

Capitolo 3

La ricerca

3.1. Il contesto della ricerca: il Centro di Aiuto alla Vita (C.A.V.)

La ricerca è stata condotta su un gruppo di madri utenti del CAV (Centro di Aiuto alla Vita) "Vittoria Quarenghi", associazione di volontariato sorta per volontà di Irene Visigoti nel 1987 come centro di solidarietà connesso alla tutela della maternità e del nuovo nato tramite il *Progetto Gemma*¹, per poi allargare la sua operatività rivolgendosi all'uomo nella sua totalità e costituendosi in *Centro Polifunzionale per la Famiglia*. Opera in due zone distinte della città di Messina (sede centrale in Via Fossata; Policlinico Universitario "G. Martino") e si pone come obiettivo principale quello di tutelare la famiglia e i minori mediante attività di prevenzione e recupero del disagio psico-sociale e relazionale, con particolare attenzione al sostegno dei ruoli genitoriali ed educativi, allo sviluppo dell'autoconsapevolezza e al miglioramento delle relazioni interpersonali, attraverso l'organizzazione di svariati servizi (accoglienza, assistenza, counseling e psicoterapia, mediazioni familiari, consulenze specialistiche, segretariato sociale). L'assistenza consiste anche nel sostegno materiale (derrate alimentari, prodotti dietetici per lattanti e strumentario per l'infanzia).

1. Servizio a carattere nazionale che consiste nel sostenere la gestante in difficoltà economiche, che ha la tentazione di abortire, con € 160.00 al mese per 18 mesi, contributo erogato tramite la "FONDAZIONE VITA NUOVA" di Milano, i cui volontari si impegnano con versamenti per aiutare la mamma e il suo bambino. In tal modo si sostengono ogni anno circa 30 maternità problematiche.

Gli utenti appartengono a famiglie prevalentemente multiproblematiche di Messina e provincia (circa 300 ogni anno), seguite con programmi d'intervento personalizzati in base all'età e alle esigenze.

Il Centro opera creando uno spazio protetto ed emotivamente accogliente che diventa la base per l'incontro interpersonale. Ogni utente ha un suo spazio nel colloquio di ascolto con gli operatori, che diventa un appuntamento fisso durante la settimana ed una "base sicura" negli altri momenti della vita quotidiana, portando cambiamenti positivi nella vita pratica ed emotiva degli utenti.

Nel consultorio opera un'équipe composta da diversi professionisti: ginecologo, pediatra, dentista, psicologo-psicoterapeuta, avvocato, ecc. Gli operatori volontari sono formati tramite un corso della durata di 6 mesi, durante il quale si forniscono loro le basi teoriche e gli strumenti pratici per l'intervento e la relazione.

I servizi sono svolti in un contesto psicologico accettante e non giudicante, attraverso la forma del counseling non-direttivo, gestito secondo l'approccio umanistico – esistenziale (Rogers, May, Perls ecc), nella convinzione che aiutare le persone in difficoltà non significa soltanto fornire loro un sostegno economico, né stabilire un contatto superficiale, ma creare un legame relazionale reale, da persona a persona, che diventi contesto non solo per il conforto, ma per la condivisione e la crescita. L'approccio si basa su tre condizioni definite da Rogers necessarie e sufficienti:

1. *L'empatia* è la comprensione sensibile e profonda dei pensieri e delle emozioni dell'altro, "come se" fossero le proprie.
2. *L'accettazione positiva incondizionata* vuol dire porsi in modo aperto e non giudicante verso un altro essere umano, anche se diverso da noi per valori, condizioni, ecc. Permette all'altro di esprimere liberamente pensieri ed emozioni.
3. La *congruenza* è l'autenticità e l'autoconsapevolezza.

Gli operatori, oltre ad acquisire conoscenze teoriche, sono formati con esercitazioni pratiche all'ascolto e s'impegnano anche in un lavoro di crescita personale e autoconoscenza.

Non ci si limita alla semplice assistenza materiale per non sminuire la persona nella sua totalità: gli operatori nel sostenere l'utente creano con lui/lei un legame autentico "da persona a persona", se pur nel rispetto dei diversi ruoli. L'utente trova accoglienza, comprensione, accettazione, sostegno.

Spesso il Centro prende in carico più componenti dello stesso nucleo familiare per favorire, oltre al lavoro fatto individualmente, la comunicazione e la relazione matura tra le coppie, tra madri e figlie, ecc. e comunque generando, anche tramite il lavoro svolto sui singoli individui, cambiamenti positivi nel sistema familiare.

Per avere cura e prevenire il disagio e il malessere del minore è indispensabile che i genitori acquisiscano - adottando un comune linguaggio e stile educativo - una più idonea modalità di relazionarsi e comunicare con lo stesso, migliorando così la propria capacità di promuovere lo sviluppo dei propri figli. Per questo, tra i servizi offerti dal centro, vi è lo sportello d'ascolto - creato all'interno de *La piccola mansarda*, un progetto realizzato nel 2000 all'interno del CAV e sostenuto economicamente dai suoi soci - che permette la continua collaborazione con le famiglie che vivono particolari disagi, difficoltà, o semplicemente hanno bisogno di essere sostenuti durante il loro percorso di crescita.

Lo sportello d'ascolto rivolto ai genitori ha la funzione di:

- *Consultorio pedagogico*

Come consultorio, offre ai genitori uno spazio di comunicazione scuola/famiglia e di ascolto per singoli genitori e coppie per trovare delle risposte alla difficoltà dei figli, per confrontarsi sulle scelte educative e sulla relazione con i figli, per riflettere e comprendere i cambiamenti tipici di ogni fase evolutiva, per chiarire e migliorare lo stile educativo.

- *Centro Servizi*

Come centro servizi, offre ai genitori la possibilità di usufruire di un orientamento informativo sui servizi, le attività offerte in primo luogo dal Centro Aiuto Vita,

ma anche informazioni su attività, progetti svolti nell'ambito sociale, del tempo libero e culturale presenti sul territorio e di un laboratorio ludico-ricreativo rivolto ai minori che presentano difficoltà e disagi. Lo sportello d'ascolto, come spazio di incontro e consulenza di fronte ad una persona che può essere di aiuto, nella sua realizzazione concreta considera fondamentali alcuni aspetti: l'utilizzo di metodologie adeguate (ascolto attivo, empatico e non giudicante, la cura del setting, l'attivazione di momenti di laboratorio e di formazione ecc); la professionalità dell'operatore; il lavoro di rete con altri servizi presenti sul territorio; infine, il costante supporto della supervisione, formazione e aggiornamento realizzata del Centro Aiuto Vita "Vittoria Quarenghi".

Tempi e modalità dell'intervento vengono esplicitate attraverso un contratto morale nel corso dei primi colloqui, la gratuità per l'utenza dello sportello non esime né il pedagista del servizio, né gli operatori, né l'utente dal rispetto reciproco di regole etiche e giuridiche (assoluta riservatezza, rispetto della privacy, ecc).

