



**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA**
Anno 2024

**L'ESSENZA DELL'ESSERE GENITORI:
IPNOSI NEL POST-PARTO
ALL'INTERNO DI UNA TIN**

Candidato

DOTT.SSA BLACO RITA

Relatore

DOTT. PAOLO GRANONE

Correlatore

DOTT.SSA DANILA TOSCANO

INDICE

INTRODUZIONE E SCOPO DELLA TESI.....	4
--------------------------------------	---

CAPITOLO 1

LA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6
1.1 Percentuali delle nascite	9
1.1.1 In Italia anno 2022	9
1.1.2 In Provincia di Ravenna anno 2023	9
1.1.3 Dati statistici sui disagi mentali nelle madri dei prematuri in Italia	12
1.2 La TIN di Ravenna	15
1.2.1 Il vissuto di Mamma Simona	17
1.2.2 Stress e burn out nel personale sanitari	20
1.3 Riconoscere il disagio mentale	22
1.3.1 Linee Guida del Ministero della Salute	23
1.3.2 Disturbi dell'umore	24
1.3.3 Disturbi d'ansia	26
1.3.4. Cosa accade nella mente dei neo-padri	28
1.3.5 Gli strumenti di screening	31
1.3.6 Gli strumenti di Screening per la depressione e l'ansia	32
1.3.7 Gli strumenti di Screening per le problematiche psico-sociali	34
1.3.8 Gli strumenti di Screening per la relazione tra mamma e feto	35
1.3.9 Gli strumenti di Screening per la relazione mamma-bimbo	36

CAPITOLO 2

INTRODUZIONE ALL'IPNOSI	38
2.1 Le fasi dell'ipnosi durante una seduta in TIN	39
CARE, COME STRUMENTO PER LA PRESA IN CARICO DEL NEONATO E FAMIGLIA	43
2.2 L'esposizione del feto ai disturbi psicologici della madre	46
2.3 Family Centered Care	47
2.4 Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program	50
2.5 Allattamento e salute mentale	53
2.5.1 L'impatto complessivo della patologia mentale sull'allattamento	53
2.5.2 Allattamento e depressione	54
2.5.3 Allattamento relazione madre-bambino e sviluppo del bambino	54
2.5.4 Raccomandazioni dell'OMS e ruolo degli operatori sanitari	55

CAPITOLO 3

I BISOGNI SPECIALI DEI GENITORI DEI NATI PRETERMINE	56
3.1 Le esperienze emotive dei genitori	56
3.2 Intervento di sostegno ai genitori dei bambini pretermine	58

CAPITOLO 4

ANALISI DI UN PERCORSO DI MIGLIORAMENTO	61
4.1 Questionario anonimo per i genitori	64
ANALISI DI UN PROCESSO DI MIGLIORAMENTO	65
4.2 Questionario anonimo per i sanitari	69
CONCLUSIONI	71
APPENDICE	72
[1] Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	72
[2] Scala di Whooley.....	73
[3] Back Depression Inventory-II (BDI-II)	73
[4] General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)	75
[5] Le Quattro Domande di NICE	75
[6] Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	76
[7] Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)	77
[8] General Anxiety Disorder (GAD-7)	78
[9] Edingurg Postnatal Depression Scale (EPDS)	79
[10] Parent To Infant Attachment Questionnaire (PAQ)	80
[11] Scala Maslach Burnout Inventori (MBI)	81
BIBLIOGRAFIA	82
INDICE DELLE TABELLE	85

*Un essere umano che ama un altro;
questo è forse il più difficile tra tutti i compiti,
quello definitivo, l'ultimo esame e prova,
il lavoro per il quale tutti gli altri lavori
altro non sono che propedeutici.*

Rainer Maria Rilke

INTRODUZIONE E SCOPO DELLA TESI

L'ansia e lo stress durante la gravidanza sono problemi relativamente comuni che potrebbero portare però, conseguenze sul decorso della gravidanza e sul successivo sviluppo del bambino.

Considerando che l'ansia risponde bene a trattamenti psicologici quali la terapia cognitivo-comportamentale, il training autogeno, biofeedback, ipnosi, immaginazione, meditazione, e Yoga; gli interventi non farmacologici come quelli mente corpo, potrebbero essere offerti, non solo per il trattamento, ma anche per la prevenzione della depressione e dell'ansia sia durante la gravidanza che nel periodo successivo.

In Italia nascono ogni anno oltre 25.000 prematuri, il 6,4% del totale. Nel 2021, in Emilia-Romagna i nati pretermine, prima delle 37 settimane di gestazione, sono stati 1.964, il 6,5% di tutti i nati vivi.

Quando il bambino nasce pretermine o con una patologia, i sogni dei genitori vengono interrotti bruscamente e bisogna tener conto del forte impatto psicologico; i genitori possono provare sentimenti come disperazione, angoscia, rabbia, frustrazione e senso di colpa. Possono essere anche soggetti a depressione e questo rende tutta la famiglia ancora più vulnerabile.

In tutto questo un sistema che si affianca alla famiglia con i trattamenti sopra descritti potrebbe essere benefico per il processo di gestione, elaborazione e accettazione di questi vissuti emotivi.

Il neonato dovrà continuare la crescita nell'ambiente extrauterino, che offre esperienze spesso eccessive e stressanti; per il livello di maturazione raggiunto, avrà necessità di attenzioni e cure personalizzate e, pertanto, sarà necessario attuare un piano terapeutico e di cura individualizzato che coinvolga tutto il nucleo familiare.

Questo periodo viene vissuto come un momento di distacco per i genitori che provano disagio e avvertono paura per le condizioni di salute del loro bambino. Nei genitori insorge un senso di responsabilità e impotenza nei confronti del figlio che li porta a vivere momenti di paura e solitudine.

Bisogna tenere presente che le relazioni precoci della diade madre-bambino costituiscono un precursore per un adeguato sviluppo futuro in diversi ambiti: cognitivo, emotivo e linguistico. Va da sé che la qualità delle prime relazioni sociali tra madre e bambino può avere un'influenza sullo sviluppo successivo.

Il distacco repentino dal piccolo può provocare nella mamma un forte senso di colpa e disorientamento che complicano un momento già di per sé difficile.

La coppia deve prepararsi a nuove e profonde *modifiche psicologiche* (maggiore emotività, costruzione della relazione con il bambino, cambiamento identitario, fine del rapporto esclusivo con il partner), *biologiche* (inerenti al sonno, una maggiore stanchezza, l'allattamento, la diminuzione del desiderio sessuale) e *sociali* (un maggiore isolamento sociale, la rete femminile di cura, il rapporto con il partner).

Inoltre, l'esperienza di diventare genitori di un bambino pretermine è molto dolorosa e comporta un continuo contatto con l'angoscia di morte, il lutto nei confronti del bambino immaginato e un profondo senso di disorientamento.

I sanitari danno una risposta al problema nell'ottica della *"care alla famiglia in TIN"*, utilizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare con il supporto di neonatologi, medici specialisti, infermieri, ostetrici, psicologi, fisioterapisti e logopedisti, durante il periodo del ricovero, al momento della dimissione e durante i controlli previsti dal follow up.

Lo scopo di questa tesi è di analizzare la possibilità di introdurre in maniera sistemica e organizzata l'ipnosi clinica sia a favore dei genitori: nel prevenire e supportare i momenti che potrebbero, se non sostenuti, portare ad un aggravamento degli stati iniziali di ansia e depressione e nel riappropriarsi della loro genitorialità; sia a supporto dei sanitari: nell'affrontare le tensioni legate alla tipologia di reparto ove quotidianamente si affrontano urgenze ed emergenze e di sostegno nell'empowerment alla famiglia trovando nuova linfa nella comunicazione ipnotica.



#antonvanligh

CAPITOLO 1

*Si sentiva invisibile, inadatta, incompresa.
È il destino di tutti quelli che sentono troppo,
il destino di tutti quelli che amano troppo.
La via obbligata del troppo pensare
è veder svanire,
sotto un velo di incomprensibilità,
questo illogico mondo
e restare irrimediabilmente soli.
Anton Vanlig*

LA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN)

La terapia intensiva neonatale è il luogo in cui avviene la nascita di un bambino e la nascita di una famiglia in condizioni avverse.

La TIN accoglie neonati che vengono alla luce prima del termine fisiologico della gravidanza fissato alle 39° - 41° settimana di età gestazionale (EG).

Vengono denominati prematuri i nati prima della 37° settimana di EG e a seconda del peso alla nascita si parla di:

- ELBW (*Extremely Low Birth Weight*) Estremamente prematuri <28° sett. di EG, <1000 gr di peso
- VLBW (*Very Low Birth Weight*) Molto prematuri tra la 28° e la 31° sett. di EG, <1000 –1499 gr
- LBW (*Low Birth Weight*) Moderatamente prematuri tra la 32° e la 34° sett. di EG, 1500–2500 gr
- Pretermine tardivi tra la 34° e la 37° sett. di E.G.

Non sempre parliamo di neonati prematuri, in TIN vengono ricoverati anche per accertamenti, per patologie, per malformazioni, per basso peso, trasferiti da altri ospedali, per proseguimento cure, abbandoni, in attesa di adozione, altro.

La nascita di un figlio è un momento emozionante per i genitori, uno di quei momenti che non si dimenticano per tutta la vita. Ricorderanno sempre l'attimo in cui hanno visto per la prima volta il loro bambino, perché le emozioni che si provano sono davvero incredibili, indescrivibili ed indimenticabili.

Quando però vi è la necessità di separarsi dal piccolo per ricoverarlo in un reparto di terapia intensiva neonatale, ci si scontra con una realtà che non sempre si era preventivata.

Le prime reazioni sono la paura, lo shock nel vedere l'aspetto del neonato prematuro o con problematiche, con i fili del monitoraggio multiparametrico, i sondini per alimentarlo, i presidi per aiutarlo nella respirazione, i cateteri venosi per infondere le terapie, il timore per la sua sopravvivenza, la preoccupazione per i trattamenti dolorosi a cui verrà sottoposto, e un'irritazione continua alla vista e ai suoni estranei delle apparecchiature elettromedicali.

Con il passare del tempo, si aggiungono altri pensieri, come la percezione di dover demandare il proprio ruolo genitoriale a infermieri e medici, l'ansia generalizzata, la rabbia, il senso di colpa, un senso di perdita, impotenza e tristezza, se ci sono altri figli la difficoltà nel

prendersene cura, eventuali problemi di trasporto da casa all'ospedale ed anche la preoccupazione di dover tornare al lavoro con la gestione conseguente.

L'attenzione è prevalentemente nei confronti delle madri, da tenere in considerazione sono anche i padri, soprannominati "i genitori dimenticati", i quali devono sforzarsi di gestire le proprie emozioni, ma anche loro non sono esenti da problematiche, da ansia, stress o depressione.

Le TIN di oggi non sono più i reparti chiusi di pochi anni fa, le rianimazioni classiche dell'immaginario collettivo, quelle per cui era prevista la vestizione prima di entrare; oggi non possiamo considerare il neonato o prematuro a prescindere dalla madre o dal padre o senza l'intimità e le cure costanti della "famiglia TIN".

"Non c'è salute senza salute mentale" (Howard et al., 2014).

Il neonato fin dalla nascita ha dei diritti, delle esigenze, un carattere, delle emozioni, condivise, in parte con i genitori nel capire e conoscere le sue esigenze e assisterlo nel migliore dei modi per portarlo a casa il prima possibile e in parte con i sanitari, i quali vengono selezionati in base alla motivazione personale, con una formazione relativa al settore, nonché in base alle attitudini, tenendo in considerazione il fattore tecnica ma altrettanto fondamentale il fattore umano.

Nel 2014 la National Perinatal Association (NAP) statunitense ha costituito un gruppo di lavoro composto da genitori di bambini ricoverati in TIN e da un gruppo multidisciplinare di specialisti medici. Dai loro incontri si sono sviluppate sei Linee Guida per l'assistenza psicosociale delle famiglie con figli in TIN, poi pubblicate in un numero speciale del Journal of Perinatology.

Tabella 1: le sei linee guida della National Perinatal Association (2015)

1. Raccomandazioni per coinvolgere la famiglia nelle cure per lo sviluppo del bambino ricoverato.
2. Raccomandazioni per il supporto tra pari per genitori con figli in TIN.
3. Raccomandazioni per i professionisti della salute mentale nei reparti di TIN.
4. Raccomandazioni per le cure palliative e il supporto per il lutto nei reparti di TIN: un approccio integrato incentrato sulla famiglia.
5. La pianificazione per la dimissione dall'unità di TIN e il periodo successivo: raccomandazioni per il supporto psicosociale dei genitori.
6. Raccomandazioni per migliorare il supporto psicosociale dei genitori con figli in TIN attraverso la formazione e il supporto del personale.

Dal loro lavoro, professionisti di diversi Paesi hanno iniziato a sensibilizzarsi e a lavorare per rendere sempre più vera e attuabile questa realtà; oggi le TIN italiane sono aperte ai genitori e i familiari intesi come fratelli e nonni, prestano attenzione ai dettagli dell'ambiente fisico,

agevolano la vicinanza e incoraggiano il contatto *pelle a pelle* o la *kangaroo Mother care* prolungata con la mamma o il papà, fin dai primi giorni per migliorare e rafforzare l'attaccamento.

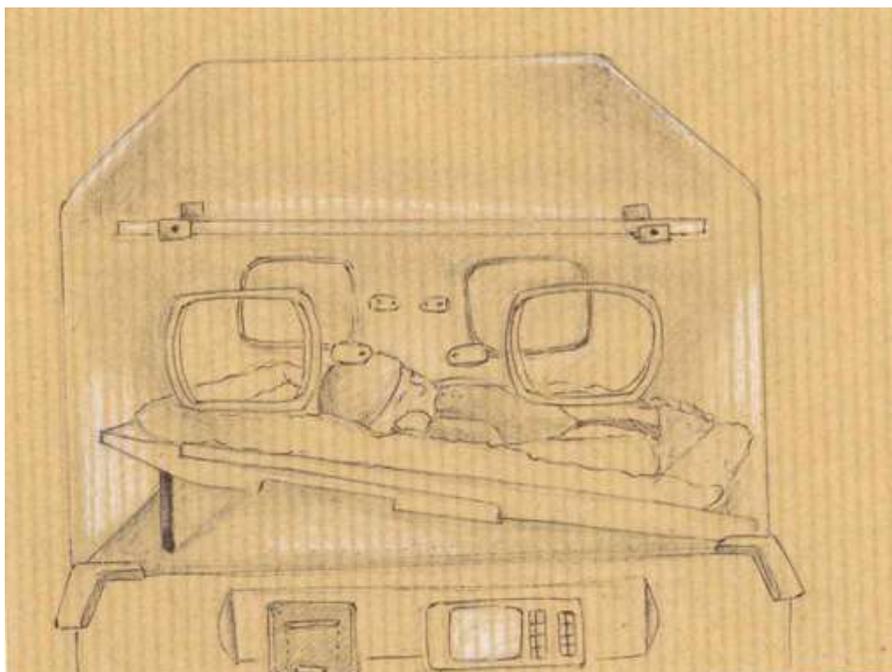
Incoraggiare il contatto dei genitori con il figlio e il coinvolgimento dei genitori nelle cure, porta vantaggi per questi ultimi, con minore incidenza di depressione e ansia, ma anche per il bimbo migliorandone lo sviluppo neurologico.

Il supporto ai genitori ha l'obiettivo di aiutare ad accettare e vivere pienamente i sentimenti difficili e i pensieri che derivano da circostanze di vita incontrollabili, come il ricovero del figlio in TIN ma, allo stesso tempo insegnare a identificare gli obiettivi importanti della vita e a impegnarsi completamente, guidati dalle proprie finalità e valori, anziché limitarsi a reagire d'istinto alle circostanze.

Fondamentale è la figura dello psicologo all'interno di questi reparti in quanto ha un duplice ruolo: offrire supporto emotivo tanto ai genitori che soffrono, quanto al personale sanitario del reparto. Il supporto dello psicologo con gli operatori è un mezzo importante per aiutarli a restare emotivamente disponibili anche di fronte a situazioni ambigue e incerte che li potrebbero disorientare.

Inoltre, programmare un sostegno post dimissione è altrettanto valido in quanto la dimissione è un momento carico di stress per i genitori che stanno portando a casa un bambino ancora vulnerabile. L'aver dato alla luce un prematuro può, per diversi anni, avere un impatto sulla percezione che i genitori hanno del figlio e sulla natura del rapporto genitore-figlio.

Può essere utile aiutare la famiglia alla dimissione anche attraverso programmi educativi/comportamentali finalizzati ad aumentare il loro coinvolgimento nella cura del figlio durante la degenza.



1.1 PERCENTUALI DELLE NASCITE

1.1.1 IN ITALIA ANNO 2022

Le nascite nel 2022 secondo il rapporto pubblicato in Emilia-Romagna con la 20° edizione dell'elaborazione annuale dei Certificati di Assistenza al Parto, sono state 30.508, superiori a quelle dell'anno precedente (+0.5%), ma in diminuzione del 22.6% dal 2012. Il tasso di natalità è 6.7 per 1.000 nati e il tasso di fecondità 1.27, stabili negli ultimi tre anni. Le madri con cittadinanza straniera sono il 30.5%. L'età media al momento del parto è pari a 30 anni per le straniere e 33 anni per le italiane.

Lavora il 67.6% delle madri, disoccupate o in cerca di prima occupazione sono l'8.5%.

Le madri con licenza elementare o di scuola media inferiore, è pari a 21.4%, il 37.8% con lauree o con diploma universitario, mentre la scolarità dei padri risulta inferiore a quella delle madri e nel 13.0% dei casi entrambi i genitori hanno una scolarità bassa.

Le donne al primo parto costituiscono il 51.0% del totale. Rispetto alle donne italiane, la frequenza di multipare è maggiore fra le madri straniere, 63.0% vs 42.6%, e frequentemente hanno già due o più figli. Sono ricorse a tecniche di procreazione medicalmente assistita il 3.8% delle donne, in netto incremento rispetto all'anno precedente, ove si contava il 2,7% in media.

La quota di donne che si rivolge prevalentemente al consultorio familiare pubblico in gravidanza è 57.5%. Il servizio pubblico assicura l'assistenza alla maggior parte delle donne con cittadinanza straniera, 89.7% di questa popolazione e a una donna su due con cittadinanza italiana, il 51.5%, una percentuale in netto aumento negli anni.

Le donne con gravidanza fisiologica assistite dall'ostetrica sono 30.6%, le donne con gravidanza a decorso fisiologico a conduzione medica sono 39.6%, con gravidanza a decorso patologico il 29.8%.

Il 70.9% dei parti è avvenuto nei 9 punti nascita dotati di unità di terapia intensiva neonatale; i punti nascita con meno di 500 parti all'anno sono 3 e hanno assistito il 2.4% di tutti i parti.

Il tasso di parti pretermine è pari al 6.0%, negli ultimi dieci anni si osserva un andamento in riduzione soprattutto dei parti avvenuti tra 34-36 settimane di gestazione. Il 33.7% dei travagli sono a conduzione ostetrica. L'analgesia epidurale è stata impiegata in 31.4% dei parti e il tasso di taglio cesareo è 22.8%.

I nati di peso inferiore a 2.500 grammi sono 6.2%, quelli di peso inferiore a 1.500 grammi 0.8% e i nati con peso ≥ 4000 grammi 6.8%. Oltre il 90% delle nascite prima di 34 settimane di gestazione o con peso.

1.1.2 IN PROVINCIA DI RAVENNA ANNO 2023

Di seguito riportati i dati relativi all'anno 2023 secondo Fonte CEDAP (Certificato di assistenza al parto), per l'Ambito di Ravenna.

Tabella 2: Dati CeDAP anno 2023 per l'Ambito di Ravenna

Nati per stabilimento e peso alla nascita

STABILIMENTO	< 1.500 gr	>= 1.500 gr	TOTALE
OSPEDALE SANTA MARIA DELLE CROCI - RAVENNA	11	1.415	1.426
OSPEDALE DEGLI INFERMI - FAENZA	1	356	357
TOTALE	12	1.771	1.783

Nati per stabilimento e settimane gestazione

STABILIMENTO	1) <27 E.G.	2) 27-29 E.G.	3) 30-33 E.G.	4) 34-36 E.G.	5) >36 E.G.	TOTALE
OSPEDALE SANTA MARIA DELLE CROCI RAVENNA	2	2	18	61	1.343	1.426
OSPEDALE DEGLI INFERMI FAENZA	0	1	1	4	351	357
TOTALE	2	3	19	65	1.694	1.783

Nati per ambito residenza madre e settimane gestazione

AMBITO RESIDENZA MADRE	<37E.G.	>= 37 E.G.	TOTALE
RAVENNA	77	1.547	1.624
FORLI	3	20	23
CESENA	1	4	5
RIMINI	0	1	1
ESTERO	2	48	50
EXTRARER	2	36	38
RER	4	38	42
TOTALE	89	1.694	1.783

Nati per ambito residenza madre e peso alla nascita

AMBITO RESIDENZA MADRE	< 1.500 gr	>= 1.500 gr	TOTALE
RAVENNA	10	1.614	1.624
FORLI	0	23	23
CESENA	0	5	5
RIMINI	0	1	1
ESTERO	1	49	50
EXTRARER	0	38	38
RER	1	41	42
TOTALE	12	1.771	1.783

Nati per struttura parto e servizio utilizzato in gravidanza

AMBITO RESIDENZA MADRE	< 1.500 gr	>= 1.500 gr	TOTALE
RAVENNA	10	1.614	1.624
FORLI	0	23	23
CESENA	0	5	5
RIMINI	0	1	1
ESTERO	1	49	50
EXTRARER	0	38	38
RER	1	41	42
TOTALE	12	1.771	1.783

DISTRETTO RESIDENZA MADRE STRUTTURA PARTO OSP. DI RAVENNA	CONS. FAMILIARE PUBBLICO	AMB. OSP. PUBBLICO	GINEC. /OST. PRIVATO e INTRAMOENIA)	CONSULTORI O FAMILIARE PRIVATO	NESSUN SERVIZIO UTILIZZATO	TOTALE
NO	0	1	0	0	0	1
AL	1	0	0	0	0	1
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	1	0	0	0	0	1
ATS DELLA BRIANZA	0	1	0	0	0	1
ATS DI BRESCIA	0	1	0	0	0	1
ATS DELLA VAL PADANA	2	0	0	0	0	2
AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA	1	0	0	0	0	1
AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA	1	0	0	0	0	1
AZIENDA USL DI BOLOGNA	1	0	0	0	0	1
AZIENDA USL DI IMOLA	5	0	3	0	0	8
AZIENDA USL DI FERRARA	16	2	8	0	0	26
RAVENNA	901	36	363	19	0	1.319
FORLI	5	0	2	0	0	7
CESENA	1	0	4	0	0	5
RIMINI	0	0	1	0	0	1
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	1	0	0	0	0	1
AST2 DI ANCONA	1	0	0	0	0	1
VITERBO	1	0	0	0	0	1
ASL ROMA 5	1	0	0	0	0	1
PESCARA	1	0	0	0	0	1
TERAMO	1	0	0	0	0	1
AVELLINO	1	0	0	0	0	1
NAPOLI 2 NORD	1	0	0	0	0	1
NAPOLI 3 SUD	0	0	1	0	0	1
ASL TA	1	0	0	0	0	1
ASL FG	1	0	1	0	0	2
ASP PALERMO	0	0	1	0	0	1
ASL N. 7 DEL SULCIS	1	0	0	0	0	1
nv	28	1	6	0	1	36
TOT	974	42	390	19	1	1.426

DISTRETTO RESIDENZA MADRE STRUTTURA PARTO OSPEDALE DI FAENZA	CONS. FAMILIARE PUBBLICO	AMB. OSP. O PUBBLICO	GINEC. /OST. PRIVATO e INTRAMOENIA)	CONSULTORI O FAMILIARE PRIVATO	NESSUN SERVIZIO UTILIZZATO	TOTALE
BI	1	0	0	0	0	1
AZIENDA ULSS N. 6 EUGANEA	1	0	0	0	0	1
AZIENDA USL DI MODENA	0	0	1	0	0	1
AZIENDA USL DI BOLOGNA	0	0	1	0	0	1
AZIENDA USL DI IMOLA	4	0	1	0	0	5
RAVENNA	181	6	109	9	0	305
FORLI	6	0	10	0	0	16
AZIENDA USL TOSCANA CENTRO	4	0	6	1	0	11
NAPOLI 2 NORD	0	0	1	0	0	1
A.S.P. VIBO VALENTIA	1	0	0	0	0	1
nv	11	2	1	0	0	14
TOT	209	8	130	10	0	357
PER STRUTTURA PARTO ROMAGNA	1.183	50	520	29	1	1.783

1.1.3 DATI STATISTICI SUI DISAGI MENTALI NELLE MADRI DEI PREMATURI IN ITALIA

Il numero di donne a rischio depressione nel periodo perinatale è passato dall'11,6% nel 2019 al 13,3% nel 2020, fino al 19,5% nel periodo tra gennaio e settembre 2021 e al 25,5% nel periodo tra novembre 2021 e aprile 2022.

