



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze psicologiche dello
sviluppo, della personalità e delle relazioni
interpersonali

Tesi di laurea triennale

Applicazioni Mobili di Sostegno per le Neomamme: un'Analisi delle Soluzioni Attuali e delle Innovazioni in Sviluppo

Smartphone Application Support Programs for New Mothers:
an Analysis of the Current Solutions
and the Emerging Innovations

Relatrice:

Prof.ssa Rigo Paola

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Laureanda: Alice Parcianello

Matricola: 2045801

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1. PREMESSE TEORICHE SULLA NEOGENITORIALITÀ.....	2
1.1. IMPORTANZA DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO NEI PRIMI MESI DI VITA	2
1.2. BAMBINO COME AGENTE ATTIVO NELLA RELAZIONE.....	2
1.3. TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ E COSTELLAZIONE MATERNA.....	3
1.4. FATTORI DI RISCHIO E STRESSOR SPECIFICI DEL PERIODO	6
1.5. IL RUOLO DELLA PREVENZIONE PRIMARIA.....	8
CAPITOLO 2. ATTUALI SUPPORTI STATALI	11
2.1. I CONSULTORI FAMILIARI	11
2.2. ALTRE FORME DI SUPPORTO A LIVELLO NAZIONALE	12
2.3. LA FIGURA DELL'ASSISTENTE MATERNA.....	13
CAPITOLO 3. SOSTEGNO FORNITO DALLE PIATTAFORME ONLINE	15
3.1. GRUPPI DI DISCUSSIONE SU PIATTAFORME SOCIAL	15
3.2. ATTUALI APPLICAZIONI SMARTPHONE E GLI AMBITI RICOPERTI	18
CAPITOLO 4. UN'APPLICAZIONE IN VIA DI SVILUPPO DI SUPPORTO ALLE NEOMAMME	21
4.1. PRINCIPI TEORICI DI RIFERIMENTO	21
4.2. STRUTTURA E FUNZIONALITÀ DELL'APPLICAZIONE E DEL PROGRAMMA DI SUPPORTO	22
CONCLUSIONI	24
BIBLIOGRAFIA.....	26

INTRODUZIONE

I mesi che seguono la nascita di un figlio rappresentano un periodo complesso, che richiede ai neogenitori di riadattare la propria vita intorno ad un nuovo compito di cura, e porta una moltitudine di sfide da affrontare per stabilire un nuovo equilibrio familiare. Per molti genitori questa transizione può essere fonte di tensione e stress, che non rappresentano necessariamente un indice di un quadro patologico ma sono correlati alle specificità del periodo in questione. È tuttavia presente il rischio che la combinazione di fragilità individuali e difficoltà di adattamento alle nuove dinamiche possano portare a ripercussioni negative a lungo termine; da queste considerazioni nasce la necessità di creare dei dispositivi di supporto dedicati a neomamme e neopapà che diano loro un aiuto sia nella sfera gestionale che in quella della salute mentale.

Nell'elaborato viene analizzata la letteratura esistente in merito alla transizione alla genitorialità, considerata nelle sue caratteristiche peculiari e difficoltà. Successivamente viene indagato quali siano le opportunità di supporto previste all'interno del territorio italiano, e quali siano invece le forme di aggregazione spontanea che si sviluppano all'interno delle piattaforme online, come forma di sostegno sociale reciproco. Infine viene preso in considerazione l'ambito delle applicazioni per telefoni cellulari dedicate alla neogenitorialità, e viene esaminato un programma di supporto per neomadri, accessibile tramite l'utilizzo di un'applicazione per smartphone, attualmente in corso di sviluppo presso l'Università degli Studi di Padova.

CAPITOLO 1. PREMESSE TEORICHE SULLA NEOGENITORIALITÀ

1.1. Importanza della relazione madre-bambino nei primi mesi di vita

I primi mesi di vita di un bambino sono fondamentali perché pongono le basi per i successivi stadi dello sviluppo.

La relazione con i caregiver è la prima esperienza di interazione e relazione del bambino con il mondo, e ne fornisce la prima chiave di lettura. Tutte le figure con cui il bambino entra in relazione portano un proprio contributo, ma storicamente si è considerato come primario il legame con la figura materna: soprattutto nei primissimi mesi il contatto tra il bambino e il mondo esterno viene stabilito principalmente attraverso il canale della fisicità. Nel caso della madre il contatto fisico comincia già prima del parto, durante la gravidanza, e viene mantenuto poi, nella maggior parte dei casi, tramite l'allattamento.¹ Secondo Donald Winnicott, proprio il modo in cui la madre tiene il proprio bambino e dà risposta ai suoi bisogni pone le basi per la futura percezione del sé e per lo sviluppo di un'immagine integrata della propria esperienza.² Le prime esperienze di cura vengono interiorizzate dal bambino e concorrono a fornire dei modelli per l'interpretazione delle esperienze successive. Le esperienze con i caregiver primari hanno inoltre un forte impatto sulle funzioni esecutive, che includono una serie di processi cognitivi quali il controllo degli impulsi, l'abilità di pianificazione e la memoria di lavoro. È stata riscontrata una correlazione tra la qualità delle interazioni genitori-bambino nei primi mesi di vita e lo sviluppo di queste capacità all'età di tre anni.³

Da queste considerazioni si evince la necessità di porre la giusta attenzione scientifica e assistenziale al nucleo familiare e alle sue necessità specifiche nei primi mesi che seguono al parto, in quanto fondamentali per porsi in vantaggio rispetto ai successivi compiti di sviluppo.

1.2. Bambino come agente attivo nella relazione

Fino agli inizi del primo Novecento il neonato era considerato come una parte passiva all'ambiente di cura in cui è inserito, e si pensava che la relazione tra il bambino e i suoi caregiver venisse portata avanti unicamente dai genitori e poi

ricevuta e accolta dal bambino.⁴ Successivamente è cominciata ad emergere la consapevolezza che il neonato stesso fosse capace già dai primi mesi di vita di portare un proprio contributo alla relazione, non solo rielaborandola autonomamente, ma facendosi parte attiva di essa. Questa caratteristica prende il nome di *agency*, che può essere definibile come una capacità di agire in modo spontaneo e attivo per intervenire e modificare la propria realtà.

L'*Infant Research*, un filone di ricerca che si occupa delle prime fasi della vita, ha apportato un significativo contributo verso la consapevolezza che fin dalla nascita il bambino è in possesso di molteplici abilità che gli permettono di inserirsi nel contesto sociale.⁵ Trevarthen ha individuato diverse modalità con le quali il bambino esercita la sua *agency*, quali mostrare le proprie emozioni attraverso le espressioni facciali, i vocalizzi e i movimenti delle mani, come per esempio l'indicare. Possono essere considerate come ulteriori competenze sociali innate la tendenza a riconoscere e preferire pattern di stimoli che ricordino un viso umano, la propensione a mantenere il contatto visivo e l'inclinazione a imitare espressioni e gesti. Da questo deriva un rapporto fondato sull'intersoggettività, che in questo caso prende il nome di intersoggettività primaria, che può cioè aver luogo anche senza l'uso della parola.⁶ La relazione si forma quindi grazie a questa continua co-costruzione di interazioni e significati, l'*agency* prende forma nella capacità del bambino di porsi come agente attivo negli scambi con il caregiver. Questa interpretazione delle dinamiche tra caregiver e bambino impone la necessità di andare oltre una comprensione del bambino basata sui suoi comportamenti espliciti, e di cercare invece di indagare i suoi pensieri e le sue intenzioni. Il bambino fin dai primi mesi di vita è quindi quello che Meins descrive come "Un individuo con una mente, e non una semplice creatura con dei bisogni da soddisfare."⁷

1.3. Transizione alla genitorialità e costellazione materna

L'ingresso di un nuovo membro nel nucleo familiare porta la necessità di affrontare dei cambiamenti e una riorganizzazione sostanziale della vita, non solo a livello di tempo e risorse ma anche su un piano di priorità e identitario.

