



# RAPPORTI ISTISAN 23|16

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

## **Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale: dati del primo anno di attività**

L. Camoni, F. Mirabella, A. Gigantesco,  
S. Brescianini, M. Ferri, G. Palumbo, G. Calamandrei  
e i Referenti del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale:  
dati del primo anno di attività**

Laura Camoni, Fiorino Mirabella, Antonella Gigantesco,  
Sonia Brescianini, Maurizio Ferri, Gabriella Palumbo\*, Gemma Calamandrei  
e i Referenti del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale  
*Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale*

*\* in quiescenza da maggio 2022*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**  
**23/16**

Istituto Superiore di Sanità

**Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale: dati del primo anno di attività.**

Laura Camoni, Fiorino Mirabella, Antonella Gigantesco, Sonia Brescianini, Maurizio Ferri, Gabriella Palumbo, Gemma Calamandrei e i Referenti del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale  
2023, iii, 50 p. Rapporti ISTISAN 23/16

Il presente rapporto riporta i dati del primo anno di attività del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale istituito presso il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità, per raccogliere esperienze, condividere strumenti di azione e standardizzare gli interventi di salute mentale perinatale. Durante il primo anno, è stata svolta un'indagine per valutare il rischio di depressione e ansia nel periodo perinatale che ha coinvolto 20 strutture di 8 Regioni italiane.

*Parole chiave:* Depressione; Ansia; Periodo perinatale

Istituto Superiore di Sanità

**Italian Network on Perinatal Mental Health: data from the first year of activity.**

Laura Camoni, Fiorino Mirabella, Antonella Gigantesco, Sonia Brescianini, Maurizio Ferri, Gabriella Palumbo, Gemma Calamandrei and the Representatives of the Italian Network on Perinatal Mental Health  
2023, iii, 50 p. Rapporti ISTISAN 23/16 (in Italian)

This report describes the data of the first year of activity of the Italian Network on Perinatal Mental Health set up at the Reference Center for Behavioral Sciences and Mental Health of the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy), to gather experiences, share tools for action and standardize perinatal mental health interventions. During the first year, a survey was carried out to evaluate the risk of depression and anxiety in the perinatal period, which involved 20 facilities in eight Italian Regions.

*Key words:* Depression; Anxiety; Perinatal period

Per informazioni su questo documento scrivere a: [gemma.calamandrei@iss.it](mailto:gemma.calamandrei@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo documento come segue:

Camoni L, Mirabella F, Gigantesco A, Brescianini S, Ferri M, Palumbo G, Calamandrei G i Referenti del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale. *Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale: dati del primo anno di attività*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/16).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusafferro*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Il presente rapporto è stato elaborato da:

**Istituto Superiore di Sanità, Roma**

*Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale*

Laura CAMONI, Fiorino MIRABELLA, Antonella GIGANTESCO, Sonia BRESCIANINI,  
Maurizio FERRI, Gabriella PALUMBO, Gemma CALAMANDREI

**Referenti del Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale**

Franca ACETI	Sapienza Università, Policlinico Umberto I, Servizio di Psicopatologia Perinatale, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Ilaria ADULTI	Università Tor Vergata, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Lucia AITE	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Pietro BAGOLAN	Area delle Scienze Fetalì, Neonatali e Cardiologiche, Ospedale Bambino Gesù, Roma
Gina BARBANO	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 2 e Marca Trevigiana, Distretto Treviso Nord, sede di Oderzo
Antonello BELLOMO	Azienda Ospedaliera Universitaria, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Foggia
Silvia BUCCI	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Simona CAPPELLETTI	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Marina CATTANEO	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest
Elda CENGIA	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti, Ospedale di Feltre
Donatella CHIRELLI	Ospedale Cristo Re, Roma
Flavia DISTEFANO	Ospedale Cristo Re, Roma
Angela FABIANO	Azienda Ospedaliera Garibaldi Nesima, Catania
Chiara FALAMESCA	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Laura FAVRETTI	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti, Ospedale di Feltre
Laura FERRARO	Università degli studi di Palermo, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Palermo
Nicoletta GIACCHETTI	Sapienza Università, Policlinico Umberto I, Servizio di Psicopatologia Perinatale, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Evelina GOLLO	Azienda Sanitaria Regionale del Molise
Antonella GRILLO	Azienda Sanitaria Provinciale, Catania
Teresa GRIMALDI	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Chiara IONIO	Università Cattolica Sacro Cuore, Milano
Daniele LA BARBERA	Università degli studi di Palermo, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Palermo
Marta LANDONI	Università Cattolica Sacro Cuore, Milano
Angelo MARCHEGGIANI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise
Giulia MAURI	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Ospedale Santa Chiara, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Pisa
Marianna MAZZA	Policlinico A. Gemelli, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Loredana MESSINA	Ospedale Buccheri La Ferla
Cinzia NIOLU	Università Tor Vergata, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Giovanna PICCIANO	Azienda Sanitaria Regionale del Molise
Maria PISTILLO	Azienda Sanitaria Provinciale, Ospedale di Enna
Laura RAHO	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Myriam REGONESI	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest
Rossana RIOLO	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 8 Berica, Dipartimento Salute Mentale, Ambulatorio disturbi psichici perinatali materni e paterni
Angela ROSSI	Ospedale Bambino Gesù, Unità operativa di psicologia clinica, Roma
Gabriele SANI	Policlinico A. Gemelli, Osservatorio multicentrico depressione perinatale, Roma
Martina SMORTI	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Ospedale Santa Chiara, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Pisa
Damiana TOMASELLO	Azienda Ospedaliera Garibaldi Nesima, Catania
Antonella TRIGGIANI	Ospedale Cristo Re, Roma



# INDICE

<b>Introduzione</b> .....	1
<b>Metodologia</b> .....	3
Campione.....	4
Gestione dei dati .....	4
<b>Risultati</b> .....	5
<b>Conclusioni</b> .....	16
<b>Appendice A</b>	
Caratteristiche e modalità operative dei Servizi delle Unità Operative partecipanti.....	17
A1. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Bergamo ovest.....	19
A2. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 8 Berica .....	21
A3. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 2 e Marca Trevigiana .....	23
A4. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti .....	25
A5. Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana .....	27
A6. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.....	30
A7. Università di Tor Vergata, Roma .....	32
A8. Sapienza, Università di Roma - Policlinico Umberto I.....	34
A9. Ospedale Cristo Re, Roma .....	35
A10. Azienda Sanitaria Regionale del Molise .....	36
A11. Dipartimenti Materno Infantile - Catania.....	38
A12. Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo.....	39
A13. Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.....	40
<b>Appendice B</b>	
Scheda raccolta dati per la valutazione del rischio di depressione e ansia nel periodo perinatale .....	41
Informazioni socio-demografiche .....	43
Screening .....	44
Edinburgh Postnatal Depression Scale .....	45
General Anxiety Disorder-7.....	46
<b>Bibliografia</b> .....	47



## INTRODUZIONE

La maternità è un momento cruciale nella vita di una donna e, sebbene nella grande maggioranza dei casi questo evento sia vissuto come una tappa importante della vita che porta a un buon adattamento, in altri casi, invece, i cambiamenti personali, di coppia e familiari legati alla gravidanza e alla nascita di un figlio possono rappresentare una fonte di stress (Peyton & Wisniewski, 2020) che aumentano il rischio di ansia e depressione nel periodo perinatale (Falek *et al.*, 2022; Misri *et al.*, 2015).

Circa il 10% delle donne in gravidanza soffre di qualche tipo di disturbo mentale, in particolare depressione o ansia (Fisher *et al.*, 2012; Underwood *et al.*, 2019) e questa percentuale è aumentata negli ultimi anni in connessione con l'epidemia di COVID-19. Ad esempio, con riferimento al contesto italiano, la percentuale di donne a rischio di depressione è costantemente aumentata dal 2019 al 2022 passando dall'11% del 2019 al 25% del 2022 (Camoni *et al.*, 2022a).

La depressione e l'ansia durante la gravidanza sono associate a cattive condizioni di salute del bambino dalla nascita (in termini di aumento del rischio di parto prematuro e basso peso alla nascita) all'infanzia (in termini di peggiori prestazioni cognitive e problemi comportamentali) (Dagher *et al.*, 2021; Ding *et al.*, 2014; Grigoriadis *et al.*, 2013; Misri *et al.*, 2015; Smorti *et al.*, 2019).

Inoltre, la depressione perinatale influisce negativamente sulla qualità della genitorialità con conseguente diminuzione del coinvolgimento affettivo dei genitori e aumento del rischio di maltrattamento sui minori (Lovejoy *et al.*, 2000). Per questi motivi, una diagnosi precoce di ansia e depressione durante la gravidanza appare come uno dei principali obiettivi di salute pubblica per migliorare gli esiti di salute della madre e del bambino (Falek *et al.*, 2022; Misri *et al.*, 2015).

Lo screening per ansia e depressione delle donne in gravidanza (sia nella gestazione fisiologica che nel caso di problematiche ostetriche, fetali e condizioni psichiatriche preesistenti) è importante non solo per identificare i soggetti a rischio, ma anche per fornire un tempestivo intervento in termini di counselling, psicoterapia e farmacoterapia.

In seguito alla pubblicazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del rapporto "Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza COVID-19 e post-emergenza" (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020) prodotto durante la pandemia, è stato istituito nel settembre 2020 un gruppo di lavoro nazionale presso il Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale dell'ISS, per raccogliere esperienze, condividere strumenti di azione e standardizzare gli interventi di salute mentale perinatale. Inoltre, il gruppo ha avviato un'indagine che coinvolge attualmente 20 strutture di 8 Regioni italiane per valutare il rischio di depressione e ansia nel periodo perinatale.

Alla rete hanno aderito numerose istituzioni ed enti locali del Centro, Sud e Nord Italia. Attualmente le strutture interessate sono:

1. Consultori familiari;
2. Reparti di Ginecologia e Ostetricia;
3. Ospedali pediatrici;
4. Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)
5. Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)

Le Unità Operative partecipanti sono mostrate nella Tabella 1.

**Tabella 1. Unità Operative che hanno partecipato all'indagine (novembre 2021-novembre 2022)**

Provincia	Unità operativa
Bari	Università degli studi di Bari, Osservatorio Multicentrico Depressione Perinatale
Belluno	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti, Unità Ospedaliera Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Feltre
Bergamo	Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest, Consultorio di Treviglio
Campobasso	Azienda Sanitaria Regionale del Molise – Consultori di Campobasso e Boiano
Catania	Azienda Sanitaria Provinciale, Catania
Catania	Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione, Ospedale Garibaldi Nesima
Enna	Azienda Sanitaria Provinciale, Ospedale di Enna
Foggia	Università degli studi di Foggia, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Lecce	Università degli studi di Lecce, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Napoli	Università degli studi di Napoli, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Palermo	Ospedale Buccheri La Ferla
Palermo	Università degli studi di Palermo, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Pisa	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana Ospedale Santa Chiara, Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica
Roma	Sapienza Università di Roma, Policlinico Umberto I, Servizio di Psicopatologia Perinatale, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Roma	Ospedale Cristo Re
Roma	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Unità di psicologia clinica e medicina e chirurgia fetale e perinatale
Roma	Università Tor Vergata, Policlinico Tor Vergata, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Roma	Università Cattolica Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli, Osservatorio multicentrico depressione perinatale
Treviso	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 2 e Marca Trevigiana, Unità Operativa Complessa Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori, Consultorio di Oderzo
Vicenza	Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 8 Berica, Dipartimento Salute Mentale, Ambulatorio disturbi psichici perinatali materni e paterni

Una descrizione delle attività realizzate nel campo della salute mentale perinatale dalle Unità Operative presenti nel Network è riportata nell'Appendice A.

## METODOLOGIA

Il disegno dell'indagine è di tipo *cross-sectional* e da novembre 2021, raccoglie dati individuali sul rischio di ansia e depressione tra le donne che si presentano ai centri partecipanti.

La strategia metodologica prevede l'utilizzo di questionari di autovalutazione sul rischio di depressione e di ansia e una scheda disegnata *ad hoc* per raccogliere informazioni sui principali fattori di rischio psicosociali.

In particolare, sono stati utilizzati i seguenti strumenti di screening:

– *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

L'EPDS (Cox *et al.*, 1987) è una scala di autovalutazione composta da 10 *item* con risposta su una scala Likert a 4 punti di frequenza e punteggi che vanno da 0 a 3. È disponibile in più di 30 lingue. Si tratta di una scala molto semplice da usare, tuttavia è necessario essere opportunamente addestrati alla sua somministrazione e valutazione per poter fornire alle donne un feedback appropriato. Il punteggio totale varia da 0 a 30, dove i punteggi più alti indicano sintomi depressivi più gravi.

Gli *item* indagano la gran parte dei sintomi della depressione come speranza nel futuro, umore depresso, sensi di colpa, paura, preoccupazione, disturbi del sonno e ideazione autolesionistica. I primi due *item* sono formulati in senso positivo, i restanti otto sono espressi in forma negativa. La consistenza interna della versione italiana (Benvenuti *et al.*, 1999) è 0,80 (alfa di Cronbach).

La scelta del valore *cut-off* da utilizzare dipende dagli obiettivi della valutazione: un *cut-off* 9/10 sembra essere il più indicato in un programma di screening o nelle survey di comunità mentre un *cut-off* di 12/13 di solito è raccomandato nelle valutazioni cliniche e nella ricerca, in particolare in studi di efficacia nella pratica (*effectiveness*) (Mirabella *et al.*, 2016) nei quali si intenda effettuare il trattamento solo con le persone con una più elevata probabilità di avere un problema di depressione nel periodo perinatale. Ovviamente a diversi *cut-off* conseguono differenti valori di sensibilità, specificità e valori predittivi positivi e negativi. Il punteggio di *cut-off*  $\geq 12$  sembra ottimizzare il valore predittivo positivo, cioè la proporzione delle persone individuate come positive dal test che effettivamente lo sono. Questo *cut-off* è in grado di assicurare una sensibilità del 56%, una specificità del 98% e un valore predittivo positivo dell'83%. Il *cut-off* utilizzato in questa indagine ( $\geq 9$ ), la è in grado di assicurare una sensibilità e una specificità pari circa al 94% e 87% rispettivamente e un valore predittivo positivo del 59% (Benvenuti *et al.*, 1999).

– *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7)

Il GAD-7 (Plummer *et al.*, 2016) è uno strumento che utilizza i criteri del DSM-5 (APA, 2013) e consente di valutare il rischio e il livello di gravità del disturbo d'ansia generalizzato.

Si tratta di un questionario autosomministrabile composto da 7 *item* che indaga la frequenza dei sintomi di ansia nelle ultime 2 settimane su una scala Likert a 4 punti di frequenza, da 0 a 3 (per niente/qualche volta/più della metà dei giorni/tutti i giorni).

Gli *item* includono: nervosismo, incapacità di smettere di preoccuparsi, eccessiva preoccupazione, irrequietezza, difficoltà a rilassarsi, facile irritazione e paura che accada qualcosa di orribile. Il punteggio totale varia da 0 a 21 e si ottiene come somma dei punteggi dei singoli *item*, individuando le seguenti categorie di gravità sintomatologica: 1-4 sintomi minimi; 5-9 sintomi lievi; 10-14 sintomi moderati; 15-21 sintomi gravi. È disponibile in molte lingue diverse.

A un punteggio *cut-off* di 10 o superiore, la sensibilità e la specificità superano l'80%. Allo stesso valore di *cut-off*, il GAD-7 viene usato anche per valutare il rischio di altri tre comuni disturbi d'ansia: disturbo di panico (sensibilità del 74%, specificità dell'81%), disturbo d'ansia sociale (sensibilità del 72%, specificità dell'80%) e disturbo post-traumatico da stress (sensibilità del 66%, specificità dell'81%). Un *cut-off*  $\geq 8$  è stato reputato ottimale per ottimizzare la sensibilità senza compromettere la specificità.

È stata inoltre messa a punto una scheda per la rilevazione (Appendice B) di alcune variabili socio-anagrafiche (età, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche, convivenza con un partner) e di altre informazioni relative al periodo del parto e della gravidanza (altre gravidanze, altri figli, ricorso alla procreazione medicalmente assistita, precedenti aborti, partecipazione a corsi di preparazione al parto), al sostegno familiare e sociale percepito (supporto del partner, degli amici o dei parenti per aiuto pratico o sostegno psicologico in caso di bisogno), e all'uso attuale di psicofarmaci per problemi di depressione o ansia, diagnosi passate di ansia o depressione (della donna e o dei suoi familiari).

Le donne ritenute a rischio di ansia e depressione vengono successivamente sottoposte a ulteriori accertamenti diagnostici e, se la diagnosi è confermata, vengono invitate a seguire percorsi terapeutici mirati.

## Campione

Sono considerate oggetto di studio le donne in gravidanza e nel periodo del postparto arruolate attraverso i Servizi delle Unità Operative che afferiscono al Network Italiano sulla Salute Mentale Perinatale.

L'indagine è stata proposta a tutte le donne che hanno avuto accesso a questi Servizi da novembre 2021 a novembre 2022. Per le donne che non hanno accettato di partecipare, è stata registrata la motivazione del rifiuto.

