

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica



DEPRESSIONE POST PARTUM, IL RUOLO DELL' INFERMIERE

Relatore: Semenzin Massimo

Laureando: Tabacchi Davide

(matricola n°: 2016464)

Anno Accademico: 2022/2023

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica



DEPRESSIONE POST PARTUM, IL RUOLO DELL' INFERMIERE

Relatore: Semenzin Massimo

Laureando: Tabacchi Davide

(matricola n°: 2016464)

Anno Accademico: 2022/2023

ABSTRACT

Questa tesi tratta il fenomeno della depressione post partum e degli interventi che l'infermiere deve essere in grado di attuare nella prevenzione e nella cura della malattia.

Viene analizzata la patologia partendo dalla sua definizione fino alla sua diffusione a livello globale. In questa tesi vengono scandagliati i vari strumenti che l'infermiere può utilizzare per l'individuazione della malattia come le scale di valutazione e i valori di alcuni ormoni.

Nella parte conclusiva vengono evidenziati gli aspetti che l'infermiere deve mettere in campo nella cura non farmacologica ed empatica della depressione sia verso la donna ma anche verso la sua famiglia.

Sono stati utilizzati 24 lavori di cui: 3 siti web, 1 libro e 20 articoli scientifici. Sono stati esclusi tutti i testi prima del 2005 ad eccezione di un libro del 2001 (La comunicazione della diagnosi grave).

Questa tesi ha lo scopo di sensibilizzare le persone e soprattutto il personale sanitario (infermieri e medici) sulla gravità del fenomeno e sulle conseguenze drammatiche che può avere per la donna ma anche per il bambino e per la famiglia.

INDICE

1 INTRODUZIONE	3
2 DEPRESSIONE POST PARTUM	4
2.1 Definizione della patologia	4
2.2 Conseguenze della depressione post partum	4
2.2.1 Effetti sulla donna	5
2.2.2 Effetti sul bambino	5
2.2.3 Effetti sulla famiglia	6
3 ANALISI EPIDEMIOLOGICA DEL PROBLEMA	7
4 FATTORI DI RISCHIO	11
4.1 Abusi sessuali	11
4.2 Disturbi del sonno post-partum	11
4.3 Mancanza di supporto e relazioni sociali	12
4.4 Diabete	12
4.5 Abuso dall' alcool	12
4.6 Nascite multiple	13
4.7 Disturbo immagine corporea	13
4.8 Vitamina D	13
4.9 Status immigrazione	13
5 IL RUOLO DEGLI ORMONI	14
5.1 Estradiolo	15
5.2 Progesterone	15
5.3 Ossitocina	15
6 INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA ATTRAVERSO SCALE DI VALUTAZIONE	16
6.1 Scala EPDS	16
6.2 Scala PDSS	20
6.3 Questionare BDI di Beck	20
7 IL RUOLO DELL'INFERMIERE	25
7.1 Il ruolo dell'infermiere nella cura	25
7.2 Il ruolo dell'infermiere nel cogliere i sintomi della PPD	25
7.3 Il ruolo dell'infermiere nella terapia non farmacologica	26
7.4 Il ruolo dell' infermiere nella relazione	26
8 MATERIALE E METODI	28
8.1 Obiettivo di ricerca	28
8.2 Quesito di ricerca	28
8.3 Parole chiave	28
8.4 Fonti di ricerca	28
9 CONCLUSIONI	29
10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	30

1 INTRODUZIONE

Il compito che mi sono posto nel redigere questa tesi è quello di analizzare e trovare degli interventi che l'infermiere può mettere in atto per aiutare la donna colpita da depressione post-partum (PPD), in quanto malattia di cui non si ha ancora una chiara percezione del danno fisico, emotivo e cognitivo che può creare.

Questo mio interesse verso l'argomento è dovuto al fatto che il mondo psichiatrico mi ha sempre affascinato per la sua complessità e la sua varietà di patologie. Durante il mio tirocinio, presso il CSM di Pieve di Cadore, ho potuto confrontarmi con moltissimi casi di donne che a seguito di una depressione avvenuta dopo il parto hanno sviluppato problematiche complesse.

Questo ha fatto scattare in me la domanda: perché questa patologia è così diffusa ma poco considerata?

Da qui è nata la mia idea di indagare più a fondo questo problema notando come la figura dell'infermiere ha un ruolo di primo ordine nella cura della donna perché, nell'ambito psichiatrico, i farmaci hanno il loro effetto ma la relazione con il paziente e la fiducia che si instaura ha un ruolo cardine nella cura della persona malata.

2 DEPRESSIONE POST PARTUM

2.1 DEFINIZIONE DELLA PATOLOGIA

La depressione post partum viene identificata come un grosso problema di sanità pubblica a causa della sua elevata incidenza a livello globale e sulle problematiche che crea sulla relazione tra la madre e il bambino (F.Aceti, F.Aveni, V.Baglioni et al., 2012). Per analizzare questo problema dobbiamo partire dal fatto che nel periodo post-partum avvengono una grande quantità di cambiamenti fisici dovuti al fatto che nelle ore che seguono la nascita del bambino i livelli di progesterone ed estrogeni, prodotti nella tiroide, subiscono un rapido abbassamento influenzando sull'umore della donna e modificando il suo status fisico. Un altro aspetto è dettato dal fatto che il parto, sia naturale che cesareo, porta un livello di sforzo fisico elevato a cui la donna ha bisogno di settimane per recuperare.

2.2 CONSEGUENZE DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

Per analizzare la PPD dobbiamo partire dal tipo di depressione che può sfociare durante la gravidanza: la depressione prenatale. La sua prevalenza è stimata intorno al 12% con un aumento significativo negli ultimi due trimestri. La prevalenza di PPD varia invece tra il 10 e il 15% ma può arrivare a toccare il 30% in base ai criteri utilizzati per la diagnosi (Susanne Brummelte, Liisa A M Galea, 2016). Uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di PPD è la depressione prenatale e/o la depressione prima della gravidanza la quale è correlata soprattutto ad un rischio di ricaduta di una storia precedente di disturbo depressivo maggiore in quanto le donne interrompono i farmaci antidepressivi durante la gravidanza portando al ritorno della malattia; la seconda è la complicità più comune del parto e si verifica nel 10-15% delle donne. Altri predittori della depressione postpartum includono l'ansia perinatale, una storia passata di malattie psichiatriche, fattori di stress della vita, isolamento sociale percepito e bassa autostima (Madeleine Becker, Tal Weinberger, 2016).

Quando parliamo di PPD dobbiamo essere in grado di distinguerla da un disturbo depressivo maggiore (MDD). I tre fattori principali che la distinguono sono:

1. La PPD si presenta in un periodo unico della vita della donna (Il post gravidanza)
2. Nella PPD c'è un aumento d'ansia che cresce con il passare dei giorni

3. Se l'insorgenza dei sintomi avviene nei primi 14 giorni le donne con PPD avranno un disturbo bipolare maggiore rispetto alle donne con MDD (Susanne Brummelte, Liisa A M Galea, 2016)

La depressione post partum, nonostante la gravità e il tasso di incidenza, rimane un fenomeno sotto diagnosticato poiché solo il 49% delle donne in gravidanza con sintomi depressivi è consapevole del disagio e richiede l'intervento medico, mentre il restante 51% dei casi sottovaluta il disturbo (C. Mencacci, R. Anniverno, 2010).

