



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

Dipartimento di Psicologia
e Scienze Cognitive

Scuola di dottorato in *Scienze Psicologiche e della Formazione*

XXV ciclo

***L'interazione madre – bambino durante i primi anni di vita:
analisi longitudinale degli effetti della genitorialità a rischio
sullo sviluppo del bambino***

Relatore

Prof.ssa Paola Venuti

Dottoranda

Alessandra Emer

Anno Accademico 2012 – 2013

Indice

Introduzione

| | |
|---|----|
| 1.1 Obiettivo e organizzazione della tesi | 1 |
| 2.1 L'importanza della cornice relazionale per lo sviluppo del bambino | 2 |
| 3.1 Supportare la genitorialità a rischio | 4 |
| 4.1 <i>Scommettiamo sui giovani</i> in Trentino | 6 |
| 4.2 Gli strumenti di valutazione del progetto <i>Scommettiamo sui giovani</i> | 7 |
| 4.3 Il Manuale di intervento | 9 |
| 4.4 Le Schede valutative | 10 |
| | |
| Articolo 1: Le madri a rischio e il quoziente di sviluppo dei bambini | 17 |
| Articolo 2: L'indice di attaccamento dei bambini in un campione di madri a rischio | 39 |
| Articolo 3: Il parenting nei contesti di immigrazione | 51 |
| Articolo 4: Valutazione preliminare dell'efficacia dell'intervento di supporto alla genitorialità a rischio in Trentino | 65 |
| | |
| Conclusioni | 81 |
| | |
| Bibliografia | 83 |

Appendice

Introduzione

| | |
|-------------------|-----|
| Appendice A | 103 |
| Appendice B | 104 |
| | |
| Articolo 1 | |
| Appendice A | 107 |
| Appendice B | 108 |
| | |
| Articolo 2 | |
| Appendice A | 114 |
| Appendice B | 116 |

Articolo 3

Appendice A 118

Articolo 4

Appendice A 123

Appendice B 125

Appendice C 126

Introduzione

1.1 Obiettivo e organizzazione della tesi

L'obiettivo generale di questa tesi è chiarire il modo in cui alcune variabili, prossimali e distali, influenzano lo sviluppo psicofisico del bambino all'interno di un campione di madri a rischio del progetto *Scommettiamo sui giovani*. Qualora i risultati descritti in questo lavoro confermassero i dati presenti in letteratura, la Provincia Autonoma di Trento potrebbe applicare sul territorio una serie di servizi rivolti alle madri a rischio e non, e attuare interventi di supporto alla genitorialità.

L'organizzazione della tesi prevede una parte teorica introduttiva, la presentazione di quattro articoli scientifici, in corso di pubblicazione, riguardanti diverse aree di interesse (articolo 1: "Le madri a rischio e il quoziente di sviluppo dei bambini"; articolo 2: "L'indice di attaccamento dei bambini in un campione di madri a rischio"; articolo 3: "Il parenting nei contesti di immigrazione"; articolo 4: "Valutazione preliminare dell'efficacia dell'intervento di supporto alla genitorialità a rischio in Trentino") e un capitolo finale sulle conclusioni generali e sulle ricerche future. Ciascun articolo è suddiviso nel seguente modo: "Introduzione, Ipotesi, Campione, Procedura, Strumenti, Analisi statistiche, Risultati, Discussione, Conclusione".

Per una lettura più agevole dell'elaborato e per evitare ripetizioni, la bibliografia è stata interamente riportata alla fine.

2.1 L'importanza della cornice relazionale per lo sviluppo del bambino

Le ricerche portate avanti negli ultimi anni sulle prime fasi dello sviluppo del bambino, in particolare quelle inerenti la teoria dell'attaccamento e il filone dell'*infant research*, ci hanno permesso di comprendere in maniera più approfondita non solo lo sviluppo normale del bambino, ma anche le distorsioni precoci, individuando in questo modo i fattori di rischio che maggiormente influenzano la sua crescita. Per tutelare il benessere del bambino, bisogna innanzitutto tutelare le sue relazioni, i suoi affetti e più in generale il microsistema familiare in cui il piccolo cresce e si sviluppa (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2009).

In letteratura l'espressione "fattori di rischio" connessi alla genitorialità indica tutte quelle condizioni in cui le componenti fondamentali della funzione genitoriale – nello specifico di cura e protezione dei figli – sono disturbate e influiscono negativamente sulla qualità della relazione genitore-bambino, producendo potenziali conseguenze negative sul processo di crescita di quest'ultimo (Riva Crugnola, 2012; Candelori e Mancone, 2001). I fattori di rischio che potrebbero influenzare la qualità genitoriale nell'interazione e nello sviluppo del bambino sono molteplici e interagiscono tra loro in modo complesso: un singolo fattore può aumentare il rischio di diversi aspetti dello sviluppo del bambino, mentre in altre condizioni diversi fattori potrebbero aumentare il rischio di uno specifico ambito della crescita del piccolo (Ammaniti et al., 2002). Scambi interattivi tra madre e bambino meno adattivi, caratterizzati da modalità di cura incoerenti, instabili o scarsamente sensibili, possono avere conseguenze negative per lo sviluppo, come accade ad esempio nel caso in cui il caregiver soffre di depressione (Field, 1995; Tronick e Field, 1986) o se la famiglia vive in condizione di povertà sociale (Halpern, 1993). In letteratura sono indicati differenti fattori di rischio connessi alla maternità e alla genitorialità in generale, che aumentano la probabilità di esiti di sviluppo negativo per i figli: ad esempio madri con un livello socio-economico (SES) o di istruzione basso, madri che presentano elementi di fragilità psichica, madri adolescenti, oppure che crescono il loro bambino senza l'aiuto di un partner possono avere difficoltà nel delicato compito di essere genitore, aumentando così la probabilità che i loro bambini sviluppino un certo grado di disagio (Cederna, et al. 2012; Mayes, Fonagy, Target, 2007; Bornstein, 2003; Oyserman et al., 2000; Candelori e Mancone, 2001; Kelly e Barnard, 2000; Tronick e Field, 1986).

Tuttavia, gli effetti prodotti sulla crescita psicologica del bambino dipendono dalle complesse dinamiche caratterizzanti il rapporto tra i fattori di rischio e quelli di protezione. Questi ultimi comprendono quelle condizioni che favoriscono uno sviluppo adattivo e una crescita sana del bambino, come ad esempio la presenza di una rete sociale supportiva, in grado di ridurre l'impatto negativo dei fattori di rischio (Di Blasio, 2005; Schaffer, 2004). Rientrano tra i fattori protettivi anche alcune peculiarità temperamentali del bambino (umore positivo, elevata consolabilità, ecc.), una buona sensibilità materna e una relazione di attaccamento di tipo sicuro fra madre e bambino (Riva Crugnola, 2012). I fattori di rischio e di protezione possono essere *distali o ecologici* oppure *prossimali*.

Rientrano tra quelli *distali o ecologici* variabili quali il contesto sociale, in cui il bambino nasce e cresce, e l'ambiente familiare. Essi esercitano un'influenza indiretta, introducendo elementi di fragilità e debolezza che rendono l'individuo e la famiglia più vulnerabili. Secondo il modello transazionale (Sameroff, 2000) lo sviluppo del bambino dipende dalla costante e dinamica interazione tra il piccolo e il contesto familiare/sociale. Studi recenti in letteratura confermano che l'associazione tra la condizione di disagio familiare con altri fattori di rischio aumenta l'incidenza dell'attaccamento insicuro infantile con conseguenti ripercussioni sullo sviluppo (Costantino, Cassibba, Liso, Gatto & Godelli, 2007; Weinfeld, Whaley e Egeland, 2004). Trova quindi conferma il "modello dello stress familiare", secondo cui le condizioni di vita interferiscono con lo sviluppo del bambino attraverso i loro effetti diretti sulla genitorialità e sulle cure parentali (Belsky e Pasco Fearon, 2002): i genitori che vivono in condizioni sociali svantaggiate, infatti, sono costretti a fronteggiare quotidianamente numerose insidie che possono pregiudicare la qualità delle interazioni diadiche con i propri figli, mettendo a rischio la loro crescita e il loro sviluppo (Crnic, Gaze e Hoffman, 2005). Significative a questo riguardo sono le ricerche riguardanti i bambini rumeni adottati in età precoce, che mettono in risalto come l'istituzionalizzazione, seppure nel corso del tempo abbia permesso l'instaurarsi di modalità di attaccamento di tipo sicuro, incide sulla qualità delle relazioni, provocando una tendenza alla socievolezza indiscriminata, indipendente dal tipo di attaccamento. Tale modalità relazionale è stata ricondotta ad un mancato incontro con caregiver disponibili a stabilire con loro relazioni in grado di riconoscere le caratteristiche individuali (Riva Crugnola, 2012; Zeanah, Smyke e Settles, 2006).

I fattori di rischio *prossimali* invece si riferiscono a variabili maggiormente "vicine" al neonato, quali ad esempio le sue caratteristiche temperamentali e individuali, le caratteristiche psicologiche dei genitori e le cure genitoriali. A differenza di quelli *distali*, essi esercitano un'influenza diretta nelle relazioni e contribuiscono a potenziare il rischio, amplificandone l'effetto (Bronfenbrenner, 1979; Di Blasio, 2005; Schaffer, 2004).

Tra le variabili che influenzano lo sviluppo infantile, la responsabilità genitoriale è uno dei concetti di base maggiormente arricchiti negli ultimi anni dalla ricerca evolutiva. La Ainsworth (1978), alla fine degli anni settanta, ha definito il concetto di responsabilità come la capacità di leggere e di rispondere adeguatamente ai segnali del bambino, ma ultimamente tale concetto si è ampliato in modo considerevole. Le ricerche recenti hanno sottolineato in particolare che la responsabilità materna è strettamente collegata ad alcuni aspetti della competenza emotiva materna, in particolare alla capacità della madre di regolare le emozioni negative e il distress del bambino (McElwain e Booth-LaForce, 2006; Tronick e Weinberg, 1997; Tronick, 1989) e al livello di condivisione delle emozioni positive (Riva Crugnola, 2012; Hennighausen e Lyons-Ruth 2005). Molti ricercatori hanno inoltre inteso la responsabilità come la capacità di attribuire al bambino un proprio stato mentale, chiamata *riflessività* da Fonagy (Fonagy and Target, 1997), *mind-mindedness* da Meins e Arnott (2008; Meins, 1999), *insightfulness* da Oppenheim e Koren-Karie (2002). Tali abilità determinano una maggiore qualità nella relazione con il bambino (Riva Crugnola, 2012).

Un'altra componente fondamentale in grado di influenzare lo sviluppo infantile, è l'abilità comunicativa nella relazione genitore-bambino (Riva Crugnola, 2012). Fin dai primi mesi di vita la comunicazione è di tipo bidirezionale, volta da una parte ad istituire legami di attaccamento sicuri, in grado di regolare le emozioni (Trevarthen, 1979) e dall'altra di stabilire connessioni intersoggettive atte alla condivisione degli stati emotivi e delle informazioni provenienti dall'ambiente circostante, in modo tale che il genitore operi un'adeguata funzione di *scaffolding* (Tomasello, 2008). Lo studio della relazione tra responsabilità materna e comunicazione ha permesso di dimostrare che queste componenti hanno effetti a medio e lungo termine sullo sviluppo socio emotivo e relazionale del bambino (Riva Crugnola, 2012; Cohn et al. 2009; Feng et al. 2007; Mantymaa et al. 2004).

3.1 Supportare la genitorialità a rischio

La prospettiva interattivo-cognitivista riconosce quindi l'origine dello sviluppo intellettuale e mentale nelle prime relazioni ed esperienze emotive precoci vissute attraverso la reciprocità con un adulto di riferimento (Schaffer, 1996, Bornstein, 1989). Nel ventesimo secolo etologi, psicoanalisti e psicologi dello sviluppo, come Lorenz, Bowlby, Ainsworth, hanno ipotizzato che la "sensitive responsiveness" sia il più importante aspetto della genitorialità. Questa prospettiva sull'interazione madre-bambino è ben rappresentata dal concetto di disponibilità emotiva (Emde 1980; Biringen, Robinson, Emde, 1998), che consiste nella capacità di leggere e di rispondere adeguatamente ai segnali del bambino, di porsi in sintonia con lui e di rispondere ai suoi bisogni sia fisici che affettivi. Attraverso

gli opportuni comportamenti di cura la madre fornisce al bambino la stimolazione necessaria per un adeguato sviluppo delle sue potenzialità sia di tipo socio-affettivo che di tipo cognitivo (Bornstein, 2003), che risultano carenti nel caso di situazioni di genitorialità a rischio.

A questo proposito quindi, si è riscontrata sempre di più la necessità di pianificare interventi preventivi che includano la promozione della salute e il miglioramento delle competenze parentali, con l'obiettivo di ridurre i fattori di rischio e di aumentare quelli di protezione (Cassibba e van IJzendoorn, 2005; Lyons-Ruth e Easterbrooks, 2006; Zeanah, Laurrieu, Boris e Nagle, 2006). Le madri, possono quindi essere efficacemente supportate con interventi precoci specifici che favoriscano lo sviluppo di una sana genitorialità, attraverso il rafforzamento di fiducia, sicurezza, conoscenze sullo sviluppo del bambino e comprensione delle modalità interattive (Tremblay, Japel, 2003; Olds, Kitzman, 1990). La prevenzione rappresenta il mezzo più efficace per ridurre il disagio e promuovere il benessere e tanto più precoci sono gli interventi preventivi tanto maggiore si rivela la loro efficacia e il beneficio per la società (Brophy-Herb, Holly et al., 2009). Persino aspetti psico-sociali tanto rilevanti quanto allarmanti, quali il disagio infantile, possono essere efficacemente contrastati attraverso interventi specifici attivati sin dalla nascita o, meglio ancora, durante la gravidanza attraverso il coinvolgimento dei genitori.

La pratica di intervento dell'Home Visiting è nata nei paesi del nord Europa, in particolare in Gran Bretagna, dove già durante l'epoca elisabettiana si ritrovano forme primitive di questa tecnica (Speranza, Mattei, 2007). A partire dagli anni settanta, anche negli Stati Uniti si sviluppano queste modalità di intervento come sostegno a famiglie problematiche, in particolare con bambini nella fascia zero-tre anni (Wasik, Bryant, Lyons, 1990). Si tratta di interventi in cui l'obiettivo principale è quello di aumentare la probabilità di sviluppo normale del minore coinvolto, riducendo il rischio che emergano disturbi in futuro. La prevenzione, in questo caso, viene intesa da una parte come possibilità di intervenire per la salvaguardia del bambino nell'immediato e dall'altra al fine di ottenere effetti preventivi a medio e lungo termine. La protezione del bambino si realizza attraverso un sostegno all'intero nucleo familiare e gli effetti dell'intervento sono collegati da un lato ai processi di cambiamento innescati nei genitori, dall'altro alla possibilità di favorire modalità relazionali positive. L'obiettivo è quindi quello di individuare e sostenere le risorse del singolo, del nucleo e della rete sociale, così da promuovere la resilienza. Tali programmi, pur differenziandosi negli scopi e nella metodologia, sono risultati in grado di attuare significativi cambiamenti a breve e a lungo termine nel contesto familiare. In particolare le famiglie a rischio hanno mostrato di ridurre il livello di abuso e trascuratezza dei bambini. Inoltre questo particolare tipo di sostegno ha permesso di raggiungere genitori che difficilmente si rivolgerebbero ai servizi tradizionali. Questa opportunità è da ricondurre alla

particolare flessibilità degli interventi, che ben corrisponde sia alla variabilità delle richieste che alla natura stessa dei problemi che si vanno ad affrontare. Recenti studi riguardanti l'efficacia dei programmi di home visiting hanno tuttavia rilevato che solo la metà (circa uno su due) dei progetti esistenti sono in grado di avere un impatto significativo e positivo sui bambini (Kahn, Moore, Haven, 2010; Gomby, 2007). Tale fenomeno è spesso attribuito alla variazione delle pratiche di attuazione (Astuto et al. 2009; Gomby, 2007), alla difficoltà delle famiglie di impegnarsi in maniera duratura e costante (Gomby, 1999) e/o alla scarsa preparazione del personale che svolge le visite domiciliari (Boris et al., 2006). L'efficacia degli interventi di *home visiting* è strettamente connessa anche alla gravità dei rischi familiari: l'efficacia dell'intervento si interrompe quando i rischi all'interno della famiglia sono eccessivamente elevati o, nella situazione opposta, in gruppi a basso rischio (Ammaniti, 2010).

In Italia, programmi di prevenzione basati sull'*home visiting*, rivolti in particolare a famiglie ad alto rischio psicosociale e con l'impiego di esperti in ambito psicologico, sono stati attuati da Ammaniti e Tambelli (Ammaniti et al., 2006), Prezza (2006), Kaneklin e Imbimbo (Finzi et al., 2011; Kaneklin et al., 2010).

4.1 Scommettiamo sui giovani in Trentino

Anche in Trentino è stato avviato nel 2010 un progetto di ricerca – intervento rivolto alle madri a rischio, realizzato grazie alla collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento, che si occupa dell'aspetto finanziario, il Laboratorio di Osservazione Diagnosi e Formazione (Università degli Studi di Trento), che gestisce la ricerca e l'organizzazione dell'intervento e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, i cui dipendenti realizzano le visite domiciliari. Tale progetto si concluderà a settembre 2014.

L'obiettivo di *Scommettiamo sui giovani* è quello di supportare le madri nel loro difficile compito dalla gravidanza fino al secondo anno di vita del bambino, mediante visite domiciliari effettuate inizialmente da un'ostetrica e successivamente da un'educatrice. Le strutture sanitarie presenti sul territorio trentino, attuano già modalità di intervento che coinvolgono i neonati, ma difficilmente supportano la genitorialità. Nello specifico, si tratta quindi di supportare la madre, aiutandola a sperimentare e a trovare strategie interattive che attraverso la reciprocità favoriscono il sano sviluppo del bambino, confermando i dati presenti in letteratura secondo i quali il supporto alla genitorialità ha effetti positivi a breve e lungo termine nella prevenzione del disagio infantile e nel benessere della mamma.

A partire da marzo 2010 e fino a settembre 2012 le figure professionali dei Consultori e dei Servizi Territoriali presenti in alcuni distretti del Trentino si sono occupate del reclutamento dei soggetti.

I fattori di rischio a cui le figure professionali dovevano attenersi per il reclutamento erano: donne alla loro prima esperienza come madri (primipare) e avere almeno uno dei seguenti criteri: avere elementi di fragilità sociale, avere caratteristiche riconducibili alla fragilità psicologica, avere meno di 22 anni di età (madri adolescenti), crescere il bambino senza l'aiuto di un partner (madri single). La fragilità sociale, nel nostro campione di soggetti, include le madri straniere e/o che hanno al massimo la licenza della scuola dell'obbligo e/o che formano un nucleo familiare con una soglia di povertà assoluta inferiore o uguale a 13.306,12 euro l'anno (Istat, 2013; Istat, 2012; Istat, 2011). Il criterio della fragilità psicologica, nel nostro campione, si riferisce a quelle madri aventi un punteggio General Stress Index (GSI) > 1 alla Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) e/o un indice >9 alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e/o mamme seguite da uno/a psicoterapeuta, psichiatra.

L'intero campione di madri a rischio, distinto in due zone del Trentino (zona A e zona B), diverse dal punto di vista dei servizi territoriali attivi e della conformazione geografica, è stato suddiviso in un campione sperimentale (sottoposto ad uno specifico programma di intervento) e in un campione di controllo (senza intervento). Le madri appartenenti al campione sperimentale ricevono settimanalmente una visita domiciliare inizialmente da un'ostetrica (dal 7° mese di gravidanza e fino al 3° mese di vita del bambino) e successivamente da un'educatrice (fino al 2° anno di vita).

4.2 Gli strumenti di valutazione del progetto *Scommettiamo sui giovani*

Due psicologhe dell'Università somministrano sull'intero campione di diadi una batteria di strumenti necessari all'indagine del benessere delle madri, dello sviluppo del bambino e della qualità della relazione madre-bambino.

Gli strumenti usati per la valutazione del benessere della madre sono:

- *l'Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS)* è un questionario di auto somministrazione, il più utilizzato per lo screening della depressione post-partum. E' formato da 10 domande, con risposta su scala Likert a 4 punti. Anche se il suo utilizzo è specifico per individuare la depressione post-partum, si è dimostrato efficace anche per lo screening della depressione pre-parto, permettendo quindi di osservare l'evoluzione della depressione anche durante la gravidanza. Un punteggio superiore a 9 indica la presenza di depressione;
- *il Symptom Check-list-Revised (SCL-90-R)*, è un questionario autosomministrato composto da 90 item su disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; il soggetto fornisce una valutazione su scala Likert da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato (Somatizzazione, Sintomi ossessivi-

compulsivi, Sensibilità interpersonale, Depressione, Ansia, Rabbia-ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide, Psicoticismo, Disturbi del sonno); per ognuna di esse il punteggio relativo è calcolato come medie delle domande con risposta. In generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1.00. È inoltre calcolato un indice globale (GSI Global Score Index) come punteggio medio di tutte le domande;

- il *Questionario socio demografico (QSD)* è caratterizzato da una serie di domande di ordine generale riguardanti la situazione economica, lavorativa, familiare, culturale del soggetto;
- il *Questionario di fruizione dei servizi (QFS)*, per indagare la frequenza di utilizzo e la conoscenza dei servizi presenti sul territorio trentino;
- il *Questionario sulla rete sociale (QRS)*, per valutare il livello di sostegno sociale e familiare su cui il soggetto può contare;
- l'*Eysenck Personality Questionnaire - Riveduto - Forma ridotta (EPQ-R-fr)* è un questionario di indagine delle tre fondamentali dimensioni di personalità descritte da Eysenck: Nevroticismo, Estroversione, Psicoticismo.

Per quanto riguarda la valutazione delle competenze parentali:

- l'*Intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza (IRMAG)* consente di costruire un profilo delle rappresentazioni che la donna ha di sé, del bambino, del partner e della propria madre. Questo profilo viene delineato mediante uno strumento di indagine costituito da un'intervista clinica da somministrare al settimo mese di gravidanza.
- il *Self Percetion of Parental Role (SPPR)* è un questionario di auto percezione del ruolo parentale e quindi del modo in cui il soggetto si percepisce come genitore;
- il *Knowledge of Infant Development Inventory – short form (KIDI-sf)*, è una misura utilizzata spesso per documentare la conoscenza di sviluppo dei genitori in contesti di intervento o di rischio sociale. La versione breve è formata da 31 domande che si focalizzano ad esempio sullo sviluppo psico-sociale del bambino e sui comportamenti di sicurezza da tenere, alle quali il soggetto deve rispondere se è “in accordo”, “in disaccordo”, oppure “incerto”;
- il *Parenting Stress Index – short form (PSI-sf)* è uno strumento per l'individuazione del livello di stress genitoriale, che potrebbe essere un fattore di rischio per i disturbi emotivi e per lo sviluppo nei bambini.

La relazione madre-bambino:

- l'*Home Observation Measurement of Environment (HOME)*, è una scala americana che valuta il contesto sociale ed ambientale nel quale vive il bambino. La scala necessita della presenza di

almeno uno dei genitori. Sono quattro i temi principali che vengono affrontati: le uscite e le visite a domicilio, la disponibilità dei giocattoli e le loro caratteristiche, l'organizzazione della famiglia e l'istruzione;

- le scale della *Disponibilità emotiva diadica (EAS)*, è un metodo per valutare le interazioni diadiche tra un caregiver e un bambino. Consistono di quattro dimensioni di disponibilità emotiva del caregiver verso il bambino (Sensibilità, Strutturazione, non-Invadenza, non-Ostilità) e due del bambino verso il caregiver (la Ricettività agli stimoli del caregiver e il Coinvolgimento del caregiver da parte del bambino);
- *l'Attachment Q-Sort (AQS)* serve per descrivere la relazione di attaccamento tra il bambino e il genitore ed è utilizzabile dai 12 mesi ai 5 anni di vita del bambino. E' formato da un centinaio di item, definiti in base alla teoria di Bowlby.

Lo sviluppo psico-affettivo del bambino viene invece valutato attraverso:

- il *Child Behaviour Checklist 1½ 5 (CBCL ½ 5)* è uno strumento per la misurazione della psicopatologia infantile comunemente utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica. Fornisce una descrizione standardizzata dei problemi emotivi e/o comportamentali nei bambini di età compresa tra 1 ½ e i 5 anni;
- le *Griffiths Mental Development Scales - Revised (GMDS - R)* misurano aspetti dello sviluppo significativi per l'intelligenza o indicativi della crescita mentale in neonati e bambini dalla nascita agli 8 anni, permettendo diagnosi certe e sufficientemente rapide per distinguere gruppi diversi di bambini. Sono costituite da due set di scale, ciascuna per una fascia d'età differente: 0-2 anni e 2-8 anni. La scala utilizzata nel progetto *Scommettiamo sui giovani* è quella che va da 0 a 2 anni, e comprende le seguenti scale: Locomotoria: 54 item; Personale-sociale: 58 item; Udito e linguaggio: 56 item; Coordinazione occhio-mano: 54 item; Performance: 54 item.

Le psicologhe effettuano tale valutazione psicologica (della madre, del bambino e della coppia) a domicilio, all'inizio dell'intervento (in gravidanza), alla nascita e poi a 3, 6, 12, 18 e 24 mesi di vita del bambino. In Appendice A lo schema dei periodi di somministrazione per ogni strumento.

4.3 Il Manuale di intervento

Il Laboratorio di Osservazione, Diagnosi e Formazione ha organizzato, a partire da dicembre 2009 e fino a marzo 2010, un corso di formazione dal titolo "Interventi domiciliari di supporto alla genitorialità dalla gravidanza alla prima infanzia" rivolto ad ostetriche, educatori e psicologi. L'obiettivo di questo corso è stato quello di garantire una modalità di lavoro condivisa tra tutti gli operatori del

progetto, cercando di fornire sia le conoscenze teoriche-psicologiche necessarie ad intervenire in situazioni di rischio psico-sociale, sia la possibilità di simulare e gestire vere e proprie visite domiciliari attraverso laboratori e lavori di gruppo.

Oltre al corso di formazione, un team di psicologhe del Laboratorio di Osservazione Diagnosi e Formazione si è occupato della stesura del *Manuale di intervento di Scommettiamo sui giovani* edito dalla Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, collana Infosalute (Venuti, De Falco, Emer, Martini, Pruner, 2011) (il manuale è scaricabile online all'indirizzo internet: <http://www.odflab.unitn.it/link/news-eventi.html>). Lo scopo di questo Manuale è quello da un lato di rendere l'intervento di Scommettiamo sui giovani quanto più possibile uniforme e realizzabile in futuro anche da altri operatori adeguatamente formati, e dall'altro di fornire una cornice di riferimento entro la quale ogni professionista mette in pratica le proprie specifiche competenze. Il Manuale è suddiviso in 10 periodi, dalla gravidanza fino ai 24 mesi di vita del bambino e per ogni periodo sono stati individuati obiettivi generali da raggiungere nel corso delle visite domiciliari. Ogni parte prevede sia gli aspetti pratici, con la descrizione delle modalità consigliate per rivolgersi alle madri, sia quelli teorico/tecnici che riguardano quattro ambiti: l'aspetto psicologico e la relazione madre-bambino; la cura del bambino; la salute della madre; ulteriori aspetti (come la relazione con il papà, con i nonni...).

Tutti gli operatori del progetto, comprese le psicologhe, sono inoltre supervisionati una volta ogni quindici giorni da una psicologa-psicoterapeuta, in modo tale da adattare di volta in volta l'intervento alle situazioni particolari che si presentano.

4.4 Le Schede valutative

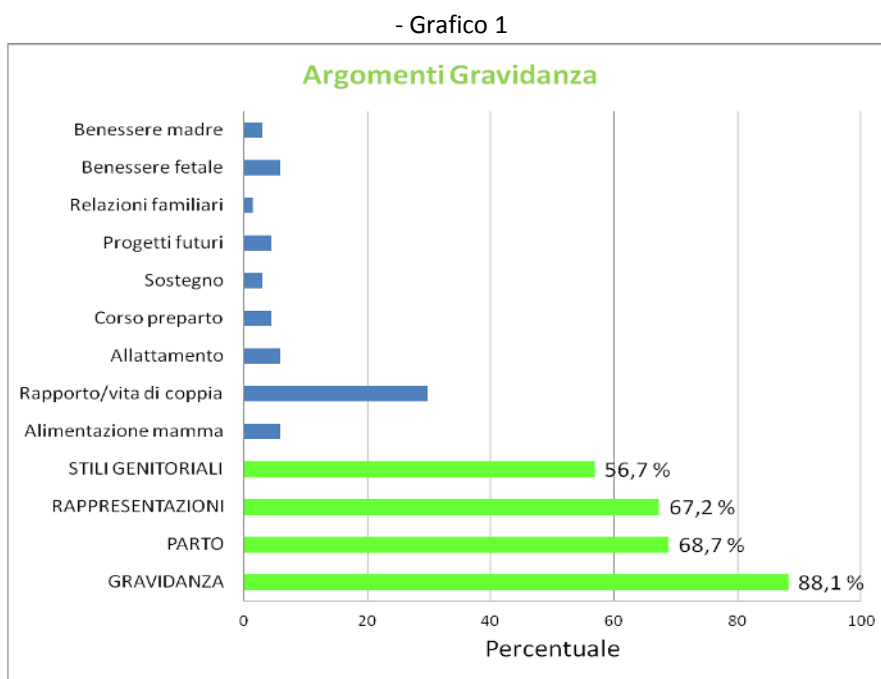
Collegate al Manuale di Intervento sono le Schede valutative (vedi APPENDICE B), che il visitatore domiciliare deve compilare alla fine di ogni visita. Sono diverse a seconda dei periodi dello sviluppo del bambino, ma in generale indagano la modalità con la quale si è preso appuntamento per la visita, il luogo in cui è avvenuta, alla presenza di quali persone, lo stato d'animo del visitatore domiciliare, la durata dell'incontro, il tipo di supporto che riceve la madre, gli argomenti trattati e le impressioni personali. L'analisi di queste schede permette di monitorare i principi teorici usati dagli operatori, di confrontare le modalità di lavoro delle ostetriche e delle educatrici, di avere una certa consapevolezza di ciò che avviene durante le visite e quali sono gli argomenti di maggior interesse per le madri a rischio.

L'analisi dell'efficacia delle visite domiciliari, attraverso lo studio delle Schede valutative, avviene grazie alla collaborazione con l'Hopital Maison Blanche di Parigi (Francia) e il progetto *CAPEDP*

(*Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience*) coordinato dal prof. Guedeney (Guedeney, Tubach, Greacen, Saías, Dugravier, et al., 2011). L'applicazione di una scala (*Échelle d'interaction*, CAPEDP group, 2011) volta ad indagare la qualità della relazione visitatore domiciliare-madre, ha rilevato risultati incoraggianti sull'efficacia delle visite domiciliari, pubblicati sulla rivista scientifica internazionale PLoS ONE (Saías, Lerner, Emer, et al., 2012). La compilazione di queste schede anche da parte degli operatori italiani, avrà l'obiettivo futuro di paragonare, con gli opportuni accorgimenti, l'efficacia dell'intervento francese con quello italiano di Scommettiamo sui giovani, in modo tale da ampliare i confronti anche a livello internazionale.

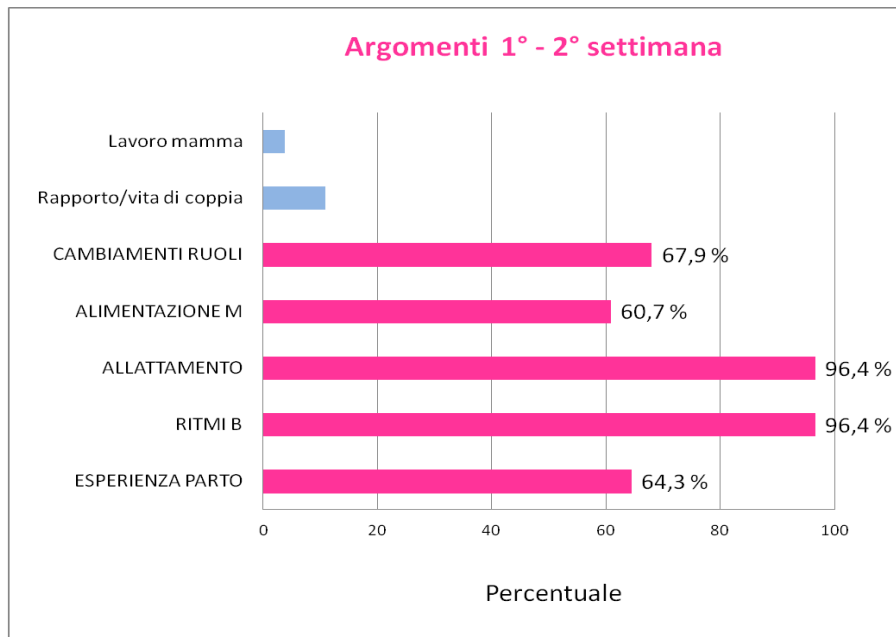
Per ora, abbiamo approfondito quali sono gli argomenti di maggior interesse per una madre durante la gravidanza e i primi due anni di vita del bambino, in modo tale da permettere ai diversi servizi territoriali del Trentino di essere maggiormente efficaci nel rivolgersi alle madri a rischio e non.

In gravidanza, gli argomenti di maggior interesse sono: la gravidanza, il parto, le rappresentazioni materne e gli stili genitoriali (grafico 1).



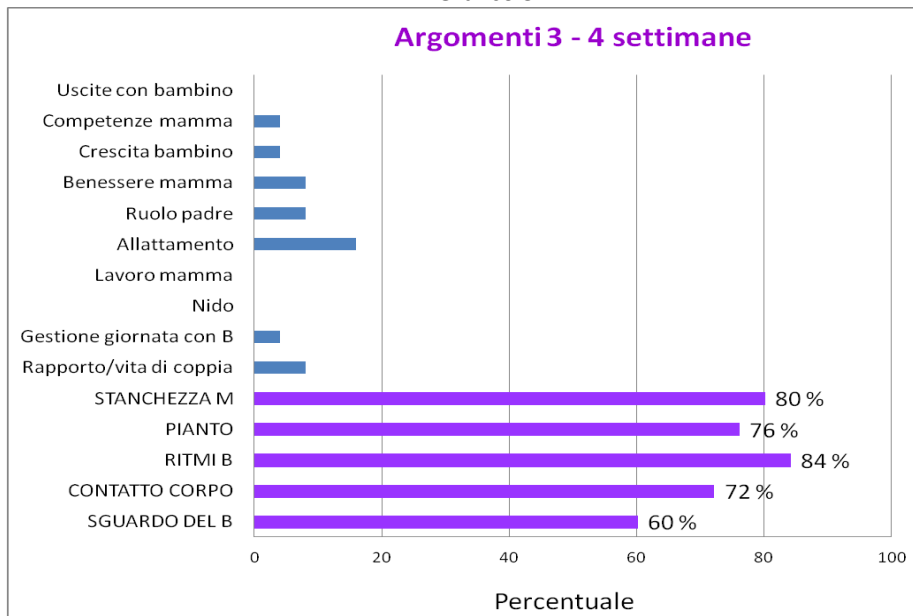
Durante la prima-seconda settimana di vita del bambino si parla dei ritmi del piccolo e dell'allattamento, del cambiamento dei ruoli familiari, dell'esperienza del parto e dell'alimentazione che deve seguire la madre (grafico 2).

