



Argomento del Gruppo di Esperti: Follow-up e cure post-dimissione

La salute psicologica dei genitori

Houtzager BA, van Wassenaer-Leemhuis A, Wolke D, Virchez M

Chi beneficia dello standard

I bambini nati molto pretermine o con fattori di rischio, i loro genitori e le famiglie

Chi applica lo standard

Professionisti sanitari, reparti di neonatologia, ospedali, team di follow-up e servizi sanitari

Dichiarazione dello standard

Lo screening mirato della salute psicologica dei genitori viene effettuato sei mesi dopo la dimissione e a due anni, durante le regolari visite di follow-up del bambino.

Razionale

L'esperienza della nascita molto pretermine è stressante per i genitori. Le madri dei bambini ad alto rischio (1-3) spesso soffrono per la perdita del loro ruolo (4) e sono ad aumentato rischio di stress psicologico e genitoriale. (1,5-7). Durante e dopo l'ospedalizzazione, i genitori possono manifestare sintomi di depressione (8), disturbi post-traumatici da stress (PTSD) (3, 6, 9-12) o una combinazione di entrambi. (13-15) Vi è una mancanza di informazioni sulle difficoltà dei padri. (16) L'impatto della nascita pretermine sui genitori è più evidente nella prima infanzia (17), soprattutto nei primi sei mesi. (4)

Il distress dei genitori può essere associato alla gravità della malattia del loro bambino durante il periodo neonatale (1, 18), e alla difficoltà a sperimentarsi come madri. (4) La ri-ospedalizzazione (4) e le preoccupazioni per lo sviluppo del bambino (19) possono rappresentare un'ulteriore fonte di stress. Il distress dei genitori sembra diminuire in presenza di elevato supporto sociale (18, 20), di elevato livello di istruzione o stato socio-economico, in presenza di strategie di risposta efficaci ed in caso di outcome normale del bambino. (2). Un supporto sociale scarso, in combinazione con disturbi dello sviluppo del bambino, sono fattori di rischio specifici. (18) La salute psicologica del genitore è correlata alla salute ed allo sviluppo del bambino (1,21), incidendo sull'outcome del bambino stesso (1, 21); la salute psicologica del genitore influenza infatti indirettamente lo sviluppo del bambino tramite l'interazione genitore-bambino. (19) Gli interventi sullo sviluppo dopo la dimissione dalla TIN, come il "maternal infant transaction programme" (MITP) (22,23) e l'"infant behavioural assessment and intervention programme" (IBA-IP) (24, 25) sembrano migliorare lo sviluppo cognitivo del bambino attraverso la sensibilità genitoriale ed una migliore interazione genitore-bambino. (26)

Gli interventi post-TIN che prestano attenzione alla salute psicologica del genitore (22, 27, 28) sembrano sortire efficacia.

Benefici

Benefici a breve termine

N/A



Benefici a lungo termine

- Preparazione dei genitori alle loro possibili reazioni emotive dopo la nascita del bambino (consensus)
- Identificazione precoce, e trattamento immediato, dei problemi psicologici del genitore (11)
- Miglior supporto per la salute psicologica delle famiglie a rischio (vedi GdE su Follow-up e cure post-dimissione) (consensus)
- Maggior sicurezza nel ruolo genitoriale (22,23)
- Migliore capacità dei genitori di supportare lo sviluppo del proprio bambino (9, 22, 23)
- Ottimizzazione del neurosviluppo del bambino (24, 25, 27, 28)

Componenti dello standard

Componente	Grado di evidenza	Indicatore di conformità allo standard
Per i genitori e la famiglia		
1. I genitori sono informati dai professionisti sanitari sulle possibili reazioni emotive alla nascita di un figlio molto pretermine e sull'importanza di valutarle durante le regolari visite di follow-up, nei primi sei mesi dopo la dimissione. (1-7, 10, 11, 29)	A (Qualità alta) B (Qualità alta)	Cartelle cliniche, materiale informativo per il paziente
2. Se sono a rischio di problemi psicologici, i genitori vengono supportati attraverso programmi di intervento precoce. (27, 28) (vedi GdE Follow-up e cure post-dimissione)	A (Qualità moderata)	Linea guida, feedback dai genitori
Per i professionisti sanitari		
3. Una linea guida sul follow-up, che includa la valutazione della salute psicologica dei genitori, è seguita da tutti i professionisti sanitari.	B (Qualità alta)	Linea guida
4. Prima della visita di follow-up dei sei mesi e dei due anni di vita del bambino, i genitori vengono valutati per quel che riguarda i problemi psicologici, usando strumenti di screening standardizzati, disponibili a livello locale, come la Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), o il Distress Thermometer for Parents (DT-P). (30)	A (Qualità moderata)	Linea guida
5. Il training sul riconoscimento dei segni clinici associati ai problemi psicologici, è stato seguito da tutti i professionisti sanitari coinvolti.	B (Qualità alta)	Evidenza documentale della formazione



