



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

IL ROOMING-IN: UN'INDAGINE CONOSCITIVA PER LA GESTIONE OTTIMALE DEL POSTPARTUM

Tesi di laurea in psicologia del ciclo vitale

**Relatrice
Prof.ssa Michela Mazzetti**

**Laureanda
Chiara Vancini**

**Sessione di Novembre 2024
Anno Accademico 2023/2024**

Sommario

Abstract	5
Capitolo 1: Fondamenti teorici e assistenziali.....	6
1.1 Argomento e obiettivi della tesi	6
1.2 Modelli di assistenza in ostetricia e rooming in	7
1.2.1 Evoluzione dei modelli di assistenza	7
1.2.2 Il rooming in	9
1.2.2.1 Benefici dell'allattamento al seno	10
1.2.2.2 Introduzione del rooming in	11
1.2.2.3 Vantaggi del rooming in.....	12
1.2.2.3.1 Vantaggi per l'allattamento al seno.....	12
1.2.2.3.2 Vantaggi per il bonding tra madre e bambino.....	12
1.2.2.4 Ostacoli e percezione del rooming in	13
1.3 I contributi della psicologia	15
1.3.1 Il modello psicologico di Winnicott	15
1.3.2 Il modello psicologico di Bowlby	16
1.3.2.1 Gli stili di attaccamento	17
1.3.3 Le teorie di Winnicott e Bowlby e il rooming in	17
Capitolo 2: la ricerca.....	19
2.1 Disegno sperimentale.....	19
2.1.1 Partecipanti allo studio.....	19
2.1.2 Scelta dei materiali	19
2.1.2.1 Scale di self report.....	20
2.1.2.2 Domande ad hoc	24
2.1.2.2.1 Anagrafica delle partecipanti	24
2.1.2.2.2 Quesiti sul rooming in	24
2.1.2.2.2.1 Quesiti per le donne già madri.....	26
2.1.2.2.2.2 Quesiti per donne in gravidanza	27
2.2 Procedura.....	28
2.3 Raccolta dati	28

2.4	Considerazioni etiche	29
Capitolo 3: i risultati		30
3.1	Caratteristiche sociodemografiche del campione	30
3.1.1	Dati anagrafici delle partecipanti.....	30
3.1.1.1	Gravidanza e parto.....	30
3.1.1.2	Età.....	30
3.1.1.3	Titolo di studio	31
3.1.1.4	Occupazione	31
3.1.1.5	Composizione del nucleo familiare.....	32
3.1.2	Caratteristiche della gravidanza.....	32
3.1.2.1	Gravidanza cercata	32
3.1.2.2	Concepimento	33
3.1.2.3	Numero di figli	33
3.1.2.4	Frequenza dei corsi di accompagnamento alla nascita.....	34
3.1.2.5	Benessere esperito in gravidanza	34
3.2	Esperienza e valutazione del rooming in.....	35
3.2.1	Conoscenze sul rooming in	35
3.2.1.1	Conoscenza e significato del rooming in	35
3.2.1.2	Importanza del rooming in.....	35
3.2.1.3	Desiderio di scelta del rooming in.....	36
3.2.2	Donne che hanno partorito	36
3.2.2.1	Sapeva che avrebbe effettuato il rooming in?	37
3.2.2.2	Difficoltà durante il rooming in	37
3.2.2.3	Valutazione complessiva del rooming in	37
3.2.2.4	Valutazione media del rooming in	38
3.2.2.5	Ripeterebbe il rooming in?.....	38
3.2.2.6	Domande aperte del questionario	39
3.2.2.6.1	Difficoltà specifiche durante il rooming in	39
3.2.2.6.2	Emozioni provate durante il rooming in	40

3.2.2.6.3	Supporto percepito durante il rooming in.....	42
3.3	Variabili psicologiche e loro effetto sulla gravidanza e sul rooming in	43
3.3.1	Medie e deviazioni standard nelle diverse sotto-scale dei questionari utilizzati.....	43
3.3.2	Analisi della varianza multivariata: confronto tra donne che riportano paura con donne che non la riportano	45
3.3.3	Analisi correlazionali	47
3.3.3.1	Correlazione tra stili di attaccamento e altri tratti psicologici	47
3.3.3.2	Correlazione tra benessere in gravidanza e tratti psicologici.....	50
Capitolo 4:	discussione e interpretazione dei risultati	52
4.1	Limiti e punti di forza della ricerca	53
4.1.1	Limiti della ricerca	53
4.1.2	Punti di forza.....	54
4.2	I principali risultati.....	55
4.2.1	Conoscenza del rooming in	55
4.2.2	Donne già madri	56
4.2.2.1	Valutazione del rooming in	56
4.2.2.2	Difficoltà ed esperienze con il rooming in	56
4.2.2.3	Valutazione del supporto	57
4.2.3	Variabili psicologiche e loro effetto sul vissuto delle donne	57
4.2.3.1	Correlazione tra esperienza e variabili psicologiche.....	57
4.2.3.2	Correlazione tra variabili psicologiche e benessere esperito in gravidanza	58
4.3	Interpretazione dei risultati	59
4.3.1	Legame tra stili di attaccamento e vissuti	59
4.3.2	Limiti del rooming in e valutazione dell'assistenza.....	60
4.4	Implicazioni assistenziali	62
Capitolo 5:	conclusioni.....	65
Allegato 1:	questionario complessivo	66
Allegato 2:	parere del comitato di bioetica	76
Bibliografia	77

Abstract

Introduzione

Il presente progetto di tesi ha avuto come obiettivo quello di indagare i vissuti e le esperienze delle donne durante il rooming in al fine di comprendere come queste siano influenzate dal legame di attaccamento e dalle variabili psicologiche connesse.

Background

Il rooming in prevede la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza per tutta la durata della degenza ospedaliera. È dimostrato come questo abbia numerosi vantaggi ma rappresenti anche una sfida per le donne. Il vissuto del rooming in potrebbe essere influenzato dal legame di attaccamento, uno stile relazionale che caratterizza ogni individuo e che viene trasmesso generazionalmente fin dai primi momenti di vita del bambino.

Materiali e metodi

Questo studio osservazionale si è basato sulla somministrazione alle donne, su base volontaria, di un questionario. Questo era composto di due parti principali: una prima parte con questionari validati volti ad indagare le variabili psicologiche delle donne oggetto di studio; una seconda parte contenente domande ad hoc create per indagare l'esperienza del rooming in delle partecipanti, le loro difficoltà e le loro emozioni.

Risultati

Nonostante un campione fortemente omogeneo al suo interno, rappresentante delle migliori condizioni possibili per affrontare l'immediato post-parto, la maggior parte delle donne hanno riportato difficoltà durante il rooming in. Alcune hanno espresso forte paura o timore nell'accudire il proprio bambino: è stato possibile correlare significativamente questi vissuti specifici con precise variabili psicologiche, diverse da quelle delle altre donne, e con un attaccamento di tipo insicuro.

Conclusioni

Al fine di migliorare l'esperienza del post-parto sarebbe opportuno individuare le donne con caratteristiche di insicurezza per poterle sostenere al meglio, mettendo in atto una continuità assistenziale che permetta un'assistenza individualizzata per chi la necessita, diminuendo i possibili disagi legati al post-parto.

1 Capitolo 1: Fondamenti teorici e assistenziali

1.1 Argomento e obiettivi della tesi

Il *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) è un'iniziativa adottata nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in collaborazione con UNICEF (*United Nations international children's emergency fund*). L'obiettivo di questo progetto, poi aggiornato nel 2006, è quello di proteggere, promuovere e supportare l'allattamento esclusivo al seno grazie all'introduzione di nuove pratiche per le strutture ospedaliere ⁽¹⁾ che permettano un'assistenza umanizzata al parto e al post-parto ⁽²⁾.

L'attuazione dell'iniziativa si basa fortemente sull'applicazione dei '10 passi per il successo dell'allattamento al seno', pubblicati per la prima volta nella dichiarazione congiunta di OMS e UNICEF '*L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità del 1989*'. L'obiettivo di questo documento, e dei 10 passi in esso riportati, sarebbe proprio quello di favorire l'allattamento al seno tramite politiche di sostegno attivo, in modo da permettere a tutte le madri e tutti i bambini di beneficiare dei numerosi vantaggi che questa pratica comporta. Secondo OMS e UNICEF, proprio le pratiche di assistenza sanitaria relative alle madri e ai neonati permetterebbero di aumentare i tassi di diffusione dell'allattamento al seno ⁽³⁾.

Nello specifico, il passo numero 7 è rappresentato dall'adozione del 'rooming in', ossia la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza, 24 ore su 24, durante tutto il ricovero nel reparto di degenza. Il rooming in può essere attuato in vari modi, in relazione alla struttura dell'ospedale, ma il principio rimane quello di consentire una stretta vicinanza fisica tra madre e bambino.

L'adozione del rooming in ha infatti importanti vantaggi che possono essere riassunti in due principali categorie: promozione dell'allattamento esclusivo al seno e della creazione del bonding tra madre e neonato ⁽³⁾.

Il rooming in si colloca nell'immediato postpartum - un momento molto delicato della vita della donna, che fa esperienza di sentimenti contrastanti quali felicità, realizzazione, amore ma anche preoccupazione, stress e shock ⁽⁴⁾. Il vissuto delle

donne è quindi molto diversificato e dipende fortemente dalle loro caratteristiche individuali.

Se le evidenze scientifiche su cui si basa l'adozione del rooming in sono per lo più consolidate rimangono meno indagati i vissuti, le esperienze, le aspettative e il gradimento delle madri e delle future madri riguardo la pratica stessa ⁽⁵⁾.

Inoltre, resta quasi inesplorato come questi fattori correlino con gli stili di attaccamento, la personalità e gli stili di coping delle donne che ne fanno esperienza. Sono pochissimi gli studi che hanno iniziato ad indagare questi aspetti, evidenziando alcune correlazioni tra ansia, stile di attaccamento insicuro e rifiuto della pratica.

Il presente progetto di tesi mira a comprendere la relazione tra le caratteristiche individuali delle donne – con particolare riferimento a fattori di personalità, stili di attaccamento e stili di coping – e le conoscenze pregresse delle madri che fanno esperienza del rooming in, le loro aspettative e i loro desideri riguardo alla pratica. Correlare questi aspetti permetterebbe agli operatori di avere informazioni utili per il sostegno e per l'informazione della donna e della famiglia in tale pratica, favorendo l'esperienza di un vissuto positivo da parte delle madri e l'individualizzazione dell'assistenza in funzione delle loro caratteristiche e abitudini.

1.2 Modelli di assistenza in ostetricia e rooming in

1.2.1 Evoluzione dei modelli di assistenza

La nascita è sicuramente un evento fortemente definito dalla biologia ma è sempre stato connotato da forti implicazioni sociali, sia nelle società industrializzate che in quelle tradizionali. Se in società diverse il modo di vivere l'evento nascita può essere differente, sono comunque state individuati alcuni punti in comune come la formulazione di riti di passaggio ⁽⁶⁾ e, fino a prima dell'Industrializzazione, l'affidamento delle cure a donne, prima levatrici e poi ostetriche ⁽⁷⁾. Storicamente la gestione dell'evento parto è sempre stata ad appannaggio di figure femminili, che fossero donne sagge in grado di assistere la partoriente o vere e proprie levatrici formate a tale scopo.

Nel Settecento l'ostetricia diventa una scienza medica ed inizia l'intervento dei medici, portando a una progressiva medicalizzazione della nascita. Se fino alla fine dell'Ottocento la levatrice rimane la figura di riferimento, con l'inizio del XX secolo e la

definizione della ginecologia come branca medica, avviene lo spostamento della nascita negli ospedali. A partire dalla metà del Novecento si assiste quindi all'adozione generalizzata di pratiche che, pur portando a diffusi benefici per la salute della madre e del bambino, hanno sottratto la nascita agli eventi naturali per affidarlo agli eventi che riguardano la salute, alla tecnica e alla standardizzazione – che però non tiene realmente in conto dell'individualità delle donne ⁽⁷⁾.

Questi cambiamenti hanno sottratto il controllo alle donne, portando le gestanti a sperimentare effetti negativi quali solitudine, isolamento ed alienazione. A partire dagli anni Cinquanta ci si inizia a interrogare sull'effettiva necessità di pratiche che non tenessero conto delle differenti esigenze personali.

Questo modello, definito tecnocratico da Davis-Floyd proprio per il primato della tecnologia e delle macchine sul vissuto e sul sentire del corpo, entra in contrapposizione con quello che verrà poi individuato come modello olistico negli anni Sessanta e Settanta del Novecento. Questo modello mira a promuovere la centralità della donna e dei suoi vissuti, della sua individualità, cercando di restituire naturalezza all'evento parto.

Il modello olistico prevederebbe l'utilizzo delle innovazioni tecnologiche tenendo conto delle preferenze e dei vissuti delle donne, contrastando la standardizzazione e considerando come inscindibili corpo, mente e spirito ⁽⁷⁾.

In occidente attualmente coesistono aspetti di entrambi i modelli assistenziali e spesso emergono contraddizioni dettate dall'utilizzo dogmatico di una piuttosto che dell'altra filosofia assistenziale. Ad esempio, alcune pratiche che vengono pensate come a sostegno della madre (contatto pelle a pelle dopo la nascita, rooming in), spesso non vengono incoraggiate ma imposte, con conseguenze negative per alcune donne ⁽⁷⁾. Infatti, così come alcune donne possono avere la necessità di esercitare un forte controllo sull'evento parto, altre potrebbero avere bisogno di affidarsi totalmente alle figure di riferimento che incontreranno lungo il loro percorso. Sarebbe quindi importante cogliere questi aspetti individuali per potersi fare carico completamente della donna nella sua individualità.

Ad oggi, proprio in considerazione dei vissuti diversi e delle differenti esigenze che ogni donna può presentare – per le sue caratteristiche, la sua personalità e i suoi

bisogni, oltre che dell'ampia varietà di approcci alla nascita adottati in società e tempi diversi, si tende a parlare di nascita 'naturale per sé'. Questa prevede la presa in carico della persona in tutte le sue caratteristiche, l'ascolto dei suoi bisogni e l'adattamento delle tecnologie e delle pratiche ostetriche alla singola donna e alle sue richieste specifiche ⁽⁷⁾.

Questo tipo di assistenza prevede un'alleanza terapeutica paritaria tra donna e ostetrica come teorizzato nel modello assistenziale della 'Midwifery partnership model', promosso a partire dagli anni Novanta in Nuova Zelanda ⁽⁸⁾. Questo modello mira a restituire l'evento nascita alle donne e alle ostetriche, in quanto figure professionali deputate all'assistenza della gravidanza, del parto e del post-parto con migliori esiti di salute rispetto all'assistenza esclusivamente medica, oltre ad essere gradita dalle donne stesse ⁽⁹⁻¹¹⁾. Inoltre prevede la centralità della donna durante la gravidanza e il parto, considerati come eventi naturali.

L'assistenza andrà sempre più individualizzata, calibrata sulle caratteristiche e sui bisogni della singola donna che ci si trova a prendere in carico: sarà la donna a guidare il processo assistenziale. In questo modo si potrà garantire alla gestante la scelta e il controllo sull'evento, oltre che la continuità assistenziale – infatti, questi tre aspetti costituiscono i tre principi chiave dell'assistenza ostetrica, che deve garantire la centralità della donna.

Se la donna farà esperienza di questi aspetti durante la gravidanza e il parto, nel post-parto sperimenterà maggiore senso di controllo e competenza – fattori protettivi nei confronti della depressione post-parto ⁽⁷⁾.

1.2.2 Il rooming in

Come anticipato al paragrafo 1.1, per rooming in si intende la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza, 24 ore su 24, per tutto il periodo della degenza in ospedale nel post-parto. In relazione alla struttura dell'ospedale questa pratica può essere attuata in diversi modi, il cui fine ultimo è comunque garantire un contatto continuativo per la madre e il neonato. È quindi la madre che, con il supporto del personale ospedaliero, si prende cura del proprio bambino fin dai primi momenti di vita ⁽¹²⁾.

L'introduzione del rooming in come forma di assistenza post-parto avviene a seguito dell'iniziativa del 1991 di OMS e UNICEF: la BFHI. Come illustrato precedentemente al paragrafo 1.1, l'obiettivo primario di questo nuovo modello assistenziale è promuovere e sostenere l'allattamento al seno esclusivo, oltre ad una assistenza umanizzata alle famiglie, introducendo nuovi modelli assistenziali negli ospedali aderenti all'iniziativa. Con l'adozione di queste nuove pratiche si mira anche a rendere le madri consapevoli dei vantaggi dell'allattamento, ad informarle e a fornire loro le competenze e il sostegno per allattare esclusivamente al seno i propri bambini per i primi sei mesi di vita. L'implementazione del BFHI passa dall'applicazione dei '10 passi per il successo dell'allattamento al seno' – pubblicati nel 1989 dall'OMS e successivamente aggiornati al 2018 ⁽²⁾.

È stato dimostrato come l'introduzione della BFHI abbia portato ad un aumento significativo dei tassi di allattamento esclusivo al seno, sia a 2 mesi che a 6 mesi dalla nascita dei neonati ⁽¹³⁾.

1.2.2.1 Benefici dell'allattamento al seno

Infatti, numerose pubblicazioni scientifiche hanno dimostrato come l'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi di vita del neonato sia una pratica con diversi vantaggi su molti livelli, sia per il neonato stesso che per la madre che allatta ⁽¹⁴⁾.

Il latte materno è l'alimento che permette la nutrizione completa del neonato, contenendo tutte le sostanze nutritive necessarie per la sua crescita nei primi sei mesi di vita ⁽¹⁵⁾. Esistono poi studi che suggeriscono come l'allattamento al seno favorisca lo sviluppo cerebrale del neonato grazie a una componente specifica del latte materno: gli acidi grassi saturi a catena lunga, essenziali per lo sviluppo del cervello ⁽¹⁶⁾. Un ulteriore vantaggio dell'alimentazione al seno riguarda la protezione immunologica che ne deriva per il neonato grazie alla presenza di immunoglobuline nel latte materno ⁽¹⁷⁾, oltre alla protezione specifica nei confronti di malattie come il diabete di tipo 2 e l'obesità ⁽¹⁵⁾.

Oltre ai sopracitati vantaggi per il neonato, l'allattamento al seno comporta benefici anche per la salute materna. In letteratura è infatti dimostrata la riduzione del rischio di sviluppare cancro della mammella e dell'ovaio – con una riduzione del 4,3% per ogni anno di allattamento al seno ⁽¹⁸⁾. Vi è anche un notevole risparmio economico per la

famiglia e la società ⁽¹⁹⁾, oltre ad una semplificazione dell'organizzazione in quanto il latte materno è sempre pronto, a disposizione del bambino, e non richiede alcun tipo di preparazione preventiva. In ultimo, diverse pubblicazioni riportano vantaggi per la salute mentale della mamma quali: creazione del bonding con il proprio bambino tramite il rilascio di ossitocina, riduzione dell'incidenza di depressione post partum e dell'ansia, aumento della fiducia nelle proprie capacità, nel senso di realizzazione e dell'empowerment ⁽²⁰⁾.