- Grafico 2

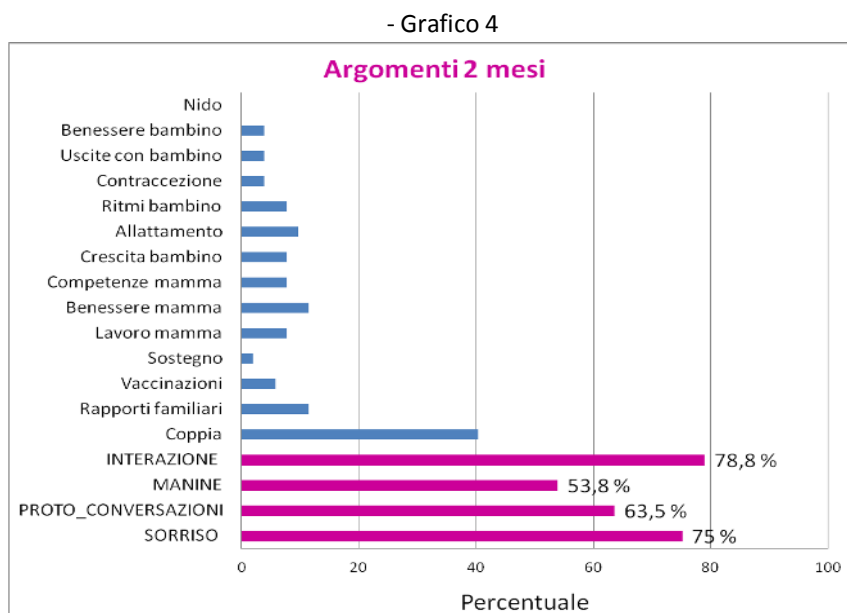


A tre-quattro settimane le mamme parlano ancora dei ritmi del bambino, della stanchezza che le pervade, del pianto del piccolo, del contatto corporeo e dei primi sguardi d'interazione (grafico 3).

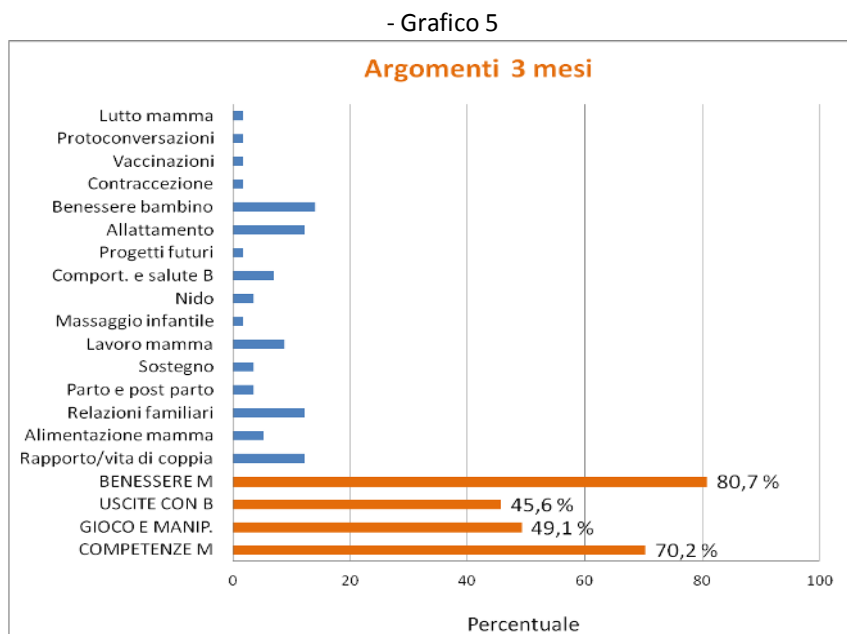
- Grafico 3



A due mesi l'interesse si sposta sulle modalità d'interazione madre-bambino, sui primi sorrisi, sulle proto conversazioni e sulla scoperta delle manine (grafico 4).

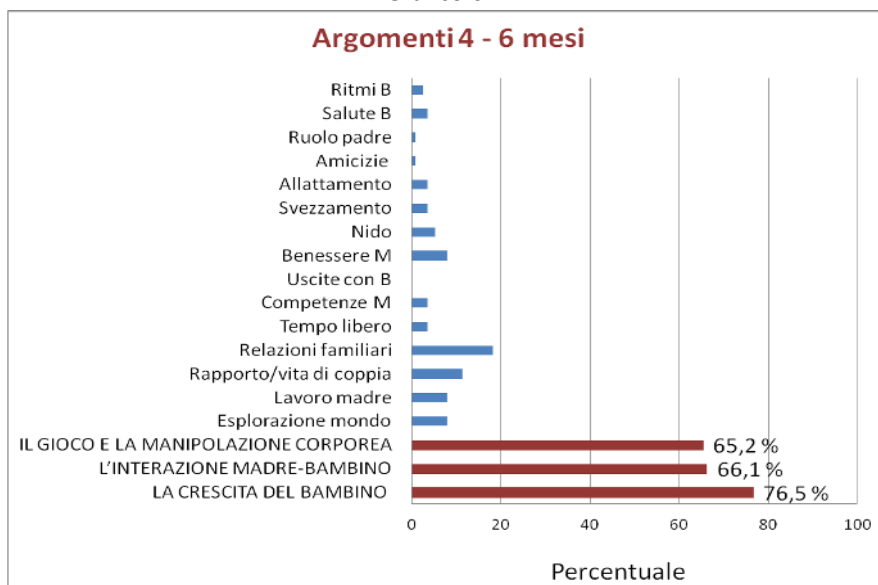


A tre mesi comincia a comparire anche il benessere delle madri, le sue competenze, il gioco e la manipolazione e le prime uscite con il piccolo (grafico 5).



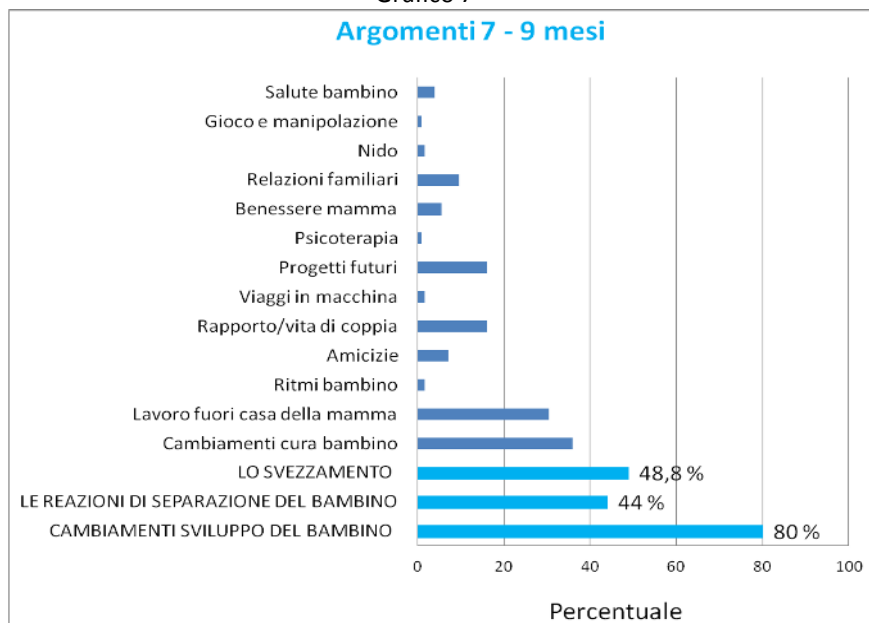
Tra i quattro e i sei mesi si parla della crescita del piccolo, dell'interazione madre-bambino, del gioco e della manipolazione corporea (grafico 6).

- Grafico 6

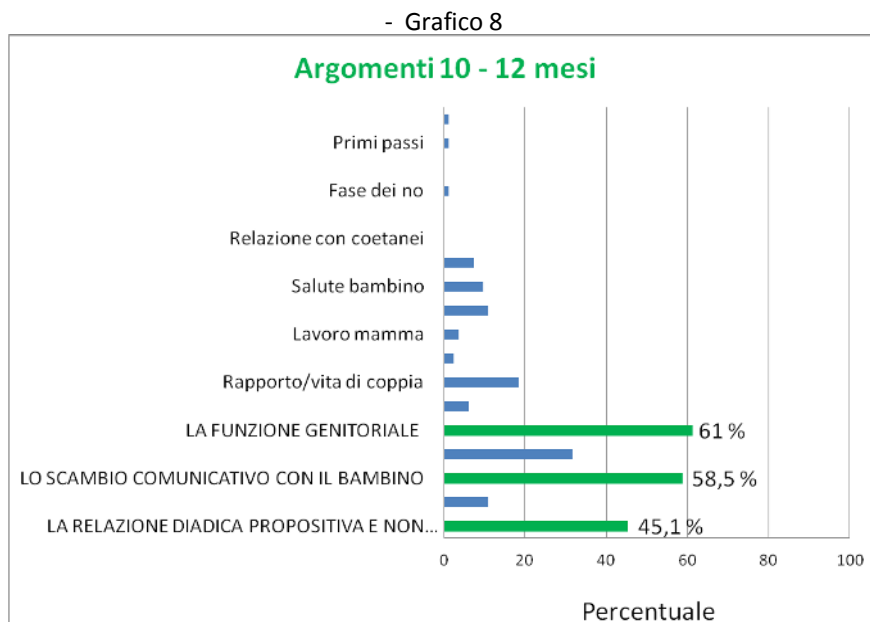


A sette-nove mesi ci si concentra sui cambiamenti nello sviluppo del bambino, sullo svezzamento e sulle reazioni di separazione dal bambino (grafico 7).

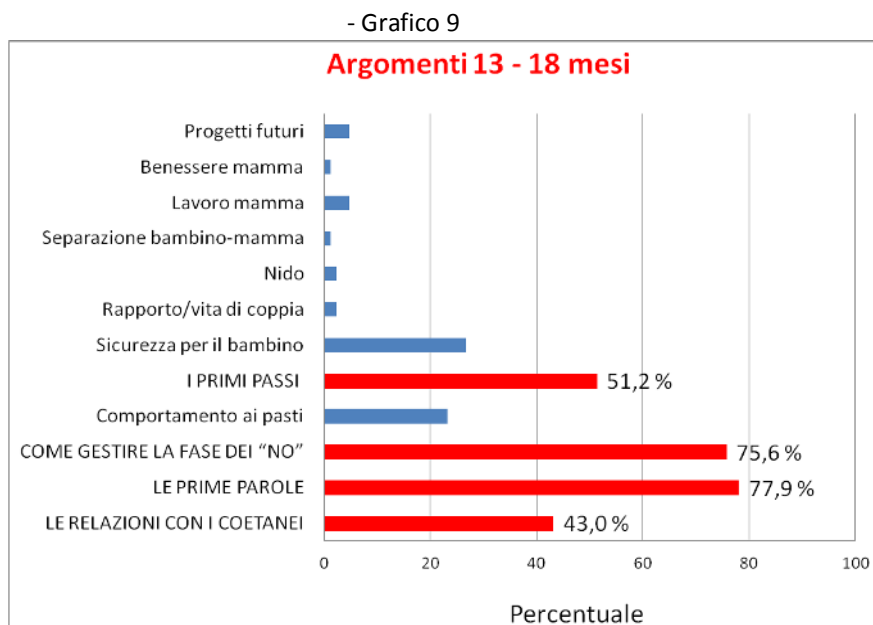
- Grafico 7



Tra i dieci e i dodici mesi gli argomenti di maggior interesse sono la funzione genitoriale, lo scambio comunicativo con il bambino e la relazione diadica propositiva e non intrusiva (grafico 8).

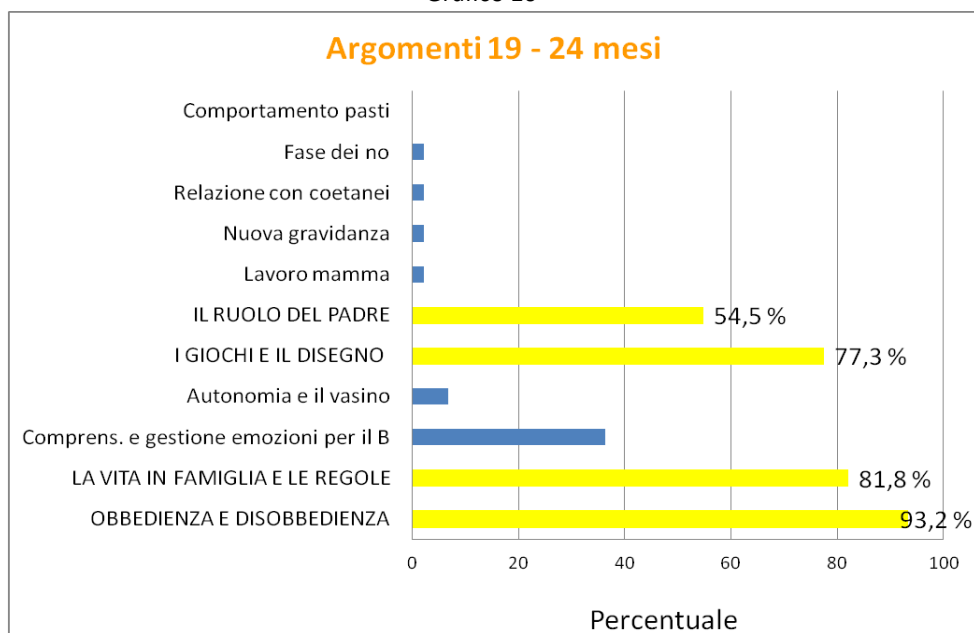


Tra i tredici e i diciotto mesi le madri si interessano alle prime parole del piccolo, della gestione della fase dei no, dei primi passi e delle relazioni con i coetanei (grafico 9).



Infine, tra i diciannove e i ventiquattro mesi si parla dell'obbedienza e della disobbedienza, delle regole e della vita familiare, dei giochi e del disegno e per la prima volta compare il ruolo del padre (grafico 10).

- Grafico 10



Questa indagine preliminare sugli argomenti di maggior interesse per le madri costituisce un'importante fonte di informazioni indispensabile per organizzare al meglio tutte quelle attività pre e post parto proposte dai servizi territoriali, in modo tale da ipotizzare una partecipazione attiva da parte delle madri coinvolte.

Articolo 1: Le madri a rischio e il quoziente di sviluppo dei bambini

Introduzione

L'insieme delle teorie sullo sviluppo infantile riconosce che l'ambiente familiare e la relazione genitore-bambino sono determinanti fondamentali per un sano sviluppo psichico del bambino (Greenspan, 1997; Stern, 1985), con effetti positivi nel breve, nel medio e nel lungo termine (Jacobsen, Edelstein, Hoffman, 1994). Gli studi si sono concentrati principalmente sulla mamma quale figura privilegiata per lo sviluppo affettivo e cognitivo del bambino, in grado di fornirgli quella cornice relazionale entro cui poter crescere (Bornstein, 2011). Alcune condizioni psicosociali possono incidere negativamente sul funzionamento materno, limitare la messa in atto di cure sensibili e adeguate, favorire difficoltà di interazione madre-bambino ed ostacolare la formazione di un legame di attaccamento sicuro. In letteratura l'espressione "fattori di rischio" connessi alla genitorialità indica tutte quelle condizioni in cui le componenti fondamentali della funzione genitoriale – nello specifico di cura e protezione dei figli – sono disturbate e influiscono negativamente sulla qualità della relazione genitore-bambino, producendo potenziali conseguenze negative sul processo di crescita di quest'ultimo (Riva Crugnola, 2012; Candelori e Mancone, 2001). I fattori di rischio che potrebbero influenzare la qualità genitoriale nell'interazione e nello sviluppo del bambino sono molteplici e interagiscono tra loro in modo complesso: un singolo fattore può aumentare il rischio di diversi aspetti dello sviluppo del bambino, mentre in altre condizioni diversi fattori potrebbero aumentare il rischio di uno specifico ambito della crescita del piccolo (Ammaniti, Nicolais e Speranza, 2002). In letteratura sono indicati differenti fattori di rischio connessi alla maternità e alla genitorialità in generale, che aumentano la probabilità di esiti di sviluppo negativo per i figli: ad esempio madri con un livello socio-economico (SES) o di istruzione basso, madri che presentano elementi di fragilità psichica, madri adolescenti, oppure che crescono il loro bambino senza l'aiuto di un partner possono avere difficoltà nel delicato compito di essere genitore, aumentando così la probabilità che i loro bambini sviluppino un certo grado di disagio (Cederna, et al. 2012; Mayes, Fonagy, Target, 2007; Bornstein, 2003; Candelori e Mancone, 2001; Kelly e Barnard, 2000; Oyserman et al., 2000; Tronick e Field, 1986).

Lo scopo generale del presente studio è quello di verificare se i singoli o l'insieme dei fattori di rischio della maternità influenzano lo sviluppo delle competenze globali e specifiche del bambino, concentrandoci sui possibili effetti durante il primo anno di vita del bambino.

Il livello socio-economico e lo sviluppo del bambino

Molti studi hanno dimostrato che a tutte le età il livello socio-economico (SES) è fondamentale per la salute fisica, il benessere psicologico e il raggiungimento di obiettivi a livello sociale e culturale (Ensminger e Fothergill, 2003). I bambini appartenenti a famiglie con basso livello socio-economico mancano delle esperienze e delle risorse cui hanno accesso i bambini dei livelli più alti, costituendo quindi un fattore di rischio per il loro sviluppo (Yoshikawa, 2012). La relazione tra basso livello socio-economico e qualità del parenting è attribuibile, almeno in parte, all'alto livello di stress psicosociale cui i genitori sono sottoposti (Seow, 2012; Bradley e Corwyn, 2002). Essi infatti sperimentano più di frequente eventi di vita negativi e incontrollabili e sono più esposti a condizioni ambientali avverse. Le difficoltà economiche sono associate ad un aumento dei sintomi depressivi e ansiosi, a problemi sociali e ad un alto grado di conflitti coniugali: tutti fattori che influiscono sull'adattamento del bambino (Parke et al., 2004; Leinonen et al., 2002). La povertà e il basso livello educativo dei genitori sono associati, nel figlio, ad una compromissione delle abilità verbali, a più bassi livelli di QI, ad un generale rallentamento nell'acquisizione di una certa flessibilità cognitiva e, nel tempo, a scarso successo scolastico (Clearfield e Niman, 2012; Gottfried et al., 2003; Bradley e Corwyn, 2002). I meccanismi principali, responsabili della relazione livello socio-economico e sviluppo cognitivo, sono la maggior incidenza di problemi di salute (come la prematurità) e la scarsità di stimolazioni cognitive e verbali che questi bambini ricevono nell'ambiente familiare. Recenti ricerche, hanno inoltre rilevato una significativa differenza nel volume di alcune aree cerebrali (amigdala e ippocampo) deputate al linguaggio, alla memoria, ai processi socio-emozionali e al controllo cognitivo in bambini appartenenti a famiglie con diverso livello socio-economico (Noble, 2012).

La fragilità psicologica e lo sviluppo del bambino

Il campo di ricerche riguardanti la relazione tra la fragilità psicologica genitoriale e lo sviluppo del bambino ha dimostrato che la psicopatologia dei genitori influisce sullo sviluppo e sui comportamenti del piccolo (Burstein, Stanger, Dumenci, 2012), manifestandosi spesso in età adolescenziale con comportamenti antisociali (Shaw et al., 2012). La prevalenza degli studi si è concentrata sulla sintomatologia depressiva, caratterizzata da sentimenti di auto svalutazione, umore depresso, diminuzione dell'interesse e il basso coinvolgimento per le attività quotidiane, che rappresenta un fattore di rischio per l'assunzione del ruolo genitoriale e il formarsi della relazione madre-bambino (Candelori e Mancone, 2001). La depressione è un disturbo particolarmente frequente tra le donne appartenenti a famiglie con status socioeconomico molto basso (Almeida et al., 2012) ed è spesso associata ad altre variabili quali vivere senza un partner, affrontare situazioni stressanti e avere scarse conoscenze sullo sviluppo dei figli (Sperlich et al., 2011; Elgar, McGrath,

Waschbusch, Stewart, Curtis, 2004; Petterson e Albers, 2001). I neonati le cui madri soffrono di depressione durante la gravidanza mostrano, rispetto agli altri bambini, minore capacità di orientarsi sugli stimoli, maggiore quantità di riflessi anomali e di segnali di stress, livelli più alti di cortisolo e norepinefrina e più bassi di dopamina (Grussu e Quatraro, 2006). Già dal periodo neonatale molti bambini presentano un temperamento difficile, caratterizzato da scarsa responsività agli stimoli sociali, irritabilità, emozionalità negativa e ipersensibilità (Cummings e Davies, 1994). Durante l'infanzia e l'età scolare i bambini ricevono punteggi più bassi alle misure dello sviluppo intellettuale e motorio, reagiscono in modo più negativo allo stress, sviluppano in ritardo strategie di autoregolazione, mostrano minori competenze sociali, bassi livelli di autostima, maggiore incidenza di disturbi comportamentali e difficoltà scolastiche (Elgar et al., 2004). L'analisi della letteratura rivela quindi la presenza di una stretta relazione tra la depressione materna e lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino.

Le madri adolescenti e lo sviluppo del bambino

Il fenomeno della gravidanza e della maternità in età adolescenziale ha raccolto crescente attenzione negli ultimi decenni, poiché è un evento che può influire negativamente sull'adattamento sociale sia della giovane donna che del suo bambino. In letteratura si è osservato che la maternità in adolescenza è associata frequentemente ad un contesto socio-ambientale a rischio, le cui caratteristiche devono essere considerate per comprendere pienamente il fenomeno (Svoboda, 2012). La giovane età della madre costituisce infatti raramente un unico fattore di rischio, risultando generalmente correlata ad altri fattori come la fragilità psicologica, il basso livello socio-economico, lo scarso supporto sociale, la bassa autostima e la scarsa percezione di autoefficacia (Lee, 2009; Romo e Nadeem, 2007; Moore e Brooks-Gunn, 2002). Rispetto alle coetanee e alle madri adulte, tra le madri adolescenti è infatti più alta l'incidenza della depressione (Wang et al., 2011; Meadows-Oliver e Sadler, 2010; Miller, 1998), dell'ideazione suicidaria e della messa in atto di comportamenti a rischio come il consumo di alcol e di sostanze (Hodgkinson et al., 2010). Tutti questi fattori di rischio si ripercuotono sullo sviluppo del bambino ed in particolare sul suo funzionamento cognitivo e linguistico, determinando un rallentamento del quoziente intellettuale e delle abilità di comprensione e produzione linguistica (Rafferty et al., 2011; Keown et al., 2001).

Le madri single e lo sviluppo del bambino

Di fronte alla crescita del numero di famiglie formate da un singolo genitore, che a partire dagli anni Sessanta ha interessato in modo significativo diversi Paesi del mondo, è emersa nella Comunità scientifica la preoccupazione relativa al benessere di tali famiglie e dei loro figli (Weinraub

et al, 2002). Il fenomeno riguarda soprattutto le donne, ed esse sono generalmente più povere, con un più basso livello educativo e più giovani rispetto alle madri che vivono con il partner (Ricciuti, 2004). Le madri single vanno incontro a situazioni maggiormente stressanti rispetto a quelle che crescono il figlio con l'aiuto di un partner e hanno maggiori probabilità di soffrire di problemi di salute fisica e mentale (Broussard et al., 2012). Tutte queste variabili incidono sulla crescita e sullo sviluppo del bambino. Gli studi che hanno indagato i processi di sviluppo dei bambini che vivono con un solo genitore rivelano che nei figli delle madri sole è più alta l'occorrenza di difficoltà d'adattamento psicologico ed emotivo, disturbi comportamentali, bassa competenza sociale, disturbi d'ansia, scarso successo scolastico e delinquenza (Shaw et al., 2012; Scharte and Bolte, 2011; Fergusson et al., 2007; Tremblay et al., 2004; Arseneault et al., 2002; Weinraub et al., 2002).

Il numero dei fattori di rischio e lo sviluppo del bambino

Nonostante gli studi tradizionali sullo sviluppo infantile abbiano utilizzato modelli lineari che ipotizzavano una singola causa come determinante un singolo effetto, a partire dagli studi longitudinali condotti da Sameroff (Sameroff et al., 1987) e da Greenberg (Greenberg, Speltz, et al., 1993), numerose ricerche hanno messo in luce che sono il numero e la combinazione dei fattori di rischio, piuttosto che la loro specifica natura, a rendere conto dei diversi esiti evolutivi (MacKenzie et al., 2011). Differenti fattori possono singolarmente incidere in modo negativo sui processi di sviluppo dei bambini, ma l'impatto è particolarmente dannoso quando più fattori agiscono contemporaneamente sullo stesso individuo (Sameroff, 1998). Per esempio, il figlio di una madre con problemi emotivi e un basso livello educativo e senza un sostegno sociale, è molto più a rischio di andare incontro a problemi di sviluppo rispetto al figlio di una donna che presenta uno solo di questi fattori.

Ipotesi

Di seguito vengono descritte le ipotesi di ricerca del nostro studio:

- **Hp 1:** facendo riferimento ai dati presenti in letteratura, ipotizziamo che i singoli fattori di rischio – fragilità sociale (Clearfield e Niman, 2012; Yoshikawa, 2012; Gottfried et al., 2003; Bradley e Corwyn, 2002), fragilità psicologica (Burstein et al., 2012; Grussu e Quatraro, 2006; Elgar et al., 2004), giovane età (Rafferty et al., 2011; Keown et al., 2001), monoparentalità (Shaw et al., 2012; Scharte and Bolte, 2011; Fergusson et al., 2007; Tremblay et al., 2004; Arseneault et al., 2002; Weinraub et al., 2002) – abbiano degli effetti sullo sviluppo del bambino.

- **Hp 2:** ipotizziamo, come riscontrato in letteratura (MacKenzie et al., 2011), che siano il numero e la combinazione dei fattori di rischio delle madri a rendere conto dei diversi esiti evolutivi dei bambini e che quindi, in presenza di più fattori di rischio delle madri, i figli riportino un minore quoziente di sviluppo (generale e delle singole sotto-scale) nel tempo.
- **Hp 3:** ipotizziamo che esista un fattore di rischio che più degli altri influenza lo sviluppo del bambino

Campione

Hanno partecipato alla ricerca 48 diadi madre bambino, facenti parte del progetto di ricerca-intervento *Scommettiamo sui giovani*¹. Si tratta di donne alla loro prima esperienza come madri (primipare), reclutate al 7° mese di gravidanza e seguite longitudinalmente fino al 24esimo mese del bambino. Sono tutte madri che rientrano in alcuni criteri definiti dalla letteratura a rischio. Nello specifico: 15 donne presentano elementi di fragilità sociale (31,3%), 33 fragilità psicologica (68,8%), 19 hanno meno di 22 anni (39,6%) e 14 crescono il loro figlio senza l'aiuto di un partner (single) (29,17%).

Per quanto riguarda la numerosità dei fattori di rischio, il 50% delle madri (24 soggetti) ha più di un fattore di rischio: 16 donne hanno due fattori di rischio (66,7%), 7 tre fattori di rischio (29,2%) e 1 quattro fattori di rischio (4,2%).

Tenendo in considerazione la coppia dei fattori di rischio, si può osservare che: 10 madri (20,8%) hanno un'età inferiore o uguale a 22 anni e fragilità psicologica; 9 (18,8%) hanno sia fragilità psicologica che sociale; 8 (16,7%) sono single e psicologicamente fragili; 7 (14,6%) sono single e hanno meno di 22 anni; 5 (10,4%) sono single con fragilità sociale; 4 (8,3%) sono socialmente fragili e hanno un'età inferiore o uguale ai 22 anni.

L'età media delle madri, al momento del reclutamento, è pari a 27,75 anni (ds=6,89).

Procedura

I soggetti della ricerca sono stati reclutati, a partire da marzo 2010 e fino a settembre 2012, dalle figure professionali dei Consultori e dei Servizi Territoriali presenti in 3 distretti del Trentino. I fattori di rischio a cui le figure professionali dovevano attenersi per il reclutamento erano: donne alla loro prima esperienza come madri (primipare) e avere almeno uno dei seguenti criteri: avere

¹ *Scommettiamo sui giovani* è un progetto di ricerca-intervento longitudinale, della durata di 27 mesi per ciascuna coppia madre-bambino, che mira ad intervenire sul disagio infantile attraverso un programma di prevenzione psico-sociale basato su visite domiciliari precoci per il supporto alla genitorialità ed è realizzato grazie alla collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e il Laboratorio di Osservazione, Diagnosi e Formazione dell'Università degli Studi di Trento. Tale progetto è iniziato nel 2010 in due distretti del territorio trentino.

elementi di fragilità sociale, avere caratteristiche riconducibili alla fragilità psicologica, avere meno di 22 anni di età (madri adolescenti), crescere il bambino senza l'aiuto di un partner (madri single). La fragilità sociale, nel nostro campione di soggetti, include le madri straniere e/o che hanno al massimo la licenza della scuola dell'obbligo e/o che formano un nucleo familiare con una soglia di povertà assoluta inferiore o uguale a 13.306,12 euro l'anno (Istat, 2013; Istat, 2012; Istat, 2011). Il criterio della fragilità psicologica si riferisce a quelle madri aventi un punteggio General Stress Index (GSI) >1 alla Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) e/o un indice >9 alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e/o mamme seguite da uno/a psicoterapeuta, psichiatra.

La somministrazione degli strumenti necessari per indagare la fragilità psicologica e il benessere delle madri e lo sviluppo del bambino, è avvenuta ad opera di due psicologhe, che in periodi sensibili della gravidanza e dello sviluppo del bambino hanno effettuato la valutazione a domicilio. Nello specifico, nel presente studio ci si è concentrati sul Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) e sull'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) per l'indagine del benessere materno ; sul Social Support Questionnaire - Short Form (SSQSR) per valutare il livello di soddisfazione riferito al supporto sociale e sulle Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) per l'analisi del quoziente di sviluppo del bambino.

Nella tabella 1 vengono riportati i tempi di somministrazione degli strumenti.

- Tabella 1

| Tempo | Strumento/i |
|------------------------|-------------------------|
| T0 – Gravidanza | EPDS, SCL-90-R |
| T1 - 1 mese | GMDS-R |
| T2 - 3 mesi | GMDS-R, EPDS |
| T3 - 6 mesi | GMDS-R, SCL-90-R, SSQSR |
| T4 - 12 mesi | GMDS-R |
| T5 - 18 mesi | GMDS-R, SCL-90-R |
| T6 - 24 mesi | GMDS-R |

Strumenti

L'SCL-90-R (Derogatis, 1994) è un questionario di auto-somministrazione che valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico, sia internalizzanti (quali ansia, depressione, somatizzazione) che esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività). Si tratta di uno strumento utile sia per rilevare sintomi psicopatologici specifici sia per effettuare una valutazione globale dello stato psicologico della persona, nella popolazione generale, ma anche in soggetti clinici

(pazienti psichiatrici o di medicina generale). Per la nostra ricerca è stato utilizzato il cut-off Global Severity Index (GSI) >1 per discriminare le madri aventi elementi di fragilità psicologica, seguendo le norme del manuale di somministrazione. Il GSI misura il numero di sintomi e l'intensità del disagio percepito.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; versione italiana di Benvenuti et al., 1999) è un questionario di autovalutazione utilizzato per lo *screening* precoce di alcuni sintomi tipici che caratterizzano la depressione, quali umore depresso, mancanza di interesse, senso di colpa, ansietà e paura di farsi del male. Nel presente studio viene utilizzato un punteggio >9 per poter individuare le madri aventi elementi di fragilità psicologica (Benvenuti et al., 1999).

Il Social Support Questionnaire – Short Form (SSQSR) (Sarason et al., 1987) è un questionario self-report costituito da 6 item, progettato per misurare la percezione del sostegno sociale e la soddisfazione derivante da tale sostegno.

Le Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) (Griffiths, 1996; Battaglia e Savoini, 2007) sono state somministrate per misurare gli aspetti dello sviluppo dei bambini, significativi per l'intelligenza e per la crescita mentale.

Analisi statistiche

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software di statistica SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 19.0), valutando inizialmente l'andamento della distribuzione dei dati attraverso il test di Shapiro-Wilk. Nel caso di 2 campioni indipendenti, si sono utilizzati il test T di Student per le distribuzioni con andamento normale e il test U di Mann-Whitney per quelle con andamento non parametrico. Nel caso invece di più campioni indipendenti, si sono utilizzati l'ANOVA per le distribuzioni con andamento normale e il test di Kruskal-Wallis per le distribuzioni con andamento non parametrico.

Mediante il software di statistica R sono stati elaborati gli alberi di regressione.

Statistiche descrittive

Per quanto concerne le statistiche descrittive, in APPENDICE A, tabella 1 sono riportati i dati riassuntivi.

Risultati

Hp 1: i singoli fattori di rischio influenzano lo sviluppo del bambino

Dall'analisi dei dati sono emerse differenze tra le medie statisticamente significative per i singoli fattori di rischio, riassunte nella tabella 2.

Nello specifico:

fragilità sociale

A 6 mesi la media dell'area coordinazione occhio-mano (sottoscala D) dei bambini di madri con fragilità sociale (M=85,47; ds=11,86) è significativamente inferiore (U=133; z=-1,99; p-value=0,047) rispetto alla media dei bambini di madri senza fragilità sociale (M=92,61; ds=15,42);

fragilità psicologica

A 12 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri psicologicamente fragili (M=92,78; ds=13,34) è significativamente inferiore (U=125,5; z=-2,08; p-value=0,038) rispetto alla media dei bambini di madri senza fragilità psicologica (M=105,46; ds=16,82). Sempre a 12 mesi, anche la media dell'area coordinazione occhio-mano (sottoscala D) dei bambini di madri con fragilità psicologica (M=97,91; ds=14,97) è significativamente inferiore ($t_{(43)}=-2,09$; p-value=0,042) rispetto a quella dei bambini di madri senza fragilità psicologica (M=107,92; ds=13,44);

giovane età

A 12 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri con età ≤ 22 anni (M=102,71; ds=14,91) è significativamente superiore ($t_{(43)}=-2,22$; p-value=0,032) rispetto alla media dei bambini di madri con età ≥ 22 anni (M=92,64; ds=14,62);

madri single

A 12 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri single (M=103,86; ds=15,4) è significativamente superiore ($t_{(43)}=-2,27$; p-value=0,028) rispetto a quella dei bambini di madri non single (M=93,10; ds=14,37). Anche a 24 mesi permane la stessa differenza nell'area locomotoria: la media dei bambini di madri single (M=130,33; ds=7,89) è significativamente superiore ($t_{(21,02)}=-2,64$; p-value=0,015) rispetto a quella dei bambini di madri non single (M=115,84; ds=19,40).

Hp 2: la numerosità e la combinazione dei fattori di rischio incide sullo sviluppo del bambino

Dalle analisi dei dati effettuate longitudinalmente a 1,3,6,12,18 e 24 mesi, non si riscontrano differenze significative nello sviluppo dei bambini aventi madri con 1, 2, 3 o più fattori di rischio. La

numerosità dei fattori di rischio, nel nostro campione di soggetti, sembra quindi non incidere sullo sviluppo del bambino.

- Tabella 2: i singoli fattori di rischio influenzano lo sviluppo del bambino

| Fattori rischio | T | GMDS | Grup. | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | |
|-----------------|---------|------------------------|-------|----|--------|-------|--------|-------|-------|-------------------|-------|-------|
| | | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. |
| Frag. sociale | 12 mesi | Coord. Occhio-mano (D) | 0 | 28 | 92,61 | 15,42 | | | | 133 | -1,99 | 0,047 |
| | | | 1 | 15 | 85,47 | 11,86 | | | | | | |
| Frag. psichica | 12 mesi | Locom (A) | 0 | 13 | 105,46 | 16,82 | | | | 125,5 | -2,08 | 0,038 |
| | | | 1 | 32 | 92,78 | 13,34 | | | | | | |
| | | Coord. Occhio-mano (D) | 0 | 13 | 107,92 | 13,44 | -2,09 | 43 | 0,042 | | | |
| | | | 1 | 32 | 97,91 | 14,97 | | | | | | |
| Giovane età | 12 mesi | Locom (A) | 0 | 28 | 92,64 | 14,62 | -2,22 | 43 | 0,032 | | | |
| | | | 1 | 17 | 102,71 | 14,91 | | | | | | |
| Single | 12 mesi | Locom (A) | 0 | 31 | 93,1 | 14,37 | -2,27 | 43 | 0,032 | | | |
| | | | 1 | 14 | 103,86 | 15,4 | | | | | | |
| | 24 mesi | Locom (A) | 0 | 19 | 115,84 | 19,4 | -2,64 | 21,02 | 0,015 | | | |
| | | | 1 | 6 | 130,33 | 7,89 | | | | | | |

Per quanto riguarda invece la combinazione dei fattori di rischio, alla luce dei risultati ottenuti nell'ipotesi 1, è possibile constatare che i fattori anagrafici (intesi come età ≤ 22 anni e essere single) hanno diversi effetti sullo sviluppo del bambino rispetto ai fattori psicosociali (intesi come fragilità sociale e psicologica). Infatti, essere giovani madri e crescere il proprio figlio senza l'aiuto di un partner hanno effetti migliori sullo sviluppo del bambino rispetto alla fragilità psicologica e sociale. Per verificare ciò, il nostro campione è stato suddiviso in due sottoinsiemi: gruppo 1 (fattori anagrafici) che comprende le madri che hanno come unico fattore di rischio l'essere single o l'aver un'età inferiore o uguale ai 22 anni e le madri che hanno entrambi questi fattori; gruppo 2 (fattori psicosociali) dove rientrano le madri che hanno come unico fattore di rischio la fragilità sociale o la fragilità psichica e le madri che manifestano entrambi i tipi di fragilità. Dalle analisi effettuate sono emerse alcune differenze statisticamente significative relative ai 12 mesi di vita del bambino. Nello specifico, le medie nell'area locomotoria (A), personale-sociale (B),

della coordinazione occhio-mano (D) e il quoziente generale di sviluppo (QG) sono significativamente superiori nei bambini delle madri anagraficamente svantaggiate, rispetto a quelle dei figli di madri psico-socialmente fragili. I dati sono riassunti nella tabella 3.

