



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

MATERNITY BLUES

APPROCCI MULTIDISCIPLINARI PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO

Relatrice: Dott.ssa Ostetrica Sansone Laura

Laureanda: Viana de Souza Ramburgo Rosicle
(matricola n. 2017259)

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

Introduzione: La maternity blues è un fenomeno transitorio, che si manifesta nel 39% delle puerpere nel periodo immediatamente successivo al parto, ed è caratterizzato da sintomi come ansia, tristezza, irritabilità e labilità emotiva. Le ricerche epidemiologiche indicano che questo fenomeno potrebbe rappresentare un rilevante indicatore di rischio per lo sviluppo della depressione post-partum, con una progressione verso tale disturbo in circa il 20% dei casi (Luciano et al., 2021). L'approccio multidisciplinare nella prevenzione e gestione di questa condizione è determinante per salvaguardare la salute materna e della famiglia.

Obiettivi: Gli obiettivi di questo elaborato sono di indagare i diversi approcci multidisciplinari che riguardano la prevenzione e il trattamento della maternity blues con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere, nonché analizzare quali siano gli interventi psicologici, sociali e infermieristici che risultano più efficaci per favorire il benessere emotivo post-partum e prevenire la complicanza più temuta, la depressione post-partum.

Metodologia: Questa tesi è stata realizzata tramite una revisione della letteratura su banche dati scientifiche come PubMed, CINAHL e Scopus, includendo studi pubblicati tra il 2014 e il 2024 sugli approcci multidisciplinari per la prevenzione e il trattamento della maternity blues. Sono stati consultati siti autorevoli come il Ministero della Salute e l'OMS, oltre a riviste accreditate come Journal of Nursing Care. È stata creata una tabella che suddivide gli articoli per argomento, offrendo una panoramica chiara delle principali tematiche trattate, come aspetti generali della maternity blues, quadro nazionale e locale, prevalenza, fattori di rischio, approccio multidisciplinare, complicanze, ruolo dell'infermiere e scale di valutazione (Allegato 1). Dei 150 articoli esaminati, 33 sono risultati eleggibili in base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, mentre, dei 30 siti web analizzati, 6 sono risultati idonei.

Risultati e Conclusione: Dalla revisione della letteratura è emerso che l'approccio multidisciplinare, che include il supporto psicologico, l'educazione prenatale, il

coinvolgimento del partner e un'assistenza sanitaria integrata, può ridurre significativamente i sintomi della maternity blues (MB) e prevenire lo sviluppo di depressione post-partum. Il ruolo degli infermieri, in particolare, emerge come cruciale quando, lavorano in sinergia con gli altri professionisti sanitari, identifica precocemente i sintomi, supportando e informando la neomamma e la famiglia sulla maternity blues.

Parole chiavi: *Maternity blues, Prevention, Treatment, Multidisciplinary, Maternal health.*

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	5
1.1 Problema	5
1.2 Materiali e metodi	5
1.2.1 Obiettivi	6
1.2.2 Quesiti di ricerca	6
1.2.3 Strategie di ricerca.....	7
1.2.4 Criteri di inclusione ed esclusione degli studi	7
CAPITOLO 2	9
2.1 La maternity blues.....	9
2.1.1 Epidemiologia	9
2.1.2 Diagnosi	11
2.1.3 Neurofisiopatologia.....	13
2.1.4 Fattori di rischio	15
2.2 Approccio multidisciplinare alla prevenzione e trattamento	18
2.2.1 Supporto psicologico e consulenza terapeutica.....	19
2.2.2 Efficacia degli approcci non farmacologici	20
2.2.3 Coinvolgimento del partner e della famiglia.....	21
2.2.4 Integrazione tra servizi sanitari e sociali	22
2.2.5 Ruolo degli infermieri	23
CAPITOLO 3	27
Discussione	27
Conclusione.....	29
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	
ALLEGATI	

INTRODUZIONE

La maternità rappresenta una delle esperienze più significative e trasformative nella vita di una donna, caratterizzata da cambiamenti fisici, emotivi e sociali. Tuttavia, per molte donne, il periodo post-partum può essere accompagnato da disturbi emotivi, tra cui la maternity blues (MB) (Tosto et al., 2023). Questo fenomeno transitorio si manifesta entro i primi giorni dal parto, con sintomi come ansia, tristezza, irritabilità e instabilità emotiva (Zanardo et al., 2020). Sebbene i sintomi della MB siano generalmente di breve durata e tendano a risolversi spontaneamente, una gestione appropriata è cruciale per prevenire l'insorgenza di condizioni più gravi, come la depressione post-partum, che si sviluppa in circa il 20% delle donne con maternity blues, secondo recenti studi epidemiologici (Luciano et al., 2021).

La maternity blues è una condizione comune ma spesso sottovalutata, la cui prevalenza varia ampiamente in base al contesto geografico e culturale. Studi recenti hanno riportato una prevalenza del 39% a livello globale, con variazioni significative in base ai metodi di valutazione e alle caratteristiche demografiche delle popolazioni studiate (Rezaie-Keikhaie et al., 2020; Mikuš et al., 2021).

I fattori di rischio sono molteplici e includono elementi biologici, psicologici e sociali. Fluttuazioni ormonali, una storia personale o familiare di disturbi dell'umore, mancanza di supporto sociale e stress legato al parto sono tra i principali fattori che aumentano la vulnerabilità delle donne nel periodo post-partum (Della Corte et al., 2021). Il riconoscimento precoce di questi fattori di rischio è essenziale per attuare interventi preventivi efficaci e ridurre l'impatto della MB sulla salute materna e familiare.

Il ruolo degli infermieri è fondamentale nella sua gestione, poiché sono spesso i primi a interagire con le neomamme durante la gravidanza e il periodo post-partum. Essi possono individuare precocemente i sintomi, offrire sia supporto emotivo che pratico, fornire educazione pre e post-natale, monitorare il benessere psicologico e facilitare l'accesso a risorse di supporto. Inoltre, possono promuovere l'approccio multidisciplinare, coinvolgendo psicologi, ostetriche e altri professionisti sanitari, garantendo così un'assistenza integrata e completa (Ronad et al., 2018).

Questa tesi si propone di esaminare i diversi approcci multidisciplinari per la prevenzione e il trattamento della maternity blues, con particolare attenzione al ruolo degli infermieri.

Attraverso una revisione della letteratura, si cercherà di identificare le strategie più efficaci per sostenere le neomamme durante la gravidanza e il periodo post-partum e prevenire lo sviluppo di complicanze legate a questa condizione.

CAPITOLO 1

1.1 Problema

Il puerperio è un periodo in cui le donne sono particolarmente esposte al disagio psicologico, e i disturbi dell'umore, che si manifestano dopo la nascita del bambino costituiscono la complicità materna più comune nel post-partum (Cattaneo et al., 2015). La maternity blues (MB), nota anche come baby blues, è una condizione transitoria che interessa una percentuale significativa di donne nel periodo immediatamente successivo al parto e varia globalmente dal 13,7% al 76% (Rezaie-Keikhaie et al., 2020), si manifesta solitamente entro i primi giorni dopo il parto, e ha il picco tra 3-8 giorni, con sintomi quali tristezza immotivata, ansia, irritabilità, stanchezza, difficoltà a dormire, pianto improvviso e una generale sensazione di sopraffazione (Karakoç & Kul Uçtu, 2023).

A differenza della depressione post-partum, la MB è spesso sottovalutata, poiché viene percepita come una fase normale legata ai cambiamenti ormonali del post-partum. Tuttavia, il suo riconoscimento precoce è fondamentale, non solo per evitare complicazioni psicologiche a lungo termine come la depressione post-partum, ma anche per garantire un'adeguata cura del neonato e il benessere generale della famiglia (Luciano et al., 2021).

La sottovalutazione del problema da parte del personale sanitario e delle famiglie contribuisce a una minore consapevolezza della condizione, con il rischio di un ritardo nell'intervento (Durgun & Ulaş, 2023).

1.2 Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura analizzando articoli pubblicati tra il 2014 e il 2024 riguardanti il tema della maternity blues, concentrandosi in particolare su studi che esploravano le strategie preventive e terapeutiche, con una speciale attenzione al ruolo degli infermieri e ai vari approcci multidisciplinari. Sono stati analizzati 150 articoli, di cui 33 sono stati ritenuti idonei in base ai criteri di inclusione ed esclusione stabiliti, mentre sono stati analizzati 30 siti web e di questi, 6 sono risultati eleggibili. Gli altri

articoli sono stati esclusi in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione della ricerca. È stata creata una tabella che suddivide gli articoli per argomento, offrendo una panoramica chiara delle principali tematiche trattate, come aspetti generali della maternity blues, quadro nazionale e locale, prevalenza, fattori di rischio, approccio multidisciplinare, complicanze, ruolo dell'infermiere e scale di valutazione (Allegato 1).

1.2.1 Obiettivi

L'obiettivo principale di questa revisione della letteratura è quello di identificare e valutare gli approcci multidisciplinari efficaci per la prevenzione e il trattamento della maternity blues. In particolare, si vuole analizzare il contributo specifico degli infermieri, come professionisti che sono a contatto diretto con le madri nelle prime fasi post-partum.

Gli obiettivi specifici sono:

- ✓ Identificare i trattamenti multidisciplinari, inclusi gli interventi psicologici e sociali, per gestire i sintomi della maternity blues.
- ✓ Analizzare il ruolo degli infermieri nella gestione della maternity blues, con un focus sulle loro competenze nel fornire supporto emotivo e pratico alle neomamme.

1.2.2 Quesiti di ricerca

Questa tesi si articola attorno ai seguenti quesiti di ricerca:

- Quesito 1: Quali approcci multidisciplinari sono attualmente utilizzati per la prevenzione della maternity blues?
- Quesito 2: Quali interventi terapeutici risultano più efficaci nel trattamento della maternity blues?
- Quesito 3: Qual è il ruolo degli infermieri nel riconoscimento precoce dei sintomi della maternity blues e nel supporto delle neomamme durante il periodo post-partum?
- Quesito 4: In che modo il supporto psicosociale e familiare contribuisce alla prevenzione e al trattamento della maternity blues?

1.2.3 Strategie di ricerca

Per rispondere a questi quesiti, è stata effettuata una ricerca approfondita nei principali database scientifici, tra cui: PubMed, CINAHL, Scopus, e la Cochrane Library. Sono stati utilizzati termini di ricerca mirati, combinando parole chiave come "maternity blues", "baby blues", "prevention", "treatment", "multidisciplinary approach", "nursing care", "postpartum support", e "maternal mental health".

La ricerca è stata limitata agli articoli pubblicati tra il 2014 e il 2024, in lingua italiana o inglese, per garantire che le evidenze utilizzate siano aggiornate e pertinenti al contesto sanitario attuale. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati, revisioni sistematiche, studi osservazionali e linee guida nazionali.

1.2.4 Criteri di inclusione ed esclusione degli studi

Per garantire una selezione rigorosa e pertinente degli studi, sono stati adottati i seguenti criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di Inclusione:

- ✓ Studi che trattano la maternity blues o baby blues.
- ✓ Articoli che descrivono approcci multidisciplinari alla prevenzione e al trattamento della maternity blues, inclusi gli interventi infermieristici.
- ✓ Studi che descrivono l'efficacia degli interventi non farmacologici, come supporto psicologico, counselling e terapie comportamentali.
- ✓ Pubblicazioni in lingua italiana o inglese.
- ✓ Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, con enfasi su quelli pubblicati negli ultimi 5 anni.
- ✓ *Free Full text*.
- ✓ Tipologia degli studi: descrittivi, osservazionali, metanalisi e revisioni sistematiche.
- ✓ Coerenza con i quesiti di ricerca.

Criteri di Esclusione:

- ✓ Articoli che trattano esclusivamente la depressione post-partum, senza fare distinzione tra maternity blues e altre forme di disagio psicologico post-partum.
- ✓ Non *Free Full text*

- ✓ Articoli con campioni non rappresentativi.
- ✓ Articoli pubblicati più di dieci anni fa.

CAPITOLO 2

2.1 La maternity blues

La maternity blues, o baby blues, è una forma lieve ma diffusa di disagio emotivo che interessa molte neomamme nei giorni immediatamente successivi al parto (Tosto et al., 2023). Anche se transitorio, può rappresentare una fase critica nel periodo post-partum, che richiede attenzione e un'adeguata gestione (Banella, 2018). Questa condizione si manifesta attraverso sintomi come sbalzi d'umore, ansia, irritabilità, tristezza immotivata, insonnia e pianto frequente (Bezerra et al., 2020). Le statistiche mostrano che il picco dei sintomi si verifica tra il terzo e quinto giorno post-partum, con una durata media dei sintomi che va da pochi giorni a due settimane (Zanardo et al., 2020). Sebbene sia spesso considerata un problema di breve durata, la sua comparsa può preannunciare complicazioni più serie, come la depressione post-partum, nel 20% dei casi, rendendo essenziale un approccio tempestivo e multidisciplinare per il supporto delle neomamme (Luciano et al., 2021).

Lo studio di Karakoç & Kul Uçtu (2023), condotto in Turchia su un campione di 289 madri nel periodo postpartum, reclutate presso ospedali del paese, ha esaminato la maternity blues e l'impatto delle esperienze negative legate al parto e al post-partum sulla relazione madre-figlio. La ricerca ha dimostrato che tali esperienze possono aumentare l'ansia da separazione nelle madri, influenzando il legame con il bambino.

È importante distinguere tra maternity blues e depressione post-partum, poiché la prima è una condizione transitoria e meno grave che si risolve spontaneamente entro poche settimane, mentre la seconda è una forma di depressione persistente che può richiedere un trattamento terapeutico (Mikuš et al., 2021).

2.1.1 Epidemiologia

La maternity blues è una condizione frequente. Una recente studio ha rilevato che la sua prevalenza a livello mondiale è del 39%, con una variazione che va dal 13,7% al 76% delle puerpere nel periodo post-partum (Rezaie-Keikhaie et al., 2020), (Tabella I).

Uno studio prospettico multicentrico condotto su 3310 donne francese, ha dimostrato che il 33% delle puerpere ha manifestato sintomi di maternity blues (Landman et al., 2024). Un altro studio condotto in Croazia nel 2021 ha indicato una prevalenza della maternity blues del 19,9% (Mikuš et al., 2021). In Italia, la prevalenza della MB varia tra il 29.4% e il 43.1% a seconda degli studi condotti in anni diversi, evidenziando un fenomeno comune ma con risultati che possono differire a causa di fattori metodologici e contestuali.

Tabella I. Prevalenza della maternity blues per paese-Tratta da Rezaie-Keikhaie (2020).

PAESE	PREVALENZA MATERNITY BLUES
Italia	29.4% (Geri, 2019), 35.5% (Bruno, 2018), 43.1% (Zanardo, 2019)
Germania	55.2% (Reck, 2009)
Francia	13.7% (Glangeaud-Freudenthal, 1997)
Paesi Bassi	30.8% (Doornbos, 2009)
Svezia	37.4% (Rondborg, 2015)
Grecia	44.5% (Gondikakis, 2007)
Regno Unito	50.0% (Henshaw, 2005)
Brasile	32.1% (Faisal-Cury, 2008)
Giappone	38.75% (Takahashi, 2014)
Hong Kong	36.1% (Hau, 1996)
Iran	44.2% (Karimian, 2016)
Nigeria	31.3% (Adewuyi, 1988)
Africa Orientale	76.0% (Harris B. 1981)

La sua incidenza varia a seconda del contesto culturale e del sistema sanitario, ma rimane una delle manifestazioni emotive più frequenti nel periodo immediatamente successivo alla nascita di un bambino (Landman et al., 2024). La prevalenza della maternity blues è legata sia a fattori socioeconomici o geografici, e anche da fattori biologici, psicologici e ormonali (Della Corte et al., 2022). Tuttavia, la sottovalutazione del problema da parte

del personale sanitario e delle famiglie contribuisce a una minore consapevolezza della condizione, con il rischio di un ritardo nell'intervento (Durgun & Ulaş, 2023).

