

# BENESSERE E CURA NELL'ESPERIENZA PERINATALE



tel. +39 0267071596 - fax +39 0267071597 - PEO: segreteria@opl.it - PEC: segreteria@pec.opl.it - sito: www.opl.it



ordinepsicologilombardia



PsicologiOPL



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
DELLA LOMBARDIA

# **BENESSERE E CURA NELL'ESPERIENZA PERINATALE**

**Ordine degli Psicologi della Lombardia**  
Corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO  
tel: +39 0267071596 - fax: +39 0267071597  
PEO: segreteria@opl.it  
PEC: segreteria@pec.opl.it  
sito: www.opl.it



## **Autori**

*Il progetto nasce da un'idea di:*  
Marcello Florita  
Riccardo Bettiga

*A cura di:*  
Marcello Florita

*Idee e testi:*  
Alessandra Merisio  
Gaia Tonetto  
Greta Petrilli  
Jolanda Spoto  
Marcello Florita  
Martina Larsen Paya  
Martina Trinchieri  
Riccardo Bettiga  
Valentina Stirone  
Valeria Pirro

*Progetto grafico:*  
Samira Parasole

Fotografia bambino in copertina di Marcello Florita:  
"Dall'ideale Fantasmatico al Prematuro".  
Tutti gli altri contenuti fotografici sono tratti da 123RF.com

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

## **Indice**

Le nuove sfide dell'Esperienza Perinatale	5
Introduzione alla psicologia perinatale	9
cap. 1: L'ATTESA	11
cap. 2: LA DEPRESSIONE POST-PARTUM	15
La gravidanza	
La depressione post-partum: come riconoscerla?	16
cap. 3: LA PREMATURITÀ E LA FUNZIONE GENITORIALE IN TIN	21
Cos'è la prematurità?	
L'importanza del ruolo dei genitori	25
Il ruolo dello psicologo in Tin	27
cap. 4: LA PMA	31
L'efficacia degli interventi psicologici sull'infertilità	32
Angosce e preoccupazioni delle coppie che iniziano un percorso di PMA	
Come arrivano le coppie alla decisione di iniziare la PMA?	33
Vissuti emotivi che incontrano le coppie durante la PMA	
Diversità tra la relazione della donna e quella dell'uomo	34
Ruolo dello psicologo nel sostenere ed accompagnare una coppia nella PMA	
Sostenere una coppia nel percorso PMA	35
Esiste la maternità surrogata? Che cos'è?	36
Negli Stati Uniti vi è più accesso alle cure per la fertilità	
Una pentola d'oro alla fine dell'arcobaleno? Uno spettro di atteggiamenti nei confronti delle tecnologie di riproduzione assistita in Irlanda	
Possibili percorsi di PMA	37
cap. 5: MIGRAZIONE, INTERCULTURALITÀ E GENITORIALITÀ	39



## *Le nuove sfide dell'Esperienza Perinatale*

Negli ultimi anni ci sono stati numerosi cambiamenti che hanno investito l'ambito materno infantile; la sempre maggiore frequenza dell'accesso alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), la fecondazione Eterologa, la maternità surrogata, la omogenitorialità, la monogenitorialità, così come la più alta incidenza delle nascite pretermine o dei lutti perinatali, legati ai tentativi di fecondazione assistita. Gli scenari della genitorialità sono rapidamente e inevitabilmente mutati, senza che a questi corrispondesse un cambiamento giuridico (per esempio nella coppia omogenitoriale il padre, o la madre, non genetica non ha alcun diritto sul bambino) e una riflessione psicologica adeguata.

Queste nuove sfide generano domande importanti sulla famiglia e la genitorialità: esistono le "famiglie naturali" ed è dunque la natura a decidere cosa sia la cultura o viceversa? Quale è il benessere dei bambini e quale quello delle famiglie? Questi possono corrispondere? La funzione genitoriale ha a che fare con il genere (esiste una funzione paterna o materna legata al genere biologico) o con l'aver generato (cioè essere genitori biologici)?

Il nostro compito, da professionisti del materno infantile, non è banalizzare, né idealizzare, né giudicare, ma aprirci all'ascolto e cercare di comprendere la complessità delle nuove famiglie e dei loro figli, cercando di favorirne il benessere.

Al fine di migliorare la qualità del nostro lavoro e la salute di chi sta avendo un figlio (o vuole diventare genitore), sono tre gli obiettivi che dobbiamo porci per fronteggiare adeguatamente queste nuove sfide:

*1) Riflettere sulla Funzione Genitoriale, e sul significato che ha per noi diventare genitore o figlio, scollegandola dalla questione biologica o di genere.*

Quando si lavora in questo ambito dobbiamo avere ben chiaro quale è la nostra idea del diventare genitori e dell'essere figli, che significato ha avuto per noi e come maneggiamo o ci influenza quell'esperienza. Mai come in questo campo, la genitorialità e l'essere figlio sono oggetto di studio e soggetto che osserva - con tutti i suoi apriori - l'oggetto di studio. Inoltre le nuove sfide di questi anni (l'omogenitorialità, la maternità

surrogata o la monogenitorialità) ci permettono di ripensare in un modo nuovo e scollegato dal genere o dalla genetica, su cosa significhi essere genitore. Anche la biologia conferma queste riflessioni; alcuni studi sottolineano che la produzione di ossitocina nel post-parto è uguale nelle donne e negli uomini, in particolare quando questi ultimi sono coinvolti nella cura del neonato. Ma non solo. Le donne hanno solitamente un'attivazione dell'amigdala molto elevata nel post-parto, a causa della gravidanza e dell'allattamento. L'attivazione massiva di quest'area è connessa ad un'attenzione primaria nei confronti del neonato, ma rimane uguale durante tutta la vita del proprio figlio. Non a caso le donne riescono a percepire nel sonno anche il mugugno più timido del proprio bambino e vigilarlo in uno stato di perenne allerta-cura. Negli uomini l'amigdala è attivata un quarto rispetto alle donne, a meno che questi non siano, fin dal primo giorno di vita, i *tutori primari* del neonato (come nelle coppie omogenitoriali). In questa situazione l'attivazione dell'amigdala è identica a quelle delle donne. Anche senza gravidanza e allattamento al seno, si può avere un'attenzione e una cura primaria del neonato, e quindi anche questa funzione (letta dal punto di vista neurobiologico) non ha alcuna specificità di genere, né è per forza legata alla generatività biologica o al legame genetico. Se esiste una "funzione paterna" o "materna" questa non può essere pensata come corrispondente all'essere biologicamente uomo o donna. "L'anatomia è un dato e ognuno dei due sessi deve cimentarsi con un particolare significato dell'anatomia. Ma non è un dato ciò che ogni individuo ne fa" (Birksted-Breen).

## 2) *Includere l'Umanizzazione della cure tra i trattamenti scientifici, al pari delle terapie mediche.*

Le ricerche scientifiche dimostrano in un modo incontrovertibile che l'umanizzazione delle cure migliora la prognosi. Per esempio, quando si accompagna un genitore a vivere il lutto del figlio fantasmato e l'angoscia di morte che sono correlati alla nascita pretermine, il bambino avrà una prognosi migliore. Numerosi studi sottolineano che la presenza di un sostegno psicologico per le coppie con problemi di fertilità non solo favorisce l'elaborazione dei dolori, ma aumenta la probabilità di avere una gravidanza. Per non parlare dell'importanza di un adeguato intervento psicologico sul genitore, e di sostegno all'equipe, nel caso di lutto perinatale. L'idea è che i centri materno infantili si prendano sempre più carico del Soggetto in toto, senza suddivisioni aprioristiche tra corpo e

mente, e quindi non solo di una componente (del corpo) o di un desiderio (ti faccio avere un bambino), ma di tutto l'Io-Soggetto.

## 3) *Evitare il propagarsi di "Pensieri senza Pensatori" (Bion), cioè adoperarsi affinché i vissuti e sentimenti nei centri materni infantili trovino uno spazio di ascolto e una collocazione (un pensatore).*

I nuovi scenari legati alla genitorialità, le angosce di morte o i dolori delle nascite complicate da problemi medici (sempre più frequenti con l'aumento delle PMA) comportano una serie di vissuti e angosce che aleggiano nei luoghi materno infantili. Ciò non riguarda solo gli utenti, nonché i futuri genitori, ma anche e soprattutto gli operatori. La vera sfida è creare e promuovere spazi di pensiero affinché questi pensieri senza pensatori, queste angosce indicibili, trovino una collocazione e un alloggio. I momenti d'incontro-ascolto per il personale paramedico (infermiere o ostetriche) e medico, particolarmente soggetto a burn-out, non possono che migliorare la qualità dello stare sul posto di lavoro e quindi dell'intervento medico e di supporto alle famiglie, e dunque il benessere della coppia e dei futuri bambini. Date queste premesse questi momenti dovrebbero essere equiparati alle riunioni di reparto o ai momenti di formazione medico-clinica perché il benessere psicologico dell'operatore è a tutti gli effetti correlato alla qualità dell'intervento e alla salute del paziente. A tal fine la figura dello psicologo perinatale diventa quantomai indispensabile, non solo per il benessere psichico, ma anche e soprattutto perché questo crea la base per migliorare la salute del soggetto (genitore e neonato) e del sistema famiglia.

il dott. **Marcello Orazio Florita**

Psicologo Clinico & Psicoterapeuta

Consulente Psicoterapeuta del Punto RAF

Socio della Società Italiana di  
Psicoanalisi della Relazione (SIPRe)

Direttore Scientifico del Corso di Alta Formazione  
in Psicologia Perinatale (SIPRe)

Referente dell'Area Perinatale SIPRe Milano

[www.MarcelloFlorita.it](http://www.MarcelloFlorita.it)

[florita.marcello@hsr.it](mailto:florita.marcello@hsr.it)

Cell: +39.348.51.23.593

## Introduzione alla psicologia perinatale

Avere un figlio è sempre stato concepito come una cosa naturale, semplicemente scritta nel percorso di vita di una coppia. Negli ultimi decenni forti cambiamenti sociali e culturali impongono una riflessione in merito. Naturale porta con sé il sinonimo di facile, ordinario, ma le diverse e possibili complicazioni mediche e psicologiche danno evidenza di quanto straordinario sia dare alla luce un figlio. La gravidanza e la nascita comportano dunque un passaggio evolutivo per i soggetti coinvolti e per la coppia, e come tutti i processi evolutivi, implicano una crisi nonché una riorganizzazione dell'individuo stesso e della coppia.