## Gestione dei dati

La raccolta dei dati è *web-based*, tramite la piattaforma Lime survey, gestita dall'Istituto Superiore di Sanità. Per garantire la riservatezza dei dati, all'interno di ogni centro, ad ogni donna viene assegnato uno specifico codice pseudonimizzato, in ordine progressivo di adesione allo studio.

I dati raccolti attraverso questa indagine sono trattati secondo quanto previsto dal DL.vo 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche e integrazioni, e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati noto come GDPR, *General Data Protection Regulation*) (Europa, 2016). Le informazioni raccolte non sono riconoscibili o identificabili e in tutti i questionari verranno utilizzati codici pseudo anonimi a tutela della privacy, in ottemperanza al GDPR. I dati sono registrati elettronicamente e conservati presso il Centro di Riferimento per le Scienze del Comportamento e della Salute Mentale dell'ISS.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'ISS (Prot. 0024542, Roma 30 giugno 2021).

I dati sono stati analizzati dai ricercatori dell'ISS, previo attento controllo di qualità.

## RISULTATI

Da novembre 2021 a novembre 2022 hanno aderito al Network 20 servizi pubblici appartenenti a 8 Regioni italiane (Figura 1):

- 5 del Lazio;
- 5 della Sicilia;
- 3 della Puglia;
- 3 del Veneto;
- 1 della Campania;
- 1 del Molise;
- 1 della Toscana;
- 1 della Lombardia.



**Figura 1. Unità Operative partecipanti**

I servizi coinvolti appartengono a Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimenti di Psichiatria Ospedalieri, Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), Consultori Familiari. Questi servizi hanno reclutato donne con caratteristiche diverse in termini di livello di rischio. I Centri di salute materno-infantile hanno reclutato donne con gravidanze fisiologiche durante i corsi di preparazione al parto e le visite ostetriche di routine. I Reparti di Ginecologia e Ostetricia ospedalieri hanno reclutato sia donne con gravidanze fisiologiche sia donne con patologie ostetriche o ginecologiche. I Dipartimenti di Psichiatria Ospedalieri e i Servizi per i Disturbi Perinatali del DSM hanno reclutato donne con problemi psichiatrici pregressi o attuali. Infine, i Reparti di Medicina e Chirurgia fetale e perinatale ospedalieri hanno reclutato donne con anomalie fetali durante le visite ostetriche di routine per le gravidanze a rischio o durante il ricovero per gravidanze a rischio.

Le Unità Operative di Bari, Foggia, Lecce, Palermo, Napoli, Roma (Sapienza Università, Policlinico Umberto I e Policlinico A. Gemelli) hanno partecipato all'indagine come Osservatorio Multicentrico sulla Depressione Perinatale (OMDP), coordinato dall'Università di Tor Vergata di Roma che ha attivato una collaborazione tra gli ambulatori e i day hospital di psichiatria generale e quelli di ginecologia/ostetricia e neonatologia. L'attività dell'OMDP e delle altre Unità Operative che partecipano al Network italiano sulla salute mentale perinatale è descritta nell'Appendice A.

Nel primo anno di attività dell'indagine, da novembre 2021 a novembre 2022, hanno accettato ed eseguito lo screening 4884 donne, il 57,3% nel periodo precedente al parto e il restante nel periodo successivo al parto (Tabella 2).

**Tabella 2. Donne (n. e %) sottoposte a screening durante il periodo perinatale (novembre 2021-novembre 2022)**

Unità operativa	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
Consultorio familiare di Treviglio, Bergamo	10 (0,4)	402 (19,3)	412 (8,4)
DSM, Servizio per i disordini perinatali materni e paterni, Vicenza	2 (0,1)	11 (0,5)	13 (0,3)
Consultorio Familiare Oderzo, Treviso	0 (0,0)	31 (1,5)	31 (0,6)
Ospedale di Feltre, Belluno	149 (5,3)	591 (28,4)	740 (15,2)
Ospedale S. Chiara, Pisa	178 (6,4)	3 (0,1)	181 (3,7)
Ospedale Bambino Gesù, Roma	505 (18,0)	1 (0,0)	506 (10,4)
Università e Policlinico Tor Vergata, OMDP, Roma	8 (0,3)	3 (0,1)	11 (0,2)
Sapienza Università, Policlinico Umberto I, OMDP, Roma	460 (16,4)	145 (7,0)	605 (12,3)
OMDP, Foggia	410 (14,6)	0 (0,0)	410 (8,4)
OMDP, Bari	411 (14,7)	0 (0,0)	411 (8,4)
OMDP, Lecce	161 (5,7)	0 (0,0)	161 (3,3)
OMDP, Palermo	6 (0,2)	1 (0,0)	7 (0,1)
OMDP, Napoli	2 (0,1)	18 (0,9)	20 (0,4)
Ospedale A. Gemelli, Dipartimento di psichiatria, OMDP, Roma	39 (1,4)	0 (0,0)	39 (0,8)
Ospedale Cristo Re, Roma	11 (0,4)	723 (34,7)	734 (15,0)
Consultorio familiare, Campobasso e Boiano	151 (5,4)	26 (1,2)	177 (3,6)
Ospedale Garibaldi Nesima, Catania	247 (8,8)	30 (1,4)	277 (5,7)
ASP, Consultorio, Catania	11 (0,4)	74 (3,6)	85 (1,7)
Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo	33 (1,2)	0 (0,0)	33 (0,7)
ASP, Ospedale di Enna	7 (0,2)	24 (1,2)	31 (0,6)
<b>Totale</b>	<b>2801 (57,3)</b>	<b>2083 (42,7)</b>	<b>4884 (100,0)</b>

OMDP: Osservatorio Multicentrico sulla Depressione Perinatale

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

ASP: Azienda Sanitaria Provinciale

Le varie Unità Operative hanno contribuito in modo differente allo screening. I Servizi che hanno contribuito maggiormente sono l'Ospedale di Feltre, l'Ospedale Cristo Re di Roma, il Servizio di Psicologia Perinatale dell'Università Sapienza e l'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Inoltre, le donne sono state reclutate in periodi diversi del preparto e postparto in base alla specificità del servizio erogato.

Più della metà delle donne del nostro campione ha un'età superiore a 31 anni. In particolare, il 34,8% ha un'età compresa tra 31 e 35 anni e il 32,8% ha un'età superiore a 36 anni. L'età media è di 33,0 (Deviazione Standard, DS 5,4) anni per le donne italiane e di 32,4 (DS 5,9) anni per le donne straniere.

Il Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia del 2021 rileva che l'età media delle madri è di 33,1 anni per le italiane e di 31 anni per le cittadine straniere (CeDAP, 2021).

Per quanto riguarda la nazionalità, circa l'8% del nostro campione è di nazionalità non italiana, valore più basso rispetto a quello riportato dal CeDAP nel 2021 (pari al 19,9%). Verosimilmente questa differenza è da attribuire al fatto che le Unità Operative del nostro campione sono soprattutto del Centro-Sud con più bassa presenza di donne straniere rispetto al Centro-Nord.

Il livello di scolarità del nostro campione appare complessivamente medio/alto, con una percentuale di laureate pari a 45,3 e diplomate pari a 42,6. Relativamente allo stato civile, la quasi totalità del nostro campione è composta da donne conviventi o coniugate (99,0%). Conseguentemente il 98,9% delle donne afferma di vivere con il partner e solo lo 0,9% dichiara di vivere da sola. Circa i due terzi (61,1%) delle donne dichiara di avere una condizione economica modesta (con limitazione delle spese quotidiane, non può permettersi le vacanze), il 30,3% medio alta (con casa di proprietà, e possibilità di vacanze) e l'8,6% bassa (presenza di debiti o difficoltà a pagare l'affitto). L'osservazione della condizione professionale evidenzia che il 61,4% delle donne ha una condizione lavorativa stabile, il 21,0% è inoccupata/disoccupata/studentessa e il 10,5% è casalinga (Tabella 3).

**Tabella 3. Caratteristiche sociodemografiche delle donne (n. e %) nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Caratteristica	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Età</b>			
≤ 19	18 (0,6)	6 (0,3)	24 (0,5)
20-25	216 (7,8)	149 (7,3)	365 (7,6)
26-30	665 (24,0)	510 (24,9)	1175 (24,4)
31-35	961 (34,7)	714 (34,9)	1675 (34,8)
≥ 36	911 (32,9)	667 (32,6)	1578 (32,8)
<b>Nazionalità*</b>			
Italiana	2469 (92,5)	1856 (90,8)	4325 (91,8)
Non-italiana	200 (7,5)	187 (9,2)	387 (8,2)
<b>Titolo di studio*</b>			
Nessuno o scuola elementare	28 (1,0)	15 (0,7)	43 (0,9)
Scuola media	321 (11,5)	222 (10,7)	543 (11,2)
Scuola media superiore	1140 (40,7)	932 (45,1)	2072 (42,6)
Laurea	1310 (46,8)	898 (43,4)	2208 (45,3)
<b>Stato civile</b>			
Separata/divorziata, vedova	24 (0,9)	24 (1,2)	48 (1,0)
Nubile/convivente o coniugata	2773 (99,1)	2047 (98,8)	4820 (99,0)
<b>Situazione familiare</b>			
Da sola	29 (1,1)	16 (0,8)	45 (0,9)
Con altri/genitori	7 (0,3)	1 (0,0)	8 (0,2)
Con partner	2670 (98,7)	2014 (99,2)	4684 (98,9)
<b>Condizione economica**</b>			
Grave/qualche problema	285 (10,2)	129 (6,3)	414 (8,6)
Modesta	1774 (63,7)	1175 (57,5)	2949 (61,1)
Medio alta	724 (26,0)	740 (36,2)	1464 (30,3)
<b>Condizione professionale**</b>			
Casalinga	246 (8,8)	263 (12,7)	509 (10,5)
Inoccupata/disoccupata/studentessa	730 (26,2)	289 (14,0)	1019 (21,0)
Lavoro saltuario	209 (7,5)	135 (6,5)	344 (7,1)
Lavoro stabile o pensione	1596 (57,4)	1383 (66,8)	2979 (61,4)

\*p<0,05 \*\*p<0,01

La Tabella 4 mostra informazioni relative al periodo del parto e del preparto. Poco più della metà delle donne (il 52,4%) ha avuto gravidanze precedenti, il 30,4% ha avuto problemi di aborto in passato e più della metà (56,3%) era al primo figlio. La proporzione di donne con aborti precedenti nel nostro campione è più alta di quella riportata dal CeDAP, che nel 2021 era circa del 20%. Per il 71,2% delle donne la gravidanza attuale era stata programmata. Il 10,2% ha fatto ricorso a una tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Tale percentuale risulta sensibilmente più elevata rispetto a quella riportata dai dati CeDAP per il 2021 (2,9%). Infine, il 43,4% ha partecipato a un corso di preparazione al parto. La partecipazione ai corsi di preparazione al parto appare significativamente correlata al titolo di studio con valori minori (7,3%) per le donne con un livello di istruzione elementare e valori più alti (23,5%, 40,3% e 49,9%) rispettivamente per le donne con un diploma di scuola media, scuola media superiore e laurea.

**Tabella 4. Informazioni anamnestiche e relative alla gravidanza attuale delle donne (n. e %) nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Informazioni anamnestiche	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Gravidanze precedenti*</b>			
No	1235 (46,3)	979 (49,3)	2214 (47,6)
Sì	1431 (53,7)	1008 (50,7)	2439 (52,4)
<b>Aborti in passato</b>			
No	1842 (68,6)	1422 (71,0)	3264 (69,6)
Sì	845 (31,4)	582 (29,0)	1427 (30,4)
<b>Altri figli*</b>			
No	1543 (57,6)	1095 (54,6)	2638 (56,3)
Sì	1138 (42,4)	912 (45,4)	2050 (43,7)
<b>Gravidanza programmata**</b>			
No	831 (31,1)	513 (25,8)	1344 (28,8)
Sì	1840 (68,9)	1475 (74,2)	3315 (71,2)
<b>Ricorso alla PMA</b>			
No	2466 (89,4)	1822 (90,4)	4288 (89,8)
Sì	293 (10,6)	193 (9,6)	486 (10,2)
<b>Partecipazione ai corsi di preparazione al parto</b>			
No	1572 (57,8)	1117 (55,0)	2689 (56,6)
Sì	1148 (42,2)	913 (45,0)	2061 (43,4)

\*p<0,05 \*\*p<0,01

Per quanto riguarda il sostegno percepito, complessivamente l'86,9% delle donne riferisce di poter contare su amici o parenti e il 92,3% sul partner (Tabella 5). In particolare, il primo, appare significativamente correlato al titolo di studio con valori minori (65,9%) per le donne con un livello di istruzione elementare e valori più alti (86,1%) per le donne con un diploma laurea. Differenze meno marcate riguardano il sostegno percepito da parte del partner, con il 90,7% per le donne con un livello di istruzione elementare e il 93,4% per le donne con un diploma laurea. Il sostegno percepito risulta anche associato alla nazionalità, con valori più alti di soddisfazione per le donne italiane rispetto alle donne straniere (88,4% vs. 79,1% nel caso di parenti o amici e 92,7% e 88,6% per il partner).

L'1,7% delle donne (1,9% nel preparto e 1,3% nel postparto) riferisce di fare attualmente uso di psicofarmaci per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici. Il rapporto nazionale sull'uso dei farmaci in gravidanza (AIFA, 2020), riferisce che l'1,2% di donne fa uso di psicofarmaci in gravidanza e 1,6% nel periodo successivo al parto, con un andamento contrario tra il pre e il postparto a quello rilevato nel nostro studio.

**Tabella 5. Informazioni relative al sostegno percepito e storia clinica personale e familiare delle donne (n. e %) nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Informazioni relative al sostegno percepito e storia clinica personale e familiare	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per un aiuto</b>			
Per niente	112 (4,1)	58 (2,9)	170 (3,6)
Un po'	267 (9,8)	184 (9,1)	451 (9,5)
Sufficientemente	835 (30,6)	601 (29,8)	1436 (30,3)
Molto	1513 (55,5)	1174 (58,2)	2687 (56,6)
<b>Può contare sul partner per un aiuto*</b>			
Per niente	76 (2,7)	17 (0,8)	93 (1,9)
Un po'	205 (7,4)	77 (3,8)	282 (5,8)
Sufficientemente	691 (24,8)	368 (18,0)	1059 (22,0)
Molto	1809 (65,0)	1578 (77,4)	3387 (70,3)
<b>Attualmente fa uso di psicofarmaci per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici</b>			
No	2618 (98,1)	1956 (98,7)	4574 (98,3)
Sì	51 (1,9)	26 (1,3)	77 (1,7)
<b>In passato, un medico, uno psicologo/psichiatra le ha mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro*</b>			
No	2268 (85,5)	1820 (91,6)	4088 (88,1)
Sì	384 (14,5)	166 (8,4)	550 (11,9)
<b>A qualcuno nella sua famiglia (padre, madre, sorelle e fratelli) è stato mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro, accertato da un medico, psicologo/psichiatra*</b>			
No	2115 (79,7)	1747 (88,0)	3862 (83,3)
Sì	538 (20,3)	239 (12,0)	777 (16,7)

\*p<0,01

Questa differenza probabilmente è da attribuire alla presenza nel nostro campione di una quota rilevante di donne con precedenti psichiatriche o ad alto rischio ostetrico accertato durante il periodo del preparto.

Inoltre, ben l'11,9% del nostro campione dichiara di avere avuto in passato problemi di ansia o depressione diagnosticati da uno specialista e il 16,7% dichiara di avere avuto in passato un familiare al quale è stato diagnosticato un problema di ansia o depressione da parte di un medico.

Quasi un quarto del nostro campione (il 24,5%) ha ottenuto un punteggio al test di screening sul rischio di depressione (EPDS) uguale o superiore a 9 (Tabella 6). È importante evidenziare che nel preparto la percentuale (28,9%) è significativamente superiore a quella del postparto (19,0%). Considerando i punteggi EPDS uguali o superiori ad un *cut-off* di 14, che identificano le donne con un rischio di depressione molto vicino ad una diagnosi (Lubenova *et al.*, 2021), si osserva una percentuale totale pari a 6,9% con differenze significative rispetto ai due periodi considerati. In particolare, le donne che hanno ottenuto un punteggio  $\geq 14$  sono, rispettivamente, il 9,0% nel preparto e il 4,2% nel postparto. Da segnalare che l'11,3% delle donne presenta contemporaneamente sia un rischio di depressione sia un rischio di ansia rispetto ad un *cut-off*  $\geq 9$  all'EPDS e  $\geq 8$  al GAD-7, con una differenza statisticamente significativa tra il periodo del preparto (13,4%) e quello del postparto (8,6%). Le percentuali riscontrate nella nostra indagine sono contrastanti con quelle osservate in una metanalisi (Camoni *et al.*, 2023) su dati italiani, che riporta proporzioni di rischio di depressione pari al 20% nel periodo del preparto e del 27% nel periodo del postparto.

