



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Indagine sull'applicazione del progetto esecutivo regionale
"assistenza della sindrome depressiva post partum": realtà del
territorio Veneto e conoscenze della professione ostetrica

Relatore: Dott.ssa Panizza Cristina
Correlatore: Ost. Martina Granci

LAUREANDA: VISIOLI ELEONORA

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

“Ogni alba ha i suoi dubbi”

Alda Merini

Indice

ABSTRACT	1
La crisi del divenire madri: panoramica sulla Depressione Post Partum	3
1.1 La crisi del divenire madri	3
1.2 Cos'è la depressione post partum?	4
1.3 Quando si è iniziato a parlare di disturbi mentali perinatali?	4
1.4 Fisiopatologia e cause.....	6
1.5 Fattori di Rischio.....	7
1.6 Segni e sintomi	10
1.7 Conseguenze.....	11
Capitolo Secondo	13
L'indagine	13
2.1 Il progetto esecutivo regionale “assistenza della sindrome depressiva post partum” e obiettivo dello studio.....	13
2.2 Obiettivi dello studio	15
2.3 Materiali e metodi – il Questionario.....	16
2.3.1 Campione di Studio	16
2.3.2 Struttura del questionario	18
2.4 Risultati del questionario.....	19
2.4.1 Analisi statistica	19
2.4.2 Risultati ottenuti e struttura della tabella	19
Capitolo Terzo	35
Risultati e conclusioni	35
3.1 Il progetto esecutivo regionale a Padova e discussione dei risultati	35
3.2 In quali interventi assistenziali può inserirsi la professione ostetrica.....	40
3.3.1 Screening.....	42
3.3.2 Incontri di accompagnamento alla nascita e post parto	43
3.3.3 Comunicazione con il territorio (consultori)	44
3.3 Conclusioni.....	46
BIBLIOGRAFIA	48
SITOGRAFIA	51
RINGRAZIAMENTI	53
Allegato 1 – Questionario sulle psicopatologie puerperali	56

ABSTRACT

Presupposti dello studio: Il post partum viene definito come il periodo, che va dalla nascita del bambino, al ritorno di una condizione corporea in gran parte simile a quella pregravidica. In questo periodo, la donna può vivere condizioni di disagio e stress, fino al manifestarsi di conclamate forme psicopatologiche. Per questo motivo risulta di primaria importanza identificare precocemente le situazioni di rischio per la paziente, per prevenire l'insorgenza di quadri clinici più gravi, creare un contatto sicuro e intervenire efficacemente sul benessere e la salute della donna e del suo bambino. Gli interventi psicosociali possono fare una grande differenza.

Scopo: Questo elaborato ha come obiettivo quello di valutare, come il progetto della regione Veneto, sulla depressione post partum, viene applicato nei presidi ospedalieri e punti nascita del territorio e le conoscenze da parte delle ostetriche, che vi prestano servizio.

Materiali e metodi: Il campione preso in considerazione nello studio è costituito da 107 professionisti ostetrici, che prestano servizio all'interno dei punti nascita della regione Veneto. I dati sono stati raccolti tramite un questionario anonimo, formulato ex novo, somministrato alla totalità dei partecipanti, che indagava i dati socioprofessionali, le conoscenze in materia di psicopatologie puerperali e l'informazione degli operatori sui progetti attivi sul territorio per il sostegno della maternità fragile.

Risultati: Dei 107 professionisti presi in considerazione, solo 24 hanno saputo rispondere in maniera esatta a tutte domande di conoscenza basilare proposte nel

questionario. Inoltre, solo il 41% dei professionisti che hanno partecipato alla raccolta dati, ha dichiarato di essere a conoscenza di percorsi attivi sul territorio specificandone anche i nomi. Questi dati hanno confermato una formazione e informazione, da parte dei professionisti sanitari, carente in merito al tema trattato nel questionario e quindi le tematiche del progetto a sostegno della maternità fragile.

Discussione e conclusioni: Il questionario proposto è risultato utile all'individuazione delle problematiche all'interno del progetto e ha anche reso possibile alle/agli ostetriche/ostetrici la comunicazione di proposte di miglioramento sulla gestione del percorso. È stato possibile dimostrare, che una delle problematiche maggiori è la scarsa conoscenza del tema da parte della figura professionale, questo non dovuto a una mancanza di formazione universitaria, ma più a una scarsa formazione e sensibilizzazione adeguata sul posto di lavoro. Un'educazione completa comprende informazioni sia sulle basi delle psicopatologie puerperali (fattori di rischio, segni e sintomi), che sui progetti attivi sul territorio, in modo da poter direzionare l'intervento verso realtà adatte alla presa in carico della paziente. Gli interventi presenti portano un miglioramento assistenziale, ma sono presenti ancora criticità alla base che non permettono la piena efficacia.

Capitolo primo

La crisi del divenire madri: panoramica sulla Depressione Post Partum

1.1 La crisi del divenire madri

All'interno del ciclo di vita familiare, l'arrivo di un bambino è per la donna, la coppia e la famiglia uno dei periodi maggiormente caratterizzati da cambiamenti e da nuove responsabilità. Per gran parte delle donne la maternità risulta essere un'esperienza psicologica positiva e soddisfacente, non sempre, però, i vissuti materni si configurano in termini di felicità e gioia. È infatti risaputo che la nascita di un figlio può favorire reazioni disforiche di diversa entità che talvolta assumono anche valenze psicologiche: la fenomenologia del dopo parto può di fatto oscillare da forme di labilità emotiva transitoria, irritabilità e pianto a una marcata presenza di agitazione, confusione, allucinazione e aspetti deliranti¹(Leveni D. et al. 2014). Per questo motivo risulta di primaria importanza identificare precocemente le situazioni di rischio per la paziente, per prevenire l'insorgenza di quadri clinici più gravi, creare un contatto sicuro, intervenire efficacemente sul benessere e la salute della donna e del suo bambino. Gli interventi psicosociali possono fare una grande differenza. La ricerca ha dimostrato che, con un aiuto e un supporto appropriati, la maggior parte delle madri può superare la depressione. Gli Operatori Sanitari possono aiutare le madri con depressione a modificare i loro schemi negativi di pensiero e di comportamento, ottenendo un miglioramento nell'umore e nelle loro

¹ Cfr. Leveni D., Morosini P, Piacentini D. *“Mamme tristi: vincere la depressione post parto.”* Erickson, 2014.

capacità di organizzarsi nella vita quotidiana, prevenendo anche problemi futuri nei loro bambini².

1.2 Cos'è la depressione post partum?

La depressione post partum è una patologia che può verificarsi in alcune donne durante la gravidanza o nel post-parto ed è caratterizzata da sintomi depressivi, simili a quelli della depressione maggiore, che durano nel tempo (più di due settimane). Studi epidemiologici hanno dimostrato che questa problematica colpisce con diversi livelli di gravità, dal 7% al 12% delle neomamme ed esordisce generalmente tra la sesta e la dodicesima settimana dopo la nascita del figlio, con episodi che durano da due a sei mesi³.

È da differenziare dal “baby blues”, una sindrome che sperimenta il 70-80% delle donne subito dopo il parto o nei giorni successivi, che consiste in un’instabilità emotiva che tende a rientrare spontaneamente in tempi brevi.⁴

1.3 Quando si è iniziato a parlare di disturbi mentali perinatali?

Mentre il termine Depressione Post Partum è abbastanza moderno, il disturbo risale a tempi più antichi. Era riconosciuto che alcune donne sperimentavano disturbi mentali dopo il parto molto prima che essi avessero un nome.

² Aa. Vv. *“Percorso integrato per il sostegno della maternità e paternità fragile”*, Regione Lombardia, ASL Brescia, 2014.

³ Cfr. *“Depressione post partum”*, sito del Ministero della Salute, 21 aprile 2020.

⁴ Tripathy P. *A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies*. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020

Nel 460 D. C., Ippocrate parlava di “febbre puerperale” che portava le donne ad agitazione, delirio e “attacchi di mania”⁵.

Un medico del sedicesimo secolo, Castello Branco, documentò un caso di depressione post partum, descrivendo come la donna in questione fosse relativamente sana, ma insorse una strana malinconia dopo il parto, rimase folle per un mese e si riprese con il trattamento.

Le connessioni tra la funzione riproduttiva femminile e la malattia mentale continuarono ad essere dibattuti, proseguendo fino all’età moderna, con una discussione in lenta evoluzione sulla “follia femminile”.

Con il diciannovesimo secolo, nacque un nuovo atteggiamento circa il rapporto fra la malattia mentale femminile e la gravidanza, il parto, o la mestruazione. Il famoso racconto, "The Yellow Wallpaper", è stato pubblicato da Charlotte Perkins Gilman in questo periodo. Nella storia, una donna senza nome registra la sua vita quando viene curata dal marito medico, John, per tendenze isteriche e depressive dopo la nascita del loro bambino. Gilman scrisse la storia, per protestare contro l'oppressione sociale delle donne, come risultato della sua esperienza come paziente.

Durante il diciannovesimo secolo, i ginecologi abbracciarono l’idea che gli organi riproduttivi femminili fossero parte del processo naturale, che causava la “follia femminile”. Circa il 10% dei ricoveri in manicomio durante quel periodo furono collegati alla “follia puerperale”: l’intersezione tra gravidanza o parto e la malattia mentale femminile.

Fu solo all’inizio del ventesimo secolo, che l’atteggiamento della comunità scientifica cambiò nuovamente: il consenso tra ginecologi ed altri esperti era quello

⁵ Cfr. Penn medicine, sito web.

di allontanarsi dall'idea che fossero gli organi riproduttivi ad essere "malati", indirizzandosi verso teorie scientificamente provate che comprendevano una prospettiva medica più ampia sulla malattia mentale⁶.

1.4 Fisiopatologia e cause

Nelle ore successive alla nascita del neonato, i livelli di estrogeni, progesterone e gli ormoni della ghiandola tiroidea possono subire un repentino abbassamento. Questo può influire sulle condizioni di salute e sull'umore della donna. Inoltre, il post partum è caratterizzato da grandi cambiamenti fisici e non è da sottovalutare che, per riprendersi dalla fatica del parto (naturale o cesareo che sia), la puerpera necessita di settimane per recuperare a pieno le forze⁷.

Le cause di questo disturbo rimangono tuttavia sconosciute, si ritiene che nasca da interazioni tra fattori di rischio predisponenti e suscettibilità biologica.