Negli ultimi anni, la crescente attenzione sulla salute mentale perinatale ha portato a un incremento di studi sull'epidemiologia della maternity blues, evidenziando la necessità di migliorare le strategie di prevenzione e sensibilizzazione tra le neomamme e il personale sanitario. Studi epidemiologici suggeriscono inoltre che la maternity blues possa essere un importante predittore di depressione post-partum, con una transizione verso questa condizione in circa il 20% dei casi (Luciano et al., 2021).

2.1.2 Diagnosi

La diagnosi della maternity blues è essenzialmente clinica e si basa sul riconoscimento di sintomi emotivi e comportamentali caratteristici (Tosto et al., 2023). A differenza della depressione post-partum, non richiede una valutazione psicologica approfondita, ma è essenziale che i professionisti sanitari siano in grado di identificare tempestivamente i segni della condizione per prevenire una sua progressione (Durgun & Ulaş, 2023).

I principali metodi per la diagnosi sono le scale di valutazione (Tabella II), che rappresentano uno strumento fondamentale per identificare e monitorare i sintomi della maternity blues e di altri disturbi mentali postnatali, come la depressione postpartum (Shahmi Ruslan et al., 2022). Le principali scale sono: la Stein Maternity Blues Scale, sviluppata nel 1980, che valuta 13 sintomi tra cui depressione e ansia; l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), creata nel 1987 per diagnosticare la depressione postpartum con un punteggio cut-off di 13; e il Kennerley's Blues Questionnaire del 1989, che misura 28 emozioni tipiche post-partum, escludendo la depressione come sintomo principale della maternity blues (Tosto et al., 2023).

L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) è una delle scale più utilizzate per lo screening della depressione postnatale. Creato originariamente per misurare i sintomi depressivi, questo strumento è spesso impiegato anche per identificare la maternity blues nelle prime settimane dopo il parto (Park & Kim, 2023). Secondo uno studio esplorativo e confermativo condotto in Italia, l'EPDS nelle madri italiane ha mostrato un buon adattamento del modello e si è rivelata efficace per il rilevamento precoce di sintomi depressivi e ansiosi nel periodo postpartum (Della Vedova et al., 2022).

Tabella II. Le principali scale di Valutazione della maternity blues -Tratta da Tosto (2023).

Scala e autore	Anno	Elementi	Punteggio diagnostico
Scala Hamilton Hamilton JA	1962	Stanchezza, pianto, ansia, confusione, mal di testa, insonnia, ipocondria e ostilità verso il partner	>15
Scala di Yalom Yalom I. et al.	1968	Nervosismo, disagio fisico, pianto, tristezza, cambiamenti di umore, stanchezza, irritabilità, disturbi del sonno e confusione.	Punteggio medio della depressione: 120
Scala Davidson Davidson JRT	1972	Numero di episodi di pianto e numero di giorni tristi.	>2 pianti e/o >2 giorni tristi
Scala di valutazione del blues Pitt B.	1973	Ipocondria, ostilità verso il partner e depressione.	Da 0 a 48
Scala Blues di maternità di Stein Stein GS	1980	Depressione, pianto, ansia, calma, irrequietezza, esaurimento, sogni, appetito, mal di testa, irritabilità, scarsa concentrazione, dimenticanza e confusione.	>9
Scala Kendell Kendell et al.	1981	Felicità, depressione, lacrime, ansia, irritabilità e labilità	>60
Scala STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Spielberg CD	1983	Quaranta elementi che esplorano l'ansia di tratto e stato d'ansia.	>40
Scala di depressione postnatale di Edimburgo (EPDS) Cox J., Holden JM, Sagowsky R.	1987	Dieci domande sulle caratteristiche demografiche, sulla precedente storia personale o familiare di depressione e sui possibili fattori scatenanti della depressione durante la gravidanza/inizio post-partum.	>13
Questionario Blues di Kennerley Kennerley H., Gath D.	1989	Ventotto voci includono pianto, stanchezza, ansia, iperemotività, umore alto e basso, depressione e confusione nei pensieri.	Nessun punteggio
Sviluppo della scala Maternal Blues Suryani (MBS) Suryani M. et al.	2019	24articoli: -Variabili interne (ruoli e compiti materni), 8 elementi -Variabili esterne (culturali, sostegno sociale), 16 elementi	>15 variabili interne >33 variabili esterne

2.1.3 Neurofisiopatologia

La maternity blues è una condizione temporanea caratterizzata da cambiamenti emotivi e psicologici che si verificano nei primi giorni dopo il parto (Tosto et al., 2023). La sua neurofisiopatologia è complessa e coinvolge diversi fattori neurobiologici, ormonali e ambientali (Della Corte et al., 2022). I principali fattori neurobiologici e ormonali coinvolti evidenziano i meccanismi chiave che contribuiscono allo sviluppo di questa condizione nel periodo post-partum e questi sono:

1. Fluttuazioni ormonali (Luo et al., 2023).

Una delle principali ipotesi riguarda i rapidi cambiamenti ormonali che si verificano dopo il parto. I livelli di estrogeni e progesterone, che aumentano significativamente durante la gravidanza, subiscono un rapido declino subito dopo il parto. Questa brusca caduta degli ormoni sessuali può influenzare la neurochimica cerebrale, in particolare la serotonina, un neurotrasmettitore chiave nella regolazione dell'umore. La diminuzione della serotonina è stata associata a sintomi depressivi e ansiosi, che sono caratteristici della maternity blues.

2. Alterazioni nella neurotrasmissione (Yoo et al., 2021).

Oltre alla serotonina, anche la dopamina gioca un ruolo cruciale. La riduzione della dopamina, coinvolta nei circuiti di ricompensa e motivazione, può contribuire alla stanchezza, all'irritabilità e alla perdita di piacere nelle neo-madri. Questo squilibrio dei neurotrasmettitori contribuisce ai rapidi cambiamenti emotivi osservati nelle donne durante il periodo post-partum.

3. Effetti dell'ossitocina (Thul et al., 2020) e (Shishido et al., 2021).

L'ossitocina, un ormone fondamentale per il legame madre-figlio e l'allattamento, svolge un ruolo cruciale anche nella regolazione dell'umore e dell'ansia. Alterazioni nei livelli di ossitocina durante il periodo post-partum possono influire sulla capacità della madre di gestire lo stress e favorire l'insorgenza della maternity blues. Questo ormone è anche legato al comportamento sociale, e il suo squilibrio può compromettere l'interazione affettiva con il neonato.

4. Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) (Glover, 2014).

Il sistema HPA, che regola la risposta allo stress, subisce notevoli cambiamenti durante la gravidanza e nel periodo post-partum. Disfunzioni o iperattivazioni dell'asse HPA

possono causare una risposta eccessiva allo stress, con conseguenti aumenti dell'ansia e della vulnerabilità alla maternity blues. Alcuni studi hanno rilevato alti livelli di cortisolo (l'ormone dello stress) nelle donne che manifestano sintomi di maternity blues, suggerendo un'influenza dell'iperattività dell'asse HPA.

5. Infiammazione e sistema immunitario (Zhu et al., 2022).

Studi recenti evidenziano che le alterazioni nel sistema immunitario e l'infiammazione possono avere un ruolo nella neurofisiopatologia della maternity blues. L'aumento dei marker infiammatori nel periodo post-partum potrebbe influenzare negativamente i circuiti cerebrali che regolano l'umore, rendendo alcune donne più vulnerabili alla depressione post-partum e alla maternity blues.

6. Plasticità sinaptica e neurogenesi (Pawluski et al., 2017).

La plasticità sinaptica, in particolare nell'ippocampo, una regione cerebrale cruciale per la regolazione dell'umore e della memoria, subisce cambiamenti significativi dopo il parto. Alcune ricerche indicano che un'alterata plasticità sinaptica e una ridotta neurogenesi post-partum potrebbero contribuire alla vulnerabilità emotiva e ai rapidi cambiamenti d'umore che caratterizzano la maternity blues.

7. Ruolo di esperienze e traumi pregressi (Landman et al., 2024).

È stato anche evidenziato che traumi infantili o esperienze psicologiche negative passate possono aumentare il rischio di sviluppare maternity blues. Fattori come una storia psichiatrica pregressa o alti livelli di stress durante la gravidanza rappresentano ulteriori fattori di rischio. Tali fattori influenzano il modo in cui il cervello risponde agli stress emotivi durante il periodo post-partum.

In definitiva, l'interazione tra infiammazione e sistema immunitario, plasticità sinaptica e neurogenesi, e il ruolo di esperienze e traumi pregressi, evidenziano come la maternity blues non possa essere attribuita a un singolo fattore, ma rappresenti piuttosto un complesso intreccio di meccanismi neurofisiologici e psicologici, considerando non solo gli aspetti biologici, ma anche le esperienze di vita delle donne e le loro risposte emotive alle sfide del periodo post-partum.

2.1.4 Fattori di rischio

Diversi fattori di rischio sono stati identificati come potenzialmente associati all'insorgenza della maternity blues. Tra i principali, troviamo:

- Fattori biologici e ormonali: come accennato, i rapidi cambiamenti nei livelli di estrogeni e progesterone post-partum rappresentano uno dei principali fattori scatenanti della maternity blues (Della Corte et al., 2022). Anche l'ossitocina è stata oggetto di uno studio sistematico condotto da Thul (2020) e i risultati hanno mostrato che livelli più bassi di ossitocina endogena sono associati a sintomi depressivi più gravi. Inoltre, l'ossitocina prenatale e post-partum è correlata a un aumento dei sintomi depressivi, mentre l'uso di ossitocina sintetica durante il travaglio ha prodotto risultati variabili, rendendo difficile determinare un effetto protettivo.
- Effetto farmacologico: Uno studio di Wiciński (2020) ha esplorato il ruolo della metildopa, un farmaco usato per trattare l'ipertensione in gravidanza, nel contribuire a disturbi dell'umore durante e dopo la gravidanza. La metildopa altera i fattori neurotrofici, riduce il flusso sanguigno cerebrale, compromette il sistema di ricompensa, riducendo la dopamina e aumenta i livelli di prolattina, il che può aggravare la depressione post-partum. Inoltre, l'aumento dell'ossido nitrico, un composto neurotossico, è stato associato a effetti avversi sulla funzione neuronale.
- Predisposizione genetica: La genetica può giocare un ruolo nella vulnerabilità emotiva della madre. Uno studio condotto da Luo (2023) ha esaminato le interazioni genetiche ed epigenetiche nella suscettibilità alla maternity blues e ha evidenziato l'importanza di considerare le variazioni genetiche e le influenze ambientali, suggerendo che le madri possono essere a rischio maggiore a causa delle interazioni complesse tra fattori genetici e stress ambientali, come il supporto sociale insufficiente.
- Storia personale o familiare di disturbi dell'umore: Le donne che hanno una storia di depressione, ansia o altri disturbi dell'umore, o che hanno familiari con tali condizioni, sono maggiormente predisposte a sviluppare la maternity blues (Molgora et al., 2022).
- Fattori psicologici e sociali: la mancanza di supporto sociale, problemi relazionali, o un'inaspettata difficoltà nell'adattamento al nuovo ruolo di madre possono aumentare significativamente il rischio di sviluppare la maternity blues. Anche l'isolamento sociale

o la mancanza di una rete di sostegno familiare possono peggiorare il quadro emotivo (Yoo et al., 2021).

- Esperienze legate al parto: Un parto traumatico, complicazioni durante il travaglio o un'esperienza di cesareo non programmato possono aumentare la vulnerabilità delle neo-mamme allo sviluppo di sintomi emotivi (Karakoç & Kul Uçtu, 2023). In un altro studio, Shishido (2021) hanno monitorato le variazioni nei livelli di ossitocina nelle donne sottoposte a taglio cesareo d'urgenza. Le partecipanti hanno mostrato livelli più bassi di ossitocina a cinque giorni dal parto e una correlazione tra le variazioni nei punteggi di maternity blues e i livelli di ossitocina. I risultati suggeriscono che la modalità di parto possa influenzare significativamente il benessere psicologico delle donne.

- Il basso status socioeconomico, la bassa autostima, e il supporto sociale insufficiente sono stati evidenziati come fattori di rischio, secondo uno studio condotto in Corea da Yoo (2021). In un altro studio, Mikuš (2021) ha indicato come principali fattori predisponenti per l'insorgenza o l'aggravamento della maternity blues, la mancanza di supporto sociale.

Le variabili come la storia di disturbi dell'umore, il basso livello di istruzione e la mancanza di supporto sociale sono significativamente associate a questa condizione (Tabella III).

Tabella III- Fattori di rischio per la maternity blues - Tratta da Tosto (2023).

Dominio	Fattori di rischio	Associazione
Ginecologico	Anamnesi di disturbi disforici premestruali o altri cambiamenti dell'umore correlati al ciclo mestruale.	+
	Storia personale dei disturbi dell'umore.	++
	Storia familiare di malattia mentale.	+
	Fumo.	+
Medico	Livello di istruzione più basso.	++
	Mancanza di sostegno sociale.	++
	Stato civile.	+
	Basso status economico.	++
Ostetrica	MB o altri disturbi dell'umore in gravidanza precedente.	++
	Gravidanza non pianificata vs. pianificata	+
	Decorso del travaglio (dolore del parto)	+
	Allattamento al seno	+
	Cronologia dei precedenti tagli cesarei	+
	Analgesia epidurale	-
	Peso alla nascita (inferiore)	+
	Uso dell'alfa-metildopa	+
	Infezione da Toxoplasma Gondii	-

Legenda: +: associazione positiva; ++: forte associazione positiva; -: associazione negativa.

I fattori di rischio per lo sviluppo della maternity blues sono molteplici e comprendono elementi biologici, psicologici e sociali. L'identificazione precoce di questi fattori, come una storia personale o familiare di disturbi dell'umore, stress sociale e circostanze ostetriche particolari, può svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione e gestione di questa condizione, promuovendo così un percorso di recupero più sereno per le neomamme.

2.2 Approccio multidisciplinare alla prevenzione e trattamento

La gestione della maternity blues richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga una varietà di professionisti sanitari, dai medici agli infermieri, psicologi e assistenti sociali. Questo approccio è fondamentale perché la maternity blues non è soltanto un fenomeno clinico, ma anche una condizione influenzata da fattori psicologici, sociali e relazionali (Landman et al., 2024).

È necessario un coordinamento tra le varie figure professionali e una visione olistica del benessere della madre, del neonato e della famiglia, sia per prevenire, che per trattare la maternity blues (Durgun & Ulaş, 2023).

Nel trattamento della maternity blues, l'approccio principale è di tipo non farmacologico perché questa condizione è generalmente temporanea e si risolve spontaneamente entro due settimane dal parto. Secondo lo studio di Luciano (2021), non esiste un trattamento farmacologico specifico per la MB, tuttavia, se i sintomi persistono e si intensificano, potrebbe essere un segnale precoce di depressione post-partum, una condizione per la quale può essere indicato un trattamento farmacologico, in questi casi, vengono utilizzati antidepressivi sotto stretta supervisione medica.