**Tabella 6. Esito dello screening delle donne (n. e %) nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Esito	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>EPDS con cutoff <math>\geq 9^*</math></b>			
< 9	1905 (71,1)	1680 (81,0)	3585 (75,5)
$\geq 9$	773 (28,9)	393 (19,0)	1166 (24,5)
<b>EPDS con cutoff <math>\geq 14^*</math></b>			
< 14	2436 (91,0)	1985 (95,8)	4421 (93,1)
$\geq 14$	242 (9,0)	88 (4,2)	330 (6,9)
<b>GAD-7*</b>			
< 8	2297 (82,9)	1798 (86,8)	4095 (84,6)
$\geq 8$	473 (17,1)	273 (13,2)	746 (15,4)
<b>Comorbidità*</b>			
Negativo	1787 (66,9)	1581 (76,4)	3368 (71,1)
Positivo solo EPDS $\geq 9$	414 (15,5)	215 (10,4)	629 (13,3)
Positivo solo GAD-7 $\geq 8$	113 (4,2)	96 (4,6)	209 (4,4)
Positivo EPDS $\geq 9$ e GAD-7 $\geq 8$	357 (13,4)	177 (8,6)	534 (11,3)

\*p&lt;0,01

Bisogna però considerare che l'indagine è stata eseguita in centri che accolgono donne con differenti livelli di rischio e in un periodo immediatamente successivo a quello delle chiusure per la pandemia dove erano diminuiti le disponibilità dei servizi nel fornire supporto alla donna, nonché la possibilità di ricevere aiuto e sostegno da parte della rete familiare o amicale.

Complessivamente il 3,3% delle donne viene indirizzata a seguire un percorso di psicoterapia dopo lo screening, in misura significativamente maggiore nel preparto (4,4%) rispetto al postparto (1,9%) (Tabella 7).

**Tabella 7. Tipo di interventi messi in atto dopo lo screening delle donne (n. e %) nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Tipo di intervento	Preparto	Postparto	Totale
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Psicoterapia**</b>			
No	2686 (95,6)	2044 (98,1)	4730 (96,7)
Sì	124 (4,4)	39 (1,9)	163 (3,3)
<b>Counselling**</b>			
No	990 (35,2)	1880 (90,3)	2870 (58,7)
Sì	1820 (64,8)	203 (9,7)	2023 (41,3)
<b>Farmacoterapia</b>			
No	2795 (99,5)	2076 (99,7)	4871 (99,6)
Sì	15 (0,5)	7 (0,3)	22 (0,4)
<b>Interventi psicosociali**</b>			
No	2577 (91,7)	1354 (65,0)	3931 (80,3)
Sì	233 (8,3)	729 (35,0)	962 (19,7)
<b>Home visiting*</b>			
No	2806 (99,9)	2071 (99,4)	4877 (99,7)
Sì	4 (0,1)	12 (0,6)	16 (0,3)
<b>Invio ad altri servizi**</b>			
No	2655 (94,5)	2049 (98,4)	4704 (96,1)
Sì	155 (5,5)	34 (1,6)	189 (3,9)

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01

Il counselling, inteso come processo volto a promuovere il cambiamento e la crescita personale e a risolvere con efficacia problemi specifici e situazioni di criticità, è stato messo in atto complessivamente per il 41,3% delle donne, con percentuali decisamente più elevate nel preparto (64,8%) rispetto al postparto (9,7%). Un intervento farmacologico viene proposto allo 0,4% delle donne, senza differenze tra i due periodi considerati. Gli interventi psicosociali, che includono interventi informativi e psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia (individuali e di gruppo), sulle abilità di base (individuali e di gruppo), di supporto per problemi amministrativi e sociali e interventi di rete, vengono suggeriti al 19,7% del campione con una percentuale significativamente maggiore nel postparto (35,0%) rispetto al preparto (8,3%). Le *home visiting* sono poco frequenti e ovviamente sono effettuate prevalentemente nel periodo del postparto (0,6%); complessivamente sono destinate allo 0,3% delle donne del nostro campione. Infine, il 3,9% delle donne viene inviato ad altri servizi, più frequentemente nel preparto (5,5%) che nel postparto (1,6%). Per quanto riguarda l'offerta del counselling, la nostra indagine rileva proporzioni in linea a quelle riportate nell'indagine sui Consultori Familiari che rileva percentuali variabili a seconda dell'area geografica: dal 17% del Sud, al 40% del Centro e al 63% del Nord (Lauria *et al.*, 2022). La percentuale di donne che riceve un trattamento farmacologico in seguito allo screening è in linea con quella riportata dal Rapporto OsMed che riferisce un andamento in diminuzione dal primo al terzo trimestre di gravidanza (da 0,8% a 0,4%) e un andamento contrario (da 0,7% a 1,0%) nei trimestri successivi al parto (OsMed, 2020).

Nell'insieme le percentuali di rischio di depressione e ansia sono più alte nel periodo del preparto (28,9% e 17,1%) rispetto a quello del postparto (19,0% e 13,2%) e mostrano una grande variabilità dipendente dal centro che ha effettuato lo screening (Tabella 8).

**Tabella 8. Esito dello screening delle Unità Operative nel pre e nel postparto: donne (n. e %) con EPDS  $\geq$ 9 e GAD 7  $\geq$ 8 (novembre 2021-novembre 2022)**

Unità operativa	Preparto		Postparto	
	EPDS $\geq$ 9	GAD 7 $\geq$ 8	EPDS $\geq$ 9	GAD 7 $\geq$ 8
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
Consultorio familiare di Treviglio, Bergamo	3 (30,0)	3 (30,0)	111 (27,6)	64 (15,9)
DSM, Servizio per i disordini perinatali materni e paterni, Vicenza	1 (50,0)	0 (0,0)	7 (63,6)	5 (45,5)
Consultorio Familiare Oderzo, Treviso	-	-	3 (10,0)	2 (6,7)
Ospedale di Feltre, Belluno	23 (15,5)	13 (8,8)	82 (13,9)	39 (6,6)
Ospedale S. Chiara, Pisa	61 (34,3)	33 (18,5)	1 (33,3)	1 (33,3)
Ospedale Bambino Gesù Roma	196 (40,1)	143 (29,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Università e Policlinico Tor Vergata, OMDP, Roma	3 (37,5)	3 (37,5)	3 (100,0)	3 (5,0)
Sapienza Università, Umberto I, OMDP, Roma	136 (30,2)	88 (19,6)	41 (28,9)	25 (17,7)
OMDP, Foggia	124 (30,2)	66 (16,1)	-	-
OMDP, Bari	122 (29,7)	51 (12,4)	-	-
OMDP, Lecce	43 (26,7)	25 (15,5)	-	-
OMDP, Palermo	2 (33,3)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
OMDP, Napoli	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	3 (16,7)
Ospedale A. Gemelli, OMDP, Roma	11 (28,2)	10 (25,6)	-	-
Ospedale Cristo Re Roma	0 (0,0)	1 (9,1)	115 (15,9)	110 (15,3)
Consultorio familiare, Campobasso	7 (12,5)	8 (5,5)	2 (8,3)	1 (4,0)
Ospedale Garibaldi Nesima, Catania	21 (8,5)	13 (5,3)	2 (6,7)	3 (10,0)
ASP, Consultorio, Catania	2 (18,2)	2 (18,2)	12 (16,2)	7 (9,5)
Ospedale Buccheri La Ferla Palermo	13 (39,4)	10 (30,3)	-	-
ASP, Ospedale di Enna	5 (71,4)	2 (28,6)	11 (45,8)	10 (41,7)
<b>Totale</b>	<b>773 (28,9)</b>	<b>473 (17,1)</b>	<b>393 (19,0)</b>	<b>273 (13,2)</b>

OMDP: Osservatorio Multicentrico sulla Depressione Perinatale

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

ASP: Azienda Sanitaria Provinciale

Infatti, partecipano a questo Network centri che possiamo considerare ad “alto rischio” in quanto accolgono donne con problemi psichiatrici pregressi o attuali, oppure donne con anomalie fetali accertate durante le visite ostetriche di routine per le gravidanze a rischio o durante il ricovero per gravidanze a rischio, oppure donne con un rischio ostetrico o ginecologico. Vi sono poi centri che possiamo, al contrario, considerare a “basso rischio” che reclutano donne con gravidanze fisiologiche durante i corsi di preparazione al parto e le visite ostetriche di routine. Le percentuali di rischio di ansia e depressione sono pertanto più alte nel periodo del parto in quanto sono maggiormente presenti i centri “ad alto rischio”.

Nella Tabella 9 viene mostrata la relazione tra le variabili sociodemografiche e il rischio di depressione e ansia nei due periodi considerati. In tabella sono riportati solamente i valori delle donne con EPDS  $\geq 9$  e GAD 7  $\geq 8$  per ciascuna modalità delle variabili prese in considerazione. Per quanto riguarda l'età, la categoria statisticamente che presenta un maggior rischio di ansia e depressione è quella delle donne nella fascia di età compresa tra 20-25 anni nel periodo del parto mentre non si osservano differenze nel periodo del postparto. Non si osservano differenze dovute alla nazionalità.

**Tabella 9. Informazioni socio-demografiche delle donne (n. e %) con EPDS  $\geq 9$  e GAD 7  $\geq 8$  nel pre e nel postparto (novembre 2021-novembre 2022)**

Informazioni socio-demografiche	Preparto		Postparto	
	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Età (in anni)</b>				
≤ 19	1 (5,6)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
20-25	49 (23,6)	46 (21,9)	14 (9,4)	19 (12,8)
26-30	105 (16,5)	108 (16,5)	42 (8,3)	77 (15,2)
31-35	135 (14,9)	147 (15,6)	60 (8,5)	83 (11,7)
≥ 36	114 (13,1)	161 (17,8)	41 (6,2)	91 (13,7)
<b>Nazionalità</b>				
Italiana	709 (29,0)	432 (17,7)	352 (19,0)	248 (13,4)
Non-Italiana	61 (31,3)	33 (17,0)	38 (20,7)	23 (12,6)
<b>Titolo di studio</b>				
Nessuno o scuola elementare	9 (33,3)	6 (22,2)	4 (28,6)	2 (14,3)
Scuola media	75 (24,0)	55 (17,5)	50 (22,6)	29 (13,1)
Scuola media superiore	357 (32,4)	201 (17,9)	152 (16,4)	109 (11,8)
Laurea	331 (26,9)	209 (16,1)	182 (20,3)	129 (14,4)
<b>Stato civile</b>				
Nubile	75 (39,9)	49 (25,3)	23 (16,8)	19 (13,9)
Separata/divorziata/vedova	7 (30,4)	4 (17,4)	1 (4,2)	2 (8,3)
Convivente/coniugata	688 (28,0)	418 (16,4)	368 (19,4)	259 (13,3)
<b>Situazione familiare</b>				
Da sola	16 (59,3)	7 (24,1)	2 (12,5)	1 (6,3)
Con altri/genitori	4 (100,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Con partner	712 (27,9)	433 (16,4)	377 (18,8)	260 (13,0)
<b>Condizione economica</b>				
Grave/qualche problema	126 (46,0)	89 (31,6)	39 (30,5)	30 (23,4)
Modesta	466 (27,3)	260 (14,9)	239 (20,5)	166 (14,2)
Medio-alta	171 (25,4)	117 (16,3)	106 (14,3)	69 (9,4)
<b>Condizione professionale</b>				
Casalinga	43 (18,6)	32 (13,5)	42 (16,0)	28 (10,6)
Inoccupata/disoccupata/studente	249 (35,5)	137 (18,9)	55 (19,3)	40 (14,1)
Lavoro saltuario	57 (29,8)	36 (17,4)	33 (24,8)	24 (17,9)
Lavoro stabile o pensione	413 (27,0)	260 (16,5)	259 (18,8)	179 (13,0)

in corsivo le variabili con almeno  $p < 0,05$

È necessario sottolineare che le donne straniere, che hanno accettato lo screening siano verosimilmente quelle meglio integrate, con una buona conoscenza della lingua italiana e un migliore accesso ai servizi del sistema sanitario. Di conseguenza, questo campione potrebbe non essere rappresentativo della popolazione delle donne straniere, che molto spesso versano in condizioni economiche precarie e con difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari disponibili (Camoni *et al.*, 2022a).

Per quanto riguarda il titolo di studio, non averlo o avere solo la licenza elementare sembra comportare un rischio di depressione più elevato rispetto alle altre categorie. Essere convivente o coniugata si accompagna a valori di rischio minori di depressione e ansia nel preparto.

Analoga tendenza si osserva per quanto riguarda la situazione familiare. La condizione economica si conferma essere un indicatore associato al rischio di depressione e ansia sia nel preparto e nel postparto con un andamento che va da percentuali maggiori per la categoria “grave/qualche problema” a percentuali di rischio più basse per la categoria con una condizione economica “medio-alta”. Per ultimo, essere casalinghe sembra comportare un rischio minore di depressione e ansia (Camoni *et al.*, 2022a).

Per quanto riguarda le informazioni anamnestiche e relative alla gravidanza attuale nel pre e nel postparto, non avere avuto altre gravidanze sembra comportare valori di rischio minori di ansia e depressione nel preparto mentre nel postparto i valori di rischio minori sono presenti per le donne che hanno avuto gravidanze precedenti (Tabella 10).

**Tabella 10. Esito dello screening, informazioni anamnestiche e relative alla gravidanza attuale nel pre e nel postparto: donne (n. e %) con EPDS  $\geq 9$  e GAD 7  $\geq 8$  (novembre 2021-novembre 2022)**

Informazioni anamnestiche e relative alla gravidanza	Preparto		Postparto	
	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Gravidanze precedenti</b>				
No	306 (26,8)	188 (15,3)	203 (20,8)	128 (13,1)
Sì	434 (30,7)	260 (18,3)	164 (13,3)	117 (11,7)
<b>Aborti in passato</b>				
No	486 (27,6)	298 (16,2)	258 (18,2)	172 (12,1)
Sì	267 (31,9)	162 (19,4)	113 (19,5)	79 (13,7)
<b>Altri figli</b>				
No	408 (28,3)	249 (16,2)	228 (20,9)	142 (13,0)
Sì	339 (29,9)	207 (18,3)	149 (16,4)	110 (12,1)
<b>Gravidanza programmata</b>				
No	281 (34,4)	172 (20,8)	117 (22,9)	83 (16,2)
Sì	464 (26,6)	286 (15,7)	253 (17,2)	163 (11,1)
<b>Ricorso alla PMA</b>				
No	688 (29,1)	407 (16,6)	333 (18,3)	220 (12,1)
Sì	78 (27,4)	61 (21,0)	40 (21,2)	28 (14,7)
<b>Partecipazione ai corsi di preparazione al parto</b>				
No	496 (31,7)	305 (19,5)	184 (16,5)	134 (12,0)
Sì	259 (24,8)	154 (13,5)	195 (21,4)	119 (13,1)

in corsivo le variabili con almeno  $p < 0,05$

Avere avuto aborti in passato, avere altri figli, non avere programmato la gravidanza e essere ricorse alla procreazione medicalmente assistita sembra accompagnarsi a valori più alti di rischio di ansia e di depressione nel preparto. Nel postparto sembra esserci la stessa situazione tranne che per la variabile avere altri figli, in quanto le donne con altri figli presentano un rischio minore. La partecipazione ai corsi di preparazione al parto sembra aiutare le donne a gestire problemi di ansia e di depressione nel preparto, confermando il fatto che relazionarsi con altre donne, condividere

lo stato d'animo e ricevere sostegno tra pari, produce importanti benefici, come anche confermato da studi internazionali (Dennis & Dowswell, 2013).

Tuttavia, in modo contraddittorio, nel postparto donne che li hanno frequentati sembrano riportare un rischio di depressione più alto.

Per quanto riguarda il sostegno percepito da parte del partner e dei parenti e amici, si osserva un andamento "lineare" che va da un rischio di ansia e depressione minore per le donne che riferiscono di poter contare molto sul supporto di parenti/amici e partner a un rischio più alto per le donne che riferiscono di non poter contare sul supporto (Tabella 11). Questa relazione osservata tra depressione e ansia e mancanza di supporto sociale da parte di familiari e amici è ben documentata in diversi studi precedenti (Ritter *et al.*, 2000; Bedaso *et al.*, 2021).

Fare uso attualmente di psicofarmaci, avere ricevuto in passato o anche avere parenti con una diagnosi di ansia o depressione, sembrano comportare valori di rischio più elevati sia nel preparto che nel postparto, confermando il fatto che le donne con una diagnosi precedente di depressione o ansia sono più a rischio (Camoni *et al.*, 2022a; Mirabella *et al.*, 2014; Palumbo *et al.*, 2016).

