



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA - FISSPA**

CORSO DI STUDIO

IN SCIENZE DELL' EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE

CURRICOLO SERVIZI EDUCATIVI PER L' INFANZIA

Relazione finale

**LA PREVENZIONE DEL DISTURBO DEPRESSIVO INFANTILE IN CONTESTI  
FAMILIARI E SOCIO-EDUCATIVI**

RELATORE

Prof.sa Sara Santilli

Laureanda

Noemi Dal Bianco

Matricola: 1241499

Anno Accademico 2022/2023

## INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	5
Fattori di rischio del disturbo depressivo infantile	5
1.1 Attaccamento: dalla vita intra-uterina ai primi due anni	5
1.2 Patologia della genitorialità	8
1.3 Sistema educativo al collasso	11
1.4 Una società da cui difendersi	14
CAPITOLO 2	17
Riconoscere la depressione nei bambini e nelle bambine	17
2.1 Nei contesti educativi e scolastici	17
2.2 In famiglia	20
2.3 Stereotipi nell'immaginario comune	21
2.4 Terapie consigliate	25
CAPITOLO 3	29
Prevenzione come miglior trattamento	29
3.1 Sostegno genitoriale pre e post nascita	29
3.2 Formazione adeguata del personale nei sistemi educativi e scolastici	32
3.3 Informazione sociale	36
CONCLUSIONE	39
BIBLIOGRAFIA	41
SITOGRAFIA	43

## INTRODUZIONE

Parlare di depressione infantile sembra quasi un ossimoro. Un concetto che accosta due parole che, secondo la mente umana, non dovrebbero mai incontrarsi. E proprio per questo motivo, per moltissimi anni, il tema del disturbo depressivo nei bambini è stato evitato o poco indagato. Credere nell'infanzia felice e immacolata è un'immagine a cui l'adulto non vuole rinunciare per innumerevoli motivi. Tuttavia, questa posizione diventa un ostacolo alla ricerca scientifica e alla verità stessa, che invece di recente ha più volte dimostrato che la tristezza profonda, nell'età evolutiva, esiste<sup>1</sup>. Le motivazioni per cui si è trascurato questo argomento sono principalmente due<sup>2</sup>: da un lato la convinzione radicata che i bambini non avessero manifestazioni di un abbassamento del tono dell'umore riconducibili a quelle degli adulti. Sebbene in adolescenza si presentassero sintomi caratteristici di una depressione (quali sbalzi d'umore frequenti, irritabilità, perdita d'interessi), era consuetudine ricondurre il tutto a fasi di passaggio comuni dell'età, degni di poca considerazione poiché "normali". Dall'altro lato, le difficoltà incontrate durante le ricerche possono aver portato a sottostimare l'entità del disturbo.

Prima di addentrarsi nello specifico del disturbo depressivo infantile, è necessario definire la depressione in un panorama più ampio, per capire la portata che tale patologia assume. Per contrastare questo disturbo, viene adottata la prospettiva cognitivo-comportamentale, la quale prevede, secondo la teoria di Beck<sup>3</sup>, tre elementi importanti della depressione, noti come la "triade cognitiva": una visione negativa di sé stessi; una visione negativa delle attuali esperienze; una visione negativa del futuro. Tale approccio, se affiancato alla *teoria attribuzionale*<sup>4</sup> (secondo la quale le modalità di attribuzione del

---

<sup>1</sup> Marcelli D., (1999), *Psicopatologia del bambino*, V ed., Masson, Milano

<sup>2</sup> Dacomo M., Pizzo S., (2012), *La depressione infantile. Terapia cognitivo-comportamentale con bambini e adolescenti*, Il Mulino

<sup>3</sup> Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G., (1979), *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York; trad. it. *Terapia cognitiva della depressione* (1987), Astrolabio, Roma

<sup>4</sup> Abramson L.Y., Garber J., Edwards N.B., Seligman M.E.P., (1978), *Expectancy*

proprio insuccesso determinano il modo in cui il soggetto reagisce), getta le basi per l'insorgenza di una depressione. Tale disturbo rappresenta però una categoria che viene inserita all'interno di una classificazione più ampia definita "Sindromi affettivi"<sup>5</sup> e che viene scomposta in differenti sotto-categorie: episodi maniacali, sindromi affettivi bipolari, episodio depressivo (suddiviso in episodio depressivo di media gravità, episodio depressivo grave senza sintonia psicotici, episodio depressivo grave con episodi psicotici) sindrome depressiva ricorrente, sindromi affettive persistenti (le cui forme croniche sono la ciclotimia e la distimia), sindrome mista depressiva, sindromi da disadattamento, equivalenti depressivi, depressione mascherata, depressione essenziale e depressione di inferiorità.

Questa moltitudine di categorie sono tutte inserite all'interno del DSM e ICD, manuali a cui ogni professionista di cura deve fare riferimento, nei quali vengono raccolti i sintomi per ciascuna patologia e fungono da "guida" per il clinico durante la diagnosi del paziente. Ciò che più viene criticato a questo sistema, è la poca o quasi assente considerazione della moltitudine di fattori che concorrono nell'insorgere di un qualunque disturbo. Tuttavia, avere dei parametri su cui orientarsi è un aiuto prezioso che la scienza e la ricerca hanno apportato nell'ambito della clinica. Ecco perché, sebbene rappresentino un punto di partenza valido, è necessario fare uno sforzo in più e indagare anche le altre sfere che compongono la vita dell'individuo, soprattutto in età evolutiva, per poter intervenire adeguatamente riducendo le conseguenze negative che possono evolvere, sfociando, a volte, in situazioni critiche.

---

<sup>5</sup> Lanzi G., Aliprandi M.T., Balottin U., Chiappedi M. e Pati A.M., (1994), *La depressione nel bambino e nell'adolescente*, pagg. 16-20, Armando Editore

## CAPITOLO 1

### Fattori di rischio del disturbo depressivo infantile

#### 1.1 Attaccamento: dalla vita intra-uterina ai primi due anni

Nel mondo esistono molte usanze legate all'arrivo di un bambino, dal suo concepimento alla nascita. In Togo, nell'Africa occidentale, una superstizione impone alle donne in travaglio di ridurre al minimo il rumore. Si ritiene che grida e rumori forti attirino gli spiriti maligni, quindi le donne sono incoraggiate a rimanere il più silenziose possibile durante il parto. Nelle Isole Orcadi, nel nord della Scozia, secondo antiche credenze la madre e il bambino dovrebbero essere tenuti al sicuro da creature soprannaturali. Per mantenere il nascituro al sicuro da loro, la gravidanza dovrebbe essere tenuta segreta. Inoltre, le donne presenti durante la nascita del bambino dovrebbero rimanere a casa per alcuni giorni per spaventare le malvagie creature. In Giappone il bambino per i primi 7 giorni non deve avere un nome, per scongiurare ogni sfortuna, mentre in Vietnam i genitori e l'intera comunità, per la prima settimana, devono rivolgere al neonato solo parole sgradevoli, così da allontanare ogni spirito maligno attratto dai bambini belli che ricevono solo complimenti. Infine, altre tradizioni come quella dei Maori della Nuova Zelanda prevedono la sepoltura della placenta nel terreno piantando sopra un albero di cocco: la sua crescita sarà predittiva della crescita del bambino<sup>6</sup>.

L'importanza che avvolge le fasi della nascita di un bambino è celebrata nel mondo secondo usanze e tradizioni che influenzano la vita del nascituro, della neo-famiglia e della comunità intera. Ciò assume un significato importante anche durante la fase dell'attaccamento, base vitale per la sopravvivenza dell'individuo. Esso si può creare addirittura prima della fase di concepimento, quando si parla del *bambino immaginato*<sup>7</sup>, un bambino che vive nella fantasia dei rispettivi genitori che incarna le migliori qualità ritenute necessarie e indispensabili. Tali proiezioni nascono e crescono in ogni futuro genitore e rappresentano le aspettative ed i desideri che, inevitabilmente, in

---

<sup>6</sup> <https://biotexcom.com/pregnancy-traditions-in-the-world-2/>

<sup>7</sup> Soul, 1982; Lebovici, 1983

forma più o meno grave, si scontreranno contro le caratteristiche del bambino reale.

Durante il periodo della gravidanza l'embrione e successivamente il feto, sviluppano il sistema nervoso centrale, che permette di creare il primo contatto con l'ambiente circostante entro le venti settimane di gestazione e costruire gli schemi-base percettivi e motori. Questo complesso sistema si forma seguendo non solo le "istruzioni" contenute all'interno dei geni che costituiscono il DNA, ma è ormai risaputo che anche i fattori ambientali influiscono e possono modificarne il suo naturale sviluppo. Si afferma dunque che l'epigenetica riveste un ruolo decisivo in questa prima fase di sviluppo in cui non solo l'ambiente fisico in cui vive il feto (la mamma-fisica) assume una notevole importanza, ma anche l'ambiente emotivo-affettivo diventa degno di nota, poiché è il motore delle interazioni tra mamma e bambino, in quanto *"l'individualità si forma come risultato della continua interazione tra soggetto ed ambiente in costante cambiamento in una spirale di acquisizione di senso"*<sup>8</sup>.

La vita psichica del nascituro fonda quindi le sue basi nelle risposte del sistema nervoso centrale e periferico, creando una serie di connessioni che formeranno una prima mappatura neurale. Poiché la qualità delle interazioni tra i genitori ed il feto risulta fondamentale per uno sviluppo sano dello stesso ed anche successivamente alla sua nascita, sono state a lungo indagate le modalità interattive adottate dai genitori in questa fase, chiamata appunto di attaccamento<sup>9</sup>, ed è emerso come esse sono condizionate dalle esperienze affettive che loro stessi hanno ricevuto dalla propria famiglia (attraverso la Adult Attachment Interview<sup>10</sup> è possibile analizzare la funzione genitoriale attraverso la narrazione dei genitori).

Grazie ad un recente studio condotto da Righetti <sup>11</sup>, si è potuto verificare come le modalità di attaccamento con il bambino siano differenti tra madre e padre, in quanto la prima riesce ad intensificare il suo legame di attaccamento

---

<sup>8</sup> Fava Vizziello, Psicopatologia dello sviluppo, 2003, pag. 18, Il Mulino

<sup>9</sup> J. Bowlby, Una base sicura, 1969

<sup>10</sup> George et al., 1985

<sup>11</sup> Righetti, Non c'è due senza tre, 2005

già durante la gravidanza, mentre il secondo sviluppa un legame di attaccamento nel primo trimestre di vita extra-uterina del bambino. La salute mentale e fisica della madre diventano inevitabilmente una priorità per la salvaguardia del feto. I casi di depressione della madre durante la gravidanza e/o di disturbo di personalità borderline mettono a rischio la qualità dell'attaccamento con il bambino, prima e dopo la nascita, e a seconda della gravità del disturbo riportato, le conseguenze possono essere più o meno dannose. Le madri depresse e/o borderline, infatti, presentano una parziale o mancata risposta ai bisogni fondamentali del bambino, stabilendo un legame *“con disturbi profondi e generalizzati del sentimento di protezione e di sicurezza del bambino che vengono inquadrati dal DSM-IV e dall'ICD-10 CM in disturbi dell'attaccamento”*<sup>12</sup>.

Le interazioni scambiate tra bambino e caregiver (una o più figure) dal periodo prenatale fino ai primi due anni contribuiscono a produrre le strutture del modello operativo interno<sup>13</sup> con il quale il bambino forma l'immagine di sé, l'immagine del mondo esterno e gli schemi di relazione interpersonale. La capacità del caregiver di rispondere adeguatamente e con costanza alle richieste del bambino, il linguaggio verbale e non verbale, la coerenza nell'agire rispetto al ruolo che riveste nonché il bisogno del bambino di sentirsi accettato, protetto, riconosciuto, amato sono tutti campi in cui il bambino richiede e riceve risposte, sulla base delle quali apprende e costruisce un sapere che lo accompagnerà nell'interpretazione di sé stesso, degli altri e delle circostanze esterne.

