



# Bisogni della Donna nel Percorso Nascita

Rilevazione e risposta clinica nelle fasi prenatale, intrapartum e post-partum

# Un continuum esperienziale, non una sequenza di eventi

Gravidanza, travaglio, parto e puerperio non sono tappe separate: costituiscono un **continuum esperienziale** in cui vulnerabilità e plasticità si intrecciano in modo inseparabile. Attraversare questa soglia evolutiva significa riorganizzare profondamente la propria immagine di sé, il rapporto con il corpo, con il partner, con la propria storia familiare.



## Rilevare i bisogni significa riconoscere una storia

Rilevare i bisogni della donna non significa raccogliere dati anamnestici o somministrare scale di screening. Significa riconoscere che ogni donna porta con sé **una storia, delle aspettative, delle fragilità e delle risorse specifiche** — e che il modo in cui l'équipe la incontra lascia tracce durature, nel bene e nel male.

# Mappa del Percorso

1

Fase Prenatale

Ascolto, continuità relazionale,  
spazio per l'ambivalenza

2

Fase Intrapartum

Sicurezza, controllo, contenimento  
sensoriale

3

Post-partum

Normalizzazione, competenza,  
integrazione dell'esperienza

Tre fasi distinte, un unico filo clinico e relazionale che le attraversa.

FASE PRENATALE

# La donna come soggetto, non come portatrice di una gravidanza



Accanto ai controlli clinici e agli esami strumentali, la donna ha bisogno di uno **spazio autentico** — anche breve — in cui possa esprimere fantasie, paure, ambivalenze.

La gravidanza riattiva spesso memorie profonde: il proprio essere stata figlia, traumi o lutti, la qualità delle relazioni di attaccamento precoci. Non sempre questi contenuti emergono spontaneamente; spesso si colgono *nei margini*, nelle esitazioni, nelle domande ripetute.

# BISOGNI DELLA DONNA NELLA FASE PRENATALE

Bisogni emotivi

Bisogni informativi

Bisogni relazionali

Bisogni identitari

FASE PRENATALE

# Bisogni Emotivi

## Ascolto senza giudizio

La gravidanza è culturalmente sovraccarica di aspettative. Le donne che avvertono ambivalenza — dubbio, paura, persino rimpianto — faticano a esprimerlo. Normalizzare questa gamma emotiva è già di per sé terapeutico.

## Spazio per le rappresentazioni del bambino

La relazione con il bambino comincia in utero, attraverso le immagini mentali che la madre costruisce. Esplorare queste rappresentazioni fornisce informazioni preziose sulla qualità dell'attaccamento prenatale.

**Rilevazione facilitante:** Colloqui brevi ma regolari, con domande aperte sui vissuti emotivi. Verificare cosa la donna ha realmente compreso, non solo cosa le è stato spiegato.

FASE PRENATALE

# Bisogni Informativi

Il bisogno di informazione non riguarda la trasmissione di nozioni, ma l'offerta di **anticipazioni realistiche e contestualizzate** su ciò che accadrà. Informazioni frammentate o incoerenti tra i diversi professionisti *aumentano* l'ansia invece di ridurla.

Comprensione delle  
procedure

Cosa aspettarsi durante il travaglio e nel post-partum, spiegato con linguaggio calibrato sullo stato emotivo della donna.

Coerenza tra operatori

Messaggi discordanti generano confusione e sfiducia. Un orientamento condiviso nell'équipe è parte della cura.

Partecipazione attiva

La donna ha bisogno di sentirsi parte del processo, non oggetto delle decisioni altrui.

FASE PRENATALE

# Bisogni Relazionali

## Il ruolo del partner

Il coinvolgimento del partner — o della figura affettiva più significativa — è un **elemento protettivo documentato** (Barr et al., 2024). Il sostegno percepito dalla coppia è uno dei predittori più robusti del benessere materno nelle fasi successive.

## Continuità relazionale con gli operatori

Riduce la frammentazione dell'esperienza, abbassa la soglia di richiesta di aiuto e facilita la condivisione di vissuti emotivi.

FASE PRENATALE

# Bisogni Identitari

La gravidanza impone una **profonda revisione dell'identità personale**. Integrare la nuova identità materna senza perdere la propria individualità è un compito psicologico complesso che richiede tempo e spazio simbolico.



