



Il Post-Partum nelle Situazioni di Nascita con Patologia o Sindrome Genetica

Aspetti clinici, relazionali, familiari e organizzativi per la formazione dei
clinici

Introduzione al Percorso Formativo

Perché Questo Tema Richiede una Formazione Specifica

Il post-partum non è mai un semplice "dopo il parto". È una fase di intensa riorganizzazione biologica, psicologica, relazionale e identitaria. Quando il neonato nasce con una patologia, una malformazione o una sindrome genetica, questa transizione assume la forma di una **crisi complessa** ad alta intensità emotiva, clinica e organizzativa.



Un Post-Partum Qualitativamente Diverso

La traiettoria immaginata della nascita viene interrotta da una realtà segnata da incertezza diagnostica, separazione, medicalizzazione e paura. Il rischio psicologico non dipende solo dalla gravità clinica oggettiva, ma anche da:

Come si comunica

Le modalità di disclosure influenzano profondamente l'elaborazione

Quanto si include

Il grado di partecipazione dei genitori alla cura del neonato

Come si sostiene

La capacità dell'équipe di contenere il legame nascente

Malouf et al., 2021; Ionio et al., 2016; Crombag et al., 2025

La Competenza che Serve



La formazione non può limitarsi alla conoscenza del post-partum "ordinario". Deve sviluppare una competenza capace di leggere il **post-partum patologico o traumatico** come uno spazio in cui:

Questi due bisogni sono **inseparabili**: la qualità della cura si misura anche sulla qualità della presenza, della comunicazione e della continuità assistenziale.

Cura tecnica

Competenza clinica precisa e aggiornata

Contenimento psicologico

Presenza, ascolto e supporto emotivo

Shetty et al., 2023; Labrie et al., 2021

CAPITOLO 1

La Nascita come Rottura della Continuità Attesa

Come la diagnosi postnatale trasforma la traiettoria immaginata della genitorialità

Il Bambino Immaginato

Nel corso della gravidanza, la donna e la coppia costruiscono progressivamente una narrazione del bambino atteso: immaginano il volto, la salute, il rientro a casa, l'allattamento, la vita futura. Quando emerge una patologia, questa narrazione subisce una **frattura improvvisa e profonda**.

Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025



Non è la Perdita del Bambino Reale

Perdita della prevedibilità

Il futuro immaginato non è più accessibile come cornice rassicurante

Perdita della competenza percepita

Il genitore si sente improvvisamente inadeguato rispetto al proprio ruolo

Perdita del "post-partum normale"

L'immagine del rientro a casa, dell'allattamento, della quotidianità svanisce

Perdita del controllo

Il ruolo genitoriale viene bruscamente ridefinito dall'esterno

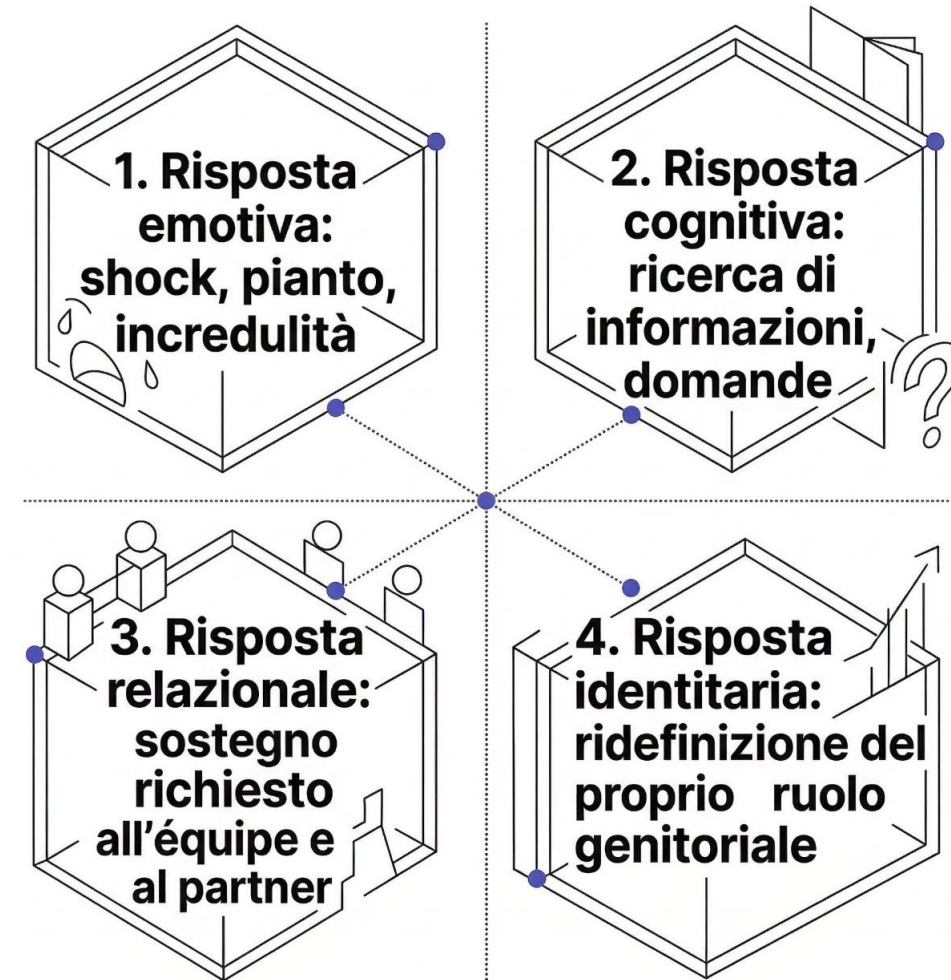
Molti genitori descrivono la diagnosi come un **"giorno zero"** che riorganizza la memoria del parto, i primi contatti col neonato e persino la percezione del proprio corpo.

Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025

Implicazione Clinica per I professionisti

La reazione dei genitori non è solo una risposta al dato medico. È una risposta a **molteplici perdite simultanee** che richiedono un doppio livello di cura:

- Quando il contenimento manca, l'evento rischia di cristallizzarsi come **trauma relazionale** oltre che medico.



Bisogno informativo

Capire cosa accade clinicamente

Bisogno contenitivo

Essere accolti simbolicamente e emotivamente

Non Solo il "Cosa", ma il "Come"

Cosa

Le parole utilizzate per comunicare la diagnosi

Quando

Il momento scelto per la comunicazione

Dove

Il contesto ambientale dell'incontro

Da chi

Il professionista e la relazione già instaurata

Le revisioni sui vissuti dei genitori dopo diagnosi di anomalie congenite sottolineano che tutti questi fattori hanno un peso clinico documentato sulla successiva elaborazione dell'esperienza.

Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025; Labrie et al., 2021

CAPITOLO 2

Vulnerabilità Psicologica nel Post-Partum Patologico

Depressione, ansia e trauma: riconoscere le manifestazioni eterne del distress genitoriale

Un Rischio Aumentato e Documentato

2024

Meta-analisi

Conferma che il ricovero in TIN ostacola la transizione alla genitorialità e si associa a elevati livelli di stress, ansia e depressione

2021

Revisione sistematica

Stima che sintomi di ansia e stress post-traumatico siano frequenti e clinicamente rilevanti tra i genitori di neonati ricoverati

2023

Meta-analisi

Documenta i fattori di rischio psicosociale nei genitori di neonati ricoverati in unità neonatali intensive

Malouf et al., 2021; Shetty et al., 2023; Malouf et al., 2024



I Fattori di Rischio Associati



Il Rischio Non è Solo Clinico

Il trauma può emergere in assenza di conclamate condizioni psichiatriche. I fattori ambientali e organizzativi — spesso sottovalutati — hanno un peso documentato quanto le caratteristiche individuali del genitore.

- Il rischio psicologico emerge anche in genitori senza storia psicopatologica precedente.

Malouf et al., 2024; Shetty et al., 2023; Ionio et al., 2016

Le Molte Facce del Distress Genitoriale

Il trauma non ha un'unica forma riconoscibile. Il personale deve imparare a leggere manifestazioni eterogenee e a volte controintuitive:

Iperattivazione

Pianto frequente, ipervigilanza, incapacità di staccarsi dal monitor, bisogno insistente di informazioni

Ritiro

Apparente freddezza, distacco, difficoltà a nominare o toccare il bambino, blocco emotivo

Intellettualizzazione

Eccessivo tecnicismo, focalizzazione ossessiva sui parametri clinici, ritorno precoce al lavoro

Tutte queste configurazioni possono essere manifestazioni della stessa difficoltà di **mentalizzare e integrare l'evento**.

Malouf et al., 2021; Shetty et al., 2023; Ionio et al., 2016

CAPITOLO 3

La TIN e l'ambiente ospedaliero come Fattore Clinico in Sé

L'ambiente ospedaliero non è neutro: come lo spazio di cura amplifica o attenua il distress

L'Ambiente che Amplifica il Distress

La TIN è indispensabile per la sopravvivenza del neonato, ma può agire come **fattore amplificante del distress**. Studi qualitativi descrivono l'effetto di elementi apparentemente "neutri":

Allarmi e rumori

Suoni costanti che mantengono il sistema nervoso in stato di allerta

Mancanza di privacy

Assenza di spazi personali in un momento di estrema vulnerabilità

Regole rigide di accesso

La sensazione di essere ospiti, non genitori nel luogo di cura

Tecnologia dominante

Il bambino appare "appartenere" all'ospedale più che alla famiglia

Malouf et al., 2024; Ionio et al., 2016; Rihan et al., 2021



La Separazione Simbolica dal Ruolo Genitoriale

Cosa Vivono i Genitori

La separazione fisica diventa spesso anche **separazione simbolica**: i genitori si sentono temporaneamente espropriati della funzione di cura. Il bambino è "nelle mani" dell'ospedale, non nelle loro.

Questo senso di espropriazione alimenta il distress, riduce il senso di competenza genitoriale e può ostacolare il legame precoce.

Malouf et al., 2024; Labrie et al., 2021; Ionio et al., 2016

Implicazione per la Formazione

Alcune dimensioni apparentemente organizzative hanno un **impatto clinico diretto**:

- Orari e modalità di accesso
- Coerenza delle informazioni
- Possibilità di contatto fisico col neonato
- Disponibilità di spazi di ascolto e parola

La Comunicazione come Parte del Trattamento

La revisione sistematica di Labrie e colleghi dimostra che la comunicazione tra équipe e genitori durante l'ospedalizzazione neonatale influenza direttamente ansia, fiducia e partecipazione alla cura.

