

18. Screening e intervento precoce nelle sindromi d'ansia e depressione perinatale: uno studio multidisciplinare integrato in corso sul territorio italiano

*di Loredana Cena, Fiorino Mirabella, Alice Trainini,
Luisella Nodari, Nella Tralli, Antonella Gigantesco,
Monica Vichi, Gabriella Palumbo*

18.1. Curare i genitori per prendersi cura dei bambini nei primi mille giorni di vita

Nel periodo perinatale la salute mentale¹ dei genitori ha una influenza determinante nella formazione della qualità della mente feto/neonatale: questo, a sua volta, condiziona la qualità della mente che si sviluppa nel bambino e nel futuro adulto. Se in un genitore si animano disturbi affettivi, come ansia e depressione lo sviluppo neuromentale del bambino è a rischio.

Con la attenzione particolare, *babycentered*, il nostro Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale del Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali dell'Università di Brescia² sta promuovendo in questi anni una serie di ricerche sul territorio italiano. Attraverso un Accordo di collaborazione scientifica con l'Istituto Superiore di Sanità, è stato attivato uno studio multidisciplinare integrato sul territorio nazionale, con l'obiettivo di effettuare una prevenzione dei disturbi affettivi perinatali e un intervento psicosociale precoce con la madre, il bambino e il padre, nei casi di riscontrato rischio o di manifestazione di psicopatologie. Lo Studio attualmente in corso è strutturato per proteggere e promuovere la salute mentale del feto/bambino nei primi mille giorni di vita attraverso la prevenzione e il trattamento precoce della sofferenza psichica materna; lo Studio è svilup-

1. Si tratta di salute, non di sanità, né si tratta di una cosiddetta normalità, ma di una dimensione qualitativa individuale (cfr. cap. 4).

2. L'Osservatorio si propone come centro autorizzato di studi e ricerche sulla perinatalità, in cui confluiscono e si confrontano i contributi e professionisti e studiosi che a vario titolo e con approcci diversi si occupano di Psicologia Clinica Perinatale, in una rete di collaborazioni internazionali e progetti di ricerca interdisciplinare, clinica e sperimentale, in sinergia di intenti per la prevenzione della salute mentale.

pato sul territorio italiano da Unità Operative dell'Osservatorio che stanno collaborando attraverso professionisti adeguatamente formati.

Nel presente capitolo descriviamo una parte dei risultati preliminari e parziali relativamente a uno Screening della salute mentale della madre. Lo Studio complessivo prevede una valutazione della salute mentale del bambino attraverso il monitoraggio del temperamento, considerandolo connesso con le condizioni di sofferenza affettiva materna nonché degli esiti dell'intervento. Essendo lo studio in itinere, i dati completi inerenti in particolare il bambino, verranno esposti in successive pubblicazioni.

18.2. Introduzione allo Studio

Le prime strutture neuromentali si formano nell'elaborazione del dialogo non verbale madre-bambino a partire dalla gravidanza e nello sviluppo neonatale (si fa riferimento ai primi mille giorni di vita), tra madre-neonato-padre.

Le ricerche cliniche e sperimentali delle scienze psicologiche, nell'area dell'Infant Research, e quelle delle neuroscienze hanno dimostrato come il cervello umano solo in minima parte maturi per il genoma in epoca fetale, mentre, dalla nascita ma già negli ultimi mesi della gravidanza, viene ad essere "costruito" in progressive reti neurali che si generano per le esperienze interpersonali (anche intrauterine) del bimbo. Tale costruzione, verso una ottimalità piuttosto che verso la patologia, dipende dalla qualità della comunicazione non verbale che intercorre con i caregiver e tale qualità dipende dalla struttura neuromentale dei medesimi, nonché dalla possibilità che questi possano interagire e accudire adeguatamente il bimbo (infant care). La qualità della struttura neuromentale che viene a costruirsi nel cervello nei primi mille giorni di vita costituisce la matrice determinante e fondamentale per la qualità della costruzione di ogni ulteriore sviluppo del cervello, da qui l'importanza della qualità della care genitoriale che determina lo sviluppo neuromentale del neonato (Imbasciati, Cena, 2018).

Su queste premesse, sintesi di un ventennio di ricerca in Psicologia Clinica Perinatale nell'Università di Brescia, con una recente collaborazione tra il nostro Osservatorio e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si è strutturata *a protezione babycentered*, una ricerca a vasto raggio sul territorio italiano, mirata a identificare modalità di possibile efficacia per incrementare le capacità genitoriali, in particolare in questo specifico studio della madre, di una *care* materna che garantisca un buon sviluppo dei bambini, e soprattutto con lo scopo di aiutare le maternità fragili, carenti di tali capacità per la qualità della loro mente. Per questo intento si è ritenuta di primaria importanza l'individuazione dei "genitori": in questo specifico studio ci sia-

mo focalizzati sulla maternità a rischio (Palumbo, Mirabella *et al.*, 2012; 2017). Da qui il titolo della ricerca di cui verranno descritti i dati preliminari dello screening.

Obbiettivo fondamentale è che un'assistenza alle possibili patologie e carenze della dotazione neuromentale dei caregiver, nonché dell'ambiente, possa bonificare la qualità delle cure genitoriali, nell'ottica di prevenire deficit e problematiche nello sviluppo psicofisico e sociale del bambino. L'efficacia di tale assistenza attraverso interventi precoci nelle condizioni più a rischio (nascita pretermine, depressione perinatale, disagio psichico genitoriale) è determinata non solo dalla qualità e specificità degli stessi, ma altresì dalla tempestività delle cure erogate con modalità multidisciplinari.

Durante la gravidanza e il puerperio si possono verificare situazioni interiori di sofferenza psichica per la donna e la coppia, che talora si manifestano con sindromi note anche alla psichiatria, con la presenza di fattori ad alto rischio per il bambino. Tra le più conosciute ci sono le varie sindromi d'ansia e depressive (più ampiamente descritte nel cap. 15), che possono manifestarsi già nel periodo prenatale con una influenza sullo sviluppo fetale e protrarsi o manifestarsi nel post-partum, con disturbi per la madre, per il padre e per lo sviluppo del bambino (cap. 16), come risulta dagli studi epidemiologici condotti in nazioni e culture diverse. La depressione post-partum (DPP) rappresenta per caratteristiche cliniche e statistiche, la più rilevante complicanza psichica relativa al puerperio. In sintesi, riprendendo dati precedentemente riportati, si stima che colpisca il 10-15% delle donne che partoriscono nel mondo occidentale. Negli ultimi dieci anni sono stati condotti molti studi di prevalenza pubblicati in lingua inglese e prodotte diverse rassegne sistematiche sull'argomento. La quasi totalità degli studi si basano sull'impiego di strumenti di valutazione auto-compilati e sono stati condotti complessivamente in una quarantina di Paesi sia industrializzati che in via di sviluppo. Lo strumento auto-compilato più frequentemente utilizzato è la "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) (Cox *et al.*, 1987). I risultati degli studi condotti mostrano un'ampia variabilità, che diventa ancora più marcata se si considerano anche gli aspetti territoriali. Molte sono anche le ragioni metodologiche a spiegare l'instabilità dei parametri epidemiologici su questo tema. Tra le più frequenti, la scelta del campione, il momento del post-parto in cui viene effettuata la valutazione, lo strumento di screening adottato, il valore soglia utilizzato, la tendenza ad attribuire ai risultati dello strumento di screening un valore diagnostico anziché far seguire a esso un secondo momento di valutazione clinica. Se consideriamo i soli studi condotti in Europa che hanno adottato lo strumento EPDS (≥ 12) e che hanno valutato la presenza del disturbo nelle 4-8 settimane successive al parto, la prevalenza di DPP varia dall'8% (Blom *et al.*, 2010) (in uno studio condotto in Paesi Bassi a

2 mesi dal parto) al 16.7% (Gaillard *et al.*, 2014) (in uno studio condotto in Francia a 6-8 settimane dal parto). La DPP può verificarsi generalmente entro tre mesi dalla nascita del figlio e non va confusa con il cosiddetto ‘baby blues’ (70-80%) che costituisce una reazione emotiva all’esperienza del parto. Tale situazione è caratterizzata da tristezza, ansia, fluttuazioni dell’umore, irritabilità, stanchezza, facilità al pianto, ha un picco tra la terza e la quarta giornata e generalmente si risolve entro i primi 10-15 giorni dalla nascita del bambino. Una minoranza può invece andare incontro ad un disturbo vero e proprio, la depressione puerperale o post-partum.

I criteri del DSM-5 (2013) per la diagnosi della depressione che viene specificatamente circoscritta al periodo del “peri-partum” sono sostanzialmente gli stessi del Disturbo Depressivo Maggiore. Richiedono che sia presente, quasi ogni giorno per un periodo di almeno due settimane: a) umore depresso, per la maggior parte del tempo, quasi tutti i giorni, come riportato dall’individuo (per esempio si sente triste, vuoto, disperato) o come osservato da altri (per esempio appare lamentoso); b) marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte della giornata, quasi ogni giorno.

Devono inoltre essere presenti almeno 5 o più dei seguenti sintomi, perduranti per un periodo di almeno due settimane: a) significativa perdita di peso, senza essere a dieta, o aumento di peso, oppure diminuzione o aumento dell’appetito; b) insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni; c) agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni; d) faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni; e) sentimenti di autovalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati quasi tutti i giorni; f) ridotta capacità di pensare o di concentrarsi o indecisione quasi tutti i giorni; g) pensieri ricorrenti di morte, ricorrente idea suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o l’ideazione di un piano specifico per commettere suicidio.

Si parla di depressione post-partum se l’insorgenza del disturbo avviene nelle prime quattro settimane dopo il parto per il DSM-V o nelle prime sei settimane per l’ICD-10. La depressione post-partum inibisce le capacità della donna d’instaurare un interscambio di comportamenti e di emozioni con il suo bambino (Milgrom *et al.*, 2005, 2006; Meneghetti, 2007, 2011). Diversi studi hanno evidenziato l’importanza di un adeguato interscambio madre-bambino nel prevenire conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Murray *et al.*, 1999; 2015; Kim-Cohen *et al.*, 2005). Quasi il 70% delle madri depresse riferiscono infatti difficoltà di interazione e di attaccamento. L’interscambio è stato oggi riconosciuto come essenziale per la strutturazione delle reti neurali che costituiscono la matrice del successivo sviluppo del cervello di un individuo: la sua funzionalità o disfunzionalità e patologie, dipendono dalla

qualità della relazione madre-bambino. Le relative conseguenze possono manifestarsi anche a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Imbasciati, Cena, 2015a,b, 2017, 2018).

Le sindromi di ansia in gravidanza e nel post-partum sono state poco considerate rispetto alla depressione, ma sono altrettanto frequenti (Skouteris *et al.*, 2009). Una delle difficoltà ad individuare i disturbi d'ansia durante la gravidanza dipende dalla sovrapposizione di altre sintomatologie fisiche e psichiche frequenti, connesse al timore nella donna per la propria salute e il benessere fetale, alla paura della perdita del bambino, al timore per i cambiamenti del proprio corpo, alla assunzione del nuovo ruolo genitoriale e sociale, alla paura del parto.