La prevenzione e il trattamento della maternity blues si sovrappongono ampiamente perché entrambe mirano a ridurre l'impatto dei fattori di rischio e ad alleviare i sintomi una volta manifestati. Inoltre, il monitoraggio della salute mentale, il coinvolgimento dei familiari e il miglioramento del benessere generale della madre hanno un effetto sia preventivo che terapeutico, rendendo le strategie spesso coincidenti (Glover, 2014).

2.2.1 Supporto psicologico e consulenza terapeutica

Il supporto psicologico è un elemento essenziale per affrontare la maternity blues. La consulenza terapeutica può essere offerta da psicologi clinici o psicoterapeuti specializzati nella salute mentale perinatale, e il suo obiettivo principale è aiutare le neomamme a gestire l'ansia, la tristezza e i sentimenti di inadeguatezza che spesso accompagnano questa condizione (Palumbo, et al., 2021).

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è uno degli approcci più utilizzati per trattare la maternity blues, concentrandosi sulla modifica dei pensieri negativi e delle emozioni disfunzionali, aiutando le donne a sviluppare meccanismi di coping più efficaci (Bezerra et al., 2020).

Uno studio condotto negli Stati Uniti da Alhusen (2021), presenta il *Mothers and Babies Course*, come un esempio concreto di supporto psicologico e consulenza terapeutica. Questo intervento, strutturato in un formato di gruppo, consente alle partecipanti di apprendere strategie per potenziare le loro capacità di coping e ridurre i sintomi depressivi, favorendo così una maggiore sensibilità materna tra le donne a basso reddito e di diverse etnie. Inoltre, questi corsi sono progettati per essere percepiti come opportunità di sviluppo delle abilità piuttosto che come trattamenti per la salute mentale, contribuendo a ridurre la stigmatizzazione e a facilitare l'accesso alle cure necessarie durante e dopo la gravidanza.

Lo studio di Mirabella (2016), sostiene che, la consulenza può anche essere offerta a livello preventivo, con interventi educativi preparto che preparano le madri ai possibili cambiamenti emotivi del post-partum e forniscono strumenti pratici per gestire la transizione alla maternità.

Interventi personalizzati, come la psicoterapia individuale o di gruppo, possono essere particolarmente efficaci. Ad esempio, nelle situazioni di traumi pregressi o complicazioni ostetriche, il supporto psicologico è fondamentale per prevenire l'aggravamento della maternity blues verso la depressione postpartum (Tosto et al., 2023).

Secondo lo studio di Ronad (2018) gli infermieri possono identificare precocemente i segni di maternity blues e riferire le donne a consulenti o psicologi per un supporto psicoterapeutico, essenziale per prevenire il peggioramento dei sintomi. Attraverso la consulenza individuale o di gruppo, le donne possono esplorare i sentimenti legati alla

transizione alla maternità, affrontando le ansie, le aspettative e le sfide emotive che accompagnano il post-partum.

Il supporto psicologico, quindi, non solo allevia i sintomi della maternity blues, ma rafforza anche la resilienza delle donne, promuovendo un ambiente emotivamente sicuro per affrontare le sfide della maternità.

2.2.2 Efficacia degli approcci non farmacologici

Gli approcci non farmacologici sono ampiamente riconosciuti come efficaci nel trattamento della maternity blues, in particolare perché questa condizione è spesso temporanea e di lieve entità (Molgora et al., 2022). Tra gli interventi più utilizzati troviamo:

- Esercizi di rilassamento e mindfulness: Tecniche come la meditazione mindfulness e la respirazione profonda possono aiutare le donne a gestire l'ansia e lo stress. Questi approcci promuovono una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e favoriscono una maggiore capacità di autocontrollo emotivo (Goetz et al., 2020).

Uno studio randomizzato condotto da Pan (2019), ha valutato l'efficacia di un programma di mindfulness per le madri in gravidanza. I risultati hanno mostrato una significativa riduzione dello stress e della depressione nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo a tre mesi dopo il parto. L'uso di tecniche di mindfulness ha quindi dimostrato essere un efficace strumento per alleviare i sintomi depressivi e lo stress postpartum, migliorando la qualità di vita delle donne durante la transizione alla maternità.

-Il *Kangaroo Care*: Negli ultimi anni, questo metodo è stato studiato non solo per i suoi effetti fisici, ma anche per i benefici psicologici, soprattutto in relazione alla salute mentale materna e, secondo una revisione della letteratura condotta da Badr & Zauszniewski (2017), il *Kangaroo Care*, un intervento non farmacologico che prevede il contatto pelle a pelle tra madre e neonato, originariamente sviluppato per favorire lo sviluppo dei neonati pretermine e con basso peso alla nascita ha mostrato potenziali effetti positivi nel ridurre i sintomi della maternity blues attraverso l'incremento dei livelli di ossitocina, un ormone coinvolto nella regolazione delle emozioni e nella creazione del legame materno e, secondo questo studio l'ossitocina non solo favorisce il rilassamento, ma riduce anche i livelli di cortisolo, l'ormone dello stress e questo effetto calmante ha un

impatto significativo sul benessere psicologico della madre, riducendo i livelli di ansia e promuovendo il senso di competenza materna.

-Attività fisica moderata: L'attività fisica, anche leggera, è stata associata a un miglioramento dell'umore e a una riduzione dei sintomi di ansia e depressione. Passeggiare all'aria aperta o praticare yoga possono avere un effetto positivo sul benessere emotivo delle neomamme (Palumbo et al., 2021).

-Terapie complementari: Alcuni studi hanno dimostrato che l'aromaterapia, la musicoterapia e la massoterapia possono essere utili nel migliorare l'umore e ridurre i livelli di stress nelle donne con maternity blues. Lo studio di Hakimi (2021), ha dimostrato che la terapia musicale può aiutare a prevenire e trattare la maternity blues, riducendo l'ansia e migliorando il benessere emotivo delle madri, evidenziando che l'ascolto di musica durante il periodo postpartum può abbassare significativamente i livelli di ansia, offrendo un'opzione terapeutica non invasiva e complementare per sostenere la salute mentale delle madri, riducendo il rischio di sviluppare sintomi depressivi legati alla maternity blues.

2.2.3 Coinvolgimento del partner e della famiglia

Il coinvolgimento del partner e della famiglia è molto importante nella prevenzione e nel trattamento della maternity blues. Il supporto emotivo e pratico del partner può fare una grande differenza nel benessere della neomamma (Mughal et al., 2024). Partner e familiari possono essere educati a riconoscere i segni della maternity blues e incoraggiati a fornire un ambiente di supporto che consenta alla madre di riposare e prendersi cura del neonato senza sentirsi sopraffatta, come sottolinea Yoo (2021).

La partecipazione attiva del partner può includere la condivisione delle responsabilità legate alla cura del neonato, come l'alimentazione, il cambio del pannolino e la gestione del sonno (Bezerra et al., 2020). Inoltre, è importante che il partner offra un sostegno emotivo alla madre, ascoltandola e mostrando comprensione per le sue preoccupazioni (Banella, 2018).

La consulenza familiare può essere un'altra risorsa utile, poiché aiuta il partner e i familiari a comprendere meglio le dinamiche emotive del post-partum e a sviluppare strategie di coping insieme alla madre (Palumbo et al., 2021). Questo coinvolgimento non

solo aiuta a ridurre il carico emotivo sulla neomamma, ma contribuisce anche a rafforzare i legami familiari e a promuovere un ambiente più sereno per il neonato (Mirabella et al., 2016).

2.2.4 Integrazione tra servizi sanitari e sociali

La continuità delle cure e il *follow-up* sono elementi essenziali per garantire che le neomamme ricevano il supporto necessario, sia durante il ricovero in ospedale che dopo la dimissione (V Ronad, 2018).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i programmi di prevenzione, sensibilizzazione e educazione sanitaria possono essere implementati in collaborazione con scuole, centri di salute pubblica e associazioni locali per informare le donne sui rischi della maternity blues e offrire loro un accesso tempestivo ai servizi di supporto (*World Health Organization*, n.d). Una rete ben strutturata e integrata consente di affrontare non solo i sintomi emotivi e psicologici, ma anche i problemi pratici che possono derivare dal periodo post-partum, come la gestione della casa e del neonato (Camoni et al., 2023).

A livello nazionale, ci sono programmi di screening per individuare le donne a rischio di sviluppare depressione post-partum, effettuati già durante la prima visita con il medico di famiglia o con lo specialista, e interventi clinici successivi (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

Un esempio di approccio innovativo è rappresentato dal progetto della Regione Veneto (2020), che ha sviluppato una rete di supporto per prevenire la maternity blues e depressione post-partum e prevede le seguenti azioni:

1. Screening delle neomamme nei reparti di ginecologia e ostetricia nei primi giorni post partum, utilizzando un questionario basato sull'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) per identificare precocemente le puerpere a rischio (Allegato 2).
2. Monitoraggio delle condizioni emotive: Le neomamme vengono monitorate attraverso questo strumento e le risposte al questionario permettono di valutare la loro stabilità emotiva e individuare chi presenta segni di fragilità post-partum.
3. Intervento personalizzato: Le madri che risultano a rischio ricevono un intervento personalizzato che può includere:
 - Consulenza psicologica per affrontare le difficoltà emotive.

- Visite infermieristiche domiciliari per garantire un supporto continuativo a casa.
- Assistenza sociale per aiutare le madri che si trovano in situazioni di isolamento o difficoltà socioeconomica.
- Accesso a gruppi di supporto con altre madri, per condividere esperienze e ricevere supporto emotivo.

4. Rete di supporto multidisciplinare: Il progetto coinvolge operatori sanitari di diverse discipline (infermieri, ostetriche, psicologi, assistenti sociali) per garantire un'assistenza completa alle neomamme.

5. Valutazione dell'efficacia: I dati raccolti attraverso il progetto vengono utilizzati per monitorare l'efficacia della rete assistenziale e migliorare le strategie di prevenzione e trattamento delle problematiche emotive post-partum.

Questa collaborazione è fondamentale per raggiungere le madri più vulnerabili, che potrebbero avere difficoltà ad accedere ai servizi tradizionali, come quelle che vivono in condizioni di povertà, emarginazione sociale o con limitate risorse familiari (Molgora et al., 2022).

2.2.5 Ruolo degli infermieri

Gli infermieri giocano un ruolo centrale nella prevenzione e nel trattamento della *maternity blues*. Come professionisti che interagiscono quotidianamente con le neomamme durante il periodo della gravidanza e post-partum, sono spesso i primi a rilevare i segnali precoci della condizione (Durgun & Ulaş, 2023). L'infermiere ha le competenze di monitorare lo stato emotivo della madre, identificando eventuali cambiamenti nel comportamento o nell'umore, educare le donne riguardo ai sintomi della *maternity blues* e fornire loro strategie per gestire la condizione, come tecniche di rilassamento o suggerimenti su come affrontare i momenti di stress (Bezerra et al., 2020). Secondo Ronad (2018) gli infermieri sono cruciali nella gestione dei disturbi psichiatrici postpartum, poiché sono spesso i primi a interagire con le neomamme e quindi possono identificare precocemente i segnali della *maternity blues*. La loro capacità di riconoscere sintomi come l'irritabilità, la malinconia e l'ansia nelle prime settimane dopo il parto è vitale per prevenire l'aggravarsi di questi disturbi (Zanardo et al., 2020).

La valutazione infermieristica tempestiva è fondamentale per prevenire complicazioni, come il suicidio materno e problemi nel legame madre-bambino e il supporto continuo e la capacità di riconoscere i sintomi possono aiutare a ridurre i sentimenti di vergogna e auto-colpa spesso associati alla maternity blues (Karakoç & Kul Uçtu, 2023). La cura infermieristica deve includere anche interventi di educazione alla maternità e alla salute mentale. Questo ruolo implica non solo la valutazione clinica, ma anche l'offerta di ascolto empatico e di un'educazione mirata su come gestire i sintomi emotivi legati alla maternity blues, come sottolinea Luciano (2021), e possono anche coinvolgere il partner e la famiglia, aumentando così il supporto sociale, che è un fattore determinante nel benessere delle madri (Mikuš et al., 2021).

L'educazione fornita dagli infermieri su aspetti come la cura del neonato e il mantenimento di uno stile di vita sano può ridurre l'ansia e promuovere il benessere psico-fisico della madre, come sottolinea la guida della *(La guida della Maternity Nurse Company al baby blues e alla depressione post partum - Maternity Nurse, 2016)*.

Gli infermieri sono fondamentali nel promuovere interventi non farmacologici, come il contatto pelle-a-pelle (Kangaroo Care), che aumenta i livelli di ossitocina e aiuta a ridurre lo stress e i sintomi depressivi (Badr & Zauszniewski, 2017). Anche la terapia musicale, suggerita da Hakimi (2021), può essere integrata nell'assistenza infermieristica come metodo non invasivo per alleviare l'ansia postpartum.

Un altro aspetto fondamentale del ruolo degli infermieri è la creazione di un ambiente sicuro e di supporto per le neomamme, dove queste possano esprimere liberamente i loro sentimenti e preoccupazioni senza timore di essere giudicate. Secondo Mughal (2024) l'infermiere, infatti, agisce spesso come mediatore tra la madre e gli altri membri del team multidisciplinare, assicurando che la donna riceva il supporto necessario da parte di psicologi, ostetriche o medici, qualora la situazione lo richieda.

La figura infermieristica è inoltre fondamentale nel promuovere la continuità delle cure, sia in ambito ospedaliero che territoriale, assicurando che la madre riceva un adeguato *follow-up* anche dopo la dimissione dall'ospedale. Secondo Durgun & Ulaş (2023) la continuità assistenziale fornisce alle madri un punto di riferimento stabile dopo il parto, offrendo supporto emotivo, pratico e clinico per affrontare i cambiamenti fisici e psicologici del periodo postnatale, permettendo agli infermieri di monitorare da vicino la condizione psichica delle donne e intervenire tempestivamente nel caso in cui emergano

sintomi della maternity blues, aiutando a colmare il divario tra le cure ospedaliere e quelle domiciliari.

Inoltre, secondo Bezerra (2020), gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'educazione delle madri e delle loro famiglie durante le visite post-dimissione, fornendo informazioni sulle differenze tra maternity blues e depressione postpartum, suggerendo strategie per affrontare i cambiamenti emotivi e fisici e incoraggiando il coinvolgimento del partner e della rete familiare come sistema di supporto.

CAPITOLO 3

Discussione

La gravidanza e il post partum rappresentano un periodo in cui le donne affrontano non solo cambiamenti ormonali e fisici, ma anche sfide emotive e psicologiche legate all'adattamento a nuovi ruoli, responsabilità e dinamiche familiari. Questi fattori, combinati con il bisogno di bilanciare il recupero fisico e le esigenze di cura del neonato, aggravati dalla mancanza di sonno, da un supporto sociale limitato e dalle incertezze sul nuovo ruolo materno, possono contribuire all'insorgenza della maternity blues (MB).

La revisione della letteratura ha infatti evidenziato che la MB è una condizione che interessa una percentuale significativa di neomamme, con una prevalenza del 39% (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Le differenze nella prevalenza della maternity blues in Italia, come indicato dai vari studi (29.4% secondo Geri nel 2019, 35.5% secondo Bruno nel 2018 e 43.1% secondo Zanardo nel 2019), possono derivare da diversi fattori, considerando che i dati sono stati raccolti in anni diversi e in contesti potenzialmente variabili, il che rende difficile un confronto diretto.