**Tabella 11. Esito dello screening e informazioni relative al sostegno percepito e storia clinica personale e familiare nel pre e nel postparto: donne (n. e %) con EPDS  $\geq$ 9 e GAD 7  $\geq$ 8 (novembre 2021-novembre 2022)**

informazioni relative al sostegno percepito e storia clinica personale e familiare	Preparto		Postparto	
	EPDS $\geq$ 9	GAD 7 $\geq$ 8	EPDS $\geq$ 9	GAD 7 $\geq$ 8
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>In caso di bisogno, può contare su amici o parenti che non vivono con lei per un aiuto</b>				
Per niente	49 (44,1)	31 (27,9)	24 (42,1)	20 (35,1)
Un po'	100 (39,8)	73 (27,7)	63 (34,4)	44 (24,0)
Sufficientemente	222 (27,8)	136 (16,3)	136 (22,7)	89 (14,9)
Molto	393 (27,0)	228 (15,2)	157 (13,4)	102 (8,7)
<b>In caso di bisogno, può contare sul partner per un aiuto</b>				
Per niente	37 (49,3)	23 (30,3)	8 (47,1)	5 (29,4)
Un po'	74 (37,9)	47 (23,0)	38 (49,4)	21 (27,3)
Sufficientemente	186 (27,9)	116 (16,9)	98 (26,8)	62 (16,9)
Molto	471 (27,2)	284 (15,8)	235 (14,9)	165 (10,5)
<b>Attualmente fa uso di psicofarmaci per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici</b>				
No	709 (28,3)	430 (16,5)	346 (17,7)	233 (12,0)
Sì	34 (66,7)	25 (49,0)	15 (57,7)	11 (42,3)
<b>In passato, un medico, uno psicologo/psichiatra le ha mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro</b>				
No	535 (24,6)	316 (14,0)	306 (16,9)	200 (11,0)
Sì	207 (53,9)	132 (34,5)	57 (34,5)	44 (26,8)
<b>A qualcuno nella sua famiglia (padre, madre, sorelle e fratelli) è stato mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro, accertato da un medico, psicologo/psichiatra</b>				
No	529 (26,2)	311 (14,8)	294 (16,9)	195 (11,2)
Sì	211 (39,3)	136 (25,4)	69 (28,9)	49 (20,6)

in corsivo le variabili con almeno  $p < 0,05$

Per quanto riguarda gli interventi messi in atto dopo lo screening, come già anticipato (vedi Tabella 7) la maggioranza delle donne con rischio di depressione viene invitata a seguire un

percorso di psicoterapia e di counselling. Su dieci donne che ricevono un trattamento farmacologico, circa otto lo ricevono per la depressione. Percentuali inferiori ma comunque significative sono riportate dalle donne che ricevono interventi psicosociali e *home visiting*. La maggioranza delle donne inviate ad altri servizi presentano rischio alto di depressione sia nel preparto che nel postparto e un rischio moderatamente inferiore di ansia, in quanto non tutti i Servizi delle Unità Operative che hanno eseguito lo screening possono fornire un servizio di psicoterapia/farmacoterapia in caso di necessità (Tabella 12).

**Tabella 12. Esito dello screening e tipo di interventi messi in atto dopo lo screening nel pre e nel postparto: donne (n. e %) con EPDS  $\geq 9$  e GAD 7  $\geq 8$  (novembre 2021-novembre 2022)**

Interventi messi in atto dopo lo screening	Preparto		Postparto	
	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$	EPDS $\geq 9$	GAD 7 $\geq 8$
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
<b>Psicoterapia</b>				
No	652 (25,5)	406 (15,3)	361 (17,7)	250 (12,3)
Sì, in presenza o da remoto	120 (97,6)	66 (53,7)	30 (81,1)	22 (59,5)
Sì, in presenza e da remoto	1 (100,0)	1 (100,0)	2 (100,0)	1 (50,0)
<b>Counselling</b>				
No	199 (23,2)	135 (14,2)	308 (16,5)	221 (11,8)
Sì, in presenza o da remoto	471 (27,8)	290 (17,1)	83 (41,3)	51 (25,4)
Sì, in presenza e da remoto	103 (83,1)	48 (38,7)	2 (100,0)	1 (50,0)
<b>Farmacoterapia</b>				
No	761 (28,6)	466 (16,9)	388 (18,8)	269 (13,0)
Sì	12 (80,0)	7 (46,7)	5 (71,4)	4 (57,1)
<b>Interventi psicosociali</b>				
No	743 (30,4)	453 (17,9)	278 (20,7)	160 (11,9)
Sì	30 (12,9)	20 (8,6)	115 (15,8)	113 (15,5)
<b>Home visiting</b>				
No	771 (28,8)	472 (17,1)	389 (18,9)	272 (13,2)
Sì	2 (50,0)	1 (25,0)	4 (33,3)	1 (8,3)
<b>Invio ad altri servizi</b>				
No	630 (25,0)	400 (15,3)	364 (17,9)	255 (12,5)
Sì	143 (92,3)	73 (47,1)	29 (85,3)	18 (52,9)

in corsivo le variabili con almeno  $p < 0,05$

## CONCLUSIONI

La depressione perinatale è un disturbo difficile da riconoscere a causa della sua forma a volte insidiosa di manifestazione e della difficoltà che molte donne hanno nel riconoscerla o ad accettarla.

Nelle principali linee guida internazionali, non viene raccomandato lo screening universale, che è ritenuto non consigliabile in termini di costo-efficacia (Camoni *et al.*, 2022b). Tuttavia, l'esperienza clinica mette in luce che l'individuazione precoce di problemi di salute mentale nelle donne in gravidanza migliora gli esiti di salute della madre e del bambino. Centrale rimangono comunque l'osservazione e il colloquio clinico, che possono essere sorretti dall'uso di particolari strumenti di screening, per individuare situazioni a rischio o potenzialmente tali.

Il Network italiano sulla salute mentale perinatale fornisce informazioni sulla salute mentale delle donne nel periodo perinatale, sui possibili fattori di rischio socioeconomici e clinici, utili per riconoscere e valutare l'impatto di questa patologia nelle donne nel periodo perinatale. I dati raccolti nelle Unità Operative che hanno aderito al Network evidenziano alcuni determinanti sociodemografici maggiormente coinvolti nel rischio, ai quali andrebbe prestata grande attenzione per l'attuazione di programmi di promozione del benessere psicologico in gravidanza: per esempio sarebbero auspicabili campagne di informazione mirate a promuovere nelle donne la consapevolezza di segnali di disagio che spesso vengono negati o minimizzati dalle donne stesse e dal contesto familiare.

I nostri dati mostrano che le donne a più elevato rischio di depressione e/o ansia nei test di screening sono invitate ad intraprendere un programma terapeutico, dopo aver effettuato un ulteriore accertamento diagnostico. Tuttavia, anche se ancora parziali, i dati indicano la difficoltà da parte del SSN di offrire alle donne a rischio, sia in gravidanza che nel postparto, percorsi accessibili e standardizzati, in un'ottica di graduazione dell'intervento, dalla diffusione della pratica dell'*home visiting* ostetrico, che si dimostra efficace nel supporto di donne in difficoltà immediatamente prima e dopo il parto, alla disponibilità di trattamenti psicoterapeutici basati sull'evidenza nei servizi territoriali, fino all'attivazione di Unità Madre-Bambino come nell'esperienza di altri Paesi che accolgono in un ambiente protetto e dedicato le donne (assieme ai loro bambini) con depressione severa o disturbi psichiatrici. Uno spazio monitorato da personale esperto che favorisca anche nelle situazioni più delicate che richiedono l'intervento farmacologico, lo sviluppo della relazione parentale in un contesto di cura efficace.

Le evidenze disponibili in letteratura dimostrano che un intervento precoce per ansia e depressione in questo periodo, impattano non solo sui costi sociosanitari della salute materna (Bauer *et al.*, 2016) ma anche su quelli relativi alla salute del bambino nel corso del suo sviluppo.

In un contesto di promozione e prevenzione della salute mentale perinatale, sarebbe auspicabile sviluppare linee guida/raccomandazioni specifiche per il contesto italiano, sul modello di altri Paesi (NICE 2014, Austin, 2017, CTFPHC, 2016, SIGN, 2012).

**APPENDICE A**  
**Caratteristiche e modalità operative**  
**dei Servizi delle Unità Operative partecipanti**



## A1. Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Bergamo ovest

---

Marina Cattaneo e Myriam Regonesi  
*Consultorio di Treviglio*

Presso l’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Bergamo Ovest, gli interventi sulla perinatalità rientrano nell’area tematica “0-1000 giorni”, un grande contenitore che racchiude tutto ciò che i consultori familiari mettono gratuitamente a disposizione delle donne dal concepimento fino ai primi due anni dopo il parto.

Nello specifico, i Consultori Familiari di Treviglio, Romano, Dalmine, Zanica e Ponte San Pietro, offrono la possibilità alle donne di essere seguite durante la gravidanza per la parte ostetrico-ginecologica negli ambulatori Basso Rischio Ostetrico (BRO) e di partecipare a un ciclo di otto incontri di accompagnamento alla nascita, in cui vengono trattati i temi legati ai cambiamenti in gravidanza, al parto e all’allattamento. A questi incontri se ne aggiungono, nell’ottica dell’offerta attiva, altri rivolti ai futuri genitori, sulla gestione dell’ansia in gravidanza (“Mamma... che ansia!”), sul ruolo dei padri e la co-genitorialità (“Arcipelago Papà”), sull’importanza della lettura (“Leggere al pancione”) e dell’ascolto della musica (“CullanDO”) già dalla gestazione.

Dopo il parto è attivo lo “Spazio Allattamento”, con possibilità di pesare il bambino e di chiedere consigli a ostetriche ed educatrici, il corso di massaggio infantile (“Massaggio e Messaggio d’amore”), la lettura delle mamme ai bambini (“Libri sul tappeto”) e uno spazio di gioco genitori/figli (“Il cestino dei tesori”). Durante queste attività, se il personale del Consultorio intercetta una donna con difficoltà di tipo psicologico, la segnala alle psicologhe che iniziano a seguirla in qualsiasi momento essa si trovi del periodo 0-1000 giorni.

Le donne possono accedere liberamente al Consultorio Familiare per usufruire dei servizi pre e postparto e possono anche fare richiesta esplicita di un intervento psicologico quando ne sentono il bisogno, senza necessariamente passare prima dalle ostetriche.

Nella nostra esperienza sono più frequenti le richieste dopo il parto.

Per accedere al colloquio psicologico è necessario telefonare alla sede consultoriale di riferimento per residenza e lasciare i propri dati; le donne vengono poi ricontattate entro una settimana da una psicologa che dà loro un appuntamento per un primo colloquio di accoglienza. Durante il colloquio si indaga la problematica portata dalla donna, il tono dell’umore, anche attraverso la somministrazione di test, la presenza di fattori di rischio (soprattutto precedenti patologie psichiatriche, solitudine/isolamento, rischio suicidario) e la capacità di accudimento del bambino.

Per quel che riguarda la prevenzione del malessere psicologico perinatale sono previsti dei momenti più strutturati articolati in diverse fasi: sensibilizzazione, screening, approfondimento diagnostico, trattamento individuale o di gruppo.

L’intervento di sensibilizzazione avviene durante l’incontro tenuto dalle psicologhe all’interno del corso preparto: oltre a parlare di attaccamento e di nascita affettiva, si discute del rischio – sia per le donne che per gli uomini – di sviluppare ansia e depressione prima e dopo l’arrivo del figlio, si illustrano i campanelli d’allarme cui prestare attenzione e si presenta il servizio a disposizione.

Lo screening viene proposto a tutte le donne che fanno il primo vaccino (solitamente nel corso del terzo mese) al figlio nei punti vaccinali dell’Azienda. Le infermiere consegnano (o lasciano sul tavolino della sala d’attesa dopo il vaccino) un fascicolo in cui sono contenuti i dati anagrafici della donna, domande su alcuni fattori di rischio individuati dall’Istituto Superiore di Sanità e i due questionari: l’*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox *et al.*, 1987), specifico per la sintomatologia depressiva e il *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (Plummer *et al.*, 2016), che indaga i sintomi d’ansia.

Questi strumenti vengono valutati circa ogni due settimane; le donne positive ai test (cioè con un punteggio all’EPDS $\geq$ 12 o al GAD-7 $\geq$ 10) vengono contattate telefonicamente e viene loro proposto un colloquio individuale di approfondimento con una psicologa. Si dà la precedenza alla positività all’EPDS, se la donna è positiva solo al GAD-7 (ma non all’EPDS) non le viene proposto un percorso strutturato ma la partecipazione a un incontro sulla gestione dell’ansia (“Mamma... che ansia”) o qualche colloquio psicologico solo su richiesta della donna.

Durante l'incontro di approfondimento diagnostico, oltre al colloquio clinico, vengono somministrati il *Beck Depression Inventory II* (BDI II) (Ghisi *et al.*, 2006), il *State-Trait Anxiety Inventory - Y* (STAI Y form 1-2) (Spielberger *et al.*, 1983) e la *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Lecrubier & Sheehan, 1997). Le donne che risultano negative a questi strumenti, non vengono ricontattate.

Il tempo di attesa tra l'approfondimento diagnostico e il trattamento è variabile, di solito si cerca di non andare oltre il mese. Il trattamento proposto può essere individuale o, di preferenza, di gruppo. Se la partenza di un nuovo gruppo di terapia non è a breve e la donna sta molto male si cerca di offrirle qualche colloquio individuale nell'attesa. I colloqui di trattamento sono svolti solo da psicologi psicoterapeuti con esperienza nell'area della perinatalità.

Il trattamento prevede una decina di incontri a cadenza settimanale con le donne (di solito sono presenti anche i bambini) e almeno un incontro di coppia in orario serale con i partner. Per quel che riguarda il rapporto madre-bambino si cerca di favorirlo intervenendo con spunti e osservazioni quando le donne sono in gruppo insieme ai loro figli e, inoltre, cercando di far partecipare le mamme alle varie attività offerte dal consultorio dopo il parto. Il modello di riferimento è l'approccio cognitivo-comportamentale *evidence-based* messo a punto da Janette Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003). L'ASST Bergamo Ovest ha partecipato alla ricerca interregionale promossa dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2012-2015 per la validazione del trattamento secondo il modello Milgrom nella realtà dei servizi pubblici italiani (Palumbo *et al.*, 2016).

All'ultimo incontro del percorso di cura, alle donne vengono riproposti gli strumenti compilati all'inizio.

## A2. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 8 Berica

---

Rossana Riolo, Belinda Ciulli, Cristina Dolce, Simona De Santis  
*Ambulatorio Genitori senza Depressione*

Dal 2019 è attivo l'Ambulatorio "Genitori senza Depressione" presso il primo Centro di Salute Mentale dell'AULSS 8 Berica con i seguenti obiettivi:

- riconoscimento dei disturbi d'ansia e depressivi in gravidanza, loro monitoraggio e trattamento precoce;
- riconoscimento precoce di episodi di depressione perinatale e di altri disturbi psicologici o psichiatrici;
- riconoscimento delle difficoltà di adattamento al nuovo ruolo genitoriale e cambiamenti relazionali correlati;
- consulenza e supporto a tutte le donne con precedenti sintomatologie psichiatriche che abbiano desiderio di maternità. Per il servizio che offre, si definisce come ambulatorio ad "alta specializzazione".

Possono accedere al servizio tutte le donne dal terzo trimestre di gravidanza con sintomatologia ansiosa e/o depressiva insorta durante la gestazione, le puerpere e i neo-papà entro l'anno di vita del figlio che abbiano disturbi emotivi e/o affettivi significativi.

L'ambulatorio è aperto anche ai familiari, agli amici e a tutte le persone che sentano il bisogno di interventi psicoeducativi e/o informazioni nell'area della perinatalità. L'accesso è garantito previo appuntamento a mezzo mail o telefono alla segreteria del servizio stesso.

L'invio può avvenire anche direttamente da parte dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta e da parte dei punti nascita del territorio in seguito ad un test di screening positivo.

Come da procedura regionale del Veneto approvata nel 2018 "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum", lo screening per il riconoscimento precoce del rischio perinatale della popolazione femminile, viene effettuato nei reparti di Ginecologia e Ostetricia del territorio, in seconda giornata dal parto, a tutte le partorienti attraverso la auto somministrazione del test EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987). Il punteggio finale è informatizzato ed è suddiviso in tre fasce in base alla gravità del rischio di depressione postparto ovvero:

- rischio basso (punteggio < 10):  
dimissione con brochure informativa sui possibili disturbi postparto e i riferimenti in caso di bisogno;
- rischio medio (punteggio 10-12):  
invio al Consultorio familiare o all'Ambulatorio Genitori senza Depressione;
- rischio alto (punteggio >13 o rischio suicidario):  
invio all'Ambulatorio Genitori Senza Depressione per una consultazione specialistica.

All'Ambulatorio arrivano le situazioni che rientrano nel medio e alto rischio. Viene effettuato un colloquio di valutazione che può essere sia psichiatrico che psicologico durante il quale, dopo aver fatto l'anamnesi, si indaga il tipo e la gravità della sofferenza, gli eventuali fattori di rischio con particolare attenzione ai precedenti sintomi psicologici e psichiatrici; vengono poi esplorate le aree di protezione come la presenza della rete familiare.