1.2.2.2 Introduzione del rooming in

In seguito all'adozione da parte delle strutture sanitarie della BFHI, anche il rooming in viene implementato come politica di assistenza sanitaria nel post partum. Infatti, la pratica del rooming in si trova tra i '10 passi per il successo dell'allattamento al seno', su cui si basa l'iniziativa stessa. Inoltre, l'adozione di questa pratica rientra nelle nuove politiche sanitarie che si rifanno all'approccio olistico dell'assistenza ostetrica.

In passato, quando le nascite avvenivano nel contesto domestico, era pratica comune che madre e bambino rimassero a contatto immediatamente dopo il parto. Invece nel contesto ospedaliero, prima della pubblicazione della BFHI, si era soliti separare completamente o parzialmente la madre dal proprio bambino. I neonati venivano tenuti in una stanza comune, la nursery, separata da quella della propria madre. In alcuni casi i bambini venivano portati alla madre solo nel momento del pasto, ad orari fissi, senza che avvenissero altri contatti tra la diade. Oppure potevano essere lasciati nelle nursery su richiesta della madre, ad esempio durante l'orario notturno ⁽²¹⁾.

In seguito all'introduzione della BFHI e all'adozione delle pratiche raccomandate da parte degli ospedali, si è assistito a un incremento della diffusione del rooming in. Ad esempio, negli Stati Uniti il tasso di ospedali che aveva implementato il rooming in nelle proprie pratiche ospedaliere era il 27,1% nel 2005, mentre nel 2015 si attestava attorno al 51,5% ⁽²²⁾. Ad oggi la maggior parte delle strutture ospedaliere ha adottato la pratica del rooming in e la separazione tra madre e neonato avviene solo in casi di condizioni mediche, a carico della madre o del neonato, che impediscano la permanenza della diade nella stessa camera ⁽²³⁾.

1.2.2.3 Vantaggi del rooming in

La letteratura scientifica ha dimostrato diversi vantaggi dell'adozione del rooming in come pratica di assistenza ospedaliera. Questi vantaggi possono essere divisi in due principali categorie: i vantaggi nella promozione dell'allattamento al seno esclusivo e i benefici per la creazione del bonding tra madre e neonato.

1.2.2.3.1 Vantaggi per l'allattamento al seno

È stato provato come permettere che bambino e madre rimangano nella stessa stanza durante la degenza ospedaliera comporti diversi vantaggi per l'avvio dell'allattamento al seno, con suzioni più frequenti ⁽²⁴⁾ e più efficaci, con conseguente aumento nella produzione di latte materno ⁽²¹⁾. Essere sempre insieme al bambino durante tutta la degenza permette alla madre di cogliere immediatamente i segnali di fame del neonato, soddisfacendoli ⁽⁵⁾. La pratica del rooming in ha infatti permesso di incrementare i tassi di allattamento esclusivo al seno ⁽²⁵⁾ e le donne che lo hanno praticato hanno più probabilità di continuare ad allattare esclusivamente al seno il proprio bambino rispetto alle madri che sono state separate dai propri bambini. La stessa categoria di donne inoltre avrebbe un rischio minore di andare incontro ad ingorghi del seno ⁽²¹⁾.

1.2.2.3.2 Vantaggi per il bonding tra madre e bambino

Per bonding si intende un fenomeno che avviene nelle prime ore dalla nascita tra il neonato e chi si prenderà cura di lui. Si tratta di una relazione privilegiata e stabile che normalmente si instaura con la madre ⁽⁷⁾. I primi studi riguardo al legame di attaccamento e ai suoi effetti a lungo termine furono effettuati dal neuropsichiatra Bowlby: le sue teorie sono alla base di molte pratiche ospedaliere che mirano a proteggere questo legame, proprio come il rooming in, e verranno affrontate nei paragrafi 1.3.2 e 1.3.3.

L'esistenza di un breve periodo, della durata di qualche ora, fondamentale per la creazione del legame di attaccamento è stato studiato e dimostrato: le donne che nell'immediato post-parto avevano potuto avere interazioni più frequenti con il proprio bambino – come nel caso del rooming in – a un mese dal parto dimostravano comportamenti più consolanti e carezzevoli nei confronti dei propri bambini ^(26,27). In questo senso, il rooming in è da intendersi come una prosecuzione dello 'skin-to-skin':

il contatto pelle a pelle tra madre e neonato, effettuato immediatamente alla nascita e proseguito per le due ore del post partum. È stato dimostrato come la pratica del pelle a pelle abbia importanti effetti sull'autoregolazione del neonato e sulla sensibilità materna a un anno di distanza, rispetto alle diadi che vengono separate immediatamente dopo il parto ⁽²⁸⁾.

La pratica del rooming in è anche associata ad un aumento della fiducia della madre stessa nelle proprie capacità e alla riduzione dello stress materno ^(28,29). La prossimità tra madre e neonato permette anche un miglior adattamento della madre alle necessità del bambino ⁽²⁷⁾.

1.2.2.4 Ostacoli e percezione del rooming in

Nonostante i numerosi vantaggi riportati in letteratura, persistono ancora alcuni fattori che impediscono l'implementazione uniforme in tutti gli ospedali ⁽⁵⁾. Inoltre, come riportato in precedenza, rimangono poco indagati gli aspetti che riguardano il gradimento e i vissuti delle madri durante la degenza ospedaliera, oltre ai fattori che influiscono sul vissuto stesso.

Le donne identificano come ostacolo principale al rooming in la stanchezza del post-parto – che viene sperimentata dal 62% delle donne ⁽¹²⁾ - oltre alla difficoltà di movimento per le donne sottoposte ad un taglio cesareo, e in generale le condizioni materne dopo il travaglio e il parto ^(5,30).

In altri studi il rooming in viene identificato come un fattore interferente con il sonno della madre, aumentando il senso di fatica e di stanchezza. In generale, l'esperienza del rooming in è migliore per le pluripare rispetto alle primipare, oltre ad essere stato osservato un vissuto migliore del rooming in per le donne che hanno praticato il contatto pelle a pelle subito dopo il parto ⁽³⁰⁾.

Fattori che aumentano la stanchezza sono l'ansia e la depressione. In particolare, le donne con maggiori livelli di ansia dovuta alla cura del neonato, dal pianto del bambino e dall'allattamento hanno riportato una maggiore necessità di supporto da parte del personale ospedaliero e maggior desiderio di affidargli il bambino per qualche ora. L'associazione tra desiderio di affidare ad altri il bambino è maggiore per le donne che sperimentano questi sentimenti rispetto a quelle che riportano dolore. Uno scarso supporto da parte dei sanitari durante la degenza è riportato come un fattore di rischio per la depressione post partum ⁽¹²⁾.

In letteratura è anche riportato come le donne sperimentino i vantaggi del rooming in riguardo al legame di attaccamento con il proprio bambino solo se è sua volontà effettuare il rooming in, e non se vi è costretta ⁽³¹⁾.

Questi sono tutti aspetti che andrebbero tenuti in considerazione durante l'assistenza alle puerpere e ai loro neonati, in modo da poterle supportare in modo adeguato.

1.3 I contributi della psicologia

La pratica del rooming in e i nuovi modelli di assistenza vengono sostenuti da teorie del gruppo indipendente della scuola psicodinamica, che aveva avuto origine dalle teorie di Sigmund Freud.

In particolare. Donald W. Winnicott e John Bowlby, con l'apporto di Mary Ainsworth, contribuirono a sviluppare una nuova idea riguardo allo sviluppo infantile. Entrambi gli studiosi ritengono di fondamentale importanza l'ambiente esterno al bambino e le sue interazioni con esso fin dai primi momenti di vita. Entrambi dimostrarono come le prime interazioni con la madre, o con una figura di attaccamento, sono di fondamentale importanza per uno sano sviluppo psichico del bambino ⁽³²⁾.

Infatti, la qualità delle relazioni nelle prime fasi di vita dell'infante, con la madre e con le altre figure di riferimento, andranno ad influenzare il suo successivo sviluppo emotivo e relazionale ⁽⁷⁾.

1.3.1 Il modello psicologico di Winnicott

Secondo la teoria delle relazioni oggettuali di Winnicott, il bambino è programmato per avere uno sviluppo di per sé armonico, ma questo può essere alterato da cure genitoriali inadeguate. Se invece l'ambiente familiare sarà in grado di rispondere ai bisogni del bambino, questo tenderà in maniera innata all'indipendenza e uno sviluppo ottimale ⁽³²⁾.

Infatti, secondo le teorie di Winnicott, il bambino nasce in una condizione di dipendenza assoluta e non potrebbe essere considerato un'entità singola, ma solo in relazione con la madre, o una figura che ne faccia le veci. In questa prima fase dello sviluppo infantile, che Winnicott individua come quella della dipendenza assoluta, le cure di un caregiver hanno il compito di soddisfare lo stato di bisogno continuativo in cui si trova il neonato ⁽³³⁾.

Secondo Winnicott, subito dopo il parto la madre sarebbe in grado di sperimentare la preoccupazione interna primaria che la renderebbe in grado di soddisfare i bisogni del neonato in maniera istintiva. Questa capacità materna si tradurrebbe nella creazione di un ambiente rassicurante per il neonato e che viene definito come 'holding' – si tratta sia di una prossimità fisica, che soddisfa il bisogno del contatto continuativo da parte

del neonato – ma anche di una vicinanza emotiva ⁽³²⁾. Viene quindi sottolineata l'importanza di contatto tra madre e neonato fin dalle prime fasi di vita del bambino. Si tratterebbe quindi di essere presente per il bambino ed avere una competenza minima per soddisfare i suoi bisogni – concetto che nelle teorie di Winnicott viene espresso con i termini '*good enough mother*': per il bambino non è necessario un genitore perfetto ma una figura che sia in grado di accudirlo nelle prime fasi di vita, soddisfacendo i suoi bisogni.

Le cure genitoriali avranno l'obiettivo di condurre il bambino nelle fasi successive del suo sviluppo verso la dipendenza relativa, quando la dipendenza dalla figura di riferimento inizierà a bilanciarsi con l'esigenza di esplorazione dell'ambiente da parte dell'infante.

1.3.2 Il modello psicologico di Bowlby

Anche nella teoria dell'attaccamento di Bowlby la figura di riferimento del bambino riveste un ruolo di fondamentale importanza. Infatti, il legame di attaccamento si forma fin dai primi momenti di vita ed è un legame innato e istintivo, tramite cui il bambino va in cerca di vicinanza, protezione e sicurezza. Questo legame riveste un ruolo dal punto di vista evolutivo, permettendo ai bambini di sopravvivere grazie alla vicinanza di un adulto che li accudisca ^(7,34).

Il legame di attaccamento passa tramite il contatto fisico e la rassicurazione del bambino, in modo che egli possa sperimentare una sicurezza emotiva che lo porti alla totale fiducia nella figura di attaccamento, e quindi a sviluppare un attaccamento sicuro. Quando il caregiver fornisce rassicurazione, contatto e vicinanza emotiva, il bambino svilupperà delle competenze che avranno un'influenza sui pattern relazionali nella vita adulta ⁽³⁴⁾. Il genitore, o chi ne fa le veci, deve rappresentare una base sicura nelle prime fasi di vita – che Winnicott aveva definito come fase della dipendenza assoluta – accompagnando il bambino verso la dipendenza relativa e l'esplorazione dell'ambiente. Infatti il bambino andrà ricercando un equilibrio tra la vicinanza della figura di riferimento e l'esplorazione dell'ambiente esterno ⁽⁷⁾.

La creazione di un legame sicuro passa dalla soddisfazione dei bisogni specifici del bambino. Infatti, ogni bambino avrà caratteristiche diverse e starà al genitore cercare

di soddisfarlo secondo le sue caratteristiche: ad esempio, alcuni possono necessitare di avere più contatto fisico rispetto ad altri, che invece manifestano esigenze di indipendenza. Cogliendo i bisogni del bambino e soddisfacendoli, il genitore sarà in grado di stabilire una base sicura per il proprio bambino e un attaccamento sicuro con esso. Il non soddisfacimento delle esigenze specifiche del bambino porrebbe portare a problematiche nei modelli relazionali futuri del bambino.

Infatti, il legame di attaccamento appreso fin dai primissimi momenti di vita del neonato rappresenta un modello interno relazionale che il bambino tenderà a ripetere anche nelle relazioni che instaurerà da adulto, influenzandone le dinamiche affettive, anche di coppia ^(7,34,35).

1.3.2.1 Gli stili di attaccamento

La qualità dello stile di attaccamento venne classificata da Mary Ainsworth tramite l'osservazione della relazione tra madre e bambino in quella che venne definita come la '*Strange Situation*', ricavandone tre tipi principali ⁽³⁵⁾:

- Attaccamento sicuro: il bambino ha interiorizzato la fiducia nei confronti della madre ed è in grado di esplorare l'ambiente sapendo di poter tornare a far affidamento su di lei nel caso percepisca un pericolo;
- Attaccamento insicuro evitante: il comportamento del bambino tende ad essere sbilanciato verso l'esplorazione, dimostrando eccessiva autonomia nei confronti della madre – come se questa non rappresentasse una fonte di sicurezza sufficiente;
- Attaccamento insicuro ambivalente: in questo caso lo sbilanciamento è nei confronti della vicinanza verso la figura di riferimento con manifestazioni di comportamenti ambivalenti nei confronti del genitore (ad esempio rabbia) nel momento dell'esplorazione dell'ambiente ⁽⁷⁾.

1.3.3 Le teorie di Winnicott e Bowlby e il rooming in

Le teorie sullo sviluppo infantile esposte nei paragrafi precedenti rappresentano un'ulteriore base teorica per l'adozione del rooming in nelle strutture ospedaliere. Infatti, la permanenza di madre e neonato nella stessa stanza – oltre al precoce contatto pelle a pelle subito dopo la nascita, che permette il rilascio di ossitocina, il

principale ormone che promuove il legame di attaccamento ⁽³⁶⁾ – favorisce la vicinanza tra madre e neonato, la soddisfazione dei bisogni del bambino tramite l’osservazione diretta, il contatto continuativo. Questi sono tutti elementi che sia Winnicott che Bowlby ritengono fondamentali per la formazione di un legame di attaccamento sicuro e quindi per la futura salute emotiva del neonato. Il legame di attaccamento che viene stabilito precocemente, nei primi tre mesi di vita del bambino, sarà lo stesso individuato ai 12 mesi di vita del bambino ⁽³⁵⁾. Inoltre, è stato dimostrato che un accudimento ottimale nei primi tre mesi di vita limita il rischio di un attaccamento disordinato – insicuro o ambivalente – a causa della depressione post-parto materna ⁽³⁴⁾.

In numerosi studi si evince come il legame di attaccamento abbia una trasmissione transgenerazionale: i modelli di attaccamento tendono a rimanere stabili nella vita adulta e influenzano le relazioni adulte e il modo di approcciarsi alla realtà, e quindi di affrontare un evento importante come la nascita di un figlio e il suo accudimento. Una madre che ha sviluppato un attaccamento sicuro nei confronti delle sue figure di attaccamento (genitori, familiare e partner) ha maggiori possibilità di sviluppare sentimenti positivi verso la gravidanza, la nascita del proprio bambino e di stabilire con esso un legame sicuro – così perpetuando la trasmissione transgenerazionale dello stile di attaccamento ⁽³⁴⁾.

Per questo motivo, individuare e saper riconoscere lo stile di attaccamento materno potrebbe aiutare gli operatori sanitari a guidare la donna durante la gravidanza e la pratica stessa del rooming in, in modo che la donna e la coppia possano sviluppare fin da subito un legame sicuro con il proprio bambino, con i benefici sia per la madre che per il bambino descritti in precedenza.

A tale scopo, nel capitolo seguente verranno presentati procedura e risultati derivanti dalla ricerca empirica oggetto della presente tesi, con la finalità di raffinare l’assistenza ostetrica e rendere sempre più efficace la pratica del rooming in.

2 *Capitolo 2: la ricerca*

Come espresso inizialmente, il presente progetto di tesi mira a comprendere la relazione tra le caratteristiche individuali delle donne – fattori di personalità, stili di attaccamento e stili di coping – e le conoscenze pregresse delle madri che fanno esperienza del rooming in, le loro aspettative e i loro desideri riguardo alla pratica. Correlare questi aspetti permetterebbe agli operatori di avere informazioni utili per il sostegno e per l'informazione della donna e della famiglia, favorendo l'esperienza di un vissuto positivo da parte delle madri e la individualizzazione dell'assistenza in funzione delle loro caratteristiche e abitudini.

2.1 Disegno sperimentale

Al fine di indagare questi aspetti è stato definito uno studio osservazionale basato sulla somministrazione di un questionario anonimo, composto da sei sezioni e somministrato online tramite la piattaforma Microsoft Forms. Il questionario esteso e la popolazione in oggetto, oltre alle considerazioni di natura etica, verranno descritti nei paragrafi successivi.

2.1.1 Partecipanti allo studio

Per il presente progetto di tesi è stata presa in esame una popolazione di donne maggiorenni. In particolare, si è scelto di comprendere due categorie di donne:

- a. donne gravide al momento della risposta al questionario, per poter esaminare le loro aspettative riguardo l'esperienza durante il rooming in;
- b. donne che hanno partorito dal 2021 in poi, per valutare i loro vissuti e le loro esperienze durante la degenza ospedaliera. In particolare, sono state escluse dallo studio coloro che non hanno effettuato la degenza insieme al proprio bambino mentre sono state incluse le donne che hanno effettuato il rooming in.

2.1.2 Scelta dei materiali

In considerazione degli obiettivi che si pone il progetto di tesi, già descritti al paragrafo 1.1, è stato formulato un questionario che potesse indagare e correlare diversi aspetti quali stili di attaccamento, coping e personalità delle donne partecipanti con i loro vissuti, emozioni ed aspettative riguardo alla pratica del rooming in.

Il questionario finale era composto di due parti principali divise in sei sezioni differenti, ognuna delle quali ha indagato aspetti specifici che successivamente sono stati messi in relazione tra loro. Le prime quattro sezioni erano composte da scale di self-report validate in letteratura al fine di indagare stili di attaccamento e di coping, la personalità e i livelli di ansia. Le ultime due sezioni riguardavano invece i dati anagrafici delle partecipanti e le domande specifiche sul rooming in, che andavano ad indagare esperienze, vissuti, aspettative e gradimento riguardo la pratica stessa. Infatti, pensiamo che questi aspetti psicologici siano quelli che maggiormente possano influenzare l'esperienza del rooming in.

I paragrafi seguenti riportano la descrizione analitica degli strumenti utilizzati.

2.1.2.1 Scale di self report

1. BFQ

Il questionario BFQ, o Big Five Questionnaire, è stato concepito e validato nel 1993 da Caprara et al. con l'obiettivo di valutare i tratti della personalità secondo il Modello dei Cinque Fattori o 'Big Five' ⁽³⁷⁾. Secondo la teoria dei 'Big Five', la personalità può essere descritta tramite l'utilizzo di cinque fattori principali, a loro volta suddivisi in due sottocategorie ⁽³⁸⁾.

Nelle diverse teorie riguardo la personalità, i tratti sono considerati caratteristiche genetiche in grado di influenzare il comportamento umano in modo stabile e, in quanto tali, non sono modificabili. Il BFQ è stato inserito all'interno del questionario del presente progetto di tesi proprio per indagare i tratti della personalità dei partecipanti allo studio e per correlare questi aspetti con il loro vissuto del rooming in.

