and in severe cases disorganized attachment, which is a major risk factor for the development of short- and long-term problems. Within the framework of psychological studies on the parent-child relationship there has been little investigation of the role of the quality of the early relationship with both parents, which, on the other hand, turns out to be of fundamental importance in knowing the contributions that both mother and father make to the child's development. The existing assessment procedures are very time-consuming and demanding, therefore, the aim of this research was to introduce a form to be administered in the various health budgets that would assess not only the child's psychological development but also the parent-child relational development through a very simple and intuitive Form (Psycho-Relational Form) that helped us to arrive at a final two-level assessment thanks to the introduction of some alert parameters.

**Methods:** Through a synergy of the Italian Society of Pediatrics and the Italian Society of Gestalt Psychotherapy, together with some representatives of the Italian Society of Child Neuropsychiatry, 30 cards of 1-month-old children, 30 cards of 3-month-old children, 30 cards of 6-month-old children, 23 cards of 12-month-old children, 17 cards of 18-24-month-old children, and 21 cards of 36-month-old children were collected. The study investigated the child's relational and psychological manifestations, the parent's emotional-psychological state, and the quality of the parent-child relationship at each age stage observed by the Pediatrician during the visit.

**Results:** In the first few months of life, the children considered tended to achieve almost all of the items on the form while at 18-24 months there was a decrease in achieved abilities that rose again at 36 months. The study showed a significant difference between mother and father in the change in mood and feeding from the child's birth to 12 months and a significant difference between mother and father in the change in sleep from the child's birth to 36 months. In addition, the father's sleep alteration changed across the various age groups of the child: it was more present when the child was 1 month old and tended to improve as the child grew. Finally, a difference

could be seen in the accompanying of the child to the pediatric visit: at 1 month, most of the children considered were accompanied by both parents while, as time passed, the child was increasingly accompanied by only one parent, mainly the mother.

**Conclusions:** The results were mainly in line with what was expected and with previous theoretical contributions on the topic. The limitations of the study are discussed and promising implications for future research are considered.



## INTRODUZIONE

La trattazione che segue nasce dalla considerazione dell'importanza della qualità della relazione precoce genitore-bambino per uno sviluppo sano di quest'ultimo, infatti una relazione precoce soddisfacente con entrambi i genitori risulta essere di fondamentale importanza per conoscere i contributi che entrambi apportano allo sviluppo del figlio. Una relazione sensibile, attenta ai bisogni e sintonizzata a livello affettivo contribuisce più di ogni altra cosa alla formazione di un attaccamento sicuro, mentre risposte incoerenti, disimpegnate o emotivamente distanti nei confronti del bambino, sintomi depressivi e/o ansiosi genitoriali, stress e conflitto inter-parentale possono portare alla formazione di un attaccamento insicuro e nei casi più gravi disorganizzato che è un grande fattore di rischio per lo sviluppo di problematiche a breve e lungo termine.

Nello specifico, l'obiettivo del presente progetto di ricerca è stato quello di introdurre una scheda da somministrare nei vari bilanci di salute in età pediatrica che valutasse oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo stato emotivo-psicologico del genitore e la qualità della relazione genitore-bambino tramite una scheda (Scheda Psico-Relazionale) molto semplice e intuitiva che ha permesso ai Pediatri di fare una valutazione finale del bambino, sulla base dell'introduzione di alcuni parametri di allerta, per capire se fosse opportuno inviare il bambino e la sua famiglia da un professionista della Salute Mentale oppure no.

Grazie alla collaborazione della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt, insieme ad alcuni rappresentanti della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile è stato selezionato un campione di 30 bambini di 1 mese, 30 bambini di 3 mesi, 30 bambini di 6 mesi, 23 bambini di 9 mesi, 23 bambini di 12 mesi, 17 bambini di 18-24 mesi e 21 bambini di 36 mesi. I Pediatri hanno somministrato la Scheda Psico-Relazionale ai bambini da 1 a 36 mesi e ai loro genitori durante le visite di routine che avvengono nei bilanci di salute e questo ha permesso di valutare lo sviluppo psicologico del bambino oltre che quello relazionale genitore-bambino.

Questo elaborato, all'interno del quale è illustrato lo studio condotto, è stato strutturato come segue.

Nel primo capitolo è stata proposta una panoramica riguardante le implicazioni della relazione genitore-figlio sulla salute mentale del bambino: nello specifico si è illustrato come la qualità della relazione e lo stile genitoriale incidano sullo sviluppo e sono stati considerati i sintomi depressivi materni post-partum, i disturbi d'ansia materna, lo stress e il conflitto inter-parentale come elementi che possono influenzare lo stile di attaccamento del bambino.

Nel secondo capitolo sono state illustrate le principali procedure e i principali test presenti ad oggi che valutano la relazione genitore-figlio sia a livello diadico, sia a livello triadico.

Nel terzo capitolo si è lasciato spazio alla ricerca condotta e quindi inizialmente sono stati elencati gli obiettivi e le ipotesi dell'introduzione di una scheda psico-relazionale nei bilanci di salute in età pediatrica, poi sono state descritte le caratteristiche del campione di soggetti considerati e gli strumenti utilizzati più nello specifico. In un secondo momento si è descritta la procedura e l'analisi dei dati per poi passare a una trattazione accurata dei risultati. Qui è stata eseguita per prima cosa un'analisi delle statistiche descrittive per ogni fascia di mese considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 a 36 mesi, poi grazie all'analisi dei dati aggregati abbiamo potuto avere una visione complessiva più ampia mettendo a confronto tutti gli item delle varie fasce di mese. In seguito, sono stati creati dei parametri di allerta: abbiamo valutato e preso come regola di considerare nella norma il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal 95% o più dei bambini/e considerati/e, mentre sono stati etichettati "a rischio" i bambini/e che raggiungevano il 5% o meno delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda. Questo ha permesso ai Pediatri di valutare quali bambini insieme alle rispettive famiglie avessero potenzialmente bisogno di essere inviati a un professionista della Salute Mentale.

Infine, è stata fatta una discussione dei risultati ottenuti per mezzo delle analisi condotte alla luce della letteratura già presente sul tema e sono state esposte le considerazioni finali, presentando i limiti riscontrati e le prospettive future in un'ottica di ampliamento della ricerca stessa.

# CAPITOLO 1.

## IMPLICAZIONI DELLA RELAZIONE GENITORE-FIGLIO SULLA SALUTE MENTALE DEL BAMBINO

Dobbiamo sapere un'infinità di cose per aiutare un bambino a costruirsi una vita,  
per aiutare la famiglia a costituirgliela,  
e per ricostruire la vita di bambini quando è stata distrutta.  
Dobbiamo sapere tutto quello che oggi è possibile conoscere  
sulle più profonde fonti di malattia e salute per la vita mentale di un bambino.

(Tambelli, 2017, p. 82)

### **1.1 Come i sintomi depressivi materni possono influenzare lo sviluppo del bambino**

La ricerca suggerisce che ci sia un'influenza della depressione perinatale sulla qualità dell'interazione madre-bambino e dunque che «la depressione perinatale potrebbe incidere sullo sviluppo del piccolo» (MacMillan et al., 2020). Per valutare la qualità dell'interazione madre-bambino, una delle misure più adoperate è la scala di disponibilità emotiva (EAS; MacMillan et al., 2020) che fornisce una verifica della qualità della relazione e comprende sei costrutti mirati a misurarla. Quattro dimensioni colgono il lato del genitore (sensibilità, strutturazione, non invadenza e non ostilità) e due il lato del bambino (reattività e coinvolgimento). L'elemento fondamentale è la qualità dell'affetto e della sintonizzazione tra la madre e il bambino, «una madre emotivamente disponibile è in sintonia con i segnali emotivi positivi e negativi di suo figlio e queste informazioni formano un sistema di feedback emotivo che è intrinseco a una connessione emotiva reciproca» (MacMillan et al., 2020). Già Mary Ainsworth (1978) identificò nella sensibilità materna il precursore più importante alla formazione dell'attaccamento definendola come la capacità della madre di riconoscere accuratamente i segnali del bambino e di rispondere ad essi in modo adeguato, infatti «i comportamenti materni emotivamente disponibili riflettono quelli suscitati da una relazione genitore-figlio saldamente attaccata». (MacMillan et al., 2020). Come riportato nello studio di (MacMillan et al., 2020) «la maggioranza delle madri con diagnosi di depressione in gravidanza o postnatale è stata valutata come emotivamente non disponibile nell'interazione con il proprio bambino a 6 mesi dopo il parto. Ciò ha fornito un supporto preliminare per la modellizzazione della relazione tra depressione materna ed EAS materna». I sintomi depressivi nella tarda gravidanza e nel post parto

non sono significativi per prevedere la qualità dell'interazione madre-bambino mentre un importante predittore di EAS materna a sei mesi dopo il parto sembrano essere i sintomi depressivi all'inizio della gravidanza (MacMillan et al., 2020). La presenza di depressione durante la fase gestazionale, dunque, potrebbe avere effetti negativi sullo sviluppo dell'identità materna della donna così come potrebbe influenzare l'inizio del legame con il suo bambino. Nonostante questo però «un numero considerevole di donne potrebbe essere in grado di mantenere una connessione emotiva con il proprio bambino anche in presenza di depressione materna» (MacMillan et al., 2020). Sicuramente i figli di madri depresse sono maggiormente predisposti a sviluppare problemi comportamentali e psicologici, tuttavia questi esiti non sono inevitabili. C'è una grande complessità e varianza di fattori che potrebbero influenzare lo sviluppo, ad esempio la relazione madre-bambino. Dai risultati dello studio di (MacMillan et al., 2020) è emerso che «sebbene la depressione materna sia stata associata a una serie di esiti materni e infantili avversi, non si è riscontrato che fosse collegata alla qualità dell'EAS materna». La depressione all'inizio della gravidanza può essere associata all'EAS ma, complessivamente possiamo dire che anche le donne depresse possono essere emotivamente disponibili per il loro figlio, impegnandosi in interazioni relativamente sane (MacMillan et al., 2020).

Interessante è anche valutare l'effetto della depressione post-partum sull'attaccamento madre-bambino tenendo anche conto di possibili disturbi di personalità materna. Una delle misure più consolidate per valutare l'attaccamento madre-bambino è sicuramente la Strange Situation Procedure (SSP) (Ainsworth et al., 1978; Greenberg et al., 1990) che viene utilizzata nel secondo anno di vita del fanciullo per indicare quanto sia sicura o meno la relazione di attaccamento primaria alla madre. Questo fattore incide sulla vita del figlio e ha importanti conseguenze a lungo termine per l'adattamento emotivo e sociale lungo tutto l'arco di crescita. La qualità della relazione di attaccamento è correlata a problemi di esteriorizzazione, interiorizzazione e relazione con i pari, in particolare l'attaccamento disorganizzato è un alto fattore di rischio per lo sviluppo di problematiche psicologico/psichiatriche socio-emotive (Smith-Nielsen et al., 2016). Come riportato nello studio di (Smith-Nielsen et al., 2016) «la maggior parte delle madri valutate con depressione post-partum soddisfaceva anche i criteri diagnostici per almeno una diagnosi di disturbo di personalità». La depressione è associata con più probabilità ad un attaccamento insicuro col proprio bambino solo se la madre presenta anche una diagnosi di disturbo della personalità, infatti quest'ultimo

unito ai sintomi depressivi incide sul comportamento genitoriale e quindi sullo sviluppo del bambino (Smith-Nielsen et al., 2016). Dunque, la depressione materna di per sé potrebbe non essere causa di un attaccamento insicuro e di comportamenti ostili, introversi o invadenti, diverso è se si tiene conto della presenza di un eventuale disturbo della personalità in comorbidità. Quindi «è importante non concentrarsi solo sui sintomi depressivi materni acuti quando si studiano gli effetti della depressione post-partum sugli esiti infantili, ma anche prendere in considerazione difficoltà psicologiche materne più persistenti che possono causare disturbi nelle interazioni madre-bambino anche quando la madre non è più depressa» (Smith-Nielsen et al., 2016). La capacità di mentalizzazione svolge un ruolo chiave nelle difficoltà del funzionamento interpersonale e nella regolazione affettiva associate al disturbo di personalità. La mentalizzazione permette alla madre di regolare i propri stati affettivi e allo stesso tempo di riconoscere i segnali comportamentali del suo bambino, elemento fondamentale per l'accudimento sensibile (Smith-Nielsen et al., 2016). La sicurezza dell'attaccamento è basata sulla reattività materna sensibile ossia la capacità di rispondere accuratamente e velocemente ai segnali di attaccamento del bambino durante le interazioni quotidiane. Come scoperto nello studio di (Smith-Nielsen et al., 2016) «i bambini di madri con depressione post-partum e disturbo della personalità avevano un rischio elevato di insicurezza dell'attaccamento che potrebbe essere spiegata da una ridotta sensibilità materna come risultato di una bassa mentalizzazione e difficoltà nella regolazione degli affetti durante le interazioni madre-bambino». Di conseguenza possiamo dire che la mentalizzazione dei genitori è correlata all'attaccamento madre-bambino e agisce come mediatore della qualità dell'attaccamento e della comunicazione affettiva. Nonostante le difficoltà inevitabilmente presenti, non si riscontra però un rischio elevato di rappresentazioni di attaccamento disorganizzato nei bambini di madri con depressione post-partum unito a disturbo di personalità se sono presenti anche fattori protettivi come un partner stabile, alti livelli di istruzione e alto accesso al sistema sanitario (Smith-Nielsen et al., 2016). Sono stati inoltre documentati effetti positivi a lungo termine sul bambino e sulla relazione madre-bambino, anche se la depressione materna non migliora, quando vengono svolti interventi specifici (Smith-Nielsen et al., 2016). È importante anche prendere in considerazione la salute mentale paterna in quanto è noto che i padri con madri affette da depressione post-partum sono a rischio essi stessi di sviluppare sintomi depressivi e stress con conseguenze negative per la qualità genitoriale che si ripercuotono sui figli (Smith-Nielsen et al., 2016). Dunque,

il disturbo di personalità può essere fondamentale nel determinare come la depressione post-partum influisce sulla genitorialità e di conseguenza sullo sviluppo infantile.

Anche lo studio di (Conroy et al., 2012) riporta che «ci sia una significativa interazione tra depressione e disturbo della personalità materna nel modello di comportamento disregolato infantile e gli effetti dannosi della depressione materna e del disturbo della personalità sono evidenti solo tra le madri con entrambe le condizioni». Sia la gravità che la cronicità della depressione materna sono correlate a livelli più elevati di problemi comportamentali della tarda infanzia e allo sviluppo cognitivo infantile (Conroy et al., 2012). In particolare, i disturbi della personalità dei cluster B e C predicono maggiormente una disregolazione più elevata. Lo studio di (Conroy et al., 2012) suggerisce che ci sia «una significativa interazione tra depressione, disturbo della personalità e comportamento infantile disregolato. Tra le madri depresse, l'aumento del rischio di comportamento infantile disregolato si verificava solo nelle madri che avevano anche un disturbo della personalità in comorbilità». I bambini imparano a regolare emozioni e comportamenti grazie all'esperienza di interazioni reciproche con i propri caregivers e la capacità di gestire le emozioni ha conseguenze importanti per lo sviluppo infantile. «I deficit nella regolazione emotiva sono stati collegati a successivi disturbi comportamentali, difficoltà con i coetanei e problemi psicologici degli adulti» (Conroy et al., 2012). I bambini di madri con depressione post-partum e disturbo della personalità sono maggiormente predisposti a sviluppare problemi emotivi e comportamentali nella vita (Conroy et al., 2012). Gli operatori sanitari devono quindi essere consapevoli dell'importanza di specifiche procedure da applicare a questa popolazione di madri per ridurre la probabilità di problemi di salute mentale nei bambini piccoli.

I sintomi depressivi materni rappresentano comunque un grande fattore di rischio per lo sviluppo del bambino poiché è probabile che essi riducano la reattività genitoriale e quindi influenzino lo sviluppo del bambino sia biologicamente che psicologicamente (Conroy et al., 2012). La storia materna di depressione prima del parto è un forte predittore di sintomi depressivi perinatali e postnatali ed è associata a una serie di problematiche dello sviluppo dei neonati, inoltre la combinazione di depressione e ansia è il miglior predittore di depressione post-partum (Kawai et al., 2017). Anche le difficoltà con l'allattamento al seno sono state collegate alla depressione materna dopo il parto e a uno scarso esito cognitivo dei neonati. Quest'ultimo è anche influenzato dai sintomi depressivi materni recenti e non solo

limitati al periodo post-partum a causa della scarsa reattività genitoriale e della limitata frequenza di gioco col bambino (Kawai et al., 2017). Per esempio, dato che la capacità di comunicazione non verbale è predittiva dello sviluppo della capacità di comunicazione verbale nei bambini, un ritardo nello sviluppo della capacità di comunicazione non verbale può essere associato allo scarso sviluppo del linguaggio successivo. Come riportato nello studio di (Kawai et al., 2017) «i sintomi depressivi materni dopo il parto sono predittivi del ritardo del linguaggio dei neonati e si può sospettare che conferiscano anche il rischio di uno sviluppo ritardato più generale».

La depressione prenatale e postnatale è dunque associata a un aumentato rischio di sviluppo infantile sfavorevole principalmente dovuto alla scarsa qualità dell'interazione madre-bambino e incide maggiormente sullo sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale (Binda et al., 2019a). Le interazioni madre-bambino ottimali sono caratterizzate da sensibilità e da un comportamento materno non intrusivo (Binda et al., 2019a). Esistono però anche interazioni caratterizzate da uno stile intrusivo/controllante e altre con uno stile non reattivo/passivo. «Le madri non reattive/passive sono emotivamente disconnesse dai loro figli, hanno un affetto piatto e hanno maggiori difficoltà a stimolarli. Le madri descritte come invadenti/controllanti si comportano in modo estremamente attivo e stimolante, possono diventare ostili e il loro effetto predominante è l'irritabilità» (Binda et al., 2019a). I bambini di madri non reattive/passive presentano più problemi interiorizzanti e cognitivi a lungo termine mentre i bambini di madri invadenti hanno maggiori problematiche comportamentali esternalizzanti (Binda et al., 2019a). Le madri con una depressione cronica sperimentano interazioni faccia a faccia poco positive con i loro bambini, mostrano un'interazione di bassa qualità, una minore sensibilità e un maggiore controllo relazionale con importanti effetti negativi a lungo termine sui figli. Infatti, nello Still-Face Paradigm (Graham et al., 2018) i bambini di madri depresse, nonostante mostrino il classico effetto del volto immobile caratterizzato da una diminuzione dell'affetto positivo e un aumento di quello negativo come accade ai bambini di madri non depresse, hanno livelli significativamente più alti di affetto positivo durante l'episodio di immobilità del volto. Una potenziale interpretazione di questo effetto è che la loro esperienza di interazioni con madri depresse li incoraggi ad amplificare i loro segnali di attaccamento positivi per coinvolgere l'attenzione e la risposta materna (Graham et al., 2018). In alternativa, o in aggiunta, i bambini di madri depresse potrebbero utilizzare l'aumentato livello di affetto positivo per regolare il proprio affetto negativo (Graham et

al., 2018). Secondo i risultati dello studio di (Binda et al., 2019a) «le madri con sintomi depressivi prenatali e sintomi depressivi postnatali presentano uno stile di interazione predominante intrusivo/controllante, mentre le madri con solo sintomi depressivi postnatali presentano uno stile di interazione predominante non responsivo/passivo. Infine le madri con sintomi depressivi sia prenatali che postnatali presentano sintomi depressivi più gravi rispetto alle madri con soli sintomi depressivi postnatali». Comunque, sia le madri con soli sintomi depressivi post-partum che quelle con sintomi depressivi preparto e postparto devono essere riconosciute e trattate in quanto, in entrambi i casi, la qualità dell'interazione è bassa. Invece, le madri con sintomi depressivi prenatali ma senza depressione post-partum hanno generalmente interazioni con i loro bambini di alta qualità (Binda et al., 2019a). La cronicità e la gravità dei sintomi depressivi può essere la causa delle maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni e degli impulsi così come dell'ostilità nei confronti del bambino. Le madri con sintomi depressivi più frequenti potrebbero utilizzare strategie di gestione restrittive per i loro bambini (Ma et al., 2022) inoltre, i sintomi depressivi cronici e intermittenti durante i primi tre anni di vita del bambino sono associati a un aumento del rischio di attaccamento disorganizzato all'età di tre anni (Badovinac et al., 2018). Come dimostrato nella meta-analisi di (Bernard et al., 2018) la depressione materna può interferire con la genitorialità sensibile attraverso molteplici meccanismi tra cui risposte neurali smorzate ai segnali infantili, cognizioni negative, ridotta capacità di regolare le emozioni, disturbi del sonno e affaticamento, suggerendo che i livelli clinici di depressione possono rappresentare una grande minaccia per una genitorialità sufficientemente buona (Bernard et al., 2018). Sembrerebbe che «il comportamento manifestato dalle madri invadenti possa essere il risultato di un sistema di approccio comportamentale iperattivo, che è un sistema orientato alla ricompensa. Questa disfunzione potrebbe spiegare il meccanismo mediante il quale le madri che hanno avuto sintomi iniziali nel periodo prenatale presentano uno stile di interazione caratterizzato da un maggior controllo» (Binda et al., 2019a). Questo meccanismo svela il collegamento tra la depressione materna e i suoi effetti negativi a lungo termine sulla crescita del bambino. Un intervento sull'attaccamento efficace è l'uso dei video feedback utile per lavorare con le madri depresse che hanno uno stile controllante o non reattivo (Binda et al., 2019a). Le madri con stili intrusivi vengono istruite a imitare i loro bambini e quelle con stili passivi migliorano l'interazione quando vengono istruite ad attirare l'attenzione del figlio (Binda et al., 2019a). Dunque possiamo dire che lo stile



di interazione delle madri depresse svolge un ruolo fondamentale nello sviluppo del bambino e pertanto è importante conoscere diversi approcci al trattamento per gestire i vari stili di scambio della coppia.

## **1.2 Disturbi d'ansia materna e caratteristiche della relazione madre-bambino**

I figli di madri ansiose hanno una maggiore probabilità di sviluppare problematiche socio-emotive, disturbi d'ansia e altri disturbi dello sviluppo e la relazione primaria disturbata può spiegare parte di questo rischio (Kaitz et al., 2010). I risultati della meta-analisi di (Subar & Rozenman, 2021) suggeriscono una correlazione significativa tra bias di interpretazione di genitori e figli nonché tra bias di interpretazione dei genitori e ansia nei bambini. I disturbi d'ansia, inoltre, si presentano comunemente insieme alla depressione che può occultare i sintomi dell'ansia o peggiorarli. Nello studio di (Kaitz et al., 2010) «le madri con fobia sociale sono state descritte come ugualmente sensibili ai loro bambini di dieci settimane rispetto alle madri di controllo ma hanno coinvolto meno il loro bambino e sembravano più ansiose dei controlli. Inoltre, nel contesto di una sfida sociale (interazione estraneo-madre-bambino), le madri con fobia sociale sembravano più timorose e incoraggiavano meno il coinvolgimento dei loro bambini». Al contrario, è interessante riportare che le madri con disturbo d'ansia generalizzato erano meno coinvolte durante il gioco diadico con il loro bambino, ma non differivano dai controlli durante la sfida con lo sconosciuto (Kaitz et al., 2010). Di conseguenza, i bambini di madri con fobia sociale erano più timorosi dello sconosciuto rispetto ai bambini di controllo, cosa che non accadeva nel caso dei bambini di madri con disturbo d'ansia generalizzato (Kaitz et al., 2010). Le prime problematiche nella regolazione delle emozioni possono anticipare conseguenti difficoltà di sviluppo tra cui ansia e paura in alcuni bambini. Nel programma dello still face (Tronick et al., 1978) le diadi ansiose fanno esperienza di difficoltà nel regolare l'interazione madre-bambino a causa di una risposta eccessiva o insufficiente che riflette una difficoltà nel dosaggio emozionale e di conseguenza a queste coppie ci vuole molto tempo per riprendersi dalla sfida del volto immobile e tornare ad una situazione iniziale. Alcuni bambini sembrano meno interattivi e poco angosciati quando le loro madri sono disattente o assenti, «questo tipo di comportamento potrebbe riflettere l'affetto appiattito, l'inibizione o l'evitamento da parte di bambini che potrebbero essere stressati dall'avere una madre affettivamente disturbata» (Kaitz et al., 2010). Dunque, le madri ansiose hanno un comportamento esagerato con il loro figlio durante il gioco e i

bambini in generale hanno meno probabilità di mostrare disagio durante le sfide dello still-face e durante l'incontro con lo sconosciuto (Kaitz et al., 2010). Il comportamento materno ansioso riflette l'ipereccitazione che è tipica della maggior parte dei disturbi d'ansia e i figli di madri ansiose affrontano con più difficoltà le sfide sociali rispetto ai controlli sani (Kaitz et al., 2010).

I disturbi d'ansia materna perinatale sono associati a una maggiore compromissione del legame percepito e a esiti avversi nella prole inclusi problemi comportamentali, emotivi e cognitivi (Nath et al., 2019). Le percezioni e le cognizioni dei genitori sono molto importanti perché hanno il potenziale di influire sui comportamenti genitoriali e sulle interazioni con i loro bambini. In alcune madri l'alto livello di ansia può compromettere il funzionamento quotidiano e incidere sulla capacità di essere un buon genitore infatti, «le cognizioni e le percezioni negative, comunemente associate ai disturbi d'ansia, possono anche avere il potenziale di distorcere l'interpretazione di una madre dei segnali del suo bambino, che a sua volta potrebbe influenzare la risposta comportamentale della madre al bambino» (Nath et al., 2019). I frequenti processi di pensiero negativo come la ruminazione sono caratteristici dei disturbi d'ansia e quando le madri presentano questi modelli, le interazioni con i loro bambini ne risentono. Pertanto, «le donne con disturbi d'ansia possono avere processi di pensiero negativi che potrebbero portarle a percepire un impatto negativo complessivo sul loro legame con i loro bambini, ma quando particolari cognizioni negative non sono attive, le loro interazioni con i loro bambini possono essere simili a quelle di madri non ansiose» (Nath et al., 2019). Se queste impressioni negative non vengono trattate, potrebbero esserci problemi di fiducia e implicazioni negative per la relazione genitore-figlio (Nath et al., 2019). È importante intervenire in modo mirato sulle percezioni negative del legame e sui sintomi depressivi spesso co-morbidi che le madri con disturbi d'ansia hanno durante la gravidanza e, se necessario, utilizzare anche video-feedback dopo il parto (Nath et al., 2019).

### **1.3 Qualità della relazione genitore-bambino e conseguenze per lo sviluppo**

Lo sviluppo dei bambini dipende largamente dalla qualità della relazione con i caregiver primari. Per esempio c'è un'associazione significativa fra l'interazione madre-bambino e il linguaggio, la cognizione, lo sviluppo motorio e sociale durante il primo anno di vita (Rocha et al., 2020). Nei bambini nati a termine, la qualità dell'interazione madre-figlio è associata alle caratteristiche del linguaggio precoce già a sei mesi di età

(Rocha et al., 2020). Le differenze individuali nelle abilità linguistiche dei bambini sono però influenzate dalla quantità e qualità dell'input vocale di entrambi i genitori, infatti l'ampiezza del vocabolario dei padri, oltre a quello delle madri, contribuisce alla crescita del vocabolario e allo sviluppo lessicale e grammaticale dei figli (Leech et al., 2013). In particolare, nello studio di (Leech et al., 2013) si è scoperto che «i padri che usano più richieste di chiarimento hanno figli che usano più parole e discorsi diversificati durante l'interazione». I padri tendono a stimolare di più la comunicazione coi loro bambini rispetto alle madri utilizzando domande aperte e richieste di chiarimento. Queste espressioni consentono ai bambini di implementare il loro vocabolario nominando un oggetto in risposta a una domanda aperta o ripetendo espressioni per farsi capire (Leech et al., 2013). Rispetto alle domande chiuse, quelle aperte richiedono ai bambini di rispondere in modo più completo e accurato e rappresentano dunque un'occasione importante per sviluppare le abilità lessicali. Piuttosto che limitarsi a includere solo le madri negli interventi, è importante non dimenticare che «i padri possono avere il potenziale per svolgere un ruolo importante per i bambini che hanno ritardi linguistici o di alfabetizzazione» (Leech et al., 2013). I professionisti dovrebbero conoscere i vantaggi che ogni genitore apporta nella relazione con i figli e utilizzarli per costruire interventi sull'intera famiglia per esempio educando i padri a diventare più stimolanti con i loro bambini in un'ottica di prevenzione di successivi ritardi linguistici. Anche gli stessi clinici nei propri interventi con bambini piccoli sarebbe bene che utilizzassero discorsi articolati con domande aperte e richieste di chiarimento (Leech et al., 2013). Dunque le interazioni sociali dei bambini con entrambi i genitori sono fondamentali per lo sviluppo del vocabolario in particolare per quei bambini ad alto rischio a causa di condizioni di vita avverse (Leech et al., 2013).

Lo sviluppo del linguaggio e i risultati socio-emotivi dei bambini sono correlati anche alle competenze genitoriali fra cui la sensibilità, il calore, la reattività, la mentalizzazione e la stimolazione cognitiva (Farkas et al., 2020). Per sensibilità si intende la capacità materna di cogliere i segnali del bambino, interpretarli correttamente e fornire loro una risposta coerente. L'affetto o calore sufficientemente espresso riduce la possibilità di successivi comportamenti antisociali, favorisce l'instaurazione di un attaccamento sicuro e di una migliore capacità cognitiva mentre alti livelli di reattività materna sono collegati a un maggiore sviluppo sociale e migliori performance esecutive (Farkas et al., 2020). Per mentalizzazione genitoriale invece si intende la capacità del genitore di comprendere il bambino come un individuo pensante e di farglielo capire

attraverso il linguaggio. La mentalizzazione genitoriale è il grado in cui i genitori mostrano un apprezzamento frequente, coerente o appropriato degli stati interni dei loro bambini e si è dimostrata un'associazione positiva significativa con la sicurezza dell'attaccamento infantile e la sensibilità (Zeegers et al., 2017). La bassa mentalizzazione dei genitori può essere caratterizzata da mancanza di consapevolezza o disprezzo del mondo mentale del bambino o imprecisione nell'interpretazione dei suoi stati interni (Zeegers et al., 2017). Questa competenza insieme all'incoraggiamento e all'insegnamento favoriscono la stimolazione cognitiva del bambino (Farkas et al., 2020). L'incoraggiamento pare essere collegato allo sviluppo del linguaggio, alla regolazione emotiva e all'apprendimento dell'autonomia, l'insegnamento alle abilità cognitive e linguistiche (Farkas et al., 2020). Queste competenze genitoriali sembrano essere fondamentali nell'influenzare le abilità dei bambini, infatti, come dimostrato dallo studio di (Farkas et al., 2020) «i bambini con madri altamente competenti e mediamente competenti hanno ottenuto punteggi significativamente più alti, rispetto ai bambini con madri scarsamente competenti, nel linguaggio ricettivo e rispetto a quasi tutte le abilità socio-emotive valutate a 12 e 30 mesi». Quando le madri condividono l'affetto, l'attenzione, la sequenza temporale e le pause dei loro bambini per consentire loro la risposta, i bambini fanno progredire la loro comunicazione e il loro sviluppo linguistico, cognitivo e sociale (Rocha et al., 2020). Un'esperienza precoce di qualità aumenta le probabilità del bambino di cogliere le opportunità offerte dall'ambiente ad esempio, il bambino ha maggiori opportunità di utilizzare la percezione visiva e uditiva, il che può portare a maggiori capacità di identificare le informazioni (Rocha et al., 2020). Azioni restrittive o punitiva, come quando la madre usa ripetuti avvertimenti o controlla i movimenti del figlio, limitano le interazioni reciproche. Queste danno al bambino chiari segnali di non essere in grado di controllare il proprio comportamento, di prendere l'iniziativa e influenzano lo sviluppo sociale durante il primo anno di vita (Rocha et al., 2020). È probabile che madri molto giovani, con un basso livello di istruzione e un livello socio-economico svantaggiato, forniscano ambienti poco stimolanti per i loro figli, in particolare quando sono molto piccoli, mettendoli così a rischio per lo sviluppo di successive problematiche (Farkas et al., 2020). In questi contesti un intervento mirato sembrerebbe la soluzione più opportuna.

La qualità dell'interazione madre-bambino sembra essere anche un importante predittore per un sano sviluppo psicomotorio, in particolare un'interazione sensibile, reattiva, attenta e stimolante rappresenta un fattore protettivo per la crescita del figlio, al

contrario un'interazione di bassa qualità è un fattore di rischio per lo sviluppo (Binda et al., 2019b). Come dimostra lo studio di (Binda et al., 2019b) «c'è un'associazione positiva tra la bassa qualità dell'interazione madre-bambino e la presenza di rischio di ritardo dello sviluppo psicomotorio nei neonati sani a rischio psicosociale». Un altro fattore di rischio è rappresentato dalle famiglie monoparentali o dalla mancanza di coinvolgimento del padre nelle cure quotidiane del bambino (Binda et al., 2019b). Una madre aiutata da un partner stabile nella cura del bambino avrà verosimilmente livelli inferiori di stress, una minore probabilità di sviluppare sintomi depressivi e una maggiore possibilità di intraprendere buone interazioni con il proprio figlio che possano indirizzarlo verso un sano sviluppo (Binda et al., 2019b). Anche l'allattamento al seno sembra incidere sullo sviluppo del neonato e in particolare un allattamento al seno per meno di sei mesi potrebbe essere causa di maggiori problematiche nello sviluppo cognitivo e motorio (Binda et al., 2019b). Nei bambini in cui sia stato riscontrato un ritardo dello sviluppo psicomotorio è necessario dunque fornire anche una valutazione della qualità della relazione madre-bambino e promuovere la sensibilità materna per raggiungere migliori esiti di sviluppo.

Il primo anno di vita è un periodo delicato in cui il cervello cambia rapidamente e crea una finestra di opportunità durante la quale le esperienze possono esercitare grandi effetti (Rocha et al., 2020). Le relazioni positive precoci all'interno della famiglia caratterizzate da reattività genitoriale, affetto positivo condiviso e attaccamento sicuro sono un fattore protettivo per un successivo sviluppo sano del bambino (Bornstein & Putnick, 2021). La relazione diadica madre-bambino è vitale per lo sviluppo personale, relazionale e per l'apprendimento di molte competenze. Lo studio di (Bornstein & Putnick, 2021) ha dimostrato che c'è una certa stabilità della relazione diadica madre-bambino dall'infanzia all'adolescenza indipendentemente dal sesso e dallo stato socio-economico della famiglia. Le relazioni possono stabilizzarsi attraverso interazioni ripetute nel tempo che diventano poi modelli tipici di una determinata diade e, proprio per questo motivo, quando ci sono problemi è importante intervenire precocemente in quanto la qualità della relazione può essere maggiormente modificabile nelle prime fasi dello sviluppo. È importante incoraggiare i genitori a fornire interazioni positive, sincronizzate con il livello di coinvolgimento dei bambini, limitare le loro reazioni punitive o negative e ridurre le direttive mano a mano che i bambini crescono (Rocha et al., 2020). È utile che i genitori interagiscano con gli stati interni del loro bambino e che non rispondano semplicemente ai segnali (Zeegers et al., 2017). Inoltre, i

risultati della revisione di (Eira Nunes et al., 2021) suggeriscono l'efficacia della co-genitorialità sui risultati relativi all'adattamento del bambino, al benessere dei genitori e alla qualità delle relazioni romantiche e genitore-figlio. Dunque possiamo dire che «un problema di sviluppo non è mai localizzato completamente nell'uno o nell'altro individuo, ma probabilmente risiede in misura maggiore nella relazione» (Bornstein & Putnick, 2021).

#### **1.4 Lo stile genitoriale influisce sullo sviluppo dei bambini nati pre-termine**

L'attaccamento e il legame che si crea tra il bambino e il suo caregiver è plasmato dalla relazione fin dai primi momenti (Bowlby, 1951). I bambini nati prematuri, cioè nati prima della trentasettesima settimana di gestazione, sono particolarmente a rischio di sviluppare un attaccamento insicuro o nei casi più gravi un attaccamento disorganizzato (Ruiz et al., 2018). Difficoltà per l'instaurazione di un attaccamento sicuro possono derivare da deficit di attenzione maggiormente presenti nei bambini prematuri rispetto a quelli nati a termine, difficoltà nella regolazione emotiva, problemi fisiologici (Ruiz et al., 2018). Spesso anche il comportamento sociale dei bambini nati pretermine presenta vulnerabilità già dai primi momenti di vita infatti, si nota che essi hanno tempi di fissazione più brevi sui contenuti sociali rispetto ai bambini nati a termine (Ruiz et al., 2018). Inoltre, spesso sono presenti problemi di sviluppo nella prima infanzia che possono persistere nel lungo periodo. Pertanto, la nascita pretermine è spesso collegata alla sindrome del "bambino vulnerabile" (Ruiz et al., 2018): i genitori vedono il proprio bambino come vulnerabile e bisognoso di attenzioni anche senza un preciso motivo come fossero sempre a rischio di problemi fisici e comportamentali. «La percezione persistente della vulnerabilità e l'ansia dei genitori dopo un parto pretermine sembrano essere associate a un'interazione genitore-figlio e atteggiamenti genitoriali meno positivi. I genitori di bambini nati pretermine spesso temono possibili handicap e quindi potrebbero concentrarsi sui ritardi nello sviluppo che influenzerebbero la relazione» (Ruiz et al., 2018). I forti sentimenti materni di protezione possono interferire con la loro capacità di stabilire limiti appropriati e incoraggiare l'indipendenza. La nascita pretermine aumenta il rischio di ansia, depressione e PTSD nei genitori, inoltre viene loro richiesta una maggiore competenza per venire incontro alla poca responsività dei bambini (Ruiz et al., 2018). Oltre al comportamento genitoriale sembra che a differire sia anche proprio il bambino stesso nato pretermine e ciò può influenzare l'attaccamento in modo sostanziale; si è poi

dimostrato che i padri, rispetto alle madri, sembrano avere una relazione di minor qualità e minore responsività con i bambini nati pretermine rispetto a quelli nati a termine (Ruiz et al., 2018). Avere un bambino nato prematuramente rappresenta una prova importante per entrambi i genitori ma per i padri l'interazione con bambini maschi meno sviluppati è particolarmente complicata, la comunicazione è più impegnativa, l'interpretazione dei segnali meno agevole, in quanto si tratta di bambini meno reattivi e più difficili da avvicinare (Ruiz et al., 2018). Un migliore sviluppo facilita quindi la relazione e rappresenta un fattore protettivo per l'instaurarsi di un attaccamento sicuro. Le aspettative di genere così giocano un ruolo cruciale nella famiglia e siccome essere forti e fisicamente in forma è un elemento maggiormente desiderabile nella prole maschile rispetto a quella femminile, questo spiegherebbe il ridotto investimento nei prematuri maschi che non rappresenterebbero il tipico prototipo maschile (Ruiz et al., 2018). Il tipo di interazione fornito dalle madri di neonati prematuri e a termine è differente: le madri di neonati pretermine sono più controllanti o meno responsive rispetto alle madri di neonati a termine, soprattutto a causa della depressione e dell'ansia materna (Rocha et al., 2020). Inoltre, i neonati pretermine sembrano essere più passivi e meno coinvolti pertanto potrebbero sorgere difficoltà nel mantenere interazioni di attenzione congiunta e questo può influenzare lo sviluppo infantile (Rocha et al., 2020). I bambini nati pretermine mostrano un affetto meno positivo e sono meno attenti. Queste caratteristiche sono associate a uno stile di interazione materna punitivo che non incoraggia l'interazione reciproca e può portare a prestazioni sociali inferiori per i bambini ad alto rischio. Inoltre, un'elevata quantità di controllo nelle semplici attività quotidiane può portare il bambino ad avere meno opportunità di mettere in pratica varie strategie sociali (Rocha et al., 2020). Dallo studio di (Ruiz et al., 2018) si evince poi che «non è stato riscontrato alcun effetto significativo della nascita gemellare sull'attaccamento genitore-figlio, suggerendo che la relazione non è messa in discussione dall'aver due figli prematuri rispetto a uno». Dato che i bambini nati pretermine spesso presentano problemi di attaccamento con entrambi i genitori e particolari compromissioni sono presenti nell'attaccamento padre-figlio, è importante che gli operatori sanitari prestino attenzione a queste famiglie fornendo un supporto continuo e interventi centrati sulle loro aspettative e sullo sviluppo dei loro figli (Ruiz et al., 2018).