Possibili cause scatenanti possono essere⁸:

- Fattori genetici;
- Diminuzione dei livelli di estrogeni, progesterone e/o testosterone;
- Cambiamenti nella tiroide e nel funzionamento neuroattivo degli steroidi;
- Cambiamenti nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Gli studi sono ancora in corso ma, ad ora, non è ancora emerso un singolo fattore causale.

⁶ Cfr. "History of post partum depression", Wikipedia, UK.

⁷ Cfr. Aa. Vv. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*, OMS. 2022.

⁸ Cfr. Bobo WV, Yawn BP. "Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression". Mayo Clin Proc., 2014.

1.5 Fattori di Rischio⁹

Tabella I: fattori di rischio DPP

Caratteristiche individuali	<ul style="list-style-type: none"> ● Et� materna (giovane/avanzata); ● Scolarit� (basso livello di istruzione); ● Nazionalit� (donne straniere, carenza di reti interpersonali e di integrazione sociale e culturale); ● Stato civile (famiglia monoparentale); ● Professione (disoccupazione o precariet�); ● Difficolt� economiche.
Relazione di coppia	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficolt� nella relazione di coppia; ● Mancanza di soddisfazione coniugale; ● Carenza grave di comunicazione; ● Mancanza di sostegno emotivo da parte del partner.
Fattori Socioculturali	<ul style="list-style-type: none"> ● Carente sostegno sociale; ● Impossibilit� di ricevere aiuto e sostegno dalla famiglia; ● Impossibilit� di ricevere aiuto e sostegno dagli amici; ● Difficolt� economiche;

⁹ Cfr. Aa. Vv. "Fragilit  in area Materno-Infantile: procedura operativa disagio psicologico perinatale", ASST Spedali Civili di Brescia, 2017.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Carenza di integrazione; ● Carenza di mezzi culturali.
Storia Familiare	<ul style="list-style-type: none"> ● Gravi difficoltà nelle relazioni con la famiglia di origine; ● Gravi difficoltà nella relazione con la madre; ● Disturbi psichiatrici nella famiglia; ● <i>Life events</i> gravosi.
Storia della donna	<p>Anamnesi personale</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anamnesi psicologica o psichiatrica (pregressi eventi psicopatologici); ● Ansia o depressione nell'attuale gravidanza; ● Eventi stressanti attuali (lutti, malattie, cambiamenti); ● Abuso di sostanze; ● Esperienze di violenza, maltrattamento e/o abuso; ● Disturbo post traumatico successivo ai precedenti parti. <p>Anamnesi ostetrica remota</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perdita di un figlio; ● MEF- morte endouterina fetale; ● Figlio vivente malato;

	<ul style="list-style-type: none">● Aborti, soprattutto se frequenti;● Patologie ostetriche e/o fetali; <p>Anamnesi: decorso della gravidanza</p> <ul style="list-style-type: none">● Gravidanza non desiderata;● Gravidanza indotta;● Gravidanza trascurata;● Gravidanza con complicanze. <p>Andamento del travaglio/parto</p> <ul style="list-style-type: none">● Travaglio molto lungo e difficoltoso;● Travaglio indotto;● Cesareo inaspettato;● Parto operativo (ventosa, forcipe);● Percezione di mancanza di supporto emotivo/affettivo. <p>Condizioni cliniche attuali, post partum</p> <ul style="list-style-type: none">● Complicanze puerperali;● Degenze prolungate;● Separazione madre/bambino (es. covid);● Problemi di salute del bambino;● Temperamento difficile del bambino;● Allattamento difficoltoso.
--	---

1.6 Segni e sintomi

Di primaria importanza è osservare la paziente e prestare attenzione ai seguenti segnali¹⁰:

- Mancanza di interesse per il bambino;
- Malinconia, tristezza, apatia;
- Preoccupazione per la propria salute;
- Paura che il medico e/o l'ostetrica possano essere eccessivamente critici sulle sue capacità di prendersi cura del bambino, paura che glielo portino via (Sentimenti di inadeguatezza);
- Eccessiva ed esagerata preoccupazione nei confronti del bambino.

Potrebbe inoltre assumere dei comportamenti tipici:

- Non aver voglia di condividere, socializzare (piangere, isolarsi, intristirsi)
- Frequenti richieste di attenzione, parlare in continuazione dei propri disturbi;
- Chiedere insistentemente spiegazioni sulla “salute fisica” del bambino;
- Non aver voglia di occuparsi del neonato e/o di sé stessa;
- Delegare al personale la cura del figlio
- Non rispettare gli appuntamenti clinici

Inoltre, la donna potrebbe avere difficoltà nelle relazioni con il partner, con i familiari, con il bambino e con gli operatori sanitari. Questo disagio si può

¹⁰ Cfr. Aa. Vv. *“Fragilità in area Materno-Infantile: procedura operativa disagio psicologico perinatale*, ASST Spedali Civili di Brescia, 2017.

manifestare attraverso: conflittualità, intrusività, infantilizzazione, controllo e ostilità¹¹.

Insorgenza e decorso

Il picco di depressione post partum sembra essere raggiunto a 2-6 mesi dal parto, e il 14,5% delle donne sperimenta un nuovo episodio depressivo entro 3 mesi.

La maggior parte dei pazienti manifesta lievi sintomi depressivi; tuttavia, dal 10% al 15% presenta sintomi più gravi, che peggiorano chiaramente il funzionamento materno. La depressione post partum persiste per più di 7 mesi dopo il parto per il 25% al 50% delle donne e molti, dopo un anno, presentano ancora sintomi depressivi¹¹.

1.7 Conseguenze

Uno stato depressivo, che si manifesta durante la gravidanza o l'allattamento, richiede una particolare attenzione. Questo perché, oltre alla sofferenza causata alla donna, la depressione ha anche un impatto sulla salute e sullo sviluppo del bambino. È stato dimostrato, che i bambini con madri in stato depressivo, hanno maggiori probabilità di avere difficoltà nell'alimentazione e problemi gastrointestinali¹².

“Una delle conseguenze più importanti per una donna depressa nel periodo perinatale è rappresentata dalle difficoltà nell'occuparsi del bambino e nel relazionarsi a lui: pensieri negativi e pessimistici, umore depresso, stanchezza,

¹¹ Cfr. Bobo WV, Yawn BP. “*Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression*.” Mayo Clin Proc. 2014.

¹² Cfr. Aa. Vv. *Pensare Positivo “Un manuale per la gestione psicosociale della depressione perinatale”*. Direzione Welfare di Regione Lombardia, OMS. 2019.

perdita di interesse e piacere possono condizionare le capacità di prendersi cura adeguatamente del proprio bambino in un momento in cui la presenza della mamma è fondamentale, per garantire la crescita sana”, spiega Francesca Agostini, docente di psicopatologia dello sviluppo all’università di Bologna.

Una donna depressa può non accorgersi dei segnali del bambino, fare fatica a interpretare il pianto, a consolarlo, a cambiarlo e lavarlo. Sono proprio le interazioni quotidiane, caratterizzate da questi comportamenti, a favorire nel bambino una predominanza di stati affettivi negativi, costituendo un significativo elemento di rischio per l’insorgenza a lungo termine di disturbi infantili¹³.

Alcuni studi dimostrano come le difficoltà della madre si riversino anche sulla relazione di coppia, manifestandosi con aumento dei disturbi dell’umore anche a carico del partner sempre nel periodo post partum¹⁴.

Spesso le donne depresse in questo contesto valutano come più carente la relazione con il partner, intesa nelle dimensioni dell’accordo, della soddisfazione e del sostegno reciproco. Talvolta l’irritabilità e l’ostilità correlate all’umore depresso, si estendono non solo al partner ma a eventuali altri figli, causando ripercussioni in modo più o meno marcato sul comportamento e sullo sviluppo dei bambini, sul clima familiare e sulla tenuta stessa della relazione di coppia¹⁵.

¹³ Cfr. “*Se la mamma è depressa anche il figlio rischia*”, articolo pubblicato su Magazine, il portale di chi crede nella ricerca della Fondazione U. Veronesi, 2013.

¹⁴ Cfr. Lovestone S. Kumar R., “*Postnatal Psychiatric Illness: the impact on partners*”, British journal of psychiatry, 1993.

¹⁵ Cfr. Baldoni F, “*Funzione paterna e attaccamento di coppia: l’importanza di una base sicura*”, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna, 2005.

Capitolo Secondo

L'indagine

2.1 Il progetto esecutivo regionale “assistenza della sindrome depressiva post partum” e obiettivo dello studio.

Nella Regione Veneto vista l'emergente problematica nazionale ed internazionale riguardante il tema della depressione post partum si è ritenuto necessario definire un percorso ad hoc di diagnosi precoce e presa in carico, della donna e della famiglia.¹⁶

In data 3 aprile 2018 è quindi stato approvato un protocollo in materia di “misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum” con gli obiettivi di:

- Offrire attivamente un intervento precoce, già disponibile o di nuova realizzazione;
- Individuare precocemente la popolazione a rischio somministrando strumenti di valutazione standardizzati, colloqui psicologici e sostegno;
- Implementare i fattori protettivi del benessere psichico.

Sulla base di questo e sulla problematica riscontrata, sono stati attivati degli interventi al fine di raggiungere gli obiettivi sopra menzionati. Il progetto sottolinea che gli interventi, che tendono a riorientare attitudini verso i problemi di salute utilizzando un'informazione specifica, hanno maggior probabilità di successo

¹⁶ Cfr. Aa. Vv. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*, OMS. 2022.

quando avvengono in un contesto di comunità e sono veicolati attraverso messaggi positivi e chiari ed in contesti accettabili per la cultura dominante nella popolazione generale e ribaditi da più fonti e in diverse occasioni¹⁷.

Il progetto prevede una iniziale informazione genericamente rivolta a tutte le donne gravide della Regione. Questa informazione sarà veicolata attraverso l'utilizzo di brochure cartacee ed una campagna territoriale informativa basata sulla divulgazione di piccoli manifesti. Le informazioni divulgate, molto semplici, partiranno dalla considerazione che l'arrivo di un nuovo nato, costituisce sì un evento felice per la donna, la sua famiglia e l'intera comunità, ma allo stesso tempo rappresenta anche un punto di svolta che manifesta alcune criticità e difficoltà, per le quali la comunità ed il sistema dei servizi si attiverà per dare aiuto.

