



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Sede Amministrativa del Dottorato di Ricerca

XXII CICLO DEL DOTTORATO DI RICERCA IN:
MEDICINA MATERNO INFANTILE, PEDIATRIA DELLO SVILUPPO E
DELL'EDUCAZIONE, PERINATOLOGIA

I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" - Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo
Università degli Studi di Trieste.

PROMOZIONE DEL BENESSERE DI MADRI E PADRI DOPO LA NASCITA DI UN FIGLIO: UN INTERVENTO CON I PADRI

Settore scientifico-disciplinare M-PSI/05

DOTTORANDO

Dott. Laura Pomicino

RESPONSABILE DOTTORATO DI RICERCA

Chiar.mo Prof. Alessandro Ventura

RELATORE

Prof. Patrizia Romito

ANNO ACCADEMICO 2008/2009

..Nulla avrebbe potuto prepararmi all'idea di essere una madre quando io stessa mi sentivo ancora tutta da creare. Quella donna calma, sicura, senza ambivalenze, che si muoveva attraverso le pagine dei manuali che leggevo mi appariva estranea quanto un'astronauta...

[Rich, 1977]

INDICE GENERALE

Abstract	5
Introduzione	7
Parte prima - rassegna della letteratura nazionale e internazionale	12
1. La nascita di un figlio:nodi problematici	12
2. La depressione post-partum: un problema di definizione	18
2.1. <i>Prevalenza: dati contrastanti</i>	20
2.2. <i>Principali fattori di rischio</i>	24
2.3. <i>La necessità di un modello bio-psico-sociale</i>	34
2.4. <i>Effetti sulla madre e sil bambino</i>	35
3. E i padri?	40
3.1. <i>La depressione post-partum nei padri: prevalenza e dubbi</i>	45
3.2. <i>Principali fattori di rischio</i>	46
3.3. <i>Effetti sullo sviluppo del bambino</i>	48
4. Interventi: prevenzione del disagio o promozione del benessere?	50
4.1. <i>Il panorama internazionale: alti costi, scarsa efficacia</i>	52
4.2. <i>La situazione italiana: "lavori in corso"</i>	58
Parte seconda - La ricerca: aspetti metodologici	62
1. Come è nato il progetto: background e studio pilota	62
2. La costruzione dell'intervento	64
2.1. <i>L'opuscolo informativo</i>	64
2.2. <i>Il supporto telefonico</i>	66
3. Disegno della ricerca: uno studio randomizzato controllato (RCT)	67
3.1. <i>Procedura e campione</i>	67
3.2. <i>Implementazione dell'intervento</i>	70
3.3. <i>Strumenti e misure</i>	70
3.4. <i>Analisi dei dati</i>	76
Parte terza - La ricerca: risultati	78
1. Il campione	78
2. Time 1: randomizzazione e descrizione delle caratteristiche socio-demografiche di madri e padri	79

2.1. <i>Le madri</i>	79
2.2. <i>I padri</i>	87
3. Implementazione dell'intervento	92
4. Time 2: l'effetto dell'intervento	95
4.1. <i>Le madri</i>	95
4.2. <i>I padri</i>	103
4.3. <i>I fattori che influenzano il disagio psicologico della madri 6 mesi dopo il parto</i>	109
Parte quarta - Discussione e conclusioni	113
Riferimenti bibliografici	118
Appendice: gli strumenti della ricerca	133
Allegato 1: Primo questionario, madri	134
Allegato 2: Secondo questionario, madri gruppo sperimentale	152
Allegato 3: Scheda di rifiuto	172
Allegato 4: Scheda di rilevazione per madri e padri stranieri	174
Allegato 5: Opuscolo informativo	176

**PROMOZIONE DEL BENESSERE DI MADRI E PADRI
DOPO LA NASCITA DI UN FIGLIO:
UN INTERVENTO CON I PADRI**

Abstract

La nascita di un figlio rappresenta un momento molto particolare nella vita di un individuo e di una coppia. Possono emergere problemi di varia natura, più o meno gravi, nelle madri, nei padri e nella relazione di coppia. Uno dei più preoccupanti e maggiormente studiati è la depressione dopo il parto, che può avere conseguenze negative sulla madre e anche sugli altri membri della famiglia.

Solo pochi studi controllati hanno cercato di intervenire per prevenire la depressione, nella maggior parte dei casi senza esiti convincenti

Obiettivo di questo lavoro è stato di sviluppare, implementare e valutare un intervento rivolto ai padri per prevenire la depressione post-partum nelle madri, migliorare il supporto reciproco nella coppia, e promuovere il benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio.

La **metodologia** ha previsto uno studio randomizzato controllato, svolto presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'I.R.C.S.S. "Burlo Garofolo" di Trieste. Sono state coinvolte 295 coppie, 145 nel Gruppo Sperimentale (GS) e 150 nel Gruppo di Controllo (GC). Madri e padri hanno risposto ognuno a due questionari: il primo, auto-somministrato in ospedale dopo il parto (Time 1); il secondo, 6 mesi dopo (Time 2), telefonicamente. Le principali variabili di esito erano: il punteggio delle madri alla scala di depressione (EPDS); i suoi sentimenti soggettivi di tristezza e le emozioni legate alla nascita del bambino.

L'intervento rivolto ai padri si è strutturato in due parti: un opuscolo informativo centrato soprattutto sul riconoscimento delle difficoltà e la collaborazione nella coppia, e un supporto telefonico. L'opuscolo è stato consegnato ai padri del GS al Time 1, con una lettera in cui venivano invitati ad utilizzare il numero indicato per informazioni, consigli e supporto. Il supporto consisteva in almeno 2 colloqui telefonici, entro i primi 4 mesi dopo il parto, da "somministrare" a tutti coloro che non si fossero rivolti spontaneamente al numero dedicato.

I **risultati** hanno dimostrato che l'intervento condotto è realizzabile (buon tasso di

risposta al Questionario del Time 2; 82% dei padri contattati con successo per il supporto) ed è stato valutato positivamente dal 95.7% dei padri e dal 96.1% delle madri coinvolte.

Al Time 1, non ci sono differenze tra madri e padri del GS e GC su nessuna delle numerose variabili considerate.

Sei mesi dopo il parto, le madri del GS riferiscono meno sentimenti di tristezza e maggiori fonti di supporto rispetto a quelle del GC, meno emozioni negative e meno preoccupazione per gli altri figli. Inoltre, sperimentano emozioni più positive rispetto all'allattamento. L'intervento non è risultato associato a nessun effetto, né positivo né negativo, sui padri.

In **conclusione**, questo intervento innovativo – basato sul coinvolgimento paterno e l'utilizzo del canale telefonico - è risultato associato a un maggior benessere psicologico dopo il parto nelle madri coinvolte. Può rappresentare quindi un'efficace modalità di supporto alle madri e alle coppie dopo la nascita di un figlio.

DOTTORANDO

Dott. Laura Pomicino

RESPONSABILE DEL DOTTORATO DI RICERCA

Chiar.mo Prof. Alessandro Ventura

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo mutamento nel modo di affrontare la salute pubblica. Il concetto stesso di “salute” è cambiato, indicando oggi *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità* (WHO, 2004a).

Ogni individuo inizia ad essere concepito come inserito in un contesto socioeconomico e culturale, di cui subisce le influenze e che a sua volta può modificare.

Viene sempre più sottolineata l'esigenza di adottare un approccio olistico allo studio della persona, valutando correttamente anche le diverse appartenenze culturali di ciascuno e i differenti sistemi di relazioni in cui è inserito.

Il modello medico, concentrato sull'eziopatogenesi delle malattie e sulle modalità di risposta ad esse, è oggi affiancato da un'ottica più attenta alla prevenzione e orientata alla promozione del benessere (Zani & Palmonari, 1996). All'interno di questo approccio è possibile individuare due anime coesistenti e in parte sovrapponibili, l'una orientata alla individuazione dei fattori di rischio e protezione, l'altra alla promozione della salute e allo sviluppo positivo (Santinello et al., 2009).

Nel primo caso, l'attenzione è diretta al riconoscimento di quegli elementi che, a vari livelli, possono esporre l'individuo ad un maggiore o minore rischio di sviluppare una data problematica o patologia. L'obiettivo principale è quindi di tipo prettamente preventivo.

Nel secondo caso, l'idea fondante è di identificare le risorse disponibili in ciascuno, in ogni contesto, e lavorare in modo da accrescerle e potenziarle. La finalità centrale è il raggiungimento di una condizione di vita soddisfacente per l'individuo e la comunità. Questo concorre, seppur in maniera indiretta, a limitare l'insorgenza di problematiche nel singolo, assumendo così anche un carattere preventivo (Santinello et al., 2009).

Accanto a progetti atti a ridurre l'impatto dei fattori di rischio, emergono quindi nuove modalità operative che hanno ad esempio come obiettivo lo sviluppo di competenze, di fiducia in se stessi e negli altri, di relazioni positive all'interno o all'esterno della propria famiglia, di abilità di cura e empatia verso l'altro (Santinello

et al., 2009).

Questo quadro concettuale e la necessità di considerare la persona *nel contesto* (Bronfenbrenner, 1986) divengono ancora più determinanti quando ci si sposta in ambito psicologico e sociale, dove la complessità dell'articolazione dei vari elementi in gioco rende necessaria l'adozione di un approccio multifattoriale e integrato (Zani & Palmonari, 1996).

La World Health Organization (WHO, 2004a) ha indicato la salute mentale come condizione imprescindibile per poter garantire il benessere del singolo, della famiglia e della comunità nel suo complesso. Viene definita come *uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie abilità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare produttivamente e fruttuosamente, ed è capace di apportare un contributo alla propria comunità* (WHO, 2004a).

Circa 450 milioni di persone nel mondo soffrono di disturbi mentali e comportamentali. Il 10% della popolazione adulta ne è afflitta in qualche momento della propria vita (WHO, 2004b). Dato il forte stigma legato a questo tipo di patologie e alla difficoltà di rilevare situazioni di malessere meno chiaramente classificabili, è ragionevole ipotizzare che questa percentuale rappresenti solo una sottostima.

Nel 2002 in Europa i disturbi neuropsichiatrici sono stati una delle principali cause di malattia e morte prematura registrate. Nel 2004 la depressione maggiore era al secondo posto, preceduta solo da patologie cardiache (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

I disturbi mentali sono presenti in modo trasversale in ogni cultura, in ogni regione del mondo, in persone di ogni età e di entrambi i generi. Alcuni fattori però possono concorrere ad aumentare o ridurre il rischio del loro svilupparsi, rendendo una data persona o un certo gruppo sociale maggiormente vulnerabile rispetto ad altri. Le donne, ad esempio, manifestano più spesso degli uomini disturbi di tipo depressivo (Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Seppur sempre importante, la promozione del benessere di un individuo può diventare maggiormente rilevante in particolari momenti e fasi della sua vita.

L'Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA) network ha evidenziato in Europa dieci principali aree di azione verso cui indirizzare programmi di

prevenzione e promozione della salute. La prima fra queste è quella relativa al supporto alla genitorialità, in particolare nei primi anni di vita di un bambino. L'attenzione viene orientata non solo alle famiglie considerate “a rischio” ma anche a tutti coloro che si trovano a dover affrontare la sfida di diventare genitori. Filo comune è quello di fornire sostegno e informazioni, in particolare alle coppie che hanno avuto il primo figlio. Viene inoltre fatto esplicito riferimento alla necessità di prevedere delle azioni dirette alle madri che si trovano ad affrontare un periodo di depressione successivo al parto, in modo da favorire la loro ripresa e preservare la relazione con il neonato (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

L'importanza di intervenire prima e/o dopo la nascita di un figlio per prevenire l'insorgenza di problematiche più o meno gravi è oggi ampiamente condivisa sia a livello nazionale che internazionale.

In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 indicava fra gli obiettivi per il triennio la prevenzione del disagio psicologico dopo la gravidanza e il parto (Ministero della Salute, 2006).

Nel 2008 la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) ha lanciato la campagna “Non lasciamole sole” per sensibilizzare addetti ai lavori e opinione pubblica sul tema della depressione dopo il parto.

Malgrado sia cresciuta l'attenzione per questa fase della vita della donna e si stia sviluppando un maggiore interesse anche rispetto alla costruzione della paternità, scarsi sono stati in Italia i programmi implementati per fornire supporto ai singoli e alla coppia in questo periodo.

I progetti realizzati, inoltre, sono principalmente rivolti a donne che hanno già manifestato disturbi psichici o che presentano caratteristiche tali da essere considerate a rischio. Questo implica però non raggiungere tutte quelle donne che, pur non trovandosi in una situazione già compromessa o a rischio, manifestano più o meno intensi sintomi di malessere durante la gravidanza o dopo il parto.

Il problema centrale è che la nascita di un figlio è ancora concettualizzata, soprattutto in Italia, esclusivamente come un “lieto evento” che non può, e non deve, comportare alcun tipo di difficoltà, in particolare per la donna, naturalmente predisposta ad accogliere e provvedere al meglio al suo bambino (Medina & Magnuson, 2009; Reale, 2007).

Il partner può rivestire un ruolo determinante nel favorire la promozione del benessere della donna dopo la nascita di un figlio. Purtroppo molto spesso i Servizi sanitari e sociali con cui una madre entra in contatto durante la gravidanza sono pensati principalmente al femminile e raramente si rivolgono anche all'uomo. Anche quando ciò accade, inoltre, frequentemente l'interlocutrice principale resta la donna (WHO, 2007a).

In Italia, i Percorsi Nascita presenti nei Consultori Familiari accolgono le madri a partire da circa l'ottavo mese di gravidanza fino ai primi mesi dopo la nascita. Il contatto con i padri è spesso limitato solo ad alcuni incontri precedenti il parto, incentrati frequentemente sui vissuti relativi al parto e sui primi momenti di vita col bambino. E' questo un tempo sicuramente troppo limitato per permettere l'emergere di problematiche più complesse e articolate.

Per poter pianificare in modo adeguato un intervento di prevenzione e/o promozione della salute, è indispensabile analizzare accuratamente l'utenza a cui è rivolto, il contesto in cui è iscritto, il sistema culturale all'interno del quale verrà sviluppato. Per raggiungere un determinato obiettivo è infatti fondamentale calibrare ogni azione prevista dal progetto sulla specifica popolazione a cui è diretto (WHO, 2004a, 2004b).

Mancano però a livello nazionale studi sufficientemente ampi e accurati sulla maternità, sulla paternità e sui possibili disturbi psicologici connessi. Quasi totalmente assenti sono inoltre gli studi che hanno coinvolto o si sono concentrati esclusivamente sui padri (Pellai et al., 2009).

Da queste premesse trae origine il presente progetto, che ha come obiettivo principale la costruzione, implementazione e valutazione di un intervento di supporto diretto ai padri per promuovere il benessere di madri (e padri) dopo la nascita di un figlio.

Questo progetto non ha precedenti in Italia e deve essere pertanto pensato come uno studio esploratorio che ha tra le sue principali finalità quella di verificare la fattibilità di lavori simili.

La trattazione che segue sarà composta di 4 parti, così suddivise:

1. Rassegna della letteratura nazionale e internazionale inerente le problematiche emergenti nella madre, nel padre e nella coppia dopo l'arrivo di un figlio e gli interventi volti a prevenirle e fronteggiarle
2. Descrizione della costruzione del progetto di ricerca e degli aspetti metodologici che l'hanno caratterizzato
3. Esposizione dei principali risultati emersi dallo studio
4. Discussione e conclusioni

Saranno allegati inoltre gli strumenti utilizzati per la realizzazione del progetto¹.

1 In particolare:

- Allegato 1 – Primo questionario madri
- Allegato 2 – Secondo questionario madri (gruppo sperimentale)
- Allegato 3 - Scheda di rifiuto
- Allegato 4 – Scheda di rilevazione per madri e padri stranieri
- Allegato 5 – Opuscolo informativo

PARTE PRIMA

RASSEGNA DELLA LETTERATURA NAZIONALE E INTERNAZIONALE

1. La nascita di un figlio: nodi problematici

Nel 1967, due psichiatri americani, Thomas Holmes e Richard Rahe, hanno proposto una scala per la valutazione dell'impatto sulla salute dell'individuo di determinati eventi di vita stressanti. L'idea di base era che, all'aumentare del punteggio totale ottenuto in un dato momento, corrispondesse una crescente probabilità di sviluppare una patologia. In un intervallo da 11 a 100, la gravidanza corrispondeva a 40 punti mentre l'ingresso di un nuovo membro nel nucleo familiare a 39 (Holmes & Rahe, 1967). Se si aggiungono gli altri cambiamenti che l'arrivo di un bambino può comportare, la somma eccede facilmente il livello previsto per il rischio moderato di ammalarsi (150-299). Prescindendo dagli indiscutibili limiti che questo tipo di misurazione può avere, è però utile per evidenziare quanto la nascita di un figlio sia contraddistinta da un sovraccarico di emozioni e di esigenze riorganizzative, che possono anche comportare ricadute negative sul benessere del singolo e della coppia. Difficoltà e problemi, però, che non vengono sempre adeguatamente identificati e a cui spesso non viene attribuito il giusto peso.

Secondo Marty Grace (1998) il lavoro di cura di bambini in età prescolare è caratterizzato da un paradosso: è un'attività ritenuta fondamentale ma, al contempo, non retribuita e poco valorizzata a livello sociale. Una totale dedizione verso l'altro che, però, viene giudicata “senza prezzo”.

Le stesse donne assumono questo punto di vista: in due diverse ricerche condotte da Romito e Cresson emerge chiaramente come le madri intervistate reputino “senza valore” il loro lavoro di cura quotidiano nei confronti dei figli e del partner (Cresson & Romito, 1993).

E' questa un'attività ancora oggi considerata di competenza specificatamente femminile (Grace, 1998) e ciò contribuisce a spiegare perché la maggior parte delle ricerche in proposito sia concentrata quasi esclusivamente sulle madri.

Malgrado crescenti evidenze empiriche testimonino la possibilità di insorgenza di problematiche psicologiche durante la gravidanza e dopo il parto (O'Hara, 2009; Dietz et al., 2007), la costruzione sociale della maternità continua a rappresentare

questo periodo come un “mito”, in cui sembrano ammissibili esclusivamente emozioni positive (Nicolson, 2006).

Il carico di responsabilità che un genitore, e in particolare una madre, deve affrontare è tuttavia chiaramente riconosciuto e condiviso anche dal senso comune. Viene però considerato “naturale”, ideale continuità, per la donna, dell'evento fisiologico del concepimento e di ciò che ne consegue.

E' interessante in proposito quanto emerge da un'indagine condotta recentemente in Francia attraverso l'analisi di riviste specificatamente rivolte a operatori/trici della prima infanzia (Delforge, 2007). Le immagini stereotipiche legate alla figura materna si differenziano nettamente da quelle utilizzate per quella paterna nella stampa presa in esame. Da un lato, la figura di attaccamento principale, che ha un legame “naturale” col neonato, che sa e deve rispondere ai suoi bisogni primari di accudimento e cura, che può, lei sola, permettere al padre di creare un legame con suo figlio presentandolo a lui. Dall'altro, la sicurezza, la protezione, colui che rappresenta e veicola l'autorità, che separa la madre dal neonato per farlo aprire al mondo esterno, colui che contribuisce a definirne l'identità sessuale. Lei, stanca e impaurita di fronte alle molteplici richieste che le provengono dal nuovo ruolo acquisito. Lui, fragile e disorientato perché sprovvisto di modelli di riferimento adeguati a cui ispirarsi per svolgere quella che, sempre più spesso, viene definita la “nuova paternità”.

In entrambi i casi, ruoli e funzioni prestabiliti, con limitata flessibilità e con apparente ineluttabilità di adempimento. I mutamenti sociali in corso (come ad esempio il crescente numero di donne che entrano nel mondo del lavoro) stanno gradualmente modificando questo assetto, ma il processo è lento e molto lontano dal potersi definire compiuto.

Nel frattempo, uomini e donne diventano genitori, con aspettative e realtà che spesso stridono in un confronto difficile. In particolare per le madri, il desiderio di adeguarsi ad un modello di “genitore ideale”, “perfetto”, come viene socialmente veicolato, può impedire il riconoscimento del proprio malessere e la necessità di chiedere aiuto. A questo si può aggiungere, poi, la forte stigmatizzazione ancora presente rispetto alle malattie mentali, ostacolo aggiuntivo all'identificazione corretta di ciò che si sta vivendo (Buist et al., 2007).

Whitton et al. (1996) hanno intervistato a Manchester un campione di 78 donne diagnosticate come depresse 6-8 settimane dopo il parto. Il 97% riconosceva di vivere una situazione di disagio, di sentirsi meno bene del solito, ma solo il 32% riteneva corretto parlare di depressione post-partum rispetto alla propria condizione. Il 55% affermava che i propri sintomi non erano gravi a sufficienza da poter essere considerati indice di uno stato depressivo e il 33% attribuiva il proprio malessere alla stanchezza. 51 (65%) donne avevano condiviso il proprio vissuto con qualcuno, più della metà con familiari o amici. Solo 9 donne (12%) ne avevano discusso con un operatore sanitario, solo 3 (4%) con il medico di famiglia.

La tendenza a normalizzare le emozioni provate, a non attribuire loro la giusta rilevanza, può ostacolare l'accesso alle cure e accrescere il rischio dell'esacerbarsi della sintomatologia e delle sue conseguenze.

Uno studio recente condotto in Nuova Zelanda pone in evidenza come anche l'iniziale adesione ad un programma di screening e il fatto di essere identificate come "a rischio" di sviluppare uno stato depressivo, non garantiscano la successiva *compliance* della donna (Carter et al., 2005). Delle 400 madri contattate durante una visita di routine fra la 12° e la 22° settimana di gestazione, 370 (93%) hanno accettato di compilare una scala di valutazione per la depressione ma solo il 31% di quelle risultate con un punteggio elevato hanno partecipato alle fasi successive del progetto. Alla fine, solo 4 donne hanno preso parte al trattamento previsto. Fra quelle che hanno rifiutato, erano presenti motivazioni legate alla paura di essere "etichettate" negativamente, al fatto che i propri sintomi non erano sufficientemente gravi o che il proprio medico di famiglia aveva sostenuto che, dato lo stato gravidico, la condizione identificata era da considerarsi "normale".

Quest'ultimo punto risulta critico: diversi studi dimostrano che frequentemente gli operatori sociosanitari con i quali le donne entrano in contatto durante la gravidanza e dopo il parto hanno una conoscenza limitata della valutazione e della gestione di simili problematiche. Questo può tradursi nella difficoltà di riconoscerle o nel non sapere come gestirle adeguatamente (Dennis, 2003). D'altra parte, talvolta, l'eccessiva medicalizzazione e il ricorso preferenziale a trattamenti farmacologici (es. antidepressivi) potrebbero ostacolare le donne nell'espressione del proprio malessere (Buist et al., 2007).

Il rischio, in entrambi i casi, è che molte donne non vengano correttamente diagnosticate e supportate, o che questo avvenga in ritardo rispetto all'emergere della sintomatologia (Coates et al., 2004).

Dall'analisi australiana condotta da Gemmill et al. (2006) sulla risposta di madri, depresse e non, ad uno screening, mediante somministrazione dell'EPDS, durante una visita di routine nel post parto, è emerso un elevato (81.2%) livello di accettabilità di tale procedura. Il 97% delle intervistate riteneva “desiderabile” questo tipo di attività.

Affrontare simili questioni non sembra pertanto rappresentare un problema per le madri e può accrescere la possibilità di individuare precocemente sintomi di malessere (Austin & Priest, 2005). Il rischio di sovrastimare la presenza di depressione, confondendola con il *maternity blues*² (Eberhard-Gran et al., 2001), può essere ridotto utilizzando una valutazione in due fasi a diversi intervalli temporali (Wickberg & Hwang, 1997) e ponendo particolare attenzione ai fattori di rischio presenti nel singolo soggetto (Dennis & Ross, 2006a).

In un piccolo studio pilota inglese sono state analizzate le opinioni e il livello di soddisfazione di due gruppi di donne diagnosticate come depresse. E' stato confrontato un trattamento di routine, da parte di operatori sanitari, medici di famiglia e ostetriche, con quello di un'Unità Specialistica. Le donne hanno affermato di essersi sentite più accolte e di aver ricevuto più informazioni nel secondo caso. Del primo lamentavano il tempo limitato che gli era stato dedicato, le modalità non adeguate di interazione da parte del personale e l'assenza di controlli per monitorare il decorso della malattia. Data la scarsa diffusione di strutture ad hoc per questo tipo di disturbi, è fondamentale interrogarsi su ciò che funziona e su ciò che andrebbe invece migliorato nei servizi che rispondono alle esigenze delle neo-madri (Boath et al., 2004).

Dopo la nascita di un figlio possono comparire inoltre, in entrambi i genitori, anche sintomi di tipo ansiogeno, a cui però la letteratura scientifica ha prestato minore attenzione (Matthey et al., 2003; Miller et al., 2006). Il rischio, ancora una volta, è

2 Disturbo emozionale transitorio caratterizzato da instabilità dell'umore, ansia generalizzata, irritabilità, crisi di pianto, ipersensibilità. E' molto frequente nei primi giorni successivi al parto (30-75%) ma si risolve normalmente entro le prime due settimane senza necessità di trattamento (Robertson et al., 2003; Zaccagnino, 2009).

quello di sottostimare la portata del fenomeno e di non garantire delle risposte tempestive e appropriate a chi ne è colpito.

Le manifestazioni di ansia possono essere considerate come inevitabile conseguenza dell'arrivo di un figlio, soprattutto nelle madri. Ciò può portare a minimizzare il problema, in primo luogo dalle stesse donne che lo stanno vivendo.

In uno studio australiano, Woolhouse et al. (2009) hanno rilevato che, fra le 1385 donne contattate entro la 24[°] settimana di gravidanza e che hanno risposto ad un questionario telefonico 9 mesi dopo il parto, l'8.5% riportava di aver provato da occasionalmente a spesso sintomi di ansia intensa o attacchi di panico nei tre mesi precedenti l'intervista. Il 44.4% ne aveva parlato con un operatore sanitario. Fra quante non lo avevano fatto, la principale motivazione addotta era che non avevano trovato nessuno con il quale si sentissero a proprio agio a parlare o che erano troppo imbarazzate per farlo. L'11%, inoltre, giudicava il proprio sentire come "normale" e sperava che col tempo sarebbe migliorato, mentre il 10% considerava non pertinente una valutazione medica per i propri sintomi.

D'altra parte, la difficoltà di far fronte a sintomi di ansia e depressione, e la sofferenza connessa, emergono chiaramente da un recente studio qualitativo canadese che ha coinvolto 19 donne che avevano ricevuto una diagnosi di depressione maggiore durante la gravidanza (Bennett et al., 2007). Emozioni irrazionali, incapacità di azione in ogni ambito della propria vita, pensieri invasivi, ansia pervasiva, allontanamento dalle relazioni amicali e impossibilità ad instaurare nuove relazioni: tutto questo sovrasta la donna che continua ad avere come unico obiettivo quello di diventare "la migliore madre possibile", terrorizzata all'idea che ciò che sta vivendo possa in qualche modo influenzare il bambino che ha in grembo. Per molte madri l'idea di percepire emozioni negative durante la gravidanza è un non-senso, è qualcosa che non riescono a spiegarsi e che le fa star male. Non corrisponde all'immagine idealizzata della maternità che si erano raffigurate. Il poter accedere ad un supporto adeguato, in grado di fornire il sostegno necessario e di dare una lettura alternativa ai sintomi presentati, può essere di aiuto e favorire la ripresa. In particolare, queste donne esprimono la necessità di riconoscersi in altre che stanno vivendo la loro stessa esperienza, in modo da non sentirsi sole e poter superare il sentimento di vergogna che provano (Bennett et al., 2007).

E' evidente quindi l'importanza di discutere diffusamente di queste tematiche e di inserirle come nucleo centrale all'interno dei corsi preparto (Buist, 2002).

Uno studio condotto in Australia per valutare l'impatto sulla salute di donne depresse di materiale informativo sulle emozioni in gravidanza e nel primo periodo dopo il parto, ha prodotto esiti promettenti (Buist et al., 2007). Le madri che avevano ricevuto l'opuscolo durante la gravidanza risultavano maggiormente consapevoli del proprio stato di salute e più capaci di riconoscere come sintomi di depressione quelli presentati in una vignetta in cui era raffigurata una donna che ne soffriva prima e dopo il parto.

Accrescere la capacità delle neo-madri di dare il nome corretto a ciò che stanno vivendo non deve però esimere da ricercare le cause che hanno contribuito a determinare l'insorgere di quel malessere e che, presumibilmente, ne ostacolano la risoluzione. Il rischio, altrimenti, è di colpevolizzare la donna, riconducendo solo a lei sia l'origine che la soluzione dei suoi mali (Hobfoll, 1986).

E' fondamentale adottare una prospettiva ecologica (Bronfenbrenner, 1986), tenendo nella debita considerazione tutti i fattori che, a vari livelli, possono influenzare l'individuo e il suo benessere.

E' necessario adottare un approccio "universalista" (Zani & Palmonari, 1996) al problema della depressione post-partum, o di altri problemi simili dopo la nascita di un figlio. Valori socioculturali, rapporti di potere, relazioni interpersonali, aspettative di ruolo, divengono particolarmente pregnanti quando si analizzano simili tematiche.

E' interessante in proposito quanto proposto da Amankwaa (2005) come lettura esplicativa dell'insorgenza della depressione post-partum nel contesto della teoria dei ruoli sociali. Partendo dai dati emersi da una ricerca qualitativa condotta con madri Afro-Americane, l'autrice evidenzia il peso che l'assunzione del ruolo materno, e delle aspettative sociali ad esso connesse, possono avere sulla risposta all'evento nascita per la donna. Dalle interviste emergono molti fattori di stress legati all'assunzione di questo nuovo ruolo. Le madri lamentano l'incongruenza fra ciò che immaginavano e la realtà che stanno vivendo, fra quanto gli altri si aspettano da loro e quanto si sentono in grado di poter fare. E' forte la percezione di non corrispondere alle attese e di avere un sovraccarico di compiti e responsabilità. Questo può portare ad un "collasso" del ruolo materno e, di conseguenza, allo svilupparsi di sintomi

depressivi. Elemento che può impedire questo esito è la presenza di un adeguato supporto esterno, in grado di favorire una riconcettualizzazione e riorganizzazione del ruolo stesso.

L'aspetto interessante che emerge da questa proposta teorica, che attende ulteriori conferme empiriche, è l'attenzione posta al livello contestuale: la società è il luogo in cui costruiamo e apprendiamo, unitamente ad altri, regole che poi guidano il nostro agire e il nostro sentire quotidiano. Quando ciò che viviamo non corrisponde a quanto socialmente “previsto” per quella particolare situazione, possono sorgere problemi più o meno gravi. I sintomi depressivi dopo il parto possono essere fra questi.

2. La depressione post-partum: un problema di definizione

Dopo la nascita di un figlio possono manifestarsi diversi disturbi, che variano per frequenza, intensità ed effetti e, di conseguenza, per le modalità di trattamento più opportune da adottare. La classificazione tradizionalmente adottata distingue fra *maternity blues*, depressione post-partum e psicosi puerperale (Robertson et al., 2003; NHRMC, 2000). Recentemente, sono stati proposti altri quadri sintomatici che possono svilupparsi in questo periodo (Brockington, 2004) ma le evidenze empiriche a riguardo sono contraddittorie e ancora insufficienti. La maggior parte degli studi si è incentrata sulla depressione post-partum, analizzandone frequenza e fattori di rischio nonché le risposte a programmi di prevenzione. Malgrado questo termine sia oggi di uso comune all'interno e all'esterno della comunità scientifica, molti dubbi sono ancora presenti rispetto al fatto che identifichi una precisa categoria nosografica differente da quella della depressione maggiore. Né il DSM-IV né l'ICD-10, infatti, ne danno una definizione separata. In entrambi i casi, è fissato un intervallo di insorgenza, rispettivamente, di 4 e 6 settimane dopo il parto, mentre i criteri diagnostici sono gli stessi previsti per il disturbo depressivo: umore depresso e anedonia, accompagnati da perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, incapacità di concentrazione, sentimenti di colpa, pensieri suicidari, tentativi di suicidio (Zaccagnino, 2009).

L'inesattezza nell'utilizzo di questo termine è chiaramente dimostrata dal fatto che raramente le ricerche che si sono occupate di questo tema hanno rispettato i limiti

temporali previsti: si continua a parlare di depressione post-partum in riferimento a episodi depressivi fino a 12 mesi dopo il parto (Robertson et al., 2003).

E' interessante rilevare che perfino lo strumento costruito ad hoc per la rilevazione di questo disturbo, l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)³, non concorda con i manuali diagnostici: la somministrazione è consigliata a 6-8 settimane dopo il parto, da ripetere eventualmente a distanza di 2 settimane nei casi “dubbi” (Cox et al., 1987).

L'utilizzo della dicitura “post-partum” è associato all'idea che il periodo successivo alla nascita di un bambino sia particolarmente a rischio per la salute mentale della donna.

La letteratura in proposito riporta però esiti discordanti e non conclusivi.

In un ampio studio francese che ha coinvolto 2799 donne fra i 25 e i 39 anni, è stato utilizzato il General Health Questionnaire (GHQ) per verificare la presenza di sintomi depressivi fra le intervistate in funzione del loro avere o meno figli. In particolare, sono stati confrontati tre gruppi di donne: senza figli, con figli nati negli ultimi 12 mesi, con uno o più figli con più di un anno di età. Dall'analisi è emerso che le madri con un bambino piccolo erano quelle che stavano meglio: più basso punteggio al GHQ, minori sentimenti di ansia o attacchi di panico, meno frequente ricorso ad uno psichiatra, limitato uso di farmaci psicotropi. Controllando per le principali caratteristiche socio-demografiche (età, istruzione, lavoro e situazione di coppia), non emergevano differenze significative fra i gruppi, eccetto che per l'uso di sostanze psicotrope, meno frequente fra le madri di bambini piccoli (Saurel-Cubizolles et al., 2007).

Analogamente, in uno studio comparativo inglese (Van Bussel et al., 2006) sono stati confrontati i punteggi al GHQ di 324 madri con un bambino fra 3 e 6 mesi con quelli di altrettante donne che non avevano avuto figli negli ultimi 3 anni (e non erano incinta al momento dell'intervista). Non sono state rilevate differenze significative fra i due gruppi né nei valori medi al GHQ, né nella prevalenza o incidenza di depressione.

3 Strumento di auto-valutazione composto da 10 item rispetto ai quali le madri devono indicare la risposta che meglio corrisponde al proprio stato d'animo nei 7 giorni precedenti la rilevazione. Ad ogni item viene assegnato un punteggio da 0 a 3, per una somma totale che può quindi variare da 0 (assenza di sintomi depressivi) a 30 (punteggio massimo).

Altri studi mostrano tuttavia risultati in parte diversi.

In una consistente ricerca americana, Vesga-López et al. (2008) hanno contattato 14549 donne fra i 18 e 50 anni e hanno indagato sul loro stato di gravidanza (o meno) negli ultimi 12 mesi. Hanno quindi distinto fra donne incinta al momento dell'intervista, donne che avevano avuto una gravidanza nell'ultimo anno ma non erano attualmente in attesa e donne che non avevano avuto gravidanze negli ultimi 12 mesi. Utilizzando un'intervista strutturata basata sui criteri diagnostici del DSM-IV, hanno verificato l'incidenza di depressione fra i diversi soggetti. Le donne classificate come "post-partum" avevano un rischio più elevato di presentare sintomi di depressione maggiore rispetto alle donne "in gravidanza". Queste ultime, invece, erano meno a rischio rispetto alle donne "non incinta negli ultimi 12 mesi".

Eberhard-Gran et al. (2002) hanno rilevato in Norvegia una maggiore prevalenza di depressione fra donne "non post-partum" rispetto ad altre comparabili per età (18-40 anni) ma che hanno avuto un bambino da 6 settimane. Controllando, però, per i fattori di rischio associati alla depressione nei due gruppi, l'odds ratio per questo disturbo risultava più elevata per le seconde rispetto alle prime.

L'impiego di strumenti differenti e la varietà dei disegni sperimentali adottati nei diversi studi non permette tuttavia di effettuare delle comparazioni efficaci e di dirimere la questione.

La conclusione più corretta è probabilmente che la nascita di un figlio deve essere considerata come uno degli eventi che può influenzare il benessere di un individuo, in particolare di una donna, ma assieme all'azione congiunta di altri fattori.

Il rischio, altrimenti, è di non valutare elementi determinanti che possono incidere negativamente su una persona, a prescindere dalla fase del ciclo di vita in cui si trova.

2.1. Prevalenza: dati contrastanti

Da un'accurata meta-analisi di 59 studi sulla depressione post-partum condotta da O'Hara & Swain (1996) emerge che il tasso di prevalenza media di questo disturbo è del 13%.

Questo dato è oggi comunemente utilizzato come parametro di riferimento anche se, analizzando le numerose ricerche presenti in letteratura, si riscontrano proporzioni

molto differenti. Ciò può essere dovuto a molteplici fattori: il campione scelto, lo strumento adottato e l'eventuale valore soglia utilizzato, il momento in cui viene effettuata la valutazione, il contesto in cui viene svolta la ricerca. Tutti questi aspetti differiscono da studio a studio, incidono sui dati riportati e rendono spesso difficile comparare i diversi lavori (Gavin et al., 2005; Dennis, 2003; Matthey et al., 2000).

Nell'analisi di O'Hara & Swain (1996) le due variabili che contribuivano maggiormente a spiegare la varianza delle stime di depressione erano la scelta del metodo di rilevazione e la lunghezza della finestra temporale presa in esame. I questionari auto-compilati avevano fatto registrare percentuali più alte rispetto alle interviste, e un intervallo di tempo di 8 settimane in confronto a 4 aveva prodotto valori più elevati.

Negli ultimi anni sono aumentati notevolmente gli studi su questo tema ma è necessario porre attenzione agli aspetti metodologici che li caratterizzano: talvolta sono presenti forti limiti, come ad esempio campioni troppo piccoli o non rappresentativi della popolazione di riferimento (Luskin et al. 2007).

Problemi simili possono essere ritrovati anche in ricerche di ampia portata: in uno studio che ha coinvolto 8 Paesi europei e un centro degli Stati Uniti (Iowa City) è stata effettuata la validazione di un nuovo strumento, un adattamento della Structured Clinical Interview (SCID) al periodo perinatale (SCID-PND), su un campione complessivo di 296 donne in gravidanza. In ogni Paese sono state coinvolte da un minimo di 20 madri ad un massimo di 64 e in 6 casi su 9 il numero era inferiore a 30. Nella rilevazione successiva, 6 mesi dopo il parto, il totale è sceso a 261 e in 3 casi erano presenti meno di 20 donne (Gorman et al., 2004). Malgrado l'approccio transculturale dello studio sia degno di rilievo, è impossibile trarre conclusioni attendibili circa la prevalenza della depressione, a prescindere dallo strumento utilizzato per la rilevazione.

Porre attenzione all'aspetto culturale risulta tuttavia centrale nell'analizzare il tasso di prevalenza di questo disturbo. In un'ampia rassegna curata da Halbreich & Karkun (2006) sono stati confrontati 143 studi realizzati in 40 differenti Paesi. La percentuale di depressione rilevata variava dallo 0.5% di Singapore al 60.8% di Taiwan. Gli autori hanno avanzato diverse ipotesi per spiegare questa discrepanza. Fra le altre, il fatto che possano esserci modalità differenti di espressione della sintomatologia

depressiva dopo il parto fra le varie culture.

A lungo, infatti, si è ritenuto che la depressione post-partum fosse un problema presente solo nei Paesi occidentali, ma più probabilmente non sempre sono stati adottati i giusti criteri per identificarla anche fuori da questo ambito (Halbreich & Karkun, 2006).

E' interessante in proposito quanto emerso dallo studio epidemiologico realizzato ad Hong Kong da Lee et al. (2001). Fra le 959 madri intervistate, il 5.5% soffriva di depressione maggiore e il 4.7% di depressione minore un mese dopo il parto. Per riferire il proprio vissuto queste donne non facevano però riferimento ad emozioni bensì a sintomi fisici, come mal di testa, senso di annebbiamento, sensazione di "avere il vento nella testa".

Malgrado la scala di misurazione della depressione più utilizzata, l'EPDS (Cox et al., 1987), sia stata traslata in molte lingue diverse, risulta ancora incerta l'adeguatezza del suo impiego in contesti differenti da quelli in cui è stata sviluppata (Dennis, 2003).