I bambini nati pretermine presentano problemi di sviluppo neurologico con più frequenza rispetto ai neonati a termine e mostrano più alterazioni comportamentali fra

cui problemi di internalizzazione, esternalizzazione e difficoltà di attenzione (Neel et al., 2018). Lo stile genitoriale influenza lo sviluppo dei neonati prematuri principalmente per quanto riguarda il calore, il rifiuto, la struttura, il caos, il supporto all'autonomia, la coercizione, l'esigenza e la reattività genitoriale (Neel et al., 2018). Il calore sottende un nutrimento positivo del genitore verso il bambino mentre il rifiuto indica disapprovazione. La struttura si riferisce alla coerenza dei genitori nelle interazioni con il bambino diversamente dal caos che prevede una interazione genitoriale imprevedibile. Il sostegno all'autonomia permette al bambino di esprimersi liberamente mentre la coercizione prevede l'autocrazia genitoriale e la ristretta apertura mentale. L'esigenza poi si riferisce alle aspettative genitoriali nei riguardi del bambino e se esse sono o meno coerenti per il livello di sviluppo e le sue capacità. Infine, la reattività genitoriale ha a che vedere con la sensibilità e indica quanto correttamente il genitore interpreta i segnali verbali e non verbali del figlio (Neel et al., 2018). Premesso che non esiste un'associazione diretta tra un determinato stile genitoriale e lo sviluppo del bambino, possiamo però notare alcune costanti. Esiste infatti una forte associazione positiva fra responsività genitoriale, supporto all'autonomia, esigenza e risultati cognitivi soddisfacenti nei bambini, così come fra calore genitoriale e buoni risultati comportamentali, minor presenza di problemi di internalizzazione ed esternalizzazione (Neel et al., 2018). Al contrario, il rifiuto genitoriale descritto come l'antitesi del calore, è associato a una maggiore presenza di comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti negli ex neonati pretermine così come a risultati comportamentali scarsi (Neel et al., 2018). Interventi specifici come l'Infant Health and Development Program (IHDP; Neel et al., 2018) hanno aumentato il calore e la coerenza dei genitori con conseguenze positive sui risultati cognitivi e comportamentali del bambino. Secondo i risultati dello studio di (Neel et al., 2018) «l'IHDP è un programma intensivo che ha seguito i neonati pretermine dalla dimissione ospedaliera fino ai tre anni di età. Questo intervento comprende visite domiciliari ogni una/due settimane, centri per lo sviluppo infantile per circa 20 ore settimanali dopo i 12 mesi di vita e gruppi di genitori ogni due mesi». Questo intervento ha anche agito con variabili sociali come l'educazione materna così che anche i figli di madri meno istruite potessero beneficiarne e complessivamente si è notato un miglioramento dello sviluppo neurologico e relazionale per i neonati pretermine (Neel et al., 2018). È stato dimostrato anche che è possibile alleviare lo stress materno mediante un intervento precoce per aumentare il livello di sensibilità delle madri di neonati pretermine a 12 mesi (Bilgin & Wolke, 2015). Il neuro-sviluppo è



dunque caratterizzato dalla compresenza di fattori genetici, medici, familiari, sociali e ambientali e l'intervento precoce cerca di incidere sui fattori di rischio. In questo caso l'obiettivo era quello di rafforzare i processi genitoriali nella speranza che il miglioramento in quest'area potesse aiutare a favorire la miglior crescita del bambino nonostante gli innumerevoli altri fattori di rischio. Dunque, per quanto riguarda i neonati pretermine, gli interventi mirati allo stile genitoriale dovrebbero riguardare il rafforzamento di reattività, esigenza e calore infatti, è stato dimostrato che «gli assi genitoriali più fortemente associati al miglioramento dei risultati cognitivi e comportamentali del bambino negli ex neonati pretermine sono gli obiettivi più importanti per l'intervento precoce» (Neel et al., 2018).

### **1.5 Stress, conflitto inter-parentale, qualità genitoriale e sintomi psicopatologici dei bambini**

Lo stress genitoriale durante le prime interazioni col bambino è un fattore di rischio per la psicopatologia di genitori e figli e infatti nello studio di (Hattangadi et al., 2020) «è stata identificata una correlazione statisticamente significativa tra stress genitoriale e problemi di salute mentale. Inoltre sono state trovate anche correlazioni significative tra lo stress genitoriale e gli affetti negativi, così come tra i tratti del temperamento e i problemi di salute mentale». Lo stress dei genitori è correlato a un maggiore stress e senso di colpa nei figli (van Dijk et al., 2020). I genitori stressati sono più irritabili ed emotivamente distaccati con i loro figli piccoli mentre è proprio nei primi anni che è fondamentale fare esperienze positive nelle interazioni genitore-figlio per costruire le basi di una crescita sana (Hattangadi et al., 2020). La mancanza di cure genitoriali precoci o la negatività delle stesse può avere un impatto deleterio a lungo termine sullo sviluppo emotivo e comportamentale del bambino (Hintsanen et al., 2019). Inoltre, lo stress può incidere sull'interpretazione genitoriale dei comportamenti del bambino riducendo la reattività e la sensibilità nei suoi confronti con inevitabili ripercussioni nel comportamento infantile (Hattangadi et al., 2020). Dunque, gli interventi di salute mentale per i bambini devono controllare regolarmente anche il benessere dei genitori e includere procedure di assistenza nella gestione dello stress genitoriale, interventi mirati a migliorare le interazioni e a promuovere una genitorialità più consapevole al fine di rendere beneficio ai più piccoli. Infatti, se non gestiti precocemente, i problemi di salute mentale nei bambini possono avere un impatto

negativo a lungo termine sul comportamento e sullo sviluppo sociale ed emotivo successivo (Hattangadi et al., 2020).

Inoltre, l'adattamento del bambino è influenzato dalle pratiche genitoriali problematiche nonché dal conflitto inter-parentale sia costruttivo che distruttivo (Warmuth et al., 2020). In particolare, «il conflitto inter-parentale distruttivo, inclusi comportamenti come l'aggressione verbale o fisica, l'ostruzionismo o l'ostilità, è stato collegato a una serie di esiti negativi per i bambini, inclusi i loro sintomi di internalizzazione ed esternalizzazione» (Warmuth et al., 2020). I conflitti inter-parentali più frequenti e intensi sono associati a livelli inferiori di supporto genitoriale, strutturazione genitoriale, qualità della relazione genitore-figlio e livelli più elevati di ostilità genitoriale, genitorialità intrusiva, conflitti genitore-figlio e diffusione di ruolo (van Dijk et al., 2020). Il conflitto distruttivo fra i partner può impedire ai genitori di comportarsi in modo efficace nei confronti dei propri figli con inevitabili ripercussioni nella relazione. Quando il conflitto genitoriale è emotivamente pesante e frequente può diventare difficile rimanere emotivamente disponibili e sensibili ai bisogni dei propri figli. I genitori possono avere poche energie per relazionarsi al bambino in modo efficace e questo può portare a una pratica genitoriale incoerente che si verifica quando uno o entrambi i genitori modificano i loro metodi disciplinari di situazione in situazione o applicano regole in modo caotico senza un motivo preciso (Warmuth et al., 2020). Frequenti sono i processi di triangolazione e parentificazione dei figli che rappresentano un rischio particolarmente elevato quando i coniugi continuano ad avere conflitti frequenti e intensi anche dopo un divorzio (van Dijk et al., 2020). Ci sono forti associazioni tra conflitto inter-parentale e reazioni di non supporto come: dare dure punizioni al bambino, svalutarlo o provare angoscia invece di convalidare le sue emozioni negative, confortarlo e aiutarlo a risolvere i problemi (Warmuth et al., 2020). Questi comportamenti genitoriali sono associati ad alti livelli di sintomi di esternalizzazione ed internalizzazione nei bambini (Warmuth et al., 2020) infatti sappiamo che livelli più bassi di sostegno e strutturazione genitoriale, così come livelli aumentati di ostilità genitoriale, genitorialità intrusiva e processi di diffusione di ruolo mediano il legame tra conflitto inter-parentale e adattamento del bambino (van Dijk et al., 2020). Inoltre, è stato riscontrato che la scarsa competenza sociale e la bassa autostima durante l'infanzia e l'adolescenza sono predittive di scarse relazioni sociali nella vita e rappresentano anche un rischio maggiore di sviluppo di psicopatologia (van Dijk et al., 2020). In alternativa, i genitori possono incolpare i propri figli per i loro

litigi coniugali cercando di incidere sul loro atteggiamento. In particolare, «il controllo psicologico è una pratica emotivamente manipolativa in cui i genitori possono indurre vergogna o senso di colpa nei propri figli per controllare il loro comportamento» (Warmuth et al., 2020). Il controllo delle madri attraverso il senso di colpa è collegato ai sintomi esternalizzanti dei bambini mentre le reazioni di non supporto delle madri sono maggiormente legate ai sintomi internalizzanti dei figli (Warmuth et al., 2020). Potremmo pensare che «forse le madri si sentano in qualche modo impotenti dopo i conflitti distruttivi con i loro compagni e questa negatività si riversa sulla relazione genitore-figlio con le madri che cercano di controllare i comportamenti indesiderabili dei loro figli inducendo in loro il senso di colpa» (Warmuth et al., 2020). In questo modo, nonostante l'oppositività e l'aggressività in risposta, i genitori si assicurano il sostegno del bambino costringendolo a un'alleanza emotiva. Le valutazioni cognitive associate ai conflitti genitoriali come la minaccia percepita e i sentimenti di auto colpa dei bambini, potrebbero causare stress in questi ultimi e spiegare potenziali difficoltà nel loro adattamento (van Dijk et al., 2020). Dunque, anche il controllo psicologico fa da mediatore tra conflitto distruttivo genitoriale e sintomi psicopatologici dei bambini. A differenza del conflitto distruttivo, quello costruttivo, caratterizzato da impegno per la risoluzione dei problemi, cooperazione, supporto e affetto, è associato a una maggiore sicurezza relazionale degli adulti, a pratiche genitoriali meno problematiche ed è quindi collegato a esiti più favorevoli per i bambini (Warmuth et al., 2020). È sempre importante esaminare le famiglie come sistemi e differenziare le condotte genitoriali problematiche di madri e padri poiché ognuno può dare contributi diversi e avere relazioni differenti con il funzionamento familiare complessivo (Warmuth et al., 2020).

Interessante è anche valutare come la qualità genitoriale e il tempo speso con i propri figli influenzino la salute mentale del bambino. In particolare nelle famiglie divorziate o separate, passare del tempo significativo e continuativo con entrambi i genitori, rappresenta un fattore protettivo (O'Hara et al., 2019). Nello studio di (O'Hara et al., 2019) si riporta che: «il tempo genitoriale con i padri è importante perché può facilitare una genitorialità di alta qualità che è un robusto fattore protettivo per i problemi di salute mentale dei bambini». Infatti, un'alta qualità genitoriale dei padri previene problemi di interiorizzazione nei figli (O'Hara et al., 2019). Quando però un genitore include costantemente il bambino all'interno del conflitto con il proprio partner e denigra l'altro genitore o chiede al figlio di passare messaggi, danneggia la relazione col bambino e può rafforzare la relazione di quest'ultimo col genitore denigrato.

Includere i figli all'interno del conflitto spesso può avere un effetto opposto a quello previsto (O'Hara et al., 2019). Queste alleanze malsane con un genitore contro l'altro vengono definite "alienazione parentale" (Harman et al., 2022) e mostrano l'associazione tra conflitto inter-parentale e rottura delle relazioni genitore-figlio nelle famiglie in cui il conflitto influenza in modo differenziato la relazione e il comportamento dei bambini nei confronti di ciascun genitore. I risultati della meta-analisi di (van Dijk et al., 2020) riportano che livelli più elevati di genitorialità negativa dopo un divorzio potrebbero avere un impatto maggiore sull'adattamento del bambino sano rispetto alle carenze nella genitorialità positiva, suggerendo l'idea che il male in questi casi è più forte del bene. È proprio per questo motivo che in alcune famiglie la relazione dei bambini con un genitore violento rappresenta un problema di sicurezza e, in questi casi, l'incolumità del piccolo deve avere la priorità in quanto l'interazione con una figura genitoriale aggressiva può essere un fattore di rischio per problemi di salute mentali successivi fra cui livelli più elevati di problemi esternalizzanti (O'Hara et al., 2019).

La qualità positiva della genitorialità di madri e padri e un ambiente familiare accudente soprattutto post divorzio compresa la presenza di comunicazione, l'accettazione, la disciplina coerente, il sostegno, sono collegati a minori problemi di adattamento del bambino (Elam et al., 2019). L'adattamento del bambino è meglio compreso analizzando la famiglia nel suo insieme con i relativi sottogruppi. Nello studio di (Elam et al., 2019) si riporta che: «sia per le madri che per i padri risultati più positivi dei bambini sono stati associati a bassa conflittualità e genitorialità di alta qualità, indipendentemente dal tempo di genitorialità. Al contrario, gli esiti più negativi sono stati associati a una combinazione di tempo genitoriale elevato e genitorialità di bassa qualità». Dunque, si ottengono buoni risultati nei bambini dalla combinazione di bassa conflittualità e genitorialità positiva. Un elevato livello di tempo dedicato alla genitorialità non coincide sempre con un'alta qualità genitoriale per esempio, subito dopo il divorzio, la genitorialità materna può essere dura e incoerente e questo stato è associato a maggiori problemi di adattamento del bambino (Elam et al., 2019). Quindi, quando post divorzio si prendono decisioni riguardo a quanto tempo i bambini debbano trascorrere con entrambi i genitori, è importante fare prima una valutazione completa della qualità genitoriale di madri e padri e del livello di conflitto nella famiglia. Infatti si può dire che «il tempo di genitorialità primaria è problematico se quel genitore non fornisce una genitorialità di alta qualità» (Elam et al., 2019).

## **1.6 L'attaccamento: un importante predittore della salute mentale**

La relazione genitore-figlio, inclusa la qualità dell'attaccamento del bambino, fornisce uno strumento fondamentale per lo sviluppo e l'organizzazione delle emozioni del piccolo (Bowlby, 1979). Attaccamento ed emozioni sono inestricabilmente collegati dal momento che l'esperienza di emozione spesso conduce al contatto con figure di attaccamento e la relazione di attaccamento funge da regolatore delle emozioni per i bambini (Brumariu, 2015). «Lo sviluppo di conoscenze adattative collegate alle emozioni permettono ai bambini di partecipare ad altre relazioni intime. Al contrario, conoscenze mal-adattive collegate alle emozioni sono state correlate con una scarsa competenza sociale, sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e psicopatologia nei bambini» (Cooke et al., 2019). Dunque i genitori vengono considerati gli agenti primari della socializzazione dei figli. Le interazioni con le figure di attaccamento forniscono una condizione centrale per l'apprendimento delle emozioni. Possiamo ipotizzare che i caregiver di bambini con attaccamento sicuro hanno una maggiore comprensione e capacità di prevedere e anticipare i bisogni emotivi dei propri figli e così possono anche occuparsi meglio dei segnali affettivi dei loro bambini (Cassidy, 1994). In risposta alle manifestazioni emotive dei loro figli, questi caregiver possono spostare l'attenzione alle esperienze emotive e modificare opportunamente l'ambiente per venire incontro ai bisogni dei propri figli. Infatti, come mostrato nella revisione di (Cooke et al., 2019): «i caregiver di bambini con attaccamento sicuro, userebbero più spesso un linguaggio emozionale elaborato e descrittivo. Il che spiegherebbe perché questi bambini mostrino una comprensione delle emozioni più avanzata». In più, i bambini con attaccamento sicuro, si possono aspettare con fiducia che riceveranno supporto ogni qual volta dispiegheranno un'ampia gamma di emozioni, il che faciliterebbe una comunicazione aperta e flessibile fra caregiver e bambino (Cassidy, 1994). Di conseguenza, «i bambini con attaccamento sicuro, potrebbero essere più predisposti a riconoscere o mostrare le loro emozioni e solitamente presentano una maggioranza di emozioni positive rispetto a emozioni negative nella vita quotidiana» (Cooke et al., 2019). Questi bambini, con grande probabilità, impareranno a rappresentare le loro esperienze di emozioni all'interno del contesto delle relazioni di attaccamento e, come suggerito nella revisione meta-analitica di (Cooke et al., 2019): «la formazione di una relazione di attaccamento sicuro, può anche promuovere lo sviluppo di strategie di regolazione delle emozioni adattive». I caregiver di bambini con attaccamento sicuro, che molto probabilmente possiedono modelli positivi di sé stessi e degli altri, possono trasmettere ai figli

specifiche strategie per la regolazione delle emozioni, per la creazione di uno stile di coping pacifico e riflessivo e di fare affidamento sugli altri quando ne hanno bisogno (Contreras et al., s.d.). Inoltre, i bambini avranno la sensazione di poter risolvere i problemi di fronte a fattori stressanti o di potersi impegnare in una riformulazione cognitiva positiva quando incontrano una sfida da affrontare (Seiffge-Krenke & Beyers, 2005). Possono, poi, imparare a cercare supporto sociale quando sono angosciati per regolare le emozioni anche in assenza del genitore (Zimmer-Gembeck et al., 2017). Infine, i bambini con attaccamento sicuro utilizzano la loro base certa per ingaggiare molte e diverse relazioni sociali, partecipare a dialoghi emozionali e fare pratica di strategie di coping (Abraham & Kerns, 2013). Diversamente, «i caregiver di bambini con attaccamento insicuro sembra che assistano solo a certe manifestazioni affettive del bambino» (Cooke et al., 2019). Nello stile di attaccamento evitante i bambini fanno esperienza di un rifiuto emotivo da parte dei loro caregiver quando esprimono disagio e dunque imparano a esprimere meno le manifestazioni di affetto negativo per mantenere la relazione di attaccamento e difficilmente riescono a regolare le emozioni (Cassidy, 1994). Come dimostrato da (Cooke et al., 2019): «mentre la minimizzazione dell'affetto può essere adattiva all'interno della relazione di attaccamento evitante, le ridotte manifestazioni affettive dei bambini possono essere disadattive in contesti sociali in cui esprimere gioia indica interesse nel mantenere la relazione o mostrare affetto negativo agli altri potrebbe favorire il conforto» (Cooke et al., 2019). Al contrario, nello stile di attaccamento ambivalente, i bambini fanno esperienza di una risposta incoerente da parte dei caregiver alle loro manifestazioni affettive. Di conseguenza, i bambini possono rendere più intense le loro espressioni di affetto negativo per non perdere l'attenzione del genitore (Cassidy, 1994). Mentre i bambini con stile di attaccamento ambivalente ed evitante utilizzano strategie organizzate per far fronte alle relazioni, i bambini con stile di attaccamento disorganizzato non hanno questa opportunità (Brumariu, 2015). Questo perché, come dimostrato nella revisione di (Cooke et al., 2019), : «i caregiver di bambini in relazioni disorganizzate creano situazioni impossibili per il loro figlio in cui fungono da base sicura ma sono allo stesso tempo anche fonte di paura e angoscia». Pertanto, i bambini disorganizzati mostrano risposte emotive incoerenti e stili di coping inadeguati a risolvere il disagio. Inoltre, «la mancanza di impalcature emotive da parte dei caregiver e le esperienze di emozioni negative travolgenti possono anche portare i bambini disorganizzati a tentare di evitare o prendere le distanze dalle emozioni, piuttosto che imparare ad utilizzare strategie di regolazione efficaci» (Cooke et al.,

2019). Come ci si aspettava, i risultati della revisione meta-analitica di (Cooke et al., 2019) hanno dimostrato che: «i bambini con un attaccamento più sicuro sperimentano un affetto positivo predominante e meno affetti negativi, inoltre hanno una capacità significativamente migliore di regolare le proprie emozioni e utilizzano strategie di coping più adattive. I bambini con un attaccamento più evitante fanno invece esperienza di un affetto positivo significativamente inferiore, hanno maggiori difficoltà a regolare le proprie emozioni e utilizzano strategie di coping meno adattive. I bambini più attaccati in modo ambivalente sperimentano un affetto negativo predominante e hanno difficoltà a regolare le emozioni, infine i bambini disorganizzati hanno un affetto negativo globale e una bassa capacità di regolare le emozioni e utilizzare efficaci strategie di coping». Quindi possiamo dire che l'attaccamento sicuro è correlato ad una buona regolazione delle emozioni a differenza dell'attaccamento insicuro e disorganizzato e i risultati supportano l'idea che i modelli di attaccamento siano collegati ai costrutti emotivi. I bambini sicuri, grazie a un ciclo di esperienze ed emozioni positive che hanno la fortuna di vivere, fra cui la convalida delle emozioni da parte dei genitori, aumenterebbero le loro possibilità di benessere a lungo termine (Fredrickson, 2001) e di mettere in atto comportamenti adattivi, come per esempio la capacità di mostrare un maggiore recupero dell'affetto positivo dopo un fattore di stress, lungo tutto l'arco di vita (Movahed Abtahi & Kerns, 2017). I bambini evitanti, invece, sopprimendo l'affetto negativo con i caregiver per evitare il rifiuto e minimizzando le esperienze di affetto positivo, «possono essere a rischio di sviluppare sintomi di internalizzazione inclusa la depressione» (Cooke et al., 2019). Questi bambini tendono a minimizzare i segni di affetto e a impegnarsi nell'autosufficienza per i bisogni emotivi dunque potrebbe essere importante tenere monitorate anche le difficoltà che potrebbero insorgere nell'instaurazione di legami amicali positivi e in seguito di relazioni (Fraley & Davis, 1997). I bambini ambivalenti rispondono in maniera disadattiva ai fattori di stress e questo può essere una conseguenza dell'uso frequente di strategie di intensificazione delle emozioni negative. Inoltre, «sperimentare alti livelli di emozioni negative può conferire un rischio per la salute e spiegare perché l'attaccamento ambivalente durante l'infanzia può essere la causa di maggiori problemi di salute mentale nella prima età adulta, inclusi sintomi somatici e correlati all'infiammazione» (Cooke et al., 2019). Infine, i bambini disorganizzati provano stress cronico ed emozioni negative e le difficoltà emotive possono spiegare perché sono più inclini rispetto ai bambini sicuri a sperimentare sintomi di internalizzazione ed

esternalizzazione (Madigan et al., 2016). Dunque possiamo dire che: «l’attaccamento può influenzare lo sviluppo di affetti positivi, che a loro volta sono stati collegati a una maggiore intraprendenza, flessibilità cognitiva, creatività e fiorente salute mentale» (Cooke et al., 2019). Alla base delle differenze nell’attaccamento vi sarebbero anche variazioni nella sensibilità dei genitori ossia differenze nella capacità di notare, interpretare e rispondere in modo celere e appropriato ai segnali dei bambini (Ainsworth et al., 1974). Come riportato nella revisione di (Foley & Hughes, 2018), è stato scoperto che: «le rappresentazioni dei caregiver predicono la sicurezza dell’attaccamento dei loro bambini all’età di 12 e 18 mesi». Ci sono interviste standardizzate come la Working Model of the Child Interview (WMCI) che «permette di classificare le rappresentazioni dei genitori come equilibrate, disimpegnate o distorte» (Foley & Hughes, 2018). Questi gruppi riflettono le principali classificazioni dell’attaccamento infantile e in particolare possiamo dire che quando i genitori hanno rappresentazioni equilibrate, «dimostrano un chiaro piacere nel rapporto con il bambino, unito a un apprezzamento del bambino come persona e sono in grado di fornire un’assistenza adeguata» (Foley & Hughes, 2018), quando i genitori hanno rappresentazioni disimpegnate, «trasmettono una mancanza di emozioni e contenuti e suggeriscono di non vedersi come aventi un ruolo influente nello sviluppo dei propri figli» (Foley & Hughes, 2018), quando i genitori hanno rappresentazioni distorte, «forniscono descrizioni incomplete o incoerenti del bambino o della relazione genitore-figlio, utilizzano affermazioni contraddittorie o confuse e mostrano un’attenzione limitata alle proprie preoccupazioni o descrizioni idealizzate del figlio» (Foley & Hughes, 2018). Quindi, le rappresentazioni, i pensieri e i sentimenti dei genitori anche durante la gravidanza della madre sembrano essere alla base dei loro comportamenti pre e post parto e influiscono sulla relazione e l’attaccamento con il bambino. Infatti i risultati della meta-analisi di (Foley & Hughes, 2018) suggeriscono che «i metodi di valutazione dei pensieri e dei sentimenti prenatali principalmente materni hanno mostrato un’associazione modesta ma significativa con le valutazioni postnatali della qualità dell’interazione genitore-bambino». Interessante è allora notare come «le donne con gravidanze non volute presentino un rischio maggiore di depressione postnatale che di conseguenza può avere un impatto sulla qualità dell’interazione genitore-bambino, mentre le future madri e i futuri padri che utilizzano le tecnologie riproduttive assistite riportano un legame fetale significativamente più elevato rispetto ai campioni di genitori in attesa di un concepimento naturale» (Foley & Hughes, 2018). Dal momento che in letteratura i sintomi depressivi materni sono stati



collegati sia a problemi comportamentali di internalizzazione che di esternalizzazione del bambino (Whittenburg et al., 2022), è importante conoscere quali possano essere possibili fattori protettivi nel contesto del rischio genitoriale. Come dimostrato nello studio di (Whittenburg et al., 2022): «un importante contributo alla salute mentale del bambino che ha dimostrato di proteggere da fattori di stress esterni è la qualità della relazione genitore-figlio e in particolare la sicurezza dell'attaccamento del bambino». I bambini formano modelli operativi interni di relazioni che li guidano nelle interazioni con gli altri e col mondo e «la sicurezza dell'attaccamento, nato da esperienze di accudimento reattivo e sensibile, riflette la fiducia del bambino nella disponibilità di un caregiver a fornire una base sicura nei momenti di difficoltà. Viceversa l'evitamento dell'attaccamento deriva da esperienze di rifiuto o caregiving insensibile e riflette l'esitazione del bambino a cercare conforto e difficoltà a fare affidamento sugli altri» (Whittenburg et al., 2022). Lo studio di Whittenburg et al. riporta che «i sintomi depressivi della madre prevedono aumenti dei problemi di internalizzazione del bambino quando la sicurezza è bassa; l'associazione invece è stata attenuata per i bambini altamente sicuri» (2022). La relazione genitori-figlio è di fondamentale importanza e in particolare possiamo dire che «una relazione genitore-figlio di alta qualità può fungere da importante fattore protettivo contro la trasmissione intergenerazionale dei sintomi di interiorizzazione» (Whittenburg et al., 2022). Questa scoperta sottolinea l'importanza di valutare la qualità della relazione genitore-figlio quando si indagano i rischi per lo sviluppo di problemi comportamentali internalizzanti nei bambini. Inoltre lo studio di Whittenburg et al. ha scoperto anche che «i sintomi di esternalizzazione del bambino prevedono aumenti di sintomi depressivi materni nel tempo» (2022) suggerendo l'importanza di considerare gli effetti bidirezionali tra bambino e caregiver. Sarebbe pertanto importante strutturare interventi incentrati sulla genitorialità in quanto «se un genitore si sente competente come base sicura per suo figlio, la sua autoefficacia può aumentare e i sentimenti di impotenza possono diminuire. Inoltre, se i bambini si sentono sicuri nelle loro relazioni con i caregiver, allora possono essere relativamente protetti dagli effetti negativi della psicopatologia genitoriale come la depressione materna» (Whittenburg et al., 2022).

## CAPITOLO 2.

### VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ RELAZIONALI GENITORE-FIGLIO

#### **2.1 Il *Lausanne Trilogie Play*: una valutazione della coordinazione familiare**

La possibilità di condividere con il caregiver interazioni caratterizzate da regole e scambi prevedibili consente al bambino di costruire nel tempo modelli mentali dove le azioni acquistano un significato condiviso (Simonelli et al., 2010).

La valutazione delle capacità relazionali genitore-bambino è un processo complesso e multidimensionale che coinvolge l'osservazione e la valutazione delle interazioni tra genitore e figlio in diversi contesti e situazioni. L'interazione genitore-bambino è un elemento fondante la relazione in quanto momento di scambio sul piano comportamentale, affettivo ed emozionale: tali caratteristiche precoci della co-costruzione delle competenze relazionali del bambino costituiscono il focus di interesse nello studio della qualità dei modelli interattivo-relazionali precoci secondo la prospettiva triadica che vede l'interazione madre-padre-bambino come un nucleo di competenze che fondano le loro radici precocemente, anche nel periodo che precede la nascita, ossia durante la gravidanza (Simonelli & Bighin, 2012). Quindi, possiamo dire che i futuri genitori, già durante la fase di gestazione della madre, mettono in atto una serie di comportamenti che vengono considerati i precursori delle loro capacità di cura del bambino e dello stile interattivo che costruiranno con lui (Simonelli & Bighin, 2012). Le rappresentazioni genitoriali sono esperienze affettive, derivate da interazioni reali o fantasticate, che determinano il tono emotivo per la relazione (Favez et al., 2019). La relazione genitore-bambino è una delle più importanti e complesse che l'essere umano possa sperimentare e la sua qualità ha un impatto significativo sulla salute e sul benessere dei figli non solo durante l'infanzia ma anche nell'età adulta, per questo motivo la valutazione delle capacità relazionali genitore-bambino è un tema di grande interesse (Simonelli & Bighin, 2012). L'obiettivo principale della valutazione delle capacità relazionali è quello di identificare i punti di forza e le sfide e di fornire raccomandazioni per migliorarne la qualità. Per valutare le capacità relazionali genitore-bambino e la funzione genitoriale, gli specialisti possono utilizzare diversi strumenti e tecniche tra cui: strumenti di tipo narrativo come l'intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza oppure strumenti che si focalizzano su variabili di tipo

comportamentale tra cui l'osservazione diretta, l'intervista con il genitore, l'utilizzo di questionari e scale di valutazione e l'osservazione del contesto e delle dinamiche familiari (Simonelli et al., 2008). È utile dunque fornire una panoramica sulle principali metodologie di valutazione delle capacità relazionali genitore-bambino con particolare attenzione ai loro vantaggi e limiti.

Durante l'osservazione diretta, gli specialisti possono valutare le interazioni tra genitore e bambino in situazioni strutturate come il gioco, il pasto o il cambio pannolino o in situazioni meno strutturate come il momento del saluto o del ritorno a casa (Simonelli et al., 2008). L'osservazione diretta consente agli specialisti di valutare il grado di coinvolgimento e di attenzione del genitore nei confronti del bambino, la qualità dell'interazione e della comunicazione tra genitore e bambino, la capacità del genitore di offrire supporto emotivo al figlio e la capacità di quest'ultimo di rispondere alle sollecitazioni dell'adulto (Simonelli et al., 2008). Un esempio di strumento di valutazione delle competenze interattive triadiche utilizzabile in gravidanza ma anche una volta nato il bambino che prevede l'osservazione diretta è la procedura del *Lausanne Trilogue Play* (LTP Simonelli & Bighin, 2012). Essa consiste in una sequenza di gioco in cui la triade familiare è chiamata a confrontarsi liberamente secondo una sequenza specifica: madre-bambino, padre-bambino, madre-padre e madre-padre-bambino insieme. Nelle prime tre configurazioni due partner sono attivi nell'interazione mentre il terzo osserva, nell'ultima configurazione tutti i componenti della famiglia sono attivi nel gioco. La procedura LTP non fornisce solo una valutazione della coordinazione tra i due genitori e delle altre due sub-unità diadiche che compongono il sistema familiare (madre-bambino e padre-bambino), ma anche una misura del grado di coordinazione della famiglia come insieme (Simonelli & Bighin, 2012). Infatti, sappiamo che le interazioni prenatali e il temperamento del bambino sono i più importanti predittori delle interazioni familiari e, inoltre, le rappresentazioni paterne sono collegate alle interazioni familiari a tre mesi (Favez et al., 2013). È importante valutare la capacità di condividere un'esperienza affettiva positiva, il livello di partecipazione, il livello di organizzazione e quello dell'attenzione focale dal momento che la capacità di regolare le emozioni e gli affetti come gruppo costituisce uno dei fondamenti della comunicazione familiare (Simonelli & Bighin, 2012). Quanto più le interazioni familiari sono coordinate, tanto più i componenti del sistema possono portare a termine il compito scambiandosi affetti positivi; diversamente, quando la coordinazione interattiva è scarsa, gli schemi relazionali appaiono rigidi ed è più

difficile la condivisione di affetti adeguati fra tutti i componenti del sistema. Sappiamo che la qualità dell'interazione dei genitori nella situazione di *role play* proposta dalla procedura LTP prenatale sia predittiva della qualità degli scambi interattivi con il bambino una volta nato, almeno nel corso del primo anno di vita e fino ai 18 mesi (Simonelli & Bighin, 2012). La cooperazione di coppia, il calore e la genitorialità intuitiva nel gioco prenatale è correlata a molte dimensioni del gioco postnatale (Favez et al., 2013). Le aspettative prenatali dei genitori sulla cooperazione coparentale infatti, e sulle loro future relazioni familiari, sono legate alle vere interazioni coparentali successive: una visione scettica della futura relazione coparentale e le rappresentazioni familiari come mancanti di coesione sono collegate a coparenting non coeso nella quotidianità dopo la nascita del bambino (Favez et al., 2019). L'adattamento prenatale, quindi, è importante per prevedere quello che accadrà alla coppia una volta nato il bambino, in quanto la fiducia e la soddisfazione in sé e nell'altro sono fondamentali nelle prime esperienze familiari (Simonelli et al., 2008).

Favez et al. in particolare hanno identificato tre modelli di evoluzione dell'alleanza: la maggior parte delle famiglie con una buona capacità di coordinamento durante la gravidanza, sono riuscite ad avere una buona interazione con il bambino una volta nato, mostrando un'alleanza ad alta stabilità; altre famiglie hanno mostrato una progressiva diminuzione della qualità delle interazioni una volta nato il figlio, indicando un'evoluzione dell'alleanza definita dall'alto verso il basso; infine, le famiglie con un basso grado di coordinamento durante la gravidanza, nella maggior parte dei casi non erano ancora in grado di raggiungere una buona alleanza nemmeno durante i primi due anni dopo la nascita, mostrando un pattern definito basso stabile (2012). Comunque, dato che la maggior parte delle alleanze resta stabile dalla gravidanza in poi, possiamo affermare che le caratteristiche dei figli non sono l'elemento principale per spiegare la diminuzione dell'alleanza nel tempo (Favez et al., 2012). Le rappresentazioni positive di sé stessi o dell'altro genitore predicono maggiore sostegno nella relazione, minore conflitto, reciproco calore e cooperazione (Favez et al., 2019). Invece, quando ci sono tensioni nella coppia durante la gravidanza, è probabile che anche le interazioni familiari successive ne risentano e che dunque sia necessario un intervento preventivo in quanto la nascita del bambino non sana i rapporti tra i genitori ma, anzi, può contribuire ad inasprirli rischiando di rimanere intrappolato nel conflitto genitoriale (Favez et al., 2012). Inoltre, viene evidenziato un legame tra la qualità delle interazioni familiari valutate in gravidanza e nel primo anno con gli esiti evolutivi del bambino, in

particolare rispetto all'emergenza di sintomatologie sul versante psico-funzionale come i disturbi del sonno e della condotta (Simonelli & Bighin, 2012). La qualità delle interazioni familiari influisce anche sullo sviluppo affettivo-relazionale del bambino: un basso livello di coordinazione può portare ad un'esclusione del piccolo dalle interazioni con conseguenze a breve e lungo termine sullo sviluppo delle competenze interattive triadiche (Simonelli & Bighin, 2012), mentre i bambini all'interno di famiglie con un'alleanza ad alta stabilità ottengono punteggi più alti nei compiti di teoria della mente, regolazione emotiva e comprensione degli stati interiori (Favez et al., 2012).

Durante la gravidanza della madre i genitori creano gradualmente lo spazio mentale che accoglierà il bambino reale alla nascita e all'interno del quale verrà a costruirsi la relazione con lui. Stern (1995) parla di costellazione materna per indicare un insieme di rappresentazioni mentali della madre su sé stessa, sul partner e sul bambino che raggiungono il loro culmine di elaborazione intorno al sesto mese di gravidanza per poi declinare successivamente in prossimità del parto e fare i conti con la realtà. Le rappresentazioni materne in gravidanza hanno un'influenza nel post-partum sulla costruzione della relazione madre-bambino (Simonelli & Bighin, 2012) e in generale, possiamo dire che i genitori che esprimono maggiori preoccupazioni relativamente alla qualità futura della loro vita familiare mostrano uno stile interattivo triadico caratterizzato da minore coordinazione, cooperazione e un livello meno elevato di competenze genitoriali (Simonelli & Bighin, 2012). Nel LTP prenatale vengono valutate le competenze genitoriali sulla base della qualità delle rappresentazioni dei partner nei riguardi della genitorialità e della futura relazione col figlio chiedendo loro di fare finta di giocare con il neonato. Così, si può osservare la capacità della coppia di entrare nel ruolo genitoriale e di mettere in atto, attraverso quelli che vengono definiti i comportamenti intuitivi genitoriali, temi interattivi ed affettivi profondi che concernono la successiva capacità di prendersi cura del bambino (Simonelli & Bighin, 2012). Questa capacità è influenzata da alcuni fattori tra cui la storia personale dei partner, la qualità della relazione di coppia, le rappresentazioni del bambino e la qualità della relazione reale con il feto, attraverso i movimenti, l'incontro nell'ecografia ecc. (Simonelli & Bighin, 2012). Nella prima parte della procedura un genitore gioca con il bambolotto mentre l'altro resta in posizione di terzo, nella seconda parte il genitore che aveva giocato precedentemente resta fermo mentre l'altro gioca con il bambolotto, nella terza parte madre, padre e bambolotto giocano insieme e nell'ultima parte interagiscono solo i genitori tra loro. La procedura LTP prenatale viene valutata con la Scala della

Vivacità ludica, la Scala della Struttura del gioco, la Scala dei Comportamenti intuitivi genitoriali e le ultime due scale: quella della Cooperazione di coppia e quella del Clima affettivo che si basano sulla cogenitorialità (Simonelli & Bighin, 2012). La somma dei punteggi ottenuti dalla coppia su ogni scala mostra il punteggio totale di Alleanza familiare prenatale che possiamo definire come «il grado di coordinazione interattiva che la triade raggiunge nella situazione di gioco: questa costituisce una caratteristica specifica che fornisce una valutazione delle possibilità interattive triadiche dei protagonisti, messe in campo allo scopo di svolgere il compito proposto» (Simonelli & Bighin, 2012). Si è visto che nell'80% delle famiglie c'è continuità nella qualità delle interazioni dalla gravidanza fino ai 18 mesi dopo la nascita (Favez et al., 2013).