6. I genitori con problemi psicologici, identificati dopo la dimissione, sono inviati a servizi specializzati, disponibili a livello locale.	B (Qualità alta)	Cartelle cliniche
Per il reparto di neonatologia, l'ospedale e il team di follow-up		
7. Una linea guida sul follow-up, che includa la valutazione della salute psicologica dei genitori, è disponibile ed aggiornata regolarmente.	B (Qualità alta)	Linea guida
8. È assicurata la formazione sul riconoscimento dei segni clinici associati ai problemi psicologici.	B (Qualità alta)	Evidenza documentale della formazione
9. Un team di follow-up (infermiere o pediatra) è disponibile e formato per affrontare i problemi psicologici dei genitori.	B (Qualità alta)	Evidenza documentale della formazione
Per il servizio sanitario		
10. Una linea guida nazionale sul follow-up, che includa la valutazione della salute psicologica dei genitori, è disponibile ed aggiornata regolarmente.	B (Qualità alta)	Linea guida

Dove andare - Sviluppi futuri dell'assistenza

Sviluppi futuri	Grado di evidenza
Per i genitori e la famiglia	
N/A	
Per i professionisti sanitari	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizzare sui possibili problemi psicologici del padre. • Migliorare i programmi di supporto già esistenti, con moduli aggiuntivi per la salute psicologica dei genitori, soprattutto nelle popolazioni a rischio/svantaggiate dal punto di vista socio-economico. (25) 	<p>B (Qualità alta)</p> <p>A (Qualità moderata)</p> <p>B (Qualità moderata)</p>
Per il reparto di neonatologia, l'ospedale e il team di follow-up	
<ul style="list-style-type: none"> • Stabilire una rete di supporto psicologico, prima e dopo la dimissione. (17) • Favorire le visite domiciliari post-dimissione, per famiglie selezionate, ad alto rischio medico o sociale. (22, 27, 28) 	<p>A (Qualità moderata)</p> <p>A (Qualità alta)</p>
Per il servizio sanitario	
<ul style="list-style-type: none"> • Produrre materiale standard sui possibili problemi psicologici dei genitori dopo una nascita molto prematura (materiale cartaceo, App, moduli psico-educativi online, video didattici) in tutte le lingue europee. (9) • Creare una maggiore conoscenza sulle esigenze psicologiche del padre. (7,31) • Fornire accesso alle informazioni riguardanti la salute psicologica dei genitori nella cartella del bambino. 	<p>A (Qualità moderata)</p> <p>A (Qualità alta)</p> <p>B (Qualità alta)</p>



Per iniziare

Passi iniziali

Per i genitori e la famiglia

- I genitori vengono informati dai professionisti sanitari sulle possibili reazioni emotive ad una nascita molto prematura.
- Ai genitori viene chiesto come si sentono da parte del loro pediatra o medico di famiglia, in occasione di ogni visita di follow-up dopo la dimissione.

Per i professionisti sanitari

- Seguire corsi sul riconoscimento dei segni clinici associati ai problemi psicologici.
- Prevedere indagini sulla salute psicologica dei genitori e sul supporto genitoriale durante le regolari visite di follow-up con medici o infermieri.
- Segnalare se sono sospettati o diagnosticati problemi psicologici nei genitori e se questi necessitano di essere monitorati o trattati.
- Informare il medico di famiglia dei genitori in caso di rilievo di elementi patologici allo screening sulla salute psicologica.

Per il reparto di neonatologia, l'ospedale e il team di follow-up

- In mancanza di un appuntamento di follow-up, telefonare alle famiglie durante le prime settimane dopo la dimissione per verificare il benessere dei genitori.
- Sviluppare e implementare una linea guida di reparto sul follow-up che includa la valutazione della salute psicologica del genitore.
- Elaborare materiale informativo riguardo le possibili reazioni emotive alla nascita molto prematura.
- Organizzare una condivisione di informazioni tra la famiglia e il team di follow-up.
- Supportare i professionisti sanitari nel partecipare a training sul riconoscimento dei segni clinici associati ai problemi psicologici.
- Scambiare/condividere informazioni con il consenso dei genitori.

Per il servizio sanitario

- Sviluppare e implementare una linea guida nazionale sul follow-up che includa la valutazione psicologica dei genitori.

Fonti

1. Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*. 1999 Mar 3;281(9):799–805.
2. Saigal S, Pinelli J, Streiner DL, Boyle M, Stoskopf B. Impact of extreme prematurity on family functioning and maternal health 20 years later. *Pediatrics*. 2010 Jul;126(1):e81-88.
3. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Sep;88(5):F400–4.
4. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2007 Feb;28(1):36–44.
5. Meijssen D, Wolf M-J, Koldewijn K, Baar A van, Kok J. Maternal psychological distress in the first two years after very preterm birth and early intervention. *Early Child Dev Care*. 2011 Jan 1;181(1):1–11.



6. Ahlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NKS. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Aug;12(4):261–4.
7. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Eur J Psychol*. 2016 Nov 18;12(4):604–21.
8. Vigod SN, Villegas L, Dennis C-L, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2010 Apr;117(5):540–50.
9. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nurs Res*. 2008 Dec;57(6):383–94.
10. Elklit A, Hartvig T, Christiansen M. Psychological Sequelae in Parents of Extreme Low and Very Low Birth Weight Infants. *J Clin Psychol Med Settings*. 2007 Sep 1;14(3):238–47.
11. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*. 2005 Apr;115(4):915–9.
12. Suttora C, Spinelli M, Monzani D. From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. *Eur J Dev Psychol*. 2014 Jul 4;11(4):478–93.
13. Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Lüdorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res*. 2004 Nov;57(5):473–6.
14. Petit A-C, Eutrope J, Thierry A, Bednarek N, Aupetit L, Saad S, et al. Mother's Emotional and Posttraumatic Reactions after a Preterm Birth: The Mother-Infant Interaction Is at Stake 12 Months after Birth. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151091.
15. Garfield L, Holditch-Davis D, Carter CS, McFarlin BL, Schwertz D, Seng JS, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses*. 2015 Feb;15(1):E3-8.
16. Wong O, Nguyen T, Thomas N, Thomson-Salo F, Handrinis D, Judd F. Perinatal mental health: Fathers - the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr*. 2016 Dec;8(4):247–55.
17. Treyvaud K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2014 Apr;19(2):131–5.
18. Singer LT, Fulton S, Kirchner HL, Eisengart S, Lewis B, Short E, et al. Longitudinal predictors of maternal stress and coping after very low-birth-weight birth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Jun;164(6):518–24.
19. Korja R, Maunu J, Kirjavainen J, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, et al. Mother-infant interaction is influenced by the amount of holding in preterm infants. *Early Hum Dev*. 2008 Apr;84(4):257–67.
20. Poehlmann J, Schwichtenberg AJM, Bolt D, Dilworth-Bart J. Predictors of depressive symptom trajectories in mothers of preterm or low birth weight infants. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*. 2009 Oct;23(5):690–704.
21. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Sep;48(9):919–27.



22. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1):e9-19.
23. Kaaresen PI, Rønning JA, Tunby J, Nordhov SM, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized controlled trial of an early intervention program in low birth weight children: outcome at 2 years. *Early Hum Dev*. 2008 Mar;84(3):201-9.
24. Koldewijn K, van Wassenaer A, Wolf M-J, Meijssen D, Houtzager B, Beelen A, et al. A neurobehavioral intervention and assessment program in very low birth weight infants: outcome at 24 months. *J Pediatr*. 2010 Mar;156(3):359-65.
25. Koldewijn K, Wolf M-J, van Wassenaer A, Beelen A, de Groot IJM, Hedlund R. The Infant Behavioral Assessment and Intervention Program to support preterm infants after hospital discharge: a pilot study. *Dev Med Child Neurol*. 2005 Feb;47(2):105-12.
26. van Wassenaer-Leemhuis AG, Jeukens-Visser M, van Hus JWP, Meijssen D, Wolf M-J, Kok JH, et al. Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents. *Dev Med Child Neurol*. 2016 Mar;58 Suppl 4:67-73.
27. Nordhov SM, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB, Kaaresen PI. Early intervention improves behavioral outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):e9-16.
28. Spittle AJ, Anderson PJ, Lee KJ, Ferretti C, Eeles A, Orton J, et al. Preventive care at home for very preterm infants improves infant and caregiver outcomes at 2 years. *Pediatrics*. 2010 Jul;126(1):e171-178.
29. Holditch-Davis D, Santos H, Levy J, White-Traut R, O'Shea TM, Geraldo V, et al. Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behav Dev*. 2015 Nov;41:154-63.
30. van Oers HA, Schepers SA, Grootenhuis MA, Haverman L. Dutch normative data and psychometric properties for the Distress Thermometer for Parents. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2017;26(1):177-82.
31. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet Lond Engl*. 2009 Aug 22;374(9690):646-53.

Prima edizione, Novembre 2018

Ciclo vitale

5 anni/prossima revisione: 2023

Citazione raccomandata

EFCNI, Houtzager BA, van Wassenaer-Leemhuis A et al., European Standards of Care for Newborn Health: Parental mental health. 2018.

Un ringraziamento speciale a Francesca Gallini e Monica Fumagalli per la traduzione in italiano.