Il questionario BFQ originale è composto da 132 item ma nel presente progetto di tesi è stata utilizzata la versione ridotta del suddetto questionario, il BFQ-60, contenente 60 item. La validità e l'affidabilità di questa versione sono state studiate e dimostrate, equiparandole alla versione estesa.

Ogni item del questionario BFQ riporta una situazione comune e il soggetto rispondente è invitato a selezionare quale risposta corrisponde alla sua esperienza utilizzando una scala likert che va da 1 (assolutamente falso per me) a 5 (assolutamente vero per me).

Nel presente questionario i cinque fattori descrittivi la personalità nella teoria dei 'Big Five' vengono fatti corrispondere a cinque categorie che descrivono i tratti della personalità del soggetto sottoposto al questionario:

- a. Estroversione, che si suddivide in:
 - Dinamismo: corrisponde a tratti della personalità che corrispondono a espansività ed entusiasmo;
 - Dominanza: corrisponde a caratteristiche quali assertività ed autostima;
- b. Amicalità, a sua volta declinabile in:
 - Cooperatività/empatia: identifica il tratto della personalità riferito alla sensibilità nei confronti dei bisogni dell'altro;
 - Cordialità/atteggiamento amichevole: si riferisce ai tratti quali la gentilezza, la docilità e la fiducia;
- c. Coscienziosità, che individua i tratti di:
 - Scrupolosità: comprende la precisione, ordine ed affidabilità dell'individuo;
 - Perseveranza: fa riferimento alla capacità della persona stessa di adempiere ai propri compiti e doveri;
- d. Stabilità emotiva, che si suddivide in:
 - Controllo delle emozioni: individua le capacità della persona di gestire le proprie emozioni e la propria ansia;
 - Controllo degli impulsi: si riferisce invece alla capacità di controllare la rabbia, l'irritazione e la frustrazione;
- e. Apertura mentale:
 - Apertura alla cultura: fa riferimento alla varietà degli interessi culturali della persona;
 - Apertura all'esperienza: identifica quei tratti della personalità che favoriscono l'interesse verso nuove esperienze e conoscenze, alla capacità di gestire le novità e alla tolleranza verso la diversità ⁽³⁷⁾.

2. CISS

Il CISS, o Coping Inventory for Stressful Situations, è un questionario validato per la rilevazione delle strategie di coping in situazioni stressanti del soggetto sottoposto al test. Fu studiato, progettato e validato nel 1990 da Endler e Parker ⁽³⁹⁾.

Il coping è da intendere come la risposta individuale a situazioni esterne vissute come stressanti. Analizzare questi aspetti nel presente studio risulta di particolare

importanza per correlarli alla personalità e agli stili di attaccamento della donna – questo permetterebbe di personalizzare l’assistenza e l’informazione sulle caratteristiche specifiche della persona che gli operatori si prestano ad assistere.

Il questionario CISS adottato nel presente progetto di tesi è composto da 48 item: a ciascuno di essi i soggetti rispondenti assegnano un punteggio da 1 (per niente) a 5 (moltissimo), corrispondente a quanto si dedicano all’attività descritta in situazione di forte stress.

Come descritto in precedenza, il test è stato pensato per rilevare tre dimensioni del coping:

- a. Task-oriented: stile di coping tipico dei soggetti che approcciano la situazione stressante in maniera concreta e attiva;
- b. Emotion-oriented: stile di coping che si riscontra nei soggetti che invece, di fronte a situazioni stressanti, sono presi dall’emozione e non riescono ad agire;
- c. Avoidant-oriented: gli individui con questo stile di coping attuano strategie atte ad evitare la situazione stressante e le problematiche relative ad essa ^(40,41).

Il primo stile di coping rilevato dal test rientra nelle strategie adattive, mentre gli ultimi due fanno parte delle strategie disadattive ⁽³⁸⁾.

3. STAI TRATTO

Il questionario STAI, o Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, è un questionario validato per la misurazione dell’ansia, ideato da Spielberger et al. nel 1983. Nel questionario relativo al presente progetto di tesi è stato inserito il questionario ‘STAI-Y2’, che ha l’obiettivo di individuare l’ansia come tratto della personalità del soggetto rispondente ⁽⁴²⁾.

Individuare questo specifico tratto della personalità delle donne che hanno aderito al questionario permetterà di comprendere meglio i loro vissuti specifici riguardanti l’esperienza durante il rooming in.

Il questionario STAI originale si compone di 40 item, suddivisi in due questionari da 20 domande ciascuno. In questo progetto di tesi è stata utilizzata solamente la sezione STAI-Y2, costituita da 20 item: per ogni item il soggetto rispondente viene invitato a indicare quanto spesso si sente come nelle frasi riportate negli item – ad esempio ‘mi sento bene’ -, utilizzando una scala likert con quattro opzioni che vanno da ‘quasi mai’ a ‘quasi sempre’.

4. ASQ

L'ASQ, o Attachment Style Questionnaire, è un questionario validato che ha l'obiettivo di indagare gli stili di attaccamento dell'adulto, discriminando lo stile di attaccamento sicuro da quello insicuro. Come già descritto in precedenza, questo dipende dall'esperienza di attaccamento avuta nella prima infanzia con le principali figure di attaccamento – questi vissuti andranno a comporre un pattern relazionale che si ripeterà nella vita adulta, influenzando le relazioni future ⁽⁴³⁾. Il questionario fu studiato e progettato da Feeney, Noller e Hanrahan e pubblicato nel 1994. L'ASQ inserito nel questionario per questo progetto di tesi è nella versione tradotta in italiano e validata per l'utilizzo da Fossati ⁽⁴⁴⁾.

La scelta di somministrare questo questionario deriva dalla provata convinzione che lo stile di attaccamento influisca sull'esperienza dei soggetti e sulla loro modalità di gestione delle relazioni, delle esperienze e delle aspettative ⁽⁴³⁾. È quindi un fattore importante per comprendere come una donna potrebbe approcciarsi al rooming in: individuare lo stile di attaccamento potrebbe aiutare gli operatori nel sostegno dei bisogni specifici della persona. In questo modo si potrà permettere alla donna di avere un'esperienza migliore e favorire la formazione di un attaccamento sicuro con il suo bambino.

L'ASQ si compone di 40 item. Il soggetto è invitato a indicare il proprio grado di accordo o disaccordo per ogni item del questionario, con valori che vanno da 1 (totalmente in disaccordo) a 6 (totalmente in accordo) ⁽³⁸⁾, facendo riferimento a come la persona si sente abitualmente.

I risultati del questionario vengono poi classificati in cinque categorie, ognuna rappresentante un diverso stile di attaccamento. Ogni categoria può essere individuata e correlata ad altri metodi di classificazione dell'attaccamento:

- a. Fiducia: individua l'attaccamento sicuro già teorizzato da Bowlby;
- b. Disagio per l'intimità: corrisponde allo stile di attaccamento evitante;
- c. Secondarietà delle relazioni: attaccamento distanziante di Bartholomew;
- d. Bisogno di approvazione: attaccamento timoroso e preoccupato di Bartholomew;
- e. Preoccupazione per le relazioni: stile di attaccamento ansioso e dipendente nelle relazioni.

Il primo stile rappresenta l'unico attaccamento sicuro, mentre i successivi corrispondono a stili di attaccamento insicuro ⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

2.1.2.2 Domande ad hoc

2.1.2.2.1 Anagrafica delle partecipanti

Nella sezione successiva sono state inserite domande di carattere anagrafico che potessero inquadrare la persona rispondente dal punto di vista del livello di istruzione, della composizione familiare e del grado di soddisfazione e benessere generale durante la gravidanza. Infatti, livelli maggiori di istruzione sono correlati a maggiori informazioni ricevute e, conseguentemente, a un miglior vissuto dell'esperienza ⁽⁷⁾.

Riguardo i dati anagrafici delle partecipanti abbiamo quindi indagato i seguenti aspetti:

1. Et , con domanda aperta;
2. Occupazione, con domanda aperta;
3. Titolo di studio, con domanda aperta;
4. Composizione del nucleo familiare, con domanda aperta;
5. Desiderio o meno della gravidanza, con domanda chiusa a due opzioni (sì o no);
6. Insorgenza della gravidanza, con domanda chiusa a due opzioni (gravidanza insorta spontaneamente o tramite PMA – procreazione medicalmente assistita);
7. Benessere fisico durante tutta la gravidanza, valutato tramite una scala di self report con valori da 1 a 10;
8. Benessere psicologico durante tutta la gravidanza, con una scala di self-report con valori da 1 a 10;
9. Stato di gravidanza attuale o parto dopo il 2021, con domanda chiusa a due opzioni (gravidanza o parto prima del 2021). Questa domanda permette di condurre alla parte finale del questionario, conducendo il soggetto rispondente alla sezione di domande.

2.1.2.2.2 Quesiti sul rooming in

Essendo il questionario rivolto sia a donne gi  madri che in gravidanza, si   reso necessario distinguere le due categorie di partecipanti, confezionando domande ad hoc per ciascuno dei due gruppi.

Le domande ad hoc per le donne già madri sono state formulate a partire da quelle proposte nel 2020 da Consales et al. nell'articolo '*Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives*' ⁽⁵⁾. In particolare, sono state riprese le domande riguardo le conoscenze delle donne, la loro esperienza ed eventuali suggerimenti per migliorare la degenza ospedaliera. I quesiti sono poi stati adattati per essere sottoposti alle donne ancora in gravidanza.

In entrambi i casi, alcune domande sono state formulate con l'obiettivo di comprendere il livello di conoscenza delle donne riguardo il rooming in e quindi le informazioni ricevute. Infatti, è stato dimostrato come l'esperienza della gravidanza e l'approccio alla stessa dipenda fortemente dai dalla qualità e dalla quantità di informazioni che la donna riceve ma anche dal supporto sociale di cui fa esperienza, ad esempio correlando questi fattori con un maggior peso alla nascita del bambino ^(42,43). Le informazioni aumentano il senso di competenza e di controllo della donna, influenzando l'esperienza della gravidanza e del post-parto ⁽⁷⁾. Questi aspetti sono quindi fondamentali per comprendere ed analizzare i vissuti e le aspettative delle donne che hanno aderito al questionario.

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza durante la degenza e di fornire maggiori strumenti agli operatori sanitari per migliorare la qualità dell'esperienza delle donne, nella sezione dedicata alle donne già madri è stata inserita una serie di domande riguardo l'esperienza della donna, sui suoi vissuti e le sue difficoltà durante l'esperienza del rooming in. Sono stati inseriti anche quesiti per valutare quantitativamente la qualità del loro vissuto.

Per poter comprendere quanto la volontà materna abbia influenzato i risultati ottenuti sono state inserite domande riguardo l'allattamento, essendo questo l'obiettivo primario della pratica del rooming in, e all'importanza che questo riveste per le donne. Infatti, la scelta è uno dei principi chiave dell'assistenza ostetrica: dare la possibilità di scelta alla donna durante la gravidanza, il parto e il post-parto permette di innalzare la qualità delle cure percepite dalla donna e il suo senso di controllo sugli eventi ⁽⁷⁾.

In considerazione di questo stesso principio, sono state formulate anche domande volte ad indagare il desiderio delle donne di scegliere se poter effettuare o meno il rooming in durante la loro degenza in ospedale.

2.1.2.2.1 Quesiti per le donne già madri

Questa sezione del questionario contiene quattordici item specifici sul rooming in, con domande aperte, chiuse con opzioni di risposta e scale likert di gradimento.

Il primo item della sezione indaga la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita da parte della donna rispondente – corsi che hanno l'obiettivo di informare la donna e quindi di aiutarla a vivere la gravidanza e i primi momenti di vita del neonato con più consapevolezza. Gli item successivi indagano le conoscenze pregresse della donna: se conosce il significato del termine 'rooming in' secondo la definizione OMS e i suoi benefici ⁽¹⁾, e se la donna era a conoscenza del fatto che durante la degenza in ospedale avrebbe dovuto praticare il rooming in.

Con l'item successivo si è indagato il gradimento del rooming in da parte della donna tramite una scala likert a 5 punteggi che vanno da 'molto negativa' a 'molto positiva'. Il quesito seguente ha invece indagato, tramite una domanda aperta, se la donna effettuerebbe nuovamente il rooming in caso di una nuova gravidanza. Successivamente si è richiesto alla partecipante di esprimere tramite una domanda aperta le sue emozioni durante il rooming in e come si è sentita durante la degenza. Gli item successivi intendono analizzare le eventuali difficoltà riscontrate dalla donna durante la degenza ospedaliera: il primo item chiede, tramite una domanda chiusa, se la donna ha avuto difficoltà e quello successivo di indicare gli eventuali ostacoli tramite un quesito a risposta aperta.

Tramite una domanda aperta, la domanda successiva indaga se la donna crede di aver ricevuto un adeguato supporto durante la degenza ospedaliera da parte degli operatori.

Alcuni item si sono poi concentrati sull'allattamento, la cui promozione è un obiettivo primario della pratica del rooming in ^(21,25). Ai quesiti seguenti, si richiede di valutare se il rooming in è stato importante per il proprio bambino e per la sua alimentazione. L'item successivo ha l'obiettivo di valutare se le donne hanno allattato ed eventualmente il tasso di allattamento al seno a sei mesi selezionando tra tre possibili risposte (non ho allattato, ho allattato per meno di sei mesi, ho allattato per più di sei mesi).

L'ultimo item indaga la volontà delle donne rispondenti di poter scegliere se effettuare il rooming in a prescindere dai vantaggi di salute che comporta la pratica stessa.

2.1.2.2.2 Quesiti per donne in gravidanza

La sezione relativa alle donne attualmente in gravidanza si compone di 10 item. Alcuni ricalcano le domande già presenti nella sezione per le donne già madri mentre altre riguardano le aspettative e i desideri delle donne che invece, essendo in gravidanza, non hanno mai fatto esperienza del rooming in.

Infatti, il primo item riguarda la frequentazione di un corso di accompagnamento alla nascita a cui le donne sono chiamate a rispondere tramite una risposta chiusa con tre opzioni possibili (non l'ho frequentato, lo frequenterò e l'ho già frequentato).

Le due domande successive riprendono le corrispondenti della sezione precedente indagando con un item a risposta chiusa se la donna rispondente conosce il termine rooming in e se sì, se conosce i suoi principali benefici.

Nei punti seguenti si trovano domande che esplorano l'importanza del rooming-in per il bambino. Le domande chiuse chiedono alla donna se ritengono che il rooming-in sia significativo sia per il bambino che per la sua alimentazione.

I quesiti che seguono mirano a cogliere le aspettative e le emozioni riguardo all'esperienza che attende la donna durante la degenza in ospedale: il soggetto rispondente esprime, tramite risposte aperte, quali sono le sue emozioni pensando alla degenza dopo il parto, cosa pensa che le sarà utile per vivere al meglio questa esperienza e quali difficoltà si aspetta di incontrare.

Gli item finali invece vanno ad analizzare la possibilità e il desiderio di scelta delle donne che sono in gravidanza. Nel primo quesito, tramite una risposta chiusa, le donne rispondenti hanno indicato se avrebbero voluto effettuare il rooming in mentre nella domanda successiva hanno espresso il loro desiderio di poter scegliere o meno di effettuare la degenza ospedaliera con il rooming in.

Una copia del questionario complessivo utilizzato per il presente progetto di ricerca, comprendente scale di self-report e domande ad hoc, è visionabile all'allegato 1.

2.2 Procedura

Dopo aver selezionato i questionari di self-report e aver formulato le domande ad hoc sul rooming in, il questionario è stato inserito nella piattaforma Microsoft Forms, uno strumento di creazione di moduli e sondaggi online offerto da Microsoft come parte della suite di applicazioni Office 365. Questo servizio consente di progettare, distribuire e analizzare moduli e sondaggi oltre a raccogliere i dati relativi ai risultati e a permettere di analizzarli.

Le numerose possibilità di configurazione di Forms hanno permesso di poter mantenere la struttura dei questionari validati con risposte sotto forma di scale likert e di inserire i quesiti ad hoc con risposte aperte o chiuse. Inoltre, grazie a un collegamento intertestuale, è stato possibile indirizzare automaticamente le donne verso la sezione delle domande specifiche per la loro categoria di appartenenza, evitando così di presentare quesiti relativi alla gravidanza alle donne già madri e viceversa.

All'apertura del link di Microsoft Forms per la compilazione del questionario, le partecipanti hanno potuto avere informazioni sul presente progetto di tesi e sui suoi obiettivi. A questa sezione introduttiva è stato allegato tramite link l'apposito consenso informato per l'adesione allo studio. Le donne partecipanti, previa lettura del suddetto modulo, hanno dato il loro consenso alla partecipazione allo studio accedendo alla sezione recante il questionario e compilandolo.

Il consenso informato è stato formulato utilizzando il '*modulo informativo per la partecipazione adulti*' indicato dal comitato di bioetica – della cui approvazione si tratterà al paragrafo 2.4.

2.3 Raccolta dati

A partire da Microsoft Forms è stato generato un link per la diffusione online del questionario nella sua forma finale. Il reclutamento delle partecipanti è avvenuto per passaparola, condividendo il link su piattaforme online e sui social, dove le donne hanno potuto aderire volontariamente e anonimamente alla compilazione stessa.

Il questionario è stato pubblicato in data 24 maggio 2024 ed è stato chiuso alla compilazione in data 10 settembre 2024.

2.4 Considerazioni etiche

La presente ricerca ha ottenuto parere favorevole dal Comitato di Bioetica dell'Alma Mater, come evidenziato nel protocollo 0101648 del 9 aprile 2024, il cui estratto si riporta in appendice (si veda Allegato 2).

3 Capitolo 3: i risultati

Nel presente capitolo verranno illustrati i risultati relativi al questionario descritto al capitolo 2 e utilizzato per questo progetto di tesi.

L'analisi dei dati riportata di seguito è stata effettuata utilizzando il software IBM SPSS.

3.1 Caratteristiche sociodemografiche del campione

Il questionario ha ottenuto le risposte valide di 35 donne, che hanno quindi costituito il campione per il presente progetto di tesi. Il campione della popolazione e le specifiche caratteristiche demografiche verranno descritte di seguito.

3.1.1 Dati anagrafici delle partecipanti

3.1.1.1 Gravidanza e parto

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Gravidanza	4	11,4	11,4	11,4
Partorito	31	88,6	88,6	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 1 – distinzione tra donne in gravidanza al momento della compilazione e donne già madri

Delle 35 risposte valide ottenute al questionario utilizzato, 4 risposte (11,4%) riguardano donne che al momento della compilazione erano in stato di gravidanza mentre 31 risposte (88,6%) sono state fornite da donne già madri e che quindi avevano fatto esperienza del rooming in. Questo dato ha portato a concentrarci più nello specifico sui dati relativi alle donne già madri.

3.1.1.2 Età

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Anni	35	24	47	33,54	5,277
Numero di casi validi (listwise)	35				

Tab. 2 – età media delle partecipanti allo studio

Nella tabella 2 sopra riportata sono illustrati i dati relativi all'età delle partecipanti con una media di 33,54 anni, ottenuta con un'età minima di 24 anni e una massima di 47 anni.

