
L'influenza della migrazione e della cultura di appartenenza nelle modalità di interazione mamma-bambino: culture a confronto

Martina Auguadro

TNPEE, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Luca Giussani

TNPEE, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Fiorenza Broggi

TNPEE, RC MED/48, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Giuliana Giorgesi

Psicologa – Psicoterapeuta, docente a contratto, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Rebecca Corsaro

TNPEE, docente a contratto, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Alessandra Provasoli

TNPEE, docente a contratto, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Renata Nacinovich

NPI, PA MED/39, Università degli Studi di Milano-Bicocca

Sommario

In Italia, negli ultimi anni si assiste a un continuo aumento della percentuale di bambini stranieri che accedono alle strutture sanitarie: ciò porta gli operatori a confrontarsi con saperi diversi dai propri, con differenti modalità di cura parentali, differenti visioni della salute e della malattia.

Al fine di verificare l'influenza della cultura di appartenenza e della migrazione nelle modalità di interazione mamma-bambino e, di conseguenza, nelle modalità relazionali e comportamentali del bambino stesso, sono stati effettuati due studi, ciascuno dei quali su un campione costituito da due gruppi di bambini, figli di genitori migranti di culture diverse.

I dati emersi hanno permesso di osservare l'influenza della cultura di appartenenza in particolare nelle modalità relazionali delle mamme migranti e quanto i bambini, anche grazie alla scolarizzazione e al confronto tra i pari, siano maggiormente facilitati nel processo di inserimento e adattamento rispetto ai caregiver. Inoltre, dai dati ottenuti si evidenzia come le mamme provenienti dal Nord Africa e dall'Asia mostrino maggiori difficoltà nel saper utilizzare le risorse che il mondo di accoglienza mette a disposizione per accudire e sostenere lo sviluppo del bambino.

*Parole chiave**Migrazione, TNPEE, Cultura di appartenenza, Interazione mamma-bambino.***INTRODUZIONE**

L'accesso ai servizi educativi e sanitari da parte delle famiglie immigrate ha mostrato, negli ultimi due decenni, un aumento in costante crescita; la necessità di offrire risposte cliniche e terapeutiche più appropriate possibili, anche in situazioni di transculturalità, ha stimolato negli operatori la riflessione e l'approfondimento sulle diverse modalità di *infant care*.

«Non esiste infatti un solo modo o un modo che possa essere considerato giusto per crescere i bambini, ma tanti modi diversi quante sono le culture e, potremmo aggiungere, quanti sono i bambini perché, come ogni genitore sa, ciò che è adatto per un figlio non è detto che lo sia per tutti gli altri», così sostiene E. Balsamo (2002, p. 155). Questo assunto può aiutare l'operatore nella scoperta e nella valorizzazione di pratiche e modalità altre, riconoscendole non come tradizioni particolari, ma come vere e proprie modalità di un sistema di cura finalizzato al benessere del piccolo.

Nell'interazione madre-bambino c'è una codifica culturale che si trasmette direttamente con il corpo, attraverso il modo con cui ci si occupa di lui, lo si culla, lo si tiene in braccio; nei primissimi momenti di vita, tutto passa attraverso il corpo. La migrazione ne influenza l'immagine che ciascuno di noi si costruisce poiché porta a nuovi modi di usare il proprio corpo e, quindi, a nuove simbologie a esso collegate.

Con la migrazione anche le pratiche di cura subiscono un profondo processo di modificazione e si riadattano per poter rispondere alle esigenze del nuovo ambiente e ai bisogni del bambino che cresce in un contesto differente rispetto a quello conosciuto. Le madri immigrate si trovano nella condizione di dover interiorizzare comportamenti e pratiche della cultura di accoglienza e dover/volerli trasmettere al nuovo nato: ciò può essere sentito in contrasto con i modelli di riferimento della propria famiglia di origine e della propria cultura, e le madri possono sentirsi poco capaci di rappresentare un punto di riferimento stabile per i propri figli.

Conoscere e tenere in considerazione le modalità di accudimento e di interazione con il bambino, proprie della cultura di appartenenza, può facilitare non solo l'approccio e il percorso con il bambino stesso, ma anche con il suo ambiente; l'intervento neuro e psicomotorio, centrato sul corpo e la sua espressività, può offrire uno spazio in cui il bambino si senta sostenuto nelle sue istanze evolutive e, anche, può divenire una sorta di «ponte» fra i significati della cultura di appartenenza e quella in cui è immerso.

Al fine di verificare l'influenza della cultura e l'impatto, spesso considerevole, della migrazione nelle modalità di interazione mamma-bambino e, di conseguenza, nelle modalità relazionali e comportamentali del bambino stesso sono stati effettuati due studi,

ciascuno dei quali su un campione costituito da due gruppi di bambini, figli di genitori migranti di culture diverse con difficoltà di adattamento all'ambiente. Tutti i bambini hanno un profilo cognitivo nella norma, valutato attraverso la somministrazione della Scala Leiter-R.

Le modalità di relazione della diade sono state valutate all'interno di un'osservazione di gioco, attraverso l'utilizzo della Scheda di Valutazione della Terapia Neuropsicomotoria relativa al bambino e relativa al genitore (SVTNPM).

È stata inoltre compilata la Scala di Valutazione Leiter-R per il genitore.

Parte significativa di ciascuno studio risulta essere il confronto tra i due gruppi di bambini provenienti dalle due macro aree geografiche, per valutare se esistono significative differenze nelle modalità di interazione e nelle modalità relazionali dei singoli appartenenti alla diade.

CAMPIONE

Entrambi gli studi sono costituiti da un campione di 10 bambini ciascuno; il primo è composto da 5 bambini con genitori originari dall'Est Europa (Albania, Romania e Moldavia), 3 di sesso maschile e 2 di sesso femminile (da qui in poi definito Gruppo 1) e 5 bambini con genitori originari da Paesi dell'Africa Settentrionale e Occidentale (Egitto, Tunisia, Camerun, Senegal, Ghana), 3 di sesso femminile e 2 di sesso maschile (da qui in poi definito Gruppo 2).

Il campione del secondo studio è composto da 5 bambini con genitori originari dall'Asia (Bangladesh e Sri Lanka), tutti di sesso maschile (da qui in poi definito Gruppo 3) e 5 bambini con genitori originari del Sud America (Perù e Brasile), 3 di sesso maschile e 2 di sesso femminile (da qui in poi definito Gruppo 4).

I Paesi considerati nei campioni sono quelli da cui proviene la maggior parte dei pazienti di origine straniera che accedono al servizio.

I bambini appartenenti al campione sono tutti in carico presso la Clinica NPI dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per valutazione e/o terapia neuro e psicomotoria, hanno un'età compresa tra i 50 mesi e i 71 mesi e con QI breve nel range di norma, testato attraverso la Scala di Valutazione Leiter-R; non sono stati presi in considerazione i bambini che presentano Sindromi Organiche e Disturbi dello Spettro Autistico.

È stata effettuata l'osservazione di gioco mamma-bambino, analizzata in seguito attraverso la Scheda di Valutazione della Terapia Neuropsicomotoria relativa al bambino e al genitore. Parallelamente è stata consegnata la Scheda di Valutazione per il genitore Leiter-R che viene compilata direttamente dalla mamma o, in caso di limitata padronanza della lingua italiana, insieme al papà o con supporto dell'esaminatore, il quale facilita la comprensione degli item richiesti al caregiver.

Una sufficiente padronanza della lingua italiana da parte dei genitori rappresenta un altro dei criteri che devono essere soddisfatti dal campione.

La raccolta dei casi clinici, la compilazione delle SVTNPM e l'analisi dei dati sono state effettuate in un periodo di 8 mesi da marzo a ottobre 2019.

STRUMENTI

La Scala di Valutazione Leiter-R è un test da somministrare individualmente, realizzato per la valutazione delle funzioni cognitive in bambini e adolescenti di età compresa tra i 24 mesi e i 20 anni e 11 mesi.

I risultati permettono di determinare se il funzionamento dell'individuo si colloca all'interno dei limiti di norma delle abilità intellettive globali.

La batteria include misure di intelligenza esclusivamente non verbale del ragionamento fluido, della visualizzazione, della memoria visuo-spaziale e dell'attenzione.

Sono possibili due tipi di valutazione del QI: uno per mezzo di una scala breve, composta da 4 subtest, e uno per mezzo di una scala completa, composta da 6 subtest che sono lievemente differenti per i bambini in età prescolare rispetto a quelli di età scolare.