Situazioni psichiche ansiose e depressive si possono verificare anche nei padri (Baltoni, Giannotti, 2017), partner delle madri, con forme meno evidenti, spesso soltanto comportamentali, o con equivalenti somatici. Anche queste, come tutte le situazioni neuropsichiche dell'ambiente in cui è inserito il bambino, hanno conseguenze per il suo sviluppo. La relazione madre-bambino-padre, fondamentale per la strutturazione del cervello del feto/neonato/bimbo, viene pertanto ad essere improntata dalla situazione psichica in cui si trovano i genitori (e/o altri caregivers), con le relative conseguenze sullo sviluppo neuromentale del bambino e poi anche del fanciullo. Tali effetti possono evidenziarsi a breve termine, nel comportamento-umore del neonato, così come, talora imprevedibilmente, a lungo termine in età scolastica, e adolescenziale (cap. 16). Si tenga inoltre conto che la prima matrice neuromentale, formata nei primi mille giorni di vita (dal concepimento ai primi due anni dopo la nascita) nelle relazioni con i caregivers, costituirà l'apparato che elaborerà ogni successiva esperienza strutturandola in nuove reti neurali, che contrassegnano lo sviluppo di quel cervello in ogni successivo periodo di vita, anche nell'adulto. Questa prima matrice, se strutturata difettosamente, elaborerà ogni successiva esperienza in quel cervello con anomale funzionalità. Si verifica dunque un "effetto a cascata" (o "effetto domino"), che, quanto più precoce nello sviluppo neuromentale tanto più può produrre dannosi effetti nella vita di un individuo. Da qui l'importanza di una precoce prevenzione perinatale per le donne, le coppie e i bambini a "rischio", di una possibile strutturazione non ottimale (o patogena) della loro matrice mentale costituitasi nei primi mille giorni di vita. Per tali ragioni l'oggetto di studio, che ha il suo centro più noto ed evidente nella depressione puerperale, deve essere ampliato, considerando l'intera gamma delle situazioni perinatali, per la madre, il padre e il feto/neonato/bambino, nei suoi vari livelli dalla normalità alla patologia (Imbasciati, Cena, 2015a,b).

Nonostante la disponibilità di efficaci procedure di diagnosi precoce, nella comune pratica clinica l'ansia e la depressione perinatale possono

sfuggire all'attenzione dell'assistenza. Va segnalato che sottovalutare questi disturbi può rappresentare una grave carenza in tema di salute pubblica, se si considerano i rischi per lo stato di sofferenza psichica della madre/bambino/padre e per il futuro sviluppo neuromentale del neonato. Tali rischi si espandono e ripercuotono a livello sociale, lavorativo, economico. Vanno pertanto presi in considerazione i costi diretti e indiretti della gestione delle limitazioni familiari che ne derivano, a livello personale, sociale, lavorativo dei genitori, nonché i costi diretti e indiretti delle eventuali patologie che potranno manifestarsi nel bambino e nel fanciullo e poi nell'adulto; ed anche nei suoi figli con un effetto transgenerazionale (Imbasciati, Cena, 2017). Per prevenire i succitati disturbi e le relative complicanze è necessario effettuare uno screening della depressione e ansia perinatale che, come è stato dimostrato, potrebbe essere effettuato routinariamente nella pratica dei servizi (Buist *et al.*, 2006) e, nel caso di positività, potrebbe mettere a punto trattamenti ad hoc per supportare la sofferenza psichica delle madri, bambini e padri, famiglie.

L'efficacia di specifici interventi psicosociali per la prevenzione e l'intervento precoce della depressione e ansia perinatale è recentemente oggetto di diversi studi (cap. 15). Per la depressione post-partum, ad esempio, una revisione sistematica del 2009, includente sei studi controllati randomizzati, ha concluso che specifici interventi psicologici domiciliari (perlopiù di tipo cognitivo-comportamentale) sono efficaci nel trattamento della depressione post-partum (Leis *et al.*, 2009). Uno studio del 2008, condotto su un campione di puerpere afro-americane, ha mostrato l'efficacia di un intervento psicologico effettuato nel periodo di gravidanza nel ridurre il rischio di depressione post-partum, ed anche ulteriori rischi psicopatologici (El-Mohandes *et al.*, 2008). Analoghi risultati sono stati ottenuti da Milgrom e collaboratori, che hanno messo a punto un intervento psicologico di gruppo presso l'istituto australiano Infant Clinic of the Parent-Infant Research Institute, Austin & Repatriation Medical Centre di Melbourne per il trattamento della depressione post-partum (Milgrom, 1994), la cui efficacia è confermata nel 2005 da uno studio controllato randomizzato (Milgrom *et al.*, 2003, 2005). Milgrom ha anche pubblicato un interessante lavoro a sostegno di un intervento psicologico che si è dimostrato efficace nel ridurre lo stress genitoriale, prevenire il rischio di ansia e di depressione perinatale in gestanti e puerpere che avevano manifestato la tendenza a tali sintomatologie (Milgrom *et al.*, 2011, 2015).

Nella pratica (effectiveness) nei servizi sanitari italiani l'efficacia dell'intervento psicologico precoce messo a punto da Milgrom è stato oggetto di studio di un progetto di ricerca, avviato dall'ISS nel 2012 e concluso nel 2015 dal titolo "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum" finanziato dal CCM del Ministero della Salute. (Palumbo *et al.*, 2016; Mirabella *et al.*, 2016).

18.3. Accordo di Collaborazione scientifica tra Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale dell'Università di Brescia e Istituto Superiore di Sanità. Costituzione di Unità Operative dell'Università di Brescia

L'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale, dell'Università degli Studi di Brescia, con il Progetto "*Prevenzione e Interventi precoci nella sofferenza psichica e nelle psicopatologie della perinatalità: tutela e promozione della salute fisica e mentale della madre-bambino-padre, coppia, famiglia*", ha tra le sue finalità l'organizzazione di percorsi di formazione, progetti di ricerca e intervento declinati in percorsi multidisciplinari integrati specialistici sulla perinatalità (Cena, Imbasciati, Chirico, 2018 www.unibs.it/node/12195). Nei diversi percorsi di formazione, organizzati annualmente dall'Osservatorio presso l'Università degli Studi di Brescia dal 2012, si sono individuati interessi per la ricerca da parte dei numerosi professionisti partecipanti e formati ai vari Corsi di Perfezionamento post laurea in Psicologia Clinica Perinatale e impegnati sul territorio italiano nelle Istituzioni preposte a supporto della perinatalità (Consultori, Ospedali, ASL).

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è il principale istituto di ricerca italiano nel settore della salute pubblica e, in qualità di organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, svolge funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, consulenza, documentazione e formazione in materia di salute pubblica. "Non c'è salute senza salute mentale". Parte da questo presupposto l'attività del Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale (SCIC) dell'Istituto Superiore di Sanità, la cui missione è, in linea con il Mental Health Action Plan 2013-2020 dell'OMS, promuovere la ricerca e la sua applicazione per migliorare la salute delle persone che soffrono di disturbi psichici, dei loro familiari e della popolazione generale. I ricercatori del Centro SCIC studiano le basi e le interazioni biologiche e psicosociali di specifici disturbi mentali, mentre l'accesso a grandi coorti di popolazione, a banche dati e campioni biologici consente di indirizzare la ricerca sui fattori di rischio e sui biomarcatori. Non solo ricerca, ma anche progettazione di interventi: modelli di prevenzione, trattamento e promozione della salute mentale da adottare nella pratica dei servizi e nella comunità per contrastare lo stigma associato alla sofferenza mentale.

Sul progetto dell'Osservatorio si costituisce un Accordo di collaborazione scientifica tra l'Università degli Studi di Brescia e l'Istituto Superiore di Sanità e viene elaborato uno studio comune e condiviso, esteso a tutto il periodo perinatale, cioè ai primi mille giorni di vita del bambino, dal concepimento al 18 mese, ritenuto dalle ricerche internazionali e confermato

nei nostri studi, essere periodo sensibile nella costruzione della mente (Imbasciati, 2006; Imbasciati, Cena, 2018). Lo Studio “Screening e Intervento precoce nelle sindromi di ansia e depressione perinatale. Promozione della salute mentale della madre-bambino-padre” viene pianificato e organizzato con una metodologia trasversale a Unità Operative (UO) coinvolte per l’applicazione sul territorio italiano.

Sono individuati i seguenti obiettivi:

a) Applicare nella pratica dei servizi italiani modalità efficaci di sensibilizzazione e di informazione, per le donne/coppie a rischio di depressione perinatale e per i loro familiari, sulla importanza del disturbo in questione per il futuro neuropsichico del bambino e sulla conseguente opportunità di un intervento preventivo o comunque precoce; b) Applicare modalità efficaci di screening per rilevare le donne nel periodo perinatale a rischio di depressione o di altre sindromi di sofferenza psichica; c) Applicare un intervento psicologico precoce di provata efficacia nella depressione perinatale per la prevenzione di tutte le relative complicanze Ulteriori obiettivi riguardano: a) uno studio prospettico per individuare le donne che potrebbero sviluppare depressione perinatale; b) uno studio prospettico per monitorare lo sviluppo del bambino.

Lo Studio è promosso in occasione di uno dei Corsi di Perfezionamento in Psicologia Clinica Perinatale in cui si raccolgono le adesioni di interesse e di partecipazione volontaria e gratuita. Attraverso procedure amministrative dell’Università di Brescia e secondo criteri di uniformità si costituiscono formalmente le Unità Operative dell’Osservatorio dislocate su tutto il territorio italiano. La costituzione delle UO necessita di passaggi amministrativi che richiedono tempo e coordinamento tra l’Osservatorio e i servizi impegnati; inizialmente l’interesse a partecipare viene espresso da circa 20 Unità. Si procede con una selezione, volta a uniformare le UO nei requisiti richiesti dalla metodologia dello studio. Sono inviate Lettere di richiesta di autorizzazione ai Direttori delle Strutture cui afferiscono i componenti le UO per poter procedere. Al termine del percorso di selezione e di uniformità sono ammesse alla partecipazione allo studio 11 UO (vedi box 1).

Le UO sono costituite da operatori multidisciplinari della perinatalità: psicologi, pediatri, neonatologi, neuropsichiatri infantili, ginecologi, psicoterapeuti, psichiatri, ostetriche, infermieri; imprescindibile, per ognuna di esse, la presenza di almeno uno Psicoterapeuta iscritto all’Albo Professionale.

Il coordinatore delle attività di ogni Unità Operativa coinvolta nel progetto costituisce nel proprio servizio sanitario un Comitato tecnico scientifico con colleghi professionisti per l’organizzazione e la pianificazione delle diverse procedure necessarie alla realizzazione del progetto di ricerca nella propria realtà operativa.

Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia

Direzione Scientifica:

Prof. Antonio Imbasciati - Professore Emerito di Psicologia Clinica, Università di Brescia

Prof. Gaetano Chirico - Direttore UOTIN Spedali Civili, Brescia

Prof.ssa Loredana Cena - Professore Associato di Psicologia Clinica, DSCS, Università di Brescia

Comitato Programmazione:

Dott.ssa Nella Tralli - Psicologa, Collaboratrice DSCS, Università di Brescia

Dott.ssa Luisella Nodari - Psicologa, Collaboratrice DSCS, Università di Brescia

Dott.ssa Alice Trainini - Borsista, Collaboratrice DSCS, Università di Brescia

Unità Operative del Progetto

BERGAMO - Consultorio e centro famiglie "Mani di Scorta" - Coordinamento Dott.ssa Ravasi Barbara

BOLOGNA - UOC Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza Servizi Territoriali - Coordinamento Dott.ssa Impagliazzo Sandra

BOLOGNA - Ostetricia e Ginecologia Ospedale Maggiore - Coordinamento Dott.ssa Carini Anna

BRESCIA - Istituto Clinico Città di Brescia - Coordinamento Dott.ssa Gerardi Giuseppa Serena, Paola Ferrari, Michela Feriani

COLLEGGNO (TO) - Ambulatorio Psicologia Prenatale e Perinatale ASLTO3 - Coordinamento Dott.ssa Bertuzzi Emma

ENNA - Ostetricia e Ginecologia Ospedale Umberto I - Coordinamento Dott.ssa Pistillo Maria

FIRENZE - Servizio di Psicologia Consultoriale - UFCAT - Dipartimento attività territoriali - USL Toscana Centro - Coordinamento Dott.ssa Lapi Isabella

MANTOVA - Servizio di Psicologia Clinica ASST Mantova - Coordinamento Dott. Benlodi Andrea

MILANO - Ostetricia e Ginecologia - Ospedale San Giuseppe - Coordinamento Dott.ssa Elli Margherita

NOVARA - Az. Osp. Maggiore della Carità - Associazione Gruppo Psychè - Coordinamento Dott.ssa Lucca Elena

ROMA - Ostetricia e Ginecologia Ospedale Cristo Re - Coordinamento Dott.ssa Triggiani Antonella

Il progetto permette di applicare nella pratica dei servizi una procedura di screening della depressione e ansia perinatale che si presta ad essere sviluppata presso differenti istituzioni territoriali, in quanto richiede la collaborazione e il collegamento tra risorse strutturalmente e funzionalmente

già esistenti. Lo Studio, inoltre, si propone di applicare nella pratica dei servizi sanitari un intervento psicologico di prevenzione delle complicanze, nella madre, nel padre e nel bambino, attraverso un intervento precoce nella depressione e ansia perinatale. Va segnalato che sottovalutare questi disturbi può rappresentare una grave carenza in tema di sanità pubblica. Un intervento precoce sulla depressione e ansia perinatale può rappresentare un contenimento dei costi diretti ed indiretti dovuti alla compromissione del funzionamento personale, sociale e lavorativo dei soggetti coinvolti e soprattutto relativo agli esiti negativi diretti e indiretti che possono sopravvenire nello sviluppo del bambino. Per i singoli utenti dello studio, i vantaggi attesi sono un più tempestivo riconoscimento e trattamento di disturbi ansiosi e depressivi o di altri disturbi psichiatrici ove presenti, con conseguente probabile miglioramento degli esiti di salute e maggior benessere psicologico. I dati derivanti dal progetto verranno comunicati a tutte le strutture partecipanti e alla comunità scientifica mediante pubblicazioni, nonché nelle forme più idonee, alle altre realtà sociali.

18.4. Formazione propedeutica alla metodologia e agli strumenti dello Studio

A conclusione del completamento di uniformità trasversale delle UO, i professionisti ammessi partecipano ad un percorso formativo propedeutico all'applicazione dello Studio, organizzato appositamente dall'Osservatorio.

Il percorso formativo è strutturato a seguito dei risultati e dell'esperienza maturata dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum" finanziato nel marzo 2012 dal Ministero della Salute-CCM e concluso nel marzo 2016 (Palumbo, Mirabella *et al.*, 2016). A tale scopo sono organizzati due Corsi ECM di aggiornamento professionale propedeutici al Progetto, rivolti agli operatori delle diverse Unità Operative che hanno aderito allo studio. I corsi sono tenuti presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali dell'Università degli Studi di Brescia.

Il primo corso, propedeutico alla Sensibilizzazione e allo Screening viene indirizzato agli operatori della perinatalità che effettueranno la sensibilizzazione e gli screening (in totale 30 partecipanti)³. Sono presentate le metodologie, gli strumenti e materiale informativo teorico e applicativo, per rilevare i rischi di ansia e depressione perinatale. Gli obiettivi educativi previsti sono:

3. Sono state selezionate figure multiprofessionali della perinatalità: psicologi, psicoterapeuti, ostetriche, assistenti sanitari, ginecologi.

- conoscere teorie principali sulla depressione e ansia perinatale;
- sviluppare modalità di sensibilizzazione sulla depressione e ansia perinatale;
- effettuare uno screening e una valutazione dei fattori di rischio psicosociali.

Nel secondo corso, propedeutico all'Intervento, sono stati ammessi solo gli Psicoterapeuti iscritti agli Albi Professionali (in totale 27 partecipanti), formati alla metodologia di "intervento" secondo il modello terapeutico di Jeannette Milgrom. Questo modello ad orientamento cognitivo-comportamentale prevede la contemporanea considerazione di fattori biologici, psicologici e sociali nella valutazione della condizione di vulnerabilità psicologica della madre durante il periodo perinatale (Barbano, Cattaneo, 2016) e viene applicato per promuovere nella madre e nel padre uno sviluppo di abilità di coping.

Il metodo Milgrom, valutato di provata efficacia sul territorio italiano dall'Istituto Superiore di Sanità (Palumbo, Mirabella, Rapporto ISTISAN 2016), viene descritto dettagliatamente nel manuale per gli psicoterapeuti di cui è disponibile la versione in italiano (Milgrom *et al.*, 1999, 2003).

Gli obiettivi educativi del corso propedeutico all'Intervento sono:

- approfondire i principali elementi e le caratteristiche del programma di trattamento e gestione della depressione e ansia perinatale;
- definire i principi dell'assessment della depressione e ansia perinatale;
- approfondire i principi del colloquio clinico;
- applicare le tre fasi del programma di intervento con la madre-bambino-padre per la depressione e ansia perinatale.

18.5. Pianificazione dello Studio

Lo Studio prevede le seguenti fasi: una *Prima fase* in cui il coordinatore delle attività di ogni Unità Operativa costituisce un comitato tecnico scientifico con obiettivi di organizzazione e pianificazione della realizzazione del progetto di ricerca. Una *Seconda fase, di Screening e approfondimento*, con a) Screening prenatale: negli ambulatori della gravidanza, nei corsi di preparazione al parto; b) Screening postnatale: 1) nei giorni successivi al parto nei reparti di ostetricia e ginecologia degli ospedali; 2) per i nati pretermine alle dimissioni del bambino nei reparti UTIN; 3) negli ambulatori vaccinali durante la visita per la prima vaccinazione del bambino.

Ogni coordinatore UO organizza e coordina le attività di sensibilizzazione delle donne/coppie secondo le linee guida indicate nei corsi di aggiornamento professionale propedeutici allo studio, organizzati dall'Osser-

vatorio Psicologia Clinica Perinatale del Dipartimento di Scienze Cliniche Sperimentali dell'Università di Brescia e dal Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale (SCIC) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Strumenti della fase di Screening:

- Modulo di valutazione psicosociale e clinica (in due versioni, pre e post-parto).
- Il modulo pre-parto raccoglie: i dati della donna (età, nazionalità, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche), informazioni relative ai periodi *pre-parto e della gravidanza*, eventi stressanti vissuti negli ultimi 12 mesi, informazioni sullo stato d'animo nella vita prima dell'attuale gravidanza, giudizio sul sostegno familiare e sociale percepito.
- Il modulo post-parto raccoglie: i dati della donna (età, nazionalità, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche), informazioni relative al *parto e al dopo-parto*, informazioni relative ai periodi pre-parto e della gravidanza, eventi stressanti negli ultimi 12 mesi, informazioni sullo stato d'animo nella vita prima dell'attuale gravidanza, giudizio sul sostegno familiare e sociale percepito.
- EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). È un questionario autosomministrato (Cox *et al.*, 1987), individua il rischio di depressione post-partum e si rivela utile anche per lo screening della depressione durante la gestazione.
- STAI-Y (*State-Trait Anxiety Inventory*), questionario (Spielberger *et al.*, 1983) i cui item sono raggruppati in due scale (Y1 e Y2), che valutano rispettivamente l'ansia di stato, tramite domande riferite a come il soggetto si sente al momento della somministrazione del questionario e l'ansia di tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente.
- PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), breve questionario autosomministrato sulla salute generale (Spitzer *et al.*, 1999). Può essere utilizzato per lo screening, la diagnosi, il monitoraggio e la misurazione della gravità della depressione.

Nella fase di screening a tutte le donne che aderiscono allo studio viene richiesto di firmare il consenso informato e compilare i suddetti strumenti self report. Nella nota informativa allegata e consegnata con gli strumenti dello screening è specificato che per domande, richieste di chiarimenti e perplessità sullo studio, la donna può rivolgersi al coordinatore responsabile in ognuna delle UO. Al fine di evitare ingiustificate preoccupazioni nei partecipanti, nella nota informativa è prevista una sezione in cui è spie-

gato che gli strumenti di screening non sono strumenti di diagnosi e che un'eventuale positività allo screening non sempre può corrispondere a una sindrome depressiva/ansiosa clinica ma a volte a un disagio psicologico più lieve, spesso transitorio, o essere una falsa positività.

Le donne positive allo screening sono invitate per un Approfondimento diagnostico. L'Approfondimento diagnostico viene svolto attraverso un colloquio clinico e i seguenti strumenti:

- WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality Of Life*, versione breve) per la valutazione della qualità di vita e del benessere psicologico. Lo strumento valuta la qualità di vita e il benessere psicologico indagando le aree della salute fisica, salute mentale, relazioni sociali e ambiente (WHOQOL Group, 1995).
- MINI-Plus (*Mini International Neuropsychiatry Interview*). La valutazione avviene secondo i criteri diagnostici del Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI PLUS). È uno strumento diagnostico della depressione, sotto forma d'intervista strutturata (Sheehan *et al.*, 1998). Adotta i criteri del DSM-IV e dell'ICD-10.
- QUIT (*Questionari Italiani del Temperamento*, nelle versioni 1-12 mesi e 12-36 mesi) per la valutazione del temperamento del bambino. Si tratta di una batteria di strumenti che misurano il temperamento del bambino dall'età di un mese agli undici anni (Axia, 2002). Vengono considerate diverse dimensioni, quali l'inibizione alla novità, l'attenzione, l'attività motoria, l'attenzione sociale, l'emozionalità positiva e negativa. Si chiede al genitore di valutare quanto spesso nell'ultima settimana si sia verificato uno specifico comportamento del suo bambino.

