



Munich Personal RePEc Archive

**The Economic Profile of Women in
Post-Partum Distress. An Empirical
analysis at Niguarda hospital in Milan.**

Caruso, Raul and Agresta, Filomena and Sironi, Emiliano

2014

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/61458/>
MPRA Paper No. 61458, posted 20 Jan 2015 10:46 UTC

Profilo Economico delle Donne nel Disagio Post-Partum. Un'indagine Empirica Presso l'ospedale Niguarda di Milano

di Raul Caruso*, Filomena Agresta**, Emiliano Sironi***

ABSTRACT

The Economic Profile of Women in Post-Partum Distress. An Empirical analysis at Niguarda hospital in Milan.

The purpose of this work is the study of the personal characteristics of mothers who requested the child-care benefits of the project called “Fiocchi in Ospedale” in the days immediately following childbirth. The work is based on the results of a survey led at Niguarda Hospital in Milan involving a sample of 120 women, some of them enrolled in the project “Fiocchi in Ospedale”. The results of a probit analysis show that: (i) the unemployment condition of the mother is one of the main predictors for the need for assistance; (ii) there is an inverted “U-shaped” relationship between age of the mother and the need for assistance. (iii) the education of the mother seems to not significantly affect the likelihood of benefits.

JEL: J13; J12; I31

Keywords: childcare, post-partum distress

* Istituto di Politica Economica e Centro Studi di Economia Applicata (CSEA), Università Cattolica del Sacro Cuore

e- mail: raul.caruso@unicatt.it

** Centro Studi di Economia Applicata (CSEA), Università Cattolica del Sacro Cuore

e- mail: agrestafilomena@live.it

*** Dipartimento di Scienze Statistiche, Università Cattolica del Sacro Cuore

e- mail: emiliano.sironi@unicatt.it

Il presente lavoro si basa su un'indagine svolta dalla dott.ssa Filomena Agresta presso lo sportello ‘Fiocchi in Ospedale’ dell'ospedale Niguarda di Milano promosso da Save the Children Italia onlus e dalle Gallerie Commerciali Italia (Gallerie Auchan) e che in particolare a Milano si è avvalso della partecipazione dell'associazione Mitades. Si ringrazia Laura Anzideo per la gentile collaborazione nella realizzazione dell'indagine.

1. Introduzione

Questo lavoro analizza le caratteristiche personali delle puerpere che manifestano una richiesta di aiuto sia economico sia relazionale nei giorni immediatamente successivi al parto. L'analisi si basa su un'indagine condotta all'Ospedale Niguarda di Milano presso uno sportello di assistenza denominato "Fiocchi in Ospedale"¹. Le partecipanti all'indagine sono state in totale 126 neo-madri. Le motivazioni alla base dell'analisi sono da ritrovarsi nella consolidata evidenza di stati di disagio di cui possono soffrire le puerpere nel periodo immediatamente successivo al parto sia per quanto attiene al periodo perinatale in cui la maggior parte delle mamme hanno esperienza di un breve periodo di *blues* sia per un più lungo periodo post-natale in cui il disagio può eventualmente sfociare in una depressione *post-partum*.

L'attenzione alle puerpere e al disagio che queste possono vivere, è inoltre motivata dal loro ruolo di risorsa primaria all'interno della famiglia, in grado di sostenere fin da subito il migliore sviluppo del bambino. Se si osservano i processi familiari si vede che si organizzano come una variazione di una struttura latente: triade madre–padre–figlio.

La struttura latente (Donati, 2013) viene vissuta in modi diversi ma non per questo cessa di essere il nucleo costitutivo della famiglia. Nelle letterature economica, l'attenzione posta sulla famiglia è dovuta in primo luogo al fatto che quest'ultima si configura come un a un sistema produttivo e integrativo come illustrato nei modelli economici sulla famiglia sviluppati in Boulding (1973) e Becker (1981). Nei sistemi integrativi l'interazione tra i soggetti coinvolti si basa su comportamenti donativi di un soggetto a favore di un altro. Ci si trova di fronte a interazioni unilaterali e nominate in cui le funzioni di utilità dei soggetti coinvolti sono interdipendenti e che non si modificano contestualmente ma in tempi differenti². All'interno di questi sistemi la diffusione e l'emersione della relazionalità agevolano l'instaurarsi di reti di fiducia e reciprocità che favoriscono i comportamenti cooperativi a danno dei comportamenti opportunistici. La relazione integrativa più pura è, infatti, proprio la relazione mamma–figlio.

È chiaro quindi che la famiglia è il primo generatore di esternalità sociali positive, cioè di effetti positivi per l'intera collettività che non vengono internalizzati dal normale meccanismo dei prezzi. Le principali esternalità sociali positive generate dalla famiglia sono: (i) la riproduzione della società, dato che la decisione di mettere al mondo figli è un fatto privato ma produce conseguenze di grande importanza sul piano collettivo; (ii) l'integrazione e la redistribuzione dei redditi da lavoro, svolgendo un'efficace funzione perequatrice; (iii) sostegno dei soggetti deboli, dai

¹ Il progetto per la creazione di sportelli pilota rivolti ai neo-genitori in due ospedali di due città italiane: Bari e Milano. Progetto promosso da *Save the Children* Italia onlus e dalle Gallerie Commerciali Italia (*Gallerie Auchan*) si è avvalso della collaborazione e l'impegno di due Associazioni locali per dare vita agli sportelli: Mitades di Milano e il Melograno di Bari.

² Sui sistemi integrativi e sul pensiero di Kenneth Boulding si veda Caruso (2009)

bambini in età prescolare agli anziani non autosufficienti; (iv) funzione di filtro tra individuo e mercato per quanto concerne le scelte di consumo; ed infine il ruolo di luogo ideal-tipico della creazione di capitale umano degli individui (Campiglio 2005). Tra le più importanti esternalità emerge inoltre il ruolo della famiglia di luogo ideal-tipico della creazione di capitale umano (Zamagni, 2002). È conosciuto che il capitale umano³ non dipende solamente dall'investimento in istruzione e formazione da parte degli interessati (o da chi per loro) e dall'ambiente sociale, ma anche e, in certi contesti, soprattutto dall'ambiente familiare (Becker, 2008). Negli anni recenti, tra i più recenti contributi sul tema del capitale umano emerge il lavoro di James Heckman che si radica sui risultati della ricerca economica e psicologica ed evidenzia l'importanza di investire nel capitale umano delle giovani generazioni, attraverso l'analisi degli effetti di lungo periodo di questa tipologia di investimento (Heckman, Malofeeva, Pinto, Salaveyev, 2009). Heckman giunge alla formulazione di un modello teorico sintetizzato da un'equazione, che potrebbe essere tradotta discorsivamente nel seguente modo: *“investimento nelle risorse delle famiglie specie quelle svantaggiate + sostegno allo sviluppo delle competenze cognitive e socio-emotive dei bambini a partire dalle fasi precoci = guadagno a lungo termine della società perché consente di avere cittadini più capaci, più produttivi, di valore che creano sviluppo economico e sociale anche per le generazioni future”*. (Scabini E., Rossi G., 2010). Il nocciolo del capitale umano è costituito dalle abilità cognitive, socio-emotive e relazionali che consentono al soggetto umano di interagire in maniera sensata e appropriata con le persone che costituiscono il suo ambiente significativo e più in generale con la società (Heckman, 2006). Queste abilità gli consentono di costruire la sua identità matura e di poter dare il suo apporto alla vita delle società. Vi sono, però, periodi sensibili e critici per lo sviluppo di queste abilità, ovvero periodi particolari in cui è necessario acquisire un'abilità che altrimenti non potrà essere recuperata in futuro.