Per la selezione del campione dello studio viene eseguito il calcolo del QI per mezzo della scala breve, composta dai 4 subtest della batteria Visualizzazione e Ragionamento (VR): FG (*Figure Ground*), FC (*Form Completion*), SO (*Sequential Order*), RP (*Repeated Patterns*). Essi valutano quantitativamente l'intelligenza e in particolare la visualizzazione spaziale, la flessibilità cognitiva, la memoria a breve termine, la capacità di ragionamento deduttivo e di ragionamento non verbale e l'abilità di seriazione concettuale.

Inoltre per lo studio viene somministrata la Scala opzionale di valutazione Leiter-R per il genitore che fornisce informazioni ulteriori per la comprensione del comportamento del bambino poiché è possibile che esso sia in parte differente rispetto a quello osservato dall'esaminatore.

La Scala di Valutazione per il genitore è divisa in 8 scale, nelle quali il genitore può dare 3 diversi punteggi a tutti gli item fornendo la propria valutazione basata sul comportamento più frequentemente osservato. Tutte le descrizioni vengono presentate in termini positivi: un punteggio elevato indica quindi un maggior numero di comportamenti positivi o costruttivi. L'obiettivo è di mettere in evidenza le risorse e le capacità del bambino fornendo una descrizione degli aspetti comportamentali positivi.

La Scheda di Valutazione della Terapia Neuropsicomotoria relativa al bambino riporta l'identificativo del bambino, la data di nascita e la data di compilazione. Al fine di facilitare l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del bambino e le sue competenze emergenti, la scheda è organizzata in 7 scale, quali:

A. «Interazione sociale reciproca», in cui vengono valutati i comportamenti messi in atto dal bambino nell'interazione con il TNPEE e il genitore;

B. «Comunicazione e linguaggio», i cui item valutano le componenti espressiva e recettiva del linguaggio, verbale e non verbale;

C. «Gioco», in cui vengono analizzate le caratteristiche dell'attività ludica avviata dal piccolo paziente. L'analisi del gioco risulta di fondamentale importanza in quanto esso rappresenta l'approccio spontaneo che il bambino ha nei confronti della realtà ed è nel gioco che si intreccia la costruzione di tutte le competenze sociali, comunicative, prassiche e cognitive in generale;

D. «Funzioni percettive e neuropsicologiche», i cui item valutano le funzioni percettive del piccolo paziente e le sue capacità di attesa e tolleranza alla frustrazione. È inoltre presente la microarea dedicata alle principali funzioni esecutive;

E. «Motricità», in cui vengono analizzate le attività di motricità grossolana e fine effettuate dal bambino;

F. «Comportamenti atipici», in cui si indagano tutti quei comportamenti che, per frequenza e/o scarsa aderenza al contesto, risultano bizzarri e che sono espressione della rigidità dei processi mentali;

G. «Autonomie», in cui si osservano le capacità del bambino relative ad alimentazione, cura dell'igiene personale e vestizione. Trattandosi però di variabili nominali dicotomiche («presenza/assenza» di una determinata competenza), gli item di questa scala non sono stati tenuti in considerazione per le analisi statistiche perché differenti dagli altri item, che sono variabili quantitative discrete.

All'interno delle differenti aree descritte sono stati quindi individuati elementi osservabili nell'ambito della terapia neuro e psicomotoria che, successivamente, sono stati sintetizzati sotto forma di item con relativo punteggio. A ogni item si attribuisce un punteggio da 0 a 4.

La valutazione viene effettuata tenendo in considerazione le tappe dello sviluppo tipico, le caratteristiche intrinseche della patologia e del singolo bambino e gli aspetti quantitativi e qualitativi dell'elemento osservato (*Tabella 1*).

Per la compilazione della scala G, riferita alle autonomie raggiunte dal piccolo paziente, le domande vengono poste direttamente ai genitori/caregiver del bambino.

TABELLA 1

Modalità di attribuzione del punteggio alla SVTNPM relativa al bambino

Punteggio	Significato
0	La caratteristica è assente N.B.: Se la caratteristica non risulta valutabile (per l'età del bambino o perché non osservata), si attribuisce punteggio 0
1	La caratteristica è presente raramente e risulta gravemente alterata
2	La caratteristica è presente qualche volta

3	La caratteristica è spesso presente, ma la sua acquisizione non risulta ancora stabilizzata
4	La caratteristica è sempre presente. La competenza risulta completamente acquisita, è generalizzabile e utilizzata dal bambino in modo funzionale in contesti differenti N.B.: Se il bambino ha raggiunto una competenza di livello superiore, si attribuisce il punteggio 4 alle abilità di livello inferiore

Anche la Scheda di Valutazione della Terapia Neuropsicomotoria per il genitore riporta l'identificativo del piccolo paziente, la data di nascita e la data di compilazione.

Vengono riprese 5 scale della scheda relativa al bambino, quali: Interazione sociale reciproca, Comunicazione e linguaggio, Gioco, Funzioni percettive e neuropsicologiche e Motricità.

Gli item individuati nelle differenti scale risultano comparabili e confrontabili con quelli riportati nella scheda relativa al bambino. Tale scelta è stata effettuata al fine di porre in evidenza le dinamiche caratterizzanti la relazione bambino-genitore: in un sistema diadico, infatti, ciascun partner di relazione influenza ed è influenzato dall'altro. A ogni item si attribuisce un punteggio da 0 a 4, tenendo in considerazione gli aspetti quantitativi e qualitativi della caratteristica osservata (*Tabella 2*).

TABELLA 2

Modalità di attribuzione del punteggio alla SVTNPM relativa a genitore

Punteggio	Significato
0	La caratteristica è assente / la strategia non viene mai utilizzata
1	La caratteristica è presente raramente / la strategia viene adottata raramente
2	La caratteristica è presente qualche volta / la strategia viene utilizzata qualche volta N.B.: il punteggio viene attribuito anche nel momento in cui la strategia viene utilizzata raramente a livello quantitativo ma, qualitativamente, risulta particolarmente significativa per l'evoluzione della terapia
3	La caratteristica è spesso presente / la strategia viene adottata spesso
4	La caratteristica è sempre presente / la strategia viene utilizzata per l'intera durata della terapia neuropsicomotoria

DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio si compone di 6 tempi di valutazione (*Tabella 3*):

Tempo 0 → Tempo 1 → Tempo 2 → Tempo 3 → Tempo 4 → Tempo 5

TABELLA 3
Disegno dello studio

T0	Reclutamento pazienti
T1	Somministrazione Scala di Valutazione Leiter-R e Scala di Valutazione per il genitore
T2	Elaborazione e analisi dei dati. Selezione del campione
T3	Osservazione di gioco mamma-bambino
T4	Compilazione della SVTNPM relativa al bambino e della SVTNPM relativa al genitore
T5	Fase di elaborazione e analisi dei dati

In T0 si procede al reclutamento dei pazienti.

In T1 viene somministrata la Scala di Valutazione Leiter-R; per ogni bambino è stata dedicata una seduta della durata di 45 minuti circa.

Prima dell'inizio della somministrazione del test, viene dedicato un breve momento iniziale alla conoscenza del bambino e all'illustrazione della procedura e del materiale che verrà proposto.

In T2 sono stati elaborati e analizzati i dati raccolti.

In T3, a distanza di una settimana dalla somministrazione della Scala di Valutazione Leiter-R, si effettua l'osservazione di gioco mamma-bambino nella stanza di neuropsicomotricità, della durata di 45 minuti.

In T4, al termine dell'osservazione, viene compilata la SVTNPM relativa al bambino e relativa al genitore.

In T5 si calcola il coefficiente di variazione (CV) per ogni item della SVTNPM relativa ai bambini della stessa cultura di provenienza; si effettua un confronto statistico tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Infine si procede al confronto dei risultati ottenuti nelle schede SVTNPM relative al bambino e relative al genitore delle diverse macro aree geografiche, attraverso il test statistico T di Student.

ANALISI STATISTICHE

Le variabili quantitative discrete sono indicate come medie (M) e deviazione standard (DS).

La dispersione o l'omogeneità dei comportamenti tenuti dai bambini durante l'osservazione di gioco mamma-bambino è stata valutata attraverso il calcolo del coefficiente di variazione (CV), eseguito per ogni item della SVTNPM relativa ai bambini della stessa cultura di provenienza. Il CV è un indicatore statistico di dispersione relativa che permette di confrontare la variabilità dei fenomeni. Per lo studio sono stati considerati come statisticamente significativi valori di CV incluso tra 0 e 0,2 non incluso.