Il limite di questo strumento di valutazione sembra essere la possibile artificiosità della procedura in sé relativamente al setting e al compito richiesto alla coppia. Inoltre, i diversi aspetti osservati tramite le scale sembrano ricondurre comunque alla descrizione di un'unica funzione legata alle competenze genitoriali che si declina nelle aree di valutazione osservate tramite le variabili del sistema di codifica applicato (Simonelli & Bighin, 2012).

I risultati mostrano che essendoci un'influenza dei predittori prenatali, sia utile intervenire su eventuali disturbi della relazione anche prima della nascita del bambino in quanto, sin da subito, ogni membro della famiglia apporta significativi contributi alle interazioni familiari (Favez et al., 2013).

## **2.2 Competenza triangolare dei bambini**

Secondo Stern, (2004) i bambini hanno una capacità innata e precoce di condividere i sentimenti e gli stati mentali con il mondo circostante; l'intersoggettività serve a fornire un senso di appartenenza con gli altri, regola la dimensione dell'alienazione psichica-intimità psichica. Pertanto, l'intersoggettività conferisce un vantaggio di sopravvivenza promuovendo e potenziando la comunicazione di gruppo e dando origine alla moralità.

I bambini sviluppano dunque una precoce competenza triangolare nel relazionarsi con più di un genitore alla volta (Fivaz-Depeursinge et al., 2010) mostrando consapevolezza delle interazioni a tre poli e condividendo l'attenzione tra due adulti. In particolare, si può segnalare il nono mese di vita del bambino come un momento di incremento delle capacità di co-regolazione all'interno della famiglia per costruire l'interazione, ma questa abilità è presente già dai tre mesi e sembra incentivata da una

predisposizione degli adulti a investire sulla relazione con il piccolo che, col tempo, diventa sempre più coordinata (Simonelli et al., 2010).

Un esempio che mette in luce questa capacità è rappresentato dalla procedura LTP con il volto fermo che consiste in un adulto con il volto immobile davanti al bambino e l'altro genitore come terzo. Questo scenario permette di osservare se, oltre agli sforzi per cambiare il contesto nella diade, il bambino si sforzerà di rivolgersi al genitore terzo per chiedere aiuto protestando e comunicando il suo stato di tensione e mostrando così consapevolezza del contesto triangolare.

Un altro esempio della competenza triangolare dei bambini si vede nella condizione di gioco a tre dove, a differenza del gioco diadico, è possibile valutare la capacità del piccolo di relazionarsi contemporaneamente con entrambi i genitori e sincronizzarsi con loro tramite lo sguardo, i vocalizzi, il sorriso, il riso ecc.

Come riportato da Fivaz-Depeursinge et al. (2010) il feedback sociale fornito da questa terza parte e l'aumento del numero di contesti interattivi in cui un bambino può condividere i suoi affetti creano uno spazio molto più ricco e ampio per la differenziazione del sé dagli altri. Le famiglie che si coordinano in modo adattivo permettono al bambino lo sviluppo di competenze sociali adeguate all'interazione a tre, mentre quelle che incontrano difficoltà nella coordinazione, inseriscono il bambino in modelli interattivi disfunzionali (Mazzoni et al., 2015).

Un ambiente scarsamente coordinato non offre tante opportunità per condividere gli affetti con due persone alla volta, mentre un ambiente altamente coordinato può incentivare a rispettare la prospettiva altrui e il bambino è inserito all'interno di un contesto cooperativo, in cui prevale la negoziazione e dove i disaccordi tra genitori vengono risolti pacificamente (Favez et al., 2012). I bambini all'interno di famiglie con un'alleanza altamente stabile mostrano anche una maggiore autonomia comportamentale, ad esempio riescono maggiormente a giocare da soli quando non sono al centro dell'attenzione dei genitori mostrando la presenza di un attaccamento sicuro. Essere infatti a proprio agio nelle relazioni strette è collegato alla capacità di stare bene con sé stessi quando si è lasciati soli (Favez et al., 2012).

Sappiamo che il bambino ha principalmente tre stili interattivi specifici: impegnato, disimpegnato ed iper-coinvolto. Il bambino impegnato è collaborativo nell'interazione con i genitori ed è pronto a seguire le loro indicazioni mostrando il desiderio di condividere l'esperienza con entrambi. Il bambino disimpegnato si disconnette dai genitori e interagisce con loro soprattutto tramite la mediazione di

oggetti, spesso conformandosi eccessivamente alle richieste di questi ultimi. Il bambino iper-coinvolto, invece, utilizza il confronto in modo manipolativo e controllante, in una maniera non adeguata all'età (Mazzoni et al., 2015).

In generale dunque, esiste la possibilità che i bambini siano biologicamente preparati per le relazioni piuttosto che specificamente per gli attaccamenti, infatti il bambino piccolo ha una capacità triangolare che serve la funzione intersoggettiva della condivisione degli affetti (Fivaz-Depeursinge et al., 2010). Quindi, quando la capacità triangolare del bambino funziona bene, anche la socialità ne trae vantaggio, così come è probabile che ci sia una migliore comprensione delle relazioni e della teoria della mente. I bambini quindi iniziano nei primi mesi di vita a cogliere le relazioni e a esercitare la socialità di gruppo (Fivaz-Depeursinge et al., 2010).

Sono state anche osservate alcune disfunzioni della capacità triangolare del bambino nelle famiglie in cui esiste un'inversione dei ruoli, per esempio dove il figlio deve amplificare le sue capacità triangolari per aiutare a pacificare la relazione dei genitori oppure spesso si nota un'iper-vigilanza nei bambini di genitori psicotici o con gravi problemi di salute mentale (Fivaz-Depeursinge et al., 2010). Dunque, possiamo dire che un programma triangolare sarebbe parte integrante della nostra natura umana basata sui micro-processi di regolazione affettiva che sono alla base della comunicazione intersoggettiva, in particolare nelle situazioni che innescano il sistema di attaccamento (Fivaz-Depeursinge et al., 2010). Oppure, come ha proposto Stern (2004), può trattarsi di intersoggettività come sistema motivazionale separato dall'attaccamento, al servizio della sopravvivenza della specie umana di stampo sociale.

La comunicazione triangolare di un bambino di 3-4 mesi corrisponde ancora agli aspetti chiave dell'intersoggettività primaria basata su azione e percezione ma, entro la fine del primo anno, il bambino utilizzerà l'attenzione congiunta o il riferimento sociale e sarà in grado di porsi un obiettivo e utilizzare diversi strumenti per raggiungerlo. Questa comunicazione triangolare dalla fine del primo anno diventerà anche auto-riflessiva con l'avvento del pensiero simbolico e l'emergere di emozioni morali (Fivaz-Depeursinge et al., 2010).

Lo sviluppo delle capacità triangolari del bambino è facilitato quando il confine intergenerazionale segnato da parte dei genitori nei suoi confronti è chiaro e flessibile, mentre è distorto quando il confine è troppo rigido o eccessivamente permeabile. Nel primo caso si arriva all'esclusione del bambino, nel secondo c'è il rischio di una sua fagocitazione nell'unità di coppia (Fivaz-Depeursinge et al., 2010).



Possiamo inoltre distinguere le coalizioni dalle alleanze familiari: nelle coalizioni c'è una bassa coordinazione, i partner sono divisi da un conflitto in cui è coinvolto anche il figlio e vengono violati i confini intergenerazionali; nelle alleanze, invece, c'è un'alta coordinazione familiare, i partner funzionano bene come squadra e i genitori cooperano per sostenere lo sviluppo dell'autonomia del figlio il quale riesce a interagire con entrambi (Mazzoni et al., 2015).

L'alleanza familiare è definita da Favez et al. come la qualità del coordinamento interattivo tra i componenti della famiglia, costituisce un contesto in cui il bambino impara a regolare le emozioni e a comprendere i propri stati interiori ed è determinata da quattro funzioni interattive: partecipazione, organizzazione, focalizzazione e condivisione degli affetti (2012). L'alleanza tende ad essere stabile dalla gravidanza almeno fino ai 18 mesi e quindi la capacità della famiglia di lavorare insieme come squadra, contribuisce in modo unico alla socializzazione e al benessere psicologico del bambino (Favez et al., 2006). Infatti, se i genitori mostrano piacere nell'incontro con il bambino prima della nascita, sarà alta la probabilità che mostrino condivisione affettiva a tre quando giocheranno con il bambino reale (Favez et al., 2006). Se, invece, l'incontro prenatale si rivela problematico, con mancate coordinazioni, esclusioni di uno dei partner e affetti negativi, allora le seguenti interazioni resteranno complicate (Favez et al., 2006). Sembra esserci quindi un legame tra l'alleanza familiare, il funzionamento genitoriale e lo sviluppo della famiglia come insieme.

Nella coalizione di triangolazione è invece spesso presente un coparenting competitivo e uno stile del bambino disimpegnato o ipercoinvolto. A fronte di due genitori competitivi nella relazione con il figlio, sembra essere più probabile che bambini più grandi di età tendano all'iper-coinvolgimento invece che al disimpegno mettendo in atto un'inversione di ruolo e proponendosi come guida con i genitori (Mazzoni et al., 2015).

Nella coalizione deviante è presente un coparenting "bambino al centro" e un conseguente stile interattivo del figlio perlopiù ipercoinvolto. I genitori interagiscono non direttamente fra loro, ma solo passando attraverso il bambino e dunque quest'ultimo, molto probabilmente, assume una posizione disfunzionale caratterizzata da un'inversione di ruolo e un superamento dei confini intergenerazionali proprio a causa della difficoltà dei genitori a reputarsi un sottosistema distinto da quello del bambino (Mazzoni et al., 2015).

Nella coalizione escludente, infine, uno dei due genitori è più coinvolto con il bambino e l'altro adulto viene escluso, suggerendo una distanza eccessiva del figlio con un genitore e una posizione di vicinanza soverchiante nella relazione problematica con l'altro genitore. In questo modo un bambino risulterà iper-coinvolto in una relazione esclusiva con uno e inevitabilmente disimpegnato con l'altro (Mazzoni et al., 2015).

Invece, un'alleanza altamente stabile predice esiti migliori nei bambini per quanto riguarda la teoria della mente, il temperamento, lo sviluppo sociale e cognitivo (Favez et al., 2012).

Dunque, la valutazione basata sull'osservazione delle interazioni fornisce indicazioni precise sulle relazioni familiari utili per gli interventi di sostegno alla genitorialità. L'uso di situazioni semi-standardizzate come il LTP, con video feedback, è prezioso per valutare le interazioni del nucleo familiare e scoprire le risorse e i problemi nella costruzione dell'alleanza familiare includendo anche il bambino. Gli interventi di video feedback rientrano in un'ottica di intervento psicoeducativo e possono favorire il rinforzo delle competenze dei genitori, così come l'indicazione dei cambiamenti utili e l'alleanza di lavoro tra genitori e operatore (Mazzoni et al., 2015). È infatti solo dopo aver valutato le interazioni che il terapeuta saprà individuare la presenza di schemi relazionali rigidi tipici delle famiglie disfunzionali e saprà a quale livello di sistema indirizzare l'eventuale intervento: famiglia intera, sistema coniugale, genitore-bambino o singoli sottosistemi (Fivaz-Depeursinge et al., 2010). Valutare le alleanze e le coalizioni è dunque importante per definire le influenze della qualità di una relazione sulle altre che ha un'inevitabile ripercussione sullo sviluppo del bambino. La nascita precoce della comunicazione triangolare rappresenta infatti l'elemento decisivo dello sviluppo sociale ed emotivo del piccolo.

### **2.3 Sensibilità e cura genitoriale condivisa nella relazione con il bambino**

Sensibilità genitoriale e coparenting sono due costrutti molto importanti da valutare quando si studiano le relazioni familiari; essi, infatti, sono correlati allo sviluppo sociale e cognitivo del bambino (Favez et al., 2021).

La cogenitorialità si riferisce alla reciproca responsabilità per l'educazione e la cura di un bambino, tuttavia essa non riguarda solo la divisione dei compiti di cura ma anche il grado di collaborazione, supporto e conferma tra adulti che crescono un figlio di cui condividono la responsabilità (Mazzoni et al., 2015). Non solo la madre, ma la coppia genitoriale insieme svolge una funzione di *framing*: in modo cooperativo i

genitori forniscono le basi e il supporto necessario al figlio per poter disegnare al meglio i percorsi dei propri obiettivi di sviluppo (Mazzoni, 2016).

La qualità del coparenting è influenzata da diversi fattori come lo stato socio-economico, la soddisfazione coniugale, la psicopatologia genitoriale, il genere e il temperamento infantile (Favez et al., 2019), infatti, gli studi sulle relazioni di coppia hanno mostrato che le dinamiche relazionali del sottosistema coniugale marito-moglie incidono sullo sviluppo del bambino (Favez et al., 2012). Il calore familiare consente interazioni emotivamente positive, affettuose e solidali mentre i conflitti si incentivano attraverso una cogenitorialità ostile, in cui ciascun membro della coppia contraddice le decisioni prese dall'altro. (Favez et al., 2006). Sia l'elevata sensibilità dei genitori che il supporto genitoriale sono predittivi di elevate capacità di regolazione delle emozioni, adattamento sociale e attaccamento sicuro nei bambini (Favez et al., 2021). Al contrario, una cogenitorialità compromettente è predittiva di sintomi di esternalizzazione e una cogenitorialità distorta è collegata a sintomi di internalizzazione come ansia e insicurezza (Favez et al., 2006). Il conflitto può portare dunque anche a una cogenitorialità distorta che si esprime attraverso il ritiro di uno dei genitori dalla vita familiare (Favez et al., 2006).

Il bambino cerca sicurezza emotiva dai suoi genitori e questo gli permette di regolare le proprie emozioni lungo il corso dello sviluppo quando le cose vanno bene, altrimenti la discordia coparentale lo porta a essere iper-vigile e a disimpegnarsi dalle relazioni per proteggersi (Favez et al., 2006). Lo stile cogenitoriale quindi è il fattore che media tra la qualità della relazione di coppia e l'adattamento del bambino (Mazzoni et al., 2015). Sia il coparenting palese, ossia i comportamenti interattivi dei genitori di fronte al figlio, che il coparenting nascosto, e quindi ciò che un genitore racconta al bambino dell'altro membro della coppia quando questo non è presente, sono predittivi dei risultati del piccolo indipendentemente dal livello di interazione nei sottosistemi coniugale e genitore-figlio (Favez et al., 2012).

Inoltre, sensibilità e coparenting sono interdipendenti, infatti possiamo dire che la relazione fra genitori influisce direttamente sulla relazione fra genitore e figlio; ad esempio, la semplice presenza dell'altro genitore modifica il comportamento dell'adulto nelle interazioni diadiche con il bambino (Favez et al., 2021).

Quando si valutano le relazioni genitore-figlio, esempi di variabili da considerare collegate a una minore sensibilità e a relazioni di coparenting più conflittuali risultano essere: la psicopatologia dei genitori come la depressione, modelli

insicuri di attaccamento adulto e romantico nella coppia, aspettative e rappresentazioni discordanti sul ruolo genitoriale, basso senso di competenza genitoriale, conflitto coniugale, il cosiddetto “effetto spillover” secondo il quale la qualità emotiva della relazione coniugale influirebbe sulla qualità emotiva della relazione genitoriale e una discrepanza tra il coinvolgimento paterno e il controllo materno cioè tra la misura in cui il padre sostiene il suo ruolo e vuole assumere compiti genitoriali e l’effettivo accesso al bambino che la madre concede al padre (Favez et al., 2021). Invece, sappiamo che l’aumento del tempo che il bambino trascorre con il padre oltre che con la madre è collegato a una qualità relazionale superiore tra padre e figlio e a un maggior coinvolgimento paterno nell’educazione del figlio che, a sua volta, è collegato a minori problemi comportamentali nel bambino indipendentemente dalle cure materne (Favez et al., 2021).

Inoltre, nonostante i padri abbiano solitamente meno opportunità rispetto alle madri di interagire con il loro bambino, con il passare del tempo acquistano maggiore fiducia in sé stessi grazie a una crescente familiarizzazione con il figlio nelle varie esperienze interattive accumulate (Favez et al., 2019). La quantità di tempo che il genitore trascorre con il figlio non è però l’unico fattore per spiegare la sensibilità genitoriale.

Altre variabili, come le crescenti abilità del bambino nel comunicare i suoi bisogni in modo efficiente col passare del tempo possono spiegare perché i genitori sono sempre più in grado di comprendere e rispondere adeguatamente ai suoi segnali.

Inoltre, per quanto riguarda il coparenting, possiamo dire che ogni genitore può essere maggiormente propenso a cercare e dare sostegno all’altro quando il suo impegno nella cura dei figli è solo parziale e non totale, in quanto ciò richiede sempre il coordinamento con l’altro genitore affinché la condivisione delle cure sia efficiente (Favez et al., 2021). Quando infatti la madre è l’unica ad occuparsi della cura del bambino, potrebbe essere troppo protettiva, poco aperta alla collaborazione e poco propensa a fare da facilitatore nella costruzione della relazione tra padre e figlio per non essere messa in secondo piano dal padre in termini di aspettative sociali e delle sue aree di responsabilità (Favez et al., 2021).

Per comprendere le motivazioni che guidano il comportamento di coparenting reciproco, si deve considerare l’immagine che ciascun genitore ha di sé stesso e dell’altro, in quanto il sostegno nella coppia è il risultato di una complessa compenetrazione di motivazioni legate all’immagine di sé e dell’altro (Favez et al.,

2019). Questi dati indicano dunque che la cura genitoriale è legata allo sviluppo delle relazioni in famiglia, in particolare con il sostegno alla cogenitorialità. La tonalità emotiva e la qualità degli affetti condivisi che la coppia riesce a co-costruire e a condividere nell'interazione a quattro mesi col bambino è correlata con le competenze interattive triadiche della famiglia a nove mesi del bambino (Simonelli et al., 2010). Ciò che è importante è la validazione reciproca degli affetti e la sintonizzazione affettiva tra adulto e bambino ossia la condivisione degli stati emotivi e la legittimazione di espressione nella relazione (Simonelli et al., 2010).

Non è solo la quantità di tempo trascorso con il bambino e la sensibilità genitoriale che conta in questo sviluppo ma anche l'equilibrio nell'impegno di entrambi i genitori. Pertanto, l'accordo per la cura dei figli tra genitori è importante per una comprensione completa del contesto relazionale del bambino (Favez et al., 2021).

Bisogna considerare sia l'assistenza materna che quella paterna per comprendere lo sviluppo delle relazioni nella famiglia e, in particolare, è utile valutare la condivisione delle cure materne e paterne come fattore decisivo nello sviluppo delle relazioni genitore-genitore-bambino.

I bambini all'interno di famiglie separate e/o conflittuali non necessariamente presentano stili interattivi disfunzionali, anzi, più frequentemente hanno uno stile interattivo impegnato, ossia uno stile funzionale e riescono a gestire ancora bene la situazione familiare, mentre le famiglie che necessitano di una terapia spesso chiedono aiuto proprio per una sintomatologia evidente del bambino, che è inevitabilmente collegata anche alla sua incapacità di instaurare interazioni funzionali con i propri genitori (Mazzoni et al., 2015). In questo caso, il bambino diventa proprio il capro espiatorio delle difficoltà relazionali del sistema familiare.

Possiamo dedurre dunque, un'associazione significativa fra l'alta coordinazione genitoriale e lo stile interattivo funzionale del bambino, ad indicare quanto il ruolo della relazione cogenitoriale incida sul funzionamento familiare e sul modo in cui i figli contribuiscono alla dinamica del sistema.

Quindi, quando la famiglia è ben coordinata, genitori e figli collaborano per il raggiungimento di obiettivi comuni, svolgendo ognuno il proprio compito in maniera opportuna, condividendo gli affetti e le attenzioni e, complessivamente, mettendo in atto modelli di coparenting adeguati e stili interattivi del bambino funzionali. Al contrario, quando i componenti familiari non sono ben coordinati, i membri non riescono a seguire regole comuni e a mantenere distinti i propri ruoli, compromettendo così la funzionalità

del sistema attraverso schemi comportamentali inopportuni che si risolvono in stili di coparenting e stili interattivi del bambino disfunzionali (Mazzoni et al., 2015).

Due tipi di schemi cognitivi collegati al coparenting sono particolarmente importanti: il senso di competenza o autostima dei genitori da un lato e le convinzioni dei genitori sui ruoli genitoriali dall'altro (Favez et al., 2016). Il senso di competenza dei genitori si riferisce all'autoefficacia, ossia alla sensazione di essere in grado di influenzare positivamente lo sviluppo dei propri figli, e alla soddisfazione ossia il piacere o, al contrario, l'ansia che un genitore può provare riguardo al proprio ruolo genitoriale (Favez et al., 2016). Il sentirsi competente come genitore dipende dalla coerenza fra le convinzioni sui ruoli genitoriali e coparentali che l'adulto ha e i compiti che effettivamente deve svolgere. Queste convinzioni rimandano agli schemi mentali che la coppia ha riguardo alla ripartizione dei ruoli nella famiglia, che variano in base ai fattori psicologici della persona e dei valori sociali più in generale (Favez et al., 2016).

Quindi, un genitore si sente competente quando occupa un ruolo in linea con le sue convinzioni sui ruoli genitoriali e, in particolare, possiamo dire che quando le credenze di entrambi i genitori convergono sulla stessa linea, ci si può aspettare che si verifichi la cooperazione tra di essi (Favez et al., 2016). La mancanza di coordinamento nella coppia, invece, può inizialmente riflettere un percorso di adattamento reciproco dei genitori che stanno ancora apprendendo come coordinarsi con i rispettivi impegni; tuttavia, se con il passare del tempo i ruoli non vengono ben definiti, questo mancato coordinamento può portare a un conflitto relazionale duraturo (Favez et al., 2016).

Dunque, è importante considerare le cognizioni dei genitori negli interventi che avvengono nel periodo perinatale: comprendere le dinamiche di coparenting in una famiglia implica conoscere le rappresentazioni dei genitori sui ruoli genitoriali e il background sociale e culturale sottostante ad esse per evitare che il conflitto diventi cronico e dannoso per la crescita del bambino (Favez et al., 2016).

#### **2.4 Test che valutano la relazione genitore-figlio**

La prima relazione che un bambino ha con il suo caregiver è fondamentale per lo sviluppo nella prima infanzia e ha effetti sull'attaccamento, lo sviluppo socio-emotivo, quello cognitivo e l'esito clinico in generale (Lotzin et al., 2015); inoltre, pone le basi per tutte le relazioni successive, dovrebbe aiutare a espandere le emozioni positive e placare quelle negative (Lindh et al., 2022). Sappiamo poi che lo stile di attaccamento di un genitore può anche influenzare positivamente o negativamente il concetto di sé del

bambino (Lindh et al., 2022). Quindi l'osservazione accurata dell'interazione genitore-figlio è fondamentale per scovare punti di forza e di debolezza che possono influenzare lo sviluppo del piccolo (Lotzin et al., 2015).

Il care-giving fornisce conforto e protezione dai danni e, in particolare, un buon caregiver si mostra sensibile ossia emotivamente e psicologicamente disponibile per il bambino e si mostra reattivo ossia capace di rispondere in modo corretto e immediato ai segnali del bambino (Tryphonopoulos et al., 2016).

È importante che il caregiver e il bambino imparino ad adattarsi l'uno all'altro: il genitore deve riconoscere e rispondere sensibilmente ai segnali del figlio capendo che quest'ultimo è in grado di esprimere i suoi bisogni; il neonato, dal canto suo, deve inviare segnali chiari riguardo alle sue necessità e rispondere ai tentativi del caregiver di alleviarle (Tryphonopoulos et al., 2016). Se questo avviene, è probabile che si verifichino interazioni positive nella coppia, determinanti fondamentali della sicurezza dell'attaccamento.

All'interno della diade genitore-figlio l'interazione è bidirezionale e reciproca: ogni membro risponde prontamente alle manifestazioni affettive e comportamentali dell'altro, di conseguenza il successo della relazione dipende dalla capacità del bambino e della madre di regolarsi reciprocamente rispondendo in modo coerente agli affetti (Tryphonopoulos et al., 2016). Sappiamo che l'affetto materno può mediare la relazione tra attaccamento e comportamenti genitoriali, in particolare l'affetto positivo media la relazione tra attaccamento materno e nutrimento, rifugio, base sicura e comportamenti genitoriali accudenti mentre l'affetto negativo media svantaggiosamente la relazione tra attaccamento materno e accudimento (Lindh et al., 2022). Bambini con genitori più sensibili o reattivi durante il primo anno di vita sviluppano più frequentemente un attaccamento sicuro, un buon livello di attenzione, abilità linguistiche e capacità cognitive potenziate rispetto a bambini con genitori poco sensibili (Lotzin et al., 2015).

Valutare la relazione genitore-figlio è fondamentale quando si studia la famiglia e si auspica a una crescita sana del bambino al fine di identificare precocemente eventuali disfunzionalità. Essa è modellata dalle capacità sociali, emotive e cognitive bidirezionali sia dell'adulto che del piccolo.

La metodologia più efficace per valutare l'interazione genitore-bambino sembra essere l'osservazione diretta del comportamento in quanto questa pratica fornisce un'elevata utilità clinica per le decisioni professionali, permette di avere a disposizione dati più precisi rispetto ai self-report e più sensibili ai cambiamenti dovuti al trattamento

(Cañas et al., 2020). Le misure di osservazione sono dunque molto utili per riconoscere i bambini e le famiglie che necessitano di intervento e per monitorarne i progressi. Gli strumenti di osservazione della relazione genitore-bambino misurano la coordinazione, la sincronia e la reciprocità della diade: livelli sia troppo bassi che troppo alti possono influire negativamente sullo sviluppo infantile (Lotzin et al., 2015).

Una valutazione accurata e sofisticata dell'interazione caregiver-bambino è allora importante per il riconoscimento di problematiche precoci e per la ricerca di soluzioni adeguate, infatti, i modelli di interazione genitore-bambino disfunzionali sono un grande fattore di rischio per abuso e incuria sui minori.

Dato che le interazioni sociali tra i neonati e i loro principali caregivers pongono le basi per lo sviluppo sociale ed emotivo del bambino e sono la base per le successive esperienze con il mondo esterno, valutarne la qualità con l'uso di misure affidabili permette ai clinici di identificare modelli di care-giving disfunzionali (Tryphonopoulos et al., 2016). Infatti, se non si interviene precocemente con una valutazione tempestiva e un successivo trattamento adeguato, i problemi dovuti a relazioni compromesse possono comportare la necessità di interventi in centri di salute mentale o protezione dell'infanzia (Tryphonopoulos et al., 2016).

Ad oggi, dato che nessuno strumento è stato completamente approvato nella relazione con i padri, non se ne può raccomandare l'uso ma, sarebbe molto importante la validazione degli strumenti anche per la relazione padre-bambino in quanto i padri sono molto più coinvolti attualmente rispetto al passato nella cura e nella crescita dei figli (Lotzin et al., 2015). Sarebbe quindi interessante capire come l'interazione padre-bambino differisce dall'interazione madre-bambino. Un altro campo centrale della ricerca futura dovrà essere poi l'applicabilità culturale degli strumenti di osservazione per la valutazione dell'interazione genitore-figlio in quanto sappiamo che la cultura può influenzare la relazione stessa e, quindi, sarà utile chiarire se gli strumenti di osservazione della relazione rappresentano costrutti internazionali simili tra culture (Lotzin et al., 2015).

Per la valutazione dell'interazione genitore-figlio con bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi ci sono strumenti di osservazione comportamentale fra cui: l'indice sperimentale di relazione bambino-adulto (*CARE-Index*), la scala di disponibilità emotiva (EAS), il Q-sort sul comportamento materno (MBQS), la valutazione relazionale precoce genitore-figlio (PCERA), la scala di coinvolgimento dei



genitori/caregiver (PCIS), le chiavi per la scala genitoriale interattiva (KIPS) (Cañas et al., 2020).

Il KIPS è stato identificato come lo strumento osservativo più utile, fra quelli menzionati fino ad ora, da utilizzare nel campo della ricerca e dell'intervento su bambini con un'età compresa tra 2 e 71 mesi (Cañas et al., 2020). Esso valuta la qualità del comportamento genitoriale e, in particolare, si concentra su dodici comportamenti collegati a una genitorialità efficace con bambini piccoli.

Il *CARE-Index*, invece, potrebbe essere un potenziale strumento per valutare l'interazione genitore-bambino quando l'adulto ha malattie mentali comprovate (Cañas et al., 2020).

Ogni misura di osservazione ha proprietà psicometriche testate su una specifica fascia di popolazione e quindi, questi strumenti hanno una comprovata validità e affidabilità su una selezionata fascia di età (Cañas et al., 2020). Inoltre, sono necessari adattamenti interculturali degli strumenti di osservazione dell'interazione genitore-bambino e un rafforzamento degli studi psicometrici di questi ultimi proprio per l'importanza che riveste l'impatto delle interazioni primarie precoci per tutta la vita (Cañas et al., 2020).

Dunque, sono molto utili le scale di interazione genitore-figlio, le scale di regolazione reciproca, la valutazione iniziale della relazione genitore-figlio, il *Mother-Infant Communication Screening*, le *Ainsworth Maternal Sensitivity Scales* (Tryphonopoulos et al., 2016).

Questi dispositivi permettono di valutare le caratteristiche associate all'attaccamento e al care-giving e in particolare la sensibilità, la connessione emotiva, i comportamenti che la coppia genitoriale mostra nella relazione con il figlio, la prontezza della risposta, la sincronia e la comunicazione diadica (Tryphonopoulos et al., 2016). Un punto di forza di questi strumenti è che sono tutti fondati su presupposti condivisi circa l'importanza di comportamenti di accudimento sensibili e coerenti per una buona qualità della relazione caregiver-bambino e per incentivare uno sviluppo ottimale di quest'ultimo (Tryphonopoulos et al., 2016). La ricerca futura dovrebbe includere la convalida di queste misure con entrambi i genitori per aiutare a distinguere accuratamente i contributi unici di madri e padri alla crescita dei bambini (Tryphonopoulos et al., 2016).

Il successo nel care-giving è comunque di vitale importanza per lo sviluppo emotivo, cognitivo e psicosociale dei figli e influenza addirittura la salute mentale della generazione successiva (Tryphonopoulos et al., 2016).

Gli strumenti di valutazione della relazione sono allora molto utili per i professionisti che cercano di supportare relazioni problematiche ed è importante valutare l'interazione, l'attaccamento genitore-bambino ed eventualmente intervenire precocemente sull'armonia relazionale nel modo più efficace (Tryphonopoulos et al., 2016).

Di seguito riporto la descrizione dei principali test utilizzati per valutare la relazione primaria.

#### **2.4.1 Scale di interazione genitore-figlio (PCI)**

La qualità della relazione primaria può essere misurata attraverso le scale di interazione genitore-figlio; esse includono sei sotto-scale che valutano: la sensibilità dei genitori ai segnali, la reattività al disagio, le attività di promozione della crescita socio-emotiva e cognitiva e, per quanto riguarda il bambino: la chiarezza dei segnali infantili e la reattività al genitore. Queste scale, utilizzate principalmente per trovare i punti di forza e di debolezza dell'interazione caregiver-bambino, contengono 73 elementi binari nella scala didattica che viene utilizzata per valutare un'interazione didattica fra caregiver e bambino la cui osservazione richiede circa dieci minuti e 76 elementi binari nella scala di alimentazione che viene utilizzata per valutare i comportamenti nel contesto dell'interazione alimentare la cui osservazione richiede circa trenta minuti. Le scale PCI vengono molto utilizzate per misurare l'interazione genitore-bambino, non solo con la madre ma anche con il padre, in contesti di clinica e ricerca o screening ed esiste un certo grado di variabilità nella coerenza interna e nell'affidabilità test-retest (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.2 Scale di regolazione reciproca (MRSS), (IRSS)**

Il *Maternal Regulatory Scoring System* (MRSS) e *L'Infant Regulatory Scoring System* (IRSS) sono misurazioni che derivano dal *Mutual Regulation Model* utilizzabili con bambini fino ai dodici mesi. L'MRSS e l'IRSS valutano il comportamento del caregiver e del bambino e, in particolare, la sincronia della loro interazione durante il paradigma del volto fermo faccia a faccia (FFSF) che ci offre un metodo per valutare il sistema di comunicazione vocale/affettiva tra genitore e neonato (Tryphonopoulos et al.,

2016). Il paradigma FFSF si compone di tre momenti: una regolare interazione faccia a faccia della durata di due minuti mentre madre e bambino sono impegnati in un gioco libero; poi, un momento di distacco della madre dal bambino in cui lei non lo guarda, non lo tocca e non sorride della durata di due minuti e, infine, un momento di riunione della durata di due minuti in cui si riprende la normale interazione (Tryphonopoulos et al., 2016). Con l'MRSS il comportamento del genitore è valutato in base a sei dimensioni: vicinanza al bambino, direzionalità dello sguardo, accudimento, vocalizzazioni, tocco e comportamento di attivazione del piccolo. Con l'IRSS, invece, il comportamento del bambino è valutato in base a nove dimensioni: coinvolgimento con l'oggetto e sociale, vocalizzazioni, scansioni, distanza, gesti, auto-conforto, inibizione e indicatori di stress autonomo (Tryphonopoulos et al., 2016). L'MRSS e l'IRSS possono dunque essere usati per identificare l'interazione corrispondente o disadattata tra madri e bambini mentre partecipano a un gioco o si occupano insieme di un oggetto. Il punteggio finale, calcolato attraverso un approccio multi-codificatore, valuta dimensioni precise della relazione genitore-bambino (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.3 Valutazione precoce della relazione genitore-figlio (PCERA)**

Il *Parent-Child Relationship Assessment* (PCERA) misura la qualità dell'interazione genitore-figlio dalla nascita fino a quattro anni e dura circa venticinque minuti per essere completato. Valuta principalmente quattro dimensioni dell'interazione per identificare i punti deboli e quelli di forza della diade: l'esperienza del bambino con l'adulto, quella dell'adulto con il bambino, le caratteristiche comportamentali e affettive di ciascun membro della coppia e la qualità complessiva della relazione (Tryphonopoulos et al., 2016). Il PCERA si basa su un punteggio derivato dalla visione su video di interazioni importanti dal punto di vista evolutivo registrate per cinque minuti che permettono l'osservazione dell'attenzione congiunta, della reciprocità e del godimento reciproco (Tryphonopoulos et al., 2016). La scala è formata da ventinove variabili specifiche per il comportamento dei genitori fra cui affetto positivo e negativo, sensibilità e responsività, rispecchiamento e capacità di strutturare l'ambiente del bambino; ventotto variabili per il comportamento dei bambini fra cui prontezza, reattività, autoregolazione, capacità comunicativa e calmabilità e otto variabili relative alle caratteristiche diadiche come il godimento reciproco, la reciprocità, l'attenzione congiunta e la disregolazione diadica. Ogni variabile è valutata su una scala *Likert* a

cinque punti dove punteggi più alti indicano relazioni più positive fra bambino e caregiver (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.4 Screening della comunicazione madre-bambino (MICS)**

Il *Mother Infant Communication Screening* (MICS) è stato realizzato per rilevare i disturbi della comunicazione madre-bambino in un ambiente clinico. Si basa su sincronicità, reciprocità e mutualità e pone attenzione alle deviazioni dalla comunicazione ottimale come base per l'interazione disfunzionale della coppia. Il MICS facilita la valutazione della relazione madre-bambino e può aiutare a riconoscere e intervenire su situazioni ad alto rischio (Tryphonopoulos et al., 2016). Questa misura viene utilizzata con neonati fino ai dodici mesi, l'intervista richiede circa dieci minuti per essere completata e poi servono altri venti/trenta minuti per valutarla. Vengono osservati: linguaggio e sincronia, livello di angoscia, alimentazione, gioco e riposo su una scala *Likert* a cinque punti dove i punteggi più alti indicano un comportamento più positivo del genitore (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.5 Scale di sensibilità di Ainsworth (AMSS)**

Per misurare la sensibilità materna Ainsworth ha creato la *Maternal Sensitivity Scale* (AMSS) che è una scala bidimensionale composta da cinque punti di ancoraggio. Ogni punto di ancoraggio riflette un grado di sensibilità materna al comportamento del figlio che va da altamente insensibile ad altamente sensibile quando la madre mostra consapevolezza e sa rispondere in modo corretto e veloce ai segnali del bambino (Tryphonopoulos et al., 2016). L'AMSS viene utilizzato anche con madri di diversa etnia per testare gli effetti di interventi sull'attaccamento per diadi a rischio psico-sociale, viene utilizzato anche per misurare la sensibilità paterna e per verificare che il comportamento interattivo materno durante i primi anni di vita del figlio predica l'attaccamento dei bambini in età prescolare (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.6 Comportamento materno Q-sort (MBQS)**

Il Q-sort del comportamento materno (MBQS) ha novanta voci che misurano la sensibilità materna paragonandola a un punteggio prestabilito di una madre ideale prototipicamente sensibile. Ogni voce della scheda fra cui l'affetto materno, l'attenzione e lo stile di interazione rappresenta un aspetto del comportamento materno legato al riconoscimento dei segnali del figlio e alla prontezza di risposta (Tryphonopoulos et al.,

2016). I Q-sort sono ottenuti dall'osservazione della quotidiana interazione caregiver-bambino: alla madre, infatti, viene chiesto di svolgere la sua normale routine e i tempi di osservazione vanno da due a quattro ore (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.7 Scale di disponibilità emotiva (EAS)**

Le scale di disponibilità emotiva (EAS) servono per valutare la qualità dell'interazione diadica tra un bambino e un qualsiasi caregiver adulto: genitore biologico, adottivo o affidatario. L'espressione emotiva, la reattività, il calore, l'apertura e la comprensione reciproca sono capisaldi della relazione comunicativa bidirezionale tra i membri della diade. Questa sintonizzazione emotiva è data da segnali del caregiver e del bambino e dalla capacità dell'adulto di interpretare correttamente i segnali emotivi del piccolo (Tryphonopoulos et al., 2016). Il caregiver emotivamente disponibile ha uno stile di approccio sensibile, non intrusivo, né ostile e facilita l'espressione di sé del bambino incentivandolo a ricambiare reattivamente l'affetto e offrendo uno spazio per la regolazione emotiva dove il bambino impara a gestire le emozioni (Tryphonopoulos et al., 2016). L'EAS è costituita da sei sotto-scale: quattro relative al comportamento del caregiver ossia sensibilità, strutturazione, non ostilità e non intrusività e due relative al comportamento del bambino ossia coinvolgimento con il genitore e reattività al genitore. Anche se ciascuna delle sei sotto-scale valuta il comportamento di un membro della coppia, queste sono considerate variabili di relazione e, quindi, sia il caregiver che il bambino sono giudicati insieme nell'interazione (Tryphonopoulos et al., 2016). La valutazione dell'EAS può essere effettuata a casa o in laboratorio e includere molti contesti di osservazione come il gioco libero, il gioco strutturato o quello sociale. I tempi di osservazione vanno dai venti ai trenta minuti e queste scale possono essere utilizzate per valutare i modelli di disponibilità emotiva anche nelle diadi padre-figlio oltre che per valutare la relazione madre-bambino (Tryphonopoulos et al., 2016).