La SIGO (società italiana di Ginecologia e Ostetricia) ha ritenuto che sia compito del personale sanitario (medico ed infermieristico) informare la donna che deve essere dimessa dei possibili rischi collegati a questo fenomeno, ma questo avviene raramente perché non c'è una percezione realistica sui danni che può recare questa patologia (Società italiana di Ginecologia e Ostetricia: SIGO, 2008). Uno studio ha evidenziato che la depressione post partum colpisce 350 milioni di donne e provoca 850.000 morti ogni anno. Proprio per tali motivi, la Società Scientifica nel 2008 ha attivato una campagna nazionale con l'obiettivo di costruire una rete di protezione per tutelare le madri: "Non lasciamole sole", che offre oltre all'informazione anche un aiuto concreto per le donne più fragili.

Gli effetti della depressione post partum si rivelano molteplici, ma non riguardano solo la donna ma anche il bambino e il nucleo familiare.

2.2.1 Effetti sulla donna

La depressione produce nelle madri una drastica diminuzione del loro legame affettivo che sfocia in una errata interpretazione dei bisogni del bambino. La depressione influisce in modo radicale sulla figura genitoriale della donna, la quale si chiude in se stessa ed affronta ogni segnale del bambino, dal semplice bisogno di mangiare oppure il pianto, come un'inerzia negativa che la porta alla compromissione di quel legame che si forma nei primi giorni con il neonato. Soffrire di problemi mentali induce la donna ad isolarsi ed l'aggravarsi della patologia la porta a sviluppare nuovi sintomi: la preoccupazione di non riuscire a svolgere il ruolo materno, di non prendersi cura di sé e del bambino. (Howard, 2005).

2.2.2 Effetti sul bambino

Molti studi hanno mostrato come la depressione legata alla figura materna abbia degli effetti significativi anche sul bambino. I bambini delle madri affette da depressione

manifestano con maggiore probabilità problemi comportamentali, ritardi nello sviluppo cognitivo, disregolazione emotiva e sociale, insorgenza precoce della malattia depressiva e problemi di allattamento e di sonno (Gaffney et al., 2014). Inoltre, si è notato anche come i bambini di madri con depressione abbiano un tono deflesso e presentino un livello di stress fisico ed emotivo maggiore rispetto agli altri bambini. (Brand e Brennan, 2009).

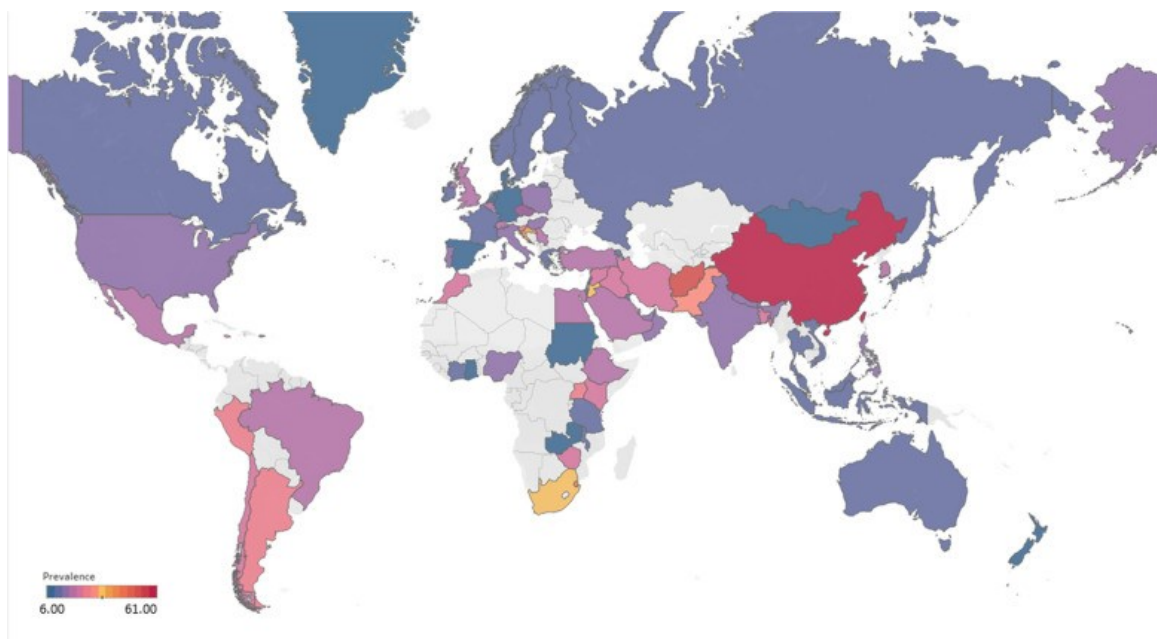
2.2.3 Effetti sulla famiglia

Alcuni studi mostrano come la situazione della donna si riversi anche sul partner oppure sugli altri componenti della famiglia poiché le donne valutano carente la situazione con il compagno ritenendolo artefice della situazione in cui lei si trova. Questo porta a sua volta cambiamenti dell'umore anche nell'uomo che al posto di essere una fonte di aiuto diventa un capro espiatorio che rende l'equilibrio familiare precario sia dal punto di vista relazionale ma anche di sviluppo dei figli. (F.Baldoni, 2005)

3 ANALISI EPIDEMIOLOGICA DEL PROBLEMA

La depressione post partum è la condizione psicologica più comune dopo il parto e può avere un effetto dannoso sulla salute sociale e cognitiva della madre, dei neonati e dei figli. Lo scopo di questo capitolo è quello di effettuare una panoramica completa della letteratura attuale sull'epidemiologia globale della PPD. Nell'analisi finale sono stati inclusi 2 articoli che si basano su un totale di 565 studi provenienti da 80 paesi o regioni diverse. La depressione post partum è stata riscontrata nel 17,22% (IC 95% 16,00-18,51) della popolazione mondiale. L'analisi di meta-regressione ha mostrato che le cause dell'eterogeneità erano la dimensione dello studio, lo sviluppo e il reddito del paese o della regione (Ziyi Wang, Jiaye Liu et al, 2021). Il tasso più alto è stato riscontrato nell'Africa meridionale (39,96%). Importante da evidenziare è come esista un tasso significativamente più basso di PPD nei paesi sviluppati o nei paesi o nelle aree ad alto reddito (grafico 1).

GRAFICO 1(Prevalenza globale della depressione postpartum.)



Inoltre, i risultati hanno mostrato che c'era una differenza sostanziale nei tassi di PPD per quanto riguarda lo stato civile, il livello di istruzione, il sostegno sociale, la cura del coniuge, la violenza, l'età gestazionale, l'allattamento al seno, la mortalità infantile, il piano di gravidanza, le difficoltà finanziarie, la partnership, lo stress vitale mentre nelle stime aggregate sono stati considerati il fumo, il consumo di alcol e le condizioni di vita (Ziyi Wang, Jiaye Liu et al, 2021) (Uriel Halbreich, Sandhya Karkun, 2006).