Come molte ricerche in ambito psicologico mostrano, le abilità cognitive e socio-emotive si sviluppano prevalentemente nell'infanzia e nell'adolescenza. La famiglia ha una funzione decisiva e vitale nello sviluppo di tali abilità, specie nei primi anni di vita del bambino. In modo particolare la prima e più importante esperienza di cui un essere umano necessita per vivere è l'esperienza di essere amato, di essere voluto, che *in primis* riceve dalla madre. A questo proposito Winnicott affermava: *“stiamo appena cominciando a capire quanto sia assoluto il bisogno che il neonato ha dell'amore della madre. Le fondamenta della salute della persona adulta vengono poste durante tutta l'infanzia, ma il fondamento della salute dell'essere umano lo ponete voi (madri), nelle prime settimane e nei primi mesi di vita del bambino”* (Winnicott, 1964, p. 26).

³ Il termine capitale umano assume diverse eccezioni in base alla sua collocazione ma da una prospettiva socio-economica è possibile definirlo come le competenze, abilità e conoscenze incorporate negli individui che facilitano la creazione di benessere personale, sociale ed economico. OCSE, (2001), *The Well Being of Nations: The Role of Human and Social Capital*, Parigi, OECD.

Per questi motivi l'indagine si è concentrata sullo studio delle caratteristiche personali delle puerpere che manifestano una richiesta di aiuto sia economico sia relazionale nei giorni immediatamente successivi al parto. I risultati principali di tale studio rilevano come i fattori personali ed economici che maggiormente influiscono nelle condizioni di disagio, portando ad esplicitare una richiesta di aiuto ad un servizio d'assistenza, fanno riferimento alla nazionalità, al titolo di studio, alla condizione lavorativa, alla condizione abitativa e al reddito.

Da un'analisi descrittiva è emerso che le puerpere che esprimono una richiesta di aiuto presentano le seguenti caratteristiche: (i) nazionalità straniera con una residenza media in Italia da 8 anni; (ii) giovane età e nucleo familiare composto da un numero elevato di componenti; (iii) scolarizzazione media ed una condizione lavorativa che varia tra occupate a tempo indeterminato e casalinga; reddito disponibile basso in situazione di locazione.

Successivamente questo identikit è stato sottoposto a un'analisi probit in cui la variabile dipendente binaria catturava la probabilità che ogni puerpera richiedesse assistenza presso lo sportello Fiochi.

I risultati mostrano in maniera più compiuta che: (i) la disoccupazione della madre è il principale predittore della richiesta di assistenza; (ii) l'età delle puerpere è significativa solo in alcuni modelli e mostra inoltre la presenza di una relazione quadratica concava fra età e richiesta di assistenza. In altre parole, al crescere dell'età la probabilità che una puerpera si rivolga a un servizio di assistenza del tipo 'Fiochi' è più bassa; (iii) non significativo in tutti i modelli appare invece il livello di scolarizzazione delle madri.

Questo lavoro è così suddiviso: il primo paragrafo comprende una rassegna della letteratura scientifica e psicologica rispetto all'investimento nella cura ed eventuale manifestazione dei disagi *post-partum*; il secondo riguarda l'apparato metodologico utilizzato per lo svolgimento dell'indagine, il terzo suddiviso in due parti descrive le caratteristiche delle puerpere intervistate e poi presenta l'analisi di regressione. Il quarto paragrafo conclude con un quadro generale dello studio e alcune considerazioni in merito ad eventuali approfondimenti della presente ricerca.

2. Apparato teorico e ipotesi di ricerca

L'apparato teorico trae spunto da una letteratura scientifica e psicologica che ha analizzato l'investimento riproduttivo e il periodo post-partum, quale momento ideale per studiare le risorse della famiglia ed eventualmente progettare un sostegno affinché essa si presenti come relazione sociale capace di sviluppare capitale umano.

In particolare nel periodo perinatale la maggior parte delle mamme hanno un breve periodo di *blues* che esse superano naturalmente (Boath, 2001). Generalmente, il periodo post-natale è un periodo emotivamente turbolento per la madre, anche se il genere femminile è naturalmente più predisposto ad una maggiore empatia (Baron e Cohen, 2003; Sironi e Billari, 2013). Le neo-mamme, tuttavia, possono sentirsi oppresse e mostrare ambivalenza. La forte ambivalenza porta a un senso di perdita ed eventualmente sfociare in una più rilevante depressione *post-partum* (Bloch et al. 2006; Likierman, 2003; Briscoe 1986)⁴. Depressione *post-partum* e la sua versione più mite cosiddetta "sindrome del terzo giorno" (*baby-blues*) sono indicatori di un disagio consapevole e razionale rispetto alla decisione di tenere il bambino (Pinker, 2013). Le madri che soffrono di depressione *post-partum* si sentono spesso emotivamente staccate dal neonato e, a volte, sono assalite dal pensiero molesto di fargli male. Solo vagamente queste manifestazioni sono connesse a squilibri ormonali misurati, il che fa pensare che non sia una disfunzione. La depressione *post-partum* è più comune nelle donne che sono prive di sostegno sociale (single, separate, insoddisfatte del matrimonio o lontane dai genitori); donne che hanno avuto un parto difficile o un neonato non completamente sano; e donne che sono disoccupate o il cui marito è disoccupato.

