

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN OSTETRICIA

**Cod. 9201; Classe L/SNT1 – Professioni Sanitarie, Infermieristiche e
Professione Sanitaria Ostetrica**

TESI DI LAUREA

**“LE OSTETRICHE e IL BENESSERE EMOTIVO IN GRAVIDANZA E
POST-PARTUM: OSTACOLI E STRATEGIE. UNA DESCRIZIONE
INTERPRETATIVA”**

Laureanda:

Naomi Sacco

Relatrice:

Prof.ssa Dila Parma

Corelatrice:

Dott.ssa Elena Tarlazzi

Sessione I

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

*A mio Padre,
a Luca
e alle Donne,
mie fonti di ispirazione, amore e coraggio.*

ABSTRACT

Introduzione: In gravidanza e nel periodo postnatale il disagio psichico interessa tra 0,05% e 19% delle donne, ha importanti ricadute sulla salute della madre ma anche sullo sviluppo del* bambin*. L'AUSL Romagna ha implementato dal 2019 una procedura specifica relativa al riconoscimento precoce del disagio psicologico in gravidanza e puerperio, attraverso l'indagine del benessere emozionale di tutte le donne nel periodo prenatale e post. Sebbene ci sia una parte di letteratura che ha indagato le esperienze de* Ostetric* nel trattare l'argomento del benessere emozionale con le donne, non ci sono studi condotti in Italia.

Obiettivo: La presente ricerca intende descrivere gli ostacoli che Ostetric* incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e post-partum e le strategie che adottano per superarli.

Metodo: Questa ricerca ha arruolato 24 ostetriche consultoriali di diversi ambiti dell'AUSL Romagna (Rimini, Riccione, Ravenna, Forlì e Cesena). Lo studio è stato svolto secondo l'approccio della descrizione interpretativa. Le ostetriche hanno partecipato ad interviste semi strutturate, singole, faccia a faccia, in presenza od online. Ogni intervista è stata registrata e trascritta verbalmente. L'analisi dei dati è stata fatta attraverso analisi tematica.

Risultati: Le ostetriche, per approcciarsi all'indagine dello stato emotivo delle donne in gravidanza e post-partum, utilizzano delle strategie comuni, che si possono sintetizzare in cinque grandi pilastri: la comunicazione, il rispetto dei tempi, la relazione, l'empowerment e l'esperienza. Alcuni degli ostacoli che le ostetriche incontrano sono legati alla delicatezza stessa delle domande che è necessario porre alla donna, perché riguardano la sfera intima. Gli altri ostacoli emersi sono: la paura delle ostetriche che le donne possano "fuggire" dal servizio offerto loro e il senso di impotenza che ne consegue; la stigmatizzazione della psicoterapia, la necessità di utilizzare il computer.

Conclusioni: La salute mentale perinatale e postnatale delle donne è un elemento essenziale, che ha dei risvolti anche per i bambini e le famiglie. Per questa ragione è fondamentale valutare lo stato emotivo e psicologico, in gravidanza e post-partum al pari della valutazione sulla salute fisica. Nell'indagine del benessere emozionale delle donne l'ostetric* assume un ruolo chiave. Grazie ai risultati di questa ricerca è possibile inquadrare l'approccio delle ostetriche italiane durante il colloquio sullo stato emotivo delle donne.

INDICE

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE

1.1. Obiettivo

CAPITOLO 2: METODO

2.1. Disegni dello studio

2.2. Campione

2.3. Raccolta dei dati

2.4 Analisi dei dati

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1. I Pilastri

3.2. Gli Ostacoli

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

1. INTRODUZIONE

La care offerta alle donne durante le varie fasi del percorso nascita intende riconoscere il normale evolversi della gravidanza e dell'adattamento alla genitorialità non solo in termini fisici/clinici ma anche mentali e psicologici (Shrivastava et al., 2015) e ha lo scopo ultimo di riconoscere tempestivamente eventuali scostamenti dalla fisiologia.

In gravidanza e nel periodo postnatale il disagio psichico interessa tra 0,05% e 19% delle donne, una prevalenza molto variabile a seconda del tipo di disturbo considerato e complessivamente non diversa da quella della popolazione generale (Saperidoc, 2017, s.d.) A livello mondiale si stima che tra il 10% e il 20% delle madri soffra di depressione postpartum (Shrivastava et al., 2015).

Il benessere emotivo in gravidanza e postpartum ha importanti ricadute di salute non solo per la madre ma anche per lo sviluppo del* bambin*.

L'ipotesi che il riconoscimento, la presa in carico e il trattamento dei disturbi psichici in epoca perinatale possa modificare gli esiti di salute della madre, del neonato e del nucleo familiare è sostenuta dalla linea guida *Antenatal and postnatal mental health* (NICE, 2014), dal report *Saving Lives, Improving Mothers' Care*, ma anche dal sistema di sorveglianza della mortalità materna dell'Istituto Superiore di Sanità. (*MBRRACE-UK, Maternal Report, 2021, s.d.*)

Nel 2020 il NICE ha pubblicato l'aggiornamento della linea guida *Antenatal and postnatal mental health* del 2014 (NICE, 2014), nella quale, tra le altre cose, si raccomanda di indagare in tutte le donne durante il primo contatto in gravidanza e nel primo post partum lo stato di benessere emotivo. Per farlo sono state identificate alcune domande chiave (dette domande di Whooley), in grado di identificare precocemente situazioni di potenziale disagio (NICE, 2014). Inoltre, la linea guida raccomanda di porre le domande di Whooley durante un colloquio generale con la donna inerente il suo benessere psicologico.

La regione Emilia-Romagna promuove dal 2018 il progetto ministeriale "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum" che ha come obiettivo quello di valutare il benessere psichico della donna nel corso dell'intero periodo perinatale, per favorire il precoce riconoscimento da parte della rete dei servizi, la presa in carico e l'eventuale trattamento di situazioni a rischio. (Saperidoc, 2017, s.d.)

L'AUSL Romagna ha implementato dal 2019 una procedura specifica relativa alla valutazione dello stato di benessere psicologico in gravidanza e puerperio costruita anche a partire dalle indicazioni del NICE, 2014. Le indicazioni della procedura (PA 182) sono di indagare lo stato di benessere emotivo della donna sia in gravidanza che in puerperio e di segnalare la presenza

o la comparsa di fattori di rischio per l'insorgenza di un disagio emotivo. Ogni Ostetric* utilizza strategie diverse per affrontare con la donna il tema della salute mentale.

Dall'analisi della letteratura sul tema sono emersi alcuni aspetti interessanti, tra cui il fatto che le ostetriche tendono a usare strategie quali l'uso delle domande aperte e l'osservazione delle donne per approcciarsi al colloquio con le donne su questo tema. (Fletcher et al., 2021).

Inoltre, le ostetriche hanno segnalato limiti e difficoltà nell'utilizzo delle domande di Whooley; in alcune occasioni si sono sentite a disagio nel porre le domande, perché hanno ritenuto potessero essere percepite come piuttosto schiette o poco chiare. (Williams et al., 2016). La letteratura è concorde nell'affermare che la continuità assistenziale è uno strumento molto potente per la valutazione del benessere psicologico della gravidanza durante il percorso della gravidanza e post partum (Fletcher et al., 2021). Tuttavia, gli studi reperiti sono stati condotti in contesti come l'Irlanda, il Regno Unito e l'Australia, molto diversi da quello Italiano.

A circa 4 anni dall'implementazione della procedura sul benessere emotivo, è utile individuare le strategie che le/gli Ostetric* hanno trovato per esplorare lo stato di benessere psicologico della donna e identificare le eventuali difficoltà legate al colloquio sul disagio emozionale; conoscere questi aspetti permetterebbe di identificare necessità di formazione o training specifico, ma anche di condividere gli strumenti efficaci per rendere questo tipo di comunicazione più semplice per le/gli ostetric*.

1.1 Obiettivo

L'obiettivo di questa descrizione interpretativa è quello di descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e le strategie che adottano per superarli.

In particolare, risponde alle seguenti domande:

1 Quali sono gli ostacoli che le Ostetriche consultoriali incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo in gravidanza e puerperio?

2 Quali strategie mettono in atto per superarli?

2. METODO

2.1. Disegni dello studio

Per rispondere alla domanda di ricerca si è scelto l'approccio della descrizione interpretativa, descritto da Thorne (S. Thorne et al., 1997, 2004; S. E. Thorne, 2008; Thorne, Sally, 2013)

Questo approccio intende cercare risposte a domande rilevanti per le discipline che si occupano di salute delle persone (Hunt, 2009) , ed è particolarmente calzante quando la domanda di ricerca origina da un contesto clinico. Inoltre, è l'approccio di prima scelta nei casi in cui la domanda abbia una natura non solo descrittiva ma anche interpretativa, nel senso di ricadute della conoscenza sulla pratica clinica. Tutti questi aspetti sono concordanti rispetto alla domanda di ricerca. Il progetto di ricerca (Allegato 1), è stato approvato dal comitato di bioetica dell'Università di Bologna in data 30/05/2023, protocollo n 0151985 del 06/06/2023.