3.1.1.3 Titolo di studio

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Diploma	5	14,3	14,3	14,3
Dottorato di Ricerca	3	8,6	8,6	22,9
Laurea Accademia di belle arti	1	2,9	2,9	25,7
Laurea Mag/Spec	11	31,4	31,4	57,1
Laurea Triennale	14	40,0	40,0	97,1
Terza media	1	2,9	2,9	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 3 – titolo di studio delle partecipanti

La maggioranza del campione preso in esame per il presente progetto risulta avere un alto livello di istruzione, con 14 donne (40,0%) in possesso di una laurea triennale e 11 donne (31,4%) che hanno conseguito una laurea magistrale, oltre a 3 donne (8,6%) che hanno ottenuto un dottorato di ricerca. Solo 1 donna (2,9%) risulta essere in possesso della licenza media e 5 donne (14,3%) del diploma di scuola superiore.

Si può quindi affermare che la popolazione oggetto di studio ha un'istruzione che può essere considerata superiore alla media della popolazione generale.

3.1.1.4 Occupazione

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Assegnista di ricerca	1	2,9	2,9	2,9
Babysitter	1	2,9	2,9	5,7
Biologa	1	2,9	2,9	8,6
Casalinga	1	2,9	2,9	11,4
Coordinatrice	1	2,9	2,9	14,3
Educatrice	5	14,3	14,3	28,6
Fisioterapista	1	2,9	2,9	31,4
Geometra	1	2,9	2,9	34,3
Impiegata	12	34,3	34,3	68,6
Imprenditrice	1	2,9	2,9	71,4
Infermiera	1	2,9	2,9	74,3
Ingegnere	2	5,7	5,7	80,0
Inoccupata	1	2,9	2,9	82,9
Insegnante	2	5,7	5,7	88,6
Libera professionista	1	2,9	2,9	91,4
Mamma	2	5,7	5,7	97,1
Medico	1	2,9	2,9	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab.4 – occupazione delle partecipanti allo studio

Nella tabella sono illustrate le risposte alla domanda relativa all'occupazione delle donne partecipanti allo studio con ampia varietà nelle risposte ottenute. In particolare si evidenziano 12 donne (34,3%) che affermano di essere impiegate, 5 donne educatrici (14,3%), 2 donne (5,7%) che si identificano con il mestiere di mamma e 2 donne ingegnere (5,7%).

3.1.1.5 Composizione del nucleo familiare

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Due adulti e due figli	4	11,4	11,4	11,4
Due adulti e un figlio	24	68,6	68,6	80,0
Due adulti e un figlio in arrivo	3	8,6	8,6	88,6
Due adulti, un figlio e un figlio in arrivo	1	2,9	2,9	91,4
Due adulti e tre figli	1	2,9	2,9	94,3
Madre e figlio	2	5,7	5,7	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab.5 – composizione del nucleo familiare delle donne partecipanti

Per quanto riguarda la composizione del nucleo familiare delle donne partecipanti, la maggioranza (24 risposte, 68,6%) afferma di abitare con il proprio compagno/marito e un figlio, mentre 4 donne (11,4%) hanno una famiglia composta da due adulti e due bambini, solo 1 (2,9%) ha tre figli. Vi è poi la presenza di 2 donne (5,7%) che vivono sole con il proprio bambino. Le donne in attesa che vivono con il proprio compagno/marito sono 3 (8,6%) e una donna in attesa (2,9%) vive con il proprio compagno e il suo bambino. Questi dati evidenziano come il campione a disposizione sia composto per la maggior parte da donne che hanno avuto un solo bambino e che quindi riferiscono la loro prima esperienza di maternità.

3.1.2 Caratteristiche della gravidanza

In questa sezione del capitolo verranno analizzati i dati relativi alle caratteristiche delle gravidanze delle donne partecipanti allo studio.

3.1.2.1 Gravidanza cercata

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	1	2,9	2,9	2,9
Si	34	97,1	97,1	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 6 – risposte delle donne alla domanda chiusa ‘la tua gravidanza è stata cercata?’

Le risposte delle donne partecipanti alla domanda chiusa ‘la tua gravidanza è stata cercata?’ sono illustrate nella tabella 6, sopra riportata. La quasi totalità delle donne ha affermato che la gravidanza oggetto dello studio (quindi successiva al 2021) è stata cercata (34 donne, 97,1%), mentre solo 1 donna (2,9%) non ha cercato la propria gravidanza.

Questi dati ci mettono di fronte a un campione di donne che ha desiderato la propria gravidanza – questo ci sottolinea come le esperienze riportate nelle risposte alle domande successive non siano influenzate da sentimenti scaturiti da una gravidanza indesiderata.

3.1.2.2 Concepimento

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Spontaneamente	32	91,4	91,4	91,4
PMA	3	8,6	8,6	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 7 – tipo di concepimento della gravidanza delle partecipanti

La quasi totalità delle donne oggetto di studio hanno affermato di aver avuto una gravidanza insorta spontaneamente (32 donne, 91,4%) mentre 3 donne (8,6%) hanno fatto ricorso a tecniche di PMA per il concepimento.

3.1.2.3 Numero di figli

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	5	14,3	14,3	14,3
Si	30	85,7	85,7	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 8 – numero di figli delle donne partecipanti

Dall’analisi delle risposte al questionario emerge come la maggioranza delle donne (30 donne, 85,7%) abbia un solo figlio o sia in attesa del primo figlio. Solo 5 donne (14,3%) hanno affermato di avere più di un figlio.

Questi dati ulteriori sottolineano ancora una volta come la maggior parte delle donne oggetto di studio si sia confrontata per la prima volta con l’esperienza della maternità e, in particolare, con il rooming in.

3.1.2.4 Frequenza dei corsi di accompagnamento alla nascita

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	3	8,6	8,6	8,6
Si	32	91,4	91,4	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 9 – frequenza dei corsi di accompagnamento alla nascita

Quasi tutte le donne partecipanti allo studio (32 donne, 91,4%) hanno frequentato o hanno avuto in programma di partecipare ai CAN, corsi di accompagnamento alla nascita, durante la gravidanza presa in considerazione. Solo 3 donne (8,6%) hanno invece affermato di non aver frequentato un CAN durante la gravidanza.

Si evince come il campione oggetto di popolazione sia quindi un gruppo di donne che possono essere considerate informate riguardo alla gravidanza, al post-parto e a tutto ciò che li concerne.

3.1.2.5 Benessere esperito in gravidanza

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Benessere fisico in grav	28	2	10	7,61	2,166
Benessere psichico in grav	28	1	9	6,96	1,972
Numero di casi validi (listwise)	28				

Tab. 10 – benessere fisico e psichico in gravidanza riferito dalle donne partecipanti

Nella tabella 10 riportata sopra vengono analizzate le risposte relative al benessere fisico e psichico delle donne partecipanti durante la gravidanza. Le partecipanti hanno potuto esprimere le loro risposte tramite una scala likert con punteggi da 1 a 10.

Per quanto riguarda il benessere fisico in gravidanza abbiamo ottenuto un punteggio medio di 7,61, mentre per quanto riguarda il benessere psichico il punteggio medio è di 6,96.

Queste analisi esprimono come il campione di donne oggetto di studio abbiano valutato il proprio benessere con punteggi che possono essere considerati buoni. Per questa ragione, sembra che le donne partecipanti che successivamente hanno condiviso la propria esperienza di rooming in siano partite da esperienze di gravidanza positive.

3.2 Esperienza e valutazione del rooming in

Nei paragrafi successivi verranno analizzate la conoscenza relativa al rooming in delle donne partecipanti allo studio e l'esperienza delle donne che, avendo già partorito, hanno avuto la possibilità di effettuare il rooming in.

3.2.1 Conoscenze sul rooming in

3.2.1.1 Conoscenza e significato del rooming in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	7	20,0	20,0	20,0
Si	28	80,0	80,0	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 11 – conoscenza del rooming in da parte delle donne partecipanti

La maggior parte delle donne che hanno risposto al questionario, 28 donne (80%), hanno affermato di essere a conoscenza del fatto che avrebbero effettuato il rooming in durante la degenza in ospedale. Invece 7 donne (20%) non sapevano che durante l'immediato pos-parto sarebbero rimaste in stanza con il loro bambino 24 ore su 24.

Si può quindi affermare che il campione di donne preso in esame sia un campione informato e consapevole sulla pratica del rooming in, e come si vedrà nei paragrafi successivi, sulla sua importanza per il bambino stesso.

3.2.1.2 Importanza del rooming in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Si	35	100,0	100,0	100,0

Tab. 12 – considerazione del rooming in come importante per il bambino da parte delle donne partecipanti

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Si	35	100,0	100,0	100,0

Tab. 13 – considerazione del rooming in come importante per l'allattamento da parte delle donne partecipanti

Come si evince dalle tabelle 12 e 13 riportate sopra, tutte le donne partecipanti allo studio hanno affermato di considerare importante il rooming in per il proprio bambino e per l'avvio dell'allattamento.

Ancora una volta, ci troviamo di fronte a un campione di donne molto consapevoli dell'importanza del rooming in per questi aspetti specifici, che sono stati descritti al primo capitolo della presente tesi.

3.2.1.3 Desiderio di scelta del rooming in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
	1	2,9	2,9	2,9
No	8	22,9	22,9	25,7
Si	26	74,3	74,3	100,0
Totale	35	100,0	100,0	

Tab. 14 – risposte delle donne partecipanti alla domanda chiusa ‘avresti voluto poter scegliere/desidereresti poter scegliere se effettuare il rooming in?’

La maggior parte delle donne partecipanti allo studio, in particolare 26 (74,3%), avrebbero voluto poter scegliere se effettuare il rooming in durante la loro degenza in ospedale. Invece, 8 donne (22,9%) hanno risposto che non avrebbero voluto avere possibilità di scelta.

Emerge come, nonostante le donne conoscano i benefici del rooming in – e coloro che lo hanno effettuato lo abbiano valutato positivamente e lo rifarebbero, come illustrato successivamente alle tabelle 17, 18 e 19, il desiderio di scelta rimanga e non dipenda da questi aspetti.

3.2.2 Donne che hanno partorito

Questo paragrafo prenderà in esame i risultati e i dati ottenuti dalle risposte alle domande rivolte alle donne che hanno già partorito e che quindi hanno fatto esperienza del rooming in. Come riportato alla tab. 1, queste donne rappresentano l'88,6% del campione totale.

In particolare verranno illustrati i risultati relativi al loro gradimento della pratica e alla sua valutazione, oltre a riportare la qualità dell'esperienza e le relative emozioni durante la degenza ospedaliera.

3.2.2.1 Sapeva che avrebbe effettuato il rooming in?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	3	9,7	9,7	9,7
Si	28	90,3	90,3	100,0
Totale	31	100,0	100,0	

Tab. 15 – risposta delle donne partecipanti che hanno già partorito alla domanda ‘sapeva che avrebbe effettuato il rooming in durante la degenza?’

Come si evince dalla tabella sopra riportata, ben 28 partecipanti allo studio (90,3%) erano a conoscenza del fatto che, una volta partorito, sarebbero rimaste insieme al loro bambino per tutta la durata della degenza. Solo 3 donne (9,7%) hanno affermato di non essere a conoscenza di questo aspetto dell'immediato post-parto.

3.2.2.2 Difficoltà durante il rooming in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	13	41,9	41,9	41,9
Si	18	58,1	58,1	100,0
Totale	31	100,0	100,0	

Tab. 16 – risposte delle donne alla domanda chiusa ‘ha avuto difficoltà durante il rooming in in ospedale?’

Dalla tabella 16 si evince come la maggioranza delle donne che hanno effettuato il rooming in, in particolare 18 (58,1%), abbia riscontrato delle difficoltà durante la degenza ospedaliera e la pratica del rooming in. 13 donne (41,9%) hanno invece affermato di non aver avuto difficoltà durante la permanenza in ospedale con il proprio bambino.

3.2.2.3 Valutazione complessiva del rooming in

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Molto negativa	1	3,2	3,2	3,2
Negativa	2	6,5	6,5	9,7
Neutra	2	6,5	6,5	16,1
Positiva	12	38,7	38,7	54,8
Molto positiva	14	45,2	45,2	100,0
Totale	31	100,0	100,0	

Tab. 17 – valutazione complessiva del rooming in da parte delle donne tramite una scala likert di gradimento con punteggi che vanno da 1 (molto negativa) a 5 (molto positiva)

Come si evince dai dati riportati in tabella, la grande maggioranza delle donne valuta positivamente la propria esperienza del rooming in, con 12 donne (38,7%) che la considerano positivamente e 14 donne (45,2%) molto positivamente. 2 donne (6,5%) considerano la propria esperienza né positiva né negativa. Invece, 3 donne hanno affermato come la loro esperienza sia stata per lo più negativa: in particolare 2 donne (6,5%) valutano l'esperienza come negativa e 1 (3,2%) molto negativa.

3.2.2.4 Valutazione media del rooming in

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
	31	1	5	4,16	1,036
Numero di casi validi (listwise)	31				

Tab. 18 – punteggi medi ottenuti dalla valutazione delle donne riguardo l'esperienza del rooming in

Dai punteggi ottenuti tramite la scala likert illustrati alla tabella 17, si è ottenuto un punteggio medio di gradimento del rooming in da parte delle donne partecipanti allo studio. Il punteggio medio risulta 4,16 – quindi, viene sottolineato ulteriormente come l'esperienza complessiva delle donne oggetto di studio sia da considerarsi come positiva.

3.2.2.5 Ripeterebbe il rooming in?

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
No	1	3,2	3,2	3,2
Si	30	96,8	96,8	100,0
Totale	31	100,0	100,0	

Tab. 19 – risposte ottenute alla domanda chiusa 'ripeterebbe l'esperienza del rooming in?'

Alla domanda chiusa 'ripeterebbe l'esperienza del rooming in?', la quasi totalità delle donne (31 donne, 96,8%) hanno risposto affermativamente mentre solo 1 donna (3,2%) ha risposto che non vorrebbe ripetere l'esperienza.

Emerge come, nonostante la maggior parte delle donne abbiano esperito delle difficoltà durante la degenza, la grande maggioranza delle stesse ripeterebbe l'esperienza stessa.

3.2.2.6 Domande aperte del questionario

3.2.2.6.1 Difficoltà specifiche durante il rooming in

	Frequenza	Percentuale
	12	38,7
Abituarsi ad altre mamme/bambini	1	3,2
Assistenza superficiale e sgarbata	1	3,2
Di notte avevo bisogno di dormire, mi si chiudevano gli occhi, ma la bimba voleva stare solo addosso a me. Avevo paura di schiacciarla o che cadesse dal mio letto. Nessuno poteva rimanere ad aiutarmi di notte per regole dell'ospedale (post-covid). Se a ora dei pasti mi capitava di allattare, c'era poca tolleranza con i tempi e non sempre riuscivo a mangiare tutto, oppure dovevo mangiare in fretta e furia con la bimba che piangeva in braccio	1	3,2
Difficoltà a riposare dopo il parto	1	3,2
Difficoltà i primi giorni ad attaccare il bambino al seno	1	3,2
Difficoltà nel muoversi	1	3,2
Dopo un cesareo in urgenza avrei avuto bisogno di un po' di riposo e maggiore assistenza	1	3,2
È tutto nuovo all'inizio nella gestione del bimbo, però con aiuto e consiglia si riesce a fare tutto	1	3,2
Era il periodo covid e io ero positiva, le ostetriche entravano raramente nella stanza e l'inizio allattamento è stato gestito quasi nella totalità da me	1	3,2
Essendo la prima esperienza temevo di non essere all'altezza di eventuali complicazioni(rigurgiti, muchi, movimenti strani ecc) ero inoltre molto stanca e provata per via del parto quindi era per me molto complicato alzarmi dal letto, camminare e cullare la bambina, non dormivo da due notti quindi avevo anche molta paura di addormentarmi e non sentirla se fosse successo qualcosa. Ma penso che tutto questo non sia un disagio causato dal rooming in ma dal fatto che (dopo il covid) non facciano rimanere nessun parente vicino che possa aiutarti in un momento così delicato.	1	3,2
Il fatto di essere sola la maggior parte del tempo	1	3,2
La difficoltà maggiore è stata la solitudine: il mio compagno poteva essere presente solo 2 ore al giorno e non sapevo come gestire il bambino mentre ero molto affaticata fisicamente. Ho avuto un ricovero di 6 giorni per cui molto lungo, catetere, fototerapia per il bambino. Non riuscivo ad alzarmi per prendere il bambino che piangeva nella culla, non sapevo come cambiarlo, ero molto confusa e dolorante fisicamente.	1	3,2
La mancanza di sonno, l'impossibilità di far dormire mia figlia nella culletta (e dunque confrontarmi per la prima volta e inaspettatamente con il bedsharing, essendo alla prima esperienza di maternità e molto stanca), l'essere sola	1	3,2
La presenza di più mamme nella stessa stanza non è facilissima (piangono a turno, hai paura di svegliare gli altri, poi gli altri svegliano te) Qualche visitatore di altre mamme sempre presente anche quando avresti voluto stare sola	1	3,2
Non essere in grado di soddisfare le esigenze di mio figlio, essendo impossibilitata fisicamente	1	3,2

Non sempre è stata semplice alzarsi la notte per prendere il bambino dalla culla essendo sola senza il mio compagno, poiché dolorante a causa dei punti	1	3,2
Occuparsi da soli noi genitori del neonato non avendo idea di cosa fare e non poter recuperare le forze dopo il parto dormendo	1	3,2
Purtroppo non è dipeso da noi, ma la mia compagna di stanza durante la notte ha avuto difficoltà a calmare il bambino quindi non sono riuscita a dormire quasi nulla le due notti che ho passato in ospedale, mentre il mio bimbo dormiva mi sono offerta di darle una mano	1	3,2
Unica difficoltà la mancanza di sonno poiché impaurita dal non sentire la bimba se fossi crollata	1	3,2
Totale	31	100,0

Tab. 20 – risposte aperte delle donne partecipanti alla domanda ‘se hai avuto difficoltà durante il rooming in, quali sono state?’

La tabella riportata sopra elenca le occorrenze e le frequenze delle risposte ottenute alla domanda aperta riguardante le difficoltà specifiche delle donne durante l’esperienza del rooming in.

Si evince come molte difficoltà siano state dovute alla permanenza in stanza con altre mamme o bambini, a difficoltà di tipo pratico ma soprattutto alla mancanza di riposo e alla paura legata alla nuova esperienza. Inoltre, diverse donne riportano sentimenti di solitudine e di paura, oltre a segnalare scarso supporto durante la degenza.