Al fine di individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale, è stato proposto di somministrare dei questionari, ritenuti strumenti di valutazione standardizzati e validati, che permetteranno di inserire le donne che presenteranno medio o alto rischio di sviluppare depressione post partum, in un percorso ad hoc. Verrà quindi somministrato il questionario che si rifà alla scala di Edimburgo (EPDS), ampiamente utilizzata per questo scopo e standardizzata anche per il nostro paese. Il livello di rischio calcolato automaticamente, secondo formule prestabilite, darà contestualmente indicazioni sui percorsi di presa in carico previsti all'interno dell'ospedale e/o sul territorio.

Al fine di ottimizzare la raccolta dati e raggiungere al meglio tutte le puerpere, si formeranno appositamente le ostetriche dei punti nascita anche tramite l'ausilio di

¹⁷ Cfr. Aa. Vv. *Progetto esecutivo "misure afferenti alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum"*. 2017.

psicologi clinici, qualora essi fossero disponibili nella struttura e collaboranti con il reparto di ostetricia¹⁸.

2.2 Obiettivi dello studio

Obiettivo primario di questo studio è valutare le conoscenze delle ostetriche del territorio Veneto sulle tematiche della depressione post partum, rilevare se la formazione fatta a cascata dal progetto o sul campo è stata sufficiente per riconoscere i primi segnali di questa patologia o in caso contrario sia così necessario attivare ulteriori percorsi di formazione per i professionisti coinvolti.

¹⁸ Cfr. Aa. Vv. *Progetto esecutivo “misure afferenti alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum*. 2017.

2.3 Materiali e metodi – il Questionario

2.3.1 Campione di Studio

Sono stati coinvolti nello studio Ostetriche e Ostetrici operanti nei punti nascita della Regione Veneto.

A partire da martedì 12 luglio 2022 sono state contattate tramite *e-mail* le coordinatrici ostetriche dei seguenti punti nascita e presidi ospedalieri:

a) Ulss 1 Dolomiti

- Ospedale San Martino di Belluno
- Ospedale di Santa Maria del Prato Feltre

b) Ulss 2 Marca Trevigiana

- Ospedale di Oderzo
- Ospedale di Montebelluna
- Ospedale di Conegliano
- Ospedale di Vittorio Veneto
- Ospedale di Castelfranco Veneto
- Ospedale “Ca’ Foncello” (Treviso)

c) Ulss 3 Serenissima

- Ospedale di Chioggia
- Ospedale di Portogruaro
- Ospedale dell’Angelo (Mestre)
- Ospedale civile di Venezia

d) Ulss 4 Veneto orientale

- Ospedale di San Donà

e) Ulss 5 Polesana

- Ospedale di Rovigo

- Ospedale di Adria

f) Ulss 6 Euganea

- Ospedale di Camposampiero
- Ospedale di Cittadella
- Ospedale di Monselice
- Ospedale di Abano Terme
- Azienda Ospedale – Università Padova

g) Ulss 7 Pedemontana

- Ospedale “Santorso” Vicenza

h) Ulss 8 Berica

- Ospedale “San Bortolo” Vicenza
- Ospedale di Arzignano
- Ospedale di Valdagno

i) Ulss 9 Scaligera

- Ospedale Fracastoro San Bonifacio
- Ospedale di Legnago “Mater Salutis”
- Ospedale “Magalini” Bussolengo
- Azienda Ospedaliera universitaria integrata Verona (Borgo Trento)

Individuati i contatti delle coordinatrici ostetriche dei 28 punti nascita del Veneto è stata inviata una mail al loro recapito di posta elettronica e chiesto di condividere il questionario al personale ostetrico, questionario con risposte trattate in forma anonima. (Allegato 1)

2.3.2 Struttura del questionario

Il questionario, anonimo, formulato ex novo e non appartenente al Progetto, indagava i dati socio demografici, le conoscenze in materia di depressione post partum, la formazione acquisita in merito e la reale informazione sui progetti attivi sul territorio regionale. Esso era composto da:

- Nove domande socio professionali in modo tale da avere una panoramica dei professionisti partecipanti alla raccolta dati;
- Cinque domande di conoscenza sulle psicopatologie puerperali al fine di capire quanto effettivamente il personale sia formato in merito;
- Quattro domande sui progetti regionali attivi sul territorio, per valutare quanto siano effettivamente conosciuti dai professionisti stessi.

2.4 Risultati del questionario

2.4.1 Analisi statistica

L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'utilizzo del programma Excel della Microsoft Corporation.

È stato redatto un foglio di lavoro contenente tutte le risposte raccolte alle quali sono state applicate le funzioni: Trova-Sostituisci e =CONTA.SE (Intervallo; criterio). Dalle tabelle ottenute, sono stati elaborati dei grafici, che verranno poi riportati nel paragrafo seguente, a sostegno dei risultati ottenuti.

2.4.2 Risultati ottenuti e struttura della tabella

Caratteristiche della popolazione analizzata.

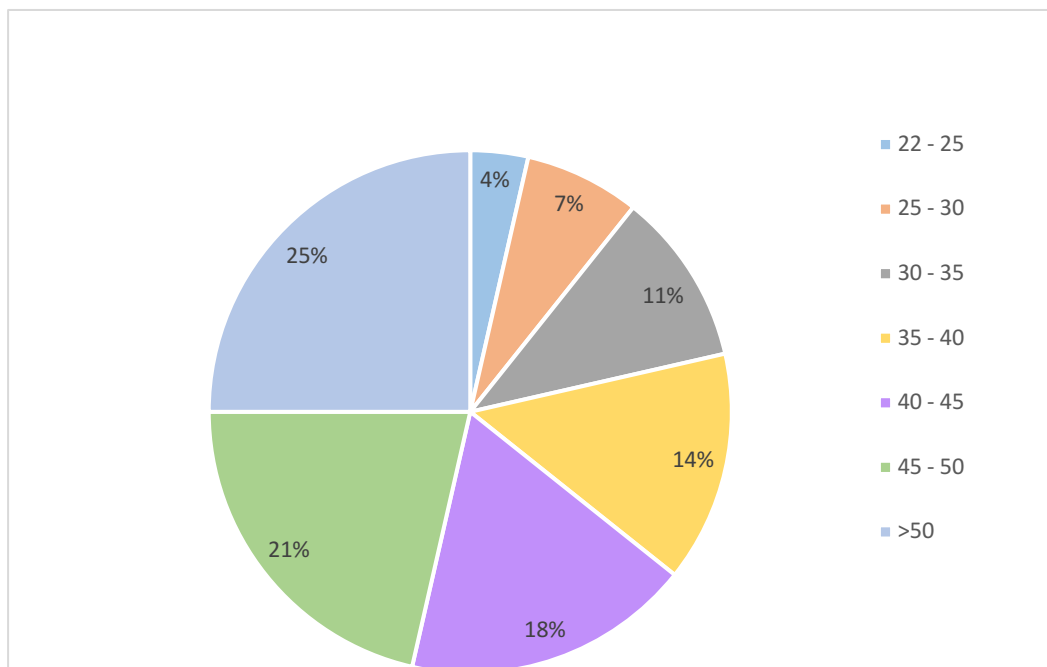
Sono stati coinvolti nello studio 107 ostetriche/i operanti nella regione Veneto che dal 12 luglio al 21 settembre 2022 hanno registrato la loro risposta al questionario attraverso la piattaforma online Google Moduli.

Dati sociodemografici

1. Et 

Tabella II

Et� (anni)	Numerosit�
22 – 25	8
25 – 30	31
30 – 35	25
35 – 40	15
40 – 45	8
45 – 50	6
>50	14



2. Titolo di Studio

Tabella III

Titolo	Numerosità
Laurea Triennale in Ostetricia	88
Laurea Magistrale in Ostetricia	12
Master	21
Diploma di Ostetrica	6

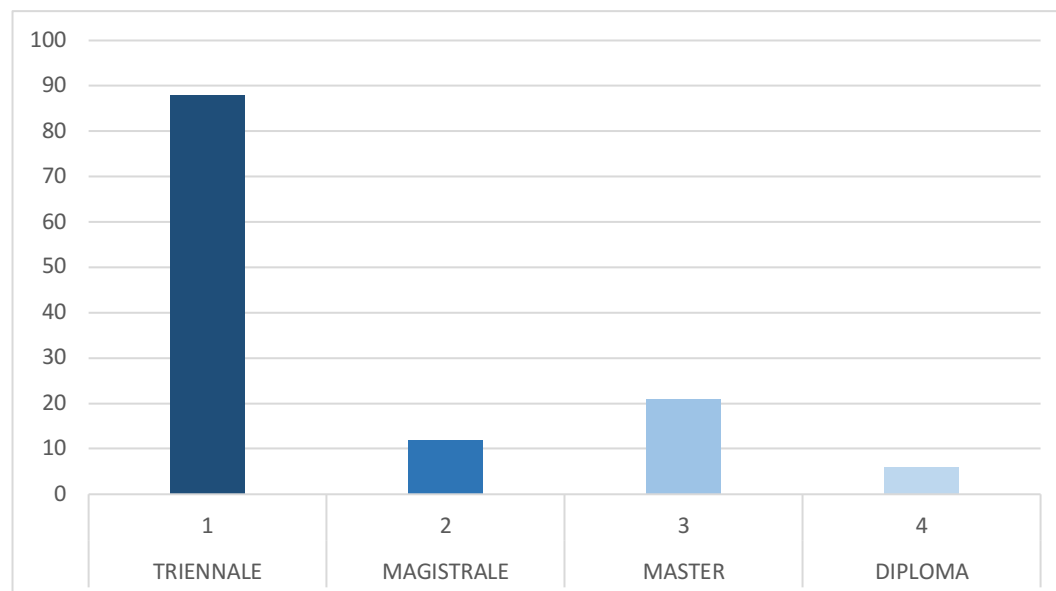


Figura 2

3. Anni di Esperienza

Tabella IV

Range (anni)	Numerosità
0 – 5	44 (41%)
5 – 10	21 (20%)
10 – 15	14 (13%)
15 – 20	13 (12%)
20 - 25	2 (2%)
25 – 30	2 (2%)
>30	11 (10%)