In Italia le politiche che tutelano i diritti dei bambini dal concepimento alla nascita sono ancora lontane da una situazione accettabile come presente invece in altri paesi del Nord-Europa, il cui tasso di natalità è cresciuto nonostante la pandemia che nel 2020 ha colpito il mondo intero causando danni incalcolabili. Ciò è stato possibile grazie ad una politica incentrata sul bambino a 360 gradi, considerandolo già come un essere esistente che merita cura e attenzione, possibile attraverso il sostegno economico e psicologico per

---

<sup>12</sup> Fava Vizziello, Psicopatologia dello sviluppo, 2003, pag. 49, Il Mulino

<sup>13</sup> Bowlby J. (1988), Una base sicura, trad. it., Raffaello Cortina Ed., Milano, 1989

le famiglie che naturalmente, prima e dopo l'arrivo di un figlio, necessitano di trovare un nuovo equilibrio e sostenere costi maggiori. Entrambi i genitori usufruiscono di un tempo adeguato per accogliere il nuovo nato, sostenere il/la compagno/a con il/la quale si sta vivendo il cambiamento, poiché entrambe le figure genitoriali sono riconosciute come indispensabili per un sano sviluppo psico-fisico del bimbo. Quando determinate condizioni vengono a mancare, i genitori si ritrovano a vivere l'arrivo di un figlio come una preoccupazione che dovranno fronteggiare da soli, vittime di situazioni sfavorevoli (problemi economici, carenza di servizi, mancanza di sostegno psicologico adeguato ai neo-genitori) che influiscono sulla qualità del legame di attaccamento già con il feto e successivamente con il bambino nato.

### *1.2 Patologia della genitorialità*

L'etimologia della parola genitore deriva dal latino "gignere": generare. Si è soliti pensare che la genitorialità sia associata alla condizione di "generare" figli con lo scopo primordiale di mantenimento della specie. In realtà, la funzione genitoriale si presenta già nel bambino entro il primo anno di vita, quando accorgendosi dello stato della mente<sup>14</sup> dell'adulto, vuole partecipare attivamente alla relazione prendendosi cura di lui per il puro piacere di farlo (ad esempio quando vuole imboccare il genitore). Tale funzione diventa parte integrante nello sviluppo dell'individuo, poiché viene attivata ogni volta che deve relazionarsi con sé stesso e con gli altri. Le modalità di cura, di attenzione, di risposta ricevute dal caregiver plasmano la struttura interna del bambino. Per tale motivo, è fondamentale indagare le modalità di interazione che il bambino vive all'interno del contesto familiare e, più nello specifico, con la figura di accudimento dei primi anni di vita.

Fino alla prima metà del '900, le famiglie italiane erano composte da numerosi membri che, sebbene rivestissero ruoli diversi all'interno del nucleo familiare, potevano garantire forme di cure al bambino appena nato e negli anni avvenire. Questo permetteva al bambino di avere maggiori modelli genitoriali di riferimento, più personalità con cui confrontarsi e, di conseguenza, costruire la

---

<sup>14</sup> Camaioni L., *La teoria della mente. Origini, sviluppo e patologia*, 1995, Ed. Laterza

propria. Ma dal secondo dopoguerra la società ha subito dei cambiamenti repentini che hanno alterato l'assetto sociale con conseguenze soprattutto sulla famiglia. Nuove strategie di mercato che influenzano la vita lavorativa, maggiori diritti alle donne, una cultura aperta al cambiamento con uno sguardo al mondo hanno comportato la necessità di ridimensionare il numero dei componenti della famiglia, le modalità educative, il sostegno alle neo-mamme e molto altro. Tutto ciò influenza inevitabilmente anche la funzione genitoriale che il soggetto riceve e a sua volta dispone per sé e gli altri. Ad influenzarla però non sono solo fattori biologici e culturali, ma si parla anche di trasmissione transgenerazionale di quegli elementi come traumi e lutti non risolti che rischiano di formare nuclei patologici con ripercussioni anche per lo sviluppo normale e/o patologico del minore<sup>15</sup>. Per indagare le possibili cause dell'evolversi del disturbo depressivo nel bambino è fondamentale rivolgere lo sguardo anche alla famiglia in cui è inserito, alla qualità delle relazioni che intercorrono ed i possibili risvolti che possono ripercuotersi nello sviluppo globale del bambino. Si è indagato a lungo dunque sulle tipologie di famiglie che presentano delle relazioni anomale tra i membri che la compongono, classificando cinque categorie di famiglie<sup>16</sup>:

- ❖ **Famiglia barricata** - gruppo familiare coeso con rigidi confini verso il mondo esterno verso il quale presentano una forte angoscia persecutoria che a volte rivolge anche ai membri della famiglia. Gli adulti presentano una personalità borderline, schizofrenica e paranoica. I figli sono a rischio di psicosi
- ❖ **Famiglia litigiosa** - l'unione tra i componenti è alta ma negata, provando gli uni contro gli altri sentimenti di persecuzione e opposizione, spesso netta al mondo esterno. La comunicazione è disfunzionale, generando confusione e conflittualità fino al grado estremo. Negli adulti si ha una prevalenza di personalità borderline, paranoiche ed alcoliste. I figli spesso presentano iposviluppo da carente ed incoerenze relazionali ed impulsività.
- ❖ **Famiglia disorganizzata** - l'identità familiare è presente nell'immaginario dei membri che la compongono ma inesistente nella realtà, mettendo in scena

---

<sup>15</sup> Palacio-Espasa e Manzano, 1998; De Zuleta, 1993; Cramer e Palacio-Espasa, 1993; Cramer, 1982

<sup>16</sup> Fava Vizziello, Disnan e Colucci, Genitori psicotici, 1991, Bollati Boringhieri

relazioni basate sulla frammentazione, l'inconsistenza e la manipolazione. I membri presentano personalità con ritardo mentale, disturbo antisociale, borderline, paranoide che si ripercuote sui figli, che generalmente mostrano un disturbo della condotta, del comportamento o borderline.

- ❖ **Famiglia coartata** - una forte unione tra i membri caratterizza questa tipologia di famiglia, la cui identità è marcata e spesso si mettono in atto atteggiamenti di reciproca copertura degli aspetti più gravemente patologici. Uno dei genitori funziona in maniera valida, l'altro in genere è depresso grave o psicotico dissociativo, per cui vivono il bisogno di cura con senso di colpa. Quando accettano l'intervento dei servizi per ristabilire l'equilibrio interrotto (da un fallimento), cercheranno ogni pretesto per cessare il trattamento.
- ❖ **Famiglia depressa** - risulta coesa ma particolarmente suscettibile alle influenze esterne. I legami sono centrati sull'autosvalutazione, il livello del conflitto è basso poiché non sussiste investimento e mentalizzazione degli stessi. Compaiono personalità depresse, nevrotiche ossessive e borderline, mentre i figli presentano sintomatologie depressivo-inibito o maniacale con disturbo del comportamento ed oppositività.

Non solo la famiglia con cui il bambino vive gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo normale e/o nell'insorgenza di una psicopatologia, ma necessitano di un occhio di riguardo anche le interazioni precoci avvenute tra bambino e caregiver nei primi mesi di vita. Per molti anni si è creduto che, per favorire lo sviluppo equilibrato del neonato, fosse essenziale la presenza della madre nella formazione della diade madre-bambino, privando di importanza la figura paterna, che ha accusato, indirettamente, un declassamento di ruolo in termini di importanza nei primi mesi (se non addirittura anni) del bambino. Numerosi studi invece hanno recentemente dimostrato come la triade<sup>17</sup> sia indispensabile per la costruzione dell'identità del bambino. Ciononostante, in Italia questo elemento è ancora lontano dall'immaginario comune, sia per lo Stato Italiano che, tra i paesi d'Europa, risulta essere tra i livelli più bassi di

---

<sup>17</sup> Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery, Il triangolo primario, 2001, trad. it. Milano, Cortina

congedo di paternità (solo 10 giorni<sup>18</sup>), sia per i genitori stessi, che forti di un retaggio culturale patriarcale ed individualista, carica la donna come principale (e quasi unica) responsabile di cure per il bambino, delegando al padre la mera sussistenza economica. Ecco perché, nello studio del disturbo depressivo infantile nei lattanti, è stato indagato quasi esclusivamente il ruolo della figura materna, nello specifico quelle madri che hanno sviluppato nel periodo pre o post-natale un sentimento depressivo, anche se *“ogni clinico sa che tra una depressione melanconica di natura psicotica e uno stato depressivo classicamente qualificato come nevrotico, c’è un ampio spazio quanto a grado di conflittualità psichica”*<sup>19</sup>. Ciò significa che a volte il grado di conflittualità psichica non implica necessariamente un mal funzionamento delle capacità genitoriali nei confronti del bambino. Tuttavia, è stato rivolto grande interesse nelle interazioni madre-lattante in cui la madre presenta uno stato depressivo e, nei momenti in cui alle richieste del bambino vengono fornite risposte ambigue o, in alcuni casi, mancanza di risposta, il bambino vive un senso di sfiducia e abbandono. Tali sentimenti vengono progressivamente interiorizzati, influenzando l’immagine di sé, l’interpretazione della realtà esterna, il rapporto con sé stesso e con gli altri, creando pattern che possono sfociare in disturbi psicopatologici.

### 1.3 Sistema educativo al collasso

Quando si trattano i fattori di rischio dell’insorgenza del disturbo depressivo infantile, non si può non indagare l’ambito educativo e scolastico. Tale contesto rappresenta un micro-sistema in cui il bambino è inserito quotidianamente per almeno 1/3 (ma spesso la metà) della giornata, durante la quale è in continuo contatto con coetanei, insegnanti e personale scolastico. Secondo la teoria ecologica dello sviluppo umano<sup>20</sup> di Bronfenbrenner, lo sviluppo del bambino è influenzato da cinque sistemi ambientali:

---

<sup>18</sup> <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-congedi-parentali-e-di-maternita-paternita-chi-si-prende-cura-dei-minori>

<sup>19</sup> G. Lanzi, M.T. Aliprandi, U. Balottin, M. Chiappedi e A.M. Pati, La depressione nel bambino e nell’adolescente, 1994, pag. 75, Armando Editore

<sup>20</sup> Bronfenbrenner U., L’ecologia dello sviluppo umano, Bologna, Il Mulino, 1986

1. Microsistema - avvengono le interazioni più dirette con gli agenti sociali (famiglia, scuola, ...)
2. Mesosistema - comprende le relazioni tra i micro-sistemi (relazione scuola-famiglia, sport-famiglia, ...)
3. Esosistema - costituiscono quelle relazioni che influenzano indirettamente la vita del bambino (esperienze sul luogo di lavoro dei genitori, ...)
4. Macrosistema - rappresentato dalla cultura in cui il bambino cresce
5. Cronosistema - include i cambiamenti causati da eventi ambientali, dalle circostanze storico-sociali e dalle transizioni che avvengono nel corso della vita

Per tale motivo, anche l'ambiente educativo e scolastico può diventare un fattore di rischio di una depressione infantile qualora non vi sia una struttura adeguata ed una formazione idonea per il personale educativo/scolastico. Nello specifico, se si considera la fascia di età 0-6 anni, la struttura che ospita il servizio educativo erogato assume un ruolo davvero fondamentale per un sano accoglimento e sviluppo del bambino; nella convinzione che la qualità degli spazi vada di pari passo alla qualità dell'apprendimento, Loris Malaguzzi ha definito proprio lo spazio come *terzo educatore*<sup>21</sup>. Ciò significa che la pianificazione della struttura, la progettazione degli spazi, la scelta dell'armonia cromatica, la qualità dei materiali, la possibilità di spazi aperti agibili sono tutti elementi che concorrono ad un servizio educativo di valore, poiché permettono al bambino di vivere esperienze che, proprio per quanto detto al paragrafo 1.1, creeranno risposte a livello cerebrale in grado di influenzare lo sviluppo integrale del bambino. Più l'ambiente fornisce stimoli adeguati all'età e maggiori saranno i benefici che il minore e di riflesso la famiglia e la società intera ne potrà trarre. Certamente, usufruire di spazi e materiali adeguati comporta un costo spesso oneroso da sostenere per le istituzioni e questo diventa un problema per molte realtà pubbliche ma soprattutto private (parrocchiali - paritarie).