Il rapporto tra eventi di vita e l'insorgenza della depressione è ben definito (Brown e Harris, 1978). Esperienze come la morte di una persona cara, separazione o divorzio (Rivellini, Rosina e Sironi, 2012), la perdita di un lavoro o il trasloco sono noti per causare stress e possono innescare episodi di depressione anche in soggetti senza precedenti storie di disturbo affettivo. Gravidanza e parto sono spesso considerati come eventi di vita stressanti e possono portare a depressione. I vari fattori a rischio finiscono per indurre un ulteriore stress in un momento in cui le donne sono vulnerabili, e possono rappresentare un nesso causale nell'insorgenza della

⁴ Nei casi più gravi possono manifestarsi episodi di neonaticidio e infanticidio (Grussu, 2012, Craig, 2004). Più in generale e nelle sue forme più lievi la depressione post-partum assume il connotato di un deterioramento del benessere psicologico che, a sua volta, è una delle forme in cui è possibile inquadrare la nozione più generale di dimensione soggettiva del benessere (Diener, 1984), utilizzata in studi recenti come variabile di indagine in studi economici, accanto alla nozione di benessere oggettivo (Easterlin, 2001).

depressione *post-partum*. Eventi stressanti dall'inizio della gravidanza fino a circa 11 settimane dopo il parto sono stati associati con alti livelli di sintomatologia depressiva e una maggiore probabilità di diagnosi di depressione *post-partum* (Muñoz, Le, Ippen, Diaz., Urizar, Jr. Soto, Mendelson, Delucchi, Lieberman, 2007).

La disoccupazione, un basso reddito e un basso livello culturale sono da sempre considerati fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi mentali ed in particolare per la depressione, inoltre, questi fattori giocano un piccolo, ma significativo ruolo, anche nello sviluppo di probabile depressione *post-partum*. Infatti, in diversi studi, il basso reddito, la presenza di problemi finanziari, lo stato lavorativo del partner, lo stato socio-economico meno elevato hanno mostrato una relazione significativa con la depressione *post-partum*, in paesi e culture diverse (O'Hara e Swain, 1996). Al contrario la percezione di un sostegno sociale attraverso rete parentale, amicale e servizi durante i periodi di stress può essere un fattore protettivo contro l'insorgenza di sintomi depressione nel *post-partum* (Forman, Videbeck, Hedegaard, Salving, Secher, 2000). Nel contempo una letteratura recente di impostazione economica ha evidenziato l'influenza delle situazioni economiche di disagio dei genitori e lo sviluppo futuro dei bambini (James Burdumy, 2005; Rege et al. 2007; Bernal, 2008; Ruhm, 2008; Powdthavee e Vernoit, 2013)

A seguito di quanto esposto l'ipotesi che l'idea di ricerca dell'indagine è stata la seguente: *“situazioni economiche difficili possono essere correlati alla manifestazione di un disagio, che spingono le puerpere a rivolgere una richiesta di aiuto ad un servizio di assistenza”*. Implicita in questa idea di ricerca è che le puerpere razionalmente valutino fin dal periodo perinatale in maniera accurata i bisogni dei neonati, del loro mantenimento e del più generale *childcare*. Come detto in precedenza, infatti, all'interno dell'ambiente familiare le donne alla nascita di un figlio sono le principali protagoniste nel riconoscimento di bisogni connessi allo sviluppo del neonato⁵. Questo ruolo primario delle puerpere ha trovato riscontro in spiegazioni scientifiche che dimostrano un investimento maggiore delle donne nella cura della propria discendenza. Nel momento in cui le puerpere si rivolgono al servizio di assistenza 'Fiocchi in ospedale', si assume che esse stiano manifestando un bisogno che deriva dall'esistenza di un disagio, fattuale o potenziale. In ultima analisi, le ipotesi da testare in ciò che segue saranno:

H_0 : La richiesta di assistenza non è associata a condizioni di disagio economico.

H_1 : La richiesta di assistenza è associata a condizioni di disagio economico.

⁵ In seguito è altresì riconosciuto che le donne sono tra i genitori coloro che destinano più tempo al *childcare*. Per un'analisi empirica in alcuni paesi europei si veda tra gli altri García-Mainar (2011).

In ciò che segue saranno in primo luogo presentate le tecniche di campionamento e lo strumento di rilevazione. Successivamente dai dati raccolti si elaborerà un 'identikit' delle donne che manifestano un disagio presso lo sportello 'Fiocchi'. Successivamente le ipotesi H_0 e H_1 saranno testate per mezzo di un modello probit.

2. Indagine, campionamento e strumento di rilevazione

L'indagine si è svolta presso lo sportello "Fiocchi in Ospedale" e le partecipanti all'indagine sono state in totale 126 neo-madri, di cui 25 hanno manifestato un disagio al servizio di assistenza "Fiocchi" e 101 ricoverate nella medesima struttura ospedaliera ma che non hanno manifestato alcuna richiesta di aiuto. La tipologia di rilevazione che si è stabilito di utilizzare è stata duplice. Per quanto concerne le neo-madri aderenti al progetto "Fiocchi", sono state incluse nella rilevazione tutte le neo-madri aderenti al progetto dal mese di ottobre 2013 al mese di gennaio 2014. Tale campione è stato contrapposto ad un campione di controllo composto dalle comuni gestanti che nel medesimo Ospedale hanno partorito nell'arco di tempo considerato per le neo-madri assistite.

L'omogeneità delle unità statistiche estratte è data dalla comune area geografica di riferimento: si tratta di neo-madri della zona di Milano che hanno come punto di riferimento clinico il presidio ospedaliero di Niguarda. Il questionario è stato lo strumento di misura utilizzato per raccogliere le informazioni sulle variabili oggetto d'indagine. Selezionato poiché rappresenta uno schema di un'intervista altamente strutturata ed una ideale strategia per interessare tutte le neo-madri, tutelandone la privacy.

La versione definitiva del questionario utilizzato nella ricerca si suddivide in 6 aree tematiche, comprensivo di 36 domande in prevalenza domande a risposta chiusa. La prima area tematica riguarda le informazioni personali (8 domande), la seconda le informazioni sulla famiglia d'origine (4 domande), la terza le informazioni sull'abitazione di residenza (6 domande), la quarta le informazioni sui consumi (7 domande), la quinta le informazioni sul reddito (6 domande), l'ultima area le informazioni sulla genitorialità (5 domande).

3. Risultati dell'indagine

3.1 Profilo delle madri assistite

Il quadro emerso, a seguito di un'analisi dei dati raccolti, rispetto alle 25 neo-madri che hanno fatto richiesta di aiuto allo sportello "Fiocchi in Ospedale" è quello illustrato in Tabella 1.

Tab. 1 – Differenze prevalenti tra i due gruppi di neo-madri (assistite - non assistite).