#### **2.4.8 Scala di osservazione dell'interazione genitore-bambino (PIIOS)**

Questo strumento è stato progettato in modo specifico per permettere agli operatori che lavorano nel campo delle cure primarie e della prima infanzia di valutare agevolmente la reattività sensibile dei genitori coi propri figli fino a quando hanno circa sette mesi di età (Svanberg et al., 2013). Il PIIOS include una serie di costrutti basati sul lavoro di Ainsworth, costrutti basati sulla ricerca dell'importanza dell'interazione a medio raggio, costrutti basati sulla ricerca delle conseguenze delle relazioni caotiche a

quattro mesi di età, che si sono dimostrate tutte collegate alla sicurezza dell'attaccamento dei bambini a dodici mesi e costrutti basati sulle ricerche della *mind-mindedness* ossia la capacità della madre di interpretare e verbalizzare ciò che prova il bambino (Svanberg et al., 2013). Il PIIOS include tredici costrutti basati sul comportamento interattivo della diade osservata e utilizza una scala *Likert* a tre punti per individuare le famiglie a basso, medio e alto rischio di problemi di relazione genitore-bambino (Svanberg et al., 2013). In particolare, questo strumento valuta l'interazione sulla base di tre dimensioni: coinvolgimento, prevedibilità, genuinità e, usando dieci item su tredici, può essere utilizzato anche con neonati di appena due settimane di vita (Naughton et al., 2019). Uno dei limiti del PIIOS è che la validità dello strumento è massima nelle interazioni poco sensibili cioè quando il bambino ha maggiori possibilità di sviluppare un attaccamento insicuro o disorganizzato mentre non riesce a differenziare con altrettanta accuratezza le diadi sensibili l'una dall'altra (Svanberg et al., 2013). È necessario inoltre fare ulteriori ricerche per testare l'affidabilità test-retest del PIIOS e la sua affidabilità inter-valutatore. Il PIIOS è dunque uno strumento di screening valido per riconoscere le diadi genitore-bambino problematiche e permettere agli operatori di riconoscere più agevolmente le famiglie bisognose di aiuto e identificare il tipo di supporto necessario (Svanberg et al., 2013).

#### **2.4.9 Comportamenti osservati del genitore nell'interazione con il bambino (COPI)**

Il *Coding Observations of Parent-Child Interaction* (COPI) comprende l'osservazione di dieci comportamenti genitoriali divisi in quattro categorie di interazione genitore-figlio: comportamenti reattivi (sensibilità agli interessi del figlio, risposte adeguate, iniziativa), supporto all'apprendimento (incoraggiamento), controllo (ritmo) e affetto (premura) e può servire per osservare i principali comportamenti genitoriali collegati allo sviluppo precoce del linguaggio nei bambini (Sylvestre et al., 2021). Una relazione sufficientemente buona tra caregiver e bambino è molto importante per lo sviluppo del linguaggio infantile e in particolare un sano sviluppo è incentivato dalla reattività genitoriale che può essere definita come una genitorialità sempre attenta ai bisogni del piccolo, dal supporto all'apprendimento che promuove lo sviluppo cognitivo e linguistico, dall'affetto che consente al bambino di esplorare liberamente l'ambiente e dal controllo che spinge il bambino a dirigere l'attenzione in un determinato punto o svolgere un certo comportamento in maniera non intrusiva (Sylvestre et al., 2021). Il COPI consente valutazioni anche sfumate e non solo la

determinazione della presenza o dell'assenza dei comportamenti oggetto di misurazione grazie alla presenza di misurazioni su una scala *Likert* a quattro punti (Sylvestre et al., 2021). Questo strumento aiuta a capire quali comportamenti utili sono già adottati dal genitore per incentivarli, quali, invece, sono poco presenti e quali comportamenti dovrebbero essere rivisti per soddisfare meglio le necessità del bambino (Sylvestre et al., 2021). Dunque, l'affidabilità di questo strumento permette di intervenire in modo mirato e individualizzato sui bambini e le loro famiglie.

#### **2.4.10 La procedura di *Crowell***

La procedura di *Crowell* può essere utilizzata per valutare l'interazione genitore-bambino in ambienti clinici e di ricerca ed è efficace nel distinguere i bambini che mostrano un livello significativo di problematiche esternalizzanti/internalizzanti da quelli che si sviluppano senza particolari problemi (Loop et al., 2017). La procedura comprende l'osservazione di compiti non strutturati come il gioco libero che può rivelare la familiarità della diade con il divertimento nel tempo libero e di compiti strutturati come i giochi didattici, compresa anche l'osservazione di una fase di separazione/ricongiungimento che consente alla coppia caregiver-bambino di mostrare la loro routine interattiva quotidiana (Loop et al., 2017). Venivano valutate inizialmente nove componenti relative al comportamento del piccolo: entusiasmo, fiducia in sé stessi, persistenza, affetto, negatività, evitamento, comportamento di controllo, compiacenza e ansia; inoltre, venivano valutati anche l'aiuto e il sostegno della madre (Loop et al., 2017). Questo sistema di codifica è stato rivisto in molte occasioni; una versione recente si basa su sette scale di valutazione standardizzate del comportamento dei bambini: affetto positivo, irritabilità/rabbia, ritiro/indifferenza, non conformità, aggressività, persistenza ed entusiasmo e sei scale relative al comportamento dei genitori ossia: reattività emotiva, comportamentale, affetto positivo, ritiro/disinteresse, aggressività, irritabilità/rabbia (Loop et al., 2017). La procedura è utile anche per raccogliere informazioni sul modo in cui la coppia gestisce lo stress, ad esempio quando il bambino non vuole svolgere un compito. Il comportamento del bambino comunque deve essere interpretato sempre in collegamento a quello del genitore e viceversa (Loop et al., 2017). Questo strumento è altamente flessibile e non richiede molto tempo per essere applicato, tuttavia ogni spezzona videoregistrato suscita un certo livello di stress nei partecipanti e alcuni comportamenti di bambini e genitori potrebbero essere stati

disincentivati a causa della presenza di uno sperimentatore sconosciuto (Loop et al., 2017).

#### **2.4.11 Sistema di codifica dell'interazione diadica genitore-figlio (DPICS)**

Il *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System* (DPICS) è uno strumento di osservazione del comportamento utilizzato per valutare la qualità dell'interazione diadica genitore-figlio (Thornberry & Brestan-Knight, 2011). I comportamenti della diade vengono osservati per venticinque minuti durante una situazione di gioco standardizzata suddivisa in tre momenti principali: un momento di gioco guidato dal bambino, uno guidato dai genitori e uno finale (Thornberry & Brestan-Knight, 2011). Nei primi dieci minuti di osservazione è il bambino a condurre il gioco e di questo tempo a disposizione, i primi cinque minuti sono considerati “di riscaldamento” per consentire alla coppia di sentirsi più a proprio agio possibile. Nei secondi dieci minuti è il genitore incaricato a condurre il gioco e, ancora una volta, di questi dieci minuti, i primi cinque di osservazione sono considerati “di riscaldamento”; infine, negli ultimi cinque minuti a disposizione, al genitore viene chiesto di ordinare al bambino di ripulire i giocattoli, questa volta senza segmento di riscaldamento (Thornberry & Brestan-Knight, 2011). Lo studio di Thornberry & Brestan-Knight ha dimostrato che se i segmenti di riscaldamento venissero eliminati dal sistema di codifica, l'utilità clinica del DPICS potrebbe essere ancora migliore oltre a rendere la procedura più snella (2011).

#### **2.4.12 Questionario sulla relazione genitoriale (PRQ)**

Il *Parenting Relationship Questionnaire* (PRQ) è stato sviluppato per valutare la qualità delle relazioni familiari e genitoriali che sono fondamentali per la crescita di un bambino sano a livello emotivo e sociale (Rubinic & Schwickrath, 2010). La relazione caregiver-bambino può avere conseguenze sulle competenze sociali di quest'ultimo, sullo sviluppo del linguaggio, sull'autostima; inoltre, avere informazioni sulle interazioni genitori-figli può essere utile per capire quanto incide il comportamento della madre o del padre su quello del figlio (Rubinic & Schwickrath, 2010). Il PRQ ha quarantacinque elementi, richiede circa dieci/quindici minuti per essere completato da un adulto e include affermazioni che descrivono convinzioni, pensieri, sentimenti e situazioni comuni che un genitore può sperimentare quando ha a che fare con suo figlio (Rubinic & Schwickrath, 2010). Il questionario è facile da utilizzare e la valutazione avviene su scala *Likert* da parte dei genitori. Il PRQ è utile in contesti pediatrici, clinici,



di consulenza, proprio per rilevare la prospettiva del genitore sulla relazione diadica col proprio figlio, tuttavia il questionario è meglio che non venga utilizzato per fare diagnosi perché non raggiunge un livello di dettaglio tale da fidarsi per un'indicazione così importante (Rubinic & Schwickrath, 2010). L'adeguatezza per il PRQ si basa sull'affidabilità test-retest e sulla coerenza interna, inoltre, sono disponibili diverse versioni dello strumento e ci sono indicazioni chiare su come utilizzarlo. Per come è strutturato, però, alcune domande potrebbero non essere generalizzabili alle classi socio-economiche inferiori e alcune scale possono essere utilizzate solo nella versione computerizzata del PRQ (Rubinic & Schwickrath, 2010).

#### **2.4.13 *The Strange Situation Procedure (SSP)***

La *Strange Situation Procedure* (SSP) introdotta per la prima volta da Ainsworth nel 1969 è una procedura di osservazione di ventuno minuti circa che prevede due separazioni e due riavvicinamenti tra un neonato e il suo caregiver (Madigan et al., 2023). Valuta il comportamento e i modelli operativi interni nei bambini di età compresa tra undici e ventiquattro mesi nel momento in cui vengono introdotti piccoli segnali di pericolo per la relazione primaria in un contesto standardizzato che dovrebbe attivare il sistema di attaccamento (Madigan et al., 2023). Le relazioni primarie sono classificate come: sicure, evitanti, resistenti o disorganizzate in base alla reazione alla separazione e al ricongiungimento con il genitore. La procedura di questo strumento è rimasta invariata negli ultimi cinquanta anni e questo è un importante punto di forza in quanto consente repliche e confronti nel tempo (Madigan et al., 2023). Nello specifico dunque, nella SSP il caregiver, il bambino e una figura sconosciuta interagiscono in sette momenti di circa tre minuti l'uno in una stanza da giochi e avvengono due separazioni e due ricongiungimenti tra il bambino e il genitore; le separazioni vengono ridotte se il bambino non riesce a tollerarle. Grazie alla procedura SSP è possibile osservare come il bambino esplori un nuovo ambiente e come usi il genitore come fonte di calore quando è preoccupato (Madigan et al., 2023). Inoltre, si può osservare la disponibilità o, al contrario, l'indisponibilità del caregiver alla relazione permettendo l'osservazione della storia della diade e, in particolare, l'osservazione delle aspettative del bambino sulla disponibilità emotiva del proprio caregiver quando ne sente il bisogno (Madigan et al., 2023). I bambini con attaccamento sicuro solitamente sono a disagio quando il genitore si allontana dalla stanza e cercano conforto quando lo vedono rientrare usandolo come base sicura per esplorare l'ambiente in modo tranquillo; i

bambini con attaccamento insicuro-evitante, invece, esplorano l'ambiente da soli evitando il contatto con il caregiver; i bambini con attaccamento insicuro-resistente sono preoccupati prima della separazione dal caregiver e, al ritorno di quest'ultimo, non essendo in grado di essere confortati, esprimono rabbia senza esplorare l'ambiente circostante (Madigan et al., 2023). Un elemento fondamentale che permette l'instaurazione di un attaccamento sicuro è l'accudimento reattivo e la sensibilità ai segnali del bambino durante il primo anno di vita che permetterebbe esiti comportamentali, cognitivi e interpersonali migliori rispetto alle controparti insicure (Madigan et al., 2023). Il quarto e ultimo stile di attaccamento è quello definito disorganizzato che è caratterizzato da un comportamento conflittuale e incoerente nei confronti del caregiver. Il bambino è dipendente dal genitore, lo cerca ma quest'ultimo è anche la sua principale fonte di allarme e questo può essere dovuto a svariati motivi: abusi fisici, sessuali o emotivi, maltrattamenti, comportamenti anomali spaventati o spaventosi, incuria (Madigan et al., 2023). I piccoli con stile di attaccamento disorganizzato sono a maggior rischio di sviluppare problematiche fra cui problemi di esternalizzazione, problemi interpersonali, difficoltà scolastiche (Madigan et al., 2023). L'attaccamento insicuro, in particolare disorganizzato, ha maggiori probabilità di svilupparsi in bambini abbandonati in contesti istituzionali o in bambini le cui famiglie versano in forti condizioni di stress: povertà o basso stato socio-economico, adolescenza genitoriale, genitorialità single, psicopatologia genitoriale (Madigan et al., 2023). La ricerca futura dovrebbe porre maggiore attenzione a una comprensione più precisa dello sviluppo dell'attaccamento in diversi gruppi etnici, alle valutazioni dell'attaccamento padre-bambino oltre che madre-bambino e dovrebbe convalidare nuovi strumenti in grado di essere utilizzati su larga scala (Madigan et al., 2023).

#### **2.4.14 *The Working Model of the Child Interview (WMCI)***

Il *Working Model of the Child Interview (WMCI)* è un'intervista strutturata che valuta i modelli operativi interni e le rappresentazioni dei genitori sulla relazione con i loro bambini piccoli. Le rappresentazioni interne del genitore dipendono dalle sue caratteristiche e dalle sue esperienze di attaccamento, da quelle del bambino e si riflettono all'interno della narrazione (Vreeswijk et al., 2012). La relazione tra un caregiver e un bambino può essere vista come formata da quattro elementi fondamentali interconnessi: i comportamenti interattivi del bambino e del genitore e le rappresentazioni interne del bambino e del genitore. Un cambiamento all'interno di una

componente può influenzare, di conseguenza, anche le altre tre (Vreeswijk et al., 2012). È importante, dunque, che quando si valuta la relazione genitore-bambino ci si concentri sui comportamenti osservabili ma anche sulle esperienze soggettive interne della relazione nella diade. Il WMCI è attento al significato che un figlio ha per il suo caregiver interrogando quest'ultimo sulle sue esperienze soggettive e di relazione con il bambino e sulla genitorialità trovandole correlate alle classificazioni dell'attaccamento infantile (Vreeswijk et al., 2012). Le domande del WMCI riguardano le percezioni dei genitori sulle caratteristiche di personalità del loro bambino, in particolare, vengono suscitati pensieri e sentimenti dei genitori sui loro figli in specifiche situazioni del presente, del passato e delle aspettative future (Vreeswijk et al., 2012). L'intervista richiede circa quarantacinque minuti e le risposte dei genitori vengono alla fine codificate secondo un preciso sistema di codifica che si compone di tre fasi: inizialmente, le rappresentazioni sono codificate durante l'intervista con sei scale qualitative a cinque punti e due scale di contenuto valutate sulla base della presenza o dell'assenza di caratteristiche come la ricchezza delle percezioni piuttosto che l'intensità del coinvolgimento. Le due scale di contenuto indicano, invece, fino a che punto il genitore si preoccupa per la sicurezza del figlio e quanto percepisce il comportamento del bambino come difficile (Vreeswijk et al., 2012). In un secondo momento, durante il colloquio, vengono valutati i toni affettivi della rappresentazione del bambino da parte del caregiver e, infine, le rappresentazioni dei genitori vengono classificate in: equilibrate, disimpegnate o distorte (Vreeswijk et al., 2012). Il genitore con una rappresentazione equilibrata del bambino è assorbito dalla relazione con quest'ultimo, valorizza la relazione con lui e la sua soggettività; il genitore con una rappresentazione disimpegnata è freddo, indifferente o distante emotivamente dal piccolo, fa descrizioni molto intellettualizzate del bambino e, in casi estremi, è presente una vera e propria avversione nei suoi confronti. Infine, il genitore con una rappresentazione distorta mostra incoerenza nella narrazione e questo potrebbe essere dovuto alla presenza di altre preoccupazioni oltre al figlio che non gli permettono di concentrarsi sulle caratteristiche del bambino (Vreeswijk et al., 2012). Questi genitori possono avere aspettative irrealistiche sui propri figli o essere molto insensibili nei loro confronti, inoltre, le descrizioni dei loro piccoli sono spesso incoerenti, confuse, bizzarre (Vreeswijk et al., 2012). Le rappresentazioni materne equilibrate sono collegate all'attaccamento sicuro del bambino, quelle disimpegnate sono collegate all'attaccamento infantile evitante e quelle distorte all'attaccamento

resistente/ambivalente (Vreeswijk et al., 2012). Una limitazione significativa del WMCI è che non è stata creata alcuna classificazione di rappresentazione genitoriale che corrisponda allo stile di attaccamento disorganizzato del bambino e questo è un difetto significativo dello strumento in quanto sono proprio questi bambini maggiormente a rischio di sviluppare psicopatologia o esiti socio-emotivi avversi (Vreeswijk et al., 2012). Infine, il WMCI è stato utilizzato anche per misurare la *Reflective Functioning* (RF), un costrutto legato all'attaccamento che si riferisce alla capacità di un caregiver di pensare a ciò che il bambino potrebbe sentire (Vreeswijk et al., 2012). Le donne con livelli più elevati di RF hanno rappresentazioni più equilibrate, sono più sensibili e meno rifiutanti durante le interazioni con i loro bambini (Vreeswijk et al., 2012). Quando, comunque, il genitore o il bambino fanno esperienza di problemi fisici, psichici, contestuali, ciò si riflette nella relazione primaria e nella rappresentazione interna del bambino da parte del genitore. Pertanto, valutare le rappresentazioni genitoriali del bambino con la WMCI può fornire informazioni importanti da utilizzare come base per interventi volti al miglioramento della relazione primaria (Vreeswijk et al., 2012). Gli interventi basati sull'alterazione delle rappresentazioni interne dei genitori possono essere utili per migliorare il modo in cui i genitori interagiscono con i propri figli, incidendo così sulla formazione di un attaccamento infantile più sicuro (Vreeswijk et al., 2012). La ricerca futura dovrebbe valutare anche le differenze di genere nelle rappresentazioni dei genitori sui propri figli con età diverse, includendo anche la valutazione delle rappresentazioni dei padri in quanto essi svolgono un ruolo fondamentale sui risultati socio-emotivi dei bambini e nell'educazione dei figli nei primi anni di vita (Vreeswijk et al., 2012).

## **CAPITOLO 3.**

### **LA RICERCA: INTRODUZIONE DI UNA SCHEDA PSICO- RELAZIONALE NEI BILANCI DI SALUTE IN ETA' PEDIATRICA (0-36 MESI)**

#### **3.1 Obiettivi e ipotesi**

L'importanza della qualità della relazione primaria con il caregiver è stata ampiamente documentata in letteratura. Una relazione sintonizzata con i bisogni del bambino, sensibile alle sue richieste e attenta contribuisce alla formazione di un attaccamento sicuro in cui le interazioni sono prevedibili e aiutano il bambino a svilupparsi in modo sano; al contrario, risposte incoerenti, disimpegnate, emotivamente distanti, spaventate o spaventanti non lasciano al bambino una sensazione di soddisfazione e sono alla base della formazione di un attaccamento insicuro e, nei casi più gravi, disorganizzato che è un grande fattore di rischio per la psicopatologia a breve e lungo termine.

Nell'ambito degli studi psicologici sulla relazione genitore-bambino sono stati creati molti strumenti per valutare l'interazione diadica con la madre, mentre è stato poco indagato il ruolo della qualità della relazione precoce con entrambi i genitori che risulta essere di fondamentale importanza per conoscere i contributi che sia la madre che il padre apportano allo sviluppo del figlio.

Gli strumenti attualmente esistenti per valutare lo sviluppo relazionale genitori-bambino sono molto lunghi e dispendiosi a livello di tempo e soprattutto vengono somministrati quando la relazione primaria risulta già compromessa, dunque, l'obiettivo della ricerca è stato quello di introdurre una scheda per i Pediatri da utilizzare nei vari bilanci di salute in età pediatrica che valutasse oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo sviluppo relazionale genitori-bambino tramite una scheda che abbiamo definito "Scheda Psico-Relazionale" molto semplice, intuitiva e veloce da somministrare che ci ha permesso di valutare i bambini e le loro famiglie per rilevare l'eventuale presenza di difficoltà da attenzionare a specialisti del settore.

L'obiettivo, dunque, è stato quello di analizzare tutte le statistiche descrittive di tutti gli item della scheda nelle varie tappe per avere una descrizione accurata del campione di bambini e genitori a nostra disposizione e poi sono state fatte le analisi aggregate dei dati, ossia sono state unite le risposte alle stesse domande nelle varie

tappe di madre e padre separatamente, dell'andamento della qualità della relazione genitore-bambino e quelle relative ad osservare come cambia chi accompagna il bambino alla visita pediatrica mano a mano che quest'ultimo cresce, per vedere come si modificassero col passare dei mesi e sono state unite anche le risposte nelle varie tappe di madre e padre insieme per analizzare eventuali differenze fra i due dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Inoltre, nelle analisi aggregate, sono state unite anche le percentuali medie di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a nelle varie tappe per vedere l'andamento di crescita complessivo del campione totale di bambini considerati e, grazie a questo, abbiamo potuto istituire dei parametri di allerta sulla base del punteggio ottenuto che aiutassero il Pediatra a capire se fosse opportuno inviare un bambino e i suoi genitori da un professionista della Salute Mentale.

Si è voluta dunque proporre una linea di ricerca comune tra Pediatri, Psicologi/Psicoterapeuti e Neuropsichiatri Infantili che potesse diventare il riferimento per tutti i Pediatri che si trovano ad affrontare quali sono i segnali dei bambini che predicono una psicopatologia e sapere, di conseguenza, a chi doverli indirizzare.

Lo strumento che abbiamo creato può essere utilizzato dal Pediatra di famiglia nei vari appuntamenti di bilancio della salute e permette loro di avere degli elementi a disposizione per poter dire che in un certo momento la salute pediatrica procede in un determinato modo ma potrebbero esserci dei predittori di difficoltà sia di tipo relazionali (tanto più il bambino è piccolo, tanto più la difficoltà si esprime nella relazione), sia individuali.

Si è voluto porre l'accento sull'importanza di valutare precocemente, durante i bilanci di salute, lo sviluppo biologico ma anche quello psicologico e relazionale del bambino, da parte di uno specialista nel campo non psicologico come può essere un Pediatra, per permettere a quest'ultimo di attenzionare quanto prima quei bambini e le rispettive famiglie che necessitano di un aiuto e indirizzarli a chi di dovere.

Abbiamo scelto di far somministrare la scheda proprio in occasione dei bilanci di salute in quanto, in questo modo, si potevano valutare quanti più bambini e genitori possibili, essendo un appuntamento obbligatorio fino ai 14 anni e, inoltre, ciò a cui come gruppo di lavoro abbiamo tenuto tanto è stato proprio sottolineare l'importanza di valutare il benessere psichico/relazionale sin da subito e non solo quello fisico/organico, come già avviene.

Le domande, dunque, all'interno della scheda che si è proposta, sono domande non solo centrate sulla salute del bambino, ma anche su quella del genitore e sulla salute della relazione primaria e che permettono di fare prevenzione con questo tipo di disagio.

Dallo Psicoterapeuta arrivano infatti solo famiglie, bambini e adolescenti quando hanno una percezione tarda del bisogno, rispetto a quanto un Pediatra, grazie alla sua esperienza, possa osservare precocemente durante le visite di routine. La relazione primaria potrebbe, dunque, davvero giovare dall'aiuto e dalla collaborazione dei Pediatri e Neuropsichiatri Infantili.

In particolare, l'intento è stato quello di creare due livelli di valutazione e di gravità:

- Primo livello: il Pediatra non ritiene ci siano particolari compromissioni e dunque rivede il bambino normalmente;
- Secondo livello: esistono dei predittori sulla scala che indicano l'opportunità di far valutare il bambino e la sua relazione con i genitori da uno Psicoterapeuta o da un Neuropsichiatra Infantile con una componente terapeutica di tipo farmacologico.

Il bilancio di salute è un appuntamento obbligatorio che ogni genitore deve far eseguire al proprio figlio con il Pediatra a 1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi, 12 mesi, 18 mesi, 36 mesi, 6 anni, 11 anni e 14 anni.

Essendo obbligatorio, ad ogni bilancio il Pediatra fa firmare l'avvenuta visita al genitore e ne rimane traccia nel libretto sanitario del bambino che viene consegnato ad ogni mamma quando partorisce; su questo libretto ci sono pochissime considerazioni che i genitori devono fare sullo sviluppo psicologico e relazionale del figlio e comunque non sono assolutamente standardizzate.

Il libretto sanitario dell'età evolutiva è uno strumento che serve a raccogliere alcuni dati sullo stato di salute globale del bambino e vuole essere un mezzo di comunicazione di informazioni tra famiglia, medico e servizi sanitari. È inoltre finalizzato a fornire linee guida sugli aspetti principali dello sviluppo e sull'assistenza al bambino.

È composto di più sezioni:

- La prima riporta dati anagrafici e anamnestici familiari;
- La seconda contiene notizie sulla gravidanza e il parto e va compilata a cura della neonatologia dell'ospedale;

- La terza registra i controlli programmati alle varie età per la valutazione generale del bambino, per screening, per rilievi segnalati dalla famiglia e va compilata da parte del Pediatra di fiducia del bambino.

I bilanci di salute hanno lo scopo di riassumere periodicamente i dati rilevanti e gli eventuali problemi sanitari del piccolo.

L'ultima parte del libretto contiene poi delle schede per raccogliere informazioni sulle vaccinazioni eseguite, sugli esami di laboratorio, sui ricoveri ecc.

Il libretto pediatrico deve essere accuratamente conservato dai genitori, portato con loro a tutte le visite di routine, a quelle specialistiche e alle vaccinazioni, in modo che il medico possa conoscere la storia sanitaria del bambino e trascrivere l'esito dei rilievi previsti. È costituito, inoltre, di schede inseribili che il Pediatra consegnerà ai genitori per trasmettere loro delle informazioni al momento più opportuno.

La proposta della ricerca nasce quindi dalla considerazione comune che ad oggi non esistono strumenti condivisi che possano sopperire alla valutazione periodica nel tempo, dalla nascita e fino all'adolescenza, di aspetti psicologici e relazionali, al fine di consentire di individuare soggetti a rischio di sviluppo di condizioni cliniche significative da attenzionare e seguire.

È importante rilevare e correlare i dati a tre livelli: a livello del bambino, del genitore/i e a livello della relazione. I dati rilevati dal Pediatra dovrebbero permettere di indicarci dove inviare il bambino con i genitori ai vari livelli e questo dovrebbe consentire prossimamente di creare delle reti sul territorio che permettano di fare una differenziazione su più piani.

Per quanto riguarda le ipotesi e in particolare le risposte date alle domande della categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a" ci aspettavamo che, qualora il bambino non avesse avuto problemi e compromissioni dello sviluppo, avrebbe raggiunto la maggior parte degli item previsti dalla scheda per l'età e quindi che, in generale, a 1 mese il bambino avesse un comportamento principalmente flesso, a 3 mesi un sufficiente controllo dei movimenti volontari, a 6 mesi avesse una buona coordinazione oculo-motoria con un buon controllo del tronco e una buona capacità di portare le mani verso gli oggetti, a 9 mesi fosse in grado di mantenere la posizione seduta e produrre lallazioni, a 12 mesi raggiungesse la posizione eretta con l'aiuto di un adulto, a 18-24 mesi camminasse in modo autonomo e affinasse la motricità fine, a 36



mesi scendesse e salisse le scale da solo e parlasse in modo intenzionale usando qualche parola. Ogni scheda è andata a valutare le varie abilità presenti in ogni fascia di età.

Per quanto riguarda, invece, le risposte date alle domande della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” ci aspettavamo una maggiore compromissione nelle donne che negli uomini dato che la depressione post-partum, per esempio, e lo stato ansioso colpisce maggiormente le madri che i padri nel periodo successivo alla nascita di un figlio/a e comunque ci aspettavamo che le compromissioni fossero sempre minori mano a mano che il bambino cresceva.

Nelle risposte date alla categoria “Qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita” ci aspettavamo che fosse principalmente la madre ad accompagnare il bambino/a alla visita in quanto la letteratura ci dice che la madre è quella che maggiormente si sente in dovere di crescere un figlio sano e forte (Stern, 1995), inoltre ci aspettavamo che la relazione genitore-bambino fosse in misura maggiore sufficientemente buona o ben adattata piuttosto che tesa, compromessa o disorganizzata in quanto la letteratura ci informa che la maggior parte della popolazione non clinica di bambini ha uno stile di attaccamento sicuro, in misura minore i bambini hanno uno stile di attaccamento evitante o ambivalente e solo una piccola percentuale ha uno stile di attaccamento disorganizzato (Bowlby, 1979).

La scheda valuterà in futuro tutta la fascia d'età 0-14 anni ma, fino ad oggi, ci siamo concentrati sullo sviluppo 0-36 mesi. Si è cominciato a lavorare al progetto a Novembre 2021 e sono state fatte cinque revisioni alla scheda, la prima nel Febbraio 2022.

### **3.2 Partecipanti**

Attraverso una sinergia della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt, insieme ad alcuni rappresentanti della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, è stata creata, su proposta della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt, una scheda su ogni fascia di età da 1 mese a 36 mesi per la valutazione dello sviluppo psicologico e relazionale genitori-bambino da far somministrare ai Pediatri nei vari bilanci di salute in età pediatrica.

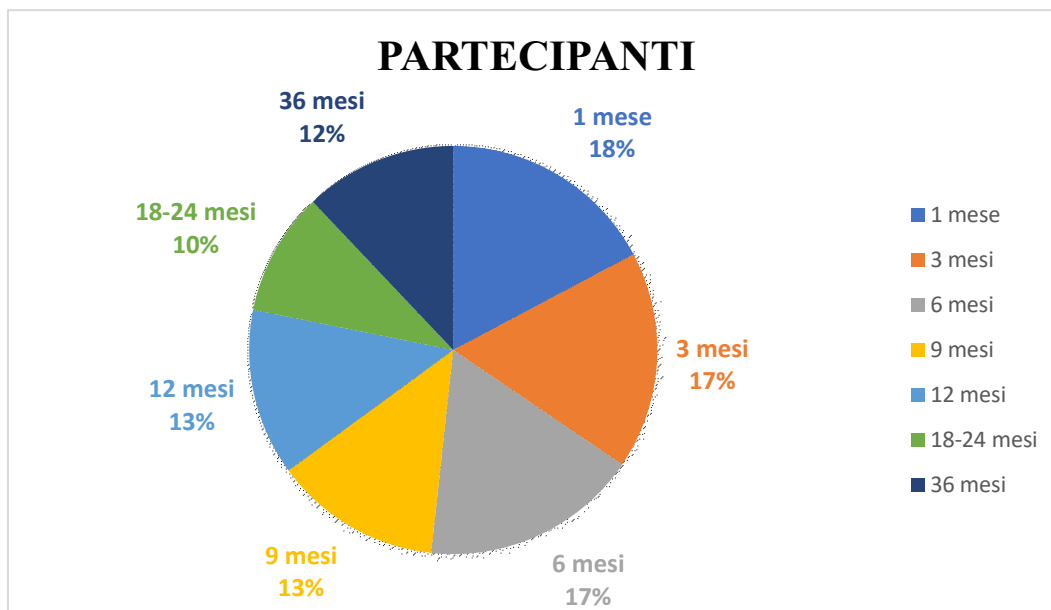
I Pediatri che hanno partecipato alla ricerca hanno raccolto i seguenti dati dai questionari somministrati ai bambini e ai loro genitori durante i vari bilanci di salute effettuati: 30 schede di bambini e genitori di 1 mese pari al 18% sul totale, 30 schede di bambini e genitori di 3 mesi pari al 17% sul totale, 30 schede di bambini e genitori di 6

mesi pari al 17% sul totale, 23 schede di bambini e genitori di 9 mesi pari al 13% sul totale, 23 schede di bambini e genitori di 12 mesi pari al 13% sul totale, 17 schede di bambini e genitori di 18-24 mesi pari al 10% sul totale e 21 schede di bambini e genitori di 36 mesi pari al 12% sul totale.

I partecipanti vengono descritti accuratamente tappa per tappa nella parte dedicata alle analisi descrittive, ora mi soffermo a considerare le risposte date nella categoria “Altro” delle schede somministrate ai partecipanti nelle varie fasce di mese così da avere una visione più ampia del campione considerato.

È stato riportato che due bambini di 1 mese portano le mani alla bocca mentre i genitori di altri due bambini di 1 mese riportano che in un caso la madre assumeva “Sertralina” prima della gravidanza e tuttora ne fa uso, nell’altro sia il padre che la madre a volte hanno difficoltà a gestire la figlia. Un bambino di 3 mesi facente parte del campione, invece, ha rari episodi di pianto e il tono dell’umore della madre si era modificato in negativo dopo la nascita del figlio ma è migliorato dopo il primo mese; un’altra madre di un bambino di 3 mesi ha riportato che il padre è un dipendente da alcool e non conosce il bambino perché separato dalla compagna da sei mesi, inoltre, il bambino ha due fratelli più grandi ma con padre diverso. Due madri di bambini di 6 mesi riportano in un caso difficoltà a gestire il bambino quando piange molto, nell’altro un’alterazione dell’alimentazione che però è andata migliorando. A 9 mesi non sono riportate particolarità nel campione di partecipanti considerato e a 12 mesi è stata segnalata in un caso una difficoltà da parte del Pediatra a comunicare coi genitori di un bambino in quanto stranieri. A 18-24 mesi è stato segnalato un bambino un po’ timido, uno che comprende due lingue, uno che si agita e piange durante tutta la visita, uno che piange e si oppone ma in braccio alla mamma si calma. A 36 mesi, infine, un bambino facente parte del campione oggetto di studio non ha ancora iniziato l’asilo, la madre di un altro bambino non legge mai storie al figlio, mentre in un altro caso il Pediatra segnala che la madre non interviene mai per impedire al figlio di toccare ovunque in laboratorio.

Nella *Tabella 1* è presente un diagramma a torta che descrive il campione con rispettive percentuali calcolate sul totale dei partecipanti alla ricerca.



*Tabella 1 (Partecipanti alla ricerca)*

### 3.3 Strumenti

Nella regione Veneto, circa cinque anni fa, l'insieme delle associazioni culturali venete si è posta il problema dei disturbi del neuro-sviluppo e di validare una scheda che potesse essere utile al Pediatra da inserire nel gestionale, cosa che è avvenuta da circa tre anni, proposta a tutti i Pediatri di base del Veneto.

La scheda summenzionata invece di essere una fotografia del bambino (es: sorride/non sorride), è strutturata in modo che lo stesso item venga visto negli item successivi come la sua evoluzione: in questo caso il sorriso sociale, per esempio. C'è una certa continuità in questa scheda di valutazione ma mancano item relativi alla relazionalità.

Ciò che differenzia allora la scheda che abbiamo proposto dalle altre già esistenti è proprio l'aspetto relazionale e questo può essere un modo per implementare le schede attuali. Quella creata non è una scheda per il neuro-sviluppo; fra di esse, ce ne sono varie che includono la rilevazione dei dati del primo livello (bambino); noi abbiamo voluto integrare anche gli altri due livelli (genitori e relazione) nelle schede che già esistono per riuscire a fare prevenzione anche con questo tipo di disagio.

La scheda è divisa in tre sezioni: la prima in cui vengono segnalate le manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino, dove quindi ci sono tutta una serie di item che riguardano la manifestazione propria del fanciullo; il Pediatra chiede alla mamma se c'è il pianto, per esempio, o il sorriso, o movimenti del corpo fluidi su

entrambi i lati ecc. In fondo è presente una riga denominata con “altro” per segnalare eventuali annotazioni aggiuntive.

Nella seconda sezione della scheda si indaga lo stato emotivo-psicologico di entrambi i genitori e in particolare si fanno domande per trovare l’eventuale presenza di depressione, sonno e/o alimentazione alterati piuttosto che la presenza di difficoltà nella gestione del figlio/a. Anche qui è presente in fondo una riga denominata con “altro” per segnalare annotazioni ulteriori.

La terza e ultima parte della scheda valutativa si concentra sulla qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita: il Pediatra dovrebbe dire se innanzitutto la relazione genitore-bambino è presente e poi segnalare con una crocetta la qualità della relazione stessa: sufficientemente buona, ansiosa, disturbata, disorganizzata.

È importante che i Pediatri, vedendo spesso tanti bambini con le rispettive famiglie, diano un feedback basato sulla loro esperienza, in quanto risulta fondamentale cogliere i segnali che poi potrebbero trasformarsi in sintomi o attenzione sintomatica da parte del Pediatra che svolge il bilancio di salute. Questo è solo l’inizio di un progetto che si è cominciato a creare con Professionisti che non lavorando nell’area “psi” non hanno la competenza di vedere la psicopatologia.

Allego la quinta e ultima versione del questionario per le varie fasce di mese che i Pediatri hanno somministrato ai bambini e ai loro genitori.

**1° MESE**  
**SCHEDA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

**1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a**

- |  |   |
|--|---|
| - il bambino/a piange?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - il bambino/a sorride?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - il bambino/a vocalizza?  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - il bambino/a porta gli oggetti alla bocca?                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - il bambino/a si gira verso rumori improvvisi?                      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| - Altro .....  |   |

## 2) Stato emotivo-psicologico del genitore

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- Altro .....

## 3) Qualità della Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

<b>3° MESE</b> <b>SCHEDA PSICO-RELAZIONALE</b>
---

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

## 1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

- il bambino/a piange? SI  NO
- il bambino/a sorride? SI  NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati? SI  NO
- il bambino/a vocalizza? SI  NO
- il bambino/a segue con lo sguardo chi parla? SI  NO
- il bambino/a si consola facilmente? SI  NO
- Altro .....

## 2) Stato emotivo-psicologico del genitore

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- la madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino o nelle ultime settimane?

SI•

NO•

- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?

SI•

NO•

- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?

SI•

NO•

- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?

SI•

NO•

- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?

SI•

NO•

- Altro .....

## 3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita

- chi accompagna il bambino/a alla visita?

P

M

- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):

- Relazione ben adattata o sufficientemente buona

- Relazione tesa o ansiosa

- Relazione compromessa o disturbata

- Relazione disorganizzata o pericolosa

- Altro .....

6° MESE

SCHEDA PSICO-RELAZIONALE

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

## 1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

- il bambino/a piange?

SI  NO

- il bambino/a sorride?

SI  NO

- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?

SI  NO

- il bambino/a comunica con le vocalizzazioni?

SI  NO

- il bambino/a porta le mani verso gli oggetti?

SI  NO

- il bambino/a pone attenzione verso gli stimoli esterni? SI  NO
- Altro .....

**2) Stato emotivo-psicologico del genitore**

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- Altro .....

**3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita**

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

**9° MESE  
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

**1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a**

- il bambino/a sta seduto da solo? SI  NO
- il bambino/a afferra gli oggetti? SI  NO
- il bambino/a produce delle lallazioni (es. "la-la", "da-da")? SI  NO
- il bambino/a è interessato alle persone? SI  NO
- il bambino/a risponde al gioco (es. "cucù")? SI  NO
- Altro .....

## 2) Stato emotivo-psicologico del genitore

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- Altro .....

## 3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

<b>12° MESE</b> <b>SCHEDA PSICO-RELAZIONALE</b>
--

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

## 1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

- il bambino/a gattona? SI  NO
- il bambino/a cammina se aiutato? SI  NO
- il bambino/a esegue movimenti anticipatori delle braccia (es. "butta le braccia") SI  NO
- il bambino/a risponde se chiamato con il suo nome? SI  NO
- Altro .....

## 2) Stato emotivo-psicologico del genitore

- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•



- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?  
SI• NO•
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?  
SI• NO•
- Altro .....

**3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita**

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

**18° - 24° MESE  
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

**1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a**

- il bambino/a è socievole? SI  NO
- il bambino/a gioca da solo/a? SI  NO
- il bambino/a gioca con i coetanei? SI  NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (indica gli oggetti)? SI  NO
- il bambino/a cammina? SI  NO
- il bambino/a nomina gli oggetti? SI  NO
- il bambino/a ha lo sguardo nel vuoto? SI  NO
- il bambino/a va in crisi se si sposta qualcosa (oggetti) vicino a lui? SI  NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana? SI  NO
- Altro .....