Un ostacolo è legato ai problemi metodologici presenti in molti degli studi di validazione di questo strumento, che ne riducono l'attendibilità. Eberhard-Gran et al. (2001) hanno curato una rassegna di 18 di questi lavori e hanno rilevato, nella maggior parte dei casi, degli intervalli di confidenza troppo ampi sia per la specificità che per la sensibilità dello strumento. Gli autori concludono evidenziando la necessità di effettuare ricerche con un più alto numero di soggetti prima di poter trarre conclusioni sull'affidabilità di questa scala, soprattutto in culture differenti.

Emergono dubbi anche rispetto alla scelta del valore soglia da utilizzare. Sebbene le indicazioni iniziali (Cox et al., 1987) fossero di adottare un limite di 9/10 in caso di screening sulla popolazione generale e 12/13 per rilevare il possibile rischio di depressione maggiore, le validazioni dello strumento in diversi contesti hanno individuato talvolta valori differenti (Dennis, 2003), rendendo difficile un'adeguata comparazione.

Non sempre, inoltre, viene tenuta in debito conto la necessità di effettuare una misurazione a due stadi: l'EPDS non ha valore diagnostico (Cox et al., 1987) e sarebbe pertanto opportuno far seguire ad una prima rilevazione, un secondo momento di valutazione clinica (Dennis, 2003).

L'accuratezza metodologica può inoltre non essere sempre sufficiente. Downe et al. (2007) hanno analizzato 7 studi che si sono occupati di individuare strumenti adeguati per lo screening della depressione post-partum fra donne asiatiche immigrate in Inghilterra. Né le scale standardizzate tradotte (EPDS e GHQ) né quelle costruite ad hoc per questo scopo soddisfacevano i criteri di qualità fissati dagli autori. Il problema centrale era legato alla scarsa attenzione posta alla traduzione, alla scelta della lingua e dei termini utilizzati.

In realtà molti elementi possono incidere sulla variabilità nel tasso di prevalenza di questo disturbo. In un recente studio australiano (Buist et al., 2008), 12361 donne in diverse regioni del Paese sono state intervistate durante la gravidanza e 6-8 settimane dopo il parto. Il tasso di depressione rilevato mediante l'EPDS variava in funzione delle diverse zone di provenienza delle madri: maggiore per quelle del Queensland e dell'Australia meridionale, minore per quelle della parte occidentale. Punteggi più alti sono stati riscontrati fra le donne contattate nei servizi pubblici rispetto ai privati, probabilmente in relazione al fatto che le prime presentavano un peggiore livello socioeconomico ed erano meno istruite. Secondo gli autori, i punteggi relativamente più bassi di depressione rilevati in determinate aree possono essere in parte spiegati anche dalla presenza in quelle zone di una tradizione consolidata di screening e valutazione di questo disturbo prima e/o dopo il parto.

L'importanza dei fattori socio-culturali nella rilevazione della prevalenza della depressione post-partum in contesti differenti viene evidenziata anche dalle autrici di uno studio comparativo che ha indagato la diffusione di questo disturbo in Canada (Québec), Francia e Italia (Des Rivières-Pigeon et al., 2003). Il diverso tasso rilevato nei 3 Paesi, rispettivamente 16%, 11% e 9%, viene ricondotto in parte alle differenti situazioni presenti in essi rispetto al lavoro della madre dopo il parto, al sostegno che può o meno ricevere, alla possibilità di accesso a strutture di accoglienza per la prima infanzia.

In sintesi, è difficile stabilire una stima della reale prevalenza della depressione post-partum nel mondo. E' indubbio, tuttavia, che si tratta di un fenomeno molto diffuso ovunque e quindi di rilevante importanza per la salute pubblica.

2.2.Principali fattori di rischio

Molti studi si sono occupati di indagare i fattori di rischio che possono contribuire all'insorgenza di una sintomatologia depressiva dopo la nascita di un figlio. Malgrado il sostanziale accordo raggiunto dalla comunità scientifica su alcuni di questi aspetti, permangono elementi non chiari e un'insufficiente attenzione per temi particolarmente rilevanti.

Di seguito, verranno trattati in dettaglio i principali argomenti analizzati nelle diverse ricerche prima di introdurre, nel prossimo paragrafo, l'approccio teorico, oggi ampiamente condiviso, che ha guidato il presente lavoro.

Depressione e ansia della donna prima o durante la gravidanza

Sia dalla rassegna di O'Hara & Swain (1996) che da una successiva meta-analisi condotta da Beck (2001) su 84 studi inerenti la depressione post-partum, emerge una forte associazione fra esperienze di problematiche psicologiche nella donna precedenti il parto e il successivo manifestarsi di questo disturbo.

Molti altri studi condotti in diversi Paesi hanno confermato questi dati (Nielsen Forman et al., 2000; Eberhard-Gran et al., 2002; Dennis et al., 2004; Jardri et al., 2006; O'Hara, 2009), che oggi risultano pertanto raramente messi in discussione.

Scarsa attenzione, tuttavia, è stata rivolta specificatamente alla salute mentale della donna durante la gravidanza, periodo a lungo considerato come “protettivo” per la futura madre. Diverse ricerche hanno rilevato un'alta prevalenza di sintomi depressivi e ansiogeni in questa fase, persino superiore a quanto rilevato nel dopo parto (Evans et al., 2001; Heron et al., 2004). Nei due studi citati, è emersa una sostanziale stabilità individuale per ansia e depressione prima e dopo il parto: le donne che avevano ottenuto punteggi elevati durante la gravidanza hanno continuato a mantenerli elevati anche dopo la nascita del bambino. La media complessiva, invece, è diminuita nel post-partum.

L'importanza di considerare questi aspetti emerge dai risultati di un recente studio svedese. Rubertsson et al. (2005) hanno comparato donne che presentavano sintomi depressivi durante la gravidanza e dopo il parto con altre che li manifestavano solo dopo. Alcuni fattori di rischio sono risultati condivisi dai due gruppi (disoccupazione, mancanza di supporto sociale, problemi fisici della madre) ma la situazione del

primo gruppo risultava più complessa e “grave” di quella del secondo.

In molti lavori sembra si dia per scontato che quando i disturbi psicologici della donna rappresentano un antecedente della depressione post-partum, ciò sia indicativo di un problema a livello biologico o genetico. In realtà, come suggeriscono i risultati dello studio di Rubertsson et al. (2005), gli stessi fattori di rischio psico-sociali possono essere associati a sintomi depressivi prima della gravidanza, durante e dopo. E' quindi fondamentale effettuare uno screening adeguato durante la gravidanza per identificare eventuali situazioni a rischio, anche se le rassegne disponibili in proposito evidenziano che non è ancora chiaro quale sia lo strumento più opportuno per farlo (Austin & Lumley, 2003).

Supporto sociale in gravidanza e nel post-partum

Quello del sostegno sociale è un costrutto molto complesso e articolato, che può essere sintetizzato nell'aiuto e nell'appoggio che una persona riceve da chi è in relazione più o meno diretta con lei (Santinello et al., 2009).

Molti studi hanno dimostrato la centralità di questo aspetto nell'insorgenza della depressione dopo il parto.

Dalla meta-analisi di Robertson et al. (2004), che ha integrato e ampliato quelle precedenti di O'Hara & Swain (1996) e Beck (2001), è emerso che le donne non adeguatamente supportate durante la gravidanza mostravano un rischio più elevato di manifestare sintomi depressivi dopo la nascita del bambino.

In un recente studio australiano, Haslam et al. (2006) hanno evidenziato come la presenza di un supporto adeguato da parte dei genitori della donna riducesse la probabilità del manifestarsi della depressione 4 settimane dopo il parto. In particolare, gli autori hanno rilevato un effetto di mediazione: il supporto ricevuto, accrescendo il sentimento di auto-efficacia della madre, influenzava positivamente la sua salute mentale. Non emergeva, invece, un'associazione con la presenza o meno di supporto dal partner, in contrasto con i risultati di altre ricerche.

Nel lavoro già citato di Rubertsson et al. (2004), ad esempio, l'insoddisfazione rispetto al supporto ricevuto dal proprio compagno accresceva il rischio per la donna di presentare depressione dopo il parto. Un analogo risultato era emerso anche da un precedente studio americano di Collins et al. (1993).

O'Hara & Swain (1996) rilevano un effetto moderato del supporto paterno sulla depressione materna, evidenziando come il supporto sociale, e quello del partner in particolare, contribuiscano soprattutto ad aumentare la severità del disturbo.

In uno studio canadese, Dennis & Ross (2006b) hanno evidenziato alcuni aspetti della relazione con il partner associati con la depressione 8 settimane dopo il parto. Utilizzando la *Social Provisions Checklist*, hanno rilevato che le donne che presentavano sintomi depressivi avevano una minore percezione di “integrazione” con il proprio partner (comunanza e condivisione di interessi, sentimento di affiliazione), riportavano di essere meno incoraggiate nel richiedere aiuto esterno quando ne sentivano il bisogno e ricevevano più spesso commenti negativi dal compagno rispetto alla propria capacità di gestione del bambino.

In direzione analoga appaiono i risultati dello studio tedesco di Lemola et al. (2007): per le 374 donne coinvolte nella loro ricerca, la presenza di un partner emotivamente supportivo moderava l'impatto di esperienze negative legate al parto sulla loro salute mentale, riducendo la probabilità di depressione 5 mesi dopo.

L'associazione tra mancanza di supporto sociale, in particolare da parte del proprio compagno, e depressione dopo il parto, risulta pertanto chiara. La relativa variabilità fra le diverse ricerche può essere ricondotta sia ai differenti strumenti e disegni di ricerca adottati sia, inoltre, alla scarsa attenzione riservata all'adeguatezza per la donna di un dato sostegno in un preciso momento. Il supporto offerto deve coincidere con le richieste provenienti dal soggetto al quale è diretto, altrimenti rischia di risultare inefficace (Rand, 1986). Questo può contribuire a spiegare perché talvolta può essere più significativo un appoggio di tipo strumentale mentre in altri casi è più importante la possibilità di essere ascoltati e incoraggiati.

Relazione di coppia e violenza

Scegliere se e quando avere un figlio è una decisione centrale nell'esistenza di un individuo. L'arrivo di un bambino modifica tempi e spazi del vivere quotidiano e spesso implica un riassetto delle proprie traiettorie personali, sociali e lavorative.

Diversi studi hanno indagato l'effetto che tale evento può avere sulla qualità della relazione di coppia. Da una meta-analisi condotta da Twenge et al. (2003) su 97

articoli che trattavano questo tema, emerge un'associazione negativa fra il divenire genitori e la soddisfazione rispetto al rapporto fra i partner, in particolare per le donne. In un lavoro americano molto recente, Doss et al. (2009) hanno in parte confermato questo dato. Gli autori hanno seguito 218 coppie per 8 anni a partire dal loro matrimonio, confrontando quanti nel frattempo erano diventati genitori con quelli che non avevano avuto figli. In entrambi i casi, è stato osservato un decremento nel livello di soddisfazione riportata da padri e madri nel corso degli anni, ma l'arrivo di un bambino aveva coinciso con più rapidi ed improvvisi cambiamenti negativi. E questo risultava più accentuato per le donne rispetto agli uomini.

Simili dati evidenziano la necessità di considerare questo aspetto nella valutazione dei fattori di rischio per l'insorgenza della depressione nelle madri.

E' stato infatti raggiunto un sostanziale accordo nel ritenere che la qualità del rapporto con il proprio partner durante la gravidanza sia associata al benessere della donna dopo il parto. Questo appare inoltre confermato anche da diversi studi transculturali (Fisher et al., 2009).

Nelle rassegne citate, O'Hara & Swain (1996) e Beck (2001) evidenziano un effetto da piccolo a moderato di questa variabile sulla salute delle madri nel post-partum.

Successivamente, lo studio australiano di McMahon et al. (2005) identifica l'insoddisfazione nella relazione di coppia a 4 mesi come uno dei principali fattori di rischio per il persistere di sintomi depressivi 12 mesi dopo il parto.

In un recente lavoro spagnolo, Escribà-Agüir et al. (2008) hanno evidenziato inoltre che giudicare come non positivo il rapporto col proprio partner durante il terzo trimestre di gravidanza, aumentava il rischio per le donne di sviluppare una sintomatologia depressiva in questo stesso periodo.

I dati emersi da una ricerca longitudinale italiana offrono ulteriori conferme in proposito (Romito et al., 2009). Durante il periodo di degenza in ospedale per il parto sono state contattate 352 donne, raggiunte nuovamente 8 mesi, telefonicamente, per completare una seconda intervista (tasso di risposta=83%, n=292). Per queste madri, tutti gli indicatori della relazione di coppia utilizzati⁴ sono risultati fortemente

4 Accordo/disaccordo sulla contraccezione prima della gravidanza; accordo/disaccordo sull'intenzionalità della gravidanza; sentimento della donna rispetto alla ripresa dei rapporti sessuali (si sentiva pronta/non si sentiva pronta); valutazione della donna sulla relazione di coppia;

associati con i punteggi registrati sul GHQ: le donne che riferivano un rapporto peggiore col partner riportavano valori più elevati sulla scala per la rilevazione della depressione.

L'uso di diverse modalità di rilevazione contribuisce a spiegare la varietà dei dati talvolta rilevata nei differenti studi presi in esame: l'auto-somministrazione di strumenti come la *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* è risultato infatti maggiormente predittivo della depressione post-partum rispetto all'utilizzo di interviste (O'Hara & Swain, 1996).

I numerosi lavori che si sono occupati di indagare questo aspetto lo hanno fatto però in modo parziale, tralasciando di considerare tutti i possibili elementi in gioco.

Malgrado infatti la violenza da parte del partner sia uno dei principali fattori di rischio per la salute delle donne fra i 15 e i 44 anni (WHO, 2005), scarsi sono gli studi che hanno considerato esplicitamente questa variabile durante il periodo perinatale in relazione al benessere psicologico delle madri (Fisher et al., 2009; Kendall-Tackett, 2007). Ciò risulta ancora più paradossale se si considera che la violenza ad opera del proprio compagno è stata descritta come *“la principale causa di depressione nelle donne basata sul genere”* (Astbury, 2001, cit. in Fisher et al., 2009).

Dall'analisi di Campbell et al. (2004) emerge una grande variabilità nel tasso di prevalenza di violenza durante la gravidanza nei diversi Paesi del mondo, con ampio divario fra quelli industrializzati (3.4-11%) e quelli in via di sviluppo (3.8-31.7%).

Non è chiaro il legame tra violenza e gravidanza: in alcuni casi questo rappresenta un momento “protetto” per la donna, in altri si verifica un peggioramento mentre talvolta la situazione permane sostanzialmente invariata. Può infine coincidere con il momento in cui la storia di violenza ha inizio (Istat, 2007a, Valladares, 2005).

Subire violenza durante la gravidanza è fortemente associato allo sviluppo di sintomi depressivi nella donna.

Delle 478 donne incinta intervistate da Valladares et al. (2005) in Nicaragua, il 32% ha dichiarato di aver subito violenza dal partner durante l'attuale gravidanza, principalmente psicologica ma anche fisica (13%) e sessuale (7%). Fra queste madri, il rischio di manifestare “stress emotivo” durante la gravidanza o subito dopo il parto

frequenza dell'attività ludica del padre col bambino.

era significativamente maggiore rispetto alle donne che non avevano subito violenza, anche controllando per gli altri aspetti correlati (età della donna e supporto sociale).

In uno studio cinese, Leung et al. (2002) hanno rilevato che fra le 838 madri intervistate dopo il parto, il 16.6% aveva subito abusi, in particolare verbali, nell'anno precedente. Uno-due giorni dopo la nascita del bambino, qualche giorno dopo il rientro a casa e 6 settimane dopo, queste donne hanno ottenuto punteggi più alti all'EPDS rispetto a quelle che non avevano subito nessuna forma di violenza.

Vivere una situazione di violenza dal partner durante la gravidanza può avere conseguenze anche più gravi: da una ricerca americana (McFarlane et al., 2002) è emerso che questo esponeva la donna ad un rischio tre volte maggiore di essere vittima di omicidio/tentato omicidio ad opera del proprio compagno.

Malgrado la forte associazione esistente, quindi, fra salute della donna e violenza nella coppia, troppo pochi sono ancora gli studi che ne hanno indagato la presenza nel post-partum. Ancora meno quelli che hanno messo in relazione questo aspetto con la depressione nella donna.

Nello studio italiano già citato, Romito et al. (2009) hanno rilevato che fra le donne che stavano vivendo una situazione di violenza 8 mesi dopo il parto, il 26.7% presentava punteggi al GHQ che eccedevano il valore soglia (>5), rispetto a solo il 4% delle madri che non avevano vissuto esperienze simili.

Numerose sono le madri che, nel mondo, si trovano a dover affrontare abusi e soprusi di ogni genere dopo la nascita di un figlio (Kendall-Tackett, 2007).

In una recente ricerca inglese, Bowen et al. (2005) hanno seguito un'ampia coorte di donne dalla gravidanza (18 settimane) fino a 33 mesi dopo il parto. Gli autori hanno registrato la prevalenza di violenza (fisica e/o psicologica) in 5 differenti momenti, 2 prima e 3 dopo la nascita del bambino. Nel post-partum, hanno rilevato che il 7.7% delle madri stava subendo una qualche forma di violenza a 8 mesi, l'8.8% a 21 mesi e l'11% a 33 mesi.

In uno studio svedese (Widding Hedin, 2000), 207 donne sono state intervistate durante la gravidanza e, di queste, 132 (64%) ha risposto ad un altro questionario 8 settimane dopo il parto. Fra le donne che non hanno partecipato alla seconda fase della ricerca, 10 subivano violenza durante la gravidanza. Delle madri che hanno completato tutto lo studio, 32 (24.2%) stavano vivendo una situazione di violenza,

soprattutto di tipo psicologico. Il 69% di queste donne ha affermato che la violenza ha avuto inizio dopo la nascita del bambino. Anche se è possibile ipotizzare che alcune situazioni non siano state dichiarate durante la prima rilevazione, questo dato mostra chiaramente che il post-partum non è un momento estraneo alla violenza, tutt'altro.

L'illusoria idealizzazione di questo periodo, ancora pregnante a livello socio-culturale, sembra tuttavia ostacolare un'analisi adeguata di questo tema, esponendo madri e bambini a gravi rischi per la propria salute.

Eventi di vita stressanti

La malattia o la morte di una persona cara, la fine di una relazione, il divorzio, la perdita del lavoro, il cambiare casa, e altri eventi simili possono generare stress nella donna e costituiscono un significativo fattore di rischio per l'insorgenza di depressione dopo il parto (Robertson et al., 2004).

Sia la gravidanza che il parto possono costituire di per sé dei momenti particolarmente stressanti per la donna (Holmes & Rahe, 1967) ma diversi autori sostengono che l'azione negativa esercitata da questi e altri accadimenti simili viene mediata dalla percezione soggettiva che ne ha la donna, dal significato che vi attribuisce (Zaccagnino, 2009).

In diversi studi però non viene verificata la presenza o meno di eventi stressanti recenti nella vita della donna (Lee et al., 2001; MacMahon et al., 2005; Jardri et al., 2006) mentre in altri non risultano associazioni significative con sintomi depressivi nel post-partum (Robertson et al., 2003).

Tale discrepanza può essere dovuta alle diverse modalità di misurazione: in alcuni casi vengono utilizzate scale standardizzate, come la *Life Events Scale*, mentre in altri gli autori si basano sulla risposta ad un unico quesito (*“Ultimamente, ha avuto qualche stress particolarmente forte, qualche cambiamento o perdita?”*, trad. da Matthey et al., 2004).

Eventi significativi per la donna durante la gravidanza o l'immediato puerperio vengono comunque oggi considerati centrali per la sua salute psicologica nel dopo parto.

Status socio-economico e situazione lavorativa della donna

O'Hara & Swain (1996) e Beck (2001) evidenziano un'ampia varietà di risultati rispetto all'importanza che riveste per il benessere della madre la sua situazione economica. In entrambi i casi, gli autori concludono riconoscendo un impatto limitato di questo fattore sulla salute della donna.

Un problema centrale è la mancanza di un accordo sugli indicatori più corretti da utilizzare per rilevare questo aspetto, in alcuni casi misurato come lavoro/non lavoro della donna (Dennis et al., 2004), in altri in base al suo livello di reddito (Watt et al., 2002), altre volte ancora come “emozioni” (es. rabbia) legate alla mancanza di soldi (Patel et al., 2002). Comunque, in alcune ricerche italiane, una domanda sulla presenza di “gravi problemi economici” risultava fortemente associata alla depressione post-partum (Romito et al., 1999, 2009).

Utilizzare come indicatore della situazione economica della donna il suo stato di occupazione/disoccupazione potrebbe però essere particolarmente fuorviante. Esiste infatti una significativa associazione fra soddisfazione della madre per la propria attività professionale e depressione dopo il parto: in due diverse ricerche italiane le donne che si dichiaravano insoddisfatte della propria condizione lavorativa, a prescindere dal fatto che stessero o meno lavorando, presentavano un rischio più alto di manifestare depressione post-partum (Romito et al., 1999, 2009).

Analoghi risultati emergono dallo studio canadese di Dennis et al. (2004): 1 settimana dopo il parto le madri che si erano dichiarate molto scontente rispetto al proprio lavoro erano quelle che avevano una probabilità maggiore di essere depresse.

La complessità del legame fra lavoro e benessere della donna risulta inoltre evidente dai dati di un recente studio americano (Goldberg & Perry-Jenkins, 2004). Gli autori hanno analizzato il legame fra divisione dei compiti domestici e attività di cura del bambino da una parte, e salute psicologica delle madri dall'altra. Sono state coinvolte 97 coppie in attesa del primo figlio e in cui entrambi i genitori erano impiegati a tempo pieno prima del parto. Dall'analisi dei dati raccolti in media 15 settimane dopo la nascita, le donne che erano passate al part-time risultavano più depresse di quelle che avevano mantenuto inalterato l'orario di lavoro. In particolare, tra le madri che lavoravano a tempo parziale, stavano peggio quelle che avevano dimostrato di

aderire ad un'immagine egualitaria del rapporto uomo-donna.⁵ Sebbene la ridotta numerosità del campione imponga cautela nella valutazione di questi risultati, è evidente l'importanza di considerare questi aspetti in ogni ricerca sulla depressione delle madri dopo il parto.

Tuttavia, poche ricerche sulla depressione post-partum hanno analizzato la condizione lavorativa della madre in questi termini. Ciò appare ancora più singolare se si considera l'ingresso sempre più massiccio delle donne nel mondo del lavoro e il forte legame esistente fra attività professionale femminile e scelta di se e quando avere uno o più figli (Istat, 2007b). Trascurare questo aspetto nell'analisi dei fattori di rischio per l'emergere di sintomi depressivi dopo la nascita di un bambino è pertanto sicuramente un limite.

La maggior parte delle ricerche sulla depressione dopo il parto, inoltre, ha coinvolto persone appartenenti a gruppi troppo omogenei, spesso di ceto sociale medio-alto, limitando così la possibilità di verificare il reale impatto della condizione economica della donna sull'insorgenza di questo disturbo (Robertson et al. 2003).

Bilszta et al. (2008) hanno comparato a Victoria, in Australia, i fattori associati alla depressione dopo il parto in donne residenti in un'area urbana rispetto ad altre che abitavano in un contesto rurale. In questo secondo caso, ma non nel primo, la presenza di problemi finanziari rappresentava un forte elemento predittivo di malessere 6-8 settimane dopo la nascita del bambino.

Analizzare contesti e realtà differenti potrebbe essere quindi utile per comprendere meglio questo aspetto che necessita ancora di essere chiarito.

Altre caratteristiche socio-demografiche

Età e livello di istruzione della donna non appaiono associati alla depressione dopo il parto (O'Hara & Swain, 1996; Beck, 2001; Robertson et al., 2004).

Solo negli ultimi anni si è iniziato a porre attenzione alla nazionalità della madre, in particolare al suo status di immigrata. Alcuni studi hanno rilevato che questa condizione può esporre la donna ad un rischio maggiore di depressione.

In una ricerca molto ampia che ha coinvolto 875 donne in 5 ospedali dell'Ontario (Sword et al., 2006), è stato confrontato il benessere dopo il parto e l'accesso ai

⁵ In base al livello di accordo espresso durante la prima rilevazione (terzo trimestre di gravidanza) al seguente item: *The man should be the main breadwinner.*

servizi di madri canadesi e non (principalmente cinesi o provenienti da altre regioni dell'Asia meridionale). Le donne immigrate avevano un punteggio più alto all'EPDS e una peggiore valutazione della propria salute mentale un mese dopo il parto.

L'importanza della condizione di immigrazione emerge anche da uno studio israeliano (Glasser et al., 1989): le donne immigrate presentavano valori più elevati all'EPDS 6 settimane dopo il parto rispetto alle madri indigene. In particolare, stavano peggio le donne arrivate nel nuovo Paese da meno di 5 anni.

Un risultato simile è stato rilevato anche dal già citato lavoro di Dennis et al. (2004) nel contesto di un'ampia ricerca longitudinale nella regione di Vancouver: le donne immigrate da meno di 5 anni una settimana dopo il parto mostravano un rischio quasi 5 volte maggiore di manifestare sintomi depressivi rispetto alle madri canadesi.

Le spiegazioni di questi risultati possono essere molteplici. I motivi che hanno determinato l'abbandono del proprio Paese di origine, l'arrivo in un nuovo contesto e il percorso di integrazione da affrontare, le possibili difficoltà economiche incontrate, la perdita o il diradarsi delle reti sociali più significative possono contribuire a rendere particolarmente impegnativa questa fase della vita della donna. In una società come quella attuale in cui il fenomeno migratorio è in costante aumento, appare fondamentale dedicare crescente attenzione a questo aspetto anche nell'ambito perinatale.

Fattori ostetrico-ginecologici

O'Hara & Swain (1996) hanno rilevato una debole associazione fra gli aspetti strettamente legati alla gravidanza e al parto e la depressione post-partum. Altri autori non ne hanno identificata alcuna (Robertson et al., 2003). Il problema centrale è la scelta di “cosa” valutare e attraverso quali strumenti. Diversi studi hanno infatti evidenziato come non sia l'esperienza della gravidanza e del parto in sé che incide sulla donna, quanto la sua valutazione di ciò che sta vivendo. Sia dalla meta-analisi di Beck (2001) che da studi successivi (Inandi et al., 2005; Rubertsson et al., 2005) emerge ad esempio un'associazione tra gravidanza non voluta/non pianificata e depressione dopo il parto. Inoltre, la percezione della perdita di controllo o dell'assenza di sostegno al momento della nascita sembrano influenzare negativamente il benessere psicologico della madre (NHMRC, 2000).

Per concludere, va sottolineata l'importanza di considerare l'esperienza soggettiva delle madri per comprendere a pieno eziologia e decorso della depressione post-partum. Ciò emerge chiaramente dalla meta-sintesi condotta da Beck (2002) su 18 studi qualitativi che si sono occupati di indagare il punto di vista di donne affette da questo disturbo. Dall'analisi delle interviste l'autrice evidenzia quattro nuclei tematici principali. Fra questi risulta centrale per lo svilupparsi dei sintomi depressivi l'incongruenza fra le aspettative sulla maternità e la situazione reale che la donna si trova ad affrontare. La sensazione di essere l'unica a provare un certo tipo di emozioni, a non sentirsi bene, ad essere triste, dà origine a sentimenti di colpa e di vergogna. La madre percepisce se stessa come “cattiva”, “non normale”. E questo, a sua volta, la fa precipitare sempre più in basso, fino al manifestarsi della depressione.

2.3. La necessità di un modello bio-psico-sociale

I vari elementi presi in esame, personali, interpersonali, sociali, mostrano la complessità della depressione post-partum e la necessità di adottare un approccio olistico a questo problema, senza tralasciare alcun aspetto.

Obiettivo principale di ogni programma di prevenzione è la riduzione dei fattori di rischio per una data patologia, ovvero di tutti quegli elementi che, a vario livello, possono contribuire alla sua insorgenza, alla gravità dei suoi sintomi e al suo perdurare nel tempo (WHO, 2004b). La salute mentale è tuttavia molto complessa e molteplici aspetti possono influenzarla: è pertanto indispensabile adottare un approccio multifattoriale (WHO, 2004a).

Nel contesto degli studi sulla depressione post-partum a lungo ha prevalso invece il modello medico, incentrato quasi esclusivamente sulla classificazione diagnostica di questo disturbo e sulla ricerca delle cause biologico-ormonali della sua insorgenza.

Malgrado fino ad oggi non siano ancora state raccolte prove sufficienti a conferma del contributo degli squilibri ormonali successivi al parto sul manifestarsi della depressione (Robertson et al., 2003), questo approccio continua a riscuotere molti consensi fra specialisti e non del settore (Dolce & Bani, 2009; Martinez et al., 2002).

E' una visione tuttavia troppo limitata del problema, che non permette di spiegare molti aspetti che lo caratterizzano: la diffusione differente nelle diverse culture, i

fattori di rischio correlati, il fatto che non tutte le donne presentino sintomi depressivi dopo la nascita di un figlio.

Milgrom et al. (2003) hanno proposto un modello alternativo, definito bio-psico-sociale perché teso all'analisi contemporanea dei diversi fattori biologici, psicologici e sociali che possono influenzare il benessere della madre nel post-parto. L'idea fondante è che ogni donna sia caratterizzata da *fattori di vulnerabilità* (storia pregressa di depressione, eventi di vita stressanti, etc.) che la rendono maggiormente “vulnerabile” ai *fattori scatenanti lo stress* (altri eventi stressanti, alterazioni ormonali dopo il parto, mancanza di sostegno sociale adeguato, stile di coping disadattivo della donna). Questa configurazione aumenta la possibilità di sviluppare la depressione post-partum, che può essere mantenuta e aggravata da altri fattori, come una cattiva relazione con il proprio partner. *Fattori socio-culturali*, come miti e credenze irrealistiche sulla maternità, rappresentano lo sfondo su cui si innesta il processo descritto, contribuendo sia all'insorgenza che al mantenimento della depressione post-partum.

Il modello, che deve ancora essere perfezionato, ha diversi punti di forza. In primo luogo, offre una visione più completa del problema, permettendo di analizzarne le diverse sfaccettature e i sistemi di interazione fra i vari aspetti in gioco. In secondo luogo, permette di identificare differenti possibili livelli di intervento, rappresentando pertanto un valido riferimento per la progettazione e l'implementazione di programmi di prevenzione della depressione post-partum.

2.4. Effetti sulla madre e sul bambino

Sebbene il problema della depressione durante la gravidanza e dopo il parto affligga in primo luogo la donna, sono scarsi gli studi che hanno indagato le ricadute di questo disturbo sulla sua storia personale, sociale e lavorativa.

Due ricerche recenti, una canadese e l'altra francese (Da Costa et al., 2006; De Tychey et al., 2007), hanno adottato lo stesso strumento, *The Medical Outcomes Study Short-Form-36* (SF-36), per indagare la percezione delle donne della qualità della propria vita nel dopo parto (rispettivamente, fra la 4° e l'8° e fra la 4° e la 38° settimana) . In entrambi i campioni, è emerso un significativo peggioramento in tutte le aree indagate (funzionamento fisico, funzionamento sociale, salute generale, etc.)

per le donne con sintomatologia depressiva.

In letteratura viene particolarmente evidenziato l'aumentato rischio di recidive per le madri depresse nel post-partum, soprattutto a seguito di successive gravidanze, e il protrarsi di uno stato di malessere che incide negativamente sulla loro salute. I pensieri legati alla morte, spesso presenti, possono inoltre spingerle a tentare il suicidio: è questa una delle principali cause di morte in questa popolazione (Zaccagnino, 2009). Ma la ricerca in questo campo risulta ancora troppo limitata e circoscritta.

Molto più numerosi sono invece i lavori volti ad analizzare l'impatto della depressione della donna sugli esiti evolutivi del bambino.

La sintomatologia depressiva limita le capacità genitoriali della madre che appare meno empatica, meno attenta alle richieste provenienti dal figlio e meno capace di rispondervi (Goodman et al., 2008). Mostra un'affettività appiattita, non “sincronizzata” sull'alternanza comunicativa con il suo bambino, poco stimolante. Può risultare o troppo intrusiva o troppo distaccata e assente nei confronti del proprio figlio, con ricadute avverse in entrambi i casi. (Milgrom et al., 2006; Logsdon et al., 2006; Tronick & Weinberg, 1999).

Diversi lavori evidenziano come questa condizione limiti nella donna l'adozione di “buone pratiche” nella gestione e nella cura del bambino: metterlo a letto nella posizione corretta, usare le cinture di sicurezza in auto, regolare adeguatamente la temperatura dell'acqua per il bagno, sono norme meno frequentemente rispettate dalle madri depresse (Paulson et al., 2006; Taaffe McLearn et al., 2006). Da questi stessi studi emerge inoltre una minore propensione di queste donne per attività di “arricchimento” con il proprio figlio, come leggere, cantare, raccontare storie.

Nella rassegna di 19 studi su questo tema, curata da Beck (1995), è stato riportato un effetto negativo della depressione, da moderato ad ampio, sull'interazione madre-figlio durante il primo anno di vita del bambino. L'ampiezza dell'effetto è risultata tuttavia inversamente correlata alla numerosità campionaria e alla qualità dello studio, imponendo cautela nell'analisi dei dati.

Tra il 1986 e il 1988, Lynn Murray ha avviato a Cambridge, assieme ad un'équipe di esperti, un lungo studio longitudinale che ha seguito diadi di madri e figli dall'ultimo trimestre di gravidanza fino all'adolescenza del bambino. Le donne, contattate fra la

37 e la 42esima settimana di gravidanza, hanno compilato l'EPDS 6 settimane dopo il parto. Quelle con punteggio superiore a 13 sono state valutate clinicamente mediante la *Standardized Psychiatric Interview*. Per ogni "caso" così individuato è stato scelto casualmente un "controllo" fra le donne che avevano un punteggio ≤ 12 e un bambino dello stesso sesso. Sono state realizzate numerose ricerche su questa stessa coorte per analizzare lo sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale dei figli in relazione alla presenza o meno di depressione post-partum nella madre, alla sua eventuale cronicità o ricorrenza (Grace & Sansom, 2003).

I risultati mostrano prestazioni cognitive peggiori a 18 mesi per i figli di madri depresse ma l'effetto è riconoscibile principalmente per i maschi (Murray et al., 1996).

A 5 anni non sono evidenti differenze significative fra i due gruppi anche se le insegnanti riportano più spesso problemi comportamentali nei figli, maschi, di madri depresse. È interessante rilevare l'influenza dello status socioeconomico: erano i maschi provenienti da famiglie meno agiate ad essere valutati come maggiormente distraibili rispetto sia alle femmine del gruppo "casi" sia a maschi e femmine del gruppo "controllo" (Grace & Sansom, 2003).

Sono diversi, quindi, gli elementi che entrano in gioco nel determinare l'esito evolutivo di figli/e di madri depresse. Nella rassegna di Grace & Sansom (2003) risulta evidente ad esempio l'importanza del perdurare o del ripresentarsi nel tempo della sintomatologia depressiva rispetto alla sola insorgenza nel post-partum.

Conferma di questo dato proviene da un recente studio australiano (Cornish et al., 2005). I figli di madri con depressione "breve" (≤ 12 mesi) mostravano a 15 mesi prestazioni cognitive e psicomotorie migliori rispetto a quelli di donne con depressione "cronica" (> 12 mesi).

In questo e in altri studi simili, tuttavia, i risultati sono spesso inficiati da limiti metodologici legati principalmente alle ridotte dimensioni del campione e agli strumenti utilizzati (solitamente, questionari auto-somministrati alla madre). Un più alto numero di soggetti e il coinvolgimento di altre figure di riferimento (il padre, i nonni) nella rilevazione potrebbero contribuire a chiarire meglio i dati fino ad oggi raccolti (Grace & Sansom, 2003).

Un lavoro inglese (Deave et al., 2008) ha evidenziato l'importanza di valutare anche

la depressione durante la gravidanza. A 18 mesi, i figli di madri depresse a 18 e 32 settimane di gravidanza presentavano un rischio più elevato di avere problemi cognitivi e comportamentali (sulla base dei punteggi riportati al *Denver Development Screening Test*). Inserendo nell'analisi anche la depressione post-partum, l'ampiezza dell'effetto risultava lievemente diminuita.

Nel 1998 Beck ha invece analizzato 9 studi per verificare gli effetti della depressione della madre sullo sviluppo del bambino oltre l'anno di età. L'impatto, seppur ancora significativo, era molto inferiore rispetto a quello rilevato nella precedente rassegna (Beck, 1995). Dato che i lavori presi in esame riguardavano bambini con età compresa fra 1 e 14 anni, l'autrice invita alla cautela: più il tempo di rilevazione si amplia, più elementi possono essere presenti e più è difficile ricondurre con sufficiente chiarezza un dato fenomeno ad una presunta causa.

Malgrado ciò, diverse ricerche hanno indagato gli esiti della depressione post-partum su figli divenuti adolescenti.

Pawlby et al (2008) hanno rilevato un rischio 4 volte maggiore di ricevere una diagnosi di disturbo psichiatrico per bambini di 11 anni che hanno avuto una madre depressa nel post-partum. In particolare, disturbi dell'umore (ansia da separazione, ansia sociale, episodio depressivo non altrimenti specificato) o del comportamento (disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta, disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività) o co-morbidità fra i due tipi. Forte limite dello studio è la non rilevazione della salute mentale delle madri al follow-up, che impedisce di discriminare fra effetti della depressione post-partum per sé rispetto a sintomi depressivi cronici o ricorrenti.

Nello studio longitudinale di Murray già citato, è stata rilevata un'associazione fra esposizione a depressione materna dopo il parto e disturbi emotivi a 13 anni, in particolare ansia e depressione. In questa ricerca però la depressione della donna è stata monitorata in diversi momenti del periodo sottoposto ad esame. Questo ha permesso di rilevare il peso maggiore esercitato da episodi ricorrenti di depressione (ovvero il numero totale di mesi in cui la madre è stata depressa nei 13 anni) sul rischio di depressione nei figli durante l'adolescenza. Lo stesso effetto, invece, non era presente per i disturbi di tipo ansigeno. In questo caso era la depressione post-partum ad aumentare la possibilità che l'adolescente presentasse disturbi emotivi a 13

anni (Halligan et al., 2007).

In entrambi i casi, la ridotta numerosità campionaria limita la portata dei risultati richiedendo ulteriori verifiche empiriche.

Un altro ambito di studi molto dibattuto è quello sulla relazione fra depressione nella madre e sviluppo di un attaccamento “sicuro”⁶ da parte del bambino.

Nello studio di Murray et al. (1996) già citato, il 62% dei figli di madri depresse e il 26% di quelli di donne non depresse dopo il parto mostrava un attaccamento “insicuro”. Il dato permaneva stabile anche controllando per gli eventi di vita stressanti della madre e per le interazioni precoci madre-bambino.

Un limite di questo, come di altri lavori simili (McMahon et al., 2006), è il concentrare l'attenzione unicamente sulla madre. E' oggi ormai ampiamente dimostrato (Schaffer, 1996) che quando i bambini acquisiscono la capacità di sviluppare un legame di attaccamento, sono in grado di farlo con più di un adulto contemporaneamente. Scarsi sono tuttavia gli studi che hanno indagato sul possibile ruolo che un attaccamento adeguato con altre figure di riferimento, in primis il padre, potrebbero avere nel mediare il legame fra depressione materna e sviluppo di un attaccamento insicuro.

Alcuni studi, infine, hanno analizzato le possibili conseguenze della depressione materna sulla salute fisica del bambino, rilevando degli effetti negativi su peso e lunghezza (Adewuya et al., 2008; Patel et al., 2003) ma sono studi condotti principalmente in Paesi in via di sviluppo (Nigeria e India, rispettivamente, quelli citati) e molti sono i fattori che potrebbero incidere sui dati ottenuti. Sono necessarie altre verifiche empiriche per poter pervenire a risultati più chiari.

Dall'analisi della letteratura presa in esame, la depressione materna emerge come uno dei potenziali fattori di rischio per un adeguato sviluppo del bambino, in associazione però ad altri che non devono essere trascurati. Spesso, tuttavia, accade il contrario: non vengono valutati elementi centrali per il benessere della donna e del bambino, come la presenza di problemi economici o una situazione di violenza da parte della figura paterna. Ometterne l'analisi può implicare il raggiungimento di una visione

6 “Il bambino mostra un buon bilanciamento fra gioco ed esplorazione da una parte e ricerca di prossimità con il *caregiver*. Il *caregiver* rappresenta una base sicura per l'esplorazione e il bambino si separa da lui/lei per prendere un gioco, poi vi fa ritorno per condividere emozioni e si relaziona adeguatamente all'estraneo in sua presenza. Il bambino si lascia consolare quando è in difficoltà e riprende successivamente l'attività ludica” (fonte: Grace & Sansom, 2003).

parziale della realtà considerata.