<i>Fattori personali ed economici</i>	<i>Neo-madri assistite</i>	<i>Neo-madri non assistite</i>
Età	29	33
Nazionalità	Straniere	Italiane
Titolo studio	Medio	Medio-alto
Condizione lavorativa	Occupate a tempo ind. /Casalinghe	Occupate a tempo ind
Condizione abitativa	In locazione	Casa di proprietà
Spesa settimanale	Bassa	Media

Come possiamo osservare in Tabella 1, si tratta prevalentemente di neo-madri straniere⁶. Delle 25 neo-madri intervistate attraverso il questionario infatti il 76% sono straniere di cui solo 1 di queste con partner italiano, le restanti hanno tutte partner connazionale, anche quest'ultimo presente sul territorio italiano da una media di 10 anni. Si tratta di donne prevalentemente più giovani rispetto alle neo-madri non assistite (in media l'età delle neo-madri assistite è 29 anni e quella delle neo-madri non assistite è 33 anni) e con un nucleo familiare composto da un numero maggiore di componenti (in media 4,3 componenti per nucleo familiare). Dal punto di vista della scolarizzazione, si tratta prevalentemente di neo-madri con una scolarizzazione media: delle 25 neo-madri assistite circa la metà ha un'istruzione secondaria, mentre circa il 30% ha un'istruzione universitaria. La loro condizione occupazionale è in prevalenza di tipo "lavoratore dipendente a tempo indeterminato" o "casalinga", mentre una minoranza non trascurabile è in cerca di occupazione. Sotto il profilo patrimoniale si tratta di neo-madri che, da quanto emerso, non posseggono casa di proprietà ma sono nella maggioranza dei casi collocate in abitazioni in locazione: il 64% delle neo-madri assistite sono in locazione mentre il 36% ha casa di proprietà.

Ultimo dato non trascurabile che tra le 25 neo-madri assistite è emersa anche una carenza informativa in merito ai servizi esistenti e a come fruirne. La mancanza d'informazione tende a cumularsi con altre condizioni di difficoltà: conseguenze rilevanti in termini di disuguaglianze (sovente, infatti, conoscono i servizi e arrivano a fruirne persone che non sono quelle in maggiore difficoltà e che più ne avrebbero bisogno). Informare maggiormente diventa una priorità a quale il progetto "Fiocchi in

⁶ Da ulteriori analisi emerge come si tratti di madri straniere in media presenti da 8 anni in Italia.

Ospedale” ha cercato di rispondere mettendo il più possibile in rete le neo-madri con i servizi del territorio.

Il quadro emerso è in genere contrastante rispetto alle 101 neo-madri che non hanno fatto richiesta di aiuto allo sportello “Fiocchi in Ospedale”; si tratta prevalentemente di neo-madri italiane. Delle 101 neo-madri intervistate l’83,1% sono italiane e il 16,8% sono straniere, di quest’ultime 9 hanno un partner connazionale e le restanti 8 partner italiano, mentre delle neo-madri non assistite italiane solo 1 ha un partner straniero.

Oltre alla già citata differenza d’età, le neo-madri non assistite hanno un nucleo familiare composto da un numero minore di componenti rispetto alle neo-madri che hanno aderito al progetto: in media 3,5 componenti per le non assistite e 4,3 componenti per le assistite. La loro scolarizzazione è in media più elevata rispetto al campione delle assistite: oltre la metà ha un’istruzione secondaria mentre più del 40% ha un titolo di studio universitario, con un’occupazione che in prevalenza è quella di lavoratrice dipendente a tempo indeterminato (il 54,4% è occupata a tempo indeterminato mentre solo l’11,8% sono casalinghe, e meno del 3% è in cerca di nuova occupazione).

Sotto il profilo abitativo il campione di “controllo” è costituito da donne che vivono in maggioranza in un’abitazione di proprietà rispetto (64,3%) rispetto ad un 30,6% che vive in locazione e un 3,9 che risiede in una abitazione data in uso gratuito (in genere una casa di proprietà dei genitori).

Un ultimo confronto di rilievo fra gruppi coinvolge la dimensione del reddito. Come è noto in letteratura (si veda ad esempio i casi delle indagini Multiscopo Istat) la misurazione del reddito attraverso domande su questionario compare inadeguata a cogliere in modo completo e corretto la dinamica del reddito. Pertanto, si è soliti aggirare il problema affidandosi a delle proxy; il titolo di studio è una di queste proxy e costituisce un identificativo della classe sociale di provenienza. La spesa (settimanale) in beni di consumo è qui un indicatore complementare: le donne assistite hanno in media una spesa più contenuta di quelle che non aderiscono al progetto “Fiocchi in Ospedale”: il 44% delle donne assistite spende in media meno di 50€ a settimana per beni di prima necessità.

Le differenze riassunte in questo paragrafo mettono in luce i fattori personali ed economici che maggiormente influiscono nelle condizioni di fragilità; fattori che fanno riferimento prevalentemente alla nazionalità, titolo di studio, condizione lavorativa, condizione abitativa.

2. Analisi di regressione

Le analisi svolte nel paragrafo precedente forniscono un quadro delle caratteristiche delle neo-madri intervistate e oggetto dell’indagine. Tuttavia, il limite delle analisi uni-variate svolte è che non permettono di indagare l’effetto simultaneo e indipendente di ciascuna delle caratteristiche che formano i profili di base delle gestanti sulla probabilità

di aderire al progetto “Fiocchi in Ospedale”. Tracciare l’identikit di chi aderisce al progetto e contrapporlo a chi non vi aderisce, entrando nel novero delle gestanti prive di una manifestazione di disagio assistita”, costituisce l’oggetto di questo paragrafo. L’analisi si svolge attraverso un’analisi di regressione per outcome binari, dove la variabile dipendente oggetto di studio assume valore 1 se la gestante aderisce al progetto “Fiocchi in Ospedale” e 0 altrimenti.

Le caratteristiche delle gestanti prese in considerazione sono quelle viste nei paragrafi precedenti: più in particolare, quelle che andiamo a considerare sono le variabili che mostrano sufficiente numerosità e variabilità da permettere di distinguere il profilo delle madri assistite da quelle che invece compiono una normale degenza in ospedale senza necessitare l’adesione al progetto “Fiocchi in Ospedale” .

In questo senso le variabili esplicative che utilizzeremo nell’analisi per identificare le gestanti assistite sono scelte su considerazioni di carattere socio-economico e sono elencate come segue con le rispettive ipotesi, emerse anche in considerazione delle analisi esplorative condotte nel paragrafo precedente:

Età della gestante: si ritiene che le fasce di età più giovani, dove si concentrano con maggiore frequenza le gravidanze “inattese” possano essere più esposte maggiormente al rischio di disagio e possano andare con maggiore probabilità incontro alla necessità di essere assistite. Spesso però l’età più giovane è anche connessa a una minore consapevolezza dei servizi a disposizione della gestante e quindi potrebbe essere considerato anche un effetto dell’età opposto rispetto a quello sopra citato. Pertanto, per tenere in considerazione la possibilità della somma di due effetti contrapposti, inseriamo nel modello sia l’età che il suo quadrato, ipotizzando una forma della relazione a U.