La maternità, per esempio, è un momento di grande trasformazione nella vita di una donna. È caratterizzato da molteplici processi che investono il piano fisico, psicologico, sociale, lavorativo, relazionale, ecc. che iniziano dal concepimento - e ora più che mai da come si è giunti a questo (con la PMA) - in un crescendo assai complesso di tappe distribuite durante tutto il periodo perinatale. *La maternità, e la genitorialità in generale, sono infatti processi ai quali si dovrebbe accedere gradualmente e che iniziano prima della nascita e non si esauriscono con essa, perché divengono pervasivi e identitari.* Un grande rischio, retaggio di antiche culture centrate sulla “delega esclusiva” alla donna di tutte le questioni inerenti il pre-parto e il parto (oggetti di un sapere e di una riflessione anticamente custodite entro la sola comunità femminile), è quello di considerare la gravidanza come un “fatto fisico” e come una cosa che “riguarda solo la donna”. Come dicevamo la genitorialità coinvolge un complesso di stati e spazi mentali, sociali e relazionali che oggi come oggi coinvolgono sempre più anche l'uomo, oltre a tutti gli altri attori necessariamente chiamati in causa e che sono parte del percorso: gli operatori materno-infantili, la famiglia, la rete amicale, sociale e lavorativa. Non rispettare la complessità della gravidanza “lasciando” uno stato di “normalità che continua”, rischia di annichilire o svilire lo spazio psicologico che, soprattutto le ultime settimane, richiedono. Per esempio il periodo che precede il parto deve richiedere un tempo congruo per “pensarsi” e per ricavare uno “spazio mentale” per accogliere il nascituro, al fine di attivare delle risorse personali, soprattutto psicologiche, che sono, prima ancora di comportare dei rischi, elementi indiscutibili e preziosi per la futura maternità.



La maternità non andrebbe né sottovalutata/negata, né idealizzata, con l'idea che l'arrivo del proprio bambino sia solo un' "attesa" e che la "vera" sintonizzazione con esso scaturisca o possa scaturire magicamente nel momento della nascita. Negli ultimi mesi la madre vive delle modificazioni, anche fisiche, che richiedono, da tutti i punti di vista, di rallentare i ritmi di vita in accordo con un bisogno naturale di agevolare e promuovere la sintonizzazione e il potenziamento di cui sopra. La coppia deve prepararsi a nuove e profonde modificazioni *psicologiche* (maggiore emotività, costruzione della relazione con il bambino, cambiamento identitario, fine del rapporto esclusivo con il partner), *biologiche* (il sonno, 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). *Il fatto fisico della nascita può essere soverchiante se tutti gli altri aspetti non sono stati preparati.*

La complessità dell'esperienza di diventare madre e padre, da qualsiasi prospettiva, chiede alle figure sanitarie di sviluppare attenzione e sensibilità ben oltre la pratica clinica di routine. Prematurità, psicopatologia in epoca perinatale, assistenza medica alla procreazione e lo stato di immigrato (non in quanto tale, ma come condizione che richiede all'operatore una grande apertura mentale, nonché una appropriazione e revisione degli apriori culturali sulla nascita e sulla genitorialità) sono tra le condizioni di fragilità più diffuse in cui una coppia si possa trovare mentre fa esperienza di diventare genitore. La vulnerabilità però può trasformarsi in opportunità se incontra il professionista con uno sguardo attento e capace di direzionare le persone in difficoltà a chi per competenza possa aiutarle nel modo più efficace e tempestivo.

Tratta da un fecondo confronto tra  
il **dott. R.Bettiga**,  
Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia,  
il **dott. M.Florita**,  
la **dott.ssa G.Petrilli** e  
la **dott.ssa A.Merisio**

## cap. 1: L'ATTESA

*"Se una società vuole veramente proteggere i suoi bambini deve cominciare con l'occuparsi dei genitori" (J. Bowlby)*

**TRASCURERESTE UNA BRONCHITE IN GRAVIDANZA? NO.  
TRASCURERESTE UN DIABETE GESTAZIONALE? NO.  
TRASCURERESTE UN DISTURBO D'ANSIA?  
TRASCURERESTE UNO STATO DI SOFFERENZA E DI DISAGIO  
PSICOLOGICO?  
AL PARI LA RISPOSTA DOVREBBE ESSERE NO.**

La salute mentale può trovarsi in stato di sofferenza e presentarsi in differenti sfumature di gravità dal disagio-disadattamento a forme di franca psicopatologia come ansia e depressione fino ad un vero e proprio disturbo psichiatrico con connotazioni di gravità che necessitano un intervento medico immediato, come le psicosi ad esempio. La gravidanza, così come il post-parto non è esonerata dalla possibilità di un esordio di forme di sofferenza psicologica o dalla riaccutizzazione di una pregressa psicopatologia, anzi proprio per il grande potenziale di cambiamento porta con sé un potenziale di crisi al quale molte donne e uomini faticano a fare fronte.

La letteratura da anni dà evidenza di quanto sia importante cogliere tempestivamente le forme di malessere psicologico per intervenire precocemente ed efficacemente.

Dunque la gravidanza è da concepire come un'epoca di "vulnerabilità psicologica" che quando viene accolta, non trascurata, si può trasformare in una finestra temporale di grande opportunità. Come? Cogliendo per tempo segnali di disagio e di difficoltà.

Solo l'operatore attento, sensibile e aperto a queste possibili manifestazioni è in grado di farlo, intercettando donne e uomini in difficoltà o in condizioni di difficoltà che le espongono a maggior rischio.

*È fondamentale chiedere alle neo mamme e ai neo papà come stanno, una semplice domanda che aiuti loro ad aprirsi al dialogo e consenta a noi di intercettare*

*condizioni di malessere.* Pensate non sia nelle vostre competenze? In parte è vero. O meglio non è nelle vostre competenze farvi carico del disagio, ma intercettarlo e inviare allo specialista psicologo sì! E' bene dunque che le figure sanitarie che ruotano attorno alla coppia in attesa abbiano sufficienti conoscenze a riguardo.

Spesso si teme che chiedere o informare circa le possibili forme di disagio psicologico rovini la positività dell'esperienza.

**VI CHIEDERESTE MAI SE INFORMARE CHE IL FUMO PROVOCA IL CANCRO NON SI DEBBA DIRE?  
PARLARE DELLE DEPRESSIONE POST-PARTUM LA FA VENIRE?  
DIRESTE LA STESSA COSA DEL DIABETE? E DELL'IPERTENSIONE?**

L'esperienza clinica, ma anche numerose ricerche sperimentali, hanno portato negli ultimi anni a dover affrontare la criticità della sofferenza psichica durante la gravidanza, periodo generalmente concepito come idilliaco, concezione diffusa che costituisce ad oggi un forte condizionamento culturale purtroppo forviante anche per i clinici. Vi è inoltre la tendenza ad enfatizzare il postpartum così come a focalizzarsi sui disturbi dell'umore, in particolare la depressione, ma, di fatto, sono diverse le forme di disagio che si possono presentare o riaccutizzare durante la gestazione tanto quanto nel puerperio.

La stima dell'incidenza di depressione per le madri in epoca perinatale varia in un range tra il 14% e il 23% delle donne in gravidanza, 11% delle donne entro 72 ore dal parto, circa il 17% entro i primi tre mesi e il 30% entro l'anno di vita del bambino.

Le donne malate possono desiderare e realizzare uno stato di gravidanza così come le donne possono ammalarsi durante l'attesa del loro bambino. Tra le malattie c'è anche quella psichiatrica.

Anche i papà purtroppo non sono immuni da questa possibilità. La percentuale di depressione in epoca perinatale nei padri è lievemente più bassa rispetto alle madri, stimata 11-12% in gravidanza e dall'8% al 26% nel postpartum, con una percentuale complessiva del 9 %.

*Sia la psicopatologia della madre che quella del padre possono avere un impatto sullo sviluppo del feto-bambino ed espongono ad un aumentato rischio di conseguenze che potenzialmente si possono osservare nel bambino;* il termine potenzialmente è d'obbligo in quanto nessuna condizione, neanche la più sfavorevole, è un destino ineluttabile e quanto osserviamo è il risultato di una complessa interazione tra geni, ambiente, fattori di rischio, di protezione, di mediazione e, non ultimo, la soggettività.

Numerosi studi hanno dimostrato che livelli elevati di stress durante la gestazione sono un fattore di rischio per lo sviluppo di condizioni avverse tanto per la puerpera quanto per il nascituro. Le possibili conseguenze sono osservabili a livello ostetrico-perinatale, a livello dello sviluppo fetale-neonatale-infantile, sulla madre stessa e sulla relazione madre/padre-bambino; ipertensione, pre-eclampsia, parto prematuro, basso peso alla nascita, con tutte le implicazioni del caso, sono alcune delle complicazioni associate a stress materno antenatale. Da un punto di vista neurobiologico elevati livelli di stress durante la gestazione possono incidere sul delicato sviluppo cerebrale sia da un punto di vista di modificazioni anatomiche che di disregolazione della fisiologia che potrebbero poi risultare in conseguenze a medio-lungo termine osservabili nello sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale del bambino.

Anche la depressione paterna può avere un impatto negativo sullo sviluppo del bambino e questo è osservabile quando la depressione del padre è presente sia in epoca prenatale che post-natale.

L'aumentato rischio di incorrere in conseguenze ha un risvolto anche a livello sociale e del sistema sanitario. Non ultimo, la depressione perinatale non trattata adeguatamente e tempestivamente aumenta di per sé la probabilità di sviluppo di depressione maggiore cronica.

Tutte le forme di psicopatologia hanno un'origine multifattoriale, per cui è importante, tanto per la comprensione quanto per il trattamento, approfondire tutti gli aspetti che in complessa interazione tra loro possono favorire l'insorgenza o l'ingravescenza di forme di psicopatologia. Tra i fattori di rischio principali per lo sviluppo di psicopatologia in gravidanza e nel puerperio si annoverano, psicopatologia pregressa, familiarità psichiatrica, precedente depressione post-parto, familiarità per depressione post-parto, ansia in gravidanza, vulnerabilità ormonale, gravidanza non desiderata o inattesa, assenza di supporti, assenza del partner o partner non supportivo, complicazioni della gestazione, del parto o del

nascituro, eventi di vita stressanti durante la gestazione, stato socio-economico basso, tratti disfunzionali di personalità, per citare i principali riconosciuti in letteratura.

Omettere la psicopatologia in gravidanza o nel post partum, trascurare il benessere psicologico di madri e padri e negare la possibile esistenza di malessere, significa togliere un'opportunità a chi ne soffre di curarsi e di vivere la propria maternità e paternità serenamente che, di per sé, è un diritto di tutti.

**Greta Petrilli**, psicologa psicoterapeuta e dottore di ricerca

**Gaia Tonetto**, psicologa ed esperta di psicologia perinatale

**Marcello Florita**, psicologo psicoterapeuta e referente dell'Area Perinatale SIPRe

---

## Bibliografia

Cox E.Q., Sowa N.A., Meltzer-Brody S.E., Gaynes B.N., 2016, The perinatal depression cascade: baby steps toward improving outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Cameron E.E., Sedov I.D., Tomfohr-Madsen L.M., 2016, Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*.

Paulson J.F., Bazemore S.D., 2010, Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis, *Journal of American Medical Association*.

Petrilli G., Anniverno R., Ferrari V., Mencacci C., 2010, Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts, News and Views*.

Sweeney S., McBeth A., 2016, The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*.

Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante C.M., 2016, Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*.

## cap. 2: LA DEPRESSIONE POST-PARTUM (DPP)

*“Ho sofferto di Depressione post-partum... Appena uscita dall'Ospedale ero preparatissima sull'allattamento ma, nessuno mi aveva detto che si può andare in crisi in un momento di vita così bello. Quando stavo male, tutti mi dicevano: tranquilla sono gli ormoni! Dentro di me sapevo che non era così. Alcuni miei parenti negano ancora oggi la mia depressione. Non abbiate paura, non abbiate vergogna... Chiedete aiuto!”*

### La gravidanza

#### NON È SOLO DONNA... È UNA QUESTIONE DELLA COPPIA

Il soggetto *“inserito nel duale di coppia si autorizza a porre se stesso, di pari passo al porsi dell'altro, e questo non in virtù di un qualche accordo o contratto inconscio più o meno intenzionale, ma come naturale e ineludibile espressione di sé. Non è da escludere la possibilità che la rigidità, la chiusura, il vuoto che l'altro porta con sé eserciti un'attrazione perché autorizza a mettere in campo la propria rigidità, la propria chiusura o il proprio vuoto, che usualmente non vengono visti e sono temuti”* (cit. Minolli e Coin, 2007).