Per confermare i risultati della meta-regressione, è stata eseguita l'analisi dei sottogruppi dopo aver rimosso i valori anomali. Tra le regioni geografiche in cui sono stati condotti almeno cinque studi, l'Africa meridionale ha registrato il tasso di prevalenza più elevato (39,96%, IC 95% 27,81–53,48), seguita dall'Asia meridionale (22,32%, IC 95% 18,48–26,70), Sud America (21,71%, IC 95% 19,78–23,76), Asia occidentale (19,83%, IC 95% 17,33–22,58), Africa settentrionale (18,75%, IC 95% 11,40–29,26), Asia orientale (17,39%, IC 95% 16,09–18,77), Nord America (17,01%, IC 95% 15,68–18,44), Europa orientale (16,62%, IC 95% 10,95–24,43), Europa meridionale (16,34%, IC 95% 12,90–20,48), Nord Europa (13,78%, IC 95% 12,47–15,21), Africa occidentale (13,62%, IC 95% 8,27–21,62), Asia sudorientale (13,53%, IC 95% 11,00–16,52) e Oceania (11,11%, IC 95% 9,27–13,25, $p < 0,01$) (Uriel Halbreich, Sandhya Karkun, 2006).

La prevalenza della depressione postpartum variava sostanzialmente tra paesi e regioni, dal 6,48% (Danimarca, IC 95% 5,70–7,36) al 60,93% (Afghanistan, IC 95% 54,25–67,22). Tra i paesi o le regioni che contengono almeno cinque studi rilevanti, il Sud Africa ha avuto la prevalenza più alta (38,79%, IC 95% 25,71–53,72) e la Spagna quella più bassa (9,09%, IC 95% 6,97–11,08) tra le donne (Uriel Halbreich, Sandhya Karkun, 2006).

Considerando il reddito dei paesi o delle regioni, quelli con redditi elevati avevano una prevalenza significativamente inferiore, pari al 15,54% (IC 95% 14,90–16,20, $p < 0,01$). Inoltre, i paesi sviluppati (14,85%, IC 95% 14,22–15,51) condividevano una prevalenza di depressione postpartum significativamente inferiore rispetto a quella dei paesi in via di sviluppo (19,99%, IC 95% 18,76–21,27, $p < 0,01$). (Uriel Halbreich, Sandhya Karkun, 2006). Da notare che la depressione postpartum sembra essere universalmente prevalente in 1-3 mesi (17,70%, IC 95% 15,95–19,60), 3-6 mesi (15,31%, IC 95% 14,31–16,36), 6-12 mesi (18,19%, IC 95% 13,56–23,96) e superiore a 12 mesi (17,95%, IC 95% 13,80–23,01, $p = 0,08$, dopo la nascita) (Uriel Halbreich, Sandhya Karkun, 2006).

I risultati hanno indicato che una differenza significativa nella prevalenza della PPD è stata riscontrata nella stima aggregata tra stato civile, livello d'istruzione, sostegno partner e familiari, storie di violenza, età gestazionale, allattamento al seno, stress quotidiano, problemi finanziari e gravidanza pianificata. Nella tabella che segue si possono notare differenze importanti tra i vari dati che denotano come questi fattori influiscono negativamente sulla donna e sulla sua possibilità di andare incontro alla malattia.

TABELLA 2

	SI	NO	DIFFERENZA %
STATO CIVILE(sposato/non sposato)	16,37%	28,14%	11,77%
LIVELLO ISTRUZIONE(più di 12 anni/ meno di 12 anni)	19,84%	15,66%	4,18%
SOSTEGNO PARTNER	15,40%	35,99%	20,59%
VIOLENZA	40,40%	15,65%	24,75%
ETA' GESTAZIONALE (termine)	15,48%	22,04%	6,56%
ALLATTAMENTO AL SENO	16,51%	25,02%	8,51%
STRESS QUOTIDIANO	28,81%	14,53%	14,28%
PROBLEMI FINANZIARI	31,82%	15,92%	15,90%
GRAVIDANZA PIANIFICATA	17,36%	28,12%	10,76%

Tuttavia, sono state osservate differenze minime tra numero di figli (1 o meno/2 o più, 17,74% vs 19,38%), occupazione (disoccupati o dipendenti, 21,08% vs 18,29%), sesso del neonato (maschio o femmina, 17,97% vs 20,77%), parità (primipara o multipara, 17,39% vs 17,63%), età materna (adolescente o adulta, 23,34 % vs 20,35), residenza (urbana o rurale/periferia, 12,10% vs 14,46%), religione (SI/NO, 15,11% vs 17,47%), modalità di parto (parto spontaneo o strumentale/cesareo, 18,31% vs 21,01%), etnia (indigeno o non indigeno/ immigrato, 14,76% vs 17,06%), luogo del parto (casa o struttura sanitaria, 14,88% contro 11,08%), tipo di famiglia (nucleare o estesa, 20,66% vs 21,15%) e preferenza di genere (SI/NO, 17,78% vs 13,82%)

4 FATTORI DI RISCHIO

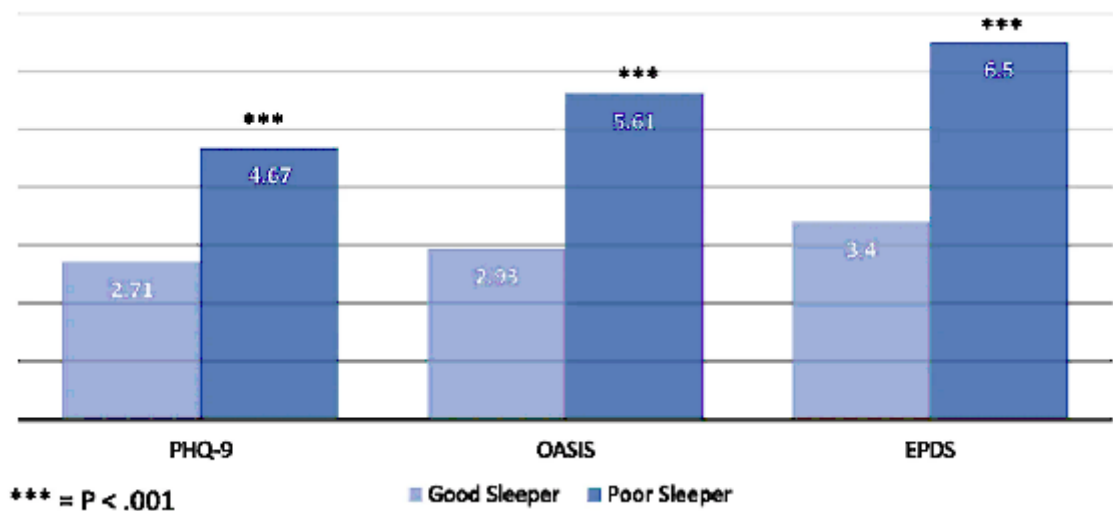
In questo capitolo andremo ad analizzare quali sono i principali fattori di rischio della PPD per avere una mappa generale sugli aspetti su cui l'infermiere deve basarsi per prevenire la depressione post-partum o migliorare la situazione della donna affetta dalla patologia. Ogni fattore di rischio che verrà analizzato si base su un campione di studi uniti fra di loro per cercare di individuare nel modo più accurato possibile la relazione tra la patologia e l'agente di rischio (Zhao XH, Zhang ZH, 2020).