Anni di istruzione: anche per gli anni di istruzione esiste l’ipotesi di un trade-off fra maggior rischio di disagio indotto dalla provenienza da una bassa classe sociale (associata un basso titolo di studio) e una maggior consapevolezza delle possibilità di tutela (derivante da una scolarizzazione più elevata) nel determinare la probabilità di adesione al progetto; infatti, da un lato chi ha meno anni di scolarizzazione alle spalle è con maggiore probabilità meno benestante e più esposto alla necessità di essere supportato durante la prima fase post-partum. D’altro canto le gestanti meno scolarizzate sono anche quelle che meno si orientano fra i servizi a supporto delle possibili necessità. Testiamo anche in questo caso la presenza di una relazione quadratica fra probabilità di adesione al progetto “Fiocchi in Ospedale” e anni di istruzione.

Condizione occupazionale: in questo caso la relazione ipotizzata è evidente. La permanenza in uno stato di disoccupazione acuisce situazioni di disagio, potendo quindi incrementare la probabilità che una gestante chieda aiuto attraverso il progetto “Fiocchi in Ospedale” .

Condizione abitativa: un’altra variabile decisiva nel tracciare il profilo economico delle neo-mamme assistite è data dalla loro condizione abitativa.

Le donne che vivono in case con contratti di locazione e che quindi non sono domiciliate in una casa di proprietà vedono ogni mese una decurtazione costante del proprio reddito spendibile, che è devoluto in forma di canone ai proprietari. Minore è il reddito spendibile, maggiore è il rischio di disagio. La relazione ipotizzata è quindi positiva. Le donne che vivono in locazione sono considerate essere più esposte ad essere coinvolte nel progetto “Fiocchi in Ospedale” rispetto a quelle che vivono in una abitazione di proprietà o in una casa ad uso gratuito.

Spesa settimanale in beni di consumo: essendo il reddito una variabile di difficile misurazione, abbiamo optato per l’inserimento di alcune proxy come gli anni di istruzione, che misurano efficacemente la classe sociale di provenienza, e la presenza di una casa di proprietà, volta a riassumere alcuni tratti dello status patrimoniale individuale. Un’ulteriore variabile di benessere è rappresentata dalla spesa settimanale familiare che qui è riclassificata in bassa (fino a 100€ settimanale e scelta come categoria di riferimento) ed elevata (superiore ai 100€ alla settimana). L’ipotesi è che minore sia la spesa in consumo, maggiore sia la difficoltà economica della gestante, maggiore a sua volta sia la probabilità di fare ricorso al progetto “Fiocchi in Ospedale” .

Nazionalità dei genitori: da ultimo, considerato il sempre maggiore numero di coppie immigrate straniere che risiedono nel nostro Paese e che compensano con la loro alta natalità la bassa fecondità delle coppie italiane, è necessario inserire una variabile sulla nazionalità dei genitori. Proponiamo qui due diverse specificazioni della variabile che andremo a presentare nei diversi modelli analizzati, tutte relative alla nazionalità dei genitori del bambino: in alcuni modelli presenteremo la sola variabile relativa alla nazionalità della madre, distinguendo fra madre italiana e madre straniera. Ad un maggiore livello di articolazione successivo considereremo invece la nazionalità di ambedue i genitori, distinguendo fra genitori entrambi stranieri, un solo genitore straniero ed entrambi i genitori italiani. Questa seconda specificazione della variabile da un lato ci fa perdere il dettaglio sulla madre straniera, dall’altro ci consente di dare rilievo alla situazione della coppia mista. Purtroppo, la bassa numerosità campionaria non ci consente di combinare il dettaglio sulla madre straniera con quello proprio del padre. In ambedue le specificazioni il segno atteso del coefficiente è positivo: ci aspettiamo che la presenza di madri straniere nella coppia sia associata ad una maggiore propensione ad aderire al progetto “Fiocchi in Ospedale” .

Le analisi di statistica descrittiva, evidenziate in Tabella 2, ci forniscono il dettaglio del nostro campione, attraverso il calcolo di alcuni indicatori di sintesi quali le medie, le deviazioni standard, e i massimi e i minimi, oltre che indicare quante sono le osservazioni mancanti. Una nota positiva è data dalla qualità del dataset che, seppur di dimensioni ridotte, offre dati completi per le analisi di regressioni per tutte le variabili prescelte; un solo missing value si evidenzia per la non decisiva variabile sulla spesa per beni di consumo.

Inoltre tutte le variabili, con la sola parziale eccezione dello status occupazionale, ci mostra una sufficiente variabilità nelle osservazioni che hanno modalità differenti sia per le aderenti al progetto, sia per le normali gestanti. I risultati dell'analisi di regressione attraverso un modello probit sono mostrati invece in Tabella 3.

Tab. 2 – Statistiche descrittive preliminari.

	Oss.	Media	Std. Dev.	Min	Max
<i>Variabile dipendente</i>					
Gestante aderente al progetto "Fiocchi in Ospedale"	126	0,198	0,400	0	1
Gestante non aderente al progetto	126	0,802	0,400	0	1
<i>Variabili esplicative</i>					
<i>Età della gestante</i>					
Età	126	33,54	6,107	19	58
Età2	126	1161,9	433,3	361	3364
<i>Livello di istruzione</i>					
Anni di studio	126	13,76	4,123	5	20
Anni di studio2	126	206,2	107,3	25	400
<i>Condizione occupazionale</i>					
Occupata	126	0,960	0,196	0	1
Disoccupata	126	0,040	0,196	0	1
<i>Condizione abitativa</i>					
Casa di proprietà (o in uso gratuito)	126	0,627	0,486	0	1
Casa in locazione	126	0,373	0,486	0	1
<i>Spesa settimanale in beni di consumo</i>					
≤ 100 €	125	0,552	0,499	0	1
> 100 €	125	0,448	0,499	0	1
<i>Nazionalità genitori</i>					
Madre italiana	126	0,714	0,454		
Madre straniera	126	0,286	0,454	0	1
Entrambi i genitori italiani	126	0,698	0,461	0	1
Un solo genitore straniero	126	0,087	0,283	0	1
Entrambi i genitori stranieri	126	0,214	0,412	0	1

Tab. 3 – Stime dei coefficienti di una regressione probit per le determinanti delle gestanti aderenti al progetto “Fiocchi in Ospedale”.