La coppia è l'attuazione concreta dei desideri e delle motivazioni dei due partner: un'attuazione condivisa e partecipata che tuttavia, diversamente da quanto farebbero credere i luoghi comuni, rimane in ultima istanza l'attuazione degli investimenti di due Io-soggetti autonomi. La realizzazione di una coppia è anche una relazione adulta in cui ciascun Io-soggetto continua a divenire: la coppia non è un traguardo ma l'occasione propizia per il processo evolutivo individuale dei suoi componenti.

#### NON È SOLO PANCIA ... LA GRAVIDANZA E POST-PARTUM SONO MOMENTI DI GRANDE TRASFORMAZIONE. LA COPPIA SI PREPARA A PASSARE DALL'ESSERE SOLO FIGLI ALL'ESSERE GENITORI, A PASSARE DALL'ESSERE IN 2 AD ESSERE IN 3

La gravidanza e il post-partum rappresentano una buona occasione per stabilire una nuova misura di sé ma non sempre questo porta al “risultato” atteso, anzi, spesso fa affiorare la crisi che non è giustificata in

modo esaustivo dall'evento nascita in sé ma, dall'uso che la coppia fa di tale evento. Durante il post-partum il bisogno di ritrovare un senso di sé basato su se stessi viene elargito in funzione del terzo (il figlio) a discapito dell'altro partner che ne viene escluso, come se il duale fosse costituito dal binomio genitore-figlio eclissando così il rapporto di coppia. Durante i nove mesi di gestazione tutto il mondo si fa intorno alla donna, esaltando la sua capacità generativa a discapito del partner che è concettualizzato come spettatore di quella magia. Con il parto, i riflettori sulla donna si spengono a favore del bambino, ed è qui che si attiva la rincorsa della coppia all'affermazione di sé in funzione del figlio: *"Io sono io e amo te per quello che sei e non per quello che confermi a me e di me"* (Cit. Milanesi, 2012).

### **NON È UN EVENTO MA UN PROCESSO**

Diversi ricercatori dimostrano come la gravidanza sia concepita come un processo piuttosto che come un evento, evidenziando come rappresenti una profonda crisi maturativa. La Bibring (1959) in particolare la definisce *"crisi maturazionale normativa"*, paragonandola a quella che avviene in adolescenza, sottolineandone le modificazioni e i progressivi cambiamenti psichici.

---

## **La depressione post-partum: come riconoscerla?**

Non si deve assolutamente negare né sottovalutare il malessere nel post-partum. Nascita e sofferenza possono coesistere.

### **LA DEPRESSIONE NON È IL BABY BLUES**

C'è una differenza in termini di intensità e durata dello stato di malessere.

Il baby blues colpisce, come ricorda il Ministero della salute, circa il 70-80% delle neomamme, si caratterizza da una indefinibile tristezza, irritabilità e inquietudine, che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto. La sua insorgenza è dovuta principalmente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto e alla spossatezza fisica e mentale dovuta al travaglio e al parto.

La depressione post-partum è uno stato di malessere intenso e duraturo che inizia a strutturarsi 4-6 settimane dopo il parto e si caratterizza per la comparsa di: sbalzi d'umore, tristezza, crisi di pianto, perdita di fiducia e autostima, sensi di colpa eccessivi, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e dell'appetito.

Nei primi 3-4 giorni dopo il parto invece, c'è una condizione fisiologica che si risolve spontaneamente dopo due-tre settimane. Settimane in cui la neo mamma può sentirsi sopraffatta da crisi di pianto, umore instabile e un'immane stanchezza. Si tratta di un malessere passeggero e riconducibile all'adattamento ormonale e psichico correlato al post-partum.

### **COSA PUÒ FARE UNO PSICOLOGO DURANTE LA GRAVIDANZA E IL PUERPERIO?**

### **NON BASTANO OSTETRICA E GINECOLOGO A SEGUIRE QUESTO PERIODO PARTICOLARE DELLA VITA DI UNA COPPIA?**

*È molto importante il confronto e il supporto di un professionista.*

Lo psicologo, negli incontri di preparazione alla nascita e nei gruppi post parto, può aiutare i futuri o i neo- genitori a prendere contatto con i propri vissuti e le proprie emozioni, spesso contrastanti tra loro, può intervenire in situazioni di difficoltà.

---

### **Diversità dei sintomi della depressione post-partum (DPP)**

La definizione di DPP rimane controversa poiché vi è un'eterogeneità dei sintomi. Le caratteristiche più comuni associate alla DPP sono la gravità, i tempi d'insorgenza, la comorbidità con l'ansia e l'ideazione suicidaria.

### **Depressione bipolare postpartum e controversie nel trattamento farmacologico**

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse nello studio della depressione postpartum bipolare. Il 21,4 - 54% delle donne con DPP ha una diagnosi di disturbo bipolare (BD), la percentuale varia secondo la popolazione studiata. Sebbene gli antidepressivi in combinazione con gli stabilizzatori dell'umore siano stati studiati per curare la depressione bipolare, questi farmaci sono sconsigliati nel periodo postpartum poiché hanno un elevato rischio d'indurre sintomi maniacali.

### **Qual è l'eziologia (causa) della DPP materna?**

La gravidanza e il postpartum sono associati a drammatiche alterazioni degli ormoni steroidei e peptidici che alterano gli assi ipotalamici dell'ipofisi surrenale (HPA) e ipotalamici dell'ipofisi gonadica (HPG). Le disregolazioni in questi assi endocrini sono correlate a disturbi dell'umore e come tali non dovrebbe sorprendere che la gravidanza e il periodo postpartum possano avere effetti profondi sull'umore materno. In effetti, la gravidanza e il postpartum sono associati a un aumentato rischio di sviluppare sintomi depressivi nelle donne.

### **Che ricadute può avere la DPP sulla genitorialità?**

La depressione postpartum colpisce circa il 10-15% delle donne e può alterare le interazioni madre-bambino che a loro volta sono importanti per lo sviluppo del bambino. L'attaccamento materno, la sensibilità e lo stile genitoriale sono essenziali per una sana maturazione delle capacità sociali, cognitive e comportamentali di un bambino. Le madri depresse spesso mostrano meno attaccamento, sensibilità e comportamenti genitoriali più duri o interrotti, che possono contribuire a segnalare esiti negativi nei bambini di madri depresse. Altre attività di caregiving come le pratiche di allattamento al seno, le routine del sonno e le pratiche di sicurezza, sembrano essere compromesse.

### **La DPP della madre influisce sullo sviluppo del bambino?**

Sebbene siano stati condotti numerosissimi studi sugli effetti di lunga durata della DPP materna sullo sviluppo fisico, neuromotorio, linguaggio e capacità cognitiva generale, nessuna prova conclusiva ha chiarito una relazione diretta tra la DPP materna e lo sviluppo dei bambini.

### **Gli uomini sono a rischio di subire esiti psicopatologici postpartum? Perché è così importante considerare la DPP paterna?**

Il passaggio alla genitorialità è un periodo impegnativo sia per la madre sia per il padre poiché ha un impatto sulla salute psico-fisica di tutti i membri della famiglia. Sono molti gli studi che dimostrano che anche gli uomini sono a rischio di subire esiti psicopatologici postpartum. In particolare i dati in letteratura evidenziano che da uno a due uomini su dieci possono essere a rischio di sviluppare DPP paterno. Sarebbe dunque necessario implementare servizi di supporto psicologico a entrambi i genitori volti a contenere le condizioni di sofferenza

e a migliorare la prognosi del bambino e dei genitori. Pensare a uno screening per la depressione post-partum a entrambi i genitori, sarebbe un primo passo per allargare lo sguardo dalla diade alla triade.

### **Che ruolo ha l'ossitocina nella DPP?**

A livello ormonale, la scarsa regolazione del tasso di ossitocina ha un ruolo chiave nella depressione postpartum (DPP) con un impatto importante sulla salute della madre e del bambino. Nuove terapie psichiatriche all'avanguardia utilizzano l'ossitocina intranasale o endovenosa per curare i disturbi dell'umore. In ostetricia, questa molecola è stata somministrata per via endovenosa durante il parto ed è stato scoperto che può influenzare lo stato timico della madre nel periodo postpartum. Sebbene non sia ancora stato definito se l'ossitocina sia una causa o una conseguenza nell'insorgenza o nel peggioramento della DPP, se consideriamo che la prevalenza di DPP sia del 10-15% circa, la somministrazione di ossitocina può essere usata come terapia per abbassare la prevalenza di DPP.

### **Quale terapia scegliere per la depressione postpartum?**

La depressione postpartum è una malattia che richiede molta consapevolezza e trattamento. A seconda della gravità dei sintomi, il trattamento richiede una specifica psicoterapia combinata a farmaci appropriati. Sebbene la depressione postpartum possa portare a esiti negativi per la salute delle donne e della loro prole, sono numerosi gli ostacoli che impediscono alle donne di ricevere delle cure adeguate. Per aumentare l'adesione al trattamento e per migliorare i risultati devono essere esplorate le opzioni di trattamento adatte alle diverse situazioni e alle diverse preferenze delle donne.

**Alessandra Merisio**, psicologa e psicoterapeuta

**Martina Larsen Paya**, psicologa e psicoterapeuta

**Marcello Florita**, psicologo psicoterapeuta e referente dell'Area Perinatale SIPRe

## Bibliografia

Aoyagi S.S., Takei N., Nishimura T., Nomura Y., Tsuchiya K.J., 2019, Association of late-onset postpartum depression of mothers with expressive language development during infancy and early childhood: The HBC study. PeerJ.

Brummelte S., Galea L.A., 2016, Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones Behaviour.

Cardaillac C., Rua C., Simon E.G., El-Hage W., 2016, Oxytocin and postpartum depression. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction (Paris).

Merisio A., 2017, La depressione post-partum è una questione di famiglia. Alpes.

Minolli M., Coin R., 2007, Amarsi Amando. Borla Roma.

Mori T, Tsuchiya KJ, Matsumoto K., Suzuki K., Mori N., Takei N., The HBC Study Team, 2011. Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu birth cohort (HBC) study. Journal of Affective Disorder.

Nguyen J., 2017, A Literature Review of Alternative Therapies for Postpartum Depression. Nurs Womens Health.

Nishimura T, Takei N, Tsuchiya KJ, Asano R, Mori N., 2016. Identification of neuro-developmental trajectories in infancy and of risk factors affecting deviant development: A longitudinal birth cohort study. International Journal of Epidemiology.

Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M., 2015, Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. Journal of Affective Disorder.

Pérez C.F, Brahm M.P., 2017, Paternal postpartum depression: Why is it also important? Revista Chilena de Pediatría.