Se si tratta di una puerpera, vengono somministrati l'EPDS (Cox *et al.*, 1987), la *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) (Caretto *et al.*, 2010) e il *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (Plummer *et al.*, 2016), per cercare di valutare sia il livello di ansia che la presenza di sintomatologia depressiva legata al postparto e indagare l'esperienza del travaglio e del parto.

Se si tratta invece di una donna in gravidanza, si propongono solo l'EPDS e il GAD-7 e si esplorano le aree che possano aver dato inizio alla sofferenza.

Ai neo papà i test somministrati sono il *Perinatal Assessment of Paternal Affectivity* (PAPA) (Baldoni *et al.*, 2022), il *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg *et al.*, 1997), e il GAD-7 per indagare il vissuto relativo alla gravidanza, all'esperienza del parto (sia che sia abbia assistito o meno) e alla transizione alla genitorialità.

Gli interventi che possono essere proposti sono molteplici e seguono un'attenta analisi dei bisogni della persona. Oltre alla valutazione, i percorsi di cura possono essere colloqui di sostegno psicologico individuali e di coppia, psicoterapie, terapia farmacologica, terapia di gruppo e *home visiting*.

Per le puerpere straniere è previsto l'ausilio del servizio di mediazione linguistico-culturale.

Può succedere che la mamma arrivi in consultazione all'ambulatorio perché il valore all'EPDS dello screening è elevato ma che, al colloquio non si palesino reali elementi di preoccupazione psicologica o psichiatrica: in tal caso alla mamma vengono dati tutti i contatti anche dei servizi del territorio e invitata a rivolgersi in caso di sopraggiunto bisogno.

L'ambulatorio collabora con tutti i servizi del territorio che sono coinvolti direttamente ma anche indirettamente con le gestanti/puerpere, con particolare riferimento alle Unità Operative Complesse come Consultori Familiari, Neuropsichiatria Infantile, Servizio Età Evolutiva, Tutela Minori, Cure Primarie (Medici di Base e Pediatri di Libera Scelta), Disabilità, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria e Neonatologia, Servizio di Prevenzione. Questa rete consente, in caso di bisogno, un'attivazione multi professionale e multidisciplinare che sostiene la donna (e tutta la sua famiglia) durante il periodo perinatale anche a fronte di disagio psichico franco e grave.

La conclusione del trattamento non avviene mai in modo brusco e netto, bensì a seguito di una graduale riduzione dei colloqui, decisa con una valutazione clinica della donna e con lei concordata. Il servizio non prevede una durata media o massima degli interventi, stabilendone a priori il numero di prestazioni, ma si adegua alle esigenze della donna cercando di portarla persona ad un ritrovato (o compensato) benessere psicofisico. Fa eccezione la terapia di gruppo che invece prevede 12 incontri, tutti con un tema specifico e che ripercorre il processo della genitorialità dal "concepimento psicologico" al parto, con tutte le difficoltà psicoaffettive che questa transizione comporta.

Per tutte le puerpere che hanno avuto una valutazione e/o presa in carico da parte dell'ambulatorio, è previsto un follow-up dopo 12 mesi dal parto, attraverso la somministrazione dei medesimi strumenti utilizzati in precedenza e un colloquio telefonico o di persona in caso di necessità.

### **A3. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 2 e Marca Trevigiana**

---

Gina Barbano

*Consultorio Familiare di Oderzo*

Presso il Consultorio di Oderzo esiste una prassi consolidata di sensibilizzazione, identificazione precoce e presa in carico delle donne che in gravidanza o nel postparto sviluppano problematiche di ansia o depressione. Questa procedura è iniziata nel 2005 e si è consolidata come prassi operativa dopo la partecipazione alla ricerca del Ministero della Salute-Centro Controllo Malattie e Istituto Superiore di Sanità dal 2012 al 2015 (Palumbo *et al.*, 2016).

In breve la descrizione del percorso svolto dalle donne, arricchito dalla modalità online, messa in atto durante la pandemia da:

- Gli incontri del Percorso Nascita vengono svolti dalle ostetriche in presenza e in video conferenza. Operativamente non cambia molto, quando arrivano più richieste di partecipazione al percorso nascita di donne in gravidanza, le ostetriche formano un gruppo; successivamente contattano telefonicamente le donne e concordano la data del primo incontro. Viene effettuata la sensibilizzazione sui disturbi psichici perinatali con la partecipazione di una psicologa che illustra cosa avviene a livello psicologico nel periodo perinatale. Le donne hanno accolto molto favorevolmente anche la modalità online ritenendola molto utile perché ha permesso la partecipazione attiva anche dei futuri papà.
- Le visite della gravidanza vengono svolte seguendo il Protocollo Regionale della Gravidanza a Basso Rischio sia dai ginecologi che dalle ostetriche che attuano anche l'attività di identificazione delle donne con problematiche psicologiche in gravidanza utilizzando l'EDPS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987).
- La visita domiciliare che solitamente veniva effettuata nei primi 7-10 giorni dopo il parto, dopo la pandemia può essere svolta anche telefonicamente e in alcuni casi in video chiamata. Le modalità di presa di contatto rimangono invariate, sono le neo mamme che chiamano il Servizio, oppure, se una donna non chiama, seguendo il Registro Nascita della zona di competenza, viene contattata direttamente dall'ostetrica. L'incontro o la telefonata dedicata dura circa un'ora ed è uno spazio in cui la donna racconta del parto, di come va l'allattamento, e dei dubbi e problemi che in quel momento sta vivendo; viene anche indagato l'eventuale malessere psicologico attraverso le 3 domande del National Institute for Health and care Excellence- NICE (NICE, 2014) per le quali, le ostetriche hanno avuto un training specifico sulla modalità di somministrazione. Se la donna risulta a rischio, viene inviata alla psicologa per un colloquio di approfondimento, che viene svolto in presenza o in video conferenza; quest'ultima possibilità viene molto apprezzata dalle neo mamme che nelle prime settimane dopo il parto faticano a raggiungere il Servizio.
- L'Ambulatorio delle Mamme, aperto una mattina a settimana e rivolto a tutte le mamme di bambini fino al primo anno, è uno spazio molto importante nel quale si affrontano tematiche legate all'allattamento, al controllo del peso e della giusta crescita, ai problemi di coliche e di addormentamento del bambino e si riescono inoltre a individuare tutti quei segnali di preoccupazione eccessiva o di ansia che la donna può esprimere. Durante l'incontro le ostetriche somministrano anche le 3 domande NICE. Queste consulenze vengono svolte in Consultorio ma possono essere svolte anche telefonicamente.
- Ogni gruppo di donne che ha frequentato gli incontri del Percorso Nascita dopo 40 giorni dal parto viene contattata per un incontro postparto: questo si configura come un importante spazio di condivisione dell'evento parto e dei primi giorni a casa con il nuovo nato. Attualmente anche questo incontro può essere svolto in video conferenza. In questa occasione, viene somministrato il test EPDS (Cox *et al.*, 1987). Questo incontro, anche se svolto con la modalità online, viene accolto molto favorevolmente dalle mamme, che hanno desiderio di condividere quello che stanno vivendo e accolgono con entusiasmo anche questa modalità a distanza; anche in questo caso un aspetto positivo lo ritroviamo nella presenza dei papà e permette anche di osservare le dinamiche di coppia.

- Vengono svolti anche gli incontri dedicati alla relazione mamma-bambino. Questo è un altro momento di particolare interesse per l'identificazione di donne che stanno vivendo o sviluppano nel tempo una difficoltà psicologica o nella relazione di coppia.
- La presa in carico e tutti gli interventi descritti sono importanti momenti di possibile identificazione di problemi psicologici nel periodo perinatale. Le donne che presentano un punteggio alto all'EPDS (Cox *et al.*, 1987) vengono inviate alla psicologa del Consultorio. Verrà effettuata una valutazione psicodiagnostica e proposto un intervento psicoterapico; in caso di gravità della sintomatologia la donna viene inviata alla consulenza psichiatrica. Vengono effettuati trattamenti individuali e di gruppo seguendo il modello di trattamento proposto da Janette Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003) e sono possibili anche prese in carico di coppia. È stato possibile anche testare il trattamento psicoterapico di gruppo sul modello Milgrom, svolto in modalità online, caratterizzato ugualmente da solide prove di efficacia (Milgrom *et al.*, 2016). Per questo intervento è stata utilizzata la mail per la consegna delle schede e dei diari e il materiale di ciascuna seduta un'ora è stato inviato un'ora prima dell'inizio. Il trattamento online ha facilitato l'accesso a donne che per motivi di distanza dal servizio o indisponibilità di mezzi di trasporto non avrebbero potuto accedere all'assistenza psicologica.

## A4. Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti

---

Laura Favretti, Elda Cengia, Alice Fent  
 Unità Ospedaliera Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Feltre

L'Ospedale di Feltre, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 1 Dolomiti 1 Dolomiti, è un centro di primo livello, in cui vengono assistiti circa 750 parti l'anno, con una percentuale di tagli cesarei primari del 13.5% (CeDAP 2022), accreditato dal *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF Italia) "Ospedale Amico del Bambino".

L'ostetrica è la figura di riferimento in tutto il percorso nascita: segue autonomamente l'ambulatorio del basso rischio ostetrico e in collaborazione con il medico ginecologo il medio e alto rischio ostetrico.

All'interno dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia possono essere ricoverate pazienti dall'inizio della gravidanza al termine del puerperio e vengono assistiti neonati a partire dalla 34<sup>a</sup> settimana di gestazione.

Presso l'ospedale di Feltre si somministra la scala di Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) (Cox *et al*, 1987) a tutte le donne in carico all'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia in 3 momenti:

- al controllo ostetrico previsto alla 28<sup>a</sup> settimana gestazionale (individuato come momento più idoneo in gravidanza);
- in seconda giornata dopo il parto;
- a sei settimane circa dal parto, in occasione della valutazione del puerperio.

È possibile iniziare la raccolta dati già in gravidanza poiché circa l'80% delle gravide è seguita in regime istituzionale presso la nostra Unità Operativa o il Consultorio Familiare e solo il 20% delle pazienti che afferiscono al percorso nascite feltrino proviene da altre strutture.

Ad ogni paziente viene inoltre somministrato il questionario per lo studio "Indagine sulla Salute Mentale Perinatale in corso di pandemia da SARS-COV-2" in un'unica occasione, in una delle tre situazioni sopracitate.

In seconda giornata dal parto, come indicato nel programma CeDAP, alla paziente viene richiesto inoltre di compilare il questionario per la rilevazione dei fattori di rischio personali.

In tutte le circostanze è l'ostetrica la figura professionale che raccoglie il consenso verbale per la raccolta dei dati e che informa sulle finalità dell'esecuzione del test: durante il colloquio informativo spiega alle pazienti qual è la normale situazione emotiva in gravidanza e dopo il parto, ponendo particolare enfasi ai campanelli d'allarme che aiutano a riconoscere un disagio emotivo non più fisiologico, coinvolgendo i partner, che vengono informati sull'argomento ed esortati a rivolgersi alla nostra Unità Operativa in caso di dubbi o necessità.

Oltre a queste informazioni vengono forniti alle coppie i contatti diretti, sia del punto nascita, punto di riferimento ospedaliero per le emergenze, sia del consultorio familiare per una presa in carico programmata e più a lungo termine.

### Gestione dei risultati dell'EPDS

*Durante la gravidanza:*

- se negativo viene riproposto in seconda giornata dopo il parto;
- se positivo l'ostetrica indaga le ragioni che hanno portato al risultato, propone un supporto psicologico, informando, previo consenso verbale della paziente, il consultorio di appartenenza della positività del test di screening.

Il risultato dell'EPDS viene registrato sulla cartellina ostetrica, per poter monitorare lo stato emotivo della paziente ai controlli periodici in gravidanza e successivamente sulla cartella del ricovero, per garantire un'adeguata attenzione durante la degenza per il parto.

*In seconda giornata dopo il parto:*

- se negativo viene riproposto in occasione della valutazione del puerperio dopo circa 6 settimane dal parto. La paziente viene comunque presa in carico dall'ostetrica consultoriale del suo territorio di appartenenza in modalità programmata, attraverso l'invio da parte dell'Unità operativa di Ostetricia

di un modulo *ad hoc*, riassuntivo delle informazioni più importanti relative al parto, alla degenza, alle eventuali difficoltà nell'allattamento e accudimento del neonato;

- se positivo l'ostetrica discute del risultato del test con la paziente, avendo cura di indagare se è alterato per ragioni "acute", relative all'esperienza di parto (parto operativo, neonato non in salute, avvio difficoltoso dell'allattamento...) o se sussiste la necessità di supporto psicologico/psichiatrico, in base al punteggio ottenuto all'EPDS (*cut-off* di 10 per il supporto psicologico e di 12 per la valutazione psichiatrica).

Nel caso in cui l'ostetrica che ha eseguito il colloquio ravvisi un disagio reattivo ad un vissuto stressante di travaglio, parto e/o postparto, viene informata la collega del consultorio familiare di appartenenza e ricontatta telefonicamente la donna a distanza di 4-5 giorni dalla dimissione per avere un feedback sul rientro a domicilio: se la situazione di disagio appare rientrata, si conclude il percorso con l'ostetrica ospedaliera, diversamente si avvia con il consultorio familiare competente per territorio un percorso personalizzato di accompagnamento in puerperio, con coinvolgimento dello psicologo/psichiatra territoriale.

*A sei settimane dal parto:*

- se negativo non sono previsti ulteriori controlli;
- se positivo l'ostetrica rileva quali sono le difficoltà emerse e a seconda delle necessità della paziente e del punteggio dell'EPDS contatta il servizio di sostegno più opportuno (ostetrica consultoriale, psicologo consultoriale, psichiatra ospedaliero).

Presso la nostra Unità Operativa l'ostetrica che somministra i test è la diretta responsabile della presa in carico della paziente e della segnalazione ai servizi di riferimento.

I tempi di intervento non sono standardizzati, ma vengono adattati a seconda della necessità della donna e della gravità della situazione.

L'ostetrica che propone l'EPDS segue inoltre l'evoluzione della presa in carico della paziente presso gli altri servizi e ricontatta personalmente la donna anche dopo la dimissione, qualora lo ritenga necessario.

## A5. Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

---

Martina Smorti, Giulia Mauri

*Servizio di sostegno alla genitorialità, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana*

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) è attivo dal 2016 un Servizio psicologico di sostegno alla genitorialità. Il servizio eroga sia prestazioni ambulatoriali (colloqui singoli e psicoterapia), sia prestazioni di consulenza psicologica. La modalità di funzionamento del servizio psicologico di sostegno alla genitorialità è riportata nei Protocolli Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali della Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'AOUP.

L'attività psicologica ambulatoriale, si svolge presso l'ambulatorio di sostegno alla genitorialità situato nella Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa. Il servizio ambulatoriale è riservato ai pazienti in cura presso la Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia che manifestano difficoltà psicologiche in situazioni critiche nel percorso di ricerca della gravidanza (ad esempio nell'ambito dei trattamenti per la procreazione medicalmente assistita); nel corso della gestazione o del postparto; in conseguenza della perdita del figlio (per aborto spontaneo, morte fetale intrauterina o morte neonatale, ecc.). L'ambulatorio eroga prestazioni di colloqui singoli (primo colloquio) e, solo in seconda battuta, se si evidenzia la necessità, prestazioni di psicoterapia.

L'attività di consulenza psicologica è rivolta alle pazienti ricoverate presso la AOUP che ne fanno richiesta al personale medico dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia.

Il primo colloquio presso l'ambulatorio di sostegno alla genitorialità dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica della AOUP ha prevalenti finalità diagnostiche e di orientamento.

L'accesso avviene con prescrizione medica (dicitura "1 colloquio psicologico"), redatta dal medico curante o da altro specialista esterno, attraverso prenotazione, telefonando o recandosi direttamente alla Segreteria della Unità Operativa Psicologia Clinica.

Nel corso del primo colloquio si procede alla raccolta di una dettagliata anamnesi delle donne (singolo o coppia), alla valutazione del bisogno e all'analisi del motivo del colloquio. Vengono inoltre valutati, attraverso l'uso dei seguenti questionari standardizzati:

- a) il livello e la gravità dei sintomi di natura ansiosa e depressiva, attraverso la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983); l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox *et al.*, 1987); il *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (Spitzer *et al.*, 2006); il *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire* (PRAQ-R) (Huizink *et al.*, 2004);
- b) la qualità del supporto sociale percepito da parte del contesto sociale, attraverso il *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet *et al.*, 1988) e del partner attraverso il *Romance Quality Scale* (RQS) (Ponti *et al.*, 2010);
- c) la qualità della relazione col bambino nel periodo prenatale, se la coppia giunge in consultazione durante la gestazione o nel periodo post-natale, attraverso rispettivamente il *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS) (Busonera *et al.*, 2016), e il *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) (Müller, 1993) o il *Maternal Postnatal Attachment Scale* (MPAS) (Condon & Corkindale, 1998).

Tali questionari sono finalizzati a valutare globalmente il benessere psicologico della donna e la presenza di indicatori di rischio (quali ad esempio gravidanza non desiderata, scarso supporto sociale percepito, relazione di coppia conflittuale, scarsa qualità della relazione col bambino) e di protezione.

