

LO SGUARDO SOCIOLOGICO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Una ricerca partecipativa e collaborativa
per promuovere un'ecologia dei saperi

a cura di
Alessandra Decataldo e Concetta Russo

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

INFERENZE

EVIDENZE

Inferenze/Evidenze

collana diretta da *Antonio Fasanella e Carmelo Lombardo*

Comitato scientifico: Maria Carmela Agodi (Università degli studi di Napoli Federico II), Giuseppe Anzera (Sapienza Università di Roma), Adele Bianco (Università degli studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara), Christian Borch (Copenhagen Business School), Andrea Borghini (Università di Pisa), Wayne Brekhus (University of Missouri/Columbia), Charles Crothers (Auckland University of Technology), Ernesto D'Albergo (Sapienza Università di Roma), Alessandra Decataldo (Università degli studi di Milano Bicocca), Giovanna Gianturco (Sapienza Università di Roma), Srebrenka Letina (University of Glasgow), Mariano Longo (Università del Salento), Krzysztof T. Konecki (University of Łódź), Alberto Marinelli (Sapienza Università di Roma), Paolo Parra Saiani (Università di Genova), Massimo Pendenza (Università degli studi di Salerno), Olli Pyyhtinen (University of Tampere), Hizky Shoham (Bar-Ilan University), Dieter Vandebroeck (Free University of Brussels), Petri Ylikoski (University of Helsinki).

Comitato editoriale: Maria Paola Faggiano (Sapienza Università di Roma), Veronica Lo Presti (Sapienza Università di Roma), Stefano Nobile (Sapienza Università di Roma), Lorenzo Sabetta (Sapienza Università di Roma), Barbara Sonzogni (Sapienza Università di Roma), Stefania Tusini (Università per Stranieri di Perugia).

Inferenze/Evidenze intende promuovere il pluralismo delle idee e un approccio integrato di teoria e ricerca, configurandosi come uno spazio di condivisione di prospettive concettuali, strategie di indagine ed esperienze empiriche centrate su un'ampia varietà di temi e problemi tipici del mondo contemporaneo. Guarda a percorsi investigativi capaci di valorizzare la pratica dell'immaginazione sociologica e, attraverso disegni di ricerca rigorosi e innovativi, ancorati a strutture teoriche e a sufficienti e controllate basi di dati, di favorire il più possibile lo sviluppo di programmi di ricerca pluralistici e integrati.

I volumi pubblicati sono sottoposti alla valutazione anonima di almeno due *referees* esperti.

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

LO SGUARDO SOCIOLOGICO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Una ricerca partecipativa e collaborativa
per promuovere un'ecologia dei saperi

a cura di
Alessandra Decataldo e Concetta Russo

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

Volume realizzato
con il contributo
di Fondazione Cariplo
(grant n. 2020-1331)



Sistema Socio Sanitario



Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835158851

Indice

Introduzione , di <i>Alessandra Decataldo, Concetta Russo</i>	pag. 7
1. La nascita prematura: la gestione del parto prematuro e il ricovero in TIN , di <i>Ester Capecchi, Stefano Enrico Martinelli, Ottavio Vitelli</i>	» 15
2. A piccoli passi: dalla terapia intensiva neonatale al pediatra di libera scelta , di <i>Salvatore Barberi, Chiara Paola Giovanettoni</i>	» 32
3. Allargare lo sguardo: il benessere dei genitori prematuri nella letteratura internazionale , di <i>Alessandra Decataldo, Noemi Novello</i>	» 39
4. Ascoltare le voci dei genitori: un progetto-azione partecipativo e collaborativo , di <i>Alessandra Decataldo</i>	» 54
5. Genitori prematuri: accompagnare al benessere , di <i>Valeria Gaia Brazzoduro, Alessandra Puzzeni</i>	» 77
6. Indagare il benessere dei genitori al momento delle dimissioni: una riflessione sui risultati del questionario , di <i>Concetta Russo, Marco Terraneo</i>	» 99
7. Le sfide dell'e-healthcare: ricchezze e limiti del monitoraggio digitale , di <i>Brunella Fiore, Paola Enrica Limongelli</i>	» 117
8. Narrare la prematurità: interviste in profondità e video-narrazioni , di <i>Concetta Russo</i>	» 135

9. Coinvolgere i genitori e la società civile: la comunicazione del progetto ParWelB , di <i>Noemi Novello</i>	pag. 153
Conclusioni , di <i>Alessandra Decataldo, Concetta Russo</i>	» 173
Gli autori	» 177

6. Indagare il benessere dei genitori al momento delle dimissioni: una riflessione sui risultati del questionario

di Concetta Russo, Marco Terraneo*

Introduzione

Questo capitolo presenta le caratteristiche del gruppo di genitori che hanno partecipato al progetto ParWelB, esaminando quanto emerso dai questionari somministrati al momento delle dimissioni del neonato. Ci si concentrerà in particolare sulle scale validate scelte per fotografare la situazione psico-sociale dei genitori al momento delle dimissioni, per stabilire se e in che misura alcune caratteristiche socio-economiche dei nuclei familiari siano associate alle differenze osservate negli esiti di benessere. Il capitolo introdurrà brevemente l'importanza dell'indagare le caratteristiche socio-demografiche dei genitori di bambini prematuri come fattori che possono moderare o esacerbare gli outcome psicologici della prematurità. In seguito si andrà a presentar la popolazione di riferimento: il gruppo di genitori che ha partecipato alla somministrazione del questionario e la struttura dello stesso. Infine, si discuteranno i risultati ottenuti attraverso l'analisi dei dati raccolti.

1. Diseguaglianze sociali e condizioni psico-sociali dei genitori

Le caratteristiche socio-economiche dei nuclei familiari, come l'istruzione, la classe sociale, la precarietà del lavoro, lo stato occupazionale e la nazionalità, sono state esaminate come fattori di rischio per il parto pretermine (Dolatian *et al.*, 2012; Weightman *et al.*, 2012). Tuttavia, la loro associazione con il livello di stress, di depressione e percezione di autoefficacia dei geni-

* Il capitolo è frutto del lavoro congiunto dei due autori; nonostante ciò, Concetta Russo è autrice dei paragrafi 1, 3, 6 e delle Conclusioni, mentre Marco Terraneo ha scritto i paragrafi 2, 4 e 5.

tori pretermine è stata raramente studiata in relazione alla complessità dell'esperienza di ricovero in una TIN (Dudek-Shriber, 2004; Ballantyne *et al.*, 2013; Stevenson, 2021).

