



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL COVID-19 CHE RUBA LA MATERNITA':
ANALISI MULTIFATTORIALE DEGLI
ELEMENTI D'ALLARME**

Relatore: Chiar.mo

Dott. STEFANO MARCELLI

Tesi di Laurea di:

RANUNCOLI GIULIA

A.A. 2021/2022

*“Essere un’infermiera significa nascondere
le tue lacrime e iniziare a disegnare sorrisi
sui volti delle persone”*

Dana Basem

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1:	2
LA DEPRESSIONE POST PARTUM	2
1.1 CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI NEL POST PARTUM ..	2
<i>1.1.1 BABY BLUES</i>	2
<i>1.1.2 DEPRESSIONE POST PARTUM</i>	2
<i>1.1.3 PSICOSI DEPRESSIVA PUERPERALE</i>	3
1.2 I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM	3
1.3 FATTORI DI RISCHIO	4
1.4 TRATTAMENTI FARMACOLOGICI	5
1.5 TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI	6
<i>1.5.1 INTERVENTI PSICOEDUCATIVI</i>	6
<i>1.5.2 PSICOTERAPIA</i>	7
<i>1.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO</i>	7
<i>1.5.4 TECNICHE DI RILASSAMENTO</i>	7
1.6 CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM NEL BAMBINO	8
CAPITOLO 2:	10
LA DEPRESSIONE POST PARTUM AI TEMPI DEL COVID-19	10
2.1 UNA NUOVA PANDEMIA	10
2.2 AUMENTO DI ANSIA E DEPRESSIONE TRA LE NEOMAMME DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19	10
2.3 SCALE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI DPP	12
2.4 IMPATTO DELLE MISURE RESTRITTIVE DEGLI OSPEDALI SULLE NEOMAMME	16
<i>2.4.1 ASSISTENZA IN GRAVIDANZA</i>	17
<i>2.4.2 ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO</i>	17
<i>2.4.3 ASSISTENZA NEL POST PARTUM</i>	18

CAPITOLO 3:	19
DEPRESSIONE POST-PARTUM PRIMA E DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19: DATI A CONFRONTO	19
3.1 BACKGROUND	19
3.3 MATERIALI E METODI	20
3.4 RISULTATI	20
3.5 LIMITI	22
3.6 CONCLUSIONI	22
CONCLUSIONI	24
ALLEGATI	25
BIBLIOGRAFIA	26
SITOGRAFIA	26
RINGRAZIAMENTI	32

INTRODUZIONE

La nascita di un bambino può scatenare emozioni contrastanti: da una parte eccitazione, gioia e dall'altra paura, ansia. Lo stereotipo sociale nasconde le emozioni negative, proponendo l'immagine di una madre serena, felice, pronta a immedesimarsi nel nuovo ruolo. Tuttavia, la maternità comporta comunque una quota di stress dovuta a un cambiamento radicale della propria vita. (Pastore, 2021).

Il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) considera la depressione post-natale come una forma di depressione generale specificata come "Depressione Post Partum" se presenta l'esordio entro le prime quattro settimane successive al parto.

La depressione post-partum (DPP) è stata descritta come un "ladro che ruba la maternità". È una vera e propria condizione patologica che colpisce, con diversi livelli di gravità, dal 7% al 12% delle neomamme (ministero della salute, 2017). Sebbene la gravidanza sia stata descritta come un periodo durante il quale le donne sono a minor rischio di sviluppare disturbi mentali, vari studi indicano che circa il 10% delle donne durante la gravidanza manifesta sintomi depressivi e circa 1 donna su 8 presenta episodi depressivi nei mesi che seguono la nascita del bambino.

La DPP è un disturbo dell'umore che può insorgere in soggetti provenienti da diversi paesi del mondo, appartenenti a varie classi sociali e culturali, con svariate caratteristiche fisiche, biologiche e psicologiche: tuttavia, dati statistici hanno rilevato che l'incidenza della Depressione Post Partum nei Paesi Occidentali è del 15% e ad esserne colpite sono prevalentemente donne primipare tra i 30 e i 40 anni di età.

Mentre le forme più gravi di depressione vengono subito individuate, la depressione che si manifesta in gravidanza viene sottostimata e trascurata. Questo perché alcuni sintomi della depressione (es. alterazione del sonno o bassi livelli di energia) sono associati alla nuova condizione di maternità, ma soprattutto perché alcune patologie comuni in gravidanza, quali anemia e diabete gestazionale, rendono più difficile la diagnosi di depressione post partum (M.Mauri&Banti, 2003).

CAPITOLO 1:

LA DEPRESSIONE POST PARTUM

1.1 CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DEPRESSIVI NEL POST PARTUM

1.1.1 BABY BLUES

Il *baby blues*, o *maternity blues*, è la forma più lieve che colpisce dal 50% all' 80% delle neomamme: corrisponde ad uno stato malinconico transitorio, insorge entro due o tre giorni dal parto ed è caratterizzato da tristezza, crisi di pianto, ansia, difficoltà a dormire. I fattori scatenanti sono prevalentemente: il travaglio e/o un parto particolarmente stressanti, complicanze nel post partum (allattamento difficoltoso o episiotomia estesa), rapido cambiamento ormonale e comparsa di ansia legata alle nuove responsabilità.

Per questo tipo di disturbo non è richiesto alcun tipo di trattamento clinico in quanto remissivo entro poche settimane dal parto.

1.1.2 DEPRESSIONE POST PARTUM

La *Depressione Post Partum* è, invece, un vero e proprio disturbo dell'umore. I fattori scatenanti sono per lo più di origine sociale e psicologica causando un forte disorientamento emotivo; in particolare, la neomamma si autoconvince di essere inadeguata a questo nuovo e delicato compito.

Un modo efficace di intervenire è aiutare la donna a riconoscere i sintomi della DPP e offrirle un adeguato supporto pratico, fisico e psicologico.

1.1.3 PSICOSI DEPRESSIVA PUERPERALE

La *Psicosi Depressiva Puerperale* è la più grave delle sindromi del Post Partum.

È relativamente rara (meno di 2 casi ogni 1000 parti) e l'esordio è di solito nelle prime tre settimane dopo il parto. Presenta un tasso di suicidio del 5% e di infanticidio del 4%. È un vero e proprio disturbo psichiatrico che coincide con una severa alterazione dell'equilibrio psichico. Si manifesta principalmente nelle donne aventi un substrato biologico-genetico predisposto a questo tipo di patologia.

I principali sintomi che la caratterizzano sono: agitazione, ansia, insonnia, disturbi del pensiero, allucinazioni e deliri. Oltre all'intervento farmacologico, spesso, è indispensabile il ricovero.

1.2 I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

I sintomi della depressione post partum non sono transitori e possono persistere, variando d'intensità, anche per molti anni, causando conseguenze più o meno significative non solo sulla salute mentale della donna ma anche sulla relazione madre-bambino e sull'intero nucleo familiare (ipsico, 2021).

La maggior parte delle donne che manifesta sintomi depressivi durante la gravidanza è maggiormente predisposta ad andare incontro a depressione post partum.

La valutazione iniziale per identificare se la donna è a rischio comprende una dettagliata anamnesi, seguita da un esame fisico ed esami di laboratorio routinari (Sit et al, 2009).