Ulteriori obiettivi dello Studio riguardano: a) uno studio prospettico per individuare le donne che potrebbero sviluppare depressione e ansia perinatale; b) uno studio prospettico per monitorare gli effetti di ansia e depressione sullo sviluppo neuromentale del bambino, in specifico sullo sviluppo del temperamento (utilizzo dello strumento QUIT); c) uno studio di confronto tra il questionario EPDS e il PHQ-9.

Le donne positive all'accertamento diagnostico ricevono l'invito ad usufruire di un intervento psicologico. Se manifestano disturbi psicotici in atto, o dipendenza da sostanze o grave depressione con rischio di suicidio o pericoli imminenti di danni fisici, sono immediatamente inviate agli appositi servizi psichiatrici ed escono dallo studio. Le donne risultate negative allo screening sono comunque informate che i risultati suggeriscono l'assenza di una sindrome depressiva/ansiosa al momento della compilazione.

Vi è infine la *Terza fase: Trattamento*, che si articola in interventi comportamentali-cognitivi secondo il metodo Milgrom (2003). L'intervento tie-

ne conto dei fattori socioculturali di vulnerabilità, e propone modalità per aiutare le donne a capire quali elementi abbiano contribuito all'insorgenza dei loro disturbi e per cercare di modificarli.

Obiettivi del trattamento:

- ridurre la sofferenza psichica;
- migliorare il funzionamento personale aumentando autostima, assertività e abilità di soluzione dei problemi;
- affrontare le difficoltà con il partner che spesso insorgono;
- affrontare le difficoltà della relazione genitore-bambino;
- facilitare l'uso e lo sviluppo di reti sociali.

Il trattamento di gruppo prevede nove incontri settimanali di un'ora e mezza ciascuno, più gli incontri col partner e il bambino e un incontro di verifica finale dei risultati raggiunti, in cui sono somministrati gli strumenti previsti dal protocollo.

È preferibile che il trattamento sia condotto in gruppi di donne, per le potenzialità del mutuo aiuto, ma si può applicare anche individualmente.

Il trattamento individuale prevede nove colloqui di un'ora ciascuno, seguiti dagli incontri col partner e il bimbo ai quali segue un incontro finale di valutazione dell'efficacia dell'intervento e follow up con la somministrazione dei questionari di fine trattamento.

Quarta e ultima fase dello Studio: Valutazione dell'intervento, con la ri-somministrazione degli strumenti di screening e degli strumenti di approfondimento alle donne che hanno aderito all'intervento: 1) a conclusione dell'intervento; 2) nei follow up a sei mesi dall'intervento; 3) a 12 mesi dal trattamento.

18.6. Reclutamento del campione nelle UO sul territorio italiano

a) *Sensibilizzazione*: inizia in 9 UO del territorio italiano nel marzo 2017, in cui viene presentato lo Studio alle donne/coppie incontrate nella pratica quotidiana dei Servizi con la proposta di partecipazione allo stesso. Questa prima fase si svolge temporalmente nel pre- o post-partum, in diversi contesti dei servizi individuati dalle singole UO sul territorio italiano: in consultorio e in ospedale durante i corsi di preparazione al parto e accompagnamento alla nascita, in reparti ospedalieri di Ostetricia nel corso della degenza post-parto, negli ambulatori vaccinali ASL territoriali in occasione delle vaccinazioni del bambino, negli ambulatori di psicologia clinica, nelle UOTIN Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale. Viene messo a disposizione per la sensibilizzazione delle donne alla depressione post-partum l'opuscolo "*Come prevenire la depressione post-partum e sen-*

tirsi nuovamente se stesse”, ideato dall’Istituto Superiore di Sanità (www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_326_allegato.pdf), il cui scopo è fornire consigli pratici su come gestire il periodo della gravidanza e del post-partum e, in particolare, sensibilizzare e informare le donne e i loro familiari sul rischio di depressione, ansia e sull’opportunità di un intervento precoce. Dai dati raccolti e inviati dalle UO risulta che in totale sono state sensibilizzate in totale 2096 donne.

La fase di *Screening* dura 12 mesi. Nelle due UO di Bologna Ospedale e Bologna Neuropsichiatria l’autorizzazione della Direzione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali è deliberata in tempi successivi e lo Screening inizia nel novembre 2017.

Delle 2096 donne sensibilizzate, 1477 aderiscono alla fase di screening (70.5%).

Alle donne che accettano di partecipare allo Studio è richiesto di prendere visione e firmare i documenti previsti dal Protocollo: “*Nota Informativa*” e “*Consenso Informato*”.

I questionari self-report sono compilati dalle donne autonomamente. I casi risultati positivi all’EPDS (≥ 12) sono tempestivamente invitati ad effettuare un *Approfondimento* diagnostico.

Le donne che allo Screening risultano negative all’ansia e alla depressione, ne sono ugualmente informate.

c) *Approfondimento*: le donne positive (N=137) all’EPDS (≥ 12) sono contattate entro una settimana e invitate ad un colloquio di approfondimento clinico-diagnostico. Accettano il colloquio di Approfondimento 93 donne. L’accertamento diagnostico, a seguito dell’approfondimento, conferma per N=39 casi la diagnosi di ansia e depressione perinatale ed alle madri viene proposto un “Intervento”⁴ precoce. La possibilità di prendere parte al trattamento viene data anche a quelle donne che, sebbene non risultino positive all’Approfondimento, desiderano partecipare ai percorsi di intervento: il numero delle donne che aderiscono al trattamento è 52.

È importante precisare che, nei casi in cui alla somministrazione degli strumenti e al colloquio clinico le donne manifestino disturbi psicotici in atto o dipendenza da sostanze o grave depressione con rischio di suicidio o pericoli imminenti di danni fisici, o già in terapia, lo Psicoterapeuta predispone l’invio ai Servizi psichiatrici territoriali e le donne non partecipano più allo Studio (N=19).

d) *Intervento*: in totale 52 donne iniziano il trattamento in tempi diversi a seconda del servizio e della attivazione dei gruppi o seguendo percorsi

4. La partecipazione è volontaria e gratuita.

individuali. L'intervento si svolge con uno Psicoterapeuta prevalentemente in gruppo, con almeno tre partecipanti. Il trattamento è applicato anche individualmente laddove le caratteristiche del Servizio o del campione non permettono altra organizzazione; nel caso infatti non sia possibile organizzare un gruppo, di almeno tre partecipanti, entro poche settimane dall'Approfondimento, viene data comunque la possibilità alla donna di effettuare un trattamento individualmente.

e) *Follow up*: Alla fine del trattamento e, successivamente, dopo 6 mesi e 12 mesi dalla sua conclusione, le donne vengono ricontattate per effettuare i follow up e verificare l'efficacia dell'Intervento a lungo termine. Viene richiesto di compilare nuovamente gli strumenti dello Screening e dell'Approfondimento, ad esclusione della versione "Ansia di tratto" dello STAI. Con l'ultimo follow up attraverso la somministrazione degli strumenti, si può verificare l'eventuale remissione della sintomatologia e quanto sia stata efficace la partecipazione al percorso di intervento.

18.7. Coordinamento delle UO

I lavori svolti dalle UO sono costantemente coordinati a livello centrale dalla prof.ssa Cena Loredana con un gruppo di collaboratori dell'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale, Centro Coordinatore delle UO (Dott.ssa Nella Tralli, Alice Trainini e Luisella Nodari) attraverso varie modalità: presenza attiva in ogni fase dello Studio per accompagnare ad una rapida risoluzione di quesiti ed eventuali problemi le singole UO, invio regolare di mail per monitorare lo stato e i tempi di applicazione dello studio, telefonate, riunioni periodiche via Skype a cui partecipano anche, per il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale (SCIC) dell'Istituto Superiore di Sanità, il responsabile scientifico del progetto (Dott.ssa Palumbo) e il metodologo (Dott. Mirabella). Le riunioni collettive permettono uno scambio reciproco di esperienze tra le varie UO che partecipano con costante impegno e applicazione in una sinergica rete condividendo le rispettive esperienze territoriali, sulla comune progettualità.

Le UO sono invitate fin dall'inizio dei lavori a tenere un "Diario delle fasi dello Studio" in cui annotare dettagliatamente l'esperienza, descrizioni e commenti, riflessioni sui punti di forza e di debolezza. L'ISS predispone strumenti di sintesi: "Schede riepilogo dati fondamentali" e un "Foglio di inserimento dati" per la raccolta dati nelle varie fasi dello studio. Le UO inviano mensilmente all'Osservatorio l'aggiornamento dei dati raccolti.

Nei casi in cui i dati raccolti non siano conformi alla metodologia prevista dal Protocollo, il gruppo dei collaboratori dell'Osservatorio contatta il referente della UO per rettifiche. Dopo una ulteriore verifica da parte dell'Osservatorio che ne conferma la correttezza, i dati vengono trasmessi all'Istituto Superiore di Sanità per il controllo finale e l'analisi statistica.

I vari professionisti della perinatalità di ognuna delle UO dislocate sul territorio italiano descriveranno la propria singola esperienza di applicazione dello Studio nel capitolo che segue e che consentirà di entrare più specificamente nel merito del lavoro specialistico svolto. Si potrà apprezzare come ogni UO declini la applicazione dello Studio in modo conforme alle caratteristiche del proprio servizio. Entrando nel merito delle caratteristiche specifiche dei diversi contesti sanitari italiani, potranno essere meglio identificati aspetti specifici applicativi dello Studio. Dalle descrizioni più o meno dettagliate, personalizzate e appassionate, si potrà comprendere l'impegno che tutti gli operatori delle UO hanno dedicato con scrupolosa attenzione e grande interesse allo Studio. Ognuna delle 11 Unità Operative esprime peculiarità che contraddistinguono la complessità del territorio nazionale. Le madri in difficoltà, i loro bambini e i padri sono accompagnati con "cura". Difficoltà e ostacoli burocratici, che spesso rallentano i vari percorsi, sono superati con tenacia: ogni professionista persegue gli obiettivi dello Studio con grande considerazione e sensibilità per ognuno dei casi clinici incontrati.

18.8. Risultati preliminari della fase di Screening dello Studio

18.8.1. Descrizione delle Unità Operative

In totale le donne contattate dalle 11 Unità Operative sono 2.096, di queste il 70,5% (1.477 donne) si sono sottoposte allo screening o nel periodo pre-parto o nel periodo post-partum.

Delle 1.477 donne che hanno partecipato allo screening 137 (9,3%) sono positive all'EPDS (cut off ≥ 12).

Nella tabella 1 è riportato il numero di donne a cui è stato proposto di partecipare allo studio, le donne che hanno accettato di sottoporsi allo screening (nel pre-parto e nel post-parto) e la percentuale di casi positivi all'EPDS per ogni Unità Operativa.