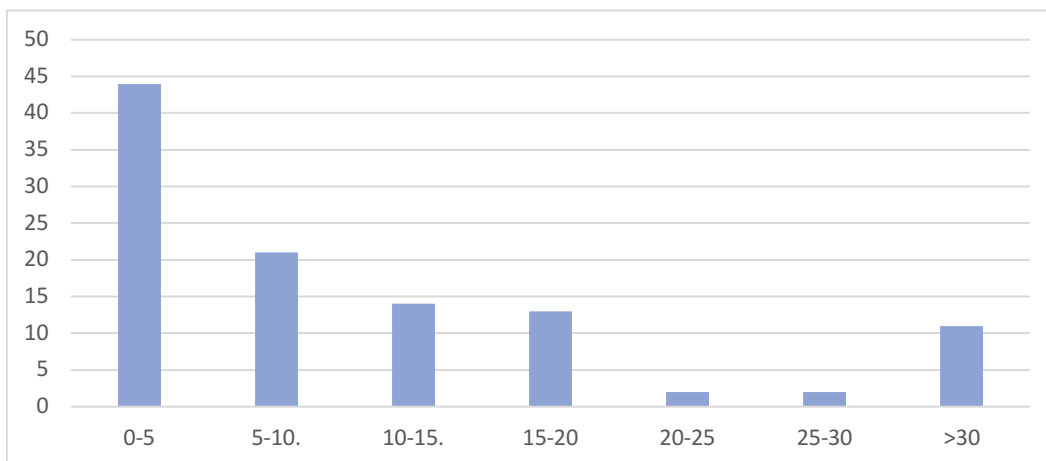


Figura 3

4. Ateneo di Studi

Tabella V

Ateneo	Numerosità
Padova	48
Verona	18
Udine	8
Ferrara	5
Treviso	4
Napoli	4
Trieste	4
Vicenza	3
Genova	2
Chieti	2
Perugia	2
Roma	1
Modena-Reggio Emilia	1
Bologna	1
Pisa	1
Sassari	1
Ancona	1
Repubblica Ceca (EE)	1

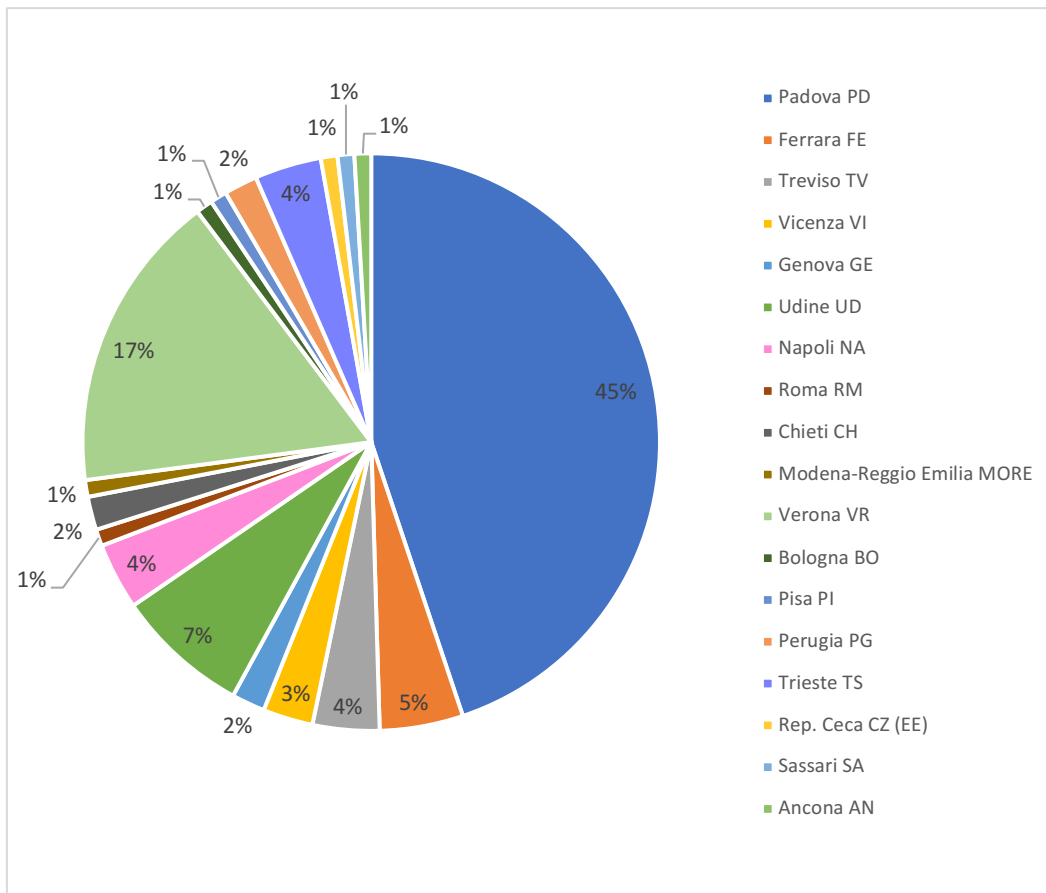


Figura 4

5. Struttura ospedaliera in cui lavora

Tabella VI

Struttura	Numerosità (%)
S. Bortolo (VI)	18 (17%)
Mirano (VE)	12 (11%)
Conegliano (TV)	10 (9%)
Padova	8 (7%)
S. Bonifacio (VR)	8 (7%)
Cittadella (PD)	6 (6%)
Adria (RO)	6 (6%)
Oderzo (TV)	5 (5%)
Montebelluna (TV)	5 (5%)
Legnago (VR)	5 (5%)
Borgo Trento (VR)	4 (4%)
Mestre (VE)	4 (4%)
Castelfranco Veneto (TV)	4 (4%)
Santorso (VI)	3 (3%)
Venezia	2 (2%)
Feltre (BL)	2 (2%)
Treviso	2 (2%)
San Donà di Piave (VE)	2 (2%)
Monselice (PD)	1 (1%)

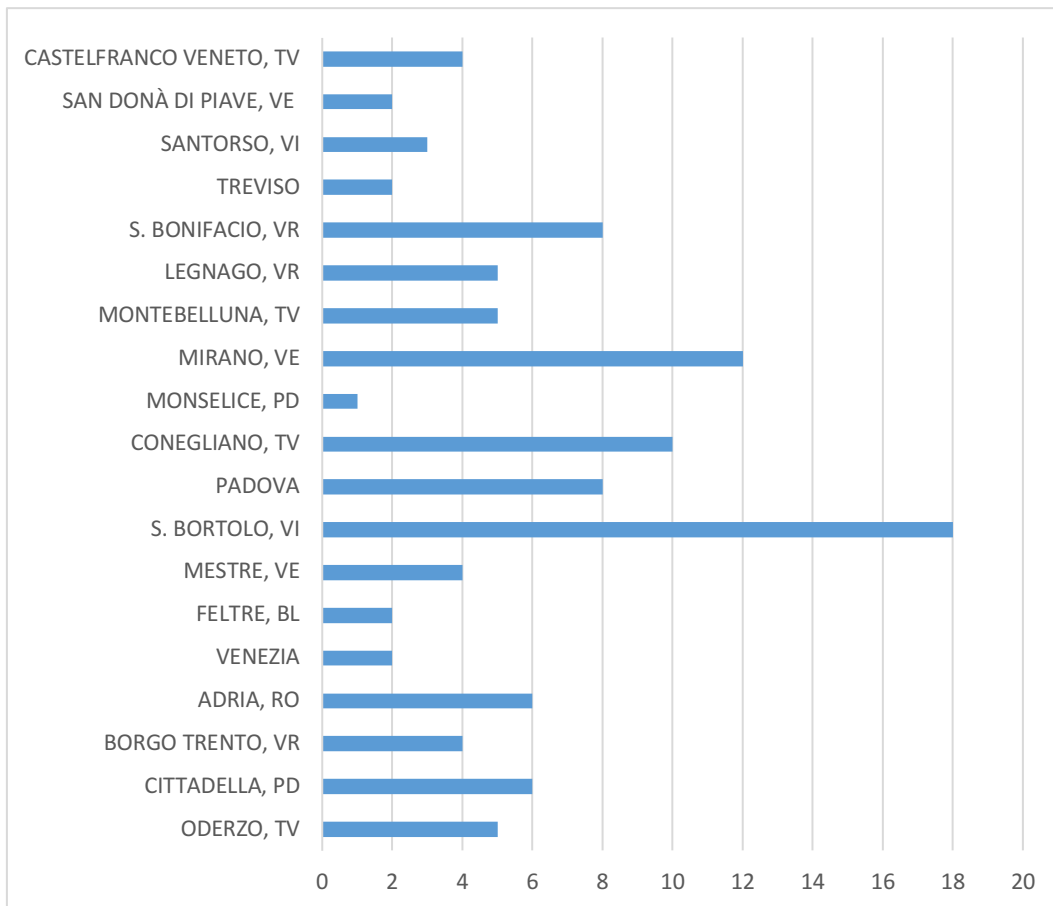


Figura 5

6. In quali reparti sono presenti le ostetriche

Tabella VII

Reparto	Numerosità /107 (%)
Sala Parto	107 (100%)
Ostetricia	92 (86%)
Pronto Soccorso Ost - gin	85 (79%)
Puerperio	74 (69%)
Ambulatori	18 (17%)
Ginecologia	13 (12%)
Assistenza neonatale/Terapia intensiva	11 (10%)

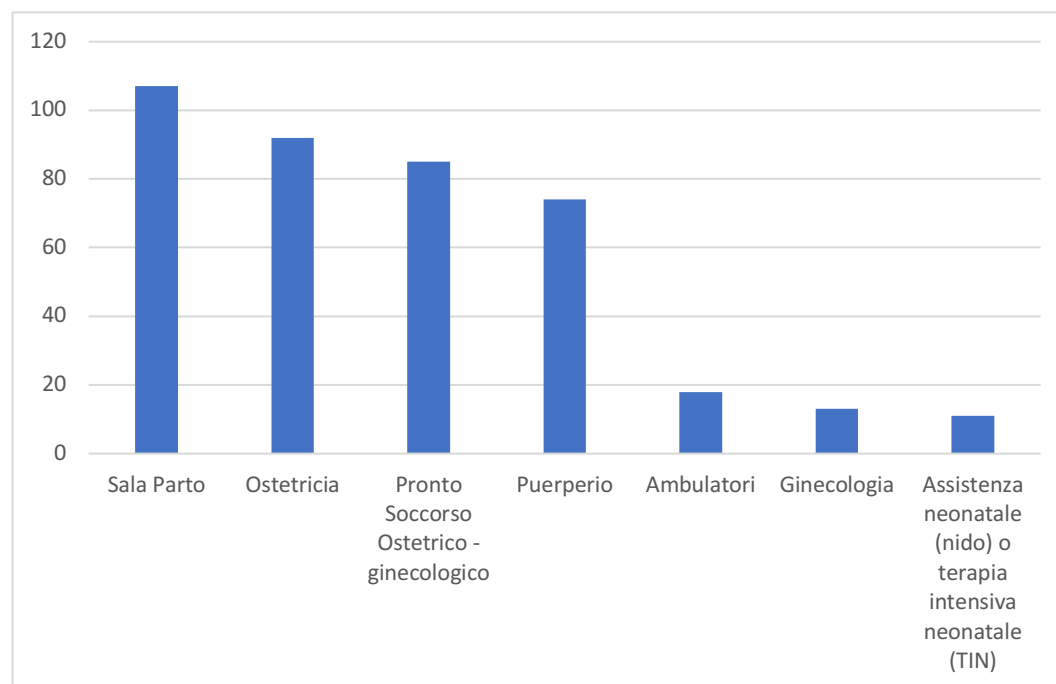


Figura 6

7. È mai stata formata durante il percorso di studi su questo tema?