In seguito è stata calcolata la media aritmetica di ogni item della SVTNPM relativa al bambino e di quelli corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore, per poi effettuare un confronto qualitativo attraverso la comparazione dell'andamento medio dei singoli negli item corrispondenti.

Per valutare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative tra i due gruppi delle macro aree geografiche tramite i punteggi ottenuti negli item delle SVTNPM relative al bambino e relative al genitore, sono state confrontate le medie dei risultati ottenuti mediante il test T di Student, poiché non si conoscono le varianze delle popolazioni. Questo test statistico di tipo parametrico ha lo scopo di verificare se il valore medio di una distribuzione si discosta significativamente dal valore medio di una seconda distribuzione. Lo studio viene effettuato nell'ipotesi che i dati rilevati presentino una distribuzione «normale» o gaussiana. Per la lettura della significatività sono stati considerati come statisticamente significativi valori di p inferiori a 0.05 valutando un livello di confidenza del 95%. Il p -value, restituito come uno scalare positivo da 0 a 1, è la probabilità di ottenere un risultato uguale o più estremo di quello osservato, supposta vera l'ipotesi nulla.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma EXCEL, prodotto da Microsoft Corporation.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Coefficiente di Variazione per ogni item della SVTNPM relativa ai bambini dello stesso gruppo (Gruppo 1 e Gruppo 2)

Dai risultati ottenuti, si evidenzia come, per il Gruppo 1, il CV sia risultato statisticamente significativo nei seguenti item:

- SCALAA: «processo di separazione-individuazione», «risposta all'attenzione condivisa» e «modulazione del tono muscolare»;

- SCALA B: «utilizzo della parola-frase», «comprensione del canale mimico-gestuale», «comprensione dell'intonazione della voce», «comprensione delle parole», «comprensione delle frasi contestuali», «quantità di aperture sociali», «conversazione»;
- SCALA C: «inizio spontaneo dell'attività di gioco», «microsfera», «macrosfera», «gioco simbolico», «partecipante attivo nel contributo al gioco» e «consapevolezza di sé come giocatore»;
- SCALA D: «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente», «avvio», «working memory» e «memoria a lungo termine»;
- SCALA E: «modalità di spostamento del bambino», «movimento direzionato», «coordinazione dinamica generale», «qualità complessiva della motricità», «ritmo dell'azione motoria», tutti gli item della sottoscala «Motricità fine», a esclusione dell'item «sviluppo di prassie complesse»;
- SCALA F: tutti gli item appartenenti alla scala F «Comportamenti atipici» sono stati valutati assenti nei bambini appartenenti ai gruppi perché il criterio di selezione del campione prevede l'esclusione di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico e Sindromi Organiche.

Dai risultati ottenuti, si evidenzia come, per il Gruppo 2, il CV sia risultato statisticamente significativo nei seguenti item:

- SCALA A: «processo di separazione-individuazione», «risposta all'attenzione condivisa», «utilizzo del contatto di sguardo per iniziare l'interazione», «sguardo referenziale» e «capacità adattiva»;
- SCALA B: «utilizzo della parola-frase», «utilizzo della frase dirematica», «conversazione», «comprensione del canale mimico-gestuale», «comprensione delle parole», «quantità di aperture sociali», «utilizzo di mimica facciale sintona al contesto durante l'interazione»;
- SCALA C: «partecipante attivo», «consapevolezza di sé come giocatore», «microsfera», «macrosfera» e «gioco presimbolico/proto simbolico»;
- SCALA D: «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente», «capacità di tolleranza alla frustrazione», «avvio», «working memory» e «shifting»;
- SCALA E: «modalità di spostamento del bambino», «movimento direzionato», «coordinazione dinamica generale», «qualità complessiva della motricità», «ritmo dell'azione motoria», tutti gli item della sottoscala «Motricità fine», a esclusione dell'item «sviluppo di prassie complesse»;
- SCALA F: vale quanto detto per il Gruppo 1.

Coefficiente di Variazione per ogni item della SVTNPM relativa ai bambini dello stesso gruppo (Gruppo 3 e Gruppo 4)

Dai risultati ottenuti, si evidenzia come, per il Gruppo 3, il CV sia risultato statisticamente significativo nei seguenti item:

- SCALA A: «processo di separazione-individuazione»;
- SCALA B: «gesti referenziali», «utilizzo della parola-frase», «conversazione», «comprensione del canale mimico-gestuale», «comprensione dell'intonazione della voce», «comprensione delle parole», «comprensione delle frasi contestuali» e «quantità di aperture sociali»;
- SCALA C: «inizio spontaneo dell'attività di gioco», «partecipante attivo» e «consapevolezza di sé come giocatore»;
- SCALA D: «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente»;
- SCALA E: tutti gli item relativi alle «modalità di spostamento del bambino» («rotolo», «striscio», «carponi», «shuffling», «marcia costiera» e «deambulazione autonoma») e «movimento direzionato»;
- SCALA F: tutti gli item appartenenti alla scala F «Comportamenti atipici» sono stati valutati assenti nei bambini appartenenti ai gruppi perché il criterio di selezione del campione prevede l'esclusione di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico e Sindromi Organiche.

Dai risultati ottenuti, si evidenzia come, per il gruppo 4 il CV sia risultato statisticamente significativo nei seguenti item:

- SCALA A: «orientamento posturale», «accettazione del contatto», «modulazione del tono muscolare in rapporto all'altro», «inizio spontaneo dell'attenzione condivisa», «risposta all'attenzione condivisa» e «capacità adattiva»;
- SCALA B: «indicare», «utilizzo della parola-frase», «conversazione», «comprensione del canale mimico-gestuale», «comprensione dell'intonazione della voce», «comprensione delle parole», «comprensione delle frasi contestuali» e «quantità di aperture sociali»;
- SCALA C: «inizio spontaneo dell'attività di gioco», «partecipante attivo» e «consapevolezza di sé come giocatore», «preparazione della scena di gioco» e «gioco senso motorio»;
- SCALA D: «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente», «shifting»;
- SCALA E: tutti gli item relativi alle «modalità di spostamento del bambino» («rotolo», «striscio», «carponi», «shuffling», «marcia costiera» e «deambulazione autonoma»), «movimento direzionato», «ritmo dell'azione motoria», «coordinazione dinamica

generale», «qualità complessiva della motricità» e in tutti gli item della sottoscala «motricità fine», a esclusione di «sviluppo di prassie complesse»;

- SCALA F: tutti gli item appartenenti alla scala F «Comportamenti atipici» sono stati valutati assenti nei bambini appartenenti ai gruppi perché il criterio di selezione del campione prevede l'esclusione di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico e Sindromi Organiche.

Analizzando i dati ottenuti dai 4 gruppi, si ritiene che le modalità relazionali e comportamentali dei bambini figli di genitori migranti provenienti dalla stessa cultura, relative a tutti questi item in cui è stato ottenuto un CV significativo, essendo simili tra loro e mostrando dunque omogeneità statisticamente significativa, possano essere influenzate in gran parte dalla cultura di provenienza e anche, essendo il campione riferito alla fascia di età prescolare e più nello specifico alla fascia di età 50-71 mesi, possano essere molto simili tra loro poiché rappresentano delle fasi dello sviluppo psicomotorio del bambino che si presumono acquisite per età.

Pertanto per il successivo scopo di valutare se i comportamenti del bambino, che risultano possibilmente influenzati dalla cultura, dipendono prevalentemente dalla modalità di interazione e accudimento della mamma verso il figlio, si prendono in considerazione solo alcuni degli item in cui il CV è risultato significativo per lo studio, scartando quelli che si suppongono acquisiti per età.

Confronto statistico tra l'andamento medio negli item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore, per entrambi i gruppi del campione (Gruppo 1 e Gruppo 2)

Dal confronto tra gli item significativi nella scala A, l'andamento medio dei bambini di entrambi i gruppi nell'item «risposta all'attenzione condivisa» risulta statisticamente simile a quello delle mamme nell'item corrispondente «sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del figlio».