Tab. 1 - Descrizione delle Unità Operative: donne a cui è stato proposto di partecipare allo studio, che hanno accettato e che sono risultate positive all'EPDS

Unità Operativa	Numero di donne a cui è stato proposto di partecipare allo studio	Numero di donne sottoposte allo screening pre-parto (a)	Numero di donne sottoposte allo screening post-parto (b)	Numero totale di donne sottoposte allo screening (a+b) (% sul totale delle partecipanti allo studio)	Numero di donne Positive EPDS (% sul totale delle donne che hanno fatto lo screening)
Roma - Ostetricia e Ginecologia Ospedale Cristo Re	262	258	0	258 (98,5%)	18 (7,0%)
Novara - Az. Osp. Maggiore della Carità-Ass. Gruppo Ps	159	159	0	159 (100,0%)	5 (3,1%)
Milano - Ostetricia Ginecologia Osp. S. Giuseppe	115	100	0	100 (87,0)	7 (7,0)
Mantova - Serv. Psicologia Clinica ASST Mantova	93	91	4	93 (100,0)	5 (5,4)
Firenze	240	182	19	201 (83,8)	28 (13,9)
Enna	115	73	0	73 (63,5)	6 (8,2)
Torino	290	0	169	169 (58,3)	22 (13,0)
Brescia	427	22	15	37 (8,7)	7 (18,9)
Bologna Osp.	339	250	85	335 (98,8)	33 (9,9)
Bologna USL	22	0	19	19 (86,4)	6 (31,6)
Bergamo	34	31	2	33 (97,1)	0
TOTALE	2.096	1.166	311	1.477 (70,5)	137 (9,3)

18.8.2. Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partecipato allo screening

L'età media delle donne è di 33 anni (Deviazione Standard (DS)= $\pm 4,8$). È studiato il possibile legame tra alcune caratteristiche socio-demografiche raccolte con il "Modulo di base" e il rischio di positività all'EPDS (tabella 2).

Il 12,1% delle donne di età maggiore di 35 anni mostra positività all'EPDS, una percentuale significativamente più elevata rispetto ai gruppi

di età più giovani. Questo dato è in linea con la letteratura internazionale (Kazi *et al.*, 2006, cfr. cap. 15, p. 241).

La proporzione di positive all'EPDS è simile tra le italiane e le straniere (9,4% vs 8,3%). Per quanto concerne il titolo di studio si rileva una proporzione maggiore di positività all'EPDS tra le donne con licenza elementare o nessun titolo rispetto alle più istruite ma questa differenza non risulta statisticamente significativa.

Per quanto riguarda la condizione economica, emerge che le persone con "qualche problema" o "gravi problemi" economici sono molto più esposte al rischio di positività (21,4%) rispetto alle donne con standard economici modesti (9,6%) o con condizioni medio-alte (7,2%); questi dati sono confermati da letteratura europea recente (Verbeek *et al.*, 2019; cfr. cap. 15, p. 247).

Rispetto all'essere convivente/coniugata, essere nubile, separata, divorziata o vedova aumenta significativamente il rischio di positività all'EPDS (14,3%).

Si ritrovano nella letteratura attuale recenti indagini che confermano i dati: la genitorialità single viene segnalata come un fattore di rischio per depressione, ansia e stress, con effetti negativi per i bambini; le madri single hanno il doppio di probabilità di sviluppare disturbi affettivi perinatali, presentano maggiori fragilità soprattutto in connessione a difficoltà finanziarie e scarso supporto sociale (Liang *et al.*, 2019, cfr. cap. 15, p. 245).

Tab. 2 - Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partecipato allo screening (N=1477)

Variabili	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
Età	< 30	325 (22.1)	7.1
	30-35	679 (46.3)	8.5
	> 35	464 (31.6)	12.1*
Nazionalità	Italiana	1363 (92.7)	9.4
	Non italiana	108 (7.3)	8.3
Titolo di studio	Ness. - Element. - Media inferiore	193 (13.2)	11.9
	Media superiore	533 (36.6)	8.8
	Laurea	731 (50.2)	9.0
Condizione professionale	Disocc. - Casalinga - Studentessa	276 (19.0)	10.5*
	Lavoro retribuito salt. o precario	140 (9.6)	3.6
	Lavoro retribuito stabile o pensione	1036 (71.3)	9.9*
Condizione economica	Qualche problema o gravi problemi	103 (7.1)	21.4**
	Standard modesto senza difficoltà	698 (48.1)	9.6
	Condizione medio-alta	650 (44.8)	7.2
Stato civile	Convivente o coniugata	1332 (91.4)	8.9
	Nubile - Sep. o Divorz. - Vedova	126 (8.6)	14.3*

Test statistico chi-quadrato (χ^2), *p<0.05 **p<0.01

18.8.3. Informazioni relative a periodi del pre-parto e della gravidanza

Le madri che hanno avuto gravidanze precedenti presentano un rischio di positività all'EPDS significativamente maggiore rispetto alle donne che sono alla loro prima gravidanza (12,5% vs 8,0%) (tabella 3). Questo dato in letteratura viene confermato in ricerche internazionali sulle perinatal death, stillbirth (Golbasi *et al.* 2010, cfr. cap. 15, p. 235).

La stessa cosa vale anche per il gruppo di donne che ha avuto altri figli in precedenza: tra le donne che non hanno avuto altri figli è più bassa la percentuale di positive all'EPDS (1,9% vs 8,1%).

Questi dati trovano una corrispettiva conferma nella letteratura internazionale (Abuidhail, Abujilba, 2014, cfr. cap. 15, p. 241).

Non emergono invece differenze statisticamente significative tra chi ha avuto aborti in passato (11,7%) e chi invece non ne ha avuti (8,6%). Anche il ricorso alla procreazione medicalmente assistita e l'aver programmato la gravidanza non influenza la positività all'EPDS.

Tra le donne che riferiscono di aver sofferto “*mediamente*” o “*fortemente*” dell'effetto di qualche evento spiacevole nei 12 mesi precedenti allo Screening (ad esempio: malattie, incidenti, lutti, separazioni, problemi economici, ecc.) la percentuale di positività all'EPDS è significativamente più elevata (17,9% e 24,0% rispettivamente) rispetto al gruppo che riferisce di non aver avuto nessun evento spiacevole o stress (4,5%).

In letteratura si ritrovano review che confermano i dati mettendo in evidenza come difficoltà relazionali coniugali (Banker, La Coursiere, 2014, cfr. cap. 15, p. 240) ed eventi di vita stressanti siano fattori di rischio per lo sviluppo di sindromi depressive (Norhayati *et al.*, 2015, cfr. cap. 15, p. 240).

Infine, tra le madri che riferiscono che l'esperienza dell'attuale gravidanza non è positiva viene rilevata una percentuale significativamente più elevata (21,8%) di positive all'EPDS rispetto al gruppo di coloro che giudicano l'esperienza “*abbastanza*” (8,3%) o “*molto*” positiva (3,9%) (tabella 3).

La percentuale di donne positive all'EPDS è molto più elevata tra le donne che dichiarano di aver avuto, durante la gravidanza, un periodo in cui si sono sentite giù di morale o depresse (34,2% vs 5,3%).

Questi dati vengono confermati da diversi studi in letteratura che indicano che disturbi affettivi durante la gravidanza sono predittivi di depressione postnatale (Rallis *et al.*, 2014; Sockol *et al.*, 2014; Whisman *et al.*, 2011; Agius *et al.*, 2016; cfr. cap. 15, p. 245).

Percentuali analoghe di positività all'EPDS si riscontrano tra le donne che hanno dichiarato di aver perso interesse per le cose che facevano con piacere prima della gravidanza (36,7% di positività all'EPDS) e tra coloro che dichiarano di essersi sentite quasi ogni giorno della gravidanza ansiose e facilmente preoccupate (37,0% di positività all'EPDS).

Infine, tra le donne che fanno uso di farmaci per problemi psicologici, il 28,6% è positivo all'EPDS.

Tab. 3 - Informazioni relative ai periodi del pre-parto e della gravidanza

Variabili	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
Ha avuto altre gravidanze prima?	Sì	423 (28.8)	12.5**
	No	1048 (71.2)	8.0
Ha avuto altri figli prima?	Sì	310 (21.1)	13.9**
	No	1161 (78.9)	8.1
Ricorso alla procreazione medico-assistita?	Sì	110 (7.4)	9.1
	No	1346 (92.6)	9.4
La gravidanza era programmata?	Sì	1049 (72.1)	8.9
	No	406 (27.9)	10.6
Quanto disagio sofferenza o stress eventi spiacevoli le hanno procurato negli ultimi 12 mesi?	Nessuno/lieve	645 (62.7)	4.5
	Medio	212 (20.6)	17.9**
	Forte/fortissimo	171 (16.6)	24.0**
Quanto l'esperienza dell'attuale gravidanza è stata positiva?	Per niente/poco	78 (6.9)	21.8**
	Abbastanza	337 (29.7)	8.3
	Molto	719 (63.4)	3.9
Durante l'attuale gravidanza ha avuto un periodo in cui si è sentita giù di morale abbattuta depressa per almeno due settimane quasi tutti i giorni per la maggior parte del tempo?	Sì	202 (13.9)	34.2**
	No	1254 (86.1)	5.3
Durante l'attuale gravidanza ha avuto un periodo in cui ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare per almeno due settimane quasi tutti i giorni per la maggior parte del tempo?	Sì	150 (10.3)	36.7**
	No	1307 (89.7)	6.3
Durante l'attuale gravidanza ha avuto un periodo di almeno 6 mesi in cui si è sentita ansiosa, facilmente preoccupata, più del solito quasi ogni giorno?	Sì	154 (10.6)	37.0**
	No	1295 (89.4)	6.0
Attualmente prende farmaci per problemi psicologici?	Sì	21 (1.4)	28.6**
	No	1434 (98.6)	9.1

Test statistico chi-quadrato (χ^2), * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

18.8.4. Stato d'animo nella vita prima della gravidanza

Tra le donne che dichiarano di essersi sentite di umore depresso nella vita, nel periodo precedente la gravidanza, è nettamente maggiore la percentuale di positive all'EPDS rispetto alle donne che non esperiscono questo stato d'animo (19,4% vs 5,3%). Nel sottogruppo che per questi problemi ha utilizzato farmaci (prescritti dal medico) la percentuale di donne positive all'EPDS è ancora più elevata (23,0%).

La percentuale di positive all'EPDS è significativamente più elevata anche tra le donne che nel corso della loro vita hanno avuto un periodo di almeno due settimane in cui hanno perso interesse per le cose che di solito facevano con piacere (21,9% vs 9,8%) e, tra queste, quelle che dichiarano di aver assunto farmaci (prescritti da un medico) la percentuale di positive all'EPDS è ancora più elevata (30,0% vs 9,0% tra coloro che non ha assunto farmaci).

Anche tra le donne che hanno avuto nella vita e prima dell'attuale gravidanza un periodo (di almeno sei mesi) in cui si sono sentite ansiose più del solito la percentuale di positive all'EPDS è molto elevata (22,7%) e nel sottogruppo di quelle che per questi problemi ha preso farmaci (prescritti dal medico) la percentuale di positività all'EPDS è di 28,6% (vs 9,5%).

Infine, tra le donne alle quali è stato detto da un medico che soffrivano di un problema di salute mentale (che rappresentano il 4.0% del totale delle donne sottoposte a screening) circa un quinto (20,7%) è positivo all'EPDS (tabella 4).