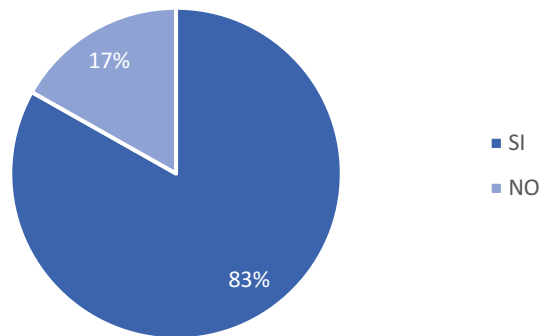


Figura 7

8. Si è mai interessata autonomamente al tema?

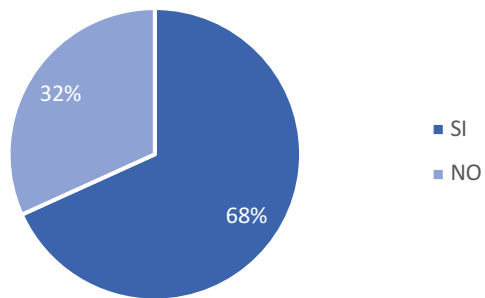


Figura 8

9. È mai stata formata sul posto di lavoro sulle psicopatologie puerperali?

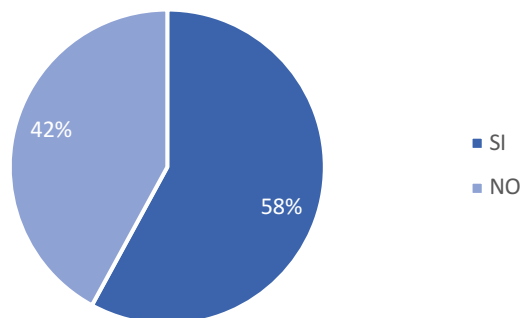


Figura 9

Conoscenze

10. Quale potrebbe essere una causa della depressione post partum?

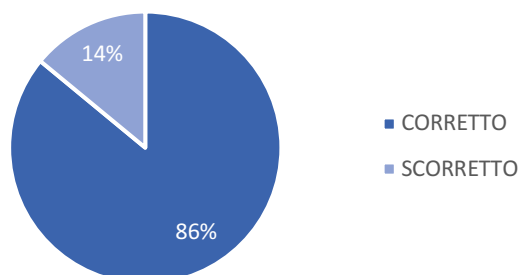


Figura 10

Risposta esatta: Abbassamento del livello di estrogeni, progesterone e ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea⁵

11. Qual è la differenza tra baby blues e depressione post partum?

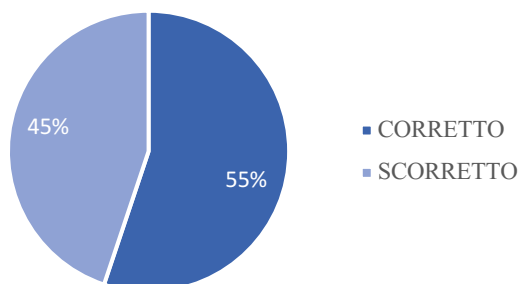


Figura 11

Risposta esatta: Alcune donne presentano, in termini non patologici e transitori, crisi di pianto, oscillazioni dell'umore, senso di inadeguatezza e labilità emotiva. Tale condizione, viene chiamata Baby Blues e si manifesta nei primi 10-15 giorni dopo il parto. La depressione post partum è più duratura, i

fenomeni non sono transitori ed è una vera e propria patologia¹⁹ (considerate come corrette le risposte simili)²⁰.

12. Qual è la scala più comunemente usata per la diagnosi di depressione post partum?

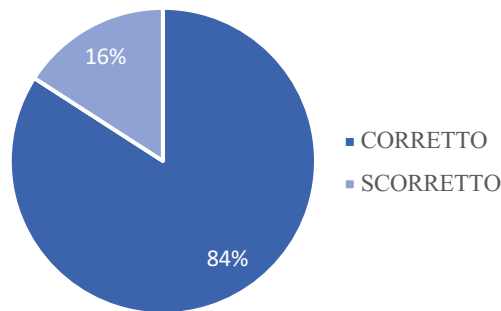


Figura 12

Risposta corretta: EPDS- Edimburgh Postnatal Depression Scale²¹.

13. Quali sono fattori di rischio della depressione post partum?

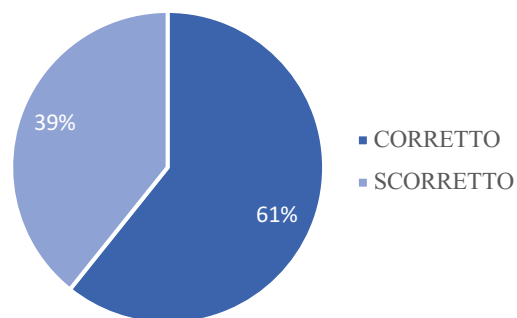


Figura 13

Risposta corretta: Caratteristiche individuali, relazione di coppia, fattori socioculturali, storia familiare e storia della donna

¹⁹ Cfr. <https://www.depressionepostpartum.it/baby-blues-e-depressione-post-parto-che-differenze/>

²⁰ Cfr. Aa. Vv. *Pensare Positivo - Un manuale per la gestione psicosociale della depressione perinatale*. Direzione Welfare di Regione Lombardia, OMS. 2019.

²¹ Cfr. Abdul Rahman I, Yaqoob U, Bhatti TA. Post partum depression-It's time to pay attention. *Asian J Psychiatr*. 2018.

14. Quali possono essere sintomi della depressione post partum?

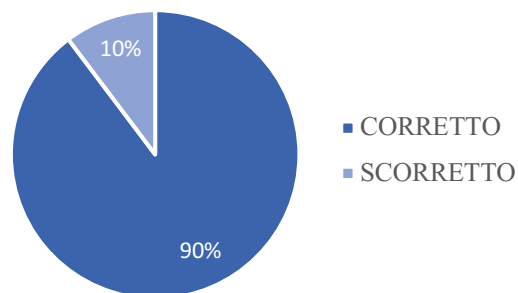


Figura 14

Risposta corretta: Tristezza estrema, pianto incontrollabile, sbalzi d'umore, mal di testa, disinteresse nei confronti del bambino, ideazione suicidaria.

Conoscenza dei progetti nel territorio

15. È a conoscenza di programmi a sostegno delle donne che sviluppano depressione post partum nella regione in cui lavora?

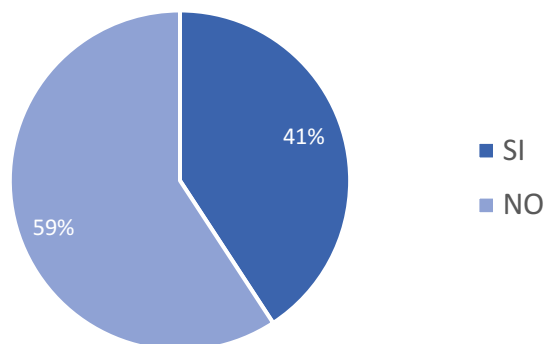


Figura 15

16. Se sì, quali?

- Progetto “mamme senza depressione”
- Progetto “Onda”
- Progetto sostegno alla maternità fragile
- Screening della regione Veneto

- Consultori
- Psicologi dedicati nel distretto
- Incontri post partum
- Centro Salute Mentale
- Progetto “una nuova vita, una grande avventura”

17. Quali sono gli interventi efficaci nei quali è coinvolta l'ostetrica?

- Corsi di Accompagnamento alla nascita
- Incontri prenatali
- Incontri Post partum
- Ambulatori BRO (basso rischio ostetrico)
- Sostegno nell'allattamento
- Incontri di coppia
- Incontri di gruppo
- Visite domiciliari
- Sostegno nel primo anno di vita
- Assistenza durante il parto e nella degenza

18. È a conoscenza delle pratiche a sostegno della genitorialità responsabile e della *nurturing care*?