4.1 ABUSI SESSUALI

Gli studi hanno evidenziato un aumento significativo dei punteggi di depressione o un rischio più elevato durante il periodo ante partum e/o postpartum tra le donne che avevano avuto storie di abusi nel corso della vita. Questo rischio è stato stimato con un aumento della percentuale di sviluppo della PPD pari al triplo di una donna senza storia di abusi (Zhao XH, Zhang ZH, 2020).

4.2 DISTURBI DEL SONNO POST-PARTUM

La mancanza del sonno sviluppa nella madre una sorta di allontanamento dal bambino in quanto possono provocare nel corso del tempo anche un degradamento fisico cognitivo che legato all'ansia degenera nella depressione. Il 90% delle persone in fase depressiva lamenta problemi di sonno e il 70% di ansia. I disturbi del sonno quindi possono lenire l'umore della madre portandola in un vortice depressivo. Sono stati fatti degli studi utilizzando come campione due fasce di madri: coloro che hanno un buon sonno dopo la gravidanza e coloro che fanno fatica a riposare. Gli sono state somministrate tre scale: la EPDS (scala depressione post partum) , la OASIS (scala ansia) e la PHQ-9 (scala depressione maggiore) che hanno evidenziato come la qualità del sonno incida sul rischio depressivo (Okun ML, Mancuso RA et al, 2018).



4.3 MANCANZA DI SUPPORTO E RELAZIONI SOCIALI

E' stato dimostrato come l'ambiente familiare abbia un ruolo fondamentale nella prevenzione della malattia in quanto il supporto che viene dato alla donna le consente di affrontare questo periodo delicato con più forza e coraggio riuscendo a superare più facilmente i momenti complicati del post partum

4.4 DIABETE

Depressione e diabete condividono un'associazione causale bidirezionale in quanto provocano un aumento significativo di stress e disagio . Inoltre, durante il periodo post partum le donne hanno una maggiore vulnerabilità sia alla depressione che alla ridotta tolleranza al glucosio. Anche l'impatto della comorbilità del diabete e della depressione post partum è bidirezionale con un decorso ed un esito compromessi di entrambi questi disturbi (Sharma P, Kalra S et al, 2022).

4.5 ABUSO DALL' ALCOOL

Sono stati rilevati tassi elevati di depressione post partum tra le donne che fanno uso di sostanze e tra quelle con esperienze attuali o passate di abuso. Otto studi inclusi in questo

studio hanno esaminato anche la violenza e l'abuso come fattori di rischio per la depressione postpartum (Zhao XH, Zhang ZH, 2020).

4.6 NASCITE MULTIPLE

In tutti gli studi analizzati si è riscontrato come coloro che hanno gemelli possiedono un tasso elevato di sviluppare la PPD dovuto al fatto di dover badare non ad un neonato ma a due (Zhao XH, Zhang ZH, 2020).

4.7 DISTURBO IMMAGINE CORPOREA

Molte donne dopo la gravidanza non riescono ad accettare il loro cambiamento fisico e questo le porta al distacco dal figlio ritenuto " responsabile" dell'accaduto e ad un abbassamento repentino dell'umore

4.8 VITAMINA D

Sono stati effettuati 9 studi di cui 5 hanno mostrato un'associazione significativa tra la vitamina D in gravidanza e la PPD, mentre quattro studi non hanno mostrato alcuna associazione. Una concentrazione più bassa di vitamina D (<47 nmol/L) era associata a un aumento del rischio di PPD, mentre livelli più elevati di vitamina D erano associati a una diminuzione del rischio di PPD(Zhao XH, Zhang ZH, 2020).L'analisi dei dati ha rivelato una correlazione significativa tra un basso stato di vitamina D e una maggiore prevalenza di depressione, ansia e una qualità del sonno ridotta durante la gravidanza. Tuttavia, l'associazione osservata non raggiungeva la significatività statistica in tutti gli studi inclusi.(Fallah M, Askari G, Asemi Z, 2020)

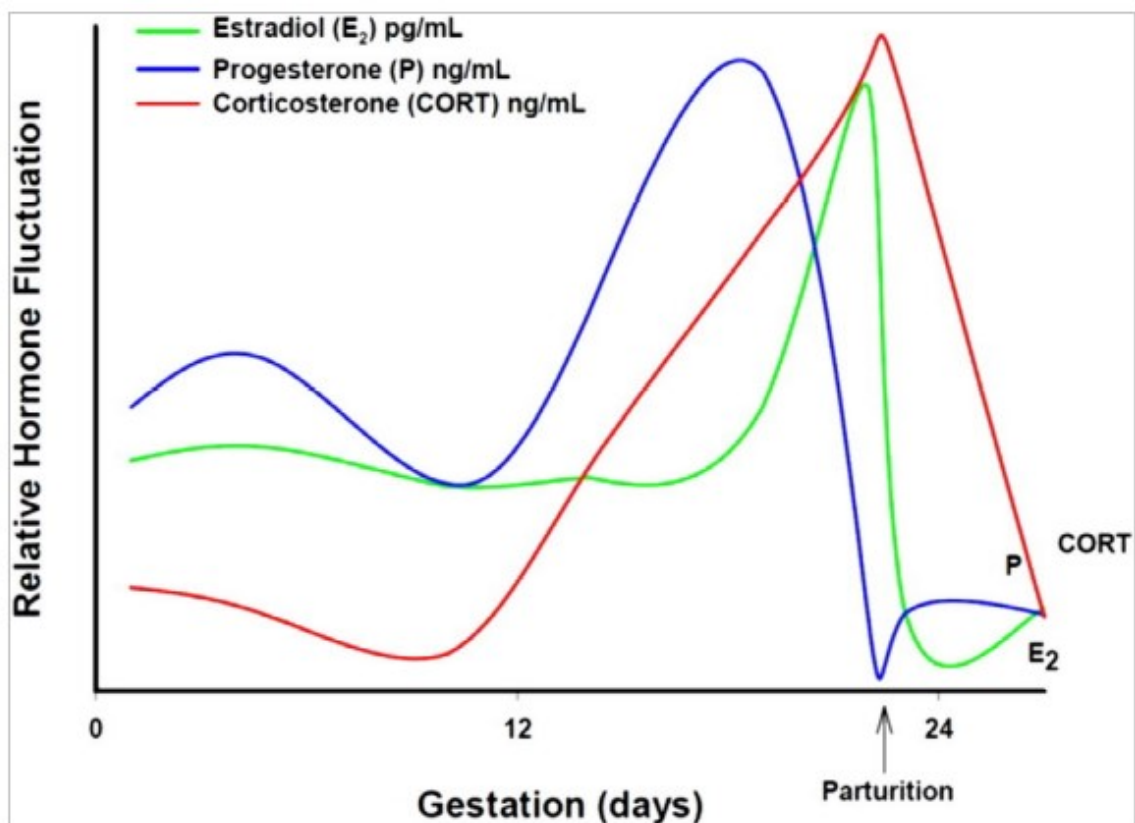
4.9 STATUS IMMIGRAZIONE

Nei vari studi si è notato come le donne immigrate abbiano un rischio maggiore di sviluppare depressione se a loro volta vengono da una situazione economica e sociale di basso livello come può essere l'Africa o alcuni paesi dell'America meridionale.