3.2.2.6.2 Emozioni provate durante il rooming in

	Frequenza	Percentuale
Abbastanza tranquilla, avere con me la bimba mi ha rassicurato	1	3,2
Amore Adrenalina Paura di non riuscire Novità Affetto	1	3,2
Avrei voluto avere qualche ora per riposare con qualcuno che vegliava sul bimbo	1	3,2
Benessere, serenità, tranquillità	1	3,2
Connessa alla mia bimba, tranquilla perché era con me, in una bolla dove imparavamo a conoscerci. Ma anche stanca e affaticata e impaurita all’idea di “sbagliare” qualcosa	1	3,2
Ero molto contenta di avere il mio bambino con me, mi ha dato molta tranquillità averlo vicino, mi ha permesso di avviare bene l’allattamento che per me era molto importante	1	3,2
Ero particolarmente tranquilla, ma senza un aiuto h24 (mamma/compagno/marito.. ecc ecc) penso sia insostenibile.	1	3,2
Ero tranquilla perché lo avevo con me sempre	1	3,2
Essendo positiva al covid mi sono sentita molto sola	1	3,2
Felicità, emozione	1	3,2
Felicità, estasiata, impaurita	1	3,2
Generalmente bene, anche se avrei gradito più aiuto nei momenti di spossatezza.	1	3,2
Gioia	1	3,2
Gioia Ansia Paura di non essere all’altezza	1	3,2

Gioia, tranquillità	1	3,2
Gratitudine, spaesamento, fiducia nel mio istinto	1	3,2
Impotente, felice	1	3,2
Mi sono sentita inadatta e sola. Ansia	1	3,2
Molto tranquilla	1	3,2
Molto tranquilla perché avevo il mio bambino vicino a me	1	3,2
Non sapevo bene cosa fare, ero dolorante e mi sentivo abbandonata mentre il bambino piangeva e tutte le altre madri sembrava riuscissero a prendersi cura dei piccoli. Io faticavo ad alzarmi, faticavo a muovermi, sono andata di notte nella nursery perché avevo bisogno di piangere in preda alla frustrazione.	1	3,2
Nonostante le difficoltà nel muovermi e il malessere fisico, poter avere sempre vicino mia figlia è stato molto piacevole	1	3,2
Paura, felicità, inadeguatezza, tenerezza	1	3,2
Rassicurata dal poter avere sempre mia figlia vicina ma anche molto stanca perché piangeva tutta la notte e non sapevo come calmarla. Inoltre il suo pianto disturbava la compagna di stanza e questo mi dispiaceva. La estrema stanchezza e gli ormoni mi hanno causato molte crisi di pianto.	1	3,2
Sicurezza, serenità, felicità nel potermi dedicare al mio bambino completamente e supporto	1	3,2
Stanca e poco supportata, di conseguenza molto ansiosa e "impaurita"	1	3,2
Subito è stata una bella esperienza. Poi però, hanno dovuto ricoverare la mia bimba il mattino seguente, per delle problematiche. Lì mi sono sentita strappare via parte di me	1	3,2
Tanta gioia di avere finalmente mia figlia con me e vicina a me, Tanta stanchezza A volte sola con mia figlia	1	3,2
Timore di far male alla neonata tenendola vicino a me nel letto, curiosità	1	3,2
Tranquillità gioia	1	3,2
Un po' spaesata, anche se felice di stare sempre a contatto con la mia bambina mi sono sentita un po' sola e in certi momenti come la notte in difficoltà.	1	3,2
Totale	31	100,0

Tab. 21 – risposte alla domanda aperta 'quali emozioni hai provate durante la degenza in ospedale?'

La tabella riporta l'occorrenza e la frequenza delle risposte delle partecipanti alla domanda aperta riguardante le emozioni provate durante l'esperienza del rooming in. Da queste risposte sono poi stati ottenuti dei dati sintetici riguardo alla presenza di paura e timore nelle risposte date dalle donne.

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
0 – no paura	22	71,0	71,0	71,0
1 – si paura	9	29,0	29,0	100,0
Totale	31	100,0	100,0	

Tab. 22 – dati sintetici riguardo alla presenza di emozioni quali paura o timore nelle risposte alla domanda aperta di cui a tab. 21

Si evince come 9 donne (29,0%) abbiano espresso emozioni prevalenti quali paura o timore nelle risposte aperte alla domanda specifica.

Questo dato assumerà un'importanza fondamentale se correlato alle variabili psicologiche delle donne partecipanti al questionario e che verranno analizzate al paragrafo 3.3.

3.2.2.6.3 Supporto percepito durante il rooming in

	Frequenza	Percentuale
Abbastanza	2	6,5
Assolutamente no	1	3,2
Assolutamente sì	2	6,5
Assolutamente sì, ostetriche molto disponibili	1	3,2
Assolutamente sì. Ostetriche super	1	3,2
Dal personale no	1	3,2
Decisamente sì	1	3,2
Il reparto era molto affollato e il personale veniva spesso a controllare, ma era appunto un controllare non qualcuno che mi chiedesse come stai, di cosa hai bisogno, quali difficoltà hai. Sicuramente su questo ha influito il fatto che fossi sola col bambino 22 ore su 24 e una degenza più lunga del normale, probabilmente se avessi avuto il sostegno del mio compagno avrei trovato abbastanza adeguato il supporto in Rooming in.	1	3,2
Le ostetriche sono state molto disponibili ma comunque non sono con te h24, anche solo per riposare un po'.	1	3,2
Nel mio caso ho avuto poco supporto, spesso ero anche troppo stanca per richiederlo.	1	3,2
No	3	9,7
No, penso che le donne vengano lasciate un po' troppo abbandonate alle loro emozioni in quanto tutto nuovo ci sarebbe bisogno di più sostegno	1	3,2
No. Ho chiesto supporto ai miei familiari	1	3,2
Non sempre	1	3,2
Poco supporto, nonostante personale sanitario che entrava continuamente ad ogni ora del giorno e della notte.	1	3,2
Sì	6	19,4
Sì sarebbe potuto fare di più per quanto riguarda sostegno e presenza	1	3,2
Sì, da parte di tutto il personale medico e del mio compagno	1	3,2
Sì, le mie ostetriche e la famiglia mi hanno molto supportato	1	3,2
Sì, le ostetriche erano professionali e molto disponibili.	1	3,2
Sì, ma non è servito chiedere troppo supporto	1	3,2
Supporto competente, ma non abbastanza frequente. Capisco che in ospedale ci siano tante esigenze, però si tratta di giorni molto impegnativi per una neomamma	1	3,2
Totale	31	100,0

Tab. 23 – risposte delle partecipanti alla domanda aperta riguardante il supporto percepito durante la degenza con il rooming in

La tabella 23 illustra le occorrenze e le frequenze delle risposte date dalle donne partecipanti alla domanda riguardante il supporto da parte del personale ospedaliero durante la degenza in ospedale. A partire dalle risposte sono stati estrapolati dati sintetici riportati alla tabella 24.

Si evince come il supporto sia giudicato negativo o prevalentemente negativo da circa metà delle donne, mentre l'altra metà delle partecipanti valuta il supporto prevalentemente positivo o positivo.

	Frequenza
GIUDIZIO FORNITO	
Negativo	10
Prevalentemente negativo	3
Neutro	2
Prevalentemente positivo	1
Positivo	15
Totale	31

Tab. 24 – dati sintetici riguardo al supporto percepito dalle donne durante la degenza con il rooming in

3.3 Variabili psicologiche e loro effetto sulla gravidanza e sul rooming in

Nei paragrafi seguenti verranno analizzati i dati relativi ai questionari di self-report specifici per le variabili psicologiche, già illustrati al paragrafo 2.1.2.1. In particolare, si cercherà di correlare gli aspetti riguardanti le variabili psicologiche con il vissuto riferito dalle donne oggetto di studio riguardo alla gravidanza e al rooming in.

3.3.1 Medie e deviazioni standard nelle diverse sotto-scale dei questionari utilizzati

	Media	Deviazione std.	N
BFQ_ESTR	2,9310	,51190	35
BFQ_COSC	3,7976	,57141	35
BFQ_STAEM	3,0810	,74986	35
BFQ_AMIC	2,9190	,74986	35
BFQ_APERT	3,4833	,56801	35
BFQ-NEVR	3,6095	,48624	35
STAI_ANSIA TRATTO	44,2857	10,02518	35
CISS_COMPITO	59,0571	8,78817	35
CISS_EMOZ	44,6286	12,30754	35
CISS_EVIT	45,0286	10,71416	35
CISS_DISTRAZ	20,6571	6,76036	35

CISS_DISTRSOC	16,3429	4,18641	35
ASQ_SICUR	31,3429	4,86852	35
ASQ_DISINTIM	38,6000	7,25259	35
ASQ_SECRELAZ	14,9429	4,87456	35
ASQ_BISAPPR	21,4857	5,85798	35
ASQ_PREOREL	27,6286	5,89659	35

Tab. 25 – risultati relativi ai quattro questionari di self-report

La tabella soprastante illustra le medie e le deviazioni standard per le diverse sottoscale dei questionari utilizzati per il questionario complessivo.

In particolare si osservano le sei sottoscale del questionario BFQ:

- **BFQ_ESTR**: estroversione;
- **BFQ_COSC**: coscenziosità;
- **BFQ_STAEM**: stabilità emotiva;
- **BFQ_AMIC**: amicalità;
- **BFQ_APERT**: apertura mentale;
- **BFQ_NEVRT**: nevroticismo.

Viene poi riportato il risultato del questionario **STAI** relativo all'ansia di tratto.

Successivamente sono illustrati i dati relativi al questionario CISS, che analizzando lo stile di coping individua:

- **CISS_COMPITO**: coping orientato al compito;
- **CISS_EMOZ**: coping orientato alle emozioni;
- **CISS_EVIT**: coping orientato all'evitamento;
 - **CISS_DISTRAZ**: coping orientato alla distrazione;
 - **CISS_DISTRSOC**: coping orientato alla distrazione sociale.

Infine, vengono riportati i risultati del questionario ASQ, che differenzia i differenti stili di attaccamento:

- **ASQ_SICUR**: attaccamento sicuro;
- **ASQ_DISINTIM**: disagio per l'intimità;
- **ASQ_SECRELAZ**: secondarietà per le relazioni;
- **ASQ_BISAPPR**: bisogno di approvazione;
- **ASQ_PREOREL**: preoccupazione per le relazioni.

Le sotto-scale specifiche e il loro significato sono state descritte nel dettaglio al paragrafo 2.1.2.1.

3.3.2 Analisi della varianza multivariata: confronto tra donne che riportano paura con donne che non la riportano

Statistiche descrittive

	PRESENZA_PAURA	Medio	Deviazione std.	N
BFQ_ESTR	0	3,0871	,53296	22
	1	2,6667	,27003	9
	Totale	2,9651	,50588	31
BFQ_COSC	0	3,8826	,58115	22
	1	3,4722	,47140	9
	Totale	3,7634	,57578	31
BFQ_STAEM	0	2,8674	,74254	22
	1	2,8889	,87896	9
	Totale	2,8737	,76946	31
BFQ_AMIC	0	3,7273	,45729	22
	1	3,3426	,47588	9
	Totale	3,6156	,48814	31
BFQ_APERT	0	3,5417	,54357	22
	1	3,3889	,60953	9
	Totale	3,4973	,55756	31
BFQ-NEVR	0	3,1326	,74254	22
	1	3,1111	,87896	9
	Totale	3,1263	,76946	31
STAI_ANSIA TRATTO	0	43,1818	9,13724	22
	1	46,6667	11,36882	9
	Totale	44,1935	9,77214	31
CISS_COMPITO	0	60,8636	9,49333	22
	1	55,1111	7,60665	9
	Totale	59,1935	9,24993	31
CISS_EMOZ	0	43,7273	11,03320	22
	1	47,8889	14,97869	9
	Totale	44,9355	12,19545	31
CISS_EVIT	0	45,4545	8,00433	22
	1	47,0000	14,01785	9
	Totale	45,9032	9,88721	31
CISS_DISTRAZ	0	20,9091	5,83021	22
	1	21,2222	8,78604	9
	Totale	21,0000	6,66333	31
CISS_DISTRSO C	0	16,8182	3,24604	22
	1	16,8889	5,39547	9
	Totale	16,8387	3,89099	31
ASQ_SICUR	0	32,7727	4,51381	22
	1	28,2222	5,16667	9
	Totale	31,4516	5,07831	31
ASQ_DISINTIM	0	37,1364	8,04331	22
	1	41,5556	5,74698	9
	Totale	38,4194	7,63227	31
ASQ_SECRELA Z	0	13,7273	3,38318	22
	1	14,0000	4,06202	9

	Totale	13,8065	3,52533	31
ASQ_BISAPPR	0	20,1364	5,33894	22
	1	22,6667	6,81909	9
	Totale	20,8710	5,80656	31
ASQ_PREOREL	0	26,8182	5,12358	22
	1	28,2222	8,15135	9
	Totale	27,2258	6,04268	31

Tab. 26 - Analisi della varianza multivariata: confronto tra donne che riportano paura con donne che non la riportano

Nell'analisi statistica riportata nella tabella 25 vengono messi a confronto i due sottogruppi di donne identificate dalla presenza o meno di paura/timore durante il rooming in come illustrato alla tabella 22.

In particolare, le 22 donne che non presentano paura sono confrontate con le 9 donne che denunciano di aver provato questa emozione durante i due giorni di degenza post-partum in ogni variabile psicologica analizzate dalle scale di self-report. Dal confronto emerge come le 9 donne che dicono di aver provato paura tra le emozioni dominanti presentano, come riportato nella tabella seguente (tab.26), *minor grado di sicurezza* (sottoscala ASQ, $F_{(1,29)} = 5.98$; $p = .021$), *minor estroversione* (sottoscala BFQ, $F_{(1,29)} = 5.00$; $p = .033$) e *minor amicalità* (sottoscala BFQ, $F_{(1,29)} = 4.42$; $p = .044$). Quindi, i dati ottenuti esprimono come questo risultato sia significativo: le donne che hanno provato emozioni di paura e timore sono simili tra loro e queste emozioni derivano dai loro specifici tratti psicologici, individuati tramite i questionari di self-report.

Test di effetti tra i soggetti

Origine	Variabile dipendente	Somma dei quadrati di tipo III	df	Media quadratica	F	Sig.
Modello corretto	BFQ_ESTR	1,129 ^a	1	1,129	5,000	,033
	BFQ_COSC	1,076 ^b	1	1,076	3,516	,071
	BFQ_STAEM	,003 ^c	1	,003	,005	,945
	BFQ_AMIC	,945 ^d	1	,945	4,419	,044
	BFQ_APERT	,149 ^e	1	,149	,471	,498
	BFQ-NEVR	,003 ^f	1	,003	,005	,945
	STAI_ANSIA TRATTO	77,566 ^g	1	77,566	,807	,376
	CISS_COMPITO	211,359 ^h	1	211,359	2,602	,118
	CISS_EMOZ	110,618 ⁱ	1	110,618	,737	,398
	CISS_EVIT	15,255 ^j	1	15,255	,152	,700
	CISS_DISTRAZ	,626 ^k	1	,626	,014	,908
	CISS_DISTRSOC	,032 ^l	1	,032	,002	,964
	ASQ_SICUR	132,258 ^m	1	132,258	5,980	,021
	ASQ_DISINTIM	124,735 ⁿ	1	124,735	2,229	,146
	ASQ_SECRELAZ	,475 ^o	1	,475	,037	,849
	ASQ_BISAPPR	40,893 ^p	1	40,893	1,222	,278

	ASQ_PREOREL	12,591 ^a	1	12,591	,337	,566
Errore	BFQ_ESTR	6,548	29	,226		
	BFQ_COSC	8,870	29	,306		
	BFQ_STAEM	17,759	29	,612		
	BFQ_AMIC	6,203	29	,214		
	BFQ_APERT	9,177	29	,316		
	BFQ-NEVR	17,759	29	,612		
	STAI_ANSIA TRATTO	2787,273	29	96,113		
	CISS_COMPITO	2355,480	29	81,223		
	CISS_EMOZ	4351,253	29	150,043		
	CISS_EVIT	2917,455	29	100,602		
	CISS_DISTRAZ	1331,374	29	45,909		
	CISS_DISTRSOC	454,162	29	15,661		
	ASQ_SICUR	641,419	29	22,118		
	ASQ_DISINTIM	1622,813	29	55,959		
	ASQ_SECRELAZ	372,364	29	12,840		
	ASQ_BISAPPR	970,591	29	33,469		
	ASQ_PREOREL	1082,828	29	37,339		

Tab. 27 – test di effetti tra i vari soggetti partecipanti allo studio

3.3.3 Analisi correlazionali

Dal momento che, come ipotizzato nelle fasi di progettazione della presente ricerca, lo stile di attaccamento sicuro è risultato essere significativamente incidente sulla qualità dell'esperienza del rooming in, per meglio esplorare i tratti psicologici connessi allo stile di attaccamento sicuro e insicuro e il loro effetto sul benessere della diade madre-bambino sono state condotte due ulteriori analisi di correlazione.

3.3.3.1 Correlazione tra stili di attaccamento e altri tratti psicologici

Da questa analisi correlazionale, riportata di seguito e illustrata nella tabella 27, si conferma come le tre modalità di attaccamento siano relate a differenti tratti di personalità, livelli di ansia e stili di coping.

In particolare, la *sicurezza* correla positivamente con *estroversione* (r di Pearson = .444; p= .007) e con *amicalità* (r di Pearson = .670; p<.001), mentre correla negativamente con *ansia di tratto* (r di Pearson = -.342; p= .044) e *coping emozionale* (r di Pearson = -.492; p= .003).

Invece, si evidenzia come il *disagio per l'intimità* sia correlata negativamente con *amicalità* (r di Pearson = -.635; p<.001) e la *secondarietà per le relazioni* sia correlata negativamente con l'apertura mentale (r di Pearson = -.334; p =.050).

Inoltre, il *bisogno di approvazione* correla positivamente con l'ansia di tratto (r di Pearson =.590; p<.0001) e con uno stile di coping orientato alle emozioni (r di Pearson

=.501; $p = .002$), mentre è correlata negativamente con l'apertura mentale (r di Pearson = -.396; $p = .019$) e con il coping orientato al compito (r di Pearson = .399; $p = .017$).

Infine, la *preoccupazione per le relazioni* correla positivamente con il nevroticismo (r di Pearson = .440; $p = .008$), con l'ansia di tratto (r di Pearson = .542; $p = .001$) e con il coping orientato alle emozioni, mentre correla negativamente con la stabilità emotiva (r di Pearson = -.440; $p = .008$).

Da questi dati di correlazione emerge come avere un attaccamento sicuro o insicuro porti con sé alcuni tratti di personalità ben specifici, che avranno un loro peso nel modo in cui le donne vivranno l'esperienza della maternità, dalla gravidanza fino al post-parto.