	Mod. 1	Mod. 2	Mod. 3	Mod. 4	Mod. 5
<i>Età della gestante</i>					
Età	0,174	0,259	0,444*	0,259	0,595**
Età ²	-0,003	-0,004	-0,007*	-0,004	-0,010**
<i>Livello di istruzione</i>					
Anni di studio	-0,241	-0,178	-0,217	-0,177	-0,338
Anni di studio ²	0,006	0,004	0,006	0,004	0,011
<i>Condizione occupazionale</i>					
Occupata	0	0	0	0	0
Disoccupata	0,569	1,003	1,250*	1,002	1,550**
<i>Condizione abitativa</i>					
Casa di proprietà/in uso gratuito	0	0	0	0	0
Casa in locazione	0,540*	0,004	-0,395	0,009	-1,045
<i>Spesa settimanale in beni consumo</i>					
≤ 100 €	0	0	0	0	0
> 100 €	-0,660**	-0,589	-0,582	-0,589	-0,763*
<i>Nazionalità genitori</i>					
Madre italiana		0		0	
Madre straniera		1,569**		1,569**	
Entrambi i genitori italiani			0		0
Un solo genitore straniero			1,122**		0,536
Entrambi i genitori stranieri			2,317**		2,326*
<i>Casa in locazione X nazionalità</i>					
Casa in locazione X madre straniera				0,001	
Casa in locazione X due genitori stranieri					-1,341
Casa in locazione X un genitore straniero					1,914
<i>Intercetta</i>	-1,478	-3,406	-6,233	-3,411	-7,666*

Note: Livelli di significatività: * p<0,10, ** p<0,05

In Tabella 3 vengono proposti cinque modelli di regressione differenti: i primi tre mostrano solo gli effetti principali, mentre gli ultimi due mostrano anche degli effetti di interazione fra la presenza di una casa in locazione e la nazionalità della madre. L'ipotesi sottostante è che maggiore è la percentuale di donne prive di abitazione di proprietà fra le straniere e che questa maggiore incidenza sia tale da incrementare la vulnerabilità economica delle gestanti non italiane. Come possiamo vedere dai risultati dell'analisi di regressione, che è implementata su 125 osservazioni per tutti e cinque i modelli, l'età è significativa solo nel modello 3 e nel modello 5, mostrando la presenza di una relazione quadratica concava fra età e rischio di adesione al progetto “Fiocchi in Ospedale”.

Non significativo in tutti i modelli appare invece il livello di scolarizzazione delle madri, probabilmente a causa dell'elevata eterogeneità dei percorsi di istruzione, indotta dall'elevata incidenza del numero di madri straniere nel campione. Coerente con il risultato relativo all'età, è quello sullo status occupazionale che risulta essere significativo col segno ipotizzato, anch'esso nei modelli 3 e 5. Lo stato di disoccupazione della madre è connesso ad una maggiore propensione al ricorso al "Progetto fiocchi in ospedale". La questione che sorge a questo punto è relativa alla validità generale dei risultati fino a qui trovati, dato che sembrano valere in modo robusto solo per i modelli 3 e 5.

La tabella 4 dà risposta a questo quesito, confrontando i modelli proposti in base ai criteri di informazione che valutano la bontà complessiva del modello come compromesso fra loro potenziale esplicativo (dato dal valore della funzione di verosimiglianza) e complessità (dato dal numero di variabili esplicative inserite nel modello). I modelli considerati come migliori sono quelli con una funzione di penalizzazione minore (data da AIC e BIC).

Tab. 4 – Confronto fra modelli non annidati secondo i criteri di informazione.

Modello	Obs	ll(intercetta)	ll(completo)	df	AIC	BIC
Modello 1	125	-62,550	-51,435	8	118,869	141,496
Modello 2	125	-62,550	-40,351	9	98,701	124,156
Modello 3	125	-62,550	-35,330	10	90,660	118,944
Modello 4	125	-62,550	-40,351	10	100,701	128,984
Modello 5	125	-62,550	-34,226	12	92,452	126,392

Pertanto, i modelli scelti come migliori e definitivi per l'analisi sono per l'AIC il modello 3 e il modello 5, mentre per il BIC il modello 2 è leggermente preferibile al modello 5 che si piazza però in terza posizione in un ipotetico ranking.

Tali risultati ci permettono di considerare la disoccupazione come forte predittore dell'adesione al progetto "Fiocchi in Ospedale", così come la nazionalità dei genitori che nei modelli 3 e 5 vedono una interessante relazione: nel caso della presenza di due genitori stranieri la probabilità di ricorrere al progetto "Fiocchi in Ospedale" è massima, mentre in presenza di due genitori italiani tale probabilità scende ai valori minimi. La presenza di uno dei due genitori di nazionalità straniera e dell'altro di nazionalità italiana, pone logicamente la probabilità di essere assistiti a un livello intermedio. In questo senso i risultati sono coerenti e ben si armonizzano con quelli dei modelli 2 e 4 (in particolare il modello 2 mostra eccellenti valori nei criteri di informazioni visualizzati), dove la presenza di una madre straniera incrementa notevolmente la probabilità di essere inserita fra le donne assistite.

Le interazioni fra nazionalità delle madri e casa in locazione dimostrano di non essere di alcun rilievo per la significatività dei risultati; risultato leggermente più apprezzabile vale per l'effetto principale della

presenza di una casa in locazione, che risulta essere significativa e nel segno desiderato, anche se esclusivamente nel modello 1.

Infine, ultima considerazione di importante rilievo attiene il segno e la significatività della variabile che misura la spesa settimanale in beni di consumo. Le madri che hanno livelli di spesa settimanale superiori mostrano minore probabilità di adesione al “Progetto Fiocchi”, come sottolineato dai Modelli 1 e 5. Il segno del coefficiente è quindi quello ipotizzato e si mantiene costante con valori molto simili anche per la dimensione dello stesso per tutti i modelli, anche quando è significativo per valori più alti di quelli convenzionalmente usati come soglie di riferimento. La robustezza delle stime, unitamente alla non elevata ampiezza campionaria che, come noto, agisce sui livelli di significatività osservata, consentono d'altra parte di valutare il segno di tale coefficiente come degno di rilievo in tutti e cinque le specificazioni del modello anche se non evidenziati nella grafica della Tabella 3, suffragando l'ipotesi di partenza. Le analisi di regressione confermano quindi l'identikit tracciato in Tabella 1, evidenziando come fra le madri straniere, in condizioni economiche più precarie dove i volumi dei consumi sono ridotti e spesso non si vive in una casa di proprietà il disagio appaia superiore e il ricorso a forme di assistenza quali quella del “Progetto Fiocchi in ospedale” più frequente.