2.2. Campione

Lo studio ha arruolato 24 ostetriche operanti nelle sedi consultoriali dell'AUSL Romagna (ambito di Forlì, Ravenna, Cesena, Riccione E Rimini), indipendentemente dall'anzianità di servizio e dagli anni di servizio svolti in quello specifico setting. L'arruolamento è avvenuto tra Luglio e Settembre 2023.

Le ricercatrici hanno preso contatto con le coordinatrici delle sedi consultoriali per presentare il progetto di ricerca e chiedere la disponibilità a partecipare. Successivamente, è stata inviata una mail a tutte le ostetriche operanti nelle sedi consultoriali ed è stata raccolta la disponibilità a partecipare, questo per poter garantire la massima libertà di partecipazione/declinazione e il rispetto della riservatezza.

2.3. Raccolta dei dati

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso interviste semi strutturate faccia a faccia (di persona o virtuale) dove la partecipante è stata invitata a rispondere in maniera narrativa alle domande. Prima di iniziare l'intervista, ogni partecipante ha avuto modo di leggere il modulo informativo sulle finalità e l'organizzazione dello studio e di firmare il consenso. Le ricercatrici si sono messe a disposizione per rispondere a qualsiasi dubbio o domanda relativa allo studio. Se la

partecipante era d'accordo a procedere, veniva firmato il modulo di consenso. Ogni intervista è stata registrata (su consenso delle partecipanti) e trascritta verbalmente, così da poter svolgere una accurata analisi dei dati. La durata media delle interviste è di undici minuti, con un intervallo minimo di 6 e massimo di 20 minuti. Le interviste sono state svolte principalmente sul luogo di lavoro, in uno spazio scelto dalle Ostetriche e che garantisca la confidenzialità del racconto. Il fatto che molte colleghe abbiamo scelto un momento durante l'attività lavorativa può spiegare la durata limitata delle interviste. Due interviste sono state svolte online con piattaforma Teams.

In linea con la metodologia della ricerca qualitativa (Beck, 2016), sono state adottate le seguenti misure per garantire l'affidabilità della ricerca: le ricercatrici hanno tenuto un diario riflessivo, sono stati organizzati meeting del gruppo di ricerca sia per condividere gli aspetti organizzativi e superare eventuali criticità con strategie comuni; l'analisi dei dati è stata fatta da due ricercatrici, in maniera indipendente e poi confrontando le codifiche ottenute (triangolazione dei ricercatori).

2.4. Analisi dei dati

L'analisi dei dati è avvenuta attraverso analisi tematica (Harding, 2013). Le interviste sono state trascritte e lette più volte per una completa immersione. Successivamente sono stati identificati i temi e le categorie relative ad ogni intervista. I risultati di ogni intervista sono stati confrontati con i risultati delle altre interviste, per far emergere somiglianze e differenze, ma anche per definire il processo interpretativo che ha dato spiegazione e significato ai risultati emersi.

3. RISULTATI

Lo studio ha visto il coinvolgimento di 24 ostetriche afferenti ai consultori di Rimini, Riccione, Cesena, Savignano, Ravenna e Forlì. Data la scarsa rappresentazione di ostetriche* di genere maschile sul territorio, lo studio ha visto coinvolto solo professioniste di genere femminile. L'età delle partecipanti è compresa tra 24 e 62 anni, con un'esperienza lavorativa (anche in altri contesti/servizi) tra 1 e 41 anni. Il campione *purposeful* ha permesso di coinvolgere ostetriche che quotidianamente utilizzano gli strumenti per monitorare il benessere emotivo della donna in gravidanza, sebbene con diversa esperienza clinica e anzianità di servizio. Inoltre, il 75% delle ostetriche (18/24) coinvolte ha frequentato una formazione specifica rispetto alla PA 182 (Tabella 1).

Tabella 1 Caratteristiche demografiche

		Ostetriche registrate n = 24
Età (media)		50 (24-62)
Anni di esperienza come ostetrica	Media	25,5 (1-41)
	< 5	1
	5-10	2
	10-20	5
	>20	16
Ambito consultoriale di:	Rimini	6 (25%)
	Riccione	4 (17%)
	Cesena	5 (21%)
	Savignano	2 (8%)
	Ravenna	2 (8%)
	Forlì	5 (21%)
Percorso di studi	Formazione inf+ost	13
	Diploma di laurea	6
	Laurea in Ostetricia	6
	Laurea magistrale	2
Corso di Formazione specifico relativo alla PA 182 (%)	Sì	18 (75%)
	No	6 (25%)

Dall'analisi delle interviste sono emersi 5 temi che descrivono i pilastri dell'approccio ostetrico al benessere emotivo in gravidanza (immagine 1).

Le cinque tematiche identificate sono: Comunicazione, Rispetto dei tempi, Empatia, Empowerment ed Esperienza. Ogni pilastro presenta poi delle dimensioni in grado di declinarlo. I 5 pilastri rappresentano come le ostetriche approcciano il tema del benessere emotivo in gravidanza e quali strumenti propri della professione utilizzano per affrontarlo e

gestirlo. Ogni pilastro è poi declinato in alcune dimensioni che lo caratterizzano e lo determinano, di seguito saranno descritti i singoli pilastri e le dimensioni di ognuno.

3.1. I Pilastri



(Immagine 1)

COMUNICAZIONE

Strategica

Verbale e non verbale

Sincera

- **Comunicazione**

Il primo pilastro, che le ostetriche intervistate identificano come elemento chiave per l'approccio al benessere emotivo in gravidanza, è la comunicazione. Le linee guida raccomandano di introdurre il tema del benessere emotivo già al primo incontro della gravidanza con la donna. Per poter introdurre l'argomento, che viene percepito come molto personale e delicato, le ostetriche coinvolte nella ricerca cercano di stabilire con la donna una comunicazione efficace, aperta e sensibile. Per fare questo utilizzano diverse strategie, anche in base ad alcuni "indizi" che raccolgono durante i primi momenti di contatto con la donna. In particolare, durante la raccolta dell'anamnesi, cominciano la conoscenza della donna e si gettano le basi per una relazione di fiducia. Solo una volta che si instaura la fiducia con la donna, è possibile introdurre anche argomenti più personali e intimi come il benessere emotivo in gravidanza. Questo aspetto è estremamente delicato, perché si muove attorno ad un equilibrio delicato: le ostetriche intervistate hanno descritto il timore di risultare invadenti rispetto alla vita della donna e di mettere in discussione la relazione di fiducia costruita fino a quel momento. Il tutto si muove lungo un confine sottile e variabile, se la relazione si rompe, poi è difficile, se non impossibile, ricostruirla e si rischia di perdere la donna (salta le visite, non partecipa al percorso definito insieme...).

Dall'analisi delle interviste svolte, emergono tre elementi che costituiscono il pilastro della comunicazione. Essi sono:

1 Comunicazione Strategica

2 Comunicazione Verbale e non verbale

3 Comunicazione Sincera

Per *Comunicazione strategica*, si intendono le varie strategie che le Ostetriche utilizzano per mettere le donne a proprio agio e per costruire con le donne una relazione di fiducia, tra cui l'uso dell'umorismo, delle domande aperte ed il ricorso ad un linguaggio semplice

e comprensibile. Per le ostetriche è poi fondamentale rispettare il tempo della donna e accogliere quello che quest'ultima è pronta ad esprimere. Attraverso la raccolta anamnestica la donna comincia a raccontarsi e le ostetriche iniziano a raccogliere indizi sul suo stato emotivo. Useranno questi indizi per confrontarli con le risposte e l'atteggiamento che la donna avrà quando si affronterà il tema vero e proprio dello stato emotivo.

Il secondo elemento che compone il pilastro della comunicazione è quello denominato *Comunicazione verbale e non verbale*.

La maggioranza delle ostetriche presta molta attenzione alla componente della comunicazione non verbale, che la donna mette in atto durante il primo colloquio, durante le domande di Whooley e le domande relative all'identificazione dei fattori di rischio. Il riscontro di incongruenze tra ciò che la donna riferisce verbalmente e ciò che dimostra nella gestualità pone l'ostetrica in uno stato di attenzione/allerta, così come segnali di improvvisa chiusura o risposte veloci e, in qualche modo, sommaria.

Il terzo elemento identificato dalle interviste è quello della *Comunicazione sincera*. Con questo elemento le ostetriche intendono sottolineare l'utilità di non ricorrere a giri di parole o a spiegazioni troppo sofisticate, ma di essere semplici, dirette e sincere rispetto alla finalità dell'screening del benessere emotivo, così come quando si trovano a proporre alla donna un percorso di supporto psicologico o sociale. Per le ostetriche intervistate risulta fondamentale che le donne sappiano chiaramente che tutto quello che viene fatto è per un buon esito e sviluppo della gravidanza e che non c'è alcuna forma di giudizio, ma il sincero intento di aiutare la donna/coppia e il bambino in arrivo.