Non solo strutture, ma anche il personale educativo e scolastico è assolutamente importante per una crescita equilibrata del bambino. Le educatrici e le insegnanti sono solitamente gli adulti di riferimento quando la

---

<sup>21</sup> Malaguzzi, L. I cento linguaggi dei bambini. L'approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia, Bologna, Edizioni Junior, 2010

famiglia non può occuparsi del bambino, per questo motivo rivestono un ruolo di grande responsabilità e la formazione che dispongono dev'essere sempre in aggiornamento. Educare non significa trasmettere nozioni ai bambini, ma offrire loro le possibilità per costruire autonomamente il loro sapere. Per fare ciò, è indispensabile avere una formazione che rivolga uno sguardo attento e curioso ai bambini, capace di esaltare l'unicità di ognuno, privo di ogni pregiudizio e pronto ad incoraggiare nei momenti difficili. Per quanto nella teoria sembri tutto perfetto, è nella pratica che si trovano le prime difficoltà, soprattutto dopo il DPR 81/09<sup>22</sup> in cui, tra le varie modifiche apportate al sistema educativo-scolastico italiano, si vede il ridimensionamento del numero di bambini/alunni per classi, arrivando ad un massimo nella scuola dell'infanzia a 26 bambini per classe (20 nel caso di presenza di bambino disabile), 26 per classe nella scuola primaria, 30 nella scuola secondaria di primo e secondo grado. Questa situazione mette in seria difficoltà la capacità di educatori ed insegnanti a garantire un'adeguato servizio educativo poiché sopraffatti da un rapporto numerico esagerato. Tali classi vengono per l'appunto chiamate "classi pollaio", proprio a ribadire l'idea di come un considerevole numero di bambini e ragazzi siano stipati all'interno di aule spesso piccole e poco luminose, perché presenti in strutture di vecchia costruzione inadatte ad ospitare un elevato numero di studenti<sup>23</sup>.

Questo insieme di fattori in fluenzano quotidianamente la vita del bambino, che si trova a vivere in contesti spesso affollati, con strutture obsolete e talvolta carenti di spazi verdi, con una scarsa offerta educativa/didattica perché troppo onerosa e personale educativo/scolastico incapace (o meglio, impossibilitato) ad accorgersi dei bisogni specifici di ciascun bambino. Infatti, nella maggior parte dei bambini segnalati dalla scuola ed inviati ai servizi per disturbi dell'apprendimento, solo il 5% presenta disturbi specifici: in tutte le altre situazioni il disturbo è secondario a situazioni reattive o a patologie maggiori<sup>24</sup>, come appunto il disturbo depressivo.

---

<sup>22</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2009/07/02/009G0089/sg>

<sup>23</sup> <https://www.agi.it/economia/news/2020-08-08/scuole-italiane-vecchie-edifici-40-anni-9366076/>

<sup>24</sup> Fava Vizziello, Psicopatologia dello sviluppo, 2003, pag. 141, Il Mulino

*“Poiché a moltissimi giovani il contesto sociale non offre più un punto d’appoggio sicuro nella vita, le scuole restano il solo istituto al quale la comunità può rivolgersi per correggere le carenze di competenza emozionale e sociale dei ragazzi. Questo non significa che esse da sole possano sostituire istituzioni sociali prossime al collasso. Ma poiché quasi tutti i bambini vanno a scuola, almeno all’inizio, la scuola è un luogo che permette di raggiungere ognuno di essi e di fornirgli lezioni fondamentali per la vita che, altrimenti non potrebbe mai ricevere”<sup>25</sup>.*

#### *1.4 Una società da cui difendersi*

Pensare di essere una bambina che cresce in Iran sotto un regime che impone matrimoni prima dei 14 anni, pene di morte già dai 9 anni, accesso limitato all’educazione, a cure mediche, nonché continua discriminazione e violenza per il solo fatto di essere donna dovrebbe far capire come l’ambiente sociale in cui il minore cresce possa pesantemente incidere su uno sviluppo equilibrato del corpo e della psiche. Realtà in cui sono presenti sfruttamento, lavoro minorile, violenza, discriminazione, razzismo sono ancora largamente diffuse in tutto il mondo<sup>26</sup>, dove migliaia di bambini crescono con paura, fatica, privazione, rabbia. Credere che determinate situazioni succedano solo nei paesi del Terzo Mondo o non occidentalizzati è pericoloso, poiché anche in Italia sono presenti situazioni ritenute surreali ma accettate pacificamente dalla società, come certi metodi educativi basati su autorità, violenza ed umiliazione. Partendo dalla normativa vigente, l’art. 571 del codice penale prevede la reclusione di 6 mesi (mai scontabili grazie all’indulto) in presenza di abuso dei mezzi di correzione o di disciplina<sup>27</sup>. Ma su questo ruota molta ambiguità, poiché viene tollerato lo schiaffo al minore come mezzo educativo nella misura in cui “sia lecito e non troppo forte”, misure quindi soggette a libera interpretazione. Ciò comporta una mascherata protezione del minore, in balia di adulti che possono sentirsi legittimati ad utilizzare violenza fisica (basta che

---

<sup>25</sup> GOLEMAN D., Emotional Intelligence, 1995. trad it. Intelligenza emotiva, 1999, Bur Saggi, p. 332.

<sup>26</sup> <https://www.savethechildren.it/la-condizione-dei-bambini-nel-mondo>

<sup>27</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=55&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=571&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=55&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=571&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0)

sia lieve!) sul minore per impartire una lezione. Di conseguenza, la società stessa, sebbene oramai è stato anche scientificamente dimostrato degli effetti dannosi e controproducenti di certi metodi sui bambini, continua a non sentirsi in diritto di intromettersi nelle questioni familiari altrui nei casi in cui certe situazioni spiacevoli si verificano anche in pubblico, lasciando il bambino solo, non visto ed abbandonato. Non esiste un'informazione diffusa di "protocollo d'intervento" qualora si assista a casi di caregiver violenti (fisicamente o verbalmente) con il proprio bambino. Si tende piuttosto a non immischiarsi, in quanto convinti che il bambino sia una responsabilità esclusiva dei genitori, i quali possono liberamente esercitare ogni forma di potere in quanto "possessori" del minore. Un bambino che non si sente visto, accolto, protetto dalla società con cui vive è un soggetto che sperimenta solitudine, abbandono e diffidenza, incapace di vivere un senso di appartenenza in una comunità.

Un altro fatto particolarmente diffuso è lo stigma che ancora si associa alla psicopatologia. Se gran parte della società ancora fatica ad accettare l'esistenza dei disturbi mentali in età adulta e la loro necessaria terapia, è ancora più restia a credere nell'esistenza del disturbo mentale che può infliggere i bambini, stipati da sempre all'interno di uno stereotipo che li vede buoni, pacifici, amorevoli, educati. Claudio Mencacci, Co-Presidente Sinp (Società di NeuroPsicoFarmacologia) e direttore emerito di Psichiatria all'Ospedale Fatebenefratelli-Sacco di Milano afferma:

"[...] Oltre alla carenza di servizi dedicati, ciò è aggravato dal persistere di disinformazione, tabù e stigma sociale e culturale difficili da abbattere, con conseguenze importanti sul bambino/adolescente; la frequente condizione di comorbidità con altri disturbi psichiatrici contribuisce a complicare il quadro clinico e la risposta ai trattamenti"<sup>28</sup>.

Se si considera inoltre che la manifestazione dei disturbi mentali e nello specifico del disturbo depressivo nei bambini è differente rispetto al comportamento adulto, diventa ancora più difficile riconoscere il malessere ed agire. Credere che la depressione nel bambino presenti gli stessi sintomi della depressione nell'adulto è un errore piuttosto comune da cui ne consegue una sottovalutazione o una scarsa considerazione dei comportamenti del bambino

---

<sup>28</sup> <https://www.panoramasanita.it/2022/05/27/salute-mentale-nove-milioni-di-bambini-e-ragazzi-sotto-stress/>

attraverso i quali invia i primi segnali di richiesta aiuto. Intervenire precocemente è di fondamentale importanza per recuperare il più possibile una sanità che permetta al soggetto di condurre una vita dignitosa, ma questo processo viene ostacolato se la famiglia e la società che lo circonda vivono ancora fortemente il pregiudizio della malattia mentale come inesistente o non degno di cura.

In conclusione, i fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo depressivo infantile sono molteplici, complessi e tra loro interconnessi in una misura incalcolabile. Stabilire quali possibili cause favoriscono il sentimento depressivo e identificare dei percorsi di prevenzione per tutti i settori che coinvolgono la vita del bambino è un dovere che in primis lo Stato stesso deve incentivare, perché “trascurare la salute mentale e il benessere di bambini e adolescenti” vuol dire “compromettere la loro capacità di apprendere, sviluppare, costruire relazioni stabili e dar un significativo contributo al mondo”<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Hanrietta Fore, Direttore Generale UNICEF

## CAPITOLO 2

### Riconoscere la depressione nei bambini e nelle bambine

#### *2.1 Nei contesti educativi e scolastici*

Un aspetto fondamentale per prevenire il disturbo depressivo infantile è la necessità che gli adulti riconoscano i sintomi che la caratterizzano, al fine di intervenire adeguatamente e/o evitare situazioni che ne rischiano l'insorgenza. Ciò comporta l'urgenza di diffondere un sapere corretto e attento ai repentini cambiamenti dei bambini, del loro stile di vita, delle nuove tecnologie, dei nuovi mezzi d'informazione sempre meno controllati e sempre più espliciti e rendere la società un "luogo" più responsabile nei confronti di bambini e ragazzi. L'ambiente frequentato maggiormente da bambini e ragazzi è proprio la scuola, in cui entrano per ore a stretto contatto con adulti, i quali giocano un ruolo decisivo nelle loro vite: essi possono influenzare positivamente o negativamente la percezione di sé, l'autostima, infondere valori, idee, pensieri. Emerge dunque quanto sia importante la formazione e la preparazione che il personale educativo/scolastico debba avere per poter ricoprire un ruolo simile.

Come precedentemente riportato, il disturbo depressivo si manifesta nei bambini in modalità diverse rispetto all'adulto. Esso addirittura insorge con espressioni diverse anche a seconda dell'età del soggetto. Di seguito tratterò i segnali del disturbo depressivo infantile che si possono riscontrare al nido (fascia d'età 0-3 anni) ed alla scuola dell'infanzia (3-6 anni).

L'età minima richiesta per accedere all'asilo nido è tre mesi del neonato.

L'asilo nido è una struttura che nello specifico è proiettata ad azioni di cura e di sviluppo delle competenze primarie dei bambini, quali l'autonomia, l'esperienza empirica sensoriale, il passaggio dalla lallazione allo stadio primario della frase, la capacità di dormire e mangiare autonomamente. Per raggiungere tali obiettivi, vengono progettate delle attività apposta considerando il singolo bambino ed il gruppo classe, e per monitorare i progressi di ciascuno vengono impiegate diverse strategie. Esse si distinguono in: osservazione diretta ottima per misure quantitative; essa in genere si basa sull'uso, semplice ed immediato, di check-list (basate sulle tavole di K. Beller o sulle tabelle di

sviluppo usate nel proprio asilo nido che analizzano ad esempio: intensità, frequenza, durata del tale tratto comportamentale o del fenomeno); l'osservazione (e la registrazione) scrupolosa di "segmenti" di vita dei bambini che si svolge durante la giornata educativa per raccogliere dati su aspetti particolari del comportamento o dello sviluppo; griglie di osservazione che presentano diversi idem da compilare a risposta chiusa (spesso attraverso una scala di valutazione). Tali strumenti sono fondamentali per avere sempre una visione d'insieme dello stato fisico, psicologico e sociale del bambino e dell'intero gruppo. Ciò che viene maggiormente indagato<sup>30</sup> nei casi di sospetta depressione nei bambini da 0 a 3 anni è:

- L' *atonìa timica* - stato di indifferenza del bambino, un'indifferenza cupa, senza pianto né lacrime
- L' *inerzia motoria* - mimica povera, scarse iniziative psicomotorie e deboli risposte agli stimoli motori
- La *povertà interattiva* - mancanza di interesse alle situazioni di interazione ed alle sollecitazioni proposte con conseguente comunicazione carente. Spesso non sopporta il contatto con l'altro manifestando un certo disagio quando lo si prende in braccio.