5 IL RUOLO DEGLI ORMONI

Gli ormoni steroidei svolgono un ruolo significativo nella depressione e sono alla base della PPD. Durante la gravidanza e il post partum, i livelli di ormoni steroidei e peptidici fluttuano notevolmente contribuendo allo sviluppo della malattia (Susanne Brummelte, Liisa A M Galea, 2016). I cambiamenti più significativi avvengono nel progesterone (i livelli sono 20 volte più alti durante la gestazione e rimangono elevati in tutta la gravidanza), nell'estradiolo (200-300 volte più alti) e nell'ossitocina (ormone peptidico che viene prodotto nel cervello con lo scopo di dare una sensazione di benessere e migliorare l'umore). Tutti questi ormoni diminuiscono sensibilmente con l'espulsione della placenta (Grafico 1).

GRAFICO 1



Cambiamenti ormonali durante la gravidanza e il postpartum. I livelli ormonali relativi di progesterone (ng/mL), corticosterone (ng/mL) ed estradiolo (pg/mL) nel corso della gravidanza e del parto. Figura ristampata con il permesso di (Pawluski et al., 2009a).

5.1 ESTRADIOLO

Come si può evincere dal grafico nelle donne l'estradiolo continua ad aumentare durante il terzo trimestre ma diminuisce drasticamente dopo il parto, portando all'ipotesi che uno "stato di astinenza da estradiolo", durante le prime settimane dopo il parto, contribuisca alla PPD (Susanne Brummelte, Liisa A M Galea, 2016). Da vari studi effettuati si è notato come ci sia un effetto positivo dell'estradiolo nel sonno della donna contribuendo alla diminuzione dei sintomi depressivi (Drozdowicz-Jastrzębska E et al, 2017)

5.2 PROGESTERONE

Il progesterone è un ormone che è presente nella donna durante la gravidanza. Questo ormone prepara l'endometrio per l'impianto e raggiunge il suo apice 8 giorni dopo il picco dell'LH. Durante la gravidanza il progesterone aumenta fino alla 40esima settimana e inizia a calare drasticamente dopo il parto. Varie ricerche hanno portato a constatare come il calo repentino del progesterone abbia un effetto a catena sull'umore della donna contribuendo al rischio di PDD (Sundström-Poromaa I et al, 2020).

5.3 OSSITOCINA

L'ossitocina è un ormone composto da nove amminoacidi sintetizzato principalmente nel nucleo sopraottico e paraventricolare. Durante la gravidanza, l'aumento della produzione di ossitocina e il suo rilascio anticipato consentono di favorire il comportamento materno. Inoltre, questo ormone, favorisce l'espulsione del feto e riduce il rischio di emorragia post partum. L'ossitocina svolge un ruolo fondamentale anche nell'eiezione del latte durante la fase di allattamento. Problemi nella secrezione dell'ossitocina possono avere effetti avversi sui fenomeni appena descritti aumentano il rischio di depressione post partum (Liu N. et al, 2022),

6 INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA ATTRAVERSO SCALE DI VALUTAZIONE

Esiste un'associazione tra gli sbalzi d'umore e il periodo postnatale. Molte donne manifestano significativi mutamenti di umore e/o ansia. Il post partum è anche considerato un momento di maggiore vulnerabilità all'insorgenza di disturbi psichiatrici. Tuttavia, i tassi di individuazione e trattamento della depressione e dell'ansia perinatale sono bassi in modo allarmante. Per le strutture sanitarie lo screening è la prima arma per il trattamento della PPD. L'American College of Obstetricians and Gynecologists raccomandano sette test di screening validi sia per il periodo della gravidanza che per quello del post partum: la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) per il 68%, la Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), il Beck Depression Inventory (BDI), Beck Depression Inventory II (BDI-II) per il 27%, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) per il 9% e Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS), ma non forniscono indicazioni specifiche su quali sono più appropriati in contesti particolari o sull'intervallo di tempo migliore per il rilevamento della PPD. (Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes et al, 2017)

6.1 SCALA EPDS

La scala principale che è stata adottata per lo screening della depressione post partum è l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in quanto è lo strumento più usato a livello globale per i suoi ottimi risultati a livello di specificità e sensibilità. E' una scala costituita da 10 item con dei punteggi che vanno da 0 (mai) a 3 (sempre) in base a come la donna si è sentita negli ultimi sette giorni. L'item 1 e 2 valutano l'anedonia (l'incapacità di provare appagamento o interesse per attività comunemente ritenute piacevoli); l'item 3 il senso di colpa; il 4 l'ansia; il 5 la paura o il panico; il 6 l'incapacità di fronteggiamento; il 7 i disturbi del sonno; l'8 la tristezza; il 9 la propensione al pianto, il 10 la tendenza a farsi del male. Il massimo del punteggio è 30 e quando l'EPDS risulta ≥ 12 sta ad indicare un rischio di depressione post partum più o meno elevato. 86% delle donne che nel postparto presentano un punteggio EPDS uguale o superiore a 13, sono diagnosticate con la patologia. (Nerina Fabbro, Lorenza Driul, 2023)

Questa scala presenta 4 vantaggi che la rendono lo strumento più utilizzato:

- 1- la facile somministrazione (esiste anche quella via smartphone);
- 2- l'alto senso di accettazione delle donne;
- 3- l'interpretazione facile dei dati;
- 4- la semplicità d'incorporazione nella routine pratica.

Soddisfatti sono anche i professionisti sanitari che la utilizzano, i quali descrivono lo strumento EPDS come “agile” e quindi facile all'uso e di facile lettura. Essendo uno strumento esclusivamente di screening, è necessario sia condotta una successiva valutazione per porre la diagnosi clinica. L'EPDS non è in grado di compiere la distinzione tra i vari disturbi mentali del post-partum e questo è uno dei limiti di questa scala che quindi ci dà un valore sulla presenza della patologia ma non sul grado di essa. Più della metà delle donne, con punteggi superiori a 12 all'EPDS, presentano problemi di ansietà, disordini dell'adattamento e depressione minore, quando addirittura non soffrono per severa stanchezza. Questo indica la necessità di comparare i punteggi totali dell'EPDS con la diagnosi.

Uno studio americano Saskatchewan (Prevention Institute 2012) propone altresì i seguenti criteri nell'utilizzare l'EPDS, come riportato:

- punteggio EPDS <10: improbabile depressione
- se il punteggio alle domande 3+4+5 > 4: probabile ansietà
- punteggi EPDS= 10-11: possibile depressione
- punteggio EPDS >12: probabile depressione
- punteggio positivo all'item 10: potenziale rischio di farsi del male.