Questo disturbo, spesso caratterizzato da sintomi di tristezza, ansia e instabilità emotiva, è legato a fattori biologici, come le fluttuazioni ormonali post-partum, ma anche a fattori sociali e psicologici, tra cui una storia familiare di disturbi dell'umore e la mancanza di supporto sociale (Mikuš et al., 2021). I risultati della tesi confermano che un approccio multidisciplinare, che includa il supporto psicologico, il coinvolgimento del partner e la continuità assistenziale, è cruciale nella gestione e nella prevenzione della MB, riducendo il rischio di sviluppare depressione post-partum (Ronad et al., 2018).

L'interpretazione dei risultati suggerisce che, sebbene la MB sia spesso percepita come una condizione temporanea e "normale", è importante riconoscerla come un potenziale precursore di depressione post-partum, che interessa circa il 20% delle donne che ne soffrono (Luciano et al., 2021). Gli interventi precoci e mirati, guidati da un team multidisciplinare che comprenda infermieri, ostetriche, psicologi e medici, emergono come elementi chiave per un'efficace gestione del disturbo. Questi risultati sono in linea

con le ipotesi iniziali del lavoro, supportando l'importanza di un approccio integrato e sistematico nel trattamento della MB (Durgun & Ulaş, 2023).

Confrontando i risultati con la letteratura esistente, è evidente che il riconoscimento precoce della MB e l'intervento tempestivo sono fondamentali. Studi come quelli di Luciano (2021) e Ronad (2018) confermano la correlazione tra la MB e la depressione post-partum, sottolineando l'importanza del coinvolgimento degli infermieri nella rilevazione dei sintomi e nell'offrire un supporto emotivo e pratico alle neomamme. Allo stesso modo, la revisione di Mughal (2024) evidenzia il ruolo dell'approccio multidisciplinare nel miglioramento della qualità della cura, riducendo il rischio di complicazioni psicologiche a lungo termine.

Un punto critico emerso dall'analisi di Durgun (2020) riguarda la carenza di preparazione dei professionisti sanitari nella gestione della maternity blues. Nonostante la condizione sia comune nelle neo-madri, molti operatori sanitari non dispongono di una formazione adeguata a riconoscere i sintomi precoci e intervenire in modo efficace. Questa mancanza di competenze specifiche porta spesso a una sottovalutazione del problema, che può evolvere in situazioni più complesse come la depressione post-partum.

Le implicazioni pratiche e teoriche di questi risultati sono significative. In ambito pratico, l'integrazione di un approccio multidisciplinare nella gestione della MB è fondamentale per garantire un monitoraggio continuo della salute psicologica delle neomamme, promuovendo un intervento precoce (Mikuš et al., 2021). A livello teorico, i risultati suggeriscono che la MB non dovrebbe essere vista solo come un disturbo transitorio, ma come un indicatore di potenziali rischi futuri, il che implica un cambiamento nella pratica clinica e nell'educazione del personale sanitario (Tosto et al., 2023).

Nonostante l'importanza dei risultati ottenuti, la revisione ha alcune limitazioni. La variabilità dei metodi di valutazione utilizzati negli studi analizzati e la diversità delle popolazioni studiate e le prevalenze non aggiornate in molti paesi, rappresentano una sfida per la comparabilità dei dati.

In base alla revisione della letteratura condotta, emerge la necessità di ulteriori studi longitudinali che possano monitorare l'evoluzione della maternity blues nel tempo e analizzarne la correlazione con la depressione post-partum. Inoltre, sarebbe auspicabile avere più studi che approfondiscano l'importanza degli approcci multidisciplinari, al fine

di garantire una continuità di cura che estenda l'assistenza dalla fase ospedaliera a quella domiciliare.

Conclusione

La revisione della letteratura ha confermato che la maternity blues è una condizione comune tra le neomamme, spesso trascurata, che richiede una maggiore attenzione da parte del sistema sanitario. Gli obiettivi della revisione sono stati raggiunti, evidenziando l'importanza di un approccio multidisciplinare per prevenire e trattare efficacemente questa condizione. In particolare, è emersa l'efficacia degli interventi psicologici e sociali nel gestire i sintomi della maternity blues, sottolineando la necessità di integrarli nei protocolli di cura post-natale. Inoltre, è stato approfondito il ruolo cruciale degli infermieri, che, essendo in contatto diretto con le madri nel periodo post-partum, svolgono un compito chiave nel fornire supporto emotivo e pratico. Tuttavia, la mancanza di formazione specifica per riconoscere e trattare tempestivamente i sintomi della maternity blues rappresenta una significativa lacuna nella pratica clinica. Questo sottolinea la necessità di sviluppare protocolli standardizzati e migliorare la formazione professionale per garantire un intervento tempestivo e appropriato.

BIBLIOGRAFIA

- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Borg, L. (2021). A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of women's mental health*, 24(1), 145–154. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01032-0>
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001>
- Bezerra, K. M. G., Leandro, A. C. de C., Silva, C. C. da, Oliveira⁴, S. R. P. B. de, Silva⁵, T. T. de M., & Frazão⁶, I. da S. (20200303). Nursing Care for Women With Postpartum Blues: A Literature Review. *International Research Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3. <https://doi.org/10.28933/irjog-2020-01-2208>
- Camoni, L., Gigantesco, A., Guzzini, G., Pellegrini, E., & Mirabella, F. (2023). Epidemiology of perinatal depression in Italy: Systematic review and meta-analysis. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 59(2), 139–148. https://doi.org/10.4415/ANN_23_02_07
- Cattaneo, M. C., Roveraro, S., Chiorino, V., Macchi, E. A., Salerno, R., Gatti, M., Arcaro, L., Barretta, F., Fontana, C. B., Colombo, L., Rossi, P. G., & Mosca, F. (2015). The behavior over time of postnatal depression symptomatology and its early detection via the Edinburgh Postnatal Depression Scale: An Italian longitudinal study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(1), 23–29. <https://doi.org/10.14419/ijans.v4i1.3931>
- Della Corte, L., La Rosa, V. L., Cassinese, E., Ciebiera, M., Zaręba, K., De Rosa, N., Verrazzo, P., Improda, F. P., Vitale, S. G., Giampaolino, P., Commodari, E., & Bifulco, G. (2022). Prevalence and associated psychological risk factors of postpartum depression: A cross-sectional study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 976–980. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1980512>

Della Vedova, A. M., Loscalzo, Y., Giannini, M., & Matthey, S. (2022). An exploratory and confirmatory factor analysis study of the EPDS in postnatal Italian-speaking women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *40*(2), 168–180. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1822993>

Durgun, S. K., & Ulaş, S. C. (2023). Knowledge and Practices of Primary Health Care Professionals on Maternal Blues. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*(1), 650–665. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00887-x>

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *28*(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>

Goetz, M., Schiele, C., Müller, M., Matthies, L. M., Deutsch, T. M., Spano, C., Graf, J., Zipfel, S., Bauer, A., Brucker, S. Y., Wallwiener, M., & Wallwiener, S. (2020). Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(8), e17593. <https://doi.org/10.2196/17593>

Hakimi, S., Hajizadeh, K., Hasanzade, R., & Ranjbar, M. (2021). A Systematic Review and Meta-analysis of the Effects of Music Therapy on Postpartum Anxiety and Pain Levels. *Journal of Caring Sciences*, *10*(4), 230–237. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.033>

Karakoç, H., & Kul Uçtu, A. (2023). The unseen aspect of negative birth experience: Blues of birth. *Health Care for Women International*, *44*(2), 159–174. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1961777>

Landman, A., Ngameni, E. G., Dubreucq, M., Dubreucq, J., Tebeka, S., & Dubertret, C. (2024). Postpartum blues: A predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry*, *67*(1), e30. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1741>

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Perris, F., Carfagno, M., Raia, M. L., Di Vincenzo, M., La Verde, M., Torella, M., & Fiorillo, A. (2021). The Transition From Maternity Blues to Full-Blown Perinatal Depression: Results From a

Longitudinal Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703180. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703180>

Luo, F., Zhu, Z., Du, Y., Chen, L., & Cheng, Y. (2023). Risk Factors for Postpartum Depression Based on Genetic and Epigenetic Interactions. *Molecular Neurobiology*, 60(7), 3979–4003. <https://doi.org/10.1007/s12035-023-03313-y>

Mikuš, M., Škegro, B., Sokol Karadjole, V., Lešin, J., Banović, V., Herman, M., Goluža, T., Puževski, T., Elvedić-Gašparović, V., & Vujić, G. (2021). Maternity Blues among Croatian Mothers—A Single-Center Study. *Psychiatria Danubina*, 33(3), 342–346. <https://doi.org/10.24869/psy.2021.342>

Mirabella, F., Michielin, P., Piacentini, D., Veltro, F., Barbano, G., Cattaneo, M., Palumbo, G., & Gigantesco, A. (2016). [Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression]. *Rivista Di Psichiatria*, 51(6), 260–269. <https://doi.org/10.1708/2596.26728>

Molgora, S., Saita, E., Barbieri Carones, M., Ferrazzi, E., & Facchin, F. (2022). Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1553. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031553>

Pan, W.-L., Chang, C.-W., Chen, S.-M., & Gau, M.-L. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood—A randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2503-4>

Park, S.-H., & Kim, J.-I. (2023). Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(5), 1331–1345. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0>

Pawluski, J. S., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*, 40(2), 106–120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.11.009>

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>

Shahmi Ruslan, N. L., Mohd Arifin, S. R., Abang Abdullah, K. H., Abas, N. A. H., Husain, R., Abd Aziz, K. H., Musa, R., Syed Mohideen, F. B., Perveen, A., & Che Mat, K. (2022). Assessment tools to measure postnatal mental illness: A 10-year scoping review. *Malaysian Family Physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 17(2), 10–21. <https://doi.org/10.51866/rv1289>

Shishido, E., Shuo, T., Shinohara, K., & Horiuchi, S. (2021). Effects of epidural anesthesia on postpartum maternity blues and fatigue and its relation to changes in oxytocin. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(3), e12406. <https://doi.org/10.1111/jjns.12406>

Thul, T. A., Corwin, E. J., Carlson, N. S., Brennan, P. A., & Young, L. J. (2020). Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104793. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104793>

Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., & Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 154. <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>

V Ronad, S. (2018). Role of Nurse in Postpartum Psychiatric Disorders. *Global Journal of Otolaryngology*, 12(4). <https://doi.org/10.19080/gjo.2017.12.555844>

Wiciński, M., Malinowski, B., Puk, O., Socha, M., & Słupski, M. (2020). Methyldopa as an inductor of postpartum depression and maternal blues: A review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 127, 110196. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110196>

Yoo, H., Ahn, S., Park, S., Kim, J., Oh, J., & Koh, M. (2021). Factors influencing prenatal and postpartum depression in Korea: A prospective cohort study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 27(4), 326–336. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.11.17>

Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., Straface, G., & Soldera, G. (2020). Maternity blues: A risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(23), 3962–3968. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1593363>

Zhu, J., Jin, J., & Tang, J. (2022). Inflammatory pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 955672. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.955672>

SITOGRAFIA

Banella, F. E. (2018, ottobre 30). *Depressione post-partum e maternity blues: Quali differenze?* Uppa. <https://www.uppa.it/depressione-post-partum-maternity-blues/>

Depressione materna: rete di sorveglianza e di aiuto per le neomamme e visite a domicilio dopo il parto, il ministero della salute sceglie e finanzia il progetto veneto. (s.d.). Recuperato 14 settembre 2024, da <https://www.regione.veneto.it/web/guest/article-detail?articleId=5047077>

La guida della Maternity Nurse Company al baby blues e alla depressione post partum— Maternity Nurse. (2016, settembre 27). <https://www.maternitynurse.co.uk/maternity-nurse-company-baby-blues-post-partum-depression/>

Maternal mental health. (s.d.). Recuperato 30 settembre 2024, da <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>

Mughal, S., Azhar, Y., Siddiqui, W., & May, K. (2024). Postpartum Depression (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568673/>

Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. (s.d.). ISS. Recuperato 29 maggio 2024, da https://www.iss.it/salute-donna-bambino/-/asset_publisher/5BnSYGxEyfmW/content/prevenzione-e-intervento-precoce-per-il-rischio-di-depressione-post-partum-2

ALLEGATO 1

SCHEDATURA MATERIALE BIBLIOGRAFICO

ASPETTI GENERALI DELLA MATERNITY BLUES

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivi	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>La Maternity Blues: Una Revisione Narrativa. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, Favilli A. Maternity Blues: A Narrative Review. J Pers Med. 2023 Jan 13;13(1):154. doi: 10.3390/jpm13010154. PMID: 36675815; PMCID: PMC9863514.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione Narrativa.</p> <p>Campione: La revisione analizza studi sulla maternity blues (MB) da ricerche sperimentali, osservazionali, revisioni sistematiche, metanalisi e strumenti di misurazione.</p> <p>Obiettivi: Fornire una panoramica completa sulle definizioni, diagnosi, meccanismi, fattori di rischio e strategie di gestione della maternity blues.</p>	<p>Risultati: La prevalenza della maternity blues varia globalmente dal 13,7% al 76%, con sintomi come pianto, irritabilità, insonnia e ansia. Questa condizione è associata a un rischio maggiore di depressione e psicosi postpartum.</p> <p>Conclusione: Manca una definizione e criteri diagnostici chiari. È cruciale che i professionisti sanitari riconoscano e trattino la maternity blues precocemente per prevenire disturbi post-partum più gravi.</p>	<p>La revisione narrativa potrebbe non coprire tutti gli aspetti della maternity blues e le variazioni nei criteri diagnostici e metodi di misurazione possono influenzare la validità e comparabilità dei risultati.</p>
<p>L'aspetto invisibile dell'esperienza negativa del parto: il blues del parto. Karakoç, Hediye; Kul Uçtu, Arzu; Karakoç, Hediye; Kul Uçtu, Arzu-ISSN: 0739-9332, 1096-4665; DOI: 10.1080/07399</p>	<p>Tipo di studio: Lo studio è un'indagine mista, trasversale e fenomenologica e osservazionale.</p> <p>Campione: Il campione dello studio comprende 289 madri in postpartum, reclutate in ospedali situati in Turchia, con un focus</p>	<p>Risultati: Le esperienze negative durante il parto e il post-partum aumentano l'ansia da separazione nelle madri e influenzano la loro relazione con il bambino. I fattori chiave includono il tipo di parto, il</p>	<p>Limitazioni: Le limitazioni includono la mancanza di generalizzabilità dei risultati, l'assenza di uno studio longitudinale, e la non valutazione di condizioni come depressione e ansia.</p>