Per prevenire o ridurre l'insorgenza di disturbi emotivi, cognitivi e comportamentali in bambini/e e adolescenti appare inoltre fondamentale monitorare, e promuovere, la salute mentale della donna in un arco di tempo molto più ampio di quello limitato del post-partum.

3. E i padri?

Dagli anni Settanta ad oggi è stata rivolta una crescente attenzione al tema della paternità e al ruolo rivestito dal padre nello sviluppo del bambino (Lamb, 2000).

Tra gli anni '60 e gli anni '70 gli uomini hanno iniziato a partecipare ai corsi di preparazione al parto, sono stati incoraggiati ad assistere alla nascita del proprio figlio e ad occuparsene, successivamente, assieme alla propria partner (WHO, 2007a).

Diversi studi hanno iniziato a porre l'accento sul significato che la transizione alla genitorialità può avere per l'uomo, su quale impatto può esercitare sul suo benessere fisico e psicologico (Garfield et al., 2008; WHO, 2007a).

Molte ricerche hanno evidenziato, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, l'effetto positivo del coinvolgimento dell'uomo sulla salute riproduttiva della donna in differenti ambiti: prevenzione di malattie sessualmente trasmesse, più consapevole pianificazione familiare, riduzione della mortalità materna, etc. (WHO, 2002; WHO, 2007a).

Nel 2008 il Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite ha sottolineato la centralità della posizione maschile per il raggiungimento dell'uguaglianza fra uomini e donne in ambito familiare, sociale e lavorativo (United Nations, 2008).

Parallelamente, hanno avuto luogo numerosi mutamenti sociali. Le donne sono oggi più istruite e sempre più presenti nel mondo del lavoro, sono aumentati i divorzi e quindi le famiglie mono-parentali. Benchè in questi casi il genitore presente sia quasi sempre la madre, aumentano le famiglie in cui è il padre a trovarsi da solo (Coleman et al., 2004; Istat, 2005; WHO, 2007a).

Tutto questo ha portato a ridefinire l'importanza del ruolo paterno all'interno della famiglia, enfatizzandone i cambiamenti rispetto al recente passato. I “nuovi padri”

vengono descritti come più emotivamente coinvolti, più partecipi nell'attività di cura dei propri figli, più presenti durante la loro crescita (Zajczyk & Ruspini, 2008).

Una simile trasformazione non sembra però esente da oneri. Da più parti vengono segnalate le difficoltà che gli uomini odierni devono affrontare per poter aderire a questa mutata immagine di paternità. Non hanno modelli da seguire: i propri padri erano freddi e distanti, simbolo di un'autorità indiscutibile, raramente dispensatori di carezze e affetto, molto lontani da ciò che loro vorrebbero divenire (Madsen, 2009). I servizi che accolgono le donne in gravidanza e dopo, per il parto, sono “modellati” sulla madre e rispondono alle sue esigenze, lasciando inascoltati dubbi e richieste provenienti dai padri (WHO, 2007a; United Nation, 2008).

I padri moderni vengono pertanto raffigurati come una generazione di “passaggio”, che stenta ad adeguarsi alle aspettative che provengono dall'esterno ma che potrà essere d'esempio, punto di riferimento, per “buoni” genitori di domani.

Malgrado sia innegabile la trasformazione avvenuta rispetto a una trentina di anni fa, il quadro che viene raffigurato della società contemporanea appare parziale e non del tutto convalidato da prove empiriche. Se è vero, infatti, che attualmente i padri appaiono maggiormente coinvolti all'interno della famiglia, il carico maggiore dell'attività di cura e domestica rimane fardello delle madri (Rivellini & Di Giulio, 2005). L'arrivo di un figlio comporta ancora una “cristallizzazione dei ruoli di genere” e una separazione fra chi procaccia il reddito (l'uomo) e chi svolge attività di cura (la donna) (Tanturri, 2005; Coulon & Cresson, 2007).

E' quanto emerge anche da uno studio longitudinale americano, *Wisconsin Study of Families and Work*, che ha posto a confronto 205 coppie alla prima esperienza di genitorialità con 198 madri e padri in attesa del secondo figlio (Katz-Wise et al., 2010). Ogni famiglia è stata contattata durante il secondo trimestre di gravidanza (tra la 12° e la 21° settimana), e a 1, 4 e 12 mesi dopo il parto. In tutto il campione è stata riscontrata una tendenza verso una maggiore “tradizionalizzazione” dei ruoli⁷ durante il periodo preso in esame, mantenendo però le donne sempre una visione più “egualitaria” rispetto ai propri partner. E' interessante sottolineare che, mentre per i genitori al primo figlio era riconoscibile un “recupero” all'ultima rilevazione, ovvero un ritorno verso i valori inizialmente registrati, ciò non avveniva per chi aveva avuto

7 Misurata attraverso la *Traditional-Egalitarian Sex Role Scale*.

il secondo figlio (Katz-Wise et al., 2010).

La rilevanza di questi dati è limitata dal fatto che l'indagine è stata condotta negli anni '90 e ciò potrebbe fare ipotizzare successivi cambiamenti.

Le recenti inchieste sull'uso del tempo nella vita quotidiana e le ricerche sull'utilizzo dei congedi parentali condotte in diversi Paesi offrono però una conferma oggettiva della persistente separazione dei ruoli fra uomini e donne dopo la nascita di un figlio.

L'arrivo di un bambino genera una dilatazione del tempo dedicato al lavoro familiare e una riduzione per quello extra-familiare per le donne, mentre per gli uomini aumenta in modo molto limitato il tempo dedicato alla famiglia e in misura nettamente maggiore quello per il lavoro fuori casa (Romano & Bruzzese, 2007; Bustreel, 2007; Bauer, 2006; Feldman et al., 2004).

Un più alto numero di padri si dedica oggi alla cura dei propri figli rispetto al passato, ma lo fa privilegiando le attività di tipo ludico e di socializzazione a discapito di quelle di cura fisica, come cambiare il bambino, dargli da mangiare, sorvegliarlo (Romano & Bruzzese, 2007; Bauer, 2006; Francovich, 2005).

Vi si dedicano di più se ci sono solo figli maschi rispetto alla presenza anche di femmine (Romano & Bruzzese, 2007; Bustreel, 2007).

Dall'Indagine Multiscopo "Famiglie, Soggetti Sociali e Condizione dell'Infanzia" condotta in Italia nel 1998 emerge inoltre che esistono ancora padri che non si occupano per niente di attività quotidiane di cura dei propri figli (0-3 anni): il 30% degli intervistati infatti non gli cambia mai il pannolino, il 38% non gli fa mai il bagno (Tanturri, 2005).

La situazione non migliora con la crescita dei bambini, in contrasto con il senso comune che associa i primi anni dell'infanzia alla necessità di una maggiore presenza della madre (Romano & Bruzzese, 2007; Tanturri, 2005). I bambini e i ragazzi fra i 6 e i 17 anni chiedono l'aiuto della madre per il sostegno ai compiti molto più spesso (40.3% dei casi) che al padre (13%); sempre le madri, inoltre, si occupano di gestire i rapporti con gli insegnanti (il 65.7%), attività non comune fra i padri (14%) (Rivellini & Di Giulio, 2005).

Se la madre lavora anche fuori casa, i padri sono più partecipi (Bustreel, 2007; Romano & Bruzzese, 2007; Wang & Bianchi, 2008). E' interessante rilevare che ciò che cambia è però il tempo dedicato alle attività routinarie (vestire il bambino,

preparargli i pasti, cambiargli il pannolino, fargli il bagno, metterlo a letto) mentre non c'è alcuna variazione nell'area legata allo svago (Rivellini & Di Giulio, 2005). Questo lascia aperto l'interrogativo circa un reale mutamento in atto o la semplice risposta alla necessità di far fronte a esigenze concrete. Molte famiglie, ad esempio, vivono lontano dai propri nuclei di origine, limitando la possibilità di fare ricorso al supporto dei nonni in alternativa alla madre.

E' inoltre presumibile che, se la donna contribuisce al reddito della famiglia, può esercitare maggiore potere contrattuale col partner, esigendo una più equa divisione dei compiti (Tanturri, 2005).

Per i padri, avere un titolo di studio più elevato, essere un impiegato o un insegnante e/o avere un orario di lavoro più ridotto incidono positivamente sul coinvolgimento nella cura dei figli (Romano & Bruzzese, 2007). E' significativo evidenziare che ciò è meno evidente per le madri, chiamate in ogni caso ad organizzare il ménage familiare (Rivellini & Di Giulio, 2005).

L'analisi di questi aspetti appare centrale se si considera che la divisione delle attività di cura, più che la spartizione dei lavori domestici, incide significativamente sul benessere della donna dopo il parto. Nello studio comparativo già citato (Des Rivères-Pigeon et al., 2003) emerge ad esempio che le madri che affermavano di svolgere "sempre" più della metà dei compiti di accudimento legati al bambino avevano un rischio maggiore di presentare sintomi depressivi 12 mesi dopo il parto (Des Rivères-Pigeon et al., 2002).

Come già precedentemente discusso (cfr. par. 2.2.), un altro elemento centrale per il benessere delle madri è l'attività lavorativa. Anche in questo caso, emergono importanti spunti di riflessione.

Il passaggio al part-time rappresenta una strategia di conciliazione adottata da molte madri, molto meno dai padri (Feldman et al., 2004; Bauer, 2006). La principale motivazione per questa scelta da parte delle donne è il desiderio di avere più tempo da dedicare ai figli (Istat, 2007) mentre i padri affermano di non farne uso per motivi economici, perché potrebbe incidere negativamente sulla propria carriera e perché ritengono sia più "naturale" che sia la madre a restare a casa con un bambino piccolo (il 27.1% dichiara che la madre è più "adatta" all'attività di cura, Zanatta, 1999).

Nel 2006 in Europa il 23.5% delle donne fra i 25 e i 54 anni non è attiva sul mercato

del lavoro contro solo il 7.8% degli uomini. Fra queste donne “inattive”, il 10.1% riconduce la propria situazione al peso delle responsabilità familiari, motivazione presente solo nello 0.3% delle spiegazioni maschili (Hardarson, 2007).

L'uso del congedo parentale da parte dei padri è molto ridotto, anche laddove vigono condizioni ottimali dal punto di vista economico come in Svezia, dove è utilizzato completamente solo dal 17% dei neo-padri (WHO, 2007a).

Appare evidente, quindi, il perdurare di una forte tradizionalizzazione dei ruoli all'interno della famiglia. Nathalie Coulon e Geneviève Cresson (2007) hanno analizzato il tema della parità all'interno della coppia in tre diversi momenti, dalla sua costituzione, all'arrivo di un figlio, fino alla rottura della relazione. Le autrici evidenziano come la nascita di un figlio rappresenti un momento in cui i principi egualitari alla base del rapporto fra i partner falliscono nella loro traduzione in pratica.

In relazione a questo, è rilevante sottolineare come, anche in contesti in cui è palese una più equa spartizione dei ruoli fra madri e padri, sopravvivono aree in cui la rigidità della separazione dei compiti permane. In Francia è stata condotto uno studio per indagare le caratteristiche degli uomini che hanno scelto di ridurre, in parte o del tutto, la propria attività professionale per poter seguire il proprio bambino nei primi tre anni di vita, usufruendo di un sussidio pubblico (*Allocation Parentale d'Éducation, APE*) (Boyer, 2007). Sebbene questi padri risultassero molto partecipi, come atteso, nella gestione dei bambini e della casa, non è stata registrata una reale inversione dei ruoli: molte attività, in particolare quelle legate alla cura dei figli (fare il bagno, alzarsi la notte quando piange) risultavano “condivise” fra uomo e donna. Dalle interviste condotte, è emerso che questi padri ritenevano più opportuno che alcuni gesti quotidiani come fare il bagno venissero svolti dalla madre.

Questi uomini hanno inoltre riportato l'iniziale difficoltà nell'assumere il nuovo ruolo, soprattutto in conseguenza delle perplessità dimostrate da chi li circondava sottolineando la loro “anomalia” (Boyer, 2007).

Da tutti gli aspetti presi in esame si evince che è necessario compiere ancora molti passi prima di poter dire compiuto il percorso verso l'eguaglianza fra padri e madri. I cambiamenti ci sono stati e sono in corso, ma attribuire loro troppo risalto potrebbe rischiare “*di far apparire come già avvenuto ciò che in realtà è un lungo e faticoso*”

processo” (Zanatta, 1999).

3.1. La depressione post-partum nei padri: prevalenza e dubbi

A partire dai numerosi studi sulla depressione post-partum nelle madri, negli ultimi anni si è sviluppato un filone di ricerca interessato a indagare la presenza di disturbi simili anche nei padri. Malgrado i dati oggi disponibili siano ancora limitati e spesso basati su campioni di dimensioni ridotte, emerge tuttavia con chiarezza che anche gli uomini possono manifestare sintomi depressivi dopo la nascita di un figlio.

In una sintesi della letteratura sul tema, Ballard & Davies (1996) evidenziano che più del 10% dei neo-padri presenta sintomi depressivi, mentre in un ampio studio inglese Deater-Deckard et al. (1998) rilevano una prevalenza del 3.5% a 18 settimane di gravidanza e del 3.3% a 8 settimane dopo l'arrivo di un bambino. In una ricerca australiana, Matthey et al. (2000) hanno monitorato 157 coppie durante la gravidanza (20-24 settimane), 6 settimane, 4 mesi e 12 mesi dopo il parto. Hanno rilevato un tasso di depressione nei padri dal 2.8% al 5.3% nei quattro momenti della rilevazione.

In Cina, il 10.8% dei padri coinvolti nello studio di Gao et al. (2009) ha superato il valore soglia all'EPDS 6-8 settimane post-partum.

Goodman (2004) ha condotto una meta-analisi di 20 studi su questo tema dal 1980 al 2002, evidenziando un'ampia variabilità nella presenza di questo disturbo fra i diversi lavori, dall' 1.2% al 25.5%.

Da più parti è stata avanzata l'ipotesi che la manifestazione della depressione differisca fra uomini e donne, e che scatti d'ira, rigidità affettiva, auto-biasimo, abuso di alcol o droghe debbano in realtà essere considerati sintomi “mascherati” di questa patologia (Madsen, 2009; Dudley et al., 2001). Ciò implicherebbe la necessità di adottare strumenti di misurazione differenti da quelli utilizzati per le madri, che tengano conto anche di questi aspetti.

Nello studio australiano svolto da Matthey et al. (2001) per validare l'uso dell'EPDS con i padri, sono emerse parziali conferme in proposito. In 7 dei 10 item previsti dalla scala gli uomini intervistati hanno incontrato significativamente meno difficoltà delle donne. In particolare, una bassissima percentuale di padri ha dichiarato di “essere tanto infelice da piangere”, alimentando l'ipotesi che possano essere altre le

modalità attraverso cui gli uomini esprimono il proprio malessere.

Alcuni autori hanno pertanto proposto strumenti differenti, come la *Gotland Male Depression Scale (GMDS)*. In uno studio danese, Madsen & Juhl (2007) hanno intervistato 594 padri 6 settimane dopo la nascita del loro bambino somministrando loro sia l'EPDS che la GMDS. Sebbene il 2.1% dei soggetti avesse ottenuto un punteggio oltre la soglia su entrambe le scale, il 3.1% lo aveva fatto registrare solo all'EPDS e l'1.3% solo alla GMDS. Gli autori concludono sottolineando la necessità di individuare la modalità più adeguata per rilevare questo disturbo fra i padri.

Per quanto questo approccio risulti in parte condivisibile, incute preoccupazione l'analisi di alcuni item contenuti nella GMDS. In particolare, quello relativo a "comportamenti abusivi", senza aggiunta di ulteriori specificazioni. Il rischio potrebbe essere di leggere come "sintomi depressivi" atti di violenza dell'uomo nei confronti, ad esempio, della partner, situazione peraltro non rara anche nel post-partum (cfr. par. 2.2.). E' quindi fondamentale porre estrema attenzione sia alla costruzione che al successivo impiego di nuovi strumenti di rilevazione.

3.2. Principali fattori di rischio: prime ipotesi

Sebbene questa sia un'area di studio ancora molto recente, sono state realizzate diverse ricerche per analizzare gli elementi in gioco nell'insorgenza di depressione nei padri.

Dalla meta-analisi già citata (Goodman, 2004) emerge che il principale aspetto che influisce sul benessere dell'uomo dopo il parto è la salute psicologica della partner: fra i padri che hanno una compagna depressa, la probabilità di manifestare sintomi depressivi varia fra il 24% e il 50%.

In Brasile, Pinheiro et al. (2006) non solo confermano questo dato ma evidenziano un'associazione fra severità della depressione nelle madri e rischio di manifestare lo stesso disturbo per i padri: fra le 386 coppie intervistate 6-12 settimane dopo il parto, il 43.3% dei padri con partner con depressione moderata o grave riportava punteggi oltre il valore soglia, rispetto al 19.7% di quelli la cui compagna presentava sintomi più leggeri.

Dati simili, già evidenziati altrove (Ballard & Davies, 1996; Zelkowitz & Milet, 1996; Matthey et al., 2000), trovano riscontro in numerosi studi successivi

(Bielawska-Batorowicz & Kossakowska-Petrycka, 2006; Gao et al., 2009).

Roberts et al. (2006) hanno realizzato in Nuova Zelanda una ricerca trasversale per comparare la salute psicologica di padri la cui partner era o meno affetta da depressione post-partum. I compagni delle donne depresse presentavano più sintomi depressivi, più problemi psicologici non specificati e più aggressività 3 settimane dopo il parto. Avevano inoltre un rischio 4.21 volte maggiore di presentare disturbi psicologici in tre o più aree fra quella indagate nello studio.

In una ricerca inglese molto ampia, Ramchandani et al. (2005) hanno rilevato una forte associazione fra depressione materna e paterna 8 settimane dopo il parto anche se, non essendo questo l'obiettivo centrale dello studio, il dato non è stato ulteriormente elaborato e quindi non è possibile verificarne il peso relativo rispetto alle altre variabili presenti.

In analogia con quanto rilevato per le madri, anche per i padri la propria salute psicologica durante la gravidanza costituisce un importante fattore di rischio (Matthey et al., 2000; Ramchandani et al., 2008a) così come una storia personale di depressione precedente (Goodman, 2004).

La relazione di coppia e il supporto ricevuto dalla partner sono fra gli aspetti maggiormente analizzati nei diversi studi e risultano invariabilmente elementi centrali per il benessere dei padri dopo il parto (Zelkowitz & Milet, 1996; Ballard & Davies, 1996; Leathers et al., 1997; Matthey et al., 2000; Goodman, 2004).

Nello studio cinese di Gao et al. (2009), nelle 130 coppie contattate i padri riferivano valori più bassi delle proprie partner sulla scala per la rilevazione del supporto percepito (*Social Support Rating Scale*). Nell'analisi multivariata, questa variabile, assieme al livello di stress riportato dai padri, contribuiva significativamente a spiegare la varianza nella depressione 6-8 settimane dopo il parto in questi soggetti.

In Australia è stato condotto uno studio longitudinale, *First-time Fathers' Study*, per analizzare l'esperienza di transizione alla genitorialità dal punto di vista degli uomini (Condon et al., 2004; Boyce et al., 2007). Trecentododici padri sono stati seguiti a partire dal secondo trimestre di gravidanza della partner (in media, 23 settimane di gestazione), e poi 3, 6 e 12 mesi dopo il parto; 204 hanno completato tutte le 4

rilevazioni previste. Sono stati esaminati molti e diversi aspetti, in particolare la salute psicologica dell'uomo e il suo rapporto con la partner durante questo periodo. Prima della nascita del bambino, sintomi depressivi nei padri sono risultati significativamente associati ad una cattiva relazione di coppia e a insoddisfazione rispetto al rapporto con la propria compagna (Boyce et al., 2007).

Non sono state rinvenute informazioni relative a questo dato nel dopo parto. Condon et al. (2004) rilevano però un significativo decremento del livello di soddisfazione nella relazione di coppia da parte dei padri dalla gravidanza fino a 12 mesi dopo il parto mentre gli indicatori relativi alla loro salute mentale mostrano una tendenza verso il recupero positivo, quindi in senso inverso.

Infine, da un'altra ricerca australiana, sviluppata a Sydney da Dudley et al. (2001), emerge che la salute psicologica dei 92 padri intervistati entro i primi 6 mesi dal parto è influenzata dalla qualità della relazione di coppia e dalla soddisfazione espressa dalla partner rispetto a questo aspetto.

Purtroppo nella maggior parte dei casi, questi lavori hanno coinvolto un ridotto numero di soggetti e spesso presentano dei tassi di risposta molto bassi, limitando la validità dei dati rilevati. In alcuni Paesi, come l'Italia, gli studi sui padri sono quasi totalmente assenti.

3.3. Effetti sullo sviluppo del bambino

La crescente attenzione rivolta negli ultimi anni al tema della paternità ha spinto diversi ricercatori a interrogarsi sull'influenza che il padre può esercitare sullo sviluppo del figlio. Questo aspetto risulta tuttavia ancora poco esaminato (Kane & Garber, 2004) in parte a causa della sottostima dell'importanza del ruolo paterno nei primi anni di vita di un bambino e in parte per la difficoltà di coinvolgere gli uomini in questo tipo di studi (Ramchandani et al., 2008b).

Dalla meta-analisi di Sarkadi et al. (2008) emerge però che la partecipazione paterna⁸ può incidere positivamente sulle prestazioni del figlio in ambito cognitivo,

⁸ Sulla base della distinzione proposta da Lamb (2000) in *partecipazione* (tempo speso nell'interazione uno-a-uno col bambino, aiutandolo nei compiti, dandogli da mangiare ma non semplicemente stando nella stessa stanza con lui), *accessibilità* (interazione meno diretta, come cucinare mentre il bambino gioca nella stessa stanza) e *responsabilità* (difficile da operationalizzare, ne è un esempio ricordarsi di quando il bambino deve recarsi dal pediatra, fissare un appuntamento e fare in modo che il bambino ci vada).

comportamentale, psicologico e sociale ed è pertanto fondamentale comprendere meglio questo aspetto.

In uno degli studi più noti in questo ambito, l'*Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)*, realizzato a Bristol, Ramchandani et al. (2005, 2008a) hanno seguito una vasta coorte di madri, padri e bambini dalla gravidanza fino a 7 anni dopo la nascita. L'obiettivo principale era indagare la presenza di depressione nei padri dopo il parto, individuarne i principali antecedenti e verificarne l'eventuale impatto sugli esiti evolutivi successivi dei figli. I dati rilevati hanno mostrato che a 3 anni e mezzo i bambini con un padre depresso 8 settimane dopo il parto presentavano un rischio maggiore di avere problemi comportamentali (disturbi della condotta e iperattività)⁹, i maschi in misura maggiore delle femmine. L'effetto permaneva anche controllando per la depressione della madre e per i livelli di depressione del padre a 21 mesi (Ramchandani et al., 2005).

La depressione paterna nel post-partum, inoltre, è risultata fortemente predittiva di maggiori problemi psicologici nei bambini 7 anni dopo, in particolare disturbi oppositivi-provocatori e della condotta, e di minori competenze sociali (Ramchandani et al., 2008a).

Altri lavori non specificatamente riferiti al periodo post-natale riportano dati simili. In una rassegna di 23 studi condotta da Kane & Garber (2004), gli autori riportano una significativa associazione fra depressione nei padri e sintomi esternalizzanti/internalizzanti nei bambini, e conflitti fra padri e figli. Risultati analoghi emergono da uno studio americano condotto dagli stessi autori con un campione di 81 padri (Kane & Garber, 2009): a circa 12 anni i figli di padri depressi mostravano sintomi esternalizzanti/internalizzanti anche controllando per la depressione della madre, attuale o precedente.

Il malessere nei padri sembra quindi esercitare un impatto a sé sullo sviluppo del bambino.

La presenza contemporanea di sintomi depressivi in entrambi i genitori incide tuttavia pesantemente sulla probabilità che i figli manifestino disturbi psicopatologici (Kane & Garber, 2004) o mostrino minori capacità di interazione con i propri coetanei (Ballard & Davies, 1996).

9 Secondo i punteggi ottenuti sulla *Rutter Revised Preschool Scale* compilata dalle madri.

In una ricerca americana, Dieker et al. (1999) hanno ad esempio rilevato che bambini e ragazzi fra 7 e 17 anni avevano una probabilità più elevata di manifestare sintomi ansiosi quando entrambi i genitori presentavano ansia e/o depressione.

In direzione opposta, alcuni studi hanno evidenziato che la presenza di un padre che non manifesta sintomi depressivi può svolgere un'azione "protettiva" sul figlio nel contesto di una depressione materna, mitigandone gli effetti (Coleman et al., 2004).

Iniziale conferma di quest'ultimo dato arriva da un recente lavoro condotto a Pittsburgh da Dietz et al. (2009). Gli autori hanno analizzato la relazione tra sintomi depressivi della madre a 18 mesi dopo il parto e disturbi comportamentali del bambino a 34 mesi, considerando eventuali psicopatologie nel padre. I risultati rilevano un effetto moderatore della salute psicologica del padre: la storia di depressione nella madre appariva significativamente associata a problemi di tipo esternalizzante e internalizzante del bambino solo in presenza di disturbi anche nel padre (in base a quanto riportato dalla donna).

Per quanto simili evidenze siano rilevanti anche per le ricadute cliniche che possono comportare, limiti metodologici in questo¹⁰ e in altri studi analoghi ne riducono la validità. Tuttavia, è evidente che la depressione può manifestarsi anche nei padri in concomitanza alla nascita di un figlio e questo può avere importanti ricadute negative sia sulla madre che sul bambino.

Sono pertanto indispensabili ricerche più rigorose e condotte su campioni molto più ampi per poter definire meglio questi aspetti.

4. Interventi: prevenzione del disagio o promozione del benessere?

Malgrado numerose ricerche in diverse parti del mondo abbiano dimostrato l'ampia prevalenza di disturbi depressivi nelle madri nel periodo perinatale¹¹, gli studi sistematici relativi all'efficacia, o meno, dei programmi di prevenzione e trattamento attuati in questo ambito sono ancora insufficienti (WHO, 2009).

La gravidanza e il primo anno di vita di un bambino sono in realtà momenti particolarmente "favorevoli" per progettare un intervento data la frequenza con cui le

¹⁰ Il campione era composto da 101 coppie, 51 donne con e 50 senza depressione prima dell'avvio dello studio. Il primo gruppo è stato poi (18 mesi post-partum) suddiviso in madri che presentavano ancora sintomi depressivi (n=24) e che stavano bene (n=27).

¹¹ Dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino.

donne entrano in contatto con i servizi socio-sanitari sia prima che dopo il parto.

Per quanto concerne specificatamente la depressione post-partum, sono presenti inoltre altri elementi “facilitanti”: un preciso indicatore temporale (la nascita del bambino), un decorso in parte prevedibile (con picco a tre mesi e poi tendenza al recupero), e principali fattori di rischio noti e identificabili (NHMRC, 2000).

Sarebbe pertanto possibile, e auspicabile, realizzare in questo contesto delle azioni di *prevenzione primaria, universale*¹², dirette a donne sane, per evitare il manifestarsi di sintomi depressivi dopo il parto.

Una direzione perseguibile sarebbe quella di costruire e implementare programmi per promuovere il benessere delle madri dopo il parto, agendo su aspetti come la comunicazione all'interno della coppia e lo sviluppo di reti sociali (o il rafforzamento di quelle esistenti).

La maggior parte degli studi riportati in letteratura, tuttavia, è incentrata sull'analisi delle diverse modalità per *rispondere* al disturbo e non su come impedire che si verifichi. Si tratta prevalentemente di ricerche che sono indirizzate a donne “a rischio”, in cui è più probabile il manifestarsi della depressione. Ciò può implicare, tuttavia, escludere tutte quelle madri che non presentano determinate caratteristiche ma potrebbero ugualmente soffrire di sintomi depressivi dopo il parto e beneficiare dell'intervento previsto (NHMRC, 2000).

Molto spesso, inoltre, l'inclusione dei soggetti nel campione è definita in base a precisi valori soglia registrati su scale auto-somministrate, come l'EPDS, o a partire dalle interviste cliniche condotte. Il rischio, di nuovo, potrebbe essere quello di escludere le donne che presentano quadri sub-clinici, con sintomi più lievi ma non per questo meno nocivi, come evidenziano Sohr-Preston & Scaramella (2006).

Non è questa l'unica lacuna. Sebbene, infatti, le relazioni sociali della donna siano riconosciute come centrali per il suo benessere durante la gravidanza e dopo il parto, raramente viene considerato questo aspetto nei programmi di prevenzione. In

12 Secondo Caplan (1964, cit. in Santinello et al., 2009) si può parlare di *prevenzione primaria* (volta a ridurre l'incidenza di un disturbo intervenendo sulla popolazione sana), *secondaria* (per limitare la prevalenza di un disturbo identificando precocemente segnali di malessere) e *terziaria* (per ridurre i danni conseguenti alla presenza di un disturbo e le possibili ricadute dopo la ripresa). Mrazek & Haggerty (1994, cit. in WHO, 2004b) distinguono invece gli interventi preventivi in: *universali* (per tutta la popolazione), *selettivi* (per quelle persone che presentano un rischio più elevato di manifestare un certo disturbo) e *indicati* (per quei soggetti che hanno sintomi riconoscibili di un dato disturbo). La prevenzione primaria e l'approccio universale possono essere considerati sovrapponibili (Santinello et al., 2009).

particolare, sono scarsissimi gli studi a cui partecipa anche il partner, malgrado la rilevanza di questo rapporto nella vita della donna (WHO, 2009).

Questi lavori, peraltro, hanno frequentemente una validità limitata a causa dell'utilizzo di campioni molto piccoli e dell'alto numero di donne che non aderiscono allo studio o lo abbandonano prima del termine (Dennis, 2003)

Le differenze metodologiche fra le varie ricerche ostacolano inoltre un'adeguata comparazione, che talvolta si deve limitare al semplice piano descrittivo (cfr. Austin, 2003).

Sono pochi, infine, gli studi che prevedono un monitoraggio a lungo termine, non permettendo quindi di trarre conclusioni attendibili sui reali esiti degli interventi condotti.

Tutti questi elementi concorrono a delineare un quadro ancora non del tutto chiaro dei programmi più idonei a intervenire sulla depressione post-partum, richiedendo ulteriori e più ampie verifiche empiriche.

Di seguito, verranno presentati in maggior dettaglio i dati disponibili su questo tema, partendo dal panorama internazionale per poi passare a descrivere la situazione italiana.

4.1. Il panorama internazionale: alti costi, scarsa efficacia

Il lavoro pionieristico di Gordon & Gordon (1960) è oggi identificato come uno dei primi tentativi di prevenire l'insorgenza di “problemi emotivi nel post-partum”, (secondo la definizione proposta dagli stessi autori). Obiettivo principale di questo studio americano era verificare se un intervento prenatale potesse influenzare il benessere psicologico delle madri nel dopo parto. Sono state contattate 161 donne in gravidanza, poi suddivise in due gruppi, uno che seguiva solo i corsi pre-parto come di routine, e l'altro che, oltre a questo, partecipava a due incontri, di 40 minuti ciascuno, incentrati sugli adattamenti psicologici e sociali necessari dopo la nascita di un figlio. Ogni gruppo, inoltre, era a sua volta suddiviso in due parti, una che prevedeva la partecipazione dei partner, mentre l'altra no. Malgrado gli importanti limiti metodologici di questa ricerca (mancato utilizzo di uno strumento standardizzato per la rilevazione della depressione, non-casuale assegnazione dei

soggetti ai gruppi) è interessante rilevare che l'intervento sembra aver prodotto esiti positivi: a 6-8 settimane dopo il parto, solo il 15% delle donne che avevano preso parte alle sessioni aggiuntive presentava problemi emotivi rispetto al 37% delle altre. Il coinvolgimento paterno, inoltre, influenzava positivamente il risultato.

Questo dato acquista maggiore rilievo se si considerano i contenuti trattati nell'intervento. Il fulcro principale era la modificazione delle aspettative irrealistiche e troppo elevate rispetto alla maternità, socialmente costruite e adottate da molte madri. Le donne coinvolte venivano pertanto sollecitate a dedicare tempo a se stesse, a non tralasciare la propria attività e i propri hobbies, ad assumersi le proprie responsabilità ma senza diventarne martiri. Venivano inoltre fornite molte indicazioni pratiche e organizzative, come il suggerimento di prendere la patente o di trovare una baby-sitter.

A partire da questo lavoro, sono stati successivamente condotti altri studi per verificare la possibilità di intervenire a livello preventivo sulla depressione post-partum.

Austin (2003) ha passato in rassegna 5 ricerche che hanno analizzato gli effetti di programmi simili rivolti a donne "a rischio". Malgrado alcuni lavori abbiano mostrato segnali promettenti, il ridotto numero di soggetti coinvolti e l'alto tasso di non-risposta/non-adesione hanno ostacolato la valutazione conclusiva dei dati emersi.

In un lavoro francese, Chabrol et al. (2002) hanno contattato 859 madri durante la gravidanza e ne hanno identificate 258 "a rischio" in base al punteggio sull'EPDS (≥ 9). Sono quindi stati formati casualmente due gruppi e ad uno di essi è stato rivolto un intervento nell'immediato post-parto (tra il secondo e il quinto giorno). La seduta di prevenzione durava in media un'ora e comprendeva una componente di tipo educativo (informazioni sulle difficoltà che può incontrare un genitore, sul baby blues e sulla depressione post-partum), una di sostegno (ascolto attivo, incoraggiamento ad esprimere anche le emozioni negative, supporto nel riconoscere i sentimenti ambivalenti legati alla maternità) e una cognitivo-comportamentale (finalizzata a contrastare l'immagine idealizzata di madre "perfetta" e a promuovere l'attività di problem solving). I risultati mostrano che 4-6 settimane dopo il parto, il gruppo che aveva ricevuto il trattamento mostrava livelli di depressione più bassa

rispetto alle altre madri.

Successivamente, lo studio è stato replicato con altre 450 donne, adottando lo stesso disegno ma introducendo una modifica. Le 131 madri con punteggio oltre il valore soglia all'EPDS tre giorni dopo il parto, sono state assegnate casualmente a due gruppi, uno di "trattamento" e l'altro di "controllo". Il primo ha partecipato ad un incontro di circa 45 minuti analogo a quello del lavoro precedente ("intervento multidimensionale"), mentre l'altro ha ricevuto una seduta di pari durata definita dagli autori "non-direttiva" (basata su empatia e ascolto attivo). Anche in questo caso, 6 settimane dopo il parto i risultati hanno indicato una differenza significativa tra i due gruppi a favore di quello che ha ricevuto l'intervento "multidimensionale" (Teissedre & Chabrol, 2004).

Punto di forza di questi due lavori francesi è l'aver fissato delle linee guida per la conduzione dell'intervento, chiarendo i temi affrontati e offrendo una maggiore garanzia di coerenza nel trattamento offerto. Limiti principali sono invece l'assenza di riferimenti ad altri fattori rilevanti per l'insorgenza della depressione dopo il parto (storia psicopatologica della donna, relazione di coppia, supporto sociale, eventi di vita stressanti) e la mancanza di verifiche a lungo termine. Quest'ultimo aspetto non permette di valutare la reale portata dell'effetto rilevato e, quindi, il valore preventivo dell'intervento.

Un recente studio canadese (Dennis et al., 2009) ha invece previsto due verifiche più dilazionate nel tempo, a 12 e 24 settimane dopo il parto. Entro i primi due giorni successivi alla nascita di un bambino, a 14101 donne è stato somministrato l'EPDS per identificare le madri con punteggio >9 . Fra le 1740 donne che hanno superato il valore soglia, 701 hanno aderito al progetto e sono state assegnate casualmente al gruppo di controllo (che ha potuto usufruire solo delle cure di routine) e al gruppo sperimentale (che ha ricevuto l'intervento). L'azione preventiva era affidata a 204 donne, madri anch'esse, appartenenti alla comunità locale e selezionate su base volontaria, che avevano sofferto in passato di depressione post-partum ed erano guarite. Prima dell'avvio dello studio, ognuna aveva preso parte ad una sessione di training di 4 ore per apprendere le abilità necessarie per supportare in modo efficace le partecipanti alla ricerca. Queste donne avevano il compito di contattare telefonicamente le madri del gruppo sperimentale fra il secondo e il terzo giorno

dopo il parto e di continuare a farlo per almeno 4 volte entro le prime 12 settimane. Il numero medio dei contatti per ogni donna è stato di 8.8. Tre mesi dopo, le madri del gruppo sperimentale presentavano punteggi più bassi all'EPDS, dimostrando un effetto positivo dell'intervento. Tuttavia, a 6 mesi non erano più riscontrabili differenze significative fra i due gruppi, evidenziando, ancora una volta, la necessità di monitorare gli effetti più a lungo

Un altro lavoro da cui sono emersi risultati promettenti è lo studio inglese, randomizzato controllato, di MacArthur et al. (2002). Sono state coinvolte 2064 donne contattate fra la 34° settimana di gestazione e la prima visita domiciliare, suddivise mediante assegnazione casuale in gruppo di controllo (n=977) e gruppo di intervento (n=1087). Le prime hanno ricevuto il trattamento di routine abituale, che prevede in media 7 visite domiciliari di un'ostetrica entro i primi 10-14 giorni dopo il parto (talvolta fino al 28° giorno), un supporto successivo da parte di un operatore professionale e controlli da parte di un medico generico, con una visita finale a 6-8 settimane.

Le donne del secondo gruppo hanno potuto usufruire di un prolungato periodo di sostegno da parte dell'ostetrica (fino alla 12° settimana) e non hanno ricevuto i controlli abituali del medico generico. L'intervento, inoltre, è stato adattato alle esigenze emergenti da ogni singola madre in modo da rispondere ai suoi peculiari bisogni. Durante la prima visita, a 10 e 28 giorni e a 10-12 settimane, le ostetriche erano state istruite per completare una "lista di sintomi" che le guidasse nella risposta alle madri con cui entravano in contatto. Al 28° giorno e al momento dell'ultimo contatto veniva inoltre somministrato l'EPDS per valutare la presenza o meno di depressione.

Quattro mesi dopo il parto, i punteggi all'EPDS completato da tutte le donne hanno mostrato che la salute psicologica delle madri del gruppo di intervento era significativamente migliore rispetto a quella delle altre, mentre non sono state individuate differenze per la salute fisica.

Un simile risultato è importante se si considera che questo è uno dei pochi studi reperibili in letteratura che è rivolto alla popolazione generale e che può dirsi metodologicamente adeguato. Offre ulteriore conferma all'indicazione che un intervento deve essere "calibrato" sui soggetti a cui è rivolto per poter essere efficace

(WHO, 2004a, 2004b).

Un interessante approccio che appare in parte collegato a quello dello studio appena citato è quello sviluppato in Australia da Priest et al. (2009). Il modello proposto dagli autori (*Psychosocial Risk Assessment Model, PRAM*) prevede l'impiego routinario di strumenti¹³ per la rilevazione del rischio psicosociale prima del parto (e dopo¹⁴), in modo da poter identificare precocemente le donne che necessitano di un aiuto e individualizzare l'intervento sulla base della loro specifica situazione. L'idea è quella di poter utilizzare i dati raccolti per suddividere le donne in gruppi a più o meno alto rischio di sviluppare sintomi depressivi e, di conseguenza, con più o meno urgente bisogno di essere seguite. Ferma restando la necessità di non adottare un modello simile in modo rigido e stringente, come riconoscono gli stessi autori, questo approccio potrebbe favorire un riconoscimento più adeguato delle madri che stanno vivendo situazioni molto difficili e necessitano di un supporto.

E' fondamentale, tuttavia, condurre molti studi con campioni ampi e coinvolgendo anche donne di culture diverse e di differente estrazione sociale per poter valutare e comprendere l'effettiva validità di questo modello. I primi lavori sono attualmente ancora in corso.

Alcuni interventi, quindi, sembrano poter produrre esiti positivi. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, non è così. Le rassegne disponibili descrivono un panorama molto disomogeneo e poco conclusivo rispetto a ciò che realmente può contribuire a prevenire l'insorgenza di depressione dopo il parto.