Tabella VIII

Risposta	Numerosità
Ne ha sentito parlare ma non sa spiegare in cosa consista	47
Si	30
No	17
Non si è mai interessata	10

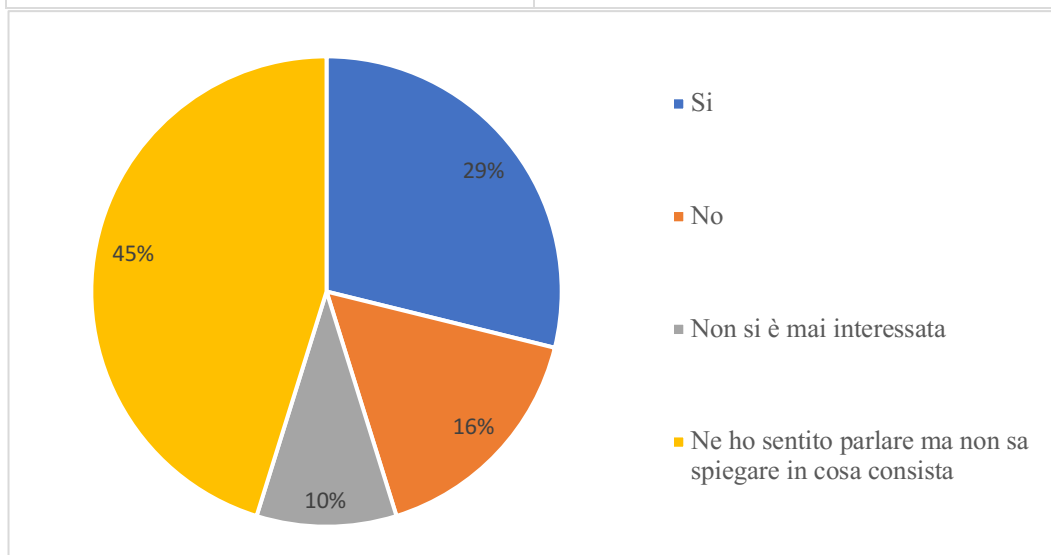


Figura 16

Capitolo Terzo

Risultati e conclusioni

3.1 Il progetto esecutivo regionale a Padova e discussione dei risultati

Per far fronte a questo problema la regione Veneto ha creato il progetto esecutivo entrato poi in vigore ad aprile 2018 e che ha trovato la sua piena applicazione nei reparti materno infantili dell'Azienda Ospedaliera di Padova a settembre 2022. Come stabilito dal protocollo, alle puerpere viene consegnato, in prima giornata di degenza dal parto, il questionario basato sul test di Edimburgo (EPDS), ovvero un test di autovalutazione che serve a identificare, in maniera preliminare, l'insorgenza di fenomeni depressivi. Le risposte al test vengono poi inserite all'interno del sito dell'osservatorio regionale del Veneto CEDAP, il quale fornisce automaticamente un punteggio, e classifica la paziente in uno dei seguenti livelli di rischio:

- BASSO rischio: consegna di brochures con i contatti del territorio
- MEDIO rischio: è necessario attivare il percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico della donna: contattare il consultorio familiare di competenza per ricevere un appuntamento da fornire alla donna prima della dimissione
- ALTO rischio: è necessario attivare il percorso intraospedaliero di presa in carico della donna: richiedere valutazione psichiatrica al DSM (Dipartimento di Salute Mentale). È comunque raccomandato un approfondimento e l'eventuale dimissione protetta della donna.

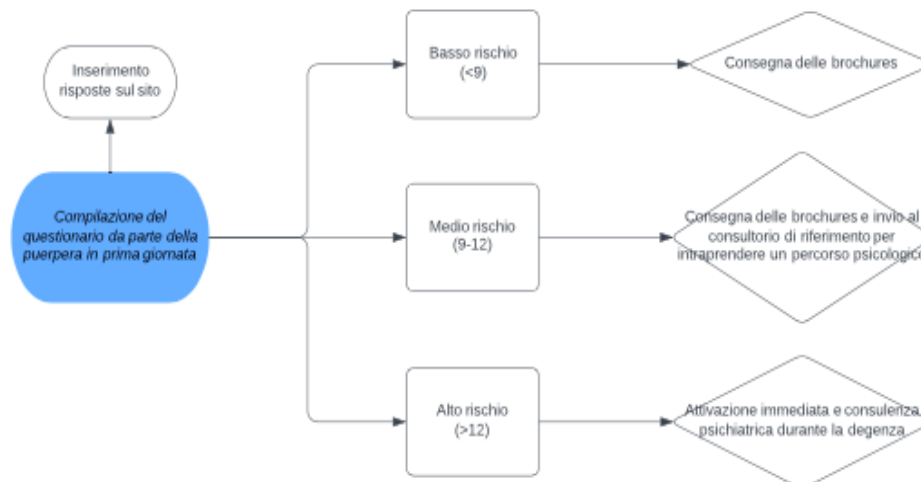


Figura 17: flow-chart della presa in carico delle pazienti in base al rischio rilevato tramite questionario EPDS

L'avvio di questo progetto ha riscontrato alcune criticità:

- Problemi linguistici: le traduzioni del questionario EPDS in alcune lingue (soprattutto bengalese), presentavano errori di concetto, per i quali le pazienti straniere non capivano a pieno il significato della domanda perché troppo di traduzione letterale. Ciò ha portato ad errori di comprensione e quindi a risposte non veritiere.
- La traduzione in inglese per quanto corretta traduce delle parole che in altre lingue non hanno lo stesso significato in italiano.
- Problemi di gestione: l'automatismo di consegna del questionario in sala parto è a volte difficile per i carichi di lavoro del personale. Inoltre, il questionario andrebbe spiegato in maniera chiara ad ogni paziente, presentando meglio le domande di più difficile comprensione, in modo da evitare falsi positivi o falsi negativi.
- Mancanza di formazione continua del personale: dalla nostra indagine emerge in maniera chiara una mancanza di aggiornamento nel tempo per la quale il personale risulta carente di alcune informazioni.

Una delle maggiori criticità del questionario che è stato proposto è che di tutte le ostetriche del Veneto hanno risposto solo in 107 su 1419 iscritti all'albo interprovinciale di Belluno, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia e Vicenza e 350 registrati all'ordine della provincia di Verona. La scarsa partecipazione potrebbe essere stata determinata dalla mancata diffusione del questionario da parte dei coordinatori ma probabilmente le motivazioni principali sono riferibili a timori di valutazione negativa delle conoscenze o sottovalutazione dell'importanza del problema.

Il questionario proposto al personale ostetrico dei punti nascita del Veneto ha evidenziato innanzitutto che sia la formazione sul posto di lavoro che le conoscenze tecniche in merito alle psicopatologie perinatali sono carenti.

Su 107 partecipanti, solo 24 (22,4%) hanno risposto correttamente a tutte le domande di conoscenza basilare proposte nel test.

Nonostante delle ostetriche intervistate l'83% del campione conosca il problema grazie agli studi universitari e il 68% si interessi autonomamente ad approfondimenti in merito alle psicopatologie puerperali, il 42% dichiara di non aver ricevuto una formazione adeguata sul posto di lavoro. Questo fa capire che, un buon punto di partenza sarebbe l'implementazione e l'aggiornamento della formazione dei professionisti sanitari ancor prima di intraprendere percorsi per le pazienti. Operatori competenti, informati e attenti sarebbero maggiormente capaci di gestire e coordinare in maniera sistematica e personalizzata, anche un percorso di sostegno efficace per le donne durante la gravidanza, il travaglio e il parto e per le puerpere che presentano un rischio di sviluppare depressione post partum.

A questo aspetto si aggiunge l'assenza, in molti punti nascita, di ostetriche nei reparti di puerperio, carenza a cui spesso si sopperisce con personale non appartenente al profilo professionale dell'ostetrica/o.

Nel questionario inoltre è risultata carente anche l'informazione sui progetti a sostegno della maternità fragile sul territorio. Infatti, solo il 41% dei professionisti ha dichiarato di essere a conoscenza di percorsi attivi esterni ai punti nascita, specificando anche la denominazione.

Di fondamentale importanza è la creazione di una rete di sostegno e accoglienza della puerpera dopo la dimissione ospedaliera, momento delicato e difficile sia dal punto di vista emotivo che da quello pratico per la gestione del nuovo nato e delle dinamiche della nuova famiglia.

La rete e la conoscenza dei progetti a sostegno della maternità fragile porterebbero alla valorizzazione e l'utilizzo di essi nella maniera più appropriata anche per impiegare al meglio gli operatori coinvolti nel processo affinché la paziente possa essere indirizzata verso il programma che più potrebbe offrirle sostegno.

È stato interessante rilevare che alcune persone partecipanti alla raccolta dati hanno fornito proposte di miglioramento e segnalato le criticità che hanno riscontrato:

- Maggiore presenza e autonomia del ruolo dell'ostetrica in puerperio.
- Mancanza di autogestione ostetrica.
- Creazione di percorsi di formazione ad hoc per imparare a riconoscere i sintomi e fornire l'assistenza necessaria.
- Presenza del personale ostetrico in tutto il dipartimento materno infantile.
- Maggiore comunicazione tra i professionisti dei presidi ospedalieri e quelli sul territorio (es. consultori).
- Aumento dei servizi territoriali a difesa delle donne e dei bambini.

- Promozione del servizio di ambulatorio Basso Rischio Ostetrico gestito da ostetriche. Lasciare seguire le gravidanze BRO (Basso Rischio Ostetrico) a questo tipo di professionisti e non a medici.
- Progetti a sostegno della depressione post partum attivi all'interno dei presidi ospedalieri (sportelli psicologici). Progetto che era attivo nel presidio ospedaliero di Cittadella (PD), come indicato da un'ostetrica che ha risposto al questionario, ma è stato chiuso per mancanza di fondi.
- Supporto tra i diversi operatori, creazione di un *team* multidisciplinare che cooperi nella gestione delle pazienti.
- Maggiore tutela dei professionisti e creazione di una scala di responsabilità.

3.2 In quali interventi assistenziali può inserirsi la professione ostetrica

La figura professionale dell'ostetrica come cita il profilo professionale all'articolo 1²²:

*“.. è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel **puerperio**, conduce e porta termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa:*

- a) Ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità;*
- b) Alla preparazione psicoprofilattica al parto*
- c) Alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici;*
- d) Alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile;*
- e) Ai programmi di assistenza materna e neonatale”*

Dunque, l'ostetrica/o possiede, oltre alle competenze pratiche, quelle relazionali poiché si occupa anche dell'aspetto emotivo della donna, la rassicura per quanto concerne le sue capacità e conoscenze e la invia al professionista adeguato in caso vengano rilevate problematiche.

²² Cfr. Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n°740, regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o

Il percorso assistenziale deve essere calibrato sui bisogni della donna e della coppia e deve tenere conto della famiglia, della storia, del vissuto e delle risorse della paziente²³.

L'obiettivo dell'assistenza ostetrica è la sorveglianza della gravidanza secondo le più recenti raccomandazioni scientifiche, la promozione, la tutela e la cura del benessere della mamma e del bambino.

Un fattore importantissimo è la prevenzione, attraverso la quale ci è permesso di anticipare i meccanismi patologici che potrebbero instaurarsi al fine di intervenire in anticipo ed evitarne le conseguenze.

L'osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A) ha suddiviso la prevenzione in categorie a seconda del fine che ci si propone o a seconda dei destinatari e mezzi utilizzati²⁴.

1) Prevenzione primaria.

Interventi messi in atto prima che compaia il disturbo stesso: informazione, consapevolezza, confronto, supporto.

2) Prevenzione secondaria.

Applicato a donne in gravidanza e nel post partum. La gestazione in sé è un fattore che rende la donna più vulnerabile, sotto vari punti di vista. In questo periodo, la donna viene in contatto con diversi operatori sanitari che, se formati correttamente, sanno riconoscere i segnali e i fattori di rischio. Questo tipo di prevenzione punta all'individuazione precoce della patologia

²³ Cfr. Lee E.W., Denison F.C., Hor K., Reynolds R.M. *Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review*. BMC Pregnancy Childbirth. 2016.