In uno studio (Delatte et al. 2009), l'EPDS è stato utilizzato come screening (con un cut-off di 10) nel quale l'infermiere se alla visita giornaliera riscontra un punteggio sotto il cut-off, non deve fare alcuna azione; se il punteggio si colloca tra 10 e 12, l'operatore dovrebbe dare alcune indicazioni alla donna, sia orali sia scritte per rassicurarla e cercare

di gestire la crisi; con un punteggio superiore a 12, si dovrebbe valutare di compiere una consulenza o una visita psichiatrica per cercare di circoscrivere il problema prima che possa sfociare nella patologia.(Nerina Fabbro, Lorenza Driul, 2023)

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS



Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Italiano)

Lei di recente ha avuto un bambino. Ci piacerebbe sapere come si è sentita nell'ultima settimana. La preghiamo di sottolineare la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi.

Nei sette giorni appena trascorsi...

1. ... sono stata capace di ridere e di vedere il lato comico delle cose

- come al solito
- un po' meno del solito
- decisamente meno del solito
- per niente

2. ... ho pre gustato con piacere le cose

- come al solito
- un po' meno del solito
- decisamente meno del solito
- a mala pena

3. ... ho dato inutilmente la colpa a me stessa quando le cose sono andate male

- sì, il più delle volte
- sì, qualche volta
- non molto spesso
- no, mai

4. ... sono stata ansiosa o preoccupata senza una valida ragione

- no, per niente
- quasi mai
- sì, talvolta
- sì, spesso

5. ... ho provato paura o sono stata in preda al panico senza una valida ragione

- sì quasi sempre
- sì, talvolta
- no, non molto spesso
- mai

6. ... le cose mi hanno causato eccessiva preoccupazione

- sì, il più delle volte non sono stata capace di affrontarle
- sì, qualche volta non sono stata capace di affrontarle come sempre
- no, il più delle volte le ho affrontate abbastanza bene
- no, le ho affrontate bene come sempre

7. ... sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

- sì, il più delle volte
- sì, qualche volta
- non molto spesso
- no, per nulla

8. ... mi sono sentita triste o avvilita

- sì, per la maggior parte del tempo
- sì, abbastanza spesso
- solo occasionalmente
- no, mai

9. ... sono stata così infelice che ho pianto

- sì, per la maggior parte del tempo
- sì, abbastanza spesso
- solo occasionalmente
- no, mai

Depressione Post Partum Svizzera
Mühlebachstrasse 20 | 8800 Thalwil | Tel. 091 220 59 78
info@depressione-postpartum.ch | www.depressione-postpartum.ch
PC: 69-696252-7 | IBAN: CH82 0900 0000 6960 6252 7



10. ... mi è venuta in mente l'idea di farmi del male

- sì, abbastanza spesso
- qualche volta
- quasi mai
- mai

Sommi il punteggio. Se ottiene un risultato maggiore di 9, contatti una specialista per un ulteriore approfondimento.

© Carpiniello, B., Pariante, C. M., Serri, F., et al. (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18, pp 280-185

6.2 SCALA PDSS

La Scala PDSS è composta da sette item che analizzano i sintomi distintivi della depressione post-partum.

1-Disturbi del sonno/Disturbi dell'alimentazione: analizza come la donna può percepire un peggioramento del proprio sonno e dell'alimentazione.

2-Ansia/Insicurezza: misura l'ansia, l'insicurezza e la sensazione di essere sopraffatta dal nuovo ruolo di madre.

3-Labilità emotiva: valuta l'instabilità emotiva della donna e come può controllarla.

4-Confusione mentale: valuta la percezione della donna circa le proprie capacità decisionali e di regolazione dei propri processi cognitivi.

5-Perdita del senso di sé: misura la percezione circa il cambiamento di aspetti della propria identità personale dopo la nascita del bambino.

6-Senso di colpa/Vergogna: misura il senso di colpa e/o la vergogna relativi alla percezione di non essere una brava madre e ai pensieri negativi sul bambino.

7- Pensieri suicidari: valuta l'intenzione della donna di togliersi la vita o di farsi del male come unica soluzione per eliminare la depressione.

I range vanno per ogni item da un punteggio minimo di 0 a uno massimo di 4 per un totale di 28 punti; se il valore è maggiore di 9 significa la necessità di valutazione diagnostica approfondita.

6.3 QUESTIONARE BDI DI BECK

Il BDI di Beck (1979) è un test per la valutazione della depressione che può essere utilizzato nella forma self-report oppure somministrato a voce. E' composto di 21 item che valutano l'intensità della depressione indagando tristezza, pianto, irritabilità, ritiro sociale, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, autoaccusa, idee suicidarie, disturbi del sonno, affaticamento e calo dell'appetito.

QUESTIONARIO BDI DI BECK

Tratto da

"OBESITÀ, SINDROME PLURIMETABOLICA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE: CONSENSUS SULL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO Raccomandazioni per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'eccesso di peso e delle patologie ad esso associate" 2003

BECK INVENTORY SCALE (BDI)

Nel questionario che segue troverà dei gruppi di affermazioni. Legga attentamente un gruppo per volta. Scegli da ciascun gruppo l'affermazione che meglio di tutte le altre descrive come si è sentita/o durante la scorsa settimana, escluso oggi (tracci un cerchietto attorno al numero a sinistra della affermazione. Se le sembra che diverse affermazioni dello stesso gruppo la descrivono bene, faccia pure più di un cerchietto).

È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1.

0 Non mi sento triste

1 Mi sento triste

2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire

3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2.

0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro

1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro

2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere

3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare

3.

0 Non mi sento una/un fallita/o

1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente

2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti

3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona

4.

0 Traggo dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto

1 Non mi godo le cose come facevo un tempo

2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla

3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto

5.

0 Non mi sento particolarmente in colpa

1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo

2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo

3 Mi sento in colpa sempre

6.

0 Non ho la sensazione di essere punita/o

1 Sento che non posso essere punita/o

2 Mi sento di essere punita/o

3 Ho la sensazione di essere punita/o

7.

- 0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o
- 1 Mi sento delusa/o da me stessa/o
- 2 Sono disgustata/o da me stessa/o
- 3 Odio me stessa/o

8.

- 0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri
- 1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori
- 2 Mi accuso sempre per i miei errori
- 3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono

9.

- 0 Non penso mai ad uccidermi
- 1 Mi piacerebbe uccidermi
- 3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione

10.

- 0 Non piango più del solito
- 1 Ora piango più che in passato
- 2 Ora piango continuamente
- 3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio

11.

- 0 Non sono più irritata/o del solito
- 1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo
- 2 Mi sento continuamente irritata/o
- 3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano

12.

- 0 Non ho perso interesse per le altre persone
- 1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone
- 2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone
- 3 Ho perso completamente interesse per le altre persone

13.

- 0 Prendo le decisioni quasi come al solito
- 1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato
- 2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni
- 3 Non riesco più a prendere alcuna decisione

14.