Tab. 4 - Informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza

Variabili	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
Nel corso della vita prima dell'attuale gravidanza ha avuto un periodo di almeno due settimane in cui si è sentita giù di morale abbattuta depressa quasi tutti i giorni per la maggior parte del tempo?	Sì	434 (30.3)	19.4**
	No	996 (69.7)	5.3
Se sì, per questi problemi ha preso farmaci prescritti da un medico?	Sì	100 (23.0)	23.0**
	No	334 (77.0)	9.8
Nel corso della vita ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare per almeno due settimane quasi tutti i giorni per la maggior parte del tempo?	Sì	251 (17.4)	21.9**
	No	1190 (82.6)	6.6
Se sì, per questi problemi ha preso farmaci prescritti da un medico?	Sì	50 (19.9)	36.0**
	No	201 (80.1)	9.0
Nel corso della vita ha avuto un periodo di almeno 6 mesi in cui si è sentita ansiosa, facilmente preoccupata, più del solito quasi ogni giorno?	Sì	172 (11.9)	22.7**
	No	1277 (88.1)	7.6
Se sì, per questi problemi ha preso farmaci prescritti da un medico?	Sì	42 (24.4)	28.6**
	No	130 (75.6)	9.5
Nel corso della vita, prima dell'attuale gravidanza, un medico le ha mai detto che lei soffriva di un problema di salute mentale?	Sì	58 (4.0)	20.7**
	No	1392 (96.0)	9.0

Test statistico chi-quadrato (χ^2), *p<0.05 **p<0.01

Diverse meta-analisi e review in letteratura evidenziano come disturbi psichici e psichiatrici precedenti la gravidanza siano fattori di rischio per lo sviluppo di sindromi depressive (Vliegen *et al.*, 2014; Norhayati *et al.*, 2015; cfr. cap. 15, p. 240); dati che vengono confermati anche da un'indagine sul territorio italiano (Giardinelli *et al.*, 2012). Un altro studio italiano (Aceti *et al.*, 2015) evidenzia come una storia familiare positiva per disturbi psichiatrici possa rappresentare un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di una depressione perinatale.

18.8.5. Informazioni relative al parto e al dopo-parto.

Nel gruppo di donne che riferisce l'esperienza del parto essere stata “*poco o per niente*” positiva, il 37,9% è positiva all'EPDS. Tra le madri che hanno avuto complicazioni durante il parto, come ad esempio un cesareo imprevisto o un parto precoce, la positività all'EPDS è del 27,9%, sensibilmente più alta rispetto al gruppo di donne che invece riferisce di non aver avuto imprevisti (18,0%).

Quasi la metà delle donne i cui bambini hanno avuto problemi di salute alla nascita sono positive all'EPDS (44,4%).

Complicanze ed effetti di un parto traumatico possono rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo di depressione post-partum (Ayers, 2007; Ayers *et al.*, 2016; Hughes *et al.*, 2019; cfr. cap. 15, p. 255).

Tra le donne che hanno sperimentato il cosiddetto *Baby Blues* nella prima settimana/10 giorni dopo il parto, il 35,5% è positiva all'EPDS.

I dati del nostro studio sono in linea con ricerche in letteratura che hanno evidenziato come il 20% delle donne che manifesta una disregolazione affettiva di post-partum blues possa avere un episodio depressivo nel corso dell'anno successivo al parto (Najman *et al.*, 2000), ed il post-partum blues sembra associarsi ad un aumentato rischio di depressione maggiore e di disturbi d'ansia nei tre mesi successivi al parto (Reck *et al.*, 2009).

Nei casi in cui si sono verificati problemi di varia natura dopo la nascita del bambino, relativi alla salute della madre e alla salute (sonno, alimentazione) del bambino, la percentuale di donne positive all'EPDS è di circa il 30% e arriva al 42,3% quando “*il bambino piange molto e è difficile da consolare*” (tabella 5).

Studi in letteratura segnalano che disregolazioni emotive nei genitori come depressione e ansia sono connessi ad un temperamento “più difficile” (piange, è inquieto...) del bambino (Aktar *et al.*, 2017; cfr. cap. 16, p. 320).

Tab. 5 - Informazioni relative al parto e al dopo parto

Variabili	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
Quanto l'esperienza del parto è stata positiva?	Poco o per niente	66 (21.3)	37.9**
	Abbastanza	107 (34.5)	19.6
	Molto	137 (44.2)	12.4
Ci sono state complicazioni durante il parto (ad es. cesareo imprevisto)?	No	222 (72.1)	18.0
	Sì	86 (27.9)	27.9*
Allatta al seno?	No	54 (17.9)	14.8
	Sì	248 (82.1)	21.8
Come era la salute del bambino alla nascita?	Buona	260 (87.0)	19.6
	Qualche problema	30 (10.0)	23.3
	Gravi/molto gravi problemi	9 (3.0)	44.4*
Dopo la nascita del bambino, nei primi 7-10 giorni, ha avuto tristezza, tendenza al pianto, mancanza di speranza? (Baby blues)	No	151 (48.4)	6.6
	Sì	161 (51.6)	35.5**
Dopo la nascita del bambino ci sono stati uno o più dei seguenti problemi?	Salute personale		
	Sì	245(79.3)	18.0
	No	64 (20.7)	31.0*
	Sonno personale		
	Sì	164(53.2)	12.2
	No	144(46.8)	29.9**
	Salute del bambino		
	Sì	239(78.4)	18.0
	No	66 (21.6)	30.3*
	Sonno del bambino		
	Sì	234(76.0)	16.7
	No	74 (24.0)	32.4**
	Alimentazione del bambino		
	Sì	219(71.6)	16.4
	No	87 (28.4)	29.9**
	Temperamento del bambino (piange molto, difficile da consolare)		
Sì	251(82.8)	15.9	
No	52 (17.2)	42.3**	

Test statistico chi-quadrato (χ^2), *p<0.05 **p<0.01

18.8.6. Valutazione sul sostegno sociale e familiare percepito

La scala utilizzata per tutte le variabili relative al sostegno sociale e familiare percepito prevede tre possibili risposte: “*per niente/un po*”, “*sufficientemente*” e “*molto*”.

La percentuale di donne positive all'EPDS è molto elevata tra quelle che riferiscono di non poter contare su amici o parenti non conviventi in

caso di bisogno per un aiuto pratico (15,6% nel pre-parto e 48,4% nel post-parto).

Anche tra le donne che dicono di non poter contare su amici o parenti non conviventi per un sostegno psicologico è elevata la proporzione di positive all'EPDS (15,9% di positività nel pre-parto e 53,0% nel post).

In generale, tra chi dichiara una carenza di sostegno familiare o amicale, la proporzione di positive all'EPDS è sempre significativamente più elevata rispetto alle donne che ritengono di avere una rete parentale e/o amicale “molto” o “sufficientemente” supportiva. L'effetto della mancanza del supporto della rete amicale e parentale è però maggiormente evidente nella fase post-parto (tabella 6).

Diverse review e meta-analisi in letteratura confermano i dati sopra riportati: la mancanza di sostegno sociale (della famiglia di origine e di amici) è un fattore di rischio per la manifestazione di sindromi depressive sia nel periodo prenatale (Lancaster *et al.*, 2010; cfr. cap. 15, p. 232) che in quello postnatale (Ni *et al.*, 2011; cfr. cap. 15, p. 239).

Tab. 6 - Giudizio sul sostegno sociale e familiare percepito

	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
PRE In caso di bisogno può contare su amici o parenti che <u>non</u> vivono con lei per un aiuto pratico?	Per niente/Un po'	160 (14.0)	25 (15.6)**
	Sufficientemente	332 (29.1)	22 (6.6)
	Molto	647 (56.8)	26 (4.0)
POST In caso di bisogno può contare su amici o parenti che <u>non</u> vivono con lei per un aiuto pratico?	Per niente/Un po'	64 (21.2)	31 (48.4)**
	Sufficientemente	73 (24.2)	19 (26.0)
	Molto	165 (54.6)	11 (6.7)
PRE Può contare su amici o parenti che <u>non</u> vivono con lei per un sostegno psicologico?	Per niente/Un po'	201 (17.7)	32 (15.9)**
	Sufficientemente	373 (32.8)	24 (6.4)
	Molto	564 (49.6)	17 (3.0)
POST Può contare su amici o parenti che <u>non</u> vivono con lei per un sostegno psicologico?	Per niente/Un po'	66 (21.9)	35 (53.0)**
	Sufficientemente	95 (31.5)	15 (15.8)
	Molto	141 (46.7)	11 (7.8)

Test statistico chi-quadrato (χ^2), *p<0.05 **p<0.01

Il sostegno ricevuto o non ricevuto dal partner in caso di bisogno risulta essere fortemente associato alla positività all'EPDS (tabella 7).

La percentuale di donne positive all'EPDS è significativamente più elevata tra quelle che dichiarano, nel pre-parto, di non poter contare sulla vicinanza emotiva del partner (16,7%) rispetto a coloro che lo sentono “molto” vicino (4,0%). Nel periodo post-parto la vicinanza e il sostegno

emotivo del partner assume una rilevanza ancora maggiore: ben il 48,1% delle donne che dichiarano di non poter contare (“*per niente/un po’*”) sulla vicinanza emotiva del partner risulta positiva all’EPDS rispetto al 10,2% nel gruppo di donne che dichiara di poter contare sul sostegno emotivo del partner.

Il sostegno “pratico” del partner è importante, soprattutto nel periodo post-parto. Quasi i due quinti (38,6%) delle donne che dichiarano nel post-parto di non poter contare sull’aiuto pratico del marito/partner in caso di bisogno sono positivi all’EPDS.

In letteratura questi dati trovano conferma negli studi che mettono in evidenza come la carenza di supporto del partner sia associata alla positività all’EPDS e quindi al rischio di depressione (Almutairi *et al.*, 2017; cfr. cap. 15, p. 240); risulta una connessione tra sindromi di depressione post-partum e relazioni coniugali conflittuali (Banker, La Coursiere, 2014; cfr. cap. 15, p. 240).

Tab. 7 - Giudizio sul sostegno percepito da parte del partner

Variabili	Categorie	Numero (%)	Positività EPDS
PRE Può contare sulla vicinanza del suo partner/marito quando è nervosa o preoccupata	Per niente/Un po’	114 (12.6)	24 (16.7)**
	Sufficientemente	271 (23.8)	20 (7.4)
	Molto	724 (63.6)	29 (4.0)
POST Può contare sulla vicinanza del suo partner/marito quando è nervosa o preoccupata	Per niente/Un po’	52 (17.3)	25 (48.1)**
	Sufficientemente	82 (27.2)	18 (22.0)
	Molto	167 (55.5)	17 (10.2)
PRE Quando deve fare qualcosa o ha bisogno di un aiuto pratico suo marito/partner le dà una mano?	Per niente/Un po’	107 (9.4)	13 (12.1)**
	Sufficientemente	261 (22.9)	18 (22.0)
	Molto	770 (67.7)	17 (10.2)
POST Quando deve fare qualcosa o ha bisogno di un aiuto pratico suo marito/partner le dà una mano?	Per niente/Un po’	44 (14.6)	17 (38.6)**
	Sufficientemente	82 (27.2)	22 (26.8)
	Molto	175 (58.1)	21 (12.0)

Test statistico chi-quadrato (χ^2), *p<0.05 **p<0.01

18.8.7. Positività allo screening riferita alla settimana di gravidanza (pre-parto) e l’età del bambino (post-parto)

Nel periodo del pre-parto, dalla 1^a alla 13^a settimana di gestazione, sono sottoposte a screening solamente due donne e nessuna di loro è positiva all’EPDS. Nel periodo che va dalla 14^a alla 26^a settimana, su 129 donne valutate, quelle positive all’EPDS sono 16 (12,4%).

