

***La qualità della relazione
precoce genitori-bambino: introduzione di una
scheda/intervista psico-relazionale nei bilanci
di salute in età pediatrica.***



Primi risultati per la fascia d'età 0-36 mesi*

*The Quality of the Early Parent-child Relationship: Introduction of a
Psycho-relational Form/Interview in Pediatric Health Assessments.
First Results for the 0-36 Months Age Group*

Pier Luigi Righetti**, Ilaria Generali***, Margherita Spagnuolo
Lobb****, Andrea Righetti*****, Vincenzo Calvo***,
Carmela Bravaccio***** e Pietro Ferrara*****

[Ricevuto il 22 luglio 2024

Accettato per la stampa il 26 settembre 2024]

Abstract

There are very time-consuming and demanding procedures for assessing the early parent-child relationship. The aim of this research was to create a simple and intuitive form to be

* L'articolo è stato realizzato senza nessun finanziamento.

Ringraziamo la SIP (Società Italiana di Pediatria) che ha promosso e permesso questo tavolo di lavoro per lo studio della relazione precoce genitore-bambino e i pediatri di famiglia che hanno collaborato alla raccolta dei questionari tra i loro pazienti.

** Azienda ULSS 3 Serenissima. Via Paccagnella, 11, 30174 Mestre (VE). E-mail: pl.righetti@libero.it

*** Università degli Studi di Padova. Via Venezia, 12/2, 35131 Padova. E-mail: ilariagegeneral99@gmail.com; vincenzo.calvo@unipd.it

**** Istituto di Gestalt HCC Italy. Via S. Sebastiano, 38, 96100 Siracusa. E-mail: training@gestalt.it

***** Società Italiana di Pediatria. Via Sestiere San Polo, 1837, 30125 Venezia (VE). E-mail: arighez63@gmail.com

***** Università Federico II di Napoli. Corso Umberto I, 40, 80138 Napoli. E-mail: carmela.bravaccio@unina.it

***** Università Campus Bio-Medico. Via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma. E-mail: p.ferrara@policlinicocampus.it

Note biografiche degli autori in fondo al saggio.

Quaderni di Gestalt (ISSN 1121-0737, ISSN e 2035-6994), XXXVII, n. 2/2024

DOI: 10.3280/qg2024-2oa18206

administered in pediatric health reports that assesses the child's psychological development and the parent-child relationship (Psycho-Relational Form), leading to a final evaluation on two alert parameters; Level 1: the pediatrician re-evaluates the psychological and relational aspects at the next health report; Level 2: psychological/psychotherapeutic or neuropsychiatric counselling is required.

At the suggestion of the Italian Society of Gestalt Psychotherapy (SIPG), a research group was set up with the Italian Society of Pediatrics (SIP) and the Italian Society of Child Neuropsychiatry (SINPIA), which constructed the Form and had it administered by a number of family pediatricians. Thirty cards were collected from 1-month-olds, 30 from 3-month-olds, 30 from 6-month-olds, 23 from 12-month-olds, 17 from 18-24-month-olds and 21 from 36-month-olds (total of 141 cards for the age group 0-36 months), with random sampling of children who presented themselves at the Health Report. Using statistical instruments, the relational and psychological manifestations of the child, the emotional-psychological state of the parent and the quality of the parent-child relationship were investigated.

In the first few months of life, the children considered attain almost all the elements provided for in the form, while at 18-24 months there was a decrease in the capacities attained, which increased again at 36 months. A significant difference emerged between mother and father in the change in mood and feeding from the child's birth until 12 months and in the change in sleep from 0 to 36 months. The father's sleep alteration changed in the various age groups of the child: it was more present when the child was 1 month old and tended to decrease as the child grew. Finally, a difference could be seen in the child's accompaniment to the pediatric visit: at 1 month, most of the children considered were accompanied by both parents, whereas as they grew older, they were increasingly accompanied by only one parent, mainly the mother.

The results turned out to be in line with expectations and previous theoretical contributions. The limitations of the study and suggestions for future research are discussed.

In the future, our research group will evaluate the entire pediatric age range 0-14 years.

Keywords: Relational assessment, psychological prevention, interdisciplinary collaboration, psycho-relational board, pediatric health assessment.

Riassunto

L'obiettivo di questo lavoro promosso da un gruppo di ricerca SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt), SIP (Società Italiana Pediatri) e SINPIA (Società Italiana Neuropsichiatri Infanzia e Adolescenza), è stato quello di creare una scheda semplice e intuitiva (Scheda Psico-Relazionale), da somministrare nei bilanci di salute pediatrici, che valuti lo sviluppo psicologico del bambino e lo sviluppo relazionale genitori-bambino, finalizzata ad una valutazione finale su due parametri di allerta. Sono state raccolte 141 schede per la fascia d'età 0-36 mesi.

I risultati sono in linea con le aspettative e con i contributi teorici precedenti. Vengono discussi i limiti dello studio e i suggerimenti per la ricerca futura.

Il nostro gruppo di ricerca in futuro valuterà tutta l'età pediatrica 0-14 anni.

Parole chiave: Valutazione relazionale, prevenzione psicologica, collaborazione interdisciplinare, scheda psico-relazionale, bilancio di salute pediatrica.