<p>332.2021.1961777; PMID: 34534042</p> <p>Health care for women international.2023, Vol.44(2), p.159-174</p>	<p>particolare su quelle che mostravano segni di ansia da separazione e che hanno vissuto esperienze negative durante il parto e il periodo postpartum.</p> <p>Obiettivi: Gli autori mirano a esaminare come le esperienze negative vissute durante il parto e il periodo post-partum influenzino il legame tra madre e bambino.</p>	<p>supporto psicologico ricevuto, e le difficoltà post-partum come problemi di allattamento e relazioni familiari.</p> <p>Conclusioni: Le esperienze negative durante il parto e il postpartum influenzano la relazione madre-bambino, senza necessariamente portare al rifiuto del bambino. La paura intensa di separazione, definita come "blues del parto", emerge da tali esperienze e richiede un'assistenza olistica e attenta durante questi periodi cruciali.</p>	
<p>Depressione post-partum e maternity blues: quali differenze?</p> <p>Fabia Eleonora Banella (psicologa), Anna Maria Speranza (psicologa),2022. https://www.uppa.it/depressione-post-partum-maternity-blues/</p>	<p>Tipo di studio: Articolo informativo.</p> <p>Campione: Non applicabile (articolo informativo).</p> <p>Obiettivi: Esaminare le differenze tra la depressione post-partum e la maternity blues, fornendo informazioni sui sintomi, sulle cause e sui possibili trattamenti di entrambi i disturbi.</p>	<p>Risultati: L'articolo chiarisce le differenze tra la maternity blues e la depressione post-partum, evidenziando che il primo è un fenomeno comune nei primi giorni dopo il parto, caratterizzato da tristezza e ansia transitorie, mentre la depressione post-partum è una condizione più grave e persistente che richiede un intervento terapeutico.</p>	<p>Limitazioni: L'articolo fornisce informazioni generali e potrebbe non essere esaustivo in termini di approfondimento sui trattamenti specifici e sulle strategie di gestione della depressione post-partum e della maternity blues.</p>

		<p>Conclusioni: Si sottolinea l'importanza di ricevere il giusto supporto sociale e clinico per affrontarli.</p>	
--	--	---	--

QUADRO NAZIONALE E LOCALE

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivo	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. G. Palumbo, I. Cascavilla, D. Del Re, F. Mirabella, A. Gigantesco (Reparto Salute Mentale, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità); F. De Angelis (Azienda Ospedaliera Sant'Andrea. Anno: 2012, modificato il 18/02/2021.</p> <p>Publicato sul sito https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1487&idP=740</p>	<p>Tipo di studio: Progetto di intervento psicologico e valutazione dell'efficacia nella pratica clinica.</p> <p>Campione: Donne in diverse ASL italiane, durante la gravidanza e nel periodo post partum.</p> <p>Obiettivo: Verificare l'efficacia di un intervento psicologico per la prevenzione e il trattamento della depressione post-partum, sviluppato dalla prof.ssa Milgrom, nella pratica dei servizi italiani. Valutare la fattibilità dell'intervento in termini di prevenzione delle complicanze, intervento precoce, remissione dei sintomi depressivi, aumento del benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita delle puerpere.</p>	<p>Risultati: Lo studio intendeva dimostrare che lo screening della depressione post-partum può essere effettuato routinariamente nei servizi sanitari italiani. L'intervento psicologico proposto dovrebbe portare a una riduzione significativa dei sintomi depressivi, miglioramento del benessere psicologico e qualità della vita delle donne nel post partum.</p> <p>Conclusioni: Lo studio ha dimostrato che l'intervento psicologico è efficace nella prevenzione e nella remissione dei sintomi depressivi, migliorando il benessere</p>	<p>Limitazioni: La generalizzabilità dei risultati potrebbe essere limitata dal campione specifico e dalle diverse pratiche cliniche delle ASL coinvolte. La necessità di monitoraggio continuo per valutare l'efficacia a lungo termine, e potenziali differenze culturali che potrebbero influenzare l'applicazione del protocollo sviluppato dalla prof.ssa Milgrom.</p>

		psicologico e la qualità di vita delle puerpere.	
<p>Predittori di depressione postpartum tra le donne italiane: uno studio longitudinale. Molgora S, Saita E, Barbieri Carones M, Ferrazzi E, Facchin F. Predictors of Postpartum Depression among Italian Women: A Longitudinal Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jan 29;19(3):1553. doi: 10.3390/ijerph19031553. PMID: 35162574; PMCID: PMC8835615.</p>	<p>Tipo di studio: Studio longitudinale.</p> <p>Campione: Il campione consisteva in 137 donne italiane nel postpartum.</p> <p>Obiettivi: Lo studio mirava a descrivere lo stato psicologico delle madri fino a 12 mesi dopo il parto e ad investigare i predittori dei sintomi depressivi a 12 mesi postpartum, considerando fattori ostetrici, psicologici e relazionali.</p>	<p>Risultati: I risultati hanno mostrato che il più alto percentuale di donne con sintomi clinicamente significativi di ansia e depressione è stato trovato a 12 mesi postpartum, indicando questo come il momento più critico. La qualità dell'esperienza del parto e l'ansia a tre mesi postpartum sono emerse come predittori significativi della depressione postpartum a 12 mesi.</p> <p>Conclusioni: I risultati sottolineano l'importanza di fornire programmi stabili alle madri nel primo anno postpartum e di garantire un'esperienza positiva del parto per ridurre le possibili conseguenze negative a lungo termine di questa esperienza.</p>	<p>Limitazioni: Alcuni limiti dello studio includono il tasso di abbandono dello studio da parte dei partecipanti, la mancanza di distribuzione normale in alcune variabili e il fatto che il benessere delle madri è stato indagato solo tramite strumenti di autovalutazione.</p>
<p>Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. Mirabella F,</p>	<p>Tipo di studio: Test clinico.</p> <p>Campione: Il campione è stato reclutato all'interno di un</p>	<p>Risultati: In 56 donne (88,9%) hanno completato il trattamento e compilato gli strumenti. La</p>	<p>Limitazioni: Lo studio potrebbe non riflettere le modifiche del DSM-5 e si basa su un campione limitato a</p>

<p>Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Palumbo G, Gigantesco A. Riv Psichiatri. 2016 Nov-Dec;51(6):260-269. Italian. doi: 10.1708/2596.26728. PMID: 27996986.</p>	<p>programma di screening e intervento precoce per il rischio di depressione post-parto. 1.558 donne sono state sottoposte a screening tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita. Obiettivi: Valutare la prevalenza di donne positive allo screening per depressione post partum (DPP) e indagare alcune variabili associate in un ampio campione di donne italiane arruolate consecutivamente.</p>	<p>maggior parte ha continuato a completare gli strumenti anche dopo sei mesi. Sono stati osservati miglioramenti significativi nei punteggi degli strumenti sia al termine del trattamento sia dopo sei mesi. Fino al 70% delle donne ha mostrato miglioramenti clinicamente significativi. Conclusione: L'intervento per la depressione post-partum della dottoressa Milgrom è efficace anche in Italia. È breve, poco costoso e più efficace se effettuato in gruppo. Per migliorare l'adesione, si raccomanda di eseguire screening e diagnosi nello stesso giorno, preferire ospedali o consultori materno-infantili, e utilizzare tecniche motivazionali.</p>	<p>corsi preparato, non rappresentativo della popolazione generale. La provenienza da aree rurali potrebbe indicare una prevalenza inferiore rispetto a quella delle aree urbane. Inoltre, i dati sono auto-riferiti dalle donne.</p>
<p>La transizione dalla Maternity blues alla depressione perinatale conclamata: risultati di uno studio longitudinale. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Perris F, Carfagno M, Raia ML, Di Vincenzo M, La Verde M, Torella M, Fiorillo A. Psichiatria di facciata. 3 novembre</p>	<p>Tipo di studio: Studio osservazionale longitudinale. Campione: Sono state invitate a partecipare allo studio tutte le donne in gravidanza che hanno partorito presso l'unità di degenza di Ginecologia e Ostetricia dell'Università</p>	<p>Risultati: - Partecipanti e punteggi: 359 donne reclutate, con un punteggio EPDS (Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale) medio di 5,51. Il 23,1% ha riportato maternity blues (MB).</p>	<p>Limitazioni: Innanzitutto, la piccola dimensione del campione, sarebbe necessario campioni di grandi dimensioni per eseguire analisi più appropriate con risultati robusti. Un'altra limitazione è il fatto che solo 106</p>

<p>2021;12:703180. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.703180 . PMID: 34803751; PMCID: PMC8595294.</p>	<p>degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" da dicembre 2019 a febbraio 2021.</p> <p>Obiettivi: 1. Valutare la frequenza del maternity blues; 2. identificare le caratteristiche cliniche e sociali più frequentemente associate all'insorgenza dei sintomi depressivi dopo il parto; e 3. verificare l'ipotesi che la presenza della maternity blues sia un fattore di rischio per l'insorgenza di un episodio depressivo conclamato nei 12 mesi successivi al parto.</p>	<p>- Predittori di MB: Disturbo d'ansia pre-gravidanza, preeclampsia, conflitti familiari, e partner con disturbo d'ansia. - Rischio di punteggi EPDS elevati: MB aumenta il rischio di punteggi EPDS più alti, con rischi multipli superiori a 1, 3 e 12 mesi post-parto.</p> <p>Conclusioni: Anche se la maternity blues è spesso autolimitante, i sintomi depressivi possono persistere. I professionisti devono monitorare attentamente i sintomi di MB e il rischio di transizione verso la depressione.</p>	<p>donne su 359 hanno compilato l'EPDS dopo 12 mesi.</p>
<p>Depressione Post Partum: Linee Guida per la Diagnosi, il Trattamento e la Prevenzione. Il rapporto è pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2019. Pubblicato sul sito: https://www.iss.it/documents/20126/1773424/DEF_Rapporto_Istisan_DPP.pdf/243364ab-8dad-f20a-06b5-0ddd026e55e4?t=1576431590387</p>	<p>Tipo di studio: Linee guida cliniche basate su una revisione sistematica della letteratura scientifica.</p> <p>Campione: Non applicabile poiché si tratta di linee guida basate su studi esistenti.</p> <p>Obiettivi: Fornire raccomandazioni per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della depressione post partum (DPP) per migliorare la salute mentale delle madri e</p>	<p>Risultati: Le linee guida raccomandano lo screening sistematico per la depressione postpartum (DPP), l'uso di trattamenti psicologici come la terapia cognitivo-comportamentale e, se necessario, antidepressivi sicuri per l'allattamento. È anche enfatizzata l'importanza del supporto familiare e sociale.</p> <p>Conclusioni:</p>	<p>Limitazioni: L'applicazione pratica delle linee guida potrebbe variare in base alle risorse e alle specificità del sistema sanitario locale.</p>

	<p>garantire un'assistenza sanitaria appropriata.</p>	<p>È importante garantire continuità nell'assistenza dalla gravidanza al postparto, supportando i genitori nel loro percorso emozionale e nella gestione del nuovo ruolo. Gli interventi di gruppo sono preferibili per aiutare le madri a riconoscere il legame tra pensieri, emozioni e comportamenti.</p>	
<p>Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis. Laura Camoni, AntonellAnn Ist Super Sanità 2023 Vol. 59, No. 2: 139-148 DOI: 10.4415/ANN_23_02_07</p>	<p>Tipo di studio: revisione sistematica e metanalisi.</p> <p>Campione: 801 studi pubblicati.</p> <p>Obiettivo: sintetizzare gli studi che hanno stimato la prevalenza della depressione perinatale in Italia.</p>	<p>Risultati: Il rischio di depressione prenatale è del 20,2%, e quello postparto è del 27,5% con EPDS ≥ 9 e dell'11,1% con EPDS ≥ 12.</p> <p>Conclusioni: La prevalenza del rischio di depressione perinatale in Italia è simile ad altri Paesi, e si raccomanda una prevenzione mirata durante la gravidanza.</p>	
<p>Il comportamento nel tempo della sintomatologia della depressione postnatale e la sua diagnosi precoce tramite la Edinburgh Postnatal Depression Scale: uno studio longitudinale italiano. Cattaneo, MC, Roveraro, S., Chiorino, V., Macchi, EA, Salerno, R., Gatti, M., Arcaro, L., Barretta, F., Fontana, CB, Colombo, L., Rossi, PG, &</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: 122 madri primipare italiane.</p> <p>Obiettivi: Verificare se la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) può identificare, subito dopo il parto, le madri a rischio di depressione.</p>	<p>Risultati: La percentuale di madri con punteggio EPDS ≥ 10 diminuisce nel tempo. Il punteggio iniziale è più predittivo dell'umore a 2 mesi rispetto a 6 mesi dal parto.</p> <p>Conclusioni: L'uso dell'EPDS nella prima</p>	

<p>Mosca, F. (2015). <i>International Journal of Advanced Nursing Studies</i>, 4 (1), 23-29. https://doi.org/10.14419/ijans.v4i1.3931</p>		<p>settimana dopo il parto aiuta a identificare le donne a rischio di depressione persistente. Questi dati sono utili per interventi sanitari post-parto e studi sulla depressione postnatale in diverse culture.</p>	
<p>Depressione materna: rete di sorveglianza e di aiuto per le neomamme e visite a domicilio dopo il parto, il ministero della salute sceglie e finanzia il progetto veneto. 2020, Comunicato n° 1060 Pubblicato sul sito: https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=504707 7</p>	<p>Tipo di studio: Articolo informativo.</p> <p>Campione: Non applicabile.</p> <p>Obiettivi: Supportare le neomamme nel vivere con tranquillità la gravidanza e il parto, prevenire la depressione post-partum, diagnosticare tempestivamente eventuali casi e fornire assistenza alle donne che ne sono affette.</p>	<p>Risultati: Il progetto della regione Veneto mira a prevenire e trattare la depressione post-partum attraverso screening nelle aree pilota, formazione di 4.000 operatori sanitari e supporto domiciliare per le neomamme, con l'obiettivo di ridurre isolamento e stigma e prevenire casi gravi di depressione.</p> <p>Conclusioni: Il progetto rappresenta un intervento integrato per migliorare la qualità dell'assistenza post-partum e prevenire conseguenze psicologiche a lungo termine per le neomamme.</p>	
<p>Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. Zanardo V, Volpe F, de Luca F, Giliberti L,</p>	<p>Tipo di studio: Disegno osservazionale prospettico.</p> <p>Campione: 334 donne nel reparto di maternità</p>	<p>Risultati: Le donne con punteggi più alti di maternity blues costituiscono un sottogruppo di puerpere a maggior</p>	<p>Limitazioni: La principale limitazione dello studio è l'assenza di un follow-up longitudinale per monitorare i</p>

<p>Giustardi A, Parotto M, Straface G, Soldera G. <i>J MaternFetal NeonatalMed.</i> 2020 Dec;33(23):3962-3968. doi: 10.1080/14767058.2019.1593363. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30909766.</p>	<p>del Policlinico Abano Terme.</p> <p>Obiettivi: Valutare se le donne con punteggi più alti di maternity blues rappresentassero un sottogruppo distinto a rischio di sviluppare sintomi depressivi postpartum.</p>	<p>rischio di sviluppare sintomi depressivi postpartum.</p> <p>Conclusioni: La Maternity Blues Scale (MBS) è efficace nel rilevare il disagio psicologico postpartum e nel prevedere il rischio di depressione, anedonia e ansia. Donne con punteggi elevati su affetto negativo, positivo e depressione hanno un rischio maggiore di sviluppare sintomi depressivi. La validazione della MBS nel contesto italiano conferma la sua utilità nello screening precoce per identificare donne a rischio di depressione postpartum.</p>	<p>cambiamenti dell'umore nel tempo. Inoltre, non sono stati considerati fattori confondenti come complicazioni del parto e l'uso di farmaci, e non è stata confermata la diagnosi di depressione postpartum con criteri specifici.</p>
--	--	--	---