- Tabella 3: fattori anagrafici (1) vs. fattori psicosociali (2)

| T | GMDS | Grup. | N | M | DS | T-test | | |
|---------|------------------------------|-------|----|--------|--------|--------|----|-------|
| | | | | | | T | df | Sign. |
| 12 mesi | Locomozione (A) | 1 | 8 | 109,25 | 15,201 | 3,05 | 27 | 0,005 |
| | | 2 | 21 | 91,19 | 13,927 | | | |
| | Personale- sociale (B) | 1 | 8 | 106,63 | 8,348 | 2,42 | 27 | 0,022 |
| | | 2 | 21 | 96,29 | 10,859 | | | |
| | Coordin. occhio- mano (D) | 1 | 8 | 114,00 | 12,536 | 2,53 | 27 | 0,018 |
| | | 2 | 21 | 99,33 | 14,434 | | | |
| | Quoziente Generale (QG) | 1 | 8 | 107,25 | 5,625 | 2,81 | 27 | 0,009 |
| | | 2 | 21 | 95,90 | 10,775 | | | |

Ci siamo quindi concentrati sulle analisi di confronto delle medie delle coppie dei fattori di rischio e sono emersi dati interessanti in riferimento alla coppia età≤22 anni e fragilità psicologica e alla coppia single e fragilità psicologica. I dati sono riassunti nella tabella 4.

- Tabella 4: Combinazione a coppie dei fattori di rischio

| Coppia fattori rischio | T | GMDS | Grup. | N | M | DS | T-test | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|-------|----|--------|-------|--------|----|-------|
| | | | | | | | T | df | Sign. |
| Età e fragilità psicologica | 12 mesi | Locom (A) | 2 | 24 | 92,21 | 13,83 | -3,29 | 30 | 0,003 |
| | | | 1 | 8 | 110,88 | 14,12 | | | |
| | | | 1 | 8 | 110,88 | 14,12 | 2,46 | 14 | 0,028 |
| | | | 3 | 8 | 94,5 | 12,48 | | | |
| Single e fragilità psicologica | 12 mesi | Locom (A) | 2 | 24 | 91,63 | 13,93 | -3,49 | 28 | 0,002 |
| | | | 1 | 6 | 114 | 14,67 | | | |
| | | | 1 | 6 | 114 | 14,67 | 2,54 | 12 | 0,026 |

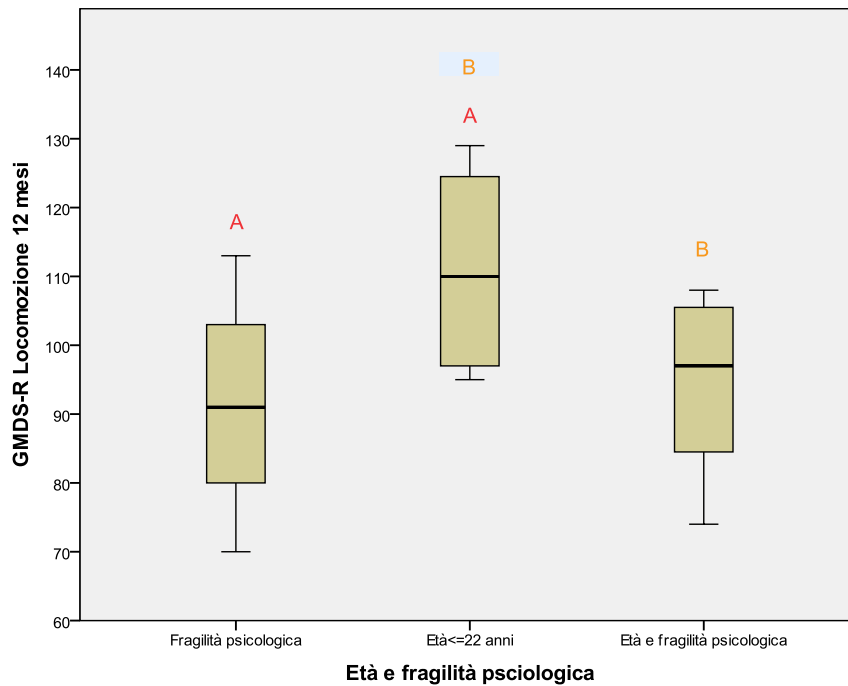
| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|---|----|--------|-------|-------|----|-------|
| | | | 3 | 8 | 96,25 | 11,51 | | | |
| | | Q.generale (QG) | 2 | 24 | 96,92 | 10,46 | -2,74 | 28 | 0,011 |
| | | | 1 | 6 | 109,17 | 5,81 | | | |
| | | | 1 | 6 | 109,17 | 5,81 | 2,66 | 12 | 0,021 |
| | | | 3 | 8 | 95,88 | 11,09 | | | |

Nello specifico:

età ≤ 22 anni e fragilità psicologica

A 12 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri psicologicamente fragili (M=92,21; ds=13,83) è significativamente inferiore ($t_{(30)}=-3,29$; p-value=0,003) rispetto alla media dei bambini di madri di età ≤ 22 anni (M=110,88; ds=14,12). Inoltre, sempre a 12 mesi e in riferimento all'area locomotoria, la media dei bambini di madri di età ≤ 22 anni (M=110,88; ds=14,12) è significativamente superiore ($t_{(14)}=2,46$; p-value=0,028) rispetto a quella dei bambini di madri psicologicamente fragili e di età ≤ 22 anni (M=94,5; ds=12,48) (grafico 1);

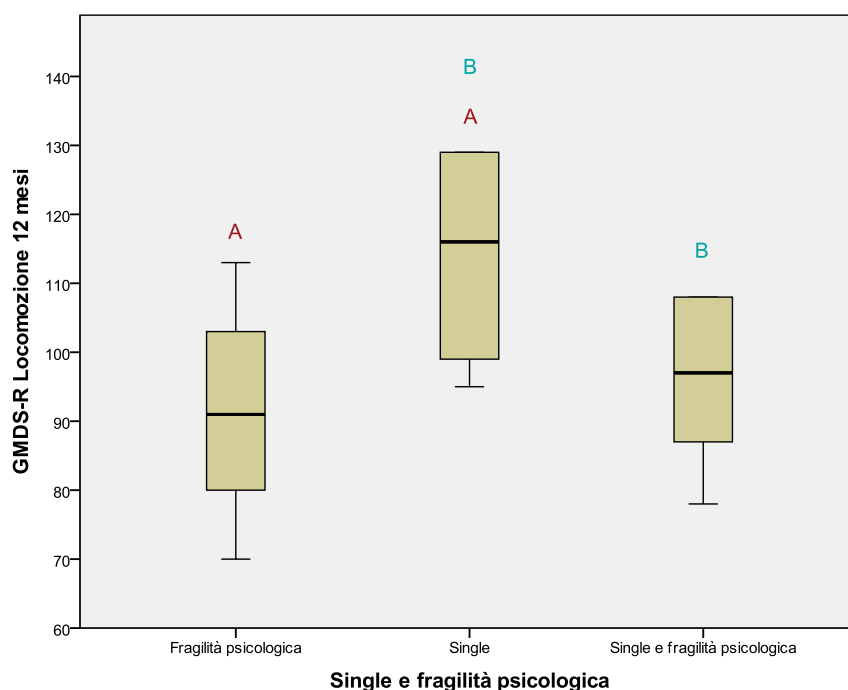
- Grafico 1: Età e fragilità psicologica - scala locomotoria



single e fragilità psicologica

A 12 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri psicologicamente fragili (M=91,63; ds=13,93) è significativamente inferiore ($t_{(28)}=-3,49$; p-value=0,002) rispetto alla media dei bambini delle madri single (M=114; ds=14,67). Inoltre, sempre a 12 mesi e in riferimento all'area locomotoria, la media dei bambini delle madri single (M=114; ds=14,67) è significativamente superiore ($t_{(12)}=2,54$; p-value=0,026) rispetto a quella dei bambini di madri psicologicamente fragili e single (M=96,25; ds=11,51) (grafico 2).

- Grafico 2: Single e fragilità psicologica - scala locomotoria

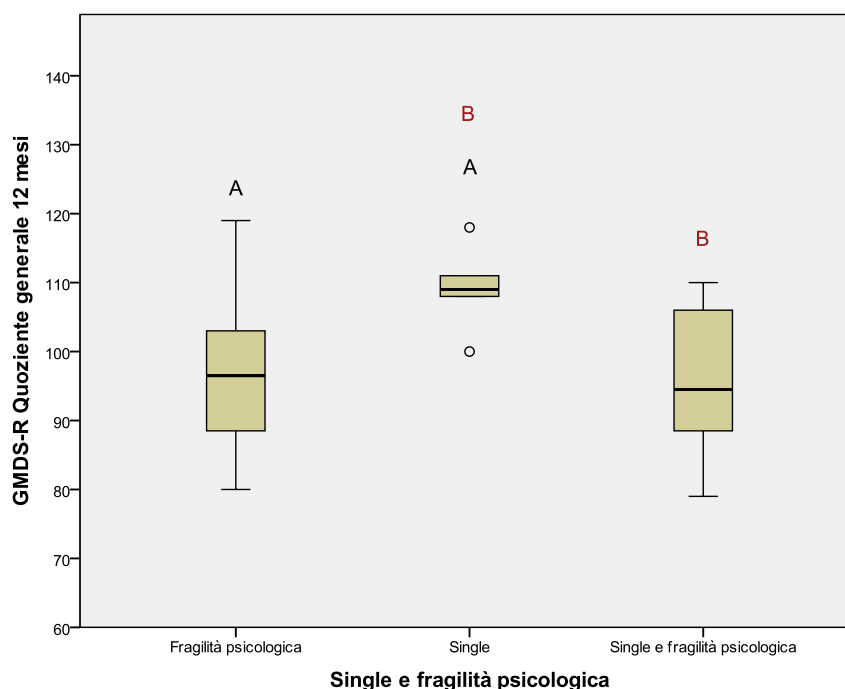


Sempre a 12 mesi, anche la media del quoziente generale di sviluppo (QG) dei bambini di madri psicologicamente fragili (M=96,92; ds=10,46) è significativamente inferiore ($t_{(28)}=-2,74$; p-value=0,011) rispetto alla media dei bambini delle madri single (M=109,17; ds=5,81). Inoltre, sempre a 12 mesi e in riferimento quoziente generale, la media dei bambini delle madri single (M=109,17; ds=5,81) è significativamente superiore ($t_{(12)}=2,66$; p-value=0,021) rispetto a quella dei bambini di madri psicologicamente fragili e single (M=95,88; ds=11,09) (grafico 3).

Hp 3: un fattore di rischio che più degli altri influenza lo sviluppo

Si è verificato se nel sottogruppo di madri che hanno più di un fattore di rischio (2, 3 o più), la presenza di uno specifico fattore comportasse differenze significative nelle medie dei punteggi ottenuti alle scale GMDS-R dai rispettivi figli. A tal proposito sono stati creati, per ogni fattore di rischio, 2 gruppi, etichettati ai fini dell'analisi statistica con "0" e "1". Se consideriamo ad esempio il fattore *fragilità psicologica*, nel gruppo 0 rientrano tutte le mamme che hanno 2 o più fattori di rischio ma che non presentano elementi di fragilità psicologica; al contrario, il gruppo 1 comprende tutte le mamme che hanno 2 o più fattori di rischio tra i quali la presenza di elementi di fragilità psicologica. Da tali analisi sono emerse differenze significative solamente per quanto concerne il fattore di rischio *fragilità psichica*, i cui risultati sono riassunti nella tabella 5.

- Grafico 3: Single e fragilità psicologica – quoziente generale



- Tabella 5: influenza della fragilità psicologica su madri con più di 1 fattore di rischio

| T | GMDS | Grup. | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | |
|--------|------------|-------|----|-------|-------|--------|----|-------|-------------------|-------|-------|
| | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. |
| 3 mesi | Locom. (A) | 0 | 5 | 110,6 | 5,37 | | | | 10 | -2,54 | 0,011 |
| | | 1 | 16 | 95,63 | 11,07 | | | | | | |
| | Ascolt.- | 0 | 5 | 107,6 | 3,98 | | | | 12,5 | -2,32 | 0,021 |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------|---|----|--------|-------|-------|----|-------|------|-------|-------|
| | ling. (C) | 1 | 16 | 99,13 | 7,52 | | | | | | |
| | Q.gen. | 0 | 5 | 102,4 | 3,85 | -2,23 | 19 | 0,038 | | | |
| | (QG) | 1 | 16 | 96 | 5,98 | | | | | | |
| 12 mesi | Locom | 0 | 6 | 116,17 | 12,02 | | | | 9,50 | -2,92 | 0,003 |
| | (A) | 1 | 17 | 94,06 | 12,00 | | | | | | |
| | Q.gen. | 0 | 6 | 106,33 | 9,48 | -2,32 | 21 | 0,030 | | | |
| | (QG) | 1 | 17 | 96,06 | 9,28 | | | | | | |
| 24 mesi | Locom | 0 | 3 | 135,00 | 0,00 | -2,87 | 8 | 0,021 | | | |
| | (A) | 1 | 9 | 119,44 | 16,29 | | | | | | |

Nello specifico:

- a 3 mesi le medie nell'area locomotoria (sottoscala A), dell'ascolto e linguaggio (sottoscala C) e il quoziente di sviluppo generale (QG) dei bambini di madri psicologicamente fragili sono significativamente inferiori rispetto a quelle dei bambini di madri senza fragilità psicologica;

- a 12 mesi le medie nell'area locomotoria (sottoscala A) e il quoziente di sviluppo generale (QG) dei bambini di madri psicologicamente fragili sono significativamente inferiori rispetto a quelle dei bambini di madri senza fragilità psicologica;

- a 24 mesi le medie nell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini di madri psicologicamente fragili sono significativamente inferiori rispetto a quelle dei bambini di madri senza fragilità psicologica.

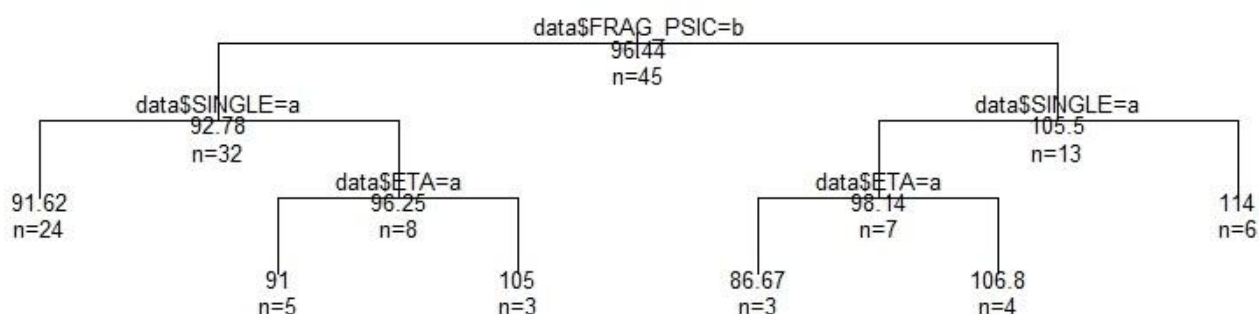
Inoltre, per verificare se esiste un fattore di rischio connesso alla genitorialità maggiormente predittivo dello sviluppo del bambino, sono state calcolate le regressioni multiple (modello di regressione stepwise convenzionale). Il modello applicato spiega una quota significativa di varianza del fenomeno in due aree dello sviluppo del bambino a 12 mesi: la locomozione (A) e la coordinazione occhio-mano (D).

I dati riassunti in APPENDICE B, tabelle 1 (Locomozione) e 2 (Coordinazione occhio-mano), mostrano come la fragilità psicologica sia il fattore di rischio maggiormente predittivo sia per l'area locomotoria che per quella della coordinazione occhio-mano. Nello specifico, per quanto riguarda la sottoscala Locomozione, il modello spiega circa il 14% della sua variabilità complessiva ($R^2=0,143$); la frazione di varianza spiegata dal modello è statisticamente significativa ($F = 7,17$; $p=0,010$) e la fragilità psichica ha un'influenza significativa sulla sottoscala A, locomotoria ($t=-2,68$; $p=0,010$). In riferimento alla sottoscala Coordinazione occhio-mano, il modello spiega il 9% circa della sua variabilità complessiva ($R^2=0,092$); la frazione di varianza spiegata dal modello è

statisticamente significativa ($F= 4,38$; $p = 0,042$) e la fragilità psicologica ha un'influenza significativa sulla coordinazione occhio-mano ($t=-2,09$; $p=0,042$).

Anche l'applicazione degli alberi di regressione dà prova del fatto che la fragilità psicologica ha effetti significativi in particolare su 2 aree dello sviluppo infantile, a 12 mesi: la locomozione (grafico 4) e la coordinazione occhio-mano (grafico 5).

- Grafico 4: Locomozione (A), 12 mesi



A 12 mesi, 45 bambini hanno media nell'area locomotoria (A) pari a 96,44. Di questi, 32 hanno madri con fragilità psicologica e la media del loro sub-quoziante è pari a 92,78; 13 bambini sono figli di madri senza fragilità psicologica a la media del sub-quoziante è pari a 105,50.

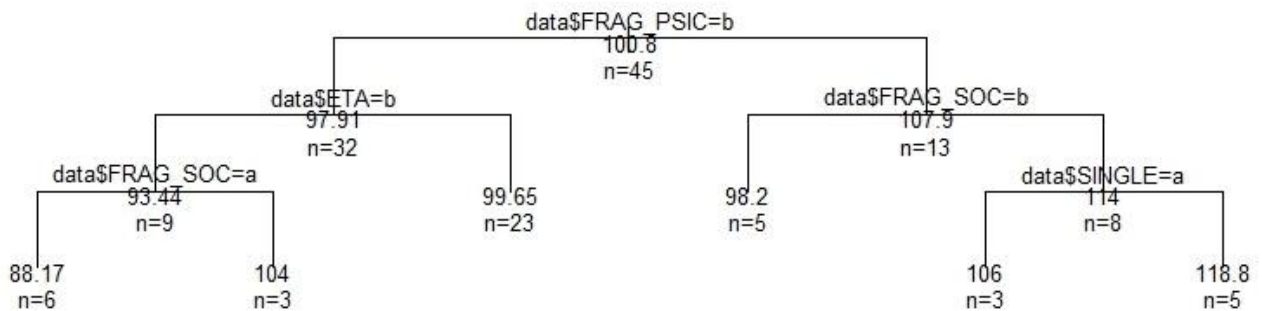
Delle 32 madri con fragilità psichica, 24 hanno un partner e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 91,62. Le restanti 8 sono single e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 96,25.

Delle 8 madri single, 5 hanno età > 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 91,00; le restanti 3 hanno età <= 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 105.

Delle 13 madri che non presentano elementi di fragilità psicologica, 6 sono single e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 114; 7 hanno un partner e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 98,14.

Di queste 7 madri, 3 hanno età > 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 86,67; 4 hanno età < 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 106,8.

- Grafico 5: Coordinazione occhio-mano (D), 12 mesi



A 12 mesi, 45 bambini hanno media nell'area della coordinazione occhio-mano (D) pari a 100,8. Di questi, 32 hanno madri con fragilità psicologica e la media del sub-quoziante è pari a 97,91; 13 bambini hanno madri senza fragilità psicologica e la media del sub-quoziante è pari a 107,9.

Delle 32 madri con fragilità psichica, 9 hanno età <= 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 93,44; 23 hanno età > 22 anni e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 99,65.

Delle 9 madri con età <= 22 anni, 6 non presentano elementi di fragilità sociale e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 88,17; 3 sono socialmente fragili e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 104.

Delle 13 madri che non presentano elementi di fragilità psichica, 5 hanno fragilità sociale e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 98,2; 8 non sono socialmente fragili e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 114.

Di queste 8 madri, 3 hanno un partner e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 106; 5 sono single e i loro figli hanno in media un sub-quoziante pari a 118,8.

Approfondimento di alcuni risultati

Alla luce dei risultati sovra esposti, abbiamo in primo luogo voluto approfondire i risultati riguardanti i fattori di rischio anagrafici, ossia monoparentalità (madre single) e maternità in età adolescenziale (madre con età <= 22 anni) (**Hp2**). Dalle analisi riportate precedentemente emerge che lo sviluppo dei figli di madri che presentano uno o entrambi i fattori di rischio di natura psicosociale (fragilità psichica e fragilità sociale) sia inferiore rispetto a quello dei figli di madri che presentano uno o entrambi i fattori di rischio di natura anagrafica (età <= 22 anni e single).

In base alla letteratura, ipotizziamo quindi che la rete sociale costituisca un vero e proprio fattore di protezione per lo sviluppo del bambino.

Abbiamo dunque approfondito la presenza di eventuali differenze significative rispetto al grado di soddisfazione nei confronti del sostegno sociale (indice derivante dalla somministrazione del SSQSR) tra le madri aventi uno o entrambi i fattori di rischio anagrafici (gruppo 1) e quelle aventi uno o entrambi i fattori di rischio psicosociali (gruppo 2). Dalle analisi effettuate emerge che il valore medio del grado di soddisfazione nei confronti del sostegno sociale delle madri anagraficamente svantaggiate ($M=33,25$; $ds=2,66$) è significativamente superiore ($t_{(22,29)}=2,83$; $p=0,01$) rispetto a quello delle madri con fragilità psicosociale ($M=29,33$; $ds=4,66$) (Vedi tabella 6).

- Tabella 6: SSQSR – fattori di rischio anagrafici vs psicosociali

| Fattore di rischio | Grup. | N | M | DS | T-test | | |
|--------------------|-------|----|-------|------|--------|-------|-------|
| | | | | | T | df | Sign. |
| Anagrafici | 1 | 8 | 33,25 | 2,66 | 2,83 | 22,29 | 0,01 |
| Psicosociali | 2 | 21 | 29,33 | 4,66 | | | |

Come descritto precedente, anche se i fattori di rischio della monoparentalità e della giovane età vengono presi singolarmente (**Hp1**) si può notare che in alcune aree dello sviluppo sia i bambini di madri sigle sia quelli delle giovani madri hanno punteggi significativamente superiori rispetto a quelle madri che non hanno il singolo fattore di rischio. Per questo, abbiamo verificato anche in questi gruppi di madri il livello di soddisfazione nei confronti del supporto sociale. Dalle analisi emerge che, per quanto riguarda la giovane età, il livello medio di soddisfazione delle giovani madri ($M=32,87$; $ds=3,52$) è significativamente superiore ($U=123,50$; $z=-2,22$; $p=0,027$) rispetto a quello delle madri di età superiore ai 22 anni ($M=29,45$; $ds=5,23$). In riferimento alla monoparentalità non si rilevano significatività, anche se in generale la media del livello di soddisfazione delle madri single ($M=31,96$; $ds=5,93$) è superiore rispetto a quello delle madri non single ($M=30,13$; $ds=4,52$). I dati sono riassunti nella tabella 7.

In secondo luogo abbiamo approfondito l'influenza del fattore di rischio della fragilità psicologica sullo sviluppo infantile tramite l'analisi delle correlazioni, confrontando i punteggi ottenuti all'EPDS e al GSI del SCL-90-R con le aree dello sviluppo infantile delle GMDS-R. Tale analisi è avvenuta mediante il test di Pearson, se la distribuzione dei dati era normale, e il test di Spearman in caso di distribuzione non parametrica.

- Tabella 7: SQSSR – madri single e giovani madri

| Fattore di rischio | Grup. | N | M | DS | U di Mann-Whitney | | |
|--------------------|-------|----|-------|------|-------------------|-------|-------|
| | | | | | U | z | Sign. |
| Età <= 22 anni | 0 | 28 | 29,45 | 5,23 | 123,5 | -2,22 | 0,027 |
| | 1 | 15 | 32,87 | 3,52 | | | |
| Single | 0 | 31 | 30,13 | 4,52 | 125 | -1,66 | 0,097 |
| | 1 | 12 | 31,96 | 5,93 | | | |

Per quanto riguarda l'EPDS somministrato in gravidanza:

- all'aumentare del punteggio EPDS diminuiscono i sub-quotienti nell'area locomotoria (A) a 3 mesi ($r = -0,531$; $p = 0,0003$) e a 12 mesi ($r = -0,486$; $p = 0,001$); nell'area personale-sociale (B) a 12 mesi ($r = -0,318$; $p = 0,033$); nell'ascolto-linguaggio (C) a 3 mesi ($r = -0,306$; $p = 0,046$); nel quoziente generale (QG) a 3 mesi ($r = -0,358$; $p = 0,019$);

l'EPDS somministrato a 3 mesi:

- all'aumentare del punteggio EPDS diminuiscono i sub-quotienti nell'area locomotoria (A) a 12 mesi ($r = -0,369$; $p = 0,018$); nell'area personale-sociale (B) a 12 mesi ($r = -0,390$; $p = 0,012$); nella coordinazione occhio-mano (D) a 12 mesi ($r = -0,411$; $p = 0,008$); nella performance (E) sia a 6 mesi ($r = -0,309$; $p = 0,047$) che a 12 mesi ($r = -0,337$; $p = 0,031$); nel quoziente generale (QG) a 12 mesi ($r = -0,427$; $p = 0,005$). In riferimento al GSI (SCL-90-R) somministrato in gravidanza:

- all'aumentare del punteggio GSI, a 12 mesi, diminuiscono i sub-quotienti nell'area personale-sociale (B) ($r = -0,458$; $p = 0,002$) e nell'area della coordinazione occhio-mano (D) ($r = -0,312$; $p = 0,037$);

il GSI somministrato a 6 mesi:

- all'aumentare del punteggio GSI, a 12 mesi, diminuiscono i sub-quotienti nell'area personale-sociale (B) ($r = -0,355$; $p = 0,020$).

I dati delle correlazioni tra GMDS e EPDS e GSI sono riassunti nella tabella 8.

Discussione

Conformemente a quanto riportato in letteratura, i risultati del nostro studio mettono in risalto che i singoli fattori di rischio influenzano alcune aree dello sviluppo del bambino nel corso del tempo (Riva Crugnola, 2012; Candelori e Mancone, 2001).

- Tabella 8: Correlazioni EPDS / GSI e GMDS-R

| | GMDS (3 mesi) | | | | GMDS (12 mesi) | | | | |
|------------------|---------------|---------|---------|---------|----------------|----------|----------|---------|----------|
| | A | C | E | QG | A | B | D | E | QG |
| EPDS (grav.) | -0,531** | -0,306* | | -0,358* | -0,486** | -0,318* | | | |
| EPDS (3 mesi) | | | -0,309* | | -0,369* | -0,390* | -0,411** | -0,337* | -0,427** |
| GSI (grav.) | | | | | | -0,458** | -0,312* | | |
| GSI (6 mesi) | | | | | | -0,355* | | | |

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

A 6 mesi i figli di madri socialmente fragili risultano essere meno competenti nell'area della coordinazione occhio-mano rispetto ai bambini delle madri a rischio, ma che non presentano tale fattore, quindi meno abili nelle attività motorie fini, nella destrezza manuale e nel controllo visivo (Bradley e Corwyn, 2002; Gottfried et al., 2003; Clearfield e Niman, 2012). Ad esempio hanno maggiori difficoltà nell'allungare la mano e nell'afferrare un oggetto, lanciarlo sul pavimento e cercarlo con lo sguardo per vedere dove è caduto.

A 12 mesi invece, i bambini aventi madri con fragilità psicologica riscontrano maggiori difficoltà oltre che nella coordinazione occhio-mano anche nell'area locomotoria, che valuta le abilità grossolane (Burstein, Stanger, Dumenci, 2012). I bambini fanno quindi più fatica ad esempio a far rotolare la palla e a spingere un oggetto sul pavimento (coordinazione occhio-mano), a stare in piedi da soli o a stare in ginocchio sul pavimento o su una sedia (locomozione). Sia i figli delle giovani madri, sia i bambini aventi madri single sono invece più abili, a 12 mesi, nell'area locomotoria. Abilità che per i figli di madri single rimane più alta anche a 24 mesi. Tali risultati mettono in risalto che la fragilità psico-sociale delle madri influisce in maniera più incisiva sulle abilità cognitive del bambino, in particolare nelle aree motorie, rispetto alla fragilità anagrafica (giovani madri o single).

Anche i risultati delle analisi effettuate sulla combinazione dei fattori di rischio hanno dato ulteriormente prova del fatto che i fattori di rischio anagrafici (giovani madri E madri single) hanno effetti positivi in alcune aree dello sviluppo infantile, rispetto a quelli psicosociali (fragilità psicologica E sociale). Nello specifico, le abilità grossolane (area locomotoria), le competenze adattive, come ad esempio battere le mani su imitazione, oppure obbedire a semplici ordini (area personale-sociale), la motricità fine (area della coordinazione occhio-mano) e le abilità a livello generale (quoziente

generale di sviluppo) sono migliori nei bambini delle madri anagraficamente svantaggiate. Non solo, ma i fattori di rischio anagrafici costituiscono dei veri e propri fattori di protezione anche in combinazione con quelli psicosociali, attenuando l'influenza di questi ultimi sullo sviluppo cognitivo del bambino. Gli effetti positivi dei fattori di rischio anagrafici sullo sviluppo cognitivo del bambino sono anche collegati ad un maggior livello di soddisfazione delle madri nei confronti del supporto sociale, dando prova di come sia importante il contesto e la rete sociale in cui le famiglie vivono (McConnell et al., 2010).

La fragilità psicologica rappresenta, nel nostro campione di diadi, il fattore di rischio che più degli altri influenza lo sviluppo cognitivo del bambino, interferendo in particolare sulle abilità locomotorie, sul linguaggio recettivo ed espressivo e sul quoziente generale di sviluppo del bambino. Nello specifico, all'aumentare dei sintomi depressivi (EPDS) della madre diminuiscono: l'abilità locomotoria, la coordinazione occhio-mano, il livello di autonomia e la capacità di interagire con gli altri, le abilità visuo-spaziali, incluse la rapidità di esecuzione e la precisione con cui esegue il compito, le abilità di ascolto-linguaggio e il quoziente generale di sviluppo del bambino. All'aumentare invece dell'indice di severità globale dei sintomi (GSI, SCL-90-R) della mamma, diminuiscono le abilità personali-sociali e di coordinazione occhio-mano del bambino.

Conclusione

Concludendo, i risultati ottenuti in questo studio confermano quelli presenti in letteratura, secondo i quali il benessere e i fattori di rischio della madre incidono significativamente sullo sviluppo del bambino (Tronick e Field, 1986; Kelly e Barnard, 2000; Oyserman et al., 2000; Candelori e Mancone, 2001; Bornstein, 2003; Mayes, Fonagy, Target, 2007; Cederna, et al. 2012). Nello specifico, lo sviluppo dei figli di madri che presentano fattori di rischio di natura psicosociale è inferiore a quello dei figli di madri che presentano fattori di natura prettamente anagrafica. Le differenze rilevate concernono per la quasi totalità lo sviluppo motorio, grossolano e fine. Nei primi due anni di vita del bambino, infatti, tale sviluppo risulta essere il più pertinente per valutare il livello mentale, dipendendo in larga parte dalle energie mentali e dalla capacità di concentrazione del bambino (Griffiths, 1954). Sembra quindi che la fragilità sociale e soprattutto la fragilità psichica contribuiscano in misura maggiore rispetto alla monoparentalità e alla maternità in età adolescenziale all'instaurarsi di condizioni non favorevoli per un ottimale sviluppo del bambino, rallentando alcuni aspetti della sua crescita. In particolare, nel nostro campione di diadi, le difficoltà psicologiche pesano di più su alcune aree dello sviluppo del bambino rispetto agli altri fattori di rischio, ed è per questo che sarebbe fondamentale prevedere a livello di

programmazione degli interventi di supporto, la figura dello psicologo domiciliare, che fornisca direttamente nel contesto familiare la sua prestazione.

L'essere madri giovani o single rappresentano dei fattori "protettivi", almeno fino ai due anni di vita del bambino, per un miglior sviluppo intellettuale. Studi futuri avranno l'obiettivo di verificare gli effetti della genitorialità a rischio non solo sullo sviluppo cognitivo del bambino, ma anche su quello comportamentale ed emotivo, in particolare durante l'adolescenza.

I fattori anagrafici sono associati anche ad un livello di soddisfazione generale migliore nei confronti del supporto sociale, a testimonianza di come sia fondamentale attuare pratiche di intervento preventive che abbiano l'obiettivo di attivare una rete sociale per sostenere i nuclei familiari. Come riportato in uno studio condotto da McConnell et al. nel 2010, livelli elevati di sostegno sociale alle famiglie sono associati a minore stress genitoriale, migliore qualità di parenting e minori difficoltà dei figli. Programmi preventivi di supporto sociale a queste famiglie risultano quindi di fondamentale importanza per la crescita dei bambini (McConnell et al., 2010).

Alla luce di questi risultati, gli esperti di supporto alla genitorialità dovrebbero essere in grado sia di mettere in moto la rete sociale, favorendo l'accesso ai servizi presenti sul territorio, sia di creare una relazione di fiducia non solo con le madri, ma con la famiglia in generale, per rispondere ai loro bisogni e per prevenire qualsiasi forma di disagio. Il sostegno psicologico inoltre risulta di fondamentale importanza per queste madri a rischio, così come la necessità di inserire la figura dello psicologo direttamente all'interno delle realtà familiari.

Articolo 2: L'indice di attaccamento dei bambini in un campione di madri a rischio

Introduzione

Il contesto interattivo-relazionale in cui il bambino cresce rappresenta un fattore chiave per l'evoluzione delle competenze nei diversi domini dello sviluppo e per l'adattamento nel ciclo di vita (Mitchell, 2002), con effetti positivi nel breve, nel medio e nel lungo termine (Jacobsen, Edelstein e Hoffman, 1994). In base a questa prospettiva, la qualità delle interazioni e delle relazioni precoci che l'individuo sperimenta nell'ambiente di vita riveste un ruolo centrale per la comprensione dei processi evolutivi. Gli studi presenti in letteratura si sono concentrati principalmente sulla madre, quale figura privilegiata per lo sviluppo affettivo e cognitivo del bambino, in grado di fornirgli quella cornice relazionale entro cui crescere (Bornstein, 2011).

Uno dei principali approcci allo studio degli effetti della relazione sullo sviluppo del bambino è la teoria dell'attaccamento; teoria sulla quale si basa il nostro studio volto alla comprensione delle modalità relazionali e dell'indice di attaccamento in un campione di diadi a rischio.