**2) Stato emotivo-psicologico del genitore**

- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi? SI  NO

- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi? SI  NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi? SI  NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi? SI  NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)? SI  NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)? SI  NO
- Altro .....

### 3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

**36° MESE**  
**SCHEDA PSICO-RELAZIONALE**

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

### 1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

- il bambino/a è socievole? SI  NO
- il bambino/a gioca da solo/a? SI  NO
- il bambino/a gioca con i coetanei rispettandone i turni? SI  NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (usando almeno 3 parole)? SI  NO
- il bambino/a scende e sale le scale da solo? SI  NO
- il bambino/a nomina gli oggetti? SI  NO
- il bambino/a è interessato se gli si legge una storia? SI  NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana? SI  NO
- Altro .....

### 2) Stato emotivo-psicologico del genitore

- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi? SI  NO
- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi? SI  NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a? SI  NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a? SI  NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)? SI  NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)? SI  NO
- Altro .....

### 3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita

- chi accompagna il bambino/a alla visita? P  M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):
  - Relazione ben adattata o sufficientemente buona
  - Relazione tesa o ansiosa
  - Relazione compromessa o disturbata
  - Relazione disorganizzata o pericolosa
- Altro .....

### 3.4 Procedura

Abbiamo creato inizialmente un gruppo costituito da Pediatri, Psicologi/Psicoterapeuti, Neuropsichiatri Infantili e la sottoscritta che ha proposto il progetto alla Società Italiana di Pediatria, che ha approvato l'avvio.

Ci siamo dunque incontrati online da un anno e mezzo, circa, a questa parte e abbiamo creato la scala della Scheda Psico-Relazionale. Ci eravamo proposti di ricevere dati da almeno un Pediatra per regione; in realtà la risposta è stata più bassa, ma l'obiettivo futuro sarà quello di coinvolgere più Pediatri possibili.

La raccolta dati è avvenuta grazie alla somministrazione del questionario appena sopra riportato intitolato "Scheda Psico-Relazionale" e diviso per sette fasce di età da 1 mese a 36 mesi.

I Pediatri avevano la possibilità di compilare il questionario cartaceo oppure online tramite la piattaforma "Moduli" di Google. Nel primo caso, i Pediatri mi hanno inviato la scansione delle risposte alle schede tramite mail; nel secondo caso, invece, ho ricevuto automaticamente le risposte una volta che i Pediatri hanno cliccato sul pulsante "Invia" alla fine della compilazione.

I partecipanti (genitori e bambini), che hanno aderito volontariamente al progetto, sono stati reclutati mediante i Pediatri entrati a far parte del team di ricerca. In particolare, essi, dopo aver ricevuto il consenso da parte di almeno uno dei genitori presenti alla visita, hanno somministrato il questionario a fini di ricerca ai bambini e alle rispettive famiglie durante i vari bilanci di salute effettuati.

Per essere ammessi allo studio i partecipanti non dovevano soddisfare particolari criteri, era sufficiente che il Pediatra ponesse al genitore le questioni della scheda corrispondenti al mese di età del bambino relativamente alle tre aree da indagare: manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino nella prima parte, stato emotivo-psicologico del genitore nella seconda parte, relazione genitore-bambino osservata dal Pediatra durante la visita nella terza parte.

La durata del questionario era di circa 5 minuti e la sua somministrazione è servita al Pediatra per iniziare a valutare se, da poche e semplici domande, ci fossero dei predittori per pensare che un certo bambino con la sua famiglia avesse delle carenze a livello psicologico/relazionale e fosse dunque corretto inviarlo a uno Psicoterapeuta o a un Neuropsichiatra Infantile.

Per una questione di privacy non abbiamo indicato né il nome del bambino, né il sesso, né la città di origine o l'età e la professione dei genitori ma, in futuro, sarebbe

interessante conoscere questi dati in modo da avere un'analisi sempre più dettagliata e magari poter fare anche uno studio longitudinale sugli stessi soggetti.

Al momento, invece, è stato fatto solo uno studio trasversale su ognuna delle 7 tappe di età considerate da 1 mese a 36 mesi che ci ha indicato l'andamento generale dei bambini valutati e delle rispettive famiglie e ci ha anche permesso di osservare i soggetti valutati come "a rischio" da parte del Pediatra.

### **3.5 Analisi dei dati**

L'analisi è stata svolta a partire dai dati raccolti mediante la somministrazione della Scheda Psico-Relazionale in versione cartacea e online da parte dei Pediatri ai bambini e alle loro famiglie durante i vari bilanci di salute in età pediatrica.

Il materiale è stato reso disponibile come database Microsoft Excel diviso per le varie fasce di età da 1 mese a 36 mesi per un totale di 174 bambini (30 bambini di 1 mese, 30 di 3 mesi, 30 di 6 mesi, 23 di 9 mesi, 23 di 12 mesi, 17 di 18-24 mesi e 21 di 36 mesi) con le rispettive famiglie ed è stato fatto uno studio accurato delle singole fasce di età per concentrarsi poi sull'analisi dei dati aggregati.

In primis, è stata fatta un'analisi descrittiva e sono state calcolate le frequenze con le corrispondenti percentuali di tutte le singole risposte positive e negative ai singoli item dell'intero questionario per ogni fascia di età; poi, è stata calcolata la media (*M*), la mediana (*Me*), la deviazione standard (*DS*), il minimo (*Min*) e il massimo (*Max*) del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino per ogni singola tappa di età del bilancio di salute ed è stato anche calcolato, con il supporto di tabelle e istogrammi, quante manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino previste dalla scheda per ogni singola fascia di età fossero state raggiunte.

In un secondo momento, abbiamo eseguito un'analisi di dati aggregati per avere un confronto di insieme che raggruppasse tutte le singole tappe di età considerate nel bilancio di salute.

È stato visto, così, come cambiano le risposte da parte di madre e padre, per esempio, alle singole domande sullo stato emotivo-psicologico del genitore mano a mano che il bambino cresce e poi si è calcolata la significatività attraverso il Test del Chi-quadrato di Pearson.

Poi, abbiamo avuto la possibilità di osservare su una tabella di contingenza che i soggetti che accompagnano i bambini alla visita pediatrica cambiano col passare dei mesi e la conseguente crescita del piccolo e abbiamo confrontato la qualità della

relazione genitore-bambino osservata dal Pediatra durante la visita nelle varie fasce di età.

Interessante è stato anche mettere a confronto, dopo averle raggruppate, le risposte di madre e padre agli item sullo stato emotivo-psicologico del genitore per vedere le differenze esistenti e controllarne la significatività grazie al test di McNemar.

Nell'analisi di dati aggregati è stato fatto anche un bilancio della percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino raggiunte dai bambini esaminati nelle varie fasce di età previste dal bilancio di salute in età pediatrica.

In ultimo, sulla base dei dati a disposizione, sono stati creati dei parametri di allerta per permettere al Pediatra, che somministra il questionario nel bilancio di salute in età pediatrica, di discriminare i soggetti e le rispettive famiglie potenzialmente "a rischio" da quelli non problematici e valutare di consigliare ai primi di fare una visita specialistica psicologica nei casi meno gravi, neuropsichiatrica in quelli più complessi.

### **3.6 Risultati**

Ai fini dell'obiettivo principale dello studio si è proceduto con un'iniziale analisi delle statistiche descrittive di ogni singolo item del questionario per ogni fascia di mese considerata (1-36 mesi) nel bilancio di salute in età pediatrica.

In seguito, grazie all'analisi dei dati aggregati, si è potuto fare un confronto più ampio fra le risposte al questionario di madre e padre separatamente nelle varie tappe di età e di madre e padre insieme in modo più generale; si è potuto poi valutare l'andamento della qualità della relazione genitore-bambino osservata dal Pediatra durante la visita nelle varie fasce di mese considerate e vedere come cambia chi accompagna il bambino alla visita pediatrica mano a mano che quest'ultimo cresce.

Abbiamo infine potuto prendere in considerazione la percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino raggiunte dai piccoli analizzati nelle varie tappe di età del bilancio di salute e, grazie a questo, abbiamo potuto designare dei parametri di allerta per la salute psicologica-relazionale sulla base del punteggio ottenuto.

### 3.6.1 Analisi delle statistiche descrittive

In *Tabella 1.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.6b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 1 mese in riferimento alle risposte date alla categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a".

#### 1.1 Il bambino/a piange?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	1	3.3	3.3
Si	29	96.7	100.0
Totale	30	100.0	

#### 1.2 Il bambino/a sorride?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	4	13.3	13.3
Si	26	86.7	100.0
Totale	30	100.0	

#### 1.3 Il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

#### 1.4 Il bambino/a vocalizza?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	2	6.7	6.7
Si	28	93.3	100.0
Totale	30	100.0	

#### 1.5 Il bambino/a porta gli oggetti alla bocca?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	5	16.7	16.7
Si	25	83.3	100.0
Totale	30	100.0	

#### 1.6 Il bambino/a si gira verso rumori improvvisi?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	3	10.0	10.0
Si	27	90.0	100.0
Totale	30	100.0	

#### 1.6b "Altro"

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	28	93.3	93.3
Porta mani alla bocca	2	6.7	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 1.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 1 mese*

Possiamo osservare dall'item 1.1 che solo 1 bambino di 1 mese non piange (3.3% sul totale), mentre i restanti 29 bambini (96.7% sul totale) hanno questa capacità; l'item 1.2 relativo al sorriso è raggiunto da 26 bambini di 1 mese su 30 (86.7% sul totale), mentre i restanti 4 bambini (13.3% sul totale) non hanno questa capacità; invece, l'item 1.3 relativo al movimento del corpo fluido su entrambi i lati è stato segnato come raggiunto dalla totalità dei 30 bambini di 1 mese considerati (100% sul totale); l'item 1.4 ci segnala che 28 bambini su 30 di 1 mese vocalizzano (93.3% sul totale), mentre 2 bambini su 30 non raggiungono questa capacità ed equivalgono al (6.7% sul totale); l'item 1.5 relativo alla capacità di saper portare gli oggetti alla bocca è raggiunto da 25 bambini pari all' (83.3% sul totale) mentre si segnalano 5 bambini incapaci di raggiungere questa abilità (16.7% sul totale); l'item 1.6 che si riferisce alla capacità del bambino di girarsi verso rumori improvvisi è raggiunto da 27 bambini su 30 pari al (90% sul totale) mentre 3 bambini non hanno questa abilità (10% sul totale); nell'item 1.6b denominato con "Altro" i genitori riportano che 2 bambini su 30 totali considerati portano le mani alla bocca all'età di 1 mese (6.7% sul totale).

In *Tabella 1.2* si riportano le statistiche descrittive dall'item 2.1 al 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 1 mese in riferimento alle risposte date alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore".

### 2.1 La madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino/a?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	25	83.3	83.3
Si	5	16.7	100.0
Totale	30	100.0	

### 2.2 Il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino/a?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	93.1	93.1
Si	2	6.7	6.9	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

### 2.3 La madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	20	66.7	66.7
Si	10	33.3	100.0
Totale	30	100.0	

**2.4 Il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	21	70.0	72.4	72.4
Si	8	26.7	27.6	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.5 La madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	26	86.7	86.7	86.7
Si	4	13.3	13.3	100.0
Totale	30	100.0		

**2.6 Il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.7 La madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	90.0	90.0
Si	3	10.0	10.0	100.0
Totale	30	100.0		

**2.8 Il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/riconosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	8	26.7	88.9	88.9
Si	1	3.3	11.1	100.0
Mancante	21	70.0		
Totale	9	30.0	100.0	

**2.10 (Solo se dato riferito/ riconosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	9	30.0	100.0	100.0
Mancante	21	70.0		
Totale	30	100.0		



<b>2.10b “Altro”</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	28	93.3	93.3
Sertralina prima e dopo la gravidanza	1	3.3	96.7
Sia il padre che la madre a volte hanno difficoltà a gestire la figlia	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 1.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 1 mese*

Possiamo osservare dall'item 2.1 che 25 madri su 30 totali considerate pari all' (83.3% sul totale) non riferiscono un tono dell'umore modificato dalla nascita del bambino rispetto al periodo precedente la gravidanza, mentre le restanti 5 donne pari al (16.7% sul totale) riportano un tono dell'umore modificato; l'item 2.2 che si riferisce al cambiamento nel tono dell'umore del padre a partire dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 27 padri su 29 pari al (90% sul totale) e positivamente da 2 padri su 29 pari al (6.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.3 riporta che 20 madri su 30 pari al (66.7% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato dalla nascita del bambino, mentre 10 madri su 30 pari al (33.3% sul totale) riportano un'alterazione del sonno dopo la gravidanza; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 21 padri su 29 considerati pari al (70% sul totale) e positivamente da 8 padri su 29 pari al (26.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.5 riporta che 26 madri su 30 pari all' (86.7% sul totale) riferiscono di non avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino, mentre 4 madri su 30 pari al (13.3% sul totale) riportano un cambiamento nell'alimentazione dopo la gravidanza; l'item 2.6 si riferisce all'alterazione nell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino ed è segnato negativamente da 28 padri su 29 pari al (93.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 30 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.7 riporta che 27 madri su 30 pari al (90% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 3 madri su 30 pari al (10% sul totale) riportano una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed

è segnato negativamente da 28 padri su 29 pari al (93.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 29 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.9 riporta che 8 madri su 9 pari al (26.7% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata, mentre 1 madre su 9 pari al (3.3% sul totale) soffre di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/riconosciuto ci siamo trovati con 21 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (70% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 9 padri su 30 pari al (30% sul totale) e positivamente da nessuno. Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/riconosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 21 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (70% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" 1 madre su 30 pari al (3.3% sul totale) riporta di assumere Sertralina sia prima che dopo la gravidanza e un altro dato a disposizione pari al (3.3% sul totale) è che sia il padre che la madre, a volte, hanno difficoltà a gestire la figlia.

In *Tabella 1.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 1 mese in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	12	40.0	40.0
PM	18	60.0	100.0
Totale	30	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Ben adattata	29	96.7	96.7
Tesa	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

### 3.2b "Altro"

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	27	90.0	90.0
Primogenita	1	3.3	93.3
Secondogenita	1	3.3	96.7
Secondogenito	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 1.3 (Relazione genitore-bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 1 mese*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 12 bambini su 30 pari al (40% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, mentre 18 bambini su 30 pari al (60% sul totale) vengono accompagnati da padre e madre insieme; l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 29 bambini su 30 pari al (96.7% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore, mentre 1 bambino su 30 pari al (3.3% sul totale) abbia una relazione tesa o ansiosa; nell'item 3.2b denominato con "Altro" 1 genitore su 30 pari al (3.3% sul totale) afferma che la propria figlia sia una primogenita; 1 genitore su 30 pari al (3.3% sul totale) riporta che la propria figlia sia una secondogenita, 1 genitore su 30 pari al (3.3% sul totale) riferisce che il proprio figlio sia un secondogenito.

Dalla *Tabella 1.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 1 mese raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

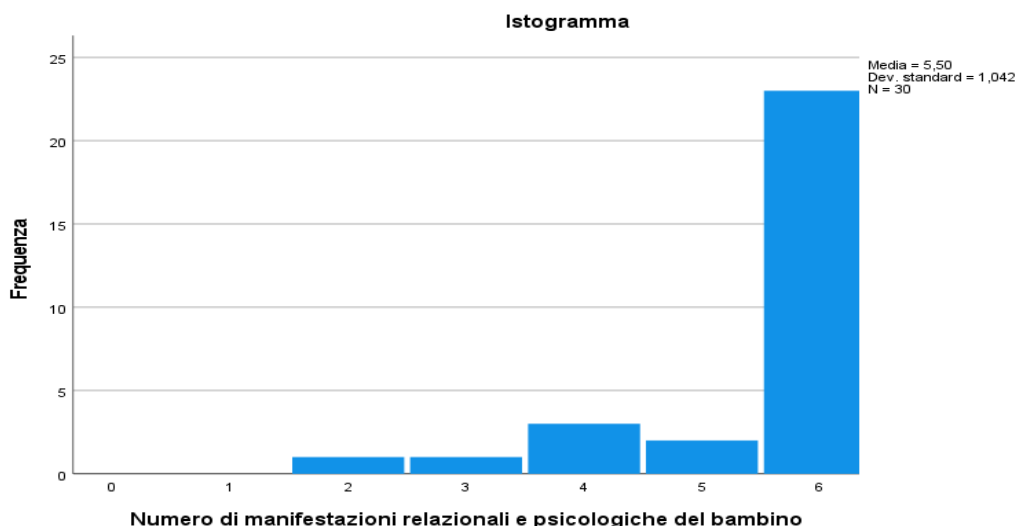
**1.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
2,00	1	3.3	3.3
3,00	1	3.3	6.7
4,00	3	10.0	16.7
5,00	2	6.7	23.3
6,00	23	76.7	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 1.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 1 mese*

Notiamo che 1 bambino su 30 di 1 mese (pari al 3.3% sul totale) ha raggiunto solo 2 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 1 bambino su 30 (pari al 3.3% sul totale) ha raggiunto solo 3 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 3 bambini su 30 (pari al 10% sul totale) hanno raggiunto 4 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 2 bambini su 30 (pari al 6.7% sul totale) hanno raggiunto 5 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 23 bambini su 30 (pari al 76.7% sul totale) hanno raggiunto 6 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 1 mese considerati hanno raggiunto il 91.7% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 1.5* che riporta la Media (*M*), la Deviazione Standard (*DS*) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 1 mese considerati.



*Tabella 1.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 1 mese*

In *Tabella 2.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.6b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 3 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria “Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a”.

#### 1.1 Il bambino/a piange?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	1	3.3	3.6	3.6
Si	27	90.0	96.4	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	28	93.3	100.0	

#### 1.2 Il bambino/a sorride?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Si	29	96.7	100.0	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	30	100.0		

#### 1.3 Il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.4 Il bambino/a vocalizza?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.5 Il bambino/a segue con lo sguardo chi parla?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.6 Il bambino/a si consola facilmente?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.6b "Altro"**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	29	96.7	96.7
Rari episodi di pianto	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 2.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 3 mesi*

Possiamo osservare dall'item 1.1 che solo 1 bambino di 3 mesi non piange pari al (3.3% sul totale), mentre i restanti 27 bambini pari al (90% sul totale) hanno questa capacità. Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); l'item 1.2 relativo al sorriso è raggiunto da 29 bambini di 3 mesi su 30 (96.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); invece, l'item 1.3 relativo al movimento del corpo fluido su entrambi i lati è stato segnato come raggiunto dalla totalità dei 30 bambini di 3 mesi considerati pari al (100% sul totale); anche l'item 1.4 relativo alla capacità del bambino di vocalizzare è stato raggiunto dalla totalità dei 30 bambini di 3 mesi considerati pari al (100% sul totale); uguale per l'item 1.5 relativo alla capacità di seguire con lo sguardo chi parla che è stato raggiunto dalla totalità dei 30 bambini considerati pari al (100% sul totale); anche l'ultimo item considerato 1.6 che si riferisce alla capacità del bambino di consolarsi facilmente è raggiunto da 30 bambini su 30 pari al (100% sul totale); nell'item 1.6b denominato con "Altro" 1 genitore riporta che 1 bambino su 30 totali considerati ha rari episodi di pianto all'età di 3 mesi (3.3% sul totale).

In *Tabella 2.2* si riportano le statistiche descrittive dall'item 2.1 al 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 3 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore".

**2.1 La madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	93.3
Si	2	6.7	100.0
Totale	30	100.0	

**2.2 Il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.3 La madre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	26	86.7	86.7
Si	4	13.3	100.0
Totale	30	100.0	

**2.4 Il padre riferisce di avere il sonno alterato dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	29	96.7	100.0	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	30	100.0		

**2.5 La madre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	90.0
Si	3	10.0	100.0
Totale	30	100.0	

**2.6 Il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.7 La madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	29	96.7	96.7
Si	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

**2.8 Il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	96.4	96.6
Si	1	3.3	3.6	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	28	93.3	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/riconosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	8	26.7	100.0	100.0
Mancante	22	73.3		
Totale	30	100.0		

**2.10 (Solo se dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	7	23.3	87.5	87.5
Si	1	3.3	12.5	100.0
Mancante	22	73.3		
Totale	8	26.7	100.0	

**2.10b "Altro"**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	28	93.3	93.3
Dipendenza da alcool; Il P non conosce il B perchè separato dalla M da 6 mesi. Il B ha 2 fratelli più grandi ma il P è diverso.	1	3.3	96.7
Il tono dell'umore della madre è migliorato dopo il 1 mese	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 2.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 3 mesi*

Possiamo osservare dall'item 2.1 che 28 madri su 30 totali considerate pari al (93.3% sul totale) non riferiscono un tono dell'umore modificato dalla nascita del bambino rispetto al periodo precedente la gravidanza, mentre le restanti 2 donne pari al (6.7% sul totale) riportano un tono dell'umore modificato; l'item 2.2 che si riferisce al

cambiamento nel tono dell'umore del padre a partire dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 28 padri su 29 pari al (93.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 29 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.3 riporta che 26 madri su 30 pari all' (86.7% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato dalla nascita del bambino, mentre 4 madri su 30 pari al (13.3% sul totale) riportano un'alterazione del sonno dopo la gravidanza; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 29 padri su 30 considerati pari al (96.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.5 riporta che 27 madri su 30 pari al (90% sul totale) riferiscono di non avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino, mentre 3 madri su 30 pari al (10% sul totale) riportano un cambiamento nell'alimentazione dopo la gravidanza; l'item 2.6 si riferisce all'alterazione nell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino ed è segnato negativamente da 28 padri su 29 pari al (93.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 29 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.7 riporta che 29 madri su 30 pari al (96.7% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 1 madre su 30 pari al (3.3% sul totale) riportano una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 27 padri su 28 pari al (90% sul totale) e positivamente da 1 padre su 28 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); l'item 2.9 riporta che 8 madri su 30 pari al (26.7% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/riconosciuto ci siamo trovati con 22 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (73.3% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 7 padri su 8 pari al (23.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 8 pari al (3.3 % sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/riconosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 22 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (73.3% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" 1 madre su 30 pari al (3.3% sul totale) ha riportato che il padre del bambino abbia una dipendenza da alcool e non conosca il figlio perché separato dalla madre da 6 mesi. Il bambino ha 2 fratelli più



grandi ma con un padre diverso. Un altro dato a disposizione pari al (3.3% sul totale) è che 1 madre ha riferito che il proprio tono dell'umore sia migliorato dopo il primo mese dalla nascita del bambino.

In *Tabella 2.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 3 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	27	90.0	90.0
PM	3	10.0	100.0
Totale	30	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben adattata	27	90.0	96.4	96.4
Tesa	1	3.3	3.6	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	28	93.3	100.0	

### 3.2b "Altro"

	Frequenza	Percentuale
Mancante	30	100.0

*Tabella 2.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 3 mesi*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 27 bambini su 30 pari al (90% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, mentre 3 bambini su 30 pari al (10% sul totale) vengono accompagnati da padre e madre insieme; l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 27 bambini su 28 pari al (90% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore, mentre 1 bambino su 28 pari al (3.3% sul totale) abbia una relazione tesa o ansiosa, sono presenti 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); nell'item 3.2b denominato con "Altro" non viene segnalato nulla.

Dalla *Tabella 2.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 3 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

#### 2.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	1	3.3	3.3
5,00	2	6.7	10.0
6,00	27	90.0	100.0
Totale	30	100.0	

Tabella 2.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 3 mesi

Notiamo che 1 bambino su 30 di 3 mesi (pari al 3.3% sul totale) ha raggiunto solo 4 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 2 bambini su 30 (pari al 6.7% sul totale) hanno raggiunto 5 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6 e i restanti 27 bambini su 30 (pari al 90% sul totale) hanno raggiunto 6 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 3 mesi considerati hanno raggiunto il 97.8% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella Tabella 2.5 che riporta la Media ( $M$ ), la Deviazione Standard ( $DS$ ) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 3 mesi considerati.

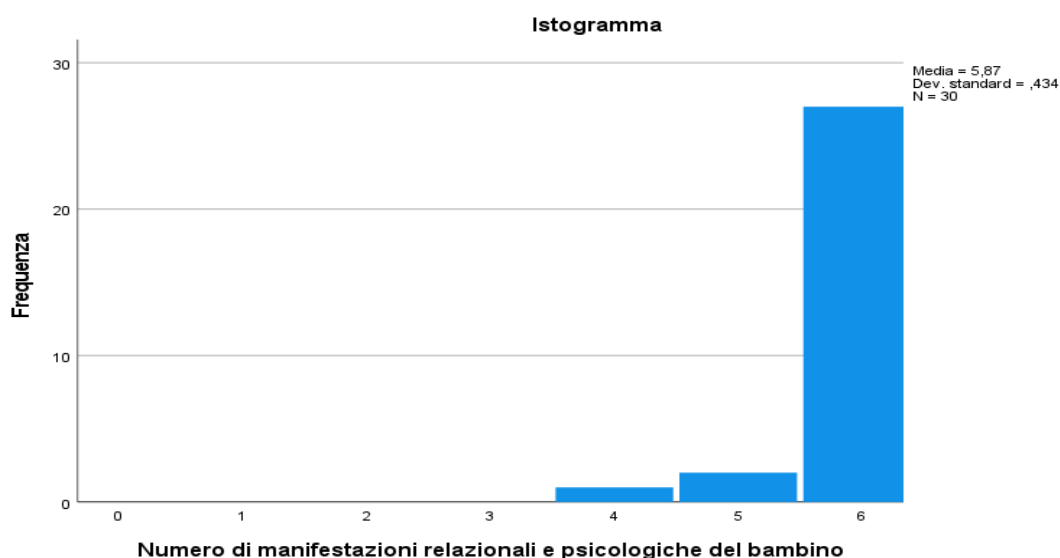


Tabella 2.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 3 mesi

In Tabella 3.1 si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.6b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 6 mesi in riferimento

alle risposte date alla categoria “Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a”.

**1.1 Il bambino/a piange?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	2	6.7	6.9	6.9
Si	27	90.0	93.1	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**1.2 Il bambino/a sorride?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Si	29	96.7	100.0	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	30	100.0		

**1.3 Il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale Cumulativa
Si	29	96.7	100.0	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	30	100.0		

**1.4 Il bambino/a comunica con le vocalizzazioni?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.5 Il bambino/a porta le mani verso gli oggetti?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.6 Il bambino/a pone attenzione verso gli stimoli esterni?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	30	100.0	100.0

**1.6b “Altro”**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	29	96.7	96.7
Durante la visita	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 3.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 6 mesi*

Possiamo osservare dall'item 1.1 che solo 2 bambini di 6 mesi non piangono pari al (6.7% sul totale), mentre i restanti 27 bambini pari al (90% sul totale) hanno questa capacità. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 1.2 relativo al sorriso è raggiunto da 29 bambini di 6 mesi su 30 (96.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); invece, l'item 1.3 relativo al movimento del corpo fluido su entrambi i lati è stato segnato come raggiunto da 29 bambini di 6 mesi su 30 pari al (96.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 1.4, invece, relativo alla capacità del bambino di vocalizzare è stato raggiunto dalla totalità dei 30 bambini di 6 mesi considerati pari al (100% sul totale); uguale per l'item 1.5 relativo alla capacità del bambino di portare le mani verso gli oggetti che è stato raggiunto dalla totalità dei 30 bambini considerati pari al (100% sul totale); anche l'ultimo item considerato 1.6 che si riferisce alla capacità del bambino di porre attenzione verso gli stimoli esterni è raggiunto da 30 bambini su 30 pari al (100% sul totale); nell'item 1.6b denominato con "Altro" 1 genitore riporta che 1 bambino su 30 totali considerati piange durante la visita all'età di 6 mesi (3.3% sul totale).

In *Tabella 3.2* si riportano le statistiche descrittive dall'item 2.1 al 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 6 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore".

**2.1 La madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	26	86.7	86.7
Si	4	13.3	100.0
Totale	30	100.0	

**2.2 Il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.3 La madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	25	83.3	83.3
Si	5	16.7	100.0
Totale	30	100.0	

**2.4 Il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	96.4	96.4
Si	1	3.3	3.6	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	28	93.3	100.0	

**2.5 La madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	26	86.7	86.7	86.7
Si	4	13.3	13.3	100.0
Totale	30	100.0		

**2.6 Il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	100.0	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	30	100.0		

**2.7 La madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	28	93.3	96.6	96.6
Si	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

**2.8 Il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	27	90.0	96.4	96.4
Si	1	3.3	3.6	100.0
Mancante	2	6.7		
Totale	28	93.3	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/riconosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	11	36.7	91.7	91.7
Si	1	3.3	8.3	100.0
Mancante	18	60.0		
Totale	12	40.0	100.0	

**2.10 (Solo se dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	12	40.0	100.0	100.0
Mancante	18	60.0		
Totale	30	100.0		

<b>2.10b “Altro”</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	28	93.3	93.3
L'alimentazione della madre è però migliorata	1	3.3	96.7
La madre ha difficoltà a gestire il bambino quando piange molto	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 3.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 6 mesi*

Possiamo osservare dall'item 2.1 che 26 madri su 30 totali considerate pari all' (86.7% sul totale) non riferiscono un tono dell'umore modificato dalla nascita del bambino rispetto al periodo precedente la gravidanza, mentre le restanti 4 donne pari al (13.3% sul totale) riportano un tono dell'umore modificato; l'item 2.2 che si riferisce al cambiamento nel tono dell'umore del padre a partire dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 28 padri su 29 pari al (93.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 29 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.3 riporta che 25 madri su 30 pari all' (83.3% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato dalla nascita del bambino, mentre 5 madri su 30 pari al (16.7% sul totale) riportano un'alterazione del sonno dopo la gravidanza; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 27 padri su 28 considerati pari al (90% sul totale) e positivamente da 1 padre su 28 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); l'item 2.5 riporta che 26 madri su 30 pari all' (86.7% sul totale) riferiscono di non avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino, mentre 4 madri su 30 pari al (13.3% sul totale) riportano un cambiamento nell'alimentazione dopo la gravidanza; l'item 2.6 si riferisce all'alterazione nell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino ed è segnato negativamente da 28 padri su 30 pari al (93.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); l'item 2.7 riporta che 28 madri su 29 pari al (93.3% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 1 madre su 29 pari al (3.3% sul totale) riportano una gestione complicata del figlio. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 30 soggetti considerati pari al (3.3% sul totale); l'item 2.8 si

riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 27 padri su 28 pari al (90% sul totale) e positivamente da 1 padre su 28 pari al (3.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (6.7% sul totale); l'item 2.9 riporta che 11 madri su 12 pari al (36.7% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata, mentre 1 madre su 12 pari al (3.3% sul totale) soffre di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/riconosciuto ci siamo trovati con 18 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (60% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 12 padri su 30 pari al (40% sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 18 dati mancanti su 30 soggetti considerati pari al (60% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" 1 madre su 30 pari al (3.3% sul totale) ha riportato che la sua difficoltà nell'alimentazione è migliorata rispetto al periodo precedente. Un altro dato a disposizione pari al (3.3% sul totale) è che 1 madre ha riferito di avere difficoltà a gestire il bambino quando piange molto.

In *Tabella 3.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 6 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	26	86.7	86.7
M+NONNI	1	3.3	90.0
PM	3	10.0	100.0
Totale	30	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben Adattata	28	93.3	96.6	96.6
Tesa	1	3.3	3.4	100.0
Mancante	1	3.3		
Totale	29	96.7	100.0	

<b>3.2b “Altro”</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	29	96.7	96.7
Terzogenita	1	3.3	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 3.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 6 mesi*

Possiamo osservare dall’item 3.1 che 26 bambini su 30 pari all’ (86.7% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, mentre 1 bambino su 30 pari al (3.3% sul totale) viene accompagnato da madre e nonni insieme e 3 bambini su 30 pari al (10% sul totale) vengono accompagnati da padre e madre insieme; l’item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 28 bambini su 29 pari al (93.3% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore, mentre 1 bambino su 29 pari al (3.3% sul totale) abbia una relazione tesa o ansiosa, c’è un dato mancante pari al (3.3% sul totale); nell’item 3.2b denominato con “Altro” viene segnata 1 bambina su 30 pari al (3.3% sul totale) come terzogenita.

Dalla *Tabella 3.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 6 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

#### **3.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

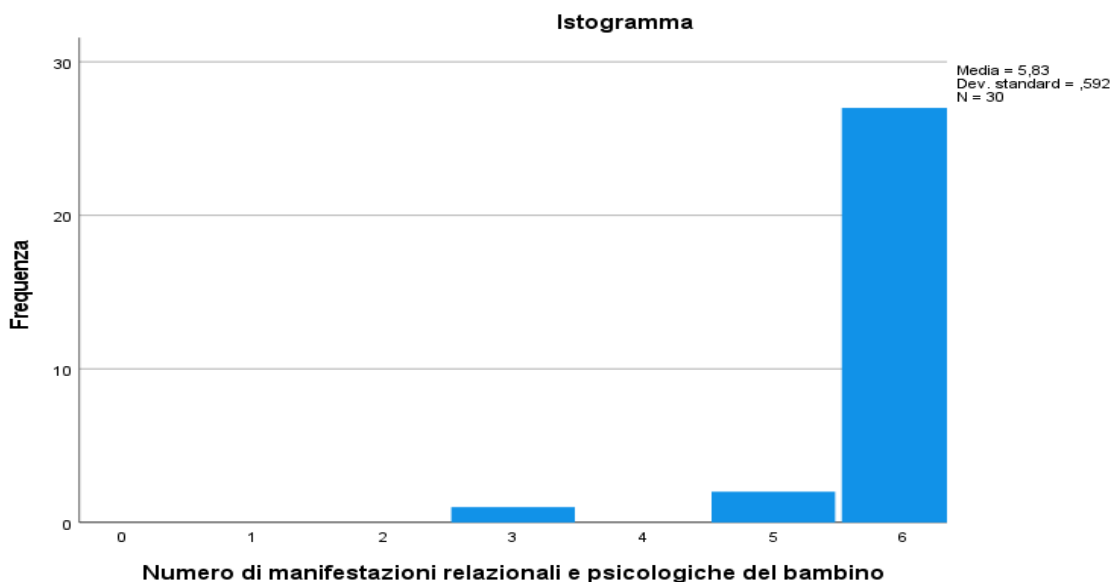
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	3.3	3.3
5,00	2	6.7	10.0
6,00	27	90.0	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 3.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 6 mesi*

Notiamo che 1 bambino su 30 di 6 mesi (pari al 3.3% sul totale) ha raggiunto solo 3 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6; 2 bambini su 30 (pari al 6.7% sul totale) hanno raggiunto 5 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6 e i restanti 27 bambini su 30 (pari al 90% sul totale) hanno raggiunto 6 manifestazioni relazionali e psicologiche su 6. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 6 mesi considerati hanno raggiunto il 97.2% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.



Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 3.5* che riporta la Media ( $M$ ), la Deviazione Standard ( $DS$ ) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 6 mesi considerati.



*Tabella 3.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 6 mesi*

In *Tabella 4.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.5b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 9 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a".

**1.1 Il bambino/a sta seduto da solo?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.2 Il bambino/a afferra gli oggetti?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.3 Il bambino/a produce delle lallazioni?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

#### 1.4 Il bambino/a è interessato alle persone?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

#### 1.5 Il bambino/a risponde al gioco?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

#### 1.5b "Altro"

	Frequenza	Percentuale
Mancante	23	100.0

Tabella 4.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 9 mesi

Possiamo osservare dall'item 1.1 che tutti i 23 bambini di 9 mesi considerati pari al (100% sul totale) sanno stare seduti da soli; anche l'item 1.2 relativo alla capacità di afferrare gli oggetti è segnato positivamente per tutti i 23 bambini considerati pari al (100% sul totale); l'item 1.3 relativo alla capacità di produrre lallazioni è stato segnato come raggiunto da 23 bambini di 9 mesi su 23 pari al (100% sul totale); l'item 1.4 relativo alla capacità del bambino di essere interessato alle persone è stato raggiunto dalla totalità dei 23 bambini di 9 mesi considerati pari al (100% sul totale); uguale per l'item 1.5 relativo alla capacità del bambino di rispondere al gioco che è stato raggiunto dalla totalità dei 23 bambini considerati pari al (100% sul totale); nell'item 1.5b denominato con "Altro" non si riportano particolarità.

In Tabella 4.2 si riportano le statistiche descrittive dall'item 2.1 al 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 9 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore".

#### 2.1 La madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	20	87.0	90.9	90.9
Si	2	8.7	9.1	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	22	95.7	100.0	

#### 2.2 Il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	21	91.3	100.0	100.0
Mancante	2	8.7		
Totale	23	100.0		

**2.3 La madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	19	82.6	90.5	90.5
Si	2	8.7	9.5	100.0
Mancante	2	8.7		
Totale	21	91.3	100.0	

**2.4 Il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	21	91.3	95.5	95.5
Si	1	4.3	4.5	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	22	95.7	100.0	

**2.5 La madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	22	95.7	95.7	95.7
Si	1	4.3	4.3	100.0
Totale	23	100.0		

**2.6 Il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	22	95.7	100.0	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	23	100.0		

**2.7 La madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	20	87.0	87.0
Si	3	13.0	100.0
Totale	23	100.0	

**2.8 Il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	22	95.7	100.0	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	23	100.0		

**2.9 (Solo se dato riferito/conosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	6	26.1	100.0	100.0
Mancante	17	73.9		
Totale	23	100.0		

**2.10 (Solo de dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	6	26.1	100.0	100.0
Mancante	17	73.9		
Totale	23	100.0		

**2.10b “Altro”**

	Frequenza	Percentuale
Mancante	23	100.0

*Tabella 4.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 9 mesi*

Possiamo osservare dall'item 2.1 che 20 madri su 22 totali considerate pari all' (87% sul totale) non riferiscono un tono dell'umore modificato dalla nascita del bambino rispetto al periodo precedente la gravidanza, mentre 2 donne su 22 pari all' (8.7% sul totale) riportano un tono dell'umore modificato. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.2 che si riferisce al cambiamento nel tono dell'umore del padre a partire dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 21 padri su 23 pari al (91.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari all' (8.7% sul totale); l'item 2.3 riporta che 19 madri su 21 pari all' (82.6% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato dalla nascita del bambino, mentre 2 madri su 21 pari all' (8.7% sul totale) riportano un'alterazione del sonno dopo la gravidanza. Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari all' (8.7% sul totale); l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino è segnato negativamente da 21 padri su 22 considerati pari al (91.3% sul totale) e positivamente da 1 padre su 22 pari al (4.3% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.5 riporta che 22 madri su 23 pari al (95.7% sul totale) riferiscono di non avere un'alimentazione alterata dalla nascita del bambino, mentre 1 madre su 23 pari al (4.3% sul totale) riportano un cambiamento nell'alimentazione dopo la gravidanza; l'item 2.6 si riferisce all'alterazione nell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino ed è segnato negativamente da 22 padri su 23 pari al (95.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.7 riporta che 20 madri su 23 pari all' (87% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella

gestione del figlio, mentre 3 madri su 23 pari al (13% sul totale) riportano una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 22 padri su 23 pari al (95.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.9 riporta che 6 madri su 23 pari al (26.1% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto ci siamo trovati con 17 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari al (73.9% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 6 padri su 23 pari al (26.1% sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 17 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari al (73.9% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" non è stato segnalato nulla.