Per il Gruppo 1 si rileva inoltre una correlazione statisticamente significativa nell'andamento medio di entrambi i componenti della diade nell'item «modulazione del tono muscolare». In entrambi gli item le mamme ottengono un punteggio medio leggermente inferiore a quello dei bambini. I caregiver infatti modulano adeguatamente il tono muscolare nella relazione con il figlio soprattutto all'interno delle attività di gioco, nonostante sia osservabile uno scarso utilizzo del contatto corporeo per offrire contenimento e rassicurazione nei momenti di frustrazione e difficoltà, in favore del contenimento verbale. Le mamme del Gruppo 2 invece sembrano poter influenzare le capacità di adattamento del bambino: dal confronto tra l'item «capacità adattiva del bambino» e il relativo item «capacità del genitore di porsi in ascolto attivo» infatti si rileva una significativa somiglianza, per

cui le capacità adattive dei bambini di questo gruppo, che risultano mediamente basse, sembrano poter essere effettivamente influenzate dalle capacità abbastanza ridotte dei caregiver di porsi in ascolto attivo alle esigenze del bambino. Uno dei canali comunicativi preferenziali per le mamme del Gruppo 2 sembra essere quello dello sguardo: nell'item «utilizzo del contatto di sguardo per iniziare l'interazione» infatti i caregiver ottengono mediamente un alto punteggio che si riflette anche su quello ottenuto dai bambini nello stesso item. Invece dal confronto, all'interno del Gruppo 2, tra le modalità del bambino e quelle del genitore nell'item «utilizzo della mimica facciale», si rileva una correlazione inversa statisticamente significativa tra l'andamento medio dei due componenti della diade. Le mamme mostrano infatti scarso utilizzo della mimica facciale che risulta poco variabile e poco modulata nel rispecchiamento delle emozioni provate da se stesse e dal bambino. Nonostante ciò, dal precedente calcolo del CV, questo è risultato uno degli item con andamento statisticamente omogeneo per tutti i bambini appartenenti al Gruppo 2, elevato rispetto a quello dei genitori.

Dal confronto degli item significativi nella scala B emerge, per il Gruppo 1, una correlazione significativa tra l'andamento medio delle mamme e quello dei bambini nell'item «conversazione». Nello stesso item invece si rileva una correlazione inversa statisticamente significativa per quanto riguarda l'andamento medio dei bambini del Gruppo 2 con quello delle loro mamme: nonostante i caregiver mostrino infatti scarso utilizzo della comunicazione verbale e quindi risulti limitata la loro capacità di conversazione con i figli, l'andamento medio di questi ultimi in questo item risulta superiore, addirittura leggermente più alto di quello dei bambini appartenenti al primo gruppo. Ciò porta a riflettere riguardo l'influenza sui comportamenti del bambino non solo delle modalità relazionali e di accudimento del genitore migrante, ma anche di tutto l'ambiente di vita del bambino stesso.

In entrambi i gruppi invece viene riscontrata la possibile influenza delle modalità genitoriali su quelle del figlio nell'item «quantità di aperture sociali» dato l'andamento medio statisticamente simile per entrambi i componenti della diade, inferiore all'interno del Gruppo 2 rispetto al Gruppo 1.

Dai risultati relativi alla scala C, le mamme del Gruppo 1, negli item «inizio dell'attività di gioco» e «partecipante attivo», mostrano un andamento medio statisticamente simile, ma leggermente inferiore a quello dei bambini. Si osserva quindi un buon grado di contributo al gioco da parte delle mamme che si adattano alle iniziative di gioco dei bambini, lasciando loro maggiore possibilità di scelta autonoma e di azione nelle attività ludiche. Nell'item «partecipante attivo», risultato precedentemente omogeneo anche tra i bambini del Gruppo 2, invece si rileva una correlazione inversa significativa per quanto riguarda l'andamento medio dei bambini con quello delle loro mamme: nonostante le mamme del Gruppo 2 mostrino un limitato livello di contributo al gioco, ponendosi come partecipanti e spesso osservatrici passive delle attività ludiche intraprese dai bambini,

l'andamento medio di questi ultimi in questo item risulta solo leggermente inferiore rispetto a quello dei bambini appartenenti al Gruppo 1.

Per gli item della SVTNPM relativa al bambino «microsfera» e «macrosfera», risultati precedentemente omogenei al calcolo del CV per entrambi i gruppi, e per gli item «gioco simbolico» e «gioco presimbolico/protosimbolico», significativi rispettivamente per i Gruppi 1 e 2, non è stato possibile effettuare un confronto tra l'andamento medio dei bambini e quello delle mamme perché non esistono corrispondenti item nella SVTNPM relativa al genitore che specifichino la sfera e la categoria di gioco.

Infine sono stati confrontati gli item con bassa dispersione significativa tra i bambini del Gruppo 1 e tra i bambini del Gruppo 2 nella scala D con i corrispondenti item dei caregiver. In entrambi i gruppi l'andamento medio dei bambini nell'item «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente» mostra una correlazione statisticamente significativa con l'andamento medio delle mamme nel relativo item «capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente». Le mamme del Gruppo 1 mostrano una capacità media di favorire la raccolta e l'integrazione sensoriale maggiore della capacità media dei bambini di raccogliere queste informazioni, le mamme del Gruppo 2 invece sembrano sostenere in misura minore questa competenza dei bambini, i quali però mostrano capacità addirittura superiori di quelle dei bambini del Gruppo 1. Anche in questo caso si può ipotizzare che la cultura di appartenenza della mamma possa aver influenzato e influenzato tutt'ora le modalità del bambino, in particolare nella relazione diadica con il caregiver; il bambino però, appartenendo a un mondo relazionale più ampio di quello della diade mamma-figlio, si trova a modificare e adattare le proprie competenze in base al contesto. Nel Gruppo 2 per esempio si può notare come le mamme offrano solo raramente delle frustrazioni tollerabili ai bambini, i quali però mostrano sufficienti capacità di tolleranza della frustrazione, probabilmente acquisite e potenziate nell'interazione con altri membri familiari o con persone appartenenti ad altri ambienti educativi come quello scolastico.

TAVOLA 1

Confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Est Europa — Gruppo 1 - Est Europa

	Item SVTNPM relativa al bambino	Media B	Media M	Item SVTNPM relativa al genitore
1	Risposta all'attenzione condivisa	3,6	3,2	Capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del bambino
2	Modulazione del tono muscolare in rapporto all'altro	3,4	3	Modulazione del tono muscolare nell'interazione

3	Conversazione	3	3,2	Conversazione
4	Quantità di aperture sociali	3,6	3,2	Quantità di aperture sociali
5	Inizio spontaneo dell'attività di gioco	3,6	3	Inizio dell'attività di gioco
6	Partecipante attivo	4	3,2	Partecipante attivo
7	Capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente	3,2	3,8	Capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente

TAVOLA 2

Rappresentazione grafica: confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Est Europa