Secondo l'interpretazione di Ludwig von Bertalanffy la famiglia può essere considerata come un sistema formato dai suoi membri e dalle relazioni che intercorrono tra essi. Questa struttura è caratterizzata dall'omeostasi, e tende quindi a cercare di mantenere la sua conformazione relazionale. Per questo motivo l'arrivo di un nuovo elemento è in contrasto con la propensione stessa dell'unità familiare.⁸ La transizione alla genitorialità è infatti vista spesso come un periodo destabilizzante, fonte di forti stressor, tanto che LeMasters aveva usato la parola "crisi" per definirla.⁹ Nel corso degli anni la prospettiva è cambiata verso una visione più positiva: pur essendo vero che l'arrivo di un bambino è un punto di rottura importante, che porta importanti sfide al nucleo familiare, è anche giusto considerare che per la maggior parte delle coppie questo processo ha esito positivo, e la nuova famiglia riesce a riassetarsi e trovare un nuovo equilibrio. Questo concetto viene riassunto da Cowan nell'espressione "*processes that unfold over time*", che rende l'idea di una sequenza di adattamenti che vengono affrontati e risolti gradualmente nel corso del tempo necessario.¹⁰

Farsi carico del nuovo bambino e dei suoi bisogni comporta la necessità di riorganizzare il tempo e le risorse disponibili, sacrificando spesso il tempo dedicato precedentemente a riposo, attività di svago e socialità. Questa nuova gestione pratica porta necessariamente ad una modifica del proprio spazio mentale: il neogenitore affronta un cambiamento identitario, in cui rimaneggia la visione di sé per includere il ruolo parentale. In uno studio di Pape Cowan e Cowan (1992) è emerso che questa ridefinizione identitaria varia in base all'età e al genere: durante la gravidanza le future madri si percepivano già nel ruolo di madri per un 10% della loro persona, mentre nei padri si rilevava una percentuale più bassa, intorno al 5%. Durante i primi 6 mesi dopo la nascita si verificava un aumento più accentuato nella donna, che attribuiva una grande porzione della propria identità all'essere madre, scarificando altri aspetti che c'erano in precedenza, mentre nei padri il cambiamento era più graduale e meno pervasivo, in quanto non intaccava profondamente altri aspetti della loro vita.¹¹ Per quanto riguarda l'età è risultato che le coppie di un'età inferiore ai 30 anni sperimentavano un declino maggiore dei livelli di autostima e autoefficacia.

Questo avveniva principalmente nei primi 6 mesi dopo il parto per le donne, mentre per gli uomini si accentuava verso il secondo anno di vita del bambino.¹² Il piano del cambiamento personale è poi inserito in un più grande passaggio da un'organizzazione diadica a una triadica. La coppia deve imparare una nuova gestione di compiti e ruoli, che però rischia di essere fonte di tensioni soprattutto nei casi in cui già preesistevano delle vulnerabilità nella relazione. Inoltre le aspettative dei membri della coppia nei confronti del partner sono basate fino a quel momento solo su supposizioni, non avendo avuto ancora un'effettiva esperienza di coparenting, e queste possono trovarsi poi in conflitto con le dinamiche che si creano nella realtà. Da uno studio di Dew e Wilcox (2011) risulta infatti che il declino della soddisfazione relazionale nelle donne è correlata soprattutto a una diminuzione del tempo passato con il partner e da una sensazione di ingiustizia riguardo alla suddivisione dei compiti di gestione della casa.¹³

Queste dinamiche sono influenzate non solo da questioni sociali e relazionali, ma anche dai cambiamenti biologici che si riscontrano nei neogenitori, in particolare a livello ormonale. Alcuni studi suggeriscono che le variazioni ormonali sperimentate dai partner durante la gravidanza siano correlate tra loro, e che queste influenzino la qualità della relazione successiva: è stato infatti constatato che un maggiore declino nei livelli di testosterone ed estradiolo nei padri durante la gravidanza era correlato a una maggiore percezione da parte delle madri di partecipazione nei compiti parentali e nelle attività domestiche.¹⁴

A livello individuale la letteratura ha prestato maggiormente attenzione al versante materno, in quanto rappresenta la parte che subisce maggiori trasformazioni, e richiede per questo un particolare approccio clinico. Daniel Stern (1995)¹⁵ ha rappresentato questi cambiamenti nel concetto di costellazione materna, un organizzatore psichico nuovo che guida i pensieri e le azioni della donna nel periodo seguente al parto. La sua durata è molto variabile, da qualche mese ad anni. Essa è costituita da una serie di costrutti complessi, connessi al ruolo materno di cura nei confronti del bambino, e che in questo la guidano nel rispondere alle sue richieste e ad adattarsi ai cambiamenti. È infatti funzionale ai compiti parentali, ma include atteggiamenti che potrebbero essere considerati

patologici se non inseriti nella cornice della neogenitorialità: per esempio si può verificare un pensiero ossessivo che porta con sé delle compulsioni riguardo al controllo del bambino e alla sua salute, che può essere un aiuto per la madre a prestare la giusta attenzione al figlio, ma allo stesso tempo rappresenta un fattore di rischio perché crea ansia e frustrazione nella neomamma.

1.4. Fattori di rischio e stressor specifici del periodo

Come menzionato precedentemente la gravidanza e la nascita di un nuovo bambino sono eventi di vita che portano a vissuti positivi ma anche negativi, in relazione al successo dell'aggiustamento alle nuove dinamiche.

Le esperienze di cura possono riportare in luce dei vissuti personali dei genitori risalenti alle proprie relazioni primarie, e nel caso in cui esse abbiano avuto degli elementi traumatici questi possono interferire con il corretto sviluppo della relazione con il bambino e con il ruolo parentale. Il modello VSA (*Vulnerability-Stress-Adaptation*) proposto da Karney e Bradbury (1995)¹⁶ suggerisce che l'adattamento ad un evento stressante dipende dall'interazione di tre fattori: le vulnerabilità preesistenti nei singoli genitori e nel loro rapporto di coppia, il livello di stress dell'evento e la risposta che la coppia mette in atto per adattarsi ad esso. Dipende quindi da fattori personali dei singoli individui, in rapporto con la transizione alla genitorialità, un evento fonte di sfide specifiche. In particolare si possono identificare due stressor principali di questo periodo: la preoccupazione rispetto a problemi di salute e lo stress quotidiano percepito. Quest'ultimo porta un calo nell'umore e nella salute mentale, ed è per questo un importante fattore di rischio per la salute dei genitori, per la qualità del legame parentale e per la soddisfazione relazionale della coppia.¹⁷