Secondo la teoria dell'attaccamento, gli esseri umani nascono con una tendenza innata a sviluppare un legame affettivo privilegiato e duraturo con la figura che si prende cura di loro in maniera significativa e continuativa nel tempo. Bowlby spiega che il bisogno di legame con la madre non è dovuto a motivazioni secondarie di tipo fisiologico o sessuale, così come ipotizzava Freud, ma nasce da una necessità di natura primaria, intrinseca alla nostra specie per fini adattivi ed evolutivi (Bowlby, 1969- 1980). Tale legame si struttura grazie ad uno scambio reciproco tra il bisogno di protezione del bambino e le modalità di risposta dell'adulto a tale bisogno. Il sistema comportamentale di attaccamento è descritto da Bowlby (1989) come uno dei sistemi che motivano e regolano il comportamento del bambino. Esso è rappresentato da comportamenti, quali il sorriso e il pianto, che hanno la funzione di favorire la vicinanza fisica alla figura di attaccamento e si alterna a un altro sistema fondamentale per lo sviluppo, quello esplorativo, che motiva il bambino a esplorare l'ambiente in cui si trova. La qualità delle esperienze di cura vissute nella relazione con il proprio caregiver determina, secondo Bowlby, la costruzione dei "modelli operativi interni", concepiti come rappresentazioni mentali di se stessi e degli altri, veri e propri schemi mentali che filtrano le informazioni, influenzano le facoltà cognitive e regolano il comportamento. (Bowlby, 1969- 1980). Grazie agli studi di Mary Ainsworth, i principi teorici sull'attaccamento proposti da Bowlby ebbero una prima validazione empirica. La studiosa diede prova del fatto che l'esplorazione di nuovi ambienti è strettamente correlata alla fiducia che il bambino nutre nei confronti della figura di attaccamento, alla disponibilità emotiva che dimostra nei suoi confronti (Ainsworth, 1973). Dalla nascita della teoria dell'attaccamento alle più recenti ricerche sulla natura diadica e interattiva degli scambi comunicativi tra adulto e bambino è emersa proprio l'importanza del ruolo che assume la comunicazione e l'interazione nel corso del primo anno di vita. La comunicazione risponde alle necessità del bambino di stabilire legami di attaccamento

sufficientemente sicuri, di creare “connessioni” con il proprio partner in grado di consolidare ed espandere i propri stati mentali ed emotivi e di scambiare informazioni reciprocamente utili (Riva Crugnola, 2012). Gli studiosi si sono concentrati sulla ricerca degli “antecedenti” dei legami di attaccamento infantili e della loro qualità nel corso del primo anno di vita, individuandoli nella responsività della madre, nella sua capacità di regolazione emotiva, nella natura diadica e interattiva degli scambi comunicativi e della co-regolazione emotiva tra genitore e bambino, prestando attenzione al contributo del bambino accanto a quello materno. Particolare importanza ha assunto lo studio sul ruolo svolto da specifiche competenze mentali del genitore, quali la capacità riflessiva (Fonagy e Target 1997; Slade 2005) e la *mind-mindedness* (Meins, 1998), riferibili alla capacità del genitore di attribuire al bambino stati mentali fin dai suoi primi momenti di vita. Mary Ainsworth, attraverso uno studio longitudinale svolto nel corso del primo anno di vita del bambino (Ainsworth et al. 1978; Blehar, Lieberman, Ainsworth 1977), evidenziò come la responsività sensibile (*sensitive responsiveness*) della madre, intesa come capacità di comprendere i bisogni del bambino e di rispondervi prontamente, fosse un predittore significativo dei diversi partner di attaccamento (sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente). In questa prospettiva, nel suo studio, all'attaccamento sicuro del bambino corrispondeva una madre responsiva ai suoi bisogni; all'attaccamento insicuro evitante una madre non responsiva e rifiutante, in particolare nei confronti dei segnali di attaccamento del bambino (pianto, ricerca di contatto ecc.); infine all'attaccamento insicuro ambivalente correlava una madre non responsiva in modo intermittente e perciò imprevedibile.

Numerose ricerche hanno evidenziato che i bambini sicuri nella prima infanzia tendono ad avere, negli anni successivi, maggiori competenze relazionali sia con i pari che con adulti non familiari, una maggiore capacità di regolazione del proprio mondo affettivo e relazionale e in generale un maggior livello di benessere psichico e fisico (Carr et al., 2013; Pinquart et al., 2013; Puig et al. 2013). La sicurezza dell'attaccamento sembra inoltre essere associata ad un migliore sviluppo cognitivo del bambino (West et al., 2013; Joubert et al., 2012; Salerni, Calvo e D'Odorico, 2001). Uno studio condotto da West e collaboratori nel 2012 (West et al., 2013) ha dato inoltre prova dell'influenza del livello di sicurezza di attaccamento sullo sviluppo cognitivo. I risultati hanno dimostrato che i bambini con un livello di attaccamento sicuro a 24 e/o 36 mesi registravano in seguito una migliore prestazione scolastica, ed un quoziente di sviluppo (QI) superiore rispetto ai bambini con attaccamento insicuro-ambivalente. Questa ed altre ricerche presenti in letteratura danno prova dell'importanza della qualità della relazione adulto-bambino per il suo sviluppo cognitivo (Joubert et al., 2012; Salerni, Calvo e D'Odorico, 2001).

L'obiettivo generale di questo studio, come anticipato precedentemente, è quello di delineare le modalità di attaccamento del bambino alla madre in presenza di alcune condizioni a rischio che possono influenzare negativamente la funzione genitoriale. Alcuni fattori psicosociali infatti, possono mettere a rischio la qualità delle cure parentali e l'instaurarsi di una relazione positiva tra genitore e figlio, con conseguenze negative sullo sviluppo del bambino. Si parla di genitorialità “a rischio” nel caso in cui alcune

condizioni psicosociali possono incidere negativamente sul funzionamento materno, limitare la messa in atto di cure sensibili e adeguate, favorire difficoltà di interazione madre-bambino, diminuire il livello di auto-efficacia delle madri ed ostacolare la formazione di un attaccamento sicuro (Kohlhoff, Barnett, 2013; Bernier, Meins, 2008). Alcuni autori sostengono infatti che fattori socio-psicologici come l'incompetenza materna, i conflitti genitoriali, lo scarso supporto sociale, lo stress socioeconomico e la fragilità psicologica possono interferire sull'interazione madre-bambino (Buehler, Gerard, 2013; Carr et al., 2013; Choe, Olson, Sameroff, 2013; Letourneau, Tramonte, Willms, 2013). Diversi studi longitudinali, come quello di Sameroff (Sameroff, 1998) o di Greenberg (Greenberg, Speltz, et al., 1993), hanno rilevato un aumento delle difficoltà nella relazione madre-bambino e dei disturbi mentali della madre e del bambino se tali fattori di rischio si accumulano. Le diadi madre-bambino in condizioni di fragilità sociale sono maggiormente esposte al rischio di attaccamento insicuro e mostrano una minore disponibilità emotiva durante l'interazione (Costantino et al., 2011).

Anche lo stress materno può interferire con la qualità delle cure genitoriali e avere effetti sullo sviluppo del bambino (Ostber, Hagekull, 2013; Ryan, Tolani, Brooks-Gunn, 2009). Alcuni autori hanno riscontrato un'associazione positiva tra alti livelli di stress genitoriale e una peggiore qualità della relazione genitore-figlio (Pelchat, Bisson, Bois, Saucier, 2003), un numero più alto di punizioni verbali e corporali e di comportamenti coercitivi (Johnson, 2002). Diverse ricerche si sono focalizzate sullo stress genitoriale in relazione all'attaccamento del bambino e hanno messo in luce l'associazione tra l'elevato livello di stress dei genitori e un attaccamento insicuro nei figli (Nygren et al., 2012; Mills-Koonce et al., 2011; Rholes, Simpson e Friedman, 2006).

Ipotesi

Di seguito vengono riportate le ipotesi del nostro studio sulla qualità dell'attaccamento nei figli delle madri a rischio:

- **Hp 1:** diverse ricerche presenti in letteratura hanno rilevato che le madri in situazioni di rischio sono meno sicure e meno sensibili nell'interazione con il proprio bambino, confermando l'ipotesi che i fattori di rischio sono associati a modalità di parenting inadeguate (Kohlhoff, Barnett, 2013; Bernier, Meins, 2008). Ipotizziamo quindi che anche nel nostro campione di diadi madre-bambino la numerosità dei fattori di rischio incida sulla qualità di attaccamento;
- **Hp 2:** lo stress materno può interferire con la qualità delle cure genitoriali (Ostber, Hagekull, 2013; Ryan, Tolani, Brooks-Gunn, 2009). Si ipotizza che i bambini le cui madri sperimentano alti livelli di stress, e quindi mettono in atto cure parentali meno adeguate, ottengano punteggi inferiori alle misure dell'indice di sicurezza dell'attaccamento, rispetto ai figli di madri con livello maggiore di benessere (Nygren et al., 2012; Mills-Koonce et al., 2011; Rholes, Simpson e Friedman, 2006; Pelchat, Bisson, Bois, Saucier, 2003).

- **Hp 3:** uno studio condotto da West e collaboratori nel 2012 (West et al., 2013) ha dato prova dell'influenza del livello di sicurezza di attaccamento sullo sviluppo cognitivo del bambino. Ipotizziamo che i bambini con un livello di attaccamento sicuro abbiano un quoziente di sviluppo (QI) superiore rispetto ai bambini con attaccamento insicuro-ambivalente (Joubert et al., 2012; Salerni, Calvo e D'Odorico, 2001).

Campione

Lo studio coinvolge un campione di 29 diadi madre-bambino, facenti parte del progetto di ricerca-intervento *Scommettiamo sui giovani*². Si tratta di donne alla loro prima esperienza come madri (primipare), reclutate al 7° mese di gravidanza e che rientrano in alcuni criteri definiti dalla letteratura a rischio.

11 madri presentano elementi di fragilità sociale (37,9%), 21 rispondono al criterio della fragilità psicologica (72,4%), 12 hanno un'età uguale o inferiore a 22 anni (41,4%) e 8 crescono il proprio figlio senza l'aiuto di un partner (single) (27,6%).

In riferimento alla numerosità dei fattori di rischio, 13 mamme presentano un unico fattore rischio (44,8%), 9 due fattori di rischio (31%) e 7 tre fattori di rischio (24,1%).

L'età media delle madri al momento del reclutamento è di 26,41 anni (ds=6,1).

Procedura

A partire da marzo 2010 e fino a settembre 2012 le figure professionali dei Consulenti e dei Servizi Territoriali presenti in alcuni distretti del Trentino si sono occupate del reclutamento dei soggetti. I fattori di rischio a cui le figure professionali dovevano attenersi per il reclutamento erano: donne alla loro prima esperienza come madri (primipare) e avere almeno uno dei seguenti criteri: avere elementi di fragilità sociale, avere caratteristiche riconducibili alla fragilità psicologica, avere meno di 22 anni di età (madri adolescenti), crescere il bambino senza l'aiuto di un partner (madri single). La fragilità sociale, nel nostro campione di soggetti, include le madri straniere e/o che hanno al massimo la licenza della scuola dell'obbligo e/o che formano un nucleo familiare con una soglia di povertà assoluta inferiore o uguale a 13.306,12 euro l'anno (Istat, 2013; Istat, 2012; Istat, 2011). Il criterio della fragilità psicologica, nel nostro campione, si riferisce a quelle madri aventi un punteggio General Stress Index (GSI) > 1 alla Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) e/o un indice >9 alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e/o mamme seguite da uno/a psicoterapeuta, psichiatra.

Una batteria di strumenti necessari per indagare il benessere delle madri, lo sviluppo e l'indice di

² *Scommettiamo sui giovani* è un progetto di ricerca-intervento longitudinale, della durata di 27 mesi per ciascuna coppia madre-bambino, che mira ad intervenire sul disagio infantile attraverso un programma di prevenzione psico-sociale basato su visite domiciliari precoci per il supporto alla genitorialità ed è realizzato grazie alla collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e il Laboratorio di Osservazione, Diagnosi e Formazione dell'Università degli Studi di Trento. Tale progetto è iniziato nel 2010 in due distretti del territorio trentino.

sicurezza del bambino, è stata somministrata in periodi sensibili della gravidanza e dello sviluppo del bambino da due psicologhe che hanno effettuato le valutazioni a domicilio. Nello specifico, nel presente studio ci si è concentrati sulla sul Parenting Stress Index-short form (PSI-sf) (Abidin, 1995) per indagare il livello di stress materno; delle Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) (Battaglia e Savoini, 2007; Griffiths, 1996) per l'analisi del quoziente di sviluppo del bambino e dell'Attachment Q-Sort (AQS) (Cassibba, D'Odorico, 2009; Weters, 1987) per individuare l'indice di sicurezza del bambino, tutti analizzati al 18° mese di vita del piccolo.

Strumenti

Il Parenting Stress Index-short form (PSI-sf) (Abidin, 1995) è un questionario di auto-somministrazione con l'obiettivo di identificare quelle relazioni genitore-bambino sottoposte a situazioni di forte stress, a rischio di sviluppare comportamenti parentali disfunzionali o di problemi comportamentali ed emotivi da parte dei figli.

Le Griffith's Mental Development Scales (GMDS) (Battaglia e Savoini, 2007; Griffiths, 1996) sono scale per la valutazione del quoziente di sviluppo del bambino.

L' Attachment Q-Sort (AQS) (Cassibba, D'Odorico, 2009; Weters, 1987) è uno strumento che valuta le qualità del comportamento di base sicura del bambino nell'ambiente domestico. La misura del "punteggio di sicurezza", esprime il grado di somiglianza del soggetto osservato al prototipo del bambino con attaccamento sicuro (Howes e Hamilton, 1992; Bretherton et al., 1989; Teti e Ablard, 1989).

Analisi statistiche

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software di statistica SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 19.0), valutando inizialmente l'andamento della distribuzione dei dati attraverso il test di Shapiro-Wilk. Mediante l'analisi della varianza, ANOVA, è stato possibile confrontare la media dell'indice di sicurezza (AQS) dei bambini di madri con 1, 2 o 3 fattori di rischio al 18° mese; attraverso l'analisi della correlazione, è stato invece possibile studiare gli ipotetici effetti dello stress genitoriale (PSI-sf) sull'indice di sicurezza del bambino (AQS), entrambi rilevati a 18 mesi, e la relazione tra la sicurezza del legame di attaccamento del bambino e il suo quoziente di sviluppo.

Per gli alberi di regressione è stato utilizzato il software di statistica R.

Statistiche descrittive

Per quanto concerne le statistiche descrittive, in APPENDICE A, tabelle 1-2-3 sono riportati i dati riassuntivi.

Risultati

Hp 1: la numerosità dei fattori di rischio incide sull'attaccamento

Dall'analisi dei dati non si riscontrano differenze significative tra le medie dell'indice di sicurezza dei bambini aventi madri con 1, 2 o 3 fattori di rischio, a 18 mesi. Nella tabella 1 sono riassunti i valori dell'Anova.

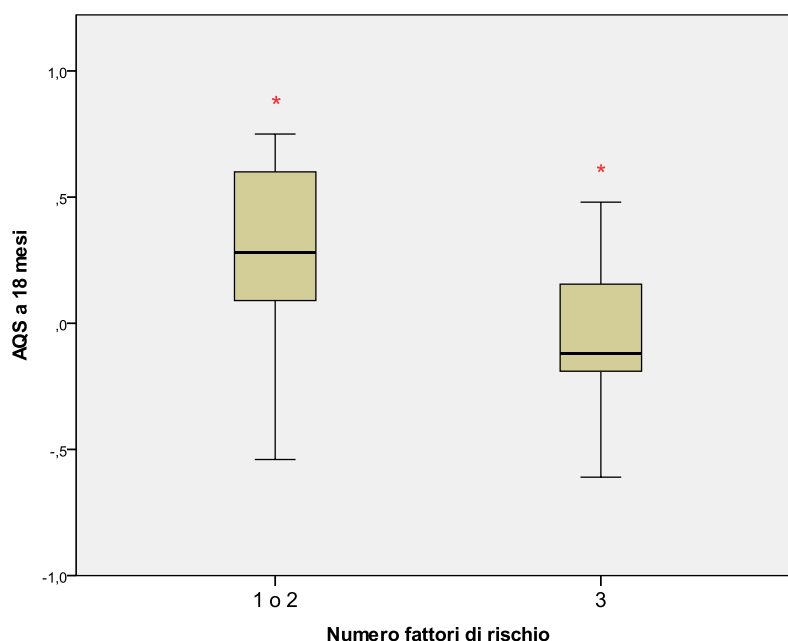
- Tabella 1: valori ANOVA

| | Somma dei quadrati | df | Media dei quadrati | F | Sig. |
|---------------------|--------------------|----|--------------------|------|------|
| Fra gruppi | 0,61 | 2 | 0,30 | 2,19 | 0,13 |
| Entro gruppi | 3,61 | 26 | 0,14 | | |
| Totale | 4,22 | 28 | | | |

Approfondendo i risultati, osserviamo che la media dei punteggi AQS dei bambini di madri aventi 1 o 2 fattori di rischio è pari a 0,27 ($ds=0,37$), mentre la media AQS dei figli di madri con 3 fattori di rischio è uguale a -0,05 ($ds=0,35$). Procedendo quindi al confronto delle medie mediante il test t di Student: la media dell'indice di sicurezza dei bambini di madri con 1 o 2 fattori di rischio è tendenzialmente superiore in maniera significativa ($t_{(27)}=1,9$; $p=0,05$) rispetto alla media dei figli di mamme con 3 fattori di rischio.

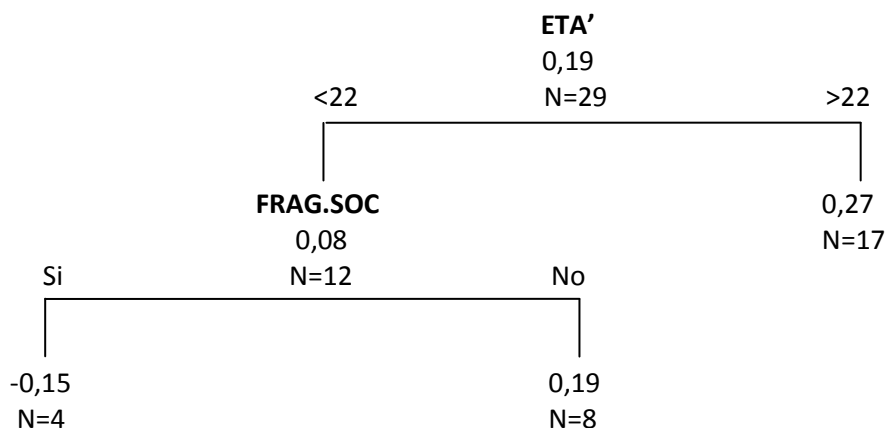
I dati sono rappresentati nel grafico 1.

- Grafico 1: AQS madri 1 o 2 fattori di rischio vs. madri 3 fattori di rischio



In seguito abbiamo approfondito quali fattori di rischio incidono maggiormente sulla qualità dell'attaccamento del bambino, indipendentemente dalla numerosità. A questo scopo, sono stati utilizzati gli alberi di regressione (grafico 2).

- Grafico 2: Alberi di regressione



Sul totale di 29 soggetti, la media dell'indice di sicurezza è 0,19 (ds=0,38); la media dei punteggi dei bambini delle madri con età >22 anni (n=17) è 0,27 (ds=0,37), mentre quella dei figli delle giovani madri è 0,08 (ds=0,39). La media dell'indice di sicurezza dei bambini di madri sia con giovane età, sia con fragilità sociale (n=4) è pari a -0,15 (ds=0,35), mentre per quelle madri che non hanno fragilità sociale (n=8), la media dell'indice di sicurezza dei bambini è 0,19 (ds=0,37).

Abbiamo quindi confrontato la media dei punteggi all'AQS dei figli di madri che presentano sia il fattore di rischio della giovane età, sia quello della fragilità sociale. La media dell'indice AQS dei figli di queste madri è -0,15 (ds=0,35), mentre la media dei bambini che hanno madri senza fragilità sociale ed età maggiore a 22 anni è di 0,25 (ds=0,37). In appendice A, tabella 2 sono riassunti i dati descrittivi.

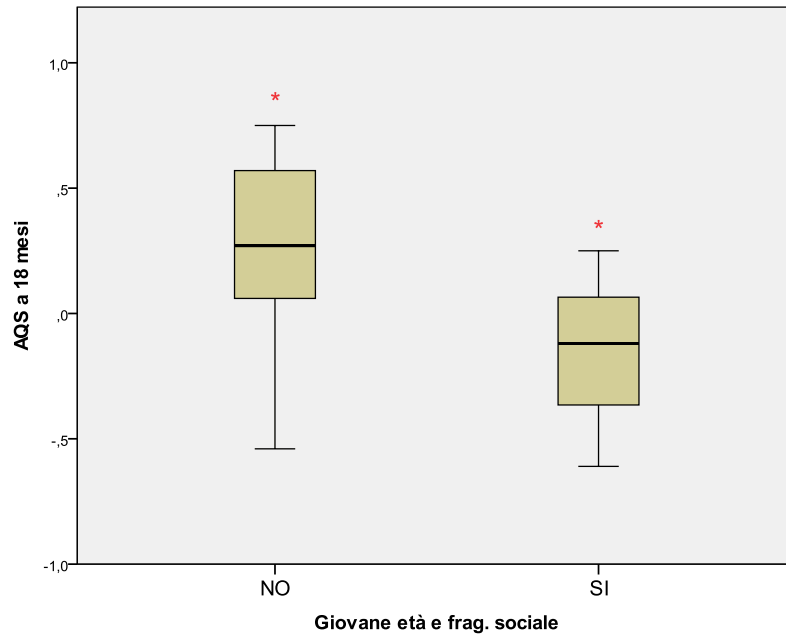
La statistica test t di Student ha messo in luce che la media dell'indice di sicurezza dei bambini di madri che hanno sia la giovane età, sia la fragilità sociale, è più bassa in maniera tendenzialmente significativa ($t_{(27)}=2,02$; $p=0,05$) rispetto a quella dei figli di madri che non hanno né la fragilità sociale, né meno di 22 anni di età. I dati sono rappresentati nel grafico 3.

Hp 2: lo stress materno interferisce sull'indice di sicurezza del bambino

Dall'analisi dei dati non sono emerse relazioni statisticamente significative tra l'indice di sicurezza dell'attaccamento dei bambini e i punteggi della madre per ciascuna scala del PSI-sf, al 18° mese. I diagrammi di dispersione (grafici 1-5, APPENDICE B) suggeriscono un andamento casuale delle due variabili.

Alla luce di questi risultati abbiamo voluto verificare se lo stress genitoriale (misurato attraverso il PSI a 18 mesi) è influenzato dalla numerosità dei fattori di rischio. In Appendice B, tabella 2 sono riportati i

- Grafico 3: AQS Giovani madri / Fragilità sociale



dati descrittivi. L'analisi della varianza e il Chi - quadrato non hanno dimostrato influenze significative (tabelle 2a e 2b).

- Tabella 2a: valori dell'Anova

| PSI a 18 mesi | | Somma dei quadrati | df | Media dei quadrati | F | Sig. |
|--|--------------|--------------------|----|--------------------|------|------|
| Distress genitoriale (PD) | Fra gruppi | 2988,02 | 2 | 1494,01 | 1,63 | 0,22 |
| | Entro gruppi | 18331,64 | 20 | 916,58 | | |
| | Totale | 21319,65 | 22 | | | |
| Interaz. gen.-bambino disfunzionale (P-CDI) | Fra gruppi | 505,01 | 2 | 252,50 | 0,31 | 0,74 |
| | Entro gruppi | 16489,43 | 20 | 824,47 | | |
| | Totale | 16994,43 | 22 | | | |
| Bambino difficile (DC) | Fra gruppi | 76,51 | 2 | 38,26 | 0,05 | 0,95 |
| | Entro gruppi | 15897,40 | 20 | 794,87 | | |
| | Totale | 15973,91 | 22 | | | |
| Stress totale (ST) | Fra gruppi | 705,96 | 2 | 352,98 | 0,45 | 0,65 |
| | Entro gruppi | 15778,91 | 20 | 788,95 | | |
| | Totale | 16484,87 | 22 | | | |

- Tabella 2b: valori del test Kruskal-Wallis

| Test^{a,b} | |
|--|------|
| PSI – Risposta difensiva (DIF) 18 mesi | |
| Chi-quadrato | 3,91 |
| df | 2 |
| Sig. Asint. | 0,14 |
| a. Test di Kruskal Wallis b. Variabile di raggruppamento: Num. fattori di rischio | |

Hp 3: l'indice di sicurezza del bambino influisce sul suo quoziente di sviluppo

A 18 mesi sono emerse correlazioni significative tra l'indice di sicurezza del bambino e quasi tutte le sottoscale delle GMDS (tabella 2).

- Tabella 2: Correlazioni AQS e GMDS

| 18 mesi | GMDS-R | | | | | |
|---------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|
| | A | B | C | D | E | QG |
| AQS | | 0,438* | 0,473* | 0,557** | 0,410* | 0,517** |

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

In particolare, per quanto riguarda la sottoscala B (personale-sociale) l'indice rho di Spearman=0,438, p.value=0,032; per la sottoscala C (ascolto-linguaggio) rho di Spearman=0,473, p.value=0,020; per la sottoscala D (coordinazione occhio-mano) rho di Spearman=0,557, p.value=0,005; per la sottoscala E (performance) rho di Spearman=0,410, p.value=0,047; per la scala QG (quoziente generale) rho di Spearman=0,517, p.value=0,010.

Discussione

In base ai dati presenti in letteratura, l'obiettivo generale di questo studio è stato quello di verificare la qualità dell'attaccamento del bambino in situazioni di genitorialità a rischio.

Prendendo in considerazione la prima ipotesi di ricerca riguardante l'influenza della numerosità dei fattori di rischio della madre sull'indice di attaccamento del bambino, i risultati dello studio hanno sottolineato che esistono differenze tendenzialmente significative tra il gruppo di madri con 1 o 2 fattori di rischio, rispetto a quello con 3. La media dell'indice di sicurezza del bambino nel gruppo di madri con meno di 2 fattori di rischio è superiore rispetto a quella del gruppo di mamme con più di 2 fattori di rischio. I bambini rilevano quindi un indice di sicurezza maggiore in contesti familiari dove i fattori di rischio sono

limitati, dando prova dell'importanza dell'ambiente di vita per lo sviluppo di modalità di attaccamento sicure (Kohlhoff, Barnett, 2013; Bernier, Meins, 2008). La letteratura sostiene infatti che è la numerosità dei fattori di rischio ad influenzare la qualità genitoriale nell'interazione e nello sviluppo del bambino, piuttosto che i singoli fattori presi singolarmente (MacKenzie et al., 2011; Dumas et al., 2005; Sameroff, 1998).

Indagando e approfondendo i risultati ottenuti fino ad ora, è emerso che la giovane età e la fragilità sociale del genitore costituiscono i fattori di rischio che maggiormente influenzano l'indice di sicurezza del piccolo, non solo singolarmente, ma anche in combinazione tra loro. I figli di madri che hanno difficoltà a livello economico e sociale e che hanno un'età inferiore o uguale a 22 anni, hanno minore sicurezza nei legami di attaccamento rispetto a coloro che presentano altri fattori di rischio (come la fragilità psicologica o l'essere madri sole), presi singolarmente o combinati in coppie. L'inesperienza e la probabile ingenuità delle giovani madri, così come le difficoltà economiche e/o di integrazione e di supporto sociale, si ripercuotono inevitabilmente sulle modalità relazionali e di attaccamento dei piccoli (Svoboda, 2012; Rafferty et al., 2011; Keown et al., 2001).

Lo stress genitoriale sembra non avere, nel nostro studio, effetti sull'indice di attaccamento e non è influenzato dalla numerosità dei fattori di rischio. Una possibile spiegazione potrebbe essere ricondotta al fatto che lo strumento di valutazione Parenting Stress Index (Abidin, 1995) non misura il livello generale di stress, ma soltanto quello legato all'accudimento del figlio. Studi successivi avranno quindi l'obiettivo di approfondire questo aspetto, poiché la letteratura sottolinea che la madre che vive stati di stress elevati, con sofferenza protratta nel tempo, può indurre nel bambino uno stato di squilibrio, inibendo le possibilità di problem solving creativo e positivo, incidendo sull'autostima e sulla fiducia di sé (Nygren et al., 2012; Mills-Koonce et al., 2011; Rholes, Simpson e Friedman, 2006; Pelchat, Bisson, Bois, Saucier, 2003). Sarà quindi fondamentale per la madre, trovare sempre soluzioni positive e creative ai problemi che l'affliggono, affinché l'esperienza negativa vissuta si trasformi in un processo di crescita utile a lei e al bambino.

La letteratura sostiene che l'attaccamento al caregiver può influenzare diversi domini di sviluppo del bambino (Grossmann et al., 2002; Verschueren & Marcoen, 1999; Lyons-Ruth e Zeneach, 1993). Bambini con attaccamento sicuro sono generalmente più entusiasti, persistenti, mostrano affetto positivo e sono più efficaci nell'affrontare sfide ambientali rispetto alle loro controparti non sicure (Van Ryzin, Carlson, Sroufe, 2011). I risultati dell'analisi della correlazione tra l'indice di sicurezza del bambino e il suo quoziente di sviluppo a 18 mesi, hanno confermato anche nella nostra ricerca i dati presenti in letteratura. Infatti, all'aumentare dell'indice di sicurezza dell'attaccamento, aumentano non solo le abilità generali del piccolo (quoziente generale di sviluppo), ma nello specifico anche le competenze adattive, come l'abilità di svolgere le attività del contesto di vita, il livello di autonomia e le relazioni con gli altri (area personale-sociale, B), le abilità comunicative e linguistiche, sia a livello ricettivo che espressivo (area ascolto-linguaggio, C), le capacità manuali che implicano l'organizzazione visuo-motoria, come versare dell'acqua da una tazza all'altra (coordinazione occhio-mano, D) e la capacità di manipolazione, come ad esempio

inserire un oggetto in una scatola e poi richiuderla (performance, E). Una relazione di attaccamento sicura sembra quindi favorire la capacità di esplorare e di interagire in modo più evoluto con gli oggetti e le persone dell'ambiente circostante, dimostrando come l'ambiente familiare e la relazione genitore-bambino siano determinanti fondamentali per lo sviluppo del bambino (Greenspan, 1997).

Nonostante il nostro studio abbia un disegno di tipo correlazionale – è quindi impossibile stabilire con sicurezza la direzione dell'effetto - in base alla letteratura possiamo affermare con un certo margine di certezza che in un campione di bambini senza disabilità sia la sicurezza dell'attaccamento a determinare un'influenza sul livello cognitivo e non il contrario.

Conclusione

Concludendo, sulla base dei risultati emersi sembra che, per comprendere e studiare la sicurezza dell'attaccamento del bambino alla madre, sia opportuno prendere in esame il complesso intreccio tra caratteristiche della mamma, qualità della relazione madre-bambino e i compiti evolutivi che entrambi devono affrontare.

I risultati di questo studio danno prova del fatto che la numerosità dei fattori di rischio delle madri incide sull'indice di attaccamento dei bambini, confermando i dati presenti in letteratura secondo cui fattori socio-psicologici come l'incompetenza materna, i conflitti genitoriali, lo scarso supporto sociale, lo stress socioeconomico e la fragilità psicologica interferiscono sull'interazione madre-bambino (Buehler, Gerard, 2013; Letourneau, Tramonte, Willms, 2013; Choe, Olson, Sameroff, 2013). Nel nostro studio, in particolare, è emerso che la giovane età della madre e le difficoltà economiche e sociali hanno maggiori effetti sull'indice di sicurezza del figlio, determinando in lui comportamenti poco funzionali per la crescita e per il suo benessere futuro. Attraverso questo scambio relazionale poco efficace, svilupperà presumibilmente un debole senso di sicurezza e di fiducia di sé che non accresceranno la sua autostima e la sua capacità di gestire le situazioni e le relazioni con gli altri. La natura dell'ambiente in cui cresce il bambino produce un impatto profondo e a lunga durata sul bambino, dal momento che l'interazione madre-bambino esercita significativi effetti sulla crescita, soprattutto nelle prime fasi di sviluppo. Studi futuri, avranno l'obiettivo di approfondire le abilità relazionali e la disponibilità emotiva della madre e del bambino in relazione all'indice di attaccamento, dal momento che diverse ricerche presenti in letteratura hanno dimostrato l'influenza delle rappresentazioni mentali della madre e della sua sensibilità nei confronti del piccolo (Huth- Bocks et al. 2004).

I risultati dello studio confermano l'importanza dell'identificazione precoce dei bambini a rischio per la formazione di un attaccamento sicuro. Risulta fondamentale monitorare la qualità dei pattern relazionali della diade madre-bambino, al fine di analizzare le connessioni possibili tra caratteristiche della madre e sicurezza dell'attaccamento del bambino e nella formulazione di strategie di prevenzione e di intervento mirate ed efficaci. Occorre approfondire la valutazione e l'osservazione del benessere della

madre e dello sviluppo del bambino in gravidanza e nella prima infanzia, al fine di formulare strategie di intervento adeguate rispetto a problematiche complesse e multifattoriali, oltre a prevenire eventuali disfunzioni dello sviluppo del bambino. La capacità di individuare tempestivamente, già a partire dalla fine della gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino, la presenza di fattori di rischio psico-sociale permette di migliorare e favorire lo sviluppo della capacità genitoriale e di prevenire il disadattamento infantile.

Negli ultimi anni sono stati realizzati diversi programmi di home visiting in Italia e nel mondo, che hanno avuto come principale riferimento concettuale e metodologico la teoria dell'attaccamento di Bowlby (Ammaniti et al., 2002, 2006). Questi programmi partono dall'assunto che un modello di attaccamento sicuro nell'infanzia, fondato sull'esperienza con un *caregiver* disponibile e responsivo, rappresenti un importante fattore protettivo nello sviluppo del bambino soprattutto nelle situazioni in cui sono presenti fattori di rischio contestuale. L'obiettivo principale è quindi quello di promuovere lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino. Le metodologie e le tecniche per conseguire questo obiettivo possono essere differenziate, ma in generale riguardano l'aumento della sensibilità materna, con lo scopo di migliorare la qualità delle interazioni genitore-bambino sostenendo la madre nella sua capacità di mostrare un comportamento responsivo ed empatico nei confronti dei segnali del bambino.

Articolo 3: Il parenting nei contesti di immigrazione

Introduzione

L'immigrazione in Italia è un fenomeno piuttosto recente, riconducibile all'anno 1972, quando viene segnato il passaggio dell'Italia dalla condizione di Paese "emigrante" a paese "immigrante". Da allora in poi la presenza di immigrati stranieri è andata sempre più estendendosi, fino a registrare un elevato numero di nazionalità e di gruppi etnici che si sono stabiliti praticamente in tutte le regioni italiane, alla ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro. Attualmente, la presenza di immigrati in Italia non può più essere considerata come un fenomeno temporaneo, ma come una dimensione strutturale della nostra società. Gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2012 sono 4 milioni 859 mila e rappresentano l'8% della popolazione residente totale (Istat, 2012). Generalmente si tratta di nuclei familiari i cui membri hanno vissuto un periodo più o meno lungo lontano gli uni dagli altri, oppure di famiglie in cui uno o più componenti continuano a vivere nel paese di origine, le cosiddette famiglie transnazionali, o ancora nuclei costituiti da individui della stessa nazionalità e che si sono sposati in Italia o in ultimo famiglie formate da profughi o rifugiati. Questa varietà di tipologie familiari rispecchia la pluralità dei percorsi migratori che hanno caratterizzato le diverse fasi dell'immigrazione italiana (Silva, 2006). Più della metà della popolazione straniera regolarmente presente in Italia ormai da diversi anni è costituita da donne. Nel 2011 si stima che l'82% delle nascite in Italia siano avvenute da parte di donne italiane, mentre il 18% da parte di donne straniere. Le nascite da donne straniere sono state concepite per il 78% da coppie con partner entrambi stranieri e per il restante 22% da madri straniere in coppia con partner italiani (Istat, 2012). La giovane età della popolazione immigrata tende ad anticipare l'età al parto rispetto alle donne italiane, con proporzioni di nascite tra le straniere maggiori nelle adolescenti e più contenute nelle trentenni (Spinelli et al., 2011). Le difficoltà economiche, sociali, culturali, linguistiche e psicologiche a cui gli stranieri vanno incontro, possono rappresentare degli ostacoli che impediscono loro di cogliere i bisogni del proprio figlio, di dedicargli la giusta attenzione e di fornirgli un punto di riferimento educativo solido (Silva, 2006), ma sono rischi generalmente affiancati dalla volontà di promuovere un futuro il più possibile roseo per i loro bambini, fornendo loro migliori condizioni di vita (Bornstein and Bohr, 2011). In letteratura sono presenti ricerche concentrate sull'indagine della qualità dell'interazione genitore-bambino, cioè sul modo in cui ciascun partner esprime le emozioni ed è sensibile a quelle dell'altro (Emde and Easter-brooks, 1985), mettendo a confronto le diverse nazioni e regioni (Bornstein e Venuti, 2013; Bornstein, Putnick and Lansford, 2011; Chaudhuri et al., 2009; Bornstein et al., 2008). In generale, sono ancora molto poche le ricerche che analizzano il parenting degli stranieri, gli effetti sullo sviluppo dei figli e i processi di adattamento, ma complessivamente si rilevano maggiori difficoltà per le famiglie straniere rispetto a quelle italiane a crescere i propri figli.