“prima di tutto dò molto valore al non detto, al non verbale. Quindi, guardo la donna, come si comporta. Quando poi incomincia a parlare, cerco di capire se c'è una perfetta correlazione tra il non verbale e tra il verbale, se mi rendo conto che questa correlazione non c'è, vado sui punti dove ho pensato, ho identificato, la differenza e lì cerco di farmi dire qualcosa in più” (Intervista 3)

RISPETTO DEI TEMPI

Empatia

Il momento giusto

- Rispetto dei tempi:

È fondamentale, secondo le ostetriche, trovare il “momento giusto” con le donne per indagare il benessere emotivo. Infatti, le ostetriche, hanno dichiarato di attendere che si crei un certo “feeling” con le donne per porgli qualche domanda più intima e, soprattutto, se si accorgono che la donna non è pronta a condividere dei dettagli, tendono ad aspettare gli incontri successivi per sapere qualcosa in più. Si cerca quindi di lasciare spazio alla donna, evitando forzature.

Dall’analisi delle interviste svolte, si evidenziano due caratteristiche che costituiscono il pilastro della comunicazione, essi sono:

1 Empatia

2 Attesa del momento giusto

L’*Empatia* è uno strumento imprescindibile che le ostetriche intervistate utilizzano per comprendere le caratteristiche peculiari della donna: la capacità di aprirsi, di socializzare e le modalità che preferiscono per comunicare. Inoltre, riuscendo ad immedesimarsi nei panni della donna, le ostetriche, dichiarano che pur riconoscendo una sua difficoltà, attendono che sia lei a fare il primo passo quando si sente pronta.

L’altro elemento che caratterizza questo pilastro è l’attesa del momento giusto. Pur eseguendo il colloquio sul benessere emozionale fin dal primo incontro con la donna in gravidanza, dalle interviste con le ostetriche è emerso che diverse volte le donne non esprimono le loro verità fin da subito. Inizialmente dichiarano di non avere grosse difficoltà nella vita di tutti i giorni, poi, dopo qualche incontro, iniziano ad aprirsi realmente raccontando le loro problematiche.

Anche durante il primo colloquio le ostetriche individuano quando è il momento giusto per porre le domande sul benessere emotivo alle donne, spesso, infatti, le lasciano alla fine

dell'incontro. Questo, secondo le operatrici, potrebbe aumentare le probabilità che la donna sia disposta ad esprimersi in modo sincero.

“Quindi per fare il colloquio del disagio emozionale, è importante ricercare il momento giusto con la donna. Deve essersi creato un certo feeling, una certa empatia, una certa conoscenza. E quello lì è bene farlo proprio alla fine, alla fine, alla fine e in un certo modo.” (Intervista 4)

RELAZIONE

Fiducia

Chiarezza

Alleanza

- **Relazione:**

Dall'analisi delle interviste è emerso come la costruzione di una relazione tra le ostetriche e le donne sia di grande supporto per quest'ultime. Infatti, se durante i primi incontri tendono ad essere distaccate e non sempre disposte ad aprirsi e raccontarsi, con l'instaurarsi di una relazione di fiducia è più facile che emergano gli aspetti problematici e critici. Questo avviene soprattutto perché, fin dall'inizio, le ostetriche sottolineano alle donne che durante i loro incontri possono sentirsi al sicuro di esprimersi, senza la paura di essere giudicate.

Le dimensioni emerse dall'analisi delle interviste sono:

1 *Fiducia*

2 *Chiarezza*

3 *Alleanza*

Il primo elemento legato al pilastro della relazione, che è emerso dai dati delle interviste, è la *Fiducia*. Secondo le intervistate, alla base di un'alleanza terapeutica con la donna come prima cosa deve instaurarsi la fiducia. Per ottenere una relazione di fiducia, le Ostetriche raccontano di essere molto chiare e trasparenti con le donne, fin dal principio. Ritengono importante e fondamentale specificare che indagare gli aspetti psicologici è necessario per la loro salute e il loro benessere, inoltre cercano di mettere a proprio agio la donna e di farla sentire accolta e non giudicata.

Il secondo elemento che caratterizza la relazione è la *Chiarezza*. Le ostetriche hanno dichiarato di specificare fin da subito alle donne lo scopo del colloquio sul benessere emozionale e di sostenere che è realizzato per il loro bene. Questo aspetto si ricollega al tema della fiducia reciproca e dell'alleanza di aiuto.

Il terzo concetto legato al pilastro della relazione è *l'alleanza* terapeutica che si crea tra la donna e l'ostetrica. Per ottenere una relazione sincera la donna e l'ostetrica si alleano in modo tale da percorrere insieme la strada più giusta per la donna/coppia durante la

gravidanza e per la Donna/coppia e il bambino durante il puerperio. Le ostetriche hanno dichiarato che spesso le donne rivelino loro dei dettagli che non si sentono di condividere né durante le visite ginecologiche, né ai colloqui psicologici, tanto è il grado di alleanza che si è instaurato tra loro.

“Prima di tutto la costruzione della relazione e del patto terapeutico, cioè l'alleanza terapeutica. Io dico sempre:” io so, tu, sai, condividiamo i nostri saperi e proviamo a capire qual è il percorso migliore per te in questa gravidanza”. E quindi la donna spessissimo riesce anche in un rapporto a due, tra me e lei, a parlarmi dell'ambivalenza della maternità, del non riconoscimento della madre reale rispetto a quella immaginata...” (Intervista 9)

EMPOWERMENT

Accompagnare

Consapevolezza

Crescita

- Empowerment:

Le Ostetriche intervistate hanno dichiarato che durante i colloqui capita spesso che le donne non si rendano pienamente conto di quanto alcune esperienze da loro vissute siano dei veri e propri abusi, oppure succede che tendano a sottovalutare la difficoltà e il valore che ha riuscire a raccontarsi. Queste ultime cercano di accompagnare le donne alla consapevolezza del loro vissuto e di quanto, anche solo il racconto di certe dinamiche, sia in realtà un grande passo verso l'accettazione del loro passato.

Le dimensioni emerse dall'analisi dei dati sono:

1 *Accompagnare*

2 *Consapevolezza*

3 *Crescita*

Accompagnare è la prima dimensione che si correla al pilastro dell'Empowerment.

Durante gli incontri della gravidanza e del puerperio molte donne compiono un vero e proprio percorso di autoconsapevolezza. Le ostetriche intervistate raccontano come spesso si trovino ad accompagnare le donne lungo la "strada", cercando di farle sentire accolte e di rassicurarle, ma anche di sostenerle qualora volessero prendere delle decisioni difficili legate alle loro situazioni personali.

Il secondo elemento emerso dall'analisi delle interviste attinente al pilastro dell'Empowerment è la *Consapevolezza*. Le intervistate hanno dichiarato che le donne, tramite il colloquio sul benessere emozionale, si rendono conto di aver subito abusi e/o violenze. Quindi, grazie alle domande e alla relazione instaurata con le ostetriche, ripercorrono momenti difficili della loro vita e prendono consapevolezza di quello che è accaduto, o che sta accadendo loro.

Come terzo e ultimo elemento che caratterizza il pilastro dell'Empowerment si ha la *Crescita*. Infatti, secondo le ostetriche intervistate, il fatto stesso di esporre le proprie esperienze dolorose, e accettarle di conseguenza, è già un grande passo che le donne compiono e che permette loro di essere sempre maggiormente consapevoli di ciò che sono. Sottolineare alle donne questi piccoli-grandi progressi, è un ottimo modo per farle sentire apprezzate e valorizzate.

“Le donne che hanno subito degli abusi, di qualsiasi genere, spesso non riescono ad identificarli come una violenza. Allora generalmente le porto ad una riflessione. Faccio in modo che si possano sentire a loro agio nel racconto, proprio mentre loro stanno parlando e io incomincio a dire: “capisco quello che tu hai vissuto, penso di aver compreso, spiegami meglio questa situazione”, nel riprendere quello che stanno dicendo, sono loro stesse che a un certo punto ti dicono: < Ah, forse però questa cosa, in questo momento, io penso di capire che ho bisogno di essere aiutata > ” (Intervista 3)

ESPERIENZA

Intuito

Sensibilità

- Esperienza:

È una delle strategie più utile, che permette alle ostetriche di essere efficaci durante il colloquio sul benessere emozionale con le donne. Infatti, grazie all'esperienza le Ostetriche raccolgono una serie di dettagli che gli permettono di scegliere la strategia comunicativa più efficace, se c'è un limite oltre il quale non è opportuno andare con le domande, se è necessario aspettare un altro momento oppure come porre le domande per non rompere la relazione di fiducia.

La prima dimensione che si lega al pilastro dell'Esperienza è L'*Intuito*.

L'intuito è uno strumento che le ostetriche sviluppano grazie alle esperienze precedenti con le altre donne, ma anche grazie agli incontri precedenti con la donna stessa. Si compone della somma di indizi che le ostetriche notano e raccolgono durante tutto il colloquio con la donna.