Se si hanno difficoltà nell'adattamento si corre inoltre il rischio di incorrere in problemi che possono anche sfociare nella patologia. Un esempio è la depressione post-partum, molto comune nelle neomamme, tanto da interessarne il 10-15%; il 25-50% invece sperimenta un umore depresso di breve durata, mentre l'1-2% raggiunge la psicosi post-partum.¹⁸ La depressione post-partum può anche avere origine durante la gravidanza, e questo in alcuni casi è correlato a una diminuzione dei sintomi depressivi al parto. Le cause di questo disturbo

vengono spesso ricondotte a scompensi a livello biologico ed ormonale, tuttavia è necessario considerare anche altri fattori che apportano un importante contributo. Questi possono essere correlati alla gravidanza in sé, quindi nei casi in cui si presentano delle difficoltà in essa o se non era aspettata, a fattori individuali di personalità, al temperamento del bambino e ad aspetti demografici quali lo status socioeconomico. Ha un ruolo chiave nella prevenzione di vissuti depressivi la percezione di supporto sociale: sentirsi poco aiutati da familiari ed amici, ed in particolare dal partner, durante la gravidanza e i mesi seguenti può predire l'insorgenza della patologia.¹⁹

Più recentemente sono emersi studi che evidenziano la presenza di una depressione post-partum anche nei padri, in una percentuale di circa 10%,²⁰ che varia tra il 20 e il 50% nei casi in cui si presenti depressione nella partner.²¹ A differenza delle donne, negli uomini il disturbo insorge solitamente dopo qualche mese dalla nascita del bambino.¹⁹ Varia inoltre la sintomatologia, influenzata dalle aspettative sociali di genere che prevedono che gli uomini non esprimano i sintomi tradizionali della depressione quali la tristezza; sono quindi più comuni manifestazioni di rabbia, comportamenti a rischio e uso di sostanze. Le aspettative di genere pongono inoltre maggiore pressione sul padre sul versante finanziario, e per questo la situazione lavorativa ed economica tendono ad essere tra i maggiori fattori di rischio.²²

La depressione post-partum materna e paterna sono strettamente correlate, perché molto spesso la depressione prenatale può essere fonte di insoddisfazione relazionale, nel momento in cui un membro della coppia sente che viene caricato di un peso in più da parte del partner depresso, sia a livello mentale che di gestione delle faccende di casa.²³

Oltre alla depressione, la neogenitorialità può portare ad altre manifestazioni quali ansia, sintomi di stress, PTSD.²⁴ Per quanto riguarda l'ansia circa del 8.5% delle neo-mamme ne dimostra almeno un sintomo entro il primo anno di vita del bambino, e spesso si trova in comorbilità con aspetti depressivi.²⁵ Questi disturbi presentano spesso dei sintomi peculiari, specifici del periodo, come ad esempio paure esagerate riguardo al benessere del bambino, sensazione di sovraccarico, pensieri compulsivi riguardo al far male al bambino.²⁶ Alcuni di essi, come

l'eccessiva preoccupazione riguardo alla salute del neonato, possono essere funzionali, come affermato precedentemente, ma comportano comunque un importante rischio per i genitori e per il bambino nel caso in cui superino una certa soglia. Un vissuto patologico nei genitori può infatti causare problemi nella formazione di un legame affettivo con il figlio, che possono persistere anche dopo la scomparsa dei sintomi genitoriali. Spesso infatti le madri che soffrono di depressione tendono a non sentirsi capaci di dare il giusto amore al proprio bambino, e per questo tendono ad interagirci meno ed esprimere meno affetto, o in generale ad avere un atteggiamento evitante che porta a una diminuzione di responsività. Durante gli esperimenti condotti con il paradigma *still-face* infatti le madri depresse e i loro bambini mostrano minori livelli di connessione affettiva e comportamentale, e i neonati mettevano in atto meno comportamenti finalizzati all'attivazione della madre. Questa mancanza di legame può portare a conseguenze a lungo termine sullo sviluppo del bambino, a livello cognitivo e socio-emozionale, ed è associato a problemi comportamentali.²⁶

1.5. Il ruolo della prevenzione primaria

Come evidenziato nei capitoli precedenti, la genitorialità è un evento di vita che porta un radicale cambiamento e al bisogno di rimaneggiare quella che era stata la quotidianità fino a quel momento. Sebbene sia un percorso che riguarda un elevato numero di persone, e che in molti può essere fonte di difficoltà e dubbi, i servizi di supporto disponibili sul territorio italiano e nel resto del mondo sono significativamente esigui rispetto alla domanda. In particolare si tende a fornire dei percorsi di aiuto nelle circostanze in cui vengono individuati degli importanti fattori di rischio, come nei casi in cui i genitori abbiano precedenti penali o disturbi psicopatologici. Per quanto questi siano una risorsa importante, è opportuno anche lavorare con un approccio di prevenzione primaria ed essere presenti quindi anche nei casi in cui non siano presenti delle particolari vulnerabilità, nell'ottica di fornire ai neogenitori i mezzi per affrontare le sfide quotidiane della genitorialità.

Molti studi hanno evidenziato come madri e padri si sentano spesso poco pronti a prendersi cura di un bambino, e abbiano la sensazione di non avere le

conoscenze necessarie per svolgere il loro compito al meglio. Essi per primi esprimono il desiderio di ricevere maggiori informazioni da parte di fonti specializzate che li possano guidare nella cura del bambino e nei cambiamenti nella loro relazione e vita personale.²⁷

Per fare questo può essere utile ma non sufficiente fornire dei corsi preparatori durante il parto, considerando la grande quantità di informazioni necessarie, perché tendono a disorientare i genitori se vengono comunicate nell'arco di breve tempo in un periodo già complicato da gestire di per sé. Inoltre le richieste di cura cambiano rapidamente di mese in mese, e con essi la tipologia di problemi che i genitori potrebbero riscontrare: per questo appare più adeguato instaurare una forma di supporto che preveda una presenza costante e la possibilità di dare risposta ai dubbi che vengono poste spontaneamente dai genitori stessi in base alla loro esperienza.

Un aspetto importante della prevenzione è aiutare i neogenitori a gestire le aspettative che si potrebbero formare riguardo al loro prossimo futuro. È fondamentale cercare di rassicurare i genitori e normalizzare i problemi specifici del periodo, insegnandogli a riconoscerli e considerarli parte di un'esperienza di aggiustamento che comprende momenti più facili e momenti più difficili. D'altra parte è anche necessario che non ci sia un'idea idealizzata o irrealisticamente positiva, che è correlata a una minore abilità nel riconoscere i segnali di stanchezza nelle madri e può portare a un senso di delusione per il confronto tra l'aspettativa e l'esperienza reale (Bouchard, 2009).²⁸

Sentirsi pronti alla genitorialità aumenta il senso di autoefficacia percepito, in quanto essere preparati alle avversità ed essere in possesso delle informazioni o del supporto necessari porta a una percezione di padronanza della situazione. L'autoefficacia aiuta i genitori ad avere aspettative realistiche e a sentirsi meno scoraggiati e disorientati di fronte alle difficoltà quotidiane.

Inoltre sapere di avere una rete di aiuto sempre disponibile può contribuire alla sensazione di essere inseriti in una comunità supportiva, che prende in considerazione l'importanza del ruolo del genitore e ne riconosce i meriti e le fatiche, soprattutto nei casi in cui non sia presente un sistema di connessione di parenti e amici. La percezione di essere supportati è associata ad una minore

probabilità di incorrere in difficoltà di aggiustamento, e quindi ad un esito più sfavorevole nello sviluppo del bambino e nella salute dei genitori.²⁹

La prevenzione primaria tramite follow-up frequenti è importante nei casi non evidentemente a rischio, anche per individuare delle possibili difficoltà che non erano individuabili con lo screening iniziale, e di poter intervenire prima che portino a difficoltà maggiori e croniche.