In *Tabella 4.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 9 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	22	95.7	95.7
P	1	4.3	100.0
Totale	23	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben Adattata	19	82.6	95.0	95.0
Tesa	1	4.3	5.0	100.0
Mancante	3	13.0		
Totale	20	87.0	100.0	

### 3.2b "Altro"

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	21	91.3	91.3
Primogenito	1	4.3	95.7
Quartogenito	1	4.3	100.0
Totale	23	100.0	

*Tabella 4.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 9 mesi*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 22 bambini su 23 pari al (95.7% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, mentre 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) viene accompagnato dal padre; l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 19 bambini su 20 pari all' (82.6% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore, mentre 1 bambino su 20 pari al (4.3% sul totale) abbia una relazione tesa o ansiosa. Questo item di questo questionario riporta 3 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari al (13% sul totale); nell'item 3.2b denominato con "Altro" viene segnato 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) come primogenito e 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) come quartogenito.

Dalla *Tabella 4.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 9 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

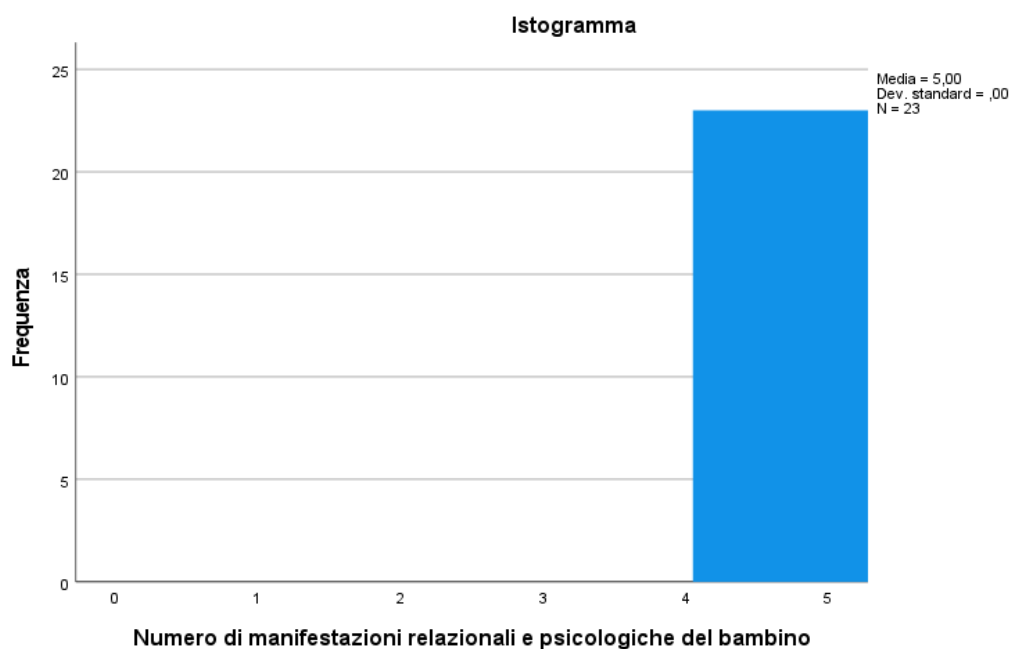
#### 4.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	23	100.0	100.0

*Tabella 4.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 9 mesi*

Notiamo che tutti i 23 bambini di 9 mesi considerati pari al (100% sul totale) hanno raggiunto 5 manifestazioni relazionali e psicologiche previste per l'età su 5. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 9 mesi considerati hanno raggiunto il 100% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 4.5* che riporta la Media (*M*), la Deviazione Standard (*DS*) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 9 mesi considerati.



*Tabella 4.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 9 mesi*

In *Tabella 5.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.4b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 12 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a".

**1.1 Il bambino/a gattona?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.2 Il bambino/a cammina se aiutato?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.3 Il bambino/a esegue movimenti anticipatori delle braccia?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.4 Il bambino/a risponde se chiamato con il suo nome?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	23	100.0	100.0

**1.4b “Altro”**

	Frequenza	Percentuale
Mancante	23	100.0

*Tabella 5.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 12 mesi*

Possiamo osservare dall’item 1.1 che tutti i 23 bambini di 12 mesi considerati pari al (100% sul totale) sanno gattonare; anche l’item 1.2 relativo alla capacità del bambino di camminare se aiutato è segnato positivamente per tutti i 23 bambini considerati pari al (100% sul totale); l’item 1.3 relativo alla capacità del bambino di eseguire movimenti anticipatori delle braccia è stato segnato come raggiunto da 23 bambini di 12 mesi su 23 pari al (100% sul totale); l’item 1.4 relativo alla capacità del bambino di rispondere se chiamato con il suo nome è stato raggiunto dalla totalità dei 23 bambini di 12 mesi considerati pari al (100% sul totale); nell’item 1.4b denominato con “Altro” non si segnalano particolarità.

In *Tabella 5.2* si riportano le statistiche descrittive dall’item 2.1 al 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 12 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore”.

**2.1 La madre riferisce che il suo tono dell’umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	21	91.3	91.3
Si	2	8.7	100.0
Totale	23	100.0	

**2.2 Il padre riferisce che il suo tono dell’umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	22	95.7	100.0	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	23	100.0		

**2.3 La madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	20	87.0	87.0
Si	3	13.0	100.0
Totale	23	100.0	



**2.4 Il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	20	87.0	90.9	90.9
Si	2	8.7	9.1	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	22	95.7	100.0	

**2.5 La madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	23	100.0	100.0	100.0

**2.6 Il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	21	91.3	100.0	100.0
Mancante	2	8.7		
Totale	23	100.0		

**2.7 La madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	21	91.3	91.3	
Si	2	8.7	100.0	
Totale	23	100.0		

**2.8 Il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	19	82.6	90.5	90.5
Si	2	8.7	9.5	100.0
Mancante	2	8.7		
Totale	21	91.3	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/conosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	10	43.5	100.0	100.0
Mancante	13	56.5		
Totale	23	100.0		

**2.10 (Solo de dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	10	43.5	100.0	100.0
Mancante	13	56.5		
Totale	23	100.0		

2.10b "Altro"		
	Frequenza	Percentuale
Mancante	23	100.0

Tabella 5.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 12 mesi

Possiamo osservare dall'item 2.1 che 21 madri su 23 totali considerate pari al (91.3% sul totale) non riferiscono un tono dell'umore modificato nelle ultime settimane o mesi rispetto al periodo precedente la gravidanza, mentre 2 donne su 23 pari all' (8.7% sul totale) riportano un tono dell'umore modificato; l'item 2.2 che si riferisce al cambiamento nel tono dell'umore del padre nelle ultime settimane o mesi è segnato negativamente da 22 padri su 23 pari al (95.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.3 riporta che 20 madri su 23 pari all' (87% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi, mentre 3 madri su 23 pari al (13% sul totale) riportano un'alterazione del sonno; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre nelle ultime settimane o mesi è segnato negativamente da 20 padri su 22 considerati pari all' (87% sul totale) e positivamente da 2 padri su 22 pari all' (8.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); l'item 2.5 riporta che 23 madri su 23 pari al (100% sul totale) riferiscono di non avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi; l'item 2.6 si riferisce all'alterazione nell'alimentazione del padre nelle ultime settimane o mesi ed è segnato negativamente da 21 padri su 23 pari al (91.3% sul totale) e questo item riporta 2 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari all' (8.7% sul totale); l'item 2.7 riporta che 21 madri su 23 pari al (91.3% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 2 madri su 23 pari all' (8.7% sul totale) riportano una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 19 padri su 21 pari all' (82.6% sul totale) e positivamente da 2 padri su 21 pari all' (8.7% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari all' (8.7% sul totale); l'item 2.9 riporta che 10 madri su 23 pari al (43.5% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto ci siamo trovati con 13 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari al (56.5% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è

segnato negativamente da 10 padri su 23 pari al (43.5% sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 13 dati mancanti su 23 soggetti considerati pari al (56.5% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" non è stato segnalato nulla.

In *Tabella 5.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 12 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	20	87.0	87.0
P	1	4.3	91.3
PM	2	8.7	100.0
Totale	23	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben Adattata	22	95.7	100.0	100.0
Mancante	1	4.3		
Totale	23	100.0		

### 3.2b "Altro"

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	20	87.0	87.0
Genitori Granesi, difficoltà di comunicazione	1	4.3	91.3
Secondogenita	1	4.3	95.7
Secondogenito	1	4.3	100.0
Totale	23	100.0	

*Tabella 5.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 12 mesi*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 20 bambini su 23 pari all' (87% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, mentre 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) viene accompagnato dal padre e 2 bambini su 23 pari all' (8.7% sul totale) vengono accompagnati da padre e madre insieme; l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 22 bambini su 23 pari al (95.7% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 23 soggetti considerati pari al (4.3% sul totale); nell'item 3.2b denominato con "Altro" viene segnato 1 bambino su 23 pari al

(4.3% sul totale) con genitori Granesi e conseguente difficoltà di comunicazione; 1 bambina su 23 pari al (4.3% sul totale) come secondogenita e 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) come secondogenito.

Dalla *Tabella 5.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 12 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

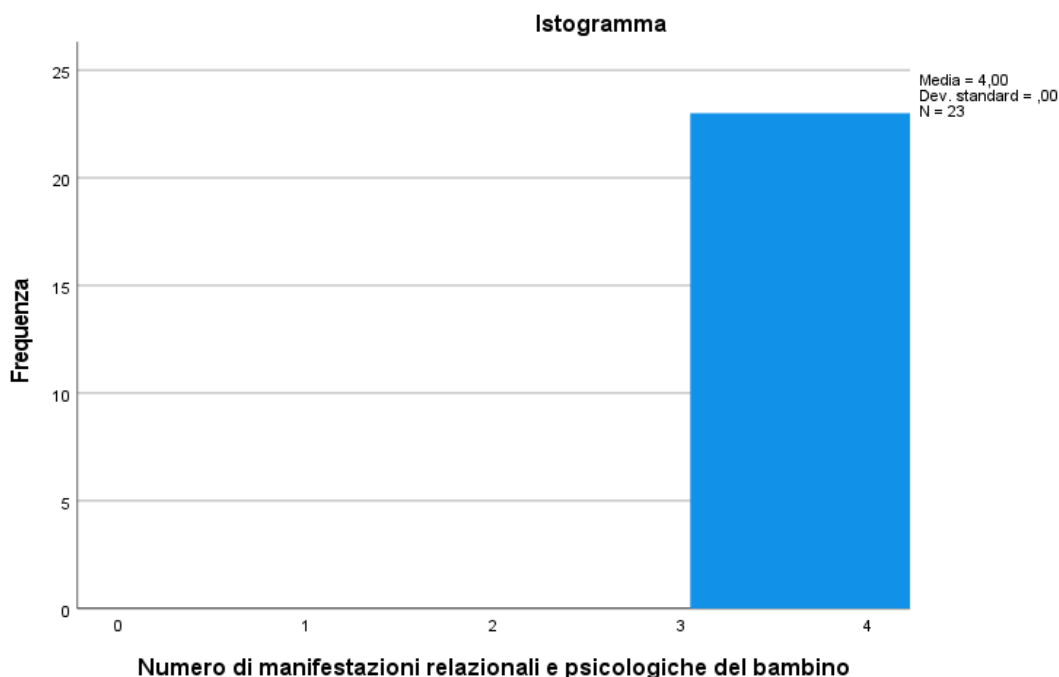
**5.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	23	100.0	100.0

*Tabella 5.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 12 mesi*

Notiamo che tutti i 23 bambini di 12 mesi considerati pari al (100% sul totale) hanno raggiunto 4 manifestazioni relazionali e psicologiche previste per l'età su 4. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 12 mesi considerati hanno raggiunto il 100% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 5.5* che riporta la Media (*M*), la Deviazione Standard (*DS*) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 12 mesi considerati.



*Tabella 5.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 12 mesi*

In *Tabella 6.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.9b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 18-24 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a".

**1.1 Il bambino/a è socievole?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	1	5.9	6.3	6.3
Si	15	88.2	93.8	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	16	94.1	100.0	

**1.2 Il bambino/a gioca da solo/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	17	100.0	100.0

**1.3 Il bambino/a gioca con i coetanei?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	2	11.8	12.5	12.5
Si	14	82.4	87.5	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	16	94.1	100.0	

**1.4 Il bambino/a parla in modo intenzionale (indica gli oggetti)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	1	5.9	5.9
Si	16	94.1	100.0
Totale	17	100.0	

**1.5 Il bambino/a cammina?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	17	100.0	100.0

**1.6 Il bambino/a nomina gli oggetti?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	1	5.9	6.3	6.3
Si	15	88.2	93.8	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	16	94.1	100.0	

**1.7 Il bambino/a ha lo sguardo nel vuoto?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	15	88.2	88.2
Si	2	11.8	100.0
Totale	17	100.0	

**1.8 Il bambino/a va in crisi se si sposta qualcosa (oggetti) vicino a lui?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	14	82.4	82.4
Si	3	17.6	100.0
Totale	17	100.0	

**1.9 Il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	12	70.6	70.6
Si	5	29.4	100.0
Totale	17	100.0	

**1.9b "Altro"**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	13	76.5	76.5
Un po' timido	1	5.9	82.4
Comprende Italiano e Bosniaco	1	5.9	88.2
Piange e si oppone, in braccio alla mamma si calma	1	5.9	94.1
Si agita e piange durante tutta la visita	1	5.9	100.0
Totale	17	100.0	

*Tabella 6.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 18-24 mesi*

Possiamo osservare dall'item 1.1 che solo 1 bambino di 18-24 mesi non è socievole pari al (5.9% sul totale), mentre i restanti 15 bambini pari all' (88.2% sul totale) hanno questa capacità. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 1.2 relativo alla capacità del bambino di giocare da solo è raggiunto dalla totalità dei 17 bambini di 18-24 mesi considerati (100% sul totale); invece, l'item 1.3 relativo alla capacità del bambino di giocare con i coetanei è stato segnato come non raggiunto da 2 bambini di 18-24 mesi su 16 pari all' (11.8% sul totale) e raggiunto da 14 bambini su 16 pari all' (82.4% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 1.4, invece, relativo alla capacità del

bambino di parlare in modo intenzionale è stato raggiunto da 16 bambini su 17 pari al (94.1% sul totale) e non è stato raggiunto da 1 bambino su 17 pari al (5.9% sul totale); l'item 1.5 relativo alla capacità del bambino di camminare è stato raggiunto dalla totalità dei 17 bambini considerati pari al (100% sul totale); l'item 1.6 che si riferisce alla capacità del bambino di nominare gli oggetti è raggiunto da 15 bambini su 16 pari all' (88.2% sul totale) e non è raggiunto da 1 bambino su 16 pari al (5.9% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 1.7 riguarda lo sguardo nel vuoto del bambino ed è segnato negativamente per 15 bambini di 18-24 mesi su 17 pari all' (88.2% sul totale) ma significa che la capacità è stata raggiunta e positivamente da 2 bambini su 17 pari all' (11.8% sul totale) e significa che la capacità non è stata raggiunta; l'item 1.8 che riguarda l'andare in crisi se si sposta qualcosa vicino al bambino è segnato negativamente per 14 bambini su 17 pari all' (82.4% sul totale) ma significa che la capacità è stata raggiunta e positivamente per 3 bambini su 17 pari al (17.6% sul totale) e significa che la capacità non è stata raggiunta; l'item 1.9 che si riferisce al pianto o all'agitazione del bambino quando la mamma si allontana è segnato negativamente per 12 bambini su 17 pari al (70.6% sul totale) e positivamente per 5 bambini su 17 pari al (29.4% sul totale); nell'item 1.9b denominato con "Altro" 1 genitore riporta che 1 bambino su 17 totali considerati è un po' timido all'età di 18-24 mesi (5.9% sul totale); 1 bambino comprende Italiano e Bosniaco (5.9% sul totale); 1 bambino piange e si oppone ma in braccio alla mamma si calma (5.9% sul totale); 1 bambino piange e si agita durante tutta la visita (5.9% sul totale).

In *Tabella 6.2* si riportano le statistiche descrittive dell'item 2.3, 2.4, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 18-24 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore".

**2.3 La madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	15	88.2	88.2
Si	2	11.8	100.0
Totale	17	100.0	

**2.4 Il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	16	94.1	100.0	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	17	100.0		

**2.7 La madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	16	94.1	94.1
Si	1	5.9	100.0
Totale	17	100.0	

**2.8 Il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	15	88.2	93.8	93.8
Si	1	5.9	6.3	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	16	94.1	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/conosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	11	64.7	100.0	100.0
Mancante	6	35.3		
Totale	17	100.0		

**2.10 (Solo se dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	11	64.7	100.0	100.0
Mancante	6	35.3		
Totale	17	100.0		

**2.10b "Altro"**

	Frequenza	Percentuale
Mancante	17	100.0

*Tabella 6.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 18-24 mesi*

Possiamo osservare dall'item 2.3 che 15 madri su 17 pari all' (88.2% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi, mentre 2 madri



su 17 pari all' (11.8% sul totale) riportano un'alterazione del sonno; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre nelle ultime settimane o mesi è segnato negativamente da 16 padri su 17 considerati pari al (94.1% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 2.7 riporta che 16 madri su 17 pari al (94.1% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 1 madre su 17 pari al (5.9% sul totale) riporta una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 15 padri su 16 pari all' (88.2% sul totale) e positivamente da 1 padre su 16 pari al (5.9% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 2.9 riporta che 11 madri su 17 pari al (64.7% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto ci siamo trovati con 6 dati mancanti su 17 soggetti considerati pari al (35.3% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 11 padri su 17 pari al (64.7% sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 6 dati mancanti su 17 soggetti considerati pari al (35.3% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" non è stato segnalato nulla.

In *Tabella 6.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 18-24 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	1	5.9	5.9
M	13	76.5	82.4
P	2	11.7	94.1
PM	1	5.9	100.0
Totale	17	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben Adattata	16	94.1	100.0	100.0
Mancante	1	5.9		
Totale	17	100.0		

<b>3.2b “Altro”</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	14	82.4	82.4
Primogenito	1	5.9	88.2
Secondogenito	1	5.9	94.1
Terzogenita	1	5.9	100.0
Totale	17	100.0	

*Tabella 6.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 18-24 mesi*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 13 bambini su 17 pari al (76.5% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita, 2 bambini su 17 pari all' (11.7% sul totale) vengono accompagnato dal padre e 1 bambino su 17 pari al (5.9% sul totale) viene accompagnato da padre e madre insieme. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 16 bambini su 17 pari al (94.1% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore. Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 17 soggetti considerati pari al (5.9% sul totale); nell'item 3.2b denominato con “Altro” viene segnato 1 bambino su 17 pari al (5.9% sul totale) come primogenito; 1 bambino su 17 pari al (5.9% sul totale) come secondogenito e 1 bambina su 17 pari al (5.9% sul totale) come terzogenita.

Dalla *Tabella 6.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 18-24 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

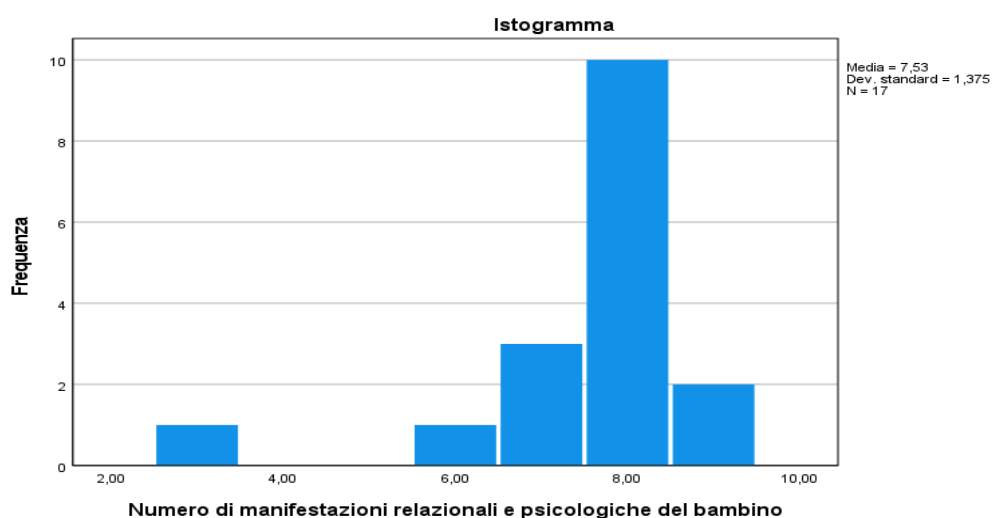
<b>6.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	5.9	5.9
6,00	1	5.9	11.8
7,00	3	17.6	29.4
8,00	10	58.8	88.2
9,00	2	11.8	100.0
Totale	17	100.0	

*Tabella 6.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 18-24 mesi*

Notiamo che 1 bambino su 17 di 18-24 mesi (pari al 5.9% sul totale) ha raggiunto solo 3 manifestazioni relazionali e psicologiche su 9; 1 bambino su 17 (pari al 5.9% sul totale) ha raggiunto 6 manifestazioni relazionali e psicologiche su 9; 3 bambini

su 17 (pari al 17.6% sul totale) hanno raggiunto 7 manifestazioni relazionali e psicologiche su 9; 10 bambini su 17 (pari al 58.8% sul totale) hanno raggiunto 8 manifestazioni relazionali e psicologiche su 9; 2 bambini su 17 (pari all' 11.8% sul totale) hanno raggiunto 9 manifestazioni relazionali e psicologiche su 9. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 18-24 mesi considerati hanno raggiunto l'84% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 6.5* che riporta la Media (*M*), la Deviazione Standard (*DS*) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 18-24 mesi considerati.



*Tabella 6.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 18-24 mesi*

In *Tabella 7.1* si riportano le statistiche descrittive dall'item 1.1 all' 1.8b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 36 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a".

**1.1 Il bambino/a è socievole?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	1	4.8	4.8
Si	20	95.2	100.0
Totale	21	100.0	

**1.2 Il bambino/a gioca da solo/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	1	4.8	4.8
Si	20	95.2	100.0
Totale	21	100.0	

**1.3 Il bambino/a gioca con i coetanei rispettandone i turni?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	1	4.8	4.8
Si	20	95.2	100.0
Totale	21	100.0	

**1.4 Il bambino/a parla in modo intenzionale (usando almeno 3 parole)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	21	100.0	100.0

**1.5 Il bambino/a scende e sale le scale da solo/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	21	100.0	100.0

**1.6 Il bambino/a nomina gli oggetti?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
Si	21	100.0	100.0

**1.7 Il bambino/a è interessato se gli si legge una storia?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	2	9.5	9.5
Si	19	90.5	100.0
Totale	21	100.0	

**1.8 Il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	8	38.1	38.1
Si	13	61.9	100.0
Totale	21	100.0	

**1.8b “Altro”**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	19	90.5	90.5
La mamma non legge storie	1	4.8	95.2
Non ha ancora iniziato l'asilo	1	4.8	100.0
Totale	21	100.0	

*Tabella 7.1 (Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 36 mesi*

Possiamo osservare dall'item 1.1 che solo 1 bambino di 36 mesi non è socievole pari al (4.8% sul totale), mentre i restanti 20 bambini pari al (95.2% sul totale) hanno questa capacità; l'item 1.2 relativo alla capacità del bambino di giocare da solo è raggiunto da 20 bambini su 21 pari al (95.2% sul totale) e non è raggiunto da 1 bambino su 21 pari al (4.8% sul totale); invece, l'item 1.3 relativo alla capacità del bambino di giocare con i coetanei rispettandone i turni è stato segnato come non raggiunto da 1 bambino di 36 mesi su 21 pari al (4.8% sul totale) e raggiunto da 20 bambini su 21 pari al (95.2% sul totale); l'item 1.4, invece, relativo alla capacità del bambino di parlare in modo intenzionale è stato raggiunto dalla totalità dei 21 bambini considerati pari al (100% sul totale); l'item 1.5 relativo alla capacità del bambino di scendere e salire le scale da solo è stato raggiunto dalla totalità dei 21 bambini considerati pari al (100% sul totale); l'item 1.6 che si riferisce alla capacità del bambino di nominare gli oggetti è stato raggiunto dalla totalità dei 21 bambini considerati pari al (100% sul totale); l'item 1.7 che riguarda la capacità del bambino di essere interessato se gli si legge una storia è segnato negativamente per 2 bambini di 36 mesi su 21 pari al (9.5% sul totale) e positivamente per 19 bambini su 21 pari al (90.5% sul totale); l'item 1.8 che riguarda il piangere o agitarsi quando la mamma si allontana è segnato negativamente per 8 bambini su 21 pari al (38.1% sul totale) e positivamente per 13 bambini su 21 pari al (61.9% sul totale); nell'item 1.8b denominato con “Altro” 1 mamma riporta di non leggere storie al bambino di 36 mesi (4.8% sul totale) e 1 bambino non ha ancora iniziato l'asilo (4.8% sul totale).

In *Tabella 7.2* si riportano le statistiche descrittive dell'item 2.3, 2.4, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.10b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 36 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore”.

**2.3 La madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	18	85.7	85.7
Si	3	14.3	100.0
Totale	21	100.0	

**2.4 Il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	20	95.2	100.0	100.0
Mancante	1	4.8		
Totale	21	100.0		

**2.7 La madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
No	19	90.5	90.5
Si	2	9.5	100.0
Totale	21	100.0	

**2.8 Il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	19	90.5	95.0	95.0
Si	1	4.8	5.0	100.0
Mancante	1	4.8		
Totale	20	95.2	100.0	

**2.9 (Solo se dato riferito/conosciuto) La madre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	8	38.1	100.0	100.0
Mancante	13	61.9		
Totale	21	100.0		

**2.10 (Solo de dato riferito/conosciuto) Il padre soffre di psicopatologia (certificata)?**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
No	8	38.1	100.0	100.0
Mancante	13	61.9		
Totale	21	100.0		

**2.10b "Altro"**

	Frequenza	Percentuale
Mancante	21	100.0

*Tabella 7.2 (Stato emotivo-psicologico del genitore) 36 mesi*

Possiamo osservare dall'item 2.3 che 18 madri su 21 pari all' (85.7% sul totale) riferiscono di non avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi, mentre 3 madri

su 21 pari al (14.3% sul totale) riportano un'alterazione del sonno; l'item 2.4 che si riferisce invece all'alterazione del sonno del padre nelle ultime settimane o mesi è segnato negativamente da 20 padri su 21 considerati pari al (95.2% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 21 soggetti considerati pari al (4.8% sul totale); l'item 2.7 riporta che 19 madri su 21 pari al (90.5% sul totale) non riferiscono di avere difficoltà nella gestione del figlio, mentre 2 madri su 21 pari al (9.5% sul totale) riporta una gestione complicata del figlio; l'item 2.8 si riferisce alla difficoltà nella gestione del figlio da parte del padre ed è segnato negativamente da 19 padri su 20 pari al (90.5% sul totale) e positivamente da 1 padre su 20 pari al (4.8% sul totale). Questo item di questo questionario riporta 1 dato mancante su 21 soggetti considerati pari al (4.8% sul totale); l'item 2.9 riporta che 8 madri su 21 pari al (38.1% sul totale) non soffrono di psicopatologia certificata. Dato che a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto ci siamo trovati con 13 dati mancanti su 21 soggetti considerati pari al (61.9% sul totale); l'item 2.10 si riferisce alla presenza/assenza di psicopatologia certificata del padre ed è segnato negativamente da 8 padri su 21 pari al (38.1% sul totale). Dato che anche a questo item si poteva rispondere solo in caso di dato riferito/conosciuto, anche in questo caso, ci siamo ritrovati con 13 dati mancanti su 21 soggetti considerati pari al (61.9% sul totale); nell'item 2.10b denominato con "Altro" non è stato segnalato nulla.

In *Tabella 7.3* si riportano le statistiche descrittive dall'item 3.1 al 3.2b presenti nel questionario relativo al bilancio di salute in età pediatrica a 36 mesi in riferimento alle risposte date alla categoria "Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita".

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
M	19	90.5	90.5
P	2	9.5	100.0
Totale	21	100.0	

### 3.2 La relazione genitore bambino è:

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Valida	Percentuale Cumulativa
Ben Adattata	19	90.5	100.0	100.0
Mancante	2	9.5		
Totale	21	100.0		

<b>3.2b “Altro”</b>			
	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
	16	76.2	76.2
La madre non interviene mai per impedire al bambino di toccare ovunque in ambulatorio	1	4.8	81.0
Primogenita	2	9.5	90.5
Secondogenita	1	4.8	95.2
Secondogenito	1	4.8	100.0
Totale	21	100.0	

*Tabella 7.3 (Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita) 36 mesi*

Possiamo osservare dall'item 3.1 che 19 bambini su 21 pari al (90.5% sul totale) vengono accompagnati solo dalla madre alla visita e 2 bambini su 21 pari al (9.5% sul totale) vengono accompagnati dal padre; l'item 3.2 si riferisce al fatto che il Pediatra durante la visita valuta che 19 bambini su 21 pari al (90.5% sul totale) abbiano una relazione ben adattata o sufficientemente buona col genitore. Questo item di questo questionario riporta 2 dati mancanti su 21 soggetti considerati pari al (9.5% sul totale); nell'item 3.2b denominato con “Altro” viene segnato 1 bambino su 21 pari al (4.8% sul totale) la cui madre non interviene mai per impedire al piccolo di toccare ovunque in ambulatorio; 2 bambine su 21 pari al (9.5% sul totale) come primogenite; 1 bambina su 21 pari al (4.8% sul totale) come secondogenita e 1 bambino su 21 pari al (4.8% sul totale) come secondogenito.

Dalla *Tabella 7.4* possiamo osservare quanti bambini complessivamente (frequenza e corrispondente percentuale) a 36 mesi raggiungono il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dal questionario.

#### **7.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	1	4.8	4.8
7,00	10	47.6	52.4
8,00	10	47.6	100.0
Totale	21	100.0	

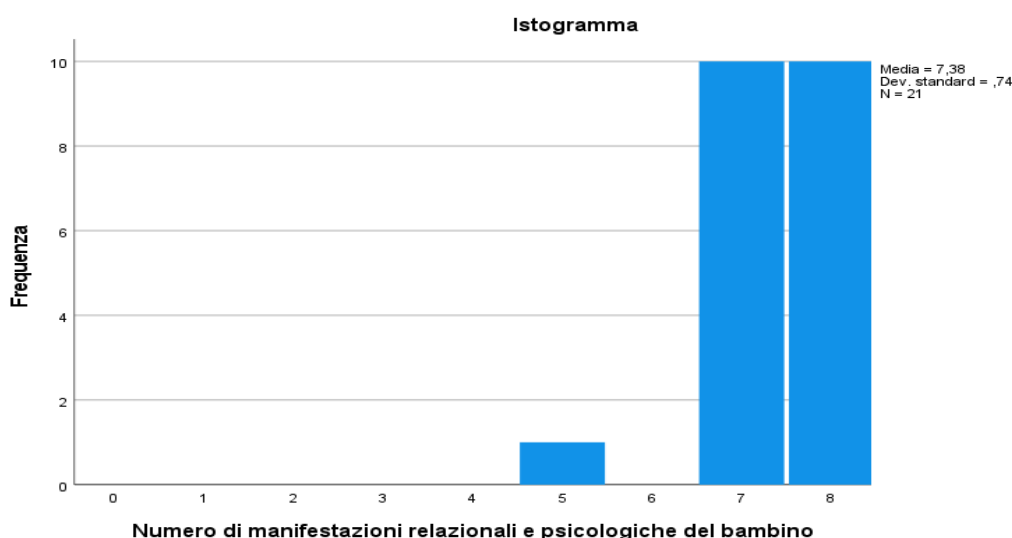
*Tabella 7.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 36 mesi*

Notiamo che 1 bambino su 21 di 36 mesi (pari al 4.8% sul totale) ha raggiunto solo 5 manifestazioni relazionali e psicologiche su 8; 10 bambini su 21 (pari al 47.6% sul totale) hanno raggiunto 7 manifestazioni relazionali e psicologiche su 8 e 10



bambini su 21 (pari al 47.6% sul totale) hanno raggiunto 8 manifestazioni relazionali e psicologiche su 8. Quindi, possiamo dire che in media i bambini di 36 mesi considerati hanno raggiunto il 92.3% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

Questa distribuzione dei dati è ben visibile anche grazie all'istogramma presente nella *Tabella 7.5* che riporta la Media (*M*), la Deviazione Standard (*DS*) e la numerosità del campione di bambini e genitori di 36 mesi considerati.



*Tabella 7.5 (Istogramma del numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 36 mesi*

### 3.6.2 Analisi dati aggregati

In questa parte, come precedentemente annunciato, sono state fatte le analisi aggregate dei dati, ossia sono state unite le risposte alle stesse domande nelle varie tappe di età del bambino di madre e padre separatamente, dell'andamento della qualità della relazione genitore-bambino e quelle relative ad osservare come cambia chi accompagna il bambino alla visita pediatrica mano a mano che quest'ultimo cresce, per vedere come si modificassero col passare dei mesi e sono state unite anche le risposte nelle varie tappe di madre e padre insieme per analizzare eventuali differenze fra i due dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Inoltre, nelle analisi aggregate, sono state unite anche le percentuali medie di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a nelle varie fasce di età per vedere l'andamento di crescita complessivo del campione totale di bambini considerati. In primis, sono state aggregate, dunque, le risposte positive e negative agli item della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" di ogni fascia di età considerata nel bilancio di salute in età

pediatrica da 1 mese a 36 mesi per osservare come e se si modificassero gli item col passare del tempo.

Nella *Tabella 8.1* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese prese insieme relative al primo item della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all’eventuale cambiamento del tono dell’umore della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

### 2.1 Umore madre

	No	Si	Totale
1 mese	25	5	30
	83.3%	16.7%	100.0%
3 mesi	28	2	30
	93.3%	6.7%	100.0%
6 mesi	26	4	30
	86.7%	13.3%	100.0%
9 mesi	20	2	22
	90.9%	9.1%	100.0%
12 mesi	21	2	23
	91.3%	8.7%	100%
Totale	120	15	135
	88.9%	11.1%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	1.914	4	0.752
Rapporto di verosimiglianza	1.901	4	0.754
Associazione lineare per lineare	0.488	1	0.485
N di casi validi	135		

*Tabella 8.1 (Analisi aggregata umore madre)*

Possiamo notare che l'umore della madre viene valutato solo fino ai 12 mesi e non è segnalato un cambiamento in esso dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 25 madri di bambini di 1 mese su 30 pari all' (83.3% sul totale); 28 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (93.3% sul totale); 26 madri di bambini di 6 mesi su 30 pari all' (86.7% sul totale); 20 madri di bambini di 9 mesi su 22 pari al (90.9% sul totale); 21 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari al (91.3% sul totale). Viene segnalato, invece, un cambiamento del tono dell'umore della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 5 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (16.7% sul totale); 2 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (6.7% sul totale); 4 madri di bambini di 6 mesi su 30 pari al (13.3% sul totale); 2 madri di bambini di 9 mesi su 22 pari al (9.1% sul totale); 2 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari all' (8.7% sul totale).

Complessivamente, dato che  $\chi^2 (4, N=135)=1.9, p=0.75$  possiamo dire che l'alterazione dell'umore della madre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 12 mesi.

Nella *Tabella 8.2* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al secondo item della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale cambiamento del tono dell'umore del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

## 2.2 Umore padre

	No	Si	Totale
1 mese	27	2	29
	93.1%	6.9%	100.0%
3 mesi	28	1	29
	99.6%	3.4%	100.0%
6 mesi	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
9 mesi	21	0	21
	100.0%	0.0%	100.0%
12 mesi	22	0	22
	100.0%	0.0%	100%
Totale	126	4	130
	96.9%	3.1%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	2.811	4	0.590
Rapporto di verosimiglianza	3.771	4	0.438
Associazione lineare per lineare	2.485	1	0.115
N di casi validi	130		

*Tabella 8.2 (Analisi aggregata umore padre)*

Possiamo notare che l'umore del padre viene valutato solo fino ai 12 mesi e non è segnalato un cambiamento in esso dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 27 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (93.1% sul totale); 28 padri di bambini di 3 mesi su 29 pari al (96.6% sul totale); 28 padri di bambini di 6 mesi su 29 pari al (96.6% sul totale); 21 padri di bambini di 9 mesi su 21 pari al (100% sul totale); 22 padri di bambini di 12 mesi su 22 pari al (100% sul totale). Viene segnalato, invece, un cambiamento del tono dell'umore del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 2 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (6.9% sul totale); 1 padre di bambini di 3 mesi su 29 pari al (3.4% sul totale); 1 padre di bambini di 6 mesi

su 29 pari al (3.4% sul totale); 0 padri di bambini di 9 mesi su 21 e 0 padri di bambini di 12 mesi su 22.

Complessivamente, dato che  $X^2(4, N=130)=2.8$ ,  $p=0.59$  possiamo dire che l'alterazione dell'umore del padre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 12 mesi.

Nella *Tabella 8.3* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al terzo item da 1 a 12 mesi e al primo item a 18/24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale alterazione del sonno della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

### 2.3 Sonno madre

	No	Si	Totale
1 mese	20	10	30
	66.7%	33.3%	100.0%
3 mesi	26	4	30
	86.7%	13.3%	100.0%
6 mesi	25	5	30
	83.3%	16.7%	100.0%
9 mesi	19	2	21
	90.5%	9.5%	100.0%
12 mesi	20	3	23
	87.0%	13.0%	100.0%
18-24 mesi	15	2	17
	88.2%	11.8%	100.0%
36 mesi	18	3	21
	85.7%	14.3%	100.0%
Totale	143	29	172
	83.1%	16.9%	100.0%

**Test del Chi-quadrato**

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	7.534	6	0.274
Rapporto di verosimiglianza	6.716	6	0.348
Associazione lineare per lineare	2.977	1	0.084
N di casi validi	172		

*Tabella 8.3 (Analisi aggregata sonno madre)*

Possiamo notare che il sonno della madre viene valutato fino ai 36 mesi e non è segnalata un'alterazione in esso dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 20 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (66.7% sul totale); 26 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari all' (86.7% sul totale); 25 madri di bambini di 6 mesi su 30 pari all' (83.3% sul totale); 19 madri di bambini di 9 mesi su 21 pari al (90.5% sul totale); 20 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari all' (87% sul totale); 15 madri di bambini di 18-24 mesi su 17 pari all' (88.2% sul totale); 18 madri di bambini di 36 mesi su 21 pari all' (85.7% sul totale). Viene segnalata, invece, un'alterazione del sonno della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 10 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (33.3% sul totale); 4 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (13.3% sul totale); 5 madri di bambini di 6 mesi su 30 pari al (16.7% sul totale); 2 madri di bambini di 9 mesi su 21 pari al (9.5% sul totale); 3 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari al (13% sul totale); 2 madri di bambini di 18-24 mesi su 17 pari all' (11.8% sul totale) e 3 madri di bambini di 36 mesi su 21 pari al (14.3% sul totale).

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=172)=7.5$ ,  $p=0.27$  possiamo dire che l'alterazione del sonno della madre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi.