Putnam K.T., Wilcox M., Robertson-Blackmore E., Sharkey K., Bergink V., Munk-Olsen T., Deligiannidis K.M., Payne J., Altemus M., Newport J., Apter G., Devouche E., Viktorin A., Magnusson P., Penninx B., Buist A., Bilszta J., O'Hara M., Stuart S., Brock R., Roza S., Tiemeier H., Guille C., Epperson C.N., Kim D., Schmidt P., Martinez P., Di Florio A., Wisner K.L., Stowe Z., Jones I., Sullivan P.F., Rubinow D., Wildenhaus K., Meltzer-Brody S., 2017, Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis of data from an international consortium. Lancet Psychiatry.

Sharma V., Doobay M., Baczynski C., 2017, Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. Journal of Affective Disorders.

## cap. 3: LA PREMATURITÀ E LA FUNZIONE GENITORIALE IN TIN

### Cos'è la prematurità?

Si parla di prematurità quando il parto avviene prima delle 37 settimane di epoca gestazionale (tab.1). Il momento dal quale è possibile intraprendere assistenza neonatale in sala parto è differente nelle varie nazioni (di solito > 23 settimane: es. US, UK e anche in Italia ma con una certa soggettività; talvolta > 22 settimane: es. Giappone o Germania o in alcune TIN in Svezia; o > 24 settimane: es. Olanda o Svizzera e Francia), il che suggerisce come la nascita pretermine introduca riflessioni ad ampio spettro, nell'ambito psicologico, sociale, ma anche etico e legislativo.

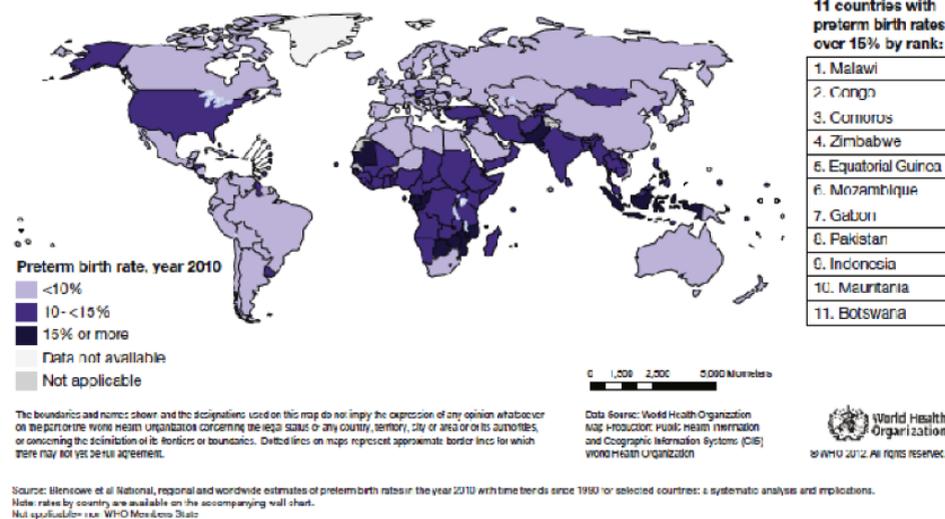
Table 1  
DEFINITION OF PRETERM BIRTH

Severity of preterm birth	Gestational weeks
Extremely preterm	Less than 28 weeks
Very preterm	28-31 weeks
Moderately preterm	32-33 weeks
Late preterm	34-36 weeks

Il fenomeno per quanto poco conosciuto e considerato, è ritenuto in crescita. L'aumento del numero delle nascite pretermine dipende da diverse componenti che si influenzano reciprocamente: fisiopatologiche, genetiche e ambientali. Lo stato di salute della madre è un aspetto cruciale soprattutto per quanto concerne alcuni fattori: aumento dell'età materna, aumento del tasso di gemellarità (collegato a sua volta al maggior ricorso alle tecniche di procreazione assistita), nascite pretermine precedenti, alimentazione squilibrata, stili di vita stressanti e poco salutari, ipertensione, traumi, nuove condizioni infettive materne e fetali, nuove opportunità di cura per patologie materne che fino a non molto tempo fa impedivano la gravidanza (tumori, malattie croniche invalidanti etc).

Le proiezioni ipotizzano una crescita che va dal 7% del 2012 a valori dell'8% nel 2025. Questo trend in crescita vale sia per i paesi in via di sviluppo sia per i paesi industrializzati più ricchi. L'incidenza varia da paese a paese: per esempio l'Italia si attesta attorno al 7% delle nascite mentre in altri Paesi della stessa Europa (per es. Regno Unito) si raggiungono valori intorno al 12-13%.

Figure 2. Global burden of preterm births in 2010



La prematurità è la causa più importante di morte neonatale e la seconda causa di morte tra tutte le morti infantili, dopo la polmonite. I neonati pretermine incidono sulla mortalità neonatale per il 50% e su quella infantile per il 40% (dati 2015-2017 Sistema Neonatal Network - Società italiana di Neonatologia).

## IL PARTO PRETERMINE

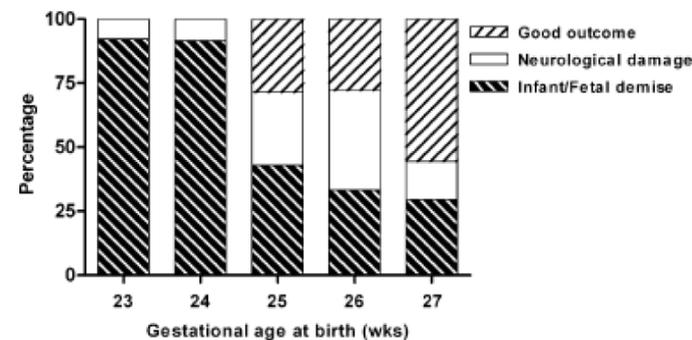


Fig. 1. Clinical outcomes at 18 months of life according to gestational age (complete weeks of gestation) at birth. Cases with impairment without disability were enclosed in good outcomes.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 145 (2009) 154-157

Ogni anno in Italia nascono circa 35.000 neonati pretermine. Si tratta di bambini nati prima della 37esima settimana di gestazione che, fin dai primi istanti di vita, hanno bisogno di terapie intensive neonatali adeguate poiché non hanno ancora maturato del tutto organi e apparati, e non hanno ancora sviluppato le competenze necessarie per adattarsi alla vita extrauterina. In particolare, l'assistenza e le cure per garantire la sopravvivenza e per ridurre le possibili disabilità future sono fondamentali per quelli più piccoli, chiamati "molto pretermine" o "estremamente pretermine" (rispettivamente sotto le 32 o le 28 settimane di gestazione, tab1.)

Nella terza decade di vita post-concezionale del bambino, tra la 24esima e la 40esima settimana circa, lo sviluppo del cervello è esponenziale, tumultuoso e drammatico. In particolare, negli ultimi quattro mesi di gestazione il cervello del feto raddoppia il suo volume, triplica il suo peso e il volume della corteccia cerebrale cresce circa quattro volte cambiando evidentemente la conformazione; la corteccia passa dall'essere piatta e liscia, allo sviluppo esponenziale di solchi primari e secondari (girazione corticale). Nel periodo compreso tra il concepimento e la nascita al termine delle 40 settimane, il cervello del neonato va incontro al periodo di massima crescita che corrisponde anche al periodo di massima vulnerabilità del sistema nervoso centrale. Lo sviluppo delle neuroscienze negli ultimi decenni ha permesso di comprendere la complessità di questi processi: si parla di *big-bang dello sviluppo cerebrale*.

Per tutti questi motivi, come ci suggerisce la neonatologa Paola Cavicchioli, il neonato pretermine non è un feto e neanche un nato a termine, ma si può definire come un *"bambino in divenire"*. Non è neanche corretto il termine "bambino prematuro" perchè è come se implicasse una non maturità del bambino quando in realtà i bambini non sono prematuri, ma sono perfettamente maturi per la loro età gestazionale ed hanno competenze adeguate al loro percorso.

La moderna neonatologia si trova ad affrontare tre sfide decisive relative al tema della prematurità, la *prima* concerne l'aumento delle nascite pretermine che cresce costantemente in tutte le regioni del mondo, la *seconda* il crescente numero di neonati di peso molto basso che sopravvivono alla nascita pretermine e la *terza* la valorizzazione della presenza dei genitori come fattore curativo, nonché neuro protettivo della crescita del neonato.

La nascita pretermine espone il bambino ad un ambiente completamente diverso rispetto a quello intra-uterino. I bambini nati pretermine si trovano a vivere in un ambiente con un eccesso di luci, di rumori, schiacciati dalla forza di gravità ed esposti a stimoli dolorosi legati alle cure mediche e agli esami (si calcola che il bambino venga toccato e manipolato circa 150 volte al giorno in un periodo in cui il suo ambiente naturale sarebbe costituito solo da liquido amniotico, luci e rumori filtrati dalle pareti uterine). Per questo motivo la cura dell'ambiente circostante che non è quello naturale del bambino, così come la presenza dei genitori

sono considerati fattori neuro protettivi che meritano massima attenzione da parte di tutta l'equipe multidisciplinare.

---

## L'importanza del ruolo dei genitori

Nei reparti di cure intensive il neonato "perde" il mondo nel quale era destinato a vivere per un periodo certamente più lungo. Ed è soprattutto costretto a separarsi dalla madre - che del suo mondo era la figura centrale - prima a causa della nascita prematura e poi per le modalità assistenziali del reparto di cure intensive. È del tutto eccezionale che la madre sia presente al momento dell'ingresso del neonato nella TIN essendo solitamente trattenuta in sala parto, o in sala operatoria o addirittura in un altro ospedale. Solitamente quindi il primo incontro avviene tra gli operatori ed il padre.

A fronte degli indubbi progressi fatti e dei successi ottenuti dal punto di vista medico nell'area materno infantile, ci sono ancora ampi margini di miglioramento rispetto all'accoglienza e al ruolo dei genitori all'interno delle Terapie Intensive Neonatali (TIN). Ancora adesso non tutte le TIN in Italia sono aperte h24 ed una buona percentuale ha gli accessi ridotti a 5 ore al giorno, nonostante tutti gli studi scientifici mostrino una chiara correlazione tra la presenza del genitore ed una migliore prognosi del bambino.

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 ed un profondo senso di disorientamento causato dall'essere catapultati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). *Nonostante siano tante le testimonianze dei genitori circa la loro sofferenza, il vissuto genitoriale è spesso sottostimato dagli operatori.* Da uno studio del 2017 che ha preso in esame 63 infermiere delle TIN, 120 mamme e 120 papà è emerso che i bisogni dei genitori in TIN sono sottostimati dagli operatori rispetto all'autovalutazione dei genitori stessi. Per questo sarebbe auspicabile costruire percorsi formativi per comprendere meglio i bisogni genitoriali e fornire un più alto livello qualitativo di cure. I genitori dei neonati pretermine sono molto coinvolti emotivamente e si ritrovano con il mondo stravolto da una realtà angosciante, ma non

va sottovalutato che anche gli operatori sono estremamente coinvolti e consci dei limiti dei loro interventi rispetto alle attese genitoriali.