Considerando che la nascita pretermine e il successivo ricovero del neonato in TIN influiscono notevolmente sui livelli di stress e di depressione dei genitori e sulla loro autoefficacia percepita, sembra rilevante indagare se vi siano predittori indipendenti che potrebbero moderare/aggravare gli esiti di stress/depressione/autoefficacia dei genitori di neonati prematuri. La letteratura sui livelli di stress/depressione/autoefficacia dei genitori pretermine si concentra principalmente su due serie di fattori come variabili moderatrici: a) le pratiche neonatali, come la comunicazione genitori-personale, e la partecipazione dei genitori al percorso terapeutico del neonato (come per esempio l'effetto della KMC) (Browne e Talmi, 2005); b) le condizioni cliniche del prematuro, come il peso alla nascita, l'età gestazionale e la durata del ricovero (Chiejina *et al.*, 2012).

Le disuguaglianze sociali sono state associate a esiti perinatali avversi, come parto pretermine e basso peso alla nascita (Fairley e Leyland, 2006; Dolatian *et al.*, 2012; Weightman *et al.*, 2012), tuttavia, i determinanti sociali di salute (come l'istruzione, la classe sociale, la precarietà del lavoro, la condizione occupazionale e la nazionalità) sono stati raramente studiati come fattori indipendenti (Dudek-Shriber, 2004; Ballantyne *et al.*, 2013; Stevenson, 2021). Inoltre, mentre il nostro approccio si focalizza sull'intera unità familiare, la scarsa letteratura prodotta sull'analisi dell'impatto delle caratteristiche socio-demografiche dei genitori sulla loro condizione di stress/depressione/autoefficacia si concentra sulla diade madre-bambino o sul padre nel suo ruolo di principale sostentamento economico della famiglia. Per esempio, Candelaria e colleghi (2006) hanno riscontrato che fattori come il livello di istruzione, il reddito, la dimensione della famiglia e lo status migratorio in correlazione con lo stress materno e la mancanza di supporto sociale siano fattori predittivi significativi di punteggi inferiori di sviluppo cognitivo e linguistico dei neonati prematuri. Dutta *et al.* (2016), indagando il ruolo di alcuni predittori di stress tra una popolazione di 80 padri di neonati pretermine ricoverati in TIN in India, hanno scoperto che le difficoltà finanziarie aumentavano i livelli di stress dei padri. Infine, tra i fattori demografici, l'età materna è stata studiata come moderatore dei livelli di stress delle madri pretermine, a causa della correlazione positiva tra l'aumento dell'età materna e gli esiti perinatali avversi (Pichler-Statchl *et al.*, 2019).

2. Le dimensioni indagate

Sulla base degli obiettivi esplorativi di questo capitolo, volti a descrivere la percezione dei genitori rispetto ad alcune dimensioni legate alla nascita prematura del proprio figlio, è stata condotta un'analisi di eterogeneità su quattro scale presenti nel questionario somministrato ai genitori alla dimissione del bambino dalla TIN.

Per le scale EPDS, PMP S-E e MSPSS (per una loro descrizione si rinvia al capitolo 4), i punteggi sono stati costruiti come semplice somma dei valori ottenuti sui singoli item che compongono la specifica scala. Per la scala EPDS, composta da 10 item, i valori di ogni item possono variare tra 0 e 3, con 0 che indica una condizione molto positiva (non depresso) e 3 una condizione molto negativa (molto depresso). Il range di variazione della scala è dunque compreso tra 0 e 30, con punteggi più alti che segnano un livello più elevato di depressione.

La scala PMP S-E, volta a valutare la percezione di autoefficacia dei genitori, è composta da 20 item, i cui valori possono variare tra quattro modalità, da “Fortemente in disaccordo” a “Concordo fortemente” (valori compresi tra -2 e +2). Il range di variazione è compreso tra -40 e +40, con i punteggi più elevati che indicano una maggiore autoefficacia percepita.

Infine, la scala MSPSS, volta a valutare il sostegno sociale percepito, comprende 12 item con sette modalità di risposta, da “Moltissimo in disaccordo”, valore -3, a “Moltissimo d'accordo”, valore +3, con il valore 0 come modalità neutrale. Il range di variazione è dunque compreso tra -36 e + 36, con i punteggi più alti che rivelano la percezione di poter contare su un maggiore sostegno.

La procedura di costruzione del punteggio è stata leggermente diversa per la scala PSS: NICU. La motivazione di tale differenza è dovuta alla quota di valori mancanti non trascurabile su alcuni item per diversi rispondenti. La scala PSS: NICU, si ricorda, è composta da quattro sotto-scale che guardano alle seguenti dimensioni ritenute fonte di stress per i genitori: gli stimoli visivi e i rumori; l'aspetto del bambino; il ruolo dei genitori nel rapporto con il proprio figlio e ciò che lo circonda; il comportamento e la relazione con lo staff. La strategia adottata è stata la seguente. In primo luogo, è stato calcolato il punteggio delle singole sotto-scale come somma dei valori dei diversi item che afferiscono alla sotto-scala di riferimento. Le modalità, per tutte le sotto-scale, sono comprese tra “Per niente stressante”, valore 1, a “Estremamente stressante”, valore 5. La prima sottoscala, “Stimoli”, comprende 5 item (range di variazione da 0 a 25); la seconda, “Aspetto”, 19 item (range di variazione tra 0 e 95); la terza, “Ruolo dei genitori”, 10 item (da 0 a 50); infine, l'ultima sotto-scala, “Staff”, include 11 item (range da 0 a 55). Poiché come detto, non tutti i genitori hanno dato risposta su tutti gli item, il

punteggio della sotto-scala è stato ottenuto dividendo il punteggio derivato dalla somma dei valori sugli item appartenenti alla sotto-scala per il totale del numero di risposte per la specifica sotto-scala. Infine, è stato calcolato anche un punteggio complessivo per la scala PSS: NICU, come somma dei punteggi delle quattro sotto-scale. Per tutte le sotto-scale e per il punteggio totale, valori più elevati indicano un livello più alto di stress percepito.