1. Introduzione

La ricerca (MacMillan *et al.*, 2020) suggerisce che ci sia un'influenza della depressione perinatale sulla qualità dell'interazione madre-bambino e dunque che «la depressione perinatale potrebbe incidere sullo sviluppo del piccolo» (p. 678): le madri che hanno sintomi depressivi all'inizio della gravidanza sono valutate con la Scala di Disponibilità Emotiva (EAS) (MacMillan *et al.*, 2020) come non disponibili nell'interazione con il bambino a 6 mesi dopo il parto, di conseguenza, i figli sono maggiormente predisposti a sviluppare problemi emotivi, comportamentali e psicologici. Inoltre, la maggior parte delle madri valutate con depressione *post-partum* presenta anche una diagnosi di disturbo della personalità che incide su una maggiore probabilità di sviluppare un attaccamento insicuro con il proprio bambino (Smith-Nielsen *et al.*, 2016; Conroy *et al.*, 2012).

La depressione materna pre- e post-natale, in quanto maggiormente collegata a una scarsa qualità dell'interazione madre-bambino, può quindi provocare in quest'ultimo un aumentato rischio di sviluppo cognitivo, emotivo e comportamentale sfavorevole e pertanto è importante conoscere diversi approcci al trattamento per gestire i vari stili di scambio della diade (Binda *et al.*, 2019a).

La letteratura ci suggerisce poi che tendenzialmente i figli di madri ansiose, che hanno una relazione principalmente basata sull'ipereccitazione, possono affrontare le sfide sociali con più difficoltà rispetto ai controlli sani e avere maggiori probabilità d'insorgenza di problemi comportamentali, cognitivi, socio-emotivi, disturbi d'ansia e dello sviluppo (Kaitz *et al.*, 2010).

Nel programma dello *still-face* (Tronick *et al.*, 1978) le diadi ansiose fanno esperienza di difficoltà nel regolare l'interazione madre-bambino a causa di una risposta eccessiva o insufficiente che riflette una difficoltà nel dosaggio emozionale e, di conseguenza, a queste coppie serve molto tempo per riprendersi dalla sfida del volto immobile e tornare ad una situazione iniziale. In alcune madri l'alto livello di ansia può compromettere il funzionamento quotidiano e incidere sulla capacità di essere un buon genitore. Infatti, «le cognizioni e le percezioni negative, comunemente associate ai disturbi d'ansia, possono anche avere il potenziale di distorcere l'interpretazione di una madre dei segnali del suo bambino, che a sua volta potrebbe influenzare la risposta comportamentale della madre al bambino» (Nath *et al.*, 2019, p. 102).

È fondamentale che sia presente una buona qualità della relazione con i *caregiver* primari in quanto l'interazione madre-bambino e le competenze genitoriali sono spesso collegate al linguaggio, alla cognizione, allo sviluppo

motorio e sociale infantile. Nei bambini nati a termine, la qualità dell'interazione madre-figlio è associata alle caratteristiche del linguaggio precoce già a sei mesi di età (Rocha *et al.*, 2020). Le differenze individuali nelle abilità linguistiche dei bambini sono influenzate dalla quantità e qualità dell'*input* vocale di entrambi i genitori, infatti, l'ampiezza del vocabolario dei padri, oltre a quello delle madri, contribuisce alla crescita del vocabolario e allo sviluppo lessicale e grammaticale dei figli (Leech *et al.*, 2013).

Lo sviluppo del linguaggio e i risultati socio-emotivi dei bambini sono correlati anche alle competenze genitoriali, fra cui la sensibilità, il calore, la reattività, la mentalizzazione e la stimolazione cognitiva (Farkas *et al.*, 2020).

Per sensibilità si intende la capacità materna di cogliere i segnali del bambino, interpretarli e fornire una risposta con conseguente reazione di attaccamento sicuro, migliore capacità cognitiva, maggiore sviluppo sociale e migliori performance esecutive (Farkas *et al.*, 2020).

Per mentalizzazione genitoriale, invece, si intende la capacità del genitore di comprendere il bambino come un individuo pensante e di trasmettergli questa informazione attraverso il linguaggio (Zeegers *et al.*, 2017). Quando le madri condividono l'affetto, l'attenzione, la sequenza temporale e le pause dei loro bambini per consentire loro la risposta, i bambini fanno progredire la loro comunicazione e il loro sviluppo linguistico, cognitivo e sociale (Rocha *et al.*, 2020).

La qualità dell'interazione madre-bambino sembra essere anche un importante predittore per un sano sviluppo psicomotorio, in particolare un'interazione sensibile, reattiva, attenta e stimolante rappresenta un fattore protettivo per la crescita del figlio, al contrario un'interazione di bassa qualità è un fattore di rischio per lo sviluppo (Binda *et al.*, 2019b).

Un altro fattore di rischio è rappresentato dalle famiglie monoparentali o dalla mancanza di coinvolgimento del padre nelle cure quotidiane del bambino (Binda *et al.*, 2019b).

Anche l'allattamento al seno incide sullo sviluppo del neonato e in particolare un allattamento al seno per meno di sei mesi potrebbe essere causa di maggiori problematiche nello sviluppo cognitivo e motorio (Binda *et al.*, 2019b).

Inoltre, i risultati della revisione di Eira Nunes *et al.* (2021) suggeriscono l'efficacia della co-genitorialità sui risultati relativi all'adattamento del bambino, al benessere dei genitori e alla qualità delle relazioni romantiche e della relazione genitore-figlio. Si può ritenere che i problemi dello sviluppo risiedono nella relazione (Bornstein e Putnick, 2021).

I genitori vengono considerati gli agenti primari della socializzazione dei figli.

Risulta utile, dunque, riuscire a valutare le capacità relazionali genitore-figlio per intervenire nei casi in cui ce ne sia il bisogno. La valutazione delle capacità relazionali genitore-bambino è un processo complesso e multidimensionale che coinvolge l'osservazione e la valutazione delle interazioni tra genitore e figlio in diversi contesti e situazioni dello sviluppo (Simonelli e Bighin, 2012).