Raccogliere esperienze, condividere strumenti di azione e standardizzare gli interventi sulla salute mentale perinatale è stato pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a settembre 2023 nel Rapporto ISTISAN 23/16 dedicato ai dati del primo anno di attività del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale avviato dal Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'ISS.

Nel periodo novembre 2021-novembre 2022 è stata condotta un'indagine per valutare il rischio di depressione e ansia nel periodo perinatale che ha coinvolto 20 strutture di 8 Regioni italiane. Hanno accettato ed eseguito lo screening 4884 donne, il 57,3% nel periodo precedente al parto e il resto nel periodo successivo.

Dai dati emerge che in totale quasi un quarto (24,5%) del campione ha ottenuto al test di screening sul rischio di depressione (EPDS) un punteggio uguale/maggiore al cutoff 9, mentre il 15,4% ha ottenuto un punteggio superiore al cutoff 8 nel test di screening sul rischio di ansia (GAD-7).

Le percentuali di rischio di depressione e ansia sono più alte nel periodo del preparto (28,9% e 17,1%) rispetto a quello del postparto (19,0% e 13,2%) con una grande variabilità fra i centri. L'11,3% delle donne presenta contemporaneamente sia un rischio di depressione che di ansia, con una differenza statisticamente significativa tra il periodo del preparto (13,4%) e quello del postparto (8,6%).

Considerando i punteggi EPDS uguali o superiori al cutoff 14, che identificano le donne con una probabile diagnosi di depressione, si osserva una percentuale complessiva pari a 6,9%, con differenze significative rispetto ai due periodi considerati. In particolare, le donne che hanno ottenuto un punteggio ≥ 14 sono, rispettivamente, il 9,0% nel periodo preparto e il 4,2% nel postparto.

L'indagine è stata eseguita su un campione non assimilabile, in buona sostanza, alla popolazione generale, in centri e servizi che accolgono donne con differenti livelli di rischio e in un periodo immediatamente successivo a quello delle chiusure per la pandemia dove erano diminuiti le disponibilità dei servizi nel fornire supporto alla donna, nonché la possibilità di ricevere aiuto e sostegno da parte della rete familiare o amicale.

Complessivamente, dopo lo screening, il counselling viene proposto al 41,3% delle donne, con percentuali decisamente più elevate nel preparto (64,8%) rispetto al postparto (9,7%).

Gli interventi psicosociali, che includono interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia (individuali e di gruppo) sulle abilità di base, di supporto per problemi amministrativi e sociali o interventi di rete, vengono suggeriti al 19,7% del campione con una percentuale significativamente maggiore nel periodo postparto (35,0%) rispetto al preparto (8,3%). Il 3,3% delle donne viene indirizzata a seguire un percorso di psicoterapia (il 4,4% nel preparto e l'1,9% nel postparto), mentre l'intervento farmacologico viene proposto allo 0,4% delle donne, senza differenze tra i due periodi considerati. Infine, il 3,9% delle donne viene inviato ad altri servizi, più frequentemente nel preparto (5,5%) che nel postparto (1,6%).

I dati indicano anche la difficoltà da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di offrire alle donne a rischio, sia in gravidanza che nel postparto, percorsi accessibili e standardizzati, in un'ottica di graduazione dell'intervento, dalla diffusione della pratica dell'*home visiting* ostetrico fino all'attivazione di Unità Madre-Bambino, come nell'esperienza di altri Paesi che accolgono in un ambiente protetto e dedicato le donne con depressione severa o disturbi psichiatrici assieme ai loro bambini.

Nel 2023 l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato uno studio condotto sull'epidemiologia della depressione perinatale, secondo una revisione sistematica che intendeva riassumere le stime di prevalenza di depressione nel periodo perinatale per le donne Italiane, prendendo in considerazione gli studi che hanno utilizzato lo stesso strumento di screening. I diversi punteggi limite utilizzati aiutano a spiegare la variabilità delle stime di prevalenza: punteggi limite inferiori corrispondono a stime di prevalenza più elevate e viceversa al vizio.

I risultati della metanalisi mostrano che nel periodo prepartum, circa una donna su cinque mostra un rischio di depressione, mentre nel periodo postpartum, una donna su quattro mostra un rischio di depressione l'EPDS con un cut-off ≥ 9 , e circa una su dieci quando viene considerato un cut-off ≥ 12 .

I risultati evidenziavano che il rischio prepartum di prevalenza della depressione era del 20,2% (CI 95% 15,3-24,5) mentre il rischio postpartum di prevalenza della depressione era del

27,5% (CI 95% 17,8-37,3) per un punteggio cut-off alla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ≥ 9 e 11,1% (CI 95% 6,0-16,2) per un punteggio limite EPDS ≥ 12 .

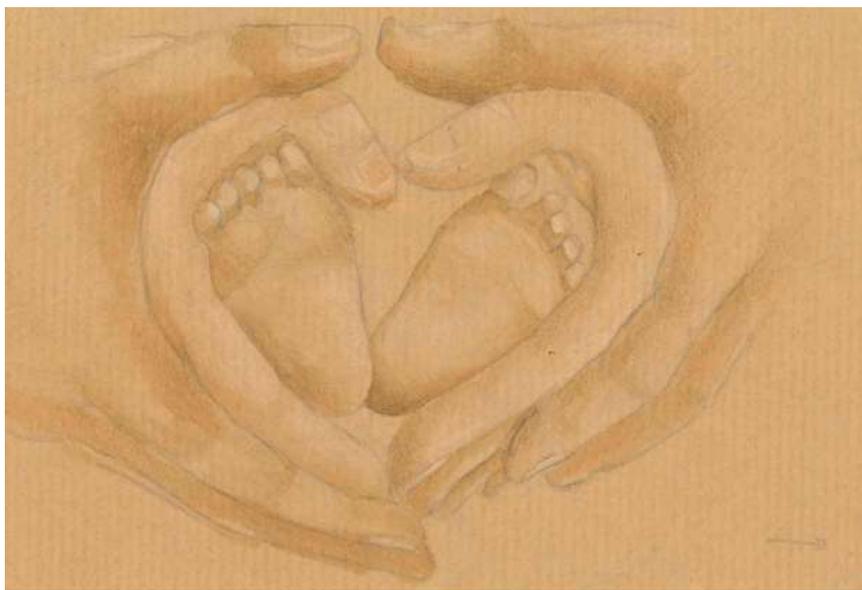
Revisioni sistematiche evidenziano una prevalenza di disturbo depressivo del 15-20% nel periodo prenatale e il 16-18% nel periodo postpartum, con proporzioni più elevate nei paesi a basso e medio reddito.

In Italia diversi studi hanno indagato la diffusione di depressione nel periodo perinatale, segnalando stime di prevalenza altamente variabili. La maggior parte degli studi sono stati condotti localmente su piccoli campioni, realizzando risultati difficilmente comparabili a causa del periodo in cui è stato effettuato lo screening (in gravidanza, al parto e a 1, 3, 6 e 12 mesi dopo il parto), i vari strumenti utilizzati e i valori di cut-off scelti.

È emerso che gli strumenti di screening più comunemente utilizzati sono le Whooley Questions, la Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), il Beck Depression Inventory (BDI), il Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Tra gli strumenti citati, quelli più comunemente utilizzati per la valutazione il rischio di depressione nelle donne durante la gravidanza e dopo il parto è l'EPDS.

Gli studi analizzati sono metodologicamente molto diversi tra loro e non sempre comparabili. Le prevalenze riportate non sono sempre chiaramente riconducibili ad un chiaro punteggio di cut-off utilizzato, i periodi di screening sono molto variabili, e i centri in cui viene eseguito lo screening hanno una popolazione di riferimento molto diversa per quanto riguarda il rischio di depressione. I dati sembrano però tendere verso valori che non sono troppo distanti quando si considerano i punteggi limite e periodi di screening uniformi.

Le conclusioni confermano la necessità di un monitoraggio della frequenza del periodo della depressione in età perinatale e post-natale è essenziale dal punto di vista della salute pubblica al fine di identificare le prime donne da indirizzare al trattamento di facile attuazione e di comprovata efficacia per ridurre le complicazioni maggiori per la donna e per il bambino.



1.2 LA TIN DI RAVENNA

All'interno del reparto TIN dell'ospedale civile "Santa Maria delle Croci" di Ravenna il team dei sanitari è composto da cinque neonatologi, una coordinatrice, dodici infermiere, una infermiera senior con competenze avanzate secondo Brazelton e NBO (Newborn Behavioral Observations System) e formatore dei formatori sull'allattamento al seno; una logopedista, una fisioterapista, una psicologa ospedaliera affiancata da due psicologhe volontarie dell'Associazione *Da Parte dei Minori* che proseguono il supporto al momento della dimissione e nei mesi successivi alla nascita nel post dimissione e al domicilio.

Tutti i sanitari utilizzano un approccio FINE (Family Infant Neurodevelopmental Education) e NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programm), inoltre la coordinatrice e la sottoscritta, stanno frequentando il corso per ipnologo clinico, anno 2024.

Valido aiuto viene fornito dalle volontarie dall'Associazione:

- *Cuore di Maglia* che supportano lo sviluppo e il contenimento dei prematuri con le calde creazioni di lavori fatti a maglia come vestitini, dudù, copertine, cappellini e scarpine, e il kit del coccoloso,
- il *Porto dei Piccoli* volontarie con il titolo di pedagogiste in affiancamento il lavoro delle infermiere quando i genitori non sono presenti,
- dal programma nazionale *Nati per Leggere* e *Nati per la Musica*, che promuove la lettura fin dai primi momenti di contatto tra i genitori e figli al fine di aiutarli ad entrare in contatto attraverso la voce e i suoni con i loro piccoli, per fortificare il legame di attaccamento anche dove risulta titubante o difficoltoso.

Il reparto è strutturato con uno spazio openspace all'interno del quale vi sono otto termoculle, una stanza sub intensiva ove possono essere ricoverati 4-5 neonati in culla; questa stanza all'occorrenza viene convertita in "stanza isolamento". Una ulteriore stanza è dedicata all'accoglienza dei genitori che si prendono cure dei figli autonomamente, qui è possibile fare la kangaroo Mother care, tenere i colloqui con i medici specialisti e con le altre figure sanitarie di supporto. All'esterno del reparto si trova una stanza a disposizione delle madri nutrici.

Tutti i martedì mattina si tiene un briefing multidisciplinare per la condivisione e la progettualità del percorso assistenziale di ogni singolo neonato.

All'interno del Dipartimento SDIE (Salute Donna Infanzia e Adolescenza) è in uso la PA 182, revisionata nel 2019, che descrive il percorso della donna con disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post-natale, fino all'anno di vita del bambino. Parte dal DGR 533/2008 il cui obiettivo, al punto 5, indica in particolare "*migliorare l'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino anche sperimentando interventi di prevenzione e terapeutici che completino l'assistenza al percorso nascita*", con aggiornamento nel 2018 "*misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi cura e assistenza della sindrome depressiva post partum*".

Gli scopi della procedura sono:

- delineare un percorso assistenziale omogeneo nell'AUSL Romagna definendo responsabilità e modalità omogenee di gestione per le donne in gravidanza, travaglio, parto e periodo post-natale per l'intercettazione, presa in carico e follow up del disordine della sfera emozionale;
- garantire una formazione comune dei professionisti del percorso nascita per l'acquisizione di competenze finalizzate al: riconoscimento dei disturbi emotivi della gravidanza al periodo post-natale, corretta e appropriata presa in carico della donna con sospetto o accertato disturbo emotivo, acquisizione di strumenti adeguati di comunicazione finalizzati ad intercettare segni e sintomi di disagio;
- garantire il monitoraggio e la valutazione del percorso in oggetto;
- assicurare continuità della qualità assistenziale attivando azioni di miglioramento o correttive sulla base degli indicatori rilevati.

Se il medico che ha in cura la donna rileva segni di disagio potrà richiedere una visita psicologica per sospetto disagio emozionale in gravidanza e inviterà la donna a contattare il servizio di accoglienza psicologia del consultorio per la prenotazione della consulenza ad agenda interna.

Durante il percorso nascita vi è una presa in carico integrata fra medico ginecologo e ostetrica con responsabilità specifiche all'interno dei diversi setting assistenziali. Negli incontri, il ginecologo e ostetrica valutano il benessere psico-sociale della madre e redigono una scheda di valutazione presente all'interno della cartella ostetrica informatizzata o cartacea.

A seguito della prima valutazione si possono configurare quattro possibilità:

- a basso rischio, per le situazioni che non manifestano segni e sintomi di disagio vi è un monitoraggio continuo nel tempo;
- con manifestazioni di segni di entità lieve, all'interno di un quadro clinico fisiologico ma che potrebbero presupporre il delinarsi di disagio si prevede l'invio allo psicologo concordando modalità e tempi, il percorso rimane in carico all'ostetrica;
- con manifestazioni di disagio socioeconomici, in accordo con la donna si coinvolgono i servizi sociali, la presa in carico è del ginecologo;
- manifestazioni di segni di disagio emotivo di entità medio/grave e/o anamnesi psichiatrica positiva, o in area di Dipendenza Patologica, con eventuale terapia farmacologica in corso, si attiva l'equipe multiprofessionale.

Le donne vengono sensibilizzate sull'importanza del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce attraverso la distribuzione di un opuscolo all'interno del percorso nascita.

Durante la valutazione con lo psicologo vi è una fase di approfondimento valutativo con la donna che prevede un colloquio clinico ed eventuale integrazione di strumenti di screening (scheda EPDS, scala STAI-Y, scala SCID-II, scala DEGLI EVENTI STRESSANTI, PDSS, CORE-OM).

A seguire la presa in carico potrebbe proseguire con una valutazione multidisciplinare, la richiesta di una consulenza anestesiologicala per partoanalgesia, un continuo monitoraggio

osservazionale, la presa in carico durante il travaglio di parto e nel primo puerperio e la gestione protetta al momento della dimissione.

Il personale sanitario della TIN, pertanto, nello specifico è chiamato durante la degenza a:

- ✓ assistere il neonato e la sua famiglia, collaborando con i diversi professionisti dell'equipe, per garantire la migliore qualità delle cure, fondamentale per il suo benessere futuro;
- ✓ pianificare un'assistenza, a seconda del livello di cure richiesto, in base alle condizioni cliniche;
- ✓ attuare un piano di assistenza con impostazione di intensità di cura e complessità assistenziale utilizzando protocolli, procedure ed istruzioni operative condivise dagli operatori all'interno della U.O..

L'obiettivo comune è favorire un sano sviluppo psico-fisico del neonato, unitamente all'instaurarsi del rapporto con i genitori.



Immagini della TIN di Ravenna

1.2.1 IL VISSUTO DI MAMMA SIMONA

I neonati prematuri, o i piccoli con problematiche, accedono al follow up e vengono visitati dal neonatologo presso agli ambulatori pediatrici; le infermiere della TIN non li seguono nel percorso post dimissione anche se, comunque, molti rimangono in contatto e regolarmente passano per un saluto in reparto.

Un giorno mentre transito dal corridoio che porta agli ambulatori e Day Hospital incontro Simona, mamma di due gemellini e infermiera anche lei, uno dei due è stato ricoverato in terapia intensiva per oltre sei mesi, e mi fermo per un saluto.

Durante la conversazione una sua frase mi colpisce particolarmente: *“Rita, tu sei stata la prima persona che ho incontrato quando sono entrata per la prima volta a vedere Nicholas in TIN, le tue parole me le ricordo ancora molto bene quando cercavi di tranquillizzarmi, ero terrorizzata”*.

È passato oltre un anno dalla sua esperienza, ma i continui accessi in ospedale per controlli e per ricoveri, mantengono vive le sue ansie e paure. Solo ora che ho frequentato il corso per

ipnologo clinico, mi rendo conto appieno di quanto Simona sia ancora profondamente turbata e di quanto avrei potuto fare con una comunicazione più efficace o con l'aiuto dell'ipnosi.

Le ho raccontato di questo nuovo percorso intrapreso e le ho chiesto, se le faceva piacere, di scrivermi qualche riga da condividere in questo elaborato, a testimonianza di quanto sia importante prendersi cura dei lattanti degenti al pari delle loro mamme e famiglie.

... Prima di tutto faccio fatica ancora oggi a pensare a quei momenti, così come faccio fatica a guardare le foto di quel periodo.

Appena nati, mi ricordo una grande gioia, ero felice che il parto fosse andato bene e loro erano sani (pensavo io). Vedevo Nicholas con un po' di crosticine sul viso e sulla testa, ma mi dicevo che fosse dovuto all'eccesso di liquido, non ero preoccupata più di tanto; mi concentravo invece sul come accudirli, sull'allattamento.

Mi ricordo che ero talmente felice che non sentivo né dolore fisico né stanchezza, poi il giorno dopo mi è crollato il mondo addosso; ero da sola con loro, è venuto questo medico che mi spiegava la sospetta diagnosi di Nicholas e da quel momento tutto è diventato un incubo.

Mi hanno portato via Nicholas in TIN e la cosa che più mi ricordo è che mi era rimasto il suo odore addosso, lo sentivo per giorni. Mi ricordo quanto mi sentivo sola e che nessuno al mondo poteva capire il mio dolore, per me è stata un'agonia: oltre al dolore di vedere Nicholas soffrire tutti i giorni, avevo anche Mattia che non si meritava di avere una mamma che i primi tempi era distrutta.

Mi sentivo presa in un vortice di emozioni negative e che non riuscivo a salire in superficie, ero incredula, piena di rabbia, paura, ero confusa, non sapevo cosa ci avrebbe aspettato e poi pensavo di non poter riuscire a sorridere di nuovo un giorno. In più, mi sentivo in colpa verso Mattia quando ero con Nicholas e viceversa. Nonostante avevo supporto da parte della famiglia, mi sentivo sola e in certi momenti mi volevo solo chiudere da sola in una stanza per poter piangere, ma anche quello era un lusso perché dovevo allattare e insomma essere presente. Mi sentivo trasformata in un'altra persona che non ero io, ero diventata l'ombra di me stessa, non mi riconoscevo più, vedevo solo il nero davanti a me.

Si è subito attivato l'aiuto psicologico, ma io mi sentivo come in un mondo tutto mio, fatto di dolore e guardavo le persone fuori da questo mondo tranquille che continuavano le loro vite e in quel momento pensavo che niente e nessuno potrà mai veramente aiutarmi.

È stato l'inferno, era straziante vedere come Nicholas soffriva ogni giorno, ogni secondo e io guardavo da fuori senza poter fare niente, ho avuto brutti pensieri e penso che se non ci fosse stato Mattia sarei finita depressa, se non altro non sopportavo vedere le donne incinta oppure bimbi piccoli, soprattutto gemelli, mi sentivo in un mondo parallelo, da sola e senza speranza.

Racconto solo questo... quando avevano più o meno 3 mesi, ero a casa con Mattia e per la prima volta ho fatto una mezza risata, due secondi dopo sono scoppiata a piangere perché mi sentivo in colpa verso Nicholas che era in ospedale a soffrire. Forse questo è quello che mi faceva più male, vedere proprio tanto dolore fisico, non è giusto per nessuno soffrire in quel modo e soprattutto non poter consolare neanche con un abbraccio il mio bimbo.

Mi ricordo l'ambiente tosto della TIN, nonostante le tante cure, lo sapevo che Nicholas era in buone mani ma tutti i giorni che suonavo quel citofono all'entrata mi scoppiava il cuore perché non sapevo come avrei trovato Nicholas.

Mi faceva male vedere le altre mamme che portavano a casa i loro bimbi, mi chiedevo perché questa sindrome, perché a lui, perché a tutti noi, vivevo nella totale incertezza della prognosi, non sapevo cosa aspettarmi, speravo in un miracolo che tutto sarebbe finito, che magari i medici si erano sbagliati e Nicholas un giorno sarebbe guarito, non ero più razionale. In certi momenti mi chiedevo perché non gli era capitato qualcosa che si sarebbe potuto risolvere tipo con un intervento ma che comunque sarebbe passata.

A livello emotivo è stato devastante e credo ancora oggi che tutte le parole del mondo non sono sufficienti a descrivere un vissuto così forte...ero consapevole che Nicholas avrebbe potuto non farcela e allora mi dicevo che sarebbe meglio per lui che finisse prima invece di prolungare un'agonia, non sopportavo più vederlo con quei tremori nervosi di dolore e poi odiavo me stessa per quei brutti pensieri...non vedevo nessun spiraglio di luce, mi sentivo in colpa anche per la mia sofferenza perché pensavo che è una cosa egoistica, avrei dovuto pensare di più al dolore di Nicholas e Mattia invece io non ero così forte da poter sostenere emotivamente i miei bimbi e quindi mi sentivo una madre fallita.

Ci è voluto tanto tempo per imparare ad accettare il fatto che Nicholas non guarirà mai del tutto, non è facile elaborare una cosa così forte e ancora oggi ho dei momenti di gran paura se pensassi al loro futuro, potrei parlare per giorni del vissuto di quei giorni ma mi fermo qui, mi piacerebbe un giorno scrivere tutto quello che abbiamo passato, tutti i pensieri, tutti i piccoli passi che abbiamo fatto tutti insieme.

Ecco Rita, questo mi passava per la testa in quei giorni, anche se in realtà mi sembra riduttivo scriverlo in qualche riga, ripensandoci adesso, penso che la vera difficoltà è l'accettazione e trovare la forza per andare avanti per i bimbi, ma è importante anche dare tempo a noi mamme a elaborare tutto, mi ricordo che tanti mi dicevano che dovevo essere forte per Nicholas e Mattia e mi sentivo una responsabilità in più, tutti avevano aspettative da me, davano per scontato che sono una mamma e devo pensare a loro prima di tutto ma allo stesso tempo mi chiedevo, e io?, avevo bisogno anche io, ero fragile e poi entravo di nuovo in quel circolo vizioso, pensavo che sono un egoista a pretendere tempo per me stessa per sfogarmi, era una continua sofferenza, mesi e mesi di dolore, pianti e far finta di sorridere quando tornavo a casa da Mattia. Un abbraccio grande a te, a tutti voi che avete coccolato Nicholas quando io non c'ero.



Immagini della TIN di Ravenna

1.2.2 STRESS E BURNOUT NEL PERSONALE SANITARIO

La sindrome di burnout è una vera e propria malattia, gli esperti la identificano come “*un processo stressogeno caratterizzante delle professioni d’aiuto*”. È una sindrome psicologica multifattoriale fondata su tre caratteristiche definite: l’esaurimento emotivo, la depersonalizzazione e la ridotta realizzazione professionale; le caratteristiche dell’ambiente lavorativo e l’organizzazione stessa del lavoro hanno molta importanza nell’insorgere del problema che riflette numerose implicazioni sulla salute dell’operatore, provocando al tempo stesso danni di varia entità sull’utente con cui entra in contatto.

Il burnout è considerato uno dei più importanti problemi di salute professionale in varie categorie di lavoratori, come riportato nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, 10° revisione (ICD-10), sotto la categoria “Problemi legati alla difficoltà di gestione della vita”. L’area critica è un insieme di reparti intraospedalieri, dedicati alla gestione e al trattamento dei pazienti più gravi o instabili. Questa area può includere diverse Unità Operative (U.O.), come la terapia intensiva (TI), il pronto soccorso (PS), la medicina d’urgenza (MURG), il blocco operatorio (BOOM), l’unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e l’unità di terapia intensiva neonatale (UTIN). Le terapie intensive sono ambienti di lavoro molto stressanti a causa di orari di lavoro mutevoli, problematiche etiche ed organizzative, ritmi operativi frenetici che possono influenzare la stabilità psicologica individuale.

La sindrome di burnout è stata a lungo studiata dalla psicologa Christina Maslach, che ha realizzato lo strumento di valutazione Maslach Burnout Inventori (MBI). Maslach definisce il burnout come “una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa di aiuto”. Si verifica a seguito di una discrepanza tra la persona e una delle sei dimensioni del lavoro di seguito riportate: carico di lavoro eccessivo, tali da impedire il recupero; controllo insufficiente sulle risorse necessarie; mancanza di una ricompensa adeguata al lavoro svolto (non solo finanziaria, ma sociale o personale); senso di connessione con colleghi e manager assente o insufficiente; mancanza di equità sul posto di lavoro (iniquità carico di lavoro e retribuzione); conflitti tra i valori personali del dipendente e i valori dell’organizzazione. Questo ha incresciosi effetti sull’individuo, in cui i metodi di coping non sono sufficienti, che sperimenta un forte sentimento di stress quando è al lavoro, diventando nei casi più gravi, apatico, cinico con i propri assistiti, indifferente e distaccato dall’ambiente di lavoro.