Per le motivazioni elencate in precedenza è fondamentale la presenza di una rete assistenziale che si occupi di accogliere le neomadri e fornirgli una guida nei primi mesi che seguono il parto. In seguito verranno analizzati alcuni dei principali ausili forniti a livello statale che si occupano proprio di questo compito.

CAPITOLO 2. ATTUALI SUPPORTI STATALI

2.1. I consultori familiari

I consultori familiari (CF),³⁰ istituiti in base alla legge 405/1975, sono servizi sociosanitari integrati di base. Sono provvisti di un'equipe multidisciplinare, composta da figure come ginecologi, ostetriche, psicologi e assistenti sociali, e si occupano di fornire assistenza sanitaria e sociale in diversi ambiti, quali la salute della donna, dell'età evolutiva, e le relazioni di coppia e familiari.

Tra i servizi offerti per le neomadri queste strutture mettono a disposizione un cosiddetto "*Percorso nascita*", che ha lo scopo di fornire un accompagnamento dall'inizio della gravidanza fino a dopo il parto. Include colloqui, visite di controllo, consulenze legislative, informazioni su alimentazione e sessualità, diagnosi prenatale e assistenza per il parto e nei mesi successivi ad esso per quanto concerne la cura del neonato. Tuttavia nella realtà dei fatti non tutti i consultori sono attrezzati per fornire questi servizi, oppure in determinati territori l'accesso ad alcuni dei servizi è vincolato al pagamento di un ticket: ad esempio i corsi di base di preparazione alla nascita sono erogati in nove province, mentre quelli di preparazione alla nascita di approfondimento sono disponibili in quattro. Per comprendere il motivo di queste carenze è utile analizzare la situazione dei consultori pubblici nel territorio italiano in larga scala. Nel 2017 il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso un progetto di raccolta e analisi di dati riguardo alla diffusione e alla funzionalità di queste strutture, chiamato "*Analisi delle attività della rete dei CF per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all'endometriosi*", a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.³¹ In questa analisi è stata presa in considerazione la diffusione dei consultori, le prestazioni fornite e il personale che se ne occupa. Dai risultati emerge che nel territorio italiano il numero dei consultori sia troppo esiguo per permetterne l'accesso a tutti i cittadini, essendo presente un consultorio ogni 35.000 abitanti quando sarebbe raccomandato dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) la presenza di una struttura ogni 20.000 abitanti. Di questi i CF che dichiarano di svolgere attività di percorso nascita sono 1379, di cui 595 al Nord, 318 al Centro e 466 al Sud Italia. Circa 8 donne in gravidanza su 10 vengono inviate nei punti

nascita di riferimento, mentre viene fatta una valutazione del rischio psicosociale e del disagio psichico dopo il parto solo dal 17% dei CF del Sud, 40% del Centro e 63% del Nord.

Come evidenziato in un documento della Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) del 9 maggio 2024,³² le risorse dedicate al sostegno dei consultori non sono sufficienti per permettergli di svolgere a pieno le loro funzioni e l'accesso a questa forma assistenziale fondamentale è ostacolato dal numero insufficiente di strutture presenti sul territorio. L'indagine del Ministero della Salute del 2017 ha evidenziato inoltre una carenza di figure professionali e una loro distribuzione geografica disomogenea. Oltretutto non è stata condotta alcun tipo di indagine ufficiale di funzionamento complessivo a seguito di quella discussa, se non di alcune singole regioni, il che evidenzia uno scarso interesse alla cura di questo servizio di prevenzione primaria.

2.2. Altre forme di supporto a livello nazionale

Oltre alla possibilità di accedere ai consultori, in Italia non sono presenti molte iniziative di supporto ai neogenitori. Lo stato fornisce alcuni sussidi economici, come l'*Assegno unico e universale per i figli a carico* e alcuni bonus come il *Bonus Mamme* o il *Bonus Nido*, che forniscono un piccolo aiuto economico e variano in base all'ISEE e ad alcuni altri requisiti. Inoltre per neomamme e neopapà è previsto un periodo di congedo da lavoro, che dura fino a sei mesi per le madri e 10 giorni per i padri. Per quanto questi sussidi possano essere utili si limitano alla concessione di denaro o tempo, ma non forniscono un supporto di carattere psicologico o assistenziale.³³

Nel caso di necessità il Sistema Sanitario Nazionale prevede la possibilità di svolgere dei colloqui presso psicologi appartenenti alla propria ASL, di cui la prima seduta senza che venga richiesto un pagamento e le successive 5-8 tramite il pagamento di un ticket del costo complessivo di 35 euro. Quindi anche nel caso di necessità di sostegno psicologico da parte di un neogenitore è sufficiente rivolgersi al medico di base per richiedere un'impegnativa.

In alternativa la Croce Rossa Italiana³⁴ mette a disposizione il suo numero di telefono (1520) nei casi di bisogno di supporto psicologico, e si dichiara

disponibile nello specifico verso le difficoltà legate alla genitorialità. Inoltre a febbraio 2024 è iniziato il progetto “*ISIDE- Primi passi di mamma*”³⁵, un progetto pilota che ha coinvolto i volontari del Comitato Cri Municipio 8-11-12 di Roma nella partecipazione a tre giorni di formazione sulla psicologia e fisiologia perinatale, tenuto da psicologi e ostetriche. I tre Comitati di Roma si sono resi poi disponibili a fornire supporto psicologico alle neomadri via telefonica e una leggera assistenza a domicilio nei casi di necessità, tramite il coinvolgimento attivo dei professionisti. Sono stati organizzati inoltre degli incontri di gruppo tra neomamme, neopapà, interventi ostetrici e supporto alla relazione madre-bambino e di assistenza nell’allattamento.

Pur essendo presenti queste importanti opportunità c’è il rischio che vengano ritenute dai genitori come delle possibilità riservate ai casi emergenziali, a cui non è necessario rivolgersi nei casi di piccoli dubbi o insicurezze, in quanto molte madri preferiscono evitare di chiedere aiuto per paura di essere giudicate, di essere percepite come un peso o non essere considerate autonome e in grado di gestire il loro ruolo.³⁶ Rimane quindi l’assenza di una forma assistenziale che si dedichi a fornire consigli e rassicurazioni nei casi non patologici, e che sia prevista nello specifico per affrontare le piccole sfide quotidiane normative del periodo successivo alla gravidanza.

2.3. La figura dell’assistente materna

Durante il dibattito sulla Legge di Bilancio 2024 era stata discussa l’introduzione di una nuova figura professionale in Italia, la cosiddetta assistente materna. Tenendo conto delle lacune nel sistema di supporto alla neonatalità presenti nel paese, lo scopo di questo ruolo sarebbe stato quello di fornire un supporto alle madri nei primi mesi di vita. I loro compiti sarebbero stati di vario genere, dal fornire un sostegno psicologico alla madre in caso di bisogno e fornire consigli sull’accudimento, a compiti più pratici come aiutarla nella gestione della casa e del bambino nella vita quotidiana.

Una figura simile esiste già in Francia dal 2021, l’*assistante maternelle*. Si tratta di una persona con una formazione base di psicologia e giurisprudenza, che si

rende disponibile ad accompagnare le neomadri tramite chiamate o recandosi personalmente al domicilio.

Nel dibattito sulla Legge di Bilancio si proponeva di stanziare una cifra tra i 100 e i 150 milioni per l'attuazione di questa misura. Si prevedeva poi come requisito per il ruolo un corso di formazione, accessibile anche senza possedere diploma o laurea.