3. Le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

Dei 104 genitori che hanno partecipato e portato a termine questa fase del progetto il 56,7% erano donne: 58 erano partorienti e 46 partner (45 uomini e 1 donna), 11 padri si sono rifiutati di partecipare e 1 madre è morta durante il ricovero. L'età dei genitori variava dai 23 ai 53 anni, la metà di loro (53,4%) aveva meno di 35 anni, soglia considerata cruciale a livello nazionale per due motivi principali. Da un lato, secondo il Sistema Sanitario Nazionale italiano, le gravidanze che si verificano oltre questa soglia di età sono considerate *geriatriche* e sottoposte a un diverso processo di screening e monitoraggio. Sul fronte dell'occupazione, la soglia di 35 anni rappresenta una delle barriere di età più comuni per l'accesso ai sussidi per i giovani. Si è dunque deciso di dicotomizzare la variabile età in due classi: da 23 a 34 anni e da 35 a 53 anni.

La letteratura ha dimostrato che le differenze di nazionalità e lo status migratorio potrebbero avere un impatto sul benessere delle persone (Omoshin e Smith, 2019; Ramírez-Adrados, 2021). Per tenere conto dell'impatto della migrazione sulle traiettorie del corso di vita individuale, di è deciso di utilizzare la variabile "cittadinanza". Tuttavia, a causa dell'esiguo numero di partecipanti nati all'estero (il 76,9% dei partecipanti allo studio è nato in Italia), è stato necessario dicotomizzare la cittadinanza in "italiana" e "straniera". I livelli di istruzione dei genitori rappresentati sono l'istruzione primaria (11,5%), l'istruzione secondaria (51,9%) e l'istruzione terziaria (36,6%); a causa dei numeri esigui della popolazione di riferimento, anche l'istruzione è stata dicotomizzata in medio-bassa (MB, istruzione primaria e secondaria) e alta (A, istruzione terziaria). Per quanto riguarda l'occupazione, l'86,4% dei genitori era occupato (97,8% degli uomini e 77,6% delle donne). A causa del basso numero dei partecipanti, le sei classi socio-occupazionali della classificazione standard¹ sono state ridotte a due ampie classi (Artazcoz *et al.*,

¹ La *Standard Occupational Classification* (SOC) è una classificazione comunemente utilizzata in letteratura ed elaborata nel Regno Unito, per questo è anche nota come "classificazione britannica" (Artazcoz *et al.*, 2005).

2005): lavoratori non manuali (73,3%) (che include: personale manageriale, del terziario avanzato e liberi professionisti; occupati di livello intermedio e dirigenti nel commercio) e lavoratori manuali (26,7%) (che comprende: operai specializzati e semi specializzati; e operai non specializzati).

4. Analisi dei dati

Le statistiche descrittive per le quattro scale (e le quattro sotto-scale della scala PSS NICU): sono riportate in tabella 1.

Tab. 1 – Statistiche descrittive delle scale e sotto-scale oggetto di analisi

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Dev. std.</i>	<i>Mediana</i>	<i>Minimo</i>	<i>Massimo</i>
PSS NICU	Stimoli	95	2,0	0,8	2,0	1,0	4,0
	Aspetto	102	2,3	0,9	2,1	1,0	4,7
	Ruolo genitori	101	2,5	0,9	2,5	1,0	4,4
	Staff	98	1,0	0,9	1,0	0,0	3,7
	Totale	90	8,0	2,5	7,8	3,4	14,5
EPDS		104	7,5	5,4	6,5	0,0	20,0
PMP S-E		101	21,9	11,2	22,0	-9,0	43,0
MPSS		104	26,7	10,5	28,0	0,0	60,0

Le variabili utilizzate per l'analisi di eterogeneità sono sette. Dato che la popolazione disponibile è esigua, 104 casi, è stato deciso che le variabili in oggetto assumessero una forma dicotomica, per evitare che la distribuzione dei casi tra numerose modalità rendesse i risultati ottenuti poco attendibili (visto che necessariamente in presenza di numerose modalità alcune di esse avrebbero raccolto un numero molto ridotto di casi). Le sette variabili sono le seguenti: età; sesso; istruzione (bassa/media, diploma o inferiore; alta, laurea o superiore); cittadinanza, italiana o straniera; occupazione, manuale o non manuale; gravità della prematurità sulla base del numero di settimane alla nascita del bambino, estremamente grave o moderatamente grave; infine, gravità della prematurità sulla base del peso alla nascita del bambino, estremamente grave o moderatamente grave.

La tabella 2 mostra le statistiche descrittive di queste variabili.

Tab. 2 – Statistiche descrittive delle variabili utilizzate per l'analisi di eterogeneità

		<i>N</i>	%
Età (in classi)	23-34 anni	44	42,7
	35-53 anni	59	57,3
	Totale	103	100,0
Sesso	Donne	59	56,7
	Uomini	45	43,3
	Totale	104	100,0
Istruzione	Basso/medio	66	64,1
	Laurea o più	37	35,9
	Totale	103	100,0
Cittadinanza	Italiana	85	81,7
	Straniera	19	18,3
	Totale	104	100,0
Occupazione	Manuale	24	26,7
	Non manuale	66	73,3
	Totale	90	100,0
Gravità – 1	Estrema/molto alta	36	34,6
	Moderata/lieve	68	65,4
	Totale	104	100,0
Gravità – 2	Estrema/molto alta	44	42,3
	Moderata/lieve	60	57,7
	Totale	104	100,0

Per stabilire se le differenze tra le modalità delle variabili utilizzate nell'analisi siano statisticamente significative, è stato applicato il test di Wilcoxon, noto anche come test di Mann-Whitney. Si tratta di un test statistico non parametrico utilizzato per confrontare due campioni indipendenti, che si basa sui ranghi e può essere utilizzato in tutti quei casi nei quali non è consigliabile effettuare un confronto tra medie. È impiegato quando i dati non soddisfano i requisiti per l'applicazione del test t di Student per campioni indipendenti, in particolare quando i dati non sono distribuiti normalmente o quando le deviazioni dalla normalità non possono essere corrette tramite trasformazioni, nonché le dimensioni campionarie sono ridotte ($n < 30$ casi in almeno un campione).

Se il *p-value* che restituisce il test è inferiore al livello di significatività prefissato (è stato scelto lo 0,1), allora è possibile rifiutare l'ipotesi nulla e concludere che ci sono differenze significative tra i due gruppi.