In particolare, lo stato di *esaurimento emotivo* (EE) si caratterizza per la mancanza dell’energia necessaria ad affrontare la realtà quotidiana, con sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro. Con il termine *depersonalizzazione* (DP) è indicato un atteggiamento di ostilità, che coinvolge primariamente la relazione professionale d’aiuto, vissuta con fastidio, freddezza, cinismo: di conseguenza l’operatore tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e qualità dei propri interventi professionali. Infine, l’ambito della *realizzazione personale*

(RP) si riferisce ad una sensazione di fallimento, con la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, sottesa dalla consapevolezza del disinteresse verso la sofferenza degli altri.

Il burnout deriva dallo squilibrio tra le richieste professionali e la capacità individuale di affrontarle; il disturbo ha una patogenesi multifattoriale in cui alcune condizioni dell'ambiente lavorativo influenzano alcune caratteristiche individuali. Lo strumento di valutazione MBI, elaborato da Maslach e Jackson nel 1981 e validato in italiano nel 1988, è un questionario costituito da 22 item in base al quale il soggetto definisce la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi al lavoro. Gli item sono valutabili con la scala Likert con un punteggio da 0 a 6 (per un totale di 7 punti) misurano le tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale.

Tabella n. 3 **classificazione dei livelli di burnout**

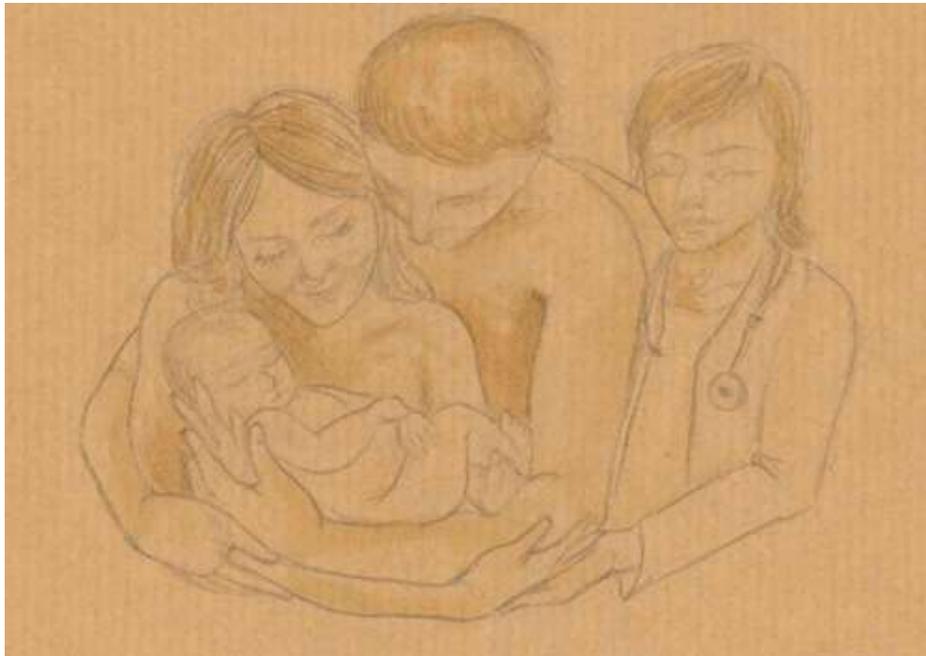
livello	esaurimento emotivo	depersonalizzazione	realizzazione personale
Elevato	24 o più	9 o più	0-29
Medio	15-30	4-8	30-36
basso	0-14	0-3	37 o più

Il supporto psicologico per gli operatori sanitari è fondamentale per garantire il loro benessere emotivo e mentale, nonché per migliorare la qualità dell'assistenza che offrono agli utenti. È innegabile che infermieri, medici, OSS, affrontino regolarmente situazioni stressanti ed emotivamente intense nel loro lavoro, di cui la gravità viene spesso sottostimata dall'operatore stesso, ma che in realtà possono causare conseguenze gravi. Il supporto psicologico dovrebbe fornire uno spazio sicuro per esplorare i loro vissuti emotivi, affrontare lo stress e sviluppare strategie di coping efficaci.

“*La relazione è tempo di cura*”, lo afferma il Codice Deontologico dell'infermiere all'articolo 4 ma in situazioni di emergenza, il contatto umano e la relazione, vengono spesso messe in secondo piano, preferendo i tecnicismi e le procedure corrette non dando la giusta importanza all'impatto che hanno gli eventi sugli operatori; è sottovalutato o sottostimato, spesso non si hanno gli spazi e i tempi giusti per elaborare i vissuti. Giorno dopo giorno, turno dopo turno, il rischio è quello che il peso del dolore degli altri diventi eccessivo per l'operatore, determinando stress o addirittura arrivando al burnout. La recente pandemia di Covid-19 ha sottoposto i sanitari a un enorme carico di lavoro e stress, aumentando ulteriormente i fattori di rischio psicosociale legati alle loro condizioni di lavoro.

La prevenzione del burnout dovrebbe essere una delle priorità nelle aziende ospedaliere, tramite l'istituzione di servizi di supporto psicologico ben strutturati e pubblicizzati. A tal fine negli ospedali è attivo il Servizio di Psicologia Ospedaliera che si occupa della salute mentale dei degenti, degli operatori sanitari e dei caregivers.

Le prime esperienze di psicologia ospedaliera in Italia documentate, risalgono agli anni '80, epoca di costituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), inizialmente gli psicologi svolgevano la loro attività in oncologia, ostetricia, pediatria fino ad arrivare ai reparti dell'area intensiva, traumatologica e dell'emergenza.



1.3 RICONOSCERE IL DISAGIO MENTALE

La gravidanza e il puerperio rappresentano un periodo particolare, complesso e tumultuoso, nella vita di una donna, che va incontro a numerosi cambiamenti ormonali, fisici, emozionali e psicologici.

Non tutte le future madri godono sempre di buona salute, molte vivono l'inizio della gravidanza con momenti di stanchezza, cambio d'appetito, nausea, con ansie e preoccupazioni riguardo il futuro, dubbi sulla propria capacità di essere genitore ed incertezza sulla stabilità di relazioni importanti, ad esempio, con il compagno/a. Paure, pensieri, idee o fantasie sul feto possono avere un effetto importante sullo stato psichico della donna.

Una depressione e i sintomi d'ansia possono essere comuni nella fase iniziale della gravidanza e possono non essere evidenti se non indagati in maniera specifica, i sintomi psicosomatici della depressione potrebbero essere confusi con quelli fisiologici della gravidanza.

Secondo lo psichiatra e psicanalista Daniel Stern la nascita di un figlio è abbinata alla nascita psicologica di una madre che deve trovare uno spazio mentale non solo per il bambino ma anche per una sua nuova identità personale.

Nel periodo perinatale e postnatale i genitori possono provare un disagio mentale e distinguerlo dalle preoccupazioni quotidiane non è facile, né per gli operatori sanitari, né per le

donne, che possono sottovalutare il sentire o provare vergogna della loro condizione di difficoltà.

Ansia, depressione ed altri disturbi psichici maggiori, come il disturbo ossessivo-compulsivo e la psicosi puerperale, alterano la relazione fra genitori e quella dei genitori con il figlio e conseguentemente incidere sullo sviluppo emotivo, cognitivo e sociale di quest'ultimo.

La transizione alla genitorialità comporta una ridefinizione dell'identità dei genitori, questo momento può essere vissuto come positivo, grazie alla capacità di integrare nel proprio sé il ruolo di neogenitore, ma anche la difficoltà a compiere questa integrazione, col rischio di manifestare forme di disagio emotivo, relazionale o mentale.

1.3.1 LE LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Sono state pubblicate le Linee guida di pratica clinica evidence-based per la prevenzione, lo screening e il trattamento della depressione peripartum (Evidence-Based Clinical Practice Guidelines For Prevention, Screening and Treatment Of Peripartum Depression), prodotte dal Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-PPD) a dicembre 2023 e accessibili sul sito dell'ISS-SNLG, nella sezione Linee Guida internazionali.

La rete internazionale e interdisciplinare RISEUP-PPD, finanziata dall'U.E., dal 2019 al 2023, ha coinvolto ricercatori e professionisti provenienti da 31 Paesi europei tra cui l'Italia con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), impegnati nella promozione della salute mentale delle donne nel periodo perinatale e nello sviluppo di strumenti standardizzati e interventi evidence-based per diagnosticare, trattare e prevenire la depressione peripartum (PPD).

La gravidanza e il primo anno dopo il parto, noti come periodo perinatale, costituiscono una fase di enormi cambiamenti fisiologici, psicologici e sociali nella vita delle donne. Si stima che 1 donna su 5 sviluppi problemi di salute mentale nel periodo perinatale, in particolare depressione e ansia che sono i disturbi più frequenti. La PPD può influire negativamente sulla salute della madre, sulla salute e lo sviluppo del feto/neonato prima e del bambino poi, e sulle relazioni familiari. Inoltre, rappresenta un consistente onere sociale ed economico per i sistemi sanitari.

La maggior parte dei Paesi europei non dispone di indicazioni per la prevenzione, lo screening e il trattamento della PPD e, dove esistono documenti di riferimento, la bassa qualità metodologica e le discrepanze nelle raccomandazioni potrebbero portare a disparità e disuguaglianze nella gestione clinica della PPD tra i vari Paesi; le linee guida disponibili hanno come oggetto la salute mentale perinatale in senso più ampio, mentre non esistono linee guida focalizzate sulla PPD. Molti casi di disturbi dell'umore postpartum non vengono diagnosticati e curati.

Le linee guida cliniche basate su evidenze scientifiche sono suddivise in sette sezioni principali:

1. Sviluppo delle Linee guida (scopo, target, metodologia e sviluppo delle raccomandazioni cliniche per la PPD),
2. Introduzione (definizione, prevalenza, incidenza e impatto della PPD),
3. Elenco delle raccomandazioni cliniche per la PPD,
4. Panoramica schematica delle raccomandazioni cliniche per la PPD,
5. Sintesi delle evidenze (prevenzione, screening e trattamento della PPD),
6. Raccomandazioni per la ricerca futura su prevenzione, screening e trattamento della PPD,
7. Considerazioni finali.

Le indicazioni presentate comprendono strategie cliniche per la PPD, dalla farmacoterapia e la stimolazione cerebrale non invasiva, interventi psicologici e psicosociali e trattamenti non convenzionali e complementari.

Il documento propone 48 raccomandazioni di pratica clinica da applicare nelle aree della prevenzione, screening e trattamento della PPD.

Nella prevenzione della PPD sono valutati:

- interventi di tipo psicologico e psicosociale,
- interventi di tipo farmacologico come l'uso di antidepressivi,
- uso di integratori alimentari,
- la pratica di attività fisica.

Nello screening della PPD sono valutati:

- programmi di screening previsti per la popolazione generale,
- programmi di screening per le donne ad alto rischio.

Nel trattamento della PPD sono valutati:

- interventi di tipo psicologico,
- terapie farmacologiche,
- stimolazione cerebrale non invasiva,
- trattamenti non convenzionali e complementari.

Queste linee guida sono destinate ai professionisti della salute mentale come psichiatri e psicologi, ostetriche, ginecologi, pediatri, infermieri, medici di medicina generale, assistenti sociali e a coloro che svolgono ruoli chiave nell'attuazione di interventi per la prevenzione, lo screening o il trattamento della PPD.

L'efficacia delle linee guida è limitata da tre fattori principali:

1. disparità nelle conoscenze esistenti e nei dati disponibili tra Paesi e Regioni europei,
2. disparità nella disponibilità di risorse locali per la salute mentale perinatale,
3. disparità nelle condizioni ambientali e sociali delle donne.

1.3.2 DISTUBI DEL'UMORE

Il termine *Maternity blues* coniato dal pediatra e psicoanalista inglese Donald Winnicott, è definito uno stato fisiologico con esordio a 3-4 giorni dal parto, determinato dai rapidi processi

di adattamento ormonale e psichico che la donna sperimenta dopo il parto, si colloca tra le manifestazioni transitorie a risoluzione spontanea, senza interventi terapeutici, di solito entro dieci giorni, mai più di due settimane dal parto e che coinvolge il 50-80% delle puerpere e nelle donne interessate vi è un rischio tre volte maggiore di sviluppare la Depressione Post Partum. I sintomi sono: labilità dell'umore, facilità al pianto, tristezza, irritabilità, affaticamento, ansia, disturbi del sonno, disturbi dell'appetito.

La ***depressione materna o depressione post partum (DPP)*** nel mondo occidentale colpisce circa il 10-15% delle donne sotto i 18 o sopra i 40 anni, con bassa scolarizzazione, isolate e senza sostegno familiare e/o sociale, appartenenti a minoranza, immigrate, in condizioni di povertà e/o malnutrizione, con problemi di salute fisica, donne con gravidanze indesiderate o procreazione assistita, coppie dello stesso sesso, esperienze negative di parto, nascite pretermine o problemi di salute del neonato, uso di sostanze, violenza fisica o psicologica, esposizione a disastri naturali, epidemie/pandemie e guerre.

Nel 50% dei casi insorge entro i primi tre mesi dopo il parto e complessivamente nel 75% dei casi entro i primi sei mesi, in particolare fra sei e dodici settimane dal parto, un terzo delle donne con DPP ha una ricaduta nelle gravidanze successive. Dura tipicamente due/sei mesi, ma in assenza di trattamento nel 25%-30% dei casi persiste ad un anno dall'esordio.

Ha una sintomatologia sovrapponibile a quella del disturbo depressivo maggiore che viene diagnosticato in altre fasi della vita: basso tono dell'umore, tristezza, facilità al pianto, perdita di interesse e di piacere nel fare le cose (anedonia), variazione dell'appetito, insonnia e ipersonnia, rallentamento o agitazione psicomotoria, irritabilità, spossatezza o sensazione di perdita di forze, senso di colpevolezza o indegnità, diminuzione della concentrazione, elucubrazioni, pensieri ricorrenti di morte o di ideazione suicidaria, fobie, preoccupazioni ed ansie eccessive per la salute del bambino o la propria.

Il ***disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)*** presenta ossessioni di pensieri, impulsi e immagini ricorrenti vissuti come indesiderati, e compulsioni di comportamenti o azioni ripetitive in risposta alle ossessioni.

Ha una incidenza del 3-5%, ha un esordio tra le quattro e le sei settimane dopo il parto, il 25% ha esordio nel puerperio, con una durata di settimane o mesi. Sono più a rischio donne con familiarità. I sintomi si distinguono in sintomi ossessivi: paura di fare del male al bambino, paura di contaminare il bambino, preoccupazioni relative al benessere del bambino, necessità di ordine e simmetria. E sintomi compulsivi: evitamento delle situazioni temute, ripetute azioni di igiene del neonato e dei suoi oggetti, incessanti controlli sul bambino, continui aggiustamenti della culla.

La ***psicosi puerperale*** ha un'incidenza di 0,1-0,2% dei parti. Il suo esordio avviene entro due settimane dal parto con una durata di settimane o mesi. È la forma più grave delle patologie

psichiatriche in puerperio e il rischio di suicidio o infanticidio è molto elevato. È necessario il ricovero in psichiatria. È la forma più grave di patologia caratterizzata da: mania, depressione o stati misti, elementi deliranti solitamente connessi all'esperienza materna, allucinazioni, perplessità, disorientamento del pensiero e del comportamento.

1.3.3 DISTURBI D'ANSIA

Il **disturbo d'ansia** è un'attivazione psicofisiologica che eccede rispetto ai livelli richiesti della situazione in cui l'individuo si trova, assumendo dimensioni sproporzionate e creando un disagio più o meno marcato nella persona. Questa iperattivazione investe la sfera psicologica, influenzando le emozioni e la cognizione, alterando la reattività all'ambiente fisico e relazionale circostante, e la sfera somatica, provocando una serie di correlati che si manifestano singolarmente o in varie combinazioni nei diversi disturbi di cui l'ansia rappresenta il comune denominatore.

Il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) secondo l'American Psychiatric Association, include nei disturbi d'ansia i seguenti: disturbo d'ansia di separazione, mutismo selettivo, fobia specifica, disturbo d'ansia sociale, disturbo di panico, agorafobia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci, disturbo d'ansia dovuto ad altra condizione medica, disturbo d'ansia con altra specificazione, disturbo d'ansia senza specificazione. Nelle neomamme i disturbi d'ansia percentualmente maggiori sono:

Il ***disturbo d'ansia di separazione***, si manifesta con ansia e preoccupazione al momento dell'allontanamento dal proprio figlio, tale preoccupazione si manifesta in modi diversi a seconda dell'età. Può essere presente anche come preoccupazione di perdita o la possibilità che succeda qualcosa di negativo. Si può riconoscere con alcuni di questi criteri:

- ricorrente ed eccessivo disagio quando si prevede o si sperimenta la separazione da casa o dalle principali figure di attaccamento,
- persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo alla perdita delle figure di attaccamento, o alla possibilità che accada loro qualcosa di dannoso, come malattie, ferite, catastrofi o morte,
- persistente ed eccessiva preoccupazione riguardo al fatto che un evento imprevisto comporta separazione dalla principale figura di attaccamento,
- persistente riluttanza o rifiuto di uscire di casa per andare a scuola, al lavoro o altrove per paura della separazione,
- persistente ed eccessiva paura di, o riluttanza a, stare da soli o senza le principali figure di attaccamento a casa o in altri ambienti,
- persistenza, riluttanza o rifiuto di dormire fuori casa o di andare a dormire senza avere vicino una delle principali figure di attaccamento,
- ripetuti incubi che implicano il tema della separazione,

- ripetute lamentele di sintomi fisici (ad es. mal di testa, dolori allo stomaco, nausea, vomito) quando si verifica o si prevede la separazione dalle principali figure di attaccamento.

Il ***mutismo selettivo*** consiste nell'incapacità di parlare, in situazioni in cui sarebbe normale farlo, da parte di individui che sono in grado di parlare in contesti abituali e che hanno un linguaggio adeguato. Si può identificare con:

- costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli, nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni,
- la condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale,
- la durata della condizione è di almeno un mese,
- l'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si riesce o non si è a proprio agio con il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale,
- la condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Il ***disturbo di panico*** consiste nella tendenza cronica a incorrere, in maniera generalmente imprevedibile, in attacchi d'ansia estrema, molto spaventosi e corredati da una serie di sintomi:

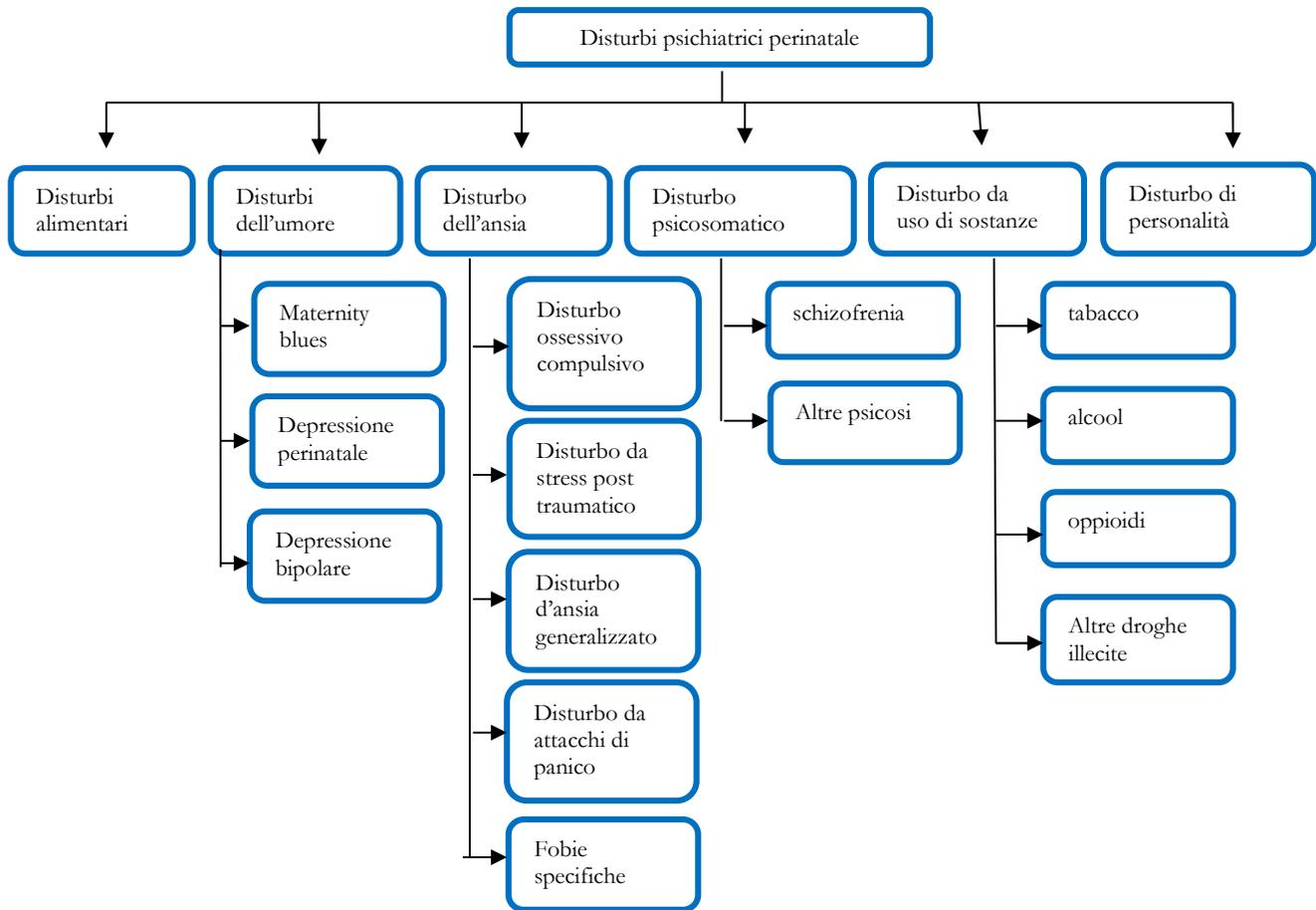
- fisici di tipo cardiocircolatorio (tachicardia o sbalzi di pressione) e di tipo respiratorio (aumento della frequenza del respiro, affanno, dispnea),
- motorio e sensoriale (tremori, a volte spasmi, debolezza muscolare, parestesie o sensazioni di formicolio, dolore o fastidio al petto, sensazione di svenire, vertigini, sensazione di leggerezza alla testa),
- autonomico (brividi, vampate di calore, sudorazione, agitazione gastrointestinale)
- correlati psichici, tipicamente terrore, urgenza di scappare o uscire, paura di morire o di impazzire, sintomi dissociativi (depersonalizzazione e derealizzazione).

Il ***disturbo d'ansia generalizzata***, si manifesta con nervosismo, tensione e preoccupazione continui e relativi a varie situazioni quotidiane, come aspetti finanziari, di salute, sicurezza, incombenze lavorative.

Sintomi: irrequietezza, sentirsi tesi, facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, alterazioni del sonno.

Il ***disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci*** è legato all'abuso di droghe, alcool, farmaci o alimenti contenenti sostanze stimolanti. La sintomatologia è legata alla sostanza d'abuso o al tipo di farmaco utilizzato.

Tabella 4: **Disturbi psichiatrici perinatali**



1.3.4 COSA ACCADE NELLA MENTE DEI NEO PADRI

Nei programmi di trattamento della depressione post-parto materna viene sottolineata l'importanza del rapporto di coppia e del sostegno del padre, come uno dei fattori determinanti il superamento della condizione di disagio della donna; nonostante questo il disagio psicologico del compagno viene spesso sottovalutato.

La donna è la figura che prevalentemente si occupa del figlio e per questo la sua salute è sotto osservazione, l'incapacità maschile di accedere in modo adeguato alle proprie emozioni e al proprio mondo interiore può rendere i neo-padre non sempre in grado di riconoscere, accogliere e validare i numerosi cambiamenti mentali avvenuti con l'arrivo di un figlio. Questo e altri fattori, possono impedire che il disagio del padre venga adeguatamente preso in carico e che si possano prevenire importanti conseguenze sulla salute di tutta la famiglia.