Comunicazione inefficace

Informazioni incoerenti, tardive o eccessivamente tecniche **aumentano il distress** e riducono la fiducia nell'équipe

Comunicazione efficace

Una comunicazione chiara, consistente e rispettosa favorisce **orientamento, sicurezza e partnership** tra famiglia e équipe

📄 Non si tratta solo di "dire bene" le cose. La comunicazione è parte integrante del **piano di trattamento**.

CAPITOLO 4

Diagnosi Genetica e Comunicazione

Il primo intervento è il modo in cui si parla: preparare il personale alla disclosure postnatale

Il Momento della Diagnosi: una Memoria Permanente

Gli studi qualitativi mostrano che i genitori che ricevono una diagnosi postnatale di sindrome genetica ricordano quel momento in modo vivido anche a distanza di anni. Non ricordano solo le parole, ma:

- Il volto e la postura del professionista**
La comunicazione non verbale trasmette tanto quanto le parole
- La presenza o assenza del partner**
Essere soli in quel momento amplifica la sensazione di abbandono
- Il grado di speranza trasmesso**
La chiusura o apertura del colloquio orienta la prima elaborazione

Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025



Tre Registri da Integrare Simultaneamente

1

Registro Informativo

I genitori hanno bisogno di capire cosa sta accadendo clinicamente. Le informazioni devono essere chiare, progressive e comprensibili

2

Registro Emotivo

In assenza di contenimento emotivo, il dato clinico viene spesso recepito in modo frammentato o distorto dalla paura

3

Registro Narrativo

La diagnosi va inserita in un racconto che permetta ai genitori di continuare a vedere il bambino come figlio e non solo come caso clinico

Labrie et al., 2021; Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025

Gestire l'Incertezza Diagnostica

Nei casi in cui il sospetto diagnostico sia ancora in definizione, anche la gestione dell'incertezza è parte della cura. Il personale deve saper nominare l'incertezza senza colludere con:



Falso ottimismo

"Vedrete che andrà bene" — illusorio e spesso controproducente

Catastrofismo precoce

Amplificare i rischi prima di avere dati certi genera trauma inutile

Cosa Fa la Differenza: Esperienze Positive vs Negative

Esperienze percepite come traumatiche

Comunicazione fredda, impersonale, frammentata o eccessivamente centrata sulla patologia — associata a maggiore difficoltà nell'avvio del legame

Esperienze percepite come contenitive

Comunicazione empatica, progressiva, realistica ma non schiacciata sul deficit — facilita la prima organizzazione mentale dell'esperienza

Le revisioni recenti sul counselling per anomalie congenite sottolineano la necessità di percorsi comunicativi più **strutturati, multidisciplinari e family-centered**.

Dandy et al., 2024; Crombag et al., 2025

CAPITOLO 5

La Relazione Precoce Madre-Bambino

Quando l'attaccamento deve nascere "attraverso" la patologia: vulnerabilità e risorse del legame



Come si Costruisce il Legame Precoce

Nei primi giorni di vita il legame genitore-bambino si costruisce attraverso **microsequenze corporee e relazionali concrete**: guardare, toccare, nutrire, consolare, riconoscere i segnali, sentirsi efficaci nel calmare il bambino.

La nascita con patologia o il ricovero in TIN altera profondamente questa dinamica.

Leppänen et al., 2024; Ionio et al., 2016

Cosa Può Ostacolare il Legame

Separazione fisica

La madre non può prendere in braccio o allattare direttamente il neonato nei primi momenti

Contesto altamente medicalizzato

Il bambino viene percepito come fragile o "non disponibile" sul piano interattivo

Segnali meno leggibili

In alcune condizioni neurologiche, genetiche o post-operatorie il bambino offre segnali meno contingenti

Vissuti di estraneità

Paura di far male, evitamento del contatto, ipercontrollo o senso di inadeguatezza

Leppänen et al., 2024; Ionio et al., 2016; Malouf et al., 2024

Un Messaggio Non Deterministico

Cosa Dice la Letteratura

Il legame non è "compromesso" in modo inevitabile. È più **vulnerabile** e più dipendente dalla qualità del supporto ricevuto.

Interventi precoci orientati alla relazione possono migliorare significativamente la qualità dell'interazione genitore-bambino.

Interventi Efficaci Documentati

- Favorire il contatto precoce e il skin-to-skin
- Aiutare i genitori a leggere i segnali del neonato
- Includere i genitori come parte attiva della cura
- Ridurre la posizione mentale dominata dal trauma

La review del 2024 sugli interventi psicosociali precoci conferma esiti relazionali più positivi quando i genitori si sentono **competenti e partecipi**.

Leppänen et al., 2024; Yarlagadda et al., 2025

CAPITOLO 6

L'Allattamento nel Post-Partum Complesso

Oltre il nutrimento: tra identità, colpa e simbolizzazione nel contesto della patologia neonatale

L'Allattamento in TIN: un'Esperienza Ambivalente

Nella TIN l'avvio dell'allattamento viene spesso mediato da dispositivi, sonde, tiralatte e ritardi nella suzione diretta. Le madri descrivono l'estrazione del latte come un'esperienza profondamente ambivalente:

Connessione

Un modo per mantenere un legame corporeo con il bambino quando il contatto fisico diretto è impossibile o limitato

Distanza

Un gesto meccanico che enfatizza la separazione e la perdita dell'esperienza immaginata di poppata



Le Barriere Specifiche nella Sindrome di Down



Oltre la Barriera Pratica

Lo studio qualitativo del 2024 sulle madri di bambini con sindrome di Down mostra che la difficoltà ad allattare non viene vissuta solo come problema pratico, ma come **ferita identitaria**.

- Il corpo vissuto come "inadeguato" o "difettoso"
- Senso di colpa intenso
- L'allattamento percepito come imperativo morale

Rodríguez et al., 2025; Ozsavran & Sasmaz, 2024

Il Compito Delicato del Personale

Promuovere senza imporre

Sostenere l'allattamento quando possibile, senza trasformarlo in una prova di adeguatezza materna

Riconoscere il peso della pressione

La percezione di dover allattare a tutti i costi può peggiorare gli esiti di salute mentale e ridurre la durata dell'allattamento

Centrare il benessere della diade

Il centro non è la prestazione, ma la continuità del legame e il benessere condiviso di madre e bambino

📄 **Ansia, stress e depressione materna si associano a un avvio più difficile della lattazione. La salute mentale della madre è parte della cura dell'allattamento.**

Rodríguez et al., 2025; Ozsavran & Sasmaz, 2024; Hoff et al., 2019

CAPITOLO 7

Il Padre e il Partner

Il "genitore invisibile": sofferenza non intercettata e risorse non attivate



Il Genitore Meno Visto

La letteratura sulla TIN e sul post-partum patologico descrive una tendenza ricorrente e documentata: i padri soffrono molto, ma vengono meno interrogati, meno osservati e meno inclusi nei percorsi di cura.

Alcuni studi mostrano livelli clinicamente significativi di sintomi depressivi, ansiosi o post-traumatici nei padri di neonati ricoverati o fragili — con modalità di espressione spesso meno riconoscibili rispetto a quelle materne.

Baldoni et al., 2021; Malouf et al., 2024; Ionio et al., 2016

Come Si Manifesta la Sofferenza Paterna

Evitamento e ritiro

Allontanamento emotivo dalla situazione, difficoltà a stare nel reparto o con la partner

Fuga nel lavoro

Ritorno precoce alle attività lavorative come via di uscita da un ambiente percepito come insostenibile

Iperfocalizzazione clinica

Attenzione ossessiva ai parametri, ai monitor, ai dati — come tentativo di controllare l'incontrollabile

Conflittualità

Tensione con il personale sanitario come scarico dell'impotenza e della frustrazione

☐ Queste manifestazioni possono essere lette superficialmente come **disinteresse**, quando in realtà rappresentano modalità di coping di fronte a un'intensa impotenza.

Il Valore del Coinvolgimento Paterno



La Kangaroo Care e l'Identità Paterna

La revisione sistematica del 2025 sulla paternità e la kangaroo care evidenzia che il coinvolgimento paterno nel contatto e nella cura favorisce:

- Il legame precoce con il bambino
- Il senso di identità e competenza paterna
- La riduzione dei sintomi ansiosi paterni

📄 Studi qualitativi mostrano che i padri chiedono più ascolto, più riconoscimento e meno **invisibilità**.

Implicazioni per la Formazione dei clinici

Rivolgersi spontaneamente a entrambi

Non aspettare che il padre chieda. Includere attivamente il partner in ogni interazione clinica

Validare esplicitamente la fatica

Nominare la difficoltà del partner come legittima e degna di attenzione clinica

Non ridurre il padre a supporto logistico

Il padre non è solo un accompagnatore. È un genitore con bisogni propri e risorse proprie

Quando il padre è escluso, il sistema familiare perde una risorsa essenziale di **co-regolazione**.

Baldoni et al., 2021; Yarlagadda et al., 2025; Urbanosky et al., 2023

CAPITOLO 8

La Coppia come Sistema

Asimmetrie emotive, fraintendimenti e rischio di frattura nel post-partum patologico



La Coppia in Crisi: Asimmetrie Emotive

Quando il bambino nasce con una patologia, anche la coppia attraversa una riorganizzazione critica. Le differenze nel modo di elaborare l'evento non sono marginali e possono generare distanza e incomprensione:

Lei

Può esprimere un trauma più visibile, vivere l'allattamento con alto valore simbolico, cercare contenimento emotivo e condivisione

Lui

Può minimizzare, rifugiarsi nell'operatività, vedere l'allattamento come problema pratico da risolvere, evitare l'emozione