5. Risultati

La tabella 3 riporta i risultati dell'analisi di eterogeneità condotta sulle scale (e sotto-scale) considerate in questo lavoro. Sono riportati i valori medi e la statistica z solo per le relazioni che risultano statisticamente significative secondo il test di Wilcoxon (si ricorda, $p\text{-value} < 0,1$).

Si parte dalla PSS: NICU e dalle sue sotto-scale (Russo, Decataldo e Fiore, 2023). Come si osserva, sono due le variabili associate a variazioni statisticamente significative nei punteggi per tutte le sotto-scale (con l'eccezione di quella relativa allo staff) e al punteggio totale: il sesso e l'occupazione. Le madri mostrano livelli di stress più elevati, come forse ci si poteva attendere (Matricardi *et al.*, 2013), rispetto ai padri (punteggio medio delle donne sulla scala complessiva pari a 9,04, per gli uomini 6,54); d'altra parte, per coloro che svolgono un'attività manuale si registrano valori medi di stress più elevati di chi invece è impegnato in un'attività non manuale (sul punteggio totale della scala, per i lavoratori manuali si registra un valore di 8,22, per i non manuali di 6,42). Né in relazione alla gravità delle condizioni del figlio (sia in termini di numero di settimane alla nascita sia come peso alla nascita), né alla cittadinanza emergono differenze statisticamente significative. Si osservano solo due altre relazioni degne di nota: l'associazione tra l'età e la sotto-scala "Ruoli genitoriali", con i soggetti più giovani leggermente più stressati di quelli con 35 anni o più (punteggio rispettivamente di 2,61 e 2,36); l'istruzione per la sotto-scala "Stimoli", con gli individui più istruiti che dichiarano livelli di stress più elevati dei meno istruiti (punteggio medio di 2,19 contro 1,88 rispettivamente), anche se comunque bassi nel complesso.

Si passa ora a vedere quali associazioni emergono tra le variabili socio-demografiche dei genitori e il livello di gravità del prematuro con le altre tre scale considerate, EPDS, PMP S-E e MSPSS (tab. 4).

Per quanto riguarda la scala EPDS, che misura il grado di depressione dei genitori, le differenze statisticamente significative che emergono dall'analisi sono quattro. I soggetti più giovani (23/34 anni) mostrano punteggi medi più elevati – dunque mostrano sintomi di depressione più elevati – di quelli con età più alta (35 anni o più), punteggi rispettivamente di 8,23 contro 6,80. Le madri si dichiarano decisamente più depresse dei padri, con le prime che fanno segnare un punteggio medio doppio rispetto ai secondi (9,56 contro 4,73). Infine, per questa scala, la gravità della prematurità, sia in termini di settimane alla nascita che di peso alla nascita, è associata a un diverso (e statisticamente significativo) grado di depressione. Forse, però, contrariamente alle attese, livelli di depressione più elevati si osservano tra i genitori con figli con prematurità moderatamente grave rispetto a quelli i cui nati si trovavano in una situazione molto più critica (per Gravità 1, 5,81, contro 8,35; per Gravità 2, 5,86 contro 8,65).

Tab. 3 – Analisi di eterogeneità per la scala, e le sue sotto-scale, PSS: NICU

	PSS: NICU				
	Stimoli	Aspetto	Ruolo genitori	Staff	Totale
<i>Età</i>			Media 23/34 = 2,61 35/53 = 2,36 Wilcoxon ranksum test z = 1,616 (0,1062)		
23-34 anni (23/34) vs 35-53 anni (35/53)					
<i>Sesso</i>			Media D = 2,81 U = 1,96 Wilcoxon ranksum test z = 4,861 (0,0000)		Media D = 9,04 U = 6,54 Wilcoxon ranksum test z = 4,666 (0,0000)
Donne (D) vs uomini (U)					
<i>Istruzione</i>					
Medio-bassa (MB) vs alta (A)					
	Media MB = 1,88 A = 2,19 Wilcoxon ranksum test z = -2,198 (0,0279)	Media D = 2,69 U = 1,80 Wilcoxon ranksum test z = 4,615 (0,0000)	Media D = 2,81 U = 1,96 Wilcoxon ranksum test z = 4,861 (0,0000)		
<i>Cittadinanza</i>					
italiana (I) vs straniera (S)					
	Media M = 1,55 NM = 2,06 Wilcoxon ranksum test z = -2,879 (0,0040)	Media M = 1,90 NM = 2,36 Wilcoxon ranksum test z = -1,903 (0,0571)	Media M = 0,66 NM = 1,16 Wilcoxon ranksum test z = -2,362 (0,0182)	Media M = 6,42 NM = 8,22 Wilcoxon ranksum test z = -2,642 (0,0082)	
<i>Occupazione</i>					
Manuale (M) vs non manuale (NM)					
<i>Gravità 1 – settimane</i>					
Estrema (E) vs moderata (M)					
<i>Gravità 2 – peso</i>					
Estrema (E) vs moderata (M)					

Tab. 4 – Analisi di eterogeneità per le scale EPDS, PMP S-E e MSPSS

	EPDS	PMP S-E	MSPSS
<i>Età</i> 23-34 anni (23/34) vs 35-53 anni (35/53)	Media 23/34 = 8,23 35/53 = 6,80 Wilcoxon ranksum test z = 1,688 (0,0915)	Media D = 25,13 U = 17,31 Wilcoxon ranksum test z = 3,429 (0,0006)	Media D = 29,15 U = 23,47 Wilcoxon ranksum test z = 3,130 (0,0017)
<i>Sesso</i> Donne (D) vs uomini (U)	Media D = 9,56 U = 4,73 Wilcoxon ranksum test z = 4,702 (0,0000)	Media D = 25,13 U = 17,31 Wilcoxon ranksum test z = 3,429 (0,0006)	Media D = 29,15 U = 23,47 Wilcoxon ranksum test z = 3,130 (0,0017)
<i>Istruzione</i> Medio-bassa (MB) vs alta (A)			
<i>Cittadinanza</i> Italiana (I) vs straniera (S)			Media I = 27,33 S = 23,84 Wilcoxon ranksum test z = 1,743 (0,0813)
<i>Occupazione</i> Manuale (M) vs non manuale (NM)			
<i>Gravità 1 – settimanale</i> Estrema (E) vs moderata (M)	Media E = 5,81 M = 8,35 Wilcoxon ranksum test z = -2,301 (0,0241)	Media E = 24,72 M = 20,31 Wilcoxon ranksum test z = 1,725 (0,0844)	
<i>Gravità 2 – peso</i> Estrema (E) vs moderata (M)	Media E = 5,86 M = 8,65 Wilcoxon ranksum test z = -2,421 (0,0155)	Media E = 24,28 M = 20,10 Wilcoxon ranksum test z = 2,012 (0,0442)	

Nota: le tabelle riportano, per le scale e sotto-scale analizzate, i punteggi medi e la statistica del Wilcoxon ranksum test (valore z e p-value) per le sole variabili le cui differenze tra le modalità risultano statisticamente significative (Wilcoxon ranksum test p-value < 0,1).