Tuttavia è doveroso sottolineare che non esistono solo queste espressioni per parlare di disturbo depressivo nel bambino piccolo fino a 3 anni, possono presentarsi altri rischi che meritano attenzione, i quali si manifesteranno quasi esclusivamente attraverso il corpo, poiché più i bambini sono piccoli e minore è la loro capacità cognitiva e linguistica di comunicare il disagio che vivono. Possono quindi presentarsi casi di "anoressia, disturbi del sonno oppure, sia pure meno frequente, episodi diarroici, affezioni dermatologiche come l'eczema e le alopecie, le affezioni respiratorie come l'asma, ecc."<sup>31</sup>.

Alla scuola dell'infanzia il contesto cambia: i bambini si ritrovano con spazi più ampi, un numero di compagni a volte raddoppiato con i quali

---

<sup>30</sup> Kreisler L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse: Privat Edition, 1977

<sup>31</sup> G. Lanzi, M.T. Aliprandi, U. Balottin, M. Chiappedi e A.M. Pati, *La depressione nel bambino e nell'adolescente*, 1994, pag. 13, Armando Editore

interagire quotidianamente, le ore di frequenza sono meno flessibili rispetto al nido. Le attività proposte sono volte ad un'acquisizione di conoscenze e competenze più strutturate, si dà per scontato il raggiungimento di determinate autonomie ed il progetto formativo proposto viene stilato seguendo le Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione 2012<sup>32</sup>. Oltre agli strumenti osservativi utilizzati al nido, vengono applicate anche rubriche valutative e schede di passaggio alla scuola primaria, nonché documentazione descrittiva e la compilazione del Sistema Chess<sup>33</sup>, un modello completo e molto dettagliato che racchiude domande inerenti ai vari campi d'esperienza presenti nelle linee guida nazionali. Con il passaggio alla scuola dell'infanzia, i bambini vengono sottoposti a stimoli più intensi, stabiliscono relazioni con pari e con adulti che, considerata l'età, influenzano sistematicamente lo sviluppo del bambino. A questa età infatti riconoscere i sintomi dell'insorgenza di una depressione è più complicato, spesso possono essere predittivi i casi di separazione o lutto in famiglia. Il bambino generalmente può improvvisamente isolarsi, avere alterazioni dell'umore, ritirarsi dalle attività che riteneva piacevoli, mostrarsi talvolta con una calma eccessiva. Altre volte invece è instabile, agitato e con atteggiamenti compulsivi, ma non è raro che possano presentarsi momenti di passaggio da un'estrema agitazione euforica a momenti di pianto silenzioso<sup>34</sup>.

Più si avanza con l'età e maggiore sarà la difficoltà nell'identificare tali disturbi, poiché, se non trattati dal principio, diventano motori di disturbi derivati, come difficoltà di apprendimento, di comportamento e di condotta, comportando ulteriori ripercussioni anche a livello socio-relazionale. In questa prospettiva, esistono i *Questionari italiani del temperamento*<sup>35</sup> da sottoporre a genitori, educatori ed insegnanti che indagano attraverso 60 item sia il profilo

---

<sup>32</sup> [https://www.miur.gov.it/documents/20182/51310/DM+254\\_2012.pdf/1f967360-0ca6-48fb-95e9-c15d49f18831?version=1.0&t=1480418494262](https://www.miur.gov.it/documents/20182/51310/DM+254_2012.pdf/1f967360-0ca6-48fb-95e9-c15d49f18831?version=1.0&t=1480418494262)

<sup>33</sup> <https://www.sistemachess.it/ModelliServizi.aspx>

<sup>34</sup> G. Lanzi, M.T. Aliprandi, U. Balottin, M. Chiappedi e A.M. Pati, La depressione nel bambino e nell'adolescente, 1994, pag. 13, Armando Editore

<sup>35</sup> Dacomo M. E Pizzo S., La depressione infantile. Terapia cognitivo-comportamentale con bambini e adolescenti, 2012, pag. 87-88, Il Mulino

temperamentale dei bambini dall'età di un mese fino agli 11 anni, sia l'impressione generale che l'adulto ha del temperamento del bambino.

## 2.2 In famiglia

Poiché l'eziopatogenesi del disturbo depressivo infantile è difficile da definire dettagliatamente per ogni individuo, è vero anche che le sue manifestazioni, soprattutto in bambini piccoli (0-6/8 anni), sono molteplici e divergono tra i vari soggetti che ne sono afflitti. Un bambino può manifestare comportamenti a scuola che rimandano ad un principio di depressione (o ad una depressione già presente) ma a casa non mostrare alcun segnale, o viceversa. Insomma, a seconda delle esperienze vissute che il bambino custodisce, l'ambiente d'insorgenza del sentimento depressivo può variare e diventare un promotore del disturbo, qualora fosse disfunzionale o presentasse dei fattori anomali che ne favoriscano la comparsa. Gli stimoli ricevuti in un ambiente educativo e/o scolastico sono certamente diversi da quelli vissuti in famiglia ed anche l'atteggiamento stesso del bambino cambia a secondo del luogo in cui è inserito: con il caregiver il bambino si permette di adottare un certo atteggiamento che, in circostanze diverse, con altri adulti non assume. Sfidare i limiti della figura di accudimento è una fase necessaria che ogni bambino attraversa più volte durante la crescita per ribadire la sua esistenza, la sua personalità, consolidare il rapporto con l'adulto e cercare rassicurazione di fronte ad una paura di abbandono. In tale prospettiva si parla di *sintonizzazione affettiva*<sup>36</sup> intesa come un processo di condivisione di stati emotivi tra l'adulto ed il bambino, attraverso i quali vengono trasmesse informazioni che il bambino assimilerà e farà proprie. Ecco perché durante queste fasi è importante riconoscere e accogliere tutte le emozioni espresse dal bambino, al fine di sostenerlo durante la gestione e l'accettazione di tali sentimenti. Eppure, molti adulti trovano difficoltoso affrontare stati emotivi negativi che manifesta il bambino, adottando strategie volte ad ignorarli/ minimizzarli/ eliminarli appena

---

<sup>36</sup> Stern, D.N., 1998. Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica. Milano: Raffaello Cortina

si presentano. Bowlby<sup>37</sup> infatti sostiene che il bambino costruisce la rappresentazione di sé solo sulle parti che sono accettate e riconosciute, quelle parti che suscitano una reazione (positiva o negativa) nel caregiver e, quindi, confermate nella loro esistenza. Questo è un dato importante da tenere in considerazione quando si parla di disturbo depressivo infantile, poiché, come trattato al paragrafo 1 del primo capitolo, la figura di attaccamento familiare riveste una funzione fondamentale nello sviluppo globale del bambino.

I comportamenti che si possono presentare nei bambini piccoli, oltre a quelli descritti nel paragrafo precedente più facilmente osservabili nei contesti educativi/scolastici, sono<sup>38</sup>: atteggiamenti regressivi (in competenze già acquisite come vestirsi, pulirsi, ecc.), manifestazione affettive caotiche e contraddittorie (momenti da acuta ricerca affettiva a netta repulsione, collera, violenza se riceve un rifiuto), difficoltà ad addormentarsi e risvegli notturni e/o incubi, rifiuto del cibo o bulimia, talvolta comparsa di enuresi e/o encopresi con sollecitazione di dolori fisici (pancia, testa, ecc.). Il bambino solitamente manifesta difficoltà nella separazione con il caregiver, evitando anche la presenza di altri bambini per avere la figura di riferimento sempre a disposizione alla quale rivolge richieste sempre più intense. Frequenti sono gli atti che compie per essere punito, come a confermare il sentimento di colpa che prova costantemente.

La modalità di interazione che l'adulto sarà in grado di mettere in atto e le tempistiche di intervento diventano a tutti gli effetti decisivi per non incorrere in uno sviluppo di patologie secondarie che inficiano le capacità del bambino anche nella sfera scolastica e sociale.

### *2.3 Stereotipi nell'immaginario comune*

La depressione negli ultimi anni è diventata di maggiore padronanza pubblica, ma viene collegata principalmente al rischio di sviluppo da parte

---

<sup>37</sup> Bowlby J., Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento, Ed. Italiana 1989, Raffaello Cortina

<sup>38</sup> G. Lanzi, M.T. Aliprandi, U. Balottin, M. Chiappedi e A.M. Pati, La depressione nel bambino e nell'adolescente, 1994, pag. 13, Armando Editore

della neo-mamma che può mettere in pericolo la vita del nascituro. Attorno al concetto di depressione esistono ancora forti resistenze nel considerarla innanzitutto come una malattia e che possa colpire tutti: uomini, donne, adulti, adolescenti, bambini. Ciò che può davvero spaventare è forse la sua “invisibilità”, che rende tutti possibili vittime e dalla quale è molto dura liberarsi, per questo tutt’ora ad oggi, sebbene la media che ne soffre è di 5,4 persone ogni 100<sup>39</sup> dichiarate, si stima che il numero sia maggiore, composto da quelle persone che a causa di pregiudizi e stereotipi non richiedono aiuto ai servizi competenti. Purtroppo la convinzione di associare il disturbo depressivo a credenze errate e/o a luoghi comuni ostacola le persone che ne soffrono nel riconoscimento del problema, affrontarlo con trattamenti adeguati da professionisti esperti ed intraprendere un percorso che, per una vera e propria riuscita, comprende una rete di persone che si estende dalla famiglia, ai luoghi di lavoro alla società intera.

Il sentimento di vergogna che accompagna l’individuo nel provare un disturbo psichico può compromettere la sua condizione che all’inizio, generalmente, insorge come un disagio mentale, che se trascurato si può aggravare in un disturbo mentale o malattia mentale da cui il decorso peggiore in disturbo mentale stabilizzato o malattia mentale a lungo termine<sup>40</sup>, diventando quindi per l’individuo debilitante nelle sue funzioni e capacità. Ciò che si verifica in uno scenario ancora profondamente ancorato a false narrazioni e leggende è l’isolamento che si auto-infligge il soggetto colpito da depressione, il quale, cercando aiuto e comprensione in una società impreparata, si sente solo, abbandonato e non capito, e per non incorrere ad ulteriore umiliazione, si chiude in un silenzio che sigilla ogni ulteriore richiesta di aiuto. “Le persone affette da disturbi psicologici vengono trascurate e discriminate molto più spesso di quanto si pensi: in moltissimi casi evitano di chiedere aiuto, rinunciando alle visite e alle terapie più opportune, solo per paura di una reazione negativa da parte della comunità. In molti Paesi le cure vengono ancora prestate in istituti troppo grandi e dispersivi, dove i malati vanno incontro a ulteriori sofferenze e a

---

<sup>39</sup> <https://oggiscienza.it/2019/11/07/numeri-depressione/index.html>

<sup>40</sup> ASL Rieti - Dipartimento salute mentale - Direttore Dr. R. Roberti - *Progetto Stigma*

volte a morte prematura”, spiega Marc Danzon, direttore regionale per l’Europa dell’Oms<sup>41</sup>.

Un’altra dinamica invece altrettanto comune è l’isolamento indotto dalla società, la quale, sebbene l’80% afferma di aver avuto contatti con persone che hanno disturbi mentali con diverse gravità, più della metà della popolazione (65%) ritiene che le persone con psicopatologie siano pericolose per sé e quasi la metà (48%) le considera pericolose anche per gli altri. Inoltre, molti correlano il disturbo mentale a comportamenti violenti (55%), alla mancanza di rispetto delle regole sociali (49%) e alla mancata autonomia sul lavoro (46%)<sup>42</sup>. Questi retaggi culturali sono figli di un passato in cui il sistema prevedeva la reclusione e di conseguenza l’emarginazione in strutture dedicate come ospedali psichiatrici (o manicomi) di persone considerate “malate di mente”, ma anche coloro che erano ai margini della società (barboni, piccoli delinquenti, prostitute, omosessuali, alcolisti, chi soffriva di ritardo mentale anche lieve) il cui unico destino possibile era una condizione di vita precaria e senza possibilità di cura. Per combattere lo stigma del “malato mentale”, Franco Basaglia (psichiatra e promotore della riforma psichiatrica in Italia) insieme a Bruno Orsini (psichiatra e politico) si batterono per una riforma che desse dignità all’essere umano in condizione più svantaggiata ed il 13 maggio 1978 venne istituita la Legge 180 che impose la chiusura degli ospedali psichiatrici e regolamentò il trattamento sanitario obbligatorio, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Ciò ha fatto dell’Italia il primo paese al mondo ad abolire gli ospedali psichiatrici<sup>43</sup>.