²⁴ Cfr. <https://www.depressionepostpartum.it/area-operatori/>

al fine di ridurre la gravità e le conseguenze. Lo screening è lo strumento su cui fa affidamento questa categoria di prevenzione.

3) Prevenzione terziaria.

Applicata alle donne con patologia psicologica diagnosticata. Il suo scopo è quello di ridurre la gravità e le conseguenze della condizione clinica sulla vita della donna e sulle sue relazioni. In questo caso viene impostato un percorso di cura con trattamento personalizzato.

3.3.1 Screening

Gli strumenti di screening non sostituiscono né il colloquio, né l'osservazione clinica e non rappresentano uno strumento diagnostico, in quanto nessun test o questionario può fornire una diagnosi.

Il test di Edimburgo (EPDS) è uno strumento validato composto da dieci item, volto alla rilevazione di un'indicazione di sintomatologia depressiva, questo test non è diagnostico, offre l'opportunità di cogliere dei fattori di rischio, ma per diagnosticare un'eventuale depressione post-partum è necessaria una visita con uno specialista. Le domande riguardano lo stato emotivo della donna e sono inerenti agli ultimi sette giorni trascorsi.

Questi strumenti, per essere utilizzati in maniera corretta, necessitano di competenze specifiche da parte dei professionisti formati, che ne fanno uso.

La valutazione deve essere fatta entro 72 ore dal parto e le figure professionali devono, però essere coinvolte nel monitoraggio, nel tempo successivo alla degenza ospedaliera (6-52 settimane). In riferimento a quest'ultima frase, la regione Lombardia²⁵ ha già attivato un percorso, che prende in considerazione

²⁵ Cfr. Aa. Vv. *“Percorso integrato per il sostegno della maternità e paternità fragile”*, Regione Lombardia, ASL Brescia, 2014.

l'osservazione post degenza. Infatti, la dimissione della paziente è accompagnata da un codice in base alle difficoltà o problematiche riscontrate. A seguito dell'assegnazione del colore di dimissione, la paziente riceverà una visita a domicilio post dimissione da parte di un'ostetrica entro 24h (codice rosso), 24-48h (codice giallo), 48-72h (codice verde) e 72h (codice bianco). Questo al fine di offrire un sostegno attivo, anche nel momento del ritorno a casa della diade mamma-bambino, aiutare in maniera pratica con l'allattamento e avere una visione completa della nuova quotidianità della mamma.

È quindi importante lo screening di tutte le pazienti in modo tale da attivare un percorso specifico per loro a partire dalla rilevazione del rischio fino a che si mostra necessario. Questo ausilio deve però essere reso costante nel tempo e non interrompersi con la fine della degenza ospedaliera.

3.3.2 Incontri di accompagnamento alla nascita e post parto

Gli incontri di accompagnamento alla nascita risultano molto importanti per dare le prime informazioni sui fenomeni psicologici, poiché luogo di condivisione, informazione ed attivazione dove l'ostetrica/o può attivare il suo sostegno ed accompagnamento in gravidanza ed anche nel dopo il parto. Gli incontri dei corsi sono dunque utili per rendere le donne consapevoli e prepararle ad affrontare al meglio le situazioni che potrebbero insorgere al rientro a casa e, soprattutto, a non aver paura di chiedere aiuto.

Un articolo pubblicato nel 2014 dal reparto di salute mentale dell'istituto superiore di sanità, in collaborazione con i presidi ospedalieri di Oderzo (TV), Treviglio (BG) e Campobasso, ha valutato la positività allo screening sulla depressione post partum

in donne che hanno partecipato ai corsi parto²⁶. Dal loro studio è risultato che il 7,4% delle donne che hanno preso parte alla ricerca avevano sviluppato disturbi psicologici. Questo dato è risultato in percentuale più basso rispetto a quelli rilevati in altri lavori.

Questo perché un aspetto importante da considerare è la modalità di accesso ai servizi e alla richiesta di aiuto; infatti, studi dimostrano che le donne sono riluttanti nel chiedere, a causa di una difficoltà nel riconoscere i segnali di depressione da parte propria ed anche da parte del partner e dei familiari.

3.3.3 Comunicazione con il territorio (consultori)

La scarsa comunicazione tra ospedale e territorio è uno dei problemi che affligge la quotidiana pratica lavorativa. Ciò è dovuto a: problemi burocratici, a dimissioni che non tengono in considerazione il fatto di prendere accordi operativi con le realtà del territorio (medico di medicina generale e consultori) e linee guida che non tengono conto delle diverse realtà locali e del diverso rapporto con il paziente tipico dei due contesti assistenziali²⁷.

Sicuramente le pazienti trarrebbero beneficio da una continuità di assistenza anche dopo la dimissione ospedaliera; soprattutto perché la depressione post partum raggiunge il suo picco di insorgenza generalmente tra la sesta e la dodicesima settimana, dopo la nascita del figlio, periodo nel quale la madre potrebbe non avere

²⁶ Cfr. Mirabella F., Michielin P., Piacentini D., Veltro F., Barbano G., Cattaneo M., Cascavilla I., Palumbo G., Gigantesco A. “*Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi parto*”. Riv Psichiatr. 2014.

²⁷ Cfr. Pesce G. L., Bussolino R., Nebiacolombo C., Bellotti P., Esperienza di integrazione tra ospedale e territorio, Genova, 2020.

contatto diretto con professionisti in grado di comprendere i suoi segnali e le sue difficoltà²⁸.

²⁸Cfr. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4496&menu=patologie>, OMS, Depressione post partum.

3.3 Conclusioni

La professione ostetrica è la professionista con cui la persona assistita entra maggiormente in contatto durante la gravidanza, il travaglio, il parto, il puerperio, e più in generale, durante il primo anno di vita del bambino e durante il ciclo naturale della vita, risulta quindi essere un'attenta osservatrice della donna per poter scoprire con tempestività i fattori di rischio e i primi sintomi di disagio psicologico. La raccolta dati ha però dimostrato che una delle problematiche maggiori è la scarsa conoscenza del tema da parte della figura professionale.

La formazione continua in ostetricia dovrebbe approfondire la formazione sulle tematiche dedicate alle psicopatologie puerperali (fattori di rischio, segni e sintomi) e migliorare le informazioni sui progetti attivi sul territorio, in modo da poter direzionare l'intervento verso realtà adatte alla presa in carico della paziente durante la gravidanza e soprattutto nel dopo parto.

L'importanza dell'aggiornamento professionale è strategica, perché permette di acquisire nuove competenze, conoscenze, capacità che tornano indispensabili per svolgere al meglio la propria professione. Si tratta di un'opportunità da saper cogliere al fine di una migliore assistenza alla donna e alla coppia sotto ogni punto di vista²⁹.

In letteratura viene confermato ruolo fondamentale dell'ostetrica all'interno dello screening sulle patologie psicologiche perinatali e quindi la sua responsabilità, nel comprendere ogni piccolo sintomo e segnalarlo a chi di competenza. Passo dopo passo, ci si muove verso una consapevolezza e verso una corrente di pensiero che dà importanza al benessere mentale della donna, oltre che quello fisico. È

²⁹ <https://www.dossierscuola.it/perche-laggiornamento-professionale-e-importante/>

importante, però, non stigmatizzare né giudicare le donne che soffrono di depressione post partum, anzi, bisogna imparare a saper cogliere le loro fragilità e aiutarle nel percorso di guarigione.

È stato possibile dimostrare, attraverso questo studio, che gli interventi presenti portano un miglioramento assistenziale, ma che purtroppo sono presenti ancora criticità alla base che non permettono la piena efficacia.

Un fattore importante da non sottovalutare è il lavoro del team multidisciplinare sia intra che extra ospedaliero al fine di migliorare la qualità della vita degli assistiti e rilevare i bisogni non solo sanitari ma anche psicologici e sociali.

La grande sfida, ad oggi, è quella di formare professionisti in grado di fornire le informazioni più appropriate e il sostegno alle neomamme e alle neo famiglie per renderle sicure nel proprio agire e capaci di elaborare emotivamente l'avventura di diventare genitori.

La conoscenza e l'esperienza di un problema così importante, come il benessere perinatale, assimilabile solo tramite approfonditi contributi formativi, potranno portare in primo piano l'essenzialità dell'assistenza fornita da parte della figura ostetrica. Essa è, per definizione, il maggior portatore di relazione umana ed empatica con la donna, chiave d'accesso alla diagnosi precoce dei sintomi di malessere.



BIBLIOGRAFIA

1. Aa. Vv. *“Fragilità in area Materno-Infantile: procedura operativa disagio psicologico perinatale”*, ASST Spedali Civili di Bs, 2017.
2. Aa. Vv. *“Percorso integrato per il sostegno della maternità e paternità fragile”*, Regione Lombardia, ASL BS, 2014.
3. Aa. Vv. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*, OMS. 2022.
4. Aa. Vv. *Pensare Positivo - Un manuale per la gestione psicosociale della depressione perinatale*. Direzione Welfare, OMS. 2019.
5. Aa. Vv. *Progetto esecutivo “misure afferenti alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum*, Regione Veneto, 2017.
6. Aa. Vv. *“Se la mamma è depressa anche il figlio rischia”*, articolo pubblicato su Magazine – il portale di chi crede nella ricerca, della Fondazione U. Veronesi, 2013.
7. Abdul Rahman I, Yaqoob U, Bhatti TA. Post partum depression-It's time to pay attention. *Asian J Psychiatr*. 2018.
8. Angelotta C., Wisner K.L.. Treating Depression during Pregnancy: Are We Asking the Right Questions? *Birth Defects Res*. 2017.
9. Anniverno R., Bramante A., Petrilli G. Mencacci C., *Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale, indicazioni di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale*, O.N.D.A, Osservatorio nazionale sulla salute della donna, 2010.
10. Baldoni F, *“Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura”*, *Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Bologna*, 2005.