La proposta venne criticata da diverse figure e associazioni. In particolare si metteva in evidenza come le funzioni dell'assistente materna si sarebbero sovrapposte in parte con quelle dei consultori, e che piuttosto di stanziare fondi per istituire una nuova figura era sufficiente impegnarli per rendere più efficiente la rete dei consultori familiari in Italia, che, come visto precedentemente, attualmente non riesce a soddisfare tutte le richieste assistenziali nel territorio. Inoltre si fece notare che in Italia già era presente una figura simile, la *doula*, che svolge delle funzioni simili a quelle previste per l'assistente materna, ma che lavora attraverso associazioni private. Non è attualmente una figura riconosciuta specificatamente a livello normativo ma è disciplinata dalla legge numero 4 del 2013, "*Disposizioni in materia di professioni non organizzate*"; per questo la loro formazione non è regolata dalla legge ma gestita dalle associazioni alle quali esse sono iscritte, il che porta perplessità riguardo alla loro effettiva preparazione. Un'altra critica mossa alla proposta dell'istituzione delle assistenti materne concerne la loro formazione, basata su corsi e che non richiede alcuna laurea in materia, che viene ritenuta insufficiente per i compiti difficili e delicati che le viene richiesto di svolgere.

La proposta infine non venne concretizzata e non comparve nella Legge di Bilancio, nella quale non vennero proposte altre alternative. È rimasta ad oggi non correttamente disciplinata la figura della *doula*, e non ci sono stati ulteriori interventi per aumentare la rete di supporto alla neogenitorialità nello specifico.

CAPITOLO 3. SOSTEGNO FORNITO DALLE PIATTAFORME ONLINE

3.1. Gruppi di discussione su piattaforme social

La difficoltà dei neogenitori nel trovare informazioni e supporto che siano di facile e rapido accesso non ne diminuisce tuttavia la necessità. Nel momento in cui un genitore ha bisogno di aiuto e non riesce a trovare il supporto che cerca dalle istituzioni e dai professionisti si troverà a ricorrere ai consigli di amici e familiari. Tuttavia non sempre la rete sociale è facilmente accessibile, soprattutto in un periodo in cui le risorse come tempo ed energie sono impiegate nella cura del neonato e non possono essere usate per mantenere vivo anche il sistema delle relazioni sociali; per compensare a questa distanza ci si appoggia sempre più spesso all'uso dei telefoni cellulari, e in particolare alle occasioni fornite dalle piattaforme dei social network. In una ricerca condotta da Brunelli et al. nel 2022 è stato chiesto ad un campione di madri quali fossero le principali fonti da cui attingevano le informazioni per la cura del loro bambino: un terzo delle madri (33%) ha ammesso di informarsi prevalentemente tramite piattaforme online quali blog, forum o social media. Si presume che la percentuale sia effettivamente maggiore per l'influenza della desiderabilità sociale.³⁷

Il termine "*social media*" è usato per riferirsi ad un'ampia gamma di servizi online che operano con lo scopo di creare piattaforme di incontro tra utenti da varie parti del mondo. Spesso il termine è maggiormente associato ai social network, piattaforme usufruibili tramite accesso online o più comunemente tramite applicazioni. Si stima che in Italia nel gennaio 2024 ci fossero 42,8 milioni di utenti di social media, e di questi 26,1 milioni avessero un account Facebook. In particolare la fascia d'età inclusa tra i 25 e i 34 anni costituiva il 20,6% dell'intera utenza,³⁸ ed essa coincide con l'età media in cui più frequentemente avviene la nascita del primo figlio (che secondo il report natalità ISTAT 2023 è di 31,7 anni)³⁹. Da questi dati si può presupporre che un neogenitore in media sia portato a consultare Facebook più di altri social come fonte di informazione; inoltre il social network in questione propone la funzione di creare dei gruppi di discussione, pubblici o privati, focalizzati su determinati argomenti, in cui è possibile porre domande o condividere esperienze anche in anonimato. Molti di questi gruppi sono dedicati ad argomenti riguardanti la prima infanzia, dove i

diversi utenti condividono dei loro momenti di vita, timori o preoccupazioni per cercare di costruire una rete di supporto reciproco basato sulla condivisione di opinioni personali, derivanti da esperienze concrete.

Connettersi ai social media è un'operazione veloce, istantanea e di facile accesso: l'uso del telefono cellulare è una pratica già abituale per la maggioranza, e si è soliti ricorrervi in svariate occasioni. Inoltre i social non richiedono degli specifici requisiti per l'utilizzo, se non una limitazione di età. Le neomamme in particolare tendono a sentirsi isolate per i vincoli imposti dalla routine del bambino, e i social possono infondere la sensazione di non essere da sole, in quanto si viene a contatto con altre persone che stanno vivendo la stessa situazione e si rendono disponibili ad aiutare senza che ne traggano un rendiconto personale.⁴⁰ I social hanno poi un linguaggio comune e facilmente accessibile a chiunque.

Dal punto di vista economico un genitore potrebbe sentirsi scoraggiato dall'idea di rivolgersi a un professionista o a corsi privati per timore del costo elevato, mentre consultare o partecipare a gruppi di conversazione online non richiede alcun tipo di tariffa o iscrizione; oltretutto vengono meno l'eventuale bisogno di spostarsi di luogo, di sottostare a determinati orari e appuntamenti e l'imbarazzo di doversi mettere in gioco per interfacciarsi con estranei, poiché il cellulare è sempre accessibile ed è possibile disconnettersi in qualsiasi momento. Non è richiesta poi una partecipazione attiva: è possibile anche solo assistere passivamente alle conversazioni tra altri utenti senza prenderne parte, o trovare risposte ai propri dubbi se già qualcuno aveva posto lo stesso quesito.

Mauthner (1995)⁴¹ sostiene che, nella maggior parte dei casi, alle neomamme non manchi la possibilità di ricevere supporto sociale, ma che decidano di non parlare e chiedere aiuto per paura di essere giudicate non all'altezza del loro compito di madri, e preferiscano quindi ritirarsi dal contesto sociale. L'anonimato permesso da internet può fornire un luogo sicuro in cui potersi esprimere senza critiche o censure, dove le donne possono sentirsi più a loro agio rispetto ad un confronto con un amico o un parente⁴². Secondo Egan (2012)⁴³ inoltre i social media contribuiscono a normalizzare i comportamenti di richiesta d'aiuto e incoraggiano la ricerca di informazioni mediche.

I gruppi dedicati alla discussione della neogenitorialità forniscono la possibilità di confrontarsi con altri individui che stanno affrontando lo stesso percorso di vita; senza questo ausilio per molti genitori può essere talvolta difficile avere queste conoscenze nella propria cerchia sociale, soprattutto nel caso del primo figlio.

Frequentare queste stanze di discussione virtuale può avere però dei risvolti negativi. In primis bisogna tenere in considerazione che i consigli ricevuti sono spesso forniti da persone con le stesse competenze di coloro che li richiedono: le discussioni non sono moderate da esperti del settore ma ognuno può portare il proprio contributo. Spesso per questo si possono ricevere informazioni fuorvianti o anche pericolose, sia per la salute fisica che mentale di madre e bambino. Anche negli spazi in cui dei professionisti si propongono per dare il proprio contributo, essi hanno la stessa voce in capitolo di un qualunque altro utente, in quanto l'applicazione non fa alcuna discriminazione tra le fonti. Si rischia dunque la ricondivisione e l'adesione a luoghi comuni o pratiche poco adeguate.