Per i genitori, lo sportello d'ascolto rappresenta un primo momento di uscita da una situazione di isolamento e di avvio verso la possibilità di scambio e dialogo. Una tra le maggiori ragioni del crescente malessere della scuola (e della società) è proprio la mancata alleanza – per tutelare i diritti del minore e riconoscere i suoi reali bisogni – tra docenti, famiglia e comunità. Mancanza che ostacola, nei fatti, un'adesione dei genitori al servizio, la cui domanda d'aiuto molto spesso non è accolta e ai quali (specie se svantaggiati), a causa di aspettative prevalentemente negative dei docenti riguardo la capacità di affrontare e trovare soluzioni ai loro problemi, non è offerto quel supporto e orientamento necessari affinché possano partecipare alle azioni promosse dal servizio. Si comprende con ciò perché, lo sportello d'ascolto condotto da un pedagista, rappresentando un valido strumento di aiuto alla famiglia (in particolare quella socialmente e culturalmente più svantaggiata) e al docente, possa fare acquisire consapevolezza delle proprie responsabilità educative e dei propri diritti e confermi ancora una volta l'utilità/urgenza, per una piena attuazione del diritto all'istruzione e all'educazione, di coinvolgere nel progetto pedagogico della scuola e nel progetto d'azione sociale tutti i protagonisti del processo educativo.

Tra gli obiettivi generali dello sportello di ascolto riteniamo fondamentale:

- migliorare la qualità della vita nella scuola e nel contesto familiare dei bambini;
- offrire uno spazio di ascolto e di confronto ai docenti e ai genitori, nel quale possano esprimere i propri disagi, le proprie difficoltà, all'interno di una relazione d'aiuto, sostenendoli nel loro ruolo e nella loro funzione educativa;
- rafforzare e sostenere l'alleanza educativa tra scuola e famiglia, facilitando la comunicazione e il dialogo e la costruzione di rapporti positivi tra docenti, alunni e genitori.

Le attività sono programmate ed aggiornate dagli operatori del servizio, attraverso una supervisione mensile, una riunione di gruppo ogni 15 giorni, un incontro di formazione mensile e un gruppo di incontro ogni mese. Tanto per fornire al lettore degli esempi: la riunione di supervisione, condotta da uno psicologo, è lo spazio dove gli operatori comunicano e rielaborano considerazioni e osservazioni compiute nel corso delle attività, descrivono l'andamento del servizio, esperienze personali, eventuali problemi incontrati durante le attività e relazioni difficili con gli operatori o con gli utenti, elaborando al contempo l'ansia, particolari emozioni e vissuti legati all'esperienza professionale. La riunione di formazione mensile ha la funzione di elaborare ed approfondire tematiche collegate al settore d'intervento attraverso una discussione di gruppo; l'incontro di formazione viene in genere coordinato e gestito da differenti figure professionali (avvocato, medico, pediatra, neuropsichiatra, psicologo, pedagogista, operatore sociale, ecc.) e l'argomento viene scelto dal gruppo operatore. Il gruppo di incontro è un'esperienza intensiva di gruppo, condotta da un agevolatore allo scopo di migliorare le capacità di comunicare con gli altri e con sé stessi e di favorire i processi di crescita del gruppo.

3.1.1. Scopo

Scopo della ricerca è analizzare le pratiche educative, lo stress genitoriale e l'autoefficacia in un gruppo di madri con svantaggio socio-culturale; l'obiettivo è

valutare l'eventuale diminuzione della qualità del parenting (coinvolgimento nelle attività del figlio, disciplina incoerente, etc.) e un eventuale incremento dello stress delle madri che vivono in condizioni di rischio psicosociale partecipanti al nostro studio rispetto a campioni normativi di riferimento.

3.2. *Metodo*

3.2.1. *Partecipanti*

I dati di questa ricerca sono stati raccolti su un gruppo di 20 donne di età compresa tra i 21 e i 48 anni (età media 29.75) con le seguenti caratteristiche:

- madri di bambini con un'età compresa tra i 5 e gli 11 anni (età media 7.35);
- presenza di condizioni di svantaggio socio-economico;
- originarie della città di Messina e/o ivi residenti.

Inizialmente, le madri sono state invitate a compilare, con il nostro ausilio, una ***scheda socio-anagrafica*** (adattata da Di Blasio, 2005 e da noi integrata da dati ricavati dalla cartella dell'utente) volta ad indagare lo stato familiare dell'utente e i fattori di rischio sociale: le difficoltà manifestate, alcune caratteristiche personali, del partner e dei figli, le condizioni relative al rapporto di coppia, i legami con le famiglie d'origine, la rete di relazioni sociali. Sono, per lo più, donne coniugate ma numerose sono anche le madri separate o conviventi (le percentuali sono mostrate nel grafico 1); il loro titolo di studio è di grado medio (grafico 2).