Naturalmente, anche i bambini erano coinvolti in tutto questo. Grazie alla legge Giolitti del 1904, anche i bambini potevano essere considerati “pericolosi per sé e per gli altri”<sup>44</sup> e quindi essere rinchiusi anche a due anni in manicomi, nei quali trascorrevano il resto della vita. Bastava un’incontinenza di

---

<sup>41</sup> [https://www.epicentro.iss.it/mentale/pres\\_helsinki](https://www.epicentro.iss.it/mentale/pres_helsinki)

<sup>42</sup> ricerca nazionale sulla salute mentale realizzata dalla BVA DOXA per il Festival della Salute Mentale RO.MENS per l’inclusione sociale e il pregiudizio, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL Roma 2

<sup>43</sup> [https://it.wikipedia.org/wiki/Legge\\_Basaglia](https://it.wikipedia.org/wiki/Legge_Basaglia)

<sup>44</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1904/02/22/43/sg/pdf>

troppo, una disabilità qualsiasi o essere figli di madri nubili per aggiudicarsi un lettino al manicomio e trattamenti di pura violenza fisica e mentale. Il '900 però è un anno florido per l'immagine del bambino, il quale viene degnato di maggiore interesse dagli studiosi di diverse discipline (dalla psichiatria alla sociologia, dalla psicoanalisi all'educazione e pedagogia) che portano alla luce l'infanzia come elemento determinante nello sviluppo dell'adulto, riservando anche un iniziale interesse nelle prime interazioni mamma-lattante. Nei primi decenni del '900, il bambino veniva considerato all'interno della storia dell'adulto analizzato, indagando quindi il "bambino pensato" che dimora all'interno di ogni individuo giacché sugli stati depressivi del bambino vero e proprio vi erano opinioni molto contrastanti. Molti dubbi ruotavano sulle capacità del bambino di vivere il lutto e sulle sue possibilità di essere affetto da stati depressivi intensi in quanto la struttura immatura della personalità del bambino non è in grado di produrre uno stato depressivo comparabile a quello che si osserva nell'adulto<sup>45</sup>. Negli anni teoria e ricerca hanno prodotto risultati sorprendenti nello studio delle strutture psichiche, nella costruzione di personalità e di fattori biologici che subiscono interferenze da ambiente interno ed esterno dei bambini. Ciò nonostante, nella società italiana odierna la considerazione dei bambini, delle loro capacità, possibilità e diritti è ancora fortemente legata ad atteggiamenti retrogradi e talvolta contrari alla loro tutela. Questi sono i casi in cui si accetta la punizione, il ricatto, la coercizione, la manipolazione, la privazione e la violenza in ogni sua forma come metodo educativo a casa, a scuola e nella società intera. Esistono programmi d'intervento accurati e campagne di sensibilizzazione molto potenti per contrastare il femminicidio ed ogni forma di violenza sulle donne, ma l'omertà la fa da padrona di fronte a bambini maltrattati verbalmente e/o fisicamente in pubblico. Le persone non sono educate nell'intervenire di fronte a tali episodi, non sanno dell'esistenza di centri d'aiuto per bambini e famiglie, numeri utili da contattare, come se esistesse un muro invisibile oltre cui le persone non vogliono guardare perché incapaci di intervenire, aiutare, riconoscere, sopportare, sostenere quanto testimoniato. Un bambino costretto a vivere in una famiglia maltrattante, subisce un ulteriore abbandono quando, rivolgendo

---

<sup>45</sup> G. Lanzi, M.T. Aliprandi, U. Balottin, M. Chiappedi e A.M. Pati, La depressione nel bambino e nell'adolescente, 1994, pagg. 29-44, Armando Editore

lo sguardo alla società, le persone fingono di non vederlo, perché aggrappati alla convinzione di non potersi intromettere.

Poiché attorno al tema della depressione negli adulti esistono ancora pregiudizi e stereotipi, per quanto riguarda il disturbo depressivo nei bambini la situazione peggiora nettamente, visto che esiste una forte opposizione nell'abbandonare l'illusione che l'infanzia sia esclusivamente felicità e spensieratezza. Di fronte a questo scenario i fattori che aumentano il rischio di sviluppare psicopatologie da bambini o ragazzi è ancora molto alto, poiché la maggior parte delle persone non sono in grado di concepire che anche i bambini piccoli possano esserne affetti, non sono in grado di riconoscerle, intervenire e dare supporto. Le famiglie provano vergogna se un membro della famiglia ne è afflitto e, nei casi in cui il bambino sia piccolo, negano l'esistenza di ogni qualsiasi problematica, non affidandosi ai servizi verso i quali provano il timore di interventi che tolgono la custodia dei figli ai genitori.

#### *2.4 Terapie consigliate*

Essere in grado di captare i segnali che il bambino invia tramite il corpo e coglierne le richieste di aiuto sicuramente non è scontato o immediato. La poca conoscenza che ancora caratterizza questo disturbo, la resistenza che spesso l'adulto involontariamente frappone tra i primi sintomi e l'intervento, il timore di entrare in un tunnel sconosciuto nel quale molti sentimenti spiacevoli prendono il sopravvento (colpa, vergogna, paura, sconforto, frustrazione, eccetera) sono elementi da considerare in un quadro di patologia mentale infantile. Quando un minore viene inviato ai servizi spesso tramite istituti educativi/scolastici, è fondamentale procedere tenendo presente molti fattori che incidono più o meno intensamente nella vita del bambino, quali: nucleo familiare, ambiente educativo/scolastico, società e territorio.

La diagnosi si basa principalmente sui sintomi e sulle informazioni che vengono raccolte attraverso interviste al bambino (quando possibile) ed ai genitori. Viene indagata la storia del bambino dettagliatamente: modalità di concepimento, gravidanza, parto, le tappe di sviluppo del minore, il sonno, le relazioni con i pari, l'andamento scolastico e sportivo, passioni, eventuali

traumi (lutti, ospedalizzazioni, eccetera). Particolare importanza assumono i casi di familiarità con la psicopatologia (se presenti in famiglia e di che tipo) ed il loro decorso fino alla condizione depressiva. Successivamente vengono ascoltati e trascritti i resoconti dei genitori e nondimeno viene osservato il comportamento del bambino, per procedere poi alla compilazione di specifici test che concorrono alla valutazione psicopatologica del soggetto interessato. I test diagnostici<sup>46</sup> più utilizzati sono:

- Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) - intervista, basata sul giudizio del clinico;
- Children Depression Inventory (CDI) - questionario che misura la gravità dei sintomi depressivi;
- Children Depression Rating Scale - Revised (CDRS-R) - scala che valuta sintomi cognitivi, somatici, affettivi e psicomotori attraverso le risposte dell'intervistato e le osservazioni del clinico;
- Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) - scala per la valutazione del rischio suicidario;
- Children-Global Assessment Scale - misura la gravità dei sintomi depressivi e l'alterazione funzionale.

Una volta effettuata la diagnosi si aprono diversi scenari di intervento per il trattamento del disturbo depressivo: l'intervento che ha prodotto più risultati positivi è la terapia cognitiva comportamentale (TCC), utilizzata non solo per la cura ma anche per la prevenzione della psicopatologia in adulti e bambini. Nel caso di minori, però, affinché sia davvero efficace, è necessario integrare la terapia con interventi rivolti anche alla famiglia e alla scuola, poiché solo attraverso una rete che comprende gli individui che partecipano alla quotidianità del bambino è possibile creare la struttura adeguata per sostenere la crescita sana del minore. La TCC ha la funzione di supportare il bambino (e l'adulto) nell'esplorazione delle esperienze emotive, dei pensieri ricorrenti e degli schemi disfunzionali di ragionamento e di interpretazione della realtà tipici di chi soffre del disturbo depressivo, con l'intento di acquisire una consapevolezza rispetto al proprio funzionamento adattivo e cercare di

---

<sup>46</sup> <https://www.ospedalebambinogesu.it/depressione-80045/>

giungere ad una revisione ed integrazione dei propri stati mentali con schemi alternativi a quelli noti, atti a promuovere un cambiamento e quindi una corretta disposizione emotiva. Un aspetto importante lo riveste anche il ruolo dell'accettazione e validazione delle esperienze emotive vissute, poiché rappresentano l'espressione dei bisogni del bambino, indagate anche attraverso la narrazione delle proprie sensazioni corporee.

Nel 2008 in Italia sono state redatte le linee guida diagnostico-terapeutico-gestionali dei disturbi depressivi in età evolutiva, sostenendo l'utilizzo della TCC, della terapia interpersonale e della terapia familiare come prima scelta nel trattamento del disturbo depressivo in bambini e adolescenti<sup>47</sup>. Grazie alla continua ricerca, le tecniche utilizzate nella terapia cognitiva comportamentale si sono ampliate, permettendo al terapeuta di possedere maggiori strumenti per una riuscita positiva dell'intervento. Tale prospettiva è ricamata dalla moltitudine di fattori che concorrono nell'insorgenza del disturbo depressivo, per questo motivo non è possibile appellarsi ad un'unica tecnica terapeutica che vada bene per adulti e bambini, ma è doveroso essere in continua ricerca di nuove strategie che il professionista deve poter disporre ed applicare. Restando nell'ambito della psicoterapia cognitiva, esistono diverse categorie di terapia: la Metacognitiva, la Acceptance Commitment Therapy (ACT), la Dialettico-comportamentale, la Cognitivo-evoluzionista di Liotti, la Schema Therapy (di Young per adulti e di Loose per bambini e adolescenti)<sup>48</sup>. La capacità del professionista di entrare in una relazione empatica con il paziente può risultare decisiva nella riuscita positiva della terapia. La relazione terapeutica infatti è costituita da numerosi elementi che ne garantiscono il decorso: tra questi vi è l'alleanza terapeutica<sup>49</sup>, ovvero l'abilità di scandagliare temi interpersonali, stimolare l'espressione delle proprie emozioni in un'atmosfera di sostegno e positivo incoraggiamento, la capacità di assumere un ruolo collaborativo nel dialogo col paziente, l'interesse sincero per il

---

<sup>47</sup> Dacomo M., Pizzo S., La depressione infantile. terapia cognitivo-comportamentale con bambini e adolescenti, 2012, Il Mulino

<sup>48</sup> Aringolo, K., I disturbi depressivi in età evolutiva. Riconoscerli, prevenirli, trattarli, 2021, FrancoAngeli Editore, Milano

<sup>49</sup> Liotti G., & Monticelli F. (2014). Teoria e clinica dell'Alleanza Terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista, Cortina Editore, Milano

racconto del paziente, l'accuratezza nelle interpretazioni e nelle restituzioni. Tuttavia, esistono dei fattori che possono ostacolare l'alleanza tra terapeuta e paziente, tra cui: l'autoreferenzialità del terapeuta, la propensione a prestare poca attenzione o a distrarsi quando il paziente parla, scarso coinvolgimento emotivo, scetticismo nelle proprie capacità di aiutare la persona, l'attitudine a criticare e/o colpevolizzare il paziente, uso inappropriato dell'autosvelamento e del silenzio.

Per concludere, riconoscere la depressione infantile e favorirne l'intervento tempestivo è un aspetto che riguarda non solo la famiglia del bambino coinvolto, ma esige l'attenzione e la collaborazione di istituzioni e società. La credenza di essere persone singole non appartenenti ad un gruppo, capaci di condurre una vita senza necessitare dell'aiuto degli altri, escludendo lo sguardo altrui e rimandando esclusivamente alle proprie capacità è contro natura e di conseguenza comporta seri pericoli per la propria salute fisica e mentale. Come recita un saggio proverbio africano: "per crescere un bambino ci vuole un villaggio".