Non è solo la quantità di tempo trascorso con il bambino e la sensibilità genitoriale che conta nello sviluppo, ma anche l'equilibrio nell'impegno di entrambi i genitori (Favez *et al.*, 2021).

Nella valutazione delle capacità relazionali genitore-figlio la letteratura ci suggerisce che il bambino tendenzialmente può risultare impegnato, disimpegnato o iper-coinvolto (Mazzoni *et al.*, 2015). Queste caratteristiche possono essere valutate attraverso strumenti di tipo narrativo come l'intervista sulle rappresentazioni materne in gravidanza, di tipo comportamentale, tra cui l'osservazione diretta, l'intervista con il genitore, l'utilizzo di questionari e scale di valutazione e l'osservazione del contesto e delle dinamiche familiari (Simonelli *et al.*, 2008). Gli strumenti e le scale esistenti, però, oltre a non essere di veloce somministrazione, hanno un *focus* solo sul bambino, nessuno di questi è utilizzabile da un non professionista della salute mentale e vengono somministrati solo quando la relazione risulta già compromessa; non esiste uno strumento simile a quello riportato in questo nostro lavoro per quanto riguarda la semplicità e velocità di somministrazione.

2. Obiettivi e ipotesi

L'obiettivo della ricerca è stato quello di costruire, introdurre e sviluppare una scheda per i pediatri, da utilizzare nei vari bilanci di salute, che valutasse precocemente oltre allo sviluppo psicologico del bambino anche lo sviluppo relazionale genitori-bambino (denominata Scheda Psico-Relazionale). Questo è servito per permettere di riconoscere quanto prima i bambini e le famiglie che necessitano di un aiuto e indirizzarli a chi di dovere per creare una collaborazione fra pediatri, psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili.

Si ipotizza che la Scheda Psico-Relazionale consenta ai pediatri di individuare precocemente i bambini e le famiglie a rischio di sviluppare difficoltà psicologiche o relazionali, permettendo così un intervento preventivo efficace, un invio a servizi di supporto adeguati e una collaborazione strutturata tra pediatri, psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri Infantili.

Si è voluta, dunque, proporre una linea di ricerca comune tra pediatri,

psicologi/psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili che potesse diventare il riferimento per tutti i pediatri che si trovano ad affrontare quali sono i segnali dei bambini che predicono una psicopatologia e sapere, di conseguenza, a chi doverli indirizzare.

In particolare, l'intento è stato quello di creare, al momento, due livelli di valutazione e di gravità: il primo, in cui il pediatra non ritiene che ci siano particolari compromissioni e, dunque, rivede il bambino normalmente e il secondo, in cui esistono dei predittori sulla scala che indicano l'opportunità di far valutare il bambino e la sua relazione con i genitori da uno psicologo/psicoterapeuta o da un neuropsichiatra infantile.

3. Partecipanti, strumenti e procedura

Alla ricerca hanno partecipato 174 bambini: 30 di 1 mese (18% sul totale), 30 di 3 mesi (17% sul totale), 30 di 6 mesi (17% sul totale), 23 di 9 mesi (13% sul totale), 23 di 12 mesi (13% sul totale), 17 di 18-24 mesi (10% sul totale) e 21 di 36 mesi (12% sul totale).

Il campionamento dei bambini è avvenuto in modo *random* su quelli che si presentavano al Bilancio di Salute.

Ai bambini e ai genitori è stata somministrata una scheda psico-relazionale che valuta: le manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino nella prima sezione, lo stato emotivo-psicologico del genitore nella seconda sezione e la qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nella terza sezione. Lo strumento è stato creato per sottolineare l'importanza di cogliere, da parte dei professionisti che non lavorano nell'area della salute mentale, i segnali precoci che potrebbero trasformarsi in sintomi psicologici.

La Scheda Psico-Relazionale divisa per 7 fasce di età da 1 a 36 mesi è stata, dunque, somministrata da parte dei pediatri ai bambini e alle rispettive famiglie durante i bilanci di salute. Ai partecipanti veniva chiesto di compilare il questionario in forma cartacea oppure *online* tramite la piattaforma "Google Moduli" della durata di circa 5 minuti. La compilazione era anonima e lo studio era di tipo "trasversale".

La Scheda Psico-Relazionale (si veda a fine articolo) è stata creata da psicologi, psicoterapeuti, pediatri e neuropsichiatri infantili sulla base di confronti teorici, di studio, analisi della letteratura, durati per più di un anno. Poiché la Scheda presenta delle domande "finite e chiuse" con poco spazio "aperto" (vedi "Altro" sulla Scheda) i pediatri che hanno partecipato allo studio non hanno avuto bisogno di formazione preliminare.

4. Analisi dei dati

Questo studio trasversale e l'analisi sono stati svolti a partire dai dati raccolti mediante la somministrazione della Scheda Psico-Relazionale in versione cartacea o digitale (*online*) da parte dei pediatri ai bambini e alle loro famiglie durante i vari bilanci di salute in età pediatrica.

Il materiale è stato reso disponibile come *database* Microsoft Excel diviso per le varie fasce di età da 1 mese a 36 mesi per un totale di 174 bambini con le rispettive famiglie; è stato quindi condotto uno studio accurato delle singole fasce di età per concentrarsi poi sull'analisi dei dati aggregati.

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

Sono state eseguite le statistiche descrittive e poi quelle dei dati aggregati della scheda per: analizzare le differenze nelle prestazioni di madre e padre col passare dei mesi e analizzare anche il confronto fra le risposte dei due; osservare l'andamento della qualità della relazione genitore-bambino e valutare come cambia chi accompagna il bambino alla visita pediatrica durante la crescita. Infine, ci interessava confrontare le percentuali medie di capacità raggiunte dai bambini nelle varie tappe e sulla base del punteggio ottenuto istituire dei parametri di allerta.