Se si guarda ora all'autoefficacia percepita (scala PMP S-E), si osserva che le madri, pur più depresse, come emerge dall'analisi precedente, mostrano livelli medi di autoefficacia decisamente più elevati di quelli dei padri (25,13 e 17,31 rispettivamente). D'altra parte, in linea con quanto appena discusso rispetto alla gravità della condizione del prematuro, l'autoefficacia risulta maggiore per i genitori con figli in condizioni più gravi (Gravità 1, 20,31 contro 24,72; Gravità 2, 20,10 contro 24,28). La spiegazione delle relazioni – forse – inattese tra gravità e depressione e gravità e autoefficacia meritano certamente una riflessione, per la quale si rimanda al paragrafo della discussione.

Infine, l'ultima scala su cui è stata condotta l'analisi di eterogeneità è quella intesa a valutare il sostegno sociale ricevuto dai genitori (scala MSPSS). Solo due variabili risultano associate in modo statisticamente significativo a questa scala. Ancora una volta il sesso, con la componente femminile che fa registrare punteggi più elevati e dunque la percezione di un maggiore sostegno (punteggio di 29,15 contro il valore di 23,47 dei padri) e la cittadinanza dei rispondenti, con i genitori di origine straniera che dichiarano – anche in questo caso non sorprendentemente – di poter contare meno sull'aiuto e il supporto di altri rispetto ai cittadini italiani (23,84 contro 27,33).

6. Discussione

Quando si riflette sull'impatto che la nascita di un bambino prematuro (e la sua successiva ospedalizzazione nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva) ha sui suoi genitori, si è facilmente portati a credere che i livelli di stress e depressione e la percezione di essere (o no) preparati ad affrontare la genitorialità dipendano quasi esclusivamente dal quadro clinico del neonato. Ci si aspetta, per esempio, che a una più grave prematurità del neonato (in termini di età gestazionale e di peso alla nascita) corrisponda un aggravarsi delle condizioni psicologiche dei suoi genitori, e al contrario che una prematurità meno grave sia affrontata dai genitori del neonato con una maggiore serenità di spirito.

Nonostante queste aspettative dettate dal senso comune non siano necessariamente completamente errate (si veda per esempio lo studio di Chiejina *et al.*, 2012), sono però insufficienti a comprendere la complessità dei fattori che giocano un ruolo nel moderare/aggravare l'impatto dell'esperienza della TIN sul benessere della triade madre/padre/bambino. In questo capitolo si è cercato di mettere a fuoco in particolare il modo in cui le caratteristiche socio-demografiche di ciascun nucleo familiare possano agire come predittori indipendenti di stress, depressione e autoefficacia.

Nello studio si è potuto osservare come, per quanto concerne la valutazione dei livelli di stress dei genitori al momento delle dimissioni, la gravità delle condizioni del neonato (misurata in settimane di gestazione e peso alla nascita) non sembra avere alcun peso nel determinare quanto stressante sia stato per i genitori il periodo del ricovero, in nessuno dei suoi aspetti. In sede quantitativa è difficile attribuire una spiegazione a questo risultato basandosi sulla letteratura esistente – che individua nella gravità della prematurità un solido predittore dei livelli di stress genitoriale (Dudek-Shriber, 2004; Carter *et al.*, 2007; Chiejina *et al.*, 2012) – ma nel capitolo 8, in cui saranno esplorati i risultati delle interviste in profondità, si proverà ad avanzare qualche ipotesi. Per ora ci si limita a sottolineare come la sociologia della salute – e in particolare la *Narrative Based Medicine* (Bury, 2005) – abbia insegnato che l’oggettività del quadro clinico (*disease*) non necessariamente coincide con l’esperienza soggettiva della malattia (*illness*) (Giarelli, 2009).

Complessivamente, coerentemente con la letteratura (Matricardi *et al.*, 2013), in questo studio le madri hanno registrato livelli di stress maggiori di quelli dei loro consorti. Per interpretare questo risultato, è necessario considerare che l’adesione a modelli stereotipati e tradizionali – che vedono le donne impegnate nel lavoro di cura e gli uomini principali produttori di reddito – è ancora comune in Italia (Manzo e Minello, 2020). Inoltre, sebbene la maggior parte delle TIN in diversi paesi europei abbia abbracciato una politica di assistenza neonatale che incoraggia i genitori a prendere parte alla cura dei loro bambini, il coinvolgimento dei padri è ancora generalmente limitato in Italia (Ionio *et al.*, 2016 e 2019a). Pertanto, anche senza conoscere la frequenza delle visite alla TIN dei partecipanti allo studio, è coerente supporre che i padri siano solitamente meno coinvolti delle madri nelle pratiche e nelle attività di formazione alla cura dei neonati come il contatto pelle a pelle e la KMC, e che tendano a rimandare la costruzione di una relazione di cura con i loro bambini all’avvenuta dimissione (Matricardi *et al.*, 2013; Ionio *et al.*, 2016). Sebbene la differenza nei livelli di stress registrati tra i genitori potrebbe dunque essere influenzata dall’abitudine dei padri di essere meno coinvolti nel processo di ricovero dei neonati (Dutta *et al.*, 2006; Ionio *et al.*, 2019b), è necessario anche considerare che lo studio è stato condotto mentre erano ancora in vigore le regole di contingentamento degli accessi di visita ai reparti ospedalieri implementate per contenere la diffusione del COVID-19, che hanno comportato un accesso limitato ai reparti per il gruppo di padri con bambini ricoverati in terapia sub-intensiva (N = 13)².