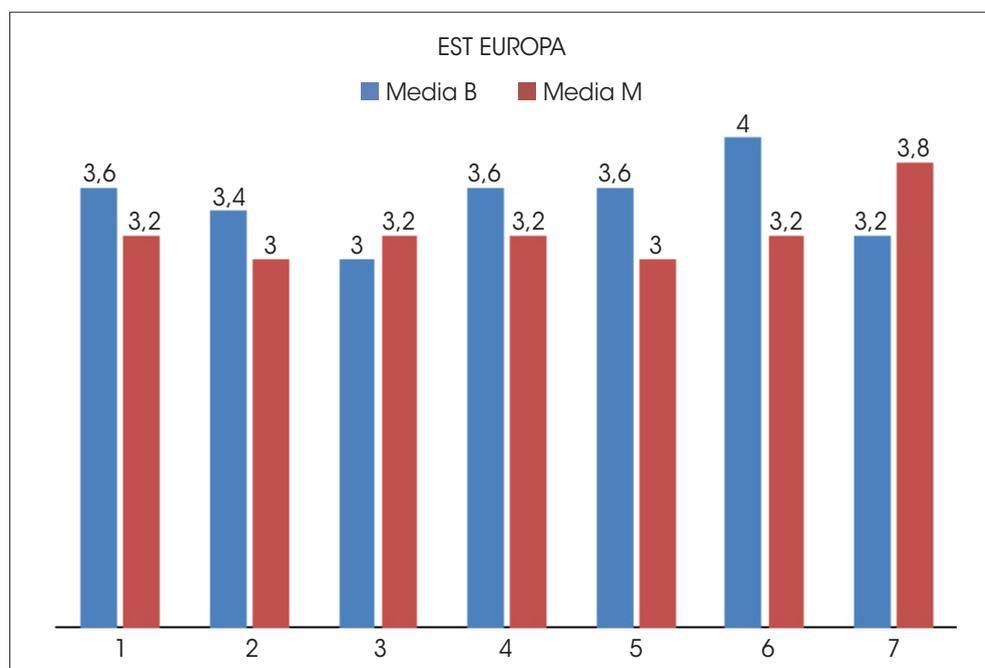


TAVOLA 3

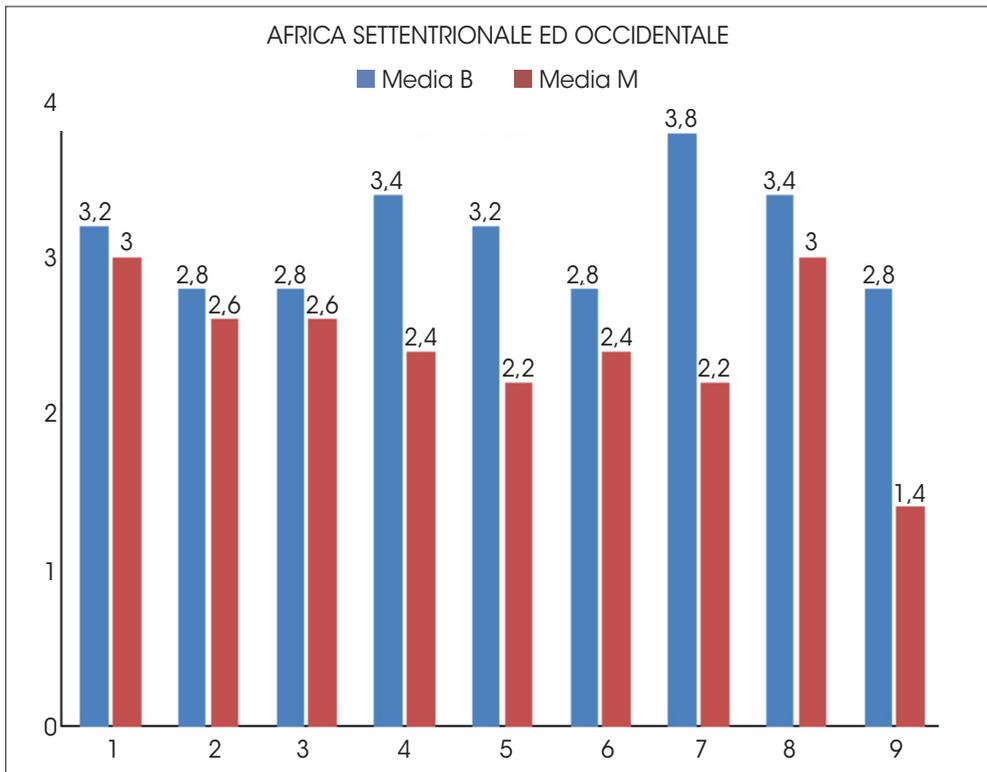
Confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Africa Settentrionale e occidentale — Gruppo 2 -Africa Settentriona-

le ed Occidentale

	Item SVTNPM relativa al bambino	Media B	Media M	Item SVTNPM relativa al genitore
1	Utilizzo del contatto di sguardo per iniziare l'interazione	3,2	3	Utilizzo del contatto di sguardo per iniziare l'interazione
2	Risposta all'attenzione condivisa	2,8	2,6	Capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del bambino
3	Capacità adattiva	2,8	2,6	Capacità di porsi in ascolto attivo alle richieste del bambino
4	Utilizzo di mimica facciale sintona al contesto durante l'interazione	3,4	2,4	Utilizzo della mimica facciale in accompagnamento al gesto
5	Conversazione	3,2	2,2	Conversazione
6	Quantità di aperture sociali	2,8	2,4	Quantità di aperture sociali
7	Partecipante attivo	3,8	2,2	Partecipante attivo
8	Capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente	3,4	3	Capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente
9	Capacità di tolleranza alla frustrazione	2,8	1,4	Offerta di frustrazioni tollerabili

TAVOLA 4

Rappresentazione grafica: confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Africa Settentrionale ed Occidentale.



Confronto statistico tra l'andamento medio negli item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore per entrambi i gruppi del campione (Gruppo 3 e Gruppo 4)

Dal confronto tra gli item significativi nella scala A, l'andamento medio dei bambini del Gruppo 4 nell'item «risposta all'attenzione condivisa» risulta statisticamente simile a quello delle mamme nell'item corrispondente «sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del figlio». Invece nel confronto tra gruppi, nel Gruppo 3 la media risultante nell'item della scala relativa al bambino appare decisamente inferiore a quella risultante nel Gruppo 4 e leggermente inferiore anche alla media risultante dalla scala relativa al genitore, a sostegno del fatto che le ridotte capacità delle mamme del Gruppo 3 di porsi in ascolto attivo alle esigenze del bambino possano effettivamente influenzare negativamente le capacità di attenzione condivisa dei figli.

Per il Gruppo 4 si rileva, invece, una significativa somiglianza nell'andamento medio di entrambi i componenti della diade negli item «orientamento posturale», «accettazione

del contatto», «modulazione del tono muscolare in rapporto all'altro» e «capacità adattiva» della SVTNPM relativa al bambino e i corrispondenti item della SVTNPM relativa al genitore. In tutti e quattro gli item le mamme ottengono un punteggio medio leggermente inferiore, ma non significativamente, a quello dei bambini. Elevata somiglianza tra le medie si osserva nel confronto tra l'item «capacità adattiva» del bambino e il relativo item «capacità di porsi in ascolto attivo» del genitore. Le mamme del Gruppo 4 si mostrano in grado di saper offrire un adeguato contenimento posturale e gestuale per assicurare i bambini nei momenti di frustrazione e difficoltà, ponendosi in ascolto attivo alle richieste del figlio e modulando adeguatamente il tono muscolare nella relazione con lo stesso soprattutto all'interno delle attività di gioco.

Dal confronto degli item della SVTNPM relativa al bambino e relativa al genitore nella scala B, sia le mamme dell'Asia sia quelle del Sud America mostrano nell'item «conversazione» un andamento medio statisticamente simile a quello osservato nell'item corrispondente della scala relativa al bambino.

In entrambi i gruppi viene inoltre riscontrata la possibile influenza delle modalità genitoriali su quelle del figlio nell'item «quantità di aperture sociali», dato l'andamento medio statisticamente simile per entrambi i componenti della diade, leggermente inferiore all'interno del Gruppo 3 rispetto all'andamento medio della diade del Gruppo 4.

Dai risultati relativi alla scala C, le mamme del Gruppo 3 negli item «inizio dell'attività di gioco» e «partecipante attivo» mostrano un andamento medio decisamente inferiore rispetto a quello dei bambini. Si rileva pertanto una correlazione inversa nell'item «partecipante attivo» di entrambe le SVTNPM e un'elevata correlazione dell'item stesso della SVTNPM relativa al bambino e quello opposto «partecipante passivo» della scala relativa al genitore. Ciò permette di osservare come le mamme del Gruppo 3 mostrino un limitato contributo attivo al gioco, ponendosi principalmente come partecipanti e osservatrici passive.

Al contempo nel Gruppo 4 si rilevano valori medi negli item «preparazione della scena di gioco», «inizio dell'attività di gioco» e «partecipante attivo» relativi alle mamme inferiori rispetto ai corrispettivi nella scala relativa al bambino, anche se tale differenza risulta essere in questo caso alquanto minore e pertanto non statisticamente significativa. Si osserva quindi un buon grado di contributo al gioco da parte delle mamme che si adattano alle iniziative dei figli, lasciando loro maggiore possibilità di scelta autonoma e di azione nelle attività ludiche.

Inoltre i valori medi di entrambi i gruppi di bambini, calcolati per gli item precedentemente riportati, presentano andamenti statisticamente simili. Ciò porta a riflettere riguardo l'influenza sui comportamenti del bambino non solo delle modalità relazionali e di accudimento del genitore migrante, ma anche di tutto l'ambiente di vita del bambino stesso: l'integrazione nelle scuole dell'infanzia, e quindi le relazioni instaurate con altri bambini può favorire il confronto, permettendo di accrescere le proprie capacità. I bambini appartenenti al Gruppo 3 del campione, per esempio, potrebbero avere così

implementato le loro capacità di preparazione e inizio spontaneo dell'attività di gioco, nonostante la ridotta partecipazione attiva da parte del caregiver.