Persson et al., 2024; Ionio et al., 2016

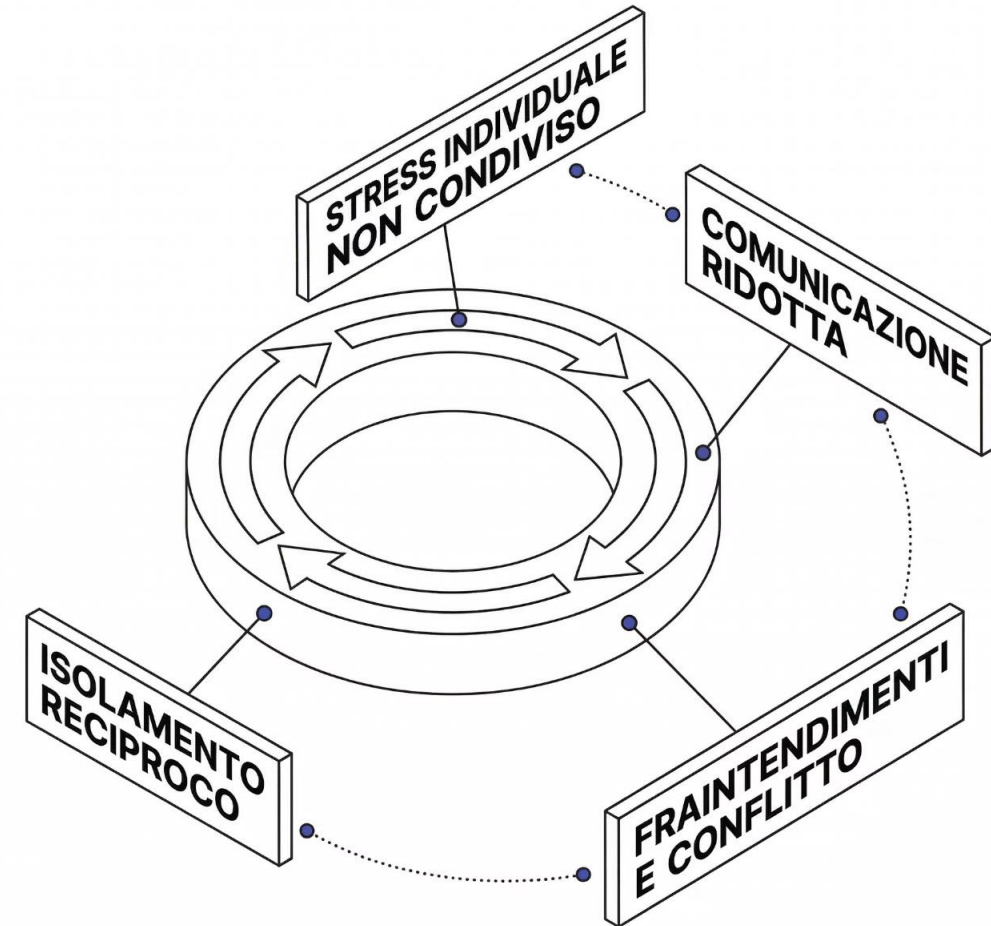
Cosa Dice la Letteratura sulla Coppia

L'Impatto sul Sistema di Coppia

Studi sui genitori di neonati in TIN mostrano che lo stress post-partum correla negativamente con:

- Coesione di coppia
- Soddisfazione relazionale
- Qualità della comunicazione

Il modo in cui i partner riescono — o non riescono — a **mentalizzare reciprocamente** le proprie reazioni influenza la qualità dell'ambiente emotivo in cui il bambino verrà accolto.



Lo Sguardo Sistemico del Clinico

Non basta osservare "come sta la madre". È importante cogliere come la coppia si organizza:

Si parlano?

Comunicano tra loro o ogni informazione passa attraverso l'équipe?

Si sostengono?

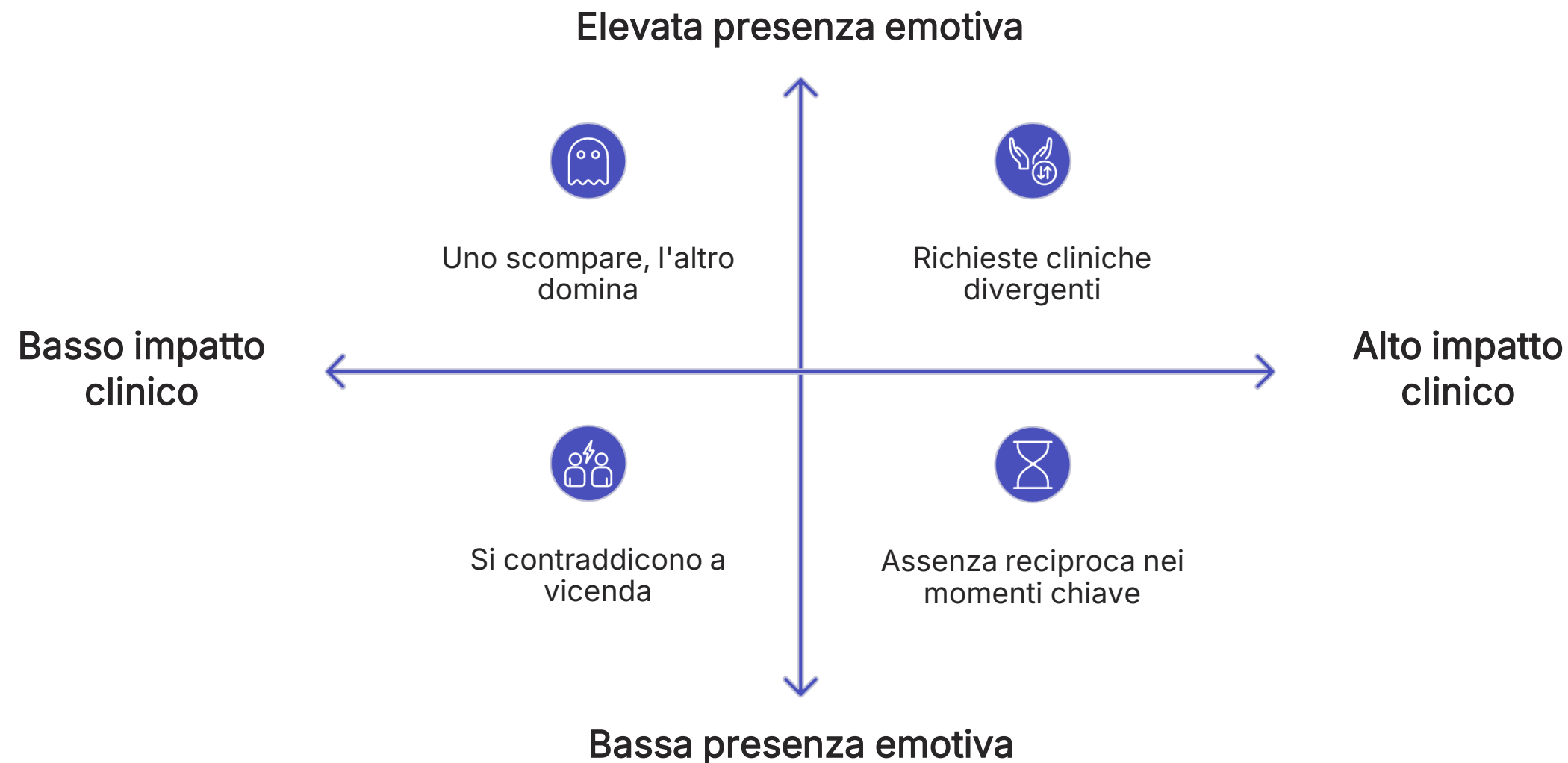
C'è reciprocità emotiva o uno dei due porta tutto il peso?

Richieste divergenti?

Ci sono segnali di disallineamento nelle aspettative cliniche o relazionali?

Lo scopo non è fare terapia di coppia, ma il **semplice atto di restituire uno spazio comunicativo comune** può avere un valore clinico rilevante.

Segnali di Disallineamento da Riconoscere



Riconoscere questi segnali è il primo passo per attivare risorse di supporto appropriate, incluso il rinvio a figure specializzate nel supporto psicologico perinatale.

Persson et al., 2024; Ionio et al., 2016

SINTESI FORMATIVA

Cosa Cambia nella Pratica Quotidiana

Le competenze che il professionista clinico deve sviluppare per sostenere le famiglie nel post-partum patologico

Le Competenze Chiave per l'Équipe

01

Lettura del distress

Riconoscere le forme eteree del trauma genitoriale, anche quelle non evidenti o controintuitive

02

Comunicazione integrata

Padroneggiare i tre registri: informativo, emotivo e narrativo, adattandoli al contesto

03

Sguardo sistemico

Osservare non solo il singolo genitore, ma la coppia come sistema e il padre come soggetto di cura

04

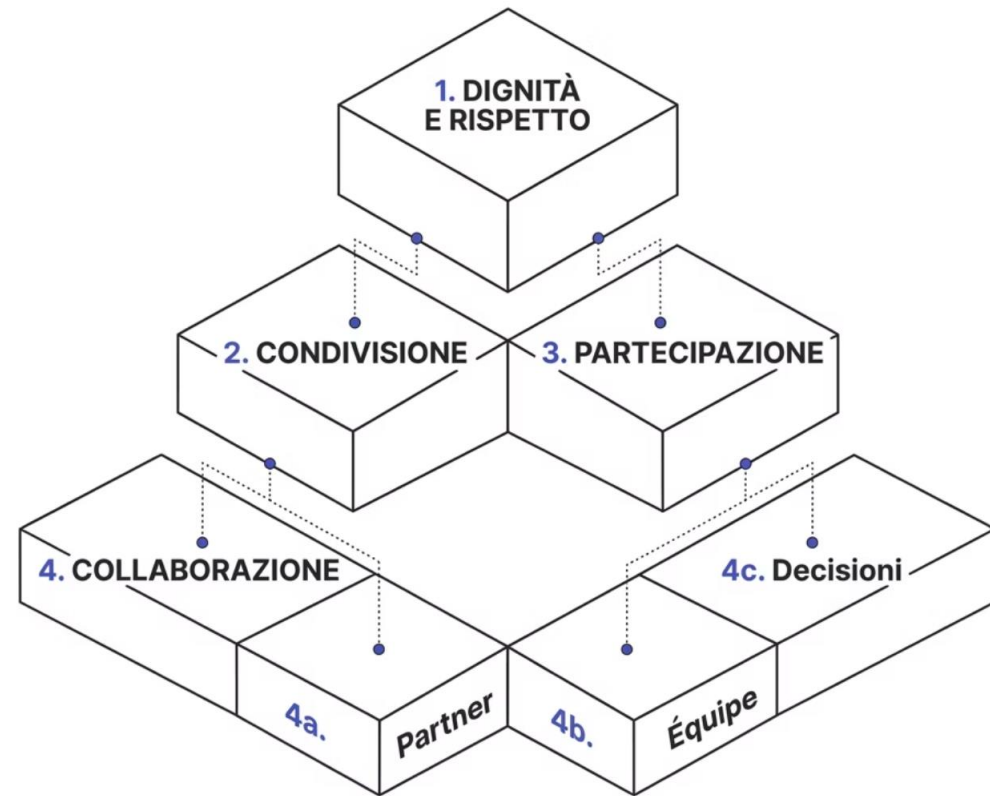
Cura dell'ambiente

Riconoscere che le scelte organizzative hanno un impatto clinico diretto sulla salute mentale dei genitori