Dennis (2005) ha condotto una rassegna sistematica degli studi randomizzati controllati, pubblicati e non, che dal 1966 al 2004 hanno avuto come obiettivo primario o secondario la prevenzione della depressione post-partum mediante l'attuazione di interventi psicologici o psicosociali. L'analisi dei 15 lavori presi in esame porta l'autrice a concludere che non ci sono evidenze per concludere che alcuni interventi siano più efficaci di altri per ridurre i sintomi depressivi dopo il

13 EPDS (per l'analisi dei *sintomi*) e Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) (per l'analisi dei *fattori psicosociali*: supporto emotivo ricevuto dalla propria madre da bambina, storia di psicopatologia precedente e eventuali trattamenti seguiti, percezione del supporto emotivo dal partner, eventi di vita stressante negli ultimi 12 mesi, tendenza alle preoccupazioni, bisogno di controllo, presenza di supporto sociale, storia di abuso psicologico, storia di abuso fisico o sessuale).

14 Gli autori accennano anche all'utilizzo del Postnatal Risk Questionnaire nel post-partum ma non forniscono ulteriori dettagli in merito.

parto.

Viene inoltre ricordato che la grande diversità esistente fra le varie ricerche non deve essere sottovalutata nella lettura dei risultati della meta-analisi, ma sembra evidente che non è ancor chiaro quale sia il percorso più favorevole per raggiungere l'obiettivo prefissato. Emergono tuttavia alcune indicazioni in merito: Dennis evidenzia che gli studi che hanno riportato risultati più promettenti sono quelli condotti su base individuale, diretti a donne “a rischio”, realizzati nel periodo postnatale e guidati da figure esperte, come operatori sanitari.

A conclusioni analoghe giungono Shaw et al. (2006). Questi autori hanno posto a confronto 22 studi che hanno utilizzato un intervento di supporto sociale (ad opera di operatori sanitari, ostetriche, “madri esperte”) per accrescere le competenze genitoriali della madre, la sua salute mentale e fisica, la qualità della sua vita durante il primo anno di vita del bambino. Per ognuno degli aspetti esaminati, non è stato individuato un miglioramento significativo in seguito all'intervento in donne “a basso rischio”. Esiti più promettenti, tuttavia, derivano dai lavori che si sono concentrati solo su madri che presentavano un maggior rischio di sviluppare sintomi depressivi, in linea con quanto riportato da Dennis et al. (2005).

Malgrado, quindi, alcuni elementi positivi siano emersi da diversi studi, non è ancora stata individuata una strada perseguibile con sicurezza per garantire un'adeguata prevenzione della depressione post-partum.

E' fondamentale evidenziare che la realizzazione di programmi di prevenzione che non hanno dato, però, l'esito sperato, ha comportato dei costi in tempo e denaro, che non devono essere sottovalutati. Un aspetto centrale, infatti, è non solo la tipologia di intervento ma anche quanto sia accettabile per le persone alle quali è diretto. Il rischio, altrimenti, è che lo studio fallisca nel tentativo di dimostrare un effetto proprio a partire dall'insufficiente adesione delle donne alla proposta ricevuta (cfr. Reid et al., 2002; Wiggins et al., 2005).

Un'importante lacuna: dove sono i padri?

Uno dei motivi per cui molti programmi di prevenzione sembrano non avere effetti positivi potrebbe essere legato al mancato coinvolgimento della figura paterna.

Dai primi lavori di Gordon & Gordon (1960) era emersa l'importanza di coinvolgere il partner nel percorso effettuato per accrescerne l'efficacia, ma successivamente questo aspetto è stato trascurato.

Oggi sempre più viene evidenziata la necessità di coinvolgere gli uomini nei progetti volti a migliorare diversi aspetti della vita delle donne, in particolare nell'ambito della salute riproduttiva (WHO, 2007a; United Nation, 2008). Tuttavia sono scarsi gli interventi che hanno coinvolto i padri nello specifico contesto della depressione post-partum.

In un recente rapporto del WHO (2007b) è stata effettuata un'analisi di 58 studi che, a vario titolo e in diversi contesti, hanno previsto la partecipazione maschile per promuovere una maggiore equità fra i generi. Gli interventi presi in esame sono stati suddivisi in 5 aree, distinte in base all'argomento a cui facevano principalmente riferimento. Fra queste, una toccava il tema della paternità ed una era relativa al periodo perinatale e alla salute di madre e bambino. Nel primo caso, i 16 lavori considerati erano incentrati sulla relazione padre-figlio e sul ruolo paterno, con limitato o assente riferimento alla figura materna. Si trattava prevalentemente di ricerche di tipo qualitativo, dirette in molti casi a padri con precise caratteristiche (giovani, incarcerati, divorziati) e la cui efficacia risultava “non chiara” in 9 casi.

I 7 studi sulla maternità e sulla salute materno-infantile erano tutti condotti in Paesi non occidentali, in alcuni casi in via di sviluppo (India, Zimbabwe), erano incentrati su modificazioni comportamentali nel partner e su aspetti legati alla contraccezione e alla pianificazione familiare, e non facevano nessun riferimento al benessere psicologico della donna dopo il parto. Anche nei casi in cui si sono dimostrati efficaci, non possono essere considerati pertanto esempi validi di interventi di prevenzione per la depressione post-partum.

Questa grande lacuna necessita di essere colmata rapidamente per poter verificare l'effettivo impatto del coinvolgimento paterno sulla promozione della salute psicologica materna.

4.2. La situazione italiana: “lavori in corso”

Secondo quanto riportato nei Certificati di Assistenza al Parto (Ministero del Lavoro,

della Salute e delle Politiche Sociali – Settore Salute, 2009) le donne italiane entrano spesso in contatto con i servizi-sociosanitari durante la gravidanza e iniziano a farlo ad un'età gestazionale molto precoce: nell'84.5% dei casi le visite ostetriche sono più di 4, nel 73.2% vengono svolte più di 3 ecografie e solo nel 4% delle gravidanze il primo controllo ginecologico viene effettuato dopo la 12° settimana.

Dall'indagine dell'Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005” (Istat, 2006), emerge che il 30.9% delle donne in attesa del primo figlio ha preso parte a corsi pre-parto, percentuale che sale al 45.5% se si considerano anche le precedenti gravidanze.

Sia in questa che in altre fonti (Grandolfo et al., 2002; Ministero della Salute, 2008) viene sottolineata una recente tendenza ad un eccesso di medicalizzazione dell'evento nascita (troppe visite, troppe analisi, troppe ecografie) con conseguente riduzione della capacità decisionale della donna rispetto a ciò che le sta accadendo. Grandolfo et al. (2002), in particolare, sottolineano l'esigenza di sviluppare azioni di empowerment a favore delle madri in attesa, in modo da far loro recuperare autonomia e controllo.

E' interessante rilevare che, a fronte di queste considerazioni, in tutti questi studi non si fa quasi mai accenno alla possibilità dell'emergere di sintomi depressivi dopo il parto. Centrali appaiono gli aspetti legati al decorso della gravidanza, alla modalità del parto (spontaneo vs. cesareo) e all'allattamento (durata, possibili complicazioni, ricadute sulla salute del bambino) ma sono scarsi i lavori che si sono interessati alla salute psicologica della donna in questa fase della sua vita.

Nell'indagine Istat sul ricorso ai servizi sanitari precedente a quella appena citata (Sabbadini, 2001), viene riportato che il 31.2% delle donne intervistate ha dichiarato di aver avuto problemi di depressione di breve durata dopo il parto mentre il 4.2% ne ha sofferto per periodi più prolungati. La rilevazione dell'informazione, tuttavia, non si è basata su strumenti standardizzati o interviste cliniche, ma è stata affidata ad un'unica domanda, a cui le madri dovevano rispondere barrando SI o NO: “*Ha avuto uno o più dei seguenti disturbi dopo il parto?*” *Problemi di depressione di breve durata (qualche giorno); Problemi di depressione duraturi.*¹⁵

E' evidente che l'utilizzo di un simile quesito, poco chiaro e non definito, può

¹⁵ Erano inoltre presenti anche i seguenti item: *Problemi ginecologici, Problemi al seno (mastite, etc.), Problemi di cicatrizzazione di ferite; Altro.*

implicare il rischio di non comprendere la reale portata del disturbo preso in esame e presumibilmente di offrirne una sotto-stima.

Non sono presenti, peraltro, altri dati nazionali in letteratura. Pochi sono, di fatto, i lavori italiani pubblicati su riviste scientifiche che si sono occupati specificatamente di questo tema.

Fra questi, quello fiorentino di Benvenuti et al. (1999) con cui gli autori hanno provveduto a validare la versione italiana dell'EPDS comparandola con interviste cliniche basate sulla *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. Il 15.9% delle 113 madri coinvolte nello studio sono state diagnosticate come depresse 8-12 settimane dopo il parto, di cui il 5.3% soffriva di un disturbo depressivo maggiore da severo a moderato. Il basso tasso di risposta (59.7%) e la ridotta ampiezza del campione limitano tuttavia la significatività dei dati riportati.

Nello studio già citato di Romito et al. (1999) condotto in 5 diversi ospedali del Friuli Venezia Giulia, è emerso che fra le 728 madri che hanno restituito il questionario postale 12 mesi dopo la nascita (tasso di risposta: 89%) il 9% aveva un punteggio al GHQ oltre il valore soglia.

Successivamente, Romito et al. (2009) hanno rilevato che a Trieste 8 mesi dopo la nascita il 5.1% delle 292 donne raggiunte telefonicamente (tasso di risposta: 83%) presentava sintomi depressivi.

Recentemente, infine, nel lavoro romano di Currò et al. (2009) il 19% delle madri e il 9.1% dei padri che ha compilato l'EPDS 5 settimane dopo il parto (tasso di risposta: 49.3% e 34.9%, rispettivamente) aveva un punteggio elevato (4 madri e 2 padri hanno ricevuto una conferma diagnostica da parte di uno psichiatra).

Questi pochi dati, per quanto scarsi e non sempre validi metodologicamente, mostrano come il problema della depressione post-partum sia presente anche in Italia e necessiti di risposte esaustive ed urgenti.

Come precedentemente evidenziato (cfr. Introduzione) la SIGO ha promosso una campagna di sensibilizzazione su questo tema ma poche sono state le azioni concrete efficacemente implementate.

Problemi centrali, in Italia, sono la parcellizzazione delle risorse e l'insufficiente documentazione delle iniziative realizzate. Ciò è spesso associato, inoltre, all'assenza di un'adeguata procedura di valutazione degli interventi condotti. Tutto questo si

traduce in singole iniziative locali che, per quanto valide e efficaci, non possono arrivare a divenire prassi routinarie perché restano confinate nel territorio in cui hanno avuto origine.

Le indicazioni ministeriali sintetizzate nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) sono principalmente orientate alla de-medicalizzazione dell'evento nascita e pongono solo una marginale attenzione al benessere psicologico della donna dopo il parto (Ministero della Salute, 2008). Malgrado infatti si faccia riferimento ad attività di counseling dirette alle madri e al supporto durante il puerperio, non vengono delineate chiare linee guida da seguire e il termine “depressione” non compare mai.

I Percorsi Nascita, che si ispirano al POMI, non offrono inoltre gli stessi servizi in tutto il territorio nazionale e non presentano sempre un'analoga strutturazione. Ne è un esempio la differente disponibilità di strutture nel Sud e nelle Isole rispetto al Centro e al Nord, che ostacola la possibilità per le future madri di ricevere un sostegno adeguato (Istat, 2006).

Tutti questi elementi rendono evidente l'impossibilità di descrivere in modo esauriente le iniziative di prevenzione attuate in Italia: il problema è noto ma spesso trascurato, i tentativi per affrontarlo ci sono ma sono scarsamente documentati, la valutazione è praticamente assente.

Un approccio più sistematico e innovativo appare necessario.

È da queste constatazioni che nasce il progetto “Promozione del benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio: un intervento con i padri”.

PARTE SECONDA

LA RICERCA: ASPETTI METODOLOGICI

1. Come è nato il progetto: background e studio pilota

Questa ricerca prende avvio da una serie di lavori precedenti realizzati nello stesso contesto, a cui l'autrice ha collaborato e da cui sono originate le riflessioni teoriche che ne hanno guidato la definizione e lo sviluppo.

Nel 2004, presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'I.R.C.C.S. “Burlo Garofolo” di Trieste, è stato condotto uno studio longitudinale, più volte citato nel testo, per indagare sul rapporto tra violenza in gravidanza e nel post-partum e salute delle donne dopo la nascita di un bambino (Romito et al., 2009).

A partire da questo lavoro, che ha dimostrato il peso della qualità della relazione di coppia sul benessere delle madri dopo il parto, le autrici si sono interrogate su come l'esperienza di transizione alla genitorialità venga vissuta dagli uomini e su quali ricadute possa determinare sulla loro salute fisica e psicologica.

Data la scarsità di dati in letteratura in proposito, soprattutto in ambito nazionale, è stato svolto presso lo stesso Dipartimento un piccolo studio pilota per analizzare questo aspetto.

Nel 2006 sono stati contattati 142 padri nell'immediato dopo parto (durante la degenza in ospedale della partner), raggiunti poi telefonicamente 8 settimane dopo per una nuova valutazione (n=130, tasso di risposta: 91.5%).

L'analisi dei questionari raccolti ha evidenziato che anche per i padri l'arrivo di un bambino può essere associato all'emergere di sintomi depressivi: al momento della seconda rilevazione il 3.8% degli intervistati presentava un punteggio oltre il valore soglia all'EPDS. E' stata rilevata inoltre un'associazione tra questa variabile e quella relativa al giudizio dei padri sul rapporto con la propria compagna, confermando quindi la centralità di questo fattore (Novello, 2006).

Queste premesse hanno spinto alla costruzione di un progetto più articolato, finalizzato a verificare quale potesse essere la modalità di intervento più adeguata per promuovere la salute di entrambi i membri della coppia dopo la nascita di un figlio.

Un'approfondita analisi della letteratura disponibile sul tema della depressione post-partum ha rivelato una netta contraddizione negli studi presi in esame: da un lato, la

chiara identificazione dell'importanza della relazione con il partner, e del supporto da questi ricevuto, per il benessere della donna dopo il parto, dall'altro lo scarso coinvolgimento di questa figura nei programmi di prevenzione attuati per ridurre l'insorgenza di sintomi depressivi nel periodo post-natale.

E' stato quindi deciso di condurre uno studio esplorativo per contribuire a sanare questa discrepanza e a colmare la lacuna presente.

Data la scarsità di lavori precedenti a cui potersi ispirare, il primo passo da compiere è stato quello di verificare quali potessero essere gli strumenti e la metodologia più opportuni per riuscire a "raggiungere" i padri e poter avviare un percorso efficace assieme a loro.

Per rispondere a questo quesito, è stato condotto uno studio pilota coinvolgendo i partecipanti alla ricerca di Novello (2006). Tra Aprile e Maggio 2007 sono stati contattati tutti i padri coinvolti in quel lavoro ed è stata chiesta la loro disponibilità a prendere parte a dei focus group o, in alternativa, a sostenere dei colloqui telefonici, in entrambi i casi relativi alla propria esperienza di paternità.

Sono stati quindi realizzati 2 incontri di gruppo con 8 padri e 70 interviste telefoniche¹⁶. Finalità ultima dell'indagine era definire non solo *come* intervenire (mediante incontri faccia-a-faccia, con contatti telefonici, attraverso la distribuzione di materiale informativo) ma anche *quando* (durante la gravidanza, subito dopo il parto, nel primo mese, dopo un anno). Determinante era anche comprendere quali fossero i *contenuti* più rilevanti da prendere in considerazione per garantire un migliore esito dell'intervento.

Fra i principali temi emersi dalle discussioni, figuravano la difficoltà nel preservare uno spazio per la coppia dopo l'arrivo del bambino e i problemi legati alla ripresa dell'attività sessuale, esigenza sentita spesso in maniera più pregnante dall'uomo che dalla donna (in base a quanto riferito dagli intervistati). Altri nuclei centrali erano il lavoro, sia proprio che della compagna, e la non sempre facile conciliazione dei "nuovi" tempi familiari. Infine, un elemento riportato come particolarmente pregnante era la gestione degli altri figli presenti nella famiglia, che contribuiva ad accrescere il carico di responsabilità e gli oneri organizzativi dei genitori.

¹⁶ I focus group sono stati registrati e integralmente trascritti. I dati emersi dalle interviste telefoniche sono stati annotati durante il colloquio e subito dopo dalla ricercatrice. Non è stato possibile provvedere alla registrazione in questo secondo caso per mancanza dei necessari supporti tecnici.

Per quanto concerne il momento più opportuno per proporre l'intervento, sono emerse opinioni contrastanti ma accomunate dall'idea che i primi mesi dopo il parto fossero i più difficili da affrontare, in particolare per chi si trovava alla prima esperienza.

Analogamente, non c'era un sostanziale accordo su quale potesse essere la modalità più adatta per attuare l'azione prevista, ma nella maggior parte dei casi i padri concordavano nel ritenere che dovesse essere lasciata alla libera preferenza di ciascuno: per alcuni un colloquio individuale poteva essere difficile da sostenere mentre per altri poteva rappresentare l'unico modo per riuscire a parlare di argomenti molto delicati e personali.

Da queste premesse, e dalle informazioni ricavate dall'analisi bibliografica condotta, è stato quindi sviluppato il progetto di cui verranno descritti prima gli aspetti metodologici e, nella sezione successiva, i principali risultati.

2. La costruzione dell'intervento

Una delle principali finalità di questo lavoro era individuare una tipologia di intervento che potesse essere adeguata per la popolazione generale e non confinata ad un gruppo con specifiche caratteristiche. Tale priorità era conseguente alla rilevazione che la maggior parte dei programmi in precedenza condotti erano al contrario rivolti prevalentemente a donne “ a rischio”, escludendo pertanto un'ampia porzione di madri.

Per rispondere a questa esigenza e, contemporaneamente, rispettare le indicazioni raccolte durante lo studio pilota e garantire la massima adesione possibile di uomini e donne al progetto, è stato ideato un intervento che prevedeva due componenti, un opuscolo informativo¹⁷ e un'attività di supporto telefonico.

2.1. L'opuscolo informativo

Integrando le informazioni fornite dai padri nella fase preparatoria della ricerca con i dati presenti in letteratura, è stata creata una brochure, appositamente pensata per lo studio e illustrata da una grafica professionista.

Il testo era suddiviso in 4 parti. Nella prima, una breve nota introduceva motivazioni

¹⁷ Cfr. Allegato 5.

e obiettivi dell'opuscolo. A seguire, i contenuti centrali dell'intervento erano trasmessi attraverso la simulazione di un ipotetico dialogo tra una donna e un uomo appena diventati genitori. In particolare, venivano affrontati i seguenti temi:

- la paura di non saper essere un genitore adeguato
- l'allattamento
- la stanchezza conseguente alla gestione del bambino e degli altri aspetti della propria vita
- le preoccupazioni relative agli altri figli (eventualmente) presenti in casa
- il rapporto di coppia
- la gestione del lavoro domestico e di cura
- la situazione lavorativa materna
- la sessualità
- le aspettative sociali sulla maternità

Nella terza parte venivano elencati i servizi socio-sanitari presenti a Trieste diretti a genitori e bambini mentre l'ultima conteneva uno spazio bianco in cui i padri erano invitati ad annotare pensieri, domande, dubbi, riflessioni da poter poi condividere in un successivo contatto con la ricercatrice.

L'aspetto grafico e la forma dialogica sono stati scelti per favorire una migliore fruibilità generale dell'opuscolo, in particolare per i padri di lingua straniera.

Una volta ultimata, la prima bozza della brochure è stata testata per verificarne comprensibilità ed efficacia. E' stata sottoposta a 35 padri con bambini di età compresa fra 0 e 3 anni, chiedendo loro di esprimere la propria opinione sia rispetto alla forma grafica che al contenuto. Per farlo, sono stati condotti colloqui telefonici, un focus group con 8 padri (con almeno 1 figlio/a di circa 3 anni) e 5 interviste faccia-a-faccia. In 6 casi, infine, la comunicazione è avvenuta via mail.

L'opuscolo è stato inoltre mostrato a 5 neo-padri contattati nel Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e a 8 operatori (4 ginecologi, 2 infermiere e 2 ostetriche) del medesimo Reparto.

L'esito di questa valutazione è stato quasi totalmente positivo per quanto concerneva i contenuti (solo in un caso non sono stati condivisi) ma negativo per l'aspetto grafico. Si è quindi provveduto a predisporre una veste grafica completamente nuova

e a ripetere una procedura analoga alla precedente per testarne l'accettabilità.¹⁸ Il giudizio è stato questa volta pienamente soddisfacente e ne è stata predisposta la stampa.

2.2. Il supporto telefonico

Mohr et al. (2008) hanno condotto una meta-analisi di 12 studi in cui era stato utilizzato il telefono come strumento attraverso cui affrontare un percorso psicoterapeutico con pazienti depressi. Gli autori hanno evidenziato miglioramenti significativi nei sintomi depressivi dopo i trattamenti ricevuti e un basso tasso di abbandono (in media, 7.6%), molto inferiore rispetto a quello riscontrato nella terapia tradizionale.

Questo mezzo, quindi, potrebbe contribuire a migliorare l'adesione dei soggetti ai programmi a loro indirizzati, in particolare in quelle situazioni in cui barriere di diverso genere rappresentano un ostacolo per gli incontri abituali (limiti di tempo, difficoltà di spostamento, responsabilità di cura, paura dello stigma associato alla malattia mentale).

Nell'ambito specifico della salute perinatale, in uno studio già descritto nel testo, Dennis (2009) ha rilevato l'efficacia nel ridurre i sintomi depressivi nel post-partum di un intervento di supporto effettuato tramite contatti telefonici da parte di madri volontarie.

Data la difficoltà nel garantire la partecipazione degli uomini nei progetti che li vedono coinvolti in prima persona (WHO, 2007), e visto il momento preso in considerazione, caratterizzato da grandi oneri organizzativi, stanchezza e poca prevedibilità di orari, è stato deciso di utilizzare questo canale per provare a stabilire un contatto diretto con i padri.

E' stata pertanto redatta una lettera, da consegnare ai padri assieme all'opuscolo, in cui era specificato un numero di telefono dedicato, disponibile ogni giorno 24h su 24h, a cui poter fare riferimento per chiedere consigli, informazioni e supporto. Veniva contemporaneamente comunicato ad ogni padre che, nel caso in cui non avesse usufruito di questa possibilità entro un mese dalla nascita del bambino, la

¹⁸ Sono stati coinvolti alcuni dei padri precedentemente contattati e sono stati condotti 10 colloqui telefonici, 5 interviste faccia-a-faccia e 6 scambi di mail. L'opuscolo è stato sottoposto agli stessi operatori precedentemente contattati e a 5 neo-padri contattati in Reparto.

ricercatrice lo avrebbe chiamato per ricordare questa disponibilità e verificare insieme l'andamento generale della situazione.

E' stato fissato il criterio di realizzare almeno 2 contatti con ogni padre entro i primi 4 mesi dopo il parto.

3. Disegno della ricerca: uno studio randomizzato controllato (RCT)

Gli obiettivi principali del presente lavoro erano:

1. Verificare la *fattibilità* di un intervento diretto ai padri in termini di *adesione* (quanti prendono parte all'iniziativa) e di *risposta* (valutazione soggettiva della partecipazione alla ricerca da parte del singolo)
2. Incentivare la cooperazione, la comunicazione e il supporto all'interno della coppia.
3. Promuovere il benessere delle madri (e dei padri) dopo la nascita di un bambino.

Per garantire una corretta valutazione dell'intervento, è stato condotto uno studio randomizzato controllato (RCT). La procedura di assegnazione casuale a gruppo di controllo e gruppo sperimentale è infatti l'unica che permette di attribuire le eventuali differenze riscontrate fra i due gruppi dopo l'intervento all'intervento stesso (Field, 2009; Agresti & Finlay, 1997). Ciò è particolarmente importante negli interventi psicosociali, dove le variabili in atto sono molteplici ed è praticamente impossibile monitorarle tutte: attraverso la procedura di randomizzazione, infatti, i fattori “non noti”, ovvero quelli non previsti e non presi in considerazione dal ricercatore, vengono equamente distribuiti fra i due gruppi, riducendo la probabilità di interpretazioni errate dei risultati ottenuti (Oakley, 1992).

L'importanza della verifica del programma implementato è centrale: gli effetti di un intervento non si possono mai prevedere e talvolta anche progetti ben articolati e dispendiosi possono sortire inaspettati effetti negativi o nulli, comportando costi anche molto elevati per la comunità in termini di tempo e di risorse investite (Santinello et al., 2009).

3.1. Procedura e campione

E' stato realizzato uno studio longitudinale che ha coinvolto tutte le coppie che, a

partire da Dicembre 2007 fino ad Aprile 2008, si sono rivolte al Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste per il parto.

Sono state escluse le donne:

- single¹⁹
- con una conoscenza della lingua italiana insufficiente per poter partecipare allo studio
- con bambino nato morto o morto subito dopo la nascita
- aderenti ad uno studio di coorte in corso presso il medesimo Istituto (come da indicazione del Comitato per la Bioetica)

Situazioni di particolare gravità sono state valutate singolarmente rispetto all'inclusione/esclusione dalla ricerca (cfr. patologie gravi di madre e/o bambino, situazioni di tossicodipendenza, pazienti psichiatriche).

Ogni donna "eligibile" è stata contattata in Reparto assieme al proprio partner a partire dal primo giorno dopo la nascita del bambino (Time 1) e ad entrambi sono stati illustrati in modo dettagliato scopi e obiettivi della ricerca. Dopo aver firmato il modulo per il consenso, ogni soggetto è stato invitato alla compilazione di un questionario.

La ricercatrice ha monitorato che madri e padri lavorassero in modo autonomo, senza interferire l'uno con l'altro. Si è resa inoltre sempre disponibile in Reparto per poter garantire il supporto necessario a chi avesse bisogno di chiarimenti o di aiuto (per esempio donne che avevano subito un parto cesareo).

In caso di rifiuto, è stata compilata una scheda di rilevazione²⁰ delle principali informazioni socio-demografiche (età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, lavoro) della coppia, assieme al motivo della non adesione alla ricerca.

Una scheda analoga²¹ è stata riempita anche per le donne straniere ma solo nei casi in cui ciò fosse reso possibile o dal colloquio con la madre o dall'analisi della sua cartella clinica (dopo avere ricevuto il suo consenso per la consultazione). In alcuni casi, tuttavia, non è stato possibile interagire in nessun modo con la donna a causa

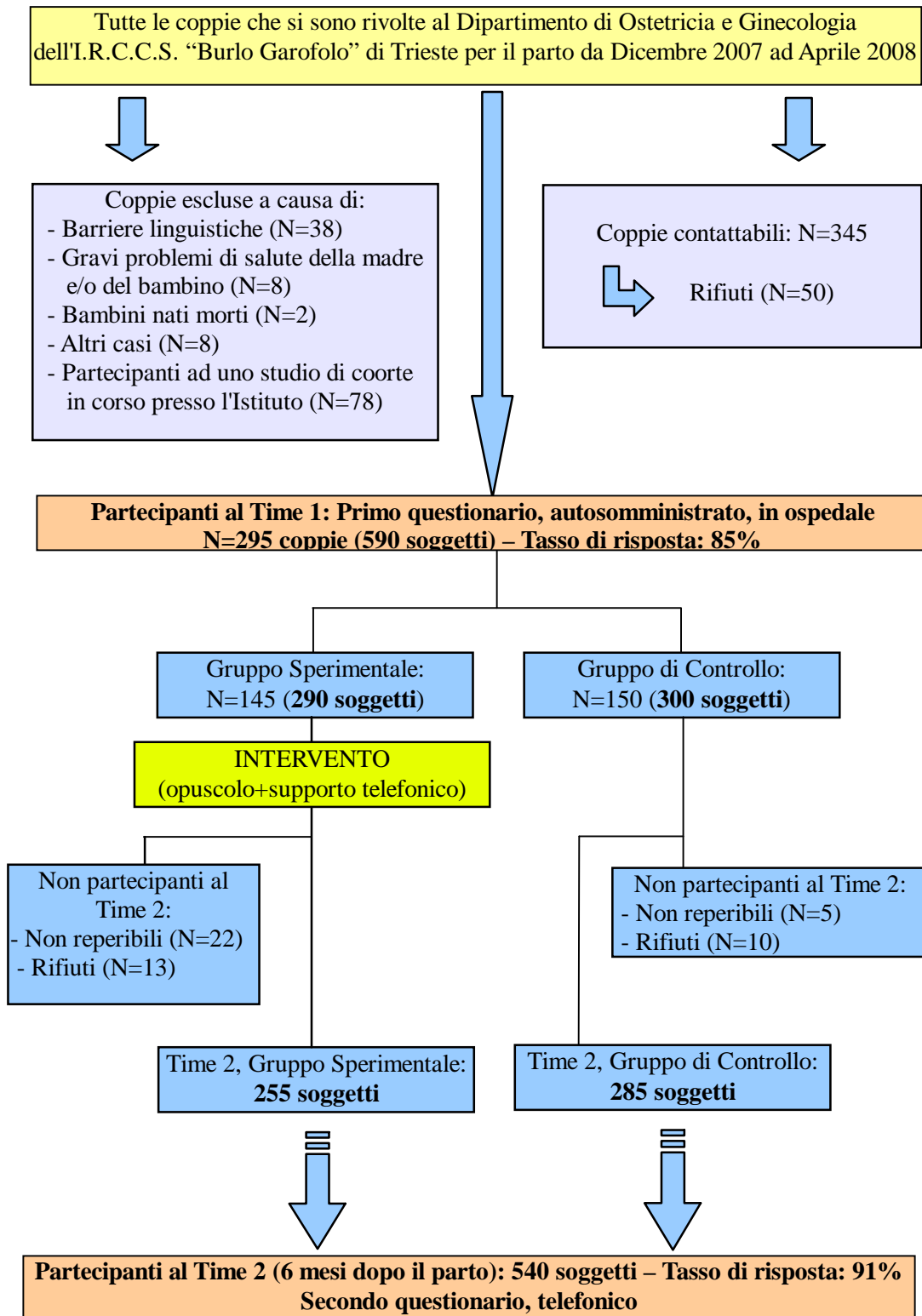
19 In alcuni casi la donna ha riferito di avere un partner ma non è stato possibile entrare in contatto con lui o per irreperibilità o per mancanza di disponibilità. In entrambi i casi, è stata offerta alla donna la possibilità di partecipare comunque alla ricerca, qualora fosse sua intenzione, ma i dati così raccolti sono stati sottoposti ad un'analisi separata, che non sarà presentata in questa sede.

20 Cfr. Allegato 3.

21 Cfr. Allegato 4.

della incomunicabilità linguistica e, probabilmente per lo stesso motivo, anche i dati della cartella si presentavano lacunari.

Figura 1 – Flusso dei partecipanti dal Time 1 al Time 2



Sei mesi dopo (Time 2), le madri e i padri sono stati contattati telefonicamente, come era stato loro annunciato, ed è stato chiesto loro di rispondere alle domande del questionario telefonico.

Per coloro che avevano ricevuto l'intervento, il questionario è stato somministrato da operatori diversi dalla ricercatrice lo ha condotto, in modo da non influenzare i risultati.

Il progetto ha ottenuto l'approvazione del Comitato per la Bioetica dell'Istituto.

3.2. Implementazione dell'intervento

Al momento della prima rilevazione in ospedale, tutte le coppie sono state suddivise in Gruppo di Controllo (GC) e Gruppo Sperimentale (GS). Per limitare al minimo i contatti fra i due gruppi, si è proceduto ad un'assegnazione casuale seguendo l'ordine temporale: dall'avvio dello studio e fino al raggiungimento del numero prefissato (N=150), tutte le donne e i loro partner aderenti allo studio sono stati inseriti nel GC, è seguita quindi una pausa di due settimane ed è poi ripresa la formazione del GS, costituito dalle 145 coppie successivamente contattate.

Al Time 1, a tutti padri del GS è stato consegnato l'opuscolo contenente anche la lettera di invito al contatto telefonico. La ricercatrice li ha inoltre informati a voce che avrebbe chiamato entro un mese da quel primo contatto in caso di mancato utilizzo del servizio offerto.

Il tasso di risposta al Time 1 è stato dell'85% (N=590) mentre al Time 2 è stato del 91% (N=540).

La figura 1 mostra in dettaglio la struttura dello studio.

3.3. Strumenti e misure

Data la scarsità di studi su questo tema in Italia, la costruzione dei questionari per i due momenti di rilevazione previsti si è basata sulle precedenti ricerche svolte nel medesimo contesto (Romito et al., 2009) e sugli strumenti utilizzati in alcune delle Indagini condotte periodicamente dall'Istat su tutto il territorio nazionale (in particolare, *Famiglia e Soggetti Sociali*, *Uso del Tempo* e *Aspetti della Vita Quotidiana*).

Sono stati inclusi numerosi quesiti, relativi alle caratteristiche socio-demografiche, alle informazioni sulla gravidanza e il parto, alla situazione lavorativa dei soggetti coinvolti e ad altri aspetti che saranno di seguito specificati separatamente in

relazione al momento della rilevazione (Time 1 e Time 2).

Primo questionario (Time 1)

Al momento del primo contatto in ospedale, a madri e padri del GS e del GC è stato consegnato un questionario²², identico in tutte le sue componenti ad esclusione delle domande relative al parto e all'allattamento, previste solo per le donne.

I quesiti erano suddivisi per aree tematiche, e in particolare:

- Parto e nascita (tipo di parto; età gestazionale, sesso, peso e salute del bambino; allattamento)
- Informazioni socio-demografiche (età; nazionalità; titolo di studio; stato civile; situazione lavorativa)
- Gravidanza e salute (salute fisica e psicologica prima, durante e dopo la gravidanza; uso di farmaci; fumo; presenza di supporto emotivo e strumentale; eventi di vita stressanti; EPDS; partecipazione a corsi pre-parto; intenzionalità della gravidanza; uso della contraccezione)
- Rapporto di coppia (relazione con il/la partner; condivisione del lavoro domestico, eventuali conflitti in proposito e aspettative sul dopo parto; preoccupazioni legate al rientro a casa) e attività svolte nel tempo libero
- Adesione a modelli tradizionali e stereotipati di maschile e femminile.

Assieme al questionario, veniva consegnata ad ogni soggetto una scheda informativa di tutti i servizi disponibili sul territorio rivolti a famiglie e bambini.

Secondo questionario (Time 2)

Al Time 2, a madri e padri è stato somministrato un questionario²³ identico ad esclusione delle domande relative all'allattamento, previste solo per le donne.

Le aree indagate erano le seguenti:

- Salute del bambino e allattamento (salute fisica del neonato dopo il parto e dopo le dimissioni; risvegli notturni e temperamento del neonato; reazioni degli altri figli presenti in casa; allattamento, eventuali problemi ed emozioni correlate)
- Salute della madre/del padre (salute fisica e psicologica dopo l'arrivo del bambino; sentimenti di ansia, tensione, tristezza, depressione; figure

22 Cfr. Allegato 1.

23 Cfr. Allegato 2.

professionali consultate; EPDS; supporto sociale; fumo)

- Situazione lavorativa (lavoro svolto e soddisfazione rispetto alla propria condizione professionale)
- Relazione di coppia e condivisione della vita familiare (qualità del rapporto con il/la partner; rapporti sessuali ed eventuali problemi presenti; contraccezione; motivi di disaccordo nella coppia; condivisione del lavoro domestico e di cura, problemi connessi a uno o a entrambi questi aspetti; spazio per sé e per la coppia; soddisfazione rispetto a diversi ambiti della propria vita)
- Esperienza di maternità/paternità (soddisfazione; emozioni provate)
- Violenza all'interno della coppia (psicologica, fisica, sessuale)
- Eventi di vita stressanti
- Valutazione della degenza in ospedale
- Valutazione della partecipazione alla ricerca (opuscolo e intervento telefonico)

Alle coppie del GS, si chiedeva inoltre una valutazione soggettiva dell'intervento, sia relativamente all'opuscolo che ai contatti avuti con la ricercatrice.

Entrambi i questionari sono stati testati prima dell'avvio dello studio. In particolare:

- Per il primo, sono state contattate 5 coppie che avevano appena avuto un bambino nel medesimo Reparto in cui successivamente si è svolta la ricerca
- Per il secondo, sono stati condotti 10 colloqui telefonici, 5 con madri e 5 con padri, con almeno un bambino tra 0 e 3 anni.

Depressione e disagio psicologico

Per la rilevazione dei sintomi della depressione post-partum è stata adottata l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987), più volte citata nel testo (cfr. nota 3).

La scala, utilizzata in Paesi diversi e traslata in molte lingue (Dennis, 2003), è stata validata anche per l'uso con i padri (Matthey et al., 2001). Lo studio di Benvenuti et al. (1999), già citato, ha inoltre verificato la validità della versione italiana, ma solo per le madri.

Lo strumento è composto da 10 item, che indagano i seguenti aspetti:

- Capacità di ridere e di vedere il lato buffo delle cose
- Capacità di guardare al futuro con gioia
- Senso di colpa immotivato
- Preoccupazioni o ansie immotivate
- Paura o panico senza un valido motivo
- Sensazioni di essere sopraffatta dagli accadimenti
- Difficoltà a dormire per profonda infelicità
- Sentimenti di tristezza o di infelicità
- Pianto causato da profonda tristezza
- Pensieri auto-lesionistici

In linea con le indicazioni presenti in letteratura per lo screening sulla popolazione generale (Dennis, 2003; Benvenuti et al., 1999) e rispondendo alle finalità principalmente esploratorie di questo studio, è stato adottato un valore soglia di 9/10 per le madri.

Per i padri, i riferimenti sono più incerti e spesso contraddittori. E' stato stabilito pertanto di uniformarsi all'unico studio italiano su questo tema identificato in letteratura, quello di Currò et al. (2009), scegliendo il limite di 7/8.

Per individuare stati depressivi sub-clinici che si possono tradurre in punteggi sotto la soglia di depressione sulla scala ma comportano comunque malessere per il soggetto e richiedono, quindi, la dovuta attenzione, abbiamo incluso nei questionari anche item più soggettivi e, in particolare:

- Primo questionario: Salute psicologica durante la gravidanza e dopo il parto; sentimenti di ansia/tensione e tristezza/depressione prima e durante la gravidanza; sentimenti di solitudine durante la gravidanza
- Secondo questionario: Salute psicologica dopo il parto e fino al Time 2; sentimenti di ansia/tensione e tristezza dopo il parto.

La definizione dell'analisi: costruzione degli indicatori

Per avviare la procedura di analisi dei dati raccolti, sono state individuate le variabili di maggiore interesse per gli obiettivi dello studio e, a partire dai quesiti dei questionari, sono stati costruiti i relativi indicatori, come di seguito descritto

(separatamente in base alle aree tematiche prese in esame):

- Salute psicologica di madri e padri dopo il parto

- Sentimenti di ansia/tensione e tristezza dopo il parto: rispettivamente, *Da quando ha partorito, le è capitato di provare ansia, tensione?* E *Da quando ha partorito, le è capitato di sentirsi triste, di avere voglia di piangere?* 1.No, mai, 2.Si, raramente, 3.Si, qualche volta, 4.Si spesso, 5.Si, sempre/quasi sempre → Ricodificato, in entrambi i casi, “Mai/Raramente” (1-2) e “Qualche volta/Spesso/Sempre” (3-4-5).
- EPDS
- Supporto sociale percepito: *Ha qualcuno su cui poter contare in caso di bisogno?* 1.No, nessuno, 2.Si, il mio partner, 3.Si, amici/amiche, 4.Si, alcuni parenti, 5. Non so → Potevano essere indicate più alternative. E’ stato costruito un indice sintetico dicotomico: “0-1 fonti di supporto” (1-2-4-5 quando indicati singolarmente) e “Più fonti di supporto” (considerando tutti i casi in cui erano state scelte 2 o più alternative)
- (Solo per le madri) Frequenza di contatti con personale specializzato (ostetrica): *da quando ha partorito si è rivolta ad un’ostetrica?* 1.Mai, 2. Si, 1-2 volte, 3. Più spesso → “No” (1) e “Sì” (2-3).