Grafico 1

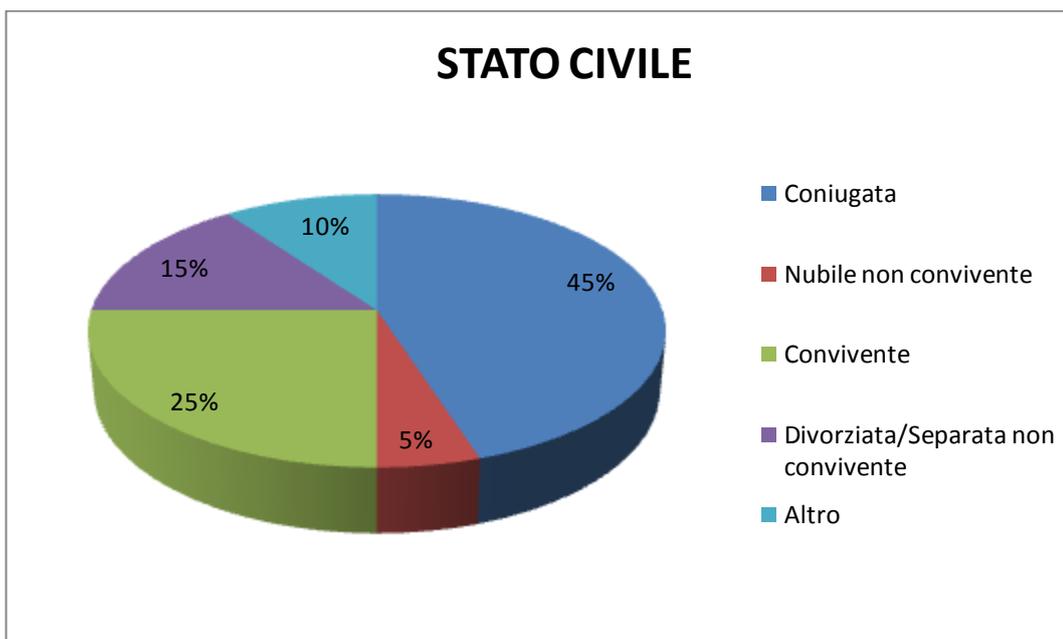
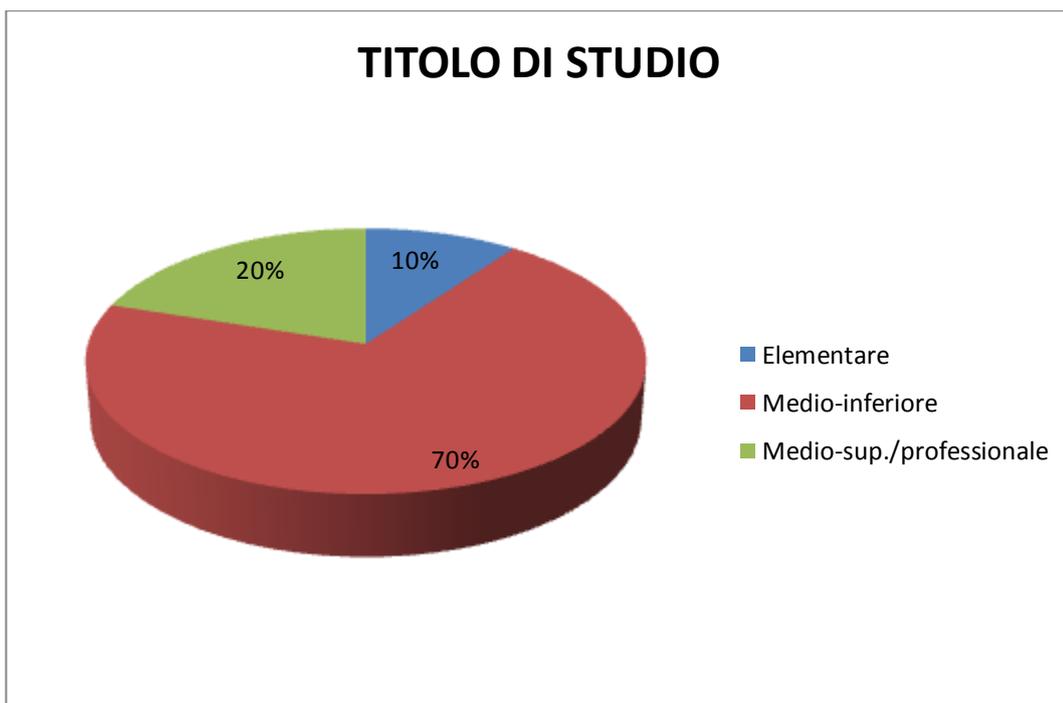
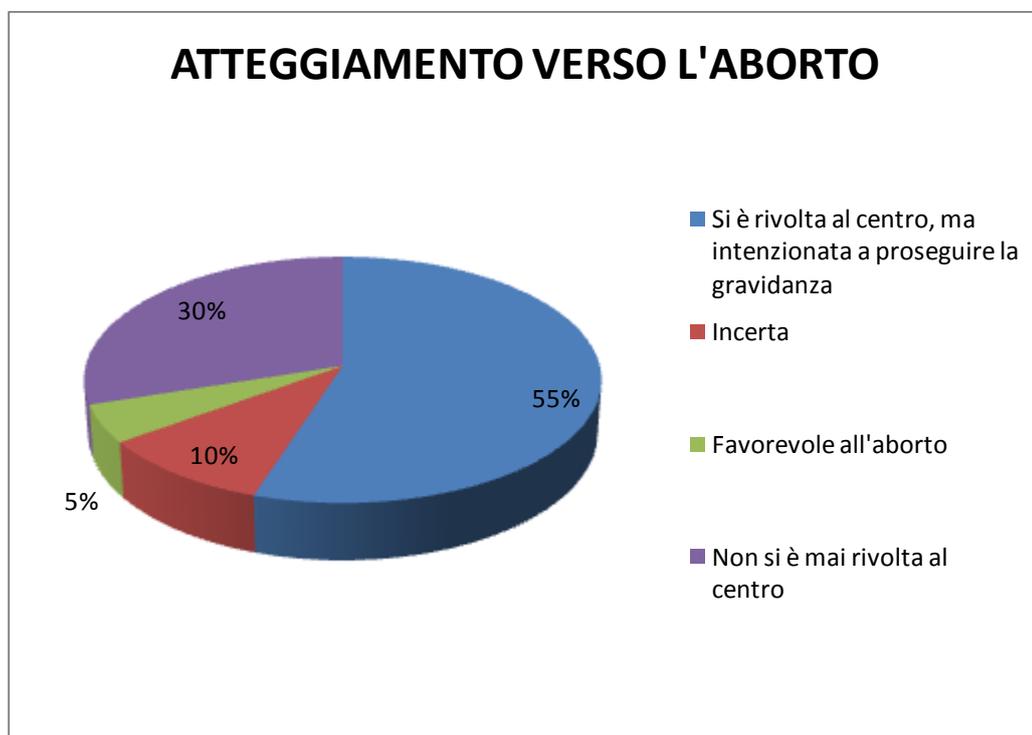


Grafico 2



In genere, le donne sono casalinghe, per lo più disoccupate (85% senza lavoro; 15% lavoro saltuario) e anche al partner manca un'occupazione stabile (il 60% svolge, quando possibile, lavori saltuari); esse vivono, soprattutto, in case in affitto (50%) o in condizioni precarie, ad esempio baracche (30%) e coabitano prevalentemente con il padre dei bambini (40%). La maggioranza delle donne ha un atteggiamento sfavorevole verso l'aborto (grafico 3) e ha già avuto figli in passato (0-1 figli 55%; 2-3 figli 35%; ≥ 4 figli 10%), per lo più con gravidanze non ravvicinate, cioè con almeno 2 anni di distanza (65%).

Grafico 3



Le maggiori difficoltà dichiarate da tali donne sono: problemi economici, disoccupazione ed alloggio insufficiente o mancante (grafico 4). Vengono, così, richiesti ai Servizi aiuti in natura e, nella stessa misura, sostegno psicologico e morale (grafico 5).