Malouf et al., 2021; Shetty et al., 2023; Malouf et al., 2024; Labrie et al., 2021; Leppänen et al., 2024



Family-Centered Care: il Principio Guida

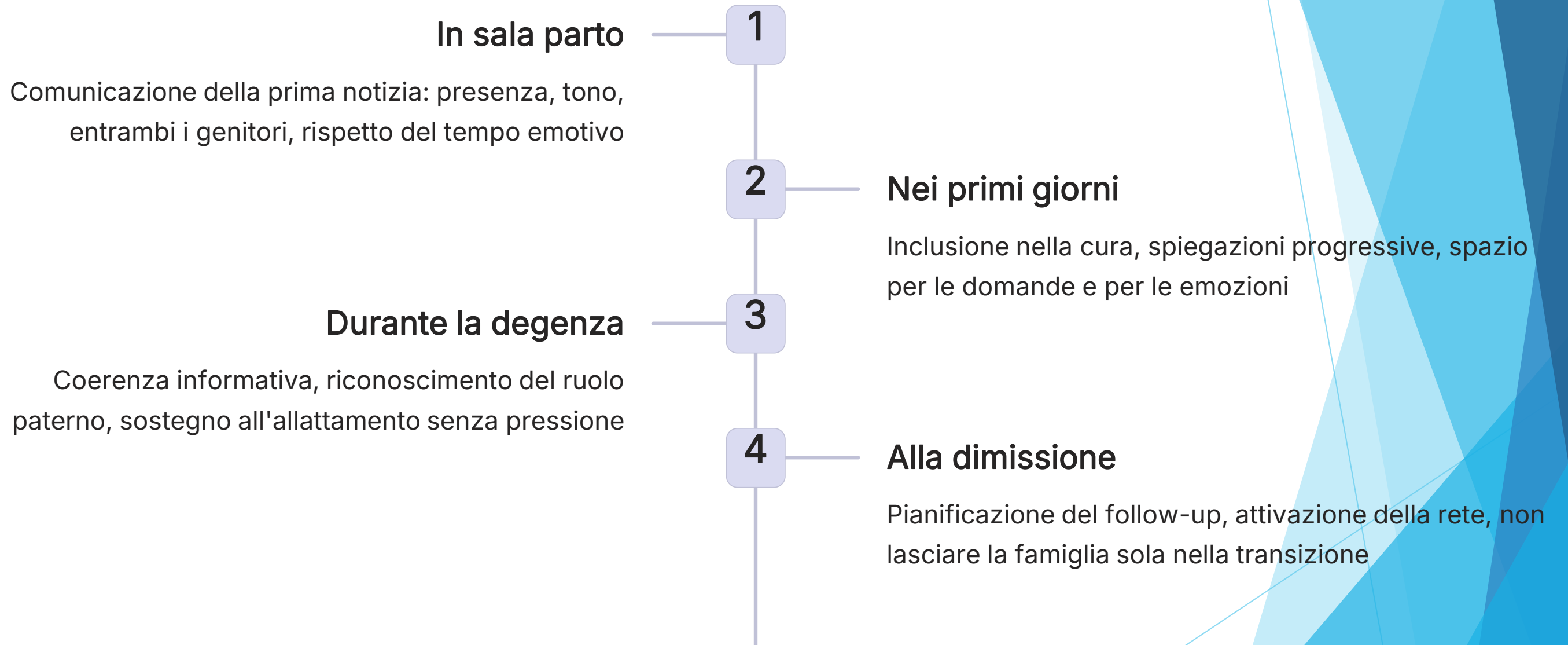


Un Orientamento, Non una Tecnica

Il family-centered care non è un protocollo da applicare, ma un orientamento culturale che ridefinisce il ruolo della famiglia da **visitatore passivo a partner attivo della cura**.

Questo implica ripensare orari, spazi, modalità comunicative e processi decisionali in chiave inclusiva e rispettosa.

La Continuità Assistenziale Come Cura





Punti di Attenzione Trasversali

Non minimizzare né catastrofizzare

Mantenere un equilibrio tra realismo e speranza in tutte le comunicazioni, soprattutto in presenza di incertezza diagnostica

Riconoscere le perdite multiple

La diagnosi non è solo un fatto medico: è la perdita del bambino immaginato, della genitorialità attesa, della traiettoria prevista

Non misurare il valore materno sull'allattamento

Il benessere della diade e la continuità del legame vengono prima della performance dell'allattamento

Includere sempre il partner

Il padre non è un accompagnatore: è un genitore con bisogni propri che richiede attenzione clinica specifica

Malouf et al., 2021; Shetty et al., 2023; Rodríguez et al., 2025; Baldoni et al., 2021; Dandy et al., 2024



Il Valore della Presenza

La qualità della cura si misura non soltanto sulla correttezza clinica, ma anche sulla qualità della presenza, della comunicazione, dell'integrazione multiprofessionale e della continuità assistenziale.

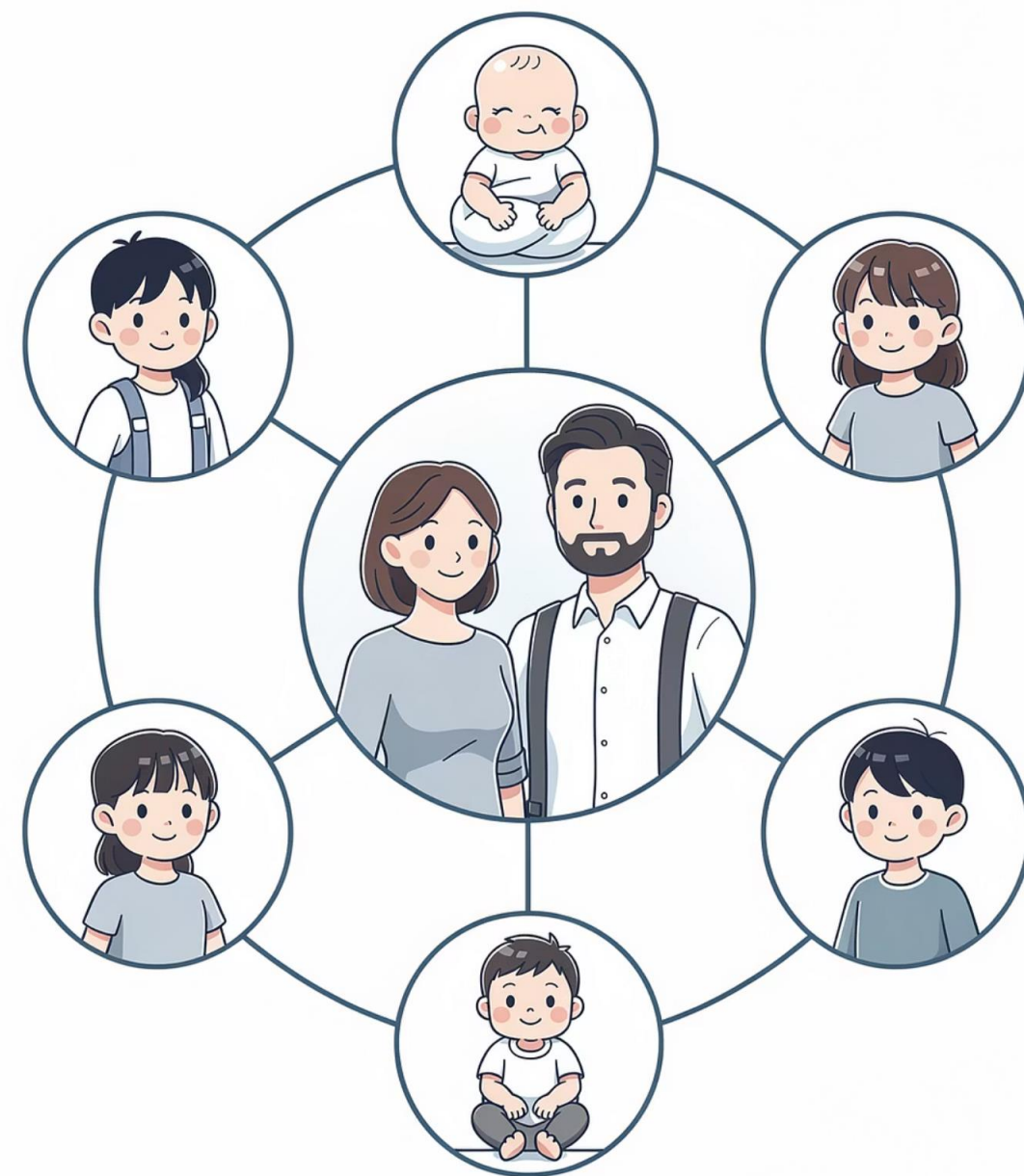
È in questo spazio — tra competenza tecnica e cura relazionale — che il professionista può fare la differenza più significativa nella vita di queste famiglie.

Labrie et al., 2021; Leppänen et al., 2024; Paraíso-Pueyo et al., 2025

Il Post-Partum è un Evento Familiare

La letteratura recente invita chiaramente a una prospettiva **family-centered**: il benessere materno, paterno, della coppia e degli altri figli è strettamente interconnesso. I sintomi di ciascun membro influenzano l'intero micro-sistema.

Garthus-Niegel et al. (2021).



Lo Sguardo Deve Allargarsi



Il personale deve prestare attenzione non solo alla madre biologica, ma all'**architettura complessiva del sostegno familiare.**

- Chi c'è? Chi manca? Chi è sopraffatto?
- Ci sono altri figli? Patologie nel partner?
- La rete sociale è presente o assente?
- Esistono vulnerabilità economiche o migratorie?

Dennis et al. (2023).

Fragilità del Partner: un Rischio Sistemico

Rischio individuale

Il benessere del partner è un valore in sé, indipendente dalla funzione di supporto alla madre.

Rischio sistemico

La fragilità del partner compromette la stabilità dell'intero assetto di caregiving e la sicurezza del bambino.

Integrazione necessaria

Gravi patologie di un genitore richiedono integrazione tra area perinatale, salute mentale degli adulti e servizi territoriali.

Harries et al. (2023).

I Fratelli Maggiori: Un Bambino Non Arriva Mai nel Vuoto

La nascita di un nuovo bambino è sempre una **transizione critica** per il primogenito. Quando il neonato nasce con patologia o disabilità, la complessità aumenta ulteriormente.

I siblings di bambini con disturbi del neurosviluppo possono presentare sia fattori di vulnerabilità sia traiettorie di adattamento positivo.

Kirchhofer et al. (2022).