Esporci a racconti o fotografie di vite altrui può innescare un confronto con il proprio vissuto, da cui spesso genera competitività che può portare a invidia e maggiore stress. Il senso di inadeguatezza può gravare su una fragilità preesistente, oppure far sentire la madre in obbligo di seguire determinate norme sociali e stereotipiche di genere pur di soddisfare quelle che percepisce essere le aspettative sociali.⁴⁰

Un corretto uso di internet implica poi il condividere meno informazioni personali possibile, soprattutto riguardo a minori, perché espone a numerosi rischi. L'anonimato non è sempre un sufficiente fattore protettivo, in quanto può essere aggirato, e anche condividendo un contenuto su un gruppo ristretto non si può mai avere realmente controllo di chi lo riceve.

Il desiderio di neomamme e neopapà di trovare degli spazi di confronto e supporto online, e i rischi a cui quelli disponibili pubblicamente espongono, rende evidente la necessità della creazione di ambienti sicuri, controllati e moderati da esperti.

3.2. Attuali applicazioni smartphone e gli ambiti ricoperti

Di fianco a siti blog e gruppi social si è vista negli ultimi anni anche la nascita di vere e proprie applicazioni smartphone dedicate a gravidanza e neonatalità. Nel 2017 esistevano già 325.000 app dedicate alla salute, e di queste la maggior parte si occupava della gravidanza.⁴⁴

Le applicazioni presentano i vantaggi di essere facilmente consultabili, sempre disponibili e avere un costo limitato, in quanto la maggior parte è fruibile gratuitamente o richiede un abbonamento a costo accessibile. I contenuti e le funzionalità delle applicazioni sono determinati e gestiti da chi le ha create, e non sono basate quindi su interventi esterni incontrollati come succede nei gruppi di discussione. È di fondamentale importanza per questo motivo valutare bene l'applicazione da scegliere in base all'autore e ai principi teorici a cui fa riferimento, compito non sempre facile per i neogenitori, data la vasta scelta di proposte e di argomenti. Ogni app infatti approfondisce tematiche diverse dalle altre, che possono riguardare la salute del neonato, della madre o altre aree. La maggior parte di esse si occupa di monitorare i parametri della gravidanza o del bambino dopo la nascita: ad esempio esistono applicazioni per registrare dati sul sonno, sull'allattamento, e su peso e crescita, come una sorta di diario per tenere traccia dello sviluppo del neonato. Nel 2022 è stata condotta un'indagine da un gruppo di ricercatori dell'Università degli Studi di Trieste (Brunelli et. al, 2022)⁴⁵ su un campione composto da madri in gravidanza e dai loro partner, a cui è stato chiesto quali fossero a loro avviso le informazioni importanti da includere nelle applicazioni di sostegno alla genitorialità. È emerso che le informazioni ritenute fondamentali, più di ogni altra, sono quelle che insegnano a riconoscere i segnali di allarme di malattie o complicanze, in modo da poter intervenire al più presto. Segue poi un interesse, soprattutto da parte dei padri, a ricevere informazioni tecniche generali su gravidanza e parto. Le madri si mostrano più interessate alle funzioni che permettono di monitorare i parametri del bambino rispetto a quelle che tengono conto dei propri, come il proprio peso e la qualità del sonno. Un aspetto emerso da sottolineare è la correlazione tra un basso reddito e l'importanza attribuita alla raccolta di dati e alla presenza di rimandi e notifiche,

che può suggerire un maggior bisogno di aiuto esterno per gestire le informazioni di salute del bambino nelle famiglie con basso status economico.

Scegliere a quale applicazione affidarsi è per un genitore non solo di fondamentale importanza ma anche un compito complesso. Lupton e Pedersen (2016)⁴⁶ riportano che il 12% delle madri ritengono che le app per la genitorialità siano inutili e approssimative; secondo un'analisi del 2019⁴⁷ la percezione di qualità di queste applicazioni dipende soprattutto da quanto esse sono curate dal punto di vista estetico e da quanto siano facili da utilizzare. Questi criteri di valutazione sono fuorvianti e non permettono una corretta scelta, in considerazione della scarsità di applicazioni realmente valide tra quelle disponibili: i ricercatori hanno infatti condotto un'analisi sulle 4.300 applicazioni disponibili al tempo su Google Play Store, e hanno trovato che solo 16 di queste (lo 0.4%) poteva essere considerata di avere un livello di qualità adeguata. Un più recente studio dall'Università degli Studi di Trieste (Brunelli et.al 2021)⁴⁴ ha utilizzato un metodo simile per analizzare quali applicazioni fossero disponibili su Apple App Store e Google Play Store in lingua italiana, e valutarne la qualità. Delle 684 app disponibili online ne sono state prese in considerazione 22, delle quali la maggior parte non soddisfaceva le aspettative, e una sola raggiungeva un punteggio del 50% in tutti i parametri considerati. Inoltre in ognuna di esse mancavano indicazioni su quali fossero le risorse accessibili sul territorio, a che figure professionali rivolgersi e come gestire le visite di controllo. I ricercatori hanno segnalato anche che la maggior parte di queste applicazioni è dedicata alla gravidanza, e trascura la gestione del nascituro, non permettendo una continuità nel percorso di cura. Viene evidenziata anche da questa ricerca la tendenza a scegliere e valutare più positivamente applicazioni esteticamente curate, facili da usare e che ricorrono a un linguaggio semplice, indipendentemente dall'effettiva validità di esse.

Le applicazioni dedicate a gravidanza e neogenitorialità sono molteplici, e ricoprono un ampio spettro di argomenti. Tuttavia da un'analisi più approfondita si nota che di esse quasi nessuna è fondata su principi scientifici o è validata, e la maggior parte fornisce un servizio di qualità scarsa. Da questo deriva una difficoltà per i genitori nel valutare come utilizzare queste risorse online, e spesso

la scelta è guidata da estetica o dalle recensioni fornite da altri utenti. Al giorno d'oggi rimangono una risorsa insostituibile e già di uso comune, da qui la necessità di sviluppare maggiori interventi di professionisti che utilizzino il canale delle applicazioni smartphone per raggiungere e dare un aiuto efficiente alle nuove famiglie.

CAPITOLO 4. UN'APPLICAZIONE IN VIA DI SVILUPPO DI SUPPORTO ALLE NEOMAMME

4.1. Principi teorici di riferimento

L'applicazione attualmente in via di sviluppo presso l'Università degli Studi di Padova è dedicata alla relazione madre-figlio nei primi mesi dal parto. Ha un approccio psicoeducativo e basa, quindi, il suo intervento sulla condivisione di informazioni, che non si focalizzano esclusivamente sullo sviluppo del bambino ma riguardano le caratteristiche dell'interazione tra madre e infante. Al centro dell'attenzione è posta l'osservazione del bambino, basandosi sull'idea che ciascuno di noi nasca con delle competenze relazionali, un proprio temperamento e carattere; dedicando del tempo a conoscere il proprio bambino si può creare una relazione che valorizzi le sue caratteristiche uniche più che applicando un metodo standardizzato. Dal comportamento manifesto del bambino è inoltre possibile imparare a riconoscerne gli stati interni, e una maggiore dimestichezza nella comprensione del proprio figlio può ridurre i livelli di stress per le neomadri. Infatti diversi studi hanno dimostrato che interventi psicoeducativi durante il primo periodo postnatale possono portare a una maggiore autoefficacia materna (Shorey et al., 2015), che può essere definita come la convinzione di una madre di poter svolgere con successo i compiti legati alla cura del neonato (Bandura, 1977). Secondo la teoria cognitiva sociale di Bandura un'elevata percezione di autoefficacia riduce lo stress ed è cruciale nel determinare la reazione emotiva di una persona a una situazione, influenzando così ciò che le madri provano, pensano e come si comportano (Coleman & Karraker, 2000; Jones & Prinz, 2005; Teti & Gelfand, 1991), e di conseguenza la qualità della relazione madre-bambino. Ad esempio, madri che hanno ricevuto una preparazione e un supporto inadeguati durante il periodo postnatale riferiscono di sperimentare una bassa autoefficacia nell'eseguire compiti genitoriali, rispetto a donne che si dichiarano ben preparate (Bowman, 2005). L'obiettivo specifico del programma di supporto proposto tramite applicazione è quindi quello di promuovere l'intersoggettività materna, ovvero la capacità delle madri di percepire e interpretare correttamente gli stati interni e nascosti di sé e dell'altro, come ad esempio intenzioni e sentimenti) (Zahavi & Overgaard, 2013).