Grafico 4

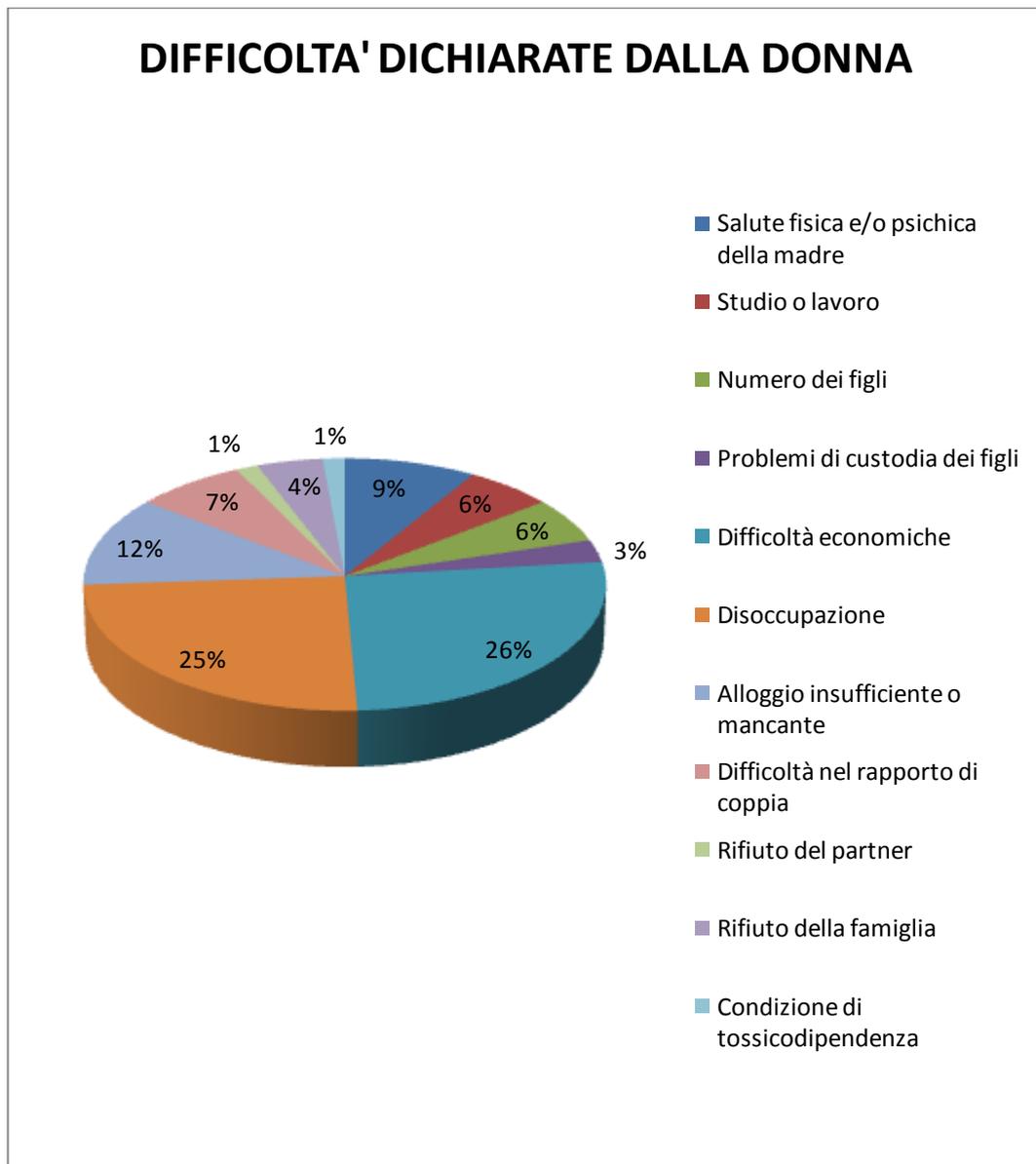
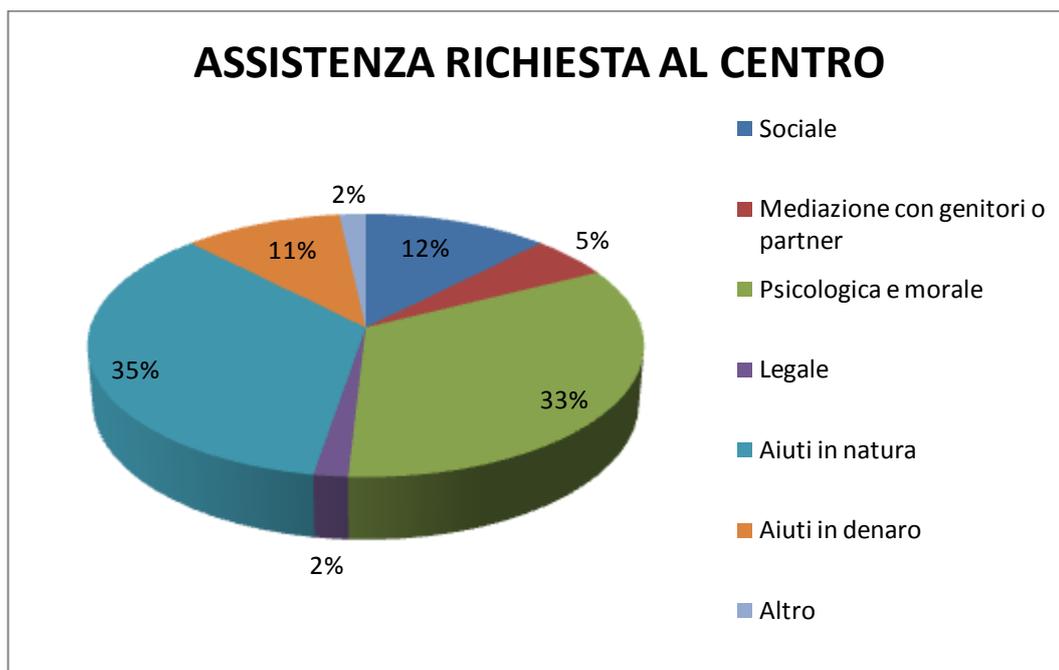


Grafico 5



In riferimento alla relazione di coppia, riscontriamo un alto tasso di povertà cronica, basso livello di istruzione (di uno e entrambi i genitori), conflitti di coppia e violenza domestica e qualche caso di famiglie monoparentali (grafico 6). Padre e madre presentano, in quasi ogni caso, disturbi come esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia, psicopatologia, devianza sociale, abuso di sostanze, debole o assente capacità d'assunzione di responsabilità, distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche, impulsività, scarsa tolleranza alle frustrazioni e ansia da separazione; non sono, invece, riscontrate la giovane età della madre e la cosiddetta sindrome da risarcimento (grafico 7). I figli vengono quasi sempre considerati con un temperamento difficile, mentre non sono presenti malattie fisiche o disturbi alla nascita e scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino (grafico 8). Dai dati, emerge, inoltre, che tali donne hanno relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o con quella del partner, carenza di relazioni interpersonali, di reti e di integrazione sociale e sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni (grafico 9).