Infine sono stati confrontati gli item risultati correlabili tra i bambini del Gruppo 3 e tra i bambini del Gruppo 4 nella scala D con i relativi item dei caregiver.

In entrambi i gruppi l'andamento medio dei bambini nell'item «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente» si presenta statisticamente simile all'andamento medio delle mamme nel relativo item «capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente». Nonostante sia riscontrabile un punteggio medio maggiormente simile nel confronto tra item nel Gruppo 3, le differenze di medie all'interno del Gruppo 4 sono a favore di una maggiore capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni da parte dei bambini del gruppo stesso. Ciò a sostegno ancora una volta del pensiero di una possibile influenza dell'ambiente circostante nell'apprendimento e nello sviluppo di nuove competenze da parte del bambino, il quale, appartenendo a un mondo relazionale più ampio di quello della diade mamma-figlio, si trova a modificare e adattare le proprie competenze in base al contesto.

TAVOLA 5

Confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Asia — Gruppo 3 – Asia

	Item SVTNPM relativa al bambino	Media B	Media M	Item SVTNPM relativa al genitore
1	Risposta all'attenzione condivisa	2,2	2,4	Capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del bambino
2	Conversazione	2,8	2,6	Conversazione
3	Quantità di aperture sociali	2,8	2,4	Quantità di aperture sociali
4	Inizio spontaneo dell'attività di gioco	3,4	1,4	Inizio dell'attività di gioco
5	Partecipante attivo	3,8	1,6	Partecipante attivo
6	Capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente	2,6	2,4	Capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente

TAVOLA 6

Rappresentazione grafica: confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Asia

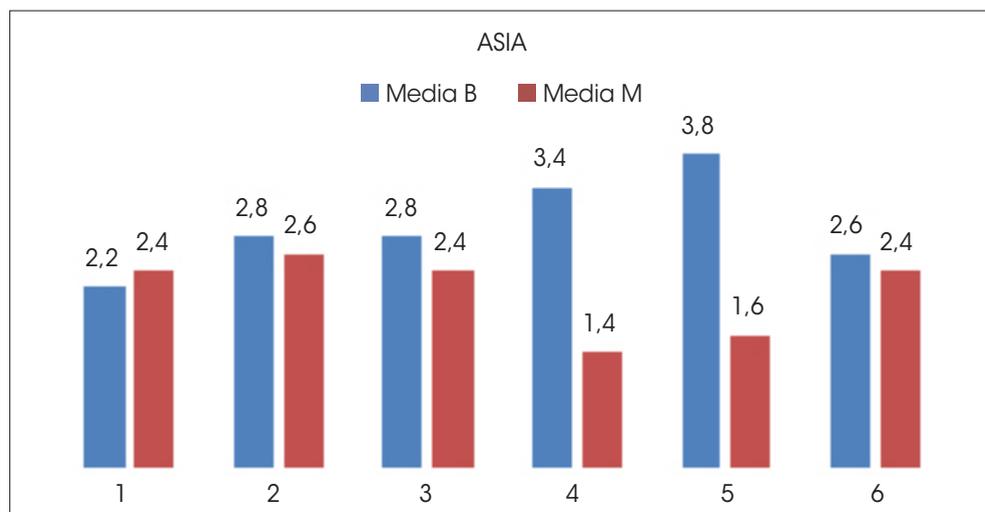


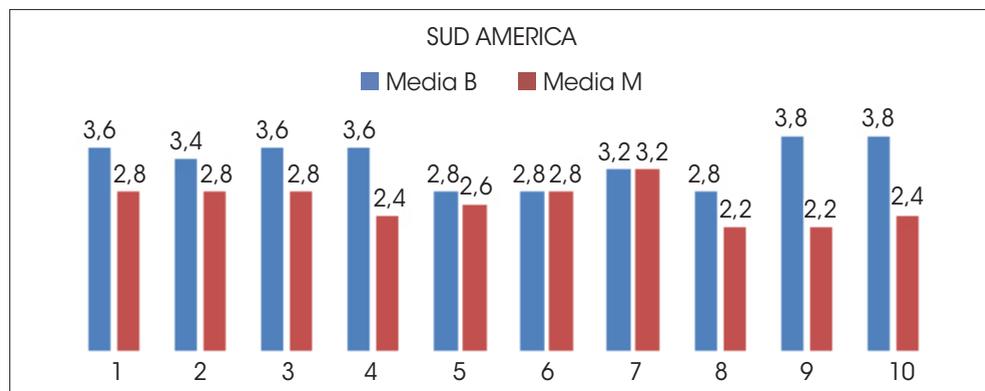
TAVOLA 7

Confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Sud America — Gruppo 4- Sud America

	Item scala relativa al bambino	Media B	Media M	Item scala relativa al genitore
1	Risposta all'attenzione condivisa	3,6	2,8	Capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del bambino
2	Orientamento posturale	3,4	2,8	Postura
3	Accettazione del contatto	3,6	2,8	Contatto corporeo
4	Modulazione del tono muscolare in rapporto all'altro	3,6	2,4	Modulazione del tono muscolare nell'interazione
5	Capacità adattiva	2,8	2,6	Capacità di porsi in ascolto attivo alle richieste del bambino
6	Conversazione	2,8	2,8	Conversazione
7	Quantità di aperture sociali	3,2	3,2	Quantità di aperture sociali
8	Preparazione della scena di gioco	2,8	2,2	Preparazione della scena di gioco
9	Inizio spontaneo dell'attività di gioco	3,8	2,2	Inizio dell'attività di gioco
10	Partecipante attivo	3,8	2,4	Partecipante attivo

TAVOLA 8

Rappresentazione grafica: confronto tra item della SVTNPM relativa al bambino con i corrispondenti della SVTNPM relativa al genitore. Sud America



Confronto statistico dei risultati ottenuti alla SVTNPM relativa al bambino e alla SVTNPM relativa al genitore tra due gruppi del campione (Gruppo 1 e Gruppo 2)

Dal confronto tra le modalità relazionali e comportamentali dei bambini appartenenti ai due gruppi del campione, relativi agli item della scala A, è emersa una differenza statisticamente significativa nell'item «risposta all'attenzione condivisa». I bambini del Gruppo 1 hanno ottenuto mediamente punteggi più alti in questo item rispetto ai bambini del Gruppo 2. Questo item era risultato significativo anche al precedente calcolo del CV per entrambi i gruppi, e nel confronto tra l'andamento medio dei bambini e delle mamme appartenenti ai due gruppi era emersa una possibile correlazione con le modalità relazionali genitoriali: le mamme del Gruppo 2 mostravano minore capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del figlio rispetto alle mamme del Gruppo 1, nonostante attraverso il Test T-Student non siano emerse significative differenze in questo item tra le mamme provenienti dalle due culture. Ciò testimonia quanto le espressioni emotive, relazionali e comportamentali del bambino non dipendano solo dalle modalità di cura e di relazione del caregiver.

Dal confronto degli item della scala B emerge una differenza significativa per entrambi i componenti della diade nell'item «quantità di aperture sociali»: i bambini e le mamme appartenenti al Gruppo 1 mostrano punteggi mediamente superiori rispetto a quelli dei bambini e delle mamme appartenenti al Gruppo 2. Viene confermata la significativa differenza culturale riguardo alla capacità di ottenere, dirigere e mantenere l'attenzione dell'altro, manifestata sia dai bambini sia dai genitori: effettivamente la cultura di provenienza dei genitori e le loro modalità in questo item influiscono su quelle del figlio.

Nella stessa scala emergono differenze significative nell'utilizzo della mimica gestuale da parte delle mamme: negli item «indicare» e «utilizzo di gesti referenziali» infatti viene ottenuto un p -value molto piccolo. Il canale mimico gestuale viene molto utilizzato dalle mamme del Gruppo 1 nell'interazione con il figlio, a differenza delle mamme del Gruppo 2 che prediligono l'utilizzo della comunicazione verbale. Viene rilevata anche una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi negli item «adattamento alle competenze comunicative del bambino» e «conversazione»: anche in questi item le mamme del Gruppo 1 hanno infatti ottenuto punteggi mediamente inferiori rispetto alle mamme del Gruppo 2, nonostante il canale verbale risulti per loro quello preferenziale nella relazione con il figlio. Non emergono però altrettante significative differenze nelle modalità di utilizzo di entrambi i canali, gestuale e verbale, da parte dei bambini dei due gruppi: come era emerso dal precedente confronto, l'andamento medio dei bambini del Gruppo 2 era risultato nettamente superiore rispetto a quello dei caregiver. Ciò rimanda all'influenza dell'ambiente esterno in cui il bambino agisce e interagisce.