## Cambiamenti corporei

Richiedono elaborazione psichica, non solo adattamento fisico.



## Memorie riattivate

Traumi, lutti irrisolti e relazioni di attaccamento dolorose emergono spesso in modo indiretto.



## Ridefinizione della coppia

Il legame di coppia si trasforma: riconoscerlo è parte integrante dell'assistenza.



#### FASE INTRAPARTUM

# Travaglio e Parto: la fase di massima vulnerabilità psichica

La capacità di integrare questa esperienza in modo costruttivo — o il rischio di viverla come traumatica — dipende in misura determinante dalla **qualità della relazione con chi assiste** in quelle ore, non solo dalla complessità clinica dell'evento.

FASE INTRAPARTUM

# Un dato clinico fondamentale

La percezione soggettiva dell'esperienza del parto è un predittore più forte della presenza di complicanze obiettive nell'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress perinatale.

— *McCarthy et al., 2021*

Un parto medicalmente non complicato può essere vissuto come traumatico se la donna si è sentita **non ascoltata, non informata, privata di ogni controllo**. Questo dato ha implicazioni dirette per la pratica clinica quotidiana.

# BISOGNI DELLA DONNA NELLA FASE INTRAPARTUM

Bisogno di Sicurezza

Bisogno di Controllo e Agency

Bisogno di Contenimento Sensoriale

Bisogno di Riconoscimento

FASE INTRAPARTUM

# Bisogno di Sicurezza

## SICUREZZA FISICA



**Competenza  
equipe**



**Azioni  
comunicate**

## SICUREZZA RELAZIONALE



**Presenza  
costante**



**Rassicurazione  
verbale**

La percezione soggettiva del pericolo conta più della complessità clinica oggettiva.

Una donna che si sente abbandonata in sala parto vivrà un'esperienza di insicurezza **indipendentemente dall'assenza di complicanze**. Al contrario, una presenza rassicurante può ridurre il vissuto di vulnerabilità anche in situazioni impegnative.

FASE INTRAPARTUM

# Bisogno di Controllo e Agency

La perdita totale di controllo durante il parto è uno dei principali fattori di rischio per vissuti traumatici. Il bisogno di agency non è un capriccio: è una **condizione psicologica fondamentale** per l'integrazione dell'esperienza.

01

Informare prima di ogni manovra

Spiegare cosa si sta per fare e perché, senza dare per scontata la comprensione.

02

Rispettare il piano del parto

Ove possibile, rispettarlo. Quando non è possibile, motivare la deviazione in modo chiaro e rispettoso.

03

Offrire scelte concrete

Anche un piccolo margine di controllo percepito fa la differenza tra un'esperienza subita e una attraversata attivamente.

FASE INTRAPARTUM

## Bisogno di Contenimento Sensoriale



La sala parto è un ambiente ad **alta stimolazione**: luci, suoni, voci, movimenti di personale. La donna in travaglio ha bisogno che questo ambiente sia quanto più possibile contenuto.

Privacy fisica e verbale

Un elemento di rispetto irrinunciabile, non negoziabile.

Micro-rituali di presenza

Presentarsi, chiamare per nome, spiegare ogni azione: piccoli gesti con impatto misurabile.

FASE INTRAPARTUM

# Bisogno di Riconoscimento

«Sento che questo è stato molto difficile per te.»

«Hai affrontato qualcosa di impegnativo con grande determinazione.»

La validazione emotiva non sostituisce il supporto tecnico, ma lo **completa**. La narrazione immediata e rispettosa dell'evento del parto — anche in forma breve, nelle ore successive — aiuta a integrare l'esperienza mentre i ricordi sono ancora fluidi, riducendo il rischio di cristallizzazione traumatica.

Questo è uno degli elementi più potenti e meno costosi dell'assistenza perinatale di qualità.

POST-PARTUM

# Il post-partum: riorganizzazione psichica profonda

La donna deve contemporaneamente prendersi cura di un essere completamente dipendente, recuperare fisicamente, riorganizzare la coppia e integrare una trasformazione identitaria radicale.