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

È stato visto, così, come cambiano le risposte da parte di madre e padre, per esempio, alle singole domande sullo stato emotivo-psicologico del genitore a mano a mano che il bambino cresce e poi si è calcolata la significatività attraverso il Test del Chi quadrato di Pearson (χ^2).

In seguito, abbiamo avuto la possibilità di osservare su una tabella di contingenza che i soggetti che accompagnano i bambini alla visita pediatrica cambiano col passare dei mesi e la conseguente crescita del piccolo e abbiamo confrontato la qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nelle varie fasce di età.

Interessante è stato anche mettere a confronto, dopo averle raggruppate,

le risposte di madre e padre agli *item* sullo stato emotivo-psicologico del genitore per vedere le differenze esistenti e controllarne la significatività grazie al test di McNemar.

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

In ultimo, sulla base dei dati a disposizione, sono stati creati dei parametri di allerta per permettere al pediatra, che somministra il questionario nel bilancio di salute in età pediatrica, di discriminare i bambini e le rispettive famiglie potenzialmente “a rischio” da quelli non problematici e valutare di consigliare ai primi di fare una visita specialistica con uno psicoterapeuta nei casi con disturbi relazionali, neuropsichiatrica in quelli più complessi.

5. Risultati

Il lavoro è stato strutturato in diverse fasi: un'iniziale analisi delle statistiche descrittive di ogni singolo *item* del questionario per ogni fascia di età considerata; un'analisi dei dati aggregati, che ha permesso di ottenere un confronto più ampio fra le risposte al questionario di madre e padre separatamente nelle varie tappe di età e di madre e padre insieme in modo più generale; la valutazione dell'andamento della qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita nelle varie fasce mensili considerate, appurando i cambiamenti dei bambini durante la crescita.

Abbiamo, infine, potuto prendere in considerazione la percentuale media di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino raggiunte nelle varie tappe di età per poter designare dei parametri di allerta per la salute psicologico-relazionale sulla base del punteggio ottenuto.

5.1. Risultati: analisi descrittive

Nelle analisi descrittive abbiamo notato che in media i bambini di 1 mese raggiungevano il 91.7% delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste per l'età, a 3 mesi ne raggiungevano il 97.8%, a 6 mesi il 97.2%, a 9 e 12 mesi il 100%, a 18-24 mesi l'84% e a 36 mesi il 92.3% (tab. 1).

Tab. 1– Numero complessivo di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a nelle varie fasce d'età esaminate (tra parentesi le percentuali medie)

1 MESE (M = 91,7%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
2,00	1	3,3	3,3
3,00	1	3,3	6,7
4,00	3	10,0	16,7
5,00	2	6,7	23,3
6,00	23	76,7	100,0
Totale	30	100,0	
3 MESI (M = 97,8%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	1	3,3	3,3
5,00	2	6,7	10,0
6,00	27	90,0	100,0
Totale	30	100,0	
6 MESI (M = 97,2%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	3,3	3,3
5,00	2	6,7	10,0
6,00	27	90,0	100,0
Totale	30	100,0	
9 MESI (M = 100%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	23	100,0	100,0
12 MESI (M = 100%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
4,00	23	100,0	100,0
18-24 MESI (= 84%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
3,00	1	5,9	5,9
6,00	1	5,9	11,8
7,00	3	17,6	29,4
8,00	10	58,8	88,2
9,00	2	11,8	100,0
Totale	17	100,0	
36 MESI (M = 92,3%)	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
5,00	1	4,8	4,8
7,00	10	47,6	52,4
8,00	10	47,6	100,0
Totale	21	100,0	

5.2. Risultati: analisi dati aggregati

Nei risultati delle analisi dei dati aggregati, per quanto riguarda la macro-categoria “stato emotivo-psicologico del genitore” e in particolare il confronto delle risposte singole di madre e padre con il passare dei mesi, è risultato essere significativo solo il sonno del padre dato che $X^2(6, N=166) = 23.9, p=0.001$ e quindi il sonno del padre ha avuto una ricorrenza differente nelle varie tappe di età considerate: in particolare, abbiamo visto che l’alterazione del sonno del padre era più presente quando il figlio/a aveva 1 mese e poi tendeva a calare con la sua crescita.

Nel confronto delle risposte unite di madre e padre, invece, sono risultati essere significativi i valori dell’umore, dato che nel Test di McNemar il *P value* era uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05, del sonno, dato che nel Test di McNemar il *P value* era minore di 0.001 e quindi minore di 0.05 e dell’alimentazione, dato che nel Test di McNemar il *P value* era uguale a 0.004 e quindi minore di 0.05. C’è stata, quindi, una differenza nella modificazione del tono dell’umore della madre rispetto al padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 12 mesi: abbiamo visto che ci sono più madri con un tono dell’umore alterato e padri senza umore alterato rispetto al contrario.

C’era, inoltre, una differenza nella modificazione del sonno della madre rispetto alla modificazione del sonno del padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 36 mesi: c’erano più madri con un sonno alterato e padri senza sonno alterato rispetto al contrario.

Abbiamo anche registrato una differenza nella modificazione dell’alimentazione della madre rispetto al padre quando il bambino aveva un’età compresa fra 1 mese e 12 mesi: c’erano più madri con un’alimentazione alterata e padri senza alimentazione alterata rispetto al contrario.