Il rischio della fragilità economica e sociale è spesso collegato ad una scarsa partecipazione al mondo del lavoro e a bassi livelli di capacità linguistica (Cederna, et al. 2012). Questo potrebbe aumentare il pericolo di isolamento e di stress, dal momento che i genitori stranieri si trovano spesso da soli ad affrontare le difficoltà, dovute soprattutto alla lingua e alla comprensione della nuova realtà in cui si trovano. Nello specifico, la migrazione potrebbe essere particolarmente difficile per le donne in gravidanza, dal momento che si trovano a partorire in un contesto diverso da quello in cui sono nate e cresciute, nel quale vigono regole e valori culturali a volte incomprensibili. Questa insicurezza e confusione, definita da Moro come “solitudine elaborativa” (Moro, 2005; Moro et al., 2009), determina un forte disagio psicologico provocato dall’incertezza su come educare il proprio figlio e su come trovare il giusto equilibrio tra la nuova cultura di appartenenza e quella originaria (Spinelli et al., 2011). Le famiglie straniere, trasferendosi in un nuovo Paese, vanno infatti incontro ad una vera e propria “acculturazione”: questi genitori portano con sé la propria cultura di origine, la conoscenza implicita sull’educazione dei propri figli e gli obiettivi da raggiungere per il loro sviluppo, ma nella cultura di destinazione incontrano inevitabilmente nuove cognizioni e pratiche esplicite in materia di educazione dei loro bambini, con le quali devono integrarsi (Bornstein and Bohr, 2011). Educare i figli, per i genitori immigrati, determina la capacità di fornire quei valori e quei riferimenti culturali che permettono loro di appartenere allo stesso tempo sia al paese dove sono custodite le tradizioni famigliari, sia a quello di destinazione. Le conoscenze e le competenze educative acquisite nel paese di origine spesso non sono però valorizzate nel nuovo contesto sociale e il genitore potrebbe subire una vera e propria perdita di status, dovuta appunto all’annullamento delle competenze pregresse, con conseguenti effetti a livello psicologico. Tale situazione a rischio, oltre a causare alti livelli di stress, può comportare anche sintomatologie più gravi, come ad esempio la depressione (Bonetti e Fiorucci, 2006), con evidenti effetti sullo sviluppo emotivo ed intellettuale del bambino (Burstein, Stanger, Dumenci, 2012; Sperlich et al., 2011). In riferimento alle conseguenze del parenting dei genitori immigrati sullo sviluppo del bambino, nella letteratura internazionale sono presenti pochi dati. In uno studio di Daseking e collaboratori pubblicato nel 2011 sui bambini bilingui provenienti da famiglie immigrate, è stato dimostrato che questi bambini in età prescolare presentano risultati significativamente inferiori rispetto ai controlli non solo per quanto riguarda le abilità linguistiche, ma anche in riferimento alle capacità visive, spaziali e di calcolo necessarie per comprendere il compito (Daseking et al. 2011).

Alla luce di questi risultati, sembra importante approfondire l’esplorazione dei fattori di rischio e di protezione per lo sviluppo cognitivo e psicologico dei figli di famiglie immigrate (Nguyen et al, 2011).

Gli obiettivi del presente studio sono quelli di esplorare le possibili conseguenze che la genitorialità a rischio può avere sullo sviluppo cognitivo ed emotivo dei bambini nei contesti di immigrazione e di mettere a confronto la qualità dell’interazione madre-bambino tra stranieri e italiani.

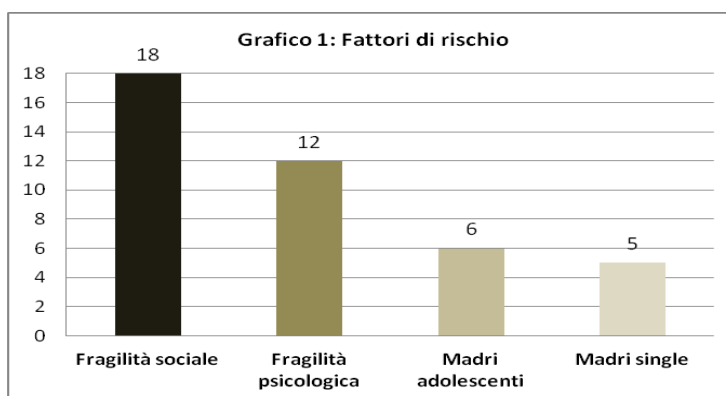
Ipotesi

Rifacendoci ai risultati presenti in letteratura, le ipotesi di questo studio sul parenting nei contesti di immigrazione sono le seguenti:

- **Hp 1:** il grado di benessere delle madri straniere è diverso rispetto a quello delle madri italiane (Spinelli et al., 2011);
- **Hp 2:** l'essere una madre straniera ha degli effetti sullo sviluppo cognitivo del bambino fino ai 12 mesi di vita (Deseeking et al. 2011);
- **Hp 3:** la qualità dell'interazione madre-bambino, valutata fino ai 12 mesi di vita del piccolo, nelle famiglie di immigrati, è diversa rispetto a quella delle famiglie italiane (Bornstein, Putnick and Lansford, 2011; Chaudhuri et al., 2009; Bornstein et al, 2008).

Campione

Hanno partecipato alla ricerca 18 diadi madre bambino facenti parte al progetto di ricerca-intervento *Scommettiamo sui giovani*³. Si tratta di donne a rischio alla loro prima esperienza come madri (primipare), reclutate al 7° mese di gravidanza e che rientrano in specifici fattori definiti dalla letteratura a rischio. Il campione è, suddiviso in 9 madri straniere e in 9 madri italiane, appaiate per fragilità sociale e psicologica. L'età media, al momento del reclutamento, delle 18 madri appartenenti al campione di ricerca è di 26,1 anni (ds=6,8); tutte le madri presentano elementi di fragilità sociale (100 %), 12 hanno fragilità psicologica (66,7 %), 6 sono adolescenti (33,3 %) e 5 crescono il proprio figlio senza l'aiuto di un partner (single, 27,8 %) (grafico 1).



³ *Scommettiamo sui giovani* è un progetto di ricerca-intervento longitudinale, della durata di 27 mesi per ciascuna coppia madre-bambino, che mira ad intervenire sul disagio infantile attraverso un programma di prevenzione psico-sociale basato su visite domiciliari precoci per il supporto alla genitorialità ed è realizzato grazie alla collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e il Laboratorio di Osservazione, Diagnosi e Formazione dell'Università degli Studi di Trento. Tale progetto è iniziato nel 2010 in due distretti del territorio trentino.

Per quanto riguarda le 9 madri italiane, l'età media è 25 anni (ds=8,1); 9 hanno fragilità sociale (100 %), 6 psicologica (66,7 %), 4 sono madri adolescenti (44,4 %) e 3 single (33,3 %).

L'età media delle 9 madri straniere è 27,3 anni (ds=5,39) e, in riferimento alla provenienza, 1 è bosniaca, 1 marocchina, 1 rumena, 1 polacca, 1 coreana, 1 indiana, 1 colombiana e 2 sono madri cubane; 9 hanno fragilità sociale (100 %), 6 psicologica (66,7 %), 2 sono adolescenti (22,2 %) e 2 single (22,2 %).

Procedura

I soggetti della ricerca sono stati reclutati a partire da marzo 2010 e fino a maggio 2011, dalle figure professionali dei Consultori e dei Servizi Territoriali presenti in 2 distretti del Trentino. I fattori di rischio a cui le figure professionali dovevano attenersi per il reclutamento erano: donne alla loro prima esperienza come madri (primipare) e avere almeno uno dei seguenti criteri: avere elementi di fragilità sociale, avere caratteristiche riconducibili alla fragilità psicologica, avere meno di 22 anni di età (madri adolescenti), crescere il bambino senza l'aiuto di un partner (madri single). La fragilità sociale, nel nostro campione di soggetti, include le madri straniere e/o che hanno al massimo la licenza della scuola dell'obbligo e/o che formano un nucleo familiare con una soglia di povertà assoluta inferiore o uguale a 13.125,9 euro l'anno (Istat, 2011; Istat, 2012). Il criterio della fragilità psicologica si riferisce a quelle madri aventi un punteggio General Stress Index (GSI) > 1 alla Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) e/o un indice >9 alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e/o mamme seguite da uno/a psicoterapeuta, psichiatra.

La somministrazione degli strumenti necessari per indagare la fragilità psicologica, il benessere delle madri e lo sviluppo del bambino, è avvenuta ad opera di due psicologhe, che in periodi sensibili della gravidanza e dello sviluppo del bambino hanno effettuato la valutazione a domicilio. Nello specifico, nel presente studio ci si è concentrati sulla somministrazione del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) in gravidanza e al 6° mese di vita del bambino; dell'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) in gravidanza e al 3° mese e delle Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) al 1°-3°-6°-12° mese di vita del bambino. Per poter codificare la qualità d'interazione madre-bambino, attraverso l'applicazione delle Emotional Availability Scales (Biringen, 2008), le psicologhe hanno videoregistrato situazioni domiciliari di interazione madre-bambino al 3°-6°-12° mese. Per quanto riguarda i video, la consegna che veniva data a tutte le madri, come esplicitato nel Manuale EAS della Biringen (Biringen, 2008), è stata quella di *"Fare ciò che sono solite fare con il proprio bambino, giocando ed interagendo con lui"*. La codifica è avvenuta ad opera di un'osservatrice esperta, che precedentemente ha ottenuto l'affidabilità di codifica direttamente dall'autrice della scala. In generale, è quindi possibile individuare 5 periodi di somministrazione:

- Tempo T0 = gravidanza;
- Tempo T1 = 1° mese di vita del bambino;
- Tempo T2 = 3° mese di vita del bambino;

- Tempo T3 = 6° mese di vita del bambino;
- Tempo T4 = 12° mese di vita del bambino.

Strumenti

L'indagine del benessere delle madri è avvenuta grazie alla somministrazione del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) e dell'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS). L'SCL-90-R (Derogatis, 1994) è un questionario di auto-somministrazione che valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico, sia internalizzanti (quali ansia, depressione, somatizzazione) che esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività). Si tratta di uno strumento utile sia per rilevare sintomi psicopatologici specifici sia per effettuare una valutazione globale dello stato psicologico della persona, nella popolazione generale, ma anche in soggetti clinici (pazienti psichiatrici o di medicina generale). L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; versione italiana di Benvenuti et al., 1999) è un questionario di autovalutazione utilizzato per lo *screening* precoce di alcuni sintomi tipici che caratterizzano la depressione, quali umore depresso, mancanza di interesse, senso di colpa, ansietà e paura di farsi del male.

La misurazione dello sviluppo dei bambini è avvenuta grazie alla somministrazione delle Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) (Griffiths, 1996; Battaglia e Savoini, 2007), significative per l'indagine dell'intelligenza e della crescita mentale.

La qualità dell'interazione madre-bambino è stata codificata attraverso le Emotional Availability Scales: Infancy to Early Childhood Version (EAS) (Biringen, 2008), che utilizzano il concetto della disponibilità emotiva (Biringen et al., 2000) come indicatore globale della relazione affettiva caregiver-bambino. Le EAS sono formate da 6 scale relative a 4 dimensioni della disponibilità emotiva del genitore (Sensibilità, Strutturazione, Non-intrusività, Non-ostilità) e a 2 aspetti della disponibilità emotiva del bambino (Responsività, Coinvolgimento). L'osservatore, precedentemente addestrato al fine di ottenere una soddisfacente affidabilità con uno degli autori della scala, deve attribuire per ogni scala un punteggio globale che va da 1 a 7, dato dalla somma dei singoli punteggi attribuiti alle sottoscale di ciascuna dimensione. Analizzando nello specifico le singole scale, la Sensibilità si riferisce alla capacità del caregiver di essere "emotivamente" connesso, in sintonia con il bambino; la Strutturazione implica la capacità dell'adulto di strutturare le attività seguendo le indicazioni del bambino e ponendo dei limiti adeguati; la Non-intrusività implica l'abilità dell'adulto di non interferire con l'attività che il bambino sta svolgendo; la Non-ostilità di non avere un atteggiamento svalutante ed emotivamente negativo (ad esempio, impaziente, annoiato, indifferente...) nei confronti del bambino; la Responsività si riferisce alla capacità del bambino di provare piacere e coinvolgimento stando in interazione con il caregiver; il Coinvolgimento riguarda i tentativi del bambino di coinvolgere e condividere le attività con l'adulto (Biringen, 2008).

Analisi statistiche

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software di statistica SPSS, valutando inizialmente l'andamento della distribuzione dei dati attraverso il test di Shapiro-Wilk. Mediante l'applicazione della statistica test t di Student (in caso di distribuzione parametrica) e del test U di Mann-Whitney (in caso di distribuzione non parametrica), è stato possibile confrontare: la media dei punteggi ottenuti dalle madri straniere e italiane all'SCL-90-R e all'EPDS per verificare eventuali differenze del livello di benessere; la media dei punteggi dei bambini di madri straniere e italiane ottenuti alle GMDS-R, a 1-3-6-12 mesi; la media dei punteggi ottenuti alle scale EAS per l'analisi dell'interazione madre-bambino stranieri e madre-bambino italiani, a 3-6-12 mesi.

Statistiche descrittive

Per quanto concerne le statistiche descrittive, sono state calcolate per ogni variabile dipendente media e deviazione standard riferite alla variabile indipendente. In appendice sono riportate le tabelle riassuntive.

Risultati

Hp 1: benessere delle madri

Dall'analisi dei dati non si riscontrano differenze significative tra le madri italiane e straniere nelle medie dei punteggi dell'SCL-90-R e dell'EPDS. In Appendice A - tabella 1 (SCL-90-R) e tabella 2 (EPDS) sono riportate le statistiche descrittive.

Nello specifico, per quanto riguarda l'SCL-90-R in gravidanza, la media GSI (indice globale di severità dei sintomi) delle madri italiane è 0,9 (ds=0,7), mentre di quelle straniere è 0,8 (ds=0,5); a 6 mesi la media GSI delle italiane è 0,6 (ds=0,5), mentre delle straniere è 0,9 (ds=0,7). I dati del GSI sono riassunti nella tabella 1.

- Tabella 2: GSI

| TEMPO SCL-90-R | indice | gruppo | N | MEDIA | DS |
|-------------------|--------|--------|---|-------|-----|
| T0 gravidanza | GSI | ITA | 9 | 0,9 | 0,7 |
| | | STRA | 9 | 0,8 | 0,5 |
| T3 6 mesi | GSI | ITA | 9 | 0,6 | 0,5 |
| | | STRA | 7 | 0,9 | 0,7 |

La media dei punteggi EPDS in gravidanza delle madri italiane è 10,3 (ds=6,3), di quelle straniere è 9,3 (ds=4,5); a 3 mesi la media delle italiane è 10 (ds=7,1), delle straniere 8,3 (ds=7,1). I dati dell'EPDS sono riassunti nella tabella 2.

- Tabella 3: EPDS

| TEMPO EPDS | gruppo | N | MEDIA | DS |
|---------------|--------|---|-------|-----|
| T0 gravidanza | ITA | 9 | 10,3 | 6,3 |
| | STRA | 7 | 9,3 | 4,5 |
| T2 3 mesi | ITA | 8 | 10,0 | 7,1 |
| | STRA | 7 | 8,3 | 7,1 |

Hp 2: sviluppo del bambino

Dall'analisi dei dati non si evidenziano differenze significative tra le medie dei punteggi totali e delle singole sottoscale delle GMDS-R, fino ai 12 mesi, nei 2 campioni. In Appendice B – tabella 1 sono riportate le statistiche descrittive delle GMDS-R.

Considerando nello specifico il quoziente di sviluppo generale (QG), a 1 mese di vita i bambini italiani hanno una media di 98,2 (ds=9,2), mentre quelli stranieri 101,8 (ds=6,6); a 3 mesi, il QG degli italiani è 96,7 (ds=4,4) e quello degli stranieri è 96,4 (ds=9,4); a 6 mesi il QG degli italiani è 90,8 (ds=8,8) e quello degli stranieri è 91,3 (ds=12,7); infine, a 12 mesi, il QG degli italiani è 95,8 (ds=15,2) e quello degli stranieri è 96,4 (ds=10,7). I dati del quoziente generale di sviluppo delle GMDS-R sono riassunti nella tabella 3.

- Tabella 4: Quoziente di sviluppo GMDS

| TEMPO GMDS-R | Scala | gruppo | N | MEDIA | DS |
|-----------------|-------|--------|---|-------|--------|
| T1 1 mese | QG | ITA | 6 | 98,2 | 9,196 |
| | | STRA | 5 | 101,8 | 6,648 |
| T2 3 mesi | QG | ITA | 7 | 96,7 | 4,424 |
| | | STRA | 7 | 96,4 | 9,414 |
| T3 6 mesi | QG | ITA | 8 | 90,8 | 8,844 |
| | | STRA | 7 | 91,3 | 12,685 |
| T4 12 mesi | QG | ITA | 8 | 95,8 | 15,248 |
| | | STRA | 7 | 96,4 | 10,706 |

Hp 3: qualità dell'interazione madre-bambino

A 3 mesi di vita del bambino (T2), su un totale di 15 diadi madre-bambino, di cui 8 madri sono italiane e 7 straniere, la statistica test t di Student (distribuzione parametrica dei dati) e il test U di Mann-Whitney (distribuzione non parametrica dei dati) ci permettono di osservare quanto segue. In Appendice C, tabella 1 sono riportati i dati della statistica descrittiva a 3 mesi.

Scala Sensibilità (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala "Sensibilità"** della madre, è significativamente superiore (U=9; z=-2,1; p=0,025) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Affetto" della madre, è significativamente superiore ($t_{(10,1)}=-3,2$; p=0,009) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Chiarezza delle percezioni" della madre, è significativamente superiore (U=10,5; z=-2,2; p=0,036) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Scala Strutturazione (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala "Strutturazione"** della madre, è significativamente superiore (U=11; z=-2; p=0,042) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Propensione alla guida" della madre, è significativamente superiore (U=10; z=-2,1; p=0,033) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Tentativi portati a buon fine" della madre, è significativamente superiore ($t_{(13)}=-2,6$; p=0,02) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Strutturazione verbale e non" della madre, è significativamente superiore (U=12; z=-2; p=0,046) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Scala Non ostilità (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Calma e tranquillità" della madre, è significativamente superiore (U=14; z=-2,1; p=0,036) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Scala Responsività (bambino):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala “Responsività”** del bambino, è significativamente superiore ($U=2,5$; $Z=-3,1$ $p=0,002$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Affetto” del bambino, è significativamente superiore ($t_{(13)}=-3,8$; $p=0,002$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Responsività emotiva” del bambino, è significativamente superiore ($U=0$; $Z=-3,4$ $p=0,001$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Posizione fisica” del bambino, è significativamente superiore ($t_{(7)}=-3,7$; $p=0,007$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Assenza di evitamento” del bambino, è significativamente superiore ($U=6,5$; $Z=-2,7$ $p=0,006$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;

Scala Coinvolgimento (bambino):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala “Coinvolgimento”** del bambino, è significativamente superiore ($U=3$; $Z=-2,9$ $p=0,003$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Iniziativa semplice” del bambino, è significativamente superiore ($U=5$; $Z=-2,7$ $p=0,006$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Contatto visivo” del bambino, è significativamente superiore ($U=3$; $Z=-3,1$ $p=0,001$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Posizione del corpo” del bambino, è significativamente superiore ($U=3,5$; $Z=-3,1$ $p=0,002$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Coinvolgimento verbale” del bambino, è significativamente superiore ($U=3,5$; $Z=-3,3$ $p=0,001$) per i bambini stranieri rispetto a quelli italiani;

A 6 mesi di vita del bambino (T3), su un totale di 15 diadi madre-bambino, di cui 8 madri sono italiane e 7 straniere, la statistica test t di Student (distribuzione parametrica dei dati) e il test U di Mann-

Whitney (distribuzione non parametrica dei dati) ci permettono di osservare quanto segue. In Appendice C, tabella 2 sono riportati i dati della statistica descrittiva a 6 mesi.

Scala Sensibilità (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Chiarezza delle percezioni” della madre, è significativamente superiore ($U=12$; $z=-2,1$; $p=0,042$) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Quantità di interazioni” della madre, è significativamente superiore ($U=10,5$; $z=-2,3$; $p=0,022$) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Scala Strutturazione (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Numero di strutturazioni” della madre, è significativamente superiore ($U=12,5$; $z=-1,9$; $p=0,047$) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Scala Responsività (bambino):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Posizione fisica” della madre, è significativamente superiore ($U=10,5$; $z=-2,3$; $p=0,022$) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

A 12 mesi di vita del bambino (T4), su un totale di 15 diadi madre-bambino, di cui 8 madri sono italiane e 7 straniere, la statistica test t di Student (distribuzione parametrica dei dati) e il test U di Mann-Whitney (distribuzione non parametrica dei dati) ci permettono di osservare quanto segue. In Appendice C, tabella 3 sono riportati i dati della statistica descrittiva a 12 mesi.

Scala Non ostilità (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala “Assenza di negatività” della madre, è significativamente superiore ($U=7,5$; $z=-2,5$; $p=0,012$) per le madri straniere rispetto a quelle italiane;

Nella tabella 4 sono riassunti i punteggi significativi ai tempi T2, T3 e T4.

- Tabella 4: punteggi significativi EAS

| EAS SCALA | EAS scala - sottoscala | T2 - 3 mesi | T3 – 6 mesi | T4 - 12 mesi |
|----------------------|-------------------------------|-----------------|-------------|--------------|
| | | Significatività | | |
| SCALA SENSIBILITÀ | SCALA SENSIBILITA' | 0,025 | - | - |
| | Affetto | 0,009 | - | - |
| | Chiarezza percezioni | 0,036 | 0,042 | - |
| | Quantità di interazioni | - | 0,022 | - |
| SCALA STRUTTURAZIONE | SCALA STRUTTURAZIONE | 0,042 | - | - |
| | Numero di strutturazioni | - | 0,047 | - |
| | Propensione alla guida | 0,033 | - | - |
| | Tentativi portati a buon fine | 0,020 | - | - |
| | Strutturazione verbale e non | 0,046 | - | - |
| SCALA NON OSTILITA' | Calma e tranquillità | 0,036 | - | - |
| | Assenza di negatività | - | - | 0,012 |
| SCALA RESPONSABILITÀ | SCALA RESPONSABILITÀ | 0,002 | - | - |
| | Affetto | 0,002 | - | - |
| | Responsività emotiva | 0,001 | - | - |
| | Posizione fisica | 0,007 | 0,022 | - |
| | Assenza di evitamento | 0,006 | - | - |
| SCALA COINVOLGIMENTO | SCALA COINVOLGIMENTO | 0,003 | - | - |
| | Iniziativa semplice | 0,006 | - | - |
| | Contatto visivo | 0,001 | - | - |
| | Posizione del corpo | 0,002 | - | - |
| | Coinvolgimento verbale | 0,001 | - | - |

Discussione

Analizzando i risultati riguardanti il livello di benessere delle madri, emerge che sia le italiane che le straniere del nostro campione, in gravidanza, hanno un livello di depressione (misurato mediante l'EPDS)

superiore al cut-off. Entrambi i gruppi di madri hanno quindi elementi depressivi ma, sebbene senza significatività, le madri italiane presentano una media più alta di sintomi depressivi rispetto alle straniere. Questa differenza permane anche all'età di 3 mesi del bambino, dove però le madri straniere riducono il loro livello medio di sintomi depressivi al di sotto del cut-off, rilevando un miglioramento rispetto alla gravidanza. Probabilmente quindi, avere un figlio per le straniere rappresenta una maniera per superare la depressione, una motivazione per diminuire l'ansia e per sentirsi utili ed importanti. Un adeguato livello di benessere delle madri influisce anche sullo sviluppo psico-fisico del bambino (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart, Curtis, 2004) infatti, anche se i dati non sono significativi, osservando nel tempo le medie del quoziente generale di sviluppo nei due campioni, emerge che le abilità cognitive dei bambini stranieri sono superiori rispetto a quelle degli italiani. Questi dati, conformemente a quanto riportato in letteratura, danno prova di come la fragilità psicologica, nello specifico la depressione, influisce sullo sviluppo cognitivo del bambino (Almeida et al., 2012; Burstein, Stanger, Dumenci, 2012), indipendentemente dall'essere madri in terra straniera o meno.

Dati interessanti sono anche quelli inerenti l'indagine della qualità dell'interazione genitore-bambino, cioè sul modo in cui ciascun partner esprime le emozioni ed è sensibile a quelle dell'altro (Emde and Easter-brooks, 1985), rilevati attraverso la codifica delle scale EAS. Tali risultati dimostrano in generale migliori qualità delle madri e dei bambini stranieri, in particolare durante i primi mesi di vita.

A 3 mesi infatti, le madri straniere sono più sensibili nei confronti dei bambini, dimostrando affetto positivo, spontaneo e autentico e rispondendo adeguatamente ai segnali dei piccoli attraverso modalità comunicative corrette e tranquille. Durante l'interazione con il proprio figlio sono più abili nella strutturazione del gioco, fornendo una cornice di riferimento ed un'impalcatura adeguata e usando preventivamente modalità di guida e di direzione sul gioco. La strutturazione avviene sia attraverso il canale verbale, sia quello non verbale ed è finalizzata ad aumentare il livello di sviluppo del bambino. La gestione delle situazioni improvvise avviene con calma e tranquillità. All'aumentare dei sentimenti positivi e di affetto provati dalle madri, aumenta il desiderio dei figli di rispondere e di stare emotivamente in interazione con loro, mantenendo il contatto oculare anche durante il gioco o le attività. I bambini stranieri ricercano e coinvolgono le madri non solo attraverso lo sguardo, ma anche mediante la posizione del corpo e il suono della voce. A 6 mesi, permangono ancora alcune differenze nella qualità dell'interazione madre-bambino, sempre a favore delle diadi straniere, anche se il livello di disponibilità emotiva delle italiane è comunque buono. Nello specifico, le madri straniere sono più brave nel saper cogliere e rispondere ai segnali dei piccoli, utilizzando modalità comunicative corrette e tranquille, registrando un numero superiore di momenti d'interazione e di strutturazione del gioco. Anche a 6 mesi, il bambino straniero coinvolge la madre nelle attività attraverso il contatto oculare e la posizione del corpo. La relazione con il proprio bambino, in particolare nei primi mesi dopo la nascita, sembra costituire per le madri straniere una motivazione in più per reagire al nuovo contesto territoriale in cui vivono, un momento in cui poter

esprimere al meglio le proprie abilità e riversarle sul bambino stesso. A 12 mesi invece, le disuguaglianze tra i due campioni sembrano livellarsi, mostrando un'unica differenza nell'abilità delle straniere di regolare il proprio stato emotivo, quindi capaci di adattarsi alle diverse situazioni mettendo in atto comportamenti adeguati e privi di ansia.

Le madri italiane a rischio hanno bisogno di un tempo di adeguamento al bambino più lungo rispetto alle straniere, le quali trovano nel bambino la motivazione giusta per adattarsi al nuovo contesto sociale.

Conclusioni

Nel campione di diadi analizzato in questo studio, emerge che il fattore di rischio della fragilità psicologica ha effetti significativi sullo sviluppo del bambino indipendentemente dalla cultura di appartenenza o dall'essere madri in terra straniera. Le madri immigrate, dopo aver partorito, trovano nella cura del bambino la motivazione necessaria per reagire allo svantaggio sociale, trasformando le difficoltà in desiderio finalizzato all'integrazione. Il bambino costituisce per queste madri solo un motivo di sicurezza, una radice che dà stabilità e conforto. Rappresenta una fonte di protezione, una maniera per proteggersi dall'incertezza della realtà esterna. L'obiettivo di crescere e di allevare il proprio figlio, di fornirgli tutte le risorse necessarie per adeguarsi ed integrarsi nella nuova realtà sociale, fornisce a queste madri una forza tale da permettere loro di superare lo svantaggio e di dedicarsi interamente al suo sviluppo e alla qualità dell'interazione. Riescono a trovare nel bambino la motivazione giusta per reagire positivamente al nuovo contesto ambientale, in particolare nei primi mesi dalla sua nascita. Indipendentemente dalla modalità di accudire il proprio figlio, dettata dalla cultura di appartenenza, l'essere madri in terra straniera rappresenta un fattore di protezione in grado di migliorare la qualità d'interazione mamma-bambino. I tempi di adattamento al bambino, per queste madri, sono molto più veloci rispetto a quelli delle italiane, probabilmente proprio in conseguenza del valore protettivo che assume il figlio per loro.

Studi futuri avranno l'obiettivo di approfondire la qualità del supporto sociale del contesto in cui vivono le madri e analizzare longitudinalmente, dopo l'anno di vita del bambino, il suo quoziente di sviluppo, il livello di benessere delle madri e la qualità dell'interazione madre-bambino.

Articolo 4: Valutazione preliminare dell'efficacia dell'intervento di supporto alla genitorialità a rischio in Trentino

Introduzione

Condizioni quali la fragilità psicologica, la povertà sociale o l'età molto giovane delle madri possono inficiare la qualità delle cure e le modalità d'interazione genitore-bambino, rappresentando un rischio per i processi evolutivi dei figli (Bornstein & Bradley, 2003; Mayes, Fonagy, Target, 2007). In conseguenza dell'aumento considerevole delle situazioni familiari a rischio psicosociale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002) raccomanda vivamente la messa in pratica di interventi preventivi che includano la promozione della salute e il miglioramento delle competenze parentali, con l'obiettivo di ridurre i fattori di rischio e di aumentare quelli di protezione (Cassibba e van IJzendoorn, 2005; Lyons-Ruth e Easterbrooks, 2006; Zeanah, Laurrieu, Boris e Nagle, 2006). Le madri possono essere efficacemente supportate con interventi precoci specifici che favoriscano lo sviluppo di una sana genitorialità, attraverso il rafforzamento di fiducia, sicurezza, conoscenze sullo sviluppo del bambino e comprensione delle modalità interattive (Tremblay, Japel, 2003; Olds, Kitzman, 1990). La prevenzione rappresenta il mezzo più efficace per ridurre il disagio e promuovere il benessere e tanto più precoci sono gli interventi preventivi tanto maggiore si rivela la loro efficacia e il beneficio per la società (Brophy-Herb, Holly E. et al., 2009). Persino aspetti psico-sociali tanto rilevanti quanto allarmanti, quali il disagio infantile, possono essere efficacemente contrastati attraverso interventi specifici attivati sin dalla nascita o, meglio ancora, durante la gravidanza attraverso il coinvolgimento dei genitori. Un intervento precoce basato sulla relazione *caregiver*-bambino può ridurre lo stress e il conflitto legati alle difficoltà di relazione, rafforzare il processo di sviluppo dell'interazione e attivare e sostenere i processi evolutivi salienti del bambino (Ammaniti et al., 2007). Tali programmi di prevenzione sembrano quindi per la maggior parte rivolti a condizioni di rischio riguardanti il genitore o il bambino; rari sono invece quelli rivolti alla popolazione in generale, che non presenta cioè particolari condizioni di rischio (Riva Crugnola, 2012)

L'obiettivo generale di questo studio è quello di verificare l'efficacia di un intervento preventivo di supporto alla genitorialità rivolto alle madri a rischio, realizzato in Trentino a partire dal 2010.

Scommettiamo sui giovani: progetto di home visiting in Trentino

Programmi internazionali di promozione della salute hanno messo in pratica diverse strategie di sostegno alla genitorialità, molte delle quali svolte all'interno dei contesti familiari mediante visite domiciliari: l'*home visiting*. Il termine è utilizzato per indicare un'ampia gamma di programmi, che però sono accomunati da alcune caratteristiche come l'offerta di un particolare tipo di servizio, la prevenzione, aiutare i figli attraverso il sostegno ai loro genitori e il focus sui bambini ancora molto piccoli (Sweet e Appelbaum, 2004). Negli Stati Uniti d'America i programmi di home visiting sostengono più di 500 mila

famiglie (Gomby, Culross, Behrman, 1999), mentre in Europa sono sempre più integrati nei sistemi sociali e sanitari già esistenti (Azzi-Lessing, 2011; Kahn, Moore, Haven, 2010; Guedeney et al., 2001). Lo scopo generale dei programmi di *home visiting* è quello di promuovere la salute e il benessere dei bambini aiutando i genitori a migliorare le loro capacità di cura e di accudimento e di fornire esperienze stimolanti, in particolare nei primi tre anni di vita, quando il bambino è particolarmente sensibile alle sollecitazioni ambientali (Nievar, Van Egeren and Pollard, 2010; Howard and Brooks-Gunn, 2009; Olds, 2006; Olds et al., 1998). L'approccio prevalentemente utilizzato è di tipo psico-educativo, in modo tale da fornire indicazioni pratiche ai genitori, necessarie alla cura fisica e psicologica del bambino nei primi mesi di vita. Spesso si punta anche ad incrementare la consapevolezza della famiglia sulla possibilità di accedere e di usufruire dei servizi già presenti sul territorio (Riva Crugnola, 2012). Nella maggior parte dei programmi, le visite domiciliari vengono effettuate ad intervalli costanti e regolari da esperti come infermieri, ostetriche, psicologi o assistenti sociali precedentemente formati e periodicamente supervisionati. Tali operatori fungono da base sicura per le famiglie, in grado di fornire il supporto adeguato, di mostrarsi collaborativi ed empatici rispetto alle difficoltà dei genitori, aiutandoli a riflettere sulla qualità dell'interazione con il bambino e sulle pratiche di accudimento (Ammaniti et al., 2006).

Il fondatore dei programmi di *home visiting* è David Olds, che mise a punto negli Stati Uniti il progetto "Nurse Family Partnership" (NFP) (Olds et al., 2003; 1998). I progetti di ricerca-intervento "Elmira" e "Memphis", rivolti a madri primipare con basso reddito e alle loro famiglie, consistono in visite domiciliari con cadenza settimanale per le prime sei settimane dal parto e poi bisettimanali dalla gravidanza fino ai due anni di vita del bambino, realizzate da infermiere professionali che hanno seguito un corso di formazione specifico. Secondo i dati riportati da Olds relativamente all'efficacia, gli interventi di *home visiting* sono in grado di ridurre l'accudimento disfunzionale dei bambini e di migliorare la qualità genitoriale (Olds, 2002). Oltre a fondarsi sui dati di ricerca, l'NFP si basa su un impianto teorico di riferimento, in particolare la teoria dell'attaccamento, la teoria dell'autoefficacia e la teoria ecologica di Bronfenbrenner (Olds et al., 1997).

Diverse ricerche hanno quindi dimostrato l'efficacia degli interventi di prevenzione precoce nel migliorare le capacità di accudimento parentale e la qualità della relazione madre-bambino, aumentare il benessere della madre e promuovere i processi di sviluppo del bambino, a breve e a lungo termine (Olds et al., 2004; Olds et al., 2002; Kendrick et al., 2000; Lyons-Ruth et al., 1990). Sandler et al. (2011) hanno proposto tre meccanismi che potrebbero spiegare gli effetti a lungo termine degli interventi preventivi di supporto ai genitori: a) il miglioramento della competenza dei genitori e della loro percezione di efficacia e la riduzione degli ostacoli alla messa in atto di cure efficaci; b) la promozione a breve termine dei processi di sviluppo del bambino e della sua capacità di adattamento; c) il miglioramento del contesto ambientale in cui il bambino cresce o delle transizioni tra il bambino e l'ambiente sociale. Molti studi hanno riscontrato che la qualità della relazione tra l'operatore e la famiglia è una componente fondamentale per la buona

riuscita degli interventi domiciliari (Nievar, Van Egeren and Pollard, 2010; Sweet and Appelbaum, 2004), così come la frequenza intensiva delle visite domiciliari (Lyons-Ruth and Easterbrooks, 2006).

Anche in Trentino è stato avviato nel 2010 un progetto di ricerca – intervento, *Scommettiamo sui giovani*, rivolto alle madri a rischio, realizzato grazie alla collaborazione tra la Provincia Autonoma di Trento, l'Università degli Studi di Trento e l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Tale progetto si concluderà a settembre 2014.

L'obiettivo di *Scommettiamo sui giovani* è quello di supportare le madri nel loro difficile compito dalla gravidanza fino al secondo anno di vita del bambino, mediante visite domiciliari effettuate inizialmente da un'ostetrica e successivamente da un'educatrice, per dimostrare che il supporto alla genitorialità a rischio ha effetti positivi sulla diade a lungo termine, con benefici sull'intera società. Qualora il progetto ricevesse importanti conferme, l'obiettivo finale sarà quello di applicare in Trentino una prassi comunitaria di prevenzione del disagio infantile e promozione del benessere.