Grafico 6

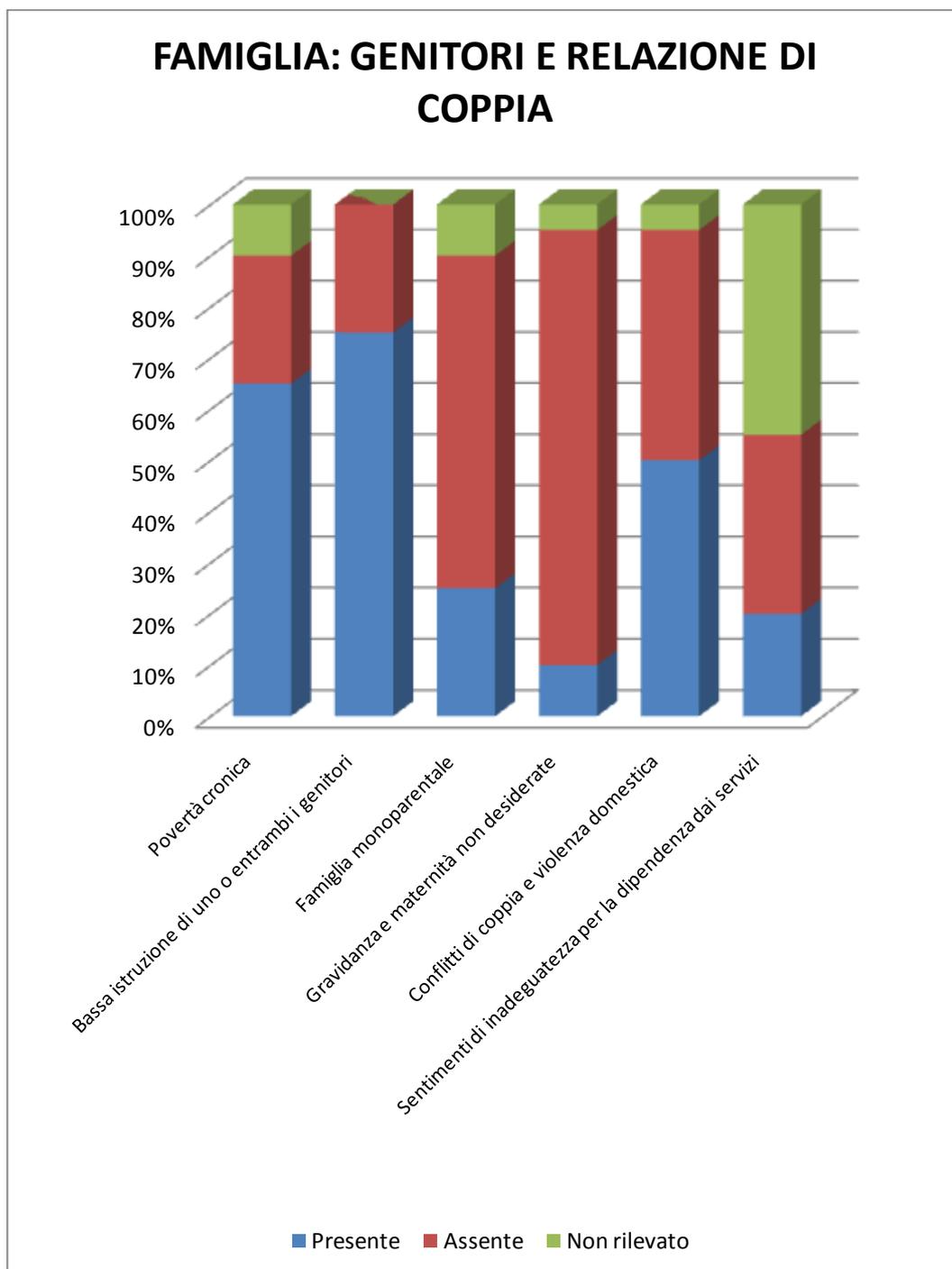


Grafico 7

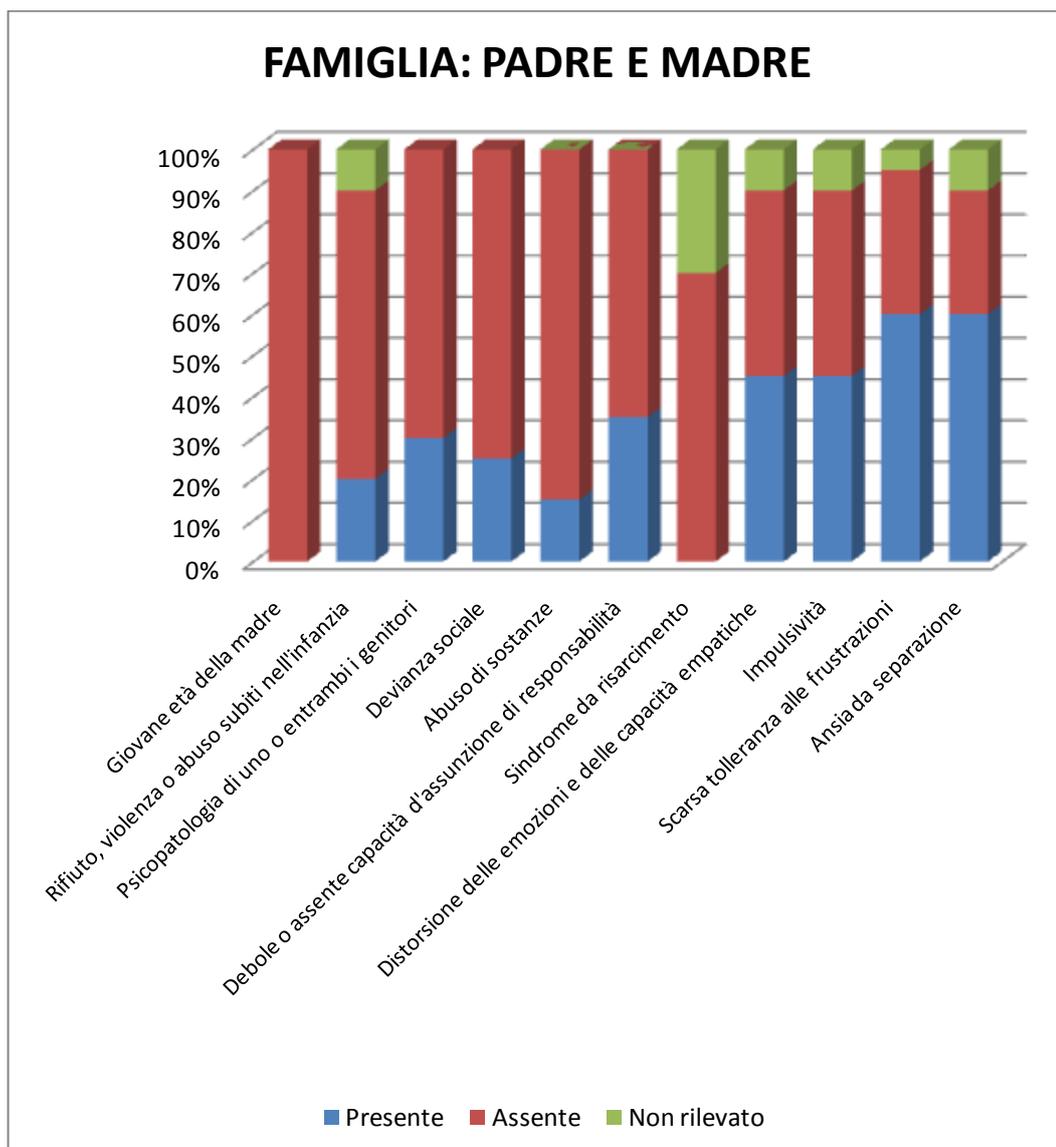


Grafico 8

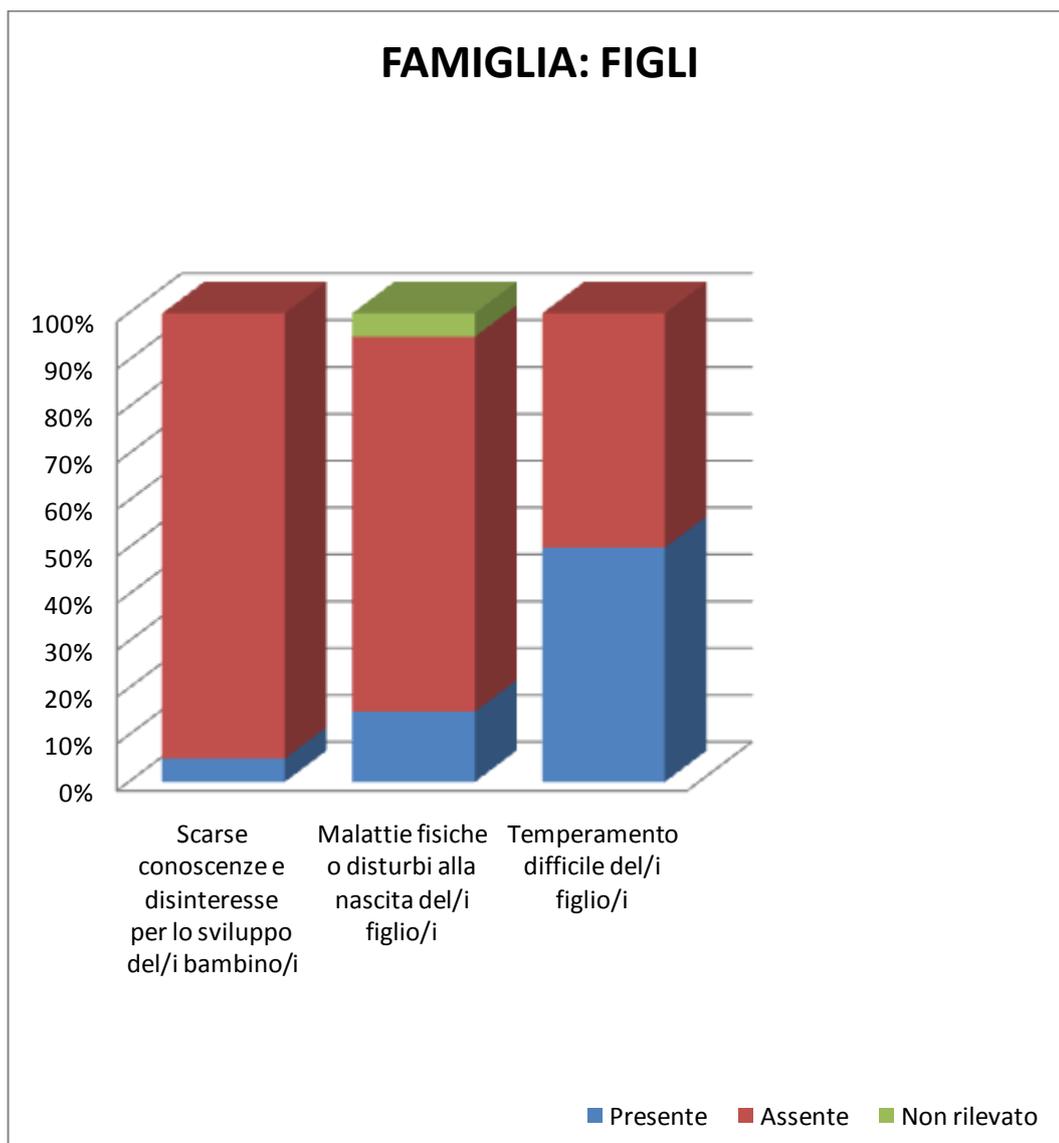
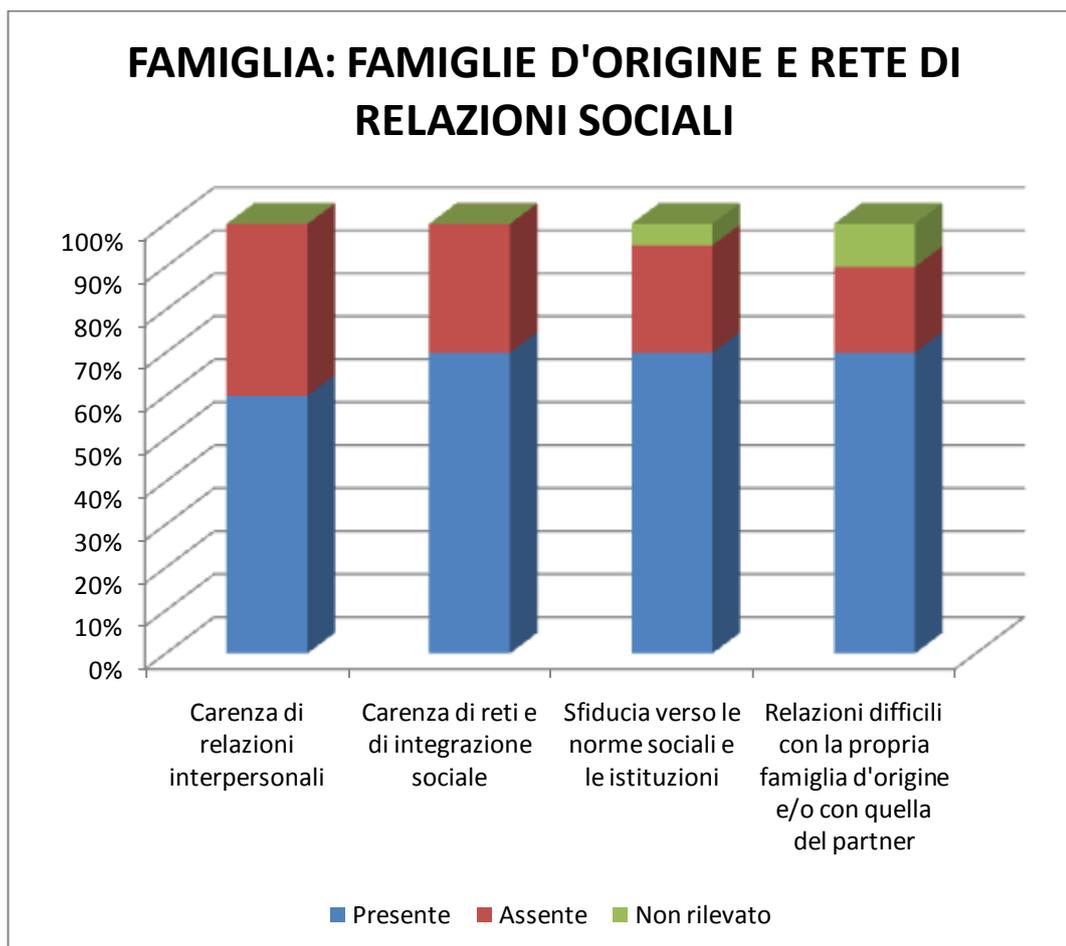


Grafico 9



3.2.2. Strumenti e procedura

Per indagare le abilità di parenting dei soggetti è stato utilizzato *l'APQ (Alabama Parenting Questionnaire)* di Paul J. Frick (adattato da Benedetto e Ingrassia, 2005), un questionario self report costituito da 42 item su 6 dimensioni. Le modalità di risposta consistono in una scala Likert a 5 punti in riferimento alla frequenza (1 = mai, 5 = sempre) con cui il genitore ritiene di adottare specifici comportamenti nelle interazioni con il figlio. Le 6 dimensioni sono:

1. *Coinvolgimento nelle attività del figlio (10 item)*. Esempi: 1) Dialoghi amichevolmente con tuo figlio; 7) Con tuo figlio giochi o fai altre cose divertenti.
2. *Parenting positivo (6 item)*. Esempi: 2) Fai sapere a tuo figlio quando sta facendo bene qualcosa; 18) Abbracci o baci tuo figlio quando ha fatto qualcosa di buono.
3. *Scarsa supervisione/monitoraggio (10 item)*. Esempi: 10) Tuo figlio sta fuori la sera oltre l'orario consentito; 24) Sei così impegnato che dimentichi dove sia tuo figlio o che cosa stia facendo.
4. *Disciplina incoerente (6 item)*. Esempi: 8) Dopo aver fatto qualcosa di sbagliato, tuo figlio ti dissuade dal punirlo; 31) La punizione che dai a tuo figlio dipende dal tuo umore.