- Emozioni e preoccupazioni legate alla maternità (paternità) e all’allattamento

- Emozioni legate all’allattamento: *Per lei (Per la sua partner) l’allattamento ha rappresentato:* 1.Soprattutto un piacere, 2.Soprattutto un sacrificio, 3.Tutte e due le cose insieme, 4. Altro → “Emozioni soprattutto positive” (1, 4/positivo) e “Emozioni soprattutto negative/miste” (2,3,4/negativo).
- Emozioni legate alla maternità/paternità: è’ stato proposto a madri e padri un elenco di 10 emozioni²⁴, 3 positive e 7 negative, ed è stato chiesto loro di indicare quanto spesso le avessero provate nell’ultimo mese in relazione alla maternità/paternità, su una scala da 0=mai a 4=sempre; sono stati quindi costruiti due indici sintetici, uno per le emozioni negative e uno per quelle positive (“0-2” e “3 o più”).
- Preoccupazioni relative alla gestione di altri figli: *Le reazioni dell’altro*

²⁴ Gioia, dolore, paura, delusione, ansia, preoccupazione, frustrazione, serenità, divertimento, solitudine.

figlio/degli altri figli alla presenza del nuovo nato sono, o sono state, per lei fonte di preoccupazione? 1.No, per niente, 2.Sì, un po', 3.Sì, abbastanza, 4.Sì, molto, 5.Sì, moltissimo→ “Per niente/poco (1-2) e “Abbastanza/Molto/Moltissimo” (3-4-5).

-Relazione di coppia

- Qualità della rapporto: *Attualmente com'è la relazione con il/la suo/a partner? 1.Molto buona, 2.Buona, 3.Abbastanza buona, 4.Così e così, 5.Difficile, 6.Molto difficile*→ “Molto buona” (1), “Buona” (2) e “Da Molto difficile ad Abbastanza buona” (3-4-5-6).
- Frequenza dei litigi: *Da quando è nato il bambino, vi capita di litigare? 1.Sì, molto spesso, 2.Sì, spesso, 3.Sì, qualche volta, 4.Sì, raramente, 5.No, mai*→ “Mai/Raramente” (4-5) e “Qualche volta/Spesso/Molto spesso” (1-2-3).
- Conflitti sui rapporti sessuali: *I rapporti sessuali sono una fonte di conflitto all'interno della vostra coppia? 1.No, mai, 2.Sì, raramente, 3.Sì, qualche volta, 4.Sì, spesso, 5.Sì, sempre*→ “Mai” (1) e “Raramente/Qualche volta/Spesso” (2-3-4).²⁵
- Accordo/disaccordo nella coppia: è stato presentato ai soggetti un elenco di possibili argomenti di discussione²⁶, chiedendo loro di indicare se rappresentavano motivi di disaccordo nella propria coppia e quanto frequentemente su una scala da 0=mai a 4=Sempre. È stato quindi creato un indice sintetico dicotomico, “0-2 elementi di disaccordo” e “3 o più”.

-Condivisione del lavoro familiare e domestico

- Collaborazione del partner: *Da quando è nato il suo bambino, il partner(lei) collabora: 1.Più di prima, di sua iniziativa, 2.Più di prima, ma solo se insisto (la mia partner insiste)/se costretto, 3.Come prima, 4.Meno di prima*→ “Più di prima, con o senza insistenza” (1-2) e “Uguale o meno di prima” (3-4).
- Soddissfazione della suddivisione dei compiti: *Lei è soddisfatta(o) della suddivisione fra lei e il(la) suo(a) partner del lavoro domestico e familiare?*

²⁵ Nessuna donna ha risposto “Sì, sempre”.

²⁶ Avere/non avere figli, rapporto con genitori/parenti di uno dei due, lavoro della madre, divisione del lavoro domestico, influenza del lavoro di uno dei due o di entrambi sul rapporto di coppia, dialogo all'interno della coppia, educazione dei figli, attività del tempo libero, utilizzo delle risorse economiche disponibili.

1. Molto, 2. Abbastanza, 3. Così e così, 4. Poco, 5. Per niente → “Da abbastanza a per niente” (2-3-4-5) e “Molto” (1).

- Conflitti relativi alla suddivisione dei compiti: *La suddivisione del lavoro domestico e familiare è una fonte di conflitto all'interno della vostra coppia?*
1. Sì, sempre o quasi sempre, 2. Sì, spesso, 3. Sì, qualche volta, 4. Sì, raramente, 5. No, mai → “Mai/Raramente” (4-5) e “Qualche volta/Spesso/Sempre o quasi sempre” (1-2-3).
- (Solo per i padri) Percezione delle aspettative della partner: *Secondo lei, al sua partner vorrebbe che facesse di più?* 1. Sì, sicuramente, 2. Sì, credo di sì, 3. No, credo di no, 4. Non so, non ne abbiamo mai parlato → “Sì” (1-2) e “No/non so” (3-4).

-Condivisione del lavoro di cura

Sono stati utilizzati gli stessi indicatori appena citati per il lavoro domestico, ad eccezione del primo.

3.4. Analisi dei dati

Sono state svolte analisi descrittive per confrontare:

1. Le caratteristiche socio-demografiche, di salute e gli indicatori della relazione di coppia di madri e padri del GS e del GC prima dell'intervento;
2. La distribuzione delle variabili dipendenti (sotto specificate) nelle madri e nei padri dei due gruppi dopo l'intervento, per determinare se aveva avuto effetto.
Il test del Chi-Square è stato utilizzato per i confronti fra percentuali e il test t di Student per i confronti fra medie, considerando significativo un valore di $p < 0.05$.

Le variabili dipendenti sono:

- Emozioni legate all'allattamento e all'esperienza di maternità/paternità
- Preoccupazioni relative alla gestione dei figli
- Sentimenti di ansia/tensione e tristezza dopo il parto
- EPDS
- Supporto sociale percepito
- Frequenza di contatti con personale specializzato (solo per le madri)
- Qualità della relazione di coppia

- Frequenza dei litigi nella coppia
- Conflitti sui rapporti sessuali
- Accordo/disaccordo nella coppia
- Collaborazione del partner al lavoro domestico e di cura
- Soddisfazione della donna rispetto alla suddivisione dei compiti nel lavoro domestico e di cura
- Conflitti relativi alla suddivisione dei compiti domestici e di cura
- Percezione delle aspettative della partner sulla collaborazione nel lavoro domestico e di cura (solo per i padri)

Infine, per analizzare il ruolo dei diversi fattori di rischio della depressione post-partum e dell'intervento nel determinare i sentimenti depressivi nelle madri nel dopo parto, vari modelli di regressione logistica sono stati costruiti per le due principali variabili dipendenti prese in esame, "EPDS" e "tristezza dopo il parto". I risultati sono espressi come *Adjusted Odds Ratios (AOR)* e *95% confidence intervals (CI)*. Si considera statisticamente significativo un valore di $p \leq 0.05$.

Le analisi sono state svolte con il programma Spss, versione 15.0.

PARTE TERZA

RISULTATI

1. Il campione

Al Time 1, su 345 coppie contattate, 50 hanno rifiutato di aderire allo studio, 33 nel GS e 17 nel GC.

Le informazioni relative alle donne che non hanno compilato il primo questionario non erano sempre complete e questo non ha permesso di effettuare una comparazione adeguata fra chi ha aderito allo studio e chi ha rifiutato.

Le motivazioni avanzate per spiegare il rifiuto erano principalmente legate alla preoccupazione rispetto alla gestione delle informazioni fornite, acuita dalla necessità di chiedere nome e cognome di ciascun soggetto per poterlo ricontattare successivamente.

Un altro ostacolo è stato inoltre rappresentato dall'eccessiva "domanda" ricevuta dalle madri: nello stesso Reparto, infatti, erano contemporaneamente in corso diverse ricerche che prevedevano il coinvolgimento delle donne, sovraccaricandole di richieste.

In alcuni casi, infine, il partner della donna ha attivamente impedito la sua adesione allo studio, non permettendole talvolta neppure di stabilire un contatto diretto con la ricercatrice.

Per garantire maggiore omogeneità al campione, sono state escluse dall'analisi le 7 coppie che avevano avuto parti gemellari. Al Time 1, quindi, le coppie coinvolte nella ricerca sono state 142 nel GS e 146 nel GC.

Al Time 2, 18 madri non hanno risposto al questionario, 14 nel GS e 4 nel GC. A causa dei numeri molto piccoli, non è stato possibile operare un corretto confronto all'interno dei due gruppi.

Nel complesso, non sono emerse differenze significative per età e stato civile fra le madri che hanno proseguito lo studio e quelle che lo hanno abbandonato. Le prime tuttavia risultano più frequentemente italiane e con titolo di studio più elevato.

Al Time 2, 32 padri hanno rifiutato di proseguire lo studio, 21 del GS e 11 del GC. Nel complesso, non sono emerse differenze significative per età, stato civile e titolo

di studio ma chi ha abbandonato la ricerca era più frequentemente straniero.

2. Time 1: randomizzazione e descrizione delle caratteristiche socio-demografiche di madri e padri

L'analisi dei dati raccolti durante la prima rilevazione, nell'immediato dopo parto (Time 1), ha evidenziato una buona riuscita della procedura di randomizzazione.

Non sono emerse infatti differenze significative fra i due gruppi, né per le madri né per i padri, rispetto alle principali caratteristiche socio-demografiche (età, nazionalità, titolo di studio, stato civile, condizione lavorativa).

I due gruppi sono risultati comparabili anche nei punteggi sull'EPDS e su tutti gli indicatori di salute psicologica prima e durante la gravidanza.

La relazione di coppia nel periodo precedente la compilazione del questionario era valutata inoltre in modo equivalente da GC e GS.

Di seguito, verranno trattati in dettaglio gli elementi centrali del confronto effettuato, presentando separatamente prima quelli relativi alle madri e, successivamente, quelli concernenti i padri.

2.1. Le madri

Caratteristiche socio-demografiche

Le donne che hanno preso parte allo studio (N=288) presentavano nel complesso una situazione piuttosto stabile: avevano un'età media di circa 33 anni (M=32.95, DS=4.93), un buon livello di istruzione (solo il 21.7% non aveva conseguito il diploma di scuola media superiore), erano in prevalenza sposate e nella maggior parte dei casi avevano svolto un'attività lavorativa durante la gravidanza (Tab.1).

Il numero delle straniere che ha partecipato alla ricerca era ridotto in entrambi i gruppi (in totale 35, 15 nel GS e 20 nel GC). Ciò è da ricondurre principalmente ai problemi di comprensione linguistica che spesso ne hanno ostacolato l'inclusione.

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
ETA'		
<24	(11) 7.5	(10) 7.0
30-34	(59) 40.4	(53) 37.3
35-39	(45) 30.8	(40) 28.2
>40	(13) 8.9	(15) 10.6
	n.s.	
M=32.95 (DS=4.93), min=20 – max=44		
NAZIONALITA'		
Italiana	(131) 89.7	(122) 85.9
Non-italiana	(15) 10.3	(20) 14.1
	n.s.	
TITOLO di STUDIO¹		
<Superiori	(28) 19.4	(34) 23.9
Superiori/sup+diploma	(58) 40.3	(55) 38.7
Laurea→	(58) 40.3	(53) 37.3
	n.s.	
STATO CIVILE		
Coniugata o vedova	(101) 69.2	(103) 72.5
Separ./Divorziata/In via di sep.	(11) 7.5	(7) 4.9
Nubile	(34) 23.3	(32) 22.5
	n.s.	
LAVORO IN GRAVIDANZA		
Sì	(120) 82.2	(116) 81.7
No	(26) 17.8	(23) 18.3
	n.s.	

¹Due dati mancanti

Parto, allattamento in ospedale e salute del bambino

Nel 57.6% dei casi le madri erano alla prima esperienza di maternità, senza differenze significative fra GC e GS (Tab.2).

Solo l'8.3% (N=24) delle donne aveva due o più figli oltre a quello appena nato (dato non mostrato).

Tabella 2 – Gravidanza e parto

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
PARITA'		
Primipara	(86) 58.9	(80) 56.3
Multipara	(60) 41.1	(62) 43.7
	n.s	
TIPO DI PARTO		
Spontaneo (anche indotto)	(117) 80.1	(110) 77.5
Cesareo (anche indotto)	(29) 19.9	(32) 22.5
	n.s.	
SETTIM. Di GRAVIDANZA		
Da 29 a 37	(15) 10.3	(18) 12.7
Da 38 a 42	(131) 89.7	(124) 87.3
	n.s.	

Il 78.8% delle madri ha avuto un parto spontaneo, con o senza induzione, e l'88.5% ha partorito dopo la 38esima settimana (Tab. 2).

Quest'ultimo aspetto è legato in larga misura al fatto che le situazioni particolarmente gravi sono state escluse dallo studio (ad es. parti fortemente pretermine o bambini gravemente prematuri). Ciò spiega anche il perché nel campione ci sono solo 16 neonati (5.6%) con un peso inferiore ai 2.500 grammi (dato non mostrato).

Tabella 3 – Allattamento e salute del bambino

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
HA PROVATO AD ALLATTARE?¹		
Sì, subito, senza problemi	(82) 57.3	(86) 57.3
Sì, ma ho avuto difficoltà	(51) 35.7	(46) 32.6
No, non ancora	(10) 7.0	(9) 6.4
	n.s	
COME STA IL BAMBINO?		
Bene	(137) 93.8	(121) 85.2
Non bene	(6) 4.1	(7) 4.9
Bene ma ricoverato	(3) 2.1	(14) 9.9
	$p=0.017$	

¹Sono state escluse 4 donne che hanno risposto "No, non voglio,/non posso allattare"

Al momento della rilevazione, la maggior parte dei neonati (N=258, 89.6%) stava

bene, in base alla valutazione delle madri.

E' emersa una differenza significativa fra GS e GC: nel primo erano presenti più bambini (9.9% vs 2.1%, $p=0.017$) che, pur non mostrando situazioni particolarmente gravi, erano ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) (Tab.3). Ciò era dovuto, ad esempio, alla presenza di problemi come l'ittero o era necessario per poter effettuare approfondimenti diagnostici.

Le madri del GS si trovavano pertanto più frequentemente a vivere una situazione di difficoltà e tensione rispetto alle donne del GC.

Salute fisica e psicologica prima e dopo il parto

Al Time 1 è stato chiesto a tutte le madri di indicare su una scala da 0=Mai a 3=Spesso se, e quanto frequentemente, avevano sofferto di ansia/tensione e depressione/grande tristezza prima della gravidanza.

Come si può vedere dalla tabella 4, non emergono differenze significative fra i due gruppi.

Tabella 4 – Salute psicologica prima della gravidanza

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
ANSIA/TENSIONE¹		
Mai/Raramente	(114) 79.2	(104) 75.4
Qualche volta/Spesso	(30) 20.8	(34) 24.6
		n.s
DEPRESSIONE/GRANDE TRISTEZZA¹		
Mai/Raramente	(132) 91.7	(125) 90.6
Qualche volta/Spesso	(12) 8.3	(13) 9.4
		n.s.

¹Sei dati mancanti

Alle madri è stato inoltre chiesto di esprimere un giudizio sulla propria salute fisica e psicologica durante la gravidanza e al momento della prima rilevazione, pochi giorni dopo il parto. Nei due gruppi non si sono evidenziate differenze (Tab.5).

Nel complesso, le madri affermano di aver avuto, e di continuare a mantenere, un buon livello di benessere sia fisico che mentale.

Tabella 5 – Salute fisica e psicologica in gravidanza e nell'immediato post—parto

	Gruppo di controllo (N) % (146) 100	Gruppo sperimentale (N) % (142) 100
SALUTE FISICA in GRAVIDANZA		
Molto buona/Buonissima	(84) 57.5	(79) 56.0
Buona	(42) 28.8	(42) 29.8
Non buona/Passabile	(20) 13.7	(20) 14.2
	n.s.	
SALUTE PSICOLOGICA in GRAVIDANZA¹		
Molto buona/Buonissima	(86) 58.9	(83) 58.9
Buona	(44) 30.1	(44) 31.2
Non buona/Passabile	(16) 11.0	(14) 9.9
	n.s.	
SALUTE FISICA dopo il PARTO¹		
Molto buona/Buonissima	(65) 44.5	(55) 38.7
Buona	(67) 45.9	(63) 44.4
Non buona/Passabile	(14) 9.6	(24) 16.9
	n.s.	
SALUTE PSICOLOGICA dopo il PARTO¹		
Molto buona/Buonissima	(88) 60.3	(85) 60.3
Buona	(51) 34.9	(43) 30.5
Non buona/Passabile	(7) 4.8	(13) 9.2
	n.s.	

¹Un dato mancante

La presenza di sintomi depressivi durante la gravidanza, valutata retrospettivamente dalla donna, è stata inoltre sondata mediante la somministrazione dell'EPDS. Non si rilevano differenze significative fra i due gruppi (Tab.6).

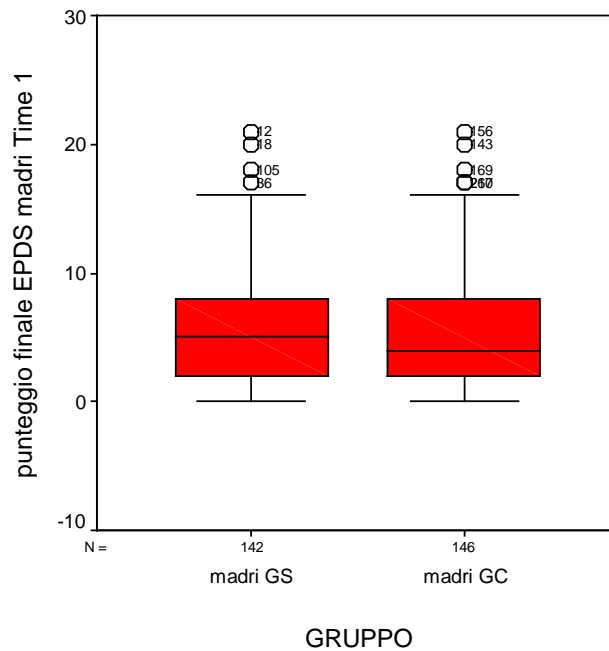
Tabella 6 – EPDS in gravidanza

	Gruppo di controllo (N) % (146) 100	Gruppo sperimentale (N) % (142) 100
PUNTEGGIO TOTALE sull'EPDS		
≤9	(122) 83.6	(111) 78.2
≥10	(24) 16.4	(31) 21.8
	n.s.	
	M=5.5 DS=4.54	M=5.5 DS=4.66

Tuttavia, anche attraverso il box-plot riportato in Figura 1, è possibile rilevare una tendenza maggiormente negativa per il GS rispetto al GC, nel senso di maggiore

presenza di valori oltre la soglia (≥ 10) nel primo gruppo rispetto al secondo. Si può pertanto concludere che, sebbene la differenza fra i due gruppi non raggiunga la significatività statistica, il GS riporta più frequentemente sintomi depressivi in gravidanza rispetto al GC.

Figura 1 – EPDS in gravidanza



Infine, per analizzare il supporto sociale percepito dalle donne, è stato loro domandato se, e quanto spesso, avessero provato sentimenti di solitudine durante la gravidanza: un quinto del campione li ha dovuti affrontare da *qualche volta* a *spesso*. Anche in questo caso, i due gruppi sono risultati del tutto equivalenti. (Tab.7).

Tabella 7 – Solitudine in gravidanza

	Gruppo di controllo (N) % (146) 100	Gruppo sperimentale (N) % (142) 100
SOLITUDINE		
Mai/Raramente	(117) 80.1	(114) 80.3
Qualche volta/Spesso	(29) 19.9	(28) 19.7
	n.s	

Relazione di coppia e condivisione del lavoro domestico

Il rapporto con il proprio partner prima e durante la gravidanza viene valutato

positivamente dalle donne di entrambi i gruppi, senza differenze significative fra GS e GC (Tab.8).

Più della metà delle madri, inoltre, afferma di non litigare mai, o raramente, con il proprio partner (Tab.8).

Tabella 8 – Relazione di coppia prima e durante la gravidanza

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
RELAZIONE prima della GRAVIDANZA¹		
Molto buona	(103) 71.0	(98) 69.0
Buona	(32) 22.1	(37) 26.1
Non buona	(10) 6.9	(7) 4.9
	n.s	
RELAZIONE durante la GRAVIDANZA¹		
Molto buona/Buonissima	(98) 67.6	(96) 67.6
Buona	(35) 24.1	(34) 23.9
Non buona	(12) 8.3	(12) 8.5
	n.s.	
LITIGATE SPESSO?²		
Sì, a volte/spesso	(58) 40.8	(62) 45.3
No, raramente/mai	(84) 59.2	(75) 54.7
	n.s	

¹Un dato mancante; ²Nove dati mancanti

Malgrado la scarsa conflittualità nella coppia riportata dalle donne, emergono degli ambiti in cui sono presenti discrepanze e attriti.

Nel 18% dei casi, i due partner risultano in disaccordo rispetto alla gravidanza appena conclusa: in alcuni casi è più la donna ad averla desiderata, in altri più l'uomo, in altri ancora uno dei due partner l'ha imposta all'altro. GS e GC si equivalgono su questi aspetti (Tab.9).

Tabella 9 – Intenzionalità dei partner sulla gravidanza

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
OPINIONE sulla GRAVIDANZA¹		
Accordo	(117) 81.3	(116) 82.9
Disaccordo	(27) 18.8	(24) 17.1
	n.s	

¹Quattro dati mancanti

Alle madri è stato inoltre chiesto di indicare chi, in prevalenza, svolgesse i principali compiti domestici (fare le pulizie, lavare, stirare, etc.) prima della gravidanza.

Tabella 10 – Condivisione del lavoro domestico e conflitti

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
PARTECIPAZIONE PATERNA¹		
<i>Prima della gravidanza</i>		
Spontanea	(106) 73.6	(98) 69.0
Solo su richiesta/insistenza	(34) 23.6	(35) 24.6
Non presente	(4) 2.8	(9) 6.3
	n.s	
PARTECIPAZIONE PATERNA²		
<i>Dopo il parto, opinione materna</i>		
Più di prima	(96) 67.1	(97) 68.3
Uguale/meno di prima	(47) 32.9	(45) 31.7
	n.s.	
CONFLITTI? ¹		
Sì, a volte/spesso	(29) 20.1	(29) 20.4
No, raramente/mai	(115) 79.9	(113) 79.6
	n.s	

¹Due dati mancanti; ²Tre dati mancanti

E' emerso che la gestione di questi aspetti era quasi esclusivamente a carico delle donne: nel 35.4% dei casi le madri svolgevano più della metà di questi compiti *sempre/quasi sempre/più spesso*. Uniche eccezioni erano i lavori di tipo amministrativo (come pagare le bollette), le piccole riparazioni in casa e la manutenzione di auto e/o moto, appannaggio principalmente maschile (dati non mostrati).

Il 24.1% delle madri ha inoltre riferito che il partner collaborava *solo su richiesta* o se la donna *insisteva molto* (Tab.10).

Un terzo delle donne riteneva che l'arrivo del bambino non avrebbe mutato la situazione e che il proprio partner avrebbe aiutato nella gestione domestica dopo il parto *in misura uguale o minore* rispetto al passato (Tab.10).

Sebbene la maggior parte delle intervistate abbia dichiarato che la divisione del carico di lavoro domestico non rappresentava un motivo di conflitto all'interno della propria coppia, questo era vero per il 20.3% dei casi. Ancora una volta, GS e GC non

mostravano differenze significative per nessuno degli aspetti citati (Tab.10).

2.2. I padri

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche dei padri aderenti allo studio non evidenzia differenze fra GS e GC (Tab.11).

Tabella 11 – Caratteristiche socio-demografiche

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
ETA'		
<29	(16) 11.0	(18) 12.7
30-34	(49) 33.6	(42) 29.6
35-39	(40) 27.4	(47) 33.1
40-44	(29) 19.9	(24) 16.9
>45	(12) 8.2	(11) 7.7
	n.s.	
M=36.03 (DS=6.0), min=22- max=60		
NAZIONALITA'		
Italiana	(132) 90.4	(127) 89.4
Non-italiana	(14) 9.6	(15) 10.6
	n.s.	
TITOLO di STUDIO¹		
<Superiori	(45) 31.7	(44) 31,7
Superiori/sup+diploma	(55) 38.7	(64) 45.1
Laurea→	(42) 29.6	(34) 23.9
	n.s.	
STATO CIVILE		
Coniugato o vedovo	(101) 69.2	(105) 73.9
Separ./divorziato/in via di sep.	(10) 6.8	(14) 9.9
Celibe	(35) 24.0	(23) 16.2
	n.s.	
LAVORO IN GRAVIDANZA		
Si	(143) 97.9	(135) 95.1
No	(3) 2.1	(7) 4.9
	n.s.	
USUFRUIRA' DEL CONGEDO?		
Si, sicuramente	(38) 26.4	(40) 28.4
Sub condizione/non so	(42) 28.8	(29) 20.4
No, credo di no	(51) 34.9	(58) 40.8
Altro (aut./pens./disocc.)	(15) 10.3	(15) 10.6
	n.s.	

¹Quattro dati mancanti

Rispetto alle madri, i padri hanno un'età significativamente più elevata ($p<0.001$, dato non mostrato), che varia fra i 22 e i 60 anni ($M=36.03$, $DS=6.0$, Tab.11).²⁷

Sono prevalentemente italiani e hanno un titolo di studio significativamente inferiore ($p<0.001$, dato non mostrato) se confrontato con quello delle donne: solo il 26.8% dei primi ha conseguito la laurea vs il 38.8% delle seconde.

In analogia con quanto riscontrato per le madri, sono prevalentemente coniugati, anche se il 20.1% si dichiara celibe, senza differenze fra i due gruppi.

Al momento del primo contatto, la quasi totalità dei padri afferma di avere un lavoro, più o meno stabile. Solo un ristretto numero di partecipanti dichiara che *sicuramente* utilizzerà il congedo parentale in seguito alla nascita del suo bambino (il 26.4% del GC e il 28.4% del GS), mentre un'ampia parte ritiene che non ne farà uso (rispettivamente, il 34.9% e il 40.8%).

Salute fisica e psicologica prima e dopo il parto

Al Time 1, la maggior parte dei padri afferma di non aver vissuto sentimenti di depressione o tristezza né prima né durante la gravidanza della propria compagna.

Sono più frequenti, invece, ansia e tensione: il 13.7% del campione complessivo l'ha percepita *qualche volta/spesso* prima dell'inizio della gestazione, il 16.5% durante questo periodo. In entrambi i casi, non ci sono differenze significative fra GS e GC (dati non mostrati).

I padri, inoltre, riportano un buono stato di salute fisica e psicologica sia durante la gravidanza della partner che dopo il parto, in maniera del tutto equivalente per GS e GC (Tab.12)

²⁷ Per le successive analisi, è stata utilizzata una variabile dicotomica: "Minore o uguale a 33 anni" e "Maggiore di 33 anni".

Tabella 12 - Salute fisica e psicologica in gravidanza e nell'immediato post—parto

	Gruppo di controllo		Gruppo sperimentale	
	(N) %		(N) %	
	(146) 100		(142) 100	
SALUTE FISICA in GRAVIDANZA¹				
Molto buona/Buonissima	(102)	69.9	(90)	63.8
Buona /Non buona/Passabile	(44)	30.1	(51)	36.2
				n.s.
SALUTE PSICOLOGICA in GRAVIDANZA ¹				
Molto buona/Buonissima	(101)	69.7	(98)	69.0
Buona /Non buona/Passabile	(44)	30.3	(44)	31.0
				n.s.
SALUTE FISICA dopo il PARTO				
Molto buona/Buonissima	(103)	70.5	(94)	66.2
Buona /Non buona/Passabile	(43)	29.5	(48)	33.8
				n.s.
SALUTE PSICOLOGICA dopo il PARTO				
Molto buona/Buonissima	(119)	81.5	(113)	79.6
Buona /Non buona/Passabile	(27)	18.5	(29)	20.4
				n.s.

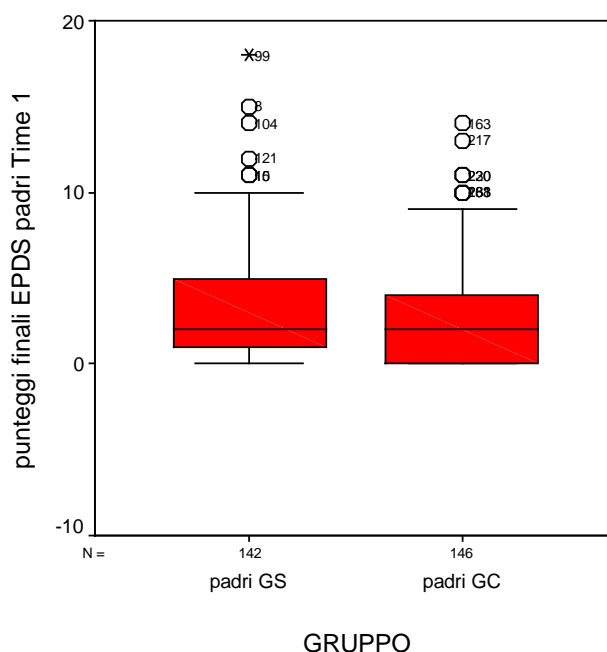
¹Un dato mancante

I punteggi registrati sull'EPDS, tuttavia, evidenziano che circa il 10% di uomini presenta valori oltre la soglia, denotando quindi uno stato di malessere. Anche in questo caso, i due gruppi sono equivalenti (Tab. 13 e Fig.2).

Tabella 13 – EPDS durante la gravidanza della partner

	Gruppo di controllo		Gruppo sperimentale	
	(N) %		(N) %	
	(146) 100		(142) 100	
PUNTEGGIO TOTALE sull'EPDS				
≤7	(132)	90.4	(127)	89.4
≥8	(14)	9.6	(15)	10.6
				n.s.
	M=2.89	DS=3.12	M=3.07	DS=3.36

Figura 2 – EPDS durante la gravidanza della partner



E' rilevante infine il dato relativo ai sentimenti di solitudine provati durante la gravidanza della partner, riportati dal 13% del GS e l'11.6% del GC (dati non mostrati). Eccetto pochissimi casi, questi sentimenti sono riconducibili a problemi di coppia: gli uomini lamentano di non ricevere sufficienti attenzioni, di non essere ascoltati, di essere messi in secondo piano dalla partner.

Relazione di coppia e condivisione del lavoro domestico

La qualità del rapporto di coppia viene valutata molto positivamente da buona parte dei padri aderenti allo studio, senza differenze significative fra GS e GC. Il 68.4% del campione la giudica *molto buona* prima della gravidanza e la percentuale rimane pressoché analoga durante la gravidanza (66%) (dati non mostrati).

I padri riportano meno conflittualità all'interno della coppia di quanta non ne riportino le madri. Nel complesso, il 37.8% afferma di litigare *qualche volta/spesso* con la compagna, mentre per le madri questa percentuale sale al 43% (dati non mostrati).

Anche per i padri, tuttavia, emerge il disaccordo rispetto all'intenzionalità della gravidanza appena portata a termine, senza differenze tra GS e GC (Tab.14).

Tabella 14 – Intenzionalità dei partner sulla gravidanza

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
OPINIONE sulla GRAVIDANZA¹		
Accordo	(119) 82.6	(120) 85.7
Disaccordo	(25) 17.4	(20) 14.3
	n.s	

¹Quattro dati mancanti

Non sempre, tuttavia, le percezioni di madri e padri coincidono. Dall'analisi dei dati relativi alla condivisione del lavoro domestico, emerge che gli uomini hanno una visione di se stessi come più collaboranti, senza bisogno di ricevere richieste o avere pressioni.

Come si può vedere nella tabella 15, infatti, il 75.7% dei padri del GS e il 79.9% di quelli del GC afferma di partecipare *spontaneamente* alle attività di casa, mentre per le madri queste percentuali scendono, rispettivamente, al 69% e al 73.6%.

Malgrado una buona parte dei padri si dichiarino intenzionato ad aiutare di più in casa dopo la nascita del bambino, il 28.3% del GS e il 29.1% del GC afferma che non cambierà niente (Tab.15).

Tabella 15 – Condivisione del lavoro domestico e conflitti

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(146) 100	(142) 100
PARTECIPAZIONE PATERNA¹		
Spontanea	(115) 79.9	(106) 75.7
Solo su richiesta/insistenza	(22) 15.3	(29) 20.7
Non presente	(7) 4.9	(5) 3.6
	n.s	
AIUTERA' di PIU' in CASA ORA?²		
Si	(104) 71.7	(100) 70.9
No	(41) 28.3	(41) 29.1
	n.s.	
CONFLITTI?³		
Sì, a volte/spesso	(126) 87.5	(123) 87.2
No, raramente/mai	(18) 12.5	(18) 12.8
	n.s	

¹Quattro dati mancanti; ²Due dati mancanti, ³Tre dati mancanti

Gli uomini intervistati, d'altra parte, sembrano percepire questo aspetto come meno problematico rispetto alle proprie partner. Meno frequentemente, infatti, lo identificano come possibile fonte di conflitto all'interno della coppia.

Su tutti questi indicatori della relazione di coppia e della condivisione dei compiti, al Time 1 non si rilevano differenze tra GS e GC.

Dai dati presentati emerge quindi che al Time 1 non ci sono differenze significative fra GS e GC, né per le madri né per i padri, su nessuna delle variabili considerate: caratteristiche socio-demografiche, salute psicologica prima e durante la gravidanza, parto e allattamento, relazione di coppia, condivisione del lavoro domestico e familiare.

L'unico elemento in cui i due gruppi differiscono è quello relativo alle condizioni di salute del bambino dopo il parto, che in più casi ha richiesto un ricovero in TIN nel GS rispetto al GC.

3. Implementazione dell'intervento, risposta e valutazione delle coppie

L'intervento è stato inizialmente ideato come indirizzato unicamente ai padri e pertanto il sostegno sociale telefonico avrebbe dovuto essere rivolto solo a loro.

Di fatto, ciò si è dimostrato concretamente impossibile. In numerosi casi, i padri hanno lasciato come unico recapito quello della propria abitazione e molto spesso è stata la madre a rispondere alla telefonata. Dato il carattere esploratorio dello studio e l'esigenza etica di fornire uno spazio di ascolto anche alle madri, è stato deciso di adottare maggiore flessibilità e apertura rispetto a questo aspetto.

La ricercatrice è quindi entrata in contatto telefonicamente sia con le madri che con i padri.

Il primo intervento telefonico è stato effettuato entro i primi due mesi, il secondo entro i successivi due. L'intervallo fra i due momenti variava in funzione delle esigenze del singolo caso, così come la scelta dell'orario e della giornata in cui svolgere il colloquio. La ricercatrice si è resa disponibile a chiamare ogni soggetto adeguandosi il più possibile alle sue richieste. Per questo, le telefonate hanno avuto luogo in orari e giornate molto diversificati: la mattina presto (7.30), la sera tardi (22.30), durante la pausa pranzo, il sabato o la domenica.

In tutto, sono stati realizzati 346 interventi telefonici, 151 con madri e 195 con padri. Solo in 26 casi non è stato possibile stabilire un contatto con la figura maschile. Spesso ciò era dovuto a prolungati periodi di irreperibilità, ad esempio per motivi di

lavoro, piuttosto che a rifiuto.

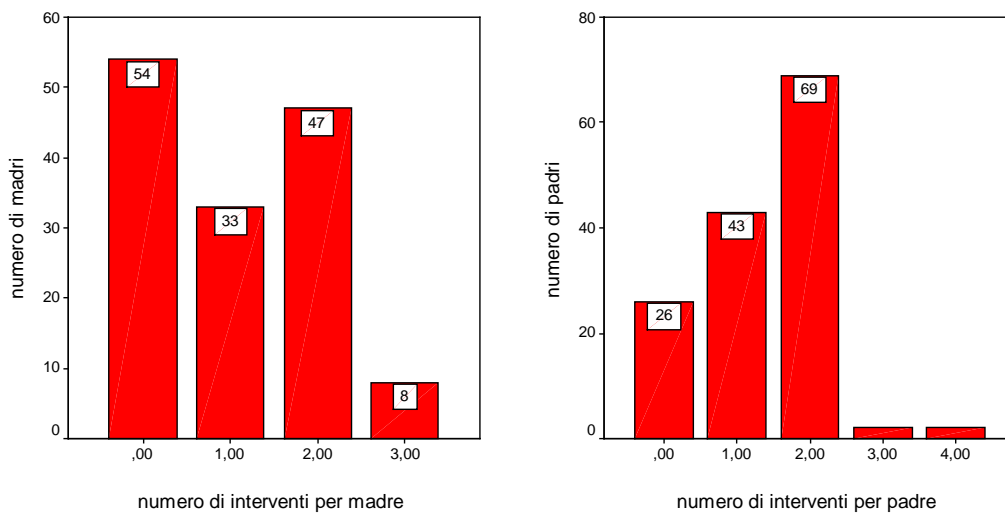
Ogni coppia ha ricevuto almeno due contatti nell'arco dei 4 mesi successivi alla nascita del bambino. In 63 casi, entrambi i membri della coppia hanno ricevuto l'intervento.

L'intervento è stato caratterizzato da flessibilità, in modo da adattarsi ai bisogni emergenti dal singolo o dalla coppia. In alcuni casi, quindi, ci sono stati più di 2 interventi mentre in altri ciò non è stato necessario. In altri casi ancora, si è provveduto a contattare la madre, o il padre, a seguito di una sollecitazione ricevuta dal/la partner.

Nelle Figure 3 e 4 è possibile osservare il numero di interventi ricevuto, rispettivamente, da madri e padri, durante il periodo dello studio.

Solo 3 madri e 3 padri hanno spontaneamente contattato la ricercatrice chiedendo di poter avere un colloquio faccia-a-faccia. Gli incontri hanno avuto luogo in un caso al domicilio della madre e per il resto presso l'Istituto in cui si è svolto lo studio.

Figure 3 e 4 – Numero di interventi per madre (sx) e padre (dx)



E' stato inoltre inviato per posta o via mail a 6 coppie materiale informativo relativo ai congedi parentali mentre a 3 coppie sono state date indicazioni circa servizi dell'Istituto o esterni ad esso (es. servizi attivati dal Comune per neo-genitori). In entrambi i casi, le richieste sono originate direttamente dalle coppie durante i colloqui telefonici.

I contenuti dei due tipi di intervento condotti, telefonico e faccia-a-faccia, non erano stati “predefiniti” perché l’obiettivo era di offrire un’occasione di confronto in cui poter approfondire gli spunti dell’opuscolo, ma anche permettere a ciascuno di esporre la propria particolare situazione.

I principali temi così emersi durante i colloqui telefonici sono stati:

- Allattamento (paure, difficoltà, tensioni, stanchezza, emozioni positive di soddisfazione e gratificazione)
- Preoccupazione per la gestione degli altri figli presenti in casa (richiesta di “indicazioni” rispetto alla gelosia manifestata, paura di ripercussioni negative dell’arrivo del nuovo membro sull’equilibrio familiare)
- Sentimenti di solitudine, tristezza, legati principalmente ai cambiamenti derivanti dalla nascita del bambino (lunga permanenza in casa, meno tempo per sé, etc.), in particolare da parte delle madri
- Rapporto con il/la partner: incomprensioni, difficoltà di comunicazione, poco spazio per la coppia, rapporti sessuali
- Rapporti con altri parenti (soprattutto genitori e suoceri)

Al Time 2, abbiamo chiesto a entrambi i genitori di valutare soggettivamente l’intervento telefonico: il 96.1% delle madri e il 95.7% dei padri ha infatti giudicato le telefonate ricevute *positive/molto positive*. Nessuno, inoltre, si è espresso in modo totalmente negativo, dimostrando così la praticabilità dell’intervento e la sua non-invasività.

Analogamente, anche l’opuscolo è stato ritenuto un buon strumento dalla maggior parte dei soggetti coinvolti: lo hanno letto quasi tutti (solo il 7.6% delle madri e l’8% dei padri non lo ha fatto o non se ne ricorda); l’84% delle donne e il 69.4% degli uomini ha affermato che gli era piaciuto *abbastanza/molto*.

Il 23,6% delle madri e il 18.4% dei padri ha inoltre affermato che la lettura dell’opuscolo ha avuto un’influenza positiva sulla relazione di coppia; nessuno ha accennato ad effetti negativi.

Infine, il 62.3% delle donne e il 46.9% degli uomini che lo hanno letto ne ha discusso con qualcuno, principalmente con il/la partner.

La valutazione complessiva dell'intervento e della partecipazione alla ricerca è stata estremamente positiva per tutti i soggetti del GS: il 90.9% dei padri e il 96.1% delle madri si è dichiarato *contento/molto contento* di aver preso parte al progetto.

I commenti dei genitori rispetto all'opuscolo e allo studio in generale sono stati sostanzialmente molto positivi. E' stata sottolineata più volte l'utilità e l'esigenza di poter avere qualcuno a cui poter fare riferimento in caso di necessità, per chiedere consigli ma anche sostegno e ascolto.

In alcuni casi, i genitori hanno commentato che l'approccio dell'opuscolo era troppo "utopistico", difficile da tradurre in realtà, e che sarebbe stato importante poter ricevere un numero più elevato di colloqui.