	BFQ-STAI_ANSIA												
	BFQ_ESTR	BFQ_COSCBFQ	BFQ_STAEM	BFQ_AMIC	BFQ_APERT	NEVR	TRATTO	CISS_COMPITO	CISS_EMOZ	CISS_EVIT	CISS_DISTRAZ	CISS_DISTR	SOC
ASQ_SICUR	,444	,176	,182	,670	,069	-,182	-,342	,173	-,492	,111	,156	-,010	
	,007	,311	,294	,000	,692	,294	,044	,321	,003	,526	,369	,953	
	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
ASQ_DISINTIM	-,144	-,117	-,043	-,635	-,017	,043	,054	,141	,288	-,021	,031	-,163	
	,410	,503	,808	,000	,925	,808	,757	,420	,093	,903	,861	,350	
	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
ASQ_SECRELAZ	-,163	-,108	,122	-,175	-,334	-,122	,144	,060	,125	-,012	,089	-,258	
	,350	,536	,485	,314	,050	,485	,411	,733	,474	,946	,613	,134	
	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
ASQ_BISAPPR	-,364	-,211	-,133	-,061	-,396	,133	,590	-,399	,501	,050	,010	,111	
	,031	,224	,448	,730	,019	,448	,000	,017	,002	,774	,957	,527	
	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	
ASQ_PREOREL	-,095	,048	-,440	,031	-,270	,440	,542	-,072	,520	,133	-,058	,332	
	,588	,783	,008	,860	,116	,008	,001	,680	,001	,445	,741	,052	
	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	

Tab. 28 – correlazione tra stili di attaccamento e altri tratti psicologici

3.3.3.2 Correlazione tra benessere in gravidanza e tratti psicologici

		BENESSERE FISICO GRAV	BENESSERE PSICHICO GRAV
BFQ_ESTR	Correlazione di Pearson	,081	-,254
	Sign. (a due code)	,681	,193
	N	28	28
BFQ_COSC	Correlazione di Pearson	,111	-,116
	Sign. (a due code)	,573	,556
	N	28	28
BFQ_STAEM	Correlazione di Pearson	,023	,371
	Sign. (a due code)	,908	,052
	N	28	28
BFQ_AMIC	Correlazione di Pearson	-,187	,036
	Sign. (a due code)	,341	,856
	N	28	28
BFQ_APERT	Correlazione di Pearson	-,007	,244
	Sign. (a due code)	,971	,212
	N	28	28
BFQ-NEVR	Correlazione di Pearson	-,023	-,371
	Sign. (a due code)	,908	,052
	N	28	28
STAI_ANSIA TRATTO	Correlazione di Pearson	,002	-,135
	Sign. (a due code)	,993	,492
	N	28	28
CISS_COMPITO	Correlazione di Pearson	-,231	-,373
	Sign. (a due code)	,236	,050
	N	28	28
CISS_EMOZ	Correlazione di Pearson	-,094	-,195
	Sign. (a due code)	,633	,321
	N	28	28
CISS_EVIT	Correlazione di Pearson	,179	-,206
	Sign. (a due code)	,361	,293
	N	28	28
CISS_DISTRAZ	Correlazione di Pearson	,095	-,319
	Sign. (a due code)	,632	,099
	N	28	28
CISS_DISTRSOC	Correlazione di Pearson	,108	-,055
	Sign. (a due code)	,586	,783

	N	28	28
ASQ_SICUR	Correlazione di Pearson	-,249	,008
	Sign. (a due code)	,202	,969
	N	28	28
ASQ_DISINTIM	Correlazione di Pearson	,264	-,106
	Sign. (a due code)	,175	,593
	N	28	28
ASQ_SECRELAZ	Correlazione di Pearson	-,155	-,239
	Sign. (a due code)	,431	,221
	N	28	28
ASQ_BISAPPR	Correlazione di Pearson	,111	-,072
	Sign. (a due code)	,575	,714
	N	28	28
ASQ_PREOREL	Correlazione di Pearson	-,014	-,216
	Sign. (a due code)	,946	,270
	N	28	28

Tab. 29 – correlazione tra i risultati dei questionari sui tratti psicologici e il benessere psicologico esperito in gravidanza

La seconda analisi correlazionale condotta sui fattori psicologici oggetto della ricerca ci mostra come anche il benessere esperito in gravidanza sia collegato a fattori di personalità e modalità di coping.

In particolare, il *benessere psicologico* correla positivamente con la *stabilità emotiva* (r di Pearson =.371; p =.052) e negativamente con *nevroticismo* (r di Pearson =-.371; p =.052) e *coping orientato al compito* (r di Pearson =-.373; p =.050).

Nel capitolo seguente verranno interpretati i dati ottenuti dal presente progetto di ricerca, oltre a discutere le implicazioni assistenziali dei dati stessi.

4 Capitolo 4: discussione e interpretazione dei risultati

In questo capitolo verranno discussi e interpretati i risultati ottenuti dal presente progetto di ricerca, oltre a discutere le possibili implicazioni assistenziali di tali risultati.

Come già espresso al capitolo 1, l'obiettivo principale dello studio intrapreso per il progetto di tesi era quello di comprendere come i tratti psicologici individuali delle donne potessero influenzare l'esperienza del rooming in – pratica che si effettua nell'immediato post-parto e che prevede la permanenza nella stessa stanza di madre e bambino per tutta la durata della degenza in ospedale – e più in generale della gravidanza, con la speranza di cogliere implicazioni che potessero essere di aiuto nella pratica assistenziale e nel sostegno alle donne da parte del personale sanitario, in particolare quello ostetrico.

Per raggiungere tale obiettivo è stato diffuso e somministrato un questionario digitale che le donne hanno potuto compilare su base volontaria. Le donne partecipanti potevano essere in gravidanza al momento della compilazione o aver partorito successivamente al 2021. Il questionario è stato composto da scale di self-report validate per indagare i tratti psicologici e le personalità delle donne partecipanti, e da domande ad hoc, volte ad indagare l'esperienza delle donne con il rooming in e le loro aspettative su tale pratica.

La procedura dettagliata è stata illustrata al capitolo 2 della presente tesi, mentre il questionario finale può essere visionato all'allegato 1 in appendice.

Come illustrato al paragrafo 3.1, il questionario ha raggiunto un campione di 35 donne con un'età media di circa 33 anni e di cui solo 4 hanno dichiarato di essere in gravidanza al momento della compilazione. Questo dato ha portato a concentrare la ricerca sui risultati ottenuti dal campione delle donne già madri e sulla loro esperienza del rooming in. Oltre che per questo aspetto, il campione si è rivelato piuttosto omogeneo anche per altri quali l'alto livello di istruzione, l'ottima conoscenza pregressa della pratica del rooming in, oltre al vissuto positivo della gravidanza e il numero di figli.

4.1 Limiti e punti di forza della ricerca

4.1.1 Limiti della ricerca

Il primo limite significativo che può essere individuato è la selezione del campione oggetto della presente ricerca. Infatti, l'adesione per il presente progetto di ricerca è avvenuta su base volontaria tramite la diffusione del questionario su piattaforme online. Questo ha fatto sì che si ottenesse un numero limitato di adesioni con conseguente numerosità limitata del campione - la coorte di donne partecipanti si è composta di sole 35 donne. Questo dato non può quindi essere considerato numericamente sufficiente a rappresentare la popolazione generale.

Inoltre, il reclutamento su base volontaria non ha dato la possibilità di selezionare una coorte specifica di individui, oltre a rendere impossibile qualsivoglia randomizzazione della scelta del campione stesso. In più, non è stato possibile selezionare le donne sulla base della loro condizione al momento della compilazione – in gravidanza o già madri – e questo ha portato ad ottenere solo 4 risposte da parte di donne in gravidanza. Lo studio si è quindi concentrato sulle donne già madri, dovendo tralasciare gli aspetti che miravano ad analizzare le aspettative delle donne in gravidanza a causa del numero troppo esiguo di questionari ottenuti. In più, non siamo a conoscenza delle motivazioni che hanno spinto le donne ad aderire al progetto e a compilare il questionario, costituendo un bias per lo studio stesso.

Questi aspetti hanno portato ad ottenere un campione piuttosto omogeneo al suo interno, con caratteristiche molto simili tra le donne partecipanti.

Come illustrato al paragrafo 3.1, la maggioranza delle donne appartiene a una fetta di popolazione maggiormente istruita rispetto alla media generale (tab. 3) oltre ad essersi dimostrate molto consapevoli per quanto riguarda la conoscenza del rooming in e in particolare dei suoi benefici per l'allattamento e per il bambino ⁽¹⁾, forse grazie alla frequenza dei CAN, che la grande maggioranza delle donne ha frequentato (tab. 9).

Un'altra caratteristica che accomuna la quasi totalità delle donne è la composizione del nucleo familiare (tab. 5) e il numero di figli (tab. 8): infatti la gran parte delle donne che hanno composto la popolazione oggetto di studio ha un solo figlio e si è quindi trovata per la prima volta a fare esperienza della maternità e quindi del rooming in. Inoltre, la quasi totalità delle donne ha avuto un concepimento spontaneo della

gravidanza (tab. 7), impedendo quindi di poter correlare il vissuto della ricerca difficoltosa di una gravidanza e della PMA con vissuti particolari relativi al rooming in e al post-parto. Oltre a ciò, la maggioranza delle donne ha riferito un'esperienza della gravidanza (tab. 10) e del rooming in (tab. 17-18) per lo più positive.

Si può quindi affermare di essere di fronte a un campione che si è fortemente (auto)selezionato, molto coeso per caratteristiche sociodemografiche e per storia clinica legata alla gravidanza. Tale campione, che possiede dunque una scarsa rappresentatività generale, possiede tuttavia alcune caratteristiche che rendono la presente indagine dotata di una certa rilevanza: se le donne partecipanti presentano di fatto la miglior situazione di partenza in cui applicare il rooming in, le eventuali criticità emerse in relazione a questa pratica sono a maggior ragione informative di quelli che possono essere i punti di debolezza assistenziali e le aree di doveroso miglioramento.

4.1.2 Punti di forza

Se è vero che il campione non rappresentativo può essere considerato un limite del presente progetto di ricerca, vi sono tuttavia alcuni aspetti che lo rendono comunque solido.

In primis, l'utilizzo di questionari validati scientificamente da numerosi studi per l'indagine della personalità delle partecipanti - come illustrato al paragrafo 2.1.2.1. - riveste una grande importanza nel presente studio, avendo strumenti solidi su cui poggiare i dati e i risultati ottenuti in fase di analisi dei questionari stessi. Inoltre, questi strumenti vengono accompagnati da domande progettate ad hoc per l'indagine - e già in parte utilizzate in altri studi ⁽⁵⁾ - che hanno permesso alle partecipanti allo studio di poter esprimere liberamente i propri vissuti e le proprie valutazioni, fornendo uno spaccato prezioso su questi aspetti. Quindi, la combinazione di strumenti validati, accompagnata alla libertà di espressione delle donne che hanno preso parte alla ricerca ha costituito un vantaggio nel presente progetto.

Come illustrato precedentemente, il questionario si è composto di sezioni differenti che hanno esplorato aspetti relativi alla psicologia delle partecipanti, al loro vissuto relativo alla gravidanza e al post-parto, oltre ad aspetti più prettamente ostetrici. Questo approccio interdisciplinare ha sicuramente il vantaggio di ampliare lo sguardo sulla

tematica trattata e di fornire strumenti aggiuntivi utili nella pratica assistenziale. Essendo la gravidanza e il post-parto momenti molto importanti ma anche particolarmente sensibili nella vita della donna (4), questa sinergia non potrà che arricchire l'assistenza alle donne che si trovano ad affrontare queste fasi della vita.

4.2 I principali risultati

Come illustrato precedentemente, le risposte ottenute al sono state 35, di cui solo 4 sono pervenute da donne in gravidanza. Per questo motivo l'analisi dei dati e dei risultati si è concentrata principalmente sul campione di donne che invece avevano già partorito al momento della compilazione e che quindi avevano già fatto un'esperienza con il rooming in, in particolare sui loro vissuti e sulla loro valutazione dell'esperienza. Successivamente sono stati correlati questi aspetti con i tratti psicologici che sono stati messi in evidenza dai questionari di self-report.

4.2.1 Conoscenza del rooming in

La conoscenza riguardo il rooming in da parte delle donne è stata indagata tenendo presente che, quando le donne sono informate e sono a conoscenza delle motivazioni che sottostanno a certe pratiche assistenziali, questo permette alla persona di esercitare un maggiore controllo sull'esperienza e quindi avere un vissuto migliore nell'ambito dell'assistenza ostetrica (7).

A questo proposito, il campione preso in considerazione per il presente studio si è dimostrato omogeneamente informato e a conoscenza della pratica del rooming in, comprendendone i benefici per il bambino e per la sua alimentazione. Infatti, tutte le donne hanno affermato di essere a conoscenza di questi aspetti (tab. 12-13) e la maggioranza di loro sapeva che durante la degenza ospedaliera sarebbero rimaste insieme al bambino 24 ore su 24 (tab. 15). Questo dato potrebbe essere spiegato con l'alta adesione delle madri oggetto di studio ai CAN (tab. 9), volti proprio ad informare le madri riguardo alle nuove sfide che le attendono.

4.2.2 Donne già madri

4.2.2.1 Valutazione del rooming in

Per andare ad indagare l'esperienza delle donne con il rooming in sono state inserite nel questionario una serie di domande, con risposte chiuse ed aperte, volte a comprendere il vissuto della partecipante.

Dai risultati ottenuti, illustrati al 3.2.2, si evince come le donne siano state complessivamente soddisfatte dell'esperienza del rooming in. Infatti l'esperienza complessiva del rooming in viene giudicata positivamente o molto positivamente dalla maggioranza delle donne che hanno aderito al questionario (tab. 17). Inoltre, la scala likert riguardante l'esperienza del rooming in ottiene un punteggio alto, di più di 4 su 5 (tab. 18), e la quasi totalità delle donne che hanno effettuato il rooming in ripeterebbero l'esperienza (tab. 19).

Questo dato riveste particolare importanza se considerato in relazione alle difficoltà riferite dalle donne durante la degenza ospedaliera e che saranno affrontate nel prossimo paragrafo.

4.2.2.2 Difficoltà ed esperienze con il rooming in

Nonostante la coorte di donne partecipanti al progetto abbiano dichiarato di aver goduto di un discreto benessere in gravidanza, di essere a conoscenza della pratica del rooming in e dei suoi benefici, e aver valutato la pratica stessa positivamente, più della metà di loro riferisce di aver avuto difficoltà durante la degenza (tab. 16).

Analizzando le risposte alle domande aperte relative alla difficoltà esperite nell'immediato post-parto (tab. 20) emerge come queste difficoltà siano principalmente legate alla forte stanchezza, alla mancanza di sonno, alla presenza in stanza di altre persone e più in generale al setting ospedaliero. Qualche risposta sottolinea il timore nell'affrontare la nuova maternità da sola, avendo la preoccupazione di non essere all'altezza dell'accudimento del proprio bambino.

Quando viene chiesto alle partecipanti di esprimere le emozioni provate durante la degenza in ospedale (tab. 21) molte donne riportano la grande gioia di avere finalmente con sé il proprio figlio. Altre donne invece, accanto a queste emozioni positive, mettono in evidenza quelle che sono le emozioni ambivalenti tipiche del post-

parto come profonda stanchezza, insicurezza e solitudine. In particolare, abbiamo ottenuto risposte che hanno riguardato emozioni come il timore e la paura del non essere abbastanza, di non essere in grado di accudire il proprio infante (tab. 22), di non essere, utilizzando le definizioni di Winnicott, “madri sufficientemente buone/adequate”. Questo aspetto ha rivestito un’importanza fondamentale per quelli che sono stati poi i risultati definitivi del presente progetto, in particolare in relazione alle premesse dello studio stesso.

4.2.2.3 Valutazione del supporto

Al fine di indagare l’assistenza durante la degenza ospedaliera in regime di rooming in è stato incluso un quesito specifico che ha riguardato il supporto percepito dalle donne in questo momento particolare del rooming in (tab. 23).

Le partecipanti hanno espresso giudizi ambivalenti riguardo il supporto ricevuto, dividendosi sostanzialmente in due parti equivalenti – una metà delle donne ha giudicato adeguato il supporto ricevuto mentre l’altra metà del campione considerato ha riferito di non aver ricevuto abbastanza sostegno. Spesso nelle risposte delle donne si evince come non sia mancata la presenza fisica quanto il supporto emotivo in un momento tanto delicato.

4.2.3 Variabili psicologiche e loro effetto sul vissuto delle donne

I risultati ottenuti dalle sezioni relative al rooming sono stati poi messi in relazione con gli esiti dei questionari di self-report da parte delle donne partecipanti.

In particolare, in considerazione degli obiettivi del presente studio, sono state eseguite due analisi correlazionali. La prima è stata eseguita andando a confrontare i tratti di personalità delle donne che hanno affermato di avere provato sentimenti di paura e timore durante il rooming in con coloro che non le hanno citate. Successivamente si è cercato di correlare i tratti di personalità con il benessere riferito in gravidanza.

4.2.3.1 Correlazione tra esperienza e variabili psicologiche

Come evidenziato in precedenza, dalle risposte relative alle emozioni esperite dalle donne durante la degenza sono state estrapolate 9 risposte che erano caratterizzate da vissuti di timore e paura. Sono state quindi individuate le risposte di queste 9 donne ai questionari di self-report relativi alle variabili psicologiche e sono stati confrontati con i risultati delle altre donne che invece non avevano espresso questo tipo di vissuto.

Dal confronto, visionabile alle tabelle 26-27, è emerso come queste donne abbiano un minor grado di sicurezza, minor estroversione e minor amicalità. In sintesi, viene evidenziato come le donne che hanno espresso incertezza e timore in questa fase del post-parto abbiano un attaccamento di tipo insicuro. Si conferma quindi il legame tra questa variabile e il vissuto del rooming in ipotizzato nelle fasi preliminari dello studio.

Inoltre sono stati messi a confronto i risultati relativi agli stili di attaccamento con quelli riguardanti i tratti psicologici delle donne partecipanti, confermando come le tre modalità di attaccamento siano relate a differenti tratti di personalità, livelli di ansia e stili di coping (tabella 28).

Come ci si potrebbe aspettare, un attaccamento sicuro è correlato positivamente all'estroversione e all'amicalità ma non all'ansia di tratto e al coping orientato alle emozioni. Al contrario, gli attaccamenti insicuri vengono correlati positivamente all'ansia di tratto, con il coping orientato alle emozioni e con il nevroticismo, mentre sono legati negativamente all'amicalità, all'apertura mentale, alla stabilità emotiva e al coping orientato al compito.

Da queste correlazioni si conferma come un determinato stile di attaccamento venga accompagnato da una serie di caratteristiche psicologiche ben specifiche e come queste abbiano un'influenza determinante nel vissuto del rooming in.

In sostanza, le donne che hanno espresso paura e timore in fase di risposta sono quelle che presentano specifici tratti di personalità e una specifica storia relazionale (che si riflette in uno specifico stile di attaccamento), e tutte queste caratteristiche hanno condizionato inevitabilmente a loro esperienza post-partum e le primissime interazioni col bambino.

4.2.3.2 Correlazione tra variabili psicologiche e benessere esperito in gravidanza

La seconda analisi correlazionale condotta sui fattori psicologici oggetto della ricerca ha dimostrato come anche il benessere esperito in gravidanza sia collegato a fattori di personalità e modalità di coping.

Come osservabile alla tabella 29, il benessere psichico è risultato correlato positivamente e significativamente con la stabilità emotiva e negativamente con nevroticismo e coping orientato al compito.

4.3 Interpretazione dei risultati

4.3.1 Legame tra stili di attaccamento e vissuti

Come illustrato nei paragrafi precedenti, durante l'analisi dei risultati del presente studio ci siamo trovati davanti a una coorte piuttosto omogenea di partecipanti. Infatti, la maggioranza delle donne ha un livello elevato di istruzione, ha avuto una gravidanza insorta spontaneamente, ha goduto di un discreto benessere in gravidanza, è risultata informata riguardo l'oggetto dello studio e ha un solo figlio. Se la coesione rappresenta un limite per altri versi riveste un vantaggio, ossia di poter esplorare a fondo la popolazione con queste caratteristiche specifiche.

Infatti, potremmo considerare queste caratteristiche emerse dall'indagine come le migliori condizioni possibili per una donna che si accinge ad affrontare l'esperienza del rooming in e più in generale le sfide del post-parto. Si tratta di donne informate sull'importanza del rooming in e che quindi dovrebbero essere consapevoli riguardo all'esperienza; donne che non hanno pregresse esperienze negative che possano influenzare in qualche modo il proprio vissuto e che non avendo un altro figlio a casa non hanno pensieri (interferenti) riguardo a questo aspetto. Oltre a questo, la maggioranza delle donne ha segnalato di aver goduto di un discreto benessere durante la gravidanza, sia dal punto di vista psicologico che fisico, e questo riveste sicuramente una buona base di partenza per quella che ci si potrebbe aspettare come un'esperienza positiva da parte della donna.