Questa esperienza emotiva non aiuta il genitore a costruire un legame di attaccamento con il proprio bambino rendendo difficile, per esempio, appropriarsi dell'esperienza dell'allattamento e di legittimarsi nel proprio ruolo di padre o madre; ciò comporta difficoltà a stare vicino all'incubatrice o a tirare il latte o ad alimentare il proprio bambino. Diversi studi sottolineano la fatica nella costruzione della relazione con il proprio neonato in caso di nascita prematura. La mancanza di contatto, l'aspetto apparentemente tumefatto o magro, l'impossibilità di abbracciare e di sentire l'odore o la voce sono tutte componenti relazionali ancestrali, negate dalla prematurità e dell'incubatrice, che rallentano o feriscono la funzione genitoriale. Le madri dei nati pretermine risultano generalmente più intrusive o più distanti (a rischio di isolamento) rispetto alle madri dei bambini a termine. Alla luce di quello che abbiamo spiegato è evidente che questa attitudine dipende dalla difficoltà nella costruzione del legame, e non vada stigmatizzata o etichettata come "patologica". Uno studio del 2018 che ha preso in esame 45 madri e 45 padri di bambini nati pretermine mostra come i sentimenti negativi e stress sperimentati dai padri dei nati pretermine possano essere fattori di rischio per la costruzione della relazione care giver-bambino e per lo sviluppo precoce del linguaggio dei bambini. Inoltre il genitore che non riesce ad elaborare l'esperienza della Terapia Intensiva Neonatale può vivere, anche a distanza di mesi dalle dimissioni, un malessere molto forte, che può evolvere in una sintomatologia simile al disturbo post traumatico da stress. Per questo lo *psicologo strutturato* all'interno della TIN può essere una grande risorsa per agevolare il riconoscimento e la messa in parole di questo disagio che, altrimenti, rischia di essere trascurato e, se non adeguatamente trattato, può interferire sullo sviluppo e la crescita del bambino.

## Il ruolo dello psicologo in Tin

Diversi studi mostrano come la prognosi del neonato sia peggiore quando la mamma non supera il momento di crisi. In TIN Il gruppo francese di Anne-Cecile Petit ha condotto uno studio su 100 diadi di madri pretermine e sui bambini, a distanza di 12 mesi dalla nascita. L'ipotesi è che il vissuto della madre influenzi l'interazione con il bambino e la prognosi. In realtà la prima reazione della madre non influenza l'interazione. *Al contrario la condizione affettiva della madre, a distanza di 12 mesi, influenza la prognosi del bambino*, più di quanto lo stato del bambino alla nascita influenzi la risposta affettiva della madre (tolti i bambini con maggiori compromissioni neurologiche). *Le donne che non superano la crisi hanno bambini con peggiori esiti neurologici*.

Dopo un certo numero di anni anche la famiglia intera è percorsa da problematiche maggiori se non sono stati elaborati i vissuti dolorosi della TIN. Gli studi più recenti sottolineano l'importanza della figura paterna: curarsi dei padri e della cooperazione con le madri può migliorare la salute del bambino. È stato ampiamente dimostrato come i padri tendano ad entrare in crisi più tardi, circa un anno dopo la nascita, con manifestazioni del disagio che sono spesso difficili da leggere (aumento dell'uso di alcol, fumo, tradimenti, aggressività, etc..). La figura dello psicologo è centrale per accompagnare i genitori verso un percorso di appropriazione della genitorialità in una situazione dove ci sono angosce di morte da elaborare e lutti reali o fantasmatici (la perdita del figlio immaginato a discapito del neonato sofferente in TIN). Oltre a questo, come accennato precedentemente, madri e padri hanno tempi e manifestazioni diverse del disagio. La presenza dello psicologo, integrato nello staff multidisciplinare delle TIN, può aiutare ad elaborare tali vissuti rispettando i tempi dei singoli e aiutando a prevenire eventuali problematiche future che impattano sul singolo, sul figlio a vari livelli – neurologico e psicologico – e sul benessere familiare. Dovrebbero essere redatti piani di assistenza specifici che identifichino il bisogno individuale, e congiuntamente aiutino la coppia genitoriale. Oltre alla presenza dello psicologo perinatale in reparto si dovrebbe dare la disponibilità di un lavoro anche nel post-dimissioni, magari usufruendo del normale follow up al quale sono soggetti i bambini. Il ritorno a casa è un momento delicato tanto

quanto il periodo in TIN, perché, come ci suggerisce lo psicoterapeuta Marcello Florita, *“così come il neonato, anche la genitorialità è in incubatrice, senza fiato e sospesa, stretta tra le angosce di morte e il lutto del figlio desiderato. Gli operatori, e in particolare lo psicologo perinatale, possono essere essenziali per dare fiato ad una funzione che rimane in apnea anche dopo le dimissioni”*.

In Italia ci sono ancora pochissimi psicologi strutturati in TIN (se ne contano meno delle dita di una mano in tutto lo stivale) anche se la loro figura non è solo fondamentale per i genitori, e quindi per la cura dei neonati, ma anche per gli *operatori* che devono confrontarsi quotidianamente con questa difficile realtà. Dagli operatori ci si attende che siano in grado di essere funzionanti nelle pratiche mediche, di sostenere situazioni di stress con le famiglie e di saper condurre comunicazioni ‘difficili’; non a caso abbiamo tra questi alte percentuali di burnout. Talvolta, quando gli operatori hanno personali difficoltà ad affrontare situazioni di intenso stress emotivo, risulta loro difficile portare un adeguato supporto ai familiari. *È quanto mai necessario che vengano offerti a tutti gli operatori adeguati percorsi formativi anche sul tema della morte e del lutto, che contemplino un sostegno psicologico e un contenimento emotivo allo staff nel suo insieme.*

**Valeria Pirro**, psicologa e psicoterapeuta

**Marcello Florita**, psicologo psicoterapeuta e referente dell’Area Perinatale SIPRe

## Bibliografia

Baldoni F., Ceccarelli L., 2013, La depressione perinatale nei padri. In: Caretti V., Ragonese N., Crisafi C., La depressione perinatale. Aspetti clinici e di ricerca sulla genitorialità a rischio. Giovanni Fioriti Editore.

Baldoni F., Landi G., 2015, La funzione del padre nel periodo perinatale. Attaccamento, adattamento e psicopatologia. Quaderno di Psicoterapia del Bambino e dell’Adolescente.

Burgess A., 2011, Fathers’ roles in perinatal mental health: causes, interactions and effects. New Digest.

Cataudella S., Lampis J., Busonera A., Marino L., 2016, Il processo di costruzione del legame di attaccamento prenatale nelle coppie in attesa: una ricerca esplorativa. Giornale Italiano di Psicologia.

Colombo G., Chiandotto V., Cavicchioli P., 2017, Con ragione e sentimento. Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo. Biomedica.

Flacking R., Lehtonen L., Thomson G., Axelin A., Ewald U., Dykes F., SCENE group, 2012, Closeness and separation in the neonatal intensive care unit. Acta Paediatrica.

Ferrari F., 2017, Il neonato pretermine. Disordini dello sviluppo e interventi precoci. FrancoAngeli.

Fisher D., Khashu M., Adama E.A., Feeley N., Garfield C.F., Ireland J., Kouliouli F., Lindberg B., Norgaard B., Provenzi L., Thomson-Salo F., Teijlingen V.E., 2018, Fathers in neonatal units: improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. Journal of Neonatal Nursing.

Fletcher R.J., 2014, The Paternal Perinatal Depression Initiative (PPDI). Fatherhood Research Bulletin.

Florita M., 2016, Come respira una piuma, Ensemble edizioni.

Ionio C., Mascheroni E., Banfi A., Olivari M.G., Colombo C., Confalonieri E., Lista G., 2018, The impact of paternal feelings and stress on mother-child interaction and on the development of the preterm newborn. Early Child Development and Care.

Ionio C., Lista G., Mascheroni E., Olivari M.G., Confalonieri E., Mastrangelo M., Mazzoduro V., Balestriero M.A., Banfi A., Bonanoni A., Bova S., Castoldi F., Colombo C., Introvini P., Scelsa B., 2017, Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. Journal of Reproductive and Infant Psychology.

Ladani M.T., Abdeyazdan Z., Sedeghnia A., Hajiheidari M., Hasanzadeh A., 2017, Comparison of Nurses and parents' viewpoints regarding the needs of parents of premature infants in neonatal intensive care units. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.

O'Brien A.P., McNeil K.A., Fletcher R., Conrad A., Wilson A.J., Jones D., Chan S.W., 2017, New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety—Treatment Options: An Integrative Review. American Journal of Men's Health.

Paulson J.F., Bazemore S.D., 2010, Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. JAMA.

Petit A.C., Eutrope J., Thierry A., Bednarek N., Aupetit L., Saad S., Vulliez L., Sibertin-Blanc D., Nezelof S., Rolland A.C., 2016, Mother's emotional and posttraumatic reactions after a preterm birth: the mother-infant interaction is at stake 12 months after birth. PLoS One.

Soares N.C., Bernardino M.P.L., Zani A.V., 2019, Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant perception of the multiprofessional team. Revista Paulista da Pediatria.

## cap. 4: LA PMA

*“Mia mamma mi ha insegnato che ci sono due cose che non vanno mai chieste: “Quanti anni hai?” e “quanto guadagni?”. A mia figlia spiegherò che c'è una terza cosa che non si deve domandare: “A quando un bambino?”. Perché quel punto di domanda, spesso, rischia di trasformarsi in una sciabola che trafigge il costato – anzi, l'utero – di chi dovrebbe rispondere. Perché dietro a quel banale interrogativo buttato lì per fare due chiacchiere da corridoio ci possono essere anni di dolore, di tentativi andati a vuoto, di speranze che naufragano ogni 28 giorni.”*

In Italia circa il 40% delle coppie che si rivolge alla PMA abbandona dopo un solo tentativo fallito.

Un adeguato sostegno psicologico permettere di reggere meglio lo stress l'infertilità è sempre di coppia. Anche nelle rare situazioni in cui c'è un problema medico imputabile ad uno solo dei due partner, il disagio è sempre della diade, quindi è condiviso da quell'universo coppia, e sono quei due partner e non altri, e non con altri, che desiderano un figlio.

La diagnosi di infertilità/sterilità è spesso vissuta come una sentenza che può generare una “crisi di vita” a livello sia individuale che relazionale. L'altalena di emozioni che entrano in gioco, se non gestita con efficacia, con il tempo, rischia di compromettere il legame invece di rafforzarlo. Non solo, la scelta di affidarsi alla medicina può risultare difficile da maturare e, anche quando si decide di intraprendere un percorso di PMA, il cammino che si prospetta spesso è faticoso e non sempre risolutivo del problema.

Le coppie che arrivano a formulare domanda di PMA hanno già vissuto frequenti delusioni e insuccessi nel periodo che precede la richiesta.

In considerazione delle importanti implicazioni psicologiche legate all'infertilità e ai trattamenti di Procreazione Assistita, la [Legge 40/2004](#) prevede che i Centri mettano a disposizione dei pazienti un [servizio di consulenza psicologica](#). Il ricorso a tale servizio, pur non essendo obbligatorio, è vivamente consigliato prima e durante l'esecuzione dei trattamenti.

L'obiettivo è permettere sia all'uomo sia alla donna di attingere alle proprie risorse interne, per affrontare con più determinazione le difficoltà che si incontrano durante il percorso.