La mancanza di un sonno valido, unitamente alle alterazioni dei ritmi biologici, ai sentimenti di inadeguatezza o incapacità nel fare il padre ed esacerbare convinzioni distorte circa il proprio

ruolo o il proprio figlio, una pregressa storia di depressione o di patologie psichiatriche possono essere associati all'esordio di un quadro depressivo anche nell'uomo.

Se le donne sono biologicamente predisposte alla nascita di un figlio, la paternità non vanta la stessa preparazione in termini biologici. I livelli di testosterone calano negli uomini dopo la nascita del bimbo, si tratta di una alterazione fisiologica adattiva che favorisce un allineamento con il mood della madre; aiutando la coppia ad essere più in sintonia con le richieste di accudimento del figlio. Questo conseguentemente può predisporre ad un abbassamento del tono dell'umore e sfociare in un esordio depressivo; d'altro canto, padri che mantengono un alto livello di testosterone riportano maggiore stress genitoriale e una maggiore aggressività in famiglia e nella coppia. I livelli di estrogeni si alzano con l'avanzare della gravidanza della compagna, per permettere risposte biologiche meno aggressive e facilitare i meccanismi di attaccamento.

Nell'uomo non c'è un vero e proprio quadro diagnostico dedicato alla DPP paterna, il DMS considera la DPP in generale come una sottocategoria della più comune depressione. I padri possono sperimentare sintomi come irritabilità, indecisione, irrisolutezza e ottundimento emotivo, sensazione di fallimento e ansia, sensazioni di soffocamento e sovraccarico dovuto ad un aumentare delle richieste nella vita quotidiana; insonnia e cambiamenti nei ritmi fisiologici, possono sperimentare un senso di abbandono e sentirsi trascurati dalla compagna, ma anche dalla società.

Non tutti i sintomi di distress diventano una vera e propria DPP paterna. Viene stimato che circa il 10% dei neopapà può soffrire di depressione, i sintomi possono comparire tra il terzo e sesto mese dopo il parto o anche più avanti, verso il primo anno di età del bimbo.

Mentre la depressione nelle donne è più frequentemente associata a fattori cronici ed intrapsichici, quella paterna è legata a variabili sociali e relazionali, e per questo, più esposta a fluttuazioni nel tempo.

Non esistono dei veri e propri protocolli di intervento per la DPP paterna, essendo simile ad un episodio depressivo è stata osservata l'efficacia di un approccio psicoterapeutico come la psicoterapia cognitivo comportamentale (CBT) in aggiunta se necessario all'utilizzo di farmaci antidepressivi, molto utili gli interventi di coppia.

Agire in un'ottica preventiva è sicuramente la via preferenziale, riconoscere l'importanza del padre, promuovendo il suo coinvolgimento sin dall'inizio della gravidanza per il primo anno postpartum.

I padri sono una risorsa ed un supporto per le madri nel periodo perinatale, è importante valutare l'adattamento coniugale, promuovendo la comunicazione e la collaborazione all'interno della coppia. Una valutazione dello stato mentale di entrambi i genitori nel tempo e considerare i sintomi che possono mascherare un disturbo depressivo e individuare gli strumenti adeguati a un assessment.



Tabella 5: **Manifestazioni di disagio mentale (WHO 2022b)**

Tristezza, facilità al pianto o più dell'usuale

Mancato piacere in esperienze o attività che un tempo davano gioia

Mancanza di energia e motivazione

Preoccupazioni eccessive o “pensare troppo”

Tormentarsi al ricordo di esperienze negative

Eccesso o mancanza di sonno

Alimentazione eccessiva o scarsa

Difficoltà a concentrarsi

Difficoltà a prendere decisioni

Sensazioni di colpa o disperazione

Sensazione di imminente disgrazia o convinzione che il futuro sia senza speranza

“Acciacchi” o dolori aspecifici

Sentirsi inutile

Pensieri di autolesionismo o suicidio

Sintomi più specifici del ruolo materno:

incapacità dismettere di preoccuparsi del bambino

Sentirsi incapace o riluttante a prendersi cura del bambino

Pensieri negativi sul bambino

1.3.5 GLI STRUMENTI DI SCREENING

Lo screening è un processo di identificazione, nella popolazione apparentemente sana, di coloro che potrebbero essere a rischio di un disturbo o di una patologia. Devono essere offerte a chi partecipa informazioni, test aggiuntivi e trattamento appropriato per ridurre il rischio e/o qualunque complicazione che può derivare dal disturbo o dalla patologia. Secondo l'UK National Screening Committee (NSC) del 2013.

Considerando che la depressione ha basi biologiche e psicosociali; una storia pregressa di depressione, ansia o altri disturbi mentali, specialmente durante precedenti gravidanze o postpartum, e una familiarità psichiatrica per disturbo d'ansia o dell'umore, sono i principali fattori di rischio nel periodo perinatale. Vi sono, inoltre, anche fattori di rischio sociale quali la povertà, disoccupazione, stress per la cura del bambino e mancanza di aiuti da parte del partner e della famiglia.

Pertanto, lo screening per la depressione e i fattori di rischio durante la gravidanza è un importante strumento a supporto della salute mentale e del benessere delle donne in dolce attesa e dei bambini non ancora nati.

Esistono svariati strumenti per lo screening della depressione utilizzati nella clinica prenatale in contesti con scarse risorse, alcuni di questi non sono specificatamente studiati per l'uso durante la gravidanza, altri sono stati progettati per la depressione postnatale e alcuni studi di validazione sono stati condotti in ambito prenatale.

Le prestazioni di questi strumenti nel rilevare la depressione durante la gravidanza possono variare a seconda della popolazione, del contesto e della struttura degli stessi strumenti di screening. L'inclusione di elementi somatici in uno strumento di screening può anche influire sulla validità dello strumento poiché questi possono verificarsi come parte della normale gravidanza. La struttura e il formato di questi strumenti di screening, che richiedono alla persona di scegliere una risposta tra più opzioni per ciascuna domanda anziché "sì" o "no", potrebbero non essere facilmente compresi da soggetti con bassi livelli di alfabetizzazione.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) riconosce l'importanza di identificare precocemente la presenza di una psicopatologia materna perinatale, attraverso uno screening indicando le seguenti motivazioni:

- La depressione perinatale è una condizione psicopatologica comune,
- Può avere gravi conseguenze per la donna, il neonato e l'intera famiglia,
- Lo screening è in grado di riconoscere casi che altrimenti rimarrebbero non identificati,
- Esistono trattamenti efficaci per tali disturbi.

Agenzie riconosciute a livello internazionale raccomandano l'utilizzo di screening, l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) consiglia lo screening per la depressione nella popolazione adulta generale, comprese le donne in gravidanza e postpartum, le raccomandazioni, pubblicate online il 26 gennaio 2016 da JAMA (Journal Of American Medical Association) prevedono che i medici di base forniscano uno screening per tutti i pazienti, utilizzando test efficaci come il Patient Health Questionnaire (PHQ) e la Hospital Anxiety and

Depression Scale (HADS) negli adulti, la Geriatric Depression Scale (GDS) negli anziani e l'Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) nelle donne in gravidanza e postpartum.

L'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) raccomanda che i clinici valutino le pazienti almeno una volta durante la gravidanza per i sintomi d'ansia e depressivi, utilizzando uno strumento standardizzato e validato. Lo screening, non è sufficiente a migliorare i risultati clinici, deve essere associato con un adeguato follow-up e un trattamento quando indicato.

Il National Service Framework (NSF) per la salute mentale sottolinea l'importanza di avere dei protocolli gestiti a livello locale, per l'individuazione della depressione perinatale, promuovendo l'utilizzo di uno screening per aiutare l'individuazione precoce delle donne a rischio.

Le linee guida internazionali suggeriscono, inoltre, come momenti indicati per effettuare lo screening, la gravidanza durante la prima visita e le successive, durante il ricovero o il parto, a due o tre settimane postpartum, nei momenti di check-up nel post partum e alle visite di salute del bambino fatte dal pediatra.

Lo screening può essere proposto dai clinici o dai servizi preposti alla presa in carico della donna gravida e della neomamma, incluse le ostetriche, medici di famiglia, ginecologi, infermieri, pediatri, psicologi, psichiatri, consulenti per l'allattamento, appartenenti ai servizi pubblici e privati. La letteratura internazionale identifica i seguenti strumenti:

1.3.6 GLI STRUMENTI DI SCREENING PER LA DEPRESSIONE E L'ANSIA

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Creato nel 1987 (Cox, Holden e Sagovsky, 1987; Mirabella et al., 2014) è un questionario autosomministrato negli ultimi 7 giorni, è composto da 10 domande e richiede meno di 5 minuti per la compilazione. È composto da 3 a 10 items, indaga i sintomi affettivi e cognitivi mentre esclude quelli somatici come i disturbi del sonno e l'astenia. Ha un rischio elevato di falsi positivi, una sensibilità del 65-100% e una specificità del 49-100% nel post partum (Eberhard-Gran et al. 2001).

Un punteggio elevato indica una possibile depressione, ma non significa che la depressione sia necessariamente presente, così come un punteggio basso non esclude del tutto una depressione latente o la possibilità che questa possa manifestarsi in un secondo momento.

Il questionario non sostituisce la diagnosi di un professionista, anche se fornisce un'indicazione alla persona interessata sulla possibile utilità di contattare un medico. Può essere utile compilare il questionario più volte nel primo anno dopo la nascita, con un intervallo minimo di 2 settimane e può anche essere usato durante la gravidanza.

In gravidanza negli studi considerati per lo screening di depressione "mista", la sensibilità del test dipendendo dal cut off scelto per la positività, è tra 74% e 47%, la specificità 86%-98%; per la depressione maggiore la sensibilità è tra 88% e 72%, la specificità tra 88% e 97%.

Nel periodo postnatale per l'identificazione della depressione di tipo "misto", sensibilità tra 83% e 68%, specificità tra 85% e 92%; per la depressione maggiore sensibilità compresa tra 95% e 80%, specificità tra 82% e 93%.

Scala Di Whooley

Le linee guida NICE pubblicate nel 2007, consigliano di proporre questo screening. Il test di Whooley è composto da due domande con una risposta dicotomica (SI/NO). Considerato che in uno screening la sensibilità è di maggior importanza rispetto alla specificità, le domande di Whooley si configurano come lo strumento più indicato nel rapporto costo/beneficio. Se somministrato da un professionista; viene definito positivo il test in caso di risposta affermativa, anche a una sola domanda.

In gravidanza, per l'identificazione della depressione di tipo "misto" lo strumento ha una sensibilità 100% con specificità 68% mentre nel periodo postnatale, la sensibilità è 100% con specificità 64% e rispettivamente 100% e 44% per la depressione maggiore.

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

Di Beck e Gable (2000), questo auto-report di 35 elementi è stato progettato specificamente per l'uso dopo il parto e valuta 7 dimensioni: disturbi del sonno/appetito, ansia/insicurezza, labilità emotiva, compromissione cognitiva, perdita di fiducia in sé, senso di colpa/vergogna, pensieri di farsi del male.

I vantaggi di questo screening sono che analizza in modo più dettagliato i sintomi e riduce i fattori confondenti somatici. Gli svantaggi sono che richiede molto tempo, non è collegato al DSM e ha pochi dati di validazione per le popolazioni post partum e nessuno per quelle ante partum. (Beck e Gable, 2000).

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Questo questionario self-report è composto da 21 item è progettato per l'uso in popolazioni cliniche. È collegato al DSM (Manuale Diagnostico e Statistico) e tiene traccia della risposta al trattamento. Tuttavia, ci sono pochissimi dati di validazione da utilizzare sulle popolazioni post partum e nessuno su quelle ante partum. Ci sono anche potenziali fattori di confusione somatici. (Beck, 1988).

General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)

Di Goldberg (1972) è un breve questionario auto somministrato con 12 item, incentrato sul benessere generale, usato solitamente nello screening dei disturbi mentali. Include, come il PHQ-9 domande su questioni fisiche come appetito, stanchezza, sonno e simili e richiede un'interpretazione dei sintomi cauta durante la gravidanza, di per sé possibili cause di questi fattori.

Patient Health Questionnaire (PHQ)

In gravidanza, la versione ha 9 items con sensibilità del 75% e specificità dell'88% per l'identificazione della depressione di tipo "misto"; sensibilità compresa tra 74% e 85% e specificità tra 73% e 84% per l'identificazione della depressione maggiore.

Nel periodo postnatale, si somministra la versione semplificata a 2 items, ha una sensibilità tra l'84% e il 77% con specificità compresa tra il 79% e il 59% quando utilizzata come strumento per l'identificazione della depressione maggiore.

Questo questionario di autovalutazione è composto da 9 voci. È facile assegnare un punteggio con elementi e punteggi collegati ai criteri di depressione del DSM, può essere utilizzato per valutare e monitorare la risposta al trattamento e può essere utilizzato non solo per le popolazioni peri partum, ma anche per le pazienti non Peri partum.

Gli svantaggi di questo strumento sono che non è stato progettato per l'uso nel periodo peri partum (confondenti somatici), è stato convalidato solo da 2 studi per l'uso nel periodo peri partum e che è meglio convalidato per monitorare la risposta al trattamento. (Kroenke, 2001)

Nel 2010, Pfizer, Inc. ha reso il PHQ-9 insieme al GAD-7, screener per l'ansia, disponibili gratuitamente al pubblico con il permesso di utilizzare, replicare, tradurre, visualizzare o distribuire.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

È un breve questionario autosomministrato, sviluppato per l'utilizzo nelle cure primarie (Spitzer e Williams, 2011) per lo screening della depressione. Composto da 9 item che corrispondono ai sintomi della depressione maggiore, è frequentemente utilizzato per i sintomi somatici relativi alla depressione nel periodo perinatale.

Comprendendo domande su appetito, affaticamento, sonno o altri aspetti biologici deve essere interpretato con cautela durante la gravidanza, in quanto la problematica evidenziata potrebbe riflettere l'effetto fisico della gestazione, piuttosto che quello della depressione.

Matthey Generic Mood Question (MGMQ)

La MGMQ (Matthey et. Al., 2013) consta di poche domande e può essere somministrata in pochi minuti. Questo test ha evidenziato una migliore capacità di individuazione delle donne che soddisfano criteri diagnostici per un disturbo ansioso ed è inoltre superiore agli altri strumenti comunemente usati nell'identificare i soggetti con altri punteggi alle scale self-report dell'umore o dell'ansia. Rispecchia ciò che nella prassi clinica dovrebbe normalmente essere chiesto a una donna quando ci si informa rispetto al suo vissuto e al suo stato d'animo.

1.3.7 STRUMENTI DI SCREENING PER PROBLEMATICHE PSICO SOCIALI

Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ)

È un questionario, (Centre of Perinatal Excellence COPE, 2017), strutturato composto da 13 domande per le quali sono previste risposte “SI” o “NO”, e individua 5 dimensioni e genera un punteggio totale di rischio psicosociali individuando i fattori specifici che indipendentemente espongono la donna a un maggiore rischio psicosociale.

Questo strumento ha due funzioni: fornisce un breve e strutturato approccio alla dimensione psicosociale e dà al professionista indicazioni sul grado di rischio che la donna ha rispetto alla morbilità psichiatrica perinatale o alla difficoltà nell’adattamento al ruolo genitoriale. L’ANRQ indaga le relazioni con il partner, il sostegno sociale, gli eventi stressanti della vita, l’ansia o il perfezionismo, la storia passata di depressione, altre condizioni di salute mentale, l’abuso infantile o in età adulta la qualità della relazione con la propria madre durante l’infanzia.

1.3.8 STRUMENTI DI SCREENING PER VALUTARE LA RELAZIONE TRA MAMMA E FETO

Maternal Foetal Attachment Scale (MFAS)

Di Cranley (1981), versione italiana curata da Scopesi A. et al., 2004. È una scala autosomministrata composta da 24 item divisi in 5 sotto scale: differenziazione tra sé e feto, interazione con in feto, attribuzione di caratteristiche e intenzioni al feto, capacità di donare sé stessi, assunzione del ruolo materno.

Ogni item ha un punteggio che va da 1 a 5 dove: 1 assolutamente no, 2 no, 3 forse, 4 sì, 5 assolutamente sì, il punteggio totale è compreso fra 24 e 120.

Prenatal Attachment Inventory (PAI)

Di Muller (1996), versione italiana curata da Della Vedova et al. 2008. È una scala autosomministrata composta da 21 item con modalità ordinata: 1 quasi mai, 2 qualche volta, 3 spesso, 4 quasi sempre.

Misura i sentimenti di affetto della mamma verso il feto, alti punteggi indicano un buon attaccamento prenatale. Il punteggio massimo è di 84.

Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

Di Condon e Corkindale (1997), la versione italiana curata da Montiroso et al. 2009. Gli item della scala di autovalutazione sono 19, suddivisi in due sottoscale: qualità dell’attaccamento (11 item) e tempo dedicato all’interazione (8 item).

Tutti gli item sono valutati con una scala da 1 a 5 punti, dove 5 indica un forte attaccamento; alti punteggi riflettono una qualità positiva dell’attaccamento e una intensa preoccupazione per il feto.

Maternal Attachment Inventory (MAI)

Di Mulleri (1994) questionario autosomministrato composto da 26 item che indagano come la mamma si sente in relazione ai pensieri, ai sentimenti e alle situazioni della maternità. Gli item sono organizzati su una scala di 4 punti che vanno da 1 quasi mai a 4 quasi sempre. Il punteggio totale va da 6 a 104, alti punteggi indicano un buon attaccamento.

1.3.9 STRUMENTI DI SCREENING PER VALUTARE LA RELAZIONE TRA MAMMA-BAMBINO

Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Di Brockington et al. (2001), versione italiana curata da Montiroso et al (2009). Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 25 item, ogni item ha una scala con un range di punteggio che va da 0 sempre a 5 mai.

Sono indagati 4 fattori: legame compromesso (12 item), rifiuto e rabbia patologica (7item), ansia focalizzata sul bambino (4 item), rischio di abuso infantile (2 item).

Il punteggio totale è di 125, alti punteggi indicano un grave disturbo della relazione mamma-bimbo.

Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)

Di Condon e Corkindale (1998), con versione italiana a cura di Montiroso et al (2009). È composta da 19 item ciascuno dei quali ha 2, 4 o 5 opzioni. Per garantire lo stesso peso a ogni domanda, le opzioni sono state registrate per rappresentare uno score che va da 1 basso attaccamento a 5 alto attaccamento. Viene sfruttata una struttura a tre fattori: desiderio di vicinanza e di interazione con il bambino, mancanza di risentimento e di sentimento negativo verso il bambino, senso di fiducia e di soddisfazione nell'essere madre.

La somma dei 19 item forma il totale della MAPS, minimo 19 e massimo 95, un punteggio basso indica un rapporto mamma-bambino problematico.

Postpartum Maternal Attachment Scale (PMAS)

Di Nagata et. Al. (2000), è un questionario di autosomministrato composto da 19 item suddivisi in due sottoscale: nucleo attaccamento materno e ansia sul bambino.

Mother To Infant Bonding Scale (MIBS)

Di Taylor et. Al (2005) costituito da 8 affermazioni, divise in tre aspetti: attaccamento positivo, negativo e confuso, che descrivono una risposta emotiva come amorevole o deludente. Sono valutati su 4 punti da 0 molto a 3 nulla. Il totale da 0 a 24 punti; bassi punteggi indicano un buon legame. L'inverso fa pensare a una problematica della relazione. Può essere somministrato da poche settimane dopo il parto fino al quarto mese dalla nascita.

Parent To Infant Attachment Questionnaire (PAQ)

Di Condon et al (2008), è un questionario di autosomministrazione, composto da 19 item organizzati in tre sottoscale: qualità dell'attaccamento (QA), assenza di ostilità (AH), piacere nell'interazione (PI). Indaga la risposta emotiva della mamma verso il figlio nel primo anno di vita. Viene consigliata la somministrazione tra il quarto e il quinto mese post partum.



CAPITOLO 2

*Quando i miei pensieri sono
ansiosi, inquieti e cattivi,
vado in riva al mare,
e il mare li annega e li manda via
con i suoi grandi suoni larghi,
li purifica con il suo rumore,
e impone un ritmo
su tutto ciò che in me
è disorientato e confuso*
Rainer Maria Rilke

INTRODUZIONE ALL'IPNOSI

L'Istituto Franco Granone, Centro Italiano Ipnosi Clinico Sperimentale (CIICS), società costituente dell'International Society of Hypnosis (ISH) e dell'European Society of Hypnosis (ESH), definisce l'ipnosi *“Una coscienza particolare, durante la quale sono possibili notevoli modifiche comportamentali e somato-viscerali, per l'instaurarsi di un monodeismo plastico auto od etero-indotto e un rapporto privilegiato operatore-soggetto. Tale particolare condizione psicofisica eminentemente dinamica e non statica, chiamata ipnosi, è caratterizzata da una prevalenza delle funzioni rappresentativo emotive su quelle critico intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e condizioni di parziale dissociazione psichica.*

L'ipnosi vera c'è quando nella coscienza compare la dinamica del monoideismo auto o etero-indotto più o meno plastico. In un setting strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale. L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, che si instaura ogni qual volta intervengano particolari stimoli emozionali e senso-motori.”

L'ipnosi è un valido alleato per raggiungere uno stato di benessere interiore e di tranquillità e per attingere a potenzialità personali ancora inesprese. Essa favorisce uno stato di piacevole rilassamento fisico e mentale, alleggerendo la mente razionale e aprendo la parte emotiva, comunicativa e relazionale profonda. Coinvolge l'apprendimento di tecniche di rilassamento attraverso la respirazione profonda e l'utilizzo di immagini e suggestioni per far fronte a vari stati di disagio.

Queste tecniche permettono alla neomamma di rilassarsi e trovare dentro di sé le risorse, la forza e l'energia per vivere al meglio questa fase della propria vita, iniziando a conoscere i segnali del proprio corpo e sviluppando una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni, tutti elementi alla base della possibilità di gestione dei propri stati di disagio.

All'interno del reparto di TIN, dove la percezione del tempo, degli spazi, di quello che sta avvenendo intorno è definita dalle mamme a volte *ovattata e surreale*, poter utilizzare lo stato di ipnosi, dove una parte dell'IO continua a svolgere la propria attività critica e quindi la persona non farà mai qualcosa contro la propria volontà e potrà riprendere contatto con la realtà in qualsiasi momento lo desidera, le rassicura e permette loro di lasciarsi andare con fiducia

confidando sì, in un aiuto esterno, ma con la consapevolezza di poter trovare l'energia giusta da sole, con una piccola spinta e incoraggiamento.

Quando parliamo di ipnosi, parliamo di “comunicazione ipnotica”; una modalità comunicativa basata sul potere della parola di evocare e creare nella persona visualizzazioni, stati emozionali, e di saper arricchire il proprio mondo interiore.

Per una buona riuscita della seduta ipnotica è necessario entrare in sintonia ed empatia con la donna, è necessario instaurare un rapporto di fiducia e instillare un po' di curiosità, importante è capire che tipo di sensorialità ha, cinestesica, uditiva o visiva per scegliere la tecnica ipnotica più idonea per l'induzione.

Comunicare con l'uso della parola ma anche con il non verbale, ossia la capacità di evocare emozioni grazie al proprio carisma, utilizzando la mimica, la prossemica, la gestione degli spazi interpersonali, la cinesica, ovvero i movimenti nello spazio del corpo, delle braccia e delle gambe, del paralinguistico, ossia della tonalità e della musicalità del parlato e ultimo non per importanza, del saper ascoltare.



Immagini della TIN di Ravenna

2.1 LE FASI DELL'IPNOSI DURANTE UNA SEDUTA IN TIN

Una seduta ipnotica è composta dalle seguenti fasi:

CONTRATTO terapeutico: Si concorda con la mamma, in precedenza, il momento migliore durante l'arco della giornata per la seduta ipnotica, in base alla sua disponibilità, alle attività di diagnosi e cura e all'accudimento verso il proprio figlio all'interno del reparto. Essendo

generalmente degenze medio lunghe, è già in essere una relazione empatica con la donna. Si individuano i bisogni e si studiano i canali comunicativi. Si stipula un contratto esplicito o implicito e ad ogni passaggio realizzato si gratifica la mamma.

Può essere eseguita di fianco alla termoculla, durante la kangaroo mother care, nella stanza nutrice o in “minimal care”, possibilmente in un momento in cui il neonato dorme, per far stare più tranquilla la mamma che il bimbo non richiede la sua totale attenzione e presenza fisica.

ORDINE motivato: deve essere in linea con l’obiettivo prefissato.

... ora puoi accomodarti in poltrona, lasciando che sia il suo corpo a trovare la posizione più comoda e, mentre il tuo corpo raggiunge la posizione migliore, puoi sperimentare una sensazione di progressivo benessere iniziando dalla testa, per poi procedere al collo, alle spalle, alle braccia fino alle mani, al torace, all’addome, alle gambe fino alla punta delle dita dei piedi ...”.