4. Conclusioni

Questo lavoro ha analizzato i fattori economici e le caratteristiche personali delle puerpere che manifestano una richiesta di aiuto sia economico sia relazionale nei giorni immediatamente successivi al parto. L'analisi si basa su un'indagine condotta all'Ospedale Niguarda di Milano presso uno sportello di assistenza denominato “Fiocchi in Ospedale”. Le partecipanti all'indagine sono state in totale 126 neo-madri. Dal presente lavoro è emerso come i fattori che maggiormente influiscono nelle condizioni di disagio, segnando le differenze principali tra il gruppo delle 25 puerpere assistite e il gruppo delle 101 puerpere di controllo, fanno riferimento alla nazionalità, alla condizione lavorativa, e reddituale alle condizioni economiche e abitative. Un'analisi di regressione ha impiegato un modello probit per evidenziare le variabili associate con una probabilità di richiesta di assistenza. In breve i risultati mostrano che: (i) la disoccupazione della madre è il principale predittore della richiesta di assistenza; (ii) l'età è significativa solo in alcuni modelli e mostra inoltre la presenza di una relazione quadratica concava fra età e richiesta di assistenza. In altre parole, al crescere dell'età la probabilità che una puerpera di rivolga a un servizio di assistenza del tipo ‘Fiocchi’ è più bassa; (iii) non significativo in tutti i modelli appare invece il livello di scolarizzazione delle madri, probabilmente a causa dell'elevata eterogeneità dei percorsi di istruzione, indotta dall'elevata incidenza del numero di madri straniere nel campione.

Invero, i risultati confermano che le neo-madri fin dal periodo perinatale sono razionalmente in grado di valutare i bisogni del futuro

impegno di *childcare*. In linea più generale, i risultati dell'indagine confermano l'importanza di una valutazione precoce del bisogno delle neomadri con la possibilità di pianificare un intervento tempestivo, che abbia inizio dai giorni immediatamente successivi al parto. Come una letteratura interdisciplinare consolidata testimonia, accurati interventi di *childcare* nelle prime fasi di vita possono influenzare in maniera significativa lo sviluppo dei bambini nella fase scolare e quindi di questi una volta adulti nella fase produttiva. Il sostegno all'infanzia reca beneficio a tutti i bambini, ma i maggiori benefici vanno ai bambini delle famiglie più svantaggiate (Heckman, 2009), in quanto un supporto di buona qualità può compensare, almeno in parte, un ambiente familiare svantaggiato. Tutto questo offre anche la possibilità alle società di tentare una significativa riduzione della povertà e della disuguaglianza.

In conclusione questo lavoro si poneva come contributo per discutere su un tema attuale quale appunto quello dei bisogni delle famiglie, nell'intento di offrire con consapevolezza uno spunto di riflessione e condivisione di azioni che possano aumentare i fattori protettivi nei confronti dei nuclei familiari, fattori che rappresentano premesse fondamentali per lo sviluppo di un benessere collettivo partendo da un maggior benessere del neonato all'interno del suo nucleo familiare. Tutto questo in un'ottica di welfare societario secondo cui l'impegno per il benessere sociale va considerato parte integrante della vita quotidiana dei cittadini, ma anche come frutto di scambio tra Stato e società civile.

Appendice

Tab. A1 – Struttura del questionario

SEZIONI	DOMANDE
Struttura della famiglia	1. Il suo genere è: 2. Da quante persone è composto il suo nucleo familiare (lei compresa)? 2.a Attualmente il nucleo familiare (intendendosi chi realmente vive o vivrà con il neonato) è costituito da: 3. La sua nazionalità è: 3.a La nazionalità del suo partner (<i>se presente</i>) è: 3.b Se straniera/i da quanti anni in Italia 4. Qual è la sua età e del suo partner (<i>se presente</i>)? 5. Qual è la sua altezza e peso? 6. Dove ha maturato principalmente la sua formazione? 7. Qual è il suo titolo di studio? 8. Qual è la sua attuale condizione lavorativa?
Informazioni sulla sua famiglia d'origine	9. Qual è il titolo di studio dei suoi genitori? 10. Qual è ora la condizione professionale dei suoi genitori? 11. I Suoi genitori hanno (avevano) la cittadinanza italiana? 12. I suoi genitori vivono in una casa di loro proprietà?
Abitazione di residenza	13. L'abitazione in cui vive è... 14. Come ha acquisito la proprietà dell'abitazione? 15. Mi può dire chi è il proprietario della casa/appartamento in cui vive? 16. In quale fascia di reddito rientra nel pagamento dell'affitto? 17. Lei pensa che le spese per l'affitto siano per la sua famiglia un carico: <i>(una sola risposta)</i> 18. Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati momenti o periodi in cui lei è stata in arretrato con il pagamento dell'affitto dell'abitazione in cui vive?
Consumi	19. Quale tipologia di esercizio commerciale utilizza? 20. Quante volte la settimana, in media, fa acquisti? 21. Se mai, perché? 22. Quanto spende approssimativamente in una settimana per gli acquisti? 23. Può indicare con una crocetta quanto spende approssimativamente, per tutta la famiglia, in un mese rispetto ai seguenti prodotti?

	<p>24. Rispetto ai prodotti neonatali elencati di seguito quali ritiene indispensabili e di cui accetterebbe un aiuto?</p> <p>25. Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati momenti o periodi in cui lei o la sua famiglia non aveva i soldi per i seguenti aspetti.</p>
Reddito	<p>26. In quale fascia di reddito annuale, tra quelle elencate, ritiene di collocare le entrate complessive della sua famiglia?</p> <p>27. Il reddito a disposizione della Sua famiglia, permette di arrivare alla fine del mese...</p> <p>28. Qualcuno vi aiuta ad arrivare a fine mese?</p> <p>29. Se la risposta è SI può indicarci da chi arriva l'aiuto:</p> <p>30. Se dovesse pensare di poter usufruire di un aiuto a sostegno della sua situazione, che tipo di aiuto prediligerebbe?</p> <p>31. Se dovesse usufruire di un aiuto economico sotto forma di ticket per fare la spesa (con conseguente controllo dello scontrino emesso nel momento dell'acquisto) pensa che questo sostegno possa convincerla.</p>
Genitorialità	<p>32. Può indicare con una crocetta quanto, a partire dalla sua esperienza, sia importante per un genitore o futuro genitore conoscere questi argomenti?</p> <p>33. Tra gli argomenti elencati, nella domanda 32, ce ne sono alcuni che lei, come genitore, vorrebbe conoscere meglio, sia dal punto di vista teorico che pratico?</p> <p>34. Se ha risposto SÌ, può indicarci tre argomenti, tra quelli elencati, (in ordine di importanza) che vorrebbe approfondire?</p> <p>33. Tra gli argomenti elencati, nella domanda 32, ce ne sono alcuni che lei, come genitore, vorrebbe conoscere meglio, sia dal punto di vista teorico che pratico?</p> <p>34. Se ha risposto SÌ, può indicarci tre argomenti, tra quelli elencati, (in ordine di importanza) che vorrebbe approfondire?</p> <p>35. Può indicare con una crocetta in quale modo vorrebbe approfondire gli argomenti indicati nella domanda numero 34?</p> <p>36. Se ha risposto NO, può indicarci la motivazione principale?</p>