Al termine del primo colloquio, lo psicologo comunica alla donna i principali temi emersi nella visita evidenziando i fattori di rischio e di protezione.

Qualora la richiesta della donna fosse di tipo consulenziale (es. relativa ai cambiamenti della gravidanza e alla preoccupazione per la nuova organizzazione familiare dopo la nascita del bambino) e nel corso del colloquio non fossero emersi particolari criticità in termini di sofferenza psicologica e si fossero evidenziati invece fattori protettivi, come ad esempio buon supporto sociale, relazione di coppia affettuosa e supportiva, l'attività del clinico si limita ad un counseling psicologico e al fornire informazioni sui principali servizi in ambito perinatale disponibili sul territorio cui la donna può rivolgersi per avere informazioni o in caso di difficoltà specifiche (es. corsi di preparazione alla nascita, ambulatorio dedicato al sostegno all'allattamento, ecc.).

Qualora la sofferenza psicologica risulti invece elevata e tale da compromettere lo svolgimento delle attività quotidiane, al termine della prima visita il clinico può suggerire alla donna un approfondimento psichiatrico, indirizzandola allo specialista in psichiatria per una visita.

Qualora infine, il clinico confermasse la necessità di intraprendere un percorso di psicoterapia, viene proposto alla donna (o alla coppia) di intraprendere un percorso di psicoterapia breve (massimo 8 incontri) presso la stessa AOUP, oppure rivolgersi al servizio territoriale per un percorso di psicoterapia (opzione di solito preferibile per donne che, pur in cura per la gravidanza presso la AOUP, provenivano da territori lontani dalla sede dell'Ospedale anche se nella stessa Area Vasta).

L'attività di consulenza psicologica, che ha prevalenti finalità di chiarificazione e di sostegno, è rivolta invece alle donne ricoverate presso la AOUP che ne fanno richiesta al personale medico dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia. Generalmente i motivi di tale richiesta sono legati a difficoltà psicologiche conseguenti al ricovero, come ad esempio diagnosi di patologie ostetriche; minaccia di parto pretermine che richiede l'ospedalizzazione per la durata della gravidanza; diagnosi di anomalie fetali o neonatali; parto pretermine; perdita della gravidanza; morte fetale intrauterina o morte neonatale.

In questi casi la consulenza avviene presso il letto della donna ricoverata nel reparto e si svolge in modalità analoga a quella sopra descritta per il "primo colloquio". Anche per le donne ricoverate viene cioè raccolta l'anamnesi e compiuta un'analisi della domanda di consulenza tramite colloquio e con l'aiuto di alcuni questionari standardizzati tra quelli sopra riportati. Anche in questo caso, al termine della consulenza psicologica il clinico valuta se sia necessario un intervento di tipo psichiatrico (in tal caso suggerisce al personale medico di richiedere una consulenza psichiatrica) o psicologico. In quest'ultimo caso il clinico valuta se il bisogno della donna possa essere accolto nell'ambito di una più continuativa attività di consulenza di tipo psicologico da svolgere durante il periodo di degenza; inviare la donna, una volta dimessa, al servizio territoriale (soprattutto nei casi di donne che provengono da territori lontani dalla sede dell'ospedale ma pur nella stessa Area Vasta); re-inviare la donna allo psicoterapeuta di fiducia (in ambito privato o pubblico sul territorio), nel caso in cui la donna fosse già seguita da uno psicoterapeuta o, infine, inviare la donna all'ambulatorio psicologico di sostegno alla genitorialità presso la stessa AOUP.

In ogni caso un breve report della consulenza psicologica effettuata viene riportato in cartella clinica della donna e il risultato della valutazione svolta viene discusso attraverso un breve briefing con l'equipe del reparto dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, con la quale vengono anche concordati i successivi passaggi da compiere per monitorare il rispetto e l'efficacia delle indicazioni terapeutiche fornite e l'andamento della salute mentale della donna, anche attraverso contatto con altri professionisti, sia interni che esterni all'AUOP, come ad esempio quelli dell'associazione Ciao Lapo onlus nel caso di lutto perinatale.

L'attività di psicoterapia si svolge presso all'ambulatorio psicologico di sostegno alla genitorialità presso la Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'AOUP. L'accesso a tale servizio avviene con prescrizione medica (dicitura "8 colloqui di psicoterapia"), redatta dal curante o da altro specialista esterno, previa prenotazione. Qualora al termine degli otto incontri, il clinico non considerasse concluso il lavoro terapeutico, è possibile continuare il percorso per ulteriori otto incontri fino a un massimo di sedici. In questo caso deve essere presentata un'ulteriore richiesta con le stesse modalità sopra descritte (prescrizione medica "8 colloqui di psicoterapia" avanzata dal curante o da altro specialista esterno, previa prenotazione). La psicoterapia, ad orientamento cognitivista, viene svolta sul singolo o sulla coppia con cadenza settimanale, prevalentemente in risposta ai seguenti bisogni: elaborazione del lutto conseguente la perdita perinatale (aborto spontaneo, morte fetale intrauterina, ecc.); elaborazione di una diagnosi avversa per la salute del bambino; elaborazione della diagnosi di infertilità e sostegno nel percorso di procreazione medicalmente assistita; depressione o ansia perinatale.

L'accesso al servizio di psicoterapia è consentito solo alle donne che non si trovano in una condizione di ricovero ospedaliero. Per quanto tale scelta sia giustificata e in linea con la maggior parte dei servizi psicologici offerti in ambito perinatale, ha indubbiamente un limite in quanto rimangono escluse proprio le donne che forse più di tutte possono avere bisogno di un sostegno psicologico più strutturato, ovvero le donne con gravidanze fortemente a rischio ricoverate spesso anche per lunghi periodi in ospedale che presentano numerosi fattori di rischio clinico e psicologico. Spesso infatti si tratta di donne per le quali il rischio di parto pretermine è elevato con conseguenti potenziali eventi negativi in termini di salute neonatale e alte probabilità di ricovero del bambino in terapia intensiva alla nascita.

In certi casi poi l'ospedalizzazione non è sufficiente da sola a impedire il parto pretermine con possibili conseguenze in termini di morte neonatale. Tutto questo, può avere gravi ripercussioni sul benessere psicologico delle donne ricoverate che tendono a sviluppare maggiore depressione e ansia (Fairbrother *et al.*, 2016; Pisoni *et al.*, 2016; Smorti *et al.*, 2021; Smorti *et al.*, 2022).

Per tale motivo, a partire dal 2019 e fino al 2022 è stato attuato, in accordo con la Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia un servizio di supporto psicologico per le donne ricoverate con gravidanze a rischio.

Tale servizio prevedeva la visita in reparto da parte dello psicologo due giorni la settimana. La visita in reparto avveniva in due tempi e prevedeva dapprima un incontro strutturato con il personale medico-sanitario (ginecologo e ostetrico) che presentava i casi delle nuove donne ricoverate per gravidanza a rischio o minaccia di parto pretermine, illustrando il motivo del ricovero, eventuali diagnosi cliniche a carico della donna o del feto e la prognosi. Il personale sanitario inoltre aggiornava lo psicologo sulla situazione clinica di donne già ricoverate illustrando se c'erano state variazioni di rilievo, se la donna era sempre in gravidanza e se era prevista la dimissione, il suo trasferimento ad un ospedale territoriale, se veniva programmato il parto, ecc.

Dopo questo aggiornamento con il personale medico, lo psicologo si recava al letto della donna e svolgeva un colloquio sullo stato emotivo attuale e su eventuali preoccupazioni o ansie. Veniva esplorata la percezione che la donna aveva del bambino, dei movimenti fetali cercando di approfondire la qualità dell'attaccamento prenatale. Si indagava inoltre la qualità delle relazioni familiari sia all'interno della coppia sia all'interno della famiglia di origine e la percezione del supporto sociale.

Venivano inoltre proposti alla donna i questionari standardizzati descritti precedentemente volti a valutare il benessere psicologico e i fattori di rischio e di protezione presenti a livello individuale, relazionale e sociale.

I questionari somministrati servivano a monitorare globalmente il benessere della donna; in altre parole, anche laddove i risultati dei test psicologici non evidenziassero dei punteggi "clinici" per ansia e depressione, veniva considerata degna di attenzione la presenza di altri indicatori di rischio quali: gravidanza non desiderata, scarso supporto sociale percepito, scarsa qualità della relazione col bambino. In questi casi i colloqui psicologici erano volti a monitorare il benessere psicologico nel corso del ricovero e a sostenere la donna qualora emergessero criticità o eventi avversi nel corso del ricovero stesso (diagnosi di anomalie del feto, aborti, morte perinatale, ecc.). I colloqui, sotto forma di "consulenza psicologica" in reparto venivano effettuati dallo psicologo con cadenza regolare (mono o bisettimanale a seconda della richiesta della donna) per tutta la durata del ricovero. L'esito del colloquio e l'aggiornamento dello stato affettivo della donna veniva registrato in cartella clinica. Al termine della visita in reparto (quindi a conclusione dei colloqui svolti) avveniva un breve incontro con il personale sanitario in cui lo psicologo aggiornava sullo stato della donna e su eventuali elementi di criticità.

Il supporto psicologico per le donne ricoverate per gravidanze a rischio ha avuto una importanza fondamentale durante la pandemia da COVID-19 in cui, le restrizioni e le limitazioni alle visite in ospedale, hanno esposto le donne a un maggiore isolamento sociale. Il supporto psicologico veniva quindi fornito alle donne ricoverate nel reparto COVID-free e le sosteneva in un difficile momento, quello del ricovero ospedaliero, che poteva risultare ancora più faticoso vista la lontananza dal contesto familiare e il divieto di visitare i pazienti da parte dei familiari.

## A6. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

---

Pietro Bagolan#, Leonardo Caforio#, Alessandra Toscano#, Teresa Grimaldi Capitello\*°, Angela Rossi\*, Lucia Aite\*, Simona Cappelletti\*, Silvia Bucci\*, Laura Raho\*, Chiara Falamesca\*

# *Unità Operativa di Diagnosi prenatale e di Chirurgia Neonatale, Medicina e Chirurgia Fetale e Perinatale, Cardiologia Perinatale, Area delle Scienze Fetal, Neonatali e Cardiologiche, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-IRCCS, Roma; Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Tor Vergata, Roma*

\* *Unità Operativa di Psicologia clinica, Area scienze neurologiche e medicina riabilitativa, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma*

° *Università degli Studi LUMSA, Roma*

Gli interventi sulla perinatalità rientrano nell'area tematica "0-1000 giorni", in un percorso di continuità delle cure del feto/neonato e della sua famiglia che, nel contesto dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, ha previsto negli ultimi 30 anni un lavoro d'equipe multidisciplinare che accoglie la gestante con diagnosi fetale incerta e la accompagna in un percorso di orientamento e consapevolezza diagnostici e prognostici, di consulenza ginecologica e psicologica, con esami di screening e di informazione assistita alla diagnosi e alla cura, e ove necessario, attivando specialisti della perinatalità in area chirurgica, genetica, cardiologica, urologica, ortopedica, neurologica, neurochirurgica e intensivistica. È inoltre attivo da alcuni anni tutto il settore di alta specialità della chirurgia fetale per le anomalie che abbiano dimostrato un effettivo giovamento dall'uso di queste raffinate procedure.

L'obiettivo è mettere a disposizione delle donne (e della coppia) dal concepimento ai primi due anni dopo il parto un servizio multi-specialistico che si struttura un percorso di parto presso l'ospedale Bambino Gesù in selezionati feti con anomalia complessa, ricoveri ordinari dei neonati con malformazioni incompatibili con la vita, visite ambulatoriali, *day hospital*, *day surgery* per fornire un'assistenza completa e un supporto empatico nell'area della diagnosi fetale e della cura alla perinatalità, accompagnando le future mamme in un percorso di cambiamenti e adattamenti emozionali a volte più articolati del prevedibile, con l'obiettivo di ridonare alle donne e ai futuri bambini salute e benessere.

Grazie al lavoro d'equipe nell'area perinatale dell'ospedale Bambino Gesù è possibile formulare diagnosi fetali sempre più accurate, attraverso strumentazioni tecnologicamente avanzate e competenze specialistiche nell'ambito della diagnostica per immagini e di laboratorio, dialogare con consulenti clinici che si avvalgano delle più recenti innovazioni in campo medico e chirurgico disponibili nel nostro centro di alta specialità, garantire la tutela della salute mentale della gestante, della futura coppia genitoriale e della crescita e della salute globale del feto.

Le donne che afferiscono al nostro servizio possono essere seguite durante la gravidanza per la parte ginecologica negli ambulatori con locali dedicati, partecipare a un ciclo di incontri di accompagnamento psicologico al mantenimento del benessere psicofisico e all'elaborazione dei vissuti ansiogeni e depressivi connessi alla gestazione e alle possibili implicazioni, riconoscendo le proprie fragilità e acquisendo consapevolezza delle proprie risorse interne e relazionali.

Dopo il parto, se il bambino ha necessità di assistenza intensiva, questa viene assicurata grazie alla rete comunicativa con i più importanti centri ostetrici regionali ed extraregionali, avendo a disposizione anche un'ambulanza specificamente attrezzata con le tecnologie più sofisticate per l'assistenza intensiva e cardiopolmonare del neonato. È attivo anche un team ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation) pronto ad attivarsi in urgenza e anche per sedi extra Regione.

Durante i ricoveri e i *day hospital*, il personale sanitario che intercetta i bisogni psicologici e le difficoltà emozionali dei genitori, li segnala al servizio di psicologia e viene quindi attivato un supporto psicologico stabile nel tempo del ricovero e oltre.

Il modello multidisciplinare d'equipe prevede specialisti di vari campi: ostetrica, chirurgica fetale e neonatale, genetica, cardiologica, urologica, ortopedica, neurologica, neurochirurgica, infettivologica, metabolica, psicologica e intensivistica.

Per quel che riguarda la prevenzione del malessere psicologico perinatale sono previsti dei momenti più strutturati che vengono riconosciuti come counselling psicologico, nei quali:

- si affronta il tema (sia per le donne che per gli uomini) di sviluppare ansia e depressione prima e dopo l'arrivo del figlio e si discute sulla possibilità ad essere accompagnati in un percorso di assistenza integrata;
- si sensibilizza la coppia a parlare di temi connessi all'attaccamento e ai propri vissuti di genitorialità;
- si promuovono screening di ricerca;
- si eseguono approfondimenti psicodiagnostici;
- si eseguono trattamenti brevi individuali lungo il percorso di assistenza ambulatoriale e di ospedalizzazione.

Le donne possono accedere liberamente ad un colloquio psicologico, o telefonare e lasciare i loro dati per poi essere ricontattate dal professionista che le seguirà.

Durante il colloquio di accoglienza si indaga la problematica portata dalla donna, il tono dell'umore, la presenza di fattori di rischio (quali precedenti patologie psichiatriche, vissuti di solitudine/isolamento, rischio suicidario), le risorse relazionali presenti e la motivazione all'accudimento del bambino.

## A7. Università di Tor Vergata, Roma

---

Cinzia Niolu, Ilaria Adulti

*Osservatorio Multicentrico sulla Depressione Perinatale*

Lo scopo dell'Osservatorio Multicentrico sulla Depressione Perinatale (OMDP) è quello di condurre un ampio programma di screening della depressione perinatale con criteri uniformi e standardizzati, che porterà, in futuro, alla creazione di una rete profilattica e terapeutica, offrendo i percorsi terapeutici più efficaci e più sicuri.

Il programma dell'OMDP prevede le seguenti attività:

- un programma di screening sulle donne dal primo trimestre di gravidanza;
- l'identificazione di predittori sociali e psichiatrici di depressione perinatale;
- la valutazione del rischio e la diagnosi di eventuali disturbi fin dal primo trimestre di gravidanza, in modo da stabilire un intervento precoce per ridurre il danno fetale nelle prime fasi della gravidanza;
- la rivalutazione prospettica durante tutto il periodo perinatale: secondo e terzo trimestre di gravidanza, uno e sei mesi dopo il parto, un anno dopo il parto, per facilitare l'identificazione precoce di nuovi casi e la tutela della salute mentale della donna e del bambino.

L'OMDP vede la partecipazione di diverse Università e strutture territoriali ubicate nel centro, sud e nord Italia.

In particolare, i Centri OMDP sono:

- Aziende Sanitarie Locali (ASL):  
Dipartimenti di Salute Mentale di Roma e del Lazio, Servizio Psichiatrico del Distretto Sanitario di Bolzano.
- Sedi universitarie:  
Università di Roma "Tor Vergata", Università di Roma "La Sapienza" (Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera Sant'Andrea), Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Università "Gabriel D'Annunzio" di Chieti-Pescara, Università di Foggia, Università degli Studi dell'Aquila, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Università degli Studi di Catania, Università degli Studi di Palermo, Università Politecnica delle Marche.

Dal dicembre 2018 il programma di screening promosso dall'OMDP si è concretizzato in un progetto di ricerca promosso dall'Associazione "Volontari per il Policlinico Tor Vergata onlus" e in collaborazione con la Società Italiana di Psichiatria (SIP), sezione regionale Lazio.