“... ti chiedo di trovare un punto interessante di fronte a te, leggermente al di sopra dei tuoi occhi, sul quale fisare lo sguardo, continua a osservarlo e, mentre continui, i tuoi occhi possono diventare sempre più pesanti e avere il desiderio di chiudersi e potrai lasciare che si chiudano e, quando si chiuderanno, allora potrai finalmente concentrarti solo sulle mie parole e sui tuoi pensieri e, mentre sei sempre più attenta, puoi iniziare a percepire il tuo corpo in modo differente, e sei talmente assorta in questa esperienza che tutto ciò che non ne fa parte, per te, non ha più alcuna rilevanza...”.

DESCRIZIONE di quello che avviene, che si vede sul corpo della donna: utilizzando i miei sensi. *“vedo che..., hai detto che..., sento che ..., ecc.”*

RICALCO descrivendo ciò di cui la mamma si accorge: in questo caso utilizzo i suoi sensi.

“... e puoi sentire che l’aria che entra dalle tue narici è leggermente più fredda, e quella che esce più calda...molto bene, bravissima”

SUGGERIZIONE suggerendo esperienze possibili. È un momento caratterizzato da una destabilizzazione della coscienza ordinaria attraverso una riduzione o modificazione degli stimoli esterni (rumori determinati dalle apparecchiature elettromedicali e dal lavoro degli operatori) e la realizzazione di un monoideismo plastico con lo scopo di ottenere un livello di attenzione che realizzi un cambiamento evidente sul piano psicosomatico; in genere utilizzo la sensazione di leggerezza.

“... e ora che sei così concentrata, puoi anche sentire la mia mano che tocca il tuo polso mentre sto legando un lungo filo al quale sono legati tantissimi palloncini colorati che volano verso l’alto, sollevando anche la tua mano, il tuo avambraccio, sempre di più, sempre più in alto...”.

In questa fase faccio leva su immagini liberamente scelte dalla madre per spostare la sua attenzione da una realtà per lei potenzialmente ansiogena o dolorosa verso un “luogo sicuro” dove può ritrovarsi e rigenerarsi, dove non vi è giudizio e dove tutto segue un flusso naturale degli eventi a lei ben chiari.

“... e ora che hai il totale controllo del tuo corpo puoi controllare anche le immagini della tua mente e immaginarti in un luogo per te sicuro, e immaginarlo usando tutti i tuoi sensi, una condizione di perfetto benessere e stai così bene e sei protetta che niente ti infastidisce e ti disturba...”

“... e puoi sorprenderti di quanto possa essere semplice prendersi del tempo da dedicare a te stessa. Tutto intorno continua a scorrere nel modo consueto, è come se tu non fossi interessata a ciò che avviene al di fuori dei tuoi pensieri. Proprio come quando si legge un libro interessante o come quando si ascolta una melodia particolare, che ci cattura improvvisamente...”

Ad esempio, se l'ansia e la paura della mamma è determinata dall'esecuzione del bagnetto, in questa fase le chiedo di immaginare di essere nel luogo migliore dove poter eseguire le cure igieniche del proprio bambino, a quel punto la guido ad eseguire il bagnetto utilizzando le stesse indicazioni date in stato di veglia nel momento in cui viene eseguita la formazione del caregiver in reparto; descrivendo la procedura e ponendo particolare attenzione sulle sensazioni che si possono provare *la pelle morbida del piccolo, la temperatura ottimale dell'acqua, il profumo e la schiuma soffice del detergente per neonati*, e le emozioni che si possono provare nel prendersene cura come *tenerenza, amore, affetto, attaccamento, predilezione*. Inoltre, porgo attenzione anche nel farle osservare che tutto questo può essere condiviso con le persone a lei care e di osservare chi ha intorno a lei.

RATIFICA verifico e faccio verificare alla mamma che ciò che è stato suggerito si sta attuando:

“... bravissima, proprio così ...”

ANCORAGGIO: Chiedo alla donna di unire il pollice e l'indice della mano destra o sinistra per creare l'ancoraggio che le permetterà di riprodurre lo stesso stato di coscienza modificato tutte le volte che lo desidera allo scopo di tornare nel suo luogo sicuro.

“... e ogni volta che vorrai sperimentare questa tua abilità, ti basterò unire il pollice con l'indice della mano destra, per tornare nel tuo luogo sicuro...”

RIENTRAMENTO: A questo punto la donna viene guidato a un progressivo ripristino con conseguente ristabilizzazione della coscienza ordinaria.

“... e sarai molto curiosa di riuscire da sola, usando questo gesto tra poco, a rivivere questa abilità...”

A questo punto verifico la presenza della mamma nel qui e ora.

VERIFICA AUTOIPNOSI: Questo è un particolare momento di maggiore suscettibilità ad una eventuale nuova destabilizzazione. Chiedo alla mamma di riprovare da sola con l'utilizzo del suo ancoraggio.

RACCONTO: Chiedo infine di raccontarmi le sue emozioni, come si è sentita, dove si trovava e se vuole, in assoluto anonimato, compilare il questionario per la raccolta dati della tesi in esame.

GLI OBIETTIVI PREFISSATI sono semplici: ridurre la sensazione di ansia e inadeguatezza, migliorare la sicurezza nell'accudimento del figlio, sentire meno il peso di una produzione adeguata nel quantitativo e nelle caratteristiche del latte materno e ridurre i tempi di ospedalizzazione dettati dalla non sicurezza verso il rientro a casa dei genitori.

Per poter raggiungere questi obiettivi mi sono resa conto che utilizzo nella comunicazione ipnotica anche *metafore* come:

- ~ *“La nostra vita è come un libro fatto di tanti capitoli”* e questo è un nuovo capitolo della tua storia, in continuo cambiamento, trasformazione e lo stai scrivendo proprio tu, mettendoci i tuoi vissuti emotivi, le tue esperienze e le tue aspettative; sapendo che potrai rileggerlo ogni volta che vorrai, anche in compagnia del tuo bimbo quando sarà più grande.
- ~ *“Ci sono momenti che richiedono tempo per essere vissuti davvero e altri che invece emozionano prima ancora d'essere vissuti. Scegli il tuo momento”* (Francesco Coratti).
- ~ *“I colori più intensi li tingono le emozioni”* (Stephen Littleword).
- ~ *“Riconoscere le nostre emozioni senza giudicarle o respingerle, abbracciandole con consapevolezza, è un atto di ritorno a casa”*. (Thich Nhat Hanh).
- ~ *“Le braccia sono come un nido”*, nido accogliente come una casa, come il nido del lettino della termoculla, come le braccia della mamma che lo contengono.
- ~ *“Il cuore è uno scrigno”*, di emozioni, sentimenti, energie positive e il tuo cuore è abbastanza grande da contenerle tutte.
- ~ Quando fai la Kangaroo mother care pensa che è una cosa naturale, anche in natura *il canguro con il cucciolo nel suo marsupio* fa il contatto pelle a pelle.
- ~ *“La felicità è un caldo abbraccio”*, un abbraccio che trasmette un senso di calma e benessere emotivo.
- ~ *“La pazienza è come un albero che cresce lentamente”*.

~ *“È il tempo che tu hai perduto per la tua rosa che ha fatto la tua rosa così importante”* (il piccolo principe di Antoine de Saint-Exupéry) pensa a questo quando credi che il tempo del ricovero sembra infinito.

ELEMENTI OSTATIVI: il fattore tempo, gli spazi, il coinvolgimento dei colleghi, la dimestichezza con la procedura ipnotica e a volte la barriera linguistica.



Immagini della TIN di Ravenna

CARE, COME STRUMENTO PER LA PRESA IN CARICO DEL NEONATO E FAMIGLIA

“Il bambino viene al mondo portando con sé la formidabile capacità di stabilire una relazione umana. Immediatamente egli diventa un partner nel plasmare le sue relazioni?”, Daniel Stern (attore statunitense).

Lo sviluppo del sistema nervoso centrale (SNC) è determinato da fattori genetici, epigenetici ed acquisiti. Eventi di tipo biologico, psicologico e sociale che si verificano in età pre, peri o post-natale, hanno effetti significativi di promozione o di ostacolo allo sviluppo, in base alla loro gravità e al momento in cui si verificano.

Fin dalle prime fasi, lo sviluppo del SNC non avviene per risposte a stimoli esterni, ma per progressiva maturazione di meccanismi e funzioni endogenamente generate che vengono più o meno favorite da esperienze ambientali. Lo sviluppo del bambino avviene in quanto parte di

una relazione in cui determinanti sono le componenti affettive e gli aspetti qualitativi della relazione con l'adulto, in particolar modo con la mamma.

Lo sviluppo psicomotorio di un neonato è motivato da propositività, intenzionalità e condivisione di significato, la cui spinta parte proprio dall'ambiente in cui si trova. La forza dello sviluppo è quella autopoietica del SNC, presente su base genetica, che fa sì che il SNC vada attivamente a ricercare nell'ambiente la soddisfazione ai propri bisogni.

Dopo la nascita restano fondamentali le caratteristiche dell'ambiente fisico, psichico e sociale in cui il bambino cresce e si sviluppa.

Risulta necessario intervenire preventivamente su eventuali patologie al momento della nascita, includendo pratiche che sostengano e promuovano attivamente meccanismi facilitanti:

- La fisiologia la promozione del senso di competenza materno o empowerment, di modalità fisiologiche del parto, contenendo induzioni e cesarei, del contatto pelle a pelle dopo la nascita, dell'allattamento materno;
- Le competenze genitoriali la promozione della loro disponibilità emotiva, della conoscenza del comportamento del neonato e dei suoi bisogni in base alle fasi maturative;
- Le condizioni sociali di sviluppo a vari livelli, familiare e sociale.

Le modalità di accudimento e di care al nato pretermine vanno considerati fattori facilitanti lo sviluppo del SNC.

Fattori disturbanti lo sviluppo del SNC, invece, sono determinati dagli effetti combinati di patologie organiche e delle distorsioni delle esperienze ambientali e relazionali a cui può essere sottoposto il prematuro durante il ricovero in TIN e in Patologia Neonatale.

La *care* del neonato è data dall'insieme delle pratiche assistenziali che possono proteggere, sostenere e promuovere lo sviluppo del prematuro.

La dottoressa Heidelise Als, ricercatrice e clinica, negli anni '80 ha apportato un profondo cambiamento nelle modalità assistenziali all'interno delle terapie intensive. È l'autrice dell'APIB (Assesment of Preterm Infants' Behavior) e l'ideatrice del NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Prigram), un modello di assistenza allo sviluppo individualizzato e basato sul comportamento del pretermine utilizzato in tutte le TIN del mondo.

Gli aspetti essenziali dell'approccio di *care* allo sviluppo del neonato, personalizzato e centrato sulla famiglia, sono costituiti da:

- ✓ una buona organizzazione del lavoro del reparto (livelli di responsabilità, regole chiare e condivise, lavoro in gruppo e mantenimento nel tempo delle modalità assistenziali),
- ✓ un ambiente a misura di nato pretermine (microambiente e macroambiente),
- ✓ modalità di accudimento volte alla diminuzione dei comportamenti di stress e al sostegno e alla promozione di quelli di autoregolazione,
- ✓ la prosecuzione della *developmental care* almeno fino a sei mesi di età corretta, e il coinvolgimento attivo ed il sostegno dei genitori.

I neonati vanno considerati come individui che esprimono nei loro comportamenti il massimo di autonomia possibile per ciascun momento considerato.

I sanitari devono conoscere e utilizzare modelli assistenziali che includano azioni di neuro protezione finalizzati a ridurre gli effetti negativi della permanenza in reparto e della separazione dai genitori.

L'approccio assistenziale deve essere effettuato secondo i principi delle cure orientate allo sviluppo, *developmental care*, un insieme di pratiche e procedure il cui obiettivo principale è la protezione e la promozione dello sviluppo neuro comportamentale del pretermine.

A livello organizzativo le azioni per concretizzare la realizzazione degli obiettivi di sistema devono interessare quattro macroaree principali:

- 1) IL NEONATO attuando dalla nascita un programma di cure e di interventi individualizzati basati su un'attenta lettura dei segnali comportamentali del neonato. Gli obiettivi sono l'omeostasi, il controllo del dolore, l'allattamento al seno, la dimissione precoce, la crescita armonica ed un adeguato sviluppo psicomotorio.
- 2) LA FAMIGLIA garantendo la presenza continua dei familiari integrandoli nel gruppo assistenziale, sostenendoli e promuovendo le competenze genitoriali con l'obiettivo di comprendere il comportamento del loro bambino. Favorire una relazione attraverso il coinvolgimento attivo nelle cure e nell'accudimento sostenendo la loro condizione emotiva.
- 3) L'AMBIENTE garantendo spazi e ambienti adeguati a promuovere un'assistenza centrata sulla famiglia.
- 4) I PROFESSIONISTI garantendo la presenza di un'equipe multidisciplinare e l'aggiornamento continuo.



2.2 L'ESPOSIZIONE DEL FETO AI DISTURBI PSICOLOGICI DELLA MADRE

“I migliori risultati si hanno quando le proprietà dell'ambiente, le aspettative e richieste sono in accordo con la capacità dell'organismo, le caratteristiche e lo stile di comportarsi?” Chess and Thomas, Goodness of Fit. 1998. (marito e moglie, genitori e quattro figli – Insights intervention, hanno prodotto lavori sul temperamento del bambino).

Quando la madre durante la gravidanza è stressata, ansiosa o depressa, in una piccola percentuale di casi il figlio potrà essere esposto a una maggiore incidenza di problemi emotivi, comportamentali o fisici.

Le ricerche degli ultimi vent'anni hanno dimostrato l'importanza dello stato emotivo della madre durante la gravidanza per il neurosviluppo del feto e di conseguenza del bambino. Risulta pertanto necessario fornire interventi e prevenzione per controbilanciare questa precoce esposizione al rischio.

A incidere sullo sviluppo fetale non sono solo lo stress estremo, o con caratteristiche di tossicità, oppure un disturbo mentale diagnosticato; le conseguenze possono derivare da fattori di disagio come i sintomi di ansia e depressione prenatali, circostanze di vita stressanti, problemi quotidiani, l'esposizione a calamità. Non è chiaro se tipi di stress diversi producano come risultato effetti diversi, anche se molte evidenze dimostrano che, se la madre soffre di depressione post-natale, aumenta il rischio che il bambino patisca di successive psicopatologie e di una compromissione delle abilità cognitive.

Lo stress prenatale può aumentare il rischio di problemi emotivi e comportamentali nel neonato, nel bambino o nell'adolescente, insieme alla possibilità di una serie di problematiche fisiche.

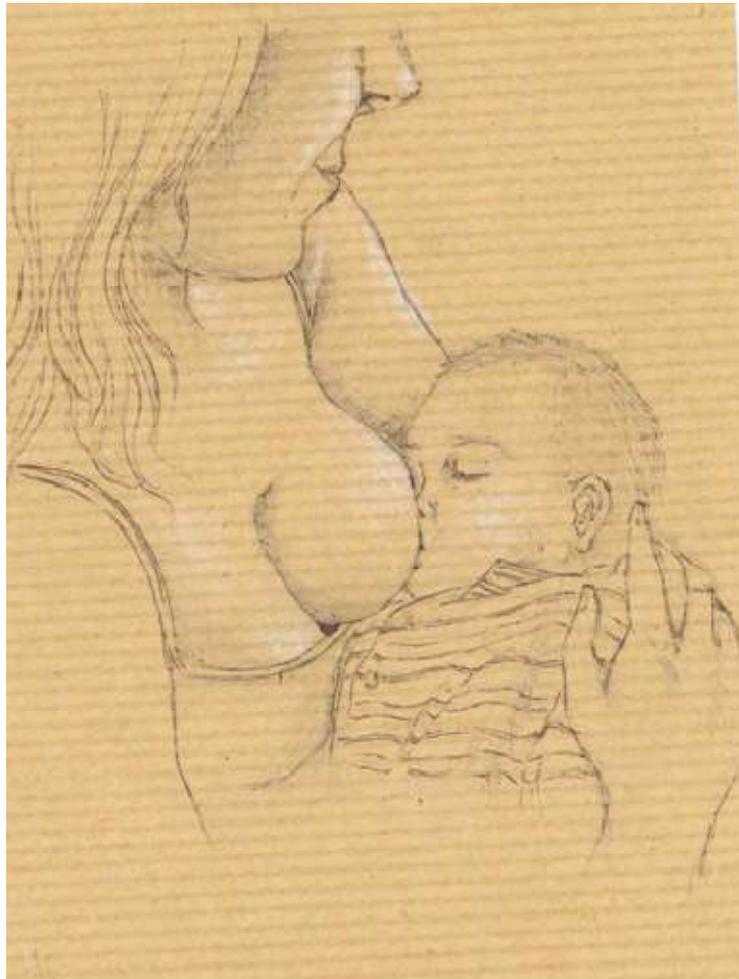
Si può avere una maggiore probabilità di un temperamento problematico nel neonato, con irregolarità dei cicli di sonno o dei comportamenti alimentari, frequenti crisi di pianto e difficoltà nel calmarsi. Contributi hanno dimostrato la presenza fra i bambini di una probabilità più elevata di sintomi di ansia e depressione, sintomi di ADHD (disturbo da deficit dell'attenzione) e manifestazioni di disturbi comportamentali, una più alta probabilità di autismo o maggiore gravità dei sintomi dello spettro autistico e l'aumentato rischio di depressione e ansia può persistere fino all'inizio della vita adulta; l'elevata probabilità di ridurre prestazioni cognitive e successivamente peggiori risultati scolastici. Ricerche su neonati indicano che gli effetti dello stress possono variare fra maschi e femmine.

Inoltre, fattori fisici vengono alterati dall'esposizione allo stress prenatale, ad esempio esiste un maggior rischio che il bambino nasca prematuro e sottopeso rispetto all'età gestazionale. C'è un rischio più alto di asma, malattie allergiche, lunghezza dei telomeri ridotta, il che si può associare a minore longevità, alterazioni dei dermatoglifi digitali e lateralità mista.

Considerati tutti questi esiti, lo stress, l'ansia e la depressione prenatale presenti nella madre aumentano il rischio, ma non predicano con certezza il verificarsi di esiti negativi; sono elementi che influiscono sulla vita futura del bambino, come accade per l'alimentazione della

mamma in gravidanza o l'inquinamento ambientale. Al momento della nascita, importanza fondamentale sarà dettata dalle cure post-natali fornite.

Gli effetti della depressione postnatale possono aggiungersi a quelli della depressione prenatale o alleviarli: un attaccamento sicuro madre-figlio può tamponare alcune delle ricadute dello stress prenatale, mentre un attaccamento insicuro può esacerbarne altre.



2.3 FAMILY CENTERED CARE

L'assistenza basata sulla famiglia prevede il benessere del bambino importante in egual maniera al benessere della famiglia e della madre nello specifico. La Family Centered Care è una modalità assistenziale che pone in primo piano la centralità della famiglia nella vita del bambino ricoverato e prevede il supporto psico-fisico suo e dei suoi familiari, genitori ed eventuali fratelli.

Prevede pertanto interventi che incentivano la collaborazione da parte di tutti i familiari e l'empowerment come processo di crescita, individuale e di gruppo, basato sull'aumento della stima di sé, per fare emergere risorse presenti ma nascoste.

Pertanto, è necessario includere nel processo di recupero della salute e dell'autonomia, la soddisfazione dei bisogni del bambino e della famiglia, offrendo la possibilità di prendersi cura

del figlio ospedalizzato sotto la supervisione del personale sanitario, attraverso il coinvolgimento, la partecipazione e la collaborazione con l'obiettivo di mantenere e ricreare i ruoli all'interno della famiglia, i legami tra essa ed il piccolo ricoverato e la promozione della normalità del nucleo familiare.

Gli effetti della qualità della relazione e delle competenze genitoriali sullo sviluppo del neonato sono noti fin dai lavori del gruppo di Rauh e colleghi nel 1990 che dagli anni '80 hanno studiato gli effetti sul neonato di un intervento di sostegno per le madri di neonati pretermine.

È stato dimostrato come il loro programma di intervento, mother infant transaction program (MITP), basato sull'istruire la madre per mettere in atto modalità assistenziali volte a ridurre lo stress del neonato, comportasse un beneficio sullo sviluppo neurologico del neonato, ancora evidenti a 9 anni di età, in termini di un guadagno medio di 10,6 punti di quoziente intellettivo (QI). Recentemente questo programma è stato arricchito, si chiama The PremieStar Parent Sensitivity Training Program, promuovendo nei genitori il contatto "pelle a pelle" fin dai primi momenti dalla nascita alla dimissione insegnando il massaggio infantile e le modalità di bagnetto.

In TIN i genitori si vedono "portare via" il loro piccolo e faticano ad accettare che "qualcosa sia andato male" e perché. Questo è doloroso e li mette in discussione, si sentono inadeguati e l'approccio al proprio bambino è timoroso e bisognoso di conferme. In ambito medico la comunicazione verbale e non verbale è fondamentale, in quanto i soggetti della comunicazione sono emotivamente coinvolti, i genitori dei neonati pretermine, e gli operatori con i loro limiti degli interventi rispetto alle attese dei genitori.

È importante che la TIN risulti essere composta da un gruppo di professionisti unito e coeso al fine di trasmettere ai genitori un senso di accoglienza per loro e di accudimento dei propri figli, creando una relazione con la famiglia.

Molto si può fare partendo da piccoli gesti e piccole accortezze, promuovendo:

La ***KMC***:

Nasce nel 1978 in Colombia dai neonatologi E. Rey e H. Martinez, dove non era possibile mettere i neonati in termoculla, si termoregolavano con il corpo della madre. È un metodo facile e potente per promuovere la salute e il benessere dei neonati pretermine e nati a termine.

I benefici sono:

- maggiore controllo della termoregolazione e diminuzione del rischio di ipotermia,
- lieve aumento della crescita staturale-ponderale,
- maggiore adattamento e stabilizzazione del neonato,
- maggiore ossigenazione e stabilizzazione della frequenza respiratoria e cardiaca,
- riduzione dello stress neonatale e aumento dell'organizzazione degli stati sonno-veglia,
- minor sensazione di dolore durante le procedure medico-assistenziali dolorose,
- permette di avviare l'avvicinamento al seno e promuovere l'allattamento, con maggiori probabilità di successo e di durata,

- il contatto pelle a pelle può aiutare i genitori e il neonato a conoscersi,
- riduce i tempi di ospedalizzazione.

Le **ESPERIENZE SENSORIALI PRECOCI:**

- Una proposta *uditiva* prediligendo la voce dei genitori per ridurre lo stress, promuovere l'attaccamento e facilitare lo sviluppo neurologico, di comunicazione e sociale. Vengono sollecitati i genitori a parlare, leggere un libro o cantare con tono lieve.
- Esperienze *posturo motorie*, utilizzando posizioni del corpo per sostenere la maturazione delle singole funzioni e favorire la flessione degli arti; influisce sulla stabilità posturale e sulla qualità del movimento spontaneo; lo strumento base è il nido.

Le **ESPERIENZE TATTILI PROPRIOCETTIVE:**

- *L'handling*, la modalità con cui si mobilizza, si postura e si sposta il neonato finalizzato a ridurre le esperienze negative.
- *L'holding*, una modalità di contenimento con le mani ferme e gli avambracci dell'adulto o con il corpo della mamma o del papà, per aiutare il bimbo nei momenti di instabilità corporea ed emotiva. Il corpo dell'adulto diventa il nido del neonato.
- il *wrapping*, consiste nell'avvolgere e contenere il piccolo con un lenzuolino, in posizione flessa, con le manine vicino al viso, per contenerlo durante gli spostamenti, o per stabilizzarlo neurologicamente e ridurre le eccessive sollecitazioni vestibolari.
- il tocco dolce, è un'esperienza di profondo contatto emotivo, attraverso le mani, la pelle, lo sguardo della madre e del suo bambino.



2.4 NEWBORN INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESSMENT PROGRAM

La NIDCAP prevede di ridurre al minimo le esperienze stressanti che caratterizzano i reparti di TIN e di supportare il neonato nel suo sviluppo, facendolo affiancare il più possibile dai genitori e dai membri della sua famiglia. L'approccio NIDCAP viene suggerito dagli Standard Assistenziali Europei per la salute dei neonati e si articola in tre fasi:

- 1) osservazione del micro e macroambiente e del comportamento del neonato prima, durante e dopo una manovra assistenziale, rilevando i segnali di stabilità e quelli di stress,
- 2) interpretazione delle informazioni raccolte, individuando le aree di maturazione o disorganizzazione delle funzioni neonatali, analizzando anche l'influenza degli operatori e dell'ambiente sul benessere del neonato,
- 3) programmazione dell'assistenza personalizzata, individuando le modificazioni ambientali, le modalità di assistenza e le facilitazioni che riducono al minimo lo stress, promuovono al massimo il benessere e lo sviluppo del neonato, prevedendo il sostegno ed il coinvolgimento attivo dei genitori.