Attraverso questo elemento potente le Ostetriche possono calibrare la relazione; decidere di aspettare che la donna sia pronta scegliendo, ad esempio di posticipare le domande di Whooley in un altro momento, perché ritengono di non aver ancora instaurato con la donna la giusta fiducia; inoltre, l'intuito permette alle Ostetriche raccogliere indizi di una situazione che non ritengono chiara e aumentare il livello di sorveglianza.

L'ultimo elemento che si ha dall'analisi delle interviste riguardo all'Esperienza è la *Sensibilità*. Quest'ultima racchiude due accezioni: l'aver vissuto esperienze lavorative o private, secondo le ostetriche, permette di affinare la sensibilità di riconoscere quando una donna ha bisogno di aiuto oppure ha vissuto delle esperienze forti; ma è fondamentale anche per sapere qual è il modo giusto di avvicinarsi alle donne, senza essere troppo invadenti e rispettando i loro spazi e tempi.

“L'esperienza lavorativa ti porta, guardando la donna, a capire se ci sono delle difficoltà e che tipo di domande le puoi fare.” (Intervista 7)

3.2. Gli Ostacoli

Dalle interviste sono emersi alcuni ostacoli che le Ostetriche incontrano rispetto al tema del benessere emotivo in gravidanza e postpartum: alcuni sono aspetti legati al tema stesso, altri invece di tipo logistico/organizzativo.

Tra gli aspetti legati al tema è emersa la difficoltà, da parte delle ostetriche, di affrontare la tematica della violenza domestica e degli abusi: oltre alla fatica emotiva di gestire una simile rivelazione, per le ostetriche è difficile chiedere alle donne se hanno subito violenza già durante il primo colloquio, quando ancora non si è creata una relazione di fiducia tra le parti. Di pari passo con questo aspetto c'è la fatica di indagare la relazione di coppia, soprattutto se è presente il compagno, pertanto le Ostetriche tendono ad aspettare che la donna sia da sola per fare domande su questo aspetto. L'ultimo aspetto che presenta criticità è quello della psicoterapia: ancora c'è un forte tabù culturale sull'assistenza psicologica, per cui le ostetriche hanno descritto come spesso le donne si irrigidiscano davanti alla proposta di un percorso psicologico, e alcune volte si assiste anche la frattura della relazione di fiducia. Alcuni temi risultano invece difficili da indagare perché sembrano mettere in difficoltà le donne nel raccontarsi, tra questi emergono gli aspetti relativi a:

- situazione economica soprattutto per le utenti italiane, che faticano ad ammettere di avere questo tipo di problema;
- Uso di sostanze stupefacenti/ abuso di alcool: le donne sono restie a confidare alle ostetriche di avere questo tipo di dipendenze o di averle avute in passato, perché hanno paura di essere giudicate. Spesso questi aspetti emergono solo dopo diversi incontri.

Infine le Ostetriche hanno raccontato due aspetti importanti con cui devono confrontarsi quando approcciano il tema del benessere emotivo in gravidanza: uno è la paura della fuga e l'altro è il senso di impotenza e delusione.

Il primo nasce dal timore che, toccando aspetti così personali e intimi, se la donna non è pronta e/o se la relazione di fiducia non è abbastanza solida, le donne possano spaventarsi, perdere la fiducia nell'ostetrica e non presentarsi più agli incontri della gravidanza/puerperio. Il secondo aspetto viene sperimentato dalle ostetriche nel caso in cui le donne prendano un percorso diverso da quello che le professioniste si aspettavano. Questo si verifica quando le ostetriche propongono alle donne di intraprendere un percorso psicologico e queste ultime rifiutano. Oppure quando una donna sceglie di rimanere (o ritornare) con un partner violento.

Le Ostetriche hanno descritto le difficoltà di utilizzare il computer. Infatti, per alcune donne, nel momento in cui vedono le ostetriche riportare quanto detto sul computer, provano dei sentimenti di sfiducia verso queste ultime. Inoltre, la necessità di dover scrivere al computer viene visto dalle ostetriche come un elemento distraente nella comunicazione con la donna; quindi, cercano di guardare lo schermo il meno possibile e di concentrare il loro sguardo sulla donna.

Ancora, le Ostetriche hanno dichiarato di avere delle difficoltà nel porre le domande di Whooley così come si presentano, perché troppo dirette e scomode. Infatti, la maggioranza cerca di lasciarle alla fine del colloquio e di semplificarle, senza farne perdere il significato. Infine, le Ostetriche trovano difficile condurre il colloquio telefonico in puerperio quando le donne da contattare non sono conosciute dalle ostetriche. Infatti, le professioniste, non avendo instaurato nessun tipo di relazione con queste donne, hanno difficoltà a porre domande così personali e temono che le donne non si sentano libere e a loro agio nel raccontarsi.

4. DISCUSSIONE

Questo studio ha voluto evidenziare gli ostacoli e le strategie che le ostetriche dei consultori dell'AUSL Romagna incontrano durante i colloqui con le donne in gravidanza e in puerperio sul benessere emozionale.

La ricerca ha fatto emergere come le ostetriche utilizzino cinque pilastri del sapere professionale per affrontare la tematica del benessere emotivo in gravidanza e post-partum. I pilastri descritti sono: comunicazione, rispetto dei tempi, relazione, empowerment ed esperienza. Questi cinque aspetti sono collegati tra loro in un continuum che definisce la relazione di assistenza tra donna e ostetrica, anche rispetto al tema della salute mentale. Le ostetriche intervistate riconoscono la centralità del benessere emotivo in gravidanza e post-partum e hanno sviluppato delle strategie per trasmetterne l'importanza anche alle donne. Tuttavia, il tema è delicato e suscita sentimenti di paura e inadeguatezza sia tra le donne che tra le professioniste. È interessante notare che la maggior parte delle strategie descritte dalle ostetriche in questa ricerca si riscontri anche in studi condotti in contesti anche molto diversi da quello italiano.

Fletcher (2021), sottolinea l'importanza di affrontare il tema del benessere emozionale utilizzando un approccio personalizzato, che tenga conto delle caratteristiche della donna. Questo aspetto è descritto nel pilastro della comunicazione. Le ostetriche intervistate hanno descritto una serie di strategie diverse per approcciarsi al colloquio sul benessere emozionale con le donne, tra cui: l'uso dell'umor; la ricerca del contatto visivo con la donna limitando l'osservazione dello schermo del computer, l'uso di domande aperte, la semplificazione delle domande presenti all'interno della procedura... come ad esempio quelle di Whooley; la costruzione di una cornice di conversazione che inizia solitamente chiedendo alla donna come sta vivendo la gravidanza e dando l'opportunità sia alla donna stessa che al proprio partner di raccontare come la coppia si stia adattando alla gravidanza; la creazione di un ambiente cordiale, empatico ed informale. Le stesse strategie sono descritte dagli studi di Rollans et al., 2013; Fletcher, 2021; (Fontein-Kuipers et al., 2014) e McGlone et al., 2016.

Inoltre, dalle interviste è emersa l'importanza di indagare questi aspetti, ma solo una volta che si è instaurata una relazione di fiducia con la donna e di aspettare il momento giusto per introdurre l'argomento. Anche altri studi sono concordi nell'importanza di attendere che si crei il momento giusto e che solitamente l'argomento viene introdotto verso la fine dell'incontro, per avere il tempo di individuare eventuali fattori di rischio alla fine

dell'anamnesi e di conoscere la donna e farsi conoscere da quest'ultima. (Rollans et al., 2013).

A volte è anche possibile che le ostetriche rimandino all'incontro successivo l'analisi dello stato emotivo, oppure che le donne comincino a raccontarsi ad incontri successivi (Johnson et al., 2023). Questi aspetti sono concordi con quanto descritto nel pilastro della relazione e del rispetto dei tempi.

Affinché, le/gli ostetric* possano porre domande più delicate e le donne riescano ad esprimere i loro problemi e/o disagi è necessario che tra l'ostetric* e la donna nasca una relazione di fiducia.

Per far sì che la relazione si crei, e che gli eventuali disagi della donna vengano riconosciuti con più semplicità, la letteratura è concorde nel sottolineare che le donne debbano essere seguite sempre dalla/o stessa/o ostetric*. (Schmied. et al., 2020) (Barber et al., 2017).

Questo aspetto conferma quanto vissuto dalle ostetriche intervistate rispetto alla difficoltà di indagare gli aspetti legati alla salute mentale attraverso un colloquio telefonico post-partum, con donne che non si erano conosciute prima; inoltre, dà ragione di esistere anche al tema della paura, che molte ostetriche sperimentano durante i primi colloqui sul benessere emozionale in quanto temono di incrinare la fiducia della donna e pertanto di perderla. In questo, il tema dell'intuito (descritto nel pilastro dell'esperienza), fa sì che le ostetriche possano utilizzare la propria sensibilità professionale e modulare l'introduzione al tema della salute emotiva della donna, arrivando anche a scegliere di introdurre l'argomento all'incontro successivo, se non riconoscono i giusti segnali di fiducia da parte della donna.