Si ritiene che avere maggiori conoscenze sul bambino e sulle caratteristiche del suo percorso di sviluppo possa portare a una maggiore intersoggettività, in quanto modera il ruolo delle aspettative personali e promuove la formazione di rappresentazioni mentali basati su osservazione e capacità riflessiva (Rosenblum et al., 2008). Viene infatti incoraggiata l'osservazione del neonato, facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento di Ainsworth e in particolare sul costrutto di sensibilità materna, ossia la capacità di una madre di percepire, interpretare e rispondere accuratamente ai segnali e alla comunicazione del proprio bambino (Ainsworth, 1979). Viene preso in considerazione il bambino come agente attivo della relazione, in base all'assunto secondo cui i neonati possiedono molteplici abilità innate per adattarsi al loro ambiente e relazionarsi con gli altri fin dalla nascita (Trevarthen, 2011); per questo si ritiene importante che le madri riconoscano l'esistenza di un mondo interiore al proprio bambino, accessibile tramite il comportamento osservabile, per poterlo esplorare, capire, e fornire di conseguenza risposte sensibili e sintonizzate alle sue esigenze specifiche.

4.2. Struttura e funzionalità dell'applicazione e del programma di supporto

L'intervento è suddiviso in sei settimane, come suggerito da studi meta-analitici che dimostrano l'efficacia di interventi relativamente brevi (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Una volta creato il profilo del bambino si ha accesso alla prima parte, e le seguenti si sbloccano al passaggio delle settimane. Ogni parte è dedicata a un tema diverso, che sono: *"Impariamo ad osservare"*, *"Gli stati comportamentali"*, *"Il neonato è competente!"*, *"L'importanza del tempo"*, *"Il contatto fisico"*, *"Ascolta il tuo corpo"*. Ad inizio settimana viene chiesto alla madre quali siano le sue conoscenze sull'argomento e cosa voglia imparare di esso. L'intervento è poi composto da due parti: inizialmente la madre viene invitata alla visione di un breve video animato, in cui vengono date delle informazioni e delle indicazioni in merito al tema; è presente anche una parte di approfondimento che non riguarda strettamente il tema della settimana ma aggiunge delle curiosità su un argomento extra (*"L'importanza della relazione madre-bambino"*, *"Gli stati comportamentali del neonato"*, *"Il pianto del neonato"*, *"Il sonno del neonato"*, *"La*

nascita del sé corporeo”, “*L’importanza del supporto al benessere materno*”). Nella seconda parte la madre viene invitata a osservare nelle interazioni quotidiane quanto imparato, e prendere nota ogni giorno di cosa è riuscita a notare.

CONCLUSIONI

Il periodo che segue la nascita di un nuovo bambino è fondamentale per determinare il corso dello sviluppo successivo. L'ingresso di un nuovo membro nella famiglia pone i genitori di fronte alla necessità di riadattare le proprie risorse e il proprio spazio mentale per accoglierlo al meglio, il che implica una riorganizzazione anche delle dinamiche relazionali da una forma diadica a una triadica. È comune e normativo che questo procedimento porti conseguenze negative sulla soddisfazione nei confronti di se stessi e della relazione, e insinui dubbi nei neogenitori di non essere all'altezza di gestire il loro nuovo ruolo. Solitamente queste difficoltà diminuiscono nel tempo, fino al raggiungimento di un nuovo equilibrio, ma in alcuni casi la combinazione di difficoltà nella gestione della quotidianità e la presenza di fragilità personali preesistenti possono portare ad esiti negativi a lungo termine. Un esempio di essi è la depressione post-partum, una forma di depressione che segue i mesi del parto comune al 10-15% delle madri, e che in alcuni casi insorge anche nei padri; questo vissuto patologico nei genitori può portare a difficoltà nella creazione di un legame relazionale positivo con l'infante, che possono persistere anche dopo il miglioramento dei sintomi genitoriali.

È stato riscontrato in diversi studi come la percezione di supporto sociale sia uno dei più importanti fattori protettivi nella gestione dello stress specifico del periodo. Ne deriva la necessità di implementare forme di sostegno alla genitorialità che non si occupino solo delle situazioni emergenziali, ma che si dedichino alla prevenzione primaria anche nei casi in cui non sembrano esserci evidenti fattori di rischio.

Dal punto di vista statale la disponibilità di servizi a cui rivolgersi risulta esigua. I consultori familiari prevedono dei percorsi di assistenza neonatale, ma a causa della scarsità delle strutture presenti e delle risorse ad esse dedicate è spesso difficile trovare accesso a questo servizio. Lo stato italiano prevede dei sussidi in forma economica o di congedi lavorativi, che però non concernono direttamente la sfera della salute mentale. Il sistema attuale prevede la possibilità di accedere a 5-8 sedute di psicoterapia tramite il servizio sanitario locale, o di poter chiedere

aiuto attraverso il numero della Croce Rossa Italiana. Tuttavia il rischio è che queste vengano ritenute forme di supporto riservate a situazioni emergenziali, e che non vengano prese in considerazione nei casi di piccoli dubbi o insicurezze. Per colmare questa lacuna era stata proposta l'introduzione di una nuova figura, "*l'assistente materna*", che ha però sollevato pareri controversi riguardo la sua validità, e non è stata infine concretizzata.

Alla necessità di avere una rete di supporto sociale vengono incontro le opportunità fornite nell'era moderna dalle piattaforme online, le quali danno la possibilità di avere sempre a portata di mano e gratuitamente qualcuno con cui condividere la propria esperienza. Negli anni si sono creati spontaneamente gruppi di discussione nelle principali piattaforme social dedicati alla natalità in tutti i suoi aspetti, che permettono ai genitori di chiedere consigli senza temere imbarazzo e volendo anche in forma anonima. Questi però, non essendo moderati da professionisti, presentano l'incognita dell'effettiva competenza degli utenti con cui ci si interfaccia. Un'alternativa a cui sempre più utenti fanno ricorso è l'utilizzo di applicazioni per smartphone, che, a differenza dei social media, contengono solamente le informazioni fornite dallo sviluppatore. L'offerta di app dedicate alla neonatalità è molto ampia, risulta però che la maggior parte di esse presentino uno scarso livello di qualità e che i genitori non abbiano le risorse necessarie per valutarne la validità e scegliere le più appropriate.