# BISOGNI DELLA DONNA NELLA FASE POST-PARTUM

Bisogno di normalizzazione

Bisogni emotivi

Bisogno di Competenza

Bisogno di Integrazione

Bisogno Relazionale

POST-PARTUM

## Il bisogno principale: normalizzare la vulnerabilità

L'idealizzazione della maternità lascia frequentemente spazio a stanchezza, fragilità, disorientamento. Molte donne temono di non essere «abbastanza capaci» già nelle prime ore — e questo timore, quando non viene accolto, può innescare dinamiche di vergogna e ritiro che aumentano il rischio depressivo.

### Restituire fiducia

Valorizzare i piccoli apprendimenti quotidiani con un rinforzo realistico, non generico.

### Supporto simbolico

Ricordare che la competenza materna è un processo che si costruisce nel tempo.

### Sostegno non solo tecnico

Il bisogno emotivo e il bisogno clinico sono inscindibili in questa fase.

# Bisogni Emotivi e Screening Precoce

## Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Lo screening è clinicamente efficace **soltanto se inserito in un clima relazionale non giudicante**. Uno strumento somministrato in modo burocratico perde gran parte del suo valore diagnostico e relazionale.

La donna che si sente autorizzata a non stare bene è più propensa a chiedere aiuto tempestivamente.

## Segnali da osservare

- Pianto persistente non riconducibile alla stanchezza
- Senso di estraneità verso il bambino
- Insonnia dissociata dalla gestione del neonato
- Rievocazioni intrusive del parto
- Sentimenti marcati di colpa o inadeguatezza

POST-PARTUM

# Quando il parto è stato vissuto come trauma

Non soltanto le complicanze ostetriche, ma anche la sensazione di **non essere stata ascoltata, rispettata o adeguatamente supportata** durante il travaglio può generare sintomi di tipo post-traumatico.

## Flashback

Rievocazioni intrusive di momenti specifici del travaglio o del parto.

## Ipervigilanza

Stato di allerta costante, difficoltà a rilassarsi anche quando il bambino dorme.

## Evitamento

Difficoltà nel contatto con il bambino o nel parlare dell'esperienza del parto.

La rilevazione precoce in un clima non giudicante è una componente imprescindibile dell'assistenza post-partum di qualità.

POST-PARTUM

## Bisogno di Competenza e Sostegno all'Allattamento



Le difficoltà nell'allattamento sono tra i principali **precipitanti del distress materno** nel post-partum. Il rinforzo positivo deve essere realistico e contestualizzato, non generico.

Il principio guida è la tutela del benessere materno: l'allattamento è sostenuto e promosso, **ma non imposto**. La relazione madre-bambino ha sempre priorità clinica rispetto alla modalità di alimentazione.

# La frase che ogni neo-madre dovrebbe sentirsi dire

«Stai imparando. È un processo che richiede tempo — per te e per tuo figlio. Stai già facendo cose enormi.»

# Bisogno di Integrazione dell'Esperienza del Parto

Offrire alla donna uno spazio per **raccontare il parto** — anche brevemente — è uno degli interventi più efficaci e meno invasivi del post-partum. Raccontare aiuta a costruire una narrativa coerente, a elaborare le parti più difficili, a dare senso agli interventi urgenti.



La narrazione condivisa è particolarmente importante quando il parto si è discostato dal piano o dalle aspettative.

POST-PARTUM

# Bisogno Relazionale e Preparazione alla Dimissione

Coinvolgimento attivo del partner

Il partner incluso nell'assistenza — non soltanto tollerato — rafforza la genitorialità condivisa e riduce l'isolamento della madre.

Preparazione al rientro a casa

Il rientro è uno dei momenti di maggiore vulnerabilità. La struttura ospedaliera offra supporto continuo: a casa, le risorse si riducono drasticamente.

Piano di follow-up chiaro

Riferimenti del consultorio, della psicologia perinatale, e la sensazione concreta di non essere sola: parte integrante di una dimissione di qualità.

## INDICATORI TRASVERSALI

# Fattori di rischio da monitorare in tutte le fasi

Indipendentemente dalla fase del percorso, esistono indicatori che richiedono un'attenzione clinica sistematica perché aumentano significativamente la probabilità di sviluppare un disturbo mentale perinatale.



# Principali indicatori di rischio

*Secondo Howard & Khalifeh, 2020; Raine et al., 2020*



Traumi o lutti perinatali pregressi

Aborto spontaneo, morte in utero, lutti non elaborati: possono riemergere in prossimità del parto con intensità inattesa.



