

I gruppi di auto mutuo aiuto: sono una valida risposta ai problemi del post-nascita?

Mario Sandretto*, Irene Alliaud**, Sonia Musso**, Anna Faggiana***, Simonetta Gaddò°, Grazia Gazzera°

*Pediatria di libera scelta, ASL TO 04; **Psicologa e assistente sociale, CISS 38; ***Ostetrica, ASL TO 04; °Assistenti sanitarie, ASL TO 04

Abstract

Mutual assistance groups: Are they an effective answer to post birth problems?

Young couples, often inexperienced, can not and even don't want to accept the family model proposed by their parents, without review and adapt it to them. As we know, the first months of life are important and difficult: breast-feeding, changes of mood, changes in the couple and relationship with the baby. As a support to all these problems, mutual assistance groups have been created by some operators of children's nursery sector. The groups are conducted by non medical staff in order to encourage experience sharing and comparison, friendship if possible, and personal resources value. Six groups of 15-20 couples have been created, with meetings scheduled every 15 days for the first six months. The result, according to the outcomes of the questionnaires, has been excellent; lower classes and foreign people were missing.

Quaderni acp 2011; 18(2): 55-57

Key words Maternal depression. Relationship type. Group. Multi discipline approach

Le giovani coppie, spesso inesperte, non possono e non vogliono accettare, senza ripensarlo e farlo proprio, il modello di famiglia proposto dai genitori. Come sappiamo, i primi mesi di vita sono importanti e difficili: allattamento, sbalzi di umore, coppia che cambia, rapporto con il bambino. In risposta a queste problematiche alcuni operatori del settore materno-infantile hanno creato gruppi di mutuo aiuto condotti da personale non medico in modo da favorire l'emergenza dei vissuti, il confronto (e se possibile l'amicizia), la valorizzazione delle risorse personali. Sono stati formati 6 gruppi (di 15-20 coppie), con incontri ogni 15 giorni nei primi 6 mesi. Il risultato (valutato con questionari) è stato ottimo; sono mancati le fasce sociali deboli e gli stranieri.

Parole chiave Depressione materna. Tipo di attaccamento. Gruppo. Approccio multidisciplinare

La Regione Piemonte per due anni, 2004 e 2005, ha finanziato alcuni progetti per la prevenzione primaria della depressione materna (da definizione del DSM IV-R) [1].

Il bando di concorso, rivolto agli enti territoriali deputati alla parte sociale dell'assistenza (nel nostro caso il CISS 38 di Cuorgné), prevedeva la collaborazione con le ASL (nel nostro caso ex ASL 9 di Ivrea) e si rivolgeva alla fascia d'età 0-6 mesi.

Il Progetto "Chi ben comincia: mamma, bimbi e papà a confronto", attivato in seguito all'approvazione della Regione, è nato dall'incontro tra alcuni operatori che si occupano del periodo perinatale e che si sono ritrovati a riflettere sulla realtà territoriale del post-nascita, e voleva essere un intervento di prevenzione primaria della psicopatologia del bambino e della sua famiglia [2].

Nel Progetto multidisciplinare del CISS38/ex ASL 9 è stato coinvolto un gruppo di 2 assistenti sanitarie, 1 ostetrica, 1 pediatra di libera scelta, 1 assistente sociale, 1 psicologa.

Inizialmente il Gruppo si è riunito in modo spontaneo per condividere e approfondire il percorso nascita sul territorio, cercando di evidenziare i cambiamenti delle famiglie e le nuove difficoltà/esigenze. Successivamente, in occasione del bando della Regione Piemonte e avendo maturato l'impressione che il lavoro in comune fosse utile, le riunioni sono diventate regolari e retribuite e hanno dato seguito al Progetto in questione. L'approccio multidisciplinare, organizzato e condiviso per la prima volta tra ex ASL 9 e CISS 38, ha permesso:

- l'integrazione delle conoscenze e delle competenze pratico-operative;
- una visione più approfondita e complessa dei problemi legati al post-nascita, sia di natura medico-sanitaria, che sociopsicologica, perché frutto di più punti di vista;
- da parte dell'utente la percezione di una maggior comprensione e di una migliore tutela;

- la creazione di momenti di confronto vivaci e costruttivi;
- la nascita di rapporti di conoscenza-amicizia tra gli operatori che sono rimasti anche terminato il lavoro comune.

Gli operatori (purtroppo privi di dati ufficiali relativi alla zona di competenza territoriale), in base alle proprie conoscenze e al loro quotidiano confrontarsi con le giovani coppie, hanno evidenziato i seguenti punti critici nel post-nascita:

- mancanza di confronto tra le giovani coppie;
- isolamento;
- difficoltà di ridefinizione del proprio ruolo all'interno della famiglia e della società;
- tradizioni che non facilitano il riconoscimento dei sentimenti e delle ambiguità verso il bambino;
- insicurezza verso i nuovi compiti;
- momenti di scoraggiamento che talvolta sfociano in vere depressioni.