I valori assunti da p nella scala C dimostrano differenze statisticamente significative negli item della SVTNPM relativa ai bambini «microsfera» e «macrosfera». Se la sfera di

gioco preferenziale per i bambini del Gruppo 1 è infatti la macrosfera, ovvero l'ambiente circostante reale, l'ambito sociale in cui condividono attività ludiche insieme ai genitori, quella dei bambini del Gruppo 2 è la microsfera, ovvero il mondo dei giocattoli.

Nella stessa scala sono emerse differenze statisticamente significative negli item della SVTNPM relativa ai genitori «preparazione della scena di gioco» e «partecipante attivo». In entrambi gli item le mamme del Gruppo 2 hanno ottenuto punteggi mediamente inferiori rispetto alle mamme del Gruppo 1 poiché, durante l'osservazione del gioco mamma-bambino, hanno partecipato alle attività ludiche con il figlio principalmente con il ruolo di partecipanti e spesso anche di osservatrici passive, contribuendo poco ad aiutare il bambino a organizzare e preparare la scena e l'attività di gioco. Le modalità ludiche genitoriali però non sembrano influenzare particolarmente quelle dei bambini: i bambini del Gruppo 2 mostrano infatti un livello di preparazione dell'attività ludica e di partecipazione al gioco mediamente alto, statisticamente simile a quello dei bambini del Gruppo 1.

Infine, dal confronto degli item nella scala D, è emersa una differenza significativa tra i caregiver appartenenti ai due gruppi nell'item «capacità di favorire raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente», che però non si ripercuote sulle relative capacità del bambino. Infatti le mamme del Gruppo 1 sembrano sostenere in misura minore questa competenza dei bambini, i quali però mostrano capacità addirittura superiori a quelle dei bambini del Gruppo 2.

Il p -value risulta non calcolabile, per entrambi i gruppi, negli stessi item della SVTNPM relativa al bambino in cui non era stato possibile calcolare il Coefficiente di Variazione poiché le caratteristiche degli item erano state valutate come caratteristiche assenti nei bambini (punteggio 0). A questi si aggiungono anche tutti gli item della sottoscala «modalità di spostamento del bambino» (scala E «Motricità»), poiché è stata valutata un'assenza di dispersione di comportamento statisticamente significativa tra i bambini.

Il p -value risulta non calcolabile anche nell'item «livello di adattamento del genitore all'uso strumentale di sé da parte del bambino» (scala B «Comunicazione e linguaggio») della SVTNPM relativa al genitore, anche perché sono stati esclusi dal campione bambini con Disturbo dello Spettro Autistico.

Confronto statistico dei risultati ottenuti alla SVTNPM relativa al bambino e alla SVTNPM relativa al genitore tra due gruppi del campione (Gruppo 3 e Gruppo 4)

Dal confronto tra le modalità relazionali e comportamentali dei bambini appartenenti ai due gruppi del campione, relativi agli item della scala A, è emersa una differenza statisticamente significativa negli item «inizio spontaneo dell'attenzione condivisa», «risposta all'attenzione condivisa», «impegno reciproco», «imitazione», «orientamento

posturale», «accettazione del contatto» e «modulazione del tono muscolare in rapporto all'altro». I bambini del Gruppo 3 hanno ottenuto mediamente punteggi inferiori in questi item rispetto ai bambini del Gruppo 4. Questi item erano risultati significativi anche al precedente calcolo del CV per entrambi i gruppi e, dal confronto tra l'andamento medio dei bambini e delle mamme appartenenti ai due gruppi, era emersa una possibile dipendenza, per alcuni di questi valori, dalle modalità relazionali genitoriali: in particolare le mamme sud americane mostravano maggiore capacità di sintonizzazione ai tentativi di apertura sociale del figlio rispetto alle mamme asiatiche. Nonostante ciò, valori molto simili nell'andamento medio di item nella scala relativa al genitore, quali la «risposta all'attenzione condivisa» o l'«orientamento posturale», dimostrano che le espressioni emotive, relazionali e comportamentali del bambino non dipendono esclusivamente dalle modalità di cura e di relazione del caregiver nei suoi confronti, ma anche dall'influenza che l'ambiente sociale ha nei confronti dello sviluppo e del comportamento del bambino.

Dal confronto degli item della SVTNPM relativa al bambino e relativa al genitore nella scala B non emergono significative differenze né tra gli item della scala relativa al bambino, né tra quelli della scala relativa ai genitori.

Come sottolineato in precedenza, entrambi i gruppi presentano valori medi simili ma non statisticamente significativi in item quali «indicare» e «gesti referenziali» o «conversazione». In particolare le mamme e i bambini del Gruppo 4 presentano nel complesso un andamento medio leggermente superiore rispetto alle mamme e i bambini del Gruppo 3 negli item precedentemente elencati, che però non risulta significativo a livello dello studio.

I valori assunti da p nella scala C dimostrano la presenza di una singola significativa differenza statistica nell'item della SVTNPM relativa al bambino «gioco senso motorio». Se, correlatamente all'età media posseduta dai bambini del campione, le categorie di gioco preferenziali del Gruppo 3 sono presimbolico e di rappresentazione, nel Gruppo 4 la maggior parte dei bambini predilige, oltre al gioco presimbolico, la categoria di gioco senso motoria.

Nella stessa scala sono poi emerse differenze statisticamente significative negli item della SVTNPM relativa ai genitori «inibizione del gioco» e «grado di rispecchiamento di azioni ed emozioni sperimentate dal bambino nel gioco». Nel primo item le mamme sud americane hanno ottenuto punteggi mediamente inferiori rispetto alle mamme asiatiche, le quali durante l'osservazione di gioco mamma-bambino hanno mostrato una minor propensione alla partecipazione attiva, all'organizzazione dei giochi e alle attività ludiche stesse, ricoprendo principalmente il ruolo di partecipanti e in alcuni casi anche di osservatrici passive. Ciò ha conseguentemente influito sulle attività, determinando una maggiore inibizione del gioco.

Infine dal confronto degli item della SVTNPM relativa al genitore nella scala D è emersa una significativa differenza tra i due gruppi di bambini nell'item «shifting», con andamenti medi maggiori nel Gruppo 4 negli item «capacità di tolleranza alla frustrazione» e «funzioni esecutive». Il confronto con gli item corrispondenti nel Gruppo 3 porta a

riflettere sulla probabilità che tali competenze vengano influenzate in particolare dalle maggiori capacità da parte delle madri del Gruppo 4.

Lo stesso item «capacità di raccolta, analisi e integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dall'ambiente», nonostante non risulti significativo a livello statistico, presenta valori medi di partenza alquanto differenti, maggiori nel Gruppo 4. In tal caso, osservando un andamento medio simile tra le mamme dei due gruppi seppur maggiore nel Gruppo 4, si ipotizza che la differenza sia principalmente legata all'influenza che l'ambiente sociale circostante ha nell'apprendimento e nello sviluppo delle competenze da parte del bambino.

Nella stessa scala sono, inoltre, risultati significativi gli item della SVTNPM relativa ai genitori «contenimento posturale» e «contenimento gestuale». Le mamme sud americane mostrano, infatti, maggiori capacità di offerta di contenimenti al bambino, favorendo in tal modo maggiore tolleranza alla frustrazione e maggiori livelli di mantenimento dell'attenzione e di flessibilità cognitiva nei loro figli.

Il *p*-value risulta non calcolabile, per entrambi i gruppi, negli stessi item della SVTNPM relativa al bambino, in cui non era stato possibile calcolare il Coefficiente di Variazione poiché erano state valutate come caratteristiche assenti nei bambini (punteggio 0 alla SVTNPM). A questi si aggiungono anche tutti gli item della sottoscala «modalità di spostamento del bambino» (Scala E «Motricità»), poiché è stata valutata assenza di dispersione di comportamento statisticamente significativa tra i bambini.