L'ideale, per molti, sarebbe di farlo divenire un servizio di routine, sempre disponibile per chi si trova a vivere l'esperienza di avere un bambino.

4. Time 2: l'effetto dell'intervento

L'effetto dell'intervento è stato valutato confrontando GS e GC, separatamente per madri e padri, 6 mesi dopo il parto.

4.1. Le madri

Salute psicologica dopo il parto

Al Time 2, è stato chiesto alle madri di valutare come era andata la propria salute psicologica negli ultimi 6 mesi su una scala da *molto male* a *molto bene*. Come si può vedere dalla Tabella 16, i due gruppi non mostrano differenze significative su questo aspetto, evidenziando pertanto il mancato effetto dell'intervento.

Tabella 16 – Salute psicologica 6 mesi dopo il parto

	Gruppo di controllo (N) % (142) 100	Gruppo sperimentale (N) % (128) 100
SALUTE PSICOLOGICA		
Molto bene/Bene	(113) 79.6	(98) 76.6
Né bene né male/Male/Molto male	(29) 20.4	(30) 23.4
	n.s.	

Emergono tuttavia differenze quando si fa riferimento ad aspetti specifici del benessere psicologico delle donne dopo il parto.

La Tab.17 mostra i dati riferiti dalle intervistate relativi a sentimenti di ansia/tensione, da un lato, e tristezza, desiderio di piangere, dall'altro, a partire dal momento del parto. Mentre l'intervento non ha prodotto effetti sul primo aspetto, ha contribuito significativamente a ridurre l'impatto del secondo: il 45.1% delle madri del GC ha infatti riportato di essersi sentita "triste" dopo la nascita del bambino ma solo il 31.2% delle donne del GS ha fatto lo stesso ($p=0.014$).

Tabella 17 – Ansia/tensione e tristezza dopo il parto

	Gruppo di controllo (N) % (142) 100	Gruppo sperimentale (N) % (128) 100
ANSIA/TENSIONE		
Mai/Raramente	(79) 55.6	(78) 60.9
Qualche volta/Spesso/Sempre	(63) 44.4	(50) 39.1
	n.s.	
TRISTEZZA		
Mai/Raramente	(78) 54.9	(88) 68.8
Qualche volta/Spesso/Sempre	(64) 45.1	(40) 31.2
	$p=0.014$	

Analizzando i punteggi finali sull'EPDS, non emergono invece differenze significative fra i due gruppi (Tab. 20).

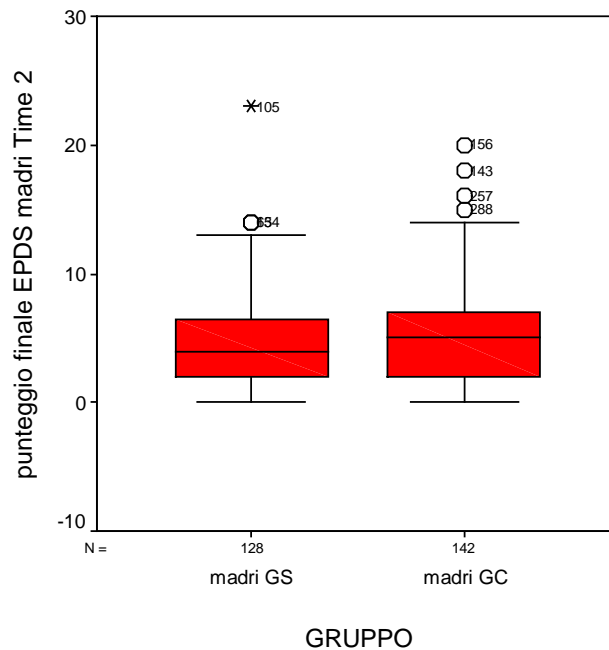
Tabella 20 – EPDS dopo il parto

	Gruppo di controllo (N) % (146) 100	Gruppo sperimentale (N) % (142) 100
PUNTEGGIO TOTALE sull'EPDS		
≤9	(124) 87.3	(116) 90.6
≥10	(18) 12.7	(12) 9.4
	n.s.	
	M=5.29 DS=3.83	M=4.59 DS=3.85

Nella Figura 5, però, è possibile evidenziare una tendenza a favore del GS: la mediana del GS è minore rispetto a quella del GC (rispettivamente, 4 e 5) e la sua differenza interquartile è più piccola (4.75 vs 5.25). Nel GC, inoltre, sono presenti più "outliers", ovvero valori molto differenti dalla media, che indicano, in questo

caso, donne che hanno punteggi molto elevati sull'EPDS.

Figura 5 – EPDS dopo il parto



E' stata quindi svolta un'analisi esplorativa per verificare l'eventuale presenza di differenze fra GS e GC su ogni singolo item dell'EPDS.

Nella Tabella 21 sono elencati i punteggi medi delle donne del GS e del GC su ogni quesito. Malgrado dal confronto non emergano differenze significative (eccetto in un caso, item 7, $p=0.04$), l'andamento delle risposte mostra che le donne del GS presentano valori tendenzialmente più bassi.

Tabella 21 – Medie dei singoli item dell'EPDS : confronto GS-GC

Item	GC	GS	<i>p</i>
1. Capacità di ridere e vedere il lato buffo delle cose	0.36	0.23	n.s.
2. Capacità di guardare al futuro con gioia	0.19	0.19	n.s.
3. Senso di colpa immotivato	0.94	0.79	n.s.
4. Preoccupazioni o ansie immotivate	1.14	0.99	n.s.
5. Paura o panico senza un valido motivo	0.15	0.17	n.s.
6. Sensazioni di essere sopraffatta dagli accadimenti	1.32	1.37	n.s.
7. Difficoltà di dormire per profonda infelicità	0.26	0.12	0.04
8. Sentimenti di tristezza o di infelicità	0.53	0.41	n.s.
9. Pianto causato da profonda tristezza	0.35	0.26	n.s.
10. Pensieri auto-lesionistici	0.03	0.02	n.s.

Sebbene quindi non sia possibile affermare che l'intervento ha avuto un effetto nel ridurre la presenza di sintomatologia depressiva dopo il parto, in base a quanto rilevato attraverso l'EPDS, ha però probabilmente prodotto dei cambiamenti positivi nel GS, contribuendo a migliorarne l'umore.

Infine, un elemento centrale per la salute psicologica di un individuo è la presenza di supporto sociale, la sensazione di avere qualcuno su cui poter contare.

Dall'analisi condotta emerge che l'intervento ha contribuito ad influenzare in qualche misura questo aspetto. Fra le donne del GS, infatti, un numero significativamente più alto afferma di poter contare su 2 o più persone (83.6% vs 73.2%, $p=0.028$, Tab.22) mentre le madri del GC fanno invece più spesso ricorso all'aiuto di un'ostetrica (54.2% vs 43%, $p=0.042$, Tab.22).

Tabella 22 – Supporto informale e formale

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(142) 100	(128) 100
FONTI di SUPPORTO		
0-1	(38) 26.8	(21) 16.4
2 o più	(104) 73.2	(107) 83.6
	$p=0.028$	
Ha consultato un'OSTETRICA		
Si	(77) 54.2	(55) 43.0
No	(65) 45.8	(73) 57.0
	$p=0.042$	

Emozioni e preoccupazioni legate alla maternità e all'allattamento

Rispetto alla maternità, le donne hanno riportato sentimenti contraddittori.

Sebbene la quasi totalità delle partecipanti abbia affermato di aver provato *gioia*²⁸, *serenità* e *divertimento* in relazione alla propria esperienza come madri nell'ultimo mese, molte hanno identificato anche emozioni negative, come *dolore*, *ansia*, *paura* e *frustrazione*.

Nella Tabella 23 vengono presentati i due indici sintetici, uno positivo e l'altro negativo, costruiti basandosi, rispettivamente, sulle 3 emozioni positive e sulle 7 emozioni negative proposte alle madri.

Non emergono differenze significative fra i due gruppi per il primo indice ma le

²⁸ Nel caso di questa emozione, nessuna madre ha indicato *Mai/Raramente*.

donne del GS hanno una probabilità significativamente minore ($p=0.039$) di avere provato *da qualche volta a sempre* 3 o più emozioni negative nel periodo considerato.

In particolare, meno donne del GS hanno riconosciuto vissuti di paura (21.1% vs 38%, $p=0.002$) e di ansia (27.3% vs 38%, $p=0.041$, dato non mostrato).

L'intervento, quindi, non sembra aver alterato i vissuti positivi delle donne coinvolte, ma ha limitato il manifestarsi di emozioni negative nel GS.

Tabella 23 – Emozioni negative legate alla maternità nell'ultimo mese

	Gruppo di controllo (N) % (142) 100	Gruppo sperimentale (N) % (128) 100
EMOZIONI POSITIVE		
0-2	(11) 7.7	(11) 8.6
3 o più	(131) 92.3	(117) 91.4
	n.s.	
EMOZIONI NEGATIVE		
0-2	(89) 62.7	(94) 73.4
3 o più	(53) 37.3	(34) 26.6
	$p=0.039$	

Il sostegno sociale telefonico sembra inoltre aver inciso positivamente sulle emozioni della donna rispetto all'allattamento, a prescindere dalla sua durata e dal suo decorso. Sei mesi dopo il parto, il 73% delle madri sta ancora allattando il proprio bambino, in forma esclusiva o mista, senza differenze fra GS e GC (dati non mostrati). Tuttavia, le donne del GS hanno vissuto, o stanno vivendo, come maggiormente positiva questa esperienza (Tab. 24).

Tabella 24 – Emozioni legate all'allattamento

	Gruppo di controllo (N) % (134) 100	Gruppo sperimentale (N) % (124) 100
EMOZIONI sull'ALLATTAMENTO		
Soprattutto positive	(78) 58.2	(87) 70.2
Soprattutto negative/mixed	(56) 41.8	(37) 29.8
	$p=0.031$	

¹Sono incluse solo le donne che hanno allattato

Come descritto nel capitolo precedente, inoltre, uno dei temi centrali degli interventi telefonici è stato quello relativo alla gestione di altri figli presenti in casa e delle loro reazioni rispetto al nuovo arrivato. Questo elemento sembra infatti aver contribuito a suscitare ansia e tensione nelle intervistate.

I due gruppi differiscono significativamente su questo aspetto: le madri del gruppo di controllo riportano più spesso del gruppo sperimentale preoccupazione in proposito, da *abbastanza a moltissimo* (Tab.25).

Tabella 25. Preoccupazioni per le reazioni degli altri figli'

	Gruppo di controllo (N) % (58) 100	Gruppo sperimentale (N) % (61) 100
PREOCCUPAZIONE per gli altri figli		
Per niente/poco	(30) 51.7	(42) 68.9
Abbastanza/Molto/Moltissimo	(28) 48.3	(19) 31.1
	<i>p</i> =0.039	

⁴Sono incluse solo le donne che hanno figli che vivono con loro.

Relazione di coppia

Sei mesi dopo il parto, non ci sono differenze significative tra le donne del GS e del GC per quanto riguarda la valutazione della relazione di coppia e i litigi con il partner (Tab. 26).

Tabella 26 –Relazione di coppia e litigi

	Gruppo di controllo (N) % (142) 100	Gruppo sperimentale (N) % (128) 100
RELAZIONE di COPPIA		
Molto buona	(79) 55.6	(59) 46.1
Buona	(44) 31.0	(51) 39.8
Meno Buona*	(19) 13.4	(18) 14.1
	n.s.	
LITIGI		
Mai/Raramente	(62) 43.7	(58) 45.3
Qualche volta/Spesso/Sempre	(80) 56.3	(70) 54.7
	n.s.	

*Include *abbastanza buona e difficile*

Sono state quindi prese in esame le possibili fonti di conflitto presenti nella coppia.

Uno degli aspetti che è stato analizzato è quello relativo ai rapporti sessuali. Sono poche (7%) le donne che non hanno ancora ripreso la propria attività sessuale all'interno della coppia, anche se il 18.1% di quelle che lo hanno fatto rivelano che non si sentivano pronte ed avrebbero preferito aspettare ancora (dati non mostrati). Più della metà delle partecipanti afferma di non essere pienamente soddisfatta (*da per niente ad abbastanza*) della propria vita sessuale e il 16.7% dichiara che questo argomento è più o meno spesso motivo di discussione con il partner (Tab.26). In nessuno di questi aspetti emergono differenze di rilievo fra i due gruppi.

Tabella 26 – Rapporti sessuali: soddisfazione e conflitti

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(142) 100	(128) 100
SODDISFAZIONE¹		
Per niente/Poco/Abbastanza	(89) 66.9	(80) 67.8
Molto/Moltissimo	(44) 33.1	(38) 32.6
	n.s.	
CONFLITTI		
Mai	(120) 84.5	(105) 82.0
Raram./Qualche volta/Spesso	(22) 15.5	(23) 18.0
	n.s.	

¹Sono state incluse solo le donne che hanno dichiarato di aver ripreso la propria attività sessuale nella coppia

Questa non è comunque l'unica causa di scontro all'interno della coppia. Fra i temi proposti dalla ricercatrice, il 33.7% delle madri ne ha identificati 3 o più su cui si trova *da qualche volta a sempre* in disaccordo col proprio partner (Tab.27). Anche in quest'ultimo caso, GS e GC si equivalgono.

Tabella 27 – Motivi di accordo/disaccordo nella coppia (indice sintetico)

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(142) 100	(128) 100
MOTIVI DI CONFLITTO		
0-2	(90) 63.4	(89) 69.5
3 o più	(52) 36.6	(39) 30.5
	n.s.	

Condivisione del lavoro domestico

Rispetto alla suddivisione dei compiti in casa, la situazione al Time 2 appare

sostanzialmente invariata rispetto a quanto descritto al Time 1. E' infatti sempre la madre a farsi carico di un numero maggiore di oneri: il 36.7% del campione complessivo svolge più della metà delle mansioni elencate nel questionario e permangono attività svolte quasi esclusivamente dalla donna, come “fare il bucato” (87.8%) e “stirare” (71.9%).

A fronte di questa evidenza, solo la metà delle madri (53%) riconosce che la situazione è rimasta immutata, se non peggiorata, rispetto alla nascita del bambino. Dalla Tabella 28 emerge una differenza significativa fra i due gruppi rispetto a questo aspetto: le donne del GS lamentano più frequentemente delle donne del GC che il proprio compagno partecipa in misura *uguale* o addirittura *meno di prima* alla vita domestica e familiare (58.6% vs 47.9%, $p=0.051$).

Il GS si dichiara anche meno soddisfatto della collaborazione del partner nella gestione della casa: il 64.1% delle donne di questo gruppo si dichiara *da per niente ad abbastanza* soddisfatta della suddivisione dei compiti, mentre la stessa valutazione viene fatta dal 55.6% delle madri del GC ($p=0.099$, Tab. 28).

Tabella 28 – Condivisione nella coppia del lavoro domestico
(riportata dalle madri)

	Gruppo di controllo (N) % (142) 100	Gruppo sperimentale (N) % (128) 100
PARTECIPAZIONE DEL PARTNER		
Più di prima del parto	(74) 52.1	(53) 41.4
Uguale o meno di prima	(68) 47.9	(75) 58.6
	$p=0.051$	
SODDISFAZIONE IN PROPOSITO		
No/Poco/Abbastanza	(79) 55.6	(82) 35.9
Molto	(63) 44.4	(46) 64.1
	$p=0.099$	
CONFLITTI IN PROPOSITO		
Raramente/Mai	(110) 77.5	(100) 78.1
Qualche volta→Sempre	(32) 22.5	(28) 21.9
	n.s.	

Non ci sono invece differenze tra i due gruppi per quanto riguarda i conflitti relativi alla divisione del lavoro familiare (Tab.28).

Condivisione del lavoro di cura

I compiti di accudimento vengono svolti in netta prevalenza dalle madri. Il 57% delle partecipanti allo studio è responsabile di più della metà delle mansioni relative alla gestione del bambino, come dargli da mangiare, lavarlo e vestirlo.

**Tabella 29 – Condivisione nella coppia del lavoro di cura
(riportata dalle madri)**

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(142) 100	(128) 100
SODDISFAZIONE		
Da Per niente ad Abbastanza	(77) 54.2	(61) 47.7
Molto	(65) 45.8	(67) 52.3
	n.s.	
CONFLITTI?		
Raramente/Mai	(134) 94.4	(122) 95.3
Qualche volta→Sempre	(8) 5.6	(6) 4.7
	n.s.	

Molte donne, tuttavia, si dichiarano insoddisfatte per questa divisione dei compiti. Non ci sono differenze tra gruppo di controllo e gruppo sperimentale né sulla divisione dei compiti, né sulla soddisfazione in proposito (Tab.29).

4.2. I padri

Salute psicologica dopo il parto

Analogamente alle madri, gli intervistati valutano positivamente la propria salute fisica e psicologica degli ultimi sei mesi. Pochissimi (N=8, 3.1%) sono stati ricoverati in ospedale dopo la nascita del bambino e quasi nessuno ha avuto necessità di chiedere l'aiuto di qualche specifica figura professionale (psicologo, psichiatra, etc.) (dati non mostrati).

Tuttavia, anche fra i padri sono presenti, o lo sono stati a partire dal parto, sentimenti di ansia/tensione e, in misura minore, tristezza. Il 19.8% dei padri del GS e il 23.7% di quelli del GC ha provato ansia *da qualche volta a sempre* mentre il 5.8% dei primi e l'8.9% dei secondi si è sentito triste, senza differenze significative in entrambi i casi (Tab.30).

Molti padri mostravano difficoltà nel riportare questo genere di emozioni durante l'intervista telefonica e tendevano a minimizzare ciò che avevano provato,

sottolineando che “non era niente di grave”. Questo era vero soprattutto per i sentimenti di tipo depressivo: affermare di essersi sentito triste e avere avuto voglia di piangere sembrava metterli particolarmente a disagio durante la telefonata.

Tabella 30 – Ansia/tensione e tristezza dopo il parto

	Gruppo di controllo		Gruppo sperimentale	
	(N) %		(N) %	
	(135) 100		(121) 100	
ANSIA/TENSIONE				
Mai/Raramente	(103)	76.3	(97)	80.2
Qualche volta/Spesso/Sempre	(32)	23.7	(24)	19.8
	n.s.			
TRISTEZZA				
Mai/Raramente	(123)	91.1	(114)	94.2
Qualche volta/Spesso/Sempre	(12)	8.9	(7)	5.4
	n.s.			

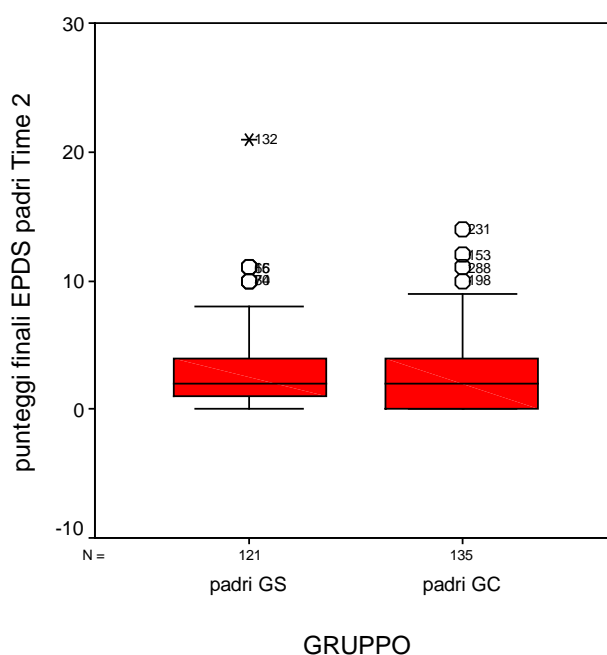
I punteggi finali all’EPDS mostrano una bassa prevalenza di depressione nei due gruppi, senza differenze di rilievo: il 6.7% del GC e il 5.8% del GS (n.s.) presenta valori oltre la soglia al Time 2 (Tab. 31).

Come si può vedere in Fig.6, inoltre, i punteggi sono molto contratti verso l’estremità inferiore della scala e anche i valori più elevati sono comunque “bassi”(c’è un unico totale pari a 21, seguito a distanza da un 14, un 12 e tre 11).

Tabella 31 – EPDS dopo il parto

	Gruppo di controllo		Gruppo sperimentale	
	(N) %		(N) %	
	(135) 100		(121) 100	
PUNTEGGIO TOTALE sull’EPDS				
≤7	(126)	93.3	(114)	94.2
≥8	(9)	6.7	(7)	5.8
	n.s.			
	M=2.54	DS=2.90	M=2.74	DS=2.94

Figura 6 – EPDS dopo il parto



Per quanto concerne il sostegno sociale percepito dai padri, dalla Tab. 32 si può rilevare una differenza significativa fra gli uomini del GS e quelli del GC: il 74.4% dei padri che hanno fruito dell'intervento riporta di poter contare su 2 o più persone contro il 62.2% dei padri del GC ($p=0.025$).

Tabella 32 – Supporto informale

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
FONTE di SUPPORTO		
0-1	(51) 37.8	(31) 25.6
2 o più	(84) 62.2	(90) 74.4
	$p=0.025$	

Emozioni e preoccupazioni legate alla paternità e all'allattamento della partner

Nel complesso, i padri che hanno aderito alla ricerca si sono dichiarati molto coinvolti dalla nascita del bambino e partecipi nel suo accudimento, pur attribuendo un ruolo di maggior rilievo alla figura materna.

Malgrado nella maggior parte dei casi abbiano fatto riferimento alla maternità come ad un fatto “naturale”, che in qualche modo non prevede “complicazioni”, sono

sembrati attenti ai vissuti della donna e alle eventuali difficoltà incontrate nel dopo parto. Più di un terzo degli intervistati ha riconosciuto, ad esempio, che per la propria compagna l'esperienza dell'allattamento ha suscitato emozioni negative o contraddittorie, senza differenze di rilievo fra i due gruppi (dati non mostrati).

Rispetto alle madri, i padri si sono rivelati meno preoccupati delle reazioni degli altri bambini, anche in questo caso senza differenze fra GS e GC (Tab.33).

Tabella 33. Preoccupazioni per le reazioni degli altri figli¹

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(53) 100	(60) 100
PREOCCUPAZIONE per gli altri figli		
Per niente/poco	(41) 77.4	(47) 78.3
Abbastanza/Molto/Moltissimo	(12) 22.6	(13) 21.7
	n.s.	

¹Sono stati inclusi solo i padri che hanno altri figli.

Relazione di coppia

La quasi totalità dei padri giudica *buona* o *molto buona* la propria relazione con la partner, anche se quasi la metà afferma di litigare con la compagna *da qualche volta a spesso* (Tab.34), senza differenze tra GS e GC.

Tabella 34 – Relazione di coppia e litigi

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
RELAZIONE di COPPIA		
Molto buona	(72) 53.3	(70) 57.9
Buona	(55) 40.7	(39) 32.2
Meno buona*	(8) 5.9	(12) 9.9
	n.s.	
LITIGI		
Mai/Raramente	(78) 57.8	(66) 54.5
Qualche volta/Spesso/Sempre	(57) 42.2	(55) 45.5
	n.s.	

*include *abbastanza buona* e *difficile*

Una fonte di conflitto rilevata dai padri sono i rapporti sessuali: fra quanti hanno ripreso i rapporti, più della metà afferma di non essere soddisfatto della vita sessuale

di coppia e per una minoranza (il 14.9% del GS e il 12.6% del GC) questo è motivo di discussione con la partner (Tab.35).

Su nessuno di questi due indicatori, tuttavia, si rilevano differenze tra i padri del GS e quelli del GC.

Tabella 35 - Soddisfazione e conflitti rispetto ai rapporti sessuali

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
SODDISFAZIONE¹		
Per niente/Poco/Abbastanza	(74) 59.2	(75) 66.4
Molto/Moltissimo	(51) 40.8	(38) 33.6
	n.s.	
CONFLITTI		
Mai	(118) 87.4	(103) 85.1
Raram./Qualche volta/Spesso	(17) 12.6	(18) 14.9
	n.s.	

¹Sono inclusi solo i padri che affermano di aver ripreso la propria attività sessuale all'interno della coppia.

Per quanto concerne, infine, altri possibili motivi di conflitto nella coppia, il 26.6% del campione identifica da 3 a più argomenti che sono *da qualche volta a spesso* causa di disaccordo con la partner fra quelli proposti nel questionario telefonico (Tab.36). Non emergono differenze significative fra GS e GC.

Tabella 36 - Motivi di accordo/disaccordo nella coppia (indice sintetico)

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
MOTIVI DI CONFLITTO		
0-2	(103) 76.3	(85) 70.2
3 o più	(32) 23.7	(36) 29.8
	n.s.	

Condivisione del lavoro domestico

Sei mesi dopo il parto, la quasi totalità dei padri svolge un lavoro e solo una piccola parte ha usufruito del congedo parentale, adducendo fra le principali motivazioni che è più "naturale" che stia la madre a casa con un bambino piccolo e cause economiche. Non ci sono differenze in proposito tra padri del GS e padri del GC (dati non mostrati).

Tabella 37 – Condivisione nella coppia del lavoro domestico
(riportata dai padri)

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
PROPRIA COLLABORAZIONE		
Più di prima	(70) 51.9	(43) 35.5
Uguale o meno di prima	(65) 48.1	(78) 64.5
	<i>p</i> =0.006	
LA PARTNER VORREBBE di PIU'?		
Si, credo di si	(72) 53.3	(59) 48.8
No, credo di no/non so	(63) 46.7	(62) 51.2
	.n.s.	
CONFLITTI?		
Raramente/Mai	(109) 80.7	(100) 82.6
Qualche volta→Sempre	(26) 19.3	(21) 17.4
	n.s.	

Rispetto alla propria partecipazione alla vita domestica, gli intervistati evidenziano che la maggior parte dei compiti viene svolta dalle proprie partner, in accordo con quanto riferito dalle madri.

Sebbene non emergano differenze fra i due gruppi nella collaborazione alle singole mansioni considerate, i padri del GS riconoscono più frequentemente che la situazione è rimasta immutata rispetto a prima della nascita del bambino (64.5% vs 48.1%, *p*=0.006, Tab.37), in perfetta analogia con le partner.

Condivisione del lavoro di cura

I padri intervistati riconoscono che le madri sopportano il carico maggiore anche nella gestione del bambino appena nato. In particolare, ci sono alcuni compiti, come cambiarlo, lavarlo o vestirlo, che quasi nessun padre svolge in prevalenza rispetto alla madre. L'attività maggiormente condivisa risulta quella di portarlo fuori ma anche in questo caso solo il 2.7% del campione complessivo la svolge in autonomia. Non ci sono differenze in proposito tra padri del gruppo sperimentale e padri del gruppo di controllo (dati non mostrati).

Inoltre, non c'è nessuna differenza tra i due gruppi né nella valutazione che gli uomini fanno dei desideri della partner, né degli eventuali conflitti di coppia in

proposito (Tab.38)

*Tabella 38 – Condivisione nella coppia del lavoro di cura
(riportata dai padri)*

	Gruppo di controllo	Gruppo sperimentale
	(N) %	(N) %
	(135) 100	(121) 100
LA PARTNER VORREBBE di PiU'?		
Si, credo di si	(43) 31.9	(38) 31.4
No, credo di no/non so	(92) 68.1	(83) 68.6
	.n.s.	
CONFLITTI?		
Raramente/Mai	(127) 94.1	(116) 95.9
Qualche volta→Sempre	(8) 5.9	(5) 4.1
	n.s.	

In sintesi, benché l'intervento fosse diretto principalmente ai padri, 6 mesi dopo il parto si rilevano pochissime differenze tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Queste piccole differenze consistono in una maggior percezione da parte dei padri del loro scarso contributo al lavoro domestico e in un maggior sostegno sociale riportato.

Tutti gli indicatori relativi al benessere psicologico e alle relazioni nella coppia, invece, non differiscono che i padri abbiano usufruito dell'intervento o meno.

4.3. I fattori che influenzano il disagio psicologico delle madri 6 mesi dopo il parto

Un ulteriore obiettivo dell'analisi era di esplorare l'effetto dell'intervento sull'insorgenza di sentimenti depressivi nelle donne 6 mesi dopo il parto, controllando per gli altri fattori di rischio associati al manifestarsi di questa sintomatologia.

Sono stati quindi costruiti dei modelli di regressione logistica multipla, includendo l'appartenenza al gruppo (GS/GC) assieme ai principali fattori di rischio di depressione nel post-partum indicati dalla letteratura (cfr. parte prima, par.2.2.) e confermati dalle analisi esplorative condotte su questo campione.

Le analisi bivariate hanno mostrato che le seguenti variabili sono significativamente associate al punteggio dell'EPDS dopo il parto:

- sentimenti di depressione in gravidanza (rilevati nel primo questionario)
- valutazione della relazione di coppia in gravidanza (rilevata nel primo questionario)
- indice sintetico dei motivi di disaccordo fra i partner dopo il parto (rilevati nel secondo questionario)

Le seguenti variabili sono significativamente associate nelle analisi bivariate ai sentimenti soggettivi di tristezza delle donne dopo il parto:

- sentimenti di depressione in gravidanza (rilevati nel primo questionario)
- valutazione della relazione di coppia in gravidanza (rilevata nel primo questionario)
- indice sintetico dei motivi di disaccordo fra i partner dopo il parto (rilevati nel secondo questionario)

Per tener conto del contesto di vita delle donne, le loro principali caratteristiche socio-demografiche - età, nazionalità, titolo di studio, stato civile e parità - sono state incluse nei modelli di analisi multivariata.

La Tabella 39 mostra i risultati del modello di regressione logistica multipla, che ha, come variabile dipendente, il punteggio dell'EPDS 6 mesi dopo il parto.

Tabella 39 – Adjusted Odds Ratios dell'associazione tra partecipazione all'intervento e EPDS delle madri 6 mesi dopo il parto

	Adjusted* Odds Ratios (Exp(B) per EPDS≥10 (95% CI), p
Appartenenza al gruppo	
Gruppo sperimentale ^a	1.00
Gruppo di controllo	0.44 (0.19-1.02)
Relazione di coppia in gravidanza	
Buona ^a	1.00
Non buona	4.15 (1.79-9.65), <i>p</i> =0.001
Depressione in gravidanza	
No ^a	1.00
Sì	28.81 (9.22-90.02), <i>p</i> <0.001
Fonti di disaccordo nella coppia dopo il parto	
0-2 ^a	1.00
3 o più	1.71 (0.74-3.98)

^aCategoria di riferimento

* Aggiustato su età, nazionalità, titolo di studio e parità

Aver fruito o meno dell'intervento non risulta associato alla presenza di sintomi depressivi dopo il parto, misurati dall'EPDS. Sono invece associati al punteggio all'EPDS i sentimenti depressivi in gravidanza (AOR=28.81 CI 9.22-90.02) e riportare una relazione "non buona" con il partner in gravidanza (AOR 4.15, CI 1.79-9.65).

L'indicatore di disaccordo nella coppia dopo il parto non risulta invece associato al punteggio dell'EPDS nella regressione logistica multipla.

Le stesse variabili sono state incluse in un altro modello di regressione logistica multipla, utilizzando come variabile d'esito i sentimenti di tristezza riportati soggettivamente dalla donna 6 mesi dopo il parto (Tab.40).

Tabella 40 – Adjusted Odds Ratios dell'associazione tra partecipazione all'intervento e sentimenti di tristezza delle madri 6 mesi dopo il parto

	Adjusted* Odds Ratios (Exp(B) per EPDS≥10 (95% CI), p
Appartenenza al gruppo	
Gruppo sperimentale ^a	1.00
Gruppo di controllo	1.74 (1.02-2.99), p=0.043
Relazione di coppia in gravidanza	
Buona ^a	1.00
Non buona	2.11 (1.16-3.83), p=0.014
Depressione in gravidanza	
No ^a	1.00
Sì	1.89 (0.79-4.50)
Fonti di disaccordo nella coppia dopo il parto	
0-2 ^a	1.00
3 o più	1.71 (0.74-3.98)

^aCategoria di riferimento

* Aggiustato su età, nazionalità, titolo di studio, stato civile e parità

Controllando per le altre covariate, le donne che non hanno beneficiato dell'intervento presentano un rischio maggiore (AOR 1.74, CI 1.02-2.99) di provare sentimenti di tristezza nei 6 mesi successivi al parto. La relazione "non buona" con il partner in gravidanza è pure associata ai sentimenti di tristezza nel dopo parto (AOR 2.11, CI 1.16-3.83).

L'indicatore di disaccordo nella coppia dopo il parto non risulta invece associato ai sentimenti di tristezza nella regressione logistica multipla (Tab.40).

In entrambi i modelli, i risultati non variano se vengono utilizzati altri indicatori della

relazione di coppia, come l'accordo tra i partner relativo alla gravidanza, o la presenza di conflitti relativi alla vita sessuale nel dopo parto.

In conclusione, i risultati delle analisi di regressione logistica multipla mostrano che l'intervento non ha avuto nessun effetto sui punteggi dell'EPDS 6 mesi dopo il parto. Controllando per le caratteristiche socio-demografiche delle donne, e per gli indicatori della relazione di coppia, l'intervento ha avuto invece un effetto sui sentimenti soggettivi di tristezza espressi dalle mamme.

I risultati dell'analisi mostrano così l'efficacia dell'intervento nel prevenire i sentimenti di tristezza e promuovere il benessere delle mamme; confermano inoltre il ruolo delle difficoltà nella relazione di coppia (espresse con indicatori diversi) nell'influenzare il disagio psicologico delle madri, che abbiano o meno usufruito dell'intervento di sostegno.

PARTE QUARTA

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Tra Dicembre 2007 e Ottobre 2008, presso il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste, è stato realizzato uno studio randomizzato controllato (RCT) per verificare fattibilità ed efficacia di un intervento di supporto diretto a padri, volto a migliorare la comunicazione e il sostegno reciproco nella coppia, e a promuovere il benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio.

L'intervento presentava numerosi aspetti innovativi: si rivolgeva ai padri, con l'opuscolo informativo e la disponibilità al sostegno sociale; utilizzava il mezzo telefonico; e si adattava, nei contenuti, ai bisogni degli individui a cui era rivolto.

Il primo risultato dello studio riguarda la sua fattibilità. L'intervento è stato implementato con successo: su 145 padri del GS, 119 hanno ricevuto l'intervento telefonico; fra i 26 non raggiunti, la maggior parte erano assenti per motivi di lavoro. In 151 casi c'è stata, inoltre, un'interazione telefonica anche con le madri.

L'intervento inoltre è stato valutato favorevolmente da entrambi i genitori. In particolare, la lettura dell'opuscolo è stata giudicata in modo positivo sia dai padri che dalle madri: per alcuni ha migliorato la relazione di coppia, mentre per altri ha rappresentato un utile spunto di riflessione. Entrambi hanno valutato in modo estremamente positivo i contatti avuti con la ricercatrice, mostrando che il telefono può rappresentare un canale d'elezione per garantire, con poca invasività e costi contenuti, una buona adesione ai programmi di intervento diretti a neo genitori. Diversi studi, d'altra parte, hanno evidenziato l'efficacia del mezzo telefonico per limitare il tasso di abbandono dei soggetti nelle ricerche (Dennis, 2003; Tutty et al., 2005; Mohr et al., 2008) anche se nessuno, finora, aveva adottato tale strumento per realizzare un intervento diretto ai neo-padri.

La flessibilità dell'implementazione del programma ha presumibilmente favorito una buona risposta da parte dei soggetti coinvolti: orari e contenuti dei colloqui telefonici sono stati sempre adattati alle esigenze del singolo in modo da favorirne la partecipazione. In questo modo è stata garantita l'individualizzazione dell'intervento, elemento centrale nell'ambito della prevenzione (WHO, 2004, 2004b; MacArthur et al., 2002).

Da sottolineare che pochi padri sono entrati spontaneamente in contatto con la ricercatrice, confermando la difficoltà di coinvolgere gli uomini in progetti che li riguardano in prima persona (WHO, 2007). Analogamente, poche madri hanno utilizzato spontaneamente il numero telefonico a disposizione. In parte, ciò può essere dovuto al fatto che l'intervento era presentato come rivolto esclusivamente agli uomini. Tuttavia, questa reticenza delle madri è in linea con i numerosi studi che rilevano la difficoltà delle donne nel chiedere aiuto in questo periodo della propria vita, in particolare riguardo i sintomi depressivi (Letourneau et al., 2007; Whitton et al., 1996).

Per quanto riguarda l'efficacia dell'intervento, i risultati mostrano che, 6 mesi dopo il parto, le madri del gruppo sperimentale riportano meno tristezza, meno preoccupazioni per gli altri bambini, meno sentimenti negativi rispetto all'allattamento.

Riportano inoltre maggiori fonti di sostegno sociale e un minor ricorso, per consigli e supporto, all'ostetrica.

Benché non ci siano differenze nei numerosi indicatori della relazione di coppia, le madri del GS sono più consapevoli dello scarso aiuto dei loro partner nel lavoro domestico. Non ci sono invece differenze per quanto riguarda il punteggio all'EPDS. Per quanto concerne i padri, l'intervento non ha avuto alcun effetto, né positivo né negativo, eccetto che su due indicatori: i padri del GS riportano maggiori fonti di sostegno, e sono più consapevoli di aiutare poco in casa, condividendo quindi la valutazione fatta dalle loro compagne. È bene sottolineare che questa maggiore consapevolezza della scarsa partecipazione maschile non è tuttavia associata a maggior conflitti nella coppia.

In sintesi, l'intervento si è dimostrato efficace nel promuovere il benessere delle madri 6 mesi dopo il parto. Le precauzioni metodologiche adottate – la randomizzazione nei due gruppi, che ha permesso di ottenere un GS e un GC perfettamente comparabili al Time 1, e il fatto che chi ha condotto le interviste al Time 2 per il GS non coincideva con chi aveva realizzato l'intervento-, permette di attribuire i risultati all'intervento all'intervento stesso, e non ad altri fattori.

L'effetto dell'intervento sulle madri è messo in luce anche dall'analisi multivariata:

controllando per le altre variabili associate alla tristezza, le madri che non avevano fruito dell'intervento presentavano un rischio quasi doppio di provare sentimenti di tristezza 6 mesi dopo il parto rispetto alle madri del gruppo sperimentale.

Una questione aperta riguarda l'assenza di un effetto sull'EPDS. E' stato adottato un valore soglia di 9/10, come suggerito per lo screening sulla popolazione generale (Cox et al., 1987). Ciò dovrebbe permettere di rilevare anche sintomi depressivi di più lieve entità. Tuttavia, la scala misura contemporaneamente aspetti depressivi e ansiosi. L'intervento potrebbe avere avuto effetto solo sui primi, senza modificare in modo significativo il punteggio finale sulla scala. Un altro risultato dello studio offre parziale conferma a questa ipotesi: le madri dei due gruppi riportano infatti in misura equivalente vissuti di ansia/tensione dopo il parto, dimostrando l'inefficacia dell'intervento su questa componente. Questi risultati suggeriscono la necessità di affiancare all'ormai molto diffuso EPDS delle misure più "soft" e maggiormente capaci di rilevare anche piccole variazioni nel benessere delle madri dopo il parto.

Un risultato non previsto riguarda il supporto sociale: madri e padri del GS riportano in maniera significativamente più frequente di quelli del GC di poter contare su 2 o più fonti di supporto. Le donne del GS, inoltre, si rivolgono meno spesso all'ostetrica. Una delle finalità dell'intervento era di promuovere la comunicazione e il sostegno nella coppia ed effettivamente il/la partner è la fonte di supporto più frequentemente citata. Questo, assieme alla possibilità di contare sulla ricercatrice, potrebbe aver fatto sentire entrambi i genitori più sostenuti, e potrebbe aver reso meno necessario per le donne del GS la ricerca di un aiuto professionale.

In sintesi, la valutazione complessiva dell'intervento condotto porta ad evidenziare che, pur essendo diretto ai padri, ha avuto un effetto quasi esclusivamente sulle madri. Malgrado la buona adesione da parte degli uomini, è stato a volte molto arduo superare le barriere che ostacolavano il contatto diretto con loro: spesso, c'era un'aperta diffidenza nel discutere di argomenti personali e nel trattare il tema della paternità. Forse con un maggiore numero di colloqui sarebbe stato possibile arrivare a risultati più significativi.