Si sono così definiti gli obiettivi e la metodologia del Progetto, condivisibili con altre esperienze italiane, da cui abbiamo tratto ispirazione – l'ASL di Imola [3] e l'ex ASL 18 di Bra [4] – e la cui tesi era che un supporto precoce ai neogenitori può essere un importante fattore protettivo [5-8].

Obiettivi

1. Famiglie:

- favorire la relazione mamma-bimbo-papà mediante una migliore conoscenza delle problematiche del post-nascita e l'acquisizione di una maggior fiducia nelle proprie capacità;
- favorire l'ascolto, l'accoglienza e il confronto reciproco, utilizzando la risorsa del gruppo per promuovere l'aggregazione e la socializzazione tra i genitori;
- favorire le scelte consapevoli del genitore accogliendo dubbi, insicurezze, titubanze, per utilizzarli come

Per corrispondenza:

Mario Sandretto

e-mail: loredana_mario@libero.it

- occasione di confronto e di crescita;
- favorire un confronto su alcune scelte sanitarie “difficili” tipo vaccinazioni, allattamento artificiale, svezzamento;
- favorire la conoscenza e l’integrazione della rete effettiva dei servizi di zona, grazie alla conoscenza diretta di chi ci lavora;
- permettere una più serena e consapevole conoscenza di figure sanitarie e sociali spesso ancora oggi relegate a stereotipi negativi (tipo assistente sociale e psicologo).

2. Operatori:

- favorire la conoscenza e l’integrazione tra operatori di diversi servizi ed elaborare una strategia unitaria per cogliere i bisogni del neonato e della coppia, attraverso incontri periodici;
- favorire il lavoro di gruppo all’interno dell’équipe, mediante il confronto e la supervisione da parte di uno psicologo;
- formare operatori competenti a gestire in modo unitario il periodo post-parto, mediante la definizione di tecniche e modalità condivise;
- imparare a utilizzare le potenzialità delle associazioni di volontariato per un adeguato sviluppo del Progetto e per la risoluzione di alcune problematiche emerse nei gruppi.

Metodologia

Si è deciso di affrontare la problematica con il metodo di gruppi di mutuo aiuto. Si tratta di gruppi il cui scopo essenziale è di dare, a persone che vivono in situazioni simili, l’opportunità di condividere le loro esperienze e di aiutarsi a mostrare l’uno all’altro come affrontare i problemi comuni. L’auto aiuto è quindi un mezzo valido per assicurare ai partecipanti del gruppo sostegno emotivo: è uno strumento che trasforma le singole esperienze in risorse per tutti. È una pratica che mette in primo piano la persona in qualità di protagonista attivo nella risposta ai disagi e ai problemi quotidiani. È un contributo della società a se stessa nel miglioramento della qualità della vita. Il corso, della durata di 6 mesi con incontri quindicinali, prevedeva la partecipazione di un massimo di 15 coppie di genitori con bimbi di età inferiore ai 6 mesi. L’accesso ai gruppi era libero e sono state accettate tutte le richieste pervenute.

Al fine di ricercare una modalità di conduzione dei gruppi il più possibile coerente tra i vari operatori, sono state preparate “linee guida” di riferimento. Non si trattava di rigide griglie, quanto piuttosto di un modo per costruire un setting omogeneo rispetto ad alcuni momenti ritenuti fondamentali dagli operatori: apertura, confronto, messa in gioco, chiusura ecc.

- Ciascun gruppo aveva un conduttore, quale riferimento costante, che teneva i contatti tra le parti; raccoglieva proposte, suggerimenti, difficoltà; teneva un diario di ciò che avveniva durante gli incontri; presentava il co-conduttore (esperto di tematiche inerenti alla sua specifica professionalità: il pediatra e le malattie neonatali, lo psicologo e lo sviluppo psicologico del bambino); riportava all’équipe l’immagine globale del suo gruppo; cercava di conoscere un po’ più da vicino le famiglie. Si è deciso che i conduttori fossero volutamente figure non mediche (ostetrica e assistenti sanitarie), in quanto ritenute più idonee a creare una atmosfera di gruppo. Le figure mediche (pediatra e psicologa) sono state considerate a rischio di essere percepite troppo direttive.
- Il co-conduttore/esperto aveva il compito di portare avanti un argomento e di approfondirlo, stimolando il confronto tra i partecipanti. A rotazione, tutti gli operatori del gruppo di lavoro sono stati co-conduttori.
- L’argomento scelto di volta in volta era proposto liberamente dai genitori del gruppo sulla base dei bisogni emergenti: il rapporto di coppia, il rapporto madre-bambino e la sua evoluzione nel tempo, la definizione di depressione post-partum, la sessualità nella coppia, le difficoltà del prendersi cura di un neonato, la nascita, l’allattamento, le vaccinazioni, i cambiamenti del corpo, il distacco graduale dal figlio, lo svezzamento, la scelta del pediatra, le coppie ricostituite, il rapporto con gli “altri” della famiglia (nonni, zii, fratelli).
- Si è scelto di favorire sempre l’emergere delle risorse delle singole persone, al fine di dare il via a un processo di autodeterminazione e di riconoscimento di sé e delle proprie potenzialità. Si è volutamente lasciato spazio alla ricerca comune di soluzioni piuttosto che offrire “ricette preconfezio-