- 0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima
- 1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole
- 2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto che mi fanno apparire spiacevole
- 3 Credo di apparire brutto

Riesco a lavorare quasi come prima

- 1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa
- 2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa
- 3 Non riesco a lavorare per niente

16.

0 Dormo bene come al solito

1 Non dormo bene come al solito

2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi

3 Mi sveglio molte ore prima del solito

17.

0 Non mi stanco più del solito

1 Mi stanco più facilmente di un tempo

2 Mi stanco non facendo quasi niente

3 Sono troppo stanca/o per alcunché

18.

0 Non ho meno appetito del solito

1 Non ho un buon appetito come una volta

2 Ora ho molto meno appetito

3 Ora non ho più appetito per niente

19.

0 Di recente ho perso poco o niente peso

1 Di recente ho perso più di due chili

2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo

3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo

20.

0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito

1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco, o per la stitichezza

2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici schemi è difficile pensare ad altre cose

3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro

21.

0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso

1 Ho meno interesse di una volta per il sesso

2 Ho molto meno interesse per il sesso ora

3 Ho perso completamente interesse per il sesso

Altri 2 strumenti che sono utilizzati nello screening della PPD sono: la Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ) e la Pregnancy Risk Questionnaire (PRQ). Il primo è uno strumento self-report costituito da 9 item a 5 punti e sviluppato a partire dalla letteratura e dalla pratica clinica relative alla depressione post partum. Gli item riflettono le caratteristiche della personalità che si pensa siano associate ad una maggiore vulnerabilità per lo sviluppo della depressione post partum: stile di coping, nervosismo, timidezza, sensibilità, ansietà, organizzazione, ossessioni, espressività e volubilità. Il secondo è basato su 18 item da somministrare prima del parto e di altri 3 nel post partum che va da un punteggio minimo di 0 ad un massimo di 5 punti: i primi valutano l'attitudine che la donna mostra nei confronti della sua gravidanza, la sua esperienza con i genitori durante l'infanzia, il supporto sociale, un eventuale storia di abusi sessuali o fisici subiti, un eventuale storia di depressione, la depressione durante la gravidanza, stress legati alla vita, l'ansia prima del parto ed eventuali tratti ossessivi.

7 IL RUOLO DELL'INFERMIERE

7.1 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA CURA

L'infermiere nell'ambito dell'assistenza delle donne colpite da depressione post partum collabora con altre figure professionali al fine di saper accompagnare la paziente lungo il periodo di cura. Le scelte che vengono prese non devono essere né casuali né tanto meno affrettate in quanto ,per erogare una perfetta assistenza infermieristica,il professionista deve mettere in campo tutte le sue abilità tecniche, sociali ed empatiche.

Il dato atteso per cui si può constatare che il processo di assistenza ha avuto un riscontro positivo lo si ha quando la donna torna ad avere una ripresa graduale della normale vita, è in grado di badare ai bisogni del figlio e riesce a gestire le situazioni che potrebbero provocare stress. L'assistenza può invece definirsi completa quando la donna ritorna ad una ripresa totale di una vita fisica, emotiva e comportamentale verso se stessa, la prole ed anche il partner/ familiari.

7.2 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL COGLIERE I SINTOMI DELLA PPD

L'infermiere è la figura professionale che sta più a contatto con il paziente e ne sa cogliere le problematiche per riportarle a tutta l'equipe. Nell'assistenza della donna gravida l'infermiere deve prendersi cura della paziente sia nel periodo prima del parto che in quello successivo all'evento.

Nel periodo antecedente al parto il rischio di sviluppare la malattia lo si ha dai segnali diretti ed indiretti che manda la donna. Lo scopo dell'infermiere è quello di determinare i sintomi che possano poi sfociare successivamente nello stato depressivo ed ipotizzare insieme all'equipe, che ha in cura la paziente, degli interventi per eliminare o almeno ridurre drasticamente il rischio di sviluppare la patologia.

I sintomi a cui l'infermiere deve stare attento sono: preoccupazione per il proprio stato di salute e del feto, timore del cambiamento fisico, paura del parto e delle sue conseguenze, paura nel perdere il bambino, stanchezza, disturbo del sonno e dell'appetito (Merzagora, F. & Mencacci, C. , ONDA,2005).

Dopo il parto, si può riscontrare una sintomatologia differente dovuta alla nuova relazione che si innesca tra il bambino e la madre.

I sintomi che devono far ragionare il professionista su un possibile rischio di depressione sono: senso di inadeguatezza, pensieri negativi, sentimenti ambivalenti verso il bambino, senso di colpa, dubbi e perplessità sulla capacità di prendersi cura del bambino(ONDA,2005) , ansia, distacco emotivo e fisico dal neonato e pensieri sulla morte e sul suicidio (SIGO,2008).

Ci sono dei casi in cui la donna che soffre già prima di un disturbo psichiatrico (MMD, disturbo bipolare..) possa sviluppare dei sintomi di tipo psicotico: allucinazioni, paranoie o comportamenti lesivi verso il bambino. In questi casi l'equipe può valutare di effettuare un periodo di distanziamento tra la madre e il neonato(ONDA,2005)

7.3 IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA TERAPIA NON FARMACOLOGICA

Nel trattamento non farmacologico della depressione , l'infermiere deve collaborare nel progetto di supporto emotivo e psicologico della donna , fornendo un ascolto empatico e non giudicante, permettendo alla donna di potersi esprimere ed aprire verso il professionista e l'intera equipe. L'infermiere deve quindi conoscere la patologia e gli effetti che essa può dare nei confronti della madre e del bambino. Le donne trovano nell'infermiere una figura d'aiuto importante, tanto che, alcuni studi evidenziano come la psicoterapia interpersonale telefonica abbia un riscontro positivo nella maggior parte dei casi con le donne che si sentono più tranquille e sicure in quanto trovano una persona preparata che sa rispondere ai loro dubbi e alle loro preoccupazioni (Dennis CL et al, 2020)

7.4 IL RUOLO DELL' INFERMIERE NELLA RELAZIONE

Partendo dal presupposto che l'aiuto farmacologico subentra solo in caso di situazioni complicate in cui la donna presenta sintomi come : disturbo dell'appetito e del sonno, ansia grave o apatia, ci deve essere da parte dell'infermiere un riguardo anche per il partner della madre in quanto anch'egli può essere soggetto ad un aiuto psicologico ed emotivo (www.centropsiche. it).

L'infermiere è colui che si prende cura della donna prima del parto , dopo il parto e del bambino. Lo strumento della relazione deve quindi essere utilizzato in modo adeguato dal professionista sanitario perché in quel momento diventa un punto di riferimento per la donna e per i familiari. Utilizzare un metodo relazionale non corretto implica un rischio di rottura del legame di fiducia che si deve creare con la paziente e un rischio di aumentare drasticamente gli effetti negativi su di lei e sul bambino. Per una corretta comunicazione fra operatore e paziente è raccomandato l'ascolto delle paure e delle difficoltà che può avere la donna, sia per la sua situazione che per quella del neonato e il divieto assoluto di dare opinioni o fare commenti su quello che dice la paziente poiché l'infermiere non deve essere giudice delle azioni altrui, ma deve comprendere ed indirizzare la persona verso un percorso di cura per il miglioramento della sua vita fisica, emotiva, psicologica e sociale (A.Bongiorno, S.Malizia, F.Rocco,2001).