L'obiettivo è quello di sostenere e promuovere al massimo lo sviluppo e la salute fisica, mentale ed emotiva dei nati pretermine e di quelli con fattori di rischio per patologia medica.

All'interno delle TIN le pratiche che supportano l'interazione del neonato con i propri genitori sono parte integrante della gestione di tutto il personale sanitario per pianificare, attuare e valutare in modo efficace ed efficiente l'assistenza all'interno del nucleo familiare e prevede dieci standard assistenziali base:

1. *il coinvolgimento del genitore*, la cura centrata sulla famiglia riconosce che i genitori e il personale siano partner nel fornire assistenza ai neonati basandosi su principi di dignità e il rispetto, sulla condivisione delle informazioni e sulla partecipazione della famiglia all'assistenza con l'obiettivo di ridurre la durata della degenza, diminuire il rischio di riammissione, migliorare i risultati dell'allattamento al seno, aumentare le competenze della famiglia sulla cura del figlio ed aumentare la soddisfazione personale. La comunicazione tra sanitari e genitori, deve basarsi sulla sensibilità, comprensione ed accoglienza, sull'empatia e sulla chiarezza, caratteristiche fondamentali per questo processo di cura.

2. *il controllo dell'ambiente a supporto dello sviluppo sensoriale*, nel grembo materno, il feto riceve stimolazioni legate ai movimenti della madre, percepisce i suoni come ovattati e la luce che filtra dalla parete addominale, gli spazi sono ridotti e la posizione permessa è flessa e raccolta.

Il feto è sempre in compagnia della mamma e della sua voce, insieme a quella del papà e dei fratellini. Diventa pertanto prioritario trasformare l'ambiente della TIN in un modello simile all'ambiente intrauterino.

3. la protezione del sonno, il feto e il neonato trascorrono gran parte del tempo dormendo. Il sonno assume un ruolo importante per lo sviluppo del cervello e per la maturità neurosensoriale e motoria del bambino, una buona organizzazione del sonno è infatti correlata a migliori outcomes. All'interno della TIN i rumori, l'illuminazione, le pratiche invasive, spesso ostacolano il ritmo sonno-veglia, fondamentale sarà adottare strategie organizzative a sostegno e promozione di questo momento terapeutico di sviluppo.

4. il controllo dello stress e del dolore, anche a età gestazionali basse, la maturazione delle vie sensitive è tale che lo stimolo doloroso arriva alla corteccia cerebrale attraverso le vie talamo-corticali, presenti e funzionanti già dalla 24^o settimana di gestazione. Il neonato pretermine è incapace di circoscrivere nel tempo e nello spazio lo stimolo doloroso, che risulta quindi più prolungato e più ampio, e non è in grado di organizzare risposte comportamentali tali da farci riconoscere quando percepisce uno stimolo doloroso. Prevenire lo stress e il dolore nel neonato diventa un atto fortemente raccomandato che prevede strategie farmacologiche e strategie non farmacologiche.

4. il contatto pelle a pelle, o skin to skin contact sul petto della mamma viene fortemente raccomandato per promuovere la salute e il benessere nel pretermine. In questo momento il piccolo inizia ad annusare il seno della mamma e a leccare le gocce di latte. La madre ha la sensazione di fare qualcosa di buono per il suo bambino, si riducono il livello di stress e aumentano i livelli di autostima e fiducia che di conseguenza incrementano il coinvolgimento nell'esperienza dell'allattamento.

6. la promozione del controllo posturale e dello sviluppo motorio, alla nascita il piccolo assume una postura schiacciata sul piano del lettino favorita dalla forza di gravità con movimenti del corpo laterali quasi scarsi. Ha una limitata capacità di muovere, eseguire e controllare i movimenti del capo che rimane per lo più rivolto verso il lato. L'incapacità di controllare la testa lo porta ad una marcata instabilità posturale attraverso movimenti bruschi ed improvvisi caratterizzati dall'estensione dei quattro arti (startles), dall'apertura a ventaglio delle mani e delle dita, dagli oscillamenti laterali del bacino, dal congelamento in flessione ed estensione dei quattro arti. La cura posturale diventa uno dei più validi strumenti per promuovere la stabilità posturale e per ridurre lo stress del neonato.

7. la protezione della pelle, la pelle del neonato prematuro è sottile e permeabile, tanto più quanto è minore la sua età gestazionale conseguentemente ha una inefficace funzione di barriera che lo espone a un rischio di infezioni, a perdita di acqua e sbilancio elettrolitico, a instabilità della temperatura corporea e lesioni della cute.

8. *il sostegno all'allattamento al seno*, l'alimentazione al seno deve essere fortemente raccomandata fin dalla 32 settimana gestazionale, che può essere precocemente avvicinato al seno con lo scopo di incoraggiare il riflesso di rooting e la protrusione della lingua a leccare il capezzolo.

9. *il supporto allo sviluppo delle competenze alimentari del bambino*, La prematurità è caratterizzata da immaturità neurologica con ridotto tono muscolare, instabilità dei parametri fisiologici, struttura anatomica della bocca ancora troppo piccola con retrazione del mento, debolezza dei muscoli facciali e scarso adiposo delle guance, chiusura inefficace delle labbra, immaturità nella coordinazione tra suzione, deglutizione e respiro. La presenza di tubi endotracheali, sondini oro o nasogastrici, cerotti di fissaggio e aspirazioni influenzano negativamente la zona orale. La prevenzione di eventi avversi come rigurgiti e vomiti e la valutazione accurata della stabilità fisiologia del neonato, permettono di mettere a punto un programma individualizzato di passaggio dal sondino ad un'alimentazione orale autonoma, seno o biberon, riducendo i tempi di degenza e il rischio di ricovero post dimissione o problemi legati alla food aversion.

10. *la comfort care*, l'OMS definisce le cure palliative: “*un approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie che affrontano il problema connesso ad una malattia pericolosa per la vita, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo della identificazione precoce e dell'ottimale trattamento del dolore e di altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali*”. È importante salvaguardare la qualità della vita e aiutare i familiari ad affrontare la morte del loro bambino attraverso il percorso di cure palliative, accompagnati e sostenuti dai sanitari.



Immagini della TIN di Ravenna

2.5 ALLATTAMENTO E SALUTE MENTALE

Il Ministero della Salute ha redatto nel febbraio 2023 un documento “*Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale*”, suddiviso in otto capitoli, ognuno dei quali è focalizzato sui diversi aspetti della salute materno infantile nel periodo perinatale: allattamento e relazione madre-bambino/a, allattamento e promozione dello sviluppo del bambino/a, allattamento e salute mentale, allattamento e farmaci neurotropi, percorsi formativi sull’allattamento.

Si concentra sul periodo della transizione alla genitorialità che rappresenta un momento trasformativo sensibile all’interno del ciclo di vita individuale e familiare. Questa fase porta in sé sia la potenzialità di un cambiamento positivo, grazie alla capacità di integrare nel proprio sé il ruolo di genitore da poco acquisito, sia la possibile difficoltà a compiere tale integrazione, col rischio di manifestare qualche forma di disagio emotivo o relazionale.

Secondo i recenti dati dell’OMS, in questo periodo 1 donna su 5 è affetta da un problema di salute mentale. Tuttavia, un disturbo mentale materno non rappresenta di per sé una controindicazione all’allattamento. Se una donna ha necessità di assumere una terapia psicofarmacologica in gravidanza o nel periodo postnatale è importante che il sanitario offra una valutazione del rischio/beneficio sull’allattamento per consentirle di scegliere in modo consapevole e che successivamente la supporti nella sua scelta.

2.5.1 L’IMPATTO COMPLESSIVO DELLA PATOLOGIA MENTALE SULL’ALLATTAMENTO

Nessun effetto dell’allattamento è stato riportato sull’andamento clinico di psicosi e disturbi della personalità materna. Esiste una plausibilità biologica dell’effetto positivo dell’allattamento sull’out come materno delle patologie psichiatriche. Vi sono evidenze deboli e contrastanti che indicano che l’allattamento riduce il tasso di ospedalizzazione per le donne affette da disturbi bipolari, schizofrenia e i sintomi da stress post traumatico ad un anno dal parto. Nessun effetto dell’allattamento è stato riportato sull’andamento clinico di psicosi e disturbi della personalità materna.

L’ossitocina, ormone prodotto dall’ipofisi a seguito della suzione al seno, facilita il legame con il bambino (bonding) e l’emergere di sentimenti affettuosi della madre nei confronti del figlio, determinando un più efficiente riconoscimento delle sue emozioni e dei suoi bisogni.

Fenomeno marcatamente più biologico che non psicologico, del microchimerismo: migrazione di cellule del feto all’interno del cervello della madre. L’effetto dell’ossitocina risulta particolarmente importante nelle donne depresse, che incontrano difficoltà nel leggere le emozioni del figlio.

Nella donna che allatta, la prolattina dopo il parto cala più lentamente rispetto a quella che non allatta, rendendola più resiliente ai fattori stressogeni ambientali, inoltre, la cortisolemia è

più bassa e si ha rilascio di dopamina, regolarizzando il ritmo sonno-veglia, aumenta l'autostima.

Le condizioni psichiatriche materne e le eventuali terapie farmacologiche prescritte, di per sé non determinano una controindicazione all'allattamento al seno, tenendo conto delle raccomandazioni dell'azione dei farmaci sul sistema nervoso centrale.

Vanno monitorati gli aspetti legati all'avvio dell'allattamento e al suo mantenimento, il mancato raggiungimento delle aspettative personali sulla maternità condizionate dalla famiglia e dall'ambiente socioculturale circostante.

Nel caso l'allattamento determinasse un impatto negativo sui sintomi psichiatrici materni, si potrà passare ad un allattamento non esclusivo o artificiale con le dovute valutazioni che coinvolgeranno la donna, il partner o altri caregiver nonché l'equipe sanitaria multidisciplinare.

2.5.2 ALLATTAMENTO E DEPRESSIONE

Le interazioni fra Depressione Post Partum (DPP) ed allattamento sono complesse e portano ad un effetto finale influenzato da diversi fattori: il progetto alimentare della donna per il figlio, una percezione limitata della propria autoefficacia, le eventuali difficoltà di avvio e mantenimento della lattazione, le condizioni mediche della mamma e/o del bambino ostacolanti l'allattamento, la disponibilità o meno di un supporto da parte dei servizi sanitari, di un aiuto a casa e sociale, avere una figura affettiva stabile di riferimento è fondamentale.

L'allattamento può essere considerato come fattore concausale o viceversa protettivo della DPP. Un allattamento ben sostenuto è sicuramente un fattore protettivo nei confronti dell'insorgenza del disagio mentale.

Riuscire a far crescere il bambino con il proprio latte può essere motivo di orgoglio e di empowerment per la madre, ma quando ci sono ostacoli che non lo permettono possono emergere sentimenti di inadeguatezza e frustrazione.

Le donne depresse con bassa autoefficacia hanno più probabilità di interrompere in anticipo l'allattamento, quelle che hanno intenzione di allattare e ci riescono hanno invece un più basso tasso di DPP rispetto a quelle che desiderano farlo ma non ci riescono.

2.5.3 ALLATTAMENTO, RELAZIONE MADRE-BAMBINO E SVILUPPO DEL BAMBINO

È noto che il periodo che va dal concepimento ai primi 2 anni di vita è fondamentale per lo sviluppo fisico e neuropsicologico del bambino.

Per favorire uno sviluppo armonico, i bambini nei loro primi 1000 giorni hanno bisogno di un ambiente sicuro, protettivo e amorevole, di nutrizione e stimoli adeguati necessari all'apprendimento da parte dei genitori e dei caregiver.

Nel contesto della *Nurturing Care Framework*, cioè delle “cure che nutrono”, l’allattamento non rappresenta solo una fonte di nutrimento ma attraverso la creazione di una relazione intima tra madre e bambino promuove lo sviluppo cognitivo, emotivo e fisico del bambino.

In particolare, il contatto precoce pelle a pelle, nell’ottica della *zero separation*, secondo le linee guida della Società Italiana di Neonatologia (SIN), e il contenimento del neonato ne favoriscono il benessere immediato, come dimostrato dalla Kangaroo mother care (KMC), un intervento di comprovata efficacia per prendersi cura fin dai primi istanti dei neonati prematuri, che si associa a minore mortalità e morbosità per il bambino, ma anche a maggiore benessere per la madre rispetto alle cure convenzionali.

Nella cura del bambino diventa fondamentale promuovere il ruolo del partner nel sostegno alla diade madre-bambino, nell’allattamento e in tutte le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di salute del bambino, nonché nella costruzione di un legame affettivo di qualità, che abbia le caratteristiche della genitorialità responsiva.

È particolarmente importante che il partner si informi già prima della nascita sull’allattamento e sulle possibili difficoltà che l’arrivo di un neonato comporta.

2.5.4 RACCOMANDAZIONI DELL’OMS E RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI

L’OMS raccomanda, senza alcun’incertezza, l’allattamento al seno per il benefico effetto sulla salute mentale sia sulle donne con pregressi di depressione o di ansia e patologie DPP, con il supporto e la supervisione della famiglia e dei servizi sanitari.

Da parte dei sanitari è importante avvalersi di strumenti per la rilevazione di depressione post partum o dell’ansia.

Le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence NICE del 2014, raccomandano per contesti dove non è possibile avere la consulenza psicologica o psichiatrica, la somministrazione del test di Whooley.

Sono consigliati sia nel periodo pre che nel post-parto interventi psicosociali o psicologici di prevenzione dei disturbi depressivi e dell’ansia che coinvolgono, sulla base del contesto locale, il supporto dei servizi sanitari, i membri della famiglia e le altre madri.

Tutti gli operatori sanitari devono avere un’adeguata preparazione all’ascolto attivo e non giudicante e al riconoscimento di eventuali richieste di aiuto, anche velate, oltre a quelle esplicite e verbalizzate. Devono essere consapevoli che la tutela dell’allattamento non mette a rischio di per sé la salute mentale della donna e devono padroneggiare gli elementi conoscitivi essenziali sul valore dell’allattamento e dell’uso del latte materno.

In ogni caso andrà considerata l’importanza di mantenere il più possibile la continuità relazionale tra madre e figlio, anche in caso di patologie più gravi come la psicosi puerperale, in funzione di una prognosi favorevole sia per la madre che per il figlio.

CAPITOLO 3

*Perché a volte ci vuole il coraggio per essere davvero felici,
di accogliere un momento ordinario e trasformarlo in epico.
Ci vuol coraggio a ridere di gusto di fronte a questa vita,
ci vuole forza per scartare il negativo e portar dentro solo il meglio,
conservare solo l'essenza della gioia.
E quel coraggio ce l'abbiamo dentro, è tutta una questione di scelta.
A. Vanlig*

I BISOGNI SPECIALI DEI GENITORI DEI NATI PRETERMINE

3.1 LE ESPERIENZE EMOTIVE DEI GENITORI

I vissuti emotivi genitoriali possono comprendere svariati aspetti e conoscerli permette a chi li circondano di attuare delle strategie atte alla prevenzione e alla cura:

- ~ Il parto pretermine come evento traumatico
- ~ Alterazione della dimensione temporale
- ~ Il senso di colpa
- ~ Il complicato avvio dell'integrazione tra bambino immaginario e bambino reale
- ~ La delega delle cure: problemi nel rapporto tra genitori ed équipe
- ~ La riappropriazione del ruolo di caregiver dopo l'autonomia del figlio dalle macchine: preoccupazioni e angosce che si ravvivano
- ~ Meccanismi difensivi e desiderio di reinfetazione
- ~ Confusione nella lettura dei segnali del figlio/a
- ~ Elevati livelli di ansia per quanto riguarda la cura del piccolo/a
- ~ Uno stile percettivo condizionato dalla vigilanza su problemi medici
- ~ Iperprotettività dei genitori
- ~ Esperienze frustranti con l'allattamento e l'alimentazione
- ~ Perdita del sonno
- ~ Difficoltà durante il secondo anno di età corretta nell'aiutare il figlio/a ad imparare il rispetto dei limiti
- ~ Conflitto di coppia
- ~ Difficoltà di coppia nel fornire supporto emotivo reciproco
- ~ Solitudine sociale
- ~ Altro

È sicuramente possibile attuare strategie per supportare questi momenti di criticità, fornire consigli pratici su come gestire il periodo della gravidanza e del post partum e sensibilizzare ed informare le donne sul rischio di depressione post partum e i loro familiari sull'opportunità di un intervento precoce.

Partendo dalla prevenzione è importante che tutte le donne in gravidanza o neomamme ricevano del materiale informativo relativo alla psicopatologia perinatale.

È pensiero comune che le donne in gravidanza siano sempre felici, che la vita non cambierà, che avere un bambino migliorerà il matrimonio, che si saprà istintivamente come occuparsi del bambino o ancora, che c'è qualcosa di sbagliato se non si riesce ad affrontare la situazione.

Comprendere che *genitori non si nasce, si diventa* può aiutare a sfatare falsi miti come ad esempio: che l'amore materno è del tutto incondizionato o che le madri dovrebbero porre sempre al primo posto i bisogni del loro bambino.

Alcune donne si annullano totalmente per il figlio, trascurando completamente le loro esigenze fisiche e psicologiche, il loro rapporto di coppia e tutto quanto non sia strettamente connesso alla cura del piccolo.

Inoltre, la paura di non essere considerate delle brave madri, madri inadeguate, alimentate da queste aspettative poco realistiche, possono portare le donne a sentirsi colpevoli e ad essere poco inclini a cercare aiuto, dimenticando che ci vuole del tempo per adattarsi alla maternità.

Consigli pratici per le mamme e papà potrebbero essere:

1. avere cura del proprio benessere psico-fisico vuol dire contemporaneamente avere cura anche del proprio bambino;
2. prendersi, durante la giornata, dei momenti per sé con esercizi di respirazione, fare lunghi bagni/docce rilassanti, riposare quando il bambino dorme;
3. cercare di mangiare bene, con cibi naturali e freschi;
4. non sentirsi colpevoli dei sentimenti di inadeguatezza che si potrebbero provare, i pensieri negativi si possono cambiare e non impediranno per questo di essere una buona madre;
5. avere cura del proprio aspetto esteriore, riprendendo le proprie abitudini, ad esempio, di truccarsi, di vestirsi bene, ecc.;
6. fare lunghe passeggiate all'aria aperta e riprendere se si avevano i propri hobby, non trascurando totalmente le proprie esigenze per quelle del figlio;
7. il papà può aiutare nell'accudimento del bimbo, cambio del pannolino, bagnetto, farlo addormentare;
8. dedicare aiuto in casa, ad esempio, con i lavori domestici;
9. mostrare disponibilità all'ascolto e al dialogo e allo stesso tempo esprimere tranquillamente i propri pensieri e le emozioni;
10. spingere la compagna a coltivare i suoi interessi ed attività per lei piacevoli e ricreative;
11. nel caso si avvertano campanelli di allarme, cambiamenti del ritmo sonno, cambiamenti nell'appetito, momenti di forte stanchezza che non fanno apprezzare i momenti gioiosi di questa nuova realtà, scarsa cura della persona, sensazione di ansia o mancanza di interesse per la vita quotidiana, chiedere supporto al personale competente.

3.2 INTERVENTO DI SOSTEGNO AI GENITORI DEI BAMBINI PRETERMINE

Il supporto sociale, emotivo e pratico, è fondamentale per il processo di guarigione di una donna che dopo il parto può soffrire di disturbi mentali, e per le persone che la circondano.

Il migliore aiuto che si può fornire alla mamma deve prevedere quindi il *supporto sociale*, che la donna identifica con le risorse sociali percepite come a sua disposizione, il sostegno del partner, della famiglia, della rete sociale, vi sono anche enti e istituzioni a supporto delle neomamme e linee guida dedicate.

Con le specifiche *affettive* ed *emotive* si intendono i gesti di affetto, stima, incoraggiamento ed empatia che fanno sentire apprezzata una persona, il *supporto strumentale* invece, consiste nelle modalità assistenziali, composte da azioni e assunzioni di responsabilità, in attività concrete come sostituirsi nelle faccende domestiche o accudire gli altri figli; il padre in TIN viene coinvolto al pari della mamma nella gestione pratica del figlio, con il contatto pelle a pelle, il cambio del pannolino, il bagnetto, l'alimentazione con il latte materno ma somministrato al biberon.

Si può quindi affermare che il supporto sociale è un fattore protettivo per il rischio di depressione maggiore e che ha un ruolo significativo nel ridurre il rischio di depressione postpartum.

Il supporto sociale è un concetto complesso e multidimensionale, che incorpora complicità, apprezzamento, supporto informativo e strumentale, ma che comprende anche le informazioni percepite che portano la persona a ritenersi accudita, amata, stimata e parte di un "sistema" con responsabilità reciproche.

Il ruolo del partner durante il trattamento e la presa in carico della mamma per disturbi dell'umore e dell'ansia nel post partum è altrettanto importante ed in molti casi deve essere fatta la scelta di sostenere psicologicamente anche il padre. È il compagno che spesso coglie i segnali e i sintomi di un problema successivo al parto, e se lui stesso è favorevole alla presa in carico della mamma nel percorso psicoeducativo o terapeutico, anche la donna accetterà meglio di farsi aiutare o di sottoporsi a un eventuale trattamento.

Rilevante il supporto e il vissuto di altre mamme che hanno provato, o provano, le stesse emozioni. Fare parte di un gruppo, di una rete, può favorire una condizione psicologica positiva, come avere maggiore chiarezza sui propri obiettivi, provare maggiore senso di appartenenza e possedere una maggiore consapevolezza del proprio valore, il che a volte può aumentare la motivazione a prendersi cura di sé e può modulare la risposta cerebrale allo stress; possono fornire supporto emotivo, informativo o pratico.

I sanitari che lavorano con donne che presentano problemi di salute mentale perinatale devono tener conto della diversità dei casi e delle esigenze individuali di trattamento; devono sviluppare approcci confermati da prove di efficacia per trattare e comprendere al meglio le problematiche multiculturali e spirituali, nonché le speciali esigenze delle donne, a volte, anche adolescenti.

Quando ci si trova davanti a barriere dettate da culture diverse si deve tener conto anche delle abitudini della famiglia, dei fattori socioeconomici, della scarsa informazione e comprensione della salute mentale perinatale, delle difficoltà nell'ottenere prestazioni sanitarie e delle barriere linguistiche.

Nelle madri adolescenti la difficoltà di coping e i bassi livelli di supporto reale o percepito sono tendenzialmente correlati alla sintomatologia depressiva. In questi casi possono essere utili programmi che oltre all'assistenza, dispensano conoscenze di base sulle aspettative della maternità e su come gestirle.

I sanitari hanno un ruolo essenziale e possono dare un valido aiuto ai neogenitori per valutare le proprie esigenze e migliorare le capacità di comunicazione per chiedere aiuto.

Diversi possono essere i servizi a supporto sociale della famiglia:

- ~ linee di assistenza telefonica,
- ~ gruppi di supporto con presenza fisica,
- ~ coordinatori di supporto attraverso gruppi organizzati,
- ~ specialisti di supporto fra pari,
- ~ gruppi di supporto online in video,
- ~ supporto su social media (ad es. su Facebook),
- ~ infermieri e ostetriche sul territorio,
- ~ doula,
- ~ assistenti a domicilio,
- ~ supporto della comunità religiosa.

L'infermiere ospedaliero supporta la madre nel periodo post-parto svolgendo compiti che vanno dalla cura diretta alla gestione delle risorse sanitarie, dalla prevenzione, la valutazione del rischio, la promozione e al supporto emotivo; nelle neomamme con depressione postpartum, offre un supporto sociale e una cura globale dalla prevenzione alla gestione della malattia.

L'infermiere non lavora da solo, ma in equipe multidisciplinare per valutare e monitorare gli interventi mirati al miglioramento della DPP e al benessere della famiglia riconoscendo e attivando le risorse all'interno della comunità, coinvolgendo gruppi e organizzazioni locali per promuovere il benessere e la salute, fungendo da punto di riferimento per l'assistenza sanitaria, soprattutto per i gruppi vulnerabili e fragili.

L'operatore sanitario può eseguire i test di screening, può gestire e trattare la DPP in prima persona, perché ha il vantaggio di potere sviluppare programmi per ridurre il rischio e ha l'opportunità di trovare l'opzione terapeutica più efficace per la propria assistita instaurando una relazione di fiducia con la donna perché è la base per poter lavorare in sintonia, senza fattori di stress, che possono peggiorare la diagnosi.