Nella *Tabella 8.4* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al quarto item da 1 a 12 mesi e al secondo item a 18/24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.4 Sonno padre

	No	Si	Totale
1 mese	21 72.4%	8 27.6%	29 100.0%
3 mesi	29 100.0%	0 0.0%	29 100.0%
6 mesi	27 96.4%	1 3.6%	28 100.0%
9 mesi	21 95.5%	1 4.5%	22 100.0%
12 mesi	20 90.9%	2 9.1%	22 100.0%
18-24 mesi	16 100.0%	0 0.0%	16 100.0%
36 mesi	20 100.0%	0 0.0%	20 100.0%
Totale	154 92.8%	12 7.2%	166 100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	23.894	6	0.001
Rapporto di verosimiglianza	21.830	6	0.001
Associazione lineare per lineare	8.003	1	0.005
N di casi validi	166		

Tabella 8.4 (Analisi aggregata sonno padre)

Possiamo notare che il sonno del padre viene valutato fino ai 36 mesi e non è segnalata un' alterazione in esso dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 21 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (72.4% sul totale); 29 padri di bambini di 3 mesi su 29 pari al (100% sul totale); 27 padri di bambini di 6 mesi su 28

pari al (96.4% sul totale); 21 padri di bambini di 9 mesi su 22 pari al (95.5% sul totale); 20 padri di bambini di 12 mesi su 22 pari al (90.9% sul totale); 16 padri di bambini di 18-24 mesi su 16 pari al (100% sul totale); 20 padri di bambini di 36 mesi su 20 pari al (100% sul totale). Viene segnalata, invece, un'alterazione del sonno del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 8 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (27.6% sul totale); 0 padri di bambini di 3 mesi su 29; 1 padre di bambini di 6 mesi su 28 pari al (3.6% sul totale); 1 padre di bambini di 9 mesi su 22 pari al (4.5% sul totale); 2 padri di bambini di 12 mesi su 22 pari al (9.1% sul totale); 0 padri di bambini di 18-24 mesi su 16 e 0 padri di bambini di 36 mesi su 20.

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=166)=23.9, p=0.001$  possiamo dire che l'alterazione del sonno del padre è significativa e quindi ha una ricorrenza differente nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi. In particolare vediamo che l'alterazione del sonno del padre è più presente quando il figlio/a ha 1 mese e poi tende a calare con la sua crescita.

Nella *Tabella 8.5* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al quinto item della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale alterazione dell'alimentazione della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.



## 2.5 Alimentazione madre

	No	Si	Totale
1 mese	26	4	30
	86.7%	13.3%	100.0%
3 mesi	27	3	30
	90.0%	10.0%	100.0%
6 mesi	26	4	30
	86.7%	13.3%	100.0%
9 mesi	22	1	23
	95.7%	4.3%	100.0%
12 mesi	23	0	23
	100.0%	0.0%	100%
Totale	124	12	136
	91.2%	8.8%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	4.367	4	0.359
Rapporto di verosimiglianza	6.322	4	0.176
Associazione lineare per lineare	3.129	1	0.077
N di casi validi	136		

Tabella 8.5 (Analisi aggregata alimentazione madre)

Possiamo notare che l'alimentazione della madre viene valutata solo fino ai 12 mesi e non è segnalata un'alterazione in essa dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 26 madri di bambini di 1 mese su 30 pari all'(86.7% sul totale); 27 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (90% sul totale); 26 madri di bambini di 6 mesi su 30 pari all' (86.7% sul totale); 22 madri di bambini di 9 mesi su 23 pari al (95.7% sul totale); 23 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari al (100% sul totale). Viene segnalata, invece, un'alterazione dell'alimentazione della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 4 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (13.3% sul totale); 3 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (10% sul totale); 4 madri di bambini

di 6 mesi su 30 pari al (13.3% sul totale); 1 madre di bambini di 9 mesi su 23 pari al (4.3% sul totale); 0 madri di bambini di 12 mesi su 23.

Complessivamente, dato che  $X^2(4, N=136)=4.4$ ,  $p=0.36$  possiamo dire che l'alterazione dell'alimentazione della madre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 12 mesi.

Nella *Tabella 8.6* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al sesto item della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale alterazione dell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.6 Alimentazione padre

	No	Si	Totale
1 mese	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
3 mesi	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
6 mesi	28	0	28
	100.0%	0.0%	100.0%
9 mesi	22	0	22
	100.0%	0.0%	100.0%
12 mesi	21	0	21
	100.0%	0.0%	100%
Totale	127	2	129
	98.4%	1.6%	100.0%

**Test del Chi-quadrato**

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	2.487	4	0.647
Rapporto di verosimiglianza	3.236	4	0.519
Associazione lineare per lineare	1.840	1	0.175
N di casi validi	129		

*Tabella 8.6 (Analisi aggregata alimentazione padre)*

Possiamo notare che l'alimentazione del padre viene valutata solo fino ai 12 mesi e non è segnalata un'alterazione in essa dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 28 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (96.6% sul totale); 28 padri di bambini di 3 mesi su 29 pari al (96.6% sul totale); 28 padri di bambini di 6 mesi su 28 pari al (100% sul totale); 22 padri di bambini di 9 mesi su 22 pari al (100% sul totale); 21 padri di bambini di 12 mesi su 21 pari al (100% sul totale). Viene segnalata, invece, un'alterazione dell'alimentazione del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 1 padre di bambini di 1 mese su 29 pari al (3.4% sul totale); 1 padre di bambini di 3 mesi su 29 pari al (3.4% sul totale); 0 padri di bambini di 6 mesi su 28; 0 padri di bambini di 9 mesi su 22; 0 padri di bambini di 12 mesi su 21.

Complessivamente, dato che  $X^2(4, N=129)=2.5$ ,  $p=0.65$  possiamo dire che l'alterazione dell'alimentazione del padre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 12 mesi.

Nella *Tabella 8.7* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al settimo item da 1 a 12 mesi e al terzo item a 18/24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale difficoltà nella gestione del figlio/a da parte della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

## 2.7 Gestione del figlio (madre)

	No	Si	Totale
1 mese	27	3	30
	90.0%	10.0%	100.0%
3 mesi	29	1	30
	96.7%	3.3%	100.0%
6 mesi	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
9 mesi	20	3	23
	87.0%	13.0%	100.0%
12 mesi	21	2	23
	91.3%	8.7%	100.0%
18-24 mesi	16	1	17
	94.1%	5.9%	100.0%
36 mesi	19	2	21
	90.5%	9.5%	100.0%
Totale	160	13	173
	92.5%	7.5%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	2.956	6	0.814
Rapporto di verosimiglianza	3.104	6	0.796
Associazione lineare per lineare	0.125	1	0.724
N di casi validi	173		

Tabella 8.7 (Analisi aggregata gestione del figlio da parte della madre)

Possiamo notare che la gestione del figlio/a da parte della madre viene valutata fino ai 36 mesi e non è segnalata una difficoltà in essa dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 27 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (90% sul totale); 29 madri di bambini di 3 mesi su 30 pari al (96.7% sul totale); 28 madri di bambini di 6 mesi su 29 pari al (96.6% sul totale); 20 madri di bambini di 9 mesi su 23

pari all' (87% sul totale); 21 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari al (91.3% sul totale); 16 madri di bambini di 18-24 mesi su 17 pari al (94.1% sul totale); 19 madri di bambini di 36 mesi su 21 pari al (90.5% sul totale). Viene segnalata, invece, una difficoltà nella gestione del figlio/a dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi da parte di 3 madri di bambini di 1 mese su 30 pari al (10% sul totale); 1 madre di bambini di 3 mesi su 30 pari al (3.3% sul totale); 1 madre di bambini di 6 mesi su 29 pari al (3.4% sul totale); 3 madri di bambini di 9 mesi su 23 pari al (13% sul totale); 2 madri di bambini di 12 mesi su 23 pari all' (8.7% sul totale); 1 madre di bambini di 18-24 mesi su 17 pari al (5.9% sul totale) e 2 madri di bambini di 36 mesi su 21 pari al (9.5% sul totale).

Complessivamente, dato che  $\chi^2(6, N=173)=2.9, p=0.81$  possiamo dire che la gestione del figlio/a da parte della madre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi.

Nella *Tabella 8.8* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative all'ottavo item da 1 a 12 mesi e al quarto item a 18/24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale difficoltà nella gestione del figlio/a da parte del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

## 2.8 Gestione del figlio (padre)

	No	Si	Totale
1 mese	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
3 mesi	27	1	28
	96.4%	3.6%	100.0%
6 mesi	27	1	28
	96.4%	3.6%	100.0%
9 mesi	22	0	22
	100.0%	0.0%	100.0%
12 mesi	19	2	21
	90.5%	9.5%	100.0%
18-24 mesi	15	1	16
	93.8%	6.3%	100.0%
36 mesi	19	1	20
	95.0%	5.0%	100.0%
Totale	157	7	164
	95.7%	4.3%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	2.695	6	0.846
Rapporto di verosimiglianza	3.265	6	0.775
Associazione lineare per lineare	0.455	1	0.500
N di casi validi	164		

Tabella 8.8 (Analisi aggregata gestione del figlio da parte del padre)

Possiamo notare che la gestione del figlio/a da parte del padre viene valutata fino ai 36 mesi e non è segnalata una difficoltà in essa dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 28 padri di bambini di 1 mese su 29 pari al (96.6% sul totale); 27 padri di bambini di 3 mesi su 28 pari al (96.4% sul totale); 27 padri di bambini di 6 mesi su 28 pari al (96.4% sul totale); 22 padri di bambini di 9 mesi su 22

pari al (100% sul totale); 19 padri di bambini di 12 mesi su 21 pari al (90.5% sul totale); 15 padri di bambini di 18-24 mesi su 16 pari al (93.8% sul totale); 19 padri di bambini di 36 mesi su 20 pari al (95% sul totale). Viene segnalata, invece, una difficoltà nella gestione del figlio/a dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi da parte di 1 padre di bambini di 1 mese su 29 pari al (3.4% sul totale); 1 padre di bambini di 3 mesi su 28 pari al (3.6% sul totale); 1 padre di bambini di 6 mesi su 28 pari al (3.6% sul totale); 0 padri di bambini di 9 mesi su 22; 2 padri di bambini di 12 mesi su 21 pari al (9.5% sul totale); 1 padre di bambini di 18-24 mesi su 16 pari al (6.3% sul totale) e 1 padre di bambini di 36 mesi su 20 pari al (5% sul totale).

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=164)=2.7, p=0.85$  possiamo dire che la gestione del figlio/a da parte del padre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi.

Nella *Tabella 8.9* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al nono item da 1 a 12 mesi e al quinto item a 18/24 e 36 mesi della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all’eventuale presenza di psicopatologia certificata della madre. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

## 2.9 Psicopatologia madre

	No	Si	Totale
1 mese	8	1	9
	88.9%	11.1%	100.0%
3 mesi	8	0	8
	100.0%	0.0%	100.0%
6 mesi	11	1	12
	91.7%	8.3%	100.0%
9 mesi	6	0	6
	100.0%	0.0%	100.0%
12 mesi	10	0	10
	100.0%	0.0%	100.0%
18-24 mesi	11	0	11
	100.0%	0.0%	100.0%
36 mesi	8	0	8
	100.0%	0.0%	100.0%
Totale	62	2	64
	96.9%	3.1%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	4.358	6	0.628
Rapporto di verosimiglianza	4.637	6	0.591
Associazione lineare per lineare	2.105	1	0.147
N di casi validi	64		

Tabella 8.9 (Analisi aggregata psicopatologia madre)

Possiamo notare che la psicopatologia certificata della madre viene valutata fino ai 36 mesi e non abbiamo ricevuto molte risposte in quanto questo item andava segnato solo se il dato fosse stato riferito/conosciuto. Pertanto, sappiamo che non è stata segnalata la presenza di psicopatologia certificata in 8 madri di bambini di 1 mese su 9 pari all' (88.9% sul totale); 8 madri di bambini di 3 mesi su 8 pari al (100% sul totale);



11 madri di bambini di 6 mesi su 12 pari al (91.7% sul totale); 6 madri di bambini di 9 mesi su 6 pari al (100% sul totale); 10 madri di bambini di 12 mesi su 10 pari al (100% sul totale); 11 madri di bambini di 18-24 mesi su 11 pari al (100% sul totale); 8 madri di bambini di 36 mesi su 8 pari al (100% sul totale). Viene segnalata, invece, la presenza di psicopatologia certificata da parte di 1 madre di bambini di 1 mese su 9 pari all' (11.1% sul totale); 0 madri di bambini di 3 mesi su 8; 1 madre di bambini di 6 mesi su 12 pari all' (8.3% sul totale); 0 madri di bambini di 9 mesi su 6; 0 madri di bambini di 12 mesi su 10; 0 madri di bambini di 18-24 mesi su 11 e 0 madri di bambini di 36 mesi su 8.

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=64)=4.4$ ,  $p=0.63$  possiamo dire che la psicopatologia certificata della madre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi.

Nella *Tabella 8.10* abbiamo unito le risposte positive e negative delle varie fasce di mese relative al decimo item da 1 a 12 mesi e al sesto item a 18/24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale presenza di psicopatologia certificata del padre. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

## 2.10 Psicopatologia padre

	No	Si	Totale
1 mese	9	0	9
	100.0%	0.0%	100.0%
3 mesi	7	1	8
	87.5%	12.5%	100.0%
6 mesi	12	0	12
	100.0%	0.0%	100.0%
9 mesi	6	0	6
	100.0%	0.0%	100.0%
12 mesi	10	0	10
	100.0%	0.0%	100.0%
18-24 mesi	11	0	11
	100.0%	0.0%	100.0%
36 mesi	8	0	8
	100.0%	0.0%	100.0%
Totale	63	1	64
	98.4%	1.6%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	7.111	6	0.311
Rapporto di verosimiglianza	4.274	6	0.640
Associazione lineare per lineare	1.036	1	0.309
N di casi validi	64		

Tabella 8.10 (Analisi aggregata psicopatologia padre)

Possiamo notare che la psicopatologia certificata del padre viene valutata fino ai 36 mesi e non abbiamo ricevuto molte risposte in quanto questo item andava segnato solo se il dato fosse stato riferito/conosciuto. Pertanto, sappiamo che non è stata segnalata la presenza di psicopatologia certificata in 9 padri di bambini di 1 mese su 9 pari al (100% sul totale); 7 padri di bambini di 3 mesi su 8 pari all' (87.5% sul totale);

12 padri di bambini di 6 mesi su 12 pari al (100% sul totale); 6 padri di bambini di 9 mesi su 6 pari al (100% sul totale); 10 padri di bambini di 12 mesi su 10 pari al (100% sul totale); 11 padri di bambini di 18-24 mesi su 11 pari al (100% sul totale); 8 padri di bambini di 36 mesi su 8 pari al (100% sul totale). Viene segnalata, invece, la presenza di psicopatologia certificata da parte di 0 padri di bambini di 1 mese su 9; 1 padre di bambini di 3 mesi su 8 pari al (12.5% sul totale); 0 padri di bambini di 6 mesi su 12; 0 padri di bambini di 9 mesi su 6; 0 padri di bambini di 12 mesi su 10; 0 padri di bambini di 18-24 mesi su 11 e 0 padri di bambini di 36 mesi su 8.

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=64)=7.1, p=0.31$  possiamo dire che la psicopatologia certificata del padre non è significativa e quindi ha una ricorrenza simile nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi.

In un secondo momento, sono state aggregate le risposte al primo item della categoria “Qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita” per ogni fascia di età considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi per vedere come cambia col passare del tempo chi accompagna il bambino/a alla visita. Pertanto, nella *Tabella 9.1* abbiamo unito le risposte relative alla domanda “Chi accompagna il bambino/a alla visita?” delle varie fasce di mese prese in considerazione. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

### 3.1 Chi accompagna il bambino/a alla visita?

	M	M+NONNI	P	PM	TOTALE
1 mese	12	0	0	18	30
	40.0%	0.0%	0.0%	60.0%	100.0%
3 mesi	27	0	0	3	30
	90.0%	0.0%	0.0%	10.0%	100.0%
6 mesi	26	1	0	3	30
	86.7%	3.3%	0.0%	10.0%	100.0%
9 mesi	22	0	1	0	23
	95.7%	0.0%	4.3%	0.0%	100.0%
12 mesi	20	0	1	2	23
	87.0%	0.0%	4.3%	8.7%	100.0%
18-24 mesi	13	0	2	1	16
	81.3%	0.0%	12.5%	6.3%	100.0%
36 mesi	19	0	2	0	21
	90.5%	0.0%	9.5%	0.0%	100.0%
Totale	139	1	6	27	173
	80.3%	0.6%	3.5%	15.6%	100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	69.174	18	0.000
Rapporto di verosimiglianza	61.506	18	0.000
N di casi validi	173		

Tabella 9.1 (Analisi aggregata accompagnamento del/della bambino/a alla visita)

Complessivamente, dato che  $X^2(18, N=173)=69.2$ ,  $p=0.00$  possiamo notare che c'è una differenza in base al bilancio. Infatti la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che vengono accompagnati solo dalla mamma va a crescere con l'aumentare dell'età del bambino mentre la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che vengono accompagnati da papà e mamma insieme va a diminuire con l'aumentare dell'età del bambino; in particolare, quando il bambino/a ha 1 mese viene

maggiormente accompagnato da entrambi i genitori, poi, dai 3 mesi in su è principalmente solo la mamma ad accompagnare il bambino/a alla visita.

A 1 mese 12 bambini su 30 pari al (40% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnati da mamma + nonni, 0 solo dal papà e 18 bambini su 30 pari al (60% sul totale) vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

A 3 mesi 27 bambini su 30 pari al (90% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnati da mamma + nonni, 0 solo dal papà e 3 bambini su 30 pari al (10% sul totale) vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

A 6 mesi 26 bambini su 30 pari all' (86.7% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 1 bambino pari al (3.3% sul totale) viene accompagnato da mamma + nonni, 0 solo dal papà e 3 bambini su 30 pari al (10% sul totale) vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

A 9 mesi 22 bambini su 23 pari al (95.7% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnato da mamma + nonni, 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) viene accompagnato solo dal papà e 0 bambini su 23 vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

A 12 mesi 20 bambini su 23 pari all' (87% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnati da mamma + nonni, 1 bambino su 23 pari al (4.3% sul totale) viene accompagnato solo dal papà e 2 bambini su 23 pari all' (8.7% sul totale) vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

A 18-24 mesi 13 bambini su 16 pari all' (81.3% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnati da mamma + nonni, 2 bambini su 16 pari al (12.5% sul totale) vengono accompagnati solo dal papà e 1 bambino su 16 pari al (6.3% sul totale) viene accompagnati da papà e mamma insieme.

A 36 mesi 19 bambini su 21 pari al (90.5% sul totale) vengono accompagnati solo dalla mamma alla visita, 0 bambini vengono accompagnati da mamma + nonni, 2 bambini su 21 pari al (9.5% sul totale) vengono accompagnati solo dal papà e 0 bambini su 21 vengono accompagnati da papà e mamma insieme.

Poi, sono state aggregate le risposte al secondo item della categoria "Qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita" per ogni fascia

di età considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi. Pertanto, nella *Tabella 9.2* abbiamo unito le risposte relative alla domanda “La relazione genitore/bambino è:” delle varie fasce di mese prese in considerazione per vedere se sorgessero differenze col passare del tempo. Grazie al Test del Chi-quadrato di Pearson ne è poi stata calcolata la significatività.

### 3.2 La relazione genitore/bambino è:

	Ben Adattata	Tesa	Totale
1 mese	29	1	30
	96.7%	3.3%	100.0%
3 mesi	27	1	28
	96.4%	3.6%	100.0%
6 mesi	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
9 mesi	19	1	20
	95.0%	5.0%	100.0%
12 mesi	22	0	22
	100.0%	0.0%	100.0%
18-24 mesi	16	0	16
	100.0%	0.0%	100.0%
36 mesi	19	0	19
	100.0%	0.0%	100.0%
Totale	160	4	164
	97.6%	2.4%	100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	df	Significatività asintotica (bilaterale)
Chi-quadrato di Pearson	2.352	6	0.885
Rapporto di verosimiglianza	3.573	6	0.734
Associazione lineare per lineare	1.280	1	0.258
N di casi validi	164		

*Tabella 9.2 (Analisi aggregata relazione genitore/bambino)*

Complessivamente, dato che  $X^2(6, N=164)=2.4, p=0.89$  possiamo notare che non c'è una differenza in base al bilancio, infatti la relazione dei bambini con il genitore nelle varie fasce di mese viene quasi sempre giudicata ben adattata o sufficientemente buona.

In particolare, a 1 mese 29 bambini su 30 pari al (96.7% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 1 bambino su 30 pari al (3.3% sul totale) aveva una relazione tesa o ansiosa.

A 3 mesi 27 bambini su 28 pari al (96.4% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 1 bambino su 28 pari al (3.6% sul totale) aveva una relazione tesa o ansiosa.

A 6 mesi 28 bambini su 29 pari al (96.6% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 1 bambino su 29 pari al (3.4% sul totale) aveva una relazione tesa o ansiosa.

A 9 mesi 19 bambini su 20 pari al (95% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 1 bambino su 20 pari al (5% sul totale) aveva una relazione tesa o ansiosa.

A 12 mesi 22 bambini su 22 pari al (100% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 0 bambini su 22 avevano una relazione tesa o ansiosa.

A 18-24 mesi 16 bambini su 16 pari al (100% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 0 bambini su 16 avevano una relazione tesa o ansiosa.

A 36 mesi 19 bambini su 19 pari al (100% sul totale) avevano una relazione col genitore ben adattata o sufficientemente buona per il Pediatra e 0 bambini su 19 avevano una relazione tesa o ansiosa.

Nelle indagini statistiche abbiamo poi continuato ad analizzare due item alla volta relativi alla categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” per metterli a confronto e verificarne differenze e significatività.

In particolare, nella *Tabella 10.1* abbiamo unito le risposte positive e negative fino ai 12 mesi relative al primo e al secondo item della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all'eventuale cambiamento del tono dell'umore della madre e del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi per

vedere se ci fossero differenze fra i due. Grazie al Test di McNemar ne è poi stata calcolata la significatività.

### 2.1\*2.2 Umore madre e Umore padre

		Umore padre		Totale
		NO	SI	
Umore madre	NO	117 90.0%	0 0.0%	117 90.0%
	SI	9 6.9%	4 3.1%	13 10.0%
Totale		126 96.9%	4 3.1%	130 100.0%

### Test del Chi-quadrato

	Valore	Significatività esatta (bilaterale)
Test McNemar N di casi validi	130	.004

Tabella 10.1 (Analisi aggregata umore madre e padre)

Possiamo notare che l'umore della madre e del padre viene valutato solo fino ai 12 mesi e non è segnalato un cambiamento in esso né per la madre né per il padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 117 casi su 130 pari al (90% sul totale); invece, in 0 casi su 130 considerati viene segnalato un cambiamento nel tono dell'umore del padre e non in quello della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; in 9 casi su 130 pari al (6.9% sul totale) è stato segnalato invece un cambiamento nel tono dell'umore della madre e non in quello del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; infine, 4 casi su 130 pari al (3.1% sul totale) hanno riportato un'alterazione nel tono dell'umore sia della madre che del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi.

Complessivamente, dato che nel Test di McNemar il *P value* è uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05, possiamo dire che i differenti valori nell'alterazione del tono dell'umore di madre e padre aggregati sono significativi e quindi c'è differenza nella modificazione del tono dell'umore della madre rispetto alla modificazione del tono dell'umore del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 12 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un tono dell'umore alterato e padri senza umore alterato rispetto al contrario.



Nella *Tabella 10.2* abbiamo unito le risposte positive e negative fino ai 36 mesi relative al terzo e al quarto item fino ai 12 mesi e al primo e secondo item a 18-24 e 36 mesi della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all’eventuale alterazione del sonno della madre e del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi per vedere se ci fossero differenze fra i due. Grazie al Test di McNemar ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.3\*2.4 Sonno madre e Sonno padre

		Sonno padre		Totale
		NO	SI	
Sonno madre	NO	136 82.4%	1 0.6%	137 83.0%
	SI	17 10.3%	11 6.7%	28 17.0%
Totale		153 92.7%	12 7.3%	165 100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	Significatività esatta (bilaterale)
Test McNemar N di casi validi	165	<.001

*Tabella 10.2 (Analisi aggregata sonno madre e padre)*

Possiamo notare che il sonno della madre e del padre viene valutato fino ai 36 mesi e non è segnalato un cambiamento in esso né per la madre né per il padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 136 casi su 165 pari all’ (82.4% sul totale); invece, in 1 caso su 165 considerati viene segnalato un cambiamento nel sonno del padre e non in quello della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; in 17 casi su 165 pari al (10.3% sul totale) è stato segnalato invece un cambiamento nel tono dell’umore della madre e non in quello del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; infine, 11 casi su 165 pari al (6.7% sul totale) hanno riportato un’alterazione nel sonno sia della madre che del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi.

Complessivamente, dato che nel Test di McNemar il *P value* è minore di 0.001 e quindi minore di 0.05, possiamo dire che i differenti valori nell’alterazione del sonno di madre e padre aggregati sono significativi e quindi c’è differenza nella modificazione

del sonno della madre rispetto alla modificazione del sonno del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 36 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un sonno alterato e padri senza sonno alterato rispetto al contrario.

Nella *Tabella 10.3* abbiamo unito le risposte positive e negative fino ai 12 mesi relative al quinto e al sesto item della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all’eventuale alterazione dell’alimentazione della madre e del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi per vedere se ci fossero differenze fra i due. Grazie al Test di McNemar ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.5\*2.6 Alimentazione madre e Alimentazione padre

		Alimentaz. padre		Totale
		NO	SI	
Alimentaz. madre	NO	118 91.5%	0 0.0%	118 91.5%
	SI	9 7.0%	2 1.6%	11 8.5%
Totale		127 98.4%	2 1.6%	129 100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	Significatività esatta (bilaterale)
Test McNemar N di casi validi	129	.004

*Tabella 10.3 (Analisi aggregata alimentazione madre e padre)*

Possiamo notare che l’alimentazione della madre e del padre viene valutata fino ai 12 mesi e non è segnalato un cambiamento in essa né per la madre né per il padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 118 casi su 129 pari al (91.5% sul totale); invece, in 0 casi su 129 considerati viene segnalato un cambiamento nell’alimentazione del padre e non in quello della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; in 9 casi su 129 pari al (7% sul totale) è stato segnalato invece un cambiamento nel tono dell’umore della madre e non in quello del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; infine, 2 casi su 129 pari all’ (1.6% sul totale) hanno riportato un’alterazione nell’alimentazione sia della madre che del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi.

Complessivamente, dato che nel Test di McNemar il *P value* è uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05, possiamo dire che i differenti valori nell'alterazione dell'alimentazione di madre e padre aggregati sono significativi e quindi c'è differenza nella modificazione dell'alimentazione della madre rispetto alla modificazione dell'alimentazione del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 12 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un'alimentazione alterata e padri senza alimentazione alterata rispetto al contrario.

Nella *Tabella 10.4* abbiamo unito le risposte positive e negative fino ai 36 mesi relative al settimo e all'ottavo item fino ai 12 mesi e al terzo e quarto item a 18-24 e 36 mesi della categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" che si riferisce all'eventuale difficoltà nella gestione del figlio/a da parte della madre e del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi per vedere se ci fossero differenze fra i due. Grazie al Test di McNemar ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.7\*2.8 Gestione figlio (madre) e Gestione figlio (padre)

		Gest. figl. padre		Totale
		NO	SI	
Gest. figl. madre	NO	149 91.4%	2 1.2%	151 92.6%
	SI	7 4.3%	5 3.1%	12 7.4%
Totale		156 95.7%	7 4.3%	163 100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	Significatività esatta (bilaterale)
Test McNemar N di casi validi	163	.180

*Tabella 10.4 (Analisi aggregata gestione del figlio/a madre e padre)*

Possiamo notare che la gestione del figlio/a da parte della madre e del padre viene valutata fino ai 36 mesi e non è segnalato una difficoltà in essa né per la madre né per il padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi in 149 casi su 163 pari al (91.4% sul totale); invece, in 2 casi su 163 considerati pari all' (1.2% sul totale) viene segnalata una difficoltà nella gestione del figlio/a da parte del padre e non da parte della madre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; in 7 casi su 163 pari al (4.3% sul totale) è stata segnalata invece una difficoltà nella gestione

del figlio/a da parte della madre e non da parte del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi; infine, 5 casi su 163 pari al (3.1% sul totale) hanno riportato una difficoltà nella gestione del figlio/a sia da parte della madre che da parte del padre dalla nascita del bambino/a o nelle ultime settimane o mesi.

Complessivamente, dato che nel Test di McNemar il *P value* è uguale a 0.180 e quindi maggiore di 0.05, possiamo dire che i differenti valori relativi agli item sulla difficoltà nella gestione del figlio/a da parte di madre e padre aggregati non sono significativi e quindi non c'è una differenza sostanziale nella difficoltà della gestione del figlio/a da parte della madre rispetto alla difficoltà nella gestione del figlio/a da parte del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 12 mesi.

Nella *Tabella 10.5* abbiamo unito le risposte positive e negative fino ai 36 mesi relative al nono e al decimo item fino ai 12 mesi e al quinto e sesto item a 18-24 e 36 mesi della categoria “Stato emotivo-psicologico del genitore” che si riferisce all'eventuale presenza di psicopatologia certificata della madre e del padre per vedere se ci fossero differenze fra i due. Grazie al Test di McNemar ne è poi stata calcolata la significatività.

#### 2.9\*2.10 Psicopatologia madre e Psicopatologia padre

		Psicopat. padre		Totale
		NO	SI	
Psicopat. madre	NO	61 95.3%	1 1.6%	62 96.9%
	SI	2 3.1%	0 0.0%	2 3.1%
Totale		63 98.4%	1 1.6%	64 100.0%

#### Test del Chi-quadrato

	Valore	Significatività esatta (bilaterale)
Test McNemar N di casi validi	64	1.000

*Tabella 10.5 (Analisi aggregata psicopatologia madre e padre)*

Possiamo notare che la psicopatologia della madre e del padre viene valutata fino ai 36 mesi e non è segnalata una difficoltà in essa né per la madre né per il padre in 61 casi su 64 pari al (95.3% sul totale); invece, in 1 caso su 64 considerati pari all' (1.6% sul totale) viene segnalata la presenza di psicopatologia certificata del padre e

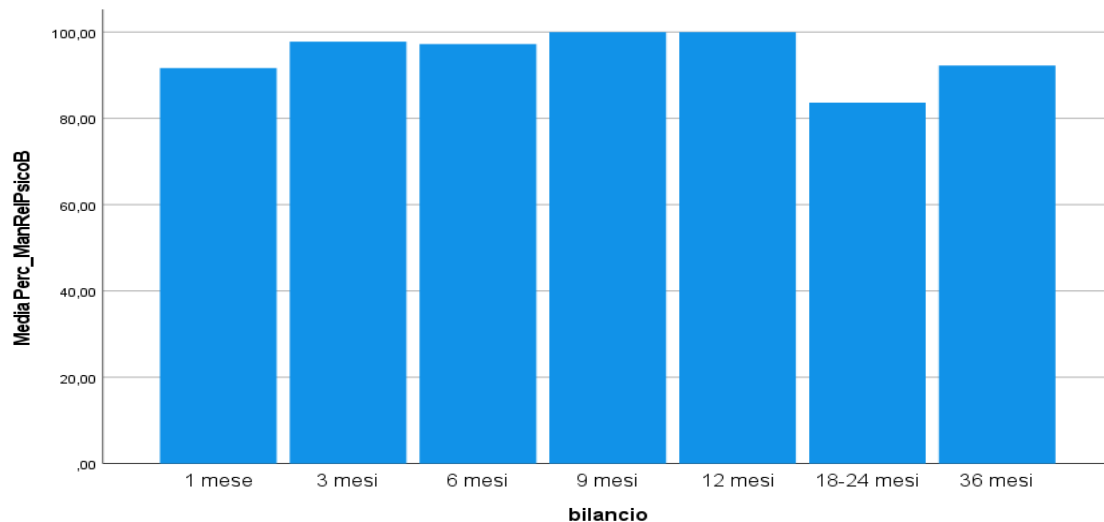
non della madre; in 2 casi su 64 pari al (3.1% sul totale) è stata segnalata invece la presenza di psicopatologia certificata della madre e non del padre; infine, 0 casi su 64 hanno riportato la presenza di psicopatologia certificata sia della madre che del padre.

Complessivamente, dato che nel Test di McNemar il *P value* è uguale a 1.000 e quindi maggiore di 0.05, possiamo dire che i differenti valori relativi agli item sulla presenza di psicopatologia certificata di madre e padre aggregati non sono significativi e quindi non c'è una differenza sostanziale nella presenza di psicopatologia certificata della madre rispetto alla presenza di psicopatologia certificata del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 36 mesi.

Nella *Tabella 11.1* ci siamo poi spostati ad osservare le analisi aggregate per quanto riguarda il confronto della percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe considerate nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi per vedere se ci fossero differenze sostanziali. Grazie al Test di Kruskal-Wallis ne è poi stata calcolata la significatività.

**Percentuale delle Manifestazioni Relazionali e Psicologiche del bambino/a**

	N	MINIMO	MASSIMO	MEDIA	DEVIAZIONE STD.
1 mese	30	33.33	100.00	91.6667	17.37021
3 mesi	30	66.67	100.00	97.7778	7.23621
6 mesi	30	50.00	100.00	97.2222	9.86822
9 mesi	23	100.00	100.00	100.0000	0.00000
12 mesi	23	100.00	100.00	100.0000	0.00000
18-24 mesi	17	33.33	100.00	83.6601	15.27406
36 mesi	21	62.50	100.00	92.2619	9.25016
Totale	174	33.33	100.00	95.1708	11.46446



#### Statistiche del test

	Perc_ManRelPsicoB
H di Kruskal-Wallis	61.102
gl	6
Sign.asint.	0.000

Tabella 11.1 (Analisi aggregata manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a)

Notiamo che sono tutte percentuali medie molto alte che raggiungono il soffitto o lo sfiorano almeno fino ai 12 mesi. In particolare, a 9 e 12 mesi abbiamo visto una percentuale media del 100% e quindi tutti gli elementi previsti dalla scheda sono stati raggiunti dai bambini/e considerati; a 1 mese la percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dai bambini/e si aggira attorno al 91.7%; a 3 mesi 97.8% e a 6 mesi 97.2%. Nei bambini/e di 18-24 mesi, dove la scheda psico-relazionale prevedeva anche più elementi da valutare rispetto alle schede dei restanti mesi considerati nel bilancio di salute, abbiamo notato, invece, una percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte più bassa pari all'84% e a 36 mesi torna a rialzarsi e raggiungere il 92.3%.

Complessivamente, dato che  $H(6)=61.1$ ,  $p=0.00$  possiamo dire che, osservando il Test di Kruskal-Wallis, i differenti valori aggregati relativi alle risposte agli item dei vari mesi della categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a" sono significativi e quindi c'è una differenza sostanziale nelle posizioni medie aggregate delle percentuali di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe di età considerate. In particolare a 18-24 mesi c'è la minor percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a.

### 3.6.3 Parametri di allerta

Per concludere il commento sull'analisi dei risultati, mi sposterei ad osservare i parametri di allerta che sono stati creati sulla base dei dati a disposizione, per permettere al Pediatra, che somministra il questionario nel bilancio di salute in età pediatrica, di discriminare i soggetti e le rispettive famiglie potenzialmente "a rischio" da quelli non problematici e valutare, di conseguenza, di consigliare ai primi di fare una visita specialistica psicologica nei casi meno gravi, neuropsichiatrica in quelli più complessi.

Abbiamo valutato e preso come regola di considerare nella norma il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal 95% o più dei bambini/e considerati/e, mentre sono stati etichettati "a rischio" i bambini/e che raggiungevano il 5% o meno delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

A 1 mese, quindi, è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 4. Infatti il 94% dei bambini/e ha raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 4 ed è stato considerato nella norma mentre solo il 6% dei bambini ha raggiunto un punteggio minore di 4. Questi ultimi sono considerati potenzialmente "a rischio" e quindi il Pediatra dovrebbe valutare se consigliare loro di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 1.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 1 mese.

**1.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
2,00	1	3.3	3.3
3,00	1	3.3	6.7
4,00	3	10.0	16.7
5,00	2	6.7	23.3
6,00	23	76.7	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 1.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 1 mese*

A 3 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 5. Infatti il 97% dei bambini/e ha raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 5 ed è stato considerato nella norma mentre solo il 3% dei bambini ha raggiunto un punteggio minore di 5. Questi ultimi sono considerati potenzialmente "a rischio" e quindi il Pediatra dovrebbe

valutare se consigliare loro di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 2.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 3 mesi.

**2.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	1	3.3	3.3
5,00	2	6.7	10.0
6,00	27	90.0	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 2.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 3 mesi*

A 6 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 5. Infatti il 97% dei bambini/e ha raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 5 ed è stato considerato nella norma mentre solo il 3% dei bambini ha raggiunto un punteggio minore di 5. Questi ultimi sono considerati potenzialmente “a rischio” e quindi il Pediatra dovrebbe valutare se consigliare loro di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 3.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 6 mesi.

**3.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino**

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	3.3	3.3
5,00	2	6.7	10.0
6,00	27	90.0	100.0
Totale	30	100.0	

*Tabella 3.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 6 mesi*

A 9 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 5. Infatti, in questo caso, il 100% dei bambini/e considerati/e ha raggiunto un punteggio uguale a 5 ed è stato considerato nella norma. Un punteggio minore di 5 è considerato potenzialmente “a rischio” e quindi il Pediatra, in questo caso, dovrebbe valutare se consigliare di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 4.4*



in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 9 mesi.

#### 4.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	23	100.0	100.0

Tabella 4.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 9 mesi

A 12 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 4. Infatti, in questo caso, il 100% dei bambini/e considerati/e ha raggiunto un punteggio uguale a 4 ed è stato considerato nella norma. Un punteggio minore di 4 è considerato potenzialmente “a rischio” e quindi il Pediatra, in questo caso, dovrebbe valutare se consigliare di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 5.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 12 mesi.

#### 5.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	23	100.0	100.0

Tabella 5.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 12 mesi

A 18-24 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 6. Infatti il 94% dei bambini/e ha raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 6 ed è stato considerato nella norma mentre solo il 6% dei bambini ha raggiunto un punteggio minore di 6. Questi ultimi sono considerati potenzialmente “a rischio” e quindi il Pediatra dovrebbe valutare se consigliare loro di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 6.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all'età di 18-24 mesi.

#### 6.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	5.9	5.9
6,00	1	5.9	11.8
7,00	3	17.6	29.4
8,00	10	58.8	88.2
9,00	2	11.8	100.0
Totale	17	100.0	

Tabella 6.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 18-24 mesi

A 36 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 7. Infatti il 95% dei bambini/e ha raggiunto un punteggio maggiore o uguale a 7 ed è stato considerato nella norma mentre solo il 5% dei bambini ha raggiunto un punteggio minore di 7. Questi ultimi sono considerati potenzialmente “a rischio” e quindi il Pediatra dovrebbe valutare se consigliare loro di fare una visita specialistica psicologica o neuropsichiatrica. Riporto di seguito la *Tabella 7.4* in cui è stato possibile osservare complessivamente la frequenza e la percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte all’età di 36 mesi.

#### 7.4 Numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino

	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	1	4.8	4.8
7,00	10	47.6	52.4
8,00	10	47.6	100.0
Totale	21	100.0	

Tabella 7.4 (Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a) 36 mesi

### 3.7 Discussione

A partire dalla considerazione, ampiamente documentata in letteratura (Binda et al., 2019b; Bornstein & Putnick, 2021; Farkas et al., 2020; Rocha et al., 2020) dell'importanza della qualità della relazione primaria con il caregiver per uno sviluppo sano del bambino, attraverso questo studio si è voluto porre l'accento sull'importanza della valutazione precoce delle manifestazioni relazionali e psicologiche dei bambini, la valutazione dello stato emotivo-psicologico dei loro genitori e la valutazione della qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita.