Il *p*-value risulta non calcolabile anche nell'item «livello di adattamento del genitore all'uso strumentale di sé da parte del bambino» (scala B «Comunicazione e linguaggio») della SVTNPM relativa al genitore, anche perché sono stati esclusi dal campione bambini con Disturbo dello Spettro Autistico.

Come emerge dal confronto tra la diade mamma-bambino del Gruppo 1 e quella del Gruppo 2, le modalità materne sembrano influenzare profondamente la quantità di aperture sociali dei bambini di entrambi i gruppi. Nella maggior parte degli altri item invece le mamme dell'Africa Settentrionale e Occidentale hanno ottenuto punteggi mediamente inferiori rispetto a quelle dell'Est Europa, mostrandosi inibite e poco partecipi durante l'osservazione di gioco con i bambini, che però ottengono punteggi superiori, molto simili a quelli dei bambini del Gruppo 1.

Le mamme provenienti dall'Africa Settentrionale e Occidentale mostrano maggiori difficoltà nel saper utilizzare le risorse che il mondo di accoglienza mette a disposizione per accudire e sostenere lo sviluppo del bambino, anche perché avvertono maggiormente l'isolamento e, di conseguenza, la solitudine dovuti alla mancanza del sostegno femminile tradizionale. È possibile inoltre che le modalità relazionali valutate durante l'osservazione siano influenzate dal timore di giudizio sociale che può causare inibizione e passività.

Per quanto riguarda il confronto tra la diade mamma-bambino del Gruppo 3 e quella del Gruppo 4, le modalità materne sembrano influenzare profondamente la quantità di

aperture sociali dei bambini di entrambi i gruppi e parzialmente la capacità di risposta all'attenzione condivisa. Nella maggior parte degli altri item, invece, le mamme asiatiche hanno ottenuto punteggi mediamente inferiori rispetto alle mamme sud americane, mostrando durante l'osservazione di gioco minore propensione all'organizzazione e alla partecipazione alle attività scelte dai figli.

Nonostante i punteggi medi rilevati negli item significativi dei bambini del Gruppo 3 appaiano maggiori rispetto a quelli delle loro madri, essi ottengono valori solo leggermente inferiori rispetto ai bambini del Gruppo 4.

Le mamme provenienti dall'Asia mostrano maggiori difficoltà di adattamento alla nuova cultura e ciò condiziona le loro capacità di accompagnare il bambino e sostenere il suo sviluppo in questa nuova realtà. La possibile causa alla base di tale difficoltà, rispetto ad esempio alle mamme sud americane, potrebbe risiedere nelle differenze, maggiormente marcate, con la cultura di origine e nella mancanza della tradizionale rete femminile di supporto.

Inoltre, è possibile che le modalità relazionali valutate durante l'osservazione siano influenzate dal timore di giudizio sociale che può causare inibizione e passività.

Questi dati suggeriscono come la cultura di appartenenza influenzi, in particolare, le modalità relazionali delle mamme migranti: con l'abbandono del loro Paese e l'arrivo in un ambiente culturalmente differente appaiono più vulnerabili; il nuovo territorio e le novità che esso comporta vengono avvertiti come estranei.

CONCLUSIONI

L'analisi dei risultati conferma quanto le prime cure e le modalità di accudimento e interazione della madre con il figlio svolgano un ruolo fondamentale nel determinare le caratteristiche relazionali del bambino all'interno della diade e in quelle future.

È nella famiglia che l'individuo forma il nucleo principale di valori e tende a conservarlo come strutturazione permanente nel tempo. La cultura di provenienza delle madri contribuisce a determinare caratteristiche psicologiche, comportamentali, affettive ed emotive nel bambino, mantenute poi come valori fondamentali all'interno delle future relazioni.

Lo studio evidenzia come, nonostante le mamme delle quattro macro-aree geografiche mostrino significative differenze in molti item della Scheda di Valutazione, non si riscontrano altrettante dissomiglianze negli aspetti relazionali e comportamentali dei bambini.

Le modalità di interazione e relazione del bambino si sviluppano partendo dalle relazioni primarie, ma si modificano e si strutturano anche attraverso le diverse reazioni, gli accomodamenti e le compensazioni che l'ambiente promuove.

Lo studio permette, inoltre, di riflettere sull'importanza che l'integrazione nel Paese di accoglienza riveste per i bambini figli di genitori migranti: dai dati risultanti si evince che i piccoli, attraverso il processo di scolarizzazione e il confronto tra i pari, sono maggiormente facilitati nell'inserimento e nell'adattamento al contesto sociale. Fondamentale è un'adeguata integrazione tra la cultura di origine e quella di accoglienza (*métissage*).

Le risposte alla migrazione e all'integrazione tra culture sono differenti da soggetto a soggetto a seconda della storia personale e di altri molteplici fattori. Lo strumento utilizzato nello studio permette di far emergere le modalità relazionali tra la mamma e il bambino; questo consente di sostenere eventualmente, all'interno del progetto terapeutico personalizzato del piccolo, anche le figure genitoriali, attraverso momenti di condivisione durante l'attività terapeutica o momenti di dialogo e confronto. In questo modo i genitori possono sentirsi veramente partecipi del percorso riabilitativo e abilitativo del bambino, acquisendo maggiore consapevolezza dei propri punti di forza e delle proprie fatiche nella relazione con il figlio. Attraverso il confronto con le modalità di interazione e di gioco del terapeuta, possono osservare e conoscere nuovi modelli che possono favorire e sostenere lo sviluppo psicomotorio del bambino e le sue capacità di adattamento.

L'eventuale presa in carico di un bambino deve, quindi, tenere in considerazione e rispettare le differenti caratteristiche culturali, nel rispetto dell'originalità del paziente e della diade. Il terapeuta deve essere pronto ad accogliere il bambino in un ambiente facilitante, adatto ai suoi bisogni e a quel preciso momento evolutivo, e sostenere anche il genitore migrante che porta con sé il vissuto importante della migrazione.

L'ambiente terapeutico può così avere funzione di holding per il bambino e la sua famiglia, divenendo per la stessa uno spazio fertile in cui possa portare anche la propria storia di vita.

Abstract

A continuous increase has occurred in the percentage of foreign (immigrant) children that access health care facilities in Italy. The situation induces professionals to examine the differences of their own culture with that of others, including different modalities of parenting and different concepts of illness and health.

Two studies have been conducted to better understand how cultural origins and immigration influence the mother – child relationship and consequently the child's behavioural and relational modalities. Each study had two groups of children having immigrant parents that came from different cultures.

The data show how the immigrant mothers' original culture influences their relational modalities. As compared to the parent or caregiver, the children are greatly facilitated in integration and in adapting, due to schooling and peer group exchange. In addition, mothers coming from Northern and Western Africa and Asia encounter more difficulty in knowing how to use the host country's available resources for supporting care and development support as compared to those coming

from Eastern Europe and South America.

Keywords

Immigration, TNPEE, Culture of origin, Mother-child interaction.

BIBLIOGRAFIA

- Balsamo E. (2002), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Milano, FrancoAngeli.
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Milano, Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1999), *Attaccamento e perdita. Vol. 1 - L'attaccamento alla madre*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Favaro G. (2008), *Essere genitori altrove. Le famiglie immigrate: caratteristiche, storie, modelli educativi*, REMHU-numero 30
- Mahler M. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Mahler M., Pine F. e Bergman A. (1978), *La nascita psicologica del bambino. Simbiosi e individuazione*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Militerni R. (2015), *Neuropsichiatria infantile*, Napoli, Idelson Gnocchi.
- Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio*, Milano, Raffaello Cortina.
- Moro M.R. (2005), *Bambini di qui venuti da altrove*, Milano, FrancoAngeli.
- Moro M.R. (2011), *I nostri bambini domani. Per una società multiculturale*, Milano, FrancoAngeli.
- Moro M.R., Neuman D. e Rèal I. (2010), *Maternità in esilio. Bambini e migrazioni*, Milano, Raffaello Cortina.
- Winnicott D.W. (1957), *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, Roma, Edizioni Scientifiche Ma. Gi.
- Winnicott D.W. (1974a), *Gioco e realtà*, Roma, Armando Editore.
- Winnicott D.W. (1974b), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando Editore.
- Winnicott D.W. (1981), *Dalla pediatria alla psicanalisi*, Firenze, Martinelli Editore.
- Winnicott D.W. (2002), *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Roma, Armando Editore.