I sintomi più comuni che potrebbero indicare una DPP sono:

- Tristezza
- Irritabilità
- Diminuzione di interesse per tutte o quasi tutte le attività
- Grave ansia o attacchi di panico
- Sentimento di colpa o inadeguatezza
- Insonnia o ipersonnia
- Riduzione della concentrazione
- Perdita della libido

- Bassa autostima
- Modificazione di peso o di appetito

Per formulare diagnosi di Depressione Post Partum devono essere presenti almeno cinque dei sintomi sopraelencati per almeno due settimane e quasi ogni giorno.

In casi molto rari, soprattutto quando la donna ha già sofferto o ha una predisposizione allo sviluppo di depressione bipolare o mista, è possibile che la depressione post partum sia accompagnata anche da sintomi di tipo psicotico quali: confusione, disorientamento, allucinazioni, comportamenti che possono mettere a rischio la salute propria o quella del bambino.

Queste situazioni devono essere monitorate da specialisti nel trattamento della DPP e, talvolta, possono richiedere il ricovero della mamma o l'allontanamento temporaneo del bambino finché la situazione non migliora (O.N.D.A, 2005).

1.3 FATTORI DI RISCHIO

È difficile attribuire un'unica causa alla DPP in quanto si ritiene possa essere multifattoriale. Secondo l'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A) le potenziali cause possono essere di tipo biologico, genetiche, psico-sociali, ormonali, fisiche:

-*Fattori ormonali*: la riduzione dei livelli di estrogeni, progesterone e cortisolo subito dopo il parto determina un aumento dell'irritabilità e destabilizzazione emotiva.

-*Fattori fisici*: la stanchezza indotta dai ritmi imposti dal bambino e la fatica del post partum causa un aumento dello stress che a sua volta agisce sul sistema immunitario materno rendendo la donna più predisposta alla depressione.

-*Fattori sociali*: la giovane età, il basso status economico, lo scarso aiuto e sostegno da parte del partner e/o dei familiari.

Altri fattori di rischio che possono indurre la DPP nella neomamma sono:

-Riduzione dei valori di *serotonina* che peggiora la qualità del sonno e riduzione della *noradrenalina* che diminuisce la concentrazione e l'energia psichica;

-familiarità per depressione o altri disturbi dell'umore;

- aver vissuto eventi stressanti nell' ultimo anno: perdita del lavoro o gravi malattie;
- problemi di salute legati al bambino;
- gravidanza indesiderata;
- qualità della relazione col partner: è stato dimostrato un aumento dei tassi di DPP in relazioni in cui il partner risultava violento o rifiutava la paternità.

Inoltre, sono state scoperte delle alterazioni chimiche in due geni (TTC9B e HP1BP3) che, se presenti durante la gravidanza, possono prevedere se una donna svilupperà DPP in quanto importanti nella regolazione dell'umore. (*Pastore, 2021*).

1.4 TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Secondo quanto indicato nel DSM, ad oggi, i dati della letteratura sull'efficacia del trattamento farmacologico della depressione post partum sono limitati. È orientamento diffuso quello di non trattare farmacologicamente la DPP: la motivazione è principalmente di tipo etico poiché le neomamme sono restie ad assumere farmaci durante il periodo di allattamento per gli effetti che questi potrebbero avere sul bambino. Nonostante ciò, degli studi hanno dimostrato che la quantità di farmaco a cui il bambino potrebbe essere esposto è minima (Buist et al., 1998) e che non trattare in maniera adeguata la depressione post partum potrebbe portare a conseguenze ben più gravi sul bambino e sulla famiglia.

La depressione post partum è trattata principalmente con antidepressivi.

Tuttavia, se la donna ha un'ansia significativa, si può ricorrere agli ansiolitici. Inoltre, per le neomamme che soffrono di psicosi post partum potrebbero essere necessari farmaci antipsicotici (msd, 2022).

Gli antidepressivi agiscono direttamente sul cervello andando ad alterare i neurotrasmettitori; alcuni di essi, come la serotonina e la noradrenalina vanno a migliorare l'umore della donna e i primi risultati sono visibili dopo alcune settimane (Pastore, 2021).

I farmaci antidepressivi più comuni compatibili con l'allattamento al seno sono: la Sertralina, la Paroxetina e la Nortipilina. Questi farmaci, infatti, mostrano delle concentrazioni molto basse nel latte materno e, soprattutto, non causano effetti indesiderati nel bambino (*Bellantuono, 2007*).

Negli ultimi anni, la statunitense *Food and Drug Administration* (FDA) ha approvato Zulresso (brexanolone), il primo farmaco per il trattamento farmacologico della DPP. La donna potrà ricevere il farmaco, in infusione EV continua, solo da parte di operatori sanitari e in strutture certificate poiché potrebbe manifestare reazioni avverse quali: sonnolenza, perdita di coscienza, secchezza delle fauci e arrossamento (*Agenzia Italiana del Farmaco A.I.F.A, 2019*).

1.5 TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

I principali trattamenti non farmacologici per la cura della depressione post partum prevedono (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna: O.N.D.A, 2005):

- Interventi psicoeducativi
- Psicoterapia:
 - terapia cognitivo-comportamentale
 - terapia interpersonale
 - terapia psicodinamica
- Supporto psicologico
- Tecniche di rilassamento

1.5.1 INTERVENTI PSICOEDUCATIVI

Sono colloqui che hanno lo scopo di individuare la diagnosi e i disturbi per permettere alla donna di auto monitorare i sintomi e avere una consapevolezza migliore della malattia e delle cure.

Nei colloqui è importante coinvolgere il partner per comprendere maggiormente la patologia psichica della donna, ridurre la conflittualità all'interno della relazione e migliorare il supporto emotivo.

1.5.2 PSICOTERAPIA

La psicoterapia viene effettuata da uno psicoterapeuta professionista con competenze specifiche sulla maternità.

La scelta riguardo al tipo di psicoterapia varia in base a: preferenze espresse dalla paziente, fattibilità di un particolare tipo di psicoterapia, gravità del disturbo.

Tra le tre tecniche maggiormente diffuse, la *terapia cognitivo-comportamentale* è quella considerata più efficace nel trattamento della depressione post partum. Essa prevede interventi individuali o di gruppo ed ha come scopo quello di individuare pensieri ed emozioni disfunzionali e introdurre pensieri che modifichino lo stato emotivo e i comportamenti della donna.

1.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO

Il supporto psicologico rappresenta una tipologia di intervento basato sull' ascolto empatico e non giudicante da parte di uno psicologo. Tuttavia, anche operatori della salute (es. ostetriche o ginecologhe), se ben formati, possono offrire supporto alle neomamme in merito al parto e al post partum.

1.5.4 TECNICHE DI RILASSAMENTO

(RILASSAMENTO MUSCOLARE PROGRESSIVO DI JACOBSON)

È una tecnica che consente di apprendere la capacità di rilassarsi e di "lasciarsi andare" focalizzando l'attenzione sul rilasciamento muscolare.