² È necessario specificare che lo studio ha coinvolto due reparti che hanno preso decisioni diverse in termini di adesione alle norme riguardanti il contenimento della pandemia. Il re-

Tra le caratteristiche socio-demografiche indagate, i risultati suggeriscono che sia la condizione occupazionale ad avere il maggiore impatto sui livelli di stress dei genitori, e in particolare che i genitori che svolgono attività manuali risultino più stressati dei genitori che svolgono attività non manuali. Per comprendere questo possiamo partire dal considerare che le misure di svantaggio sociale (come la condizione occupazionale e il reddito familiare) aumentino sia il rischio di parto prematuro che quello di basso peso alla nascita (Dolatian *et al.*, 2012; Weightman *et al.*, 2012; Stevenson, 2021). Tuttavia, sono ancora pochi gli studi che hanno indagato l'impatto di tali caratteristiche sul livello di stress dei genitori dopo il parto (Dudek-Shriber, 2004; Carter *et al.*, 2007; Ballantyne *et al.*, 2013). Una possibile spiegazione potrebbe essere che i lavoratori non manuali abbiano una maggiore probabilità di avere migliori condizioni di lavoro (per esempio un orario lavorativo non sviluppato su turni, con i weekend liberi) e che questo abbia comportato la possibilità di trascorrere più tempo con i loro bambini in TIN rispetto ai lavoratori manuali. Trascorrendo più tempo in TIN, i lavoratori non manuali avrebbero potuto avere maggiore accesso ai momenti di formazione e di attenzione psicologica dedicati ai genitori dal personale di reparto rispetto ai lavoratori manuali, con un effetto positivo sui loro livelli di stress.

Infine, ci si sofferma brevemente su due risultati significativi ma limitati a due specifiche sotto-scale, l'impatto dell'età genitoriale nella sotto-scala "Ruolo dei genitori" e l'impatto dell'istruzione nella sotto-scala "Stimoli". In questo studio, l'aumento dell'età dei genitori appare un fattore di moderazione, con i genitori under 35 che mostrano dei livelli di stress leggermente più alti, probabilmente, visto il focus della sotto-scala, per via di una maggiore incertezza legata allo sviluppo del loro ruolo genitoriale correlata a una più giovane età. Più complesso da spiegare è l'impatto aggravante dell'istruzione sui livelli di stress misurati dalla sotto-scala "Stimoli", che guarda allo stress indotto dagli stimoli uditivi e visivi prodotti dai macchinari utilizzati per la cura dei neonati. Si può dunque solo ipotizzare che a un maggior livello di istruzione corrisponda una maggiore competenza nella lettura dei valori riportati dai monitor e che questo causi un aumento del livello di stress correlato.

Si passa ora a commentare i risultati della misurazione dei livelli di depressione e di autoefficacia dei genitori al momento della dimissione del neo-

parto di TIN dell'Ospedale Niguarda ha deciso di non contingentare gli accessi dei genitori, mentre il reparto di sub-TIN dell'Ospedale di Rho ha concesso per alcuni mesi l'accesso libero a un solo genitore, mentre il secondo genitore (solitamente il padre) aveva possibilità di accedere un solo giorno alla settimana.

nato. Anche in queste scale è possibile apprezzare il solo parziale impatto del quadro clinico del neonato sui livelli di depressione dei genitori e sulla loro autoefficacia percepita, i risultati suggeriscono infatti che i genitori di neonati con una prematurità moderatamente grave abbiano mediamente livelli di depressione più alti dei genitori i cui neonati versano in situazioni più critiche. Inoltre, anche i livelli di efficacia risultano maggiori fra i genitori con neonati in condizioni di maggiore gravità. Anche in questo caso è difficile commentare questo risultato, ma è necessario considerare alcuni fattori. Per quanto riguarda i livelli di depressione, è opportuno tenere in conto che la nascita prematura più grave è spesso anticipata da una gravidanza a rischio, o comunque problematica (Chodorow, 2003), il che potrebbe in qualche modo “preparare” i genitori al parto prematuro o a esiti peggiori (come la morte perinatale), con il conseguente effetto di alleggerire l’impatto della prematurità una volta accertato lo stato di superato pericolo di morte del neonato³. Invece, per quanto concerne l’autoefficacia percepita, è ragionevole pensare che i genitori con neonati con una prematurità più grave abbiano ricevuto maggiori attenzioni dallo staff ospedaliero rispetto a quelli con bambini con prematurità meno grave, sia in ragione della loro appunto maggiore gravità, sia a causa di una conseguente più lunga degenza in reparto, e che questo abbia portato a un maggiore sviluppo di consapevolezza delle pratiche neonatali e di conseguenza a una maggiore autoefficacia percepita.

È stato dimostrato che il parto pretermine influisce negativamente sul benessere psicologico delle madri, causando sintomi che vanno da ansia e depressione al PTSD (Dillard, 2013; Ionio e Di Blasio, 2014). Anche per quanto concerne i livelli di depressione, così come per i livelli di stress nel nostro studio, coerentemente con la letteratura citata, le madri hanno mostrato livelli di depressione molto più alti di quelli dei padri. Fra le cause di questo discrimine la letteratura invita a considerare la difficoltà per le madri di bambini prematuri di avviare l’allattamento al seno. In effetti, gli studiosi hanno scoperto che non avere la possibilità di allattare mette alla prova il senso materno delle donne (Bernaix *et al.*, 2006), incidendo sullo stress e sui livelli di depressione (Park *et al.*, 2016; Ericson *et al.*, 2021). Rimane a ogni modo valido quanto espresso in merito ai livelli di stress: un maggiore coinvolgimento nelle attività di cura del neonato prematuro potrebbe incidere negativamente sul benessere psicologico delle madri, ed essere invece la causa di un maggiore senso di autoefficacia (come sembrano indicare i risultati dello studio). Mentre i padri potrebbero mostrare livelli più elevati

³ Si avrà modo di approfondire questa ipotesi nel capitolo 8 in cui verranno analizzate le interviste in profondità.

di depressione e di stress nei mesi successivi alla dimissione (Alexopoulou *et al.*, 2018), ma proprio a causa del loro minore coinvolgimento mostrano livelli minori di autoefficacia percepita.