Allo stesso modo, le Ostetriche possono riconoscere delle avvisaglie, durante gli incontri con le donne, che le pongono in allerta rispetto ad una certa situazione, anche se le donne non sono ancora pronte a raccontarsi. (Jarrett, 2014). In questi casi, l'ostetrica utilizza tutto il suo sapere professionale per accompagnare la donna in un processo di empowerment. Tuttavia, non sempre quest'ultima è pronta ad affrontare il percorso nella sua interezza e le ostetriche devono imparare a gestire il senso di frustrazione che si genera in loro.

In letteratura il tema della salute mentale è considerato "spinoso", perché culturalmente identificato come un tabù. Anche in questo studio, le professioniste sanitarie affermano che in alcuni casi è molto difficile far capire alle donne, soprattutto straniere, quanto sia utile il percorso psicoterapeutico, per ottenere un benessere a 360° che comprenda sia la sfera fisica che psicologica. (Moore et al., 2016) (Edge, 2010)

Inoltre, le ostetriche temono di non saper gestire con dimestichezza situazioni in cui la loro competenza non risulta sufficiente, come per esempio il tema della violenza domestica. L'evidenza suggerisce che le donne in gravidanza sono più propense ad accettare il sostegno alla salute mentale da parte di un'ostetric* piuttosto che da un servizio di salute mentale specializzato (Schmied et al., 2013). Per questo motivo nel Regno Unito è nata la specializzazione in “Maternal mental health” per il personale ostetrico, fondamentale per garantire il benessere fisico e mentale della donna in gravidanza e puerperio. (*specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter, 2018.pdf*, s.d.)

5. CONCLUSIONE

La salute mentale perinatale e postnatale delle donne è un elemento essenziale, che ha dei risvolti non solo per queste ultime, ma anche per i bambini e le famiglie. Per questa ragione è fondamentale valutare lo stato emotivo e psicologico, in gravidanza e post-partum al pari della valutazione sulla salute fisica.

Nell'indagine del benessere emotivo delle donne l'ostetric* ha un ruolo chiave.

Quello che è emerso da questo studio è che durante il colloquio sul benessere emotivo le ostetriche intervistate hanno un filo conduttore che le lega nel modo in cui si avvicinano con le donne. Infatti, i capi saldi che caratterizzano i colloqui sono:

- L'uso di una comunicazione efficace e quindi comprensibile, sincera da parte dell'ostetrica, che tiene conto sia di quello che la donna dice, ma anche del suo comportamento.
- Il rispetto dei tempi della donna, cercando di comprendere qual è il momento giusto per porre domande più intime, ma soprattutto quando la donna è pronta a parlare del suo stato emotivo.
- La creazione di una relazione definita come "alleanza terapeutica", che permette alla donna di sentirsi al sicuro e fidarsi nel confidare le sue difficoltà.
- Il sostegno della donna da parte dell'ostetrica, che le permette di accrescere la sua autoefficacia e la presa di consapevolezza del suo valore.
- L'esperienza lavorativa, che consente alla professionista sanitaria di individuare più facilmente e celermente il tipo di donna che ha davanti e quindi come poter entrare più semplicemente in relazione con essa e poterla aiutare.

Non mancano gli ostacoli nel colloquio sul benessere emozionale, che sono per lo più legati alla difficoltà delle ostetriche di trattare tematiche importanti come: la violenza di genere; gli abusi; il rapporto con il partner; l'uso di stupefacenti; ma non solo, perché da qui scaturisce anche la paura, da parte delle ostetriche, della "fuga" delle donne dal servizio offerto loro e l'insoddisfazione che si verifica quando, nonostante l'attivazione di servizi aggiuntivi per aiutare le donne, come la consulenza psicologica o degli assistenti sociali, la donna decide di tornare sui suoi passi, rinunciando ai possibili aiuti.

Le conclusioni descritte in questo lavoro di ricerca sono in linea con quanto rilevato in letteratura sul tema; tuttavia, sarebbe utile indagare il punto di vista delle donne che hanno

già effettuato dei colloqui sul benessere emozionale, per fare un confronto tra il loro pensiero e quello delle/gli professionist* sanitar*. Inoltre, questi risultati suggeriscono alcuni aspetti pratici per la gestione quotidiana del colloquio sul benessere emotivo in gravidanza/postpartum e possono diventare spunto per l'organizzazione di corsi di formazione specifici non tanto sulla tematica della salute mentale, ma sulle abilità necessarie a gestire in maniera ottimale tali colloqui.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Barber, C. C., Panettierre, M., & Starkey, N. J. (2017). How am I, really? Perceptions of health and distress by women and their midwives. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 35(3), 261–272. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1310375>
2. Beck, C. T. (2016). *Routledge international handbook of qualitative nursing research*. Routledge.
3. Edge, D. (2010). Falling through the net — Black and minority ethnic women and perinatal mental healthcare: Health professionals' views. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.07.007>
4. Fletcher, A., Murphy, M., & Leahy-Warren, P. (2021). Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1403–1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>
5. Fontein-Kuipers, Y. J., Budé, L., Ausems, M., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. J. (2014). Dutch midwives' behavioural intentions of antenatal management of maternal distress and factors influencing these intentions: An exploratory survey. *Midwifery*, 30(2), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.010>
6. Hunt, M. R. (2009). Strengths and Challenges in the Use of Interpretive Description: Reflections Arising From a Study of the Moral Experience of Health Professionals in Humanitarian Work. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1284–1292. <https://doi.org/10.1177/1049732309344612>
7. Jarrett, P. (2014). Attitudes of student midwives caring for women with perinatal mental health problems. *British Journal of Midwifery*, 22, 625. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.10.718>
8. Johnson, J., Hope, L., Jones, L., & Bradley, E. (2023). A mixed methods study to understand perinatal mental healthcare referral decisions among midwives and health

- visitors in the UK. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1056987.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1056987>
9. *Maternal-mental-health-womens-voices.pdf*. (s.d.). Recuperato 23 ottobre 2023, da <https://www.rcog.org.uk/media/3ijbpfvi/maternal-mental-health-womens-voices.pdf>
 10. *MBRRACE-UK_Maternal_Report, 2021 .pdf*. (s.d.). Recuperato 7 marzo 2023, da https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbr race-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf
 11. McGlone, C., Hollins Martin, C. J., & Furber, C. (2016). Midwives' experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: A qualitative interpretive study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(4), 383–393.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1188278>
 12. Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR Mental Health*, 3(2), e5611. <https://doi.org/10.2196/mental.5611>
 13. NICE. (2014, dicembre 17). *Overview | Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance | Guidance | NICE*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
 14. Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (2013). «We just ask some questions...» the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery*, 29(8), 935–942. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.013>
 15. Saperidoc, 2017 (s.d.). *Percorso nascita—Il rischio in gravidanza—Altre malattie—Disagio psichico*. www.saperidoc.it. Recuperato 16 marzo 2023, da <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1109>
 16. Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.-P., Matthey, S., Kemp, L., Mills, A., Meade, T., & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth: Journal of the*

Australian College of Midwives, 26(3), 167–178.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006>

17. Schmied., V., Reilly, N., Black, E., Kingston, D., Talcevska., K., Mule., V., & Austin, M.-P. (2020). Opening the door: Midwives' perceptions of two models of psychosocial assessment in pregnancy- a mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03133-1>
18. Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2015). Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(1), 116–119. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.143218>
19. *Specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter, 2018.pdf*. (s.d.). Recuperato 22 ottobre 2023, da <https://www.rcm.org.uk/media/2370/specialist-mental-health-midwives-what-they-do-and-why-they-matter.pdf>
20. Thorne, S. E. (2008). *Interpretive description*. Left Coast Press.
21. Thorne, S., Kirkham, S. R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20(2), 169–177. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199704\)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I)
22. Thorne, S., Kirkham, S. R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1177/160940690400300101>
23. Thorne, Sally. (2013). Interpretive description. In C. T. Beck (A c. Di), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (0 ed., pp. 325–336). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203409527-34>
24. Williams, C. J., Turner, K. M., Burns, A., Evans, Mbc., MRCPsych, MD (Consultant Senior Lecturer), J., & Bennert, K. (2016). Midwives and women's views on using

UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.015>

7. ALLEGATI

7.1. Allegato 1: Approvazione del Comitato di Bioetica

Prot. n. 0151985 del 06/06/2023



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
COMITATO DI BIOETICA

Maria Carla GALAVOTTI (Presidente)

Angelo FIORITTI (Vice Presidente)

Alessandro BORTOLOTTI

Stefania CURTI

Paolo FAIS

Massimo GIUNTI

Alice MATTONI

Veronica MORETTI

Silvia MOSCATELLI

Emanuel RASCHI

Marco SAZZINI

Maroussa ZAGORAIUO

Silvia ZULLO

Oggi, martedì 30 maggio 2023

Progetto di ricerca: "Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa", proponente Prof.ssa Parma Dila

Il Comitato di Bioetica, con esclusivo riferimento ai profili bioetici, esprime unanime parere favorevole in merito al progetto di ricerca "Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa", proponente Prof.ssa Parma Dila, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche.