Comprende una sequenza di esercizi di contrazione e decontrazione di gruppi muscolari. I principali obiettivi sono:

- Produrre uno stato di rilassamento autosomministrabile e riproducibile;
- Modificare la percezione soggettiva del sintomo;
- Facilitare l'addormentamento;
- Regolare la frequenza respiratoria;
- Ridurre e regolarizzare il respiro a riposo.

Un approccio integrato tra terapia farmacologica e psicoterapia è il miglior intervento terapeutico attraverso il quale si raggiunge il maggior successo di guarigione dai sintomi della DPP (*trattamento combinato*).

In conclusione, grazie ad una terapia adeguata è possibile avere una riduzione dei sintomi depressivi in tempi brevi apportando dei benefici non solo alla madre ma anche ai figli e a tutto il nucleo familiare (*Mayo Clinic, 2018*).

1.6 CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM NEL BAMBINO

Una delle conseguenze più importanti per una donna affetta da Depressione Post Partum è rappresentata dalla difficoltà di potersi prendere cura del proprio bambino e di relazionarsi con lui: una donna depressa può far fatica a riconoscere i segnali del bambino, fa fatica a consolarlo, a cambiarlo o a lavarlo. Sono proprio questi comportamenti negativi da parte della mamma a far insorgere nel bambino disturbi infantili, anche a lungo termine.

Questo dimostra il fatto che la DPP non è soltanto un problema rilevante per la madre, ma risulta anche essere un ostacolo per la crescita e lo sviluppo mentale del proprio figlio (Di Todaro, 2013).

Alla base del problema c'è il tipo di attaccamento che si instaura tra madre e bambino: un attaccamento sicuro li porterà ad essere in sincronia tra di loro e a rispondere reciprocamente ai rispettivi segnali.

Al contrario, in presenza di una mamma affetta da DPP, il bambino presenterà ritardi nello sviluppo e un attaccamento insicuro.

Le principali conseguenze a cui il bambino con madre affetta da Depressione Post Partum andrà incontro saranno: disturbi comportamentali con tendenza all'aggressività, disturbi ansiosi, deficit dell'attenzione, difficoltà di adattamento scolastico, disorganizzazione emozionale, modelli di attaccamento di tipo prevalentemente insicuro, disturbi depressivi.

La depressione materna, oltre a influenzare le emozioni, le capacità cognitive e i comportamenti, potrebbe creare delle ripercussioni anche sulla salute fisica del bambino: i figli di madri depresse, infatti, risultano essere più vulnerabili ai disturbi del sonno, dell'alimentazione, della digestione, alle allergie, alle infezioni e all'asma

(Righetti & -Valtema et al, 2003).

Secondo quanto indicato nel DSM, esiste una sostanziale differenza dei sintomi anche a seconda del genere dei figli di mamme affette da DPP: i maschi sembrano mostrare maggiormente problemi legati all'autoregolazione dell'eccitabilità e delle emozioni; la femmina, invece, manifesta un maggior numero di alterazioni con un'aumentata passività e indifferenza negli scambi corporei tra mamma e figlia.

Va comunque sottolineato che in alcuni casi, quando lo stato depressivo non è particolarmente grave, le mamme che soffrono di DPP sono ugualmente in grado di interagire e di fornire le giuste attenzioni al proprio bambino, soprattutto in presenza di un partner o di un sostegno sociale.

Un recente studio prospettico, pubblicato sulla rivista *Jama Psychiatry*, ribadisce l'importanza del sostegno in età pediatrica, più efficace se effettuato entro i 17 mesi di vita, a tutti quei bambini con madri che soffrono di DPP.

Lo studio ha sottolineato come i bambini sottoposti in maniera precoce a questi interventi, presso strutture educative, sviluppassero un rischio più basso di disturbi psichici.

CAPITOLO 2:

LA DEPRESSIONE POST PARTUM AI TEMPI DEL COVID-19

2.1 UNA NUOVA PANDEMIA

Il 31 dicembre 2019 è stato identificato nella città di Wuhan, in Cina, il primo focolaio di polmonite ad eziologia non nota. A distanza di qualche mese, l'11 febbraio 2020, l'OMS ha annunciato che il virus responsabile delle nuove patologie respiratorie era il Covid-19, un nuovo coronavirus, la cui trasmissione avveniva da uomo a uomo.

L'11 marzo 2020 l'OMS dichiara che l'epidemia da Covid-19 poteva essere considerata una pandemia (I.S.S Istituto Superiore di Sanità).

La modalità di trasmissione principale del virus avviene attraverso goccioline di saliva che possono passare da una persona all'altra per mezzo di colpi di tosse, starnuti o mani contaminate portate alla bocca.

I sintomi più comuni con cui si presenta il Covid-19 sono: tosse, febbre, raffreddore, mal di testa, debolezza, dolori muscolari e in alcuni casi si può presentare in maniera più seria con polmonite e insufficienza respiratoria che possono anche portare alla morte (Humanitas).

2.2 AUMENTO DI ANSIA E DEPRESSIONE TRA LE NEOMAMME DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19

La nuova pandemia di Covid-19 ha rappresentato un ulteriore fattore di rischio per la salute mentale di gran parte delle donne incinte: in particolare, le misure di quarantena, i mesi di lockdown e la paura del contagio hanno causato importanti ripercussioni sulla salute mentale delle giovani mamme che hanno dovuto portare a termine la loro gravidanza e hanno dovuto crescere i propri figli in una situazione di stress, di angoscia e di timore.

In seguito alla pandemia di Covid-19 le donne a rischio di depressione post partum sono

quasi triplicate: uno studio condotto dall'Università di Alberta, in Canada, tra il 14 aprile e l'8 maggio 2020 e pubblicato sulla rivista "*Frontiers in Women's Global Health*", ha confermato che su 900 donne, di cui il 60% in dolce attesa e le altre che avevano già partorito nei 12 mesi precedenti, la pandemia ha peggiorato la loro condizione psicologica.

Attraverso questo studio, realizzato per mezzo di social network, veniva chiesto alle giovani mamme delle informazioni sia di carattere generale (età, livello di istruzione) sia domande sull'attualità per andare ad indagare se avessero sintomi legati al Covid-19, se si fossero sottoposte al tampone o come stessero affrontando l'isolamento.

Al termine di questa ricerca è stato riscontrato che, in un solo anno di pandemia, i casi di depressione tra le neomamme sono triplicati: nello specifico, i disturbi d'ansia sono passati dal 29% al 72%, mentre, i disturbi depressivi dal 15% al 41%.

Secondo i ricercatori, un peggioramento dei sintomi depressivi potrebbe anche essere dettato dalla riduzione dell'attività fisica, in grado di apportare dei benefici alla madre e al bambino.

Anche i test di screening utilizzati (EPDS e STAI) per accertare la presenza di Depressione Post Partum e di ansia tra le neomamme sono stati considerati utili da psicologi e psichiatri per confermare che la pandemia ha avuto ripercussioni negative sulla salute mentale delle gestanti.

Le complicanze maggiori riguardano principalmente le donne risultate positive, o sospette, al Covid-19 in quanto preoccupate per la propria salute e per quella del proprio figlio; tali preoccupazioni hanno incrementato i disturbi di ansia e dell'umore. Tuttavia, a peggiorare non è stata solamente la salute mentale delle donne contagiate o in isolamento in attesa di un tampone: un'indagine condotta dall'Università Federico II di Napoli, su 100 donne campane, ha segnalato un incremento dei livelli di ansia su oltre i due terzi delle donne.