## CAPITOLO 3

### Prevenzione come miglior trattamento

#### *3.1 Sostegno genitoriale pre e post nascita*

Per periodo perinatale si intende quell'arco di tempo che si estende dal concepimento fino al primo anno successivo al parto e rappresenta un momento intenso di cambiamenti e trasformazioni che possono rappresentare un fattore di rischio elevato per la salute mentale dei genitori che, se trascurato, può condurre a conseguenze gravi e, nel peggiore dei casi, drammatiche. Negli ultimi decenni la ricerca ha esteso il campo di studio non solo ai disturbi tipici del post parto, ma ha indagato anche quelli del periodo prenatale, rimarcando come i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia siano altamente presenti anche nell'epoca della gestazione e come sia emersa la presenza di un coinvolgimento emotivo dei padri nel disagio psichico perinatale. Al giorno d'oggi è disponibile una corposa letteratura scientifica riguardo ai fattori di rischio, criticità ed evoluzioni che i disturbi mentali perinatali possono indurre, così come sono ben note le conseguenze che un disagio psichico perinatale trascurato comporta sullo sviluppo psicologico, emotivo e globale del bambino. Per questo motivo si pone un forte accento sulla necessità e l'urgenza di predisporre programmi di prevenzione al fine di individuare precocemente le situazioni di disagio ritenute aleatorie, garantendo un trattamento tempestivo e adeguato.

Quando si accerta lo stato di gravidanza e per tutto il periodo durante la gestazione e post nascita, le donne effettuano periodici accessi ai servizi di assistenza sanitaria, in cui vengono controllate da professionisti come ostetriche, il medico di base e il ginecologo. Inoltre, frequentano corsi di accompagnamento alla nascita, di allattamento e incontri regolari dopo la nascita, nonché portare il bambino ai regolari controlli pediatrici. Questa rete di contatti rappresenta già un monitoraggio iniziale dello stato di salute della madre, del bambino e della loro relazione, ma può essere migliorata in modo tale da utilizzare strategie di prevenzione primaria e secondaria<sup>50</sup>, al fine di indagare con più accuratezza la presenza di fattori di rischio e/o eventuali

---

<sup>50</sup> Della Vedova A.M., Cristini C., La promozione della salute psichica perinatale, 2011, Carocci

segnali depressivi. Sebbene l'efficacia della prevenzione della depressione pre e post parto effettuata attraverso una rete di professionisti sia elevata, per raggiungere davvero questa panoramica è indispensabile un'integrazione tra le varie discipline, in cui venga promosso un lavoro di squadra che miri allo stesso scopo condiviso. Risulta quindi imprescindibile una formazione specifica degli operatori coinvolti sul tema della "cultura della perinatalità"<sup>51</sup> che garantisca non solo un'efficacia tempestiva nel riconoscimento e trattamento dei casi sospetti, ma anche la diffusione di un sapere che va contro agli stereotipi comuni che dipingono la nascita di un bambino solo come pura gioia e lieto evento, ma ne sottolinei gli aspetti di trasformazione e di crescita che le fasi perinatali comportano, sia per il bambino che viene al mondo sia per l'adulto che diventa genitore, che normalizzi le emozioni spiacevoli che può suscitare il carico di responsabilità, imprevisti e difficoltà che l'arrivo di un bambino comporta e, piuttosto, faccia sentire accolto e sostenuto il caregiver nel suo percorso.

In Italia è stata fondata l'ANPEP (Associazione Nazionale di Psicologia ed Educazione Perinatale) con l'obiettivo di accompagnare i genitori in attesa già dalle prime settimane di gestazione in un percorso di progressiva consapevolezza dell'esperienza genitoriale, trattando temi quali: l'interazione tra i genitori, l'alimentazione, la respirazione, il rilassamento, l'immaginazione,

la comunicazione, la stimolazione positiva dei sensi della madre<sup>52</sup>. Tutto il percorso prevede sempre il coinvolgimento della figura paterna, elemento importante tanto quanto la madre nella costruzione della famiglia, dell'identità del bambino e per un equilibrio stabile del nucleo familiare. Tuttavia, secondo le indagini ISTAT, le donne che partecipano ai corsi di

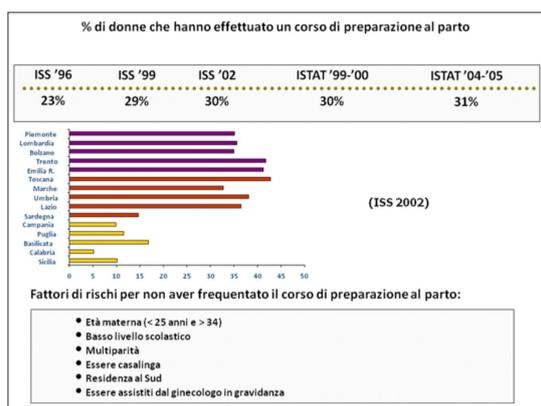


Tabella 1. Percentuale di donne che hanno effettuato un corso di preparazione al parto negli anni, nelle Regioni. Fattori di rischio per non aver frequentato il corso di preparazione al parto.

<sup>51</sup> <https://123dok.org/document/6zkk8gmz-salute-psichica-e-prevenzione-nella-perinatalita.html>

<sup>52</sup> Righetti P.L., Sette L., Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità, 2000, pagg. 308-310, Bollati Boringhieri Editore

accompagnamento alla nascita sono il 31% relativo alla media nazionale, il quale presenta però grandi differenze fra Nord, Centro e Sud del Paese (Tabella 1). Si registrano, infatti, mediamente un 40% di partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita al Nord, percentuale che va lentamente a decrescere nel Centro, per ridursi notevolmente poi al Sud, con una media che si aggira intorno al 10%<sup>53</sup>. Un altro dato significativo fornito sempre dalla stessa indagine riporta anche la percentuale dei luoghi in cui vengono frequentati i corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) come riportato nella Tabella 2. Come si denota, il consultorio familiare è la struttura maggiormente ricercata per richiedere supporto e sostegno durante la gestazione, in quanto, contrariamente all'ospedale, è garantita una certa continuità di assistenza gratuita da parte degli stessi operatori. Questo elemento è funzionale anche per tenere monitorata la situazione psico-emotiva del genitore e quindi essere capace di riconoscere i primi segnali di un possibile disturbo emotivo.

Corsi di accompagnamento alla nascita (%)	
No	52.5
Si gravidanza precedente	12.3
Si gravidanza attuale	35.3
Corsi gravidanza attuale	
Sede	%
Ospedale	20.4
Consultorio Familiare	73.1
Privato	6.5

Tabella 2. Studio su donne che seguono i CAN

Trattando dunque il tema della prevenzione del disturbo depressivo infantile, sempre considerando il periodo pre e post nascita come momento importante nella formazione del bambino, risulta un punto cieco la ricerca per quanto riguarda il ruolo paterno in un'ottica di prevenzione. Per quanto sia stato ampiamente constatato anche da evidenze scientifiche importanti, il ruolo paterno in Italia resta ancora una fragile figura poco considerata dalle istituzioni. Non esistono dati o indagini condotte sulla frequenza del padre ai corsi di accompagnamento alla nascita, questo perché è ancora fortemente presente la credenza che tali percorsi siano utili solo alla madre, fisicamente coinvolta nel processo di crescita del nascituro e quindi maggiormente a rischio. Questa mancanza di attenzione nei confronti del ruolo paterno alimenta e rafforza l'esclusione dell'uomo dalla trasformazione alla genitorialità, come se dovesse occuparsene autonomamente con i propri mezzi a disposizione. Come ampiamente ribadito, per uno sviluppo sano del feto la coppia genitoriale dev'essere considerata come un unico elemento che matura, si

<sup>53</sup> <https://www.senato.it/leg/16/BGT/Testi/Allegati/00000100.pdf>

trasforma e cresce insieme per accogliere con più preparazione e consapevolezza la nuova vita in arrivo. Sebbene quindi il padre non può stringere un rapporto con il bambino esattamente al pari come può farlo la madre, egli ha comunque un ruolo chiave nel contenere la compagna, soddisfarne i bisogni primari ed aiutarla ad utilizzare al meglio le proprie risorse, in modo da affrontare ed elaborare nel migliore dei modi le preoccupazioni di questo periodo<sup>54</sup>. Winnicott afferma infatti che “la madre è favorita in gravidanza e nell’attività di accudimento se si sente sicura, se si sente amata nei suoi rapporti col padre”<sup>55</sup>.

Programmi di intervento a favore di una prevenzione del disturbo depressivo che può colpire i genitori (e di conseguenza ricadere sullo sviluppo del feto) oppure il neonato, sono presenti e attivi nel nostro territorio e come riportato dalle ultime indagini ISTAT stanno diventando negli anni un punto di riferimento importante per la donna che affronta questo percorso. Tuttavia, per un intervento più strutturato e solido, è necessaria una maggiore integrazione interdisciplinare tra le varie professioni sanitarie che comprendano la presa in carico non solo della donna, ma anche dell’uomo come figura paterna complementare alla madre. Urge una rivoluzione nel pensiero comune ancora ancorato a stereotipi alimentati da mass media, servizi pubblici e privati che confinano la figura paterna come responsabile di cure materiali più che figura protagonista centrale “dotata di potenzialità e di caratteristiche adeguate a fornire cure ai figli”<sup>56</sup>.

### *3.2 Formazione adeguata del personale nei sistemi educativi e scolastici*

Nel capitolo precedente sono stati trattati i fattori di rischio che possono favorire l’insorgenza del disturbo depressivo nei bambini. Oltre al contesto familiare, è stato indagato anche il contesto educativo/scolastico, luogo in cui il minore trascorre molta parte della giornata in stretta relazione con educatori/

---

<sup>54</sup> Soldera G., *Mamme e papà. L’attesa di un bambino*, 2014, Città Nuova

<sup>55</sup> Winnicott D.W., *La famiglia e lo sviluppo dell’individuo*, trad. Carlo Mazzantini, 1968, Roma: Armando

<sup>56</sup> Ugazio V., *Modelli di infanzia e ruolo del padre nel processo di costruzione sociale del bambino*, 1985, Scabini e Donati

insegnanti e coetanei. Questo ambiente rappresenta dunque un terreno di scambi, esperienze e condivisioni che plasmano lo sviluppo del bambino: gli spazi in cui ha la possibilità di muoversi, le offerte formative che vengono progettate, le attività atte a stimolare i sensi e la pratica cognitiva, le interazioni con gli altri, che rappresentano modelli di azioni stimolanti da cui apprendere. Tutto questo è presente a partire dal nido, dove il bambino piccolo può essere inserito già a partire dal terzo mese di vita fino al compimento del terzo anno di età. Questo lasso di tempo è considerato di massimo sviluppo dell'attaccamento<sup>57</sup>, per tale motivo gli educatori e le educatrici vengono rivestiti di una grande responsabilità non solo nei confronti del bambino, ma anche della famiglia stessa con la quale si trova a condividere le scelte educative.