Lo studio presenta alcuni limiti, in particolare per quanto riguarda il campione. L'ampiezza ridotta del campione ha reso più difficile mettere in evidenza eventuali

differenze fra i due gruppi. Un altro limite è dato dall'esclusione delle madri coinvolte nello studio di coorte in corso presso lo stesso Istituto: non avendo informazioni in proposito, non è stato possibile stabilire se differivano in modo significativo dalle donne incluse nella ricerca. Infine, nel campione ci sono poche donne straniere. Tuttavia, un aspetto positivo è che il tasso di risposta di madri e padri è stato molto buono, sia al Time 1 sia al Time 2.

Una questione che resta aperta è quali siano gli elementi dell'intervento che hanno funzionato: l'opuscolo, i colloqui della ricercatrice con i padri e con le madri, o i meccanismi che questi interventi hanno stimolato nella coppia. E' possibile che uno degli aspetti che ha reso l'intervento efficace sia stata la sua flessibilità, la capacità di adattarsi ai bisogni e alla disponibilità concreta dei partecipanti. Non c'è stata infatti omogeneità nell'intervento: in alcuni casi è stato contattato solo il padre, in altri (pochi) solo la madre, in altri ancora entrambi i genitori. Questa stessa flessibilità e la conseguente mancata omogeneità rendono tuttavia difficile valutare quali siano stati gli elementi più efficaci dell'intervento.

Molti sono gli aspetti che contraddistinguono positivamente questa ricerca. L'utilizzo di un RCT ha permesso di creare due gruppi perfettamente comparabili al Time 1 e quindi di verificare gli esiti dell'intervento sul GS.

L'intervento è stato rivolto a tutta la popolazione e non solo a donne "a rischio", come si fa nella maggior parte dei programmi di questo tipo (cfr. parte prima, par. 4.1.): ciò contribuisce ad accrescere la portata dei risultati di questo studio. Dalla rassegna di Dennis (2005) sugli interventi di prevenzione della depressione post-partum emerge infatti che è più facile trovare degli effetti positivi in quelli diretti a donne già "a rischio" o ammalate.

Il tipo di intervento condotto, inoltre, è poco invasivo, relativamente poco costoso ed è stato ben accettato dalla maggior parte delle persone coinvolte, come dimostrano le valutazioni dei partecipanti allo studio. E' stato comunque importante prevedere non solo la disponibilità di un servizio (il numero dedicato) ma anche un'azione concreta (i 2 interventi telefonici): solo così si sono potuti raggiungere quasi tutti i soggetti del GS.

In conclusione, lo studio realizzato ha voluto esplorare una diversa modalità per

promuovere il benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio. L'intervento ha avuto esiti positivi sulle madri, dimostrandosi quindi praticabile ed efficace. Coinvolgere i padri sembra una via innovativa percorribile sia per prevenire l'insorgenza di sintomi depressivi dopo il parto nelle madri, sia per migliorare il vissuto di uomini e donne rispetto alla propria esperienza di paternità e maternità. Sono necessari tuttavia altri studi, condotti con campioni più ampi e in altri contesti, per confermare quanto emerso da questo lavoro e garantire risposte adeguate e soddisfacenti alle domande di tutti i neo genitori.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Adewuya, A.O., Ola, B.O., Aloba, O.O., Mapayi, B.M., Okeniyi, J.A.O. (2008). Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *Journal of Affective Disorders*, 108, 191-193.
2. Agresti, A. & Finlay, B. (1997). *Statistical Methods for the Social Sciences*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
3. Amankwaa, L.C. (2005). Maternal Postpartum Role Collapse as a Theory of Postpartum Depression. *The Qualitative Report*, 10 (1), 21-38.
4. Ammaniti, M., Cimino, S., Trentini, C. (2007). *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
5. Austin, M.-P. & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 10-17.
6. Austin, M.-P. (2003). Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 244-250.
7. Austin, M.-P. & Priest, S.R. (2006). Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (2), 97-104.
8. Ballard, C. & Davies, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 65-71.
9. Bani, M. & Dolce, R. (2009). *La depressione postpartum in rete: risorse e prospettive*. In: Zaccagnino, M. (2009). *I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
10. Bauer, D. (2006). Les temps des parents après une naissance. *DREES, Études et Résultats*, 483.
11. Beck, C.T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research*, 44, 298-304.
12. Beck, C.T. (1998). The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (1), 12-20.
13. Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
14. Beck, C.T. (2002). Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12 (4), 453-472.
15. Bennett, H.A., Boon, H.S., Romans, S.E., Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy-a qualitative study. *BMC Women's Health*, 7:13, <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/7/13>.

16. Benvenuti, P., Ferrara, M., Nicolai, C., Valoriani, V., Cox, J.L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 137-141.
17. Bielawska-Batorowicz, E. & Kossakowska-Petrycka, K. (2006). Depressive mood in men after the birth of their offspring in relation to a partner's depression, social support, fathers' personality and prenatal expectations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (1), 21-29.
18. Bilszta, J.L.C., Gu, Y.Z., Meyer, D., Buist, A.E. (2008). A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32 (5), 424-430.
19. Boath, E., Bradley, E., Anthony, P. (2004). Users' view of two alternative approaches to the treatment of postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (1), 13-24.
20. Boyce, P., Condon, J., Barton, J., Corkindale, C. (2007). First-Time Fathers' Study: psychological distress fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 4, 718-725.
21. Boyd, R.C., Le, H.N., Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 141-153.
22. Boyer, D. (2007). *Le congé parental peut-il promouvoir l'égalité entre hommes et femmes? Recours et pratiques des pères bénéficiaires de l'Allocation parentale d'éducation*. In: Coulon, N. & Cresson, G. (Eds.) (2007). *La Petite Enfance. Entre famille et crèches, entre sexe et genre*. Paris: L'Harmattan.
23. Bowen, E., Heron, J., Waylen, A., Wolke, D. and the ALSPAC Study Team (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJORG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 1083-1089.
24. Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363 (9405), 303-310.
25. Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
26. Buist, A.E. (2002). Mental health in pregnancy: the sleeping giant. *Australasian Psychiatry*, 10 (3), 203-206.
27. Buist, A.E., Speelman, C., Hayes, B., Reay, R., Milgrom, J., Meyer, D., Condon, J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 49-54.
28. Buist, A.E., Austin, M.-P. V., Hayes, B.A., Speelman, C., Bilszta, J.L.C., Gemmill, A.W., Brooks, J., Ellwood, D., Milgrom, J. (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National

- Postnatal Depression Program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 66-73.
29. Bustreel, A. (2007). *Les facteurs de l'implication du père dans la garde des jeunes enfants*. In: Coulon, N. & Cresson, G. (Eds.) (2007). *La Petite Enfance. Entre famille et crèches, entre sexe et genre*. Paris: L'Harmattan.
 30. Campbell, J., Garcia-Moreno, C., Sharps, P. (2004). Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women*, 10 (7), 770-789.
 31. Carter, F.A., Carter, J.D., Luty, S.E., Wilson, D.A., Frampton, C.M.A., Joyce, P.M. (2005). Screening and treatment for depression during pregnancy: a cautionary note. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 255–261.
 32. Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Rogé, B., Mullet, E. (2002). Prevention and Treatment of Post-Partum Depression: a Controlled Randomised Study on Women at Risk. *Psychological Medicine*, 32 (6), 1039-1047.
 33. Coates, A.O., Schaefer, C.A., Alexander, J.L. (2004). Detection of Postpartum Depression and Anxiety in a Large Health Plan. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 117-133.
 34. Coleman, W.L., Garfield, C. and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2004). Fathers and Pediatricians: Enhancing Men's Roles in the Care and Development of Their Children. *Pediatrics*, 113 (5) 1406-1411.
 35. Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social Support and Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (6), 1243-1258.
 36. Condon, J.T., Boyce, P., Corkindale, C.J. (2004). The Firts-Time Fathers' Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 56-64.
 37. Cornish, A.M., McMahon, C.A., Ungerer, J.A., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior & Development*, 28, 407-417.
 38. Coulon, N. & Cresson, G. (2007). *La parentalité et ses genres. Les sciences humaines et la place du père auprès du jeune enfant*. In: Coulon, N. & Cresson, G. (Eds.) (2007). *La Petite Enfance. Entre famille et crèches, entre sexe et genre*. Paris: L'Harmattan.
 39. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
 40. Cresson, G. & Romito, P (1993). Ces mères qui ne font rien. La dévalorisation du

travail des femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 14 (3), 33-62.

41. Cuijpers, P., Brännmark, J.G., Van Straten, A. (2008). Psychological Treatment of Postpartum Depression: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (1), 103-118.
42. Currò, V., De Rosa, E., Maulucci, S., Maulucci, M.L., Silvestri, M.T., Zambrano, A., Regine, V. (2009). The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. *Italian Journal of pediatrics*, 35:32, <http://www.ijponline.net/content/35/1/32>.
43. Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 95-102.
44. Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J.F., Golding, J. and the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team (1998). Family Structure and Depressive Symptoms in Men Preceding and Following the Birth of a Child. *American Journal of Psychiatry*, 155, 818-823.
45. Deave, T., Heron, J., Evans, J., Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*, 115, 1043-1051.
46. Delforge, S. (2007). *Le genre de la fonction parentale. Une analyse de la presse des professionnel(le)s de l'enfance*. In: Coulon, N. & Cresson, G. (Eds.) (2007). *La Petite Enfance. Entre famille et crèches, entre sexe et genre*. Paris: L'Harmattan.
47. Dennis, C.-L. (2003). *Detection, prevention, and treatment of postpartum depression*. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
48. Dennis, C.-L., Janssen, PA., Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 338-346.
49. Dennis, C.-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: a systematic review. *British Medical Journal*, 331, (7507): 15.
50. Dennis, C.-L. & Ross, L.E. (2006a). Depressive Symptomatology in the Immediate Postnatal Period: Identifying Maternal Characteristics Related to True- and False-Positive Screening Scores. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (5), 265-273.
51. Dennis, C.-L. & Ross, L.E. (2006b). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), 588-599.
52. Dennis, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D.E., Kiss,

- A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338 (7689), 1-13.
53. Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P. (2002). Division of Domestic Work and Psychological Distress 1 Year After Childbirth: A comparison Between France, Québec and Italy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 12, 397-409.
54. Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P. (2003). Psychological distress one year after childbirth: a cross-cultural comparison between France, Italy and Québec. *European Journal of Public Health*, 13 (3), 218-225.
55. De Tychev, C., Briançon, S., Lighezzolo, J., Spitz, E., Kabuth, B., De Luigi, V., Messembourg, C., Girvan, F., Rosati, A., Thockler, A., Vincent, S. (2007). Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 312-322.
56. Dierker, L.C., Merikangas, K.R., Szatmari, P. (1999). Influence of Parental Concordance for Psychiatric Disorders on Psychopathology in Offsprings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (3), 280-288.
57. Dietz, P.M., Williams, S.B., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Whitlock, E.P., Hornbrook, M.C. (2007). Clinically Identified Maternal Depression Before, During and After Pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1515-1520.
58. Dietz, L.J., Jennings, K.D., Kelley, S.A., Marshal, M. (2009). Maternal Depression, Paternal Psychopatology, and Toddlers' Behavior Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (1), 48-91.
59. Doss, B.D., Rhoades, G.K., Stanley, S.M., Markmann, H.J. (2009). The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An 8-Year Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 96 (3), 601-619.
60. Downe, S.M., Butler, E., Hinder, S. (2007). Screening tools for depressed mood after childbirth in UK-based South Asian women: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (6), 565-583.
61. Dudley, M., Roy, K., Kelk, N., Bernard, D. (2001). Psychological correlates of depression in fathers and mothers in the first postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19 (3), 187-202.
62. Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Samuelsen, SO. (2001). Review of validation studies of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandidavica*, 104, 243-249.
63. Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, SO., Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 426-433.

64. Escribà-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M.C., Barola-Vilar, M., Artactotz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are these gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 000, 1-6, 10.1136/jech.2007.063016.
65. Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J., on behalf of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
66. Feldman, R., Sussman, A.L., Zigler, E. (2004). Parental leave and work adaptation at the transition of parenthood: Individual, marital and social correlates. *Applied Developmental Psychology*, 25, 459-479.
67. Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using Spss*. London: Sage Publications Ltd.
68. Fisher, J., Cabral de Mello, M., Izutsu, T. (2009). *Pregnancy, childbirth and the postpartum period*. In: WHO (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva.
69. Francovic, L. (2005). *La fecondità maschile e paternità: una rassegna critica della letteratura esistente*. In: Istat (2005). *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa.
70. Gao, L.-L., Wai-chi Chan, S., Mao, Q. (2009). Depression, Perceived Stress, and Social Support Among First-Time Chinese Mothers and Fathers in the Postpartum Period. *Research in Nursing & health*, 32, 50-58.
71. Garfield, C.F., Clark-Kauffman, E., Davis, M.M. (2008). Fatherhood as a Component of Men's Health. *JAMA*, 296 (19), 2365-2368.
72. Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartelner, G., Swinson, T. (2005). Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106 (5), 1071-1083.
73. Gemmill, A.W., Leigh, B., Ericksen, J., Milgrom, J. (2006). A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health*, 6:211, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/211>.
74. Glasser, S., Barell, V., Shoham, A., Ziv, A., Boyko, V., Lusky, A., Hart, S. (1989). Prospective study of postpartum depression in an Israeli Cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 155-164.
75. Goldberg, A.E. & Perry-Jenkins, M. (2004). Division of Labor and Working-Class Women's Well-Being Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 225-236.

76. Gonidakis, F., Rabavillas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., Christodoulou, G.N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 275-282.
77. Goodman, J. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to marital postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 26-35.
78. Goodman, S.H., Broth, M.R., Hall, C.M., Stowe, Z.N. (2008). Treatment of postpartum depression in mothers: secondary benefit to the infants. *Infant Mental Health Journal*, 29 (5), 492-513.
79. Gordon, R. & Gordon, K. (1960). Social factors in prevention of postpartum emotional problems. *Obstetrics & Gynecology*, 15 (4), 433-438.
80. Gorman, L.L., O'Hara, M.W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M.H., Klier, C.M., Rosi, S., Seneviratne, G., Sutter-Dallay, A.-L. And the TCS-PND Group (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders for Assessing Depression in Women During Pregnancy and Post-Partum Across Countries and Cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184 (suppl.46), s17-s23.
81. Grace, M. (1998). The work of caring for young children: priceless or worthless? *Women's studies International Forum*, 21 (4), 401-413.
82. Grace, S.L. & Sansom, S. (2003). *The effect of postpartum depression on the mother-infant relationship and child growth and development*. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.
83. Grandolfo, M., Donati, S., Giusti, A. (2002). *Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
84. Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111.
85. Halligan, S.H., Murray, L., Martins, C., Cooper, P.J., [Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: A 13-year longitudinal study](#). *Journal of Affective Disorders*, 97, 1-3, 145-154.
86. Hardarson, O. (2007). People outside the labour force: the downward trend continues. *Statistics in focus, Population and Social Conditions*, 122.
87. Haslam, D.M., Pakenham, K.I., Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant*

- Mental Health Journal*, 27 (3), 276-291.
88. Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. and the ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective disorders*, 80, 65-73.
 89. Hobfoll, S.E. (Eds.) (1986). *Stress, Social Support and Women*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
 90. Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218.
 91. Jadri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X., Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93, 169-176.
 92. Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
 93. Kane, P. & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 24, 339-360.
 94. Kane, P. & Garber, J. (2009). Parental Depression and Child Externalizing and Internalizing Symptoms: Unique Effects of Fathers' Symptoms and Perceived conflict as a Mediator. *Journal of Children and Family Study*, 18, 465-472.
 95. Katz-Wise, S.L., Priess, J.A., Hyde, J.S. (2010). Gender-Role Attitudes and Behavior Across the Transition to Parenthood. *Developmental Psychology*, 46 (1), 18-28.
 96. Kendall-Tackett, K. (2007). Violence against women and the perinatal period. The impact of Lifetime Violence and Abuse on Pregnancy, Postpartum and Breastfeeding. *Trauma, Violence & Abuse*, 8 (3), 344-353.
 97. Inandi, T., Bugdayci, R., Dundar, P., Sumer, H., Sasmaz, T. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 725-730.
 98. Istat (2005). *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa.
 99. Istat (2006). *Gravidanza, parto, allattamento al seno. 2004-2005*. Roma.
 100. Istat (2007a). *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa
 101. Istat (2007b). *Essere madri in Italia. Anno 2005*. Roma.
 102. Lamb, M. (2000). The History of Research on Father Involvement. *Marriage & Family Review*, 29 (2), 23-42.

103. Leathers, S.S., Kelley, M.A., Richman, J.A. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work and support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (3), 129-139.
104. Leis, J.A., Mendelson, T., Tandon, S.D., Perry, D.F. (2009). A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 3-13.
105. Lemola, S., Stadlmayr, W., Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3), 190-202.
106. Letourneau, N., Duffet-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C.-L., Rinaldi, C.M., Stoppard, J. (2007). Canadian Mothers' Perceived Support Needs During Postpartum Depression. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36, 441-449.
107. Leung, W.C., Kung, F., Lam, J., Leung, T.W., Ho, P.C. (2002). Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 79 (2), 159-166.
108. Logsdon, M.C., Wisner, K.L., Pinto-Foltz, M.D. (2006). The Impact of Postpartum Depression on Mothering. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 652-658.
109. Lusskin, S.I., Pundiak, T.M., Habib, S.M. (2007). Perinatal Depression: Hiding in Plain Sight. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (8), 479-488.
110. MacArthur, C., Winter, H.R., Bick, D.E., Knowles, H., Lifford, R., Henderson, C., Lancashire, R.J., Braunholtz, Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on women' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 378-385.
111. Madsen, S.A. & Juth, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Journal of Men's Health and Gender*, 4 (1), 26-31.
112. Madsen, S.A. (2009). Men's Mental Health: Fatherhood and Psychotherapy. *The Journal of Men's Studies*. 17 (1), 15-30.
113. Martinez, R., Johnstone-Robledo, I., Ulsh, H.M., Chrisler, J.C. (2000). Singing "The Baby Blues": A Content Analysis of Popular Press Articles About Postpartum Affective Disorders. *Women & Health*, 31 (2/3), 37-56.
114. Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60, 75-85.
115. Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J., Howie, P. (2001). Validation of Edinburgh

- Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64 (2-3), 175-184.
116. Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147.
117. Matthey, S., Phillips, J., White, T., Glossop, P., Hopper, U., Panasetis, P., Petridis, A., Larkin, M., Barnett, B. (2004). Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 223-229.
118. McFarlane, J., Campbell, J.C., Sharps, P., Watson, K. (2002). Abuse During Pregnancy and Femicide: Urgent Implications for Women's Health. *Obstetrics & Gynecology*, 100, 27-36.
119. McMahon, C.A., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationship, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.
120. McMahon, C.A., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (7), 660-669.
121. Medina, S. & Magnuson, S. (2009). Motherhood in the 21st Century: Implications for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 87 (1), 90-97.
122. Milgrom, J., Martin, P.R., Negri, L.M. (2003). *Depressione postnatale: Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson.
123. Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., Gemmill, A.W. (2006). Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health*, 22, 229-238.
124. Miller, R., Pallant, J.F., Negri, L.M. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: Is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, 6:12, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/12>.
125. Ministero della Salute (2006). *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf
126. Ministero della Salute (2008). *Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo Rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle donne"*. Roma.
127. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009). *Certificato di Assistenza al Parto (CeDaP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2006*. Roma: Direzione Generale del Sistema informativo – Ufficio di Direzione Statistica.
128. Mohr, D.C., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., Simon, G. (2008). The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A

- Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (3), 243-253.
129. Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associate adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67 (5), 2512-2526.
130. NHMRC (2000). *Postnatal depression. A Systematic review of published scientific literature to 1999*. Commonwealth of Australia.
131. Nicolson, P. (2006). *Postnatal depression. Psychology, Science and the Transition to Motherhood*. Taylor & Francis e-Library.
132. Nielsen-Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salvig, J., Secher, N.J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.
133. Novello, L. (2006). *La paternità. Una ricerca: nascita di un figlio, l'esperienza dei padri*. Tesi di laurea in psicologia sociale. Relatore: Patrizia Romito – Trieste: Università degli Studi, AA. 2005/2006.
134. Oakley, A. (1992). *Social support and motherhood*. Oxford: Blackwell Publishers.
135. O'Hara, M.W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of post-partum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37-54.
136. O'Hara, M.W. (2009). Postpartum Depression: What We Know. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1258-1269.
137. Patel, V., Rodrigues, M., DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159, 43-47.
138. Paulson, J.F., Dauber, S., Leiferman, J.A. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118, 659-668.
139. Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D., O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: The importance of accurate diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 107, 241-245.
140. Pellai, A. e al. (2009). Nella mente dei padri. Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al Percorso Nascita di un Consultorio familiare. *Quaderni acp*, 16 (3), 104-108.
141. Piccinelli, M. & Gomez Homen, F. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva: WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
142. Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
143. Pinheiro, R.T., Magalhães, P.V.S., Horta, B.L., Pinheiro, K.A.T., Da Silva, R.A.,

- Pinto, R.H. (2006). Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 230-232.
144. Priest, S.R., Austin, M.-P., Barnett, B.B., Buist, A. (2009). A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 307-317.
145. Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T.G. and the ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365, 2201-2205.
146. Ramchandani, P., Stein, A., O'Connor, G., Heron, J., Murray, L., Evans, J. (2008a). Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (4), 390-398.
147. Ramchandani, P., O'Connor, T.G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., Stein, A. (2008b). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1069-1078.
148. Rand, L.S. (1986). *The stress of childbearing: Nurse-Midwives as a source of social support*. In: Hobfoll, S.E. (Eds.) (1986). *Stress, Social Support and Women*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
149. Reale E. (2007). *Prima della depressione. Manuale di prevenzione dedicato alle donne*. Milano: FrancoAngeli/Self-help
150. Reid, M., Glazener, C., Murray, G.D., Taylor, G.S. (2002). A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1164-1170.
151. Rich, A. (1977). *Nato di donna. Cosa significa per gli uomini essere nati da un corpo di donna*. Aldo Garzanti Editore.
152. Rivellini, G. & Di Giulio, P. (2005). Impegno lavorativo paterno e rapporto con i figli. In: Istat (2005). *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa.
153. Roberts, S.L., Bushnell, J.A., Collings, S.C., Purdie, G.L. (2006). Psychological health of men with partners who have post-partum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 704-711.
154. Robertson, E., Celasun, N., Stewart, D.E. (2003). *Risk factors for postpartum depression*. In: Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., Wallington, T., (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program 2003.

155. Romano, M.C. & Bruzzese, D. (2007). Fathers' participation in the domestic activities of everyday life. *Social Indicators Research*, 84, 97-116.
156. Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J., Lelong, N. (1999). What make new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
157. Romito, P., Pomicino, L., Lucchetta, C., Scrimin, F., Molzan Turan, J. (2009). The relationship between physical violence, verbal abuse and women's psychological distress during the postpartum period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2), 115-121. .
158. Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådesyad, I., Hildingsson, I. (2005). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (2), 155-166.
159. Sabbadini, L.L. (2001). *Gravidanza e parto: una nuova coscienza femminile, un nuovo protagonismo maschile*. Roma: Istat.
160. Santinello, M., Dallago, L., Vieno, A. (2009). *Fondamenti di Psicologia di Comunità*. Bologna: Il Mulino.
161. Saurel-Cubizolles, M.-J., Romito, P., Lelong, N. (2007). Women's psychological health according to their maternal status: a study in France. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 00 (0), 1-8.
162. Shaffer, H.R. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell Publishers.
163. Sohr-Preston, S.L. & Scaramella, L.V. (2006). Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (1), 65-83.
164. Sword, W., Watt, S., Krueger, P. (2006). Postpartum Health, Service Needs, and Access to Care Experiences of Immigrant and Canadian-Born Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 717-727.
165. Taaffe McLearn, K., Minkovitz, C.C., Strobino, D.M., Marks, E., Hou, W. (2006). The Timing of Maternal Depressive Symptoms and Mothers' Parenting Practices With Young Children: Implications for Pediatrics Practice. *Pediatrics*, 118, 174-182.
166. Tanturri, M.L. (2005). *Ruolo paterno e caratteristiche della coppia*. In: Istat (2005). *Diventare padri in Italia. Fecondità e figli secondo un approccio di genere*. Roma: Istat-Produzione libraria e centro stampa.
167. Teissedre, F. & Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 266-273.
168. Tronick, E.Z. & Weinberg, M.K. (1999). *Le madri depresse e I loro bambini:*

- l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici*. In: Murray, L. & Cooper, P.J. (Eds.) (1999). *Depressione post-partum e sviluppo del bambino*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.
169. Tutty, S., Ludman, E.J., Simon, G. (2005). Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27, 400-410.
170. Twenge, J.M., Camobell, W.K., Foster, C.A. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574-583.
171. United Nations – Division for the Advancement of Women – Department of Economics and Social Affairs (2008). *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. Women 2000 and beyond, December 2008. New York: Division for the Advancement of Women/DESA.
172. Valladares, E., Peña, R., Persson, L.A., Högberg, U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: an international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 1243-1248.
173. Van Bussel, J.C.H., Spitz, B., Demyttenaere, K. (2006). Women's Mental Health Before, During and After Pregnancy: A Population-Based Controlled Cohort Study. *Birth*, 33 (4), 297-302.
174. Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F., Hasin, D.F. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65 (7), 805-815.
175. Wang, R. & Bianchi, S.M. (2008). ATUS Fathers' Involvement in Childcare. *Social Indicators Research*, 93 (1), 141-145.
176. Watt, S. Sword, W., Krueger, P., Sheehan, D. (2002). A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infants Survey. *BMC Family Practice*, 3:5, <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/3/5>.
177. Whitton, A., Appleby, L., Warner, R. (1996). Maternal Thinking and the Treatment of Postnatal Depression. *International Review of Psychiatry*, 8, 73-78.
178. WHO (2002). *Programming for male involvement in reproductive health. Report of the Meeting of WHO, Regional Advisers in Reproductive Health, WHO/PAHO, Washington DC, USA, 5-7 September 2001*. Geneva.
179. WHO, (2004a). *Promoting Mental Health. Concepts-Emerging Evidence-Practice*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.
180. WHO, (2004b). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and policy options*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

181. WHO (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Summary Report of Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva.
182. WHO (2007a). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Copenhagen: The Regional Office for Europe.
183. WHO (2007b). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva.
184. Wickberg, B. & Hwang, CP. (1997). Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 62-66.
185. Widding Hedin, L. (2000). Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, 41-45.
186. Wiggins, M., Oakley, A., Roberts, I., Turner, H., Rajan, L., Austerberry, H., Mujica, R., Mugford, M., Barker, M. (2005). Postnatal support for mothers living in disadvantaged inner city areas: a randomised controlled trial. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 59, 288-295.
187. Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 75-83.
188. Zaccagnino, M. (2009). *I disagi della maternità. Individuazione, prevenzione e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
189. Zajczyk, F. & Ruspini, E. (2008). *Nuovi padri? Mutamenti della paternità in Italia e in Europa*. Milano: Baldini Castoldi Dalai Editore S.p.A.
190. Zanatta, A.L. (1999). Il coinvolgimento dei padri nella cura dei figli. *Polis*, 13 (3), 469-484.
191. Zani, B. & Palmonari, A. (1996). *Manuale di Psicologia di Comunità*. Bologna: Il Mulino.
192. Zelkowitz, P. & Milet, T.H. (1996). Postpartum Psychiatric Disorders: Their Relationship to Psychological Adjustment and Marital Satisfaction in the Spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 281-285.

**APPENDICE:
GLI STRUMENTI DELLA RICERCA**

ALLEGATO 1:
PRIMO QUESTIONARIO,
MADRI



*Promozione del benessere
di madri e padri
dopo la nascita di un figlio.*

Primo questionario A (madri)

Data - -

Codice

Gentile signora,

GRAZIE per aver scelto di partecipare a questa ricerca, il suo contributo per me è davvero molto importante.

Le ricordo nuovamente che tutte le informazioni che fornirà sono completamente riservate e verranno utilizzate ai soli fini del lavoro che sto svolgendo.

Le chiedo di leggere attentamente tutte le domande che seguono e di porre molta cura nella compilazione delle risposte. Barri con una crocetta la casella vuota accanto alla risposta da lei scelta e faccia attenzione alle scritte in grassetto: la guideranno ad una corretta compilazione.

Se dovesse incontrare qualche difficoltà o sentisse bisogno di ricevere chiarimenti, non esiti a chiamarmi: sarò ben lieta di poterla aiutare!

GRAZIE PER LA SUA DISPONIBILITA'!

Dott.ssa Laura Pomicino

PARTO e NASCITA

“Ora le farò qualche domanda sul parto e sul suo bambino”

1. Ha avuto un parto (*può scegliere più di una risposta*):
 - Spontaneo
 - Indotto
 - Cesareo

2. Ha avuto:
 - Un parto singolo
 - Un parto gemellare
 - Un parto trigemellare

3. Ha avuto:
 - Un maschio
 - Una femmina
 - 3.1. Se ha avuto dei gemelli, indichi il numero dei maschi e/o delle femmine:
 - maschi
 - femmine

4. Quanto pesava/no alla nascita? (*indichi il peso in grammi*)
 - gr. gr. gr.

5. A quante settimane di gravidanza è nato/a?
 - settimane

6. Come sta il/la bambino/a?
 - Bene (*passi alla domanda 7*)
 - Non bene
 - 6.1 E' ricoverato/a?
 - Sì, in terapia intensiva/neonatologia
 - No

7. Ha provato ad allattare il suo bambino?
 - Sì, subito, non ho avuto problemi
 - Sì, ma ho avuto qualche difficoltà
 - No, non ancora
 - No, non voglio/non posso allattare

INFORMAZIONI di CARATTERE GENERALE

“Ora le chiederò qualche notizia su di lei e sulla sua famiglia”

8. Quanti anni ha?
9. Di che nazionalità è?
- Italiana
 - Non italiana (*specificare* _____)
- 9.1. Se non è italiana, da quanto tempo vive in Italia?
10. Qual è il suo titolo di studio?
- Nessuno
 - Elementari
 - Medie inferiori
 - Medie inferiori più diploma
 - Superiori
 - Superiori più diploma
 - Laurea triennale o specialistica
 - Dottorato
11. Qual è il suo stato civile?
- Coniugata
 - Separata
 - Divorziata
 - In via di separazione
 - Nubile
 - Vedova
12. Vive con il padre del bambino?
- Sì
 - No
 - No, vivo con un altro partner
13. **Durante** la gravidanza, ha svolto attività lavorative? (*consideri qualsiasi tipo di lavoro, anche precario o in nero, anche se svolto per un breve periodo, anche se ha fruito della maternità anticipata*)
- Sì, ho un lavoro fisso
 - Sì, ma solo in modo precario o in nero
 - No, sono disoccupata/cassaintegrata/in cerca di lavoro
 - No, sono casalinga
 - No, sono studentessa
 - No, sono pensionata o ritirata dal lavoro
 - No, mi sono licenziata quando ho saputo di essere incinta
 - No, sono stata licenziata quando ho detto di essere incinta

14. Ora che è nato suo/a figlio/a, pensa che riprenderà a lavorare/cercherà un lavoro?
- Sì, sicuramente
 - Vorrei, ma non sono sicura di poterlo fare
 - Non vorrei, ma devo lavorare
 - Penso che cercherò di passare al part-time
 - Non lo so, non ho ancora deciso
 - No
15. Se sì, quanto pensa che resterà a casa prima di ricominciare a lavorare/cercare un lavoro?
- Da 1 a 6 mesi
 - Da 6 a 12 mesi
 - Più di 12 mesi
 - Non so

GRAVIDANZA e SALUTE

“Adesso le chiederò qualche informazione sulla sua gravidanza e sulle sue condizioni di salute prima e durante questo periodo”

16. Questa è la sua prima gravidanza?
- Sì
 - No, ho già altri figli (*indichi quanti*)
 - No, ho avuto altre gravidanze con bambino nato morto o morto prima della nascita (*indichi quante*)
 - No, ho avuto degli aborti spontanei (*indichi quanti*)
 - No, ho effettuato delle interruzioni volontarie di gravidanza (*indichi quante*)
17. **Durante** la gravidanza, è stata ricoverata in ospedale? (*escluda i periodi di permanenza in ospedale di un solo giorno o day hospital*):
- Sì
 - No (*passi alla domanda 18*)
- 17.1 Per quali motivi?
(*specificare* _____)
18. **Durante** la gravidanza, la sua salute dal punto di vista fisico è stata:
- Buonissima
 - Molto buona
 - Buona
 - Passabile
 - Non buona

19. **Durante** la gravidanza, la sua salute dal punto di vista psicologico è stata:
- Buonissima
 - Molto buona
 - Buona
 - Passabile
 - Non buona
20. **Ora**, la sua salute dal punto di vista fisico è:
- Buonissima
 - Molto buona
 - Buona
 - Passabile
 - Non buona
21. **Ora**, la sua salute dal punto di vista psicologico è:
- Buonissima
 - Molto buona
 - Buona
 - Passabile
 - Non buona
22. **Durante** questa gravidanza, ha fatto uso di tranquillanti, sonniferi, antidepressivi o altri psicofarmaci?
- Sì, regolarmente
 - Sì, qualche volta
 - No, li ho usati in passato
 - No, non li ho mai usati
23. **Durante** questa gravidanza, fumava?
- Sì
 - No, ho smesso (*passi alla domanda 24*)
 - No, non fumavo neanche prima (*passi alla domanda 24*)
- 23.1 Se sì, quante sigarette al giorno?

24. **Prima** della gravidanza soffriva di:

	MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSE
Mal di testa	0	1	2	3
Mal di schiena	0	1	2	3
Mal di stomaco	0	1	2	3
Problemi nei rapporti sessuali	0	1	2	3
Mancanza di desiderio sessuale	0	1	2	3
Difficoltà nel dormire	0	1	2	3
Eccessivo aumento di peso	0	1	2	3
Eccessiva diminuzione di peso	0	1	2	3
Ansia, tensione	0	1	2	3
Depressione, grande tristezza	0	1	2	3

25. **Durante** la gravidanza, ha sofferto di:

	MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSE
Mal di testa	0	1	2	3
Mal di schiena	0	1	2	3
Mal di stomaco	0	1	2	3
Problemi nei rapporti sessuali	0	1	2	3
Mancanza di desiderio sessuale	0	1	2	3
Difficoltà nel dormire	0	1	2	3
Eccessivo aumento di peso	0	1	2	3
Eccessiva diminuzione di peso	0	1	2	3
Ansia, tensione	0	1	2	3
Depressione, grande tristezza	0	1	2	3

26. **Durante** la gravidanza, ci sono stati momenti in cui si è sentita sola, non compresa?

- Sì, sempre
- Sì, spesso
- Sì, a volte
- Sì, ma raramente
- No, mai (*passi alla domanda 27*)

26.1 Se sì, indichi perché:

27. Se ha delle preoccupazioni o un momento di difficoltà, ha qualcuno con il quale confidarsi?

- Sì (*indicare chi, anche più di una persona*) _____

- No
- Non so

28. Se ha bisogno di un aiuto pratico, ad esempio per fare la spesa o svolgere qualche commissione, può rivolgersi a qualcuno?

- Sì (*indicare chi, anche più di una persona*) _____
- No
- Non so

29. **Durante** la gravidanza, si è verificato qualcuno dei seguenti problemi?

o Problemi con la gravidanza (minaccia di aborto e/o rischio di parto prematuro; preoccupazione per la salute del bambino)	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi seri per la salute di un familiare o una persona cara	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Morte di un familiare o di un amico caro	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi rispetto al suo lavoro	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi rispetto al lavoro del suo partner	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi economici	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi di alloggio	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi nel rapporto di coppia	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Problemi con altri familiari	<i>Sì</i>	<i>No</i>
o Altro (<i>specificare</i> _____)	<i>Sì</i>	<i>No</i>

Ora le farò qualche domanda sul suo benessere psicologico durante la gravidanza

30. Pensando a come si è sentita **durante** la gravidanza, direbbe:

30.1 Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose

- Come sempre
- Non proprio come al solito
- Decisamente un po' meno del solito
- Per niente

30.2 Ho guardato con gioia al futuro

- Come ho sempre fatto
- Un po' meno del solito
- Decisamente meno del solito
- Quasi per niente

30.3 Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male

- Sì, il più delle volte
- Sì, qualche volta
- Non molto spesso
- No, mai

30.4 Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo

- No, per niente
- Quasi mai
- Sì, qualche volta
- Sì, molto spesso

30.5 Ho avuto momenti di intensa paura o di panico senza un valido motivo

- Sì, moltissimi
- Sì, qualche volta
- No, non molti
- No, per niente

30.6 Mi sentivo sommersa dalle cose

- Sì, il più delle volte non sono stata affatto capace di far fronte alle cose
- Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose abbastanza bene
- No, sono riuscita a far fronte alle situazioni bene come sempre

30.7 Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

- Sì, il più delle volte
- Sì, qualche volta
- Non molto spesso
- No, per niente

30.8 Mi sono sentita triste o infelice

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per niente

30.9 Sono stata così infelice che ho persino pianto

- Sì il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Solo di tanto in tanto
- No, mai

30.10 Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente

- Sì, molto spesso
- Qualche volta
- Quasi mai
- Mai

Ora le farò qualche altra domanda sulla gravidanza

31. **Durante** la gravidanza, ha seguito un corso di preparazione al parto?
- Sì, interamente
 - Sì, ma solo qualche incontro
 - No (*passi alla domanda 34*)
32. Nel suo corso di preparazione al parto, erano previsti degli incontri aperti anche ai padri?
- Sì
 - No
 - Non ho frequentato corsi di preparazione al parto
33. Il suo partner ha partecipato agli incontri aperti ai padri?
- Sì
 - Sì, ma ho dovuto insistere molto
 - No
 - Non ho partecipato a corsi di preparazione al parto/ al corso non erano previsti incontri con i padri
34. La gravidanza è stata da lei:
- Cercata
 - Inaspettata, ma ben accettata
 - Inaspettata e non ben accettata
 - Altro (*specificare* _____)
35. La gravidanza è stata dal suo partner:
- Cercata
 - Inaspettata, ma ben accettata
 - Inaspettata e non ben accettata
 - Altro (*specificare* _____)
36. Rispetto a questa gravidanza, lei direbbe che:
- E' stata desiderata più da lei che dal suo partner
 - E' stata desiderata più dal suo partner che da lei
 - E' stata desiderata da entrambi allo stesso modo
 - Nessuno dei due la desiderava
 - Gliel'ha imposta o quasi imposta lei
 - Gliel'ha imposta o quasi imposta lui
37. Nella vostra coppia, chi sceglie il metodo contraccettivo?
- Soprattutto lei
 - Soprattutto il suo partner
 - Insieme
 - Non siete d'accordo

38. La contraccezione è una fonte di conflitto nella vostra coppia?
- No
 - Qualche volta
 - Spesso

IL RAPPORTO DI COPPIA

39. **Prima** della gravidanza, com'era la relazione con il suo partner?
- Molto buona
 - Buona
 - Abbastanza buona
 - Così e così
 - Difficile
 - Molto difficile
40. **Durante** la gravidanza, com'era la relazione col suo partner?
- Molto buona
 - Buona
 - Abbastanza buona
 - Così e così
 - Difficile
 - Molto difficile
41. Litigate spesso?
- Sì, spesso
 - Sì, qualche volta
 - No, raramente/mai

42. Legga i seguenti lavori domestici e indichi con una crocetta da chi sono stati svolti in prevalenza **prima** della gravidanza:

	<i>Io, sempre o quasi sempre</i>	<i>Io, più spesso</i>	<i>Insieme o a metà</i>	<i>Lui, sempre o quasi sempre</i>	<i>Lui, più spesso</i>	<i>Altra persona</i>	<i>Compito non fatto</i>
Fare la spesa							
Preparare da mangiare							
Lavare i piatti (o riempire/svuotare la lavastoviglie)							
Fare ordine, piccole pulizie							
Fare le pulizie generali							
Fare il bucato							
Stirare							
Lavoro amministrativo (pagare le bollette, etc.)							
Piccole riparazioni in casa							
Manutenzione dell'auto/moto (revisioni, pagamento bollo/assicurazione, etc.)							
Prendersi cura del/dei bambino/i più grande/i							

43. Il suo partner partecipa alla gestione della casa:

- Spontaneamente
- Su mia richiesta
- Solo se insisto molto
- Non partecipa, lavora molto fuori casa
- Non partecipa, ritiene che non sia compito suo
- Non partecipa, io non voglio

44. La divisione del lavoro domestico rappresenta una fonte di tensione o di conflitti nella vostra coppia?

- Sì, spesso
- Sì, qualche volta
- Raramente/mai

45. Ora che c'è il bambino, lei pensa che il suo partner farà:
- Più di prima
 - Come prima
 - Meno di prima
46. Si sente pronta a tornare a casa?
- Sì
 - No, vorrei restare in ospedale ancora un po'
47. Quando tornerà a casa, ci sarà qualcuno ad aiutarla? (*può scegliere più di una risposta*)
- Il mio partner prenderà qualche giorno di ferie/congedo parentale
 - Un familiare
 - Un amico/un'amica
 - Una persona a pagamento
 - Non so, non ci ho ancora pensato
 - No
48. Pensando al suo rientro a casa, c'è qualcosa che la preoccupa? Esprima la sua opinione indicando un valore da **0 = per niente** a **4= moltissimo**:

	Per Niente	Poco	Così e così	Molto	Moltissimo
La gestione del bambino appena nato	0	1	2	3	4
L'altro figlio/gli altri figli	0	1	2	3	4
Sapere essere una "buona madre"	0	1	2	3	4
La mia ripresa fisica/psicologica	0	1	2	3	4
Il rapporto di coppia (cambiamenti, etc.)	0	1	2	3	4
I rapporti con i familiari (genitori, nonni, zii, etc.)	0	1	2	3	4
La situazione lavorativa	0	1	2	3	4
La gestione del mio tempo libero (sport, hobbies, etc.)	0	1	2	3	4
Altro (specificare _____)	0	1	2	3	4

51. Cosa le piace fare nel suo tempo libero? Esprima la sua opinione indicando cosa preferisce con un valore da **0 = per niente** a **4= moltissimo**:

	Per niente	Poco	Così e così	Molto	Moltissimo
Fare sport	0	1	2	3	4
Leggere	0	1	2	3	4
Andare al cinema/teatro/...	0	1	2	3	4
Uscire con le amiche/gli amici	0	1	2	3	4
Fare shopping	0	1	2	3	4
Fare attività socialmente utili (volontariato)	0	1	2	3	4
Prendersi cura di sé (parrucchiere, massaggi, lampade solari, cura del viso,...)	0	1	2	3	4
Fare attività politica	0	1	2	3	4
Partecipare a eventi pubblici/manifestazioni/...	0	1	2	3	4
Viaggiare	0	1	2	3	4
Altro (specificare _____)	0	1	2	3	4

52. Le chiedo ora di esprimere il suo grado di accordo con le affermazioni seguenti, scegliendo un valore da **0=fortemente in disaccordo** a **4=fortemente d'accordo**:

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Neutrale	D'accordo	Fortemente d'accordo
Una madre sa sempre cosa fare con suo figlio	①	②	③	④	⑤
Un padre sa sempre cosa fare con suo figlio	①	②	③	④	⑤
Si impara col tempo ad essere genitori	①	②	③	④	⑤
Nessuno può sostituire una madre con un bambino piccolo	①	②	③	④	⑤
I sacrifici fatti per un figlio non pesano	①	②	③	④	⑤
Una madre dovrebbe, problemi economici permettendo, rimanere più tempo possibile a casa col suo bambino	①	②	③	④	⑤
Frequentare l'asilo nido prima dei 3 anni può nuocere al bambino	①	②	③	④	⑤
Frequentare il nido prima dei 3 anni può essere positivo per il bambino	①	②	③	④	⑤

53. Per concludere, le chiedo di esprimere il suo grado d'accordo con le affermazioni seguenti, scegliendo un valore da **0=fortemente in disaccordo** a **4=fortemente d'accordo**:

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Neutrale	D'accordo	Fortemente d'accordo
Idealmente, è meglio per tutta la famiglia se l'uomo ha un lavoro e la donna si occupa dei figli	①	②	③	④	⑤
Una donna dovrebbe accettare un rapporto sessuale con il suo partner anche se non ne ha voglia	①	②	③	④	⑤
Una donna non è una vera donna se non ha figli	①	②	③	④	⑤
In una discussione, è l'uomo che dovrebbe avere l'ultima parola	①	②	③	④	⑤
Idealmente, quando due escono in coppia, è meglio se paga lui (cinema, cena)	①	②	③	④	⑤
Un vero uomo dovrebbe essere sempre sessualmente disponibile e all'altezza della situazione	①	②	③	④	⑤

Abbiamo finito!