5. *Punizione fisica (3 item)*. Esempi: 33) Sculacci tuo figlio quando ha fatto qualcosa di sbagliato; 38) Picchi tuo figlio con una cintura o un altro oggetto quando ha fatto qualcosa di sbagliato.
6. *Altre pratiche di disciplina (7 item)*. Esempi: 34) Ignori tuo figlio quando si comporta male; 42) Come punizione dai a tuo figlio lavori extra.

Considerando l'ipotesi secondo cui lo stress che un genitore sperimenta è frutto congiunto di determinate caratteristiche del bambino, del genitore stesso e di una serie di situazioni strettamente collegate al ruolo di genitore (Abidin, 1986), è stato utilizzato un questionario di autovalutazione per l'identificazione precoce dei fattori legati al parenting che possono compromettere il normale sviluppo del piccolo. Esso è noto come **PSI (Parenting Stress Index)** di Abidin (adattato da A. Guarino et al., 2008) e si compone di 36 item (scala Likert a 7 punti, da "assolutamente falso" ad "assolutamente vero"), articolati in 3 sottoscale:

1. *Distress genitoriale*. Esempio: 7) Ci sono cose della mia vita che non mi piacciono.
2. *Interazione genitore-bambino disfunzionale*. Esempio: 34) Ci sono alcune cose che mio figlio fa che veramente mi infastidiscono.
3. *Bambino difficile*. Esempio: 27) Ho la sensazione che mio figlio sia spesso di malumore e facilmente irritabile.