OMISSIS

La Segretaria

Dott.ssa Blagovesta Guetova

La Presidente

Prof.ssa Maria Carla Galavotti

7.2. Allegato 2: Protocollo di Ricerca

“Come le ostetriche indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa”

PAROLE CHIAVE

Ostetricia, Disagio emozionale, Intervista, Ricerca Qualitativa.

BACKGROUND

La care offerta alle donne durante le varie fasi del percorso nascita intende riconoscere il normale evolversi della gravidanza e dell’adattamento alla genitorialità non solo in termini fisici/clinici ma anche mentali e psicologici (Shrivastava et al., 2015) e ha lo scopo ultimo di riconoscere tempestivamente eventuali scostamenti dalla fisiologia.

In gravidanza e nel periodo postnatale il disagio psichico interessa tra 0,05% e 19% delle donne, una prevalenza molto variabile a seconda del tipo di disturbo considerato e complessivamente non diversa da quella della popolazione generale (Saperidoc, n.d.).

A livello mondiale si stima che tra il 10% e il 20% delle madri soffra di depressione postpartum (Shrivastava et al., 2015).

Il benessere emotivo in gravidanza e postpartum ha importanti ricadute di salute non solo per la madre ma anche per lo sviluppo della/del bambin*.

L’ipotesi che il riconoscimento, la presa in carico e il trattamento dei disturbi psichici in epoca perinatale possa modificare gli esiti di salute della madre, del neonato e del nucleo familiare è sostenuta dalla linea guida Antenatal and postnatal mental health (NICE, 2014), dal report *Saving Lives, Improving Mothers' Care*, ma anche dal sistema di sorveglianza della mortalità materna dell'Istituto Superiore di Sanità. (*MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.Pdf*, n.d.)

Nel 2020 il NHS ha pubblicato l’aggiornamento della linea guida *Antenatal and postnatal mental health* del 2014 (NICE, 2014), nella quale, tra le altre cose, si raccomanda di indagare in tutte le donne durante il primo contatto in gravidanza e nel primo post partum lo stato di benessere emotivo. Per farlo sono state identificate alcune domande chiave, in grado di identificare precocemente situazioni di potenziale disagio (NICE, 2014). Inoltre, la linea guida

raccomanda di porre le domande di Whooley durante un colloquio generale con la donna inerente il suo benessere psicologico.

La regione Emilia-Romagna promuove il progetto "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum" che ha come obiettivo quello di sostenere, nel corso dell'intero periodo perinatale, l'attenzione al disagio psichico materno, per favorirne il precoce riconoscimento da parte della rete dei servizi, la presa in carico e l'eventuale trattamento.(Saperidoc, n.d.)

L'AUSL Romagna ha implementato dal 2019 una procedura specifica relativo al riconoscimento precoce del disagio psicologico in gravidanza e puerperio costruita anche a partire dalle indicazioni del NICE, 2014. Le indicazioni della procedura (PA 182) sono di indagare lo stato di benessere emotivo della donna sia in gravidanza che in puerperio e di segnalare la presenza o la comparsa di fattori di rischio per l'insorgenza di un disagio emotivo. Ogni Ostetric* utilizza strategie diverse per affrontare con la donna il tema della salute mentale. Sebbene ci sia una parte di letteratura che ha indagato le esperienze delle/gli Ostetric* nel trattare l'argomento del benessere emozionale con le donne, non ci sono studi condotti in Italia. Da questi studi è emerso come l'uso delle domande aperte, l'osservazione delle donne e la continuità assistenziale in gravidanza possano essere strumenti efficaci nel colloquio con le donne su questa tematica (Fletcher et al., 2021). Inoltre, nel corso delle interviste, le ostetriche hanno segnalato limiti e difficoltà nell'utilizzo delle domande di Whooley. In alcune occasioni si sono sentite a disagio nel porre le domande e hanno ritenuto che le domande potessero essere percepite come piuttosto schiette o poco chiare. (Williams et al., 2016)

A circa 4 anni dall'implementazione della procedura sul benessere emotivo, è utile individuare le strategie che le/gli Ostetric* hanno individuato per esplorare lo stato di benessere psicologico della donna e identificare le eventuali difficoltà legate al colloquio sul disagio emozionale; conoscere questi aspetti permetterebbe di identificare necessità di formazione o training specifico ma anche di condividere gli strumenti efficaci per rendere questo tipo di comunicazione più semplice per le/gli ostetric*.

OBIETTIVO

La presente ricerca intende descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e le strategie che adottano per superarli.

In particolare, intende rispondere alle seguenti domande:

1 Quali sono gli ostacoli che le Ostetriche consultoriali incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo in gravidanza e puerperio?

2 Quali strategie mettono in atto per superarli?

DISEGNI DELLO STUDIO

Per rispondere alla domanda di ricerca si è scelto l'approccio della descrizione interpretativa, descritto da Thorne (S. Thorne et al., 1997, 2004; S. E. Thorne, 2008; Thorne, Sally, 2013)

Questo approccio intende cercare risposte a domande rilevanti per le discipline che si occupano di salute delle persone (Hunt, 2009) , ed è particolarmente calzante quando la domanda di ricerca origina da un contesto clinico. Inoltre, è l'approccio di prima scelta nei casi in cui la domanda abbia una natura non solo descrittiva ma anche interpretativa, nel senso di ricadute della conoscenza sulla pratica clinica. Tutti questi aspetti sono concordanti rispetto alla domanda di ricerca.

POPOLAZIONE E ARRUOLAMENTO

Lo studio intende arruolare ostetriche operanti in una delle sedi consultoriali dell'AUSL Romagna (ambito di FORLI, RAVENNA, CESENA E RIMINI), indipendentemente dall'anzianità di servizio e dagli anni di servizio in quello specifico setting.

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Ostetrica consultoriale, che abbia svolto almeno 5 colloqui sul benessere emotivo in gravidanza e postpartum.	Ostetrica operante in Setting professionali diversi dal consultorio

I ricercatori prenderanno contatto con le coordinatrici delle sedi consultoriali per presentare il progetto di ricerca e chiedere la disponibilità a partecipare. Successivamente sarà organizzato un incontro esplicativo per le colleghe che operano nei vari consultori, anche in questo caso sarà presentato il progetto di ricerca e le sue finalità, successivamente sarà inviata una mail a tutte le ostetriche operanti nelle sedi consultoriali dove sarà raccolta la disponibilità a partecipare, questo per poter garantire la massima libertà di partecipazione/declinazione e il rispetto della riservatezza. Per coloro che accetteranno di partecipare allo studio si procederà poi a fissare un appuntamento per un incontro di persona o virtuale per eseguire l'intervista. Prima dell'intervista sarà acquisito il consenso informato e il consenso relativo alla privacy. L'identità di tutti i partecipanti sarà tenuta strettamente confidenziale.

METODO

La raccolta dei dati avverrà attraverso un'intervista semistrutturata (Allegato n. 3) faccia a faccia (di persona o virtuale) dove il partecipante sarà invitato a rispondere in maniera narrativa alle domande. Ogni intervista sarà registrata e trascritta verbalmente, così da poter svolgere una accurata analisi dei dati

In linea con la metodologia della ricerca qualitativa (Beck, 2016), saranno adottate le seguenti misure per garantire l'affidabilità della ricerca: le ricercatrici terranno un diario riflessivo, saranno organizzati meeting del gruppo di ricerca sia per condividere gli aspetti organizzativi e superare eventuali criticità con strategie comuni; l'analisi dei dati sarà fatta da almeno due ricercatrici, in maniera indipendente e poi confrontando le codifiche ottenute (triangolazione dei ricercatori).

ANALISI DEI DATI

L'analisi dei dati avverrà attraverso analisi tematica (Harding, 2013). Le interviste saranno trascritte e lette più volte per una completa immersione. Successivamente saranno identificati i temi e le categorie relative ad ogni intervista. I risultati di ogni intervista saranno confrontati con i risultati delle altre interviste, per far emergere somiglianze e differenze, ma anche per definire il processo interpretativo che darà spiegazione e significato ai risultati emersi.