Questo studio è tuttora in corso presso tutti i centri, con lo scopo di raccogliere il maggior numero possibile di dati, che verranno analizzati in un'ottica dinamica e longitudinale, per permettere un'accurata valutazione nel tempo di tutte le variabili prese in esame. L'attività di studio è svolta all'interno di Ospedali Universitari, Strutture Ospedaliere e ASL.

I soggetti dello studio sono donne di età superiore ai 18 anni in gravidanza o nel periodo post-parto, in grado di comprendere lo scopo e le modalità dello studio e di prestare la propria adesione firmando il consenso informato scritto.

Sono considerati criteri di esclusione:

- a) diagnosi di ritardo mentale/disabilità cognitiva;
- b) diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico;
- c) impossibilità a firmare il consenso informato scritto.

Le donne possono accedere spontaneamente ai servizi psicologici/psichiatrici specialistici o in alcuni centri vengono reclutate presso i servizi ostetrici/ginecologici.

Dopo aver firmato il consenso informato alla partecipazione allo studio, le donne sono tenute a compilare una scheda anagrafica che raccoglie le seguenti informazioni: dati anagrafici, data dell'ultima mestruazione, data presunta del parto, peso, altezza, livello di istruzione, occupazione, presenza o assenza di coppia stabile, informazioni sulla gravidanza in corso (età gestazionale, possibili complicanze, sintomi di nausea o vomito), informazioni cliniche e ginecologiche della gestante (aborti pregressi, aborto spontaneo o medicalmente assistito, gravidanza gemellare, presenza di disturbi psicologici disturbi legati a precedenti gravidanze), eventi di vita stressanti avvenuti nei 12 mesi precedenti la gravidanza (conflitto con la famiglia di origine, patologia o infortunio di un parente stretto, lutto, conflitto con il partner, aver

attraversato una separazione, aver avuto una malattia grave o essere vittima di infortunio o aggressione, aver avuto gravi problemi economici, aver subito un furto, aver avuto problemi con la giustizia, aver perso il lavoro).

Alle partecipanti viene inoltre chiesto di completare l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987). La valutazione viene ripetuta, indipendentemente dal punteggio ottenuto alla EPDS, a ogni trimestre di gravidanza, un mese dopo il parto, sei mesi dopo il parto e al primo anno di vita del bambino. Nella nostra pratica clinica, abbiamo utilizzato un punteggio *cut-off* di 9. Inoltre, è stato utile proporre una suddivisione dei punteggi ottenuti, in intervalli:

- un punteggio da 9 a 11 è stato considerato indicatore di possibile depressione;
- un punteggio maggiore di 12 è stato correlato a una maggiore probabilità di depressione.

Tutte le pazienti a rischio di depressione perinatale (ovvero con punteggio almeno pari a 9), vengono successivamente ricontattate da professionisti della salute mentale per permettere l'ulteriore valutazione clinica, per indagare la presenza di una effettiva patologia psichiatrica, tramite colloquio clinico e eventuale somministrazione di test psicometrici specifici.

Ogni centro OMDP gestisce in autonomia il protocollo di presa in carico successiva allo screening.

In particolare l'Università di Tor Vergata si è dotata di uno sportello clinico specifico, chiamato "SOS MAMMA", al quale le donne possono accedere spontaneamente con la richiesta di un supporto farmacologico o psicoterapeutico, o su invio di altri specialisti che ne ravvisano la necessità, o ancora in seguito al riscontro di positività all'EPDS nella fase di screening.

Lo sportello è un ambulatorio specialistico multidisciplinare di ascolto e di intervento, in collaborazione tra ginecologia/ostetricia e neonatologia, ambulatorio e *day hospital* di psichiatria generale, il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e *day hospital* di neuropsichiatria infantile. Lo sportello si avvale dunque dell'ausilio di un team multidisciplinare costituito da psichiatri e medici in formazione specialistica in psichiatria, psicologi/psicoterapeuti, ginecologo, ostetrico e neuropsichiatra infantile, in grado di fornire una consulenza e una presa in carico globali.

Si rivolge alle donne che desiderano o sono in gravidanza, nel postparto (fino ad un anno circa del bambino) e alla coppia, al fine di prevenire e/o trattare i disturbi psichiatrici della fase perinatale.

L'eventuale necessità di presa in carico oltre il primo anno di vita del bambino, viene generalmente dirottata presso i servizi di *day hospital* o ambulatoriali del Policlinico Tor Vergata o, eventualmente e in base alle specifiche necessità, verso i servizi territoriali responsabili.

## **A8. Sapienza, Università di Roma - Policlinico Umberto I**

---

Franca Aceti, Nicoletta Giacchetti

*Servizio di Psicopatologia perinatale del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale*

Il Servizio di Psicopatologia perinatale del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale (Policlinico Umberto I di Sapienza Università di Roma) è attivo da oltre 15 anni ed è gestito da due psichiatre.

Il Servizio opera in collaborazione con la Ginecologia e Ostetricia e la Neuropsichiatria Infantile dello stesso nosocomio, con il Tribunale dei Minori e con la rete dei servizi territoriali (in particolare i Consultori Familiari) presenti nel territorio di Roma e del Lazio.

L'accesso al servizio avviene per appuntamento attraverso un contatto e-mail ([perigenitoriale@policlinicoumberto1.it](mailto:perigenitoriale@policlinicoumberto1.it)) oppure per contatto diretto con le strutture con le quali si è consolidata la collaborazione. Possono accedervi donne in qualunque epoca della gravidanza e fino a due anni dopo il parto. Il servizio, tuttavia, svolge consulenza anche per le donne che stanno programmando una gravidanza e per i genitori con difficoltà relazionali con i figli fino ai 6 anni di età.

Dopo aver effettuato un primo colloquio esplorativo in cui vengono affrontate le tematiche legate al “qui e ora”, approfondendo in particolare i motivi per cui è stata richiesta una prima visita e il disagio emotivo presente, si effettua una anamnesi approfondita volta anche ad esplorare le relazioni primarie, la collusione di coppia, la relazione diadica con il feto e/o il neonato, la presenza o meno di una rete relazionale di sostegno. In caso emerga una situazione di disagio psicosociale è a disposizione un'assistente sociale che media il rapporto con i servizi territoriali.

Sono previsti almeno 3 colloqui psicologico/psichiatrico, per lo più a cadenza settimanale, nel corso dei quali in fase diagnostica, se necessario, vengono prescritti farmaci e/o un ricovero e viene somministrata una scheda raccolta dati di tipo socio-demografico e l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987).

Nel corso del tempo sono state avviate diverse ricerche utilizzando strumenti di valutazione *ad hoc* volti ad esplorare alcune aree tematiche: il funzionamento della personalità, attraverso la somministrazione dell'Minnesota Multiphasic Personality Inventory -MMPI (Pancheri & Sirigatti, 2002), del Big Five (Caprara *et al.*, 1993) e dell' Temperament and Character Inventory -TCI/R (Fossati *et al.*, 2007); nonché modelli di attaccamento e cura, la relazione col partner e la dimensione traumatica attraverso strumenti specifici.

L'intervento successivo, di durata variabile, stabilito sulla base delle problematiche individuali, prevede, inoltre, una eventuale valutazione della diade da parte del neuropsichiatra infantile; colloqui di coppia e la proposta di partecipare ad un gruppo aperto ad orientamento psicodinamico, incentrato sulle tematiche della maternità e genitorialità, a cadenza settimanale della durata di 90 minuti.

Le donne che accedono al servizio, negative all'EPDS, che esprimono un disagio emotivo, seguono il medesimo protocollo di intervento.

Il Servizio svolge, oltre all'attività clinica e di ricerca, attività formativa universitaria, attraverso anche un Corso di Alta Formazione (CAF) e territoriale, con gli operatori sanitari dei servizi territoriali.

## A9. Ospedale Cristo Re, Roma

---

Antonella Triggiani, Donatella Chiarelli, Flavia Distefano  
*Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia*

Il Servizio di Psicologia Clinica Perinatale presente all'interno della Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Cristo Re ha come obiettivo il benessere psicologico nel postparto attraverso l'informazione, il sostegno e la possibile presa in carico delle donne.

Le psicologhe del servizio propongono a tutte le puerpere, in seconda giornata dal parto, lo screening post natale costituito da una breve scheda anamnestica che indaga sia la presenza di un'eventuale storia clinica sia l'andamento del parto e l'inizio dell'allattamento, l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987) e il GAD-7 (*General Anxiety Disorder-7*) (Plummer *et al.*, 2016).

Alle donne che risultano positive al test EPDS (*cut-off*  $\geq 9$ ) viene proposto un colloquio in cui si esplorano e si indagano le risposte risultate più problematiche; inoltre è prevista la possibilità di un ulteriore approfondimento diagnostico attraverso il *Symptom Checklist-90-R* (SCL90) (Derogatis, 1983) come previsto dal protocollo SAMEP (Salute Mentale Perinatale) stipulato con la ASL ROMA 1.

Alla dimissione viene proposta la possibilità di fissare un appuntamento presso l'ambulatorio di psicologia. Le donne che hanno una diagnosi psichiatrica o che sono in condizioni di fragilità sociale, familiare e psicologica vengono indirizzate ai servizi territoriali e laddove possibile, in accordo con la donna, la psicologa del servizio crea il percorso assistenziale così da rendere più semplice la presa in carico.

Alle donne risultate negative allo screening viene effettuato un colloquio psico-educazionale in cui vengono illustrate tutte le dinamiche fisiologiche (*baby blues*) e patologiche (ansia e depressione) che possono insorgere nel puerperio così da offrire loro degli strumenti di comprensione dei vissuti emotivi e tutte le possibili manifestazioni psicologiche.

Si lasciano, inoltre i riferimenti dell'ambulatorio di psicologia per qualsiasi necessità futura.

## **A10. Azienda Sanitaria Regionale del Molise**

---

Giovanna Picciano, Evelina Gollo, Angelo Marcheggiani, Giovanna Iacurto, Giada Gentile, Concetta Del Castello

*Consultorio Familiare Campobasso e Boiano*

Il Consultorio Familiare di Campobasso/Boiano è il Consultorio di riferimento per la Regione Molise. Sono presenti in Regione 6 Consultori: Campobasso/Boiano, Termoli, Larino, Isernia, Venafro e Agnone.

L'approccio seguito è quello multidisciplinare e olistico mirato alla qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione, orientato alla promozione e prevenzione della salute come previsto nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 del Ministero della Salute che punta su una programmazione basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio.

L'integrazione è attiva con i servizi sanitari (punti nascita ospedalieri, pediatri di libera scelta, medici medicina generale), servizi sociali (autorità giudiziaria, centri anti-violenza, associazioni di cittadini e volontariato) e scuole (scuole medie e superiori) della Regione Molise.

Si distinguono le varie attività svolte in:

- area salute donna;
- area salute adolescenti/giovani,
- area salute psico-sociale coppia/famiglia e adozioni (seguita dalle psicologhe e dalle assistenti sociali).

Nell'area salute donna rientrano: sessualità, malattie sessualmente trasmesse, contraccezione e percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza, climaterio e menopausa, periodo preconcezionale, percorso nascita, informazioni e arruolamento alla donazione eterologa delle cellule staminali cordonali, depressione postparto, patologie ginecologiche e prelievi la diagnosi del papilloma virus e Pap-Test per lo screening oncologico della cervice uterina. Tra le attività finalizzate alla procreazione consapevole e responsabile si forniscono informazioni/counselling in sede, si prescrivono contraccettivi e si inserisce il dispositivo intrauterino; quest'ultimo è offerto gratuitamente alle donne meno abbienti.

Le donne in gravidanza che intendono farsi seguire dalla nostra ginecologa, si presentano alla nostra attenzione fin dall'inizio della gravidanza per visite e controlli ma si rilasciano attestati di gravidanza anche a donne seguite da ginecologi privati (che non possono rilasciarli in quanto è obbligatorio il rilascio da struttura pubblica).

È in fase di distribuzione l'agenda della gravidanza informatizzata (autorizzata dall'Assessorato alla Salute della Regione Molise e Azienda Sanitaria Regionale) che unificherà il percorso assistenziale coinvolgendo tutti gli operatori sanitari e psico-sociali che ruotano attorno alla donna in gravidanza afferenti ai Punti nascita/Consultori/studi privati.

Le donne che partecipano ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) vengono arruolate telefonicamente dalla venticinquesima settimana fino alla trentasettesima settimana. Gli incontri sono undici, uno a settimana, otto incontri sono tenuti dall'ostetrica, un incontro dalla ginecologa, un incontro dalla psicologa sulla genitorialità e un incontro dall'assistente sociale per tutta l'informazione sulla normativa. Durante l'ultimo incontro, la donna viene invitata in Consultorio un'ostetrica del Punto nascita dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso per fornire informazioni riguardanti l'Ospedale. Questo incoraggia molto le donne perché hanno l'opportunità di conoscere il personale ospedaliero che incontreranno al momento del ricovero. Inoltre, viene offerta ai futuri genitori una visita in sala parto. I temi trattati dall'ostetrica sono: modificazioni e stili di vita corretti in gravidanza, esercizi e massaggio al perineo, modalità del travaglio e parto, allattamento, puerperio, promozione alla lettura precoce ("Nati per leggere"), patologie in gravidanza, donazione cellule staminali e arruolamento, depressione postparto, massaggio baby, morte nella culla (*Sudden Infant Death Syndrome*, SIDS), cura del neonato e bagnetto, manovre salvavita (*Pediatric Basic Life Support*, BLS).

Dal 2020, con tutte le partecipanti ai corsi di accompagnamento alla nascita è stato aperto un gruppo WhatsApp nel quale è possibile chiedere informazione sul proprio stato di salute psico-fisico anche nelle ore e giorni non lavorativi. Questa si è dimostrata un'offerta assistenziale efficace e utile in quanto il gruppo

non viene cancellato fino al compimento di un anno del lattante, e anche le ostetriche possono comunicare con le donne per qualsiasi informazione o richiesta.

Il numero dei corsi di accompagnamento alla nascita è aumentato dal 2020 ad oggi. Durante il periodo di chiusura del COVID-19 i corsi sono stati tenuti in modalità da remoto. Il 75% delle donne che frequentano i corsi torna in Consultorio a 2/3 giorni dalla dimissione per i controlli in puerperio; il 32% delle puerpere che non frequentano i corsi si presenta alla nostra attenzione (come accordi presi) consigliate dal Punto nascita dell'Ospedale Cardarelli di Campobasso. Le visite sono in sede, ma per coloro che sono impossibilitate a raggiungere il Consultorio sono effettuate a domicilio.

Infine, durante i corsi si informano le donne e si esegue l'arruolamento per la donazione delle cellule staminali cordonali.

Dal 2021, a partire dal 4° mese di età del bambino, si tengono corsi di due incontri ciascuno sullo svezzamento per i neo-genitori.

Sempre dal 2021, tutte le ostetriche presenti nel Consultorio hanno conseguito il brevetto da istruttori per BLS pediatrico e adulto. Si tengono anche corsi rivolti ai neo genitori, ai *caregiver* e agli insegnanti delle scuole materne e dei nidi con i quali è stata attivata una collaborazione gratuita per insegnare manovre salvavita pediatriche. Il corso ha una durata di 3 ore e consiste in una parte teorica e una pratica con prova finale su manichino e somministrazione di un questionario test-retest prima e dopo la formazione. Il corso viene ripetuto per aggiornamento a distanza di due anni dal primo.

Lo screening sulla depressione perinatale, viene proposto a tutte le donne dei corsi di accompagnamento alla nascita e alle donne in gravidanza che si rivolgono al nostro servizio per sottoporsi a visite/controlli/screening della cervice a termine di gravidanza. Alle donne vengono proposti tre strumenti di screening accessibili online sul link dell'Azienda Sanitaria Regionale: l'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987), il GAD-7 (*General Anxiety Disorder-7*) (Plummer *et al.*, 2016) e una scheda che raccoglie dati anagrafici e l'anamnesi ostetrica. I questionari sono anonimi, ma per il personale sanitario autorizzato sono disponibili i recapiti della donna per poterle ricontattare.

Le donne che risultano positive vengono ricontattate dopo qualche settimana da una delle due psicologhe presenti in Consultorio e se la psicologa lo ritiene opportuno, viene inviata al Centro di Salute Mentale previo accordo telefonico per eventuale terapia farmacologica.

Le donne che risultano negative o che durante i controlli in puerperio (in sede o a domicilio) mostrano qualche lieve segnale di depressione o *maternity blues*, vengono contattate solo dalla psicologa del Consultorio per un colloquio di approfondimento.

Tutte le donne vengono seguite dalle ostetriche fino allo svezzamento del lattante, quindi, c'è un periodo abbastanza lungo per cogliere eventuali piccoli cambiamenti non evidenziati in precedenza e agire di conseguenza. Tutti gli incontri e le visite di valutazione con l'ostetrica e la psicologa vengono registrati nella cartella clinica, così come il trattamento. L'appuntamento per il follow-up varia da caso a caso.