Come Reagiscono i Fratelli Piccoli

1

Regressioni

Ritorno a comportamenti di fase precedente

2

Aggressività

Scarica emotiva verso figure di attaccamento

3

Maggiore dipendenza

Richiesta amplificata di presenza e rassicurazione

4

Ansia da separazione

Protesta intensa alle separazioni dai genitori

cambiamenti emotivi e comportamentali nei primogeniti durante la transizione alla fratellanza

Zhang et al. (2023)

Quando il Neonato Riceve una Diagnosi Complessa



**Silenzio e
Confusione
informazioni
non condivise,
esclusione
emotiva**



**Iperprotezione
evitamento
del tema,
genitori
iper-presenti**

I siblings possono trovarsi in climi familiari molto diversi, tutti potenzialmente destabilizzanti se non supportati.

Molto dipende dal clima emotivo familiare, dalle risorse di supporto e dalla possibilità di dare senso alla situazione.

interventi psicosociali specifici migliorano benessere e resilienza nei fratelli di persone con condizioni del neurosviluppo.

Kirchhofer et al. (2022); Wolff et al. (2023):

Cosa Può Fare il Clinico Rispetto ai Siblings

Chiedere sempre

Ci sono altri figli in famiglia? Come stanno? Come li nomina il genitore?

Considerare l'impatto della diagnosi

Anche i fratelli vivono la diagnosi del neonato, spesso senza parole e senza spazio per farlo.

Osservare il linguaggio

Come i genitori parlano dei figli maggiori rivela il grado di integrazione familiare del nuovo evento.

Facilitare un linguaggio condiviso

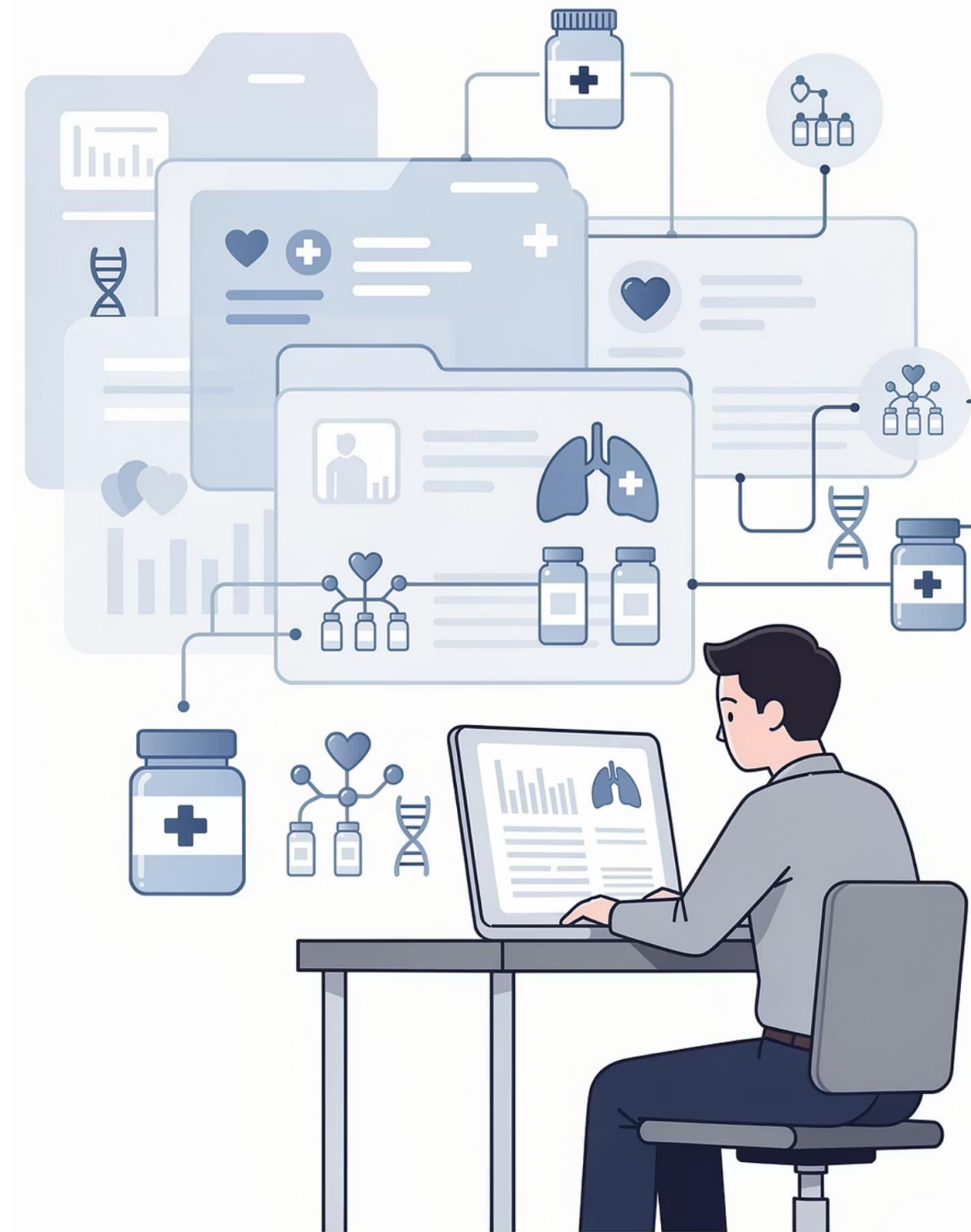
Aiutare i genitori a trovare parole appropriate per i figli più grandi, meno traumatiche e più condivisibili.

Cuskelly & Gunn (2006); Kirchhofer et al. (2022).

MODULO 12

Il Post-Partum Non Avviene Mai in un Terreno Neutro

Alcune famiglie arrivano alla nascita con **vulnerabilità già presenti**: figli con ADHD o disabilità, storia di neurodiversità, psicopatologia del partner, malattie rare, percorsi di infertilità, lutti perinatali precedenti.



ADHD e Neurodiversità: Complessità che si Sovrappone

Cross-aggregazione tra fratelli

Esiste una correlazione significativa tra ADHD e autismo tra fratelli, che può aumentare nei genitori l'**ansia anticipatoria** rispetto allo sviluppo del nuovo nato.

Quando la **madre stessa presenta ADHD**, il postpartum può essere particolarmente difficile per disorganizzazione, impulsività e sovraccarico esecutivo.

Miller et al. (2019); Scoten et al. (2024).

Rischio per il nuovo nato

Ansia anticipatoria sullo sviluppo neurologico

Rischio per la madre

Sovraccarico esecutivo, disorganizzazione postpartum

Rischio per il sistema

Riduzione della disponibilità emotiva verso tutti i figli

Malattie Rare: Tre Elementi Ricorrenti

1

Isolamento

Le famiglie si sentono sole, prive di riferimenti e incomprese dal contesto sociale e sanitario.

2

Difficoltà informativa

Fatica nel reperire informazioni affidabili e comprensibili sulla condizione del figlio.

3

Frammentazione assistenziale

Il bisogno di coordinamento delle cure diventa esso stesso fonte di distress psicologico.

Von der Lippe et al. (2022).

Cosa Osservare:

MODULO 13

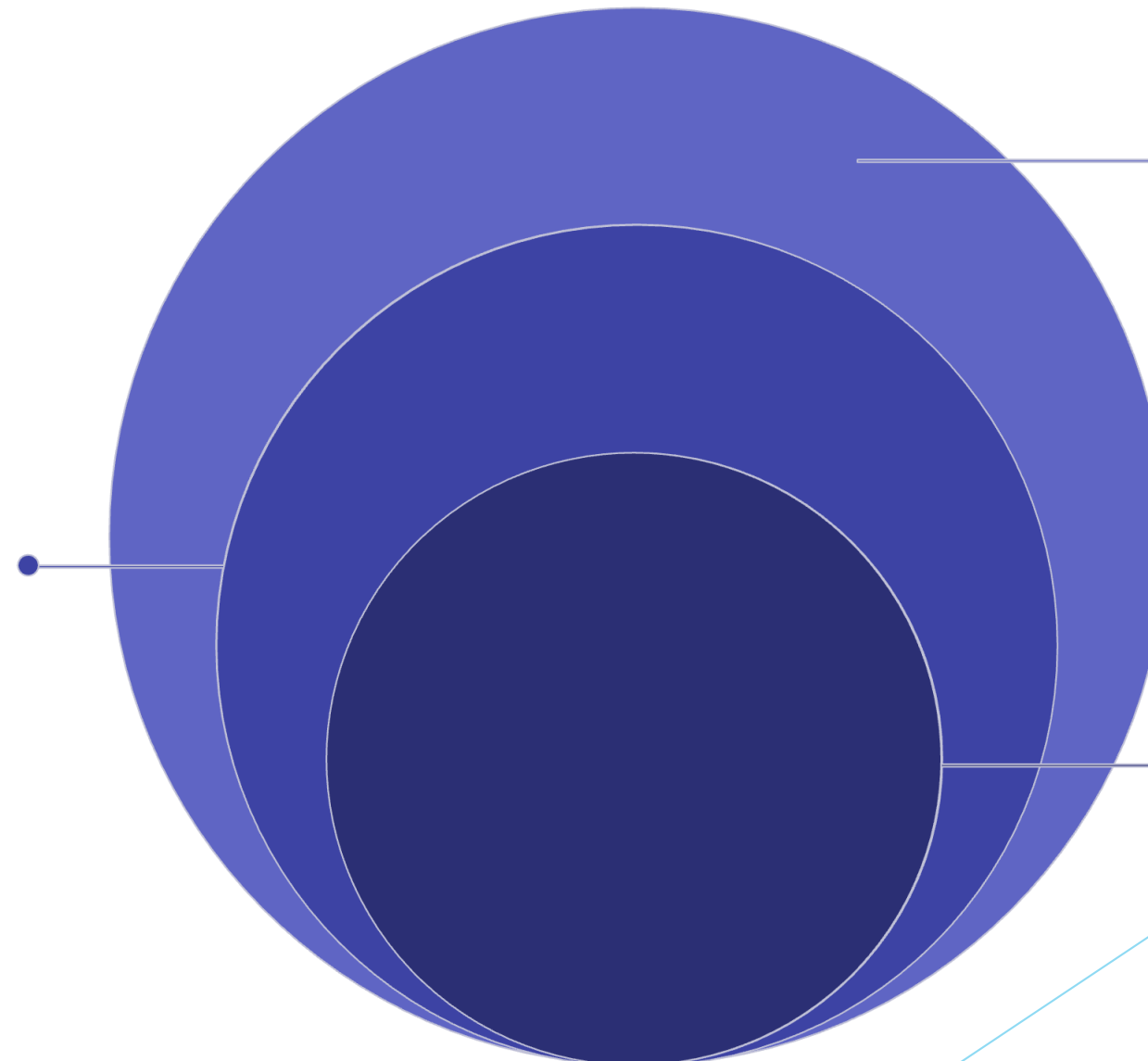
la Competenza Osservativa come Strumento Clinico



Ciò che va osservato non riguarda soltanto la presenza di sintomi formalmente psichiatrici, ma un insieme di **segnali che orientano sul rischio, sulla tenuta e sui bisogni della famiglia.**

L'osservazione non serve a fare etichette, ma a modulare la cura e attivare tempestivamente le risorse adeguate.