PREVALENZA

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivo	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Revisione sistematica e metanalisi della prevalenza della Maternity Blues nel periodo postpartum Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou J <i>ObstetGynecol Neonatal Nurs.</i> 2020 Mar;49(2):127-136. doi:</p>	<p>Tipo di studio: Revisione sistematica.</p> <p>Campione: 26 studi pubblicati tra il 1980 e il 2019 che hanno coinvolto 5.667 partecipanti.</p> <p>Obiettivo: Determinare la prevalenza della maternity blues tra le</p>	<p>Risultati: Nei 26 studi esaminati, la percentuale di donne che manifestavano la maternity blues variava tra il 13,7% e il 76,0%. Utilizzando un modello a effetti casuali, si è stimato che la prevalenza</p>	<p>Limitazioni: La revisione ha mostrato limitazioni dovute alla variabilità nel momento della misurazione dei sintomi e all'uso di strumenti diversi, rendendo difficile stimare la prevalenza del "maternity blues" e aumentando l'eterogeneità.</p>

<p>10.1016/j.jogn.2020.01.001 . Epub 2020 Feb 7. PMID: 32035973.</p>	<p>donne nel periodo postpartum.</p>	<p>della "maternity blues" fosse del 39,0% tra le 5.667 donne analizzate.</p> <p>Conclusioni: Considerata la frequente occorrenza della maternity blues, è cruciale monitorare i sintomi chiave e sviluppare programmi educativi per professionisti e neomamme dopo il parto.</p>	
<p>Prevalenza e fattori di rischio psicologici associati alla depressione postpartum: uno studio trasversale. Della Corte, L., La Rosa, VL, Cassinese, E., Ciebiera, M., Zaręba, K., De Rosa, N., ... Bifulco, G. (2021). <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>, 42 (5), 976–980. https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1980512</p>	<p>Tipo di studio: Studio trasversale.</p> <p>Campione: Il campione di questo studio consisteva in 80 donne reclutate presso l'Unità di Ostetricia e Ginecologia dell'AOU Federico II di Napoli tra gennaio e luglio 2018.</p> <p>Obiettivi: Valutare la prevalenza della depressione postpartum e identificare i fattori di rischio collegati in un gruppo di donne italiane tre mesi dopo il parto.</p>	<p>Risultati: Il 59,5% ha avuto ansia prenatale e il 22,5% sintomi di depressione prenatale. La depressione prenatale, le esperienze stressanti e i problemi coniugali erano fattori di rischio per la depressione postpartum, mentre il supporto del partner e una buona situazione economica erano fattori protettivi.</p> <p>Conclusioni: È cruciale un approccio che integri fattori psicosociali, programmi di screening e supporto psicologico mirato, con particolare attenzione al rafforzamento del</p>	<p>Limitazioni: Il campione era piccolo e monocentrico. I dati auto-risportati potrebbero essere influenzati dalla paura del giudizio. Sebbene l'EPDS sia utile per lo screening, non considera tutti i fattori di rischio, come il supporto materno. Inoltre, manca un follow-up, rendendo necessari studi futuri più completi.</p>

		supporto del partner e al sostegno sociale per prevenire il disturbo.	
<p>Maternity blues: un predittore della depressione postpartum, dalla coorte IGEDEPP</p> <p>Landman A, Ngameni EG, Dubreucq M, Dubreucq J; IGEDEPP Groups; Tebeka S, Dubertret C. Eur Psychiatry. 2024 Apr 1;67(1): e30. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1741. PMID: 38555958; PMCID: PMC11059245.</p>	<p>Tipo di Articolo: L'articolo è uno studio di ricerca multicentrico prospettico basato sull'analisi dei dati di una coorte.</p> <p>Campione: 3310 donne francese.</p> <p>Obiettivi: - Identificare i diversi fattori associati alla maternity blues. - Esaminare l'associazione tra la maternity blues e la depressione postpartum in un'ampia coorte francese.</p>	<p>Risultati: Risultati: Il 33% delle donne ha mostrato sintomi di maternity blues, con un punteggio medio di 5,57 sulla scala. Traumi infantili, storia psichiatrica e stress in gravidanza aumentano il rischio di maternity blues.</p> <p>Conclusioni: Il 33% delle donne ha sperimentato maternity blues, associato a traumi infantili e complicazioni, e aumenta il rischio di depressione postpartum.</p>	<p>Limitazioni: - Popolazione Limitata: I risultati potrebbero non essere applicabili a gruppi etnici o socioeconomici diversi.</p>
<p>Maternity blues tra le madri croate - Uno studio monocentrico.</p> <p>Mikuš M, Škegro B, Sokol Karadjole V, Lešin J, Banović V, Herman M, Goluža T, Puževski T, Elvedi-Gašparović V, Vujić G. Maternity Blues among Croatian Mothers - A Single-Center Study. Psychiatr Danub. Autunno 2021; 33(3):342-346. DOI: 10.24869/psyd.2021.342. PMID: 34795176.</p>	<p>Tipo di studio: Studio trasversale.</p> <p>Campione: 227 madri reclutate presso il Centro Clinico Universitario di Zagabria, Croazia, tra ottobre 2019 e febbraio 2020.</p> <p>Obiettivi: Indagare la relazione tra maternity blues, fattori di rischio psicologici, demografici e ostetrici.</p>	<p>Risultati: La prevalenza della maternity blues è del 19,9%. Fattori di rischio includono uno stile di attaccamento ansioso, alti livelli di ossitocina, basso peso alla nascita, bassa resilienza e supporto sociale insufficiente.</p> <p>Conclusione: È cruciale utilizzare metodi di screening adeguati a prevenire e</p>	<p>Limiti dello studio: 1. Campione limitato: Risultati non generalizzabili poiché lo studio è stato condotto in un solo centro. 2. Dati auto-riferiti: La raccolta di dati basata su auto-riferimenti può introdurre bias. 3. Esclusione di alcuni gruppi: Donne con storia di disturbi psichiatrici sono state escluse, limitando l'analisi dei fattori di rischio.</p>

		<p>riconoscere tempestivamente il maternity blues e la depressione post partum, soprattutto in Croazia.</p>	
--	--	---	--

FATTORI DI RISCHIO

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivi	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Methyldopa come induttore di depressione post-partum e maternity blues: una revisione. Wiciński M, Malinowski B, Puk O, Socha M, Słupski M. <i>BiomedPharmacother.</i> 2020 Jul;127:110196. doi: 10.1016/j.biopha.2020.110196. Epub 2020 May 12. PMID: 32413670.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: Non applicabile (revisione della letteratura).</p> <p>Obiettivi: Esaminare i meccanismi attraverso i quali la metildopa induce disturbi dell'umore durante la gravidanza e periodo post partum.</p>	<p>Risultati: La metildopa altera i fattori neurotrofici, riduce il flusso sanguigno cerebrale, compromette il sistema di ricompensa diminuendo la dopamina, aumenta la prolattina, riduce le catecolamine e aumenta l'ossido nitrico, che è neurotossico.</p> <p>Conclusioni: Studi confermano che la metildopa contribuisce alla depressione post-partum e al maternity blues attraverso l'alterazione ormonale e il deterioramento della funzione neuronale, evidenziando la complessità e l'importanza del problema per la salute delle donne.</p>	<p>Limitazioni: Il lavoro si basa principalmente su studi precedenti e non presenta dati primari. Inoltre, sono necessarie ulteriori ricerche cliniche per confermare i meccanismi proposti e valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione e trattamento suggerite.</p>
<p>Fattori di rischio per la depressione postpartum basati su interazioni genetiche ed epigenetiche.</p>	<p>Tipo di articolo: Revisione della letteratura.</p>	<p>Risultati: La revisione ha evidenziato l'importanza delle interazioni tra geni e</p>	<p>Limitazioni: 1. Incertezza tra Genetica ed Epigenetica: Persistono dubbi</p>

<p>Luo F, Zhu Z, Du Y, Chen L, Cheng Y. Risk Factors for Postpartum Depression Based on Genetic and Epigenetic Interactions. Mol Neurobiol. 2023 Jul;60(7):3979-4003. doi: 10.1007/s12035-023-03313-y. Epub 2023 Apr 1. PMID: 37004608.</p>	<p>Campione: Non applicabile, in quanto si tratta di una revisione che raccoglie e sintetizza risultati da studi precedenti.</p> <p>Obiettivi: Esaminare i fattori di rischio genetici ed epigenetici associati alla depressione postpartum e valutare le interazioni tra questi fattori e l'ambiente nella suscettibilità alla PPD.</p>	<p>percorsi neurobiologici nella suscettibilità alla depressione postpartum, con variazioni che suggeriscono l'influenza di fattori genetici ed ambientali complessi.</p> <p>Conclusioni: I fattori genetici ed ambientali giocano un ruolo significativo nella depressione postpartum, ma sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere appieno queste interazioni complesse.</p>	<p>sulla relazione tra fattori genetici ed epigenetici e la depressione postpartum, senza prove sufficienti di una connessione diretta con specifici polimorfismi genetici.</p> <p>2. Mancata Differenziazione: La depressione postpartum non viene sempre distinta da altri tipi di depressione, creando lacune nella comprensione e nel trattamento del disturbo.</p>
<p>Ossitocina e depressione postpartum: una revisione sistematica. Thul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ. Ossitocina e depressione postpartum: una revisione sistematica. Psiconeuroendocrinologia. 2020 ottobre; 120:104793. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2020.104793. Epub 6 luglio 2020. PMID: 32683141; PMCID: PMC7526479.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione sistematica.</p> <p>Campione: La revisione include 16 studi sulla relazione tra ossitocina e depressione postpartum, selezionati tra 618 articoli iniziali in cinque database.</p> <p>Obiettivo: Lo scopo dello studio è stato esaminare la qualità e l'affidabilità della letteratura sulle relazioni tra ossitocina e depressione postpartum, per valutare se i dati disponibili siano sufficienti a determinare la solidità di queste relazioni</p>	<p>Risultati:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ossitocina Endogena e Depressione Postpartum: Livelli più bassi di ossitocina materna sono spesso associati a sintomi depressivi più gravi. Ossitocina Prenatale e Postpartum: Livelli più bassi di ossitocina durante gravidanza e postpartum sono generalmente legati a sintomi depressivi più elevati. Ossitocina Sintetica Durante il Travaglio: Gli effetti dell'ossitocina sintetica sul rischio di depressione 	<p>Limitazioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dimensione del Campione: Alcuni studi hanno campioni piccoli o specifici, limitando la generalizzabilità. Variabili Confondenti: Non tutti gli studi hanno controllato variabili come allattamento, stress, o uso di ossitocina sintetica.

		<p>postpartum sono contrastanti.</p> <p>Conclusioni:</p> <p>1. Ossitocina Endogena: Potrebbe avere un ruolo protettivo contro la depressione postpartum, ma con risultati variabili.</p> <p>2. Ossitocina Sintetica: Risultati inconcludenti sull'effetto della sintesi durante il travaglio.</p>	
<p>Cambiamenti dell'ossitocina nelle donne con taglio cesareo d'urgenza: associazione con la maternity blues in base alla modalità di parto.</p> <p>Shishido E, Horiuchi S. <i>Heliyon</i>. 2023 Apr 18;9(4):e15405. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e15405. PMID: 37128330; PMCID: PMC10148090.</p>	<p>Tipo di studio: Studio osservazionale longitudinale.</p> <p>Campione: Partecipanti: Donne in gravidanza primipara che pianificavano un parto vaginale. Il campione specifico per le donne con taglio cesareo d'urgenza era di 6 donne.</p> <p>Obiettivi: Monitorare le variazioni nei livelli di ossitocina salivare nelle donne che hanno subito un taglio cesareo d'urgenza.</p>	<p>Risultati: Le donne con taglio cesareo d'emergenza hanno mostrato livelli di ossitocina più bassi a 5 giorni dopo il parto e una correlazione tra cambiamenti nei punteggi di maternity blues e ossitocina.</p> <p>Conclusioni: Il taglio cesareo d'urgenza potrebbe influenzare psicologicamente le donne, ma la piccola dimensione del campione ha limitato l'analisi dettagliata di questa associazione.</p>	<p>Limitazioni:</p> <p>1. Piccola dimensione del campione.</p> <p>2. Mancanza di dati su variabili influenzanti come malattie ginecologiche, tecnologie di riproduzione assistita, dolore del travaglio, dolore al seno e perineale, e gestione del dolore.</p>
<p>Fattori che influenzano la depressione prenatale e postpartum in Corea: uno studio prospettico di coorte</p> <p>Yoo H, Ahn S, Park S, Kim J, Oh J, Koh M. <i>Korean J Women Health Nurs</i>. 2021 Dec 31;27(4):326-336. doi: 10.4069/kjwhn.2021.11.17. Epub 2021 Dec 13. PMID:</p>	<p>Tipo di studio: Studio prospettico di coorte.</p> <p>Campione: - Durante la gravidanza: 219 donne e 181 coniugi. - Dopo il parto: 183 madri e 130 coniugi.</p> <p>Obiettivo:</p>	<p>Risultati:</p> <p>- Prevalenza: Dal 10,5% al 21,5% prima del parto e dal 22,4% al 32,8% dopo, con un picco a 2 settimane post-parto.</p>	<p>Limitazioni:</p> <p>1. Riduzione del campione e alto tasso di abbandono possono influenzare la generalizzabilità.</p> <p>2. Mancanza di analisi longitudinale a causa dell'abbandono incoerente.</p>

<p>36311450; PMCID: PMC9328632.</p>	<p>L'obiettivo dello studio era esplorare la prevalenza della depressione prenatale e postpartum in Corea e identificare i fattori che influenzano questa depressione dalla 20^a settimana di gravidanza alla 12^a settimana dopo il parto.</p>	<p>- Fattori di Rischio: basso status socioeconomico, bassa autostima, depressione e ansia prenatale, minore supporto sociale e soddisfazione coniugale.</p> <p>Conclusioni: La depressione materna varia nel tempo. Gli infermieri devono monitorare e supportare le donne durante il periodo perinatale per prevenire la depressione e facilitare l'adattamento alla genitorialità.</p>	<p>3. Contesto Culturale: Risultati specifici per la Corea, limitando l'applicabilità ad altre popolazioni.</p>
<p>The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS Spectr. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. 2015 Feb;20(1):48-59. doi: 10.1017/S1092852914000480. Epub 2014 Sep 29. PMID: 25263255; PMCID: PMC4363269.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Obiettivi: Esaminare se le fluttuazioni degli ormoni riproduttivi durante gravidanza e postpartum scatenano la maternity blues.</p>	<p>Risultati: Gli ormoni influenzano i sistemi biologici legati alla MB; alcune donne sono particolarmente sensibili ai cambiamenti ormonali.</p> <p>Conclusioni: Il ruolo degli ormoni riproduttivi suggerisce una patofisiologia neuroendocrina per la depressione postpartum (PPD), che comprende vari contesti di insorgenza.</p>	