Ipotesi

Partendo dai dati della letteratura, le ipotesi del nostro studio preliminare sono le seguenti:

- **Hp 1:** supportare la genitorialità a rischio fin dalla gravidanza ha effetti positivi sullo sviluppo del bambino (Olds et al., 2004; Olds et al., 2002; Kendrick et al., 2000; Lyons-Ruth et al., 1990);
- **Hp 2:** l'attivazione efficace e capillare della rete sociale intorno alla diade ha effetti positivi sullo sviluppo del bambino (Riva Crugnola, 2012; Sandler et al., 2011).

Campione

Questo studio preliminare ha coinvolto 68 diadi madre – bambino, suddivise nelle 2 zone del Trentino in cui si è realizzato il progetto. Nello specifico, nella zona A abbiamo un totale di 31 diadi, di cui 22 fanno parte del gruppo sperimentale (età media delle madri: 25,32; ds=7,39) e 9 di quello di controllo (età media delle madri:29,44; ds=6,6). Nella zona B invece, rientrano nella ricerca 37 diadi, di cui 24 appartenenti al gruppo sperimentale (età media delle madri: 24,92; ds=6,3) e 13 a quello di controllo (età media delle madri: 28,54; ds=5,32).

Sono tutte madri che rientrano in alcuni criteri definiti dalla letteratura a rischio.

Per quanto riguarda la zona A:

- nel gruppo sperimentale, 14 donne hanno elementi di fragilità psicologica (63,64%), 6 sono socialmente fragili (27,27%), 6 sono single (27,27%) e 11 sono giovani madri (50%).

In riferimento alla numerosità dei fattori di rischio, 11 donne hanno un unico fattore di rischio (50%), 7 hanno 2 fattori di rischio (31,81%) e 4 hanno 3 o più fattori di rischio (18,18%);

- nel gruppo di controllo, 8 donne hanno elementi di fragilità psicologica (88,89%), 1 è socialmente fragile (11,11%), 1 è single (11,11%) e 1 è giovane madre (11,11%).

In riferimento alla numerosità dei fattori di rischio, 7 donne hanno un unico fattore di rischio (77,78%), 2 hanno 2 fattori di rischio (22,23%) e nessuna donna ha 3 o più fattori di rischio.

Per quanto riguarda la zona B:

- nel gruppo sperimentale, 14 donne hanno elementi di fragilità psicologica (58,3%), 8 sono socialmente fragili (34,3%), 9 sono single (37,5%) e 11 sono giovani madri (45,83%).

In riferimento alla numerosità dei fattori di rischio, 10 donne hanno un unico fattore di rischio (41,67%), 5 hanno 2 fattori di rischio (20,83%) e 3 hanno 3 o più fattori di rischio (12,5%);

- nel gruppo di controllo, 10 donne hanno elementi di fragilità psicologica (76,92%), 7 sono socialmente fragili (53,85%), 3 sono single (23,07%) e 2 sono giovani madri (15,38%).

In riferimento alla numerosità dei fattori di rischio, 7 donne hanno un unico fattore di rischio (53,85%), 4 hanno 2 fattori di rischio (30,77%) e 2 hanno 3 o più fattori di rischio (15,38%).

Procedura

A partire da marzo 2010 e fino a settembre 2012 le figure professionali dei Consulenti e dei Servizi Territoriali presenti in alcuni distretti del Trentino si sono occupate del reclutamento dei soggetti.

I fattori di rischio a cui le figure professionali dovevano attenersi per il reclutamento erano: donne alla loro prima esperienza come madri (primipare) e avere almeno uno dei seguenti criteri: avere elementi di fragilità sociale, avere caratteristiche riconducibili alla fragilità psicologica, avere meno di 22 anni di età (madri adolescenti), crescere il bambino senza l'aiuto di un partner (madri single). La fragilità sociale, nel nostro campione di soggetti, include le madri straniere e/o che hanno al massimo la licenza della scuola dell'obbligo e/o che formano un nucleo familiare con una soglia di povertà assoluta inferiore o uguale a 13.306,12 euro l'anno (Istat, 2013; Istat, 2012; Istat, 2011). Il criterio della fragilità psicologica, nel nostro campione, si riferisce a quelle madri aventi un punteggio General Stress Index (GSI) > 1 alla Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) e/o un indice >9 alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e/o mamme seguite da uno/a psicoterapeuta, psichiatra.

L'intero campione di madri a rischio, distinto in due zone del Trentino (zona A e zona B), diverse dal punto di vista dei servizi territoriali attivi e della conformazione geografica, è stato suddiviso in un campione sperimentale (sottoposto ad uno specifico programma di intervento) e in un campione di controllo (senza intervento). Le madri appartenenti al campione sperimentale ricevono settimanalmente una visita domiciliare inizialmente da un'ostetrica (dal 7° mese di gravidanza e fino al 3° mese di vita del bambino) e successivamente da un'educatrice (fino al 2° anno di vita).

Sull'intero campione di diadi viene somministrata, in periodi sensibili della gravidanza e dello sviluppo del bambino, una batteria di strumenti necessari all'indagine del benessere delle madri, dello sviluppo del bambino e della qualità della relazione madre-bambino. Due psicologhe somministrano tali strumenti a domicilio. Nello specifico, nel presente studio preliminare ci si è concentrati sull'analisi di

confronto ENTRO le due zone tra il campione di controllo e quello sperimentale del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) e dell'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) per l'indagine del benessere materno e delle Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) per l'analisi del quoziente di sviluppo del bambino.

Tutte le famiglie vengono inoltre indirizzate verso i servizi presenti sul territorio, in modo tale da permettere ai partecipanti di fare un uso migliore dei servizi prescolari, sanitari e sociali già esistenti sul territorio trentino, migliorandone l'impatto.

Nella tabella 1 vengono riportati i tempi di somministrazione degli strumenti, in riferimento alle nostre analisi.

- Tabella 5

| Tempo | Strumento/i |
|------------------------|----------------|
| T0 – Gravidanza | EPDS, SCL-90-R |
| T1 - 1 mese | GMDS-R |
| T2 - 3 mesi | GMDS-R |
| T3 - 6 mesi | GMDS-R |
| T4 - 12 mesi | GMDS-R |
| T5 - 18 mesi | GMDS-R |

Strumenti

L'SCL-90-R (Derogatis, 1994) è un questionario di auto-somministrazione che valuta la presenza e la gravità di sintomi di disagio psichico, sia internalizzanti (quali ansia, depressione, somatizzazione) che esternalizzanti (quali aggressività, ostilità, impulsività). Si tratta di uno strumento utile sia per rilevare sintomi psicopatologici specifici sia per effettuare una valutazione globale dello stato psicologico della persona, nella popolazione generale, ma anche in soggetti clinici (pazienti psichiatrici o di medicina generale). Per la nostra ricerca è stato utilizzato il cut-off Global Severity Index (GSI) >1 per discriminare le madri aventi elementi di fragilità psicologica, seguendo le norme del manuale di somministrazione. Il GSI misura il numero di sintomi e l'intensità del disagio percepito.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; versione italiana di Benvenuti et al., 1999) è un questionario di autovalutazione utilizzato per lo *screening* precoce di alcuni sintomi tipici che caratterizzano la depressione, quali umore depresso, mancanza di interesse, senso di colpa, ansietà e paura di farsi del male. Nel presente studio viene utilizzato un punteggio >9 per poter individuare le madri aventi elementi di fragilità psicologica (Benvenuti et al., 1999).

Le Griffiths Mental Development Scale-Revised (GMDS-R) (Griffiths, 1996; Battaglia e Savoini, 2007) sono state somministrate per misurare gli aspetti dello sviluppo dei bambini, significativi per l'intelligenza e per la crescita mentale.

Analisi statistiche

Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software di statistica SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, 19.0), valutando inizialmente l'andamento della distribuzione dei dati attraverso il test di Shapiro-Wilk. Nel caso di 2 campioni indipendenti, si sono utilizzati il test T di Student per le distribuzioni con andamento normale e il test U di Mann-Whitney per quelle con andamento non parametrico.

Statistiche descrittive

Le statistiche descrittive sono riportate in APPENDICE A, tabella 1.

Risultati

Hp 1: supportare la genitorialità a rischio ha effetti positivi sullo sviluppo del bambino

Per la verifica di questa ipotesi sono stati confrontati nel tempo i livelli di sviluppo dei bambini (mediante le GMDS-R) appartenenti al campione sperimentale vs. di controllo, ENTRO le 2 zone di interesse. Come precedentemente anticipato, le caratteristiche geografiche e la diversa fruibilità dei servizi territoriali, impedisce infatti un tipo di confronto TRA le 2 zone.

Per quanto riguarda la zona A, tenendo in considerazione la numerosità del campione e l'età dei bambini, è stato possibile effettuare le analisi di confronto fino ai 6 mesi. A parità di livello di benessere delle madri, misurato attraverso il Global Severity Index (GSI – SCL-90-R) e l'EPDS in gravidanza (riassunto dei dati in Appendice B, tabella 1), dall'analisi dei dati sono emerse differenze tra le medie statisticamente significative del livello di sviluppo del bambino, riassunte nella tabella 2.

- Tabella 6: GMDS zona A

| T | GMDS | Campione | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | |
|--------|------------------|----------|----|--------|-------|--------|----|-------|-------------------|-------|-------|
| | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. |
| 1 mese | Locom (A) | Contr | 9 | 87 | 16,49 | | | | 22 | -2,09 | 0,03 |
| | | Sperim | 11 | 99,36 | 6,56 | | | | | | |
| 3 mesi | Locom (A) | Contr | 8 | 91 | 9,07 | -2,2 | 24 | 0,03 | | | |
| | | Sperim | 18 | 102,89 | 13,9 | | | | | | |
| | Ascolto Ling (C) | Contr | 8 | 85,75 | 10,89 | -2,52 | 24 | 0,01 | | | |
| | | Sperim | 18 | 98,89 | 12,77 | | | | | | |

Nello specifico:

a 1 mese la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale (M=99,36; ds=6,56) è significativamente superiore (U=22; z=-2,09; p-value=0,03) rispetto alla media dei bambini che non sono stati seguiti dall'intervento (M=87; ds=16,49);

a 3 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale (M=102,89; ds=13,9) è significativamente superiore ($t_{(24)}=-2,2$; p-value=0,03) rispetto alla media dei bambini che non sono stati seguiti dall'intervento (M=91; ds=9,07). Sempre a 3 mesi, anche la media dell'area ascolto e linguaggio (sottoscala C) dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale (M=98,89; ds=12,77) è significativamente superiore ($t_{(24)}=-2,52$; p-value=0,01) rispetto alla media dei bambini che non sono stati seguiti dall'intervento (M=85,75; ds=10,89).

Per quanto riguarda la zona B, tenendo in considerazione la numerosità del campione e l'età dei bambini, è stato possibile effettuare le analisi di confronto fino ai 12 mesi. A parità di livello di benessere delle madri, misurato attraverso il Global Severity Index (GSI – SCL-90-R) e l'EPDS in gravidanza (riassunto dei dati in Appendice B, tabella 2), dall'analisi dei dati sono emerse differenze tra le medie statisticamente significative del livello di sviluppo del bambino, riassunte nella tabella 3.

- Tabella 7: GMDS zona B

| T | GMDS | Campione | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | |
|-----------|--------------|----------|----|--------|-------|--------|----|-------|-------------------|------|-------|
| | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. |
| 3 mesi | Locom (A) | Contr | 13 | 92,31 | 10,49 | | | | 88 | -2,2 | 0,02 |
| | | Sperim | 24 | 100,96 | 11,47 | | | | | | |
| 6 mesi | Locom (A) | Contr | 13 | 97,38 | 12,21 | -2,07 | 34 | 0,04 | | | |
| | | Sperim | 24 | 106 | 11,87 | | | | | | |

Nello specifico:

a 3 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale (M=100,96; ds=11,47) è significativamente superiore (U=88; z=-2,2; p-value=0,02) rispetto alla media dei bambini che non sono stati seguiti dall'intervento (M=92,31; ds=10,49);

a 6 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini appartenenti al gruppo sperimentale (M=106; ds=11,87) è significativamente superiore ($t_{(34)}=-2,07$; p-value=0,04) rispetto alla media dei bambini che non sono stati seguiti dall'intervento (M=97,38; ds=12,21).

Hp 2: l'attivazione efficace della rete sociale ha effetti positivi sullo sviluppo del bambino

Dal momento che nella zona B il livello di attivazione della rete sociale durante la realizzazione del progetto è stata molto più intensa rispetto alla zona A, per la verifica dell'Hp2 sono stati confrontati nel tempo i livelli di sviluppo dei bambini (mediante le GMDS-R) TRA il campione sperimentale della zona A e il campione sperimentale della zona B; in seguito si è effettuato il confronto TRA il campione di controllo della zona A e quello della zona B.

In riferimento al confronto TRA campione sperimentale zona A e campione sperimentale zona B, tenendo in considerazione la numerosità e l'età dei bambini, è stato possibile effettuare le analisi di confronto fino ai 24 mesi. A parità di livello di benessere delle madri, misurato attraverso il Global Severity Index (GSI – SCL-90-R) e l'EPDS in gravidanza (riassunto dei dati in Appendice C, tabella 1), dall'analisi dei dati sono emerse differenze tra le medie statisticamente significative del livello di sviluppo del bambino, riassunte nella tabella 4.

- Tabella 8: GMDS zona A e zona B gruppo sperimentale

| T | GMDS | Zona | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | | |
|--------|-----------------------|------------------|----|--------|--------|--------|------|---------|-------------------|-------|-------|--|
| | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. | |
| 1 mese | Ascolto ling (C) | A | 11 | 98,81 | 8,37 | 2,29 | 32 | 0,02 | | | | |
| | | B | 23 | 105,91 | 8,6 | | | | | | | |
| 6 mesi | Locom (A) | A | 17 | 90,17 | 14,05 | | | | 76,5 | -3,27 | 0,001 | |
| | | B | 23 | 106 | 11,87 | | | | | | | |
| | Person sociale (B) | A | 17 | 86,18 | 20,51 | 3,4 | 19,5 | 0,003 | | | | |
| | | B | 23 | 104,00 | 7,86 | | | | | | | |
| | Ascolto ling (C) | A | 17 | 96,59 | 17,03 | 4,2 | 25,7 | < 0,001 | | | | |
| | | B | 23 | 116,43 | 11,08 | | | | | | | |
| | Coord occhio mano (D) | A | 17 | 85,12 | 17,69 | | | | 121 | -2,05 | 0,04 | |
| | | B | 23 | 97,22 | 9,04 | | | | | | | |
| | Perform (E) | A | 17 | 81,35 | 18,85 | 4,3 | 18,5 | < 0,001 | | | | |
| | | B | 23 | 101,96 | 6,21 | | | | | | | |
| | Q. gener (QG) | A | 17 | 88,12 | 15,87 | 4,1 | 21,5 | < 0,001 | | | | |
| | | B | 23 | 105,39 | 7,65 | | | | | | | |
| | 12 mesi | Ascolto ling (C) | A | 19 | 90,37 | 9,97 | 4,7 | 34 | < 0,001 | | | |
| | | | B | 17 | 104,88 | 7,98 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------------------------|---|----|--------|-------|-----|----|---------|--|--|--|
| | Coord occhio mano (D) | A | 19 | 91,74 | 14,11 | 4,1 | 34 | < 0,001 | | | |
| | | B | 17 | 108,76 | 9,86 | | | | | | |
| 18 mesi | Person sociale (B) | A | 14 | 90,57 | 13,51 | 2,1 | 18 | 0,05 | | | |
| | | B | 6 | 104,50 | 14,28 | | | | | | |
| | Ascolto ling (C) | A | 14 | 85,79 | 14,34 | 2,9 | 18 | 0,01 | | | |
| | | B | 6 | 103,17 | 2,93 | | | | | | |
| | Q. gener (QG) | A | 14 | 89,93 | 12,63 | 2,3 | 18 | 0,03 | | | |
| | | B | 6 | 102,67 | 5,16 | | | | | | |

Nello specifico:

a 1 mese la media dell'area ascolto e linguaggio (sottoscala C) dei bambini della zona A (M=98,81; ds=8,37) è significativamente inferiore ($t_{(32)}=-2,29$; p-value=0,02) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=105,91; ds=8,6).

A 6 mesi la media dell'area locomotoria (sottoscala A) dei bambini della zona A (M=90,17; ds=14,05) è significativamente inferiore (U=76,5; z=-3,27; p-value=0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=106; ds=11,87); la media dell'area personale-sociale (sottoscala B) dei bambini della zona A (M=86,18; ds=20,51) è significativamente inferiore ($t_{(19,5)}=3,4$; p-value=0,003) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=104; ds=7,86); la media dell'area ascolto-linguaggio (sottoscala C) dei bambini della zona A (M=96,59; ds=17,03) è significativamente inferiore ($t_{(25,7)}=4,2$; p-value=<0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=116,43; ds=11,08); la media dell'area coordinazione occhio-mano (sottoscala D) dei bambini della zona A (M=85,12; ds=17,69) è significativamente inferiore (U=121; z=-2,05; p-value=0,04) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=97,22; ds=9,04); la media dell'area performance (sottoscala E) dei bambini della zona A (M=81,35; ds=18,85) è significativamente inferiore ($t_{(18,5)}=4,3$; p-value=<0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=101,96; ds=6,21); la media del quoziente generale (QG) dei bambini della zona A (M=88,12; ds=15,87) è significativamente inferiore ($t_{(21,5)}=4,1$; p-value=<0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=105,39; ds=7,65).

A 12 mesi la media dell'area ascolto-linguaggio (sottoscala C) dei bambini della zona A (M=90,37; ds=9,97) è significativamente inferiore ($t_{(34)}=4,7$; p-value=<0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=104,88; ds=7,98); la media dell'area coordinazione occhio-mano (sottoscala D) dei bambini della zona A (M=91,74; ds=14,11) è significativamente inferiore ($t_{(34)}=4,1$; p-value=<0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=108,76; ds=9,86).

A 18 mesi la media dell'area personale-sociale (sottoscala B) dei bambini della zona A (M=90,57; ds=13,51) è significativamente inferiore ($t_{(18)}=2,1$; p-value=0,05) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=104,5; ds=14,28); la media dell'area ascolto-linguaggio (sottoscala C) dei bambini della zona A (M=85,79; ds=14,34) è significativamente inferiore ($t_{(18)}=2,9$; p-value=0,01) rispetto alla media dei bambini

della zona B (M=103,17; ds=2,93); la media del quoziente generale (QG) dei bambini della zona A (M=89,93; ds=12,63) è significativamente inferiore ($t_{(18)}=2,3$; p-value=0,03) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=102,67; ds=5,16).

In riferimento al confronto TRA campione di controllo zona A e campione di controllo zona B, tenendo in considerazione la numerosità e l'età dei bambini, è stato possibile effettuare le analisi di confronto fino ai 6 mesi. A parità di livello di benessere delle madri, misurato attraverso il Global Severity Index (GSI – SCL-90-R) e l'EPDS in gravidanza (riassunto dei dati in Appendice C, tabella 2), dall'analisi dei dati sono emerse differenze tra le medie statisticamente significative del livello di sviluppo del bambino, riassunte nella tabella 5.

- Tabella 9: GMDS TRA zona A e zona B gruppo di controllo

| T | GMDS | Zona | N | M | DS | T-test | | | U di Mann-Whitney | | |
|--------|--------------------|------|----|--------|-------|--------|----|-------|-------------------|------|-------|
| | | | | | | T | df | Sign. | U | z | Sign. |
| 1 mese | Person sociale (B) | A | 9 | 89,44 | 15,57 | 2,6 | 13 | 0,02 | | | |
| | | B | 6 | 108,50 | 10,62 | | | | | | |
| 3 mesi | Ascolto ling (C) | A | 8 | 85,75 | 10,90 | 3,7 | 19 | 0,001 | | | |
| | | B | 13 | 101,00 | 7,72 | | | | | | |
| | Q. gener (QG) | A | 8 | 86,63 | 12,25 | | | | 25,5 | -1,9 | 0,05 |
| | | B | 13 | 96,31 | 7,59 | | | | | | |
| 6 mesi | Person sociale (B) | A | 9 | 90,22 | 8,71 | 2,6 | 20 | 0,01 | | | |
| | | B | 13 | 103,77 | 13,37 | | | | | | |
| | Perform (E) | A | 9 | 88,11 | 12,29 | 2,3 | 20 | 0,02 | | | |
| | | B | 13 | 101,00 | 12,72 | | | | | | |

Nello specifico:

a 1 mese la media dell'area personale-sociale (sottoscala B) dei bambini della zona A (M=89,44; ds=15,57) è significativamente inferiore ($t_{(13)}=2,6$; p-value=0,02) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=108,5; ds=10,62).

A 3 mesi la media dell'area ascolto-linguaggio (sottoscala C) dei bambini della zona A (M=85,75; ds=10,9) è significativamente inferiore ($t_{(19)}=3,7$; p-value=0,001) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=101; ds=7,72); la media del quoziente generale (QG) dei bambini della zona A (M=86,63; ds=12,25) è significativamente inferiore (U=25,5; z=-1,9; p-value=0,05) rispetto alla media dei bambini della zona B (M=95,31; ds=7,59).

A 6 mesi la media dell'area personale-sociale (sottoscala B) dei bambini della zona A ($M=90,22$; $ds=8,71$) è significativamente inferiore ($t_{(20)}=2,6$; $p\text{-value}=0,01$) rispetto alla media dei bambini della zona B ($M=103,77$; $ds=13,37$); la media dell'area performance (sottoscala E) dei bambini della zona A ($M=88,11$; $ds=12,29$) è significativamente inferiore ($t_{(20)}=2,3$; $p\text{-value}=0,02$) rispetto alla media dei bambini della zona B ($M=101$; $ds=12,72$).

Approfondimento

Alla luce dei risultati sopra esposti, abbiamo voluto approfondire le differenze tra le due zone, oltre che in riferimento allo sviluppo del bambino, anche per quanto riguarda la qualità dell'interazione madre-bambino.

Per questo, sono stati codificati 16 video della zona A e 14 video della zona B a 12 mesi, di diadi appartenenti al campione sperimentale, della durata di circa 40 minuti ciascuno. La modalità di codifica è avvenuta in base alle Emotional Availability Scales: Infancy to Early Childhood Version (EAS) (Biringen, 2008), che utilizzano il concetto della disponibilità emotiva (Biringen et al., 2000) come indicatore globale della relazione affettiva caregiver-bambino. Le EAS sono formate da 6 scale relative a 4 dimensioni della disponibilità emotiva del genitore (Sensibilità, Strutturazione, Non-intrusività, Non-ostilità) e a 2 aspetti della disponibilità emotiva del bambino (Responsività, Coinvolgimento). L'osservatore, precedentemente addestrato al fine di ottenere l'affidabilità con l'autrice delle EAS, deve attribuire per ogni scala un punteggio globale che va da 1 a 7, dato dalla somma dei singoli punteggi attribuiti alle sottoscale di ciascuna dimensione. Analizzando nello specifico le singole scale, la Sensibilità si riferisce alla capacità del caregiver di essere "emotivamente" connesso, in sintonia con il bambino; la Strutturazione implica la capacità dell'adulto di strutturare le attività seguendo le indicazioni del bambino e ponendo dei limiti adeguati; la Non-intrusività implica l'abilità dell'adulto di non interferire con l'attività che il bambino sta svolgendo; la Non-ostilità di non avere un atteggiamento svalutante ed emotivamente negativo (ad esempio, impaziente, annoiato, indifferente...) nei confronti del bambino; la Responsività si riferisce alla capacità del bambino di provare piacere e coinvolgimento stando in interazione con il caregiver; il Coinvolgimento riguarda i tentativi del bambino di coinvolgere e condividere le attività con l'adulto (Biringen, 2008). L'utilizzo di queste scale prevede un periodo di addestramento della durata di circa 6 mesi predisposto dall'autrice (prof.ssa Biringen), finito il quale è stato possibile ottenere l'affidabilità di codifica.

In generale, i risultati a 12 mesi hanno messo in luce che la qualità d'interazione delle madri e dei bambini della zona B è significativamente superiore rispetto a quella della zona A. Nello specifico:

Scala Sensibilità (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Flessibilità", varietà e creatività nei modi di giocare della madre, è significativamente superiore ($U=54$; $z=-2,61$; $p=0,009$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Quantità di interazioni" è significativamente superiore ($U=63$; $z=-2,54$; $p=0,011$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;

Scala Strutturazione (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala "Strutturazione"** è significativamente superiore ($U=11,5$; $z=-2,28$; $p=0,022$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Propensione alla guida" è significativamente superiore ($U=43,5$; $z=-2,93$; $p=0,003$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Numero di strutturazioni" è significativamente superiore ($U=43$; $z=-3,11$; $p=0,002$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Limiti e confini ambientali adeguati" è significativamente superiore ($U=70$; $z=-2,5$; $p=0,012$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Coerenza della strutturazione verbale e non" è significativamente superiore ($U=47,5$; $z=-2,87$; $p=0,004$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;

Scala Non intrusività (madre):

- la media dei punteggi attribuiti alla **scala "Non intrusività"** è significativamente superiore ($U=18$; $z=-2,22$; $p=0,027$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;
- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Parlare al bambino" è significativamente superiore ($U=65$; $z=-2,43$; $p=0,015$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;

Scala Responsività (bambino):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Affetto del bambino" è significativamente superiore ($t_{(28)}=-2,38$; $p=0,024$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;

Scala Coinvolgimento (bambino):

- la media dei punteggi attribuiti alla sottoscala "Assenza di eccessivo coinvolgimento dell'adulto" è significativamente superiore ($U=67$; $z=-2,32$; $p=0,02$) per le madri della zona B rispetto a quelle della zona A;

Nella tabella 6 sono riassunti i punteggi significativi.

- Tabella 10: EAS punteggi significativi

| EAS SCALA | EAS scala - sottoscala | T4 - 12 mesi |
|------------------------|---|-----------------|
| | | Significatività |
| SCALA SENSIBILITÀ | Flessibilità | 0,009 |
| | Quantità di interazioni | 0,011 |
| SCALA STRUTTURAZIONE | SCALA STRUTTURAZIONE | 0,022 |
| | Propensione alla guida | 0,003 |
| | Numero di strutturazioni | 0,002 |
| | Limiti e confini ambientali adeguati | 0,012 |
| | Coerenza strutturazione verbale e non verbale | 0,004 |
| SCALA NON INTRUSIVITA' | SCALA NON INTRUSIVITA' | 0,026 |
| | Parlare al bambino | 0,015 |
| SCALA RESPONSABILITA' | Affetto | 0,024 |
| SCALA COINVOLGIMENTO | Assenza eccessivo coinvolgimento dell'adulto | 0,02 |

Discussione

I risultati di questo studio preliminare confermano i dati presenti in letteratura, secondo i quali supportare la maternità a rischio ha effetti positivi sullo sviluppo del bambino (Olds et al., 2004; Olds et al., 2002; Kendrick et al., 2000; Lyons-Ruth et al., 1990). Lo specifico intervento di *Scommettiamo sui giovani* realizzato a domicilio inizialmente dalle ostetriche ed in seguito dalle educatrici, ha dimostrato avere effetti positivi in particolare sull'area locomotoria e su quella ascolto-linguaggio del bambino. La scala locomotoria valuta le abilità grosso-motorie del bambino, misurando dettagliatamente le sue capacità in via di sviluppo che gli consentono il raggiungimento della postura eretta e lo portano ad imparare a camminare, correre, arrampicarsi, ecc.; mentre la scala di ascolto-linguaggio si riferisce sia al linguaggio recettivo del piccolo, sia a quello espressivo. La significatività nello sviluppo di queste due scale ci permette di desumere che l'intervento di supporto, in particolare quello effettuato dalle educatrici, abbia probabilmente contribuito al raggiungimento di questo risultato, dal momento che sono entrambe aree di lavoro rientranti nella sfera educativa. Studi successivi avranno l'obiettivo di verificare nel tempo tali effetti,

anche dopo i 12 mesi, e soprattutto di allargare la ricerca ad altri aspetti del bambino, come ad esempio il livello di attaccamento e la qualità della relazione madre-bambino.

L'obiettivo di questo studio preliminare, oltre a dimostrare l'importanza degli interventi di supporto alla genitorialità, ha contribuito a confermare i dati presenti in letteratura secondo cui la rete sociale intorno alla diade collabora in maniera significativa alla buona riuscita dell'intervento (Riva Crugnola, 2012; Sandler et al., 2011). Confrontando infatti il livello di sviluppo dei bambini TRA le due zone di realizzazione del progetto è emerso che nel corso del tempo, in quasi tutte le aree dello sviluppo, sia nel campione con intervento sia in quello senza intervento, i bambini della zona B presentano un livello di sviluppo superiore rispetto a quelli della zona A. Nello specifico, sono più bravi nelle abilità grosso-motorie, ad interagire con gli altri e ad essere autonomi, a comunicare e a comprendere ciò che gli altri vogliono loro trasmettere, nelle abilità motorie fini e di controllo visivo, oltre che nelle capacità visuo-spaziali, come la rapidità e la precisione di esecuzione di un compito. In generale quindi, il quoziente di sviluppo dei bambini della zona B è più alto rispetto a quello della zona A. Questo dato può essere spiegato con il fatto che nella zona A lo scambio di informazioni con i servizi territoriali è stato piuttosto faticoso, anche in conseguenza delle disagiate conformazioni territoriali in cui vivono le diadi, spesso residenti in paesi lontani chilometri dal primo servizio utile. Nella zona B invece, le caratteristiche geografiche hanno favorito la partecipazione attiva ai servizi territoriali, ma non solo, in questa zona si sta realizzando un progetto parallelo a *Scommettiamo sui giovani* che ha l'obiettivo di mettere in rete le risorse di diversi soggetti pubblici e privati per la promozione del benessere familiare. Tale progetto stimola la partecipazione attiva delle famiglie nell'uscire dall'isolamento e dall'autoreferenzialità nel difficile compito di genitori. Si rivolge alle situazioni di "normalità", ma intende al contempo sperimentare nuovi interventi di sostegno per le famiglie che presentano qualche fattore di rischio, proponendo nello specifico attività lavorative alle madri e l'inserimento al nido per i bambini. Questa capillare attivazione dei servizi sul territorio ha sicuramente contribuito al miglioramento dei risultati nello sviluppo dei bambini, e le ricerche future avranno l'obiettivo di ampliare i dati indagando anche il livello di soddisfazione delle madri nei confronti di tali servizi.

Non solo il livello di sviluppo dei bambini, ma anche la qualità della relazione madre-bambino risulta superiore nella zona B. Le diadi residenti in questa zona, maggiormente coinvolte e supportate dai servizi territoriali, mettono in atto modalità relazionali qualitativamente superiori, in particolare per quanto riguarda la varietà e la creatività nei modi di giocare della madre, la quantità di interazioni, il livello di strutturazione del gioco e la capacità di ampliare il livello di sviluppo del piccolo senza interferire eccessivamente con i suoi bisogni. Anche i bambini sono emotivamente in sintonia con le madri senza però rinunciare alla naturale scoperta di ciò che sta loro intorno. In generale quindi, anche la disponibilità emotiva tra madre e bambino sembra essere condizionata dal livello di supporto sociale che ricevono (Seow, 2012; Bradley e Corwyn, 2002).

Conclusione

Concludendo, questo studio preliminare conferma i dati presenti in letteratura secondo cui la prevenzione rappresenta il mezzo più efficace per ridurre il disagio infantile e promuovere il benessere e tanto più precoci sono gli interventi preventivi tanto maggiore si rivela la loro efficacia e il beneficio per l'intera società (Brophy-Herb, Holly E. et al., 2009). Di particolare importanza risultano essere gli interventi preventivi attuati già durante la gravidanza, rispetto a quelli più tardivi rivolti alla salute mentale infantile, dal momento che sembrano contribuire a trasformare quelle esperienze relazionali caregiver-bambino che sono alla base dei legami di attaccamento e del successivo sviluppo socio emotivo (Lyons-Ruth, 1998). Per questo, ricerche future avranno l'obiettivo di approfondire i risultati ottenuti in questo studio preliminare, allargandosi verso l'indagine dei legami di attaccamento e della qualità della disponibilità emotiva madre-bambino.

Gli interventi di supporto alla genitorialità come *Scommettiamo sui giovani* devono essere in grado di utilizzare un approccio integrato e flessibile, con l'obiettivo di soddisfare le diverse esigenze dei genitori e dei bambini (Riva Crugnola, 2012). Molto importante è la qualità della relazione che gli operatori riescono ad instaurare con la famiglia, con la madre in particolare, proponendosi come "base sicura" rispetto alla quale i genitori in difficoltà possono rifarsi per risolvere le difficoltà (Emde, Everhart e Wise, 2004). Queste sembrano essere in letteratura alcune delle caratteristiche in grado di rendere efficaci gli interventi di supporto alla genitorialità, come pure l'attivazione della rete sociale intorno alla famiglia (Riva Crugnola, 2012; Sandler et al., 2011). A tal riguardo, i risultati di questo studio preliminare dimostrano che più la rete sociale è fitta, più le famiglie, in particolare quelle in difficoltà, migliorano il loro disagio. Indispensabile risulta quindi anche la qualità dell'ambiente di realizzazione dell'intervento.

Conclusioni

Le ricerche descritte in questa tesi supportano i dati presenti in letteratura secondo i quali il benessere e i fattori di rischio della madre incidono significativamente sullo sviluppo del bambino (Tronick e Field, 1986; Kelly e Barnard, 2000; Oyserman et al., 2000; Candelori e Mancone, 2001; Bornstein, 2003; Mayes, Fonagy, Target, 2007; Cederna, et al. 2012).

In particolare la fragilità psicologica si ripercuote in maniera negativa sullo sviluppo motorio del bambino, rallentando alcuni aspetti della sua crescita, e sulla qualità della relazione madre-bambino. Per questo, nelle pratiche future di intervento e di supporto alla genitorialità, risulta fondamentale inserire la figura dello psicologo, in grado di gestire e di intervenire sulla fragilità psicologica. Occorre applicare modalità di intervento psicologico a livello domiciliare, in modo tale da soddisfare i bisogni di quelle persone più problematiche che probabilmente non si rivolgerebbero mai ai servizi territoriali. Tecniche di intervento domiciliare permettono infatti di raggiungere anche quegli individui più disagiati, lontani dal tessuto sociale. Questo ruolo dello psicologo domiciliare, nuovo per la realtà trentina e italiana, rappresenta invece una realtà comune in molti paesi europei, come la Francia. Nel progetto *CAPEDP* di Parigi, infatti, l'intervento domiciliare è stato effettuato da psicologhe supervisionate da uno psicoterapeuta. Studi futuri di confronto tra l'intervento *CAPEDP* e *Scommettiamo sui giovani* avrà, tra le altre cose, l'obiettivo di verificare l'efficacia dell'intervento effettuato da figure professionali diverse come lo psicologo, l'ostetrica e l'educatrice.

Anche la rete sociale intorno alla diade rappresenta un importante fattore di protezione per queste madri a rischio. Con il concetto di rete sociale si intendono i servizi territoriali di supporto alla famiglia che, se attivati in maniera proficua, hanno effetti positivi sia sullo sviluppo del bambino, sia sulla qualità della relazione madre-figlio.

A questo proposito, il progetto *Scommettiamo sui giovani* in Trentino si pone come promotore e divulgatore di informazioni riguardanti i diversi servizi territoriali, con l'obiettivo di renderli quanto più possibile di facile accesso. Ciò avviene grazie al lavoro di equipe costruito nel tempo tra Università, Provincia e Azienda Sanitaria. Questo lavoro di rete, seppure di difficile gestione durante le prime fasi del progetto, sembra ora essere diventato prassi comune per gli operatori. Le difficoltà iniziali, principalmente dovute a linguaggi comunicativi differenti, sono ora fonte di condivisione e di sviluppo, che ha permesso la buona riuscita del progetto. Grazie infatti all'unione delle diverse competenze e responsabilità, siamo quasi giunti alla conclusione definitiva dell'intervento, ufficialmente prevista per settembre 2014.