Relazionale
Qualità di coppia e
dinamiche familiari



Organizzativo

Rete sociale e continuità
delle cure

Individuale

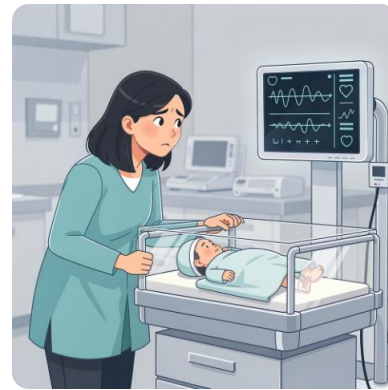
Madre e padre osservati
separatamente

Segnali da Osservare nella Madre



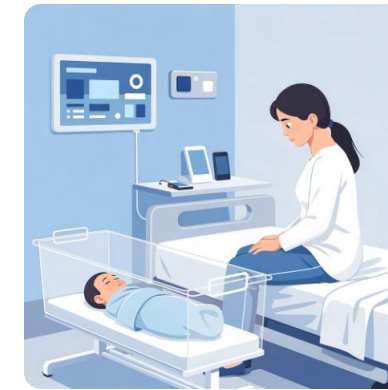
Sintomi emotivi

Pianto frequente, blocco emotivo, dissociazione, sensazione di fallimento o colpa



Sintomi ansiosi

Marcata ansia procedurale, ipervigilanza sui parametri, insonnia non spiegata dai ritmi di cura

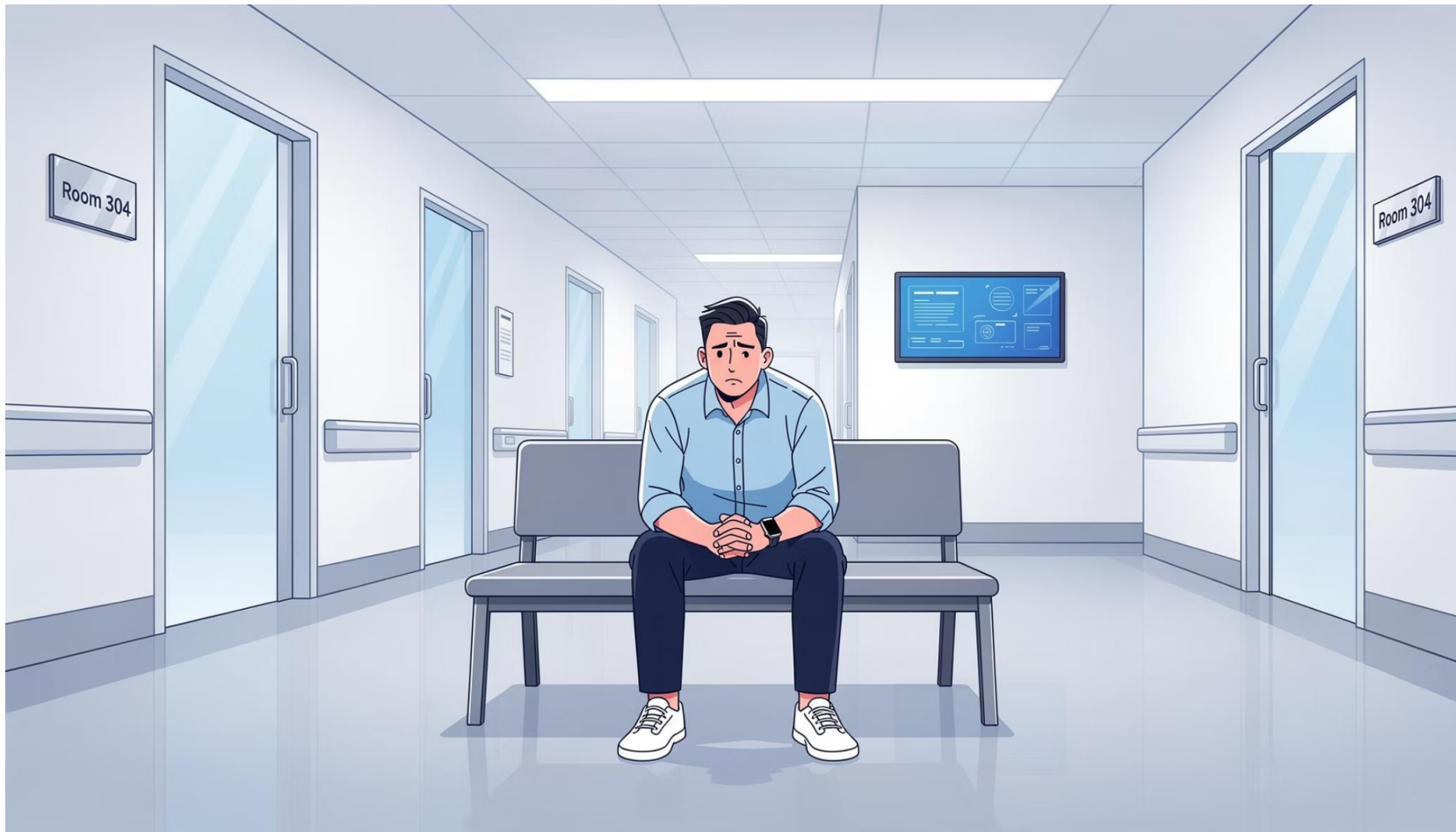


Segnali relazionali

Difficoltà a nominare o toccare il bambino, rigida difensività mascherata da "forza"

Wang et al. (2021); Malouf et al. (2021, 2024)

Segnali da Osservare nel Padre o Partner



- Assenza prolungata o visite molto brevi
- Focalizzazione esclusiva su dati tecnici
- Ritorno immediato al lavoro come unica strategia di coping
- Difficoltà a prendere in braccio il bambino
- Rabbia verso il personale, irritabilità
- Minimizzazione ostinata del problema
- Bisogno insistente di controllo

il punto non è patologizzare, ma riconoscere pattern che segnalano sofferenza non mentalizzata.

Baldoni et al. (2021); Ionio et al. (2016); Urbanosky et al. (2023)

Segnali da Osservare nella Coppia e nel Sistema Familiare

Nella coppia

Non parlarsi o parlare solo attraverso l'équipe.
Contraddirsi ripetutamente, incapacità di condividere una linea comune su nutrimento, presenza, scelte cliniche. Alternanza rigida tra uno iperattivo e uno passivo.

Nel sistema allargato

Isolamento sociale, assenza di rete, clima emotivo saturato. Sovraccarico in un solo caregiver. Difficoltà a tenere presenti i bisogni degli altri figli.

Persson et al. (2024), Garthus-Niegel et al. (2021).

MODULO 14

Il Rientro in Ospedale: la Riattivazione del Trauma

Il ritorno in Pronto Soccorso nei primi mesi di vita può funzionare come **potente trigger traumatico**. Non si tratta soltanto dell'evento clinico attuale, ma della riattivazione di memorie corporee ed emotive del parto, della TIN, degli allarmi, della paura di perdere il bambino.

Wilkie et al. (2025).



Come Rispondere al Rientro in Urgenza

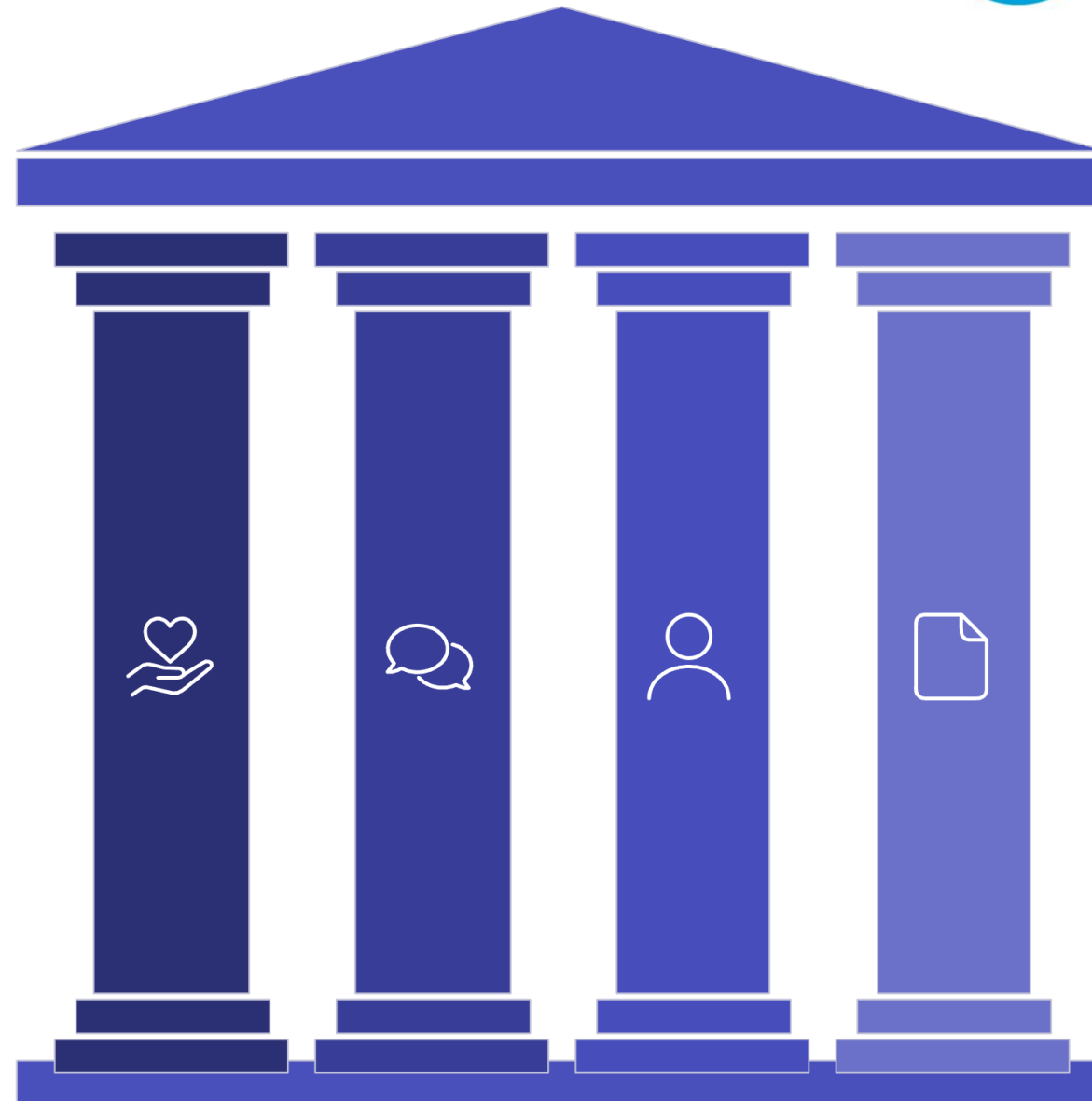


Validare l'allarme

Riconoscere emozioni e preoccupazioni

Coinvolgere i genitori

Includerli nelle decisioni e procedure



Spiegare con chiarezza

Informazioni concise e comprensibili

Istruzioni alla dimissione

Consegna note scritte e follow-up

La risposta più efficace integra clinica ed empatia. L'iperpreoccupazione non è irrazionalità: spesso il PS viene usato come luogo per riottenere controllo e rassicurazione.