RISULTATI ATTESI

La ricerca intende produrre da un lato la descrizione degli aspetti più critici dell'indagare il benessere emotivo della donna in gravidanza e puerperio, dal punto di vista delle Ostetriche*, dall'altro le strategie che queste professioniste mettono in atto per superare tali ostacoli.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck, C. T. (2016). *Routledge international handbook of qualitative nursing research*. Routledge.
2. Fletcher, A., Murphy, M., & Leahy-Warren, P. (2021). Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1403–1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>
3. Harding, J. (2013). *Qualitative Data Analysis from Start to Finish* (1st edition). SAGE Publications Ltd.
4. Hunt, M. R. (2009). Strengths and Challenges in the Use of Interpretive Description: Reflections Arising From a Study of the Moral Experience of Health Professionals in Humanitarian Work. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1284–1292. <https://doi.org/10.1177/1049732309344612>
5. *MBRRACE-UK Maternal Report 2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf*. (n.d.). Retrieved 7 March 2023, from https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf

6. NICE. (2014, December 17). *Overview / Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance / Guidance / NICE*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
7. Saperidoc. (n.d.). *Percorso nascita—Il rischio in gravidanza—Altre malattie—Disagio psichico*. www.saperidoc.it. Retrieved 16 March 2023, from
<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1109>
8. Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2015). Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(1), 116–119. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.143218>
9. Thorne, S. E. (2008). *Interpretive description*. Left Coast Press.
10. Thorne, S., Kirkham, S. R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20(2), 169–177. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199704\)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2<169::AID-NUR9>3.0.CO;2-I)
11. Thorne, S., Kirkham, S. R., & O’Flynn-Magee, K. (2004). The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1–11. <https://doi.org/10.1177/160940690400300101>
12. Thorne, Sally. (2013). Interpretive description. In C. T. Beck (Ed.), *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (0 ed., pp. 325–336). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203409527-34>
13. Williams, C. J., Turner, K. M., Burns, A., Evans, Mbc., MRCPsych, MD (Consultant Senior Lecturer), J., & Bennert, K. (2016). Midwives and women’s views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.015>

7.3. Allegato 3: Scheda Anamnestica

STUDIO BEN_EM_OS SCHEDA ANAMNESTICA

Codice identificativo _____

Data di nascita __/__/__	_____ anni
Genere	
Anni esperienza lavorativa	
Ambito lavorativo attuale	
Formazione specifica relativa alla PA 182	<p>SI</p> <p>NO</p> <p>specificare</p>
Percorso di studi	<p><input type="checkbox"/> FORMAZIONE INF + OSTETRICIA nel _____</p> <p><input type="checkbox"/> DIPLOMA DI LAUREA nel _____</p> <p><input type="checkbox"/> LAUREA IN OSTETRICIA nel _____</p> <p><input type="checkbox"/> LAUREA MAGISTRALE nel _____</p> <p><input type="checkbox"/> MASTER in _____ nel _____</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO _____</p>

7.4. Allegato 4: Scheda Intervista

STUDIO BEN_EM_OS
SCHEMA INTERVISTA

- ✓ Generalmente come affronti il tema dello stato emotivo in gravidanza/puerperio?
- ✓ Quali aspetti dell'intervista sul disagio emotivo in gravidanza ritieni più semplici da affrontare? Quali più complessi?
- ✓ Ricordi una esperienza difficile rispetto all'indagine dello stato emotivo di una donna in gravidanza/puerperio? Quali sono stati gli aspetti più difficili da affrontare? Quali strategie hai usato per superare gli ostacoli?
- ✓ Come indagherai il benessere emotivo della donna in gravidanza/puerperio?

7.5. Allegato 5: Modulo informativo e Consenso informato

“Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa.

1. Titolo, Responsabile progetto

Gentile Collega,

Vogliamo invitarLa a partecipare ad un progetto di ricerca dal titolo “Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa.” di cui è responsabile dello studio Dott.ssa Elena Tarlazzi.

Prima che decida di partecipare è importante che comprenda le finalità dello studio, come questo si svolgerà e come potrà coinvolgerLa. Si prenda il tempo che le serve per leggere questa informativa attentamente e per decidere se partecipare o meno. Se Le rimangono dei dubbi o se desidera ulteriori informazioni non esiti a contattare le responsabili dello studio.

2. Breve descrizione e Obiettivi

Il progetto di ricerca “Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa.” persegue l’obiettivo di descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell’indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza/puerperio e le strategie che adottano per superarli. Per fare questo si è scelto di condurre uno studio qualitativo in cui verranno intervistate ostetriche che operano nei consultori di AUSL Romagna. La raccolta dei dati avverrà attraverso interviste, faccia a faccia. Ogni intervista sarà registrata (se il/la partecipante acconsente) e poi trascritta parola per parola. Le interviste verteranno su domande aperte come ad esempio “”. Le interviste saranno condotte nel luogo e nella modalità concordato con intervistat*.

I dati raccolti tramite le interviste saranno poi analizzati identificando i temi ricorrenti, cercando di dare un’interpretazione ai risultati emersi, che possa contribuire a conoscere meglio il fenomeno studiato.

3. Perché le stiamo chiedendo di partecipare allo studio?

È stata invitata a partecipare allo studio in quanto ostetrica/o che opera in un consultorio dell’ AUSL Romagna

4. Cosa comporta la partecipazione allo studio?

La partecipazione al progetto di ricerca “descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell’indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e le strategie che adottano per superarli.” comporta da parte sua la disponibilità nel rilasciare un’intervista con una delle ricercatrici del gruppo di ricerca. L’intervista potrà essere svolta di persona, oppure online. Per partecipare allo studio le verrà chiesto di compilare il modulo di consenso informato. L’intervistatrice le farà alcune domande legate agli ostacoli che incontra nell’indagare il benessere emotivo delle donne in gravidanza/puerperio e le strategie che mette in atto per superarli. Le verrà anche chiesto di compilare un questionario anamnestico con alcuni dati che pensiamo possano essere rilevanti per l’analisi dei dati. L’intervista verrà registrata e trascritta parola per parola. Ciascuna intervista verrà poi analizzata per identificare quali sono le tematiche emerse. Le tematiche emerse dalle diverse interviste verranno poi messe a confronto valutando similitudini e differenze generazionali e non. L’identità di tutti i partecipanti sarà tenuta strettamente confidenziale. Nessun nome o elemento identificativo apparirà nelle trascrizioni delle interviste o nell’analisi dei dati. I dati

sensibili relativi allo studio verranno conservati in ottemperanza Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, come novellato dal D. Lgs. 101/2018.

5. Benefici, disagi e/o rischi potenziali della partecipazione

La partecipazione allo studio è volontaria e gratuita. Per i partecipanti la collaborazione non comporta nessun tipo di rischio o disagio. Scopo dello studio è riuscire a descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell'indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e le strategie che adottano per superarli.

Il suo contributo potrà aiutare le ricercatrici a meglio comprendere questo fenomeno, evidenziando punti di forza e criticità utili ad avere una visione più chiara del fenomeno. Contribuisce inoltre a far sì che la visione dei professionisti entri a far parte della conoscenza della professione stessa.

6. Ritiro dallo studio

Lei ha il diritto di ritirare in qualsiasi momento il suo consenso alla partecipazione a questo studio, anche senza preavviso o motivazione specifica.

Può decidere di non partecipare allo studio o cambiare idea dopo aver accettato di partecipare senza dare alcuna spiegazione.

La partecipazione allo studio è completamente volontaria. Qualora decidesse di cambiare idea dopo aver firmato il consenso informato può decidere di non fare l'intervista, in quel caso non verrà considerat* come partecipante. Può decidere di abbandonare lo studio anche una volta iniziata l'intervista stessa, in questo caso l'intervistatrice interromperà la registrazione. La registrazione e gli eventuali appunti presi verranno cancellati, i dati raccolti in quel contesto non verranno utilizzati nell'analisi. Tenga presente che, eliminando tutti gli identificativi personali dalle trascrizioni delle interviste, non sarà più possibile risalire ai suoi dati una volta che l'intervista sarà trascritta e pertanto, a quel punto, non sarà possibile eliminare i dati raccolti.

7. Restituzione

Lei ha diritto a richiedere informazioni sui risultati e sull'esito della ricerca.

8. Misure previste per tutelare l'anonimato

L'elaborazione dei dati raccolti sarà condotta in modo da eliminare qualsiasi riferimento che possa permettere di ricollegare singole affermazioni a una determinata persona. I risultati della ricerca saranno pubblicati in forma riassuntiva e in nessun caso eventuali brevi citazioni saranno riconducibili a singole persone.

8. Contatti

Per qualsiasi informazione e chiarimento su questo studio o per qualsiasi necessità può rivolgersi ai ricercatori attraverso le mail: cdlostetricia_rm@auslromangna.it e facmed@unibo.it . Il gruppo di ricerca è a sua disposizione per ulteriori informazioni o chiarimenti.

9. Conflitti di interesse

Le sperimentatrici dichiarano assenza di conflitti di interesse

Consenso informato alla partecipazione allo studio

Il/la sottoscritto/a _____ residente in _____, via _____

DICHIARA

- di aver letto il suddetto foglio informativo ricevuto, di aver compreso sia le informazioni in esso contenute sia le informazioni fornite in forma orale dal personale addetto al progetto di ricerca “.....” e di aver avuto ampio tempo ed opportunità di porre domande ed ottenere risposte soddisfacenti dal personale addetto;
- di aver compreso che la partecipazione allo studio è del tutto volontaria e libera, che ci si potrà ritirare dallo studio in qualsiasi momento, senza dover dare spiegazioni e senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio;
- di aver compreso la natura e le attività che la partecipazione allo studio comportano e i relativi rischi;
- di aver compreso che la partecipazione a questo studio non comporterà il riconoscimento di alcun vantaggio di natura economica diretto o indiretto.