11. Barkin J.L., Beals L., Bridges C.C., Ezeamama A., Serati M., Buoli M., Erickson A., Chapman M., Bloch J.R.. *Maternal Functioning and Depression Scores Improve Significantly with Participation in Visiting Moms Program*. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2021.
12. Bobo WV, Yawn BP. *Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression*. Mayo Clin Proc. 2014.
13. Ceriani Cernadas J. M. *Postpartum depression: Risks and early detection*. Arch Argent Pediatr. 2020.
14. Chrzan-Dętkoś M., Pietkiewicz A., Żołnowska J., Pizuńska D. *The program of psychological and breastfeeding support "Maternity step by step": an example of effective solution for the prevention, diagnostics, and treatment of prenatal and postpartum depression*. Psychiatr Pol. 2020.
15. Coluzzi M., Lombardi A., Manto A., Vicario M. *FNOPO: modelli promozione salute della donna e famiglia*. 2020.
16. Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n°740, regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o
17. Ferro V., Parodi C., Barlocco A., Valenti V., Riva Crugnola C., *Ansia e depressione perinatali: l'impatto sulla relazione madre e bambino e l'intervento terapeutico*, Rivista Comunicare, 2001.
18. Huang H., Tabb K.M., Cerimele J.M., Ahmed N., Bhat A., Kester R. *Collaborative Care for Women with Depression: A Systematic Review*. Psychosomatics. 2017.
19. Lee E.W., Denison FC, Hor K, Reynolds RM. *Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review*. BMC Pregnancy Childbirth. 2016.

20. Leveni D., Morosini P, Piacentini D. *Mamme tristi: vincere la depressione post parto*. Erickson, 2014.
21. Lim G. *Perinatal depression*. Curr Opin Anaesthesiol. 2021.
22. Lovestone S. Kumar R., “*Postnatal Psychiatric Illness: the impact on partners*”, British journal of psychiatry, 1993.
23. Magdalena C.D., Tamara W.K. *Antenatal and postnatal depression - Are Polish midwives really ready for them?* Midwifery. 2020.
24. Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. *Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto*. Riv Psichiatr. 2014.
25. Payne J. L., Maguire J. *Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression*. Front Neuroendocrinol. 2019.
26. Pesce G. L., Bussolino R., Nebiacolombo C., Bellotti P., *Esperienza di integrazione tra ospedale e territorio*, Genova, 2020.
27. Quartaro R. M., Grussu P. *Psicologia clinica perinatale: dalla teoria alla pratica*, Erickson. Trento, 2018.
28. Tripathy P. *A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies*. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020.
29. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. *Postpartum Depression Screening Tools: A Review*. Psychosomatics. 2018.
30. Walker K.C., Arbour M.W., Wika J.C. *Consolidation of Guidelines of Postpartum Care Recommendations to Address Maternal Morbidity and Mortality*. Nurs Womens Health. 2019.

31. Wylie L, Hollins Martin C. J., Marland G., Martin C. R., Rankin J. *The enigma of post-natal depression: an update*. J Psychiatr Ment Health Nurs.

SITOGRAFIA

1. <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4496&menu=patologie>
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Postpartum_depression#History
3. <https://www.pennmedicine.org/news/news-blog/2016/january/shedding-more-light-on-postpartum>
4. <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/se-la-mamma-e-depressa-anche-il-figlio-rischia>
5. <https://www.depressionepostpartum.it/baby-blues-e-depressione-post-parto-che-differenza-ce/>
6. <https://www.depressionepostpartum.it/area-operatori/>
7. <https://www.dossierscuola.it/perche-laggiornamento-professionale-e-importante/>

RINGRAZIAMENTI

Eccomi giunta alla fine di questo elaborato di tesi e di questi splendidi e difficili tre anni di università, nei quali penso di essere maturata come professionista ma anche e soprattutto come persona. Vorrei dedicare queste righe a tutte le persone che hanno sempre creduto in me e nelle mie capacità e che mi hanno sempre sostenuta in ogni momento, triste o felice che fosse. Per questo mi sento di rivolgere un grandissimo Grazie:

Ai miei genitori, Bruno e Francesca, e alla mia famiglia per aver esaudito ogni mio desiderio e avermi sostenuta e accompagnata sempre.

A mio fratello Giacomo per essere, sempre a modo suo, stato mio complice. Sono sicura che saremo sempre uno la spalla dell'altro.

Ad Anna, ostetrica formidabile e instancabile guida che mi è sempre stata accanto assicurandomi ogni volta. Mi ha trasmesso il suo mare di conoscenze e mi ha insegnato ad essere autonoma e ad avere fiducia nelle mie capacità.

A Sara, stupenda compagna di viaggio e ostetrica, perché da quando i nostri percorsi universitari si sono intrecciati, non mi hai mai lasciata sola. Mi hai guidata, incoraggiata e mi hai trasmesso la tua grande passione per il nostro lavoro.

Alle ostetriche: Francesca, Cristina e Martina, ognuna con il suo modo di fare, mi hanno trasmesso i valori fondamentali di questa professione e mi hanno sempre aiutato nel momento del bisogno.

A Letizia, per essere diventata in così poco tempo una grande amica e compagna di avventure. Mi sei stata vicina in ogni momento, imparando a leggere ogni mio stato d'animo. So che non ti perderò mai.

A Enrico e Stefania, prima semplici coinquilini e poi grandi amici, grazie per avermi tirata fuori dal mio guscio e grazie anche dei bellissimi momenti che abbiamo passato insieme.

A tutte le donne a cui ho potuto essere accanto durante il mio percorso universitario e a tutti i bambini che ho avuto l'onore di accogliere per prima tra le mie mani.

Allegato 1 – Questionario sulle psicopatologie puerperali

Gentile Ostetrica/o,

Questo questionario, inserito all'interno del progetto di tesi, è proposto da Eleonora Visioli, studentessa del Corso di Laurea in Ostetricia presso l'Università degli Studi di Padova, al fine di indagare il livello di conoscenza delle ostetriche in materia di psicopatologie perinatali.

La ricerca è parte di un progetto di tesi presso il Dipartimento della salute della Donna e del Bambino dell'Università degli Studi di Padova. Questo questionario è volto ad indagare le conoscenze sul tema, si prega di svolgere in autonomia le domande senza fare uso di motori di ricerca e/o colleghi. Non sarà possibile risalire al vostro nome, dunque non abbiate paura di sbagliare o ammettere di non sapere.

Tutte le informazioni raccolte sono riservate. Solo i ricercatori tratteranno i suoi dati privati che saranno cancellati al termine dello studio.

Le viene chiesto di dare il suo consenso a partecipare, in forma anonima, non le verrà chiesto di indicare nel questionario il nome. Al termine dello studio tutte le informazioni saranno trattate in forma aggregata e non identificativa. Tutte le informazioni saranno diffuse in forma aggregata, non verrà resa nota la risposta di una singola persona, ma solo le risposte di un gruppo di persone.

I dati saranno raccolti, trattati e custoditi in ottemperanza alla legislazione che tutela la privacy (Legge 679/2016, General Data Protection Regulation).

Per completare il questionario ci vorranno circa 10 minuti.

Acconsente alla raccolta dei seguenti dati?

- Si
- No

Dichiara di essere un'ostetrica/o che lavora nella regione veneto?

- Si
- No

Dati socioprofessionali

Età (anni):

- 22-25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- >50

Titolo di Studi:

- Laurea triennale in ostetricia
- Laurea magistrale in scienze infermieristiche
- Laurea in altre facoltà
- Master

Anni/mesi di esperienza lavorativa

Presso che ateneo ha ottenuto la laurea?

Presso quale ospedale presta servizio?

In che reparti sono presenti le ostetriche/i?

- Sala Parto
- Ostetricia
- Assistenza neonatale (Nido)
- Puerperio
- Pronto soccorso ostetrico/ginecologico
- Altro _____

Durante il percorso universitario è mai stato trattato il tema delle psicopatologie perinatali?

- Sì
- No

Si è mai interessata (e informata autonomamente) al tema in questione?

- Sì
- No

È mai stata formata sul riconoscimento precoce del rischio di sviluppare queste patologie?

- Sì
- No

Conoscenze

Questo questionario è volto ad indagare le conoscenze sul tema, si prega di svolgere in autonomia le domande senza fare uso di motori di ricerca e/o colleghi. Non sarà possibile risalire al vostro nome, dunque non abbiate paura di sbagliare o ammettere di non sapere.

Quale potrebbe essere una causa della depressione post partum?

- Skin-to-skin per meno di due ore dopo il parto
- Aumento del livello di estrogeni, progesterone e ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea
- Abbassamento del livello di estrogeni, progesterone e ormoni prodotti dalla ghiandola tiroidea
- Non so

Qual è la differenza tra baby blues e depressione post partum? (se non si sa, lasciare vuoto)

Qual è la scala più comunemente usata per la rilevazione del rischio di sviluppare depressione post partum?

- Post Partum Depression Predictor Inventory-Revised – PDPI-R
- Inventory to Diagnose Depression – IDD
- Edimburgh Postnatal Depression Scale – EPDS
- Hamilton Rating Scale for Depression – HRSD
- Non so

Quali sono fattori di rischio della depressione post partum?

Scegliere la risposta più completa che tocchi ogni aspetto

- Caratteristiche individuali e fattori socioculturali
- Storia familiare, anamnesi personale, storia familiare e di disturbi psichiatrici ed età
- Relazione di coppia, anamnesi ostetrica e remota, fattori socioculturali, storia familiare e precedente MEF (morte endouterina fetale)
- Caratteristiche individuali, relazione di coppia, fattori socioculturali, storia familiare e storia della donna
- Non so

È a conoscenza di programmi di sostegno per le donne che sviluppano depressione post partum nella regione in cui lavora?

- Sì
- No

Se sì, quali?

Quali possono essere sintomi della depressione post partum?

Non sono inseriti tutti i sintomi possibili, selezionare la risposta che presenta tutte voci corrette.

- Tristezza estrema, pianto incontrollabile, sbalzi d'umore, mal di testa, disinteresse nei confronti del bambino, ideazione suicidaria
- Tristezza estrema, insonnia, iperattività, preoccupazioni eccessive, mialgia, rabbia incontrollata

- Senso di colpa per i propri sentimenti, attacchi di panico, bipolarismo, iperfagia
- Aumento della concentrazione sul lavoro, irritabilità, estrema stanchezza, ansia, preoccupazioni

Quali sono gli interventi efficaci in cui è coinvolta l'ostetrica?

- Incontri prenatali
- Ambulatorio BRO
- Incontri di accompagnamento alla nascita
- Incontri post partum
- Altro: _____

È a conoscenza delle pratiche a sostegno della genitorialità responsabile e della nurturing care?

- Sì
- No
- Ne ho sentito parlare ma non saprei spiegare in cosa consistano
- Sì, ma non mi sono mai interessata/o

Proposte di miglioramento