Secondo gli esperti, infatti, la scoperta della propria infertilità porta a vivere un sentimento di incredulità, quasi come si stesse subendo una “presa in giro” da parte della vita. Molte coppie negli anni utilizzano metodi contraccettivi per poter vivere la sessualità senza programmare un figlio e, quando si decide che è tempo di diventare genitori, l’obiettivo non raggiunto, le visite, la scoperta inattesa pongono davanti all’amara verità. La prima reazione è un sentimento di negazione, una sorta di “lutto” che non si riesce mai ad affrontare nuovamente perché, ogni mese, il presentarsi del ciclo mestruale rinnova il ricordo e il dolore. La decisione stessa di scegliere la fecondazione assistita, non è facile perché porta la coppia e i partner stessi a sentirsi “diversi” o “sbagliati” rispetto all’immaginario sociale dove tutte le coppie arrivano alla gravidanza con un percorso naturale.

---

### **L’efficacia degli interventi psicologici sull’infertilità**

Negli ultimi anni sono stati condotti vari studi per valutare l’influenza degli interventi psicologici nell’infertilità. Nel 2003 il gruppo di Boivin ha dimostrato che vi sono effetti positivi sia sull’ansia (61,5%), che sulla depressione (38,4%), che sullo stress infertilità-correlato (100%). In particolare 3 studi su 8 che valutavano l’effetto sulla gravidanza degli interventi psicologici hanno rivelato un effetto positivo.

Domar et al. nel 2000 hanno confrontato gli *effetti dei diversi interventi psicologici* quali la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia di supporto di gruppo e l’assenza di interventi e hanno osservato che dopo 12 mesi *la percentuale di gravidanze era salita* del 54% con la terapia cognitivo-comportamentale, del 55% con la terapia di supporto di gruppo e del 20% senza alcun intervento psicologico.

---

### **Angosce e preoccupazioni delle coppie che iniziano un percorso di PMA**

*“La paura di un sogno che non si possa realizzare mai”.* Le coppie che chiedono aiuto con la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) spesso portano con sé molte preoccupazioni, ansia e stress perché hanno un

desiderio molto grande ed hanno paura che questo desiderio non si realizzi mai per via dell’insuccesso della tecnica o per un aborto spontaneo. Questo desiderio in realtà rappresenta tutto il progetto di vita condiviso che coinvolge profondamente la coppia. Si tratta di un sogno coltivato per molto tempo e da cui nasce la gestazione psicologica di un figlio immaginario molto prima di quella fisica. Durante questa fase della vita la coppia viene assorbita da emozioni, pensieri e fatiche che condizionano inevitabilmente il modo di percepirsi e di relazionarsi con gli altri.

---

### **Come arrivano le coppie alla decisione di iniziare la PMA?**

Le coppie che decidono di iniziare l’iter della PMA spesso arrivano stanche e sofferenti a causa dei sentimenti di perdita rinnovati dall’arrivo del ciclo che segna mensilmente il fallimento del progetto. Chiedono aiuto dopo frustranti esperienze, lunghi periodi di prova per concepire naturalmente un figlio, dopo essersi sottoposti a varie analisi invasive di approfondimento e dopo aver ricevuto la diagnosi di infertilità.

La diagnosi di infertilità è un vissuto simile al lutto, può avere un effetto traumatico per la coppia che la riceve, per via della sensazione di perdita della capacità riproduttiva.

---

### **Vissuti emotivi che incontrano le coppie durante la PMA**

La diagnosi di infertilità è una notizia negativa e inaspettata che entra nella vita profonda della coppia e può portare a vissuti di fallimento e svuotamento. Non si è mai preparati a sentirsi dire che il proprio progetto genitoriale non potrà essere realizzato, questo può generare una profonda crisi esistenziale, impattando sull’idea di sé in termini di “corretto funzionamento”. Possono emergere conflitti nuovi o sommersi, difficoltà di comunicazione, distanze emotive o disagi nella sfera sessuale dove il piacere viene perso a detrimento dell’impegno (e dei doveri) verso il progetto riproduttivo. Tutto questo può portare a sperimentare rabbia e profonda tristezza, isolamento dal contesto sociale, invidia per le coppie che hanno la possibilità di vivere un concepimento e una gravidanza naturale e un sentimento di vergogna e solitudine per sentirsi diversi.

## Diversità tra la relazione della donna e quella dell'uomo

Diversi studi indicano che sia gli uomini che le donne vivono sofferenze psicologiche ed emotive rispetto alla condizione di infertilità e al processo di PMA. L'iter terapeutico in sé è molto stressante. L'Ansa riporta la notizia che *il 40% delle coppie che inizia un percorso di PMA abbandona il processo in corsa*. Le cause di quest'abbandono per entrambi i sessi sono senz'altro psicologiche ed emotive. Pensiamo alle attese, all'invasività di alcune pratiche, all'incertezza dell'intero processo con preoccupazioni reiterate ad ogni step: stimolazione (*il mio corpo come reagirà? Mi sentirò male? Produrrà ovociti?*), ansia da prestazione sia maschile che femminile (*andrò bene? Avrò fatto abbastanza? Avrò fatto tutto quello che mi ha prescritto il medico?*) prelievo ovociti (*Sarò in grado di dare una buona risposta ai test? Abbiamo le cellule uovo? Come sono le mie cellule uovo? Saranno di buona qualità? Quanti saranno i miei ovociti? Andranno bene?*) e di spermatozoi (*Com'è il liquido seminale di mio marito? saranno sufficientemente vitali?*), fecondazione (*abbiamo fertilizzato o non siamo riusciti? saranno fecondati?*), Transfer e verifica dell'impianto (*si anniderà l'embrione? Come gestirò le mie emozioni e la mia paura i 14 giorni che dovremo aspettare soli dopo il momento del transfert fino all'esito del risultato?*) e gravidanza (*avrò una gravidanza? Andrà a termine? Sarà sano?*). È un percorso davvero impegnativo e "costoso" dal punto di vista relazionale e psico-emotivo per entrambi e in particolare per le donne molto più coinvolte anche su un piano corporeo estremamente intimo.

## Ruolo dello psicologo nel sostenere ed accompagnare una coppia nella PMA

La figura dello psicologo può accompagnare la coppia verso il lungo e faticoso viaggio della PMA, tra ideali, paure, fantasie e desideri. È un viaggio di grandi aspettative, di lunghe attese, non sempre di facile gestione, perché nonostante tutti gli sforzi, la coppia così come il medico non sa mai quale sarà l'esito finale.

Tutto il processo che definisce la PMA ha un importante substrato psicologico ed è essenziale tenerne conto per accompagnare le coppie che

decidono di tentare questa strada. Ricevere un supporto psicologico è importante tanto durante il percorso quanto alla fine.

## Sostenere una coppia nel percorso PMA

La consultazione psicologica può favorire l'espressione delle emozioni che accompagna il lungo e faticoso percorso della PMA, inoltre la competenza dello psicologo può sostenere il confronto sulle motivazioni di entrambi i componenti della coppia ad intraprendere e a proseguire il percorso terapeutico. Ad esempio favorire l'elaborazione del lutto legato agli insuccessi può aiutare la coppia a ricollocarsi entro la progettualità terapeutica.

Promuovere un supporto socioemotivo e una vicinanza affettiva all'interno della coppia e anche da parte di altri familiari, amici, persone facenti parte della loro rete sociale può essere un primo passo per aiutare a ridurre l'insicurezza e la sofferenza che suscita la diagnosi di infertilità. Lo psicologo può aiutare ad elaborare, ad accogliere e a contenere le preoccupazioni legate alla diagnosi di infertilità, all'incertezza del percorso di PMA e agli eventuali insuccessi o perdite perinatali.

Un supporto emotivo, un sostegno nelle capacità comunicative e un ascolto reciproco facilita il promuovere un dialogo aperto, empatico e rispettoso tra i partner che a loro volta aiuta a contrastare il senso di solitudine.

Infine il confronto con uno psicologo può essere un'opportunità per valutare tutte le strade alternative alla PMA quali l'adozione, l'affidamento o la decisione di non avere figli. La coppia va aiutata a confrontarsi in uno spazio protetto su queste possibilità e sulle forti emozioni che suscitano autorizzandosi a farvi spazio nella propria vita.

*Cit.: Nel bambino cerchiamo: ciò che siamo, ciò che siamo stati, ciò che vorremmo essere, la persona che è stata parte di noi, ciò che non ci è permesso di essere.*

## Esiste la maternità surrogata? Che cos'è?

La tecnologia della riproduzione assistita è progredita significativamente negli ultimi decenni. Grazie ai progressi, le persone possono ricorrere ad una madre sostitutiva per dare alla luce un bambino. La *maternità surrogata*, sebbene sia un gesto altruistico, è stata molto commercializzata negli ultimi anni, portando alla nascita di diverse preoccupazioni etico-legali. Gli infermieri e tutto il personale medico che sta intorno alle famiglie si prendono cura dei surrogati, dei bambini e dei futuri genitori con sensibilità, difesa, compassione e riservatezza.

## Negli Stati Uniti vi è più accesso alle cure per la fertilità

Negli ultimi anni in alcune aree geografiche degli Stati Uniti si è visto aumentare significativamente il numero di fondazioni private che danno accesso alle cure per l'infertilità.

Le fondazioni hanno erogato 9.996 borse per il trattamento dell'infertilità, 1.740 solo nel 2016, con un valore medio di \$ 8.191 per borsa.

Ad esempio la fondazione Livestrong ha fornito oltre il 90% di queste sovvenzioni ma solo a pazienti con una storia di cancro che altrimenti non potrebbero permettersi un trattamento.

Sebbene esista una significativa eterogeneità per quanto riguarda le popolazioni servite e i servizi disponibili per il sostegno concesso da queste basi, il panorama delle opzioni per i pazienti non affetti da cancro è limitato anche negli Stati Uniti.

## Una pentola d'oro alla fine dell'arcobaleno? Uno spettro di atteggiamenti nei confronti delle tecnologie di riproduzione assistita in Irlanda

Le nuove tecnologie come l'energia nucleare, i vaccini, gli organismi geneticamente modificati (OGM) e le tecnologie di riproduzione assistita (ART) presentano nuovi dilemmi etici. In Irlanda, tra il 1999 e il 2008 il numero di cicli di trattamento ART è aumentato del 265%.

Le nostre intuizioni etiche potrebbero ingannarci e le implicazioni e le potenzialità di tali tecnologie sono profonde, arrivano a sfidare la comprensione dell'esistenza delle relazioni umane e della riproduzione. Poiché tali tecnologie sono relativamente non regolamentate e il loro uso è stato effettuato solo per una singola generazione, è necessaria un'indagine dettagliata su come la consapevolezza della ART influenzi la comprensione della fertilità personale.

## Possibili percorsi di PMA

Per Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) si intende l'insieme di tutti quei trattamenti volti ad aiutare il concepimento in tutte le coppie laddove questo non riesce ad avvenire spontaneamente.

Nel nostro Paese sono stati suddivisi in tecniche di I, II e III livello. La scelta della tecnica a cui ricorrere deve tenere conto, oltre al quadro clinico della coppia, del principio di gradualità. Non esiste una tecnica migliore o peggiore dell'altra laddove, il percorso risponde all'unicità della coppia che fa richiesta.