Nonostante il riscontro di questi aspetti, più della metà delle donne che hanno partecipato allo studio hanno segnalato di aver avuto difficoltà durante la propria degenza ospedaliera in regime di rooming in. Dai dati in nostro possesso, questo dato non può quindi essere sintomo di un peggiorato malessere in gravidanza, di scarsa conoscenza o di pregressi vissuti negativi. Piuttosto, queste difficoltà – che nelle risposte le donne attribuiscono a una varietà di ragioni – sembrano derivare dalle emozioni provate durante un momento così delicato come l'immediato post-parto.

Infatti, le analisi condotte ci hanno confermato come le donne che abbiano riferito di aver provato emozioni prettamente negative, quali paura e timore di ciò che si trovavano ad affrontare durante il rooming in, avessero un tipo di attaccamento insicuro rispetto alle partecipanti che invece non avevano riportato questi vissuti.

Oltre a ciò, è stato possibile dimostrare come le donne con un attaccamento insicuro fossero tutte caratterizzate da tratti psicologici ben definiti, quali maggiore ansia di tratto, uno stile di coping improntato alle emozioni e non al compito, e minor apertura mentale e stabilità emotiva. È quindi emerso un ritratto ben definito di coloro le quali hanno provato emozioni negative e di come queste fossero direttamente e significativamente dovute al loro stile di attaccamento e ai tratti di personalità ad esso correlati.

Inoltre, il benessere che le donne hanno esperito in gravidanza è risultato dipendente dalla stabilità emotiva, mentre sembra influenzato negativamente dal coping orientato al compito e dal nevroticismo.

Abbiamo quindi potuto confermare quelle che erano le premesse dello studio oggetto della presente tesi: lo stile di attaccamento e i tratti psicologici delle donne hanno un ruolo fondamentale nel regolare i loro vissuti relativi alla gravidanza, al rooming in e più in generale al post-parto. In particolare, le donne con un attaccamento insicuro hanno una maggiore probabilità di vivere in maniera negativa, o con difficoltà, l'esperienza del dopo parto.

Ne consegue come, anche di fronte a donne che apparentemente presentano caratteristiche quali consapevolezza e istruzione, sia necessario investire e prestare attenzione a una continuità assistenziale che permetta di individuare le loro caratteristiche specifiche, tipiche della loro personalità, e di mettere in evidenza le donne che più richiedono sostegno a causa di alcune fragilità iniziali, cercando di individualizzare sempre di più l'assistenza.

4.3.2 Limiti del rooming in e valutazione dell'assistenza

Nonostante le partecipanti si siano dimostrate molto consapevoli e ben informate sui vantaggi del rooming in, oltre ad aver valutato molto positivamente l'esperienza, non hanno mancato di sottolinearne limiti, difficoltà e aspetti da migliorare. Alcune donne hanno infatti segnalato problematiche legate allo scarso riposo durante la degenza e come le stanze molto affollate non abbiano migliorato questo aspetto. Altre donne riferiscono difficoltà legate a difficoltà fisiche dovute al parto, o con l'allattamento e più in generale con la gestione di un neonato.

Soprattutto le partecipanti hanno segnalato come si siano sentite spesso sole e di come avrebbero avuto necessità di più sostegno durante la degenza, sottolineando

l'importanza fondamentale data dai familiari in mancanza di un aiuto esterno da parte del personale. Infatti, l'assistenza non viene valutata positivamente da circa la metà delle donne, le quali riferiscono una scarsa presenza e una scarsa vicinanza da parte del personale ostetrico. Ci sono altre donne invece che hanno considerato il sostegno adeguato, o più che adeguato, o hanno addirittura affermato di non averne avuto alcun bisogno.

Queste risposte così variegata e differenti possono comunque condurre nella stessa direzione - che ancora una volta ricade nell'individualizzazione dell'assistenza. Emerge molto nettamente come ogni donna abbia esigenze differenti e di come queste, ancora una volta, siano legate alle emozioni che ha provato durante l'esperienza del rooming in. Come già illustrato, questi aspetti hanno un legame diretto con la personalità della donna specifica che si trova a fare esperienza del post-parto, rendendo impossibile standardizzare l'assistenza fornita.

Inoltre, emerge la forte volontà da parte delle donne di poter esercitare maggior controllo e possibilità di scelta sull'esperienza del proprio post-parto – entrambi principi cardine affinché l'assistenza ostetrica venga percepita come efficace e sufficiente da parte delle donne ⁽⁷⁾. Il 74,3% delle donne che hanno partecipato al presente studio hanno affermato che avrebbero voluto poter scegliere se effettuare il rooming in durante la propria degenza, nonostante siano a conoscenza dei suoi vantaggi e lo rifarebbero in caso di un'altra gravidanza. Questo dato, messo in relazione con la valutazione piuttosto ambivalente dell'assistenza, mette in evidenza l'opportunità di coinvolgere maggiormente le donne nelle proprie scelte, migliorando l'assistenza percepita da parte loro.

4.4 Implicazioni assistenziali

I risultati illustrati nel presente capitolo possono essere presi in considerazione nell'assistenza e, di conseguenza, avere ricadute pratiche sulla stessa.

Innanzitutto sarebbe opportuno partire da una maggiore formazione del personale ostetrico riguardo ai temi oggetto dello studio e più in generale a ciò che concerne la psicologia, in particolare gli aspetti legati alla gravidanza e al post-parto.

Più volte è stato espresso come questo sia un momento molto importante, sensibile e anche difficoltoso per le donne che ne fanno esperienza ⁽⁴⁾. Per questo motivo il personale che si trova ad assistere le future madri e le neomamme dovrebbe possedere una formazione adeguata a sostenerle e ad accompagnarle in questo percorso. In particolare, risulterebbe utile saper individuare quei tratti di personalità o caratteristiche psicologiche che rendono una donna più facilmente a rischio di vissuti non positivi della gravidanza e del post-parto, quali ansia, insicurezza, paure e forti timori.

Una volta individuate quelle donne che necessitano di un maggiore sostegno da parte del personale, si dovrebbe tentare di fare rete e fornire loro e alle famiglie una adeguata continuità assistenziale, che tenga conto di queste loro caratteristiche. Sarebbe opportuno che l'ostetrica consultoriale – in quanto prima operatrice che viene in contatto con la donna e quella che più spesso ha occasione di avere contatti con lei - informi il personale che successivamente assisterà la donna, in modo che la futura mamma abbia esperienza di un'assistenza individualizzata ed adeguata alle sue caratteristiche intrinseche. Comunicare questi aspetti in fase di presa in carico in ospedale, ad esempio, permetterebbe al personale della struttura ospedaliera di essere a conoscenza del fatto che la donna abbia necessità di maggiore sostegno e che sarebbe opportuno fornirglielo in caso fosse necessario.

Un'altra modalità tramite cui mettere in atto questa rete assistenziale potrebbe essere il coinvolgimento dell'ostetrica che terrà il CAN: questa professionista dovrebbe essere informata dalle colleghe che seguono le gravidanze delle donne partecipanti riguardo alle caratteristiche delle stesse, in modo da poter personalizzare il corso sulla base delle loro necessità. Un ulteriore suggerimento potrebbe essere quello di raggruppare le donne in base alle loro caratteristiche psicologiche, in modo da poter concepire il

CAN proprio in base a quelle che potrebbero essere le loro richieste, i loro timori ma anche i loro punti di forza.

Emerge quindi come l'assistenza dovrà andare sempre di più verso l'individualizzazione, tenendo conto delle caratteristiche della donna che ci si trova ad assistere, in base alle sue necessità e alle sue possibili paure riguardo a questa fase delicata della propria vita. Attuare un'assistenza individualizzata permetterebbe di migliorare i vissuti della donna e quindi il suo benessere psicologico nel post-parto. Infatti, è stato dimostrato come personalizzare l'assistenza e l'esperienza del rooming in siano fattori protettivi nei confronti della depressione post-partum (23).

In quest'ottica, le ostetriche, grazie alle loro competenze sfaccettate e multidisciplinari diventerebbero ulteriormente promotrici di salute – non solo fisica ma anche psicologica.

Oltre a questo, si è messo in evidenza come le donne apprezzino particolarmente il sostegno del proprio compagno e della propria famiglia, e di come questo potrebbe essere un ulteriore passo verso un'assistenza che venga percepita come efficace ed adeguata. A questo proposito sarebbe opportuno coinvolgere sempre di più le figure di riferimento delle madri, in modo che abbiano tutto il sostegno di cui hanno bisogno e che desiderano, migliorando l'esperienza. In quest'ottica potrebbe essere utile permettere alle neomamme di avere sempre a fianco una figura significativa durante la degenza, in modo che possano riposare e avere un sostegno continuo al proprio fianco. Sostegno che non sostituirebbe quello fornito dal personale ostetrico ma che entrerebbe in sinergia con lo stesso, permettendo alla donna di fare esperienza di un sostegno a tutto tondo.

L'esperienza potrebbe progredire ulteriormente permettendo alle donne di avere maggior controllo e scelta riguardo il loro percorso, essendo maggiormente coinvolte nel processo di assistenza. In particolare, sarebbe opportuno assecondare – per quanto possibili - le richieste delle madri in fase di degenza ospedaliera, sempre tenendo in considerazione le diverse caratteristiche e necessità delle donne. Infatti, se alcune non avranno bisogno di particolare aiuto o assistenza, altre ne necessiteranno molto di più, fino ad aver bisogno di una pausa rispetto alla presenza del proprio bambino. Modulare l'esperienza del rooming in tenendo conto delle caratteristiche delle donne è infatti un fattore protettivo per la depressione post-parto (23).

In questo processo di individuazione delle caratteristiche specifiche delle donne, delle loro necessità e della migliore assistenza per le loro peculiarità sarà sempre esercitare l'astensione del giudizio rispetto alle richieste, alle emozioni e ai vissuti che le donne esprimeranno. Solo in questo modo sarà possibile fornire loro la migliore assistenza possibile.

5 Capitolo 5: conclusioni

L'obiettivo di questo progetto di tesi era quello di individuare un legame tra i vissuti delle donne durante il post-parto - e in particolare in concomitanza con il rooming in - e le loro personalità, in particolare il loro stile di attaccamento.

Questa ipotesi è stata confermata dai risultati ottenuti dallo studio.

Andando ad indagare i vissuti di donne che hanno fatto esperienza del rooming in nell'immediato post-parto è infatti emerso come siano i legami di attaccamento e i tratti psicologici ad essi correlati ad influenzare i vissuti e le emozioni dell'immediato post-parto, oltre ad avere un ruolo nel modulare il benessere esperito dalle donne durante la gravidanza. Infatti, altri fattori quali la conoscenza riguardo il rooming in e la sua importanza, il numero di gravidanze, il benessere esperito durante la gravidanza, sono risultati ininfluenti sull'esperienza delle donne. Invece, è stato accertato il legame tra i vissuti riferiti e le variabili psicologiche delle donne oggetto di studio.

Come ipotizzato inizialmente, è stato possibile mettere in evidenza come l'attaccamento insicuro, e tutte le variabili psicologiche tipiche di questa caratteristica, abbiano un effetto determinante sui vissuti delle donne che sono caratterizzate da questo stile. Infatti, le madri che hanno dimostrato di avere un attaccamento insicuro hanno riferito di emozioni quali paura e forte insicurezza, al contrario delle donne con attaccamento sicuro. Si evince come le donne in possesso delle variabili psicologiche tipiche dell'attaccamento insicuro necessitino di un maggiore sostegno durante la degenza ospedaliera.

Alla luce dei risultati ottenuti sembra quindi opportuno considerare ed individuare le caratteristiche psicologiche delle donne durante la gravidanza, in modo che queste siano note e possano essere prese in considerazione per plasmare un'assistenza individualizzata, concepita specificatamente per la donna che ci si trova ad assistere, in tutte le fasi del suo percorso. Prendere in considerazione aspetti quali ansia, insicurezza e dipendenza affettiva, ed attuare un'assistenza specifica per coloro che ne hanno necessità a causa delle proprie caratteristiche psicologiche, permetterebbe di migliorare l'assistenza percepita da queste madri, migliorandone i vissuti e quindi il benessere psicologico nel post-parto, rivestendo un fattore protettivo nei confronti di diverse forme di disagio psicofisico e riducendo la probabilità d'insorgenza della depressione post-partum.

Allegato 1: questionario complessivo

Il progetto di ricerca 'Il Rooming In: un'indagine conoscitiva per la gestione ottimale del post-partum' persegue l'obiettivo di ottenere informazioni sui vissuti e sulle aspettative delle donne riguardo al rooming in – una pratica che nella degenza successiva al parto prevede la permanenza di mamma e neonato nella stessa stanza. Correlando questi aspetti con alcune caratteristiche psicologiche, ci si propone di ottenere risultati che siano utili per migliorare l'informazione e il sostegno alle donne in un momento tanto importante della propria vita.

L'indagine è rivolta alle donne che hanno partorito negli ultimi tre anni (max. 2021) e che hanno effettuato la degenza insieme al proprio bambino, nella stessa stanza, e alle donne attualmente in gravidanza.

Premendo il tasto 'avanti' si fornisce il consenso alla partecipazione allo studio di ricerca, visionabile al seguente link:

https://drive.google.com/file/d/1eX_WpropRGGZVMPM-NSj8ql8c1iWsl6W/view?usp=sharing

Questionari di self-report

Q1: BFQ				
Le seguenti affermazioni descrivono un gran numero di situazioni comuni. Legga attentamente ciascuna di esse e indichi la risposta che riflette la Sua esperienza usando le scale riportate. Faccia riferimento a come si sente abituamente .				
Assolutamente falso per me 1	Piuttosto falso per me 2	Né vero né falso 3	Abbastanza vero per me 4	Assolutamente vero per me 5
1	Mi sembra di essere una persona attiva e vigorosa			1 2 3 4 5
2	Sono sempre informato su quello che accade nel mondo			1 2 3 4 5
3	Tendo ad essere molto riflessivo			1 2 3 4 5
4	Non mi capita spesso di sentirmi teso			1 2 3 4 5
5	Generalmente tendo ad impormi piuttosto che accondiscendere			1 2 3 4 5
6	Sono piuttosto suscettibile			1 2 3 4 5
7	Non è necessario comportarsi in maniera cordiale con tutti			1 2 3 4 5
8	Non sono molto attratto da situazioni nuove e inattese			1 2 3 4 5
9	Non mi piacciono gli ambienti di lavoro in cui c'è molta competizione			1 2 3 4 5
10	Porto fino in fondo le decisioni che ho preso			1 2 3 4 5
11	Non è facile che qualcosa o qualcuno mi facciano perdere la pazienza			1 2 3 4 5
12	Ogni novità mi affascina			1 2 3 4 5
13	Non credo di essere una persona ansiosa			1 2 3 4 5
14	Se necessario non mi tiro indietro dal dare un aiuto a sconosciuti			1 2 3 4 5
15	Le situazioni in continua trasformazione non esercitano su di me alcun fascino			1 2 3 4 5

16	Sono disposto ad impegnarmi a fondo pur di primeggiare	1 2 3 4 5
17	So quasi sempre come venire incontro alle esigenze altrui	1 2 3 4 5
18	Non mi capita spesso di sentirmi solo e triste	1 2 3 4 5
19	Di solito ho un atteggiamento cordiale anche con persone per le quali provo una certa antipatia	1 2 3 4 5
20	Quando qualcosa blocca i miei progetti non insisto a perseguirli e ne intraprendo altri	1 2 3 4 5
21	Non mi interessano i programmi televisivi troppo "impegnativi"	1 2 3 4 5
22	Sono una persona che va sempre in cerca di nuove esperienze	1 2 3 4 5
23	Non sono solito reagire in maniera impulsiva	1 2 3 4 5
24	Trovo sempre validi argomenti per sostenere i miei motivi e persuadere gli altri della loro validità	1 2 3 4 5
25	Mi piace tenermi informato anche di argomenti che sono distanti dai miei ambiti di competenza	1 2 3 4 5
26	Non do molta importanza a mettere in mostra le mie capacità	1 2 3 4 5
27	Il mio umore è soggetto a frequenti oscillazioni	1 2 3 4 5
28	A volte mi capita di arrabbiarmi per cose di poco conto	1 2 3 4 5
29	Non concedo facilmente un prestito anche a persone che conosco bene	1 2 3 4 5
30	Non mi hanno mai interessato i modi di vita e i costumi di altri popoli	1 2 3 4 5
31	Spesso mi capita di essere agitato	1 2 3 4 5
32	In genere non è il caso di mostrarsi sensibili alle difficoltà altrui	1 2 3 4 5
33	Nelle riunioni non mi preoccupa in modo particolare di attrarre l'attenzione	1 2 3 4 5
34	Di solito tendo a non fidarmi eccessivamente del mio prossimo	1 2 3 4 5
35	Difficilmente desisto da un'attività che ho intrapreso	1 2 3 4 5
36	Di solito non perdo la calma	1 2 3 4 5
37	Non dedico molto tempo alla lettura	1 2 3 4 5
38	Non sono solito conversare con eventuali compagni di viaggio	1 2 3 4 5
39	Non sono mai stato un perfezionista	1 2 3 4 5
40	In diverse circostanze mi è capitato di comportarmi in modo impulsivo	1 2 3 4 5
41	Tengo in grande considerazione il punto di vista dei miei colleghi	1 2 3 4 5
42	Ritengo che in ogni persona ci sia qualcosa di buono	1 2 3 4 5
43	Mi risulta facile parlare con persone che non conosco	1 2 3 4 5
44	Se fallisco in un compito, continuo a riprovarci finché non riesco	1 2 3 4 5
45	Sono sempre stato affascinato dalle culture molto diverse dalla mia	1 2 3 4 5
46	Mi capita spesso di sentirmi nervoso	1 2 3 4 5
47	Non sono una persona loquace	1 2 3 4 5
48	Mi piace molto vedere i programmi di informazione culturale e/o scientifica	1 2 3 4 5

49	Prima di consegnare un lavoro dedico molto tempo alla sua revisione	1 2 3 4 5
50	Se le cose non vanno subito per il verso giusto, non insisto più di tanto	1 2 3 4 5
51	Quando un lavoro è terminato non sto a rivedere ogni minimo dettaglio	1 2 3 4 5
52	Affronto ogni mia esperienza con grande entusiasmo	1 2 3 4 5
53	Generalmente non mi comporto in maniera espansiva con estranei	1 2 3 4 5
54	Non ho mai provato molto interesse per le materie scientifiche e/o filosofiche	1 2 3 4 5
55	Quando comincio a fare qualcosa, non so mai se la porterò a compimento	1 2 3 4 5
56	Generalmente ho fiducia negli altri e nelle loro intenzioni	1 2 3 4 5
57	Con certe persone non bisogna essere troppo tolleranti	1 2 3 4 5
58	Di solito curo ogni cosa nei minimi particolari	1 2 3 4 5
59	Non è lavorando in gruppo che si realizzano nel modo migliore le proprie competenze	1 2 3 4 5
60	Non credo che sia utile perdere tempo nel controllare più volte ciò che si è fatto	1 2 3 4 5

Q2: CISS

Quelli che vengono qui elencati sono possibili modi di reagire a situazioni difficili, stressanti o disturbanti.