Conseguentemente, il/la sottoscritto/a

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

a partecipare allo studio, nella consapevolezza che tale consenso è manifestato liberamente ed è revocabile in ogni momento senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio.

_____, _____

(luogo e data)

(firma)

(firma di chi raccoglie il consenso)

7.6. Allegato 6: Informazioni sul trattamento dei dati personali

Informazioni sul trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Lei è invitata/o a partecipare alla ricerca “Come le/gli ostetric* indagano il benessere emotivo in gravidanza e post-partum: ostacoli e strategie. Una descrizione interpretativa” che intende indagare e descrivere gli ostacoli che le ostetriche incontrano nell’indagare la sfera del benessere emotivo delle donne in gravidanza e le strategie che adottano per superarli, condotto nel DIMEC, dal Corso di Laurea in Ostetricia.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), si ricorda che Alma Mater Studiorum - Università di Bologna è il Titolare del trattamento e tratterà i dati personali in conformità con i requisiti del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche e integrazioni (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Soggetti coinvolti nel trattamento

- Titolare del Trattamento

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna (sede legale: via Zamboni 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: privacy@unibo.it; PEC: scriviunibo@pec.unibo.it).

- Responsabile della Protezione dei Dati personali di Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Sede legale: via Zamboni 33, 40126 - Bologna, Italia; e-mail: dpo@unibo.it; PEC: scriviunibo@pec.unibo.it.

Finalità e modalità del trattamento

I tuoi dati personali e, in particolare, quanto segue:

-dati relativi alla formazione

-dati relativi all’occupazione/ pensionamento

-opinioni relative alle motivazioni ed esperienze sulle scelte professionali,

saranno trattati da persone specificamente autorizzate, con e senza l'uso di apparecchiature automatizzate, per i seguenti fini:

(A) Partecipazione alla ricerca e operazioni e attività correlate

Se acconsente a partecipare alla ricerca in questione, alcuni dei Suoi dati personali verranno raccolti attraverso:

- intervista che sarà audio registrata/videoregistrata.

Le informazioni che fornirà verranno elaborate da una componente del team di ricerca, che rimuoverà tutti i dati di identificazione, così da rendere anonima la trascrizione. Tenga presente che i Suoi dati saranno soggetti all'anonimizzazione all'atto della trascrizione della registrazione.

I dati personali senza dettagli identificativi possono anche essere comunicati a terzi a fini di ricerca. In particolare, i dati possono essere comunicati a [indicare eventuali partner coinvolti nel progetto di ricerca, specificando le attività/scopi perseguiti da qualsiasi altro partner all'interno dello studio nell'epigrafe].

I dati raccolti e archiviati per la realizzazione dello studio in questione saranno conservati per 10 anni

(A2) Informazioni relative alla disseminazione

I dati saranno diffusi solo in forma strettamente anonima, ad esempio attraverso pubblicazioni scientifiche, statistiche e conferenze scientifiche.

Vorremmo sottolineare che, se l'intervista, in ogni caso senza dati identificativi, risultasse essere socialmente utile e utilizzabile per ulteriori aspetti di ricerca, questo potrebbe essere - con il Suo consenso - oggetto di comunicazione e/o diffusione. Solo dopo un'accurata valutazione dell'opportunità di provvedere alla comunicazione o divulgazione dei dati, il contenuto dell'intervista - con il Suo consenso - potrà essere conosciuto da terzi. La registrazione del colloquio e/o la trascrizione del contenuto, in ogni caso senza dati identificativi, potrebbe essere comunicata ai partner del progetto ed essere oggetto di diffusione/pubblicazione (ad esempio su riviste scientifiche, Internet, banche dati accessibili ad altri ricercatori, repository di dati istituzionali o disciplinari, ossia sistemi informativi per la gestione documentale curati dalle singole istituzioni di ricerca o da associazioni e consorzi di enti di ricerca per una particolare comunità scientifica, in cui i dati e le loro meta-informazioni sono conservati in modo sicuro e affidabile tale da garantirne l'autenticità e l'inalterabilità e distribuiti al pubblico in forma gratuita e aperta, ecc.).

(B) Memorizzazione dei dati per future attività di ricerca

Considerando che le nuove scoperte potrebbero indicare opportunità di ricerca senza precedenti per i ricercatori o consentire ulteriori studi e ricerche su dati particolari per lo studio in questione, è possibile consentire una conservazione prolungata dei dati in forma non anonima per un periodo di tempo di 10 anni dalla conclusione di questo studio per possibili future attività di ricerca e, se necessario, per contattarLa nuovamente per farLe esprimere, se lo ritiene, un nuovo consenso specifico per una nuova ricerca.

Se, d'altra parte, si rifiuta di acconsentire al trattamento descritto nel presente documento, i dati verranno cancellati o resi anonimi immediatamente alla scadenza del termine di conservazione indicato al punto (A).

(C) Conservazione a fini amministrativi

I Suoi dati saranno inoltre trattati per scopi di contabilità amministrativa e conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento di tali scopi, ad eccezione del periodo di dieci anni per garantire i requisiti fiscali, contabili e amministrativi richiesti dalla legge e, probabilmente, per un termine più lungo, non determinabile a priori, come conseguenza di diverse condizioni di liceità del trattamento (ad esempio, azioni legali che rendono il trattamento necessario per oltre dieci anni).

Base giuridica e natura del conferimento dei dati

La base giuridica dei trattamenti di cui ai punti (A) sopra descritti risiede nel consenso, ai sensi dell'art. 6, primo comma, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) e, in caso di dati rientranti nelle categorie particolari, dell'art. 9, secondo comma, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679. Il consenso al trattamento per le finalità sopra descritte è facoltativo.

Tuttavia, si specifica che il conferimento dei dati per le finalità di cui ai punti (A) e (A1) non è obbligatorio ma è essenziale per la realizzazione delle finalità descritte. Il rifiuto di concederli non Le consentirà quindi di partecipare alla ricerca in questione.

Il conferimento dei dati per le finalità di cui alla lettera B) è facoltativo, non derivante da un obbligo normativo, ma è necessario consentire la conservazione dei dati per un periodo più lungo di quello previsto per la conclusione del presente studio al fine di garantire future attività di ricerca e, se necessario, di ricontattarla per farsi esprimere, se lo ritiene, un nuovo consenso specifico per una nuova ricerca. Il mancato conferimento dei dati per tali finalità avrà come unica conseguenza l'impossibilità di realizzare quanto da ultimo descritto.

Il conferimento dei dati ai fini di cui al punto (C) è necessario per ottemperare agli obblighi di legge in materia di conservazione dei documenti amministrativi e contabili. In tal caso, la base giuridica è rinvenibile nell'art. 6, comma 1, lett. c) ed e), del Regolamento (UE) 2016/679

Diritti dell'interessato

Fatte salve le limitazioni all'esercizio dei diritti degli interessati di cui agli artt. 2-undecies e 2-duodecies del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/03), Lei, in qualità di partecipante alla ricerca e dunque di interessato, può esercitare i diritti riconosciuti ai sensi e nei limiti degli artt. 15-21 del Regolamento (UE) 2016/679, tra cui il diritto di

chiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, nonché la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano, l'opposizione al trattamento e la portabilità dei dati. Precisiamo inoltre che, ogni eventuale consenso manifestato da Lei è liberamente prestato ed è revocabile in ogni momento senza che ciò comporti alcun svantaggio o pregiudizio e senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Le istanze relative all'esercizio di tali diritti potranno essere presentate al Titolare contattando la Responsabile dello studio: dott.ssa Elena Tarlazzi
E-mail: elena.tarlazzi2@unibo.it, elena.tarlazzi@auslromagna.it Tel.:+39 0541707596
Indirizzo Via Coriano 38 Rimini.

Infine, ove Lei ritenga che il trattamento dei propri dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 o del D.lgs. 196/03 s.m.i. ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento citato o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto _____, nato il _____
_____ in _____,

ai sensi delle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 e del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche e integrazioni e avendo letto le suestese "Informazioni sul trattamento dei dati personali".

acconsento *non acconsento*

al trattamento - NECESSARIO al fine di partecipare alla ricerca in questione - dei miei dati personali per scopi di ricerca scientifica e statistica nel modo e per i motivi descritti nella sezione intitolata "Finalità e modalità del trattamento" (punto A).

acconsento *non acconsento*

al trattamento e alla pubblicazione - NON NECESSARI ai fini della partecipazione alla ricerca in questione - di interviste senza i miei dati identificativi, con i metodi e per le finalità di cui al punto (A2).

acconsento *non acconsento*

alla conservazione e ulteriore utilizzo - NON NECESSARIO ai fini della partecipazione allo studio in questione - dei miei dati personali per le finalità e con le modalità di cui al punto

(B). Data

Firma