nate”. L’obiettivo principale era quello di creare il gruppo e il clima di gruppo, veri strumenti di sostegno e cambiamento.

- L’accesso era libero per tutti i componenti della famiglia. Di fatto l’orario scelto è stato concordato con le mamme. Un incontro per gruppo si è svolto in orario serale per favorire la partecipazione dei mariti e, a conclusione del ciclo, è stata organizzata una cena con la presenza di tutta la famiglia.
- Quanto agli argomenti trattati, tutti i gruppi sono partiti da problemi concreti di “puericultura” per poi spontaneamente arrivare a problematiche più complesse (depressione, rapporto con il bambino e la sua evoluzione, rapporto con la famiglia di origine, tradizioni vere e false, la sessualità della coppia) [9-16]. Non è stato osservato un ordine preciso di trattazione, ma ogni gruppo ha seguito un suo percorso; vero è, però, che tutti i gruppi hanno richiesto la serata con i mariti per parlare delle problematiche della coppia come ultimo incontro, quando ormai il clima affettivo si era consolidato.
- Al termine del percorso è stato proposto ai partecipanti al gruppo di compilare un questionario di gradimento dell’esperienza.

Per tutta la durata del Progetto sono continuate regolarmente le riunioni tra gli operatori per valutare l’andamento dei vari gruppi, le difficoltà e i risultati ottenuti.

Risultati

Sono stati attivati 6 gruppi, 3 per anno (tabella 1).

L’età delle persone partecipanti ai gruppi variava tra i 25 e i 39 anni, la scolarità è risultata medio-alta. Tutti, tranne due, avevano un lavoro.

La maggior parte delle famiglie è venuta a conoscenza del Progetto tramite il Consultorio pediatrico, altre attraverso il corso di preparazione al parto, oppure dal pediatra di riferimento, da amici o da persone che già avevano frequentato il corso. La maggior parte delle persone ha frequentato regolarmente, solo qualcuno dopo i primi incontri ha preferito non tornare.

Due gruppi, al termine dell’esperienza, hanno cercato di continuare gli incontri, anche senza conduttori.

TABELLA 1: RIEPILOGO DEI PARTECIPANTI AI CORSI

	N° coppie	Primipare	Straniere	Sede
Gruppo 1 (2004)	19	17	0	Rivarolo
Gruppo 2 (2004)	21	20	1	Rivarolo
Gruppo 3 (2004)	19	16	2	Rivarolo
Gruppo 4 (2005)	20	14	1	Rivarolo
Gruppo 5 (2005)	14	10	4	Pont
Gruppo 6 (2005)	26	25	0	Favria
Totale	119	102	8	

La maggior parte dei partecipanti apparteneva a una fascia socio-economica medio-alta, come era prevedibile, anche se non auspicabile.

La partecipazione di fasce deboli e di extracomunitari è stata limitata ma significativa (8 straniere). Ci eravamo posti questo importante problema, ma le difficoltà di coinvolgimento delle famiglie più fragili potranno essere superate solo con un Progetto di lunga durata, ben integrato in valido percorso nascita.

9 persone (< 10% dei partecipanti) ha richiesto un lavoro di accompagnamento individuale e di coinvolgimento di altri servizi, quali CSM o il Consultorio di Psicologia.

Nell'edizione 2005, per favorire una migliore accessibilità e visibilità, c'è stato un maggior decentramento delle sedi di incontro. Un gruppo è stato attivato in una comunità montana (14 famiglie partecipanti di cui 4 extracomunitarie); un altro in un paese di periferia (26 le famiglie partecipanti).

Il gradimento dell'iniziativa è andato, forse, al di là delle aspettative.