Il punto di forza di *Scommettiamo sui giovani* è sicuramente la flessibilità, caratteristica comune a molti altri progetti di home visiting. Tutti gli operatori coinvolti (ostetriche, educatrici, psicologhe e ricercatori) hanno dimostrato di essere in grado di adattarsi alle caratteristiche e ai diversi bisogni di ogni diade, motivando le madri a rimanere nel progetto fino alla fine. Sono infatti pochissime le coppie madre-bambino che hanno dovuto abbandonare il programma di intervento prima del previsto e quasi tutte per

motivi di cambio di residenza. Dai colloqui effettuati con gli operatori emerge infatti che le mamme hanno un forte bisogno di questo intervento di supporto e che *Scommettiamo sui Giovani* riesce ad individuarle preventivamente. Una delle madri della zona sperimentale ha chiesto di poter esprimere personalmente il proprio entusiasmo nella partecipazione al progetto e durante una lezione del Master “*L’intervento nelle famiglie a rischio Psico – Sociale*” le è stata data questa importante opportunità. M., supportata dall’educatrice che la segue nelle visite domiciliari, ha manifestato le perplessità iniziali inerenti il progetto (come ad esempio la paura di far entrare nella propria quotidianità un’estranea) ma anche l’enorme sostegno che l’educatrice le dà, non solo nella cura del bambino, ma anche nelle sue relazioni familiari e di coppia.

La difficile gestione delle diverse dinamiche familiari in cui gli operatori si trovano viene opportunamente supervisionata una volta ogni quindici giorni da una psicologa-psicoterapeuta. Questi incontri sono stati intenzionalmente organizzati come momento di condivisione delle emozioni e delle difficoltà con l’intero gruppo di professionisti coinvolti, in modo tale da trovare autonomamente le risorse e le soluzioni necessarie per superare i problemi, spesso comuni nelle diverse diadi. Grazie a questi momenti è possibile programmare ciascun intervento con molta flessibilità, basandosi sulle esigenze familiari; inoltre la visione di filmati della coppia madre-bambino registrati dalle psicologhe permette di lavorare su aspetti pratici dello sviluppo del bambino e sulla qualità d’interazione della coppia.

Il lavoro domiciliare dei diversi professionisti è risultato in generale molto difficoltoso, proprio per la necessità di gestire autonomamente le situazioni familiari più disparate, ma ha anche permesso di supportare con efficacia quelle coppie madre-bambino che probabilmente non avrebbero mai instaurato autonomamente un rapporto continuativo con i servizi. Modalità di lavoro basate su visite domiciliari, nonostante inizialmente creino un certo imbarazzo da parte degli utenti, hanno effetti positivi a lungo termine, dimostrati in parte dai risultati emersi in questa tesi. Risulta quindi di fondamentale importanza organizzare interventi di questo tipo anche con altre tipologie di difficoltà, uscendo dagli schemi tradizionali secondo cui sono gli utenti a doversi rivolgere ai professionisti.

La condivisione sia a livello nazionale che internazionale di *Scommettiamo sui giovani* permette da un lato di riflettere sugli aspetti problematici di un progetto di home visiting, e dall’altro di divulgare i risultati positivi dell’intervento domiciliare, diffondendo la concezione che il modo migliore per supportare la genitorialità a rischio è quello di permettere ai diversi professionisti di inserirsi direttamente all’interno del tessuto familiare.

Concludendo, ci auguriamo che la “scommessa” fatta su questi giovani-bambini abbia effetti positivi a lungo termine non solo sul loro sviluppo e sul benessere delle madri, ma anche ripercussioni sull’intero tessuto sociale e che l’intervento di supporto alla genitorialità diventi una solida realtà italiana.

Bibliografia

Abidin, R. (1995). *Parenting stress index: professional manual (3rd ed.)*. Odessa, fl: psychological assessment resources, inc.

Ainsworth, M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B.M. Caldwell, H. N. Ricciuti (eds.). *Review of child development research, vol. III, pp. 1-94*.

Ainsworth, M.D.S., Blear, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of Strange Situation*. Hillsdale, N.J., Erlbaum.

Almeida, O.P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., Drapers, B., Byrne, G., Lautenschlager, N.T., Stocks, N., Alfonso, H., and Pfaff, J.J. (2012). Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *Journal of affective disorders, 138(3), 322-331*.

Ammaniti, M. (2010). *Sostegno alla genitorialità a rischio e prevenzione del disadattamento infantile: gli interventi di Home Visiting*. Slide Convegno "Sostegno della genitorialità a rischio e prevenzione del disadattamento infantile. Neo genitorialità ed esperienze di home visiting". Bergamo, 7 maggio 2010.

Ammaniti, M. et al. (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Infanzia e Adolescenza, 6(2), 67-83*.

Ammaniti, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal, 27, pp. 70-90*.

Ammaniti, M. et al. (2002). La prevenzione del maltrattamento: il sostegno ai genitori. In "*La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*". Istituto degli Innocenti di Firenze, pp. 81-115.

Ammaniti, M., Tambelli, R., Odorisio, F., D'Isidori, M., Vismara, L., Mancone, A. (2002). Rappresentazioni mentali e modelli di attaccamento in donne in gravidanza con rischio depressivo e psicosociale. *Infanzia e adolescenza, 2, pp. 97-112*.

Arnott, B. and Meins, E. (2008). Assessing change in famiglie following the home.start parenting program: Clinical significante and predictors of change. *Family Relations, 57, pp.351-364*.

Arseneault, L., Tremblay, R.E., Boulerice, B., and Saucier, J.-F. (2002). Obstetrical Complications and Violent Delinquency: Testing two Developmental Pathways. *Child Development*, 73(2), 496-508.

Astuto, J., Allen, L., Susman, S.G.-meadow E., Sherrod, L., Bornstein, M.H., McCabe, M.A. (2009). Home visitation and young children: an approach worth investing in Social Policy Report. *Publication of the Society for Research in Child Development*, 23:3-6.

Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: Critical Issues and Future Directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26:387-398.

Battaglia, F.M., Savoini, M. (2007). *GMDS-R Griffiths Mental Development Scales Revised 0-2 Manuale (Ed. italiana)*. Giunti O.S. Organizzazioni speciali, Firenze.

Belsky, J., & Pasco Fearon, R. M. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.

Benvenuti, P., Ferrara, M., Nicolai, C., Valoriani, V., e Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.

Bernier, A., Meins, E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental psychology*, 44, 4, 969-982.

Biringen, Z. (2008). *Emotional Availability Scales, IV Edition*.

Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment and Human Development*, 2, 218-232.

Biringen, Z., Robinson, J.L., & Emde, R.N. (1998). *Emotional Availability Scales: Infancy to Early Childhood Version (3rd éd.)*. Unpublished manual, Department of Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins.

Blehar, M.C., Lieberman, A.F., Ainsworth, M.D.S. (1977). Early face-to-face interaction and its relation to later infant-mother attachment. *Child Development*, 48, pp. 182-194.

Bonetti, S., Fiorucci, M. (2006). (A cura di) Uomini senza qualità. *La formazione dei lavoratori immigrati dalla negazione al riconoscimento*. Guerini Studio.

Boris, N.W., Larrieu, J.A., Zeanah, P.D., Nagle, G.A., Steier, A., McNeill, P. (2006). The process and promise of mental health augmentation of nurse home-visiting programs: Data from the Louisiana Nurse–Family Partnership. *Infant Mental Health Journal*, 27:26–40.

Bornstein, M. H. & Venuti (2013). *Genitorialità. Fattori biologici e culturali dell'essere genitori*. Il Mulino, Bologna.

Bornstein, M. H., Putnick D. L., Suwalsky J. T. D., Venuti P., de Falco S., Zingman de Galperín C., Gini M., Heslington Tichovolsky M. (2012). Emotional Relationships in Mothers and Infants: Culture-Common and Community-Specific Characteristics of Dyads From Rural and Metropolitan Settings in Argentina, Italy, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20 (10), 1–28.

Bornstein, M. H. et al. (2011). Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental Psychology*, 47(3), 658-675.

Bornstein, M.H. (2011). Caregiver responsiveness and the socioemotional and cognitive development of infants and toddlers: From theory to research to practice. In P.L. Mangione (Ed.), *Infant/Toddler Caregiving: A Guide to Cognitive Development and Learning*. Sacramento, CA: California Department of Education's Bureau of Publications.

Bornstein, M.H., and Bohr, Y. (2011). Immigration, Acculturation, and Parenting. In R.E. Tremblay, M. Boivin, and R. deV. Peters (Eds.) *Encyclopedia of Early Childhood Development*. Ottawa, Canada: Center of Excellence for Early Childhood Development.

Bornstein, M.H., Putnick, D.L., Lansford, J.E. (2011). Parenting Attributions and Attitudes in Cross-Cultural Perspective. *Parenting-science and practice*, 11(2-3), 214-237.

Bornstein, M.H., Putnick, D.L., Heslington, M., Gini, M., Suwalsky, J.T. D., Venuti, P., de Falco, S., Giusti, Z., de Galperin, C.Z. (2008). Mother–Child Emotional Availability in Ecological Perspective: Three Countries, Two Regions, Two Genders. *Developmental Psychology*, 44 (3), 666-680.

Bornstein, M.H., & Bradley, R.H. (2003). *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*.

Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates (Monographs in Parenting, Volume 2).

Bornstein, M.H. (Ed.) (1989). *Maternal Responsiveness: Characteristics and Consequences*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bowlby, J. (1969-1980). *Attaccamento e perdita*. Tr. It. Boringhieri, vol.1, 2, 3.

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano.

Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 371-399.

Brophy-Herb, Holly, E. et al. (2009). Early emotional development in infants and toddlers: Perspectives of early Head Start staff and parents. *Infant Mental Health Journal*. Vol.30(3), pp. 203-222.

Broussard, C.A., Joseph, A.L., and Thompson, M. (2012). Stressors and Coping Strategies Used by Single Mothers Living in Poverty. *Affilia-journal of women and social work*, 27(2), 190-204.

Brown, J.D., Harris, S.K., Woods, E.R., Buman, M.P., and Cox, J.E. (2012). Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Social Support in Adolescent Mothers. *Maternal and child health journal*, 16(4), 894-901.

Buehler, C., Gerard, J.M. (2013). Cumulative Family Risk Predicts Increases in Adjustment Difficulties across Early Adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 42, 6, 905-920.

Burstein, M., Stanger, C., Dumenci, L. (2012). Relations Between Parent Psychopathology, Family Functioning, and Adolescent Problems In Substance-Abusing Families: Disaggregating the Effects of Parent Gender. *Child psychiatry & human development*, 44(4), 631-647.

Candelori, C. & Mancone, A. (2001). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina: Milano, pp. 91-124.

Carr, S., Colthurst, K., Coyle, M., Elliott, D. (2013). Attachment dimensions as predictors of mental health and psychosocial well-being in the transition to università. *European journal of psychology of education*, 28, 2, 157-172.

Cassibba, R., D'Odorico, L. (2009). *La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia. L'adattamento italiano dell'Attachment Q-Sort (AQS) di Everett Waters*. Franco Angeli, Milano.

Cassibba, R., van IJzendoorn, M.H. (2005). *L'intervento clinico basato sull'attaccamento. Promuovere la relazione genitore-bambino*. Bologna: Il Mulino.

Cederna, G., Inverno, A., & Rebesani, M. (2012). Dossier: *Il Paese di Pollicino. L'Italia ha dimenticato i bambini*. Roma: Save the Children Italia onlus.

Chaudhuri, J.H., Easterbrooks, M.A., Davis, C.R. (2009). The Relation Between Emotional Availability and Parenting Style: Cultural and Economic Factors in a Diverse Sample of Young Mothers. *Parenting-science and practice, 9(3-4), 277-299*.

Choe, D.E., Olson, S.L., Sameroff, A.J. (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behaviour. *Development and psychopathology, 25, 2, 437-453*.

Clearfield, M.W., and Niman, L.C. (2012). SES affects infant cognitive flexibility. *Infant behavior & development, 35(1), 29-35*.

Cohn, M.A., Fredrickson, B.L., Brown, S.L., Mikels, J.A. and Conway, A.M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion, 9, pp. 361-368*.

Costantino, E. et al. (2011). Basso SES e genitorialità a rischio nelle diadi con bambini di 6 mesi. *Psicologia clinica dello sviluppo, XV(3), 551-572*.

Costantino, E., Cassibba, R., Liso, G., Gatto, S., & Godelli, S. (2007). Sviluppo socio-emotivo e rischio psicosociale in età scolare: il ruolo dell'attaccamento. *Maltrattamento e abuso all'infanzia, 9, 5-26*.

Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150, 782-78*.

Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant and Child*

Development, 14, 117-132.

Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.

Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Deseking, M., Bauer, A., Knievel, J., Petermann, F., Waldmann, H.C. (2011). Cognitive Development and Risk Factors in Bilingual Pre-school Children from an Immigrant Background. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 60(5), 351-368.

Di Blasio, P. (2005). *Tra rischio e Prevenzione*. Milano: Unicopli.

Dumas, J.E., Nissley, J., Nordstrom, A., Phillips Smith, E., Prinz, R.J., Levine, D.W. (2005). Home chaos: sociodemographic, parenting, interactional, and child correlates. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34, pp. 93-104.

Elgar, F.J., McGrath P.J., Waschbusch D.A., Stewart, S.H., and Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441–459.

Emde, R.N., Everhart, K.D, Wise, B. (2004). Therapeutic relationships in infant mental health and the concept of leverage. In Sameroff, McDonough and Rosenblum (2004), 267-292.

Emde, R. N., & Easterbrooks, M. A. (1985). Assessing emotional availability in early development. In D. K. Frankenberg, R. N. Emde, & J. W. Sullivan (Eds.) *Early identification of children at risk: An International perspective* (pp. 79 –101). New York: Plenum Press.

Emde, R.N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P. M. Taylor (Ed.) *Parent-infant relationships* (pp. 87-115). Orlando: Grune & Stratton.

Ensminger, M. E. & Fothergill, K. E. (2003). A decade of measuring SES: What it tells us and where to go from here. In Bornstein, M.H. and Bradley, R.H. (ed) *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 13-27.

Feng, X., Shaw, D.S., Skuban, E.M. and Lane, T. (2007). Emotional exchange in mother-child dyads: Stability, mutual influence, and the association with maternal depression and child problem behaviours. *Journal of Family Psychology, 21*, pp. 714-725.

Fergusson, D.M., Boden J.M., and Horwood L.J. (2007). Exposure to Single Parenthood in Childhood and Later Mental Health, Educational, Economic, and Criminal Behavior Outcomes. *Archives of general psychiatry, 64(9)*, 1089-1095.

Field, T. (1995). *Psychologically depressed parents*. In MH Bornstein (a cura di), *Handbook of parenting: Vol. 4*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Finzi, I., Kaneklin, S., Imbimbo, F. (2011). Diventare genitori. L'home visiting come strumento di prevenzione precoce e di sostegno alla genitorialità. In *Genitorialità complesse. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi*, a cura di P. Bastianoni, A. Taurino, F. Zullo. Unicopli, Milano, pp. 157-169.

Fonagy, P. and Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, pp. 679-700.

Galera, C., Cote, S.M., Bouvard, M.P., Pingault, J.B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M., and Tremblay, R.E. (2011). Early Risk Factors for Hyperactivity-Impulsivity and Inattention Trajectories From Age 17 Months to 8 Years. *Archives of general psychiatry, 68(12)*, 1267-1275.

Gomby, D.S. (2007). The promise and limitations of home visiting: implementing effective programs. *Child Abuse Neglect, 31*:793-9.

Gomby, D.S. (1999). Understanding evaluations of home visitation programs. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation, 9*:27-43.

Gomby, D.S., Culross, P.L., Behrman, R.E. (1999). Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation, 9*:4-26, 195-223.

Gottfried, A. W. et al. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development. Mahwah,

NJ: Laurence Erlbaum Associates, 189-207.

Greenspan, S. (1997). *Developmentally based psychotherapy*. Madison, Ct, International University press.

Greenberg. M., Speltz, M., et al. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*; 5:191–213.

Griffiths, R. (1996). *Griffiths Mental Development Scales*. Edition Revised by Huntley M. Organizzazioni Speciali. Firenze.

Griffiths, R. (1954). *The abilities of babies: a study in mental measurement*. New York: McGraw-Hill.

Grossmann, K., Grossmann, k. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H. & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of child-father attachment relationships: fathers' sensitive and challenging play as the pivotal variable in a 16- year longitudinal study. *Social development*, 11, pp. 307-331.

Grussu, P., e Quatraro R.M. (2006). Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 10(2), 187-208.

Guedeney, A., Tubach, F., Greacen, T., Saias, T., Dugravier, R., et al. (2011). *CAPEDP Research Report*. Clinical Research and Development Department of the APHP & French National Institute of Prevention and Health Education.

Guedeney, A., Tubach, F., Greacen, T., Saias, T., Dugravier, R. (2001). *CAPEDP Research Report*. Clinical Research and Development Department of the APHP & French National Institute of Prevention and Health Education.

Halpern, R. (1993). Poverty and infant development. In CH Zeanah (a cura di) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford.

Hennighausen, K.H. and Lyons-Ruth, K. (2005). *Disorganization of behavioral and attentional*

strategies toward primary attachment figures: from biologic to dialogic processes. The 92 Dahlem workshop report: attachment and bonding: a new sintesy. A cura di Carter, C.S. et al., pp.269-299. Cambridge, Mass., MIT Press.

Hodapp, R.M. (2002). *Parenting children with mental retardation.* In MH.

Hodgkinson, S.C., Calantuoni, E. Roberts, D., Berg-Cross, L., and Belcher, HME (2010). Depressive Symptoms and Birth Outcomes among Pregnant Teenagers. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(1), 16-22.

Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status.* Manoscritto non pubblicato, Yale University, Department of Sociology, New Haven.

Howard, K.S., Brooks-Gunn, J. (2009). The role of home visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Future of Children*, 19, pp. 77-105.

Howes, C., Hamilton, C.E. (1992). Children's Relationships with Child Care Teachers: Stability and Concordance with Parental Attachments. *Child Development* 63, 4, 867-878.

Huth- Bocks, A.C., Levendosky, A.A., Bogat, G.A., von Eye, A. (2004). The impact of maternal characteristics and contextual variables of infant-mother attachment. *Child Development*, 75, 2, 480-496.

Istat (2013). La povertà in Italia. Anno di riferimento 2012, comunicato stampa.

Istat (2012). La povertà in Italia. Anno di riferimento 2011, comunicato stampa.

Istat (2011). Indicatori demografici. Stime per l'anno 2010.

Istat (2011). La povertà in Italia. Anno di riferimento 2010, comunicato stampa.

Jacobsen, T., Edelstein, W., Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental psychology*, 30, pp. 112-124.

Johnson, C.F. (2002). Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics*

international, 44, 5, 554-560.

Joubert, D., Webster, L., Hackett, R.K. (2012). Unresolved Attachment Status and Trauma-Related Symptomatology in Maltreated Adolescents: An Examination of Cognitive Mediators. *Child psychiatry & human development*, 43, 3, 471-483.

Kahn, J., Moore, K.A., Haven, N. (2010). What works for home visiting programs: Lessons from Experimental Evaluations of Programs and Interventions. *Child Trends Fact Sheet*, 1–33.

Kaneklin, S., Imbimbo, F., Riva Crugnola, C. (2010). *Becoming parents. Project on early prevention and parenting support through home visiting*. Poster presentato al 5th ESFR Congress-Family transitions and famiglie in transitino. Università Cattolica, Milano, 29 settembre-2 ottobre.

Kelly, J. F. & Barnard, K. E. (2000). Assessment of parent-child interaction: Implications for early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 258-289.

Kendrick, D. et al. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 82(6), 443-451.

Keown, L. J., Woodward, L., & Field, J. (2001). Language development of preschool children born to teenage mothers. *Infant and Child Development*, 10, 129–145.

Kohlhoff, J., Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early human development*, 89, 4, 249-256.

Lee, Y. (2009). Early motherhood and harsh parenting: The role of human, social, and cultural capital. *Child Abuse & Neglect*, 33, 625–637.

Leinonen, J.A. et al. (2002). The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *International Journal of Behavioral Development*, 26(5), 423-435.

Letourneau, N.L., Tramonte, L., Willms, J.D. (2013). Maternal Depression, Family Functioning and Children's Longitudinal Development. *Journal of pediatric nursing-nursing care of children & families*, 28, 3, 223-234.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A. (2006). Assessing mediating models of family change in response to infant Home Visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1, 55-69.

Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289.

Lyons-Ruth, K. et al. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.

MacKenzie, M.J. et al. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child mal treatment. *Children and youth services review*, 33, 1638-1647.

Malagoli Togliatti, M. & Lubrano Lavadera, A. (2009). I figli che affrontano la separazione dei genitori. *Psicologia clinica dello sviluppo*, XIII(1), 3-39.

Mantymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R.K. and Tamminem, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior and Development*, 27, pp. 134-149.

Marconi, M., Baumgartner, E., Devescovi, A., Riccio, G. (2009). Nascite a rischio e donne straniere. *Età Evolutiva*, 94, 75-83.

Mayes, I., Fonagy, P., Target, M. (2007). *Developmental Science and Psychoanalysis. Integration and Innovation*. Karnac, London.

McConnell, D., Breitzkreuz, R., Savage, A. (2010). From financial hardship to child difficulties: main and moderating effects of perceived social support. *Child care health and development*, 37(5), 679-691.

McElwain, N.L. and Booth-LForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20, 2, pp. 247-255.

Meadows-Oliver, M. and Sadler, L.S. (2010). Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a High School Parenting Program. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48(12), 34-41.

Meins, E. (1999). Sensitivity, security, and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment and Human Development*, 1, pp. 325-347.

Meins, E. (1998). The effects of security of attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant behaviour and development* 21, pp. 237-252.

Miller, L. (1998). Depression among pregnant adolescents. *Psychiatric services*, 49, 970.

Mills-Koonce, W.R., Applevard, K., Barnett, M., Deng, M., Putallaz, M., Cox, M. (2011). Adult attachment style and stress as risk factors for early maternal sensitivity and negativity. *Infant mental health journal*, 32, 3, 277-285.

Mitchell, S. (2002). *Il modello relazionale*. Raffaello cortina, Milano.

Moore, M.R, and Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent Parenthood. In Bornstein, M.H. (Ed.) *Handbook of Parenting: Being and becoming a parent (vol.3)* (pp. 173-245). Psychology Press.

Moro, M.R., De La Noe, Q., Mouchenic, Y., Baubet, T. (2009). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: Franco Angeli.

Moro, M.R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove*. Milano: Franco Angeli.

Nguyen, H., Rawana, J.S., Flora, D.F. (2011). Risk and Protective Predictors of Trajectories of Depressive Symptoms Among Adolescents from Immigrant Backgrounds. *J Youth Adolescence*, 40, 1544–1558.

Nievar, M.A., Van Egeren, L.A., Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home-visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, 31, pp. 499-520.

Noble, K.G., et al. (2012). Neural correlates of socioeconomic status in the developing human brain. *Developmental science*, 15(4), 516-527.

Nygren, M., Carstensen, J., Ludvigsson, J., Frostell, A.S. (2012). Adult attachment and parenting stress among parents of toddlers. *Journal of reproductive and infant psychology*, 30, 3, 289-302.

Olds, D.L. (2006). The nurse–family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27:5–25.

Olds, D.L. et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.

Olds, D.L., Hill, P.L., O’Brien, R., Racine, D. and Moritz, P. (2003). Taking preventive intervention to scale: The nurse-family partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, pp. 278-290.

Olds, D.L. (2002). Prenatal and infancy Home Visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172.

Olds D.L., Henderson, C.R., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E., Tatelbaum, R.C. (1998). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*,9:44–65, 190–1.

Olds, D.L., Pettitt, L., Robinson, J., Eckenrode, J., Kitzman, H., Cole, R. and Powers, J. (1998). Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology*, 26, pp. 65-83.

Olds, D.L. et al. (1997). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *Journal of Community Psychology*, 25(1), 9-25.

Olds, D.L., Kitzman, H. (1990). Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*; 86(1):108-16.

Oms (2002). *Rapporto mondiale sulla violenza e la salute*. Ginevra.

Oppenheim, D. and Koren-Karie, N. (2002). Mothers’ insightfulness regarding their children’s internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationship. *Infant Mental Health Journal*, 23, pp. 593-605.

Ostberg, M., Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian journal of psychology*, 54, 3, 213-221.

Oyserman, D. et al. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296-315.

Parke, R. D. et al. (2004). Economic stress, parenting, and child maladjustment in Mexican American and European American families. *Child Development*, 73(6), 1632-1656.

Pelchat, D., Bisson, J., Bois, C., Saucier, J.F. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and child development*, 12, 1, 27-51.

Petterson, S.M., and Albers, A.B. (2001). Effects of Poverty and Maternal Depression on Early Child Development. *Child Development*, 72(6), 1794–1813.

Pinquart, M., Feussner, C., Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & human development*, 15, 2, 189-218.

Prezza, M. (2006). *Aiutare i neo-genitori in difficoltà. L'intervento di sostegno domiciliare*. Franco Angeli, Milano.

Puig, J., Englund, M.M., Simpson, J.A., Collins, W.A. (2013). Predicting Adult Physical Illness From Infant Attachment: A Prospective Longitudinal Study. *Health psychology*, 32, 4, 409-417.

Rafferty, Y., Griffin, K. W., Lodise, M. (2011). Adolescent motherhood and developmental outcomes of children in early head start: the influence of maternal parenting behaviors, well-being, and risk factors within the family setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(2), 228-245.

Rholes, W. S., Simpson, J. A. & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and social psychology bulletin*, 32, pp. 275-285.

Ricciuti, H.N. (2004). Single Parenthood, Achievement, and Problem Behavior in White , Black, and Hispanic Children. *Journal of Educational Research*, 97(4), 196-206.

Riva Crugnola, (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Il mulino, Milano.

Romo, L.F., and Nadeem, E. (2007). School Connectedness, Mental Health, and Well-Being of

Adolescent Mothers. *Theory Into Practice*, 46(2), 130-137.

Ryan, R.M., Tolani, N., Brooks-Gunn, J. (2009). Relationship Trajectories, Parenting Stress, and Unwed Mothers' Transition to a New Baby. *Parenting-science and practice*, 9, 1-2, 160-177.

Saías, T., Lerner, E., Simon-Vernier, E., Emer, A. et all. (2012). Evaluating Fidelity in Home Visiting Programs: A Qualitative Analysis of 1058 Home Visit Case Notes from 105 Families. *PLoS ONE* 7(5): e36915.

Salerni, N., Calvo, V. & D'Odorico, I. (2001). Influenze di ordine affettivo-relazionale e cognitivo nello sviluppo della competenza linguistica. *Giornale italiano di psicologia*, 4, pp. 781-802.

Sameroff, A.J., McDonough, S.C., Rosenblum, K.L. (2004). *Treating parent-infant relationship problems*. Guilford Press: New York.

Sameroff, A.J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In *WAIMH handbook of infant mental health: Infant mental health in groups at high risk*, a cura di J.D. Osofsky e H.E. Fitzgerald, New York, Wiley, vol. IV, pp. 1-33.

Sameroff, A. J. (1998). Environmental risk factor in infancy. *Pediatrics*, 102(5), 1287-92.

Sameroff, A. J. et al. (1987). Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 383-394.

Sameroff, A. J. et al. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79(3), 343-350.

Sandler, I. et al. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62, 299-329.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.

Schaffer, H.R. (2004). *Introducing Child Psychology*. Oxford: Blackwell.

Schaffer, H.R. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell.

Scharte, M., and Bolte, G. (2011). Impact of socioeconomic and environmental factors on increased health risks of children with single mothers. *American journal of epidemiology*, 173(11), S218-S218.

Seow, W.K. (2012). Environmental, maternal, and child factors which contribute to early childhood caries: a unifying conceptual model. *International journal of paediatric dentistry*, 22(3), 157-168.

Shaw, D., Hyde, L.V., and Brennan L.L. (2012). Early predictors of boys' antisocial trajectories. *Development and Psychopathology*, 24, 871-888.

Silva, C. (2006). Famiglie immigrate e educazione dei figli. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 1.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, pp. 269-281.

Speranza, A.M., Mattei, E. (2007). *Programmi di sostegno alla genitorialità. L'home visiting*. Kappa Editore.

Sperlich, S., Arnhold-Kerri, S., and Geyer, S. (2011). What accounts for depressive symptoms among mothers? The impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress. *International journal of public health*, 56(4), 385-396.

Spinelli, A., Sacchetti, G., Baglio, G., Lauria, L. (2011). Donne immigrate in Italia. In Lauria, L. e Andreozzi, S. (a cura di) *Rapporti ISTISAN Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009*, 3.

Sroufe, I.A. (1979). The coherence of individual development. *American Psychologist*, 34, pp. 834-841.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books.

Svoboda, D.V., Shaw, T.V., Barth, R.P. and Bright, C.L. (2012). Pregnancy and parenting among

youth in foster care: A review. *Children and youth services review*, 34(5), 867-875.

Sweet, M. A. & Appelbaum, M. I. (2004). Is Home Visiting an effective strategy? A meta-analytic review of Home Visiting programs for families with young children". *Child Development*, 75(5), 1435-1456.

Teti, D.M., Ablard, K.E. (1989). Security of attachment and infant-sibling relationship: A laboratory study. *Child Development*, 60, 6, 1519-1528.

Tomasello, M. (2008). *Origins of human communication*. Cambridge, Mass., Harvard University Press. Trad. It. Le origini culturali della comunicazione umana (2009). Milano: Cortina.

Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Seguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Perusse, D., and Japel, C. (2004). Physical Aggression During Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics*, 1(14), 43-50.

Tremblay, R. E., Japel, C. (2003). Prevention during pregnancy, infancy and preschool years. In: Farrington D.P., Coid, J. W. (Eds.) *Early prevention of Adult antisocial Behaviour*. Cambridge University Press, Cambridge.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In *Before speech: The beginnings of human communication*, a cura di Bullowa, M., pp. 321-347. Cambridge, Cambridge University Press.

Tronick, E.Z., Weinberg, M.K. (1997). Trad. it. Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici. In *Depressione post-partum e sviluppo del bambino*, a cura di Murray, L., Cooper, P.J., pp. 155-184. Roma, CIC.

Tronick, E.Z. (1989). *Emotions and emozional communication in infant*. American Psychologist, 44, 2, pp. 112-119. Trad. it. Le emozioni e la comunicazione affettiva dei bambini. In *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. A cura di Riva Crugnola, C., pp. 41-62. Milano: Cortina 1999.

Tronick, E.Z., Field, T. (1986). *Maternal depression and infant disturbance*: Vol. 34. New directions for child development. London: Jossey-Bass.

Van Ryzin, M.J., Carlson, E.A., Sroufe, L.A. (2011). Attachment discontinuity in a high-risk sample.

Attachment & human development, 13, 4, 381-401.

Venuti, P., De Falco, S., Emer, A., Martini, L., Pruner, S. (2011). *Scommettiamo sui giovani - Manuale di intervento*. Ed. Provincia Autonoma di Trento, Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, collana Infosalute.

Verschueren, K. & Marcoen, A. (1999). Representation of self and socioemotional competence in kindergartners: differential and combined effects of attachment to mother and to father. *Child development*, 70, pp. 183-201.

Wang, L., Wu, T.J., Anderson, J.L., and Florence, J.E. (2011). Prevalence and Risk Factors of Maternal Depression During the First Three Years of Child Rearing. *Journal of womens health*, 20(5), 711-718.

Wasik, B.H., Bryant, D.M., & Lyons, C.M. (1990). *Home Visiting: Procedures for Helping Families*. Newbury Park, CA: Sage Publications. 304.

Weinfield, N. S., Whaley, G. J. L., & Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: sequelae of organization and disorganization. *Attachment and Human Development*, 6, 73-97.

Weinraub M., Horvath D.L., and Gringlas M.B. (2002). Single Parenthood. In Bornstein, M.H. (Ed.) *Handbook of Parenting: Being and becoming a parent (vol.3)* (pp. 109-140). Psychology Press.

West, K.K., Mathews, B.L., Kerns, K.A. (2013). Mother-child attachment and cognitive performance in middle childhood: An examination of mediating mechanisms. *Early childhood research quarterly*, 28, 2, 259-270.

Weters, E. (1987). *Attachment behaviour Q-Set (Revision 3.0)*. Manoscritto non pubblicato. State University of New York at Stony Brook.

Yoshikawa, H. et al. (2012). The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth Implications for Prevention. *American psychologist*, 67, 272-284.

Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Settles, L. (2006). Orphanages ad a developmental context for early

childhood. In Handbook of early childhood development, a cura di McCartney, K., Phillips, D., pp. 424-454, New York Blackwell.

Zeanah, P.D., Larrieu, J.A., Boris, N.W., Nagle, G.A. (2006). Nurse Home Visiting: Perspectives from nurses. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1, 41-54.

Zeanah, P.D., Larrieu, J.A., Boris, N.W., Nagle, G.A. (2006). Nurse Home Visiting: Perspectives from nurses. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1, 41-54.