Nel periodo che va dalla 27^a alla 40^a settimana la percentuale di donne positive all'EPDS è pari a 5,6%.

La letteratura conferma questi dati: nel secondo trimestre di gravidanza vengono monitorati disturbi affettivi come ansia e depressione (Andersson *et al.*, 2003, cfr. cap. 15, p. 248); review indicano la presenza di sindromi depressive prevalenti nell'ultimo trimestre e in parte nel secondo (Okagbue *et al.*, 2019 cfr. cap. 15, p. 268). Altri studi confermano che depressione e ansia materne sono due complicanze durante il terzo trimestre di gravidanza e i dati concordano con quelli riportati nelle prime settimane dopo la nascita, in connessione alla separazione dal bambino (Thomas *et al.*, 2014; cfr. cap. 15, p. 270).

Per quanto concerne il periodo post-parto, dalla 1^a alla 13^a settimana di vita del bambino, la percentuale di donne positive all'EPDS è pari al 18,2%; nel periodo che va dalla 14^a alla 26^a settimana la proporzione sale al 21,2% ed è ancora più elevata nel periodo successivo: 33,3% nel periodo che va dalla 27^a alla 40^a settimana e 33,3% nel periodo 41^a-52^a settimana.

I dati rilevati nella nostra indagine sono confermati da ricerche in letteratura: alla nascita si manifesterebbe una maggiore incidenza di sindromi depressive post-partum dal terzo mese al primo anno di vita del bambino (Banti *et al.*, 2011 cfr. cap. 15, p. 233).

La percentuale di donne positive all'EPDS nell'intero collettivo sottoposto a screening è del 9,3%.

Nel sottogruppo sottoposto a screening nel periodo post-parto la percentuale di donne positive è del 20,3% molto più elevata rispetto a quanto rilevato nel gruppo sottoposto a screening nel periodo pre-parto (6,4%). Questi dati possono essere confrontati con quelli rilevati dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2016 (Palumbo *et al.*, 2016, Rapporto ISTISAN). Il 7,1% delle donne che avevano accettato di sottoporsi allo screening (110 su 1558) sono risultate positive in base allo strumento di valutazione EPDS; dal confronto viene rilevato un aumento delle sindromi depressive nel post-partum (dal 7,1% nel 2016, al 20,3% nell'indagine attuale).

Le percentuali individuate nel nostro attuale Studio sono in linea con quelle della letteratura internazionale dei paesi in via di sviluppo, come Medio Oriente (Chaaya *et al.*, 2002, p. 241), Giordania (Safadi *et al.*, 2016, p. 241), Turchia (Özcan, 2017, p. 241) relativi alla maggiore presenza di sindromi depressive in connessione con la segnalazione di problemi relativi a fattori socioeconomici (tabella 8).

Tab. 8 - Positività allo Screening secondo la settimana di gravidanza (pre-parto) e l'età del bambino (post-parto)

Periodo	Settimana	Totale	N. negative all'EPDS (%)	N. positive all'EPDS (%)
PRE-PARTO	1-13	2	2 (100,0)	0 (0,0)
	14-26	129	113 (87,6)	16 (12,4)
	27-40	1029	971 (94,4)	58 (5,6)
	Totale	1160	1086 (93,6)	74 (6,4)
POST-PARTO	1-13	220	180 (81,8)	40 (18,2)
	14-26	66	52 (78,8)	14 (21,2)
	27-40	16	10 (62,5)	6 (37,5)
	41-52	9	6 (66,7)	3 (33,3)
	Totale	311	248 (79,7)	63 (20,3)
Totale intero collettivo		1471	1334 (90,7)	137 (9,3)

18.8.8. Positività all'EPDS rispetto ai livelli di gravità del PHQ-9

La percentuale di donne individuate con *depressione assente* nel PHQ-9 positive all'EPDS è pari al 1,6% mentre tra le donne individuate nel PHQ-9 con *depressione sotto soglia* la percentuale di positive all'EPDS è pari al 9,1%.

Tra le donne che rientrano nella categoria *depressione maggiore lieve* del PHQ-9 più della metà sono anche positive all'EPDS (55,6%) mentre tra le donne individuate con *depressione maggiore di livello moderato* nel PHQ-9 la percentuale di positive all'EPDS arriva all'88,0%, questa proporzione un po' più bassa riguarda la *depressione maggiore grave* (66,7%) (tabella 9).

Studi che hanno valutato le proprietà psicometriche di EPDS e PHQ-9 hanno dimostrato che entrambe sono scale affidabili e valide sia per la rilevazione di sindromi depressive nel periodo antenatale (Zhong *et al.*, 2014) che postnatale (Flynn *et al.*, 2010).

Tab. 9 - Positività EPDS rispetto ai livelli di gravità del PHQ-9

Categorie	Numero di positive EPDS (%)	Percentuale di positive EPDS rispetto ai valori del PHQ-9
Depressione assente	14 (10,2)	14/876 (1,6)
Depressione sottosoglia	42 (30,7)	42/462 (9,1)
Depressione maggiore lieve	55 (40,1)	55/99 (55,6)
Depressione maggiore moderata	22 (16,1)	22/25 (88,0)
Depressione maggiore grave	4 (2,9)	4/6 (66,7)
Totale	137 (9,3)	137/1468 (9,3)

18.8.9. Positività all'EPDS rispetto ai livelli di gravità dell'ansia di stato e ansia di tratto

La percentuale di positive all'EPDS tra le donne individuate con ansia di stato "bassa" è solo del 2,5%, tra le donne con "ansia lieve" questa percentuale sale al 18,3% e arriva al 35,6% tra quelle con "ansia moderata" e all'81,6% tra le donne con "ansia grave" (tabella 10).

Percentuali simili di donne positive all'EPDS si riscontrano anche per quanto riguarda l'ansia di tratto.

I dati trovano riscontro in diverse ricerche in letteratura che evidenziano come un'elevata percentuale di donne che presentano sintomi depressivi perinatali manifestino anche disturbi o sintomi di ansia; il quadro clinico sulla presenza di ansia nel periodo perinatale è più complesso quando le sindromi ansiose sono associate alla depressione (Couto *et al.*, 2009; Abbasi *et al.*, 2014; Farr *et al.*, 2014; Highet *et al.*, 2014; Falah-Hassani *et al.*, 2016, 2017; cfr. cap. 15, p. 242).

Tab. 10 - Positività EPDS rispetto ai livelli di gravità dell'ansia di stato e ansia di tratto

Categorie	Numero di positive all'EPDS (%)	Percentuale di positive EPDS rispetto ai livelli d'ansia (%)
ANSIA DI STATO (Stai_Stato)		
Ansia Bassa	27 (19.8)	27/1066 (2.5)
Ansia Lieve	47 (34.6)	47/257 (18.3)
Ansia Moderata	31 (22.8)	31/87 (35.6)
Ansia Grave	31 (22.8)	31/38 (81.6)
Totale	136 (100.0)	136/1448 (9.4)
ANSIA DI TRATTO (Stai_tratto)		
Ansia Bassa	19 (14.1)	19/1050 (1.8)
Ansia Lieve	48 (35.6)	48/256 (18.8)
Ansia Moderata	43 (31.8)	43/104 (41.3)
Ansia Grave	25 (18.5)	25/30 (83.3)
Totale	135 (100.0)	135/1440 (9.4)

18.8.10. Una visione d'insieme dei risultati preliminari dello screening

La fase di Sensibilizzazione raggiunge un cospicuo numero di donne (2096), la gran parte di queste (70,5%) accetta di aderire allo Studio e tutte accettano di partecipare al programma di screening, fattibile e sostenibile nella pratica dei Servizi.

Le donne positive allo Screening sono complessivamente il 9,3%, con una notevole differenza tra il pre (6,5%) e il post (20,3%) parto. Valori di positività allo screening sensibilmente elevati sono registrati nelle settimane 14-26 prima del parto (12,4%) e 41-52 settimane dopo il parto (33,3%), e tale risultato conferma la necessità di effettuare valutazioni per il rischio di depressione perinatale precoci, ma anche protratte fino a un anno dal parto e, forse, anche più avanti.

Dai dati analizzati in questa prima fase del nostro Studio emerge che l'età più "elevata", i problemi economici, l'essere particolarmente ansiosa e/o incline a una reazione depressiva a eventi stressanti sono tutti fattori di rischio per la depressione e l'ansia. Un altro elemento associato alla positività allo screening è il basso livello percepito di sostegno parentale, amicale e del partner in caso di bisogno. In particolare, la percezione di poter contare sul partner o anche sui familiari o amici emerge come un aspetto protettivo importante e indica la necessità di considerare programmi di intervento che tengano conto dell'ambiente sociale e relazionale della donna.

Nel capitolo che segue verranno riportati i resoconti delle Unità Operative, dai quali si potranno trarre parametri generali che saranno usati per l'interpretazione dei dati complessivi, appena essi saranno completati ed elaborati.

Bibliografia

- Abbasi M., van der Aker O., Bewley C. (2014), "Persian couples' experiences of depressive symptoms and health-related quality of life in the pre- and perinatal period", *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 35(1), 16-21.
- Abuidhail J., Abujilban S. (2014), "Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: a comparison study", *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*, 21, 573-579.
- Aceti F., Giacchetti N., Mentu V., Carluccio G.M., Zaccagni M., Marini I., Di Lorenzo F., Grillo A., Mancini G., Serio V., Rocchi G., Giancola O., Biondi M. (2015), "Depressione perinatale e relazioni affettive: l'experience in close relationship in gravidanza", *Rivista di Psichiatria*, 50(3), 134-142.
- Agius A., Borg Xuereb R., Carrick-Sen D., Sultana R., Rankin J. (2016), "The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review", *Midwifery*, May 2016, vol. 36, 70-79.
- Aktar E., Colonnese C., de Vente W., Majdandzic M., Bogels S.M. (2017), "How do parents' depression and anxiety, and infants' negative temperament relate to parent-infant face-to-face interactions?", *Development and Psychopathology*, 29, 697-710.
- Almutairi A.F., Salam M., Alanazi S., Alweldawi M., Alsomali N., Alotaibi N. (2017), "Impact of help-seeking behavior and partner support on postpartum depression among Saudi women", *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1929-1936.
- American Psychiatric Association (2013), *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Andersson L., Sundström-Poromaa I., Bixo M., Wulff M., Bondestam K., Åström M. (2003), "Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 189, 148-154.
- Axia G. (2002), *QUIT - Questionari Italiani del Temperamento*, Erickson, Trento.
- Ayers S. (2007), "Thoughts and emotion during traumatic birth: a qualitative study", *Birth*, vol. 34(3), 253-263.
- Ayers S., Bond R., Bertullies S., Wijma K. (2016), "The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework", *Psychol. Med.*, 46(6), 1121-1134.
- Baldoni F., Giannotti M. (2017), "I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento", in Imbasciati A., Cena L., *Psicologia clinica perinatale. Vol. 3. Neuroscienze e Psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.