Il grosso bacino di utenza che al giorno d'oggi si affida alle applicazioni può essere una risorsa importante per implementare interventi di supporto alla neonatalità che siano facilmente fruibili e accessibili da chiunque. Da questa considerazione nasce il progetto attualmente in fase di sperimentazione presso l'Università degli Studi di Padova di una nuova applicazione dedicata alla relazione madre-figlio.

BIBLIOGRAFIA

1. Corinna Recka Maria Haglb Robert Ohlrichc Anna-Lena Zietlowd, *From Interactive Regulation in Infancy to Relationship-Focused Interventions*, 2022.
2. Winnicott DW. *The child, the family, and the outside world*. Oxford: Penguin Books; 1969.
3. Annie Bernier, Stephanie M. Carlson, Marie Deschenes and Celia Matte-Gagne. *Social factors in the development of early executive functioning: a closer look at the caregiving environment*. *Developmental Science*, Volume 15, Issue 1, Pages 12 - 2012
4. Tambelli Renata, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Il Mulino (2017)
5. Zhang, W., Pan, Q. & Guo, B. *The significance of infant research for psychoanalysis*. *Humanity & Social Sciences Communications* (2022)
6. Peter Fonagy, George Gergali, Mary Target, *The parent–infant dyad and the construction of the subjective self*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:3/4 (2007), pp 288–328
7. Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, UK: Psychology Press.
8. Von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: Braziller.
9. LeMasters, E. E. (1957). *Parenthood as crisis*. *Marriage and Family Living*, 19(4), 352–355.
10. Pape Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., & Miller, N. (1991). *Becoming a family: Marriage, parenting, and child development*. In P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family transitions* (pp. 79–109). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
11. Pape Cowan, C., & Cowan, P. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
12. Pape Cowan, C., Cowan, P., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H., & Boles, A., III. (1985). *Transitions to parenthood: His, hers, and theirs*. *Journal of Family Issues*, 6(4), 451–481.

13. Dew, J., & Wilcox, W. B. (2011). *If momma ain't happy: Explaining declines in marital satisfaction among new mothers. Journal of Marriage and Family, 73*, 1–12.
14. Edelstein, R., Chopik, W., Saxbe, D., Wardecker, B., Moors, A., & LaBelle, O. (2017). *Prospective and dyadic associations between expectant parents' prenatal hormone changes and postpartum parenting outcomes. Developmental Psychobiology, 59*, 77–90.
15. Daniel N. Stern, *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, 1995
16. Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). *The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. Psychological Bulletin, 118*, 3–34.
17. Brian P. Don & Kristin D. Mickelson (2014) - *Relationship Satisfaction Trajectories Across the Transition to Parenthood Among. J of Marriage and Family.*
18. Bina, R. (2008). *The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. Health Care for Women International, 29*, 568 – 592.
19. Kristin D. Mickelson & Susanne N. Biehle (2017), *Gender and the Transition to Parenthood: Introduction to the Special Issue. Sex Roles, 76:271–275*
20. Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). *Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA: Journal of the American Medical Association, 303*, 1961 – 1969.
21. Goodman, J. H. (2004). *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. Journal of Advanced Nursing, 45*, 26–35.
22. Fatemeh Abdollahi, Munn-Sann Lye, Jamshid Yazdani Cherati, Mehran Zarghami (2021), *Depressive symptoms in men immediately after birth. Journal of Psychosomatic Research, 151*

23. Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). *Living with a depressed spouse. Journal of Family Psychology, 14*, 71–79.
24. Onoye, J., Shafer, L., Goebert, D., Morland, L., Matsu, C., & Hamagami, F. (2013). *Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. Archives of Women's Mental Health, 16*(6), 453–463
25. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. (2016) *Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016;203:292–331.*
26. Corinna Reck, Maria Hagl, Robert Ohlrich, Anna-Lena Zietlow (2023). *From Interactive Regulation in Infancy to Relationship-Focused Interventions. Psychopathology 2023; 56:64–74*
27. Toity Deave, Debbie Johnson & Jenny Ingram (2008), *Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy and Childbirth*
28. Bouchard, G. (2009). *Parents-to-be with overly optimistic expectations of parenthood: Who are they and what should counsellors do? Canadian Journal of Counselling, 43*, 165–177.
29. Mandy Mihelic, Ania Filus, Alina Morawaska (2016), *Correlates of Prenatal Parenting Expectations in new Mothers: Is Better Self-Efficacy a Potential Target for Preventing Postnatal Adjustment Difficulties? Society for Prevention Research*
30. Ministero della salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - Ufficio 2 - Ufficio di statistica. Modello di rilevazione STS11 Dati anagrafici delle strutture sanitarie, ex D.M. 5 dicembre 2006.
31. Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Antonio Michele Salvatore, Silvia Andreozzi, Mario Bucciarelli; Claudia Ferraro; Maria Pediconi e Serena Donati (2017), “*Analisi delle attività della rete dei consultori familiari per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all’ endometriosi*”, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

32. Nota Cgil nazionale, Area Stato sociale e Diritti (2024), *Documento Cgil per la difesa e il potenziamento dei consultori, fondamentali presidi per la promozione e la tutela della salute*.
33. Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS), www.inps.gov.it
34. Associazione della Croce Rossa Italiana, <https://cri.it/supporto-psicologico/>
35. Associazione della Croce Rossa Italiana, <https://cri.it/progetto-isode/>
36. Barkin JL, Bloch JR, Hawkins KC, et al. (2014) Barriers to optimal social support in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 43(4): 445–454.
37. Brunelli, L.; Bussolaro, S.; Dobrina, R.; De Vita, C.; Mazzolini, E.; Verardi, G.; Degrassi, M.; Piazza, M.; Cassone, A.; Starec, A.; et al. (2023). Exploring the Needs and Expectations of Expectant and New Parents for an mHealth Application to Support the First 1000 Days of Life: Steps toward a Co-Design Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20,1227
38. Meta Platforms, Inc's investor earnings report for 1Q 2024
39. Istituto Nazionale di Statistica, Natalità e fecondità della popolazione residente, 2023, <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf>
40. Brandon T. McDaniel, Sarah M. Coyne, Erin K. Holmes (2011), *New Mothers and Media Use: Associations Between Blogging, Social Networking, and Maternal Well-Being*, Springer Science+Business Media, LLC 2011
41. Mauthner NS (1995) Postnatal depression: the significance of social contacts between mothers. *Women's Studies International Forum* 18(3): 311–323.
42. Archer Catherine, Kao Kai-Ti (2018), *Mother, baby and Facebook makes three: does social media provide social support for new mothers?*, Media International Australia 2018, Vol. 168(1) 122-139
43. Egan J (2012) Health benefits of social media: women's health Queensland wide. *Health Journey* 2: 4–5.

44. Brunelli L., De Vita C., Cenedese F., Cinello M., Paris M., Samogizio F., Starei A., Bava M., Dal Cin M., Zanchiello S., Stampalija T. (2021), *Gaps and Future Challenges of Italian Apps for Pregnancy and Postnatal Care: Systematic Search on App Stores*, Department of Medical, Surgical and Health Sciences
45. Brunelli, L.; Bussolaro, S.; Dobrina, R.; De Vita, C.; Mazzolini, E.; Verardi, G.; Degrassi, M.; Piazza, M.; Cassone, A.; Starec, A.; et al. *Exploring the Needs and Expectations of Expectant and New Parents for an mHealth Application to Support the First 1000 Days of Life: Steps toward a Co-Design Approach*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, *20*,1227.
46. Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16:171.
47. Anila Virani, Linda Duffett-Leger, Nicole Letourneau (2019), *Parenting apps review: in search of good quality apps*, Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, AB, Canada