Per quanto riguarda, invece, la macro-categoria “qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita” è risultato essere significativo solo l’*item* che confronta come cambia chi accompagna il bambino alla visita con il passare dei mesi. Complessivamente, dato che $X^2(18, N=173)=69.2, p=0.00$ abbiamo potuto notare che la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che venivano accompagnati solo dalla mamma andava a crescere con l’aumentare dell’età del bambino mentre la frequenza e la corrispondente percentuale di bambini che venivano accompagnati da papà e mamma insieme andava a diminuire con l’aumentare dell’età del bambino; in particolare, quando il/la bambino/a aveva 1 mese veniva maggiormente accompagnato da entrambi i genitori, poi, dai 3 mesi in su, era principalmente solo la mamma ad accompagnare il/la bambino/a alla visita.

Infine, per quanto riguarda la macro-categoria “manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino” abbiamo visto che il confronto fra le varie tappe delle percentuali di capacità raggiunte è risultato essere significativo dato che $H(6) = 61.1, p = 0.00$ e quindi possiamo dire che c’era una differenza sostanziale nelle posizioni medie aggregate delle percentuali di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a nelle varie tappe di età considerate. In particolare, a 18-24 mesi c’era la minor percentuale di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal bambino/a.

5.3. Risultati: parametri di allerta

Per i parametri di allerta (Livello 1: il pediatra rivaluta gli aspetti psicologici e relazionali al successivo Bilancio di Salute; Livello 2: è necessaria una consulenza psicologica/psicoterapeutica o neuropsichiatrica) abbiamo valutato e preso come regola di considerare nella norma il numero di manifestazioni relazionali e psicologiche raggiunte dal 95% o più dei bambini/e considerati/e, mentre sono stati etichettati “a rischio” i bambini/e che raggiungevano il 5% o meno delle manifestazioni relazionali e psicologiche previste dalla scheda.

A 1 mese è stato considerato parametro di allerta il raggiungimento di un numero di manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a minore di 4, a 3 mesi minore di 5, a 6 mesi minore di 5, a 9 mesi minore di 5, a 12 mesi minore di 4, a 18-24 mesi minore di 6, a 36 mesi minore di 7.

Riteniamo che sarà più precisa una valutazione di questi due parametri di allerta quando andremo a studiare tutta la fascia d’età pediatrica (fino ai 14 anni).

6. Discussione

Il nostro lavoro ha mostrato che nella categoria “stato emotivo-psicologico del genitore” è risultato esserci una differenza significativa per tono dell’umore, sonno e alimentazione fra madre e padre: in particolare, la madre aveva sempre una prestazione peggiore del padre. Questo dato è in linea con le nostre ipotesi in quanto gli indicatori di possibile depressione che la scheda rileva si collegano a quello che suggerisce la letteratura sulla depressione perinatale che è da sempre considerata una problematica molto frequente in numerose donne nel *post-partum*. In particolare, i disturbi depressivi e ansiosi, già a partire dalla gravidanza, sono associati a minori capacità di *co-*

ping, a rappresentazioni materne negative e alla percezione di una scarsa efficacia nel ruolo materno (Bernard *et al.*, 2018; MacMillan *et al.*, 2020; Nath *et al.*, 2019; Tambelli, 2017).

Inoltre, sempre in linea con le nostre ipotesi, abbiamo visto che l'alterazione del sonno del padre cambiava con il passare del tempo in modo significativo: era più accentuata quando il bambino aveva 1 mese e tendeva a diminuire con la sua crescita. Le migliori prestazioni della madre con il passare del tempo, invece, non sono risultate significative e questo potrebbe spiegare in linea generale il maggiore impegno fisico ed emotivo che la madre ripone nella relazione con il figlio.

Poi, nella categoria “qualità della relazione genitore-bambino osservata dal pediatra durante la visita” è risultato esserci una differenza significativa nell'accompagnamento del bambino alla visita con il passare dei mesi. In particolare, la percentuale di bambini accompagnati solo dalla madre alla visita pediatrica andava a crescere con il passare dei mesi in linea con le nostre ipotesi, mentre la percentuale di bambini accompagnati da madre e padre insieme andava a diminuire con il passare dei mesi.

La relazione genitore-bambino, poi, risultava essere ben adattata o sufficientemente buona nella maggior parte dei casi in tutte le fasce di età considerate. Anche questo dato è in linea con le nostre ipotesi in quanto essendo il nostro campione una popolazione non clinica ci aspettavamo una prevalenza di stile di attaccamento sicuro e di conseguenza una relazione ben adattata.

Infine, nella categoria “manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino” è risultato esserci una differenza significativa nelle capacità raggiunte dai bambini nelle varie tappe di età considerate; in particolare, quasi tutte le abilità sono state acquisite nelle varie fasce di età, mentre a 18-24 mesi c'è stata la minor percentuale di capacità raggiunte dal bambino: questo ultimo dato non è in linea con le nostre ipotesi iniziali e può essere spiegato con il fatto che la fascia d'età considerata (18-24 mesi) è molto ampia e quindi il pediatra potrebbe non sentirsi di segnare una certa abilità quando il bambino ha 18 mesi che poi potrebbe essere raggiunta a 24 mesi, e con il fatto che questa è la fascia di età con il minor numero di partecipanti.

Dunque, possiamo dire che, in generale, gli obiettivi della ricerca sono stati raggiunti e le ipotesi parzialmente confermate.

Gli *item* delle varie Schede Psico-Relazionali relative alle manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a create in questo progetto, valutano aspetti diversi nelle varie tappe di età considerate in quanto, a seconda della fase di crescita, il bambino esprimerà la problematica in aree specifiche, aree che lo stesso Daniel Stern ha definito finestre cliniche sull'interazione genitore-bambino e che consentono il rilevamento delle difficoltà nelle prime fasi della crescita (cfr. Tambelli, 2017).