parent coping interventions e la comunicazione in ospedale pediatrico riducono il senso di impotenza e favoriscono gestione più competente degli episodi successivi.

Brelsford et al. (2024)

I Sintomi "Minori" del Bambino Come Segnali del Sistema

Alcuni sintomi funzionali del bambino — stipsi, alimentazione difficile, sonno molto disturbato, pianto persistente — vanno letti non solo in chiave pediatrica ma anche sistemica.

In alcune famiglie molto stressate il **corpo del bambino** diventa il luogo privilegiato in cui si concentra l'angoscia genitoriale.

Brelsford et al. (2024).

✘ Non efficace

"Non è nulla" —
minimizzare senza
esplorare il contesto

☑ Efficace

Rassicurazione clinica
+ psicoeducazione +
osservazione della
regolazione familiare

MODULO 16

Quali Interventi Sono Utili: Dall'Intenzione alla Pratica

Non servono solo interventi specialistici tardivi. Servono soprattutto pratiche precoci, continue e integrate.

- gli interventi psicosociali rivolti ai genitori di neonati pretermine o ricoverati riducono stress, ansia e depressione — con risultati migliori quando includono supporto psicologico strutturato.

Chan et al. (2024)



Cinque Interventi ad Alto Valore Trasversale

1

Validazione emotiva

Nominare la fatica, la paura, la confusione, senza banalizzarle né amplificarle

2

Comunicazione coerente e ripetuta

Linguaggio comprensibile, spazio per le domande, informazioni non contraddittorie

3

Inclusione dei genitori nella cura

Family-centered e family-integrated care: benefici su bonding, allattamento, benessere

4

Sostegno al contatto

Skin-to-skin, kangaroo care, presenza, voce, partecipazione alle routine

5

Bassa soglia per l'attivazione psicologica

Prevenzione secondaria, non solo risposta alla crisi psicologica conclamata

Il Supporto Emotivo Dentro il Percorso, Non Ai Margini



Il vero nodo è l'integrazione del supporto emotivo **dentro** il percorso di cura, non la sua collocazione marginale come "extra".

Diverse forme di supporto — incluso quello psicospirituale — possono essere utili, ma solo se integrate nella cultura del servizio.

Brelsford et al. (2024)

Competenze Cliniche e Osservative

Distinguere la normale emotività intensa

Differenziarla da segnali di trauma o grave disregolazione emotiva nel postpartum

Parlare della diagnosi in modo adulto

Chiaro, realistico, non schiacciato sul deficit, non infantilizzante

Osservare il sistema familiare

Madre, padre, coppia e famiglia — senza limitarsi alla persona più visibilmente sofferente

Sostenere l'allattamento senza moralizzare

Senza trasformarlo in un banco di prova identitario o motivo di colpa

Rivi et al. (2020); Hoff et al. (2019); Gianni et al. (2018); Li et al. (2024).

Competenze Relazionali e di Sistema

Includere il partner

Dargli valore, riconoscerlo come genitore attivo, non come "supporto della madre".

Riconoscere il rientro in PS

Leggere l'accesso ripetuto come possibile segnale di fragilità emotiva in cerca di contenimento.

Valorizzare i piccoli atti di contatto

Skin-to-skin, voce, presenza fisica: sono gesti clinicamente rilevanti, non optional.

Sapere che la relazione è cura

Non semplice cornice della cura, ma parte integrante del piano terapeutico.

Stefana & Lavelli (2021); Baldoni et al. (2021); Yarlagadda et al. (2025); Paraíso-Pueyo et al. (2025).

MODULO 19

Conclusione: La Buona Cura è Sempre Anche Cura del Legame

Il post-partum nelle situazioni di nascita con patologia o sindrome genetica è uno dei luoghi in cui la medicina perinatale mostra in modo più netto la propria natura **bio-psico-sociale**.



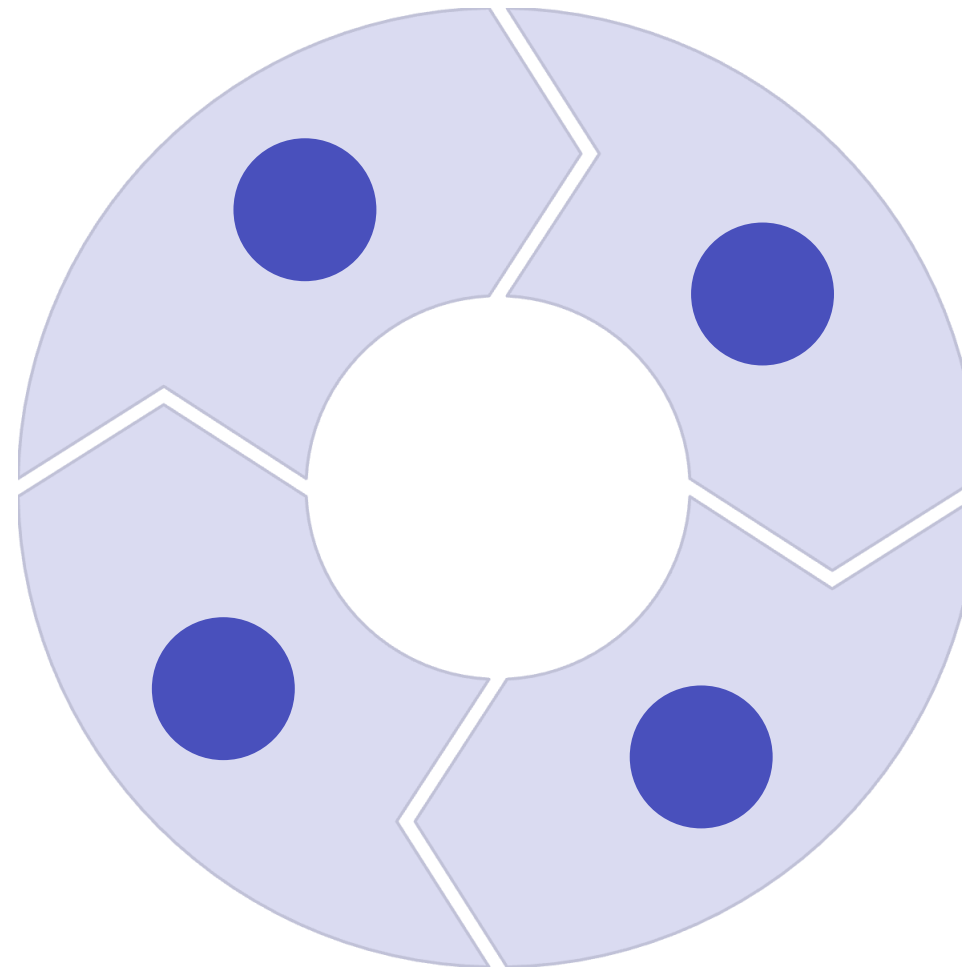
Un Unico Processo di Adattamento Complesso

Patologia del neonato

TIN, diagnosi genetica, malattia rara

Continuità delle cure

Rientri ospedalieri, territorio,
dimissione protetta



Fragilità dei genitori

Trauma, coppia, partner,
vulnerabilità individuale

Sistema familiare

Siblings, rete sociale, risorse e
carichi

Non sono aspetti separati: sono parti di un unico processo.

Paraíso-Pueyo et al. (2025); Garthus-Niegel et al. (2021).

Il Compito dell'Équipe di professionisti

Non eliminare il dolore intrinseco di queste esperienze, ma **ridurre il dolore evitabile**: quello generato dalla frammentazione, dal silenzio, dall'invisibilità del partner, dalla colpevolizzazione materna, dalla mancanza di orientamento e dall'assenza di un contenitore relazionale sufficientemente solido.

Paraíso-Pueyo et al. (2025); Malouf et al. (2021).

La Sintesi Più Importante



La relazione è parte della cura.

Nei post-partum con patologia o sindrome genetica, la qualità delle cure non si gioca soltanto su ciò che si fa al bambino, ma anche su ciò che si rende possibile nei suoi genitori e nel sistema familiare attorno a lui.

Paraíso-Pueyo et al. (2025); Swenson et al. (2025).

Una Formazione Efficace Aiuta a...