Selezioni l'opzione che indica in che misura si dedica **abitualmente** a tale attività quando si trova in una situazione difficile, stressante o tale da disturbarLa, usando la scala che va da 1 (= "Per niente") a 5 (= "Moltissimo").

1	Organizzo meglio il mio tempo	1 2 3 4 5
2	Mi concentro sul problema e vedo come posso risolverlo	1 2 3 4 5
3	Penso ai bei momenti che ho passato	1 2 3 4 5
4	Cerco di stare con altre persone	1 2 3 4 5
5	Mi rimprovero perché rimando le cose	1 2 3 4 5
6	Faccio quello che ritengo sia meglio	1 2 3 4 5
7	Penso ai miei malanni ed ai miei guai	1 2 3 4 5
8	Mi rimprovero di essermi messo in questa situazione	1 2 3 4 5
9	Vado a vedere le vetrine	1 2 3 4 5
10	Definisco l'ordine delle cose da fare	1 2 3 4 5
11	Cerco di andare a dormire	1 2 3 4 5
12	Mi concedo il mio piatto e spuntino preferito	1 2 3 4 5
13	Mi sento ansioso per la mia incapacità di affrontare la situazione	1 2 3 4 5
14	Divento molto teso	1 2 3 4 5
15	Penso a come ho risolto problemi simili	1 2 3 4 5
16	Mi domando se mi sta proprio succedendo questo	1 2 3 4 5
17	Mi rimprovero perché me la prendo troppo	1 2 3 4 5

18	Esco per mangiare qualcosa o andare al bar	1 2 3 4 5
19	Divento molto agitato	1 2 3 4 5
20	Mi compro qualcosa	1 2 3 4 5
21	Decido una linea di azione e la seguo	1 2 3 4 5
22	Mi rimprovero perché non so cosa fare	1 2 3 4 5
23	Vado a una festa	1 2 3 4 5
24	Mi adopero per capire la situazione	1 2 3 4 5
25	Mi sento gelare e non so cosa fare	1 2 3 4 5
26	Prendo subito provvedimenti	1 2 3 4 5
27	Rifletto su quanto accaduto e imparo dai miei sbagli	1 2 3 4 5
28	Vorrei poter cambiare quello che è successo e come mi sono sentito	1 2 3 4 5
29	Vado a trovare una persona amica	1 2 3 4 5
30	Mi preoccupo per quello che farò	1 2 3 4 5
31	Passo il tempo con una persona particolare	1 2 3 4 5
32	Vado a fare due passi	1 2 3 4 5
33	Mi dico che questo non mi succederà più	1 2 3 4 5
34	Mi soffermo a pensare a quanto sono inadeguato	1 2 3 4 5
35	Parlo con qualcuno di cui mi fido	1 2 3 4 5
36	Analizzo il problema prima di agire	1 2 3 4 5
37	Telefono a una persona amica	1 2 3 4 5
38	Mi arrabbio	1 2 3 4 5
39	Modifico l'ordine delle cose per me importanti	1 2 3 4 5
40	Guardo un film	1 2 3 4 5
41	Prendo il controllo della situazione	1 2 3 4 5
42	Faccio uno sforzo ulteriore per portare a termine certe cose	1 2 3 4 5
43	Elaboro diverse soluzioni possibili del problema	1 2 3 4 5
44	Mi prendo del tempo libero e cerco di allontanarmi dalla situazione	1 2 3 4 5
45	Me la rifaccio con gli altri	1 2 3 4 5
46	Mi servo della situazione per dimostrare che posso farcela	1 2 3 4 5
47	Cerco di organizzarmi in modo da dominare la situazione	1 2 3 4 5
48	Guardo la televisione	1 2 3 4 5

Q3: STAI TRATTO				
Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni la risposta che indica come Lei abitualmente si sente. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che Le sembra descrivere meglio come Lei abitualmente si sente.				
	Quasi mai 1	Qualche volta 2	Spesso 3	Quasi sempre 4
1	Mi sento bene			1 2 3 4
2	Mi sento teso/a e irrequieto/a			1 2 3 4
3	Sono soddisfatto/a di me stesso			1 2 3 4
4	Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri			1 2 3 4
5	Mi sento un fallito/a			1 2 3 4
6	Mi sento riposato/a			1 2 3 4
7	Io sono calmo/a, tranquillo/a e padrone di me			1 2 3 4
8	Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare			1 2 3 4
9	Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza			1 2 3 4
10	Sono felice			1 2 3 4
11	Mi vengono pensieri negativi			1 2 3 4
12	Manco di fiducia in me stesso/a			1 2 3 4
13	Mi sento sicuro/a			1 2 3 4
14	Prendo decisioni facilmente			1 2 3 4
15	Mi sento inadeguato/a			1 2 3 4
16	Sono contento/a			1 2 3 4
17	Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono			1 2 3 4
18	Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla testa			1 2 3 4
19	Sono una persona costante			1 2 3 4
20	Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni			1 2 3 4

Q4: ASQ						
Indichi quanto concorda con ciascuna delle seguenti affermazioni, valutandole in base alla scala riportata in alto e a come si sente abitualmente .						
	Totalmente in disaccordo 1	Fortemente in disaccordo 2	Lievemente in disaccordo 3	Lievemente d'accordo 4	Fortemente d'accordo 5	Totalmente d'accordo 6
1	Nel complesso sono una persona valida					1 2 3 4 5 6
2	È più facile arrivare a conoscere me che la maggior parte delle persone					1 2 3 4 5 6
3	Sono fiducioso che gli altri ci saranno quando avrò bisogno di loro					1 2 3 4 5 6
4	Preferisco dipendere da me stesso invece che dagli altri					1 2 3 4 5 6

5	Preferisco stare sulle mie	1 2 3 4 5 6
6	Chiedere aiuto equivale ad ammettere di essere un fallimento	1 2 3 4 5 6
7	Il valore di una persona andrebbe valutato in base ai suoi successi	1 2 3 4 5 6
8	Raggiungere degli obiettivi è più importante che costruire delle relazioni	1 2 3 4 5 6
9	Dare il massimo è più importante che andare d'accordo con gli altri	1 2 3 4 5 6
10	Se hai un lavoro da fare, non dovrebbe importarti di chi ne avrà un danno	1 2 3 4 5 6
11	Per me è importante piacere agli altri	1 2 3 4 5 6
12	Per me è importante evitare di fare delle cose che agli altri non piacciono	1 2 3 4 5 6
13	Trovo difficile prendere una decisione a meno che non sappia ciò che pensano gli altri	1 2 3 4 5 6
14	Le mie relazioni con gli altri sono solitamente superficiali	1 2 3 4 5 6
15	A volte penso di non valere nulla	1 2 3 4 5 6
16	Ho difficoltà a fidarmi degli altri	1 2 3 4 5 6
17	Ho difficoltà a dipendere dagli altri	1 2 3 4 5 6
18	Trovo che gli altri siano riluttanti ad entrare in confidenza quanto io vorrei	1 2 3 4 5 6
19	Trovo relativamente facile entrare in confidenza con gli altri	1 2 3 4 5 6
20	Mi fido facilmente degli altri	1 2 3 4 5 6
21	Mi trovo a mio agio nel dipendere dagli altri	1 2 3 4 5 6
22	Mi preoccupa che agli altri non importerà di me quanto a me importa di loro	1 2 3 4 5 6
23	Mi preoccupa quando la gente entra troppo in confidenza	1 2 3 4 5 6
24	Mi preoccupa di non essere all'altezza degli altri	1 2 3 4 5 6
25	Ho sentimenti contrastanti circa l'essere in confidenza con gli altri	1 2 3 4 5 6
26	Se da un lato voglio entrare in confidenza con gli altri, dall'altro mi sento a disagio	1 2 3 4 5 6
27	Mi chiedo perché la gente voglia avere a che fare con me	1 2 3 4 5 6
28	Per me è veramente importante avere una relazione stretta	1 2 3 4 5 6
29	Mi preoccupa molto delle mie relazioni	1 2 3 4 5 6
30	Mi chiedo come me la caverei senza qualcuno che mi ami	1 2 3 4 5 6
31	Mi sento fiducioso nelle relazioni con gli altri	1 2 3 4 5 6
32	Spesso mi sento lasciato in disparte o solo	1 2 3 4 5 6
33	Spesso mi preoccupa di non riuscire ad entrare in sintonia con gli altri	1 2 3 4 5 6
34	Gli altri hanno i loro problemi, per cui non li infastidisco coi miei	1 2 3 4 5 6
35	Quando discuto dei miei problemi con gli altri, di solito mi vergogno o mi sento stupido	1 2 3 4 5 6
36	Sono troppo impegnato in altre attività per dedicare molto tempo alle relazioni	1 2 3 4 5 6
37	Se qualcosa mi disturba, gli altri solitamente ne sono consapevoli e preoccupati	1 2 3 4 5 6
38	Sono fiducioso di essere gradito e rispettato dagli altri	1 2 3 4 5 6

39	Mi sento frustrato quando gli altri non sono disponibili nel momento in cui ne ho bisogno	1 2 3 4 5 6
40	Gli altri spesso mancano alle mie aspettative	1 2 3 4 5 6

Anagrafica della partecipante

1. Quanti anni ha?

2. Qual è la sua occupazione?

3. Qual è il Suo titolo di studio?

4. Come è composto il Suo nucleo familiare?

5. La Sua gravidanza è stata cercata?

- Sì
- No

6. Come è insorta la sua gravidanza?

- Spontaneamente
- Tramite tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita

7. Pensando alla sua gravidanza e all'insorgenza di una serie di possibili sintomi somatici (ad esempio nausea, vomito, stipsi, reflusso, dolori lombari, stanchezza ecc), come valuterebbe il suo benessere fisico in una scala da 1 a 10?

Consideri **una media dell'intero periodo**.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Pensando alla sua gravidanza e all'insorgenza di possibili ansie e preoccupazioni, come valuterebbe il suo benessere psicologico in una scala da 1 a 10?

Consideri una **media dell'intero periodo**.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Attualmente:

- Sono in gravidanza
- Ho partorito meno di tre anni fa (max 2021)

Domande per donne che sono già mamme

1. Ha frequentato un Corso di Accompagnamento alla Nascita durante la Sua gravidanza?
- Si
 - No

2. Sa cosa significa il termine 'Rooming In'?
- Si
 - No

3. Conosce i benefici della pratica del 'Rooming In'?

Il Rooming In è una pratica che nella degenza successiva al parto prevede la permanenza di mamma e bambino nella stessa stanza per tutta la durata della degenza.

Se sì, li elenchi di seguito.

4. Indichi quale risposta che più rispecchia la Sua esperienza con il 'Rooming In'?

Molto negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Molto positiva
----------------	----------	--------	----------	----------------

5. Sapeva che durante la degenza avrebbe effettuato il 'Rooming In'?
- Si
 - No

6. Se dovesse avere una nuova gravidanza in futuro, vorrebbe ripetere l'esperienza del 'Rooming In'?
- Si
 - No

7. Ha avuto difficoltà durante l'esperienza del 'Rooming In'?
- Si
 - No

Se ha risposto 'Si' alla precedente domanda, quali difficoltà ha incontrato durante l'esperienza del Rooming In?

8. Come si è sentita durante l'esperienza del Rooming In? Quali emozioni ha provato?
-

9. Pensa di aver avuto adeguato supporto durante l'esperienza del Rooming In?
- Si
 - No
10. Pensa sia stato importante per il suo bambino aver effettuato il Rooming In?
- Si
 - No
11. Pensa che il Rooming In sia stato importante per l'alimentazione del Suo bambino?
- Si
 - No
12. Ha allattato esclusivamente al seno il Suo bambino?
- Si, per più di sei mesi
 - Si, per meno di sei mesi
 - No
13. Avrebbe voluto avere la possibilità di scegliere se effettuare il Rooming In?
- Si
 - No

Domande per donne attualmente in gravidanza

1. Ha frequentato o sta frequentando un corso di accompagnamento alla nascita?
- Si, l'ho già frequentato
 - No, non lo frequenterò
 - Lo frequenterò nelle prossime settimane
2. Sa cosa significa il termine 'Rooming In'?
- Si
 - No
3. Conosce i benefici della pratica del 'Rooming In'?
- Il Rooming In è una pratica che nella degenza successiva al parto prevede la permanenza di mamma e bambino nella stessa stanza per tutta la durata della degenza.
- Se sì, li elenchi di seguito.**
-
4. Pensa che il Rooming In sarà importante per l'alimentazione del Suo bambino?
- Si
 - No

5. Pensa che sarà importante per il Suo bambino effettuare il Rooming In e rimanere con Lei durante la degenza?
- Si
 - No
6. Quali emozioni Le suscita il pensiero di dover effettuare il Rooming In durante la degenza, subito dopo il parto?
-
7. Quali difficoltà Si aspetta di incontrare durante l'esperienza del Rooming In dopo il parto?
-
8. Ad oggi, cosa pensa sarà importante per aiutarLa a vivere al meglio l'esperienza del Rooming In?
-
9. Vorrebbe avere la possibilità di scegliere se effettuare il Rooming In?
- Si
 - No
10. Ad oggi, potendo scegliere, effettuerebbe il Rooming In?
- Si
 - No

Allegato 2: parere del comitato di bioetica

Prot. n. 0101648 del 09/04/2024



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, mercoledì 27 marzo 2024

Progetto di ricerca: "Il Rooming In: Un'indagine conoscitiva per la gestione ottimale del postpartum", proponente Prof.ssa Mazzetti Michela

Il Comitato di Bioetica, con esclusivo riferimento ai profili bioetici, esprime unanime parere favorevole in merito al progetto di ricerca "Il Rooming In: Un'indagine conoscitiva per la gestione ottimale del postpartum", proponente Prof.ssa Mazzetti Michela, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche.

OMISSIS

La Segretaria

Dott.ssa Blagovesta Guetova

La Presidente

Prof.ssa Maria Carla Galavotti

Bibliografia

1. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative 20 Years On: Facts, Progress, and the Way Forward. *J Hum Lact.* agosto 2012;28(3):272–5.
2. Doc S. www.saperidoc.it. [citato 2 agosto 2024]. Percorso nascita - Allattamento - Baby Friendly Hospital Initiative - Cos'è la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)? Disponibile su: <https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/525>
3. Guillari A, Stile F, Gargiulo G, Capuano A, Serio C, Pulpito R, et al. Allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza dei ruoli dei servizi per la maternità. Indagine osservazionale multicentrica nelle strutture sanitarie campane. *Nsc Nurs.* 26 maggio 2020;2(3):27–54.
4. Asadi M, Noroozi M, Alavi M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. *BMC Pregnancy Childbirth.* 5 gennaio 2021;21(1):7.
5. Consales A, Crippa BL, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli ME, et al. Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Front Pediatr* [Internet]. 2020 [citato 23 gennaio 2024];8. Disponibile su: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2020.00053>
6. Gennepe AV. I riti di passaggio. 8° edizione. Bollati Boringhieri; 2012. 285 p.
7. Scopesi A, Viterbori P. *Psicologia della maternità*. 1. ed. Roma: Carocci; 2003. 126 p. (Le bussole Psicologia).
8. SEU - Roma [Internet]. [citato 5 agosto 2024]. The midwifery partnership. Disponibile su: <https://www.seu-roma.com/libri/ginecologia-ostetricia/the-midwifery-partnership/>
9. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet.* 20 settembre 2014;384(9948):1129–45.
10. Butler MM, Sheehy L, Kington M (Maureen), Walsh MC, Brosnan MC, Murphy M, et al. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery.* aprile 2015;31(4):418–25.
11. Spurgeon P, Hicks C, Barwell F. Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery.* giugno 2001;17(2):123–32.
12. Prokopowicz A, Stańczykiewicz B, Uchmanowicz I, Zimmer M. How to Improve the Care of Women after Childbirth in the Rooming-in Unit: A Prospective Observational Study. *Int J Environ Res Public Health.* gennaio 2022;19(23):16117.
13. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 29 ottobre 2009;4(1):11.
14. Rocha AM, Oliveira RV, Leal I. The influence of breastfeeding on children' s health, well-being and development: A theoretical and empirical review. *Rev Fac Nac Salud Pública.* agosto 2014;32(2):103–14.
15. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Medica E Chir Med Surg Pediatr.* 28 giugno 2017;39(2):155.
16. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil - *The Lancet Global Health* [Internet].

[citato 1 agosto 2024]. Disponibile su: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext?ref=popsugar.com](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext?ref=popsugar.com)

17. The Immunological Components of Human Milk and Their Effect on Immune Development in Infants. *J Nutr.* 1 gennaio 2005;135(1):1–4.
18. C França-Botelho A, Ferreira M, Franca J, França E, Honorio-França A. Breastfeeding and its Relationship with Reduction of Breast Cancer: A Review. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 30 novembre 2012;13:5327–32.
19. Weimer JP. *The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis.* U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service; 1999. 24 p.
20. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus.* 15(10):e46730.
21. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 26 agosto 2016;2016(8):CD006641.
22. Barrera CM, Nelson JM, Boundy EO, Perrine CG. Trends in rooming-in practices among hospitals in the United States, 2007-2015. *Birth.* 2018;45(4):432–9.
23. Molmen Lichter M, Peled Y, Levy S, Wiznitzer A, Krissi H, Handelzalts JE. The associations between insecure attachment, rooming-in, and postpartum depression: A 2 months' longitudinal study. *Infant Ment Health J.* gennaio 2021;42(1):74–86.
24. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics.* agosto 1990;86(2):171–5.
25. Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding - Jaafar, SH - 2012 | *Cochrane Library.* [citato 2 agosto 2024]; Disponibile su: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub2/full>
26. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennell JH. *The New England Journal of Medicine.* Massachusetts Medical Society; 1972 [citato 3 agosto 2024]. Maternal Attachment. Disponibile su: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197203022860904>
27. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nyström B, Widström AM. Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother–Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. *Clin Nurs Res.* agosto 2013;22(3):310–36.
28. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Mukhamedrakhimov R, et al. Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth.* giugno 2009;36(2):97–109.
29. Greenberg M, Rosenberg I, Lind J. First mothers rooming-in with their newborns: Its impact upon the mother. *Am J Orthopsychiatry.* ottobre 1973;43(5):783–8.
30. Hakala M, Kaakinen P, Kääriäinen M, Bloigu R, Hannula L, Elo S. Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff. *Eur J Midwifery.* 23 agosto 2018;2:9.
31. Handelzalts JE, Levy S, Molmen-Lichter M, Muzik M, Krissi H, Wiznitzer A, et al. Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: the impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery.* 1 aprile 2021;95:102942.
32. Flood N. *The Maternal Metaphor: An exploration of Winnicott's 'holding' and Bowlby's 'secure base' in the therapeutic relationship.*

33. Phillips A. Winnicott: An Introduction. *Br J Psychiatry*. novembre 1989;155(5):612–8.
34. Papapetrou Chr, Panoulis K, Mourouzis I, Kouzoupis A. Pregnancy and the perinatal period: The impact of attachment theory. *Psychiatriki*. 1 ottobre 2020;31(3):257–70.
35. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol*. settembre 1992;28(5):759–75.
36. Kirsch M, Buchholz MB. On the Nature of the Mother-Infant Tie and Its Interaction With Freudian Drives. *Front Psychol*. 26 febbraio 2020;11:317.
37. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The “big five questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personal Individ Differ*. 1 settembre 1993;15(3):281–8.