Le principali cause sono riconducibili all'isolamento imposto dalla pandemia, all'impossibilità dei papà di entrare in ospedale nei giorni di degenza e, in molti casi, la solitudine vissuta dalla donna durante le fasi del travaglio e del parto (Todaro, 2020). In uno studio condotto nel 2020 nel Nord-Est d'Italia, una delle zone più colpite dalla pandemia, in seguito alla compilazione di un questionario da parte delle donne due giorni dopo il parto, si è potuto arrivare ad affermare che il lockdown e l'isolamento

hanno provocato nel 29% delle donne sintomi depressivi significativamente più intensi rispetto alle donne che avevano partorito nel 2019, quando i valori di ansia e depressione ruotavano attorno al 15%.

In conclusione, è importante notare come le preoccupazioni legate al Covid-19, l'isolamento e l'assenza dei propri cari hanno influenzato negativamente le emozioni, andando così ad aggravare i sintomi depressivi (med4.care, 2020).

2.3 SCALE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI DPP

I test per la diagnosi di Depressione Post Partum valutano un ventaglio molto ampio di sintomi che non sempre indicano il disturbo depressivo ma possono riguardare semplicemente le condizioni generali della persona; perciò, non si deve solo far riferimento ai risultati del test per fare diagnosi di DPP ma si devono utilizzare anche altri metodi, come interviste o colloqui, per ottenere una diagnosi più certa e affidabile. Le principali Scale di Valutazione utilizzate per fare diagnosi di Depressione Post Partum nelle giovani mamme sono (Negretto, 2010):

➤ **EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)**

Come strumento di screening l'EPDS è la più utilizzata in Italia in quanto è tra le più semplici da usare ed ha una maggiore efficienza; inoltre, essendo disponibile in più lingue può essere somministrata anche alle donne straniere. È un questionario autosomministrato a 10 domande, con risposta su una scala a 4 punti di frequenza e punteggi che vanno da 0 a 3. Si consiglia la somministrazione dalla sesta alla dodicesima settimana dopo il parto. Si raccomanda di effettuare diagnosi di depressione *possibile* con un punteggio dell'EPDS compreso tra 9 e 10 e *probabile* se il punteggio è tra 12 e 13. Per la Depressione Post Partum si può considerare un valore *cut off più ampio*, compreso tra 14 e 15.

1. Negli ultimi 7 giorni sono stato capace di sorridere e vedere il lato divertente delle cose:

Come sempre 0

Un po' meno del solito 1

Decisamente meno del solito 2

Per niente 3

2. Negli ultimi 7 giorni guardavo alle cose imminenti con gioia:

Come sempre 0

Un po' meno del solito 1

Decisamente meno del solito 2

Per niente 3

3. Negli ultimi 7 giorni mi rimproveravo senza motivo quando le cose andavano male:

Sì, per la maggior parte delle volte 3

Sì, alcune volte 2

No, non molto spesso 1

No, mai 0

4. Negli ultimi 7 giorni sono stata ansiosa e preoccupata senza una ragione:

No, per niente 0

Molto raramente 1

Sì, qualche volta 2

Sì, molto spesso 3

5. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita spaventata o terrorizzata senza una vera ragione:

Sì, abbastanza 3

Sì, alcune volte 2

No, non molto spesso 1

No, mai 0

6. Negli ultimi 7 giorni le cose mi sovrastano:

Sì, per la maggior parte del tempo non riesco a cavarmela affatto 3

Sì, a volte non riesco a cavarmela come al solito 2

No, la maggior parte delle volte me la cavo abbastanza bene 1

No, me la sono cavata come sempre 0

7. Negli ultimi 7 giorni sono stata così infelice che da non riuscire a dormire:

Sì, per la maggior parte del tempo 3

Sì, alcune volte 2

No, non per molto 1

No, mai 0

8. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita triste e abbattuta:

Sì, per la maggior parte del tempo 3

Sì, abbastanza spesso 2

No, non molto spesso 1

No, mai 0

9. Negli ultimi 7 giorni mi sono sentita così triste da mettermi a piangere:

Sì, per la maggior parte del tempo 3

Sì, abbastanza spesso 2

Soltanto occasionalmente 1

No, mai 0

10. Negli ultimi 7 giorni il pensiero di farmi del male mi è venuto in mente:

Sì, abbastanza spesso 3

Qualche volta 2

Quasi mai 1

Mai 0

➤ **BLUES QUESTIONNAIRE**

È un questionario che viene somministrato entro la sera del terzo e del quinto giorno post partum, giorni in cui solitamente si verificano picchi di depressione. Questa scala di valutazione è composta da 28 item del tipo: “più del solito”, “molto più del solito”, “meno del solito” e “non differente”.

➤ **VULNERABLE PERSONALITY STYLE QUESTIONNAIRE**

Rappresenta una scala di valutazione costituita da 9 item disposti su una scala Lickert a 5 punti. Gli item riguardano aspetti della personalità che si possono associare allo sviluppo della Depressione Post Partum.: stile di coping, nervosismo, timidezza, sensibilità, ansia, organizzazione, espressività, ossessioni e volubilità.

➤ **PREGNANCY RISK QUESTIONNAIRE (PRQ)**

È costituito da 18 item da somministrare prima del parto e di altri 3 da somministrare nel post partum. Sono disposti su una Scala di Lickert che va da 0 a 5 punti: si andrà a valutare l’attitudine che la donna mostra riguardo la sua gravidanza, la sua esperienza con i genitori durante l’infanzia, eventuali abusi sessuali o fisici subiti, eventuale storia di depressione, depressione durante la gravidanza, eventuali ossessioni, ansia prima del parto.

➤ **STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI-Y)**

È uno strumento frequentemente utilizzato per la misurazione dell’ansia di stato e di tratto, ideato da Spielberg nel 1964.

Si presenta suddiviso in due scale (Y1 e Y2) che valutano rispettivamente l'ansia di Stato, ovvero come il soggetto si sente al momento della somministrazione del questionario, e l'ansia di Tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente.

Esempi di domande di questo test potrebbero essere: “mi sento turbato” o “mi sento indeciso.

La scala di Stato viene sempre fatta compilare per prima.

Al termine della compilazione si ricavano due punteggi: uno per l'ansia di Stato e l'altro per l'ansia di Tratto (Legacci, 2015).

2.4 IMPATTO DELLE MISURE RESTRITTIVE DEGLI OSPEDALI SULLE NEOMAMME

Fin dai primi giorni dalla comparsa del Covid-19 in Italia gli ospedali hanno adottato misure restrittive per contenere la diffusione del virus.

In primis, anche i Dipartimenti Materno-Infantili e le Unità di Ostetricia e Ginecologia hanno messo in atto delle misure di prevenzione riguardo l'assistenza pre e post-natale, il travaglio e il parto: le visite ambulatoriali sono state sostituite con controlli a distanza, le visite non essenziali sono state annullate e le persone extra (padri e visitatori) sono state escluse dalla sala parto e dalle unità post partum (Zanardo, 2020).