Per valutare il senso d'autoefficacia del genitore nelle diverse situazioni che si presentano comunemente, è stato utilizzato il **SEPTI (Self-Efficacy for Parenting Task Index)** di Priscilla K. Coleman e Katherine H. Karraker. Questa scala è costituita da 36 item ed è stata costruita per valutare il senso di autoefficacia genitoriale, che può essere definito come le credenze che gli adulti hanno di essere efficaci nel ruolo genitoriale e quindi nella loro capacità di influenzare positivamente il comportamento e lo sviluppo dei loro figli. In generale i genitori con elevato senso di autoefficacia possono impegnarsi maggiormente in comportamenti di cura validi, mentre chi ha bassi livelli tenderà a non dedicarsi molto all'educazione proprio figlio. Costruita dominio-specifico; è adatta a genitori che hanno figli di età compresa tra i 5 e i 12 anni. La scala è suddivisa in cinque sottoscale, relative a cinque compiti tipici del ruolo genitoriale.

1. La sottoscala della “Disciplina” valuta l’efficacia dei metodi che i genitori utilizzano per educare il proprio figlio.
Esempi: 1) Riesco abbastanza bene a imporre la disciplina a mio figlio; 10) Non riesco a decidere sulle regole adatte per mio figlio; 14) Quando voglio che mio figlio faccia qualcosa, mi sembra che non mi ascolti mai.

2. La sottoscala dell’”Apprendimento” definisce i metodi con cui i genitori insegnano ai propri figli o li assistono nello svolgimento dei compiti a casa.
Esempi: 2) Aiuto mio figlio in modo adeguato per quanto riguarda i compiti di scuola; 6) Probabilmente aiuto il mio bambino più di altri genitori quando fa i compiti; 15) Mi occupo quanto più possibile nell’istruzione scolastica di mio figlio.

3. La sottoscala “Tempo libero e divertimenti” valuta come i genitori sostengono le attività di socializzazione del proprio figlio con i coetanei, quindi come creano attività ludiche, di intrattenimento e come passano il tempo libero.
Esempi: 3) Sono brava come genitore ad organizzare i giochi di mio figlio con gli amici; 7) Non mi impegno abbastanza per fare in modo che il mio bambino si diverta; 11) Sono soddisfatta della mia capacità di organizzare le attività del tempo libero di mio figlio.

4. La sottoscala “Prendersi cura” prende in considerazione quanto il genitore è attento e sensibile alla relazione emotiva con il proprio figlio.
Esempi: 4) Riesco a offrire un sostegno emotivo a mio figlio come spero di fare; 8) Sono certamente un genitore che si prende cura adeguatamente del proprio figlio; 12) Ho difficoltà ad esprimere il mio affetto per mio figlio.

5. La sottoscala “Salute”, infine, valuta quanto il genitore si sente capace di curare la salute fisica del proprio bambino e di prestare attenzione ai sintomi di malessere fisico.

Esempi: 5) Sono un bravo genitore quando devo prendermi cura della salute di mio figlio; 9) Sono consapevole del fatto che non mi occupo abbastanza della salute di mio figlio; 13) Mi sforzo a spronare mio figlio a seguire abitudini salutari.

Le risposte agli item sono espresse attraverso una Scala Likert a 6 punti (da 1 a 6, cioè, da *molto d'accordo* a *molto in disaccordo*). Il punteggio totale si calcola sommando i valori di tutti gli item, anche se durante la fase di *scoring*, ad alcuni di questi vengono invertiti i punteggi.

E' stata, infine, inserita una *scala Lie* (*lie=menzogna*) dal Big Five Questionnaire, adattata da Caprara, Barbaranelli e Borgogni (2000), che ha lo scopo di fornire una misura della tendenza del soggetto a fornire un profilo di sé falsato, sia in senso positivo sia negativo. La scala è costituita da 12 item che fanno riferimento a comportamenti socialmente desiderabili, in modo che risposte di completo accordo o disaccordo risultino altamente improbabili.

3.3. Risultati e discussione

Dall'analisi dei dati relativi alle pratiche educative emergono valori più alti nelle sottoscale *Coinvolgimento* (media di scala pari a 34.35) e *Parenting positivo* (pari a 21.55). Le madri, come documentato in un precedente studio (Benedetto, Ingrassia, 2007), sembrerebbero abituate a mettere in atto pratiche di parenting positive; tuttavia il confronto, nelle stesse scale, con il campione di riferimento riporta valori più alti. Nonostante ciò non si ritiene corretto parlare di parenting disfunzionale, ma piuttosto poco sollecito, in quanto i valori delle due scale positive sono sì inferiori ai dati normativi, ma quelli delle ulteriori scale

(supervisione/monitoraggio, disciplina incoerente, punizione corporale) si mantengono comunque bassi. Tutti i dati del confronto sono evidenziati nella tabella 1.

Tabella 1 - Statistiche descrittive APQ

APQ	Presente ricerca			Campione di riferimento (Benedetto, Ingrassia, 2007)		
	N=20			N=277		
Scale	N	M	DS	N	M	DS
Coinvolgimento	20	34.35	6.753	277	41.39	4.193
Parenting positivo	20	21.55	4.796	277	25.49	2.980
Scarsa supervisione	20	12.25	2.712	277	13.41	3.486
Disciplina incoerente	20	14.95	3.620	277	15.25	3.713
Punizione fisica	20	4.75	1.916	277	5.13	1.775
Validi (listwise)	20			277		

Tutte le scale del PSI (vedi tabella 2) riportano valori medi superiori a quelli normativi (PD= M 26.28, DS 7.28; P-CDI= M 20.03, DS 6.11; DC= M 23.4; DS 7.17), in particolare modo il punteggio medio più elevato, collocabile all'80° percentile, si osserva nella sottoscala distress genitoriale (PD). Valori elevati in questa scala possono indicare che il genitore sta sperimentando vissuti negativi (ansia, disagio, coping negativo agli eventi stressanti) che influenzano il suo ruolo. In genere i fattori associati a questo distress personale sono: un basso senso di competenza del genitore (come risulta anche dai nostri dati, cioè dalle correlazioni con il SEPTI), rapporti poco sereni o conflitto con l'altro genitore e carenza di supporto sociale. Tutti questi fattori sembrano caratterizzare l'esperienza delle madri coinvolte nella ricerca.

Nonostante sia la scala dal valore medio più basso, la P-CDI (Interazione genitore-bambino disfunzionale) risulta ugualmente elevata (85° percentile). Questi valori suggeriscono che il genitore potrebbe percepire il figlio come non rispondente alle sue aspettative e, inoltre, le interazioni con il figlio non sono fonte di rinforzamento. Questi genitori possono percepire il figlio come un elemento limitante o negativo della propria vita. Da notare, tuttavia, che ciò non si traduce necessariamente in un parenting disfunzionale (nel caso di rischio di maltrattamento, ad esempio, tutte e tre le sottoscale devono risultare al di sopra del 90° percentile). Anche la scala Bambino Difficile (DC) è collocabile all'85° percentile; le madri, in questo caso, potrebbero avere bisogno di un aiuto professionale che fornisca: indagini diagnostiche per comprendere le cause dei problemi (diagnosi su disturbi specifici come DOP o ADHD, malattie infantili ecc.) ma anche consulenza su problematiche educative (parent education).