I dati rilevati dal pediatra dovrebbero permettere di indicare dove inviare il bambino e i genitori ai vari livelli e questo dovrebbe consentire prossimamente di creare delle reti sul territorio che permettano di fare una differenziazione su più piani. Ciò che differenzia allora la scheda che è stata proposta dalle altre già esistenti è proprio l'aspetto relazionale e questo può essere un modo per implementare le schede attuali. Quella creata non è una scheda per il neuro-sviluppo: fra di esse, ce ne sono varie che includono la rilevazione dei dati del primo livello (bambino), qui si sono voluti integrare anche gli altri due livelli (genitori e relazione) nelle schede che già esistono per riuscire a fare prevenzione anche con questo tipo di disagio dal momento che, come ci suggerisce la letteratura, la relazione *caregiver*-bambino risulta essere un elemento decisivo per lo sviluppo di quest'ultimo. Si tratta, comunque, di uno studio pilota per capire l'applicabilità della scheda che sarà veramente validata solo se correlata con strumenti standardizzati.

7. Limiti dello studio

La ricerca ha anche alcuni limiti: al momento è stato possibile fare solo uno studio trasversale su ogni fascia di età e tra fasce di età da 1 a 36 mesi, c'era una bassa numerosità del campione di bambini e genitori considerati, pochi pediatri hanno preso parte al progetto, sono stati creati solo 2 livelli di valutazione per quanto riguarda i parametri di allerta, è stata considerata solo la fascia di età 0-36 mesi e non è stata trovata la validità concorrente della scheda. Comunque, grazie alla ricerca, per la prima volta si è cercato di introdurre ai pediatri uno strumento che cogliesse i segnali precoci di psicopatologia per provarne l'utilizzabilità e creare una collaborazione con professionisti della salute mentale.

In futuro sarebbe, dunque, interessante fare anche uno studio longitudinale per vedere come gli stessi soggetti cambino nel tempo a distanza di mesi e/o anni con un numero consistente di bambini e genitori valutati e coinvolgendo almeno un pediatra per regione. Sarebbe utile istituire dei *cut-off* per distinguere i diversi livelli di gravità, avere schede che valutino tutta la fascia di età 0-14 anni e fare ulteriori revisioni alla scheda esistente per renderla sempre più semplice, intuitiva e veloce da somministrare per i pediatri. Inoltre, la scheda dovrà essere ulteriormente valutata mettendola in relazione ad altri strumenti standardizzati che ci possano far capire la validità concorrente di questo strumento.

In questo articolo si sono riportati i dati relativi il periodo 0-36 mesi, ma l'obiettivo futuro del nostro gruppo di ricerca è di valutare tutta l'età pediatrica 0-14 anni.

8. Conclusioni e prospettive future

Questa ricerca ha permesso di introdurre una scheda per i pediatri da utilizzare nei bilanci di salute in età pediatrica che valutasse lo sviluppo psicologico del bambino, dei genitori e quello relazionale genitori-bambino nella fascia d'età 0-36 mesi. Questo ha anche permesso la rilevazione precoce, tramite l'introduzione di alcuni parametri di allerta, di difficoltà a specialisti del settore psicologico/neuropsichiatrico.

Lo strumento che abbiamo creato può essere utilizzato dal pediatra di famiglia nei vari appuntamenti di bilancio della salute e permette loro di avere degli elementi a disposizione per poter dire che in un certo momento la salute pediatrica procede in un determinato modo ma potrebbero esserci dei predittori di difficoltà sia di tipo relazionale, sia individuale. Ciò a cui come gruppo di lavoro si è tenuto tanto è stato proprio sottolineare l'importanza di valutare il benessere psichico/relazionale sin da subito e non solo quello fisico/organico, come già avviene. Le domande, dunque, all'interno della scheda che si è proposta, sono domande non solo centrate sulla salute del bambino, ma anche su quella del genitore e sulla salute della relazione primaria e che permettono di fare prevenzione con questo tipo di disagio. Dallo psicoterapeuta arrivano, infatti, solo famiglie, bambini e adolescenti quando hanno una percezione tarda del bisogno, rispetto a quanto un pediatra, grazie alla sua esperienza, possa osservare precocemente durante le visite di *routine*.

Un'eventuale validazione futura di questa Scheda potrebbe influenzare le pratiche cliniche pediatriche; sarebbe anche interessante poter creare delle linee guida che mettano sullo stesso piano clinico e di significati l'intervento/visita pediatrica con un possibile intervento psicoterapico relazionale sulla triade madre/padre/bambino.

A nostro parere la Scheda proposta consentirà di rilevare tempestivamente i segnali predittivi di psicopatologie infantili e relazionali dando la possibilità ai pediatri di differenziare i livelli di gravità delle difficoltà emergenti, indirizzando i pazienti verso le appropriate figure professionali, migliorando l'efficacia dei Bilanci di Salute, integrando la valutazione relazionale con quella fisica e psicologica.

Pier Luigi Righetti: Psicologo psicoterapeuta, responsabile del Servizio di Psicologia del Dipartimento Materno-Infantile dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, Veneto. Presidente della Società Italiana di Psicoterapia della Gestalt.

Ilaria Generali: Psicologa, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Padova.

Margherita Spagnuolo Lobb: Psicologa psicoterapeuta. Direttore della Scuola di Specializzazione dell'Istituto di Gestalt HCC Italy. Presidente Onorario della Società Italiana Psicoterapia Gestalt (SIPG).

Andrea Righetti: Pediatra di famiglia. Venezia. Membro della Società Italiana di Pediatria.

Vincenzo Calvo: Psicologo psicoterapeuta. Professore di Psicodinamica delle relazioni familiari, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Padova.