Disturbi d'ansia o dell'umore pregressi

Il predittore più robusto di psicopatologia perinatale. Richiede continuità tra salute mentale e équipe perinatale.



Pregresso percorso per infertilità

Attesa prolungata, controllo medico intensivo e fragilità dell'identità materna costruita sulla difficoltà.



Violenza domestica

Richiede protocolli di sicurezza specifici. Riconoscerne i segnali è responsabilità di tutta l'équipe.



Assenza di rete di supporto

L'isolamento sociale amplifica ogni fattore di rischio e riduce le risorse di coping disponibili.

INDICATORI TRASVERSALI

# Come rispondere alla rilevazione del rischio



La rilevazione non deve tradursi in un'escalation allarmante, ma nell'attivazione di una risposta **proporzionata, mirata e non stigmatizzante.**



## ELEMENTI TRASVERSALI

# Ciò che fa davvero la differenza

In tutte e tre le fasi, ciò che favorisce un clima facilitante non sono gli interventi straordinari, ma la **qualità quotidiana della presenza degli operatori.**



#### ELEMENTI TRASVERSALI

## Coerenza Comunicativa nell'Équipe

La frammentazione delle informazioni — operatori che si contraddicono, indicazioni discordanti — è una delle principali fonti di ansia per le donne nel percorso nascita.

La coerenza non richiede che ogni operatore dica esattamente le stesse cose, ma che ci sia un **linguaggio condiviso** e un **orientamento comune** — e la capacità di rimandare alla figura di riferimento quando la risposta va oltre la propria competenza.

ELEMENTI TRASVERSALI

# Linguaggio Rispettoso e Non Infantilizzante

Il rispetto linguistico è un atto clinico.

Il modo in cui si parla alla donna — la scelta delle parole, il tono, la postura — trasmette messaggi impliciti sulla considerazione in cui è tenuta come persona. Un linguaggio che infantilizza o semplifica eccessivamente comunica, anche involontariamente, un rapporto asimmetrico in cui la donna **non è pienamente riconosciuta** nella sua capacità di comprendere e decidere.

ELEMENTI TRASVERSALI

# Micro-rituali Relazionali

Gesti che non richiedono tempo aggiuntivo, ma richiedono **intenzione**. Segnalano alla donna che è vista come persona, non solo come paziente.



Presentarsi prima di entrare



Chiamare la donna per nome



Spiegare prima di agire



Salutare al termine del turno

Hanno un impatto sproporzionato rispetto al tempo che costano — e costruiscono quella **sicurezza relazionale** che è il terreno su cui ogni intervento clinico risulta più efficace.

ELEMENTI TRASVERSALI

## Spazi di Parola Autentici

Ogni operatore dovrebbe saper aprire uno spazio — anche breve — in cui la donna possa sentirsi ascoltata nella sua esperienza soggettiva, non soltanto valutata nei parametri clinici.

“

«Com'è stato per lei oggi?»

”

“

«C'è qualcosa che la preoccupa particolarmente?»

”

Una domanda aperta può essere sufficiente ad aprire un dialogo — o a segnalare la necessità di coinvolgere la figura psicologica dell'équipe.



Spesso non sono gli  
interventi straordinari a fare  
la differenza.

*È la qualità della presenza  
ordinaria.*

# Bibliografia

Barr, R., Brito, N., & Zoccolillo, M. (2024). Partner support and maternal mental health in the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 342*, 85–96.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*(6), 782–786.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Fenaroli, V., Saita, E., & Molgora, S. (2019). Fear of childbirth and depressive symptoms during pregnancy: The mediating role of sense of coherence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 37*(2), 195–206.  
<https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20769>

McCarthy, F. P., et al. (2021). Previous traumatic birth and risk of post-traumatic stress disorder in subsequent pregnancy and childbirth: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 225*(2), 143–154.

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226–232.

Raine, A., et al. (2020). Risk factors for perinatal mental health disorders: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 23*, 1–16.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269–281.  
<https://doi.org/10.1080/14616730500245906>

Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Mental health and well-being in the perinatal period*. WHO.

World Health Organization, & UNICEF. (2020). *Baby-friendly hospital initiative training course for maternity staff: Director's guide*. WHO.