L'improvviso cambiamento delle modalità organizzative nei Punti Nascita ha penalizzato la relazione neonato-genitori nella fase iniziale della costruzione di una famiglia: è, infatti, fondamentale che entrambi i genitori, se negativi, guariti o Covid-19 vaccinati, possano stare con il proprio figlio per facilitare l'attivazione dei processi di attaccamento e l'avvio dell'allattamento.

Le raccomandazioni che giungono sia da Enti Nazionali (ISS) che Internazionali (OMS) mirano alla non separazione di neonati e genitori, sia nei reparti di degenza dei neonati fisiologici che nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN). Ricerche condotte all'interno di alcuni Punti Nascita documentano che, a distanza di ormai molti mesi dall'inizio della pandemia, sono ancora in vigore norme assistenziali che ostacolano la relazione madre-bambino, il benessere psico-fisico della famiglia e l'allattamento: in particolare, il mancato rooming-in per la coppia madre-figlio in buona

salute e il divieto per il partner di far visita alla neomamma e al neonato (Società Italiana di Pediatria, 2021).

A partire da febbraio 2020 il Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha offerto una documentazione dettagliata riguardo al tipo di assistenza durante la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento da seguire durante la pandemia di Covid-19.

2.4.1 ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

Le raccomandazioni di prevenzione per le donne in gravidanza sono le stesse messe in atto dalla popolazione generale: accurata igiene delle mani, utilizzo della mascherina in ambienti chiusi o se a contatto con persone non vaccinate e distanziamento fisico (Istituto Superiore di Sanità, 2021).

In caso di gravidanza a basso rischio è raccomandabile mantenere un minimo di 6 visite prenatali in presenza e includere in un unico appuntamento la visita, l'ecografia e eventuali esami diagnostici.

Le donne in gravidanza, positive o sospette al Covid-19, dovrebbero essere seguite a domicilio in coordinamento con i servizi della ASL. Inoltre, dovrebbero essere messe in grado di poter partecipare, ad esempio, agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), anche attraverso modalità on-line.

2.4.2 ASSISTENZA DURANTE IL TRAVAGLIO E IL PARTO

L'Istituto Superiore di Sanità raccomanda che deve essere garantita a tutte le donne la presenza di un caregiver o di un accompagnatore, che non abbia avuto segni e sintomi legati al Covid-19 almeno nei 14 giorni precedenti, che possa stare accanto alla donna per tutta la durata del travaglio, del parto e del ricovero.

In caso di infezione certa o sospetta al virus deve essere allertato un team multidisciplinare che includa ginecologo, ostetrica, anestesista-rianimatore, neonatologo, infermiere pediatrico e infettivologo.

2.4.3 ASSISTENZA NEL POST PARTUM

Il Ministero della Salute ribadisce che le donne positive al Covid-19 e i propri figli non vadano separati nel post partum, anzi, dovrà essere garantito il contatto pelle-a-pelle e la prima poppata poiché i loro benefici per la salute del neonato sono maggiori del rischio di trasmissione del virus. Va, inoltre, raccomandato l'utilizzo della mascherina, insieme alle altre misure di prevenzione, da parte della mamma mentre allatta o entra in contatto con il bambino.

Il Ministero della Salute ribadisce che le donne, anche se positive al Covid-19, non debbano rinunciare ad allattare al seno il proprio bambino: l'unico rischio connesso all'allattamento al seno è legato al contatto ravvicinato e al contagio attraverso goccioline di saliva (droplets) (*Istituto Superiore di Sanità, 2021*).

Anche nelle ore successive al parto è fondamentale garantire il contatto pelle-a-pelle e il rooming-in giorno e notte, tranne in caso di condizioni cliniche materne o neonatali gravi. Nel caso in cui la madre non possa occuparsi del proprio figlio può essere considerato un altro family-caregiver.

Infine, se il neonato necessitasse di cure in Terapia Intensiva Neonatale sarebbe opportuno permettere alla madre e al padre il libero accesso in un'area dedicata e separata utilizzando le apposite misure di prevenzione.

CAPITOLO 3: DEPRESSIONE POST-PARTUM PRIMA E DURANTE LA PANDEMIA DI COVID-19: DATI A CONFRONTO

3.1 BACKGROUND

La gravidanza e il post partum sono associati ad un aumentato rischio di sviluppare sintomi depressivi nella donna. La Depressione Post Partum è una vera e propria condizione patologica che colpisce circa il 10-15% delle donne nei giorni successivi al parto andando a compromettere le interazioni madre-bambino, a loro volta importanti per lo sviluppo del neonato (*Brummelte S, 2016*).

I sintomi che caratterizzano principalmente una DPP sono: insonnia, tristezza, sentimento di colpa o di inadeguatezza e riduzione di interesse per quasi tutte le attività. Le sindromi depressive del post partum vengono classificate in base alla loro gravità: il baby blues, è la forma più lieve che colpisce dal 50% all'80% delle donne e non ha bisogno di alcun tipo di trattamento poiché regredisce entro pochi giorni dal parto. Al contrario, la psicosi depressiva puerperale è la forma più grave tra le forme depressive del post partum in quanto presenta tassi di suicidio pari al 5% e di infanticidio del 4%.

La pandemia di Covid-19 ha causato importanti ripercussioni sulla salute mentale delle giovani mamme aumentando in loro paure e senso di inadeguatezza a causa dell'isolamento imposto dalla pandemia, della lontananza dai cari e dalla paura del contagio per sé e per il proprio figlio.

Anche le strutture ospedaliere durante i mesi della pandemia, negando l'accesso a parenti e amici, hanno impedito loro di poter stare vicino alla donna nel momento del travaglio, del parto e del post partum.

Tutto ciò ha determinato ripercussioni a livello familiare ma anche, e soprattutto, dal punto di vista della salute mentale della neomamma, la quale si è trovata sola in uno dei momenti più importanti e più delicati della propria vita.

3.2 OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'obiettivo di questa ricerca è quello di andare a confrontare il numero dei casi di Depressione Post Partum tra le neomamme prima della pandemia di Covid-19 rispetto ai dati registrati durante il periodo pandemico.

3.3 MATERIALI E METODI

Disegno di studio: Revisione della letteratura

P: Donne in gravidanza;

I: Insorgenza della pandemia;

O: Peggioramento della salute mentale delle donne subito dopo il parto.

Il periodo di svolgimento dello studio si estende dal mese di Gennaio 2023 al mese di Aprile 2023 utilizzando il motore di ricerca PUBMED.

Sono state inserite le Keywords "POST PARTUM DEPRESSION AND COVID-19".

3.4 RISULTATI

Dai dati raccolti è emerso un sostanziale incremento dei casi di Depressione Post Partum tra le giovani mamme durante i tre anni di pandemia rispetto al periodo pre-Covid. In particolare, si evidenzia un'incidenza dei casi di DPP nel periodo pandemico tre volte superiore ai casi registrati prima della pandemia.

I dati pre-Covid, precedenti al 2020, evidenziano che i casi di Depressione Post Partum interessavano circa 90.000 donne con un'incidenza che ruotava attorno al 10-15% delle partorienti totali. Le più predisposte a sviluppare questa forma di depressione erano le donne primipare tra i 35 e i 40 anni di età: alcune di esse sviluppavano la Depressione Post Partum già durante la gravidanza con percentuali che andavano dal 10-16% al 14-23%; altre donne, invece, mostravano i primi segni di depressione direttamente nel post

partum, con una percentuale che variava dal 10-15% al 20-40% (*Osservatorio Nazionale sulla salute della donna: O.N.D.A., 2005*).