***La ringrazio davvero per il suo prezioso aiuto
e spero di non averla disturbata eccessivamente.***

Ha ancora qualcosa da aggiungere? Le lascio un po' di spazio per poter esprimere liberamente la sua opinione. Ogni informazione sarà per noi molto importante.

Scheda di rilevazione

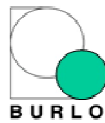
Gentile signora,
le chiedo ora cortesemente di indicare, negli appositi spazi, il suo nome e cognome, uno o più numeri di telefono dove potrò contattarla quando il bambino avrà circa 3-4 mesi, e, se possibile, delle fasce orarie in cui potrò chiamarla senza disturbare.

<i>COGNOME</i>	
<i>NOME</i>	
<i>TELEFONO (anche più di uno)</i>	
<i>Fasce orarie preferite per la telefonata</i>	

ALLEGATO 2:
SECONDO QUESTIONARIO,
MADRI GRUPPO SPERIMENTALE

Data --

Codice



Direzione Sanitaria

Promozione del benessere di madri e padri dopo la nascita di un figlio.

Secondo questionario (madri gruppo sperimentale)

Salute del bambino e allattamento

1. Quando è nato il suo bambino/la sua bambina? __/__/____
2. Da quando è stato dimesso dall'ospedale, com'è stata la sua salute?
 - Molto buona
 - Buona
 - Così e così
 - Cattiva
 - Molto cattiva
3. Da quando è stato dimesso dall'ospedale, ha avuto dei ricoveri (sia day hospital sia ricovero ordinario)?
 - No
 - Sì
- 3.1. Se sì, per quale motivo?

4. In questo momento, com'è la salute del suo bambino?
 - Molto buona
 - Buona
 - Così e così
 - Cattiva
 - Molto cattiva
5. In questo momento, il bambino si sveglia di notte (indipendentemente dal motivo)?
 - No
 - Sì, raramente
 - Sì, qualche volta
 - Sì, spesso
 - Sì, sempre o quasi sempre

6. In questo momento, chi si occupa del bambino quando si sveglia di notte (a prescindere dall'allattamento)?
- Io, sempre o quasi sempre
 - Io, più spesso
 - Insieme/a metà
 - Lui, più spesso
 - Lui, sempre o quasi sempre
7. Direbbe che il suo è un bambino:
- Molto facile da gestire
 - Abbastanza facile da gestire
 - A volte facile, altre volte non facile da gestire
 - Abbastanza difficile da gestire
 - Molto difficile da gestire
- 7.1. Se non facile, perché?
-

8. E' il suo primo figlio?
- No
 - Sì
- 8.1. Se no, come ha/hanno reagito l'altro figlio/gli altri figli alla nascita del fratello/della sorella?
- Male
 - Piuttosto male
 - Nessuna reazione
 - Piuttosto bene
 - Bene
- 8.2. Le reazioni dell'altro figlio/degli altri figli alla presenza del nuovo nato sono, o sono state, per lei fonte di preoccupazione?
- No, per niente
 - Sì, un po'
 - Sì, abbastanza
 - Sì, molto
 - Sì, moltissimo
9. In questo momento, sta allattando il suo bambino?
- Sì, allattamento esclusivo (solo al seno)
 - Sì, allattamento misto (seno/latte artificiale)
 - Sì, ma ho iniziato lo svezzamento (frutta, minestre...)
 - No, ho smesso (solo latte artificiale)
↳ **Dopo quanto tempo?** _____ (specificare mesi/settimane/giorni)
 - No, non ho mai allattato al seno

10. Ha avuto problemi con l'allattamento?

- No, mai
- Sì, ma solo all'inizio, in ospedale
- Sì, all'inizio, in ospedale, e anche in seguito, a casa
- Sì, quando sono tornata a casa
- Sì, fin dall'inizio e per questo non ho allattato

10.1. Se ha/ha avuto problemi con l'allattamento, può indicare di che tipo?

11. Per lei l'allattamento rappresenta, o ha rappresentato:

- Soprattutto un piacere
- Soprattutto un sacrificio
- Tutte e due le cose insieme
- Altro (specificare _____)

12. Durante la gravidanza, pensare all'allattamento:

- Le faceva provare sensazioni piacevoli (gioia, desiderio, etc.)
- Le faceva provare sensazioni spiacevoli (inquietudine, fastidio, disgusto, etc.)
- La spaventava perché aveva paura di non poter allattare
- Non ci pensava, le sembrava una cosa "normale"

13. Quanto è stato importante per lei allattare/non allattare?

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto
- Moltissimo

Ora le porrò alcune domande sulla sua salute

14. Da quando ha partorito, com'è andata la sua salute dal punto di vista fisico?

- Molto bene
- Bene
- Né bene né male
- Male
- Molto male

14.1. Se la sua salute fisica non è andata bene, posso chiederle perché?

15. Da quando ha partorito, è mai stata ricoverata in ospedale?

- No
- Sì

15.1. Se sì, perché? _____

16. Da quando ha partorito, com'è andata la sua salute dal punto di vista psicologico?

- Molto bene
- Bene
- Né bene né male
- Male
- Molto male

16.1. Se la sua salute psicologica non è andata bene, posso chiederle perché?

17. Da quando ha partorito, le è capitato di provare ansia, tensione?

- No, mai
- Sì, raramente
- Sì, qualche volta
- Sì, spesso
- Sì, sempre quasi sempre

18. Da quando ha partorito, le è capitato di sentirsi triste, di avere voglia di piangere?

- No, mai
- Sì, raramente
- Sì, qualche volta
- Sì, spesso
- Sì, sempre o quasi sempre

19. Da quando ha partorito, si è rivolta ad una delle seguenti figure professionali?

	Mai	1 o 2 volte	Più spesso
Ginecologo			
Ostetrica			
Psicologo			
Psichiatra o neurologo			
Assistente sociale			
Altro (specificare _____)			

20. Da quando ha partorito, ha ripreso i rapporti sessuali?

- No
- No, io non voglio
- No, lui non vuole
- Sì

20.1. Se sì, dopo quanto tempo? _____ mesi del bambino

- 20.2. Se sì, si sentiva pronta?
- No, avrei preferito aspettare
 - Sì
- 20.3. In questo momento è soddisfatta della frequenza dei rapporti sessuali nella coppia?
- Per niente
 - Poco
 - Abbastanza
 - Molto
 - Moltissimo
21. I rapporti sessuali sono una fonte di conflitto all'interno della vostra coppia?
- No, mai
 - Raramente
 - Qualche volta
 - Spesso
 - Sempre o quasi sempre
22. In questo momento, state usando un metodo contraccettivo?
- No
 - Sì
23. Nella vostra coppia, chi decide la contraccezione/il non utilizzo della contraccezione?
- Soprattutto io
 - Soprattutto il mio partner
 - Insieme
 - Non siamo d'accordo
 - Non abbiamo rapporti sessuali
24. La contraccezione è una fonte di conflitto nella vostra coppia?
- No, mai
 - Sì, raramente
 - Sì, qualche volta
 - Sì, spesso
 - Sì, sempre o quasi sempre
25. In futuro, lei pensa di avere altri figli?
- Certamente no
 - Probabilmente no
 - Probabilmente sì
 - Certamente sì
 - Non so, non ci ho ancora pensato

26. Il suo partner cosa ne pensa?
- E' d'accordo con me
 - Lui vorrebbe altri figli
 - Lui non vorrebbe altri figli
 - Non lo so, non ne abbiamo ancora parlato

***Ora le farò alcune domande sul suo benessere psicologico
dopo la nascita del suo bambino.***

La prego di rispondere pensando agli ultimi sette giorni.

27. Pensando **all'ultima settimana**, direbbe:
- 27.1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose:
- Come sempre
 - Non proprio come al solito
 - Decisamente un po' meno del solito
 - Per niente
- 27.2. Ho guardato con gioia al futuro:
- Come ho sempre fatto
 - Un po' meno del solito
 - Decisamente un po' meno del solito
 - Quasi per niente
- 27.3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male:
- Sì, il più delle volte
 - Sì, qualche volta
 - Non molto spesso
 - No, mai
- 27.4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo:
- No, per niente
 - Quasi mai
 - Sì, qualche volta
 - Sì, molto spesso
- 27.5. Ho avuto momenti di intensa paura o di panico senza un valido motivo:
- Sì, moltissimi
 - Sì, qualche volta
 - No, non molti
 - No, per niente

27.6. Mi sentivo sommersa dalle cose:

- Sì, il più delle volte non sono stata capace di far fronte alle cose
- Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose abbastanza bene
- No, sono riuscita a far fronte alle situazioni bene come sempre

27.7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire:

- Sì, il più delle volte
- Sì, qualche volta
- Non molto spesso
- No, per niente

27.8. Mi sono sentita triste o infelice:

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Non molto spesso
- No, per niente

27.9. Sono stata così infelice che ho persino pianto:

- Sì, il più delle volte
- Sì, abbastanza spesso
- Solo di tanto in tanto
- No, mai

27.10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente:

- Sì, molto spesso
- Qualche volta
- Quasi mai
- Mai

28. Ha qualcuno su cui poter contare in caso di bisogno? **(può dare più di una risposta):**

- No, nessuno
- Sì, il mio partner
- Sì, amici/amiche
- Sì, alcuni parenti (genitori, sorelle, fratelli, zii,...)
- Non so

29. Nell'ultimo mese ha utilizzato qualcuno dei seguenti farmaci?

	Mai	1 o 2 volte	Regolarmente
Antinevralgici, antidolorifici			
Tranquillanti, antidepressivi			
Sonniferi, ipnotici			
Ricostituenti, vitaminici			
Lassativi, purganti			
Altro (specificare _____)			

30. Attualmente, lei fuma?

- Sì
- No

Ora le porrò alcune domande sulla sua situazione lavorativa

31. Attualmente, lei lavora?

- No, sono casalinga
- No, sono studentessa
- No, sono disoccupata/cassaintegrata/in cerca di lavoro
- No, sono in congedo maternità/astensione facoltativa
- No, sono in congedo malattia/sono in ferie
- Sì, ma con orario non regolare/in modo precario
- Sì, lavoro part-time
- Sì, lavoro a tempo pieno

32. Se attualmente non lavora, pensa che riprenderà a lavorare/cercare un lavoro?

- Sì, sto già cercando
- Sì, nei prossimi mesi
- Sì, appena inserirò il bambino al nido (<3 anni)
- Sì, appena inserirò il bambino alla scuola d'infanzia (>3 anni)
- Sì, appena il bambino andrà a scuola (6 anni)
- No
- Non so

33. Il suo partner cosa pensa in proposito?

- Preferisce che io stia a casa
- Preferisce che io stia a casa finchè il bambino è piccolo (<3 anni)
- Preferisce che lavori, ma solo part-time
- Preferisce che lavori, indipendentemente dall'orario
- Per lui è lo stesso/Lascia scegliere a me
- Non lo so

34. Se attualmente non lavora, le piace stare a casa?

- No, per niente
- Non molto
- In parte sì, in parte no
- Sì, abbastanza
- Sì, molto

35. Rispetto alla sua attuale condizione lavorativa, si ritiene soddisfatta?
- No, non lavoro ma vorrei lavorare
 - No, lavoro ma vorrei stare a casa
 - No, lavoro full-time ma vorrei lavorare part-time
 - No, lavoro part-time ma vorrei lavorare full-time
 - No, lavoro ma non mi piace/vorrei cambiare lavoro
 - Sì, lavoro e ne sono soddisfatta
 - Sì, non lavoro e ne sono soddisfatta
36. Il suo partner ha utilizzato/sta utilizzando l'astensione facoltativa dal lavoro?
- No
 - No, non può (lav. Irreg., disoccup., studente, pensionato)
 - No, la userà più avanti
 - No, non l'ha ancora usata e non so/non sa se la userà più avanti
 - Sì, l'ha usata ma ora non più
 - Sì, è a casa in questo momento
- 36.1. Se non l'ha usata, perché?
-
-
-
37. Rispetto alla situazione lavorativa del suo partner, lei preferirebbe:
- Che cambiasse orario di lavoro
 - Che lavorasse di meno (compreso il lavoro "a casa")
 - Che lavorasse di più
 - Mi va bene così
38. Quando ha smesso di lavorare, alla fine della gravidanza/al momento del parto, era contenta?
- No, avrei preferito continuare a lavorare
 - No all'inizio, sì in seguito
 - Sì all'inizio, non in seguito
 - Sì
39. Se ha ripreso a lavorare dopo la nascita di suo figlio, come si è senta?
- Molto contenta di ricominciare
 - Abbastanza contenta di ricominciare
 - Ha provato sentimenti contraddittori: gioia, sensi di colpa,...
 - Abbastanza scontenta di ricominciare
 - Molto scontenta di ricominciare

La relazione di coppia e la condivisione della vita familiare

40. In questo momento lei è:
- Coniugata
 - Nubile
 - Separata/divorziata
 - Vedova
41. Vive con il padre del bambino?
- No
 - Sì
42. Attualmente, com'è la relazione con il suo partner?
- Molto buona
 - Buona
 - Abbastanza buona
 - Così e così
 - Difficile
 - Molto difficile
43. Da quando è nato il bambino, vi capita di litigare?
- Sì, molto spesso
 - Sì, spesso
 - Sì, qualche volta
 - Raramente
 - Mai

44. Con che frequenza le capita di essere in disaccordo con il suo partner sui seguenti argomenti?

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Sull' avere/non avere altri figli	0	1	2	3	4
Sul rapporto con genitori/parenti di uno dei due	0	1	2	3	4
Sul fatto che lei debba o meno lavorare	0	1	2	3	4
Su come viene diviso il lavoro domestico	0	1	2	3	4
Su quanto il lavoro di uno dei 2 o entrambi incide sul vostro rapporto	0	1	2	3	4
Su quanto dialogate	0	1	2	3	4
Su come educare i figli	0	1	2	3	4
Su cosa fare nel tempo libero	0	1	2	3	4
Su come spendere i soldi	0	1	2	3	4

45. Ora le elencherò alcuni lavori domestici. Mi dica da chi vengono svolti, in prevalenza, dalla nascita di suo figlio:

	Io, sempre o quasi sempre	Io, più spesso	Insieme o a metà	Lui, più spesso	Lui, sempre o quasi sempre	Altra persona	Compito non fatto
Fare la spesa							
Preparare da mangiare							
Lavare i piatti o riempire/svuotare la lavastoviglie							
Fare ordine, piccole pulizie							
Fare le pulizie generali							
Fare il bucato							
Stirare							
Lavoro amministrativo (pagare le bollette, etc.)							
Piccole riparazioni in casa							
Manutenzione dell'auto/moto							
Prendersi cura del/dei bambino/i più grande/i							
Prendersi cura di altri familiari							

46. Da quando è nato il suo bambino, il suo partner collabora:

- Più di prima, di sua iniziativa
- Più di prima, ma solo se insisto/ se costretto
- Come prima
- Meno di prima

47. *(solo se ci sono altri figli)* Da quando è nato il bambino, il padre si occupa di più dell'altro figlio /degli altri figli?

- No, meno di prima
- No, come prima
- Sì, ma solo quando è costretto
- Sì, sempre

48. Lei è soddisfatta della suddivisione tra lei e il suo partner del lavoro domestico e familiare?

- Molto
- Abbastanza
- Così e così
- Poco
- Per niente

49. La suddivisione del lavoro domestico e familiare è una fonte di conflitto all'interno della vostra coppia?

- Sì, sempre o quasi sempre
- Sì, spesso
- Sì, qualche volta
- Sì, raramente
- No, mai

50. Ora pensi alla gestione del bambino appena nato. Da chi, in prevalenza, vengono svolte le seguenti attività?

	Io, sempre o quasi sempre	Io, più spesso	Insieme e o a metà	Lui, più spesso	Lui, sempre o quasi sempre	Altra persona	Compito non fatto
Lavarlo							
Cambiarlo							
Vestirlo							
Dargli da mangiare							
Preparare i biberon							
Farlo addormentare/cullarlo							
Stare sveglio con lui la notte							
Portarlo dal pediatra							
Ricordarsi scadenze (vaccini, visite, iscriz. nido, etc.)							
Portarlo fuori							
Portarlo o andarlo a prendere da chi lo accudisce quando entrambi i genitori non ci sono (nonni, etc.)							
Acquistare generi necessari (pannolini, body, etc.)							
Acquistare giochi, etc.							

51. Lei è soddisfatta della suddivisione tra lei e il suo partner del lavoro di cura del bambino appena nato?
- Molto
 - Abbastanza
 - Così e così
 - Poco
 - Per niente
52. La suddivisione del lavoro di cura è una fonte di conflitto all'interno della vostra coppia?
- Sì, sempre
 - Sì, spesso
 - Sì, qualche volta
 - Sì, raramente
 - No, mai
53. Il padre gioca con il bambino/i bambini?
- Mai o quasi mai
 - Qualche volta
 - Abbastanza frequentemente
 - Molto spesso
54. Da quando è nato il bambino, lei e il suo partner riuscite a ritagliarvi degli spazi solo per voi, senza il bambino?
- No, mai
 - Sì, raramente
 - Sì, qualche volta
 - Sì, spesso
 - Sì, regolarmente
- 54.1. Se sì, a chi è affidato in quei momenti il bambino? (**indicare anche più di una risposta**)
- Ai nonni (specificare quali _____)
 - Ad amici/amiche
 - Ad una persona retribuita
 - Approfittiamo di quando dorme
55. Da quando è nato il bambino, lei riesce a ritagliarsi degli spazi solo per sé, per far ciò che le piace?
- No, mai
 - Sì, raramente
 - Sì, qualche volta
 - Sì, spesso
 - Sì, regolarmente

55.1. **Se sì**, a chi è affidato, in quei momenti, il bambino? (**indicare anche più di una risposta**)

- Al partner
- Ai nonni (specificare quali _____)
- Ad amici/amiche
- Ad una persona retribuita
- Approfitto di quando dorme

55.2. Cosa fa in questi momenti?

55.3. **Se no**, prima della nascita del bambino c'era qualcosa che le piaceva particolarmente fare?

- No
- Sì (**specificare cosa** _____)

55.4. Nell'insieme, rispetto a prima della nascita di suo figlio, fa queste cose:

- Più spesso
- In misura invariata
- Meno spesso
- Mai

55.5. Se meno spesso, da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) quanto le dispiace? _____

56. Pensi ora all'ultimo mese. Lei si ritiene soddisfatta dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita?

	Per niente	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto
Situazione economica	0	1	2	3	4
Salute	0	1	2	3	4
Relazioni familiari	0	1	2	3	4
Relazioni con amici	0	1	2	3	4
Tempo libero	0	1	2	3	4

57. Nel complesso, come giudica la sua esperienza di maternità?

- Molto positiva
- Positiva
- Né positiva né negativa
- Negativa
- Molto negativa

58. Ora le leggerò una serie di emozioni. Indichi quanto spesso le ha provate, in relazione alla sua maternità, nell'ultimo mese:

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Gioia	0	1	2	3	4
Dolore	0	1	2	3	4
Paura	0	1	2	3	4
Delusione	0	1	2	3	4
Ansia	0	1	2	3	4
Preoccupazione	0	1	2	3	4
Frustrazione	0	1	2	3	4
Serenità	0	1	2	3	4
Divertimento	0	1	2	3	4
Solitudine	0	1	2	3	4

Ora le porrò alcune domande su possibili conflitti all'interno della coppia

59. Da quando è nato il bambino, è capitato che il suo partner:

	No	1 o 2 volte	Più spesso
Abbia fatto dei commenti molto sgradevoli o umilianti sul suo aspetto fisico			
L'abbia trattata male, umiliata, denigrata			
L'abbia criticata spesso come moglie, come madre			
La controlli, voglia sapere cosa fa, con chi è			
Controlli quello che spende, non le dia abb. soldi per le spese necessarie			
Le faccia pressioni perché non riprenda a lavorare/non cerchi un lavoro			
Le faccia pressioni perché non frequenti certe persone (amici, parenti, etc.)			
Faccia delle scenate, danneggi le cose			
La segua, la spii			
La minacci di farle del male			
Minacci le sue amiche, i suoi parenti			
La minacci di farsi del male (ad es. se lei lo lasciasse)			
Le faccia pressioni per avere rapporti sessuali che lei non desidera			
Usi la forza per avere rapporti sessuali che lei non desidera			
Alzi le mani su di lei, le dia pugni, schiaffi, etc.			
Minacci di fare del male al bambino			
Sgridi violentemente il bambino, lo spaventi			
Faccia del male al bambino			
Minacci di portarle via il bambino (ad es. se lei lo lasciasse)			
Altro _____			

59.1. Se sì, quando ha iniziato a comportarsi così?

- Prima della gravidanza, non è cambiato niente
- Prima della gravidanza, dopo la situazione è peggiorata
- In gravidanza
- Dopo la nascita del bambino

60. Ora le leggerò una lista di problemi. Mi dica quali ha dovuto affrontare dopo la nascita del suo bambino:

Problemi seri per la salute di un familiare o una persona cara	Sì	No
Morte di un familiare o di un amico caro	Sì	No
Problemi rispetto al suo lavoro	Sì	No
Problemi rispetto al lavoro del suo partner	Sì	No
Problemi economici	Sì	No
Problemi di alloggio	Sì	No
Problemi nel rapporto di coppia	Sì	No
Problemi con i miei familiari (genitori, etc.)	Sì	No
Problemi con i familiari del mio partner (suoceri, etc.)	Sì	No
Altro (<i>specificare</i> _____)	Sì	No

Ora le farò qualche domanda sul suo soggiorno in ospedale

61. Quanti giorni è rimasta in ospedale dopo il parto? _____

62. Secondo lei, la permanenza in ospedale è stata:

- Troppo breve
- Adeguata
- Troppo lunga

63. Come giudica la sua permanenza in ospedale?

- Pessima
- Cattiva
- Né buona né cattiva
- Buona
- Ottima

63.1. Se la ritiene non buona, può indicarmi perché?

64. Nel complesso, si è sentita “accolta” dalla struttura in cui ha partorito? Indichi un valore da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) _____

64.1. Se non si è sentita accolta (da 0 a 2 compreso), può indicarmi perché?

65. Al suo rientro a casa, ha ricevuto qualche tipo di aiuto?
- Sì, il mio partner ha preso alcuni giorni di ferie/congedo
 - Sì, da parenti
 - Sì, da amici/amiche
 - Sì, da una persona a pagamento
 - Sì, dall'ostetrica del consultorio
 - Sì, da altre figure professionali (specificare_____)
 - No

Ora le porrò qualche domanda sulla sua partecipazione alla ricerca

66. Ha letto l'opuscolo che è stato consegnato al suo partner in ospedale?
- Sì, subito
 - Sì, non subito
 - No

66.1. Come lo ha trovato?

Indichi un valore da 0 (non mi è piaciuto) a 4 (mi è piaciuto molto) ____

Se vuole, può aggiungere commenti

67. Secondo lei, l'opuscolo ha avuto un'influenza sulla relazione con il suo partner?

- Molto positiva
- Piuttosto positiva
- Nessuna influenza
- Piuttosto negativa
- Molto negativa

68. Ne ha parlato con qualcuno? **(può dare più di una risposta)**

- Con il mio partner
- Con familiari
- Con amici/amiche
- Con altre persone (**specificare**_____)
- No, con nessuno

69. Ha parlato direttamente con la psicologa responsabile del progetto?

- No
- Sì (**specificare N° di volte**_____)

69.1. Come le è sembrato ricevere la/le telefonata/e?

Indichi un valore da 0 (molto negativo) a 4 (molto positivo) _____

↳ **Se le è sembrato negativo (da 0 a 2 compreso), può dirmi perché?**

69.2. Secondo lei, il suo partner è stato contento di partecipare alla ricerca? Indichi un valore da 0 (per niente contento) a 4 (molto contento) _____

70. Cosa pensa, complessivamente, della ricerca a cui ha preso parte assieme al suo partner?

Indichi un valore da 0 (per niente contenta) a 4 (molto contenta) _____

Le chiederò infine di esprimere la sua opinione

Per concludere, le chiedo ora di esprimere liberamente il suo punto di vista. Quale aiuto ritiene che potrebbe risultare efficace per sostenere ed aiutare le coppie che hanno appena avuto un figlio?

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!!!!

A cura dell'intervistatrice

Durata dell'intervista: _____

L'intervista è stata interrotta? NO SI

Se sì, perché? _____

Persone presenti durante l'intervista _____

Altro _____

**ALLEGATO 3:
SCHEDA DI RIFIUTO**

Scheda di rifiuto

MADRE PADRE

Et 

Nazionalit  _____

Stato civile _____

Grado di istruzione _____

Professione _____

Numero di figli, compreso quello appena nato

Motivo del rifiuto

Data __/__/__

N  _____

ALLEGATO 4:
SCHEDA DI RILEVAZIONE
PER MADRI E PADRI STRANIERI

Scheda di rilevazione per madri e padri stranieri

Età: _____

Nazionalità: _____

Stato civile: _____

Grado di istruzione: _____

Professione: _____

Numero di figli, compreso quello appena nato: _____

ANNOTAZIONI AGGIUNTIVE:

Data __/__/____

N° _____

ALLEGATO 5:
OPUSCOLO INFORMATIVO

promozione del benessere
dopo la nascita di un figlio

a tu per tu con i padri

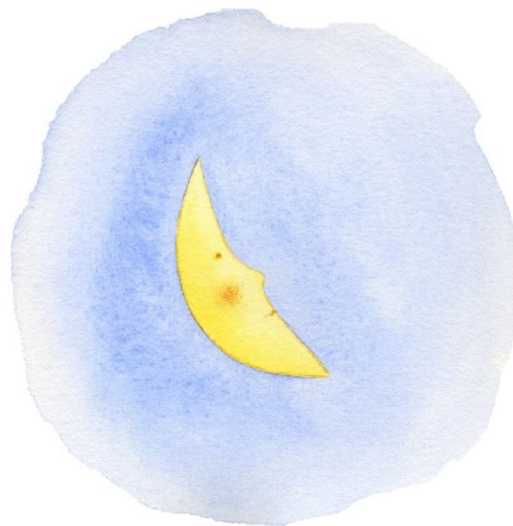


a cura della dott. ssa Laura Pomicino
dottoranda di ricerca dell'IRCCS Burlo Garofolo



promozione del benessere dopo la nascita di un figlio


a tu per tu con i padri





“Che cosa vuol dire ‘addomesticare’?”
“E’ una cosa da molto dimenticata.
Vuol dire ‘creare dei legami’...”
“Creare dei legami?”
“Certo”, disse la volpe. “Tu, fino ad ora,
per me non sei che un ragazzino uguale
a centomila ragazzini. E non ho bisogno
di te. E neppure tu hai bisogno di me. Io
non sono per te che una volpe uguale a
centomila volpi. Ma se tu mi addomestichi,
noi avremo bisogno l’uno dell’altro. Tu
sarai per me unico al mondo, io sarò per
te unica al mondo”

« Il Piccolo Principe »
Antoine De Saint-Exupéry



promozione del benessere dopo la nascita di un figlio

a tu per tu con i padri

La nascita di un bambino è un momento molto particolare. Ci sono tante emozioni in gioco. Si alternano gioia e paure, certezze e dubbi. Ha inizio un nuovo percorso, ricco di scoperte, di sorprese.

La gravidanza vi ha guidato fino all'ingresso di questo mondo. E' stato un periodo in cui avete pensato, sognato, riflettuto. Ma ora quel bambino che immaginate è lì, fra le vostre braccia. Infinite domande si alternano, per molte non trovate una risposta.

E' normale, ci vuole tempo. Diventare genitori è qualcosa che si costruisce, giorno dopo giorno. Insieme. Dovrete imparare a conoscere vostro figlio, a capire il suo modo di comunicare, ad entrare in sintonia con lui. E lui con voi.

Si verrà a creare un nuovo equilibrio familiare, di coppia, per adattarsi al cambiamento.

E' importante concedersi lo spazio per abituarsi ad assumere questo nuovo ruolo, le responsabilità che comporta. E' un momento di passaggio, che richiede un grosso impegno da parte vostra. E' fondamentale riconoscere i propri limiti, accettare gli errori, chiedere aiuto quando non si sa come comportarsi.

Non ci sono delle regole prestabilite. Ogni esperienza ha una sua



storia, da scrivere giorno dopo giorno.

Perché, allora, questo opuscolo? Per chiarire dubbi, problemi, difficoltà. Per sfatare luoghi comuni, stereotipi e pregiudizi. Per fornirvi dei suggerimenti, degli spunti su cui riflettere, dei punti di partenza per il vostro viaggio.

Ciò che troverete scritto nelle pagine che seguono nasce soprattutto dall'esperienza di altri padri, di altre persone come voi che si sono trovate a percorrere questa stessa strada e che hanno condiviso con noi i propri pensieri, le proprie riflessioni.

Ci auguriamo che possano esservi utili per vivere questa nuova esperienza nel modo più bello possibile, assieme alle vostre compagne.

Buon lavoro!





“Che bello, tra poco usciremo dall’ospedale!”
“Già..”
“Non sembri contenta...”
“Mi chiedevo solo se...”
“Solo se...?”
“Sono stanca”
“Sì...il parto è stato faticoso...”
“Non è solo questo...”
“Parliamo”
“E se non avrò abbastanza latte?”
“Ci faremo aiutare.”
“E se non lo sentirò, la notte?”
“Mi alzerò io”

“E se non riuscirò a capire di cosa ha bisogno?”
“Ci proveremo insieme”

“Eccoci! Finalmente a casa!”
“Sì, a casa...”
“A cosa stai pensando?”
“Sono felice”
“Anch’io”
“...”
“...”
“Ho paura”
“Anch’io”
“...”
“Entriamo. Dammi la mano...”



"Piange. Secondo te ha fame?"

"Sì, credo di sì"

"Ma ha finito da poco..."

"Già..."

"Deve essere faticoso per te..."

"A volte sì..."

"Mi siedo qui, accanto a te,
così parliamo un po'..."



"Stanotte hai dormito poco..."

"Sì..."

"Vai a riposare."



"La casa è un disastro"

"Sistemo io"

"E la piccola Paola?"

"Si diventerà a guardarmi..."

"E Matteo?"

"Giocheremo insieme"

"E' bello averti accanto"



“Laura, sto uscendo”
“Quando torni?”
“Appena finisco la spesa”
“Va bene”
“Vedrai che bella cena
ti preparo stasera!”
“I piatti però li lavo io...
anche tu sarai stanco”

“Sono cambiate tante cose”
“Sì, tante”
“Non è tutto come lo immagi-
navo”
“Qualcosa è ancora più bello...”
“Sì... qualcos'altro lo è di meno..”
“Cosa è difficile per te?”

“Alzarmi, la mattina, e sentirmi già
stanca...”
“Mhmm”
“Avere meno tempo per pensare
a me, a quello che facevo, pri-
ma...”
“E' un periodo impegnativo per
tutti noi ma per te immagino an-
cora di più”
“Sì”
“Prenditi una pausa. Per fare
quello che vuoi, che ti fa sentire
bene”
“Non so se è giusto ...e voi?”
“Ci sono io. Penserò a tutto io.
Stai tranquilla. Se tu sei felice, lo
saremo anche noi”



“Ti vedo stanco...”
“Già... casa, lavoro...
è come se non mi fermassi mai.”
“Stai facendo molto...
per tutti noi...”
“Voglio starvi vicino.”
“Ci stai riuscendo...
perché ora non ti riposi un po'?”
“Sì, ne avrei proprio bisogno.”
“Sdraiati un po'.
Penso io ai bambini”.

“Mi sembra che tutta la nostra
attenzione sia su Paola”
“Sì, è così”



“Spero che Matteo non
ne soffra troppo..”
“Già, non deve essere facile
neppure per lui”
“E' difficile dedicarsi ad entrambi”
“Beh, domani posso tenere io Paola,
così tu puoi stare un po' con Matteo”
“Sì. Mi manca.
Mi piace giocare con lui”
“Anche a me”
“Voglio che sappia che ci siamo,
ancora, anche per lui”
“Potrei portare Paola al giardino
e poi, più tardi, voi potreste
raggiungerci...”
“Sì... e giocare un po' tutti insieme...”



“Ti capita mai di pensare a quello che facevamo prima di avere dei figli?”

“Sì, spesso. Alcune cose mi mancano.”

“Anche a me.

I nostri spazi, soprattutto”

“Il tempo per parlare”

“Il tempo per fare”

“Sentirsi liberi di fare”

“Mi manchi tu”

“Anche tu”

“Vieni più vicino”

“No, non mi sento ancora pronta”

“Non c'è fretta. Lo faremo quando lo vorrai anche tu”

“Non deve essere facile neanche per te aspettare”
“Non lo è. Ma dobbiamo essere tutti e due a volerlo”
“Ho solo bisogno di un po' di tempo”
“Vieni qui, teniamoci stretti stretti, parliamo un po'...”



“Stavo pensando al lavoro...”
“Sì...?”
“Non so cosa fare...
Cosa è meglio per tutti noi...”

“Tu cosa vorresti?”
“Mi piace stare con Paola.”
“Anche a me”
“Ma a volte vorrei fare qualcosa di diverso...”
“...potresti farlo...”
“Ma come facciamo?”
“Potremmo alternarci... un po' io e un po' tu...”
“E se non riusciamo?”
“Cercheremo qualcuno che ci aiuti...”
“...”
“A cosa stai pensando?”
“Lei starà bene?”
“E' bello avere una mamma felice”



“Non capisco perché tutti si aspettano che io sappia sempre cosa fare con mio figlio”
“Perché sei sua madre”
“Sto imparando ad esserlo”
“Per me è lo stesso...ci vuole tempo per diventare padri..”
“In fondo siamo persone...che si stanno conoscendo...”
“..un giorno alla volta..”
“...insieme...”



promozione del benessere dopo la nascita di un figlio

a tu per tu con i padri

Ecco qualche informazione utile sui Servizi Sociosanitari presenti nel Vostro territorio. Rivolgetevi ad essi senza timore per ricevere consigli, informazioni e consulenza.

per informazioni:

800-991170

Consultori familiari

Sono un servizio dell'Ass. n. 1 triestina rivolto al singolo, alla coppia, alla famiglia e alla comunità. Al loro interno potete trovare: ginecologa/o, ostetrica, assistente sociale, psicologa/o, infermiera/assistente sanitaria, consulente legale. Le prestazioni sono gratuite.

Sedi di riferimento:

Distretto N. 1

Comuni di Duino Aurisina, Monrupino, Sgonico - Circoscrizioni di Altipiano Est, Altipiano Ovest, Roiano - Gretta - Barcola - Cologna/Scorcola

Sede di Via Stock, 2 - Telefono: 040 399.7831/7830

Sede di Duino Aurisina - Aurisina, 108/d

Distretto N. 2

Circoscrizioni di San Vito - Città Vecchia, Città Nuova - Barriera Nuova, San Giacomo

Sede di Via San Marco, 11 - Telefono: 040 399.5566

Distretto N. 3

Circoscrizioni di Servola - Chiarbola, Valmaura - Borgo San Sergio - Comuni di San Dorligo della Valle - Dolina, Muggia

Sede di Via Valmaura, 59 - Telefono: 040 399.5800

Sede di Via Roma, 22 - Muggia

Sede di San Dorligo della Valle -
Zona Artigianale Dolina, 507/13

Distretto N. 4


Circoscrizioni di Barriera Vecchia, Chiadino - Rozzol - San Giovanni

Sede di Via G. Sai, 7 - Telefono: 040 399.7445/7201



U.O. Bambini e Adolescenti

Sono un servizio pubblico e gratuito dell'Ass. n. 1 triestina.
Si occupano della salute dei cittadini compresi nella fascia di età da 0 a 18 anni.



promozione del benessere dopo la nascita di un figlio

a tu per tu con i padri

L'Unità Operativa svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione per problematiche semplici e complesse relative a minori. Ha uno spazio per l'accoglienza della mamma e del neonato dopo la dimissione dall'ospedale.

Al suo interno operano pediatri, psicologi, psichiatri, assistenti sanitari, infermieri, fisioterapisti, logopedisti.

Sedi di riferimento:

Distretto N. 1

- Via Stock, 2
tel. 040 399.7863

Distretto N. 2

- Via Vespucci, 7/1
tel. 040 399.5558

Distretto N. 3

- Via Valmaura, 59
tel. 040 399.5809

Distretto N. 4

- Via Sai, 7 (II piano)
tel. 040 399.7369



appunti di viaggio



Qui può scrivere i suoi **pensieri**
le sue **emozioni** e i suoi **dubbi**

Potremmo discuterne insieme durante gli incontri a cui sceglierà di partecipare individualmente o assieme ad altri padri...

a presto!

dott. ssa Laura Pomicino



disegni e grafica: benedetic@tin.it