Gli infermieri forniscono indicazioni che riguardano l'alimentazione delle donne, le supportano nell'assistenza materna e neonatale, delle cure perineali, forniscono un aiuto

all'allattamento al seno, al cambiamento del pannolino, al bagnetto del neonato e alle cure ombelicali. Sono in grado di analizzare anche il contesto sociale della madre per garantire un'educazione sanitaria mirata e un giusto supporto emotivo anche con il partner della donna, aumentando il sostegno sociale postnatale.



CAPITOLO 4

*Ero come un essere rinchiuso
in una bolla di vetro
e tutti mi vedevano,
ma nessuno mi sentiva.
E quello che volevo
era rompere la bolla,
così che qualcuno
mi ascoltasse.*

Claire Etchetelli

ANALISI DI UN PERCORSO DI MIGLIORAMENTO

Al termine delle lezioni teorico-pratiche di questo corso per ipnologo clinico mi sono soffermata a pensare che con la tipologia di utenti con i quali mi relazio quotidianamente, ovvero i neonati, risulta pressoché improponibile utilizzare le tecniche di comunicazioni ipnotica o pensare di fare una seduta di ipnosi.

Successivamente, con una riflessione più attenta mi sono resa conto che il tocco delle mani, il tono di voce, il raccontare quello che sta per accadere e quello che il piccolo deve aspettarsi di lì a poco (un prelievo, una terapia, una procedura, un peso, il bagnetto, la visita medica, ecc.) è comunicazione ipnotica, permette al neonato di trovare una strategia di confort e di adattamento ad una situazione potenzialmente stressante e dolorosa mutandola in energia positiva e rispettando i suoi tempi; possiamo allora chiamarla, se vogliamo, “*ipnosi neonatale*”, l’approccio che utilizza l’infermiera di terapia intensiva neonatale quando si prende cura di un lattante.

Ma il piccolo non è solo, si nutre anche del rapporto con la madre e il padre, pertanto, permettere al caregiver di vivere con serenità, senza ansie o paure il contatto con il proprio figlio, risulta un aspetto fondamentale da non sottovalutare; ed è proprio qui che ho acquisito consapevolezza di quanto potesse essere d’aiuto l’ipnosi sulle mamme in questo periodo pieno di tumultuose emozioni.

In un primo momento l’ipnosi che ho utilizzato con le mamme è stata principalmente finalizzata al raggiungimento di un senso di pace, tranquillità e recupero di energie con il “luogo sicuro”; man mano che acquisivo più sicurezza ho provato ad introdurre alcune sensazioni ed emozioni che suppongo potessero provare, guidandole al contatto con il proprio bambino, durante un abbraccio o mentre lo osservavano, o ancora, durante una procedura di accudimento come il cambio del pannolino o il bagnetto con l’intento di abbassare i timori che spesso si presentano nel toccare il proprio piccolo, per un senso di inappropriattezza che le porta a ritenere che i sanitari siano più bravi o che in questo preciso momento della degenza possa essere la cosa migliore per la cura.

La cura migliore per il prematuro è la sua famiglia, accudire un prematuro vuol dire anche prendersi cura dei suoi genitori come, ad esempio, il confort della mamma durante l'allattamento è importante per facilitare un buono ed efficace attaccamento al seno e conseguentemente un avvio all'allattamento senza problemi.

In via sperimentale ho pensato di prendere un piccolo campione di dieci neomamme alle quali ho proposto una seduta ipnotica utilizzando tre diversi setting: di fianco alla termoculla, nel momento della KMC e prima della dimissione durante la minimal care.

Per raccogliere qualche dato ho inserito un questionario anonimo, di facile compilazione, per tenere traccia e ragionare su come, e se, in futuro poter inserire questa pratica all'interno della quotidiana assistenza fornita alle mamme in TIN.

Di seguito riportato il riepilogo dei dati registrati dal campione di donne intervistate:

- n. 1 mamma con età compresa tra i 18 e 25 anni
- n. 4 mamme con età compresa tra i 26 e 33 anni
- n. 5 mamme con età compresa tra i 34 e 41 anni
- n. 4 con diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale
- n. 6 con titolo universitario
- n. 1 figlio/a con E.G. tra le 29 e 31 settimane
- n. 6 figlio/a con E.G. tra le 32 e 34 settimane
- n. 2 figlio/a con E.G. tra le 35 e 37 settimane
- n. 1 figlio/a con E.G. tra le 38 e 40 settimane
- n. 6 primo figlio
- n. 4 più figli
- n. 3 parto spontaneo
- n. 7 cesareo
- n. 4 avevano sentito parlare di ipnosi (1 da familiari o conoscenti, 1 dalla televisione, 2 da ostetrica e psicologo)
- ritengono utile l'ipnosi per (risposta multipla):
 - n. 2 aumentare la sua autostima
 - n. 7 gestire l'ansia
 - n. 5 ridurre la paura
 - n. 6 entrare meglio in contatto con il figlio/a
 - n. 3 relazionarsi più facilmente con l'equipe dei sanitari
 - n. 10 consiglierebbero l'ipnosi ad altre neomamme

A questo punto, ottenuto il 100% di gradimento da parte delle donne sottoposte a seduta ipnotica e considerato che per trattare i sintomi dei disturbi del tono dell'umore prenatale e post-natale è stata dimostrata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale standard e dei trattamenti non farmacologici; tenendo inoltre in considerazione che durante la gravidanza o l'allattamento può esserci una forte riluttanza ad assumere medicinali, diventa necessario valutare altre opzioni di trattamento efficaci come l'ipnosi e la comunicazione ipnotica.

Altri approcci includono *mindfulness, yoga e tecniche di riduzione dello stress*, sia sotto forma di interventi a sé stanti che di metodi volti a integrare le terapie convenzionali.

La ricerca sulla programmazione fetale è uno dei modi in cui la scienza moderna mostra che le esperienze “entrano sotto la pelle” e diventano parte della biochimica e fisiologia della donna e anche dell’organismo che si sta sviluppando in lei. Ciò che la donna prova è nella sua mente, nel suo cervello e nel suo corpo, e va a costituire l’ambiente che influenza il futuro sviluppo del feto e del neonato. Le esperienze vissute dalla donna, fra cui anche le cure che riceve per la sua salute emotiva, influiscono su di lei e per lo meno in termini di depressione, stress, ansia e traumi pregressi, anche sul nascituro o sul neonato.

Gli operatori sanitari hanno l’obbligo di prestare cure a tutto tondo fornendo il meglio dell’assistenza e considerando che l’ipnosi clinica e la comunicazione ipnotica, non ha costi e i risultati sono garantiti, buona cosa sarebbe farle entrare nella routine del “prendersi cura della diade mamma-bambino”.

Le **tecniche di rilassamento e di ipnosi** rappresentano uno strumento altamente funzionale in gravidanza poiché permettono:

- ✓ di **agire sulla componente somatica** favorendo la gestione di alcuni sintomi legati alla gravidanza e che possono causare disturbo e stress come nausea, insonnia, tachicardia, mal di testa, montata latte, ragadi, ecc;
- ✓ di **sviluppare immagini piacevoli di contatto con la propria interiorità e il proprio bambino**, prendendosi cura di sé e della relazione, e preparandosi così nel migliore dei modi alla sua venuta e dopo il parto favorendo il contatto con il proprio piccolo/a con handling, holding, nido e altre tecniche di care al neonato;
- ✓ di **entrare in contatto con le proprie naturali abilità** di diventare madre.

L’ipnosi clinica potrebbe prevedere un percorso all’interno del dipartimento SDIE (salute donna, infanzia e adolescenza) ad esempio:

1. durante il colloquio di **counseling**, con l’utilizzo delle parole giuste al momento giusto;
2. durante il **parto**, con l’utilizzo della tecnica dell’ipnosi eriksoniana;
3. all’interno del **reparto** di TIN per la famiglia, quando la mamma e il papà accudiscono il figlio/a in termoculla, per favorire l’attaccamento e l’alimentazione al seno o durante la kangaroo mather care per facilitare il rilassamento,
4. durante i **follow up**, come ascolto di eventuali difficoltà emotive, per un riscontro sulla tecnica di autoipnosi se insegnata e per acquisire eventuali gradimenti sull’approccio proposto.

4.1 QUESTIONARIO PER LE MAMME SOTTOPOSTE A IPNOSI NELLA TIN DI RAVENNA

Età:

- 18-25 anni 26-33 anni 34- 41 anni > 42 anni

Titolo di studio:

- licenza di scuola elementare
 licenza di scuola media
 diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale
 titolo universitario

Età gestazionale del figlio/a: _____

Primo figlio:

- SI NO

Tipologia del parto:

- spontaneo cesareo

Ha mai sentito parlare di IPNOSI CLINICA?

- SI NO

Se SI, da chi?

- Familiari o conoscenti
 Mezzi di comunicazione specificare _____
 Professionista sanitario specificare _____
 Altro _____

Ritiene che l'ipnosi per lei sia stata utile per:

- aumentare la sua autostima
 gestire l'ansia
 ridurre la paura
 entrare meglio in contatto con suo figlio/a
 relazionarsi più facilmente con l'equipe dei sanitari
 altro _____
-

Consiglierebbe l'ipnosi ad altre neomamme?

- NO
 SI
 se SI per quale motivo _____
-
-

*Fingo di capire, perché non voglio ferire nessuno.
Questa è la debolezza che mi ha procurato più guai.
Cercando di essere gentile con gli altri
spesso mi ritrovo con l'anima a fettucce,
ridotta ad una specie di piatto di tagliatelle spirituali.
Non importa...
Il mio cervello si chiude.
Ascolto.
Rispondo.
E sono troppo ottusi
per rendersi conto
che io non ci sono ...*

Charles Bukowski

ANALISI DI UN PROCESSO DI MIGLIORAMENTO

L'infermiere in TIN è un professionista che deve essere in grado di promuovere la cura e raggiungere un risultato assistenziale di alta qualità e di alta soddisfazione, con l'obiettivo di unire un reparto di terapia intensiva tecnologica con un approccio sensibile e individualizzato che permetta di facilitare lo sviluppo neurocomportamentale del neonato, ma anche di supportare i genitori nel loro ruolo di caregiver primari. Il ruolo degli infermieri diventa quello di accompagnatore nel processo formativo dei principali caregiver.

Il primo incontro con i genitori che entrano in reparto è un momento estremamente delicato e cruciale dove i sanitari devono creare una corretta ed efficace comunicazione con loro, la scelta delle parole e come verranno somministrate segnerà il vissuto di queste persone.

Le azioni facilitanti che includono la promozione della relazione mamma-bambino passano dal supporto alla madre nell'acquisire una conoscenza intima del proprio figlio permettendo di fornire un'assistenza, una informazione e una formazione dei genitori sulle condizioni cliniche del proprio bimbo e un continuo riscontro positivo.

Questa alleanza tra il personale sanitario e i familiari ha dimostrato negli anni dati concreti sulla diminuzione dell'ospedalizzazione, dello stress sia per il personale che per i genitori, una migliore soddisfazione e un migliore out come neurocomportamentale del neonato.

La figura dell'infermiere è quella che passa maggior tempo con i genitori e può aiutarli a superare nel miglior modo le ansie e le paure; è un facilitatore dell'attaccamento tra neonato e genitori attraverso una presa in carico con il riconoscimento e l'identificazione precoce dei soggetti maggiormente a rischio come quelli che mostrano particolari difficoltà nell'adattamento alla circostanza.

L'assistenza infermieristica prevede l'ascolto verso le richieste, le preoccupazioni, le paure dei familiari, nel pianificare un'assistenza il più possibile personalizzata, nel soddisfare i bisogni e nel fornire il supporto necessario con l'obiettivo finale di rendere l'esperienza del vissuto in TIN il più possibile serena e senza stress.

Parliamo di ricoveri tendenzialmente medio lunghi, nell'ordine di mesi, che rendono i rapporti tra personale e familiari impegnativi, anche a causa di percorsi non sempre lineari ma che possono prevedere peggioramenti e miglioramenti delle condizioni cliniche a volte repentini.

Una relazione di successo tra infermieri e genitori si può raggiungere solo attraverso la co-creazione della conoscenza reciproca, lo sviluppo delle competenze e la negoziazione dei ruoli.

La competenza del personale nell'affrontare gli aspetti psicosociali dell'assistenza neonatale diventa fondamentale e la comunicazione con i genitori al riguardo dei loro bisogni è essenziale per aiutarli ad affrontare il ricovero del figlio. Fondamentale, pertanto, un approccio assistenziale incentrato sulla famiglia dove la figura dell'infermiere funge da accompagnatore e facilitatore delle competenze genitoriali dal momento della nascita, durante il ricovero e dopo la dimissione per favorire un sereno sviluppo di questi neonati.

Attualmente negli ospedali sono molti i programmi che promuovono azioni e che predispongono ambienti per permettere lo sviluppo della Nurturing care, ossia, l'ambiente creato dai caregiver che assicura ai bambini un buono stato di salute e di alimentazione, li protegge dalle minacce e dà loro l'opportunità di un apprendimento precoce, tramite interazioni responsive ed emotivamente supportive.

Le Iniziative Amiche delle Bambine e dei Bambini - *Baby-Friendly Initiatives* di OMS e UNICEF nate negli anni '90 per aiutare i punti nascita in tutto il mondo a garantire alle madri e ai bambini la migliore assistenza, e per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento e l'alimentazione infantile attraverso l'applicazione dei 10 Passi, che comprendono specifiche azioni, tra cui il rispetto del Codice Internazionale.

In Italia, UNICEF ha dato vita alle iniziative *Insieme per l'Allattamento*, basate sui programmi OMS/UNICEF e sulle azioni previste nei Piani Nazionali e Regionali.

Le Iniziative Amiche delle Bambine e dei Bambini prevedono l'applicazione dei 10 Passi sia nei Punti Nascita e sia nei servizi territoriali, tra cui i Consultori Familiari e la pediatria di famiglia. Si tratta di un'azione integrata che coinvolge tutto il percorso nascita, in modo che i genitori e i loro bambini siano protetti da pratiche inappropriate e abbiano accesso tempestivo a una rete di sostegno continuativa tra le professioniste e i professionisti dei servizi territoriali e del punto nascita, i gruppi di sostegno di mamme e papà e la comunità locale.

Genitori Più è un programma di prevenzione e promozione della salute materno-infantile, promossa dal Ministero della Salute e realizzato in collaborazione con la Regione Veneto e altre Regioni e organizzazioni, che include azioni di provata efficacia: l'assunzione dell'acido folico quando si pianifica una gravidanza, l'astensione da alcol e fumo in gravidanza e allattamento, la sicurezza ambientale, in auto e in casa, la promozione dell'allattamento, la posizione sicura nel sonno, le vaccinazioni e la lettura precoce in famiglia.

La combinazione di queste azioni promuove il potenziale di salute e protegge i neonati dalle malformazioni congenite, dalla nascita pretermine, da basso peso alla nascita e mortalità neonatale, dalla morte in culla (SIDS), da infezioni e problemi respiratori, da incidenti e traumi,

dalle malattie infettive, da obesità e malattie del sistema ormonale, dalle difficoltà cognitive, relazionali e altri disturbi del neurosviluppo.

All'interno della TIN di Ravenna il processo di miglioramento ha coinvolto tutte le figure professionali che vi collaborano puntando sulla formazione, continua, costante e obbligatoria, degli operatori e del genitore o caregiver. Siamo partiti organizzando:

- un corso per tutte le figure sanitarie interessate in ambito pediatrico sulle Tecniche Non Farmacologiche (TNF) che si è concluso con una breve informazione sull'importanza della comunicazione e con esercizi finali di tecniche di rilassamento e comunicazione ipnotica.
- un corso di counseling per personale sanitario della TIN tenuto dalla psicologa del reparto coadiuvata dalle colleghe del territorio, volontarie per il progetto "Genitori prematuri".
- l'ipnosi per le neomamme in reparto con la successiva somministrazione e raccolta dei dati nel questionario anonimo.
- l'ipnosi per il personale infermieristico del reparto e successiva somministrazione e raccolta dei dati nel questionario anonimo.

Abbiamo in essere un progetto di miglioramento intitolato "*Empowerment alla famiglia in TIN*", della durata di un anno, presentato a maggio 2024 alla direzione infermieristica e con raccolta dati a partire dal 1° giugno con termine ed elaborazione dati raccolti a fine giugno 2025.

La Carta Dei Diritti Del Bambino Nato Pretermine all'art. 7 cita: "*Il neonato prematuro ha il diritto di avere genitori sostenuti nell'acquisizione delle loro particolari e nuove competenze genitoriali*"; da qui l'intenzione delle infermiere della TIN di Ravenna e degli Ambulatori Pediatrici dove viene effettuato il follow up neonatologico, di impegnarsi ulteriormente affinché, le famiglie dei piccoli degenti, ricevano un insieme di indicazioni che prevedano azioni ed interventi, mirati a rafforzare il potere di scelta dei genitori e del nucleo familiare, e ad aumentarne poteri e responsabilità, migliorandone le competenze e le conoscenze.

Compito dei sanitari è anche quello di fornire un supporto educativo e relazionale, mirato a far sì che l'esperienza del ricovero in TIN, venga accettata in un'ottica il più atraumatica possibile.

L'impiego da parte dell'equipe infermieristica, a rotazione, si concretizza con l'offerta di un servizio di supporto, sia in termini relazionali, che pratico-educativi, una volta a settimana per due ore circa sulla base dei bisogni genitoriali e può essere aperta a tutto il nucleo familiare, non solo a padre e madre, ma anche ai nonni o i fratellini, calendarizzando precedentemente con loro il giorno e la sede più opportuna per l'incontro.

La formazione principalmente verte sui seguenti argomenti: la prevenzione, le posture e mobilitazione in termoculla e/o in culla, la modulazione dell'ambiente, le stimolazioni sensoriali multimodali con l'ipnosi clinica, la suzione non nutritiva, il supporto alla nutrizione, l'educazione ai comportamenti, la KMC, i progetti nati per leggere e nati per la musica. Anche in questo caso per la raccolta dei dati è previsto un questionario anonimo che sonda sulle modalità comunicative e di accoglienza da parte dei sanitari all'interno del reparto. Di seguito le domande riportate nel questionario:

chi compila il questionario?

- Mamma Papà Altro

gli spazi interni al reparto, a vostro parere, sono:

- funzionali ristretti e non adeguatamente organizzati
 non funzionali accoglienti
 ampi e sufficientemente organizzati non accoglienti
 altro

la stanza nutrici, a vostro parere, risulta:

- funzionale alle esigenze della madre
 non funzionale alle esigenze della madre
 altro

le modalità di accoglienza in tin sono state:

- chiare e rispondenti alle vostre esigenze
 non ben organizzate
 altro

le modalità comunicative da parte del personale sanitari, secondo voi, sono state:

- buone e calibrate alle esigenze dei familiari
 sufficienti
 non adeguate

a vostro parere, le modalità comunicative tra familiari e sanitari sono:

- frequenti e adeguate ai bisogni e in orari accessibili
 non ben organizzate
 altro

a vostro parere, le famiglie vengono coinvolte e ascoltate nella programmazione delle attività e dell'assistenza:

- con interesse ed empatia
 con distacco e freddezza
 non saprei, non si capisce
 con atteggiamento professionale
 con esagerata condiscendenza
 altro

4.2 QUESTIONARIO PER I SANITARI SOTTOPOSTI A IPNOSI NELLA TIN DI RAVENNA

Età:

- 18-20 anni 21-25 anni 26-33 anni 34- 41 anni > 42 anni

Titolo di studio:

- diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifica professionale
 titolo universitario

Ha mai sentito parlare di IPNOSI CLINICA?

- SI
 NO

Se SI, da chi?

- Familiari o conoscenti
 Mezzi di comunicazione specificare _____
 Professionista sanitario specificare _____
 Altro _____

Ritiene che l'ipnosi per lei sia stata utile per:

- le relazioni con gli altri membri dell'equipe del reparto
 le relazioni con i familiari e/o caregiver dei neonati
 le strategie di empowerment con la "famiglia in tin"
 altro
- _____

Consiglierebbe l'ipnosi ad altri colleghi?

- NO
 SI
 se SI per quale motivo
- _____

Dai dati del riepilogo del questionario sottoposto al campione di dieci infermieri intervistati:

n. 4 infermieri con età compresa tra i 28 e 33 anni

n. 6 infermieri con età compresa tra i 34 e 41 anni

n. 10 con titolo universitario

n. 3 hanno sentito parlare di ipnosi clinica da colleghi

ritengono che l'ipnosi sia stata utile per (risposta multipla):

n. 7 le relazioni con gli altri membri dell'equipe del reparto

n. 8 le relazioni con i familiari e/o caregiver dei neonati

n.8 le strategie di empowerment con la "famiglia in TIN"

n. 10 consiglierebbero l'ipnosi ad altri colleghi

Anche in questo caso il risultato del gradimento verso l'utilizzo delle tecniche ipnotiche è stato del 100%.



Immagine Pediatria Ravenna

CONCLUSIONI

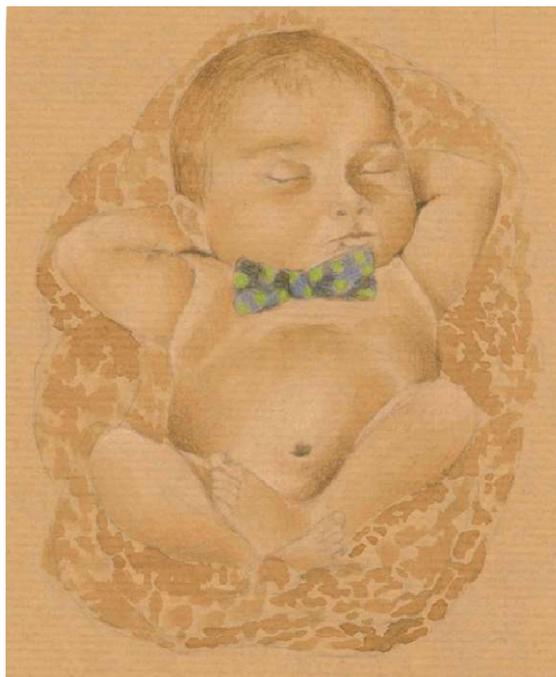
L'obiettivo di questo elaborato è stato quello di approfondire il più possibile un quadro clinico complesso come quello della depressione post partum nelle neomamme dei bimbi ricoverati in TIN, e di quanto possa essere di supporto un intervento di ipnosi clinica con l'intento finale di rispondere ai bisogni affettivi ed emotivi del piccolo paziente.

È importante fornire un'adeguata formazione al personale sanitario, riconoscere i fattori di rischio e fornire un supporto emotivo e psicologico ai genitori durante la degenza del neonato, può contribuire a prevenire lo sviluppo di forme di depressione e ansia. Inoltre, l'identificazione precoce dei sintomi è essenziale per avviare tempestivamente l'assistenza più adeguata.

La figura dell'infermiere svolge un ruolo cruciale nella prevenzione e nella gestione della DPP, promuovendo non solo il benessere della madre ma anche il benessere del nucleo familiare come un insieme. L'infermiere con la sua empatia, conoscenza e competenza riesce a instaurare un rapporto di fiducia con la neomamma rendendo l'educazione, la prevenzione e lo scambio di informazione facilmente comprensibile e in grado di far superare le sfide emotive e fisiche alla madre in modo efficace. Ha un ruolo importante anche nel coinvolgimento nel processo di cura del partner e della famiglia della donna, dando informazioni importanti sul coping e sulle risorse disponibili.

Il gruppo multidisciplinare dei professionisti all'interno del reparto può fornire cure globali e olistiche, promuovendo un programma incentrato sulla madre, migliorando l'esito clinico e la qualità della vita della partoriente.

Il supporto tra pari, la creazione di ambienti di lavoro positivi, l'utilizzo dell'ipnosi clinica, come è stato avvalorato dalla letteratura, possono aiutare a ridurre lo stress e prevenire il disturbo; pertanto, auspico affinché sempre più professionisti si sensibilizzino ed utilizzino l'ipnosi nella quotidianità.