I principali fattori di rischio che sono emersi, responsabili dell'insorgenza della DPP tra le neomamme nel pre-Covid erano: storie pregresse di depressione in famiglia, relazione conflittuale con il partner, patologie mediche riguardanti la madre, complicanze fetali, mancanza di un supporto da parte di familiari e amici, aver vissuto esperienze o eventi stressanti in tempi ravvicinati al parto (*I.S.S Istituto Superiore di Sanità*).

Nei dati raccolti durante la pandemia di Covid-19 è invece emerso uno scenario ancor più allarmante.

I casi di Depressione Post Partum tra le neomamme sono quasi triplicati rispetto agli anni precedenti la pandemia: si è passati dall'11,6% nel 2019 al 13,3% nel 2020; tra gennaio e settembre 2021 si è avuto un balzo al 19,5% per poi arrivare al 25,5% fra novembre 2021 e aprile 2022 (*Fondazione Onda , 2022*).

Inoltre, secondo uno studio condotto dall'Università di Alberta, in Canada, c'è stato un aumento tra le neomamme dei casi di disturbo d'ansia: si è passati dal 29% nel periodo pre-Covid al 72% durante la pandemia e anche un incremento dal 15% al 41% dei sintomi depressivi.

Le cause legate a questo aumento esponenziale di casi di Depressione Post Partum nel periodo pandemico sono differenti dalle cause responsabili di DPP negli anni precedenti la pandemia. Oltre ai problemi economici che hanno da sempre rappresentato una fonte di preoccupazione per tutte le famiglie, ora i fattori di rischio sono riconducibili principalmente alle misure di isolamento fisico e sociale imposte dal lockdown, alla paura del contagio, alla mancanza di contatto con parenti e amici che avrebbero potuto offrire sostegno alla neomamma, alla lontananza del partner durante la degenza e anche il rischio d'ansia di non aver potuto partecipare a corsi preparto.

Dallo studio emerge, inoltre, un altro aspetto particolarmente allarmante: il suicidio in gravidanza e nel primo anno dopo il parto.

È un evento particolarmente raro ma tuttavia, nel periodo pre-pandemico, il tasso di suicidio tra le neomamme riguardava 2,3 donne per 100.000 nati vivi e il periodo più a rischio era quello compreso tra l'ultimo trimestre di gravidanza e i primi mesi dopo il parto (*Istituto Superiore di Sanità, 2021*).

La maggior parte delle donne che arrivavano a compiere gesti così estremi erano coloro che avevano sviluppato durante la gravidanza la psicosi depressiva puerperale e, inoltre, erano donne non sposate, con gravi problemi economici e con bassa scolarità che vivevano in paesi meno industrializzati.

In seguito alla diffusione della pandemia di Covid-19 e le successive misure di quarantena, che hanno costretto la donna a trascorrere la maggior parte del proprio tempo a casa insieme al proprio figlio e al proprio partner, si è registrato un incremento anche del rischio di violenza domestica e del rischio suicidario: il fattore che ha influito è stato principalmente la perdita del lavoro da parte di uno o di entrambi i membri della coppia che di conseguenza ha causato importanti ripercussioni economiche familiari (*I.S.S Istituto Superiore di Sanità*).

3.5 LIMITI

I limiti rappresentati da questo studio sono riconducibili al fatto che i dati raccolti non rappresentano un quadro completo della realtà in quanto molte donne sottovalutano i sintomi legati alla DPP o non chiedono aiuto ai professionisti per paura di essere giudicate o di non essere in grado di svolgere il loro ruolo da madre.

3.6 CONCLUSIONI

La ricerca condotta ha confermato che la Depressione Post Partum, anche prima della diffusione della pandemia di Covid-19, ha sempre rappresentato un serio e allarmante problema per la maggior parte delle donne che partorivano.

I sintomi di una DPP possono variare da una donna all'altra e si possono manifestare sotto diverse forme: alcune volte sono lievi, altre volte più subdoli, altre volte possono scatenare delle reazioni più violente, sino al suicidio.

I tre anni della pandemia di Covid-19 hanno amplificato questa condizione di tristezza, di stati d'ansia e di angoscia tra le neomamme e hanno determinato un aumento dei casi di Depressione Post Partum, fino a tre volte i numeri registrati prima della pandemia. Ciò che ne è scaturito è stato un peggioramento dei sintomi iniziali della sindrome depressiva e nuovi fattori di rischio rispetto al periodo pre-pandemico, i quali sono

cambiati a causa dell'isolamento che ha costretto numerose donne a trascorrere intere giornate chiuse in casa lontane dai cari e dalla paura di un possibile contagio.

Infine, ciò che è stato rilevato da questa ricerca è stato l'incremento del tasso dei suicidi tra le giovani donne che durante la pandemia hanno perso il lavoro e sono andati incontro a una grave crisi economica.

In conclusione, dallo studio condotto, emerge la necessità di porre un'attenzione mirata all'assistenza alla donna durante la gravidanza e dopo il parto in quanto, soprattutto nel periodo della pandemia, il suo stato mentale ha risentito dei vari cambiamenti imposti dalla quarantena.

CONCLUSIONI

Il momento del parto per una donna rappresenta uno degli eventi più importanti per la sua vita e per quella del proprio partner.

A volte, però, in seguito alla nascita di un bambino possono sorgere delle difficoltà dovute a diversi fattori di natura biologica, psicologica e relazionale: in primis la mancanza di un supporto familiare, la solitudine e uno squilibrio ormonale aumentano il rischio di andare incontro ad una severa forma di depressione, nota come Depressione Post Partum.

Lo scopo principale del personale sanitario è proprio quello di andare ad individuare tempestivamente la sintomatologia, a volte anche subdola, che caratterizza una Depressione Post Partum e iniziare in maniera rapida un trattamento adeguato grazie ad interventi psicoeducativi, tecniche di rilassamento e, nei casi più gravi, anche attraverso l'uso di antidepressivi.

Purtroppo, in questi ultimi anni, la pandemia di Covid-19 ha costituito un ulteriore fattore di rischio nello sviluppo di una DPP e ha trasformato in un incubo la vita di queste giovani mamme, le quali hanno dovuto affrontare tutte quelle difficoltà imposte dalla situazione di emergenza: la paura del contagio, l'isolamento sia fisico che sociale, la mancanza di affidamento su parenti e amici al momento del travaglio, del parto e dei giorni successivi di degenza.

I dati ottenuti dalla maggior parte degli studi effettuati in questi tre anni di pandemia, e le scale di valutazione utilizzate per la diagnosi, hanno dimostrato che i casi di Depressione Post Partum sono quasi triplicati rispetto al periodo pre-Covid, con un aumento esponenziale del numero di suicidi tra le neomamme dovuti principalmente alla perdita del lavoro e a problemi economici.