Per natura il neonato è portato a costruire legami di attaccamento con le figure preposte a prendersi cura di lui. Per tale motivo, quando viene inserito all'asilo nido, il ruolo dell'educatrice si rinnova di assoluta importanza per uno sviluppo psico-emotivo stabile del bambino. In assenza dei genitori, l'educatrice subentra come punto di riferimento grazie al quale il bambino si sentirà libero di esplorare l'ambiente circostante, vivere nuove avventure e diventare protagonista attivo del proprio sentire. Per favorire questo processo, l'inizio dell'anno educativo si apre con il momento dell'inserimento, una fase che generalmente dura due settimane (metodo tradizionale) o tre giorni (metodo danese) in cui si instaurano i primi rapporti famiglia-bambino-educatrice. In seguito, si passa gradualmente alla fase dell'ambientamento: è questo il momento di massima importanza per l'instaurarsi di un legame di attaccamento sicuro bambino-educatrice<sup>58</sup>. È oltremodo dimostrato che la relazione che si instaura tra bambino ed educatrice (o più figure educative) può compensare un attaccamento insicuro che il bambino può aver instaurato con il caregiver<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> Bowlby J. (1988), *Una base sicura*, trad. it., Raffaello Cortina Ed., Milano, 1989

<sup>58</sup> Howes, C., Rodning, C., Galluzzo, D. C., & Myers, L., *Attachment and child care: Relationships with mother and caregiver*, Early Childhood Research Quarterly, 1988

<sup>59</sup> Cassibba R., D'Odorico L., *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia. L'adattamento italiano dell'Attachment Q-Sort (AQS) di Everett Waters*, 2000, FrancoAngeli Editore

Un esito negativo nella fase di attaccamento al personale educativo del nido comporta una situazione stressante che getta il bambino in sentimenti negativi che si ripercuotono a livello emotivo, cognitivo, sociale e fisico. Si eleva il rischio che si instilli nell'educatore un senso di inefficacia, intaccando la sua autostima, aumentando i livelli di stress e compromettendo la sua professionalità. Questa situazione può degenerare nella sua forma più estrema sfociando in un *burnout* dell'educatore, che ne risente a livello psico-fisico. Uno studio<sup>60</sup> condotto dall'Associazione nazionale Medici d'azienda sul personale educativo di asili nido e scuole dell'infanzia, ha evidenziato che rispettivamente il 53.4% e il 50% dei partecipanti allo studio riportano livelli medi/elevati di esaurimento emotivo e depersonalizzazione, mentre il 18.5% livelli bassi di realizzazione professionale. L'ambiente nido, in tal caso, si può rivelare un luogo ostile per il bambino, il quale può sperimentare avversità, rifiuto e abbandono in una situazione dove sta già vivendo la lontananza dal caregiver. Per prevenire questo rischio assai diffuso, nel 2015 un campione di nidi hanno aderito ad un progetto di ricerca e monitoraggio intitolato "Benessere lavorativo nella realtà Pulcini & Co. e supporto psicopedagogico per la prevenzione del burnout"<sup>61</sup>. Tale progetto è stato strutturato tenendo presente l'urgenza di ampliare la qualità del servizio educativo offerto integrando la possibilità di un supporto ed accompagnamento pedagogico rivolto al personale educativo, al quale si somministra anche un test (Link Burnout Questionnaire) per tenere monitorato lo stato psico-emotivo dei professionisti.

Per prevenire il disturbo depressivo infantile non è sufficiente indagare solo l'ambiente nido, ma è fondamentale che il personale educativo stimoli lo sviluppo di abilità che determinano positivamente la crescita personale e sociale del bambino. Sia in famiglia che al nido, l'adulto di riferimento deve svolgere un ruolo di "educazione alla resistenza", intesa come la capacità di riprendersi in fretta da delusioni, frustrazioni e disgrazie. L'educatore diventa mediatore, formatore ed interprete delle esperienze positive e negative vissute

---

<sup>60</sup> [http://www.anma.it/rassegna\\_biblio/capacita-lavorativa-salute-burnout-eta-insegnanti-educatori-di-asilo-nido/](http://www.anma.it/rassegna_biblio/capacita-lavorativa-salute-burnout-eta-insegnanti-educatori-di-asilo-nido/)

<sup>61</sup> <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/sipes/article/download/3701/3416/13963>

dal bambino, accompagnandolo in un percorso di presa di coscienza del proprio sentire e delle proprie emozioni. L'educazione alla resistenza si basa su sei principi essenziali<sup>62</sup>:

- Amare e sostenere il “bambino reale” - incoraggiare il bambino nelle sue scelte spontanee, valorizzare le sue conquiste, supportarlo nel percorso di crescita che naturalmente si svolge, senza confinare la sua libertà di essere in stereotipi già preconfezionati.
- Stabilire prevedibilità, disponibilità e sicurezza - questo importante concetto non si riferisce solo agli spazi del nido, ma (soprattutto) all'ambiente emotivo che l'adulto predispone verso il bambino. Egli infatti già da subito deve testare le varie reazioni dell'adulto nelle diverse situazioni che incontra, per poterle memorizzare e rendere così l'educatore (o il caregiver) prevedibile: questo viene interiorizzato dal bambino e conferisce sicurezza e stabilità alla loro relazione, elementi chiave per l'esplorazione del mondo esterno, forte della base sicura stabilita con l'adulto.
- Alimentare una comunicazione aperta e onesta - per il bambino è fondamentale potersi fidare dell'adulto, il quale ha la responsabilità di custodire tale valore e alimentarlo con sensibilità e lealtà.
- Adottare un approccio alla disciplina costruttivo ed equilibrato - per molto tempo si è adottato un metodo educativo basato sulla punizione, la paura e l'imposizione, demolendo l'autostima del bambino e maturando inevitabilmente ripercussioni anche nell'età adulta. Negli ultimi decenni invece la ricerca ha ampiamente confermato l'approccio ad un'educazione positiva che pone al centro il benessere del bambino come scelta educativa migliore per lo sviluppo sano del bambino in ogni suo aspetto.
- Permettere ai bambini di sperimentare la vita - più piccoli sono e più la conoscenza di sé e della realtà esterna passa attraverso il corpo, ecco perché diventa decisivo supportare il bambino a vivere nuove esperienze, stimolare la curiosità e concedere illimitata fantasia. Nuove situazioni mettono alla prova il bambino stesso, il quale impara a sperimentarsi e ad adottare più metodi differenti per far fronte anche alle avversità.

---

<sup>62</sup> Fassler D.G., Dumas L.S., *Aiutami, sono triste. Come riconoscere, curare e prevenire la depressione nei bambini e negli adolescenti*, 2004, pag. 196, TEA spa, Milano

- Favorire l'autostima del bambino - l'autostima è il risultato di un processo delicato e sofisticato che si costruisce già dai primi mesi di vita attraverso molteplici elementi che si intrecciano tra loro. La mancanza di autostima costituisce uno dei principali freni per l'incremento delle proprie capacità, costituendo spesso un ostacolo tra le aspirazioni del bambino e la possibilità di realizzarle. Ecco che la responsabilità dell'educatore (e del caregiver) è orientata nell'accrescere nel bambino la capacità di amarsi e di possedere un adeguato livello di stima di sé affinché possa costruire positivamente la sua identità sociale e raggiungere i suoi obiettivi.

Un ultimo aspetto importante che educatori ed educatrici devono curare con attenzione è il rapporto con la famiglia del bambino. L'asilo nido nasce come sostegno alla famiglia, offrendo occasioni di confronto, conforto e supporto anche nella relazione con il bambino. Per questo motivo osservare le interazioni tra caregiver e bambino è rilevante al fine di cogliere anomalie, ambiguità o disarmonie che possono corrompere la loro relazione. Il professionista educativo, grazie alla fiducia instauratasi con la famiglia, può intervenire tempestivamente aprendo un dialogo con la famiglia e suggerendo strategie da poter perseguire insieme. Inoltre, qualora l'educatrice riscontrasse dei sintomi emotivi insoliti e/o comportamenti sospettosi, grazie al supporto della documentazione adeguata citata al capitolo 2 paragrafo 2.1, può pianificare insieme alla famiglia ed eventualmente ad altre figure professionali coinvolte, una corretta azione educativa al fine di ridurre e/o eliminare le possibilità di rischio dell'evolversi di un disagio psichico.

### *3.3 Informazione sociale*

Intervenire in un'ottica di prevenzione del disturbo depressivo infantile implica la promozione della salute mentale infantile su scala nazionale attraverso canali di comunicazione oggi indispensabili come mass media e social network. L'influenza che tali mezzi di informazione esercitano sulle persone (adulti, ragazzi e bambini) è stata ampiamente studiata negli anni, cogliendo nelle emozioni il punto cardine della loro efficacia. I messaggi rivestiti di emozioni forti attraggono subito l'attenzione della persona, suscitano una

reazione emotiva e la mente viene coinvolta in un processo di interiorizzazione del messaggio<sup>63</sup>. La capacità dunque di veicolare i messaggi su scala nazionale assume una seria responsabilità nei confronti dei soggetti che li colgono, poiché non solo viene trasmesso il messaggio, ma ne viene influenzato anche il comportamento con conseguenze a volte dannose<sup>64</sup>. Ciò che ne consegue è anche la costruzione mediatica (a volte subliminale) di stereotipi nei temi più comuni come: immigrazione, donne, lavoro, politica, Sud Italia, giovani, scuola, eccetera. Sotto questi aspetti, anche i bambini vengono colpiti attraverso la trasmissione di pubblicità, cartoni e film in cui spesso vengono confinati in stereotipi di genere e non solo.

Se tale potere mediatico fosse utilizzato per diffondere massivamente informazioni utili per conoscere e prevenire i disturbi mentali, sicuramente ci sarebbe una società più preparata ed inclusiva verso coloro che ne soffrono. In Italia infatti il disturbo mentale più diffuso è la depressione: si stima che superino i 2,8 milioni (5,4% delle persone di 15 anni e più) coloro che ne hanno sofferto nel corso del 2015 e siano 1,3 milioni (2,5%) coloro che hanno presentato i sintomi nelle due settimane precedenti l'intervista<sup>65</sup>. In questo report però viene indagata la popolazione che ha un'età superiore ai 15 anni compresi, ciò significa che, considerando quanto riportato dalla SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) per la Giornata Mondiale per la Salute Mentale (World Mental Health Day), i bambini e gli adolescenti italiani sono a rischio: il 20 e il 25% di loro manifesta i segni, rispettivamente, di un disturbo d'ansia e di depressione, e i disturbi neuropsichici sono in costante aumento<sup>66</sup>. Ciò significa che 1 minore su 5 viene colpito da una malattia mentale. Un minore che vive a contatto con persone che, nella maggior parte dei casi, non sono né preparate né consapevoli delle modalità migliori per interagire con chi vive un disturbo.

---

<sup>63</sup> Aronson E., Wilson T., Akert R. (1997), *Psicologia Sociale*, il Mulino, Bologna

<sup>64</sup> Cheli E. (1992), *La realtà mediata: l'influenza dei mass media tra persuasione e costruzione sociale della realtà*, Franco Angeli, Milano

<sup>65</sup> [https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report\\_Salute\\_mentale.pdf](https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf)

<sup>66</sup> [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2022-10-10/salute-mentale-sinpia-disturbi-ansia-e-depressione-un-bambino-quattro-112222.php?uuid=AEsSEB7B&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2022-10-10/salute-mentale-sinpia-disturbi-ansia-e-depressione-un-bambino-quattro-112222.php?uuid=AEsSEB7B&refresh_ce=1)

Un approccio significativo a tale problema è stato attuato da due enti importanti: Rai Educational, attraverso la realizzazione di una docufiction intitolata “Disordini” che si snoda in sei episodi, ognuno riguardante una patologia diversa (anoressia, schizofrenia, depressione, ADHD, sindrome di Tourette e disturbo della condotta); il dipartimento di Neuropsichiatria dell’ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma con la nascita di un magazine online chiamato “Specchioriflesso” in cui sono inseriti articoli scientifici, ricerche, eventi importanti e molto altro. Entrambi questi enti hanno collaborato per diffondere informazioni corrette e dettagliate sulla patologia mentale che può insorgere in bambini e ragazzi, sdoganando credenze errate e consigliando strategie di intervento in un’ottica di alleanza tra famiglie, insegnanti, educatori, medici e pediatri.

Educare alla cultura della salute mentale è un aspetto altrettanto importante per la persona (di qualunque età), quanto l’educazione civica, alimentare, scolastica, e via discorrendo. Sebbene di fronte ad un problema fisico come può essere la febbre, il diabete o la semplice tosse, sia scontato rivolgersi al curante per intervenire e trovare il metodo di cura migliore, anche per la salute della mente dovrebbe esserci la stessa accortezza. In merito a questo tema il Dott. Vicari Stefano, direttore dell’Unità operativa di Neuropsichiatria infantile dell’ospedale pediatrico Bambino Gesù, ha detto in un’intervista<sup>67</sup>: “sul tema della malattia mentale in età infantile si combatte una delle più lunghe battaglie ideologiche tra uno «psicologismo», spesso troppo superficiale, e uno «scientismo» a volte troppo demagogico. Una visione più laica, capace di porre al centro della scelta delle strategie di cura l’urgenza di interrompere la sofferenza del ragazzo, è assolutamente necessaria”.