Appendice

INTRODUZIONE

APPENDICE A: Schema dei periodi di somministrazione degli strumenti

| Strumento | Periodo di somministrazione | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|---------|----------|---|---------|---|-----------|---|----------|---|----------|---|
| | Gravid. | 1° mese | 3 ° mese | | 6° mese | | 12 ° mese | | 18° mese | | 24° mese | |
| | | | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| EPDS | x | | | x | | | | | | | | |
| IRMAG | x | | | | | | | x | | | | |
| SPPR | | | | | | x | | | | | | x |
| PSI sf | | | | x | | | | x | | x | | x |
| HOME | | | x | | x | | x | | x | | x | |
| KIDI sf | x | | | | | x | | | | x | | x |
| SCL-90 | x | | | | | x | | | | x | | |
| QFS | x | | | x | | x | | x | | x | | x |
| QRS | x | | | | | x | | | | x | | |
| QSD | x | | | | | x | | | | | | x |
| CBCL | | | | | | | | | | x | | x |
| EAS | | | x | | x | | x | | x | | x | |
| AQS | | | | | | | | | | x | | |
| GMDS | | x | x | | x | | x | | x | | x | |
| EPQ-R-fr | x | | | | | | | | | | | |
| MACA | | | | | | | x | | | | x | |

INTRODUZIONE

APPENDICE B: Scheda valutativa del 3° mese

DATA:

INIZIALI MADRE:

N° VISITA:

PERIODO (SEGNA CON UNA CROCETTA IL PERIODO IN CUI HAI VISTO LA DONNA PER LA VISITA DOMICILIARE):

MESE DI VITA DEL BAMBINO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

VISITATORE:

QUALIFICA:

SCHEDA VALUTATIVA

ETÀ DEL BAMBINO: 3° MESE

1. In che modo hai preso appuntamento per la visita domiciliare?

- Telefonicamente
- Via email
- Di persona
- Altro, specificare: _____

2. Qual è il luogo in cui è avvenuta la visita?

- Nella casa privata della mamma
- In casa dei famigliari della mamma, specificare: _____
- In un luogo pubblico, specificare: _____
- Altro, specificare: _____

3. Generalmente, alla presenza di quali persone è avvenuto l'incontro?

- Con la mamma e il bambino
- Con la madre e il padre del bambino
- Con la madre e un familiare, specificare: _____

- Altro, specificare: _____

4. Come ti sei sentita durante la visita domiciliare?

- Serena e tranquilla
- Un po' a disagio
- A disagio
- Molto a disagio

5. Quanto è durata la visita domiciliare (in minuti)? _____

6. Che tipo di supporto riceve la mamma?

- Dai familiari, specificare chi: _____
- Dagli amici/che
- Dai servizi pubblici, specificare da chi: _____
- Nessun tipo di supporto
- Altro, specificare: _____

7. Argomenti trattati durante la visita:

| <u>Argomento</u> | Per null a | Solo nominat o | Argoment o secondario | Argoment o principale |
|--|------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| LE COMPETENZE DELLA MAMMA | | | | |
| IL GIOCO E LA MANIPOLAZIONE | | | | |
| LE USCITE ALL'ARIA APERTA CON IL BAMBINO | | | | |
| IL BENESSERE DELLA MAMMA | | | | |
| ALTRO, SPECIFICARE: _____ — | | | | |
| ALTRO, SPECIFICARE: _____ — | | | | |

8. Le tue impressioni/Note:

ARTICOLO 1

APPENDICE A

- Tabella 1: Statistiche descrittive

| Fattori rischio | | GMDS - QUOZIENTE GENERALE (QG) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|--------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|
| | | 1 mese | | | 3 mesi | | | 6 mesi | | | 12 mesi | | | 18 mesi | | | 24 mesi | | |
| | | N | M | Ds | N | M | Ds | N | M | Ds | N | M | Ds | N | M | Ds | N | M | Ds |
| Frag. Psico | No | 9 | 101,00 | 6,28 | 14 | 98,00 | 10,65 | 13 | 95,08 | 13,78 | 13 | 102,00 | 9,97 | 9 | 98,56 | 12,39 | 7 | 95,00 | 17,55 |
| | Si | 20 | 99,95 | 9,13 | 30 | 97,37 | 8,53 | 30 | 97,57 | 14,18 | 32 | 96,66 | 10,44 | 24 | 97,21 | 12,79 | 18 | 99,28 | 11,02 |
| Frag. Sociale | No | 19 | 99,42 | 8,29 | 31 | 97,97 | 9,88 | 28 | 98,93 | 15,06 | 31 | 98,61 | 10,71 | 20 | 98,25 | 14,49 | 14 | 102,43 | 10,38 |
| | Si | 10 | 101,90 | 8,37 | 13 | 96,62 | 7,30 | 15 | 92,87 | 10,97 | 14 | 97,29 | 10,30 | 13 | 96,54 | 9,07 | 11 | 92,55 | 14,15 |
| <22 anni | No | 19 | 100,68 | 8,25 | 27 | 97,67 | 9,14 | 29 | 95,72 | 15,16 | 28 | 96,54 | 11,11 | 23 | 96,96 | 12,45 | 18 | 98,00 | 13,56 |
| | Si | 10 | 99,50 | 8,66 | 17 | 97,41 | 9,39 | 14 | 99,07 | 11,17 | 17 | 100,94 | 9,01 | 10 | 99,00 | 13,17 | 7 | 98,29 | 12,09 |
| Single | No | 17 | 100,00 | 8,70 | 31 | 97,13 | 10,33 | 32 | 96,53 | 14,06 | 31 | 96,68 | 9,95 | 23 | 97,87 | 10,88 | 19 | 97,32 | 13,98 |
| | Si | 12 | 100,67 | 7,94 | 13 | 98,62 | 5,50 | 11 | 97,64 | 14,25 | 14 | 101,57 | 11,22 | 10 | 96,90 | 16,30 | 6 | 100,50 | 9,35 |
| Frag. Socio-psic (Sociale – Psicologica) | 1* | 6 | 101,00 | 5,18 | 9 | 98,56 | 11,11 | 7 | 103,29 | 8,75 | 8 | 107,25 | 5,63 | 5 | 106,00 | 10,56 | 3 | 109,33 | 7,37 |
| | 2* | 13 | 98,69 | 9,49 | 22 | 97,73 | 9,61 | 21 | 97,48 | 16,56 | 23 | 95,61 | 10,48 | 15 | 95,67 | 14,98 | 11 | 100,55 | 10,53 |
| | 3* | 3 | 101,00 | 9,54 | 5 | 97,00 | 10,93 | 6 | 85,50 | 12,63 | 5 | 93,60 | 9,99 | 4 | 89,25 | 7,27 | 4 | 84,25 | 14,84 |
| | 4* | 7 | 102,29 | 8,62 | 8 | 96,38 | 4,78 | 9 | 97,78 | 6,57 | 9 | 99,33 | 10,45 | 9 | 99,78 | 8,07 | 7 | 97,29 | 12,31 |
| Frag. Anagrafica (età – single) | 1* | 13 | 99,23 | 8,42 | 21 | 97,67 | 9,84 | 22 | 96,36 | 14,97 | 21 | 95,90 | 10,77 | 17 | 98,53 | 9,62 | 14 | 97,64 | 14,43 |
| | 2* | 6 | 103,83 | 7,57 | 6 | 97,67 | 6,92 | 7 | 93,71 | 16,79 | 7 | 98,43 | 12,78 | 6 | 92,50 | 18,80 | 4 | 99,25 | 11,70 |
| | 3* | 4 | 102,50 | 10,47 | 10 | 96,00 | 11,79 | 10 | 96,90 | 12,54 | 10 | 98,30 | 8,25 | 6 | 96,00 | 14,79 | 5 | 96,40 | 14,21 |
| | 4* | 6 | 97,50 | 7,56 | 7 | 99,43 | 4,35 | 4 | 104,50 | 3,79 | 7 | 104,71 | 9,29 | 4 | 103,50 | 10,54 | 2 | 103,00 | 2,83 |

Legenda 1 = nessun fattore
 2 = solo il secondo fattore
 3 = solo il primo fattore
 4= entrambi i fattori

ARTICOLO 1

APPENDICE B

- Tabella 1: regressione multipla scala Locomozione a 12 mesi

Variabili inserite/rimosse

| Modello | Variabili inserite | Variabili rimosse | Metodo |
|---------|--------------------|-------------------|---|
| 1 | Fragilità psichica | | Stepwise (Criteri: Probabilità di F di inserimento \leq ,050, Probabilità di F di rimozione \geq ,100). |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ A (12 mesi)

Riepilogo del modello^b

| Modello | R | R-quadrato | R-quadrato corretto | Errore std. della stima |
|---------|-------------------|------------|------------------------|----------------------------|
| 1 | ,378 ^a | ,143 | ,123 | 14,397 |

a. Stimatori: (Costante), Fragilità psichica

b. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ A (12 mesi)

ANOVA^a

| Modello | Somma dei quadrati | df | Media dei quadrati | F | Sig. |
|---------------|-----------------------|----|-----------------------|-------|-------------------|
| 1 Regressione | 1486,412 | 1 | 1486,412 | 7,171 | ,010 ^b |
| Residuo | 8912,700 | 43 | 207,272 | | |
| Totale | 10399,111 | 44 | | | |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ A (12 mesi)

b. Stimatori: (Costante), Fragilità psichica

ARTICOLO 1

APPENDICE B

- (continua) Tabella 1: regressione multipla scala Locomozione a 12 mesi

Coefficienti^a

| Modello | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | t | Sig. | 95,0% Intervallo di confidenza per B | |
|--------------------|---------------------------------|-------------|-----------------------------|--------|------|--------------------------------------|------------------|
| | B | Errore std. | Beta | | | Limite inferiore | Limite superiore |
| 1 (Costante) | 105,462 | 3,993 | | 26,412 | ,000 | 97,409 | 113,514 |
| Fragilità psichica | -12,680 | 4,735 | -,378 | -2,678 | ,010 | -22,230 | -3,131 |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ A (12 mesi)

Variabili escluse^b

| Modello | | Beta In | t | Sig. | Correlazioni parziali |
|---------|----------|--------------------|-------|------|-----------------------|
| 1 | ETA | ,225 ^a | 1,536 | ,132 | ,231 |
| | SINGLE | ,261 ^a | 1,856 | ,070 | ,275 |
| | FRAG_SOC | -,017 ^a | -,119 | ,906 | -,018 |

Variabili escluse^b

| Modello | | Statistiche di collinearità | | |
|---------|----------|-----------------------------|-------|-------------------|
| | | Tolleranza | VIF | Tolleranza minima |
| 1 | ETA | ,902 | 1,108 | ,902 |
| | SINGLE | ,957 | 1,045 | ,957 |
| | FRAG_SOC | ,990 | 1,010 | ,990 |

Variabili escluse^b

| Modello | | Statistiche di collinearità | | |
|---------|--------|-----------------------------|-------|-------------------|
| | | Tolleranza | VIF | Tolleranza minima |
| 1 | ETA | ,902 | 1,108 | ,902 |
| | SINGLE | ,957 | 1,045 | ,957 |

a. Predittori nel modello : (Costante), FRAG_PSIC

b. Variabile dipendente: GMDS_A_Sub-Q_T4

ARTICOLO 1

APPENDICE B

- Tabella 2: regressione multipla scala Coordinazione occhio mano a 12 mesi

Variabili inserite/rimosse

| Modello | Variabili inserite | Variabili rimosse | Metodo |
|---------|--------------------|-------------------|---|
| 1 | Fragilità psichica | | Stepwise (Criteri: Probabilità di F di inserimento \leq ,050, Probabilità di F di rimozione \geq ,100). |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ D (12 mesi)

Riepilogo del modello^b

| Modello | R | R-quadrato | R-quadrato corretto | Errore std. della stima |
|---------|-------------------|------------|------------------------|----------------------------|
| 1 | ,304 ^a | ,092 | ,071 | 14,555 |

a. Stimatori: (Costante), Fragilità psichica

b. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ D (12 mesi)

ANOVA^a

| Modello | Somma dei quadrati | df | Media dei quadrati | F | Sig. |
|---------------|-----------------------|----|-----------------------|-------|-------------------|
| 1 Regressione | 927,558 | 1 | 927,558 | 4,378 | ,042 ^b |
| Residuo | 9109,642 | 43 | 211,852 | | |
| Totale | 10037,200 | 44 | | | |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ D (12 mesi)

b. Stimatori: (Costante), Fragilità psichica

ARTICOLO 1

APPENDICE B

- (continua) Tabella 2: regressione multipla scala Coordinazione occhio mano a 12 mesi

Coefficienti^a

| Modello | Coefficienti non standardizzati | | Coefficienti standardizzati | t | Sig. | 95,0% Intervallo di confidenza per B | |
|--------------------|---------------------------------|-------------|-----------------------------|--------|------|--------------------------------------|------------------|
| | B | Errore std. | Beta | | | Limite inferiore | Limite superiore |
| 1 (Costante) | 107,923 | 4,037 | | 26,734 | ,000 | 99,782 | 116,064 |
| Fragilità psichica | -10,017 | 4,787 | -,304 | -2,092 | ,042 | -19,671 | -,363 |

a. Variabile dipendente: GMDS-R SubQ D (12 mesi)

Variabili escluse^b

| Modello | | Beta In | t | Sig. | Correlazioni parziali |
|---------|----------|--------------------|-------|------|-----------------------|
| 1 | ETA | -,070 ^a | -,453 | ,653 | -,070 |
| | SINGLE | ,128 ^a | ,861 | ,394 | ,132 |
| | FRAG_SOC | -,028 ^a | -,193 | ,848 | -,030 |

Variabili escluse^b

| Modello | | Statistiche di collinearità | | |
|---------|----------|-----------------------------|-------|-------------------|
| | | Tolleranza | VIF | Tolleranza minima |
| 1 | ETA | ,902 | 1,108 | ,902 |
| | SINGLE | ,957 | 1,045 | ,957 |
| | FRAG_SOC | ,990 | 1,010 | ,990 |

Variabili escluse^b

| Modello | | Statistiche di collinearità | | |
|---------|--------|-----------------------------|-------|-------------------|
| | | Tolleranza | VIF | Tolleranza minima |
| 1 | ETA | ,902 | 1,108 | ,902 |
| | SINGLE | ,957 | 1,045 | ,957 |

a. Predittori nel modello : (Costante), FRAG_PSIC

b. Variabile dipendente: GMDS_D_Sub-Q_T4

ARTICOLO 2

APPENDICE A

- Tabella 1: Statistiche descrittive indice AQS e PSI a 18 mesi

| 18 mesi | | | | |
|----------------|---|----------|----------|-----------|
| AQS | | N | M | Ds |
| | | 29 | 0,20 | 0,39 |
| PSI | Distress genitoriale (PD) | 23 | 51,57 | 31,13 |
| | Interaz. genitore-bambino disfunzionale (P-CDI) | 23 | 40,26 | 27,79 |
| | Bambino difficile (DC) | 23 | 55,22 | 26,95 |
| | Risposta difensiva (DIF) | 23 | 58,09 | 30,80 |
| | Stress totale (ST) | 23 | 48,30 | 27,37 |

- Tabella 2: Statistiche descrittive numero fattori di rischio - indice AQS e PSI a 18 mesi

| | AQS 18 mesi | | | |
|--|---------------------|----------|----------|-----------|
| | Num fattori rischio | N | M | Ds |
| | 1 | 13 | 0,23 | 0,37 |
| | 2 | 9 | 0,34 | 0,39 |
| | 3 | 7 | -0,05 | 0,35 |
| PSI 18 mesi | | | | |
| Distress genitoriale (PD) | 1 | 11 | 63,18 | 30,19 |
| | 2 | 7 | 38 | 28,34 |
| | 3 | 5 | 45 | 33,17 |
| Interaz. genitore-bambino disfunzionale (P-CDI) | 1 | 11 | 45 | 30,82 |
| | 2 | 7 | 37,29 | 25,88 |
| | 3 | 5 | 34 | 27,25 |
| Bambino difficile (DC) | 1 | 11 | 53,64 | 28,2 |
| | 2 | 7 | 57,86 | 29,7 |
| | 3 | 5 | 55 | 25,74 |
| Risposta difensiva (DIF) | 1 | 11 | 70 | 27,57 |
| | 2 | 7 | 41,57 | 29,87 |
| | 3 | 5 | 55 | 33,17 |
| Stress totale (ST) | 1 | 11 | 54,09 | 27,19 |
| | 2 | 7 | 43 | 29,46 |
| | 3 | 5 | 43 | 28,19 |

ARTICOLO 2

APPENDICE A

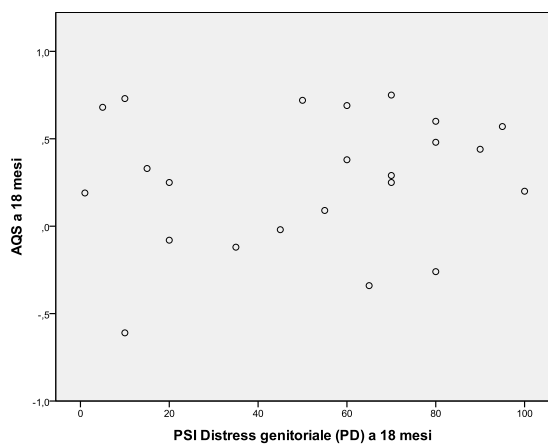
- Tabella 3: Statistiche descrittive GMDS a 18 mesi

| Periodo 18 mesi | | N | M | Ds |
|-----------------|------------------------|----|--------|-------|
| GMDS-R | Locomozione (A) | 24 | 106,71 | 10,92 |
| | Personale-sociale (B) | 24 | 104,67 | 13,67 |
| | Ascolto-linguaggio (C) | 24 | 96,79 | 10,79 |
| | Coord. occhio-mano (D) | 24 | 104,79 | 11,84 |
| | Performance (E) | 24 | 103,71 | 16,24 |
| | Quoz. generale (QG) | 24 | 102,21 | 9,42 |

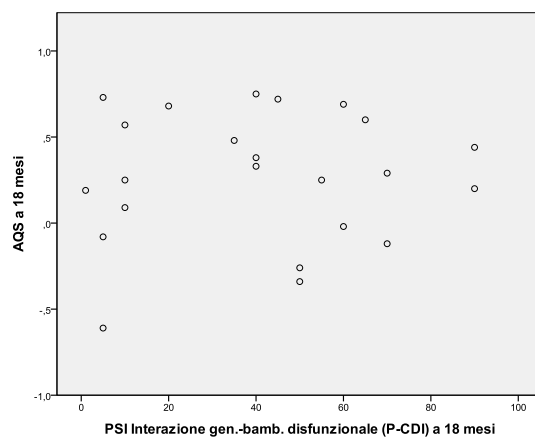
ARTICOLO 2

APPENDICE B

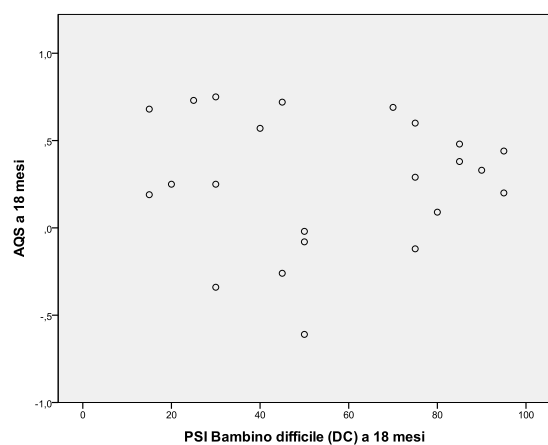
- Grafico 1: Distress genitoriale (PD) e AQS



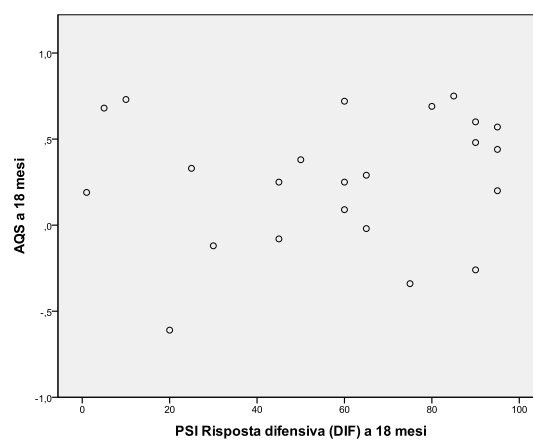
- Grafico 2: Interazione genitore-bambino disfunzionale (P-CDI) e AQS



- Grafico 3: Bambino difficile (DC) e AQS



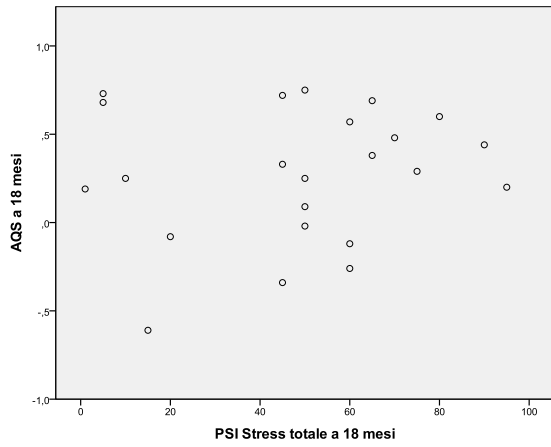
- Grafico 4: Risposta difensiva (DIF) e AQS



ARTICOLO 2

APPENDICE B

- Grafico 5: Stress totale (ST) e AQS



ARTICOLO 3

APPENDICE A

- Tabella 1: Statistiche descrittive SCL-90-R

| TEMPO | SCL-90-R | | N | M | Ds |
|--------------------------|------------------------------|------|----------|----------|-----------|
| T0 gravidanza | GSI | ITA | 9 | 0,9 | 0,7 |
| | | STRA | 9 | 0,8 | 0,5 |
| | somatizzazione | ITA | 9 | 1,1 | 0,6 |
| | | STRA | 9 | 1,0 | 0,5 |
| | sintomi ossessivo compulsivi | ITA | 9 | 1,0 | 0,9 |
| | | STRA | 9 | 0,9 | 0,8 |
| | Sensibilità interpersonale | ITA | 9 | 0,9 | 1,0 |
| | | STRA | 9 | 0,7 | 0,7 |
| | depressione | ITA | 9 | 1,3 | 1,1 |
| | | STRA | 9 | 1,1 | 0,8 |
| | ansia | ITA | 9 | 1,0 | 0,9 |
| | | STRA | 9 | 0,8 | 0,6 |
| | rabbia-ostilità | ITA | 9 | 0,9 | 0,8 |
| | | STRA | 9 | 0,4 | 0,4 |
| | ansia fobica | ITA | 9 | 0,5 | 0,8 |
| | | STRA | 9 | 0,3 | 0,3 |
| | ideazione paranoide | ITA | 9 | 0,9 | 0,9 |
| | | STRA | 9 | 0,8 | 0,8 |
| | psicoticismo | ITA | 9 | 0,5 | 0,4 |
| | | STRA | 9 | 0,3 | 0,3 |
| T3 6 mesi | GSI | ITA | 9 | 0,6 | 0,5 |
| | | STRA | 7 | 0,9 | 0,7 |
| | somatizzazione | ITA | 9 | 1,0 | 0,7 |
| | | STRA | 7 | 0,9 | 0,7 |
| | sintomi ossessivo compulsivi | ITA | 9 | 0,5 | 0,5 |
| | | STRA | 7 | 1,2 | 0,9 |
| | sensibilità interpersonale | ITA | 9 | 0,6 | 0,7 |
| | | STRA | 7 | 0,9 | 0,7 |
| | depressione | ITA | 9 | 0,7 | 0,7 |
| | | STRA | 7 | 1,1 | 0,9 |
| | ansia | ITA | 9 | 0,7 | 0,5 |
| | | STRA | 7 | 0,9 | 0,8 |
| | rabbia-ostilità | ITA | 9 | 0,8 | 0,9 |
| | | STRA | 7 | 0,5 | 0,6 |
| | ansia fobica | ITA | 9 | 0,2 | 0,4 |
| | | STRA | 7 | 0,6 | 0,6 |
| | ideazione paranoide | ITA | 9 | 0,6 | 0,6 |
| | | STRA | 7 | 1,0 | 0,8 |
| | psicoticismo | ITA | 9 | 0,2 | 0,4 |
| | | STRA | 7 | 0,6 | 0,6 |

ARTICOLO 3

APPENDICE A

- Tabella 2: Statistiche descrittive EPDS

| TEMPO | EPDS | N | M | Ds |
|--------------------------------|------|---|------|-----|
| T0 gravidanza | ITA | 9 | 10,3 | 6,3 |
| | STRA | 7 | 9,3 | 4,5 |
| T2 3 mesi | ITA | 8 | 10,0 | 7,1 |
| | STRA | 7 | 8,3 | 7,1 |

- Tabella 3: Statistiche descrittive GMDS-R

| TEMPO | GMDS-R | | M | Ds | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|--------|--------|
| T1 1 mese | Locomozione (A) | ITA | 97,7 | 8,262 | |
| | | STRA | 101,4 | 6,693 | |
| | Personale-Sociale (B) | ITA | 99,2 | 10,304 | |
| | | STRA | 109,2 | 14,516 | |
| | Ascolto e linguaggio (C) | ITA | 100,0 | 10,334 | |
| | | STRA | 102,2 | 6,573 | |
| | Coordinazione occhio-mano (D) | ITA | 96,7 | 8,847 | |
| | | STRA | 97,0 | 7,550 | |
| | Performance (E) | ITA | 95,2 | 12,750 | |
| | | STRA | 95,6 | 3,578 | |
| | Quoziente generale (QG) | ITA | 98,2 | 9,196 | |
| | | STRA | 101,8 | 6,648 | |
| | T2 3 mesi | Locomozione (A) | ITA | 98,7 | 11,250 |
| | | | STRA | 94,7 | 16,194 |
| Personale-Sociale (B) | | ITA | 94,3 | 8,341 | |
| | | STRA | 99,9 | 11,568 | |
| Ascolto e linguaggio (C) | | ITA | 98,0 | 4,619 | |
| | | STRA | 104,0 | 11,343 | |
| Coordinazione occhio-mano (D) | | ITA | 95,1 | 6,230 | |
| | | STRA | 87,3 | 8,674 | |
| Performance (E) | | ITA | 97,4 | 4,928 | |
| | | STRA | 93,9 | 6,768 | |
| Quoziente generale (QG) | | ITA | 96,7 | 4,424 | |
| | | STRA | 96,4 | 9,414 | |
| | | | | | |

| TEMPO | GMDS-R | | M | Ds |
|-------------------------|-------------------------------|------|--------|--------|
| T3 6 mesi | Locomozione (A) | ITA | 93,3 | 7,778 |
| | | STRA | 93,4 | 11,267 |
| | Personale-Sociale (B) | ITA | 88,5 | 11,326 |
| | | STRA | 90,3 | 20,180 |
| | Ascolto e linguaggio (C) | ITA | 96,6 | 13,437 |
| | | STRA | 101,4 | 10,937 |
| | Coordinazione occhio-mano (D) | ITA | 87,1 | 10,999 |
| | | STRA | 82,1 | 12,602 |
| | Performance (E) | ITA | 90,0 | 11,551 |
| | | STRA | 90,3 | 18,500 |
| Quoziente generale (QG) | ITA | 90,8 | 8,844 | |
| | STRA | 91,3 | 12,685 | |
| T4 12 mesi | Locomozione (A) | ITA | 101,4 | 14,550 |
| | | STRA | 98,1 | 18,632 |
| | Personale-Sociale (B) | ITA | 98,0 | 16,142 |
| | | STRA | 96,7 | 7,410 |
| | Ascolto e linguaggio (C) | ITA | 93,3 | 13,520 |
| | | STRA | 94,3 | 11,265 |
| | Coordinazione occhio-mano (D) | ITA | 93,3 | 17,211 |
| | | STRA | 102,1 | 14,826 |
| | Performance (E) | ITA | 92,8 | 17,653 |
| | | STRA | 94,1 | 12,812 |
| Quoziente generale (QG) | ITA | 95,8 | 15,248 | |
| | STRA | 96,4 | 10,706 | |

- Tabella 4: Statistiche descrittive EAS - 3 mesi (T2)

| EAS SCALA SENSIBILITA' (madre) T2 | | N | M | Ds |
|-----------------------------------|------|---|-----|-----|
| SCALA SENSIBILITA' | ITA | 8 | 4,4 | 1,1 |
| | STRA | 7 | 5,8 | 0,9 |
| Affetto | ITA | 8 | 4,3 | 1,5 |
| | STRA | 7 | 6,1 | 0,7 |
| Chiarezza delle percezioni | ITA | 8 | 4,8 | 1,5 |
| | STRA | 7 | 6,3 | 1,0 |
| | | | | |

| | | | | |
|---|------|---|-----|-----|
| EAS SCALA STRUTTURAZIONE (madre) T2 | | | | |
| SCALA STRUTTURAZIONE | ITA | 8 | 4,2 | 1,3 |
| | STRA | 7 | 5,7 | 0,9 |
| Propensione alla guida | ITA | 8 | 3,8 | 1,9 |
| | STRA | 7 | 5,9 | 1,2 |
| Tentativi portati a buon fine | ITA | 8 | 3,8 | 1,8 |
| | STRA | 7 | 5,7 | 0,8 |
| Strutturazione verbale e non | ITA | 8 | 1,9 | 0,8 |
| | STRA | 7 | 2,7 | 0,5 |
| EAS SCALA NON OSTILITA' (madre) T2 | | | | |
| Calma e tranquillità | ITA | 8 | 2,4 | 0,7 |
| | STRA | 7 | 3 | 0 |
| EAS SCALA RESPONSABILITA' (bambino) T2 | | | | |
| SCALA RESPONSABILITA' | ITA | 8 | 4,4 | 0,8 |
| | STRA | 7 | 5,9 | 0,6 |
| Affetto | ITA | 8 | 3,8 | 1,0 |
| | STRA | 7 | 5,7 | 1,0 |
| Responsività emotiva | ITA | 8 | 4,4 | 0,9 |
| | STRA | 7 | 6,1 | 0,4 |
| Posizione fisica | ITA | 8 | 2,0 | 0,8 |
| | STRA | 7 | 3,0 | 0,0 |
| Assenza di evitamento | ITA | 8 | 1,9 | 0,6 |
| | STRA | 7 | 2,9 | 0,4 |
| EAS SCALA COINVOLGIMENTO (bambino) T2 | | | | |
| SCALA COINVOLGIMENTO | ITA | 8 | 4,4 | 1,0 |
| | STRA | 7 | 5,7 | 0,4 |
| Iniziativa semplice | ITA | 8 | 4,3 | 1,6 |
| | STRA | 7 | 6,1 | 0,7 |
| Contatto visivo | ITA | 8 | 1,8 | 0,5 |
| | STRA | 7 | 2,9 | 0,4 |
| Posizione del corpo | ITA | 8 | 1,9 | 0,6 |
| | STRA | 7 | 3,0 | 0,0 |
| Coinvolgimento verbale | ITA | 8 | 2,1 | 0,4 |
| | STRA | 7 | 3,0 | 0,0 |

ARTICOLO 3

APPENDICE A

- Tabella 5: Statistiche descrittive EAS - 6 mesi (T3)

| EAS SCALA SENSIBILITA' (madre) T3 | | N | M | Ds |
|---|------|----------|----------|-----------|
| Chiarezza delle percezioni | ITA | 8 | 5,1 | 0,8 |
| | STRA | 7 | 6 | 0,6 |
| Quantità di interazioni | ITA | 8 | 2,1 | 0,6 |
| | STRA | 7 | 2,9 | 0,4 |
| EAS SCALA STRUTTURAZIONE (madre) T3 | | | | |
| Numero strutturazioni | ITA | 8 | 1,9 | 0,6 |
| | STRA | 7 | 2,6 | 0,5 |
| EAS SCALA RESPONSIVITA' (bambino) T3 | | | | |
| Posizione fisica | ITA | 8 | 2,1 | 0,6 |
| | STRA | 7 | 2,9 | 0,4 |

- Tabella 6: Statistiche descrittive EAS - 12 mesi (T4)

| EAS NON OSTILITA' (madre) T4 | | N | M | Ds |
|-------------------------------------|------|----------|----------|-----------|
| Assenza di negatività | ITA | 8 | 5,1 | 1,2 |
| | STRA | 7 | 6,7 | 0,5 |

ARTICOLO 4

APPENDICE A

-Tabella 1: Statistiche descrittive GMDS

| GMDS - QUOZIENTE GENERALE (QG) | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|----------|----------|-----------|
| <u>ZONA A</u> | | | | |
| | CAMPIONE | N | M | Ds |
| T1 (1 mese) | Controllo | 9 | 88,00 | 16,42 |
| | Sperim | 11 | 99,45 | 9,67 |
| T2 (3 mesi) | Controllo | 8 | 86,63 | 12,25 |
| | Sperim | 18 | 96,72 | 11,72 |
| T3 (6 mesi) | Controllo | 9 | 89,33 | 9,63 |
| | Sperim | 17 | 88,12 | 15,87 |
| GMDS - QUOZIENTE GENERALE (QG) | | | | |
| <u>ZONA B</u> | | | | |
| T1 (1 mese) | Controllo | 6 | 100,33 | 7,17 |
| | Sperim | 23 | 95,91 | 20,90 |
| T2 (3 mesi) | Controllo | 13 | 96,31 | 7,59 |
| | Sperim | 24 | 100,13 | 7,59 |
| T3 (6 mesi) | Controllo | 13 | 100,85 | 11,16 |
| | Sperim | 23 | 105,39 | 7,65 |
| T3 (12 mesi) | Controllo | 13 | 101,92 | 10,01 |
| | Sperim | 17 | 100,00 | 7,03 |

-Tabella 2: Statistiche descrittive EAS a 12 mesi

| EAS SCALA SENSIBILITA' (madre) | | N | M | Ds |
|---|--------|----------|----------|-----------|
| Flessibilità | Zona A | 16 | 1,81 | 0,66 |
| | Zona B | 14 | 2,50 | 0,65 |
| Quantità di interazioni | Zona A | 16 | 2,38 | 0,72 |
| | Zona B | 14 | 2,93 | 0,27 |
| EAS SCALA STRUTTURAZIONE (madre) | | | | |
| SCALA STRUTTURAZIONE | Zona A | 8 | 4,13 | 1,36 |
| | Zona B | 8 | 5,38 | 0,74 |
| Propensione alla guida | Zona A | 16 | 4,19 | 1,42 |
| | Zona B | 14 | 5,57 | 1,02 |
| | | | | |
| Numero di strutturazioni | Zona A | 16 | 1,88 | 0,72 |

| | | | | |
|---|--------|----|------|------|
| | Zona B | 14 | 2,71 | 0,47 |
| Limiti e confini ambientali adeguati | Zona A | 16 | 2,44 | 0,81 |
| | Zona B | 14 | 3,00 | 0 |
| Coerenza strutturazione verbale e non verbale | Zona A | 16 | 1,81 | 0,75 |
| | Zona B | 14 | 2,64 | 0,63 |
| EAS SCALA NON INTRUSIVITA' (madre) | | | | |
| SCALA NON INTRUSIVITA' | Zona A | 7 | 4,86 | 0,38 |
| | Zona B | 11 | 5,64 | 0,81 |
| Parlare al bambino | Zona A | 16 | 2,13 | 0,96 |
| | Zona B | 14 | 2,86 | 0,53 |
| EAS SCALA RESPONSABILITA' (bambino) | | | | |
| Affetto | Zona A | 14 | 5,86 | 0,77 |
| | Zona B | 16 | 4,81 | 1,47 |
| EAS SCALA COINVOLGIMENTO (bambino) | | | | |
| Assenza eccessivo coinvolgimento dell'adulto | Zona A | 16 | 2,38 | 0,72 |
| | Zona B | 14 | 2,86 | 0,53 |

ARTICOLO 4

APPENDICE B

- Tabella 1: SCL-90-r ed EPDS in gravidanza – zona A

| Gravidanza | CAMPIONE | N | M | Ds | T-test | | |
|------------|----------|----|-------|------|--------|----|-------|
| | | | | | T | df | Sign. |
| SCL GSI | Contr | 3 | 1,56 | 1,24 | 1,59 | 23 | 0,13 |
| | Sperim | 22 | 0,86 | 0,64 | | | |
| EPDS | Contr | 3 | 13,00 | 6,24 | 0,99 | 22 | 0,32 |
| | Sperim | 21 | 9,29 | 6,01 | | | |

- Tabella 2: SCL-90-r ed EPDS in gravidanza – zona B

| Gravidanza | CAMPIONE | N | M | Ds | T-test | | | U-Mann-Whitney | | |
|------------|----------|----|-------|------|--------|----|-------|----------------|-------|-------|
| | | | | | T | df | Sign. | U | Z | Sign. |
| SCL GSI | Contr | 13 | 0,68 | 0,50 | | | | 152 | -0,13 | 0,89 |
| | Sperim | 24 | 0,66 | 0,45 | | | | | | |
| EPDS | Contr | 13 | 11,31 | 4,23 | 1,01 | 35 | 0,32 | | | |
| | Sperim | 24 | 9,46 | 5,76 | | | | | | |

ARTICOLO 4

APPENDICE C

- Tabella 1: Sperimentale A vs Sperimentale B; SCL-90-r ed EPDS in gravidanza

| Gravidanza | ZONA | N | M | Ds | T-test | | |
|------------|------|----|------|------|--------|----|-------|
| | | | | | T | df | Sign. |
| SCL GSI | A | 22 | 0,86 | 0,64 | -1,23 | 44 | ,23 |
| | B | 24 | 0,66 | 0,45 | | | |
| EPDS | A | 21 | 9,29 | 6,01 | ,098 | 43 | ,922 |
| | B | 24 | 9,46 | 5,76 | | | |

- Tabella 2: Controllo A vs Controllo B; SCL-90-r ed EPDS in gravidanza

| Gravidanza | CAMPIONE | N | M | Ds | T-test | | | U-Mann-Whitney | | |
|------------|----------|----|-------|------|--------|----|-------|----------------|------|-------|
| | | | | | T | df | Sign. | U | Z | Sign. |
| SCL GSI | A | 3 | 1,56 | 1,24 | | | | 12 | -1,1 | 0,31 |
| | B | 13 | 0,68 | 0,50 | | | | | | |
| EPDS | A | 3 | 13 | 6,2 | -0,6 | 14 | 0,57 | | | |
| | B | 13 | 11,21 | 4,2 | | | | | | |

Ringraziamenti

Alla fine di questo percorso, desidero ringraziare con tutto il cuore la professoressa Paola Venuti, che ha saputo, in tutti questi anni, accogliere le mie ansie e le mie paure e trasformarle in tanta passione e determinazione!! Grazie a lei ho potuto crescere sia dal punto di vista professionale che personale.

Ringrazio anche le mie due compagne di viaggio, Laura e Sonia, grazie alle quali sono riuscita a superare moltissimi ostacoli, organizzativi ma soprattutto emotivi: senza di loro non avrei mai potuto scrivere questa tesi! Grazie anche a Simona, per i suoi preziosi consigli nel portare avanti questa ricerca.

Un ringraziamento particolare va a tutte le mamme e ai bambini che hanno partecipato al progetto, perché la loro costanza ci ha permesso di ottenere importanti risultati non solo scientifici, ma anche umani.

A tutti i colleghi e le colleghe del Laboratorio di Osservazione Diagnosi e Formazione che sono diventati per me delle persone speciali, con le quali ho condiviso moltissimi bei momenti. Un grazie particolare a Chiara, Marilina e Ulisse che sono diventati amici preziosi.

Sento il bisogno di ringraziare anche le mie colleghe maestre, perché mi hanno fatto trascorrere un bellissimo anno scolastico, ascoltandomi nei momenti di difficoltà e “coprendomi” quando avevo bisogno di lavorare per l’Università. Grazie di cuore a tutti i miei bambini...ad una in particolare, perché è così speciale che non esistono parole per descriverla.

Un infinito ringraziamento va ai miei genitori, che mi hanno sempre sostenuta e incoraggiata, ma soprattutto hanno creduto in me anche nei momenti più difficili.

Infine, grazie di cuore a Daniele, che durante questi anni di lavoro è diventato la mia famiglia..il mio bene più prezioso e su cui so di poter contare per tutta la vita.