**Riconoscere la
complessità senza
esserne sopraffatti**

Strumenti per osservare, non
solo per vedere

Comunicare meglio
Con chiarezza, coerenza e
rispetto emotivo, anche nelle
situazioni più difficili

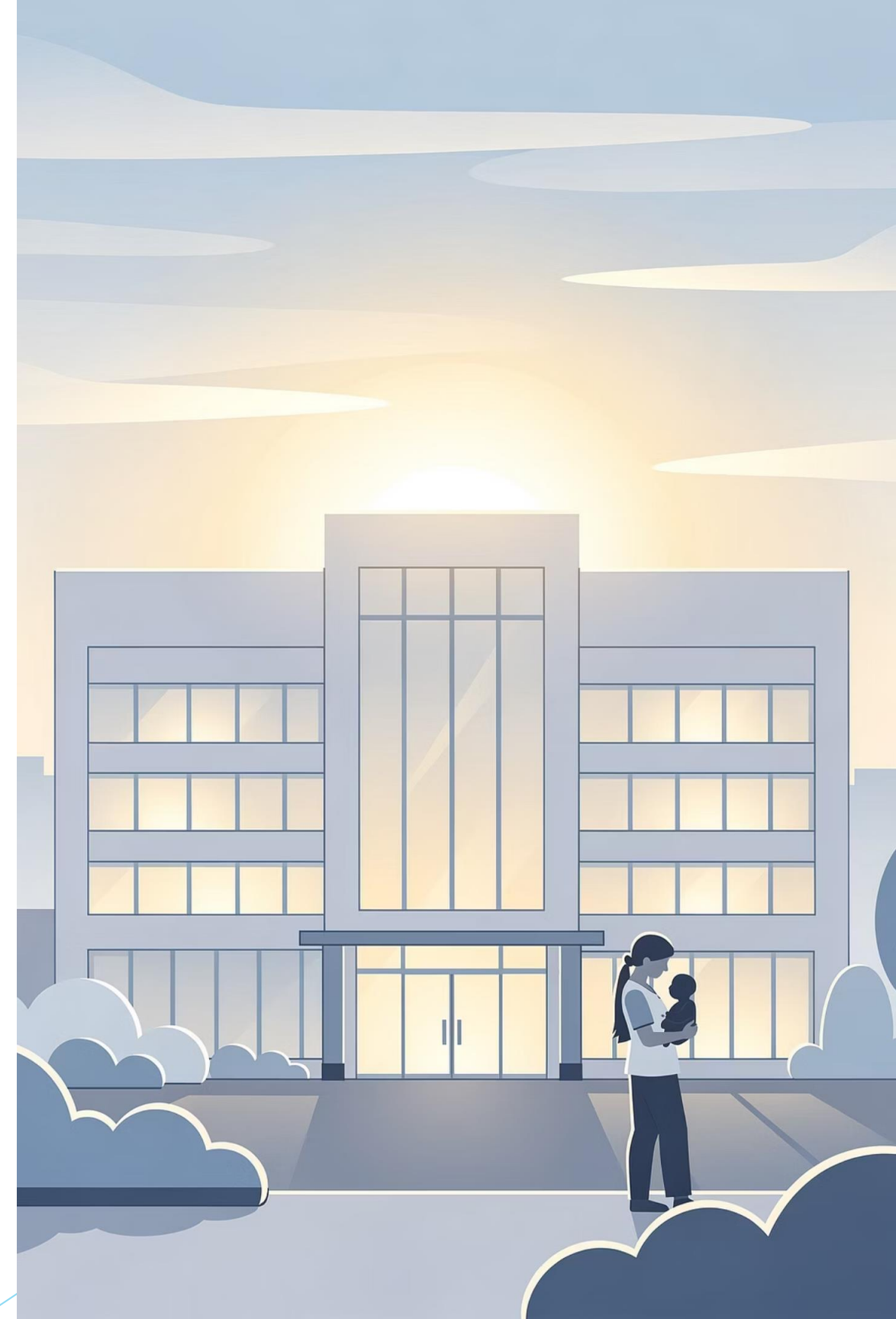
Integrare meglio
Connettere clinica, psicologia,
territorio e famiglia in un
sistema coerente di cura

Swenson et al. (2025); Labrie et al. (2021); Chen et al. (2025).

Anche le Situazioni Clinicamente Molto Difficili...

...possono essere attraversate in modo meno traumatico e più mentalizzabile. Quando la formazione è efficace e l'équipe è competente, questo diventa possibile. Non sempre. Ma molto più spesso.

📄 La buona cura, in questo contesto, è sempre anche cura del legame. — *Paraíso-Pueyo et al., 2025*



Riferimenti Bibliografici (1/3)



Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P. J., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Bögels, S. M. (2019). Fetal and infant outcomes in the offspring of parents with perinatal mental disorders: Earliest influences. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 391.

Baldoni, F., Agostini, F., & Fabbri, M. (2021). Being the father of a preterm-born child: Contemporary research and recommendations for NICU staff. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 724992.

Brelsford, G. M., et al. (2024). Supporting parents' mental health and psychological well-being in the NICU: A systematic review of psychospiritual interventions. *Advances in Neonatal Care*.

Chan, S. H., et al. (2024). Psychosocial interventions for parents with preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*.

Chen, S., et al. (2025). Family-centered care in the neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*.

Crombag, N. M. T. H., et al. (2025). Advancing prenatal counseling and support for parents carrying a fetus with a congenital anomaly: A scoping review of key characteristics and practices. *AJOG Global Reports*.

Cuskelly, M., & Gunn, P. (2006). Adjustment of children who have a sibling with Down syndrome: Perspectives of mothers, fathers and children. *Journal of Intellectual Disability Research*.

Dandy, S., et al. (2024). Parents' experiences of receiving their child's diagnosis of congenital heart disease: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*.

Davidson, H. R., et al. (2024). Becoming a rare disease parent: An interpretative phenomenological analysis of the postpartum year. *Qualitative Health Research*.

Dennis, C.-L., Vigod, S., Grigoriadis, S., Brown, H., Brennenstuhl, S., Dol, J., et al. (2023). Cohort profile: Impact of maternal and paternal mental health—Assessing concurrent depression, anxiety and comorbidity in the Canadian family (IMPACT study). *BMJ Open*, 13(3), e071691.

Garthus-Niegel, S., et al. (2021). Perinatal mental health: Expanding the focus to the family context. *Frontiers in Psychiatry*.

Gianni, M. L., Bezze, E. N., Sannino, P., Baro, M., Roggero, P., Muscolo, S., et al. (2018). Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatrics*, 18(1), 283.

Grane, F. M., Lynn, F., Balfe, J., Molloy, E., & Marsh, L. (2023). Down syndrome: Parental experiences of a postnatal diagnosis. *Journal of Intellectual Disabilities*, 27(4), 1032–1044.

Harries, C. I., Smith, D. M., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and serious mental illness (SMI): A systematic review and metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 303–342.

Hoff, C. E., Movva, N., Rosen Vollmar, A. K., & Pérez-Escamilla, R. (2019). Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Advances in Nutrition*, 10(5), 816–826.

Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., et al. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621.

Kirchhofer, S. M., Orm, S., Haukeland, Y. B., Fredriksen, T., Wakefield, C. E., & Fjermestad, K. W. (2022). A systematic review of social support for siblings of children with neurodevelopmental disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 126, 104234.

Labrie, N. H. M., van Veenendaal, N. R., Ludolph, R. A., Ket, J. C. F., van der Schoor, S. R. D., & van Kempen, A. A. M. W. (2021). Effects of parent-provider communication during infant hospitalization in the NICU on parents: A systematic review with meta-synthesis and narrative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 104(7), 1526–1552.

Leppänen, M., et al. (2024). Early psychosocial parent–infant interventions and the parent–infant relationship outcomes of children born preterm in the 21st century: A review. *Frontiers in Psychology*.

Li, X., Li, Y., Qian, L., Han, P., Feng, H., & Jiang, H. (2024). Mothers' experiences of breast milk expression during separation from their hospitalized infants: A systematic review of qualitative evidence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 124.



Riferimenti Bibliografici (2/3)

Malouf, R., et al. (2021). Prevalence of anxiety and post-traumatic stress among parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*.

Malouf, R., et al. (2024). Factors associated with posttraumatic stress and anxiety among parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Mc Grane, F., Lynn, F., Balfe, J., Molloy, E., & Marsh, L. (2023). Down syndrome: Parental experiences of a postnatal diagnosis. *Journal of Intellectual Disabilities*, 27(4), 1032–1044.

Miller, M., Musser, E. D., Young, G. S., Olson, B., Steiner, R. D., & Nigg, J. T. (2019). Sibling recurrence risk and cross-aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *JAMA Pediatrics*, 173(2), 147–152.

Munk-Olsen, T., et al. (2007). Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Ozsavran, M., & Sasmaz, T. (2024). Breastfeeding experiences of mothers of children with Down syndrome. *Breastfeeding Medicine*, 20(1).

Paraíso-Pueyo, E., et al. (2025). Improving parents' emotional well-being in NICU: A review. *Journal of Advanced Nursing*.

Persson, C., et al. (2024). Quality of couple relationship in parents of NICU-cared infants. *Journal of Perinatology*.

Rihan, S. H., Mohamadeen, L. M., Zayadne, S. A., Hilal, F. M., Rashid, H. A., Azzam, N. M., et al. (2021). Parents' experience of having an infant in the neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Cureus*, 13(7).

Rivi, V., Petrilli, G., & Blom, J. M. C. (2020). Mind the mother when considering breastfeeding. *Frontiers in Global Women's Health*, 1, 3.

Rodríguez, A. O., de la Puente, S. G., Arizmendi, K. A. F., & Robledo, T. T. V. (2025). Breastfeeding in children with Down syndrome. *BMC Pediatrics*, 25(1), 437.

Scoten, O., et al. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Shetty, A. P., et al. (2023). Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of newborns admitted in the NICU: A systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Pediatrics*.

Stefana, A., & Lavelli, M. (2021). Fathers' experiences of supporting their partners in the NICU. *Journal of Perinatology*.

Swenson, S. A., et al. (2025). Implementation of perinatal mental health screening for parents in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*.

Riferimenti Bibliografici (3/3)



Urbanosky, C., Merritt, L., & Maxwell, J. (2023). Fathers' perceptions of the NICU experience. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 545–549.

von der Lippe, C., Neteland, I., & Feragen, K. B. (2022). Children with a rare congenital genetic disorder: A systematic review of parent experiences. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17, 375.

Wang, L. L., Ma, J. J., Meng, H. H., & Zhou, J. (2021). Mothers' experiences of neonatal intensive care: A systematic review and implications for clinical practice. *World Journal of Clinical Cases*, 9(24), 7062–7075.

Wilkie, L. J., et al. (2025). Child and parent mental health outcomes following NICU treatment for non-cardiac congenital anomalies: A systematic review.

Wolff, B., Magiati, I., Roberts, R., Pellicano, E., & Glasson, E. J. (2023). Psychosocial interventions and support groups for siblings of individuals with neurodevelopmental conditions: A mixed methods systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 143–189.

Yarlagadda, H., et al. (2025). A dual impact of kangaroo care on parents and infants in the NICU: A systematic review.

Zhang, Q., et al. (2023). Emotional and behavioral changes in preschool firstborn children during transition to siblinghood. *Psychology Research and Behavior Management*.