---

<sup>67</sup> <https://www.vita.it/it/article/2013/10/17/anche-la-mente-dei-bambini-si-ammala/125011/>

## CONCLUSIONE

Sdoganare il mito dell'infanzia idilliaca è la primo presupposto che favorisce un adeguato atteggiamento verso il bambino. Tale convinzione, infatti, è un cliché che incatena il bambino e legittima l'adulto a conferire meno importanza ai primi sintomi di un disagio che può manifestare il minore e sminuendo il suo sentire. Il caregiver, inoltre, automaticamente attiva sentimenti di vergogna sentendosi responsabile della sofferenza del figlio e, data la poca informazione in merito, inconscio della richiesta di aiuto che può rivolgere ai vari servizi, rischia di chiudersi in sé stesso, isolando la famiglia dal contesto sociale ancora carico di pregiudizi. Il tutto genera nell'adulto un senso di inadeguatezza e imbarazzo che può sfociare in rabbia, frustrazione e aggressività, come riportato dagli studi che hanno indagato il collegamento tra la vergogna e la rabbia<sup>68</sup>. Si innesca di conseguenza un circolo vizioso di situazioni concatenate che trascinano il bambino verso una condizione sempre più gravosa dalla quale fatica ad uscire. Ecco dunque che gli ambienti che frequenta (come possono essere la scuola, le attività sportive o altro) ed i professionisti che vi lavorano possono diventare fondamentali se abili nel cogliere e dare significato ai sintomi che il bambino può manifestare, intervenendo ed aiutando anche l'adulto di riferimento indirizzandolo verso i servizi appropriati.

Creare una rete sociale solida e preparata ad accogliere chi è più in difficoltà dovrebbe essere l'obiettivo primario di ogni Paese, il quale dovrebbe investire: nell'informazione che parta già dalle scuole di grado più basso con percorsi, attività e progetti volti a fornire strumenti adeguati all'età riguardanti la salute mentale; nella formazione di professionisti a contatto con minori (insegnanti, educatori, pediatri, medici, psicologi, psicoterapeuti, allenatori sportivi, eccetera) per il riconoscimento dei sintomi e strategie adeguate di interazione con soggetti minori affetti da depressione o a rischio; messa a disposizione a livello capillare nel territorio di strutture adeguate che forniscano servizio di sostegno genitoriale gratuito, attraverso incontri, corsi, attività,

---

<sup>68</sup> Averill (1982), Wicker, Payne e Morgan (1983) e Tangney (1990)

colloqui; diffusione di modelli reali per i più giovani che fuoriescano da stereotipi comuni o che esaltano immaginari irraggiungibili che ledono all'autostima ed alla costruzione di una percezione sana di sé stessi e della realtà.

Questi sono solo alcuni degli obiettivi necessari per migliorare lo stile di vita dei bambini e dei ragazzi verso i quali è importante garantire sostegno e accettazione senza alcuna riserva, poiché la depressione è una condizione che può insediarsi in chiunque in qualunque momento della vita, senza esclusione di colpi, ma è possibile attuare un piano di prevenzione in molti campi della vita per ridurre le conseguenze estreme a cui questo disturbo può condurre e garantire un'esistenza dignitosa al soggetto colpito ed i suoi familiari.

La strada per raggiungere un livello globale di sensibilizzazione ed accettazione del disturbo depressivo infantile è ancora molto lunga, ma le possibilità di diffusione di un'informazione corretta e su scala nazionale ed internazionale oggi sono notevoli e molto efficaci. La cultura moderna sta ampliando i propri orizzonti di modelli più inclusivi verso coloro che hanno una diversa etnia, un diverso orientamento sessuale, una diversa situazione economica e altre situazioni ritenute fino a poco tempo fa motivo di esclusione sociale. Si percepisce un ammorbidimento dei confini verso ciò che viene ritenuto "normale" e "accettabile" e con questa onda positiva si spera di allargare gli orizzonti inclusivi anche verso coloro che soffrono di patologie mentali già in giovanissima età, sradicando stereotipi e pregiudizi che impediscono di volgere lo sguardo al bambino nella sua completezza e onestà, accogliendo la sua verità e sostenendola nel migliore dei modi, considerandola, un giorno, parte integrante di un modo di essere comunemente accettato.

## BIBLIOGRAFIA

Aringolo K., (2021), *i Disturbi Depressivi in Età Evolutiva. Riconoscerli, Prevenirli, Trattarli*, FrancoAngeli Editore, Milano

Aronson E., Wilson T., Akert R., (1997), *Psicologia Sociale*, il Mulino, Bologna

ASL Rieti - Dipartimento Salute Mentale - Direttore Dr. R. Roberti - *Progetto Stigma*

Averill J., (1982), *Anger and Aggression: an Essay on Emotion*, NY: Springer-Verlag, New York

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G., (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York; Trad. It. *Terapia Cognitiva Della Depressione* (1987), Astrolabio, Roma

Bowlby J. (1988), *una Base Sicura*, Trad. It. Raffaello Cortina, Milano

Bronfenbrenner U., (1986), *l'Ecologia Dello Sviluppo Umano*, il Mulino, Bologna

Camaioni L., (1995), *la Teoria Della Mente. Origini, Sviluppo e Patologia*, Ed. Laterza

Cassibba R., D'Odorico L., (2000), *la Valutazione dell'attaccamento Nella Prima Infanzia. L'Adattamento Italiano dell'Attachment Q-Sort (AQS) di Everett Waters*, FrancoAngeli Editore, Milano

Cheli E. (1992), *la Realtà Mediata: l'Influenza dei Mass Media tra Persuasione e Costruzione Sociale Della Realtà*, Franco Angeli, Milano

Cramer B., Palacio-Espasa F., (1993), *La Pratique Des Psychothérapies Mères-Bébé*, Paris, PUF; Trad. It. *Le Psicoterapie Madre-Bambino*, Milano, Masson, 1994

Cramer B., (1982), *Interaction Réelle, Interaction Fantasmatiche. Réflexions Au Sujet Des Thérapies Et Des Observations Du Nourisson*, In <<Psychothérapies>>, 1(2), Pagg. 39-47

De Zuleta F., (1993), *From Pain To Violence*, London, Whurr; Trad. It. *Dal Dolore Alla Violenza*, Milano, Cortina, 1999

Dacomo M., Pizzo S., (2012), *la Depressione Infantile. Terapia Cognitivo-Comportamentale con Bambini e Adolescenti*, Pag. 87-88, il Mulino

Della Vedova A.M., Cristini C., (2011) *la Promozione Della Salute Psicologica Perinatale*, Carocci

Fava Vizziello G., (2003), *Psicopatologia Dello Sviluppo*, il Mulino

Fava Vizziello G., Disnan e Colucci, (1991), *Genitori Psicotici*, Bollati Boringhieri

Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery, (2001), *il Triangolo Primario*, Trad. It. Cortina, Milano

Fassler D.G., Dumas L.S., (2004), *Aiutami, Sono Triste. Come Riconoscere, Curare e Prevenire la Depressione nei Bambini e Negli Adolescenti*, Pag. 196, TEA spa, Milano

- George Et Al., (1985), *Adult Attachment Interview*, Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of California
- Goleman D., (1995), *Emotional Intelligence*, Trad. It. *Intelligenza Emotiva*, 1999, Bur Saggi, P. 332
- Howes C., Rodning C., Galluzzo D. C., Myers L., (1988) *Attachment and Child Care: Relationships With Mother and Caregiver*, Early Childhood Research Quarterly
- Kreisler L., (1997), *Le Nouvel Enfant Du Désordre Psychosomatique*, Privat Edition, Toulouse
- Lanzi G., Aliprandi M.T., Balottin U., Chiappedi M. E Pati A.M., (1994), *la Depressione nel Bambino e Nell' Adolescente*, Armando Editore
- Lebovici S., (1983), *i Sentimenti di Colpa nel Bambino e nell'adulto*, Feltrinelli
- Liotti G., Monticelli F., (2014), *Teoria e Clinica dell'alleanza Terapeutica. Una Prospettiva Cognitivo-Evoluzionista*, Cortina Editore, Milano
- Malaguzzi L., (2010), *i Cento Linguaggi dei Bambini. L'Approccio di Reggio Emilia all'educazione dell'infanzia*, Edizioni Junior, Bologna
- Marcelli D., (1999), *Psicopatologia del Bambino*, V Ed., Masson, Milano
- Palacio-Espasa F., Manzano J., (1998), *Curare il Bambino. Manuale Delle Terapie in Psichiatria Infantile e in Psicopedagogia*, Bollati Boringhieri
- Righetti P.L., Sette L., (2000), *Non c'È Due Senza Tre. Le Emozioni dell'attesa Dalla Genitorialità Alla Prenatalità*, Pagg. 308-310, Bollati Boringhieri Editore
- Soldera G., (2014), *Mamme e Papà. L'Attesa di un Bambino*, Città Nuova
- Soulé, M., In T.B. Brazelton, L. Kreisler R., (1982), *l'Enfant Dans La Tete, l'Enfant Imaginaire*, Paris, ESF
- Stern D.N., (1998), *le Interazioni Madre-Bambino Nello Sviluppo e Nella Clinica*, Raffaello Cortina, Milano
- Tangney J.P., (1990), *Assessing Individual Differences in Proneness to Shame and Guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory*, Journal of Personality and Social Psychology, 59(1), 102-111
- Ugazio V., (1985), *Modelli di Infanzia e Ruolo del Padre nel Processo di Costruzione Sociale del Bambino*, Scabini e Donati
- Wicker F.W., Payne G.C., Morgan R.D., (1983) *Participant Descriptions of Guilt and Shame. Motiv Emot* 7, 25-39
- Winnicott D.W., (1968), *la Famiglia e lo Sviluppo dell'individuo*, Trad. Carlo Mazzantini, Armando Editore, Roma

## SITOGRAFIA

<https://biotexcom.com/pregnancy-traditions-in-the-world-2/>

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-congedi-parentali-e-di-maternita-paternita-chi-si-prende-cura-dei-minori>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2009/07/02/009G0089/sg>

<https://www.agi.it/economia/news/2020-08-08/scuole-italiane-vecchie-edifici-40-anni-9366076/>

<https://www.savethechildren.it/la-condizione-dei-bambini-nel-mondo>

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=55&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=571&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=55&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=571&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0)

<https://www.panoramasanita.it/2022/05/27/salute-mentale-nove-milioni-di-bambini-e-ragazzi-sotto-stress/>

[https://www.miur.gov.it/documents/20182/51310/DM+254\\_2012.pdf/1f967360-0ca6-48fb-95e9-c15d49f18831?version=1.0&t=1480418494262](https://www.miur.gov.it/documents/20182/51310/DM+254_2012.pdf/1f967360-0ca6-48fb-95e9-c15d49f18831?version=1.0&t=1480418494262)

<https://www.sistemachess.it/ModelliServizi.aspx>

<https://oggiscienza.it/2019/11/07/numeri-depressione/index.html>

[https://www.epicentro.iss.it/mentale/pres\\_helsinki](https://www.epicentro.iss.it/mentale/pres_helsinki)

[https://it.wikipedia.org/wiki/Legge\\_Basaglia](https://it.wikipedia.org/wiki/Legge_Basaglia)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1904/02/22/43/sg/pdf>

<https://www.ospedalebambinogesu.it/depressione-80045/>

<https://123dok.org/document/6zkk8gmz-salute-psichica-e-prevenzione-nella-perinatalita.html>

<https://www.senato.it/leg/16/BGT/Testi/Allegati/00000100.pdf>

[http://www.anma.it/rassegna\\_biblio/capacita-lavorativa-salute-burnout-eta-insegnanti-educatori-di-asilo-nido/](http://www.anma.it/rassegna_biblio/capacita-lavorativa-salute-burnout-eta-insegnanti-educatori-di-asilo-nido/)

<https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/sipes/article/download/3701/3416/13963>

[https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report\\_Salute\\_mentale.pdf](https://www.istat.it/it/files/2018/07/Report_Salute_mentale.pdf)

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2022-10-10/salute-mentale-sinopia-disturbi-ansia-e-depressione-un-bambino-quattro-112222.php?uid=AEsSEB7B&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2022-10-10/salute-mentale-sinopia-disturbi-ansia-e-depressione-un-bambino-quattro-112222.php?uid=AEsSEB7B&refresh_ce=1)

<https://www.vita.it/it/article/2013/10/17/anche-la-mente-dei-bambini-si-ammala/125011/>