Un adeguato caring infermieristico e un'equipe multidisciplinare diventano, dunque, fondamentale per offrire il giusto sostegno e ascolto alle donne che si trovano in una condizione di instabilità emotiva in uno dei momenti più delicati della loro vita. In conclusione, in seguito all'aumento dei casi di Depressione Post Partum a causa della pandemia di Covid-19, si rende indispensabile l'impiego di strategie adeguate a una corretta gestione di questa condizione sul territorio al fine di non abbandonare le giovani mamme e i loro familiari in uno stato di solitudine e di timore.

ALLEGATO I

“Ho desiderato mio figlio con tutta me stessa.

L'ho partorito a gennaio del 2020, poco prima che scoppiasse la pandemia e, una volta avuto tra le braccia quello che pensavo fosse la mia più grande fonte di gioia, si è rivelato essere una sfida molto più impegnativa di quanto potessi immaginare. Non mi sentivo assolutamente capace di gestirlo e fin dai primi giorni ho provato le sensazioni più contrastanti. Quando arrivi a benedire e a maledire allo stesso tempo il figlio che hai portato in grembo qualcosa nel tuo cuore si rompe e in quelle crepe si insinuano sensazioni così brutte capaci di stordirti.

Passavo le giornate in bilico tra pianti e senso di colpa, in una dimensione in cui il tempo sembrava sospeso e non vedevo altro che sfide da affrontare, tutte più grandi di me. L'accudimento era un peso invece che una gioia. Avevo un disperato bisogno di aiuto per poter lenire quella sofferenza che mi annebbiava cervello e cuore. Non avevo le forze di occuparmi di mio figlio. Ero impegnata a sopravvivere rimettendo insieme tutti i pezzi della vita che avevo conosciuto fino a quel momento e che da lì in poi avrebbe inevitabilmente necessitato di nuovi equilibri.

Dopo aver vissuto settimane davvero sfidanti, nel momento in cui finalmente sentivo che avrei potuto rialzarmi e trovare una stabilità nella mia nuova dimensione di mamma, ecco arrivare il covid che mi ha nuovamente gettata nello sconforto. Ero annientata dall'ansia dell'ignoto, dalla paura di non sapere come difendere il mio bambino, dal fatto di non poter più contare sull'aiuto di nessuno per la sua gestione. L'isolamento è stato l'aspetto più complesso da accettare per me. Si dice che per crescere un bambino ci voglia un villaggio e io credo che non ci sia verità più grande. Il Covid ci ha privati della relazione sociale che, spesso sottovalutata perché data per scontata, è la vera salvezza per quelle donne che proprio come me si sono trovate a vivere la maternità non come quell'idillio diffuso nell'immaginario comune ma come una sfida in grado di farle sentire così inadeguate e incapaci da mandarle completamente in crisi.”

BIBLIOGRAFIA

Bellantuono, C. (2007). *L'impiego dei farmaci antidepressivi nel puerperio. Recenti Progressi in Medicina*, 29.

Buist et al. (1998). *Buist A, Westley D & Hill C. Antenatal prevention of postpartum depression. Arch Wom Health*, 1,167-173.

Brummelte S, Galea (2016). *Post partum depression; Etiology, treatment and consequences for maternal care.*

M.Mauri&Banti. (2003). *Official Journal of the italian society of Psychopathology.*

Motrico, & Mateus. (2020). *Good practices in perinatal mental health during the Covid-19 pandemic.* 28-29.

Righetti & Valtema et al. (2003). *Righetti-Veltima, M., Bousquet, A. & Manzano, J. Impact of Postpartum Depressive Symptoms on mother and her 18-month-old infant. European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 75-83.

Società Italiana di Pediatria. (2021, Dicembre 15). *Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Corsi E, Preziosi J, Sampaolo L, Pizzi E, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Chapin EM, Donati S.*

Sit et al. (2009). *Identification of postpartum depression. Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 456-468.

Zanardo, V. (2020). *International Journal of Gynecology & Obstetrics.*

SITOGRAFIA

Agenzia Italiana del Farmaco A.I.F.A. (2019, Marzo 27). Tratto da <<https://www.aifa.gov.it/>>

Ayaz, R. (2020, Settembre). Tratto da <<https://badge.dimensions.ai/details/id>>

Di Todaro, F. (2013, Settembre 9). Tratto da <<https://www.fondazioneveronesi.it/>>

Fondazione Onda . (2022, Dicembre 16). Tratto da <<https://fondazioneonda.it/>>

Osservatorio Nazionale sulla salute della donna: O.N.D.A. (2005)
<<https://fondazioneonda.it/>>

HUMANITAS. (s.d.). Tratto da <<https://www.humanitas.it/>>
ipsico (2021, maggio 30). Tratto da <<https://www.ipsico.it>>
Istituto Superiore di Sanità. (2021, Novembre 3). Tratto da <<https://www.salute.gov.it/>>
Istituto Superiore di Sanità (2021, dicembre 29). Tratto da <www.iss.it>
msdmanuals. (2022). Tratto da <<https://www.msdmanuals.com/>>
Negretto, C. (2010, Febbraio 26). Tratto da <www.lorenzomagri.it>
Pastore, A. (2021, gennaio 18). Tratto da <<https://istitutosantachiara.it/>>
med4.care. (2020, Agosto 1). Tratto da <<https://www.med4.care/>>
Ministero della salute (2017). Tratto da <<https://www.salute.gov.it/>>
Todaro, F. D. (2013). Tratto da <www.fondazioneveronesi.it>
Todaro, F.D. (2020). Tratto da <www.fondazioneveronesi.it>
Mayo Clinic (2018). <<https://www.mayoclinic.org/>>
Legacci, A. (2015). <<https://www.ansia-psicoterapia.it/>>

ALLEGATO II

MODELLO DI PRESA IN CARICO DELLE NEOMAMME RIVOLTO ALLA PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

Diversi studi epidemiologici hanno dimostrato che, solo nel mondo occidentale, la Depressione Post Partum colpisce circa il 10-15% delle donne che partoriscono (*Istituto Superiore di Sanità, 2021*). Tra di esse meno del 50% chiede aiuto e sostegno.

Dopo aver riscontrato l'impatto negativo che questo disturbo può avere sulla madre, sul bambino e su tutta la famiglia, la Depressione Post Partum è un problema che non dovrebbe essere sottovalutato e avrebbe bisogno di un'attenzione sanitaria mirata. L'infermiere è una delle prime figure coinvolte nell'assistenza alla donna e al neonato. Una corretta comunicazione è di fondamentale importanza non solo nell'offrire informazioni adeguate alle neomamme ma anche, e soprattutto, per riconoscere i primi segnali di difficoltà nella donna e offrire subito il giusto supporto.

Secondo quanto indicato dal DSM le donne che presentano una psicosi post-partum dovrebbero essere ricoverate in ospedale, preferibilmente in un'unità di videosorveglianza per permettere al proprio bambino di rimanere con la mamma; successivamente verrà stabilito dal medico se occorrerà far ricorso a farmaci antipsicotici o antidepressivi.

Purtroppo, in Italia non esiste un modello unitario di presa in carico della paziente.

Nonostante ciò, esistono delle realtà che offrono sostegno alle neomamme: un esempio è il progetto messo in atto nel 2014 dall' Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano, in collaborazione con l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A), attraverso la fondazione di un ambulatorio che si occupa esclusivamente di disturbi psichiatrici comparsi durante la gravidanza o il post partum.