In ultimo, i risultati relativi al sostegno socio-familiare percepito, registrano solo due dati significativi. Le madri percepiscono di ricevere un maggiore sostegno rispetto ai padri, secondo quanto emerge in letteratura (Kim, 2018). Questo potrebbe essere dovuto al fatto che i padri cercano primariamente di ricevere supporto dagli operatori sanitari, dalle loro partner e quando il ricovero in TIN è particolarmente lungo da altri padri di neonati prematuri. Al contrario le madri riescono a estendere le loro richieste di supporto fuori dalle reti ospedaliere e fanno affidamento sulla famiglia e secondariamente sugli amici. Il secondo e ultimo dato significativo riguarda invece la cittadinanza dei rispondenti. I genitori non italiani dichiarano di ricevere minore sostegno socio-familiare, come conseguenza della maggiore difficoltà di ricevere supporto da familiari e amici che potrebbero non vivere sul territorio nazionale.

Conclusioni

Le principali limitazioni dello studio qui presentato sono quattro. Innanzitutto, la dimensione del gruppo dei partecipanti è piccola e questo può portare a stime distorte. In secondo luogo, per ragioni etiche, non c'è stata una somministrazione anticipata del questionario che catturasse la fase acuta dello stress, subito dopo il parto (Ionio *et al.*, 2019b); pertanto, non possiamo stabilire in che modo lo stress correlato alla TIN degli intervistati sia cambiato durante l'ospedalizzazione. In terzo luogo, sempre per ragioni etiche, i bambini con prognosi incerta non sono stati inclusi nello studio. Avere diversi tipi di gravità della prognosi avrebbe reso possibile un confronto degli esiti dello stress e della depressione da una prospettiva diversa, e avrebbe magari modificato l'impatto rilevato della gravità della prematurità. Infine, per ragioni riguardanti l'articolazione dello studio come funzionale al monitoraggio e alla presa in carico dei genitori che necessitavano supporto psicologico, la popolazione include solo genitori che parlano fluentemente in italiano o in inglese. Quest'ultima caratteristica, restringendo la platea degli intervistati appartenenti a minoranze etniche, potrebbe potenzialmente rappresentare una fonte di bias nella valutazione dell'impatto della variabile cittadinanza.

Nonostante i suddetti limiti, questo studio promuove il dibattito sulla nascita pretermine e sul suo impatto sugli esiti dello stress, della depressione e dell'autoefficacia percepita dei genitori e potrebbe essere utile nell'elaborazione di misure di contenimento del danno per i responsabili politici e

gli operatori sanitari. Per esempio, considerare che le caratteristiche socio-demografiche dei genitori agiscono come fattori di stress indipendenti, e in particolare che il sesso, la condizione occupazionale e l'età giocano un ruolo nei livelli di stress e di depressione dei genitori di bambini ospedalizzati può essere utile al personale sanitario per elaborare migliori e più repentine strategie di presa in carico o per l'attivazione di un supporto mirato al benessere psicologico per i genitori pretermine. Sostenere i genitori di bambini nati pretermine è importante se si vuole ridurre l'impatto della nascita pretermine sulla salute mentale dei genitori, sullo sviluppo dei loro figli e sui costi che questi ultimi hanno per la società nel suo complesso.

Riferimenti bibliografici

- Alexopoulou P., Evagelou E., Mpakoula-Tzoumaka C., Kyritsi-Koukoulari E. (2018), "Assessing anxiety and depression in parents of preterm infants", *Journal of Neonatal Nursing*, 24 (5), pp. 273-276.
- Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortès I. (2005), "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59 (9), pp. 761-767.
- Ballantyne M., Benzies K.M., Trute B. (2013), "Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 1-10.
- Barnes C.R., Adamson-Macedo E.N. (2007), "Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates", *Journal of Advanced Nursing*, 60 (5), pp. 550-560.
- Bernaix L.W., Schmidt C.A., Jamerson P.A., Seiter L., Smith J. (2006), "The NICU experience of lactation and its relationship to family management style", *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 31 (2), pp. 95-100.
- Browne J.V., Talmi A. (2005), "Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit", *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (8), pp. 667-677.
- Bury M. (2005), *Health and illness*, John Wiley & Sons, Hoboken.
- Candelaria M., Teti D.M., Black M.M. (2011), "Multi-risk infants: Predicting attachment security from sociodemographic, psychosocial, and health risk among African-American preterm infants", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (8), pp. 870-877.
- Carter J.D., Mulder R.T., Darlow B.A. (2007), "Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors", *Personality and Mental Health*, 1 (1), pp. 40-50.
- CeDAP (2017), Certificato di assistenza al parto (CeDAP), Analisi dell'evento nascita – Anno 2017, Direzione generale della digitalizzazione del Sistema Infor-

- mativo Sanitario e della Statistica, disponibile al sito https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2931_allegato.pdf.
- Chiejina E., Ebenebe R., Odira C. (2012), “Relationships between stress experienced by parents of hospitalized infants in NICU and the infants’ characteristics”, *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3 (7), pp. 1340-1344.
- Chodorow N.J. (2003), “‘Too late’: Ambivalence about motherhood, choice, and time”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (4), pp. 1181-1198.
- de Jong M., Verhoeven M., Lasham C.A., Meijssen C.B., van Baar A.L. (2015), “Behaviour and development in 24-month-old moderately preterm toddlers”, *Archives of Disease in Childhood*, 100 (6), pp. 548-553.
- DeMier R.L., Hynan M.T., Hatfield R.F., Varner M.W., Harris H.B., Manniello R.L. (2000), “A measurement model of perinatal stressors: Identifying risk for postnatal emotional distress in mothers of high-risk infants”, *Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), pp. 89-100.
- Dillard D.M. (2013), “Post-traumatic stress disorder and neonatal intensive care”, *International Journal of Childbirth Education*, 28 (3), pp. 23-29.
- Dolatian M., Mirabzadeh A., Forouzan A.S., Sajjadi H., Alavi Majd H., Moafi F. (2012), “Preterm delivery and psycho-social determinants of health based on World Health Organization model in Iran: a narrative review”, *Glob. J. Health Sci.*, Nov., 4, 5 (1), pp. 52-64.
- Dudek-Shriber L. (2004), “Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics”, *American Journal of Occupational Therapy*, 58, pp. 509-520.
- Dutta S., Mahajan R., Agrawal S.K., Nehra R., Narang A. (2016), “Stress in fathers of premature newborns admitted in a neonatal intensive care unit”, *Indian Pediatrics*, 53, pp. 311-313.
- Ericson J., Lampa E., Flacking R. (2021), “Breastfeeding satisfaction post hospital discharge and associated factors. A longitudinal cohort study of mothers of preterm infants”, *International Breastfeeding Journal*, 16, pp. 1-9.
- Jiang S., Warre R., Qiu X., O’Brien K., Lee S.K. (2014), “Parents as practitioners in preterm care”, *Early Human Development*, 90 (11), pp. 781-785.
- Kim H.N. (2018), “Social support provision: perspective of fathers with preterm infants”, *Journal of Pediatric Nursing*, 39, pp. 44-48.
- Fairley L., Leyland A.H. (2006), “Social class inequalities in perinatal outcomes: Scotland 1980-2000”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60 (1), pp. 31-36.
- Frey H.A., Klebanoff M.A. (2016, April), “The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth”, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 21 (2), pp. 68-73.
- Giarelli G. (2009), “Evidence-based Medicine-Narrative based Medicine: l’integrazione possibile”, in A.E. Gentile, I. Luzi, S. Razeto, D. Taruscio (eds.), *Medicina narrativa e malattie rare*, Rapporti Istituzionali, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Malattie Rare, Roma, vol. 9/50, pp. 50-60.
- Ionio C., Colombo C., Brazzoduro V., Mascheroni E., Confalonieri E., Castoldi F., Lista G. (2016), “Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress”, *Europe’s Journal of Psychology*, 12 (4), pp. 604-621.