**Tecniche di I Livello: Inseminazione Intrauterina semplice.** Questa tecnica prevede, l'introduzione del seme maschile nella cavità uterina contemporaneamente al monitoraggio dell'ovulazione della donna per favorire l'incontro spontaneo nel corpo femminile dei due gameti. Si può eseguire su ciclo spontaneo o con la stimolazione farmacologica dell'ovulazione.

**Tecniche di II Livello: a) Fecondazione in vitro e trasferimento dell'embrione (FIVET).** Questa tecnica prevede una serie di azioni: stimolazione farmacologica dell'ovaio per produrre più ovociti, prelievo chirurgico degli ovociti prodotti, inseminazione degli ovociti in laboratorio, fecondazione degli ovociti, sviluppo degli embrioni e trasferimento degli embrioni in utero. **b) Iniezione intracitoplasmatica di un singolo spermatozoo (ICSI).** È una particolare metodica di fertilizzazione, che prevede gli stessi passaggi della FIVET, fino al momento della fecondazione che in questo caso avviene tramite iniezione diretta di un singolo spermatozoo all'interno del citoplasma dell'ovocita.

**Tecniche di III Livello:** Sono procedure che necessitano di anestesia generale con intubazione: prelievo microchirurgico di gameti dal testicolo, prelievo degli ovociti per via laparoscopica (GIFT) Trasferimento intratubarico di gameti per via laparoscopica.

**Alessandra Merisio**, psicologa e psicoterapeuta

**Martina Larsen Paya**, psicologa e psicoterapeuta

**Marcello Florita**, psicologo psicoterapeuta e referente dell'Area Perinatale SIPRE

---

## Bibliografia

Boivin J., 2003, A review of psychosocial interventions in infertility. Soc Sci Med.

De Liz T.M., Strauss B., 2005, Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. Hum Reprod.

Dempsey M., King R., Nagy A., 2018, A pot of gold at the end of the rainbow? A spectrum of attitudes to assisted reproductive technologies in Ireland. Journal of Reproductive and Infant Psychology.

Domar A.D., Clapp D., Slawsby E.A., Dusek J., Kessel B., Freizinger M., 2000, Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. Fertility and Sterility.

Joseph R.A., Rafanello A.M., Morris C.J., Fleming K., F., 2018, Surrogacy: Pathway to Parenthood. Neonatal Network.

Kalayci H., Ozdemir H., Alkas D., Cok T., Tarim E., 2017, Is primiparity a risk factor for advanced maternal age pregnancies? The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine.

Peipert B.J., Hairston J.C., McQueen D.B., Hammond C., Feinberg E.C., 2019, Increasing access to fertility care through private foundations. Fertility and Sterility.

Renzi A., 2019, Applicazione della tecnica della scrittura in 20 coppie durante un percorso di fecondazione assistita. Abstract in atti convegno.

## cap. 5: MIGRAZIONE, INTERCULTURALITÀ E GENITORIALITÀ

*“Le persone che sperimentano il passaggio alla genitorialità in concomitanza al processo migratorio, si ritrovano in quella condizione di doppia vulnerabilità e dunque “doppia sfida” che necessita di un’attenzione specifica, perché implica complessi processi di cambiamento, a livello identitario e profondo, ai quali l’assistenza psicologica ha il compito di dare uno spazio di ascolto ed elaborazione”.*

Dati recenti (Istat, 2018) volti a descrivere le caratteristiche della popolazione straniera in Italia, hanno rilevato che la percentuale di residenti stranieri è in aumento rispetto all’anno precedente, attestandosi sull’8,5% (considerando sia le migrazioni dall’estero, che le cosiddette “*seconde generazioni*” cioè i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri).

La componente femminile della popolazione straniera risulta essere del 51,4%, anche se vi è una notevole variabilità all’interno delle diverse comunità di provenienza (quella ucraina per esempio è sbilanciata al femminile, al contrario di quella del Bangladesh per cui si registra una prevalenza opposta; per altre comunità, come quella cinese, le migrazioni sono invece state quasi sempre a carattere familiare con una composizione di genere equilibrata nel tempo).

La popolazione straniera si concentra prevalentemente al centro-nord (ove si trova l’84% della popolazione straniera residente in Italia) ed è molto giovane (età media sotto i 34 anni), anche se, anche in questo caso, con notevoli differenze a seconda del paese di provenienza.

Il 30% degli stranieri residenti in Italia proviene da un paese dell’Unione Europea, tra questi i Romeni sono di gran lunga la comunità più numerosa. I cittadini non comunitari (70%) sono in prevalenza albanesi (9,3%), l’8,7% proviene dal Marocco, il 5,4% dalla Repubblica Popolare della Cina e il 4,6% dall’Ucraina. Per quanto riguarda invece la categoria dei rifugiati e dei richiedenti asilo si registra una composizione di genere squilibrata a favore degli uomini (88,4%), le rifugiate/richiedenti asilo di genere femminile provengono in maggioranza dalla Nigeria (circa il 24%). Secondo le stime dell’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), circa l’80% delle donne nigeriane arrivate in Italia nel 2016 sono state verosimilmente vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale

(Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2016). È da rilevare come a seguito della progressiva destabilizzazione della situazione sociopolitica dei paesi di transito, attraversati prima di giungere in Europa (si pensi in particolare alla “situazione” libica), il viaggio migratorio è caratterizzato sempre più da condizioni di costrizione, prigionia, violenza fisica e sessuale.

È importante dunque tenere in considerazione l'aspetto di particolare vulnerabilità di questo tipo di utenza e va tenuta a mente, ed eventualmente indagata con le dovute cautele, la possibilità che la gravidanza sia frutto di una violenza sessuale subita. In caso sorgano dei dubbi in tal senso è sempre opportuno confrontarsi con gli altri professionisti dello staff e rivolgersi a uno specialista della salute mentale.

Secondo i dati dell'UNHCR (The UN Refugees Agency, 2017, 2019), infatti, molte donne che scappano da violenze subite nel Paese d'origine, passano attraverso ulteriori violenze durante le traversate, nei centri di detenzione in Libia, sulle imbarcazioni che le portano in Italia e/o nei Paesi di accoglienza; sono percorsi della speranza che si trasformano in traumatizzazioni continue dalla partenza all'arrivo. *Si possono osservare le traiettorie della violenza nella geografia dei loro corpi, incarnata talvolta anche nella gravidanza e nella nascita di un figlio.*

I dati mostrano che, con il dispiegarsi degli effetti sociali della crisi economica, si è innescata una fase di diminuzione delle nascite. Le donne residenti in Italia rimandano l'esperienza riproduttiva ad età sempre più avanzate, mentre le madri straniere presentano un'età media al parto anticipata rispetto alle italiane. A livello nazionale le madri straniere sono mediamente più giovani di 3,6 anni (Istat, 2018a) rispetto alle madri italiane. Stando ai dati presentati nel comunicato stampa “*natalità e fecondità della popolazione residente*” (Istat, 2018b) dal 2012 al 2017 si evidenzia tuttavia, anche nella popolazione straniera, una diminuzione dei nati, sia tra quelli con almeno un genitore straniero sia, soprattutto, tra i nati da genitori entrambi stranieri. Al primo posto per numero di nati stranieri iscritti in anagrafe (dati relativi al 2017) si confermano i bambini

rumeni, seguiti da marocchini, albanesi e cinesi; le quattro comunità rappresentano circa la metà del totale dei nati stranieri.

La migrazione in se stessa ha un effetto sugli individui e sulle famiglie che va considerato nei percorsi prima e dopo il parto.

I migranti presentano un rischio maggiore di sviluppare disagi psichici clinicamente significativi, tra cui depressione, schizofrenia e stress post-traumatico, in relazione a specifiche determinanti psicosociali.

La ricerca ha infatti dimostrato che spesso *la migrazione rappresenta un fattore di vulnerabilità*; la complessa esperienza migratoria può creare complicazioni per la salute mentale o per la salute in genere a causa dei vissuti di insicurezza e della lacerazione della rete di protezione a causa dell'indisponibilità dei membri della propria comunità (Virupaksha et al., 2014).

Le donne sono spesso esposte a rischi biologici e psicosociali di fronte a nuovi contesti, ambienti e stili di vita che tendono ad accentuare le situazioni di vulnerabilità sociale. La ricerca dimostra che vi è una *maggiore vulnerabilità* durante il periodo della gravidanza e quello *post-partum*.

L'esperienza della migrazione influenza quel processo fisiologico che avviene nella donna durante la gravidanza, e la maternità, esponendo queste donne ad una *duplice vulnerabilità psichica e culturale* (Moro et al., 2010). Questa è rappresentata dalla necessità di un processo psichico di elaborazione sia del percorso (e del progetto) migratorio, sia della maternità nei suoi aspetti di rielaborazione identitaria e di trasformazione del proprio ruolo sociale.

Tale condizione viene definita di “*solitudine elaborativa*”: una giovane madre si sente insicura e confusa, non sa come comportarsi, non sa come allevare il bambino perché è stretta tra due aspettative sociali e culturali: quello che ha visto fare nel suo Paese e le pratiche, attese ma non

esplicitate, del nuovo Paese. Ciò rende necessaria una riflessione sull'approccio alla maternità nelle strutture ospedaliere, che tenga conto di alcuni aspetti connessi alle culture di appartenenza, così come delle domande e delle paure e preoccupazioni di queste partorienti, delle difficoltà linguistiche e della gestione conflittuale che esse a volte intrattengono con l'ospedalizzazione stessa e l'autorità medica.

La maternità può essere un'esperienza particolarmente difficile per le donne migranti; la gestante si trova a vivere la gravidanza senza le donne della sua famiglia e della sua comunità, ovvero delle co-madri, si apre alla possibilità di partorire in un contesto che non solo non conosce e riconosce, ma che non corrisponde più alle sue aspettative e che può sperimentare come misterioso e minaccioso. La gravidanza è stata definita da Bydlowski (2004) un periodo di *"trasparenza psichica"* inteso come stato emotivo particolare, nel quale la donna è molto più permeabile a ciò che accade dentro di sé e nel rapporto con l'altro. La donna migrante è inserita in un ambiente dove vigono regole che non conosce, di cui non padroneggia la lingua, dove spesso il marito, se presente, non è comunque abituato ad occuparsi della gravidanza della moglie, e nel quale dunque si trova a fronteggiare queste complesse sfide in solitudine.

Gli *"stressors"* associati al processo di migrazione possono divenire particolarmente rilevanti dopo il parto, aumentando la vulnerabilità e eventuali complicazioni psicopatologiche come i *"blues postpartum"*, episodi psicotici e depressivi.

Almeida e colleghi (2013) hanno svolto la prima *review* sistematica volta a studiare gli aspetti fondamentali dell'assistenza sanitaria ricevuta dalle popolazioni migranti durante la gravidanza, in particolare rispetto alle modalità di accesso, all'uso e alla qualità di cura, valutandone l'impatto sulle procedure e sugli indicatori sanitari. I migranti pongono sfide specifiche alla gestione ostetrica per come è organizzata nel nostro sistema sanitario, ad es. le prenotazioni per l'assistenza prenatale risultano tardive, vengono effettuate meno visite mediche, si rileva un aumento dei tassi di parti operativi e un'assistenza postpartum subottimale. Queste difficoltà sono spesso causate da una minor disponibilità di risorse che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari.