Elemento fondante e innovativo di questa iniziativa è stata l'offerta di assistenza domiciliare specialistica alle neomamme e ai neonati: un'equipe multidisciplinare composta da una psichiatra, una psicologa, un pediatra e una volontaria ha prestato alle donne in difficoltà le cure e le attenzioni necessarie per aiutarle a superare un periodo così delicato della loro vita.

Tale progetto prevede principalmente delle visite a domicilio che andranno a valutare l'ambiente all'interno del quale vivono le giovani mamme e come gestiscono il proprio

bambino. Inoltre, le donne riceveranno la visita di una psichiatra, che andrà a valutare la sintomatologia delle pazienti e stabilirà un percorso di cura adeguato e di un pediatra, il quale si recherà a casa del bambino una volta al mese per osservarne la crescita e per dare dei suggerimenti pratici alle mamme (*quotidianosanita, 2015*).

L'Istituto Superiore di Sanità ha avviato nel marzo 2012 e concluso nel marzo 2015 il progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di Depressione Post Partum" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Gli obiettivi di questo progetto erano i seguenti:

- ✓ Valutare la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico;
- ✓ Mettere a punto modalità di sensibilizzazione e informazione per le donne a rischio di DPP sull'importanza del disturbo in questione e sull'opportunità di un intervento precoce;
- ✓ Definire modalità di screening praticabili e accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di DPP.

Le Unità Operative che sono state coinvolte per la realizzazione di questi obiettivi sono state:

- Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 9 (ULSS) di Oderzo (Treviso);
- Azienda Sanitaria Regionale Molise, Campobasso;
- Azienda ospedaliera di Treviglio, Bergamo.

Ogni UO ha istituito un proprio gruppo di coordinamento con rappresentanti di Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimento Materno-infantile, pediatri di base e altri attori coinvolti nei distretti sanitari competenti.

Lo studio ha previsto le seguenti fasi:

- ✓ Messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione;
- ✓ Formazione degli operatori sanitari;
- ✓ Sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP;
- ✓ Screening delle puerpere;
- ✓ Approfondimento diagnostico-clinico;
- ✓ Intervento psicologico, se indicato;
- ✓ Valutazione degli esiti dell'intervento.

Al termine di questo progetto le Unità Operative hanno realizzato materiale informativo di sensibilizzazione al rischio di sviluppare Depressione Post Partum.

Gli opuscoli realizzati mirano ad offrire consigli pratici alla mamma:

1. Fai lunghe docce rilassanti ed esercizi di respirazione, soprattutto prima di andare a dormire; Non avere sensi di colpa se riesci a ritagliare del tempo per te stessa!
2. Mangia bene, se possibile alimenti freschi e naturali;
3. Non sentirti colpevole dei sentimenti di inadeguatezza che potresti provare!
4. Abbi cura del tuo aspetto esteriore: vestiti bene, truccati!
5. Fai passeggiate al parco o al mare. Esci per riprendere qualche vecchia buona abitudine;
6. Chiedi aiuto ai tuoi vicini, ai tuoi familiari, ai tuoi amici. L'aiuto pratico in questo periodo è fondamentale ma non delegare totalmente la cura di tuo figlio ad altre persone (*Istituto Superiore di Sanità, 2021*).

Purtroppo, in seguito alla diffusione della pandemia di Covid-19 le preoccupazioni tra le giovani mamme sono raddoppiate: la paura del contagio e l'isolamento hanno aumentato il rischio di andare incontro a una Depressione Post Partum.

È dunque fondamentale che il personale sanitario sia in grado di saper ascoltare le donne, le loro preoccupazioni e dar loro informazioni semplici, precise e corrette riguardo alla prevenzione dell'infezione e sul rischio di trasmetterlo al neonato.

In sintesi, il supporto psicologico per le giovani mamme durante la pandemia di Covid-19 da parte del personale sanitario può essere riassunto in 9 raccomandazioni: (*Motrico & Mateus, Good practices in perinatal mental health during the Covid-19 pandemic, 2020*).

- Fornire informazioni chiare e precise su Covid-19
- Mettere in luce le reazioni psicologiche alla pandemia (paura e stress);
- Valutare se la donna ha un adeguato supporto sociale e incoraggiare il contatto (social media, via telefono) con parenti prossimi e amici;
- Coinvolgere il partner (o un'altra persona cara) nel supporto della donna;
- Favorire l'accesso a servizi di autoaiuto o di supporto psicologico;

- Promuovere strategie di coping positive;
- Fare screening di problemi psicologici;
- Offrire un servizio di psicoterapia per trattare i problemi psicologici associati al periodo perinatale;
- Promuovere il contatto pelle a pelle con il bambino e l'allattamento esclusivo al seno quando possibile.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo lavoro di tesi, è doveroso ringraziare le persone che mi sono state accanto in questi tre anni.

In primis il mio ringraziamento va al mio relatore, Dott. Stefano Marcelli, per l'aiuto, i consigli e la grande disponibilità dimostratami nella stesura di questa tesi.

A mamma e papà, le colonne portanti della mia vita. Coloro che mi sono stati accanto dall'inizio, non intralciando mai le mie scelte e lasciandomi sempre fare ciò che più amavo. Grazie per aver gioito con me nei momenti più felici e per avermi sostenuta e incoraggiata nei momenti più difficili. Non li ringrazierò mai abbastanza per avermi sopportato e supportato in questi anni dandomi sempre preziosi consigli e non smettendo mai di credere in me. Vorrei che questo mio traguardo sia anche per loro un premio per i mille sacrifici che hanno fatto per rendermi la persona che sono oggi.

A Letizia, la mia sorellina, che con la sua positività mi ha insegnato ad affrontare con il sorriso ogni piccolo ostacolo. Grazie per avermi fatto capire che bisogna saper vivere la vita con leggerezza e spensieratezza. Ti amo.

A nonno Filippo. Che ha iniziato questo percorso accanto a me e che ora mi guarda da lassù dandomi sempre la forza di andare avanti. Spero che oggi sia felice e orgoglioso della sua nipotina!

A Benedetta: cugina, madrina e molto, molto altro di più. La persona più matura e più caparbia che io conosca. Ciò che vorrei essere in futuro. Grazie per essermi stata accanto in tutti i miei momenti no, per avermi sempre dato la forza di non arrendermi e per aver sempre creduto nelle mie capacità.

Alle mie compagne di avventura Arianna e Giulia, con le quali ho condiviso questi tre lunghi anni. Senza le nostre risate, le nostre uscite e i nostri pianti, questo percorso non sarebbe stato lo stesso. Vi voglio bene!

Un grandissimo ringraziamento a zii, zie, cugini, amiche e a tutte quelle persone che ho avuto la fortuna di avere sempre al mio fianco in questi anni e che non mi hanno mai fatta sentire sola.

Infine, dedico questa tesi e questo traguardo a me stessa. Lo dedico a tutti i miei sacrifici e alla mia determinazione per non aver mai mollato nei momenti più difficili e per essermi sempre rialzata dopo ogni pianto, consapevole che dopo ogni tempesta esce sempre il sole!

Giulia