Carmela Bravaccio: Neuropsichiatra Infantile. Professore di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università Federico II di Napoli. Membro del Consiglio di Amministrazione e Vicepresidente della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile.

Pietro Ferrara: Pediatra. Professore di Pediatria Generale e Specialistica, Università Campus Bio-Medico di Roma. Membro della Società Italiana di Pediatria.

BIBLIOGRAFIA

- Bernard K., Nissim G., Vaccaro S., Harris J.L., Lindhiem O. (2018). Association Between Maternal Depression and Maternal Sensitivity from Birth to 12 Months: A Meta-analysis. *Attachment and Human Development*, 20, 6: 578-599. DOI: 10.1080/14616734.2018.1430839
- Binda V., Figueroa-Leigh F., Olhaberry M. (2019a). Antenatal and Postnatal Depressive Symptoms: Association with Quality of Mother-infant Interaction. *Infant Behavior and Development*, 57. DOI: 10.1016/j.infbeh.2019.101386
- Binda V., Figueroa-Leigh F., Olhaberry M., (2019b). Baja Calidad de Interacción Madre-hijo/a en Lactantes en Riesgo Psicosocial se Asocia con Riesgo de Retraso del Desarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, 90, 3: 260-266. DOI: 10.32641/rchped.v90i3.782
- Bornstein M.H., Putnick D.L. (2021). Dyadic Development in the Family: Stability in Mother-child Relationship Quality from Infancy to Adolescence. *Journal of Family Psychology*, 35, 4: 445-456. DOI: 10.1037/fam0000794
- Bowlby J. (1951). *Cure materne e igiene mentale del fanciullo*. Siena: Giunti-Barbera.
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Brumariu L.E. (2015). Parent-Child Attachment and Emotion Regulation: Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148: 31-45. DOI: 10.1002/cad.20098
- Conroy S., Pariante C.M., Marks M.N., Davies H.A., Farrelly S., Schacht R., Moran P. (2012). Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1: 51-61. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.10.007
- Cooke J.E., Kochendorfer L.B., Stuart-Parrigon K.L., Koehn A.J., Kerns K.A. (2019). Parent-child Attachment and Children's Experience and Regulation of Emotion: A Meta-analytic Review. *Emotion*, 19, 6: 1103-1126. DOI: 10.37/emo0000504
- Eira Nunes C., Roten Y., El Ghaziri N., Favez N., Darwiche J. (2021). Co-parenting Programs: A Systematic Review and META-ANALYSIS. *Family Relations*, 70, 3: 759-776. DOI: 10.1111/fare.12438.
- Farkas C., Álvarez C., Cuellar M. del P., Avello E., Gómez D.M., Pereira P. (2020). Mother's

- Competence Profiles and Their Relation to Language and Socioemotional Development in Chilean Children at 12 and 30 Months. *Infant Behavior and Development*, 59: 101443. DOI: 10.16/j.infbeh.2020.101443
- Favez N., Frascarolo F., Carneiro C., Montfort V., Corboz-Warnery A., Fivaz-Depeursinge E. (2006). The Development of the Family Alliance from Pregnancy to Toddlerhood and Children Outcomes at 18 Months. *Infant and Child Development*, 15, 1: 59-73. DOI: 10.1002/icd.430
- Favez N., Tissot H., Frascarolo F. (2021). Shared Parental Care in the First 18 Months as a Context for Sensitivity and Coparenting. *Journal of Family Studies*, 27, 2: 215-230. DOI: 10.1080/13229400.2018.1527711
- Kaitz M., Maytal H.R., Devor N., Bergman L., Mankuta D. (2010) Maternal Anxiety, Mother-Infant Interactions, and Infants' Response to Challenge. *Infant Behavior and Development*, 33, 2: 136-148. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.12.003
- Leech K., Salo V., Rowe M., Cabrera N. (2013). Father Input and Child Vocabulary Development: The Importance of Who Questions and Clarification Requests. *Seminars in Speech and Language*, 34, 04: 249-259. DOI: 10.1055/s-003-1353445
- MacMillan K.K., Lewis A.J., Watson S.J., Galbally M. (2020). Maternal Depression and the Emotional Availability of Mothers at Six Months Postpartum: Findings from the Mercy Pregnancy and Emotional Wellbeing Study (MPEWS) Pregnancy Cohort. *Journal of Affective Disorders*, 266: 678-685. DOI:10.1016/j.jad.2020.01.109
- Mazzoni A., Lubrano L., Di Benedetto R., Criscuolo M., Mangano C. (2015). Le coalizioni genitoriali: Lo stile interattivo del bambino a fronte degli stili cogenitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1: 79-100. DOI: 10.1449/79740
- Nath S., Pearson R.M., Moran P., Pawlby S., Molyneux E., Challacombe F.L., Howard L.M. (2019). The Association Between Prenatal Maternal Anxiety Disorders and Postpartum Perceived and Observed Mother-Infant Relationship Quality. *Journal of Anxiety Disorders*, 68: 102-148. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102148
- Rocha N.A.C.F., dos Santos S.F.P., dos Santos M.M., Dusing S.C. (2020). Impact of Mother-Infant Interaction on Development During the First Year of Life: A Systematic Review. *Journal of Child Health Care*, 24, 3: 365-385. DOI: 10.1177/1367493519864742
- Simonelli A., Bighin A. (2012). Il Lausanne Trilogue Playprenatale: Aspetti metodologici della valutazione delle competenze co-genitoriali. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3: 531-556. DOI: 10.1449/38838
- Simonelli A., Fava Vizziello G., Petech E., Bettega V. (2008). Relazione di coppia, ruolo paterno e genitorialità. Esistono fattori predittivi della qualità dell'interazione triadica madre-padre-bambino? *Psicologia sociale*, 3: 447-472. DOI: 10.1482/28382
- Smith-Nielsen J., Tharner A., Steele H., Cordes K., Mehlhase H., Vaever M.S. (2016). Postpartum Depression and Infant-mother Attachment Security at One Year: The Impact of Co-morbid Maternal Personality Disorders. *Infant Behavior and Development*, 44: 148-158. DOI: 10.1016/j.infbeh.2016.06.002
- Stern, D.N. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Tambelli R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: il Mulino.
- Tronick E., Als H., Adamson L., Wise S., Brazelton T.B. (1978). The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1: 1-13. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)62273-1
- Zeegers M.A.J., Colonnese C., Stam, G.J.J.M., Meins E. (2017). Mind Matters: A meta-analysis on Parental Mentalization and Sensitivity as Predictors of Infant-parent Attachment. *Psychological Bulletin*, 143, 12: 1245-1272. DOI: 10.1037/bul0000114