8 MATERIALE E METODI

8.1 OBIETTIVO DI RICERCA

Lo scopo di questo elaborato è quello di utilizzare testi e studi di ricerca riguardanti il rischio e lo sviluppo della depressione postpartum, allo scopo di sensibilizzare gli infermieri sull'importanza del riconoscimento e del trattamento di questa patologia che nel corso degli anni si sta sviluppando.

8.2 QUESITO DI RICERCA

Definizione della patologia, rischi e analisi epidemiologica del problema. Quali sono le donne più a rischio? Come può l'infermiere avere un ruolo fondamentale nella cura di questa malattia? Quali accorgimenti si devono avere per prevenire la depressione post partum?

8.3 PAROLE CHIAVE

Le parole che ho utilizzato per la ricerca degli articoli scientifici sono: *Depression- Postpartum- nurse- not pharmacological treatment of postpartum depression-role of hormones- epidemiological analysis* altrimenti combinate e legati agli operatori booleani AND/OR/NOT

8.4 FONTI DI RICERCA

La ricerca degli articoli è stata effettuata utilizzando: la banca dati PUBMED, siti web verificati e di pertinenza scientifica e testi/libri scientifici riguardanti l'argomento.

Sono stati utilizzati 24 lavori di cui: 3 siti web, 1 libro e 20 articoli scientifici. Sono stati esclusi tutti i testi prima del 2005 ad eccezione di un libro del 2001 (La comunicazione della diagnosi grave).

Sono stati esclusi tutti quegli articoli che per le parole chiavi citate nel punto 7.3 non rispecchiano la patologia prescelta o non rispondevano ai quesiti di questo elaborato.

9 CONCLUSIONI

Con la stesura di questo elaborato ho cercato di analizzare la depressione post partum nelle sue varie sfaccettature e il ruolo che il professionista sanitario, nello specifico l'infermiere, deve assumere nelle varie circostanze. Nel redarla e nel cercare gli articoli ho constatato come non ci sia letteratura o studi che analizzano la creazione di gruppi di supporto per le madri con la figura del professionista in primo piano per l'aiuto emotivo e pratico. Ritengo che anche nelle strutture dove ho effettuato il mio tirocinio non vi sia questo tipo di servizio che, a mio modo, sarebbe fondamentale sia per l'aiuto delle donne colpite dalla depressione ma anche per la prevenzione di questo fenomeno. Questi incontri dovrebbero essere coordinati da un infermiere specializzato e istruito nell'ambito psichiatrico con lo scopo di implementare l'interazione fra le madri che soffrono di questo problema.

Quando parliamo di depressione post partum nessuno pensa che questa patologia possa colpire anche il resto della famiglia e più precisamente il neo papà. In questa ricerca ho trovato poco materiale a riguardo facendomi ragionare sul fatto che anche questo aspetto è molto sottovalutato dall'equipe curante. Dal mio punto di vista la figura dell'infermiere, ritenuta erroneamente poco importante nell'area psichiatrica e materno infantile, deve attraverso il suo ruolo relazionale essere in grado di identificare attraverso le sue competenze tutti gli aspetti/ sintomi nella donna e nell'uomo che possano essere preludio di una depressione.

Ho deciso di intraprendere questo percorso nell'ambito delle patologie psichiatriche in quanto lo ritengo un mondo interessante nel quale la figura dell'infermiere deve erigersi in primo piano poiché ritengo che parte della cura e della prevenzione di una patologia di questo tipo sia la relazione e l'assistenza empatica verso queste persone.

Spero che, nel corso degli anni, la depressione post partum venga considerata per la pericolosità che può avere perché essa colpisce la donna ma si riversa inevitabilmente, come tutte le malattie psichiatriche, sulla vita delle altre persone e soprattutto sul bambino inficiando il suo sviluppo.

10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Aceti, F., Aveni, F., Baglioni, V., Carluccio, G., Colosimo, D., Giacchetti, N., et al. (2012). Depressione perinatale e nel post partum: Tra attaccamento e personalità.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists no. 92 april 2008, "Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation,". *Obstet Gynecol*, 111(4), 1001-1020.
3. Baldoni, F. (2005). Funzione paterna e attaccamento di coppia: L'importanza di una base sicura. *Padri & Paternità*, Edizioni Junior, Bergamo, , 79-102.
4. Bongiorno, A., & Malizia, S. (2001). La comunicazione della diagnosi grave, ed. Carocci, Roma, 14(3), 114-117.
5. Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 441- 455.
6. Dennis CL, Grigoriandis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. (2020) Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*.
7. Driul Lorenza, Fabbro Nerina. (2023) Prevalenza e fattori di rischio della depressione post partum. genetica, attaccamento e variabili psicosociali in uno studio in Friuli Venezia Giulia.
8. Drozdowicz-Jastrzębska E, Skalski M, Gdańska P, Mach A, Januszko P, Nowak RJ, Węgrzyn P, Wielgoś M, Radziwoń-Zaleska M. (2017). Insomnia, postpartum depression and estradiol in women after delivery. *Metab Brain Dis*.
9. Fallah M, Askari G, Asemi Z. (2020). Is Vitamin D Status Associated with Depression, Anxiety and Sleep Quality in Pregnancy. A Systematic Review.
10. Gaffney, K. F., Kitsantas, P., Brito, A., & Swamidoss, C. S. (2014). Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 43-50.

11. Gustavo Paranhos de Albuquerque Moraes 1, Laura Lorenzo 2, Gabriela Arruda Reinaux Pontes 1, Maria Cristina Montenegro 3, Amaury Cantilino. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?
12. Howard, L., Hoffbrand, S. E., Henshaw, C., Boath, L., & Bradley, E. (2005). Antidepressant prevention of postnatal depression. The Cochrane Library,
13. Liu N, Yang H, Han L, Ma M. (2022). Oxytocin in Women's Health and Disease. *Front Endocrinol (Lausanne)*.
14. Madeleine Becker, Tal Weinberger, Ann Chandy , Sarah Schmukler.(2016). Depression During Pregnancy and Postpartum
15. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*.
16. Sharma P, Kalra S, Singh Balhara YP. (2022). Postpartum Depression and Diabetes. *J Pak Med Assoc*.
17. Sundström-Poromaa I, Comasco E, Sumner R, Luders E. (2020). Progesterone - Friend or foe? *Front Neuroendocrinol*.
18. Susanne Brummelte, Liisa A M Galea. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.
19. Uriel Halbreich, Sandhya Karkun. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms.
20. Zhao XH, Zhang ZH. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*.
21. Ziyi Wang, Jiaye Liu, Huan Shuai, Zhongxiang Cai, Xia Fu, Yang Liu, Xiong Xiao, Wenhao Zhang, Elise Krabbendam, Shuo Liu, Zhongchun Liu, Zhihui Li, Bing Xiang Yang. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women.

1. www.fondazioneonda.it
2. www.sigo.it
3. www.centropsichedonna.it