Il presente progetto di ricerca prende avvio, dunque, dall'idea di creare uno strumento di veloce somministrazione per i Pediatri da utilizzare nei bilanci di salute in età pediatrica che valutasse oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche quello relazionale genitori-bambino e lo stato emotivo-psicologico del genitore. Infatti, gli strumenti attualmente esistenti sono molto lunghi e dispendiosi a livello di tempo e vengono somministrati quando la relazione primaria risulta già compromessa. La "Scheda Psico-Relazionale" che abbiamo creato ha permesso, invece, ai Pediatri di valutare alcuni bambini da 1 a 36 mesi e le rispettive famiglie per rilevare precocemente, attraverso alcuni parametri di allerta, l'eventuale presenza di difficoltà da attenzionare a specialisti del settore psicologico/neuropsichiatrico.

Lo scopo è stato quello di fare prima un'analisi delle statistiche descrittive di tutti gli item della scheda nelle varie tappe di età per avere una visione approfondita del campione di bambini e genitori a nostra disposizione, poi, è stata fatta un'analisi dei dati aggregati ossia sono state unite, per prima cosa, le risposte alle stesse domande nelle varie tappe di madre e padre separatamente e qui l'unico valore che abbiamo trovato essere significativo è stato l'alterazione del sonno del padre, che ha quindi una ricorrenza differente nelle varie tappe di età considerate nel bilancio di salute del figlio/a da 1 mese a 36 mesi. In particolare abbiamo visto che l'alterazione del sonno del padre è più presente quando il figlio/a ha 1 mese e poi tende a calare con la sua crescita.

Poi, sono state aggregate le risposte al primo item (accompagnamento del bambino/a alla visita) della categoria "Qualità della relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita" per ogni fascia di età considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi. Abbiamo potuto notare che c'è una differenza in base al bilancio, infatti la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che vengono accompagnati solo dalla mamma va a crescere con l'aumentare dell'età del bambino, mentre la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini

che vengono accompagnati da papà e mamma insieme va a diminuire con l'aumentare dell'età del bambino; in particolare, quando il bambino/a ha 1 mese viene maggiormente accompagnato da entrambi i genitori, poi, dai 3 mesi in su è principalmente solo la mamma ad accompagnare il bambino/a alla visita. La relazione genitore/bambino abbiamo visto che, invece, è generalmente segnata come ben adattata o sufficientemente buona in tutte le tappe.

Abbiamo poi continuato ad analizzare due item alla volta di madre e padre relativi alla categoria "Stato emotivo-psicologico del genitore" per metterli a confronto e verificarne differenze e significatività. Complessivamente, possiamo dire che i differenti valori nell'alterazione del tono dell'umore di madre e padre aggregati sono significativi e quindi c'è differenza nella modificazione del tono dell'umore della madre rispetto alla modificazione del tono dell'umore del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 12 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un tono dell'umore alterato e padri senza umore alterato rispetto al contrario. Anche i differenti valori nell'alterazione del sonno di madre e padre aggregati sono significativi e quindi c'è differenza nella modificazione del sonno della madre rispetto alla modificazione del sonno del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 36 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un sonno alterato e padri senza sonno alterato rispetto al contrario. Sono significativi anche i differenti valori nell'alterazione dell'alimentazione di madre e padre aggregati e quindi c'è differenza nella modificazione dell'alimentazione della madre rispetto alla modificazione dell'alimentazione del padre quando il bambino ha un'età compresa fra 1 mese e 12 mesi. In particolare vediamo che ci sono più madri con un'alimentazione alterata e padri senza alimentazione alterata rispetto al contrario.

Ci siamo poi spostati ad osservare le analisi aggregate per quanto riguarda il confronto della percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe considerate nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi. Complessivamente, possiamo dire che i differenti valori aggregati relativi alle risposte agli item dei vari mesi della categoria "Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a" sono significativi e quindi c'è una differenza sostanziale nelle posizioni medie aggregate di queste percentuali raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe di età considerate. In particolare fino a 12 mesi quasi tutte le capacità valutate sono state raggiunte, a 18-24 mesi c'è la minor percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a che tende però a ricrescere a 36 mesi.

Interessante è stato poi, sulla base dei dati ottenuti, aver introdotto alcuni parametri di allerta per permettere al Pediatra, che somministra il questionario nel bilancio di salute in età pediatrica, di discriminare i soggetti e le rispettive famiglie potenzialmente “a rischio” da quelli non problematici e valutare, di conseguenza, di consigliare ai primi di fare una visita specialistica psicologica nei casi meno gravi, neuropsichiatrica in quelli più complessi. Abbiamo valutato e preso come regola di considerare nella norma il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal 95% o più dei bambini/e considerati/e, mentre sono stati etichettati “a rischio” i bambini/e che raggiungevano il 5% o meno delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

A 1 mese e 12 mesi, quindi, è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 4.

A 3 mesi, 6 mesi e 9 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 5.

A 18-24 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 6.

A 36 mesi è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 7.

L'idea è stata quella di creare una collaborazione fra Pediatri, Psicologi/Psicoterapeuti e Neuropsichiatri Infantili per sottolineare l'importanza di valutare il benessere fisico/organico unito a quello psichico/relazionale e per permettere ai Pediatri di segnalare precocemente i soggetti ritenuti a rischio di sviluppare una psicopatologia per problematiche individuali e/o relazionali, indirizzandoli opportunamente. Direttamente dallo Psicoterapeuta arrivano infatti solo famiglie, bambini e adolescenti con una compromissione già abbastanza grave, mentre la nostra idea è stata che un Pediatra, nonostante non sia uno specialista del settore psicologico/neuropsichiatrico possa, grazie alla sua esperienza e competenza, osservare precocemente, durante le visite di routine, l'eventuale presenza di difficoltà nel bambino e nei genitori. Se queste difficoltà rientrano nei parametri di allerta stabiliti per ciascuna fascia di mese considerata, il Pediatra potrebbe pensare di prevenire l'insorgenza di compromissioni maggiori e fare un invio a specialisti della Salute Mentale. La proposta dello studio nasce quindi dalla considerazione comune che ad oggi non esistono

strumenti condivisi che possano sopperire alla valutazione periodica nel tempo, dalla nascita e fino all'adolescenza, di aspetti psicologici e relazionali, per individuare soggetti da attenzionare e seguire a causa del rischio di sviluppare una psicopatologia. In realtà, al momento non è stato possibile fare uno studio longitudinale sugli stessi soggetti nel tempo ma solo uno studio trasversale su ogni fascia di età considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 a 36 mesi. In futuro, però, sarebbe interessante, con un campione più numeroso di soggetti, vedere come gli stessi cambino nel tempo così da fare valutazioni più accurate non solo all'interno della stessa fascia di mese e tra fasce di mesi diverse ma osservare anche i cambiamenti negli stessi soggetti a distanza di mesi e/o anni.

Abbiamo visto dai risultati ottenuti che c'è una differenza significativa per tono dell'umore, sonno e alimentazione fra madre e padre, in particolare la madre risulta sempre più compromessa rispetto al padre e abbiamo notato che l'alterazione del sonno del padre cambia col passare del tempo, in particolare è più accentuata quando il bambino ha 1 mese e tende a diminuire con la sua crescita. Questi dati sono in linea con i risultati presenti in letteratura in quanto la depressione perinatale, caratterizzata da tono dell'umore, sonno e alimentazione alterati, è da sempre considerata una problematica molto frequente in numerose donne nel post-partum, mentre soltanto recentemente i disturbi d'ansia, che vanno valutati altrettanto scrupolosamente, stanno ricevendo la stessa considerazione (Tambelli, 2017). In particolare, i disturbi depressivi e ansiosi già a partire dalla gravidanza sono associati a minori capacità di coping, a rappresentazioni materne negative e alla percezione di una scarsa efficacia nel ruolo materno (Bernard et al., 2018; MacMillan et al., 2020; Nath et al., 2019; Tambelli, 2017). Quindi, nella valutazione del disturbo del bambino il professionista della salute mentale deve valutare attentamente la presenza di genitorialità a rischio e attuare, se necessario, programmi di prevenzione precoce per non aggravare troppo la relazione disfunzionale che caratterizza le diadi madri depresse/ansiose e bambino. In questa azione preventiva è utile considerare anche il ruolo dei padri, sia come contenimento affettivo e base sicura per la madre, sia come ulteriore elemento di carico emotivo, quando loro stessi sviluppano una depressione post-partum (Tambelli, 2017). Lo sviluppo procede per adattamenti e ristrutturazioni sul percorso evolutivo della genitorialità che assolve in corrispondenza alla traiettoria di crescita del bambino i suoi compiti e le sue funzioni fra cui: funzione protettiva, affettiva, regolativa, rappresentativa, fantasmatica/proiettiva e mentalizzante (Tambelli, 2017). La

genitorialità a rischio nel periodo perinatale è fortemente collegata ai disturbi psichici dei bambini, infatti il genitore o meglio la genitorialità nasce prima della relazione, si completa poi all'interno delle interazioni diadiche ma rimane il primo spazio mentale che porta alla formazione della personalità del bambino (Bowlby, 1979). Dove siano presenti problemi nella formazione di una genitorialità sana o sufficientemente buona, la diade madre-bambino ne risentirà e di conseguenza la sintonizzazione affettiva alla base della relazione (Tambelli, 2017). L'essere genitori è infatti un processo in divenire che si costruisce gradualmente e che si forma su un percorso evolutivo specifico nella dinamica reciproca di autoregolazione e regolazione interattiva lasciando un'impronta indelebile nella mente del bambino (Bowlby, 1951; Tambelli, 2017). Quando sono presenti alcuni conflitti nel genitore, le interazioni genitore-bambino possono essere molto problematiche con conseguenti disturbi dell'attaccamento, disturbi evolutivi, depressione, psicosi o disturbi della personalità nel lungo termine (Tambelli, 2017). Il prendersi cura dei genitori deve avvenire su un ambiente terapeutico di *holding* e transfert positivo con l'intento di ristabilire una base sicura incrinata che si manifesta anche nel disagio espresso dal bambino (Bowlby, 1979). Il terapeuta quindi incentiva il cambiamento promuovendo un'esperienza di attaccamento correttiva promossa dalla creazione di transfert positivo che porta a un sistema resiliente di cura terapeutica anche grazie all'alleanza con i genitori (Tambelli, 2017).

Raggruppando, poi, le risposte relative alla qualità della Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita nei vari bilanci di salute considerati abbiamo notato che la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che vengono accompagnati solo dalla mamma va a crescere con l'aumentare dell'età del bambino mentre la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che vengono accompagnati da papà e mamma insieme va a diminuire con l'aumentare dell'età del bambino; in particolare, quando il bambino/a ha 1 mese viene maggiormente accompagnato da entrambi i genitori, poi, dai 3 mesi in su è principalmente solo la mamma ad accompagnare il bambino/a alla visita. Inoltre, i Pediatri hanno valutato la relazione genitore/bambino come ben adattata o sufficientemente buona nella maggior parte dei casi in tutte le fasce di età considerate nel bilancio di salute fino a 36 mesi.

Anche in questo caso i risultati avuti in questa sezione della Scheda Psico-Relazionale confermano i risultati presenti in letteratura in quanto, anche se nel primo periodo, quando il bambino è molto piccolo, la madre ha bisogno di più supporto e quindi si fa più facilmente aiutare dal padre o dai nonni, è sempre più la madre da sola

ad occuparsi del figlio soprattutto dal terzo mese in poi anche a causa di un'aspettativa sociale nei suoi confronti. Stern (1995) infatti, parla della costellazione materna intesa come organizzatore psichico della madre la cui durata è molto variabile e che inciderà sulle sue azioni, fantasie, paure, desideri (Tambelli, 2017). I temi dominanti della costellazione materna ossia quello della vita-crescita, della relazionalità primaria, della matrice di supporto e della riorganizzazione dell'identità abbracciano la vita psichica della neo-mamma e vanno a sostituire le precedenti organizzazioni nucleari che hanno svolto un ruolo di primo piano fino a quel momento. Ci si aspetta quindi che la madre sia in grado di assicurare la vita e la crescita del figlio, che sia capace di impegnarsi emotivamente con il bambino in modo autentico, che sia in grado di creare un supporto intorno a lei che le permetta di tenere in vita il bambino, che riesca a cambiare la sua identità spostando il focus da figlia a madre, da moglie o compagna a genitore, da donna in carriera a donna di famiglia (Tambelli, 2017). La costellazione materna dunque è tutto quel mondo mentale ed emotivo che si viene a costituire nella mamma da quando scopre di aspettare un bambino e che si modella con il corso dello sviluppo del figlio in una serie di momenti di rotture e riparazioni che cambiano con lo sviluppo del bambino e della stessa genitorialità (Tambelli, 2017). La valutazione e il trattamento degli eventuali problemi relazionali precoci è comunque fondamentale in quanto permette di alleviare la sofferenza presente e prevenire quella futura. I segnali di disagio del bambino sappiamo che sono sempre la conseguenza di un problema all'interno delle relazioni (Rocha et al., 2020; Tambelli, 2017). Lo sviluppo infantile, infatti, è il risultato di interazioni dinamiche tra il bambino, la sua famiglia e il contesto sociale e proprio per questo la comprensione psicodinamica e il trattamento della relazione genitore-bambino riguarda sia gli aspetti innati come il temperamento, sia il mondo intrapsichico appartenente al versante implicito della relazione, che gli elementi consci più facilmente accessibili come i comportamenti (Tambelli, 2017). Nel setting clinico con il bambino piccolo, allora, si fa strada l'ingresso dell'adulto, del genitore, in quanto se il disturbo nasce nella relazione è proprio questa che deve essere curata tant'è che Stern (1995) parla proprio della nascita di un nuovo paziente prototipico costituito dalla relazione genitore-bambino. La valutazione diagnostica sarà allora onnicomprensiva del funzionamento dell'individuo e del contesto nel quale è inserito che ne influenzerà lo sviluppo e valuterà i fattori di rischio e quelli protettivi sui quali disegnare un percorso clinico di intervento (Tambelli, 2017). Valutare la relazione precoce genitore-bambino è quindi fondamentale in quanto è proprio l'incrinatura della base sicura e la genitorialità



non sufficientemente buona a dover costituire la base degli interventi clinici focalizzati sulla riparazione, ridefinizione e rieducazione di una relazione disfunzionale che dovrebbe incidere positivamente sulla salute mentale attuale e futura del bambino (Tambelli, 2017; Zeegers et al., 2017). Inoltre, è in linea con la letteratura anche il fatto che i Pediatri abbiano valutato la relazione genitore/bambino come ben adattata o sufficientemente buona nella maggior parte dei casi in tutte le fasce di età, infatti nella popolazione infantile non clinica è prevalente lo stile di attaccamento sicuro rispetto a quello evitante, ambivalente o disorganizzato e di conseguenza ci aspettavamo di trovare una prevalenza di relazioni ben adattate o sufficientemente buone piuttosto che tese o ansiose, compromesse o disturbate, disorganizzate o pericolose.

Poi, abbiamo raggruppato le percentuali di risposte relative al numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a raggiunte nelle varie tappe considerate nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 mese a 36 mesi, abbiamo creato dei parametri di allerta e abbiamo notato che i differenti valori sono significativi e quindi che c'è una differenza sostanziale nelle posizioni medie aggregate delle percentuali di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dai bambini/e nelle varie tappe di età considerate. In particolare, quasi tutte le abilità sono state acquisite nelle varie fasce di mese e quindi possiamo dire che l'obiettivo è stato raggiunto, mentre a 18-24 mesi c'è la minor percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che è la scheda che prevede più elementi da valutare ma anche che la fascia di mesi considerata è molto ampia e quindi il Pediatra potrebbe non sentirsi di segnare presente una certa abilità quando il bambino ha 18 mesi ma non è detto che questa non venga raggiunta entro i 24 mesi.

Il processo di sviluppo del bambino è concepito, infatti, come costituito da una serie di compiti evolutivi: regolazione degli affetti, sviluppo dell'attaccamento, autonomia e sviluppo del sé, relazioni amicali, adattamento scolastico, che quando diventano fattori problematici possono aumentare il rischio di psicopatologia (Tambelli, 2017). La salute mentale infantile è collegata al benessere del sistema familiare e al supporto sociale percepito e grazie a questo scenario si sviluppa il senso del Sé del bambino che partendo dalla nascita del sé emergente, passa per il sé nucleare, il sé soggettivo, il sé verbale e il sé narrativo, tutti aspetti centrali dello sviluppo (Tambelli, 2017).

L'evoluzione del bambino verso il suo benessere si struttura sulla traiettoria dello sviluppo normale con acquisizioni specifiche nell'area cognitiva, sociale e affettiva; la psicopatologia viene considerata come deviazione dal percorso standard in cui i segni e i sintomi possono rallentare, modificare o bloccare lo sviluppo delle varie aree del funzionamento mentale del bambino (Tambelli, 2017). Il processo diagnostico in età evolutiva, quindi, partendo dalla rilevazione di segni di deviazione rispetto allo sviluppo adattivo, procede con un'analisi approfondita che include la valutazione del sistema familiare, delle interazioni diadiche e/o triadiche unite alle caratteristiche costituzionali del bambino e alla sua interconnessione con i diversi contesti d'azione e di apprendimento (Tambelli, 2017). I principali strumenti che vengono utilizzati per diagnosticare la psicopatologia infantile sono: il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM), il *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: 0-3* (DC:0-3) con rispettive revisioni e il Manuale diagnostico psicodinamico (PDM). La scelta clinica iniziale per avvicinarsi al disagio del bambino può essere quella di osservare l'approccio relazionale, analizzare il mondo interno del genitore, osservare direttamente la relazione tra la madre e il bambino per rilevare le distonie comunicative che non permettono la regolazione degli affetti e portano a un progresso evolutivo patologico (Tambelli, 2017). Gli item delle varie Schede Psico-Relazionali relative alle Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a create in questo progetto, valutano aspetti diversi nelle varie tappe di età considerate in quanto, a seconda della fase di crescita, il bambino esprimerà la problematica in aree specifiche, aree che lo stesso Stern ha definito finestre cliniche sull'interazione genitore-bambino e che consentono il rilevamento delle difficoltà nelle prime fasi della crescita (Tambelli, 2017). In particolare, da 0 a 2 mesi è importante controllare la regolazione del ciclo dell'alimentazione, del ciclo sonno/veglia e del ciclo di attività del bambino; da due mesi e mezzo a cinque mesi e mezzo è importante controllare la regolazione dell'interazione sociale faccia a faccia, senza giocattoli o altri oggetti; da cinque mesi e mezzo a nove mesi si valuta la regolazione del gioco comune con oggetti; da otto a dodici mesi si valuta l'attaccamento e l'intersoggettività e da diciotto a ventiquattro mesi il linguaggio, l'aumento della mobilità e della capacità fisica (Tambelli, 2017). Osservare la relazione genitore-bambino permette di rilevare le problematiche comunicative ed espressive che incidono sull'adattamento affettivo e relazionale del bambino, sullo sviluppo cognitivo e l'apprendimento e sullo sviluppo comportamentale e uno degli obiettivi primari dell'intervento clinico in età precoce è

proprio il riassorbimento delle difese precoci fra cui l'evitamento dello sguardo (3-36 mesi), il *freezing* (5 mesi), il *fighting* (dopo i 12 mesi), l'inversione dell'aggressività (dai 13 mesi) e la trasformazione dell'affetto (6-16 mesi) (Tambelli, 2017). Il clinico deve quindi sapersi muovere su tre fronti facendo una valutazione multifattoriale e multidimensionale: deve interpretare i contenuti fantasmatici dei genitori che hanno un effetto negativo nell'interazione con il figlio, deve interpretare le relazioni conflittuali all'interno del setting terapeutico e deve valutare il mondo intrapsichico del bambino per orientare con successo il processo diagnostico e quello di cura con la consapevolezza che è possibile intervenire sempre sulle esperienze disfunzionali precoci e riportare il bambino su percorsi evolutivi più sereni (Tambelli, 2017).

In generale, dunque, possiamo dire che gli obiettivi che ci eravamo prefissati inizialmente sono stati raggiunti così come in parte tutte le ipotesi sono state confermate tranne per il fatto che, come precedentemente osservato, ci aspettavamo che le compromissioni di entrambi i genitori fossero sempre minori mano a mano che il figlio cresceva. In realtà è stato visto un miglioramento significativo solo nel sonno del padre col passare del tempo mentre le minori compromissioni della madre non sono risultate essere significative e questo potrebbe spiegare tutto l'impegno fisico ed emotivo che la madre ripone nella relazione con il figlio/a. Inoltre, ci aspettavamo che, essendo il nostro campione una popolazione non clinica, il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda nelle varie tappe di età considerate fosse raggiunto dalla quasi totalità dei bambini/e osservati. In realtà, nonostante in tutte le altre fasce di età sia stato così, abbiamo visto che a 18/24 mesi c'è stato un calo significativo di capacità raggiunte che poi è risalito a 36 mesi. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che è la scheda che prevede più elementi da valutare, che la fascia di mesi considerata è molto ampia e quindi il Pediatra potrebbe non sentirsi di segnare presente una certa abilità quando il bambino ha 18 mesi ma non è detto che questa non venga raggiunta entro i 24 mesi; inoltre è la fascia di età in cui siamo riusciti a reclutare il minor numero di partecipanti.

### **3.8 Conclusioni, limiti della ricerca e prospettive future**

In conclusione, la presente ricerca ha permesso di introdurre una scheda per i Pediatri da utilizzare nei vari bilanci di salute in età pediatrica che valutasse oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo sviluppo relazionale genitori-bambino tramite un questionario che abbiamo definito "Scheda Psico-Relazionale" molto

semplice, intuitivo e veloce da somministrare che ci ha permesso di valutare i bambini e le loro famiglie per rilevare, tramite l'introduzione di alcuni parametri di allerta, l'eventuale presenza di difficoltà da attenzionare a specialisti del settore. Si è voluto porre l'accento sull'importanza di valutare precocemente, durante i bilanci di salute, lo sviluppo biologico ma anche quello psicologico e relazionale del bambino, da parte di uno specialista nel campo non psicologico come può essere un Pediatra, per permettere a quest'ultimo di attenzionare quanto prima quei bambini e le rispettive famiglie che necessitano di un aiuto e indirizzarli a chi di dovere. La proposta della ricerca nasce quindi dalla considerazione comune che ad oggi non esistono strumenti condivisi che possano sopperire alla valutazione periodica nel tempo, dalla nascita e fino all'adolescenza, di aspetti psicologici e relazionali, al fine di consentire di individuare soggetti a rischio di sviluppo di condizioni cliniche significative da attenzionare e seguire. In realtà, al momento non è stato possibile fare uno studio longitudinale sugli stessi soggetti nel tempo ma solo uno studio trasversale su ogni fascia di età considerata nel bilancio di salute in età pediatrica da 1 a 36 mesi e questo può essere considerato un limite. In futuro, però, sarebbe interessante, con un campione più numeroso di soggetti, vedere come gli stessi cambino nel tempo così da fare valutazioni più accurate non solo all'interno della stessa fascia di mese e tra fasce di mesi diverse ma osservare anche i cambiamenti negli stessi soggetti a distanza di mesi e/o anni. Un altro importante limite della ricerca è la bassa numerosità del campione di bambini e genitori considerati e i pochi Pediatri che hanno preso parte al progetto. Sarebbe interessante vedere se e come cambiano i risultati qualora prendesse parte alla ricerca almeno un Pediatra per regione con un numero consistente di bambini e genitori valutati. Inoltre, i parametri di allerta che abbiamo fissato non permettono di distinguere i livelli di gravità ma, sulla base dei dati siamo solo riusciti a creare due livelli di valutazione: uno in cui il Pediatra non ritiene ci siano particolari compromissioni e dunque rivede il bambino normalmente, l'altro in cui esistono dei predittori sulla scala che indicano l'opportunità di far valutare il bambino e la sua relazione con i genitori da parte di uno specialista della Salute Mentale. Sarebbe interessante riuscire ad avere dei cut-off che possano permettere di distinguere i diversi livelli di gravità in modo che il Pediatra sappia già se sia il caso di inviare il bambino da uno Psicologo/Psicoterapeuta quando la sintomatologia è di lieve/media entità o direttamente da un Neuropsichiatra Infantile a causa di una sintomatologia più complessa. Il progetto futuro è quello di creare una scheda che valuti tutta la fascia d'età 0-14 anni dato che, fino ad oggi, ci siamo concentrati sullo sviluppo

0-36 mesi e fare ulteriori revisioni alla scheda in modo da ottenere uno strumento sempre più agevole che occupi pochi minuti del tempo del Pediatra durante la visita. La ricerca presentata all'interno di tale elaborato è stata strutturata e condotta con l'obiettivo di valutare lo sviluppo biologico ma anche quello psicologico e relazionale con domande non solo centrate sulla salute del bambino, ma anche su quella del genitore e sulla salute della relazione primaria in modo da riuscire a fare prevenzione con questo tipo di disagio e promuovere il benessere e la salute così come la definisce l'Organizzazione Mondiale di Sanità cioè intesa non solo come semplice assenza di malattia ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale.

## BIBLIOGRAFIA

- Abraham, M. M., & Kerns, K. A. (2013). *Positive and Negative Emotions and Coping as Mediators of Mother-Child Attachment and Peer Relationships*.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Badovinac, S., Martin, J., Guérin-Marion, C., O'Neill, M., Pillai Riddell, R., Bureau, J.-F., & Spiegel, R. (2018). Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *13*(10), e0204374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204374>
- Bernard, K., Nissim, G., Vaccaro, S., Harris, J. L., & Lindhiem, O. (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: A meta-analysis. *Attachment & Human Development*, *20*(6), 578–599. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1430839>
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal Sensitivity in Parenting Preterm Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *136*(1), e177–e193. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3570>
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019a). Antenatal and postnatal depressive symptoms: Association with quality of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101386. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101386>
- Binda, V., Figueroa-Leigh, F., & Olhaberry, M. (2019b). Baja calidad de interacción madre-hijo/a en lactantes en riesgo psicosocial se asocia con riesgo de retraso del desarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, *90*(3), 260. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782>

- Bornstein, M. H., & Putnick, D. L. (2021). Dyadic development in the family: Stability in mother–child relationship quality from infancy to adolescence. *Journal of Family Psychology, 35*(4), 445–456. <https://doi.org/10.1037/fam0000794>
- Bowlby, J. (1951). *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Giunti-Barbera.
- Bowlby, J. (1979). *La creazione e la rottura di legami affettivi*. Routledge.
- Brumariu, L. E. (2015). Parent-Child Attachment and Emotion Regulation: Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development, 2015*(148), 31–45. <https://doi.org/10.1002/cad.20098>
- Cañas, M., Ibabe, I., & De Paúl, J. (2020). Promising observational instruments of parent-child (0–12 years) interaction within the child protection system: A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 109*, 104713. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104713>
- Cassidy, J. (1994). *Emotion regulation: Influences of attachment relationships*. 59(2–3), 228–249.
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(1), 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.007>
- Contreras, J. M., Kerns, K. A., Weimer, B. L., Gentzler, A. L., & Tomich, P. L. (s.d.). *Emotion Regulation as a Mediator of Associations Between Mother-Child Attachment and Peer Relationships in Middle Childhood*.
- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2019). Parent–child attachment and children’s experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion, 19*(6), 1103–1126. <https://doi.org/10.1037/emo0000504>

- Eira Nunes, C., Roten, Y., El Ghaziri, N., Favez, N., & Darwiche, J. (2021). CO-PARENTING Programs: A Systematic Review and META-ANALYSIS. *Family Relations, 70*(3), 759–776. <https://doi.org/10.1111/fare.12438>
- Elam, K. K., Sandler, I., Wolchik, S. A., Tein, J.-Y., & Rogers, A. (2019). Latent profiles of postdivorce parenting time, conflict, and quality: Children’s adjustment associations. *Journal of Family Psychology, 33*(5), 499–510. <https://doi.org/10.1037/fam0000484>
- Farkas, C., Álvarez, C., Cuellar, M. del P., Avello, E., Gómez, D. M., & Pereira, P. (2020). Mothers’ competence profiles and their relation to language and socioemotional development in Chilean children at 12 and 30 months. *Infant Behavior and Development, 59*, 101443. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101443>
- Favez, N., Frascarolo, F., Carneiro, C., Montfort, V., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The development of the family alliance from pregnancy to toddlerhood and children outcomes at 18 months. *Infant and Child Development, 15*(1), 59–73. <https://doi.org/10.1002/icd.430>
- Favez, N., Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., & Corboz-Warnery, A. (2013). Prenatal Representations of Family in Parents and Coparental Interactions as Predictors of Triadic Interactions During Infancy: Prenatal Predictors. *Infant Mental Health Journal, 34*(1), 25–36. <https://doi.org/10.1002/imhj.21372>
- Favez, N., Lopes, F., Bernard, M., Frascarolo, F., Lavanchy Scaiola, C., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2012). The Development of Family Alliance From Pregnancy to Toddlerhood and Child Outcomes at 5 Years. *Family Process, 51*(4), 542–556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01419.x>
- Favez, N., Tissot, H., & Frascarolo, F. (2019). Parents’ representations of mother–child and father–child relationships as predictors of early coparenting interactions. *Journal of Family Studies, 25*(2), 199–213. <https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1230511>



- Favez, N., Tissot, H., & Frascarolo, F. (2021). Shared parental care in the first 18 months as a context for sensitivity and coparenting. *Journal of Family Studies, 27*(2), 215–230.  
<https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1527711>
- Favez, N., Tissot, H., Frascarolo, F., Stiefel, F., & Despland, J. (2016). Sense of Competence and Beliefs About Parental Roles in Mothers and Fathers as Predictors of Coparenting and Child Engagement in Mother–Father–Infant Triadic Interactions. *Infant and Child Development, 25*(4), 283–301. <https://doi.org/10.1002/icd.1934>
- Fivaz-Depeursinge, E., Lavanchy-Scaiola, C., & Favez, N. (2010). The Young Infant’s Triangular Communication in the Family: Access to Threesome Intersubjectivity? Conceptual Considerations and Case Illustrations. *Psychoanalytic Dialogues, 20*(2), 125–140.  
<https://doi.org/10.1080/10481881003716214>
- Foley, S., & Hughes, C. (2018). Great expectations? Do mothers’ and fathers’ prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review, 48*, 40–54. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.007>
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults’ close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships, 4*(2), 131–144.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x>
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist, 56*, 1092–1100.
- Graham, K. A., Blissett, J., Antoniou, E. E., Zeegers, M. P., & McCleery, J. P. (2018). Effects of maternal depression in the Still-Face Paradigm: A meta-analysis. *Infant Behavior and Development, 50*, 154–164. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.12.001>
- Greenberg, M. T., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. The University of Chicago Press.

- Harman, J. J., Warshak, R. A., Lorandos, D., & Florian, M. J. (2022). Developmental psychology and the scientific status of parental alienation. *Developmental Psychology, 58*(10), 1887–1911. <https://doi.org/10.1037/dev0001404>
- Hattangadi, N., Cost, K. T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire, J. L., Szatmari, P., & Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health, 20*(1), 1726. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>
- Hintsanen, M., Gluschkoff, K., Dobewall, H., Cloninger, C. R., Keltner, D., Saarinen, A., Wesolowska, K., Volanen, S.-M., Raitakari, O. T., & Pulkki-Raback, L. (2019). *Parent-child relationship quality predicts offspring dispositional compassion in adulthood: A prospective follow-up study over three decades. 55*(1), 216–225.
- Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants’ response to challenge. *Infant Behavior and Development, 33*(2), 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.003>
- Kawai, E., Takagai, S., Takei, N., Itoh, H., Kanayama, N., & Tsuchiya, K. J. (2017). Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14-month-old infants. *Infant Behavior and Development, 46*, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.11.006>
- Leech, K., Salo, V., Rowe, M., & Cabrera, N. (2013). Father Input and Child Vocabulary Development: The Importance of Wh Questions and Clarification Requests. *Seminars in Speech and Language, 34*(04), 249–259. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1353445>
- Lindh, J. A., Tey, J., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., Willingham, M. M., & Wang, D. (2022). Maternal Attachment and Maternal Behavior: The Role of Maternal Affect. *Journal of Child and Family Studies. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02437-4*
- Loop, L., Mouton, B., Brassart, E., & Roskam, I. (2017). The Observation of Child Behavior During Parent-Child Interaction: The Psychometric Properties of the Crowell

- Procedure. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1040–1050.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0625-0>
- Lotzin, A., Lu, X., Kriston, L., Schiborr, J., Musal, T., Romer, G., & Ramsauer, B. (2015).  
Observational Tools for Measuring Parent–Infant Interaction: A Systematic Review.  
*Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 99–132.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0180-z>
- Ma, X., Biaggi, A., Sacchi, C., Lawrence, A. J., Chen, P.-J., Pollard, R., Matter, M., Mackes, N.,  
Hazelgrove, K., Morgan, C., Harding, S., Simonelli, A., Schumann, G., Pariante, C. M.,  
Mehta, M., Montana, G., Rodriguez-Mateos, A., Nosarti, C., & Dazzan, P. (2022).  
Mediators and moderators in the relationship between maternal childhood adversity  
and children’s emotional and behavioural development: A systematic review and  
meta-analysis. *Psychological Medicine*, 52(10), 1817–1837.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291722001775>
- MacMillan, K. K., Lewis, A. J., Watson, S. J., & Galbally, M. (2020). Maternal depression and the  
emotional availability of mothers at six months postpartum: Findings from the Mercy  
Pregnancy and Emotional Wellbeing Study (MPEWS) pregnancy cohort. *Journal of  
Affective Disorders*, 266, 678–685. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.109>
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational  
and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child  
internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142(4), 367–399.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000029>
- Madigan, S., Fearon, R. M. P., Van IJzendoorn, M. H., Duschinsky, R., Schuengel, C., Bakermans-  
Kranenburg, M. J., Ly, A., Cooke, J. E., Deneault, A.-A., Oosterman, M., & Verhage, M. L.  
(2023). The first 20,000 strange situation procedures: A meta-analytic review.  
*Psychological Bulletin*, 149(1–2), 99–132. <https://doi.org/10.1037/bul0000388>

- Mazzoni. (2016). Riflessioni sul metodo per la valutazione delle risorse e dei rischi nelle famiglie omogenitoriali. *Giornale italiano di psicologia*, *1*, 151–156.  
<https://doi.org/10.1421/83633>
- Mazzoni, Anna Lubrano Lavadera, Rosa Di Benedetto, Michela Criscuolo, & Caterina Mangano. (2015). Le coalizioni genitoriali: Lo stile interattivo del bambino a fronte degli stili cogenitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, *1*, 79–100.  
<https://doi.org/10.1449/79740>
- Movahed Abtahi, M., & Kerns, K. A. (2017). Attachment and emotion regulation in middle childhood: Changes in affect and vagal tone during a social stress task. *Attachment & Human Development*, *19*(3), 221–242.  
<https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1291696>
- Nath, S., Pearson, R. M., Moran, P., Pawlby, S., Molyneaux, E., Challacombe, F. L., & Howard, L. M. (2019). The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of Anxiety Disorders*, *68*, 102148. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102148>
- Naughton, A., Perkins, L., McMinn, B., & Kemp, A. (2019). Using an observation tool (Parent-Infant Interaction Observation Scale) to assess parent-infant interaction in the first 2 weeks of life: A feasibility study. *Child: Care, Health and Development*, *45*(2), 271–285.  
<https://doi.org/10.1111/cch.12637>
- Neel, M. L. M., Stark, A. R., & Maitre, N. L. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, *44*(4), 507–515. <https://doi.org/10.1111/cch.12561>
- O’Hara, K. L., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Tein, J.-Y., & Rhodes, C. A. (2019). Parenting time, parenting quality, interparental conflict, and mental health problems of children in high-conflict divorce. *Journal of Family Psychology*, *33*(6), 690–703.  
<https://doi.org/10.1037/fam0000556>

- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care, 24*(3), 365–385.  
<https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Rubin, D., & Schwickrath, H. (2010). Test Review: Kamphaus, R. W., & Reynolds, C. R. (2006). Parenting Relationship Questionnaire. Minneapolis, MN: NCS Pearson. *Journal of Psychoeducational Assessment, 28*(3), 270–275.  
<https://doi.org/10.1177/0734282909346718>
- Ruiz, N., Piskernik, B., Witting, A., Fuiko, R., & Ahnert, L. (2018). Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis. *PLOS ONE, 13*(8), e0202972.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202972>
- Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). *Coping Trajectories from Adolescence to Young Adulthood: Links to Attachment State of Mind. 15*(4), 561–582.
- Simonelli & Bighin. (2012). Il Lausanne Trilogue Playprenatale: Aspetti metodologici della valutazione delle competenze co-genitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo, 3*, 531–556. <https://doi.org/10.1449/38838>
- Simonelli, Graziella Fava Vizziello, Erika Petech, & Valentina Bettega. (2008). Relazione di coppia, ruolo paterno e genitorialità. Esistono fattori predittivi della qualità dell'interazione triadica madre-padre-bambino? *Psicologia sociale, 3*, 447–472.  
<https://doi.org/10.1482/28382>
- Simonelli, Graziella Fava Vizziello, Mara Bighin, & Eika Petech. (2010). Processi di co-regolazione e sviluppo delle competenze triadiche familiari nel primo anno di vita. *Psicologia clinica dello sviluppo, 3*, 527–544. <https://doi.org/10.1449/33628>
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Steele, H., Cordes, K., Mehlhase, H., & Vaever, M. S. (2016). Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The

- impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behavior and Development*, 44, 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.06.002>
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Norton.
- Subar, A. R., & Rozenman, M. (2021). Like parent, like child: Is parent interpretation bias associated with their child's interpretation bias and anxiety? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 291, 307–314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.020>
- Svanberg, P. O., Barlow, J., & Tigbe, W. (2013). The Parent–Infant Interaction Observation Scale: Reliability and validity of a screening tool. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 5–14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.751586>
- Sylvestre, A., Brassart, É., & Leblond, J. (2021). Introducing the Coding Observations of Parent–Child Interactions (COPI): An Observational Measure of the Parental Behaviours That Matter for Language Development. *Language Development*, 45(2).
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. il Mulino.
- Thornberry, T., & Brestan-Knight, E. (2011). Analyzing the Utility of Dyadic Parent-Child Interaction Coding System (DPICS) Warm-Up Segments. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 187–195. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9229-6>
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). *The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.
- Tryphonopoulos, P. D., Letourneau, N., & DiTommaso, E. (2016). Caregiver-Infant Interaction Quality: A Review of Observational Assessment Tools. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(2), 107–138. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1134720>

- van Dijk, R., van der Valk, I. E., Deković, M., & Branje, S. (2020). A meta-analysis on interparental conflict, parenting, and child adjustment in divorced families: Examining mediation using meta-analytic structural equation models. *Clinical Psychology Review*, 79, 101861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101861>
- Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., & Van Bakel, H. J. A. (2012). Parental representations: A systematic review of the working model of the child interview. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 314–328. <https://doi.org/10.1002/imhj.20337>
- Warmuth, K. A., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2020). Constructive and destructive interparental conflict, problematic parenting practices, and children's symptoms of psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 301–311. <https://doi.org/10.1037/fam0000599>
- Whittenburg, P. N., Stern, J. A., Brett, B. E., Straske, M. D., & Cassidy, J. (2022). Maternal depressive symptoms and child behavior problems: Attachment security as a protective factor. *Development and Psychopathology*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001802>
- Zeegers, M. A. J., Colonesi, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272. <https://doi.org/10.1037/bul0000114>
- Zimmer-Gembeck, M. J., Webb, H. J., Pepping, C. A., Swan, K., Merlo, O., Skinner, E. A., Avdagic, E., & Dunbar, M. (2017). Review: Is Parent–Child Attachment a Correlate of Children's Emotion Regulation and Coping? *International Journal of Behavioral Development*, 41(1), 74–93. <https://doi.org/10.1177/0165025415618276>