Bibliografia

- Baron Cohen S., (2003) *The essential difference; men, women and the extreme male brain*, London, Allen Lane.
- Becker G.S., (2008), *Il Capitale Umano*, Laterza, Bari.
- Becker G.S., (1981), *A treatise on Family*, Cambridge, MA: Harvard University Press
- Bernal R., (2008), The Effect of Maternal employment and Child Care on Children's Cognitive Development, *International Economic Review*, 49: 1173-1209.
- Boath E., (2001), The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature review, in *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 19: 215-48.
- Bloch M., Rotenberg N., Koren D., Klein E., (2006), Risk factors for early postpartum depressive symptoms, *General Hospital Psychiatry*, 28: 3-8
- Boulding K.E., (1973), *The Economy of Love and Fear*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA.
- Briscoe M., (1986), Identification of emotional problems in postpartum women by health visitors, *BMJ*, 292: 1245
- Brown G.W, Harris T., (1978), *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*, London, Tavistock.
- Campiglio L., (2005), *Prima le donne e i bambini, Chi rappresenta i minorenni?* Bologna, Il Mulino.
- Caruso R., (2009), Il pensiero di Kenneth Boulding, *Economista Irenico, Relazioni Umane tra scambio, dono e coercizione*, in *Storia del pensiero economico*, 2: 5-30.
- Caselli M., (2005), *Indagare col questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard*, Milano, Vita e Pensiero.
- Cena L., Imbasciati A., Baldoni F., (2010), *La relazione genitore-bambino*, Milano, Springer Verlag.
- Diener E., (1984), Subjective wellbeing, *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- Easterlin, R.A., (2001), Income and happiness: towards a unified theory, *Economic Journal* 111: 465-484.
- Donati P., (2013), *La famiglia: il genoma che fa vivere la società*, Soveria Mannelli (Catanzaro), Rubbettino Editore.
- Forman D. N, Videbech P., Hedegaard M., Salving J. D., Secher N. J., (2000), Postpartum depression: identification of women at risk, in *British Journal Obstetrics Gynaecology*, 107:1210-1217.
- Garcia-Mainar I., Molina J.A., Montuenga V.M., (2011), Gender Differences in Childcare: Time Allocation in Five European Countries, *Feminist Economics*, 17: 119-150.
- Grussu P., (2012), Neonaticidio e infanticidio: madri omicide, fattori di rischio e interventi di prevenzione, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 16, 1, 37-63
- Heckman J. J., (2006), Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, in *Science*, 312: 1900-1902.

- Heckman J. J., Stixrud J., Urzua S., (2006), The effects of cognitive and non cognitive abilities on labor market outcomes and social behavior, in *Journal of Labor Economics*, 24: 411-482.
- Heckman J. J., (2009), Investing in our young people: Lessons from Economics and Psychology, in *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 117: 365-386.
- Heckman J. J., Malofeeva L., Pinto R., Savelyev P. A., (2009), *The effect of the Perry Preschool Program on the cognitive and non cognitive skills of its participants*, University of Chicago, Department of Economics.
- Heckman J. J., (2010), Investire nei nostri giovani. Lezioni dall'economia e dalla psicologia, in E. Scabini e G. Rossi (a cura di), *La ricchezza delle famiglie*, Milano, Vita e Pensiero.
- James-Burdumy S., (2005), The Effect of Maternal Labor Force Participation on child Development, *Journal of Labor Economics*, 23: 177-211
- Kaye NS, Borenstein NM, Donnelly SM. (1990), Families, murder and insanity: a psychiatric review of paternal neonaticide. *Journal of Forensic Science*, 35: 133-9
- Likierman M., (2003), Post-natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy, in *Journal of Child Psychotherapy*, 29: 301-315
- Muñoz R. F., Le H. N., Ippen C. G., Diaz M. A., Urizar G. G., Jr. Soto J., Mendelson T., Delucchi K., Lieberman A. F., (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: development of the Mamas y Bebés/ Mothers and Babies course, in *Cognitive and Behavioral Practice*, 14:70-83.
- O'Hara M. W., Swain A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis, in *International Review of Psychiatry*, 8: 37-54.
- Pinker S., (2013), *Il declino della violenza, Perché quella che stiamo vivendo è probabilmente l'epoca più pacifica della storia*, Milano, Mondadori.
- Powdthavee N., Vernoit J., (2013), Parental unemployment and children's happiness: A longitudinal study of young people's well-being in unemployed households, *Labour Economics*, 24: 253-263
- Qvortrup J., (2009), Are Children Human Beings or Human Becomings? A Critical Assessment of Outcome Thinking, *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 117: 631-654
- Rege M., Telle K., Votruba M., (2011), Parental Job Loss and Children's School Performance, *Review of Economic Studies*, 78: 1462-1489.
- Rivellini G., Rosina A., Sironi E., (2012): Marital Disruption and Subjective Well-being: Evidence from an Italian Panel Survey in *Proceedings of the XLVI Scientific Meeting of the Italian Statistical Society*, Padova, Cleup.
- Ruhm C.J., (2008), Maternal Employment and Adolescent Development, *Labour Economics*, 15: 958-983
- Sironi E., Billari F. C., (2013) Do union formation and childbearing improve subjective well-being? An application of propensity score matching to a Bulgarian panel in N. Torelli, F. Pesarin e A. Bar-Hen (ed) *Advances in Theoretical and Applied Statistics*, Berlino, Springer, 351-360.

- Winnicott D. W., (1964), *The child and the outside world*, New York, Penguin Press, ed. It., (2005), *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*, Roma, Edizioni Magi.
- Zamagni S., (2002), La famiglia come soggetto economico: argomenti per una politica della famiglia, in: Santolini L. e Sozzi V., (a cura di), *La famiglia come soggetto sociale: radici, sfide, progetti*, Roma, Città Nuova.