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivi	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin, Hanan A. Badr, Jaclene A. Zauszniewski ,2017</p>	<p>Tipo di studio Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: Non applicabile.</p> <p>Obiettivo: Raccogliere evidenze su come il "kangaroo care" influenzi la depressione postpartum, con particolare attenzione al ruolo dell'ossitocina.</p>	<p>Risultati: Il "kangaroo care" riduce il rischio di depressione postpartum, grazie al rilascio di ossitocina che contrasta lo stress e diminuisce i sintomi depressivi. Questo metodo, favorendo il contatto pelle a pelle, blocca la risposta allo stress e abbassa i livelli di catecolamine.</p> <p>Conclusioni: Il "kangaroo care" è efficace come intervento non farmacologico per prevenire o alleviare la depressione postpartum.</p>	<p>Limitazioni: L'articolo manca di dati empirici diretti sull'effetto del "kangaroo care" sulla depressione postpartum e sulla sua relazione con l'ossitocina.</p>
<p>Una revisione sistematica e metanalisi sugli effetti della terapia musicale sui livelli di ansia e dolore postpartum. Hakimi S, Hajizadeh K, Hasanzade R, Ranjbar M. A Systematic Review and Meta-analysis of the Effects of Music Therapy on Postpartum Anxiety and Pain Levels. J Caring Sci. 2021 Oct 12;10(4):230-237. doi: 10.34172/jcs.2021.033. PMID: 34849370; PMCID: PMC8609126.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione sistematica e metanalisi.</p> <p>Campione: Donne nel periodo postpartum.</p> <p>Obiettivi: Indagare gli effetti della terapia musicale sui livelli di ansia e dolore postpartum.</p>	<p>Risultati: La metanalisi ha mostrato che la musicoterapia riduce significativamente l'ansia postpartum rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia, l'eterogeneità tra gli studi suggerisce la necessità di ulteriori ricerche randomizzate con strumenti standardizzati come CONSORT.</p> <p>Conclusioni: La musicoterapia può ridurre l'ansia e il dolore postpartum, ma è necessario condurre studi randomizzati più uniformi e ben riportati</p>	<p>Limitazioni: La qualità degli studi era bassa, con bias non completamente controllati e variazioni nei metodi di terapia musicale e nelle misurazioni del dolore e dell'ansia. Inoltre, pochi studi hanno esaminato l'effetto della musicoterapia dopo il parto naturale.</p>

		per confermare questi effetti.	
<p>Effetti di un breve intervento elettronico basato sulla mindfulness sull'alleviamento della depressione e dell'ansia prenatale nelle donne in gravidanza ad alto rischio ospedalizzate: studio pilota esplorativo. Goetz M, Schiele C, Müller M, Matthies LM, Deutsch TM, Spano C, Graf J, Zipfel S, Bauer A, Brucker SY, Wallwiener M, Wallwiener S. <i>J Med Internet Res.</i> 2020 agosto 11; 22(8): E17593. DOI: 10.2196/17593. PMID: 32780023; PMCID: PMC7448174.</p>	<p>Tipo di studio: Studio clinico randomizzato controllato.</p> <p>Campione: Uno studio pilota condotto tra gennaio e maggio 2019 su 68 donne ricoverate per gravidanze ad alto rischio.</p> <p>Obiettivo: Lo studio mirava a valutare l'efficacia di un corso elettronico di mindfulness della durata di 1 settimana nel ridurre i sintomi di depressione e ansia prenatale in donne in gravidanza ospedalizzate e ad alto rischio. L'obiettivo era determinare se la partecipazione a questo intervento elettronico (eMBI) potesse alleviare i sintomi durante la degenza ospedaliera.</p>	<p>Risultati: Lo studio ha rilevato un'alta prevalenza di depressione e ansia peripartum tra le donne in gravidanza ad alto rischio ospedalizzate. Dopo il corso elettronico di mindfulness, i partecipanti hanno mostrato una significativa riduzione dell'ansia di stato e dell'ansia correlata alla gravidanza, soprattutto tra coloro che hanno completato più del 50% del corso.</p> <p>Conclusioni: Gli eMBI a breve termine possono ridurre l'ansia peripartum e l'ansia correlata alla gravidanza, offrendo un'opzione accessibile per la salute mentale nelle pazienti ospedalizzate.</p>	<p>Limitazioni: Lo studio pilota, non essendo un RCT, non può attribuire chiaramente la riduzione dell'ansia al corso di mindfulness di 1 settimana. Anche se interventi a breve termine come questo possono essere utili, la piccola dimensione del campione e l'uso di molti test statistici limitano la generalizzabilità e aumentano il rischio di errori casuali.</p>
<p>Uno studio pilota di un intervento di gruppo sulla depressione perinatale sulla riduzione dei sintomi depressivi e sul miglioramento dell'attaccamento materno-fetale e della sensibilità materna. Alhusen JL, Hayat MJ, Borg L. <i>Arch Womens Ment Salute.</i> 2021 febbraio; 24(1):145-154. DOI: 10.1007/S00737-020-01032-0. Epub 15 maggio 2020. PMID: 32409986; PMCID: PMC7666645.</p>	<p>Tipo di studio: Si tratta di uno studio pilota randomizzato e controllato (RCT).</p> <p>Campione: Sessanta donne incinte con sintomatologia depressiva da moderata a grave sono state reclutate e randomizzate in due gruppi: uno che ha ricevuto l'intervento di 6 settimane e un gruppo di controllo che ha ricevuto le cure abituali.</p> <p>Obiettivi: Condurre uno studio pilota su un intervento di</p>	<p>Risultati: - Completamento delle sessioni: Le partecipanti hanno completato in media 5,2 sessioni, con il 70% che ha completato tutte e sei le sessioni. - Sintomatologia depressiva: A 12 settimane dopo il parto, il gruppo di intervento ha mostrato una diminuzione di 8,32 punti sulla Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), rispetto a 4,59 punti nel gruppo di controllo.</p>	<p>Limitazioni: - Dimensione del campione: Lo studio ha coinvolto solo 60 partecipanti, limitando la generalizzabilità dei risultati. - Compliance: Non tutte le partecipanti hanno completato tutte le sessioni dell'intervento, il che potrebbe aver influenzato i risultati. - Misure di outcome: La misurazione della sensibilità materna</p>

	<p>gruppo sulla depressione perinatale, il Corso Madri e Bambini, sulla sintomatologia depressiva, l'attaccamento materno-fetale e la sensibilità materna.</p>	<p>- Attaccamento materno-fetale: Il gruppo di intervento ha migliorato di 12,60 punti sulla Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS), rispetto a 4,60 punti nel gruppo di controllo.</p> <p>- Sensibilità materna: I punteggi della sensibilità materna erano significativamente più alti nel gruppo di intervento (59,2) rispetto al gruppo di controllo (51,8).</p> <p>Conclusioni: I risultati preliminari suggeriscono che il Corso Mothers and Babies può ridurre i sintomi depressivi e migliorare l'attaccamento materno-fetale e la sensibilità materna.</p>	<p>è stata effettuata solo 12 settimane dopo il parto, senza un follow-up a lungo termine per valutare la persistenza degli effetti.</p>
<p>Durgun, SK, Ulaş, SC Conoscenze e pratiche dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria sul Maternal Blues. <i>Int J Ment Health Addiction</i> 21, 650–665 (2023). https://doi.org/10.1007/s11469-022-00887-x</p>	<p>Tipo di studio: Studio descrittivo.</p> <p>Campione: Lo studio è stato condotto su 252 professionisti dell'assistenza sanitaria primaria nei centri di salute della famiglia e della comunità nella città di Manisa, in Turchia.</p> <p>Obiettivi: Valutare la conoscenza e le pratiche dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria riguardo alla gestione della maternity blues.</p>	<p>Risultati: I risultati dello studio indicano che il 30,4% dei professionisti sanitari non aveva mai sentito parlare di maternity blues, e il 41,6% non aveva ricevuto conoscenze aggiornate sull'argomento.</p> <p>Conclusioni: La conclusione dello studio sottolinea che la conoscenza del maternity blues è insufficiente tra i professionisti dell'assistenza sanitaria primaria, in particolare tra ostetriche e infermiere.</p>	

<p>L'effetto degli interventi basati sulla mindfulness durante la gravidanza sulla salute mentale postpartum: una metanalisi</p> <p>Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML. Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Oct 10;19(1):346. doi: 10.1186/s12884-019-2503-4. PMID: 31601170; PMCID: PMC6785846.</p>	<p>Tipo di studio: Studio randomizzato e controllato in singolo cieco.</p> <p>Campione: Un totale di 74 donne di età compresa tra 13 e 28 settimane di gestazione sono state assegnate al gruppo di intervento o al gruppo di confronto</p> <p>Obiettivo: Questo studio è stato progettato per valutare l'efficacia di un programma di parto e genitorialità basato sulla consapevolezza nel migliorare la salute psicologica durante il periodo postpartum.</p>	<p>Risultati: Lo stress e la depressione sono diminuiti significativamente nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di confronto a 3 mesi dopo il parto, mentre non ci sono state differenze significative nei punteggi di consapevolezza.</p> <p>Conclusioni: Il programma di intervento ha ridotto efficacemente lo stress e la depressione postpartum, suggerendo che la meditazione consapevole e l'educazione genitoriale durante la gravidanza offrono benefici duraturi per le donne nella transizione alla genitorialità.</p>	<p>Limitazioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alto tasso di abbandono: Molti partecipanti hanno abbandonato lo studio, potenzialmente influenzando i risultati. 2. Disegno in singolo cieco: I ricercatori conoscevano le assegnazioni dei gruppi, il che potrebbe aver introdotto bias. 3. Monitoraggio della pratica domestica: Il tempo effettivamente dedicato alla pratica a casa non è stato monitorato, limitando la valutazione dell'efficacia dell'intervento.
<p>Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done.</p> <p>Glover V. Best Pract Res ClinObstetGynaecol. 2014 Jan;28(1):25-35. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017. Epub 2013 Sep 18. PMID: 24090740.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura</p> <p>Obiettivi: Evidenziare l'importanza della cura dello stato emotivo delle donne incinte, spesso trascurato in ostetricia.</p>	<p>Risultati: La depressione, l'ansia e lo stress durante la gravidanza possono aumentare il rischio di esiti avversi nei bambini, come problemi emotivi e cognitivi. Questi fattori spesso non vengono rilevati o trattati adeguatamente dagli operatori sanitari.</p> <p>Conclusioni: È necessario implementare programmi e interventi che inizino in gravidanza per</p>	

		migliorare gli esiti per madre e bambino.	
--	--	---	--

COMPLICANZE

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione/ Obiettivi	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Depressione postpartum Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Depressione postpartum. 7 ottobre 2022. In: StatPearls [Internet]. L'isola del tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 gennaio-. PMID: 30085612</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: Non applicabile.</p> <p>Obiettivi: 1.Descrivere i sintomi comuni della depressione postpartum. 2.Articolare le ragioni per cui le donne potrebbero non cercare cure per la depressione postpartum. 3.Rivedere le strategie di gestione per la depressione postpartum. 4.Pianificare una discussione tra i membri del team interprofessionale.</p>	<p>Risultati: - Sintomi e Cause: Descrive i sintomi e le cause della depressione postpartum (PPD), inclusi fattori psicologici, ostetrici, sociali e di stile di vita. - Diagnosi e Valutazione: Dettaglia il processo diagnostico con strumenti di screening come l'EPDS e l'importanza della valutazione clinica per escludere altre condizioni. - Trattamento e Gestione: Esplora le opzioni di trattamento, tra cui psicoterapia, antidepressivi.</p> <p>Conclusione: L'articolo sottolinea l'importanza di un approccio completo e interdisciplinare per gestire e prevenire la depressione postpartum.</p>	<p>Limitazioni: <i>Bias nelle Fonti:</i> L'articolo si basa su pochi studi e autori, potenzialmente distorcendo le informazioni e limitando una panoramica completa.</p>
<p>La salute della donna - La depressione post partum Autori: Non specificato Anno: Non specificato, Data ultimo aggiornamento, 5 aprile 2024 (pubblicato sul sito del Ministero della Salute).</p>	<p>Tipo di studio: Articolo informativo.</p> <p>Campione: Non applicabile (articolo informativo).</p> <p>Obiettivi: Fornire informazioni sulla depressione post partum, inclusi sintomi,</p>	<p>Risultati: L'articolo fornisce una panoramica sulla depressione post partum, evidenziando sintomi quali tristezza, ansia, irritabilità, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e perdita di interesse per</p>	<p>Limitazioni: L'articolo è un riassunto informativo e potrebbe non essere esaustivo in termini di approfondimento sui trattamenti specifici e sulle strategie di gestione della depressione post partum. Inoltre,</p>

<p>https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4496&area=Salute%20donna&menu=nascita</p>	<p>fattori di rischio, diagnosi e trattamento, al fine di sensibilizzare sul tema e fornire supporto alle donne che ne soffrono.</p>	<p>le attività quotidiane. Vengono anche discussi i fattori di rischio, tra cui la storia familiare di depressione, lo stress durante la gravidanza, i problemi di relazione e il sostegno sociale limitato.</p> <p>Conclusioni: Viene sottolineata l'importanza della diagnosi precoce e del trattamento, che può includere terapia psicologica, farmaci antidepressivi e supporto sociale. L'articolo incoraggia le donne a cercare aiuto se sospettano di soffrire di depressione post partum e fornisce informazioni su dove trovare supporto e assistenza.</p>	<p>non specifica gli autori dell'articolo, il che potrebbe limitare la sua credibilità e la sua rilevanza in base alla reputazione degli autori nell'ambito della salute materna.</p>
--	--	--	---

RUOLO DELL' INFERMIERE

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/Campione	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Ruolo dell'infermiere nei disturbi psichiatrici postpartum. Susheelkumar V Ronad, Santosh S Ugargol, Chetan S Patali, Shridhar H Gondbal, Kirankumar TC, Pankaja TC e Rajendra Badesgol. 2018 https://juniperpublishers.com/gjo/pdf/GJO.MS.ID.555844.pdf</p>	<p>Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: Non applicabile.</p> <p>Obiettivo L'articolo mira a fornire una comprensione approfondita dei disturbi psichiatrici postpartum e a delineare il ruolo</p>	<p>L'articolo fornisce una panoramica dettagliata dei diversi tipi di disturbi psichiatrici postpartum, tra cui il baby blues, la depressione postpartum e la psicosi postpartum, insieme alle relative caratteristiche cliniche. Vengono discussi anche i fattori di rischio, le modalità di diagnosi e le opzioni di trattamento, sia non farmacologiche</p>	<p>L'articolo discute i disturbi psichiatrici postpartum e il ruolo dell'infermiere, ma manca di evidenze empiriche e studi clinici. Sarebbe utile un approfondimento sui bisogni di diversi gruppi demografici e sull'influenza di fattori culturali e sociali.</p>

	<p>dell'infermiere nel riconoscimento, nella gestione e nel trattamento di tali disturbi, nonché nella promozione della salute mentale delle donne durante il periodo postpartum.</p>	<p>che farmacologiche. Viene sottolineato il ruolo cruciale dell'infermiere nel riconoscere i segni e i sintomi precoci dei disturbi psichiatrici postpartum, nell'offrire sostegno emotivo e educativo alle donne affette e nel coordinare le cure multidisciplinari necessarie.</p> <p>Conclusioni: L'articolo sottolinea l'importanza dell'infermiere nel contesto della salute materna e neonatale, evidenziando il suo ruolo chiave nel riconoscimento precoce e nella gestione dei disturbi psichiatrici postpartum. Si enfatizza la necessità di un approccio olistico e compassionevole nel trattare le donne affette da tali disturbi, insieme alla collaborazione tra i vari professionisti sanitari per garantire cure efficaci e tempestive.</p>	
<p>NursingCare for Women With Postpartum Blues: A LiteratureReview. Kimberly MayaraGouveia Bezerra; Ana Carolina de Carvalho Leandro; Cayo César da Silva; Scarlette Rodrigues Perreli Batista de Oliveira; ThassiaThame de Moura Silva; Iracema da Silva Frazão. <i>International Research Journal of Obstetrics</i></p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: 96 articoli in totale, di cui 23 sono stati preselezionati e dopo l'applicazione dei criteri di inclusione, ne sono rimasti 16.</p> <p>Obiettivi:</p>	<p>Risultati: 50% delle donne soffrono di maternity blues fino a due settimane dopo il parto, e di queste, 20% possono evolvere alla depressione post partum se non trattate correttamente.</p> <p>Conclusioni: È essenziale un approccio multidisciplinare per</p>	<p>Limitazioni: Assistenza inadeguata: Si sottolinea che senza un'adeguata assistenza, oltre il 20% delle donne può sviluppare depressione postpartum, ma non vengono specificati i criteri per definire l'assistenza "adeguata" o le linee</p>