In Europa, *l'immigrazione sembra in effetti un fattore di svantaggio, dall'analisi di alcuni indicatori dell'assistenza ostetrica* si rilevano infatti: cure prenatali tardive, basso peso alla nascita dei neonati, parto prematuro, mortalità perinatale, e malformazioni congenite (Delvaux et al., 2001; Sosta et al., 2008; Bollini et al., 2009).

Alcuni autori, nello specifico, hanno rilevato che *la migrazione (internazionale) è un fattore predittivo (e che modella altre variabili) in particolare per il taglio cesareo d'emergenza*. Le complicazioni, il travaglio inefficace, e/o la sofferenza fetale e, infine, la decisione di eseguire un taglio cesareo d'emergenza, potrebbero infatti essere il risultato di condizioni di salute precarie (effetti fisiologici), di mancanza di supporto e marginalizzazione (effetti psicologici e sociali) e di cure subottimali. La perdita dei precedenti legami familiari e sociali, lo status socioeconomico precario, il difficile accesso alle cure e il rischio di discriminazione, all'interno dei servizi sanitari, sono tra i fattori che potrebbero contribuire alle discrepanze osservate tra donne migranti e donne autoctone.

Vi sono inoltre evidenze che indicano come le barriere linguistiche incidano negativamente sull'accesso all'assistenza sanitaria, sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione dei pazienti e sugli esiti sanitari. Le donne migranti sono dunque spesso costrette a ricominciare a lavorare presto dopo il parto a causa di necessità economiche impellenti, con un impatto negativo sulle cure postnatali. Zanconato e colleghi (2011) hanno condotto uno studio in un ospedale del nord Italia, rilevando delle differenze negli esiti perinatali tra donne migranti e donne italiane. In particolare si sono evidenziate differenze significative nel peso alla nascita e nella frequenza dei parti prematuri a discapito delle mamme migranti, suggerendo come una particolare attenzione alle donne più vulnerabili potrebbe ridurre le morbilità materno-fetali.

Nonostante i numerosi riscontri scientifici, gli sforzi locali e internazionali per rispondere ad alcune esigenze evidenziate sono ancora oggi inadeguati e carenti. *Rendere i servizi inclusivi, attenti alle specificità culturali, fornire la formazione necessaria al personale, avvalersi di mediatori culturali e interpreti qualificati a tutti i livelli, appaiono come aspetti di miglioramento indispensabili che renderebbero più efficace l'intervento e agevolerebbero il*

*personale nel rapporto con questo tipo di utenza con cui c'è una minore familiarità.* Fornire informazioni sulla migrazione, preparare sia i migranti che i membri dello staff, favorirebbe la prevenzione dei disagi psicologici e promuoverebbe il benessere e la salute mentale dell'intera comunità. A tal proposito vi è ampio spazio per gli studi di ricerca per indagare ulteriormente, e avere una comprensione approfondita, i pattern di problemi di salute mentale per poter formulare strategie di intervento più efficaci, al fine di promuovere il benessere psicosociale dei migranti. Vi sono dunque delle riflessioni che questo tipo di utenza stimola e che è importante cogliere perché diventino opportunità invece che ostacoli. *Le persone che sperimentano il passaggio alla genitorialità in concomitanza al processo migratorio, si ritrovano in quella condizione di doppia vulnerabilità e dunque "doppia sfida" che necessita di un'attenzione specifica, perché implica complessi processi di cambiamento a livelli identitari profondi, ai quali l'assistenza psicologica ha il compito di dare uno spazio di ascolto ed elaborazione.* Assolvere a questo compito da una parte può prevenire il rischio dello sviluppo di condizioni di malessere clinicamente significativo, e dall'altra può promuovere anche "semplicemente" il benessere psicologico dei migranti che si interfacciano alla genitorialità.

Anche laddove non emerga uno stato conclamato di sofferenza psichica, l'intervento psicologico ha dunque l'obiettivo di accompagnare il soggetto migrante nel passaggio attraverso questa nuova sfida evolutiva della maternità, resa più complessa dal confronto con una nuova cultura, nuove pratiche, nuovi modi di essere genitori.

A tal proposito, alcuni studi hanno indagato le credenze e le pratiche legate alla cura nei confronti dei neonati da parte delle mamme migranti. Le credenze culturali dei genitori sullo sviluppo dei bambini o le "etnoteorie parentali" sono definite come modelli culturali che i genitori hanno in relazione ai bambini, alle famiglie e a se stessi come genitori. Uno studio condotto in Italia da Moscardino e colleghi (2006) si è focalizzato su un gruppo di mamme nigeriane, migranti di prima generazione, rilevando che nel complesso le credenze e le pratiche materne riflettevano ampiamente la cultura tradizionale nigeriana, sebbene alcuni aspetti fossero influenzati dalla cultura della società "ospitante".

Questa nuova sfida che si presenta agli operatori, che si occupano di questa delicata fase della vita, se da una parte può essere considerato un impegno ulteriore, di cui si può sentire il peso dato il carico di lavoro già elevato, può essere colta come un passaggio evolutivo utile al miglioramento continuo della pratica quotidiana, favorito da una riflessione (in questo caso inevitabile) rispetto alle prassi e al clima lavorativo: fattore ormai riconosciuto come fondamentale al benessere degli operatori impegnati nel delicato compito della promozione e della tutela della salute. Il fatto che un momento così significativo come quello della maternità venga vissuto dalle donne immigrate nel nostro Paese, può dunque rappresentare un passo importante in termini di scambi culturali, ma soprattutto nel rafforzamento del rapporto di fiducia che queste stesse intratterranno con gli operatori del Paese di accoglienza, favorendo una nuova cultura del dialogo e dell'incontro culturale.

La presenza straniera ci interroga dunque, dal punto di vista filosofico, etico, epistemologico e psicologico, impatta teoria e prassi e ci spinge a ricercare nuove coordinate di riferimento mettendo in discussione le nostre conoscenze.

Come professionisti desiderosi di rispondere correttamente alla domanda di aiuto e di individuare gli strumenti maggiormente adatti alle diverse richieste, abbiamo dunque la necessità di adattare i nostri strumenti teorici e metodologici a queste "nuove emergenze". Questi fenomeni ci sollecitano dunque riflessioni prima di tutto su ciò che si tende a dar per scontato, promuovendo ancor prima di uno sviluppo di una specifica tecnica di intervento (psicologico), una "revisione interna" degli aspetti impliciti di malattia e cura che permeano il nostro agire come operatori della salute, così come il nostro modo di concepire l'uomo, i suoi funzionamenti, la sofferenza che si può anche esprimere in sintomatologia.

*Lo psicologo, come membro di un'equipe multidisciplinare, capace di accogliere l'alterità culturale, può sostenere le altre figure professionali nel mantenere uno sguardo a questa complessità senza adottare una prospettiva stigmatizzante determinata da un approccio etnocentrico, così da rendere possibile un incontro autentico con le "famiglie migranti".*

**Martina Trinchieri**, psicologa e psicoterapeuta

**Valentina Stirone**, psicologa e psicoterapeuta

**Jolanda Spoto**, psicologa e psicoterapeuta

**Marcello Florita**, psicologo psicoterapeuta e referente dell'Area Perinatale SIPRe

## Bibliografia

Almeida L. M., Caldas J., Ayres-de-Campos D., et al., 2013, Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal*.

Bollini P., Pampallona S., Wanner P., Kupelnick B., 2009, Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*.

Bunevicius R., Kusminskas L., Bunevicius A., Nadisauskiene R., Jureniene K., & Pop V., 2009, Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*.

Bydlowski M., 2004, *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Pendragon editore, Bologna.

Chote A. A., Koopmans G. T., Redekop W. K., de Groot C. J., Hoefman R. J., et al., 2011, Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study. *Maternal and Child Health Journal*.

Delvaux T., Buekens P., Godin I., Boutsen M., 2001, Barriers to prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*.

Ekeus C., Cnattingius S., & Hjern A., 2010, Epidural analgesia during labor among immigrant women in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.

Fernandes A., & Miguel J., 2009, Health and migration in the European Union: Better health for all in an Inclusive Society. Lisboa: Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.

Ganann R., Sword W., Black M., & Carpio B., 2011, Influence of maternal birthplace on postpartum health and health services use. *Journal of Immigrant and Minority Health*.

Harkness S., & Super C.M., 1992, Parental ethnotheories in action. In: Sigel I., & McGillicuddy-DeLisi A.V., & Goodnow J., (Eds), *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Harkness S., & Super C.M., 1996, Introduction. In: Harkness, S., & Super C.M., (Eds), *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford Press.

Istituto nazionale di statistica, 2018a, "Vita e percorsi di integrazione degli immigrati in Italia", Roma.

Istituto nazionale di statistica, 2018b, Comunicato stampa "natalità e fecondità della popolazione residente".

Lauria L., Bonciani M., Spinelli A., Grandolfo M.E., 2013, Inequalities in maternal care in Italy: the role of socioeconomic and migrant status. *Annali Istituto Superiore Sanità*.

Merry L., Gagnon A. J., Hemlin I., Clarke H., & Hickey J., 2011, Cross-border movement and women's health: How to capture the data. *International Journal for Equity in Health*.

Merry L., Gagnon A. J., Kalim N., & Bouris S. S., 2011b, Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. *Canadian Journal of Public Health*.

Merry L., Semenic S., Gyorkos T. W., Fraser W., Small R., Gagnon A. J., 2016, International migration as a determinant of emergency caesarean. *Women and Birth*.

Moro M.R., 2003, Parents and infants in changing cultural context: immigration, trauma, and risk. *Infant Mental Health Journal*.

Moro M.R., Neuman D., Réal I., 2010, *Maternità in esilio. Bambini e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Moscardino U., & Axia G., 2006, Cultural beliefs and practices related to infant health and development among Nigerian immigrant mothers in Italy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, 2016, rapporto: "la tratta di esseri umani attraverso la rotta del mediterraneo centrale: dati, storie e informazioni raccolte dall'organizzazione internazionale per le migrazioni".

Rumbold A., Bailie R., Si D., Dowden M., Kennedy C., et al., 2011, Delivery of maternal health care in Indigenous primary care services: Baseline data for an ongoing quality improvement initiative. *BMC Pregnancy & Childbirth*.

Schetter C. D., 2011, Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*.

Sosta E., Tomasoni L. R., Frusca T., Triglia M., Piralì F., El Hamal I., Castelli F., 2008, Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *Journal of Travel Medicine*.

Sword W., Watt S., & Krueger P., 2006, Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*.

UNHCR, The UN Refugee Agency, 2017, Viaggi disperati. Rifugiati e migranti che entrano e attraversano l'Europa attraverso il Mediterraneo e le rotte dei Balcani occidentali. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito web <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/20170928-UNHCR-VIAGGI-DISPERATI-Gen-Giu2017.pdf>

UNHCR, The UN Refugee Agency, 2019, Rifugiati e migranti in arrivo in Europa e alle sue frontiere. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito web <https://www.unhcr.it/news/rapporto-viaggi-disperati-nel-2018-persone-al-giorno-morte-nel-tentativo-attraversare-mediterraneo.html>

Virupaksha H. G., Kumar A., & Nirmala B. P., 2014, Migration and mental health: An interface. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*.

Zanconato G., Iacovella C., Parazzini F., Bergamini V., & Franchi M., 2011, Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in Northern Italy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*.