APPENDICE

[1] EDIMBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Negli ultimi 7 giorni sono stato capace di sorridere e vedere il lato divertente delle cose	punteggio
Come sempre	0
Un po' meno del solito	1
Decisamente meno del solito	2
Per niente	3
Negli ultimi 7 giorni guardavo alle cose imminenti con gioia	
Come sempre	0
Un po' meno del solito	1
Decisamente meno del solito	2
Per niente	3
Negli ultimi 7 giorni mi rimproveravo senza motivo quando le cose andavano male	
si, per la maggior parte delle volte	3
si, alcune volte	2
no, non molto spesso	1
no, mai	0
Negli ultimi 7 giorni sono stata ansiosa e preoccupata senza una ragione	
no, per niente	0
molto raramente	1
si, qualche volta	2
si, molto spesso	3
Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita spaventata o terrorizzata senza una vera ragione	
Si, abbastanza	3
Si, alcune volte	2
No, non molto spesso	1
No, mai	0
Negli ultimi 7 giorni le cose mi sovrastano	
si, per la maggior parte del tempo non riesco a cavarmela affatto	3
Si, a volte non riesco a cavarmela come al solito	2
no, la maggior parte delle volte me la cavo abbastanza bene	1
no, me la sono cavata come sempre	0
Negli ultimi 7 giorni sono stata così infelice che da non riuscire a dormire	
Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, alcune volte	2
No, non per molto	1
No, mai	0
Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita triste e abbattuta	
Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, abbastanza spesso	2
No, non molto spesso	1
No, mai	0
Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita così triste da mettermi a piangere	
Sì, per la maggior parte del tempo	3
Sì, abbastanza spesso	2
Soltanto occasionalmente	1
No, mai	0
Negli ultimi 7 giorni il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente	
Sì, abbastanza spesso	3
Qualche volta	2
Quasi mai	1
Mai	0

Sommate ora i singoli punteggi e verificate il risultato come da punteggio più sottoindicato

tot. _____

[2] SCALA DI WHOOLEY

Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?	SI	NO
Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?	SI	NO

[3] BACK DEPRESSION INVENTORY-II (BDI-II)

TRISTEZZA	PUNTI
Non mi sento triste	0
Mi sento triste per la maggior parte del tempo	1
Mi sento sempre triste	2
Mi sento così triste o infelice da non poterlo sopportare	3
PESSIMISMO	
Non sono scoraggiato riguardo al mio future	0
Mi sento più scoraggiato riguardo al mio future rispetto al solito	1
Non mi aspetto nulla di buono per me	2
Sento che il mio future è senza Speranza e che continuerà a peggiorare	3
FALLIMENTO	
Non mi sento un fallito	0
Ho fallito pi di quanto avrei dovuto	1
Se ripenso all amia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti	2
Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona	3
PERDITA DI PIACERE	
Traggo lo stesso piacere di sempre dale cosec he faccio	0
Non traggo pi piacere dale cose come un tempo	1
Traggo molto poco piacere dale cosec he di solito mi divertivano	2
Non riesco a trarre alcun piacere dale cosec he una volta mi piacevano	3
SENSO DI COLPA	
Non mi sento particolarmente in colpa	0
Mi sento in colpa per molte cosec he ho fatto o che avrei dovuto fare	1
Mi sento molto spesso in colpa	2
Mi sento sempre in colpa	3
SENTIMENTI DI PUNIZIONE	
Non mi sento come se stessi subendo una punizione	0
Sento che potrei essere punito	1
Mi aspetto di essere punito	2
Mi sento come se stessi subendo una punizione	3
AUTOSTIMA	
Consider me stesso come ho sempre fatto	0
Credo meno in me stesso	1
Sono deluso di me stesso	2
Mi detest	3
AUTOCRITICA	
Non mi critic nè mi biasimo più del solito	0
Mi critic più spesso del solito	1
Mi critic per tutte le mie colpe	2
Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade	3
SUICIDIO	
Non ho alcun pensiero suicida	0
Ho pensieri suicide ma non li realizzerai	1
Sento che starei meglio se morissi	2
Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi	3
PIANTO	
Non piango più del solito	0
Piango più del solito	1
Piango per ogni minima cosa	2
Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco	3

AGITAZIONE	
Non mi sento più agitato o teso del solito	0
Mi sento più agitato o teso del solito	1
Sono così nervosa o agitato al punto che mi è difficile rimanere fermo	2
Sono così nervosa o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa	3
PERDITA DI INTERESSI	
Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività	0
Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima	1
Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose	2
Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa	3
INDECISIONE	
Prendo decisioni come sempre	0
Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni	1
Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito	2
Non riesco a prendere nessuna decisione	3
SENSO DI INUTILITÀ	
Non mi sento inutile	0
Non mi sento valido e utile come un tempo	1
Mi sento più inutile delle altre persone	2
Mi sento completamente inutile su qualsiasi cosa	3
PERDITA DI ENERGIA	
Ho la stessa energia di sempre	0
Ho meno energia del solito	1
Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose	2
Ho così poca energia che non riesco a fare nulla	3
SONNO	
Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire	0
dormo un po' più del solito	1a
dormo un po' meno del solito	1b
dormo molto più del solito	2a
dormo molto meno del solito	2b
dormo quasi tutto il giorno	3a
mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi	3b
IRRITABILITÀ	
Non sono più irritabile del solito	0
Sono più irritabile del solito	1
Sono molto più irritabile del solito	2
Sono sempre irritabile	3
APPETITO	
Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito	0
il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito	1a
il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito	1b
il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito	2a
il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito	2b
non ho per niente appetito	3a
mangerei in qualsiasi momento	3b
CONCENTRAZIONE	
Riesco a concentrarmi come sempre	0
Non riesco a concentrarmi come al solito	1
Trovo difficile concentrarmi per molto tempo	2
Non riesco a concentrarmi su nulla	3
FATICA	
Non sono più stanco o affaticato del solito	0
Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito	1
Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima	2
Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima	3
SESSO	
Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso	0
Sono meno interessato al sesso rispetto a prima	1
Ora sono molto meno interessato al sesso	2
Ho completamente perso interesse verso il sesso	3

[4] GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE-12 (GHQ-12)

NELLE ULTIME DUE SETTIMANE SI È SENTITO:	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
1. in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo?	0	1	2	3
2. di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi?	3	2	1	0
3. di essere produttivo (aver fatto tante cose) nella maggior parte delle attività?	0	1	2	3
4. in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi?	0	1	2	3
5. costantemente sotto pressione?	3	2	1	0
6. di non essere in grado di superare le difficoltà?	3	2	1	0
7. in grado di ritagliarsi del tempo libero e goderne?	0	1	2	3
8. in grado di risolvere i suoi problemi?	0	1	2	3
9. infelice o depresso?	3	2	1	0
10. come se avesse perso la fiducia in se stesso?	3	2	1	0
11. come se avesse minore stima in se?	0	1	2	3
12. con uno stato emotivo nel complesso felice?	0	1	2	3

[5] LE QUATTRO DOMANDE DI NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

<i>Sintomi depressivi</i>	NO	SI
Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni giù di morale, depressa o senza Speranza?		
Durante l'ultimo mese ha provato per la maggior parte del tempo e dei giorni interesse o piacere nel fare le cose?		

È sufficiente che la donna risponda "Si" a una delle due domande per proseguire la valutazione con il test EPDS.

<i>Sintomi ansiosi (GAD-2)</i>	0	1	2	3
Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni nervosa, ansiosa o irrequieta?				
Durante l'ultimo mese le è capitato di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?				

0 Mai, 1 alcuni giorni, 2 oltre metà dei giorni 3 ogni giorno.

Se la somma è uguale o Maggiore a 3 la persona presenta sintomi ansiosi. In questo caso si consiglia di proseguire la valutazione con il test GAD-7.

[6] PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

NELLE ULTIME DUE SETTIMANE, QUANTO SPESSO SEI STATO DISTURBATO DA QUALCUNO DEI SEGUENTI PROBLEMI?	Mai	Qualche giorno	Più della ½ dei giorni	Quasi tutti i giorni
Scarso interesse o piacere nel fare le cose	0	1	2	3
Sentirsi “giù”, di cattivo umore, disperato	0	1	2	3
Soffrire d’insonnia o dormire troppo	0	1	2	3
Sentirsi stanco o con poche energie	0	1	2	3
Avere scarso appetite o perso peso o essere bulimico	0	1	2	3
Sentirsi contrariato, “un fallito”, lasciarsi andare o sentirsi abbandonato dalla famiglia	0	1	2	3
Difficoltà nel concentrarsi sulle cose, per es. Nel leggere il giornale o nel guardare la TV	0	1	2	3
Muoversi o parlare lentamente tanto da non essere compreso da altri. Oppure, sentirsi agitato e muoversi più del solito	0	1	2	3
Pensare che sarebbe meglio morire o ferirsi in qualche modo	0	1	2	3
TOTALE				

In presenza di qualcuno dei problem sopra descritti, quanto la loro presenza ha reso difficile il tuo lavoro, l’aver cura dell’atua casa o lo stare con altre persone?

Nessuna difficoltà qualche difficoltà molto difficile estremamente difficile

Interpretazione dei risultati:

PUNEGGIO	DIAGNOSI PROVVISORIA	TRATAMENTO RACCOMANDAZIONE
5-9	Sintomi minimi	Support. Follow up mensile e/o su richiesta
10-14	Depression minore Distimia Depression Maggiore lieve	Support, monitoraggio Antidepressive o psicoterapia Antidepressive o psicoterapia
15-19	Depression Maggiore, Moderatamente severa	Antidepressive o psicoterapia
>20	Depression Maggiore severa	Antidepressive o psicoterapia

[7] POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE (PBQ)

Items	Always	Very often	Quite often	Some-times	Rarely	Never
1.I feel close to my baby						
2.I wish the old days when I had no baby would come back						
3.I feel distant from my baby						
4.I love to cuddle my baby						
5.I regret having this baby						
6.The baby doesn't seem to be mine						
7.My baby winds me up						
8.I love my baby to bits						
9.I feel happy when my baby smiles or laughs						
10.My baby irritates me						
11.I enjoy playing with my baby						
12.My baby cries too much						
13.I feel trapped as a mother						
14.I feel angry with my baby						
15.I resent my baby						
16.My baby is the most beautiful baby in the world						
17.I wish my baby would somehow go away						
18.I have done harmful things to my baby						
19.My baby makes me feel anxious						
20.I am afraid of my baby						
21.My baby annoys me						
22.I feel confident when caring for my baby						
23.I feel the only solution is for someone else to look after my baby						
24. I feel like hurting my baby						
25. My baby is easily comforted						

Scoring:

Items	Always	Very often	Quite often	Some-times	Rarely	Never
1. I feel close to my baby	0	1	2	3	4	5
2. I wish the old days when I had no baby would come back	5	4	3	2	1	0
3. I feel distant from my baby	5	4	3	2	1	0
4. I love to cuddle my baby	0	1	2	3	4	5
5. I regret having this baby	5	4	3	2	1	0
6. The baby doesn't seem to be mine	5	4	3	2	1	0
7. My baby winds me up	5	4	3	2	1	0
8. I love my baby to bits	0	1	2	3	4	5
9. I feel happy when my baby smiles or laughs	0	1	2	3	4	5
10. My baby irritates me	5	4	3	2	1	0
11. I enjoy playing with my baby	0	1	2	3	4	5
12. My baby cries too much	5	4	3	2	1	0
13. I feel trapped as a mother	5	4	3	2	1	0
14. I feel angry with my baby	5	4	3	2	1	0
15. I resent my baby	5	4	3	2	1	0
16. My baby is the most beautiful baby in the world	0	1	2	3	4	5

17. I wish my baby would somehow go away	5	4	3	2	1	0
18. I have done harmful things to my baby	5	4	3	2	1	0
19. My baby makes me feel anxious	5	4	3	2	1	0
20. I am afraid of my baby	5	4	3	2	1	0
21. My baby annoys me	5	4	3	2	1	0
22. I feel confident when caring for my baby	0	1	2	3	4	5
23. I feel the only solution is for someone else to look after my	5	4	3	2	1	0
24. I feel like hurting my baby	5	4	3	2	1	0
25. My baby is easily comforted	0	1	2	3	4	5

[8] GENERAL ANXIETY DISORDER (GAD-7)

NELLE ULTIME 2 SETTIMANE CON QUALE FREQUENZA LE HA DATO FASTIDIO CIASCUNO DEI SEGUENTI PROBLEMI?

	mai	Alcuni giorni	Per oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
Sentirsi nervosa/a, ansioso/a o teso/a				
Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni				
Preoccuparsi troppo per varie cose				
Avere difficoltà a rilassarsi				
Essere totalmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a				
Infastidirsi o irritarsi facilmente				
Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile				

[9] EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Versione italiana di Benvenuti ed al., 1999

NEI SETTE GIORNI APPENA TRASCORSI	
<i>sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose</i> come facevo sempre adesso, non proprio come al solito adesso, decisamente un pò meno del solito per niente	0 1 2 3
<i>Ho guardato con gioia alle cose future</i> Come ho sempre fatto Un pò meno di quanto ero abituata a fare Decisamente meno di quanto ero abituata a fare Quasi per nulla	0 1 2 3
<i>Mi sono incolpata senza motive quando le cose andavano male</i> Sì, il più delle volte Sì, qualche volta Non molto spesso No, mai	0 1 2 2
<i>Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motive</i> No, per niente Quasi mai Sì, qualche volta Sì, molto spesso	0 1 2 3
<i>Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motive</i> Sì, moltissimo Sì, qualche volta No, non molti No, per niente	0 1 2 3
<i>Mi sento sommersa dalle cosa</i> Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre	0 1 2 3
<i>Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire</i> Sì, il più delle volte Sì, abbastanza spesso Non molto spesso No, per nulla	0 1 2 3
<i>Mi sento triste o infelice</i> <i>Sì, il più delle volte</i> <i>Sì, abbastanza spesso</i> <i>Non molto spesso</i> <i>No, per nulla</i>	0 1 2 3
<i>Sono stata così infelice che ho perfino pianto</i> Sì, il più delle volte Sì, abbastanza spesso Solo di tanto in tanto No, mai	0 1 2 3
<i>Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente</i> Sì, molto spesso Qualche volta Quasi mai Mai	0 1 2 3

[10] PARENT TO INFANT ATTACHMENT QUESTIONNAIRE (PAQ)

	fortemente d'accordo	-	-	nè d'accordo, ne in disaccordo	-	-	fortemente in disaccordo
DOMANDE	1	2	3	4	5	6	7
1.Quando mi sento male (provo un'emozione spiacevole), non trovo le parole giuste per descrivere ciò che sento.							
2.Quando mi sento male, non capisco se sono triste, arrattiato/a, o impaurito/a.							
3.ho la tendenza a ignorare come mi sento.							
4.Quando mi sento bene (provo un'emozione piacevole), non trovo le parole giuste per descrivere ciò che sento.							
5.Quando mi sento bene, non capisco se sono felice, entusiasta, o divertito/a.							
6.Preferisco lasciare che le mie emozioni accadano in retroscena, piuttosto che concentrarmi su ciò che sto sentendo.							
7.Quando mi sento male, non riesco a parlare delle mie emozioni in profondità o dettagliatamente.							
8.Quando mi sento male, non riesco a dare un senso alle mie emozioni.							
9.Non presto attenzione alle mie emozioni.							
10.Quando mi sento bene, non riesco a parlare delle mie emozioni in profondità o dettagliatamente.							
11.Quando mi sento bene, non riesco a dare un senso alle mie emozioni.							
12.Di solito, tendo a evitare di pensare a ciò che sto sentendo.							
13.Quando accade qualcosa di negative, è difficile per me esprimere a parole come mi sto sentendo.							
14.Quando mi sento male, confondo l'emozione che sto provando.							
15.Preferisco concentrarmi su cose che posso realmente Vedere o toccare, piuttosto che sulle mie emozioni.							
16.Quando accade qualcosa di positive, è difficile per me esprimere a parole come mi sto sentendo.							
17.Quando mi sento bene, confondo l'emozione che sto provando.							
18.Non provo a essere "in contatto" con le mie emozioni.							
19.Quando mi sento male, se provo a descrivere come mi sento, non so che cosa dire.							
20.Quando mi sento male, sono disorientate/a da ciò che sento.							
21.Per me non è importante sapere come mi sento.							
22.Quando mi sento bene, se provo a descivere come mi sento, non so che cosa dire.							
23.Quando mi sento bene, sono disorientate/a da ciò che sento.							
24.Per me è strano pensare alle mie emozioni.							

[11] MASLACH BURNOUT INVENTORI (MBI)

<i>domande</i>	<i>quanto spesso</i>
1. Mi sento coinvolta/o emotivamente nel mio lavoro	1 2 3 4 5 6
2. Alla fine di una giornata lavorativa mi sento un oggetto	1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanca/o sin dal mattino all'idea di dover affrontare un altro giorno di lavoro	1 2 3 4 5 6
4. Mi immedesimo facilmente nei sentimenti dei miei pazienti	1 2 3 4 5 6
5. Mi accorgo di trattare alcuni pazienti come degli oggetti	1 2 3 4 5 6
6. Lavorare con la gente tutto il giorno per me è un vero stress	1 2 3 4 5 6
7. Affronto molto bene i problemi dei miei pazienti	1 2 3 4 5 6
8. Mi sento consumata/o dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6
9. Mi sento positivamente influenzato dal vissuto degli altri nel mio lavoro	1 2 3 4 5 6
10. Sono diventata/o più insensibile verso gli altri da quando faccio questo lavoro	1 2 3 4 5 6
11. Mi preoccupa che questo lavoro mi stia inducendo	1 2 3 4 5 6
12. Mi sento piena/o di energia	1 2 3 4 5 6
13. Mi sento molto frustrata/o dal mio lavoro	1 2 3 4 5 6
14. Non mi interessa quello che succede ai miei pazienti	1 2 3 4 5 6
15. Mi sembra di lavorare troppo	1 2 3 4 5 6
16. Lavorare a diretto contatto con la gente è molto stressante	1 2 3 4 5 6
17. Riesco facilmente a creare un'atmosfera rilassata con i miei pazienti	1 2 3 4 5 6
18. Mi sento esaurita/o dopo una giornata di lavoro a contatto con i pazienti	1 2 3 4 5 6
19. Ho avuto molte gratificazioni da questo lavoro	1 2 3 4 5 6
20. Mi sento sul ciglio del baratro	1 2 3 4 5 6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con molta calma	1 2 3 4 5 6
22. Mi sembra che i pazienti si sfoghino con me dei loro problemi	1 2 3 4 5 6

Legenda:

0 = mai 1 = qualche volta l'anno 2 = una volta al mese 3 = qualche volta al mese
 4 = una volta la settimana 5 = diverse volte la settimana 6 = tutti i giorni

Interpretazione: (da consegnare separatamente)

Esaurimento emotivo: domande 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

BASSO totale inferiore a 17

MODERATO totale tra 18 e 29

ALTO totale superiore a 30

Depersonalizzazione: domande 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

BASSO totale inferiore a 5

MODERATO totale tra 6 e 11

ALTO superiore a 12

Gratificazione personale: domande 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

BASSA totale superiore a 40

MODERATA totale tra 34 e 39

ALTA totale inferiore a 36

Grado di burn out	alto	moderato	basso	domande
Esaurimento emotivo	>30	18-29	<17	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Depersonalizzazione	<12	6-12	<5	5, 10, 11, 15, 22
Gratificazione personale	<36	34-3	>40	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ahn S., Corwin Ej. *The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: Prospective cohort study*. Int J Nurs Stud **2015** Oct; 52 (10): 1582-90.
- [2] Alimi R., Azmoude E., Moradi M., Zaman M. *The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Breastfeed. Med. **2022** Apr; 17 (4): 29-296. Doi: 1001089/bmf.2021.0183.
- [3] Ball Hl., Taylor CE., Thomas V., Douglas PS.; SBY working group. *Developmental and evaluation of "Sleep, Baby & You'-An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving*. PLOs One. 2020 Aug 7; 15 (8): e0237240. Doi: 10.1371/journal.pone.0237240.
- [4] Beck C.T., Reynolds M.A., Rutowski P.J., *Maternity blues and postpartum depression*. Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1992 Jun-Aug; 21 (4): 287-9.
- [5] Camoni L., Gigantesco A., Guzzini G., Pellegrini E. e Mirabella F. *Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis*. Ann Ist Super Sanità **2023**. Vol. 59, No. 2: 139-148. DOI: 10.4415/ANN_23_02_07
- [6] Camoni L., Mirabella F., Gigantesco A., Brescianini S., Ferri M., Palumbo G., Calamandrei G. On Behalf of the perinatal mental health network. *The impact of the COVID-19 Pandemic on women's perinatal mental health: Preliminary data on the risk of perinatal depression/ Anxiety from a national survey in Italy*. Int J. Environ Res Public Health. **2022** Nov 10; 19 (22): 14822.
- [7] Cena L., Mirabella F., Palumbo G., Gigantesco A., Trainini A., Stafana A. *Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy*. Journal of Affective Disorders 279 (2021) 217-221. Elsevier. DSM-5 *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Edizione italiana, marzo-aprile **2014**, Vol. 49. N. 2. 57-60. Doi 10.170/146.16137.
- [8] Eitenmüller P, Köhler S, Hirsch O, Christiansen H. *The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis*. Front Psychiatry. 2022 May 30; 13:815822.
- [9] Fonte CeDAP per l'ambito di Ravenna fornito dall'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione Ravenna.
- [10] Genova F., Tambelli R., Marzilli E. *Parental Postnatal Depression in the Time of the COVID-19. Pandemic: A Systematic Review of Its Effects on the Parent-Child Relationship and the Child's. Developmental*

Outcomes. International Journal of Environmental Research and Public Health **2023**, 20, 2018. MDPI.

[11] Halbreich U., Karkun S. *Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms*. Journal of Affective Disorders 91 (2006) 97–111. Biobehaviral Program, State University of New York at Buffalo, Hayes Annex “C”, Ste # 1, 3435 Main Street, Buffalo, NY 14214, USA.

[12] Il Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell’Allattamento al Seno (TAS) e l’UNICEF. *Allattamento E Promozione Della Salute Materno-Infantile: Focus Sulla Salute Mentale*. Ministero della Salute. Febbraio 2023.

[13] Mosca F., e Consiglio Direttivo. Standard Organizzativi per l’Assistenza Perinatale. 13. *Care: strumenti per la presa in carico del neonato e della sua famiglia*. SIN. IdeaCpa Editore- 2021 Roma.

[14] National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: *Clinical management and service guidance (update)*. (Clinical Guideline 192.) December 2014. Disponibile a: <http://guidance.nice.org.uk/CG192>. Ultimo accesso: 28 agosto 2015

[15] PA 182 *Percorso disordini della sfera emozionale dalla gravidanza al periodo post-natale*; Procedura Aziendale Ausl Romagna. 2019.

[16] Perrone E et al. *La nascita in Emilia-Romagna. 20° rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto CeDap – anno 2022*. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2023.

[17] Quattraro R.M., Grussu P. *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Collana psicologia della maternità- Erikson, 2021.

[18] Quesada-Puga C., Izquierdo-Espin F.J., Membrive-Jimenez. M.J., Aguayo-Estremera R., Canadas-De La Fuerte G.A., Romero-Behar J.L., Gomez-Urquiza J.L. *Job atisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis*. Intensive & Critica Care Nursing. Elsevier. Intens crit care nur 82 (2024) 103660.

[19] Research innovation and sustainable pan-european network in peripartum depression disorder. Dicembre 2023. *Evidence-based clinical practice Gudelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression*.

[20] Sansavini A., Faldella G. *Lo sviluppo dei bambini nati pretermine. Aspetti neuropsicologici, metodi di valutazione e interventi*. FrancoAngeli S.r.l., Milano 2013.

[21] *Standard Assistenziali Europei Per La Salute Del Neonato - European Standards of Care for Newborn Health*. Stampa I Edizione nel mese di luglio 2021 da Rossi Srl, Napoli ISBN 979-12-200-9113-8.

[22] Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M; NASCITA Working Group. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open*. 2023 Jun 23;13(6): e069797.

[23] UNICEF, & Organizzazione Mondiale della Sanità. (1990). Dichiarazione degli Innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative." Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July-1 August, 1990 (<https://www.unicef.it/pubblicazioni/unicef-irc-protezione-promozione-e-sostegno-dell-allattamento-al-seno/>).

[24] UNICEF Italia. (2021). Ospedale Amico –Homepage (<https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/ospedale-amico-bambini/>).

I disegni sono di VALENTINA RONCASAGLIA, una ragazza delicata, estremamente sensibile, timidissima e dal cuore grande; tanto che tutte le volte in cui ho necessità di esprimere emozioni e sentimenti su un foglio di carta bianco, la sua mano è in grado di decodificare quello che ho in mente e le mie parole che la investono come un fiume in piena, esprimendole al meglio con la sua vena artistica.

INDICE DELLE TABELLE

[1] Le sei linee guida della National Perinatal Association (2015)	7
[2] Dati CeDAP anno 2023 per l'Ambito di Ravenna	10
[3] Classificazione dei livelli di burnout	21
[4] Disturbi psichiatrici perinatali	28
[5] Manifestazioni di disagio mentale (WHO 2022b)	30