- Ionio C., Di Blasio P. (2014), “Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions: an exploratory study”, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32 (2), pp. 163-181.
- Ionio C., Mascheroni E., Banfi A., Olivari M.G., Colombo C., Confalonieri E., Lista G. (2019a), “The impact of paternal feelings and stress on mother-child interactions and on the development of the preterm new-born”, *Early Child Development and Care*, 190 (7), pp. 1005-1016.
- Ionio C., Mascheroni E., Colombo C., Castoldi F., Lista G. (2019b), “Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions”, *Primary Health Care Research & Development*, 20, e81.
- Magnusson D. (1984), “On the situational context in psychological research”, *Advances in Psychology*, 18, pp. 95-105.
- Marmot M., Wilkinson R. (eds.) (2005), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- Matricardi S., Agostino R., Fedeli C., Montiroso R. (2013), “Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU”, *Acta Paediatr.*, 102, pp. 8-14.
- McGowan E.C., Abdulla L.S., Hawes K.K., Tucker R., Vohr B.R. (2019), “Maternal immigrant status and readiness to transition to home from the NICU”, *Pediatrics*, 143 (5), pp. 2018-2657.
- Mesman J. (2008), *Uncertainty in medical innovation: experienced pioneers in neonatal care*, Palgrave Macmillan, New York.
- Miles M.S., Carter M.C. (1983), “Assessing parental stress in intensive care units”, *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 8 (5), pp. 354-359.
- Miles M.S., Funk S.G., Carlson J. (1993), “Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit”, *Nursing Research*, 42 (3), pp. 148-152.
- Montiroso R., Provenzi L., Calciolari G., Borgatti R., Neo-Acqua Study Group (2012), “Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs”, *Acta Paediatrica*, 101 (2), pp. 136-142.
- Omoschin O., Smith A.P. (2019), “Nationality, Ethnicity and the Well-Being Process in Occupational Samples”, *Open Journal of Social Sciences*, 7, pp. 133-142.
- Park J., Thoyre S., Estrem H., Pados B.F., Knafel G.J., Brandon D. (2016), “Mothers’ psychological distress and feeding of their preterm infants. MCN”, *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41 (4), pp. 221-229.
- Pichler-Stachl E., Urlesberger P., Mattersberger C., Baik-Schneditz N., Schwabegger B., Urlesberger B., Pichler G. (2019), “Parental stress experience and age of mothers and fathers after preterm birth and admission of their neonate to neonatal intensive care unit; a prospective observational pilot study”, *Frontiers in Pediatrics*, 7, pp. 439-445.
- Ramírez-Adrados A., Martínez-Pascual B., Gonzalez-de-Ramos C., Fernández-Martínez S., Fernández-Elías V.E., Clemente-Suárez V.J. (2021), “The Impact of Nationality on the Psychophysiological Stress Response and Academic Fulfilment in the Final Degree Dissertation”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (8), pp. 4035-4043.

- Reid A.M., Brown J.M., Smith J.M. *et al.* (2018), “Ethical dilemmas and reflexivity in qualitative research”, *Perspect. Med. Educ.*, 7, pp. 69-75.
- Russo C., Decataldo A., Fiore B. (2023), “The sociodemographic determinants of stress level among the parents of preterm infants”, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 43 (13/14), pp. 307-322, <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJSSP-08-2023-0180/full/html>.
- Schappin R., Wijnroks L., Uniken Venema M.M., Jongmans M.J. (2013), “Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis”, *PLoS ONE*, 8, e54992.
- Skafida V. (2009), “The relative importance of social class and maternal education for breast-feeding initiation”, *Public Health Nutrition*, 12 (12), pp. 2285-2292.
- Spinelli M., Frigerio A., Montali L., Fasolo M., Spada M.S., Mangili G. (2016), “‘I still have difficulties feeling like a mother’: The transition to motherhood of preterm infants’ mothers”, *Psychol. Health*, 31 (2), pp. 184-204.
- Stevenson D.K., Aghaeepour N., Maric I., Angst M.S., Darmstadt G.L., Druzin M.L., Wong R.J. (2021, June), “Understanding how biologic and social determinants affect disparities in preterm birth and outcomes of preterm infants in the NICU”, *Seminars in Perinatology*, 45 (4), pp. 151-408.
- Treyvaud K. (2014), “Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review”, *Semin. Fetal Neonatal Med.*, 19, pp. 131-135.
- Treyvaud K., Spittle A., Anderson P.J., O’Brien K. (2019), “A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant”, *Early Human Development*, 139 (104838).
- van Zuuren F.J., van Manen E. (2006), “Moral dilemmas in neonatology as experienced by health care practitioners: A qualitative approach”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9, pp. 339-347.
- Weightman A.L., Morgan H.E., Shepherd M.A., Kitcher H., Roberts C., Dunstan F.D. (2012), “Social inequality and infant health in the UK: systematic review and meta-analyses”, *BMJ open*, 2 (3), e000964.
- World Health Organization (2018), *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Keyfindings*, Geneva, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276655/WHO-FWC-MCA-18.11-eng.pdf?ua=1>.