1° MESE
SCHEMA PSICO-RELAZIONALE

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

- il bambino/a piange?		SI	NO
- il bambino/a sorride?		SI	NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?	SI	NO	NO
- il bambino/a vocalizza?		SI	NO
- il bambino/a porta gli oggetti alla bocca?	SI	NO	NO
- il bambino/a si gira verso rumori improvvisi?		SI	NO
- Altro			

2) Stato emotivo-psicologico del genitore

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

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

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

3° MESE
SCHEMA PSICO-RELAZIONALE

Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X

1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a

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

2) Stato emotivo-psicologico del genitore

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

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

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

6° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a		
- il bambino/a piange?	SI	NO
- il bambino/a sorride?	SI	NO
- il bambino/a ha dei movimenti del corpo fluidi su entrambi i lati?	SI	NO
- il bambino/a comunica con le vocalizzazioni?	SI	NO
- il bambino/a porta le mani verso gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a pone attenzione verso gli stimoli esterni?	SI	NO
- Altro		
2) Stato emotivo-psicologico del genitore		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro		
3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro		

9° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a		
- il bambino/a sta seduto da solo?	SI	NO
- il bambino/a afferra gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a produce delle lallazioni (es. "la-la", "da-da")?	SI	NO
- il bambino/a è interessato alle persone?	SI	NO
- il bambino/a risponde al gioco (es. "cucù")?	SI	NO
- Altro		
2) Stato emotivo-psicologico del genitore		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro		
3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		<input type="checkbox"/>
- Relazione tesa o ansiosa		<input type="checkbox"/>
- Relazione compromessa o disturbata		<input type="checkbox"/>
- Relazione disorganizzata o pericolosa		<input type="checkbox"/>
- Altro		

12° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a		
- il bambino/a gattona?	SI	NO
- il bambino/a cammina se aiutato?	SI	NO
- il bambino/a esegue movimenti anticipatori delle braccia (es. "butta le braccia")	SI	NO
- il bambino/a risponde se chiamato con il suo nome?	SI	NO
- Altro		
2) Stato emotivo-psicologico del genitore		
- la madre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce che il suo tono dell'umore si è modificato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce di avere il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre riferisce di avere un'alimentazione alterata nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre riferisce di avere difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro		
3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[]
- Relazione tesa o ansiosa		[]
- Relazione compromessa o disturbata		[]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[]
- Altro		

18° - 24° MESE		
SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a		
- il bambino/a è socievole?	SI	NO
- il bambino/a gioca da solo/a?	SI	NO
- il bambino/a gioca con i coetanei?	SI	NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (indica gli oggetti)?	SI	NO
- il bambino/a cammina?	SI	NO
- il bambino/a nomina gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a ha lo sguardo nel vuoto?	SI	NO
- il bambino/a va in crisi se si sposta qualcosa (oggetti) vicino a lui?	SI	NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?	SI	NO
- Altro		
2) Stato emotivo-psicologico del genitore		
- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro		
3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[]
- Relazione tesa o ansiosa		[]
- Relazione compromessa o disturbata		[]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[]
- Altro		

36° MESE SCHEDA PSICO-RELAZIONALE		
Il Pediatra chiede al genitore e segna con una X		
1) Manifestazioni relazionali e psicologiche del bambino/a		
- il bambino/a è socievole?	SI	NO
- il bambino/a gioca da solo/a?	SI	NO
- il bambino/a gioca con i coetanei rispettandone i turni?	SI	NO
- il bambino/a parla in modo intenzionale (usando almeno 3 parole)?	SI	NO
- il bambino/a scende e sale le scale da solo?	SI	NO
- il bambino/a nomina gli oggetti?	SI	NO
- il bambino/a è interessato se gli si legge una storia?	SI	NO
- il bambino/a piange o si agita quando la mamma si allontana?	SI	NO
- Altro		
2) Stato emotivo-psicologico del genitore		
- la madre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- il padre ha il sonno alterato nelle ultime settimane o mesi?	SI	NO
- la madre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- il padre ha difficoltà nella gestione del figlio/a?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) la madre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- (solo se dato riferito/conosciuto) il padre soffre di psicopatologia (certificata)?	SI	NO
- Altro		
3) Relazione genitore/bambino osservata dal Pediatra durante la visita		
- chi accompagna il bambino/a alla visita?	P	M
- La relazione genitore/bambino è (segnare una sola casella):		
- Relazione ben adattata o sufficientemente buona		[]
- Relazione tesa o ansiosa		[]
- Relazione compromessa o disturbata		[]
- Relazione disorganizzata o pericolosa		[]
- Altro		