<p><i>and Gynecology</i>, 2020, 3:24. DOI: 10.28933/irjog-2020-01-2208</p>	<p>Analizzare la letteratura disponibile, per determinare come gli infermieri possono aiutare le donne con maternity blues.</p>	<p>identificare i fattori di rischio e sintomi della maternity blues, per garantire una gestione ottimale e migliorare la qualità della vita delle donne.</p>	<p>guida necessarie per affrontare efficacemente la condizione.</p>
<p>La guida aziendale delle infermiere di maternità al baby blues e alla depressione post-parto. The Maternity Nurse Company, 27 settembre 2016 Publicato sul sito: https://www.maternitynurse.co.uk/maternity-nurse-company-baby-blues-post-partum-depression/</p>	<p>Tipo di studio: Guida pratica basata su esperienze cliniche.</p> <p>Campione: Non specificato (basato su esperienza clinica delle infermiere che lavorano in ostetricia).</p> <p>Obiettivo: Fornire una guida alle emozioni post-parto e distinguere tra baby blues e depressione postpartum (DPP), offrendo supporto pratico e psicologico alle neomamme.</p>	<p>Risultati: La maternity blues, che colpisce circa l'80% delle neomamme, è causato da cambiamenti ormonali post-parto e porta a sbalzi d'umore e irritabilità, risolvendo generalmente entro due settimane. La depressione postpartum, che interessa circa il 20% delle donne, presenta sintomi persistenti come irritabilità e ansia e richiede una diagnosi professionale.</p> <p>Conclusioni: Il trattamento consigliato include consulenza psicologica (individuale o di gruppo), supporto tra pari e, se necessario, antidepressivi compatibili con l'allattamento.</p>	<p>Limitazioni: - Non fornisce dati quantitativi o analisi statistiche. - Basato principalmente sull'esperienza pratica delle infermiere, mancano riferimenti a studi scientifici rigorosi.</p>
<p>Gestione infermieristica della depressione postpartum. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W, May K. Depression postpartum (infermieristica). 7 ottobre 2022. In: StatPearls [Internet]. L'isola del tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 gennaio-. PMID: 33760432.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione della letteratura.</p> <p>Campione: Non applicabile.</p> <p>Obiettivo: L'articolo si propone di analizzare il ruolo degli infermieri nella gestione della depressione postpartum, includendo la valutazione dello stato mentale delle pazienti,</p>	<p>Risultati: Gli autori discutono di varie strategie di gestione infermieristica della depressione postpartum, inclusa l'importanza della valutazione del benessere mentale delle donne dopo il parto, l'educazione sulla PPD per pazienti e familiari, l'incoraggiamento di uno stile di vita sano e il coinvolgimento di assistenti sociali e altri professionisti della</p>	<p>Limitazioni: Manca una discussione dettagliata sulle sfide pratiche o sulle barriere nell'attuazione delle strategie di gestione infermieristica proposte.</p>

	<p>l'educazione sulla condizione, la promozione di uno stile di vita sano, il supporto emotivo e l'indirizzamento ai servizi di trattamento appropriati.</p>	<p>salute mentale per fornire supporto aggiuntivo.</p> <p>Conclusioni: L'articolo suggerisce che un intervento precoce e una gestione attenta della depressione postpartum da parte degli infermieri possono avere un impatto significativo sulla salute mentale delle donne e sul legame madre-bambino. Inoltre, sottolinea l'importanza della continuità della cura postpartum e della collaborazione interprofessionale per garantire il benessere delle pazienti.</p>	
--	--	--	--

SCALE DI VALUTAZIONE

Titolo, autori e anno	Tipo di studio/ Campione	Risultati e conclusioni	Limitazioni
<p>Uno studio di analisi fattoriale esplorativa e confermativa dell'EPDS(Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale) nelle donne italiane in postpartum, Anna Maria Della Vedova, Yura Loscalzo, Marco Giannini, Stephen Matthey,2022.</p>	<p>Tipo di studio: Esplorativo e confermativo.</p> <p>Campione: 416 donne che frequentavano i servizi di vaccinazione tra 2 e 4 mesi postpartum.</p> <p>Obiettivi: Investigare la struttura fattoriale dell'EPDS nelle nuove madri residenti in Italia.</p>	<p>Risultati: L'analisi ha confermato che l'EPDS-4A misura due fattori distinti: depressione e ansia, con un buon adattamento del modello.</p> <p>Conclusioni: L'EPDS-4A è efficace per lo screening di depressione e ansia nel periodo postnatale nelle madri italiane.</p>	<p>Limitazioni: Solo strumenti di autovalutazione sono stati utilizzati per valutare depressione e ansia, e il campione include solo donne da una particolare regione nel nord Italia; pertanto, la generalizzabilità dei risultati non è certa.</p>
<p>Strumenti di valutazione per misurare la malattia mentale postnatale: una revisione di 10 anni. Shahmi Ruslan NL, Mohd</p>	<p>Tipo di studio: Lo studio è una revisione sistematica.</p> <p>Campione:</p>	<p>Risultati: Gli strumenti esaminati misurano vari disturbi mentali postnatali, inclusi la maternity</p>	<p>Limitazioni: 1. La revisione si è concentrata principalmente sugli studi degli ultimi 10</p>

<p>Arifin SR, Abang Abdullah KH, Abas NAH, Husain R, Abd Aziz KH, Musa R, Syed Mohideen FB, Perveen A, Che Mat K. Assessment tools to measure postnatal mental illness: A 10-year scoping review. <i>Malays Fam Physician</i>. 2022 May 10;17(2):10-21. doi: 10.51866/rv1289. PMID: 35950006; PMCID: PMC9357413.</p>	<p>Il campione dello studio consiste in 59 studi selezionati da tre database online: PubMed, Scopus e Science Direct. Gli studi inclusi riportano dati sulle proprietà psicometriche di strumenti di valutazione della malattia mentale postnatale e sono stati pubblicati tra il 2010 e il 2020.</p> <p>Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuare gli strumenti comuni utilizzati per valutare la malattia mentale postnatale. 2. Determinare quali tipi di malattie mentali postnatali sono state valutate con questi strumenti. 3. Esaminare i contesti e le sedi in cui sono stati utilizzati gli strumenti di valutazione. 4. Valutare l'affidabilità e la validità degli strumenti di valutazione per la malattia mentale postnatale. 	<p>blues, stress, ansia, depressione, e psicosi.</p> <p>Conclusioni: La revisione mostra che gli strumenti di valutazione delle malattie mentali postnatali, sviluppati principalmente in contesti occidentali, possono essere imprecisi e inadeguati per popolazioni con culture e lingue diverse. Questo evidenzia la necessità di sviluppare e validare strumenti specifici per le diverse culture per migliorare l'accuratezza nella valutazione delle malattie mentali postnatali.</p>	<p>anni e su un numero limitato di database online, il che potrebbe aver limitato l'ampiezza dei dati inclusi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Non è stato stabilito un protocollo di revisione formale per questa revisione di scoping. 3. Le differenze geografiche e culturali potrebbero aver influenzato i risultati.
<p>Validità predittiva della Scala di Depressione Postnatale di Edimburgo e altri strumenti per lo screening della depressione nelle donne in gravidanza e nel postpartum: una revisione sistematica e metanalisi. Park SH, Kim JI. <i>Arch Gynecol Obstet</i>. 2023 May;307(5):1331-1345.</p>	<p>Tipo di studio: Revisione sistematica e metanalisi.</p> <p>Campione: Il campione di questo studio comprende donne in gravidanza e dopo il parto che sono state sottoposte a screening per la depressione utilizzando vari</p>	<p>Risultati: La EPDS ha dimostrato eccellenti performance nello screening della depressione nelle donne in gravidanza e nel postpartum, con sensibilità del 79% e specificità dell'88%. Ha superato altri strumenti come Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e il Beck Depression</p>	<p>Limitazioni: Tra i limiti di questo studio vi sono l'eterogeneità nei punteggi di cut-off utilizzati nei vari studi inclusi nella metanalisi, la presenza di eterogeneità tra gli studi nella valutazione di altri strumenti di</p>

<p>doi: 10.1007/s00404-022-06525-0. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35416478.</p>	<p>strumenti, tra cui l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Sono stati inclusi 17 studi che soddisfacevano i criteri di inclusione, con un totale di 1.831 donne incinte provenienti da nove studi e 515 donne dopo il parto provenienti da sei studi.</p> <p>Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare e confrontare l'efficacia della Scala di Depressione Postnatale di Edimburgo (EPDS) e di altri strumenti di screening per la depressione nelle donne in gravidanza e nel postpartum. 2. Condurre una revisione sistematica e una metanalisi per determinare quale strumento di screening fornisce le migliori indicazioni per la diagnosi della depressione in questi gruppi. 	<p>Inventory (BDI) in termini di precisione, ma ha avuto una validità predittiva inferiore rispetto alla Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), suggerendo che può essere complementare in certi casi.</p> <p>Conclusioni: L'EPDS è altamente efficace per lo screening della depressione nelle donne in gravidanza e nel postpartum, grazie alla sua alta sensibilità e specificità. Tuttavia, è necessario considerare le variazioni nei punteggi di cut-off e la limitata disponibilità di dati su alcune sottopopolazioni.</p>	<p>screening e la limitata disponibilità di dati su alcune sottopopolazioni. Altri limiti includono la mancanza di identificazione delle cause di eterogeneità tra gli studi e la mancanza di inclusione di studi su specifiche sottopopolazioni.</p>
---	---	--	---

ALLEGATO 2

TEST DI SCREENING DISTRIBUITO NEI REPARTI DI GINECOLOGIA E OSTETRICA NEGLI OSPEDALI DEL VENETO.

SCREENING SULLA DEPRESSIONE PERINATALE

Regione Veneto

Gent.ma Signora,

Congratulazioni per la nascita del/della suo/a bambino/a!

Se nei prossimi giorni dovesse provare tristezza non giustificata, immotivate crisi di pianto, ansie non deve allarmarsi, perché tutto ciò può essere dovuto all'improvviso riequilibrio ormonale che determina un cambiamento dello stato dell'umore. Questo stato viene definito *maternity blues*.

Il più delle volte questi sintomi scompaiono, ma in alcuni casi peggiorano fino ad uno stato depressivo. In questi casi è importante un intervento precoce e tempestivo. Per questo abbiamo deciso di proporle il seguente questionario: esso serve per individuare le donne che si trovano in una condizione di maggiore fragilità.

La preghiamo pertanto di impiegare qualche minuto del suo tempo per rispondere a questo questionario, che è uno strumento internazionalmente validato a favore delle puerpere. Grazie per il suo impegno.

Risponda alle seguenti 10 domande dell'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* pensando agli ultimi sette giorni; seguiranno poi 14 domande del "Questionario parte2" riferite alla sua storia personale. La preghiamo di essere sincera nella compilazione poiché non si tratta di esprimere giudizi o una valutazione ma semplicemente di poterLe offrire un aiuto da parte dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati, utile a Lei e a suo/a figlio/a.

Compilando il presente questionario, Lei esprime il suo consenso affinché' i suoi dati personali siano conosciuti dai professionisti solo se essi saranno eventualmente chiamati a svolgere azioni

per Lei di aiuto e di assistenza. I dati non nominativi ed eventualmente aggregati potranno essere utilizzati anche per valutare la rete assistenziale e l'attività dei punti nascita.

Nome _____ Cognome _____

Questionario parte1 (EPDS, Edinburg Postnatal Depression Scale)

Negli ultimi 7 giorni:



- 1) Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose:
 - a) Come facevo sempre
 - b) Adesso, non proprio come al solito
 - c) Adesso, decisamente un po' meno del solito
 - d) Per niente
- 2) Ho guardato con gioia alle cose future:
 - a) Come ho sempre fatto
 - b) Un po' meno di quanto ero abituata a fare
 - c) Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
 - d) Quasi per nulla
- 3) Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male:
 - a) Sì, il più delle volte
 - b) Sì, qualche volta
 - c) Non molto spesso
 - d) No, mai
- 4) Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo:
 - a) No, per niente
 - b) Quasi mai
 - c) Sì, qualche volta
 - d) Sì, molto spesso
- 5) Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo:
 - a) Sì, moltissimi
 - b) Sì, qualche volta
 - c) No, non molti

- d)** No, per niente
- 6) Mi sentivo sommersa dalle cose:
- a)** Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
 - b)** Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
 - c)** No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
 - d)** No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre
- 7) Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire:
- a)** Sì, il più delle volte
 - b)** Sì, abbastanza spesso
 - c)** Non molto spesso
 - d)** No, per nulla
- 8) Mi sono sentita triste o infelice:
- a)** Sì, il più delle volte
 - b)** Sì, abbastanza spesso
 - c)** Non molto spesso
 - d)** No, per nulla
- 9) Sono stata così infelice che ho pianto:
- a)** Sì, il più delle volte
 - b)** Sì, abbastanza spesso
 - c)** Solo di tanto in tanto
 - d)** No, mai
- 10) Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente:
- a)** Sì, molto spesso
 - b)** Qualche volta
 - c)** Quasi mai
 - d)** Mai



Questionario parte 2

11) Hai mai sofferto di disturbi psicologici o psichici?

a) No

b) Sì

12) Ne hai sofferto nelle precedenti gravidanze?

a) No

b) Sì

13) Hai mai assunto farmaci per l'ansia la tristezza o i disturbi psicologici, riuscire a dormire, rilassarti, calmare le tue ansie?

a) No

b) Sì

14) Hai mai fatto uso di sostanze come cannabis, marijuana, eroina, cocaina, anfetamine?

a) No

b) Sì

15) Ti è mai capitato di bere troppo fino anche a star male?

a) No

b) Sì

16) Se sì, una sola volta, o più frequentemente?

a) Una sola volta

b) Più frequentemente

17) Durante o prima della gravidanza, ti è capitato di sentirti preoccupata, ansiosa, avere delle crisi acute di ansia o panico, di non riuscire ad affrontare le cose, anche senza una valida ragione?

a) No

b) Sì

18) Durante la tua precedente gravidanza e dopo il parto, ti è capitato di sentirti triste, infelice, di piangere apparentemente senza ragione, di sentirti senza speranza verso il futuro, piena di sensi di colpa, come se non riuscissi più a fare niente (per un periodo di più di 4 giorni consecutivi)



a) No

b) Sì

19) Hai mai vissuto sulla tua pelle episodi di violenza anche solo psicologica?

a) No

b) Sì

20) Se sì, molto tempo fa o da non molto?

a) Molto tempo fa

b) Da non molto



21) Durante la gravidanza c'è stato un lutto di una persona per te molto importante?

a) No

b) Sì

22) Di recente sono successi degli eventi molto gravi o eccezionali che ti hanno molto stressata?

a) No

b) Sì

23) Quando tornerai a casa dopo la dimissione credi ci potranno essere delle difficoltà economiche, organizzative, o nel pianificare la tua vita?

a) No

b) Sì

24) Ti senti sola?

a) No

b) Sì