Tutti coloro che hanno compilato il questionario (circa l'80% dei partecipanti) hanno detto di essersi trovati, all'interno del gruppo, a proprio agio e di aver trovato utili e interessanti i contenuti degli incontri. Si sono sentiti accolti, ascoltati, sostenuti, e ritengono che questa iniziativa debba essere consigliata ad altri.

Tutte le figure dell'équipe di lavoro sono state considerate adatte a rispondere alle esigenze del gruppo. Non sempre gli interventi del pediatra, dello psicologo, dell'ostetrica sono stati giudicati sufficienti: alcuni partecipanti avrebbero voluto trattare più argomenti con queste figure professionali.

Sono stati favoriti: scambio di esperienze, acquisizione di informazioni, conoscenza di altre persone e punti di riferi-

mento certi. È significativo che le persone hanno continuato a frequentarsi e a incontrarsi informalmente, anche dopo la conclusione del ciclo di incontri più strutturato.

Circa il 20% dei questionari non è stato restituito.

Conclusioni

In futuro si potrebbero ipotizzare indicatori più selettivi per valutare l'utilità e l'efficacia di questo tipo di esperienza: accessi inutili al Pronto Soccorso, percentuale di allattamento al seno, percentuale di depressioni materne medicalizzate, difficoltà di svezzamento o problemi di sonno. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) permetterebbe di valutare il rischio di depressione all'inizio e alla fine del percorso di gruppo [17].

Si possono considerare raggiunti i seguenti obiettivi del Progetto:

1. Facilitazione dell'ascolto delle famiglie, incrementando occasioni e luoghi di espressione e comunicazione.
2. Promozione dell'aggregazione e della socializzazione tra i genitori quale forma di aiuto per superare situazioni di disagio, solitudine e di scoraggiamento del post-nascita; più a lungo termine, sviluppo di iniziative autogestite per il sostegno della famiglia.
3. Scambio di esperienze e diffusione di conoscenze riguardo alla cura e alla crescita dei figli, onde consentire ai neogenitori di affrontare con maggiore responsabilità e consapevolezza i propri compiti genitoriali e, più a lungo termine, di sviluppare iniziative autogestite per il sostegno alla famiglia.
4. Garanzia di un approccio multidisciplinare e integrato alla nuova famiglia rafforzando le relazioni-interazioni tra cittadini e servizi.

5. Promozione della cooperazione tra i diversi membri dell'équipe: estremamente positiva, è andata nella direzione della costruzione di un linguaggio comune. Il servizio è stato offerto grazie alla disponibilità di singoli operatori: il Progetto ha bisogno di acquisire una continuità e coerenza nel tempo che solo un'assunzione istituzionale può garantire.

Alla luce di queste considerazioni si può concludere che gruppi di mutuo aiuto, che si pongono come sostegno alla genitorialità nel periodo immediatamente successivo alla nascita, possono rappresentare una valida risposta alle difficoltà inerenti al post-nascita e importanti fattori protettivi nei confronti di difficoltà maggiori. Non per niente è stato scelto il titolo "chi ben comincia", alludendo al proverbio "chi ben comincia è a metà dell'opera". ♦

Non conflitti di interesse da parte degli Autori.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM IV TR). Washington DC, 2000.
 [2] Ammaniti M. Manuale di psicopatologia dell'infanzia. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001.
 [3] Asl di Imola. Rendiamo importanti ogni donna e ogni bambino. Giornata mondiale della salute, aprile 2005.
 [4] Asl 18 di Bra. Un sostegno alla genitorialità nella prima infanzia, 2003.
 [5] Apollonio MG, Barbiero C, Bascucci S, et al. Supporto precoce ai neogenitori è necessario? *Serve? Medico e bambino* 2005;24:589-98.
 [6] Capotorti L, Luchino F, Buccisano E, et al. Analisi dei fattori familiari che influenzano lo sviluppo del bambino. *Medico e Bambino* 1991;9:582-9.
 [7] Ciotti F. Il sostegno domiciliare come fattore protettivo. *Quaderni acp* 2001;8.
 [8] Semprini R. Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche di protezione. *Quaderni acp* 2000;7:45.
 [9] Bollea G. Le madri non sbagliano mai. Milano: Feltrinelli Editore, 2003.
 [10] Bowlby J. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.
 [11] Cassidy J, Shaver FR. Manuale dell'attaccamento. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2002.
 [12] Cowan CP, Cowan PA. Dall'alcova al nido. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1997.
 [13] Holmes J. La teoria dell'attaccamento. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.
 [14] Stern D. Il mondo interpersonale del bambino. Torino: Bollati Boringhieri, 1985.
 [15] Stern D. Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1998.
 [16] Stern D, Bruschiweiler-Stern N. Nascita di una madre. Milano: Mondadori Editore, 1998.
 [17] Matthey S, Barnett B, White T. The Edinburgh