- Banker J.E., La Coursiere D.Y. (2014), "Postpartum depression: Risks, protective factors, and the couple's relationship", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 35(7), 503-508.
- Banti S., Mauri M., Oppo A., Borri C., Rambelli C., Ramacciotti D., Montagni M.S., Camilleri V., Cortopassi S., Rucci P., Cassano G.B. (2011), "From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression - research & screening unit study", *Compr. Psychiatry*, 4, 343-351.
- Barbano G., Cattaneo M (2016), "Applicazione in Italia dell'intervento psicologico di J. Milgrom", in Palumbo G., Mirabella F., Cascavilla I., Del Re D., Romano G., Gigantesco A. (eds.), *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN 16/31).
- Blom E.A., Jansen P.W., Verhulst F.C., Hofman A., Raat H., Jaddoe V.W.V., Coolman M., Teegers E.A.P., Tiemeier H. (2010), "Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study", *BJOG*, 117, 1390-98.
- Buist A., Condon J., Brooks J., Speelman C., Milgrom J., Hayes B., Ellwood D., Barnett B., Kowalenko N., Matthey S., Austin M.P., Bilszta J. (2006), "Acceptability of routine screening for perinatal depression", *Journal of affective disorders*, 93(1-3), 233-7.
- Cena L., Imbasciati A., Chirico G. (2018), "Un 'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale': formazione, prevenzione e interventi precoci a tutela e promozione della salute fisica e mentale della madre-bambino-padre, coppia, famiglia", in Imbasciati A., Cena L. (2018), *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Clinica Perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- Chaaya M., Campbell O.M., El Kak F., Shaar D., Harb H., Kaddour A. (2002), "Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon", *Archives of women's mental health*, 5(2), 65-72.
- Couto E.R., Couto E., Vian B., Gregorio Z., Nomura M.L., Zaccaria R., Passini R. Jr. (2009), "Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes", *Sao Paulo Med J*, 127(4), 185-189.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987), "Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale", *Br J Psychiatry*, 150, 782-6.
- El-Mohandes A.A., Kiely M., Joseph J.G., Subramanian S., Johnson A.A., Blake S.M., Gantz M.G., El-Khorazaty M.N. (2008), "An intervention to improve postpartum outcomes in African-American mothers: a randomized controlled trial", *Obstet Gynecol.*, 112(3), 611-20.
- Falah-Hassani K., Shiri R., Dennis C.L. (2017), "The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: a meta-analysis", *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053.
- Falah-Hassani K., Shiri R., Dennis C.L. (2016), "Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety", *Journal Affect of Disord*, 198, 142-147.

- Farr S., Dietz P., O'Hara M., Burley K., Ko J. (2014), "Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women", *Journal of Women's Health*, 23(2).
- Flynn H.A., Sexton M., Ratliff S., Porter K., Zivin K. (2010), "Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services", *Psychiatry Research*, 187(1-2), 130-134.
- Gaillard A., Le Strat Y., Mandelbrot L., Keita H., Dubertret C. (2014), "Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum", *Psychiatr Research*, 215, 341-46.
- Giardinelli L., Innocenti A., Benni L. (2012), "Depression and anxiety in perinatal period: Prevalence and risk factors in an Italian sample", *Arch Womens Ment Health*, 15, 21-30.
- Golbasi Z., Kelleci M., Kisacik G., Cetin A. (2010), "Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women", *Maternal and Child Health Journal*, 14, 485-491.
- Hight N., Stevenson A.L., Purtell C., Coo S. (2014), "Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety", *Women Birth*, 27(3), 179-184.
- Hughes C., Devine R.T., Mesman J., Blair C., NewFAMS Team (2019), "Parental well-being, couple relationship quality, and children's behavioral problems in the first 2 years of life", *Dev Psychopathol*, 24, 1-10.
- Imbasciati A. (2006), *Il sistema protomentale. Psicoanalisi cognitiva. Origine, costruzione e funzionamento della mente*, LED Edizioni Universitarie, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015a), *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 1. Neonato e radici della salute mentale*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2015b), *Psicologia Clinica Perinatale per le Professioni Sanitarie e psicosociali. Vol. 2. Genitorialità e origini della mente del bambino*, 3 volumi, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2017), *Psicologia clinica perinatale. Vol. 3. Neuroscienze e psicoanalisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Imbasciati A., Cena L. (2018), *Il futuro dei primi mille giorni di vita. Psicologia Perinatale: prevenzione e interventi precoci*, FrancoAngeli, Milano.
- Kazi A., Fatmi Z., Hatcher J., Kadir M.M., Niaz U., Wassermann G.A. (2006), "Social environment and depression among pregnant women in urban areas of Pakistan: Importance of social relations", *Social Science and Medicine*, 63, 1466-1476.
- Kim-Cohen J., Moffitt T.E., Taylor A., Pawlby S.J., Caspi A. (2005), "Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects", *Arch. Gen. Psychiatry*, 62, 173-181.
- Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A. (2010), "Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review", *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 202, 5-14.

- Leis J.A., Mendelson T., Tandon S.D., Perry D.F. (2009), "A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression", *Arch Womens Ment Health*, 12, 3-13.
- Liang L.A., Berger U., Brand C. (2019), "Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study", *J Affect Disord*, 242, 255-264.
- Meneghetti A. (2007), *System and personality*, Ontopsicologia Editrice, Roma.
- Meneghetti A. (2011), *Project human being*, Ontopsicologia Editrice, Roma.
- Milgrom J., Ericksen J., McCarthy R., Gemmil A. (2016), "Stressful impact of depression on early mother infant relations", *Stress and health*, 22, 229-38.
- Milgrom J. (1994), "Mother-infant interactions in postpartum depression: an early intervention program", *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 11(4), 29-38.
- Milgrom J., Holt C., Holt C.J., Ross J., Ericksen J., Gemmill A.W. (2015), "Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up", *Arch Womens Ment Health*, 18(5), 717-30.
- Milgrom J., Martin P.R., Negri L.M. (2003), *Depressione Post Natale*, Erickson, Trento.
- Milgrom J., Martin P.R., Negri L.M. (1999), *Treating Postnatal depression: A Psychological Approach For Health Care Practitioners*, Wiley, West Sussex.
- Milgrom J., Negri L.M., Gemmill A.W., McNeil M., Martin P.R. (2005), "A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression", *Br. J. Clin. Psychol.*, 44, 529-42.
- Milgrom J., Schembri C., Ericksen J., Ross J., Gemmill A.W. (2011), "Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties", *J Affect Disord.*, 130(3), 385-394.
- Milgrom J., Ericksen J., McCarthy R., Gemmill A.W. (2006), "Stressful impact of depression on early mother-infant relations", *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(4), 229-238.
- Mirabella F., Michielin P., Piacentini D., Veltro F., Barbano G., Cattaneo M., Palumbo G., Gigantesco A. (2016), "Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression", *Riv. Psichiatr.*, 51, 260-9.
- Murray L., Sinclair D., Cooper P., Ducournau P., Turner P., Stein A. (1999), "The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers", *J Child Psychol Psychiatry*, 40(8), 1259-71.
- Murray L., Fearon P., Cooper P. (2015), "Postnatal depression, mother-infant interactions, and child development: Prospects for screening and treatment", in Milgrom J., Gemmill A.W. (eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management*, Wiley-Blackwell, 139-164.
- Najman J.M., Anderson M.J., Bor W., O'Callaghan M.J., Williams G.M. (2000), "Postnatal depression-myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 19-27.

- Ni P.K., Lin S., Koh S. (2011), "The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review", *JBK Library of Systematic Reviews*, 9(10), 313-370.
- Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. (2015), "Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review", *J. Affect. Disord.*, 175, 34-52.
- Okagbue H.I., Adamu P.I., Bishop S.A., Oguntunde P. E., Opanuga A.A., Akhmetshin E.M. (2019), "Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy", *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(9), 1555.
- Özcan N.K., Boyacıoğlu N.E., Dinç H. (2017), "Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428.
- Palumbo G., Mirabella F., Cascavilla I., Gigantesco A., Torolla E. (2012), "Prevention and early intervention in post-partum depression risk", *International Journal of Psychology*, 47.
- Palumbo G., Mirabella F., Cascavilla I., Del Re D., Romano G., Giganteco A. (2016), "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", *Roma Ist Super di Sanità (Rapporto ISTISAN 16/31)*.
- Palumbo G., Mirabella F., Gigantesco A. (2017), "Positive screening and risk factors for post-partum depression", *European Psychiatry*, 42, 77-85.
- Rallis S., Skouteris H., McCabe M.P., Milgrom J. (2014), "A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy", *Women & Birth*, vol. 27(1), 68-71.
- Reck C., Stehle E., Reinig K., Mundt C. (2009), "Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum", *J Affect Disord*, 113, 77-87.
- Safadi R.R., Abushaikha L.A., Ahmad M.M. (2016), "Demographic, maternal, and infant health correlates of postpartum depression in Jordan", *Nursing and Health Sciences*, 18, 306-313.
- Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G.C. (1998), "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10", *J. Clin. Psychiatr.*, 59(20), 22-33.
- Skouteris H., Wertheim E.H., Rallis S., Milgrom J., Paxtonb S.J. (2009), "Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships", *Journal of Affective Disorder*, vol. 113(3), 303-308.
- Sockol L.E., Epperson C.N., Barber J.P. (2014), "The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mother", *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199-212.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs G.A. (1983), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B. (1999), "Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire", *The Journal of the American Medical Association*, 282(18), 1737-44.
- Thomas N., Komiti A., Judd F.M. (2014), "Pilot early intervention antenatal group program for pregnant women with anxiety and depression", *Archives of Women's Mental Health*, 17, 503-509.
- Verbeek T., Bockting C.L., Beijers C., Meijer J.L., Pampus M.G., Burger H. (2019), "Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression", *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(1), e138-e143.
- Vliegen N., Casalin S., Luyten P. (2014), "The Course of Postpartum Depression", *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1-22.
- Whisman M.A., Davila J., Goodman S.H. (2011), "Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period", *J. Fam. Psychol.*, 25(3), 375-383.
- WHOQOL Group (1995), "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization", *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-9.
- Zhong Q., Gelaye B., Rondon M., Sánchez S.E., García P.J., Sánchez E., Williams M.A. (2014), "Comparative performance of patient health questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression", *Journal of affective disorders*, 162, 1-7.