Nel nostro caso, non abbiamo misure relative alle condizioni del bambino (ad esempio CBCL) – è ciò può essere un limite della ricerca: tuttavia il tipo di difficoltà educative (pratiche) alle quali le madri vanno incontro si possono ricavare confrontando i risultati dell'APQ.

Tabella 2 - Statistiche descrittive PSI

PSI	N	Minimo	Massimo	Media	DS
PD	20	19	48	33.40	8.684
P-CDI	20	18	39	28.75	6.060
DC	19	17	48	32.53	8.897

La tabella 3 riporta le medie e le deviazioni standard dei punteggi ottenuti con la Scala di Autoefficacia genitoriale (SEPTI, con i valori per ogni singola sottoscala) dal nostro campione e in una precedente ricerca (Bucca, 2008/09). Complessivamente le medie per ogni sottoscala sono inferiori rispetto alle

precedenti, ad eccezione della *Salute* che, oltre a riportare il punteggio più alto di tutto il questionario, è confrontabile con i valori del campione di confronto (pari a 37.35 e 36.15). Sembra quindi che queste madri si percepiscano capaci di prestare attenzione ai malesseri e curare la salute fisica dei propri figli, ma meno adeguate in altri compiti quali il tempo libero, la disciplina e l'apprendimento, cioè la stimolazione dei bambini sul piano cognitivo.

Tabella 3 – Statistiche descrittive SEPTI

SEPTI	Presente ricerca			Campione di riferimento (Bucca 2008/09)		
	N=20			N=84		
Scale	N	M	DS	N	M	DS
Disciplina	20	30.35	6.192	84	33.27	6.986
Apprendimento	20	30.65	6.385	84	35.18	4.280
Tempo libero e divertimenti	20	26.90	8.246	84	31.57	5.429
Prendersi cura	20	33.60	6.269	84	36.29	4.173
Salute	20	37.35	3.746	84	36.15	4.656

I risultati delle correlazioni, valutati attraverso il coefficiente di correlazione di Pearson, presentano valori significativi sia ad andamento positivo (le variabili si muovono nella stessa direzione), sia negativo (una serie di punteggi si muove in direzione opposta all'altra serie).

Al crescere del *Parenting positivo*, aumentano sia il coinvolgimento sia la disciplina incoerente (tabella 4).

Tabella 4 – Correlazioni APQ / Scala Lie

	Lie	Coinvolgimento	Disciplina incoerente	Punizione fisica	Parenting positivo	Supervisione inadeguata
Lie	1	,496(**)	-,157	,284	,368	,032
Coinv	,496(*)	1	,220	,194	,701(**)	-,157
Discipl inc	-,157	,220	1	-,355	,520(*)	-,165
Puniz fisica	,284	,194	,355	1	,268	-,241
Parenting positivo	,368	,701(**)	,520(*)	,268	1	-,161
Scarsa supervis	,032	-,157	-,165	-,241	-,161	1

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

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

Correlazioni interessanti si ottengono fra le scale del PSI e dell'APQ: sembra infatti che, al crescere distress genitoriale, aumenti anche l'interazione disfunzionale tra genitore e bambino, diminuiscano il coinvolgimento nelle attività del figlio e il parenting positivo.

L'interazione disfunzionale genitore-bambino correla positivamente con la caratterizzazione del figlio come bambino difficile e negativamente con il coinvolgimento nelle attività del figlio; significativamente negativa è anche la correlazione tra la scala bambino difficile del PSI e coinvolgimento dell'APQ (tabella 5).

Tabella 5 - Correlazioni PSI / APQ

	PD	P-CDI	DC	Coinvolg	Parenting positivo	Scarsa supervis	Disc incoerent	Punizion fisica
PD	1	,736(**)	,509(*)	-,749(**)	-,687(**)	,065	,123	-,275
P-CDI	,736(**)	1	,789(**)	-,654(**)	-,451(*)	,004	,239	,103
DC	,509(*)	,789(**)	1	-,660(**)	-,489(*)	,079	-,105	,041
Coinvolg	-,749(**)	-,654(**)	-,660(**)	1	,701(**)	-,157	,220	,194
Parenting positivo	-,687(**)	-,451(*)	-,489(*)	,701(**)	1	-,161	,520(*)	,268
Scarsa supervis	,065	,004	,079	-,157	-,161	1	-,165	-,241
Disciplina incoerente	,123	,239	-,105	,220	,520(*)	-,165	1	,355
Punizione fisica	-,275	,103	,041	,194	,268	-,241	,355	1

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

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

Le correlazioni tra PSI e SEPTI evidenziano che il distress genitoriale è correlato negativamente con la capacità dei genitori agire sull'apprendimento dei propri figli (insegnare metodi, seguirli nei compiti), con la gestione del tempo libero e della cura dei figli.

Ulteriori correlazioni negative si hanno tra la scala PSI interazione disfunzionale genitore-figlio e apprendimento e tempo libero del SEPTI. L'apprendimento, invece, mostra un'associazione positiva con il tempo libero e la cura dei figli (tabella 6).

Tabella 6 - Correlazioni PSI / SEPTI

	PD	P-CDI	DC	Discipl	Apprend	Tempo lib	Cura	Salute
PD	1	,736(**)	,509(*)	-,114	-,688(**)	-,693(**)	-,665(**)	,109
P-CDI	,736(**)	1	,789(**)	-,424	-,655(**)	-,567(**)	-,490(*)	,111
DC	,509(*)	,789(**)	1	-,382	-,557(*)	-,347	-,548(*)	,170
Discipl	-,114	-,424	-,382	1	,397	,274	,344	,065
Apprend	-,688(**)	-,655(**)	-,557(*)	,397	1	,707(**)	,643(**)	-,028
Tempo lib	-,693(**)	-,567	-,347	,274	,707(**)	1	,460	-,086
Cura	-,665(**)	-,490(*)	-,548(*)	,344	,643(**)	,460(*)	1	-,142
Salute	,109	,111	,170	,065	-,028	-,086	-,142	1

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

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

Infine, il confronto tra l'APQ e il SEPTI evidenzia che all'aumentare del senso di autoefficacia per la scale dell'apprendimento, del tempo libero e della cura dei figli, aumentano il coinvolgimento del genitore e il parenting positivo (tabella 7).

Tabella 7 - Correlazioni APQ / SEPTI

	Discipl	Appren	Tempo libero	Cura	Salute	Coinv	Parent posit	Scarsa superv	Discipl inc	Puniz fisica
Discipl	1	,397	,274	,344	,065	,308	,149	-,266	-,178	-,360
Appren	,397	1	,707(**)	,643(**)	-,028	,661(**)	,670(**)	-,311	-,001	-,085
Tempo libero	,274	,707(**)	1	,460(*)	-,086	,749(**)	,478(*)	,018	-,118	-,088
Cura	,344	,643(**)	,460(*)	1	-,142	,756(**)	,757(**)	-,347	,243	,053
Salute	,065	-,028	-,086	-,142	1	-,253	-,096	,276	-,259	-,127
Coinv	,308	,661(**)	,749(**)	,756(**)	-,253	1	,701(**)	-,157	,220	,194
Parent posit	,149	,670(**)	,478(*)	,757(**)	-,096	,701(**)	1	-,161	,520(*)	,268
Scarsa superv	-,266	-,311	,018	-,347	,276	-,157	-,161	1	-,165	-,241
Discipl inc	-,178	-,001	-,118	,243	-,259	,220	,520(*)	-,165	1	,355
Puniz fisica	-,360	-,085	-,088	,053	-,127	,194	,268	-,241	,355	1

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

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