Nell'ambito dell'area salute adolescenti/giovani, le attività sono svolte in sede e nelle scuole Medie e Superiori con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari e sociali. Le tematiche trattate sono: l'educazione affettiva e sessuale, la contraccezione, la sessualità, la salute riproduttiva, le malattie sessualmente trasmesse, la promozione di stili di vita corretti, il bullismo e il cyber-bullismo. All'inizio e al termine degli incontri viene somministrato un questionario valutare il grado di soddisfazione e apprendimento degli studenti.

La soddisfazione degli utenti e dei familiari nei confronti della qualità dell'assistenza viene rilevata attraverso un questionario validato che viene somministrato a tutti gli utenti. La rilevazione periodica permette di venire a conoscenza dei punti critici segnalati e discuterli durante riunioni mensili.

L'accesso al Consultorio è libero e gratuito (quindi non è necessaria l'impegnativa) per tutte le prestazioni/visite e partecipazione ai vari corsi, la prenotazione avviene telefonicamente.

## **A11. Dipartimenti Materno Infantile - Catania**

---

Angela Fabiano, Damiana Tomasello, Antonella Grillo  
*Ospedale Garibaldi Nesima e Azienda Sanitaria Provinciale Catania*

Nel 2020 è stato realizzato il progetto “Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva postparto”, promosso dall’Intesa Ministero della Salute e Assessorato della Salute della Regione Sicilia del 31 gennaio 2018. Il progetto ha coinvolto i Dipartimenti materno-infantili di quattro aziende sanitarie regionali: l’Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) Garibaldi di Catania (azienda capofila), Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli di Palermo, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania e Azienda Sanitaria Provinciale di Enna.

All’inizio di marzo 2021 è iniziata la formazione degli operatori svolta sotto la direzione scientifica del Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale dell’Istituto superiore di sanità, che ha messo a punto il percorso formativo grazie ai risultati e all’esperienza maturata nell’ambito della salute mentale perinatale (Mirabella *et al.*, 2014; Mirabella *et al.*, 2016; (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020). Sono stati svolti sette corsi ECM di aggiornamento professionale e formazione propedeutici al progetto, declinati in due moduli.

Il primo modulo dal titolo “Il riconoscimento precoce dei sintomi d’ansia e depressione postparto: il percorso di screening e valutazione psico-sociale”, di una giornata e declinato in sei edizioni, è stato rivolto a tutti gli operatori del settore materno-infantile (medici, ginecologi, pediatri, psichiatri, psicologi, ostetriche, assistenti sanitari, educatori, infermieri, ecc.). Punto fondamentale del progetto, innovativo nel territorio italiano, è stata la formazione rivolta ai professionisti già inseriti nel complesso mondo lavorativo dei Dipartimenti materno-infantili e che ne compongono le équipes multidisciplinari. L’obiettivo era il dare alle diverse professionalità coinvolte concetti e strumenti teorici e pratici su ansia e depressione nel periodo perinatale. Nell’ambito del modello bio-psico-sociale, gli operatori preposti all’intervento sono stati anche addestrati al metodo cognitivo-comportamentale di Janette Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003).

Il secondo modulo “Benessere e salute mentale perinatale: Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione postparto. Un programma di intervento di provata efficacia”, della durata di tre giorni, è stato rivolto a psicologi psicoterapeuti, psichiatri e medici psicoterapeuti impegnati nella diagnosi, valutazione del rischio e presa in carico di donne positive allo screening per ansia e depressione postparto. Sono stati forniti metodologie e strumenti di lavoro, materiale informativo e applicativo, utilizzabile nella pratica clinica quotidiana per riconoscere il rischio di ansia e depressione postparto e competenze per valutare l’opportunità di avviare un intervento precoce.

Tutte le donne individuate attraverso gli strumenti di screening sono state indirizzate verso interventi specifici (supporto psicologico, interventi individuali secondo il metodo di Jeanette Milgrom in setting individuali o di gruppo). Sono stati anche attivati moduli di osservazione clinica da remoto a sostegno della relazione madre-bambino e della coppia genitoriale.

Inoltre, sono state incrementate le attività di rete con i Servizi Territoriali del Consultorio Familiare e della Salute Mentale, con l’invio delle donne a rischio medio/alto o con patologia conclamata.

## **A12. Ospedale Buccheri La Ferla, Palermo**

---

Loredana Messina

*Unità Ospedaliera Complessa di Ostetricia e Ginecologia*

Le donne accedono al servizio ambulatoriale nel primo trimestre di gravidanza. L'accoglienza viene fatta dal ginecologo, dall'ostetrica e dallo psicologo che valutano i rischi.

Dopo la visita comune lo psicologo inizia un lavoro con la donna o con la coppia per la raccolta dei dati anamnestici e valuta le condizioni nel qui e ora. Se è presente una storia ostetrica importante o di poliabortività vengono trattate le tematiche del caso.

Se le donne vengono reclutate durante il ricovero in reparto al secondo o al terzo trimestre di gravidanza, successivamente vengono seguite durante tutto il ricovero e dopo le dimissioni con colloqui clinici specifici anche se afferenti a medici privati.

Lo screening per ansia e depressione viene proposto a tutte le donne dal primo trimestre di gravidanza. A questo segue un approfondimento diagnostico in occasione del quale vengono effettuati colloqui regolari coincidenti alle visite ostetriche ed ecografiche per valutare i vissuti di volta in volta e creare un percorso di sostegno e di cura. Qualora si presentino psicopatologie gravi viene effettuato, le donne vengono inviate al Centro di Salute Mentale di riferimento o all'Ospedale provvisto di reparto psichiatrico.

Le donne negative hanno la possibilità di accedere ai colloqui di sostegno qualora ne sentissero l'esigenza o se durante una visita dovesse crearsi uno stato emotivo intenso.

Le donne vengono seguite in trattamento durante tutta la gravidanza e nel primo trimestre dopo il parto. I follow-up vengono fatti a 6 mesi e ai 9 mesi e ai 12 mesi dal parto.

## **A13. Azienda Sanitaria Provinciale di Enna**

---

Maria Pistillo, Loredana Disimone, Giuseppe Cucci  
*Unità Ospedaliera Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Enna*

Alle donne in gravidanza o in puerperio, ricoverate presso l'Unità Ospedaliera Complessa (UOC) di Ostetricia e Ginecologia di Enna, viene consegnato un opuscolo informativo e vengono sottoposte ad una valutazione attraverso la somministrazione del test della EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987) con successivo colloquio clinico dove vengono affrontate tematiche quali le emozioni coinvolte nella maternità e la pressione sociale.

La somministrazione avviene esclusivamente da parte della psicologa in servizio presso il reparto, tuttavia molte donne vengono intercettate dal personale ostetrico o ginecologico del Reparto che segnalano i bisogni delle donne.

Se dal colloquio clinico e dalla somministrazione del test EPDS risulta un punteggio uguale o superiore al *cut-off* stabilito, le donne vengono sottoposte ad approfondimento diagnostico attraverso la somministrazione del *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7 (Plummer *et al.*, 1996), del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke *et al.*, 2001) e ad ulteriore colloquio clinico.

Dopo la dimissione dall'Ospedale, le donne vengono contattate per due-tre colloqui telefonici con lo scopo di normalizzare il vissuto emotivo post dimissione.

Nel caso in cui si riscontra una mancata normalizzazione e/o un peggioramento del vissuto, di pensieri intrusivi o atteggiamenti e comportamenti disfunzionali, viene proposto di intraprendere un percorso psicoterapico secondo il modello della di Janette Milgrom. Tale proposta viene fatta direttamente in Ospedale per le donne che presentavano un punteggio superiore al *cut-off*.

In molti casi il trattamento è stato svolto in modalità online. Al trattamento segue una valutazione post intervento e un follow-up a 3-6 mesi dopo il parto.

Per le donne che invece risultavano negative alla somministrazione dell'EPDS viene proposto un colloquio durante la degenza o nell'arco delle due settimane successive alla dimissione, di tipo psicoeducativo e di supporto.

**APPENDICE B**  
**Scheda raccolta dati per la valutazione del rischio di**  
**depressione e ansia nel periodo perinatale**





## SCREENING

- Ha avuto altre gravidanze prima di questa?       No       Sì (quante? |\_| )
- Ha avuto aborti in passato?       No       Sì (quanti? |\_| )
- Ha già avuto altri figli prima di questo?       No       Sì (quanti? |\_| )
- Questa gravidanza era programmata?       No       Sì

Per questa gravidanza ha fatto ricorso alla procreazione medicalmente assistita?

- No       Sì

Per questa gravidanza, partecipa o ha partecipato a corsi di preparazione al parto?

- No       Sì

In caso di bisogno:

Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per un aiuto?

- Per niente       Un po'       Sì, sufficientemente       Molto

Può contare sul partner per un aiuto?

- Per niente       Un po'       Sì, sufficientemente       Molto

Attualmente fa uso di psicofarmaci per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici?

- No       Sì

se sì quali?.....

In passato, un medico, uno psicologo/psichiatra le ha mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro?

- No       Sì

se sì quale disturbo?.....

A qualcuno nella sua famiglia (padre, madre, sorelle e fratelli), è stato mai diagnosticato un problema di ansia/depressione o altro, accertato da un medico, psicologo/psichiatra?

- No       Sì

se sì quale disturbo?.....

## EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

(versione italiana di Benvenuti et al. 1999)

Ci piacerebbe sapere come si è sentita **nell'ultima settimana**.

La preghiamo di segnare con una **X** la risposta che meglio descrive come si è sentita nei sette giorni appena trascorsi e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

### Sono stata felice

- ① Sì, sempre
- ② Sì, per la maggior parte del tempo
- ③ No, non molto spesso
- ④ No, per niente

Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».

**Per favore completi le altre domande nello stesso modo.**

**Nei sette giorni appena trascorsi:**

1. **Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose**
  - ① Come facevo sempre
  - ② Adesso, non proprio come al solito
  - ③ Adesso, decisamente un po' meno del solito
  - ④ Per niente
2. **Ho guardato con gioia alle cose future**
  - ① Come ho sempre fatto
  - ② Un po' meno di quanto ero abituata a fare
  - ③ Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
  - ④ Quasi per nulla
3. **Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male**
  - ① Sì, il più delle volte
  - ② Sì, qualche volta
  - ③ Non molto spesso
  - ④ No, mai
4. **Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo**
  - ① No, per niente
  - ② Quasi mai
  - ③ Sì, qualche volta
  - ④ Sì, molto spesso
5. **Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo**
  - ① Sì, moltissimi
  - ② Sì, qualche volta
  - ③ No, non molti
  - ④ No, per niente
6. **Mi sentivo sommersa dalle cose**
  - ① Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
  - ② Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
  - ③ No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
  - ④ No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre
7. **Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire**
  - ① Sì, il più delle volte
  - ② Sì, abbastanza spesso
  - ③ Non molto spesso
  - ④ No, per nulla
8. **Mi sono sentita triste o infelice**
  - ① Sì, il più delle volte
  - ② Sì, abbastanza spesso
  - ③ Non molto spesso
  - ④ No, per nulla
9. **Sono stata così infelice che ho perfino pianto**
  - ① Sì, il più delle volte
  - ② Sì, abbastanza spesso
  - ③ Solo di tanto in tanto
  - ④ No, mai
10. **Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente**
  - ① Sì, molto spesso
  - ② Qualche volta
  - ③ Quasi mai
  - ④ Mai

## GENERAL ANXIETY DISORDER-7

(Spitzer RL et al, 2006)

Nelle ultime 2 settimane con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?

(segna la sua risposta con una X)

	Mai	Alcuni giorni	Per oltre la metà dei giorni	Quasi ogni giorno
1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a	0	1	2	3
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni	0	1	2	3
3. Preoccuparsi troppo per varie cose	0	1	2	3
4. Avere difficoltà a rilassarsi	0	1	2	3
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a	0	1	2	3
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente	0	1	2	3
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile	0	1	2	3

**La ringraziamo per aver partecipato all'indagine.**

**Consegna la scheda all'operatore che l'ha contattata che provvederà a convalidarla.**

### COMPILAZIONE A CARICO DELL'OPERATORE SANITARIO

Tipo di intervento messo in atto come conseguenza dello screening (è possibile dare più risposte):

	In presenza	Da remoto
Psicoterapia		
Counselling		
Interventi psicosociali <sup>1</sup>		
Home visiting		
Invio ad altri servizi		
TSO		
Farmacoterapia		
Altro (specificare) .....		

<sup>1</sup> includono interventi: informativi e psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia (individuali e di gruppo), sulle abilità di base (individuali e di gruppo), di supporto per problemi amministrativi e sociali e interventi di rete.

## BIBLIOGRAFIA

- AIFA. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in gravidanza. Rapporto Nazionale. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 R). Washington, DC: American Psychiatric Association: 2013
- Austin MP, Highet N; the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence, 2017.
- Baldoni F, Giannotti M, Casu G, Agostini F, Mandolesi R, Peverieri S, *et al.* The Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA): Italian validation of a new tool for screening perinatal depression and affective disorders in fathers. *Journal of Affective Disorders* 2022;317:123-130.
- Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders* 2016;192:83-90.
- Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health* 2021;18:162.
- Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders* 1999;53(2):137-41.
- Busonera A, Cataudella S, Lampis J, Tommasi M, Zavattini GC. Investigating validity and reliability evidence for the maternal antenatal attachment scale in a sample of Italian women, *Archives of Women's Mental Health* 2016;19:329–336.
- Camoni L, Gigantesco A, Guzzini G, Pellegrini E, Mirabella F. Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis. *Annali Istituto Superiore di Sanità* 2023;59(2):139-148.
- Camoni L, Mirabella F, Gigantesco A, Brescianini, S, Ferri M, Palumbo G, Calamandrei G. The Impact of the COVID-19 pandemic on women's perinatal mental health: preliminary data on the risk of perinatal depression/anxiety from a national survey in Italy. *International journal of environmental research and public health* 2022a;19,14822.
- Camoni L, Palumbo G, Gigantesco A (Ed.). *La salute mentale perinatale. Uno sguardo tra diverse discipline*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore: 2022b.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care- CTFPHC. Screening for depression in primary care. Disponibile a: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/2013-depression-clinician-algorithm-and-faq-en.pdf>.
- Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. *BFQ. Big five questionnaire*, Firenze: Giunti Psychometrics; 1993.
- Caretti V, Monti F, Agostini F, Ragonese N. *PDSS Postpartum Depression Screening Scale*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 2010.
- CeDAP. *Certificato di assistenza al parto Analisi dell'evento nascita*. Roma: Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Ufficio di statistica; 2021.
- Condon JT, Corkindale CJ. The assessment of parent to infant attachment: development of a self report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1998;8(1):57-76.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
- Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal depression: challenges and opportunities. *Journal of Women's Health* 2021;30(2):154-159.

- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 2, CD001134.
- Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures: Manual II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
- Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia X M, Zhang S *et al*. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders* 2014;159:103-110.
- Europa. Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea* L.119, 4 maggio 2016.
- Fairbrother N, Young AH, Zhang A, Janssen P, Antony MM. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders. *Archives of Women's Mental Health* 2016;20(2):311–319.
- Falek I, Acri M, Dominguez J, *et al*. Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *International Journal of Mental Health Systems* 2022;16,21.
- Fisher J, Mello MCD, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:139-149.
- Fossati A, Cloninger CR, Villa D, Borroni S, Grazioli F, Giarolli L, Battaglia M, Maffei C. Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry* 2007;48(4):380-387.
- Ghisi M, Flebus GB, Montano A, Sanavio E, Sica C. *Beck depression inventory II. Adattamento italiano: manuale*. Firenze: OS; 2006.
- Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Radford K, Martinovic J, Ross LE. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013 Apr;74(4):e321-41.
- Gruppo di lavoro ISS, Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020).
- Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development* 2004;79(2):81-91.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001;16(9):606-613.
- Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S. *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018- 2019. Approfondimenti a livello regionale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 2).
- Leclercq Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997;12:224-31.
- Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior. *Clinical Psychology Review* 2000; 20(5):561-592.
- Lyubenova A, Neupane D, Levis, B. Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2021 Mar;30(1).

- Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, Tyler MS, Ross J, Ericksen J. Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: a randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research* 2016 Mar 7;18(3):e54.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. *Depressione postnatale: ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson, 2003.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, et al. Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Rivista di Psichiatria* 2016;51(6):1-10.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, et al. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. *Rivista di Psichiatria* 2014;49(6):253-64.
- Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal generalized anxiety disorder: assessment and treatment. *Journal of Women's Health* 2015;24(9):762-770.
- Muller M. Development of the Prenatal Attachment Inventory (PAI). *Western Journal of Nursing Research* 1993;15(2):199-215.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
- OsMed. *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in gravidanza. Rapporto Nazionale*. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020.
- Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, et al. *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*. Rome: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/31).
- Pancheri P, Sirigatti S. *MMPI-2. Manuale di istruzione*. Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali; 2002.
- Peyton T, Wisniewski P. Improving a design space: pregnancy as a collaborative information and social support ecology. In: Arai K, Bhatia R (Ed.). *Lecture notes in networks and systems. advances in information and communication. FICC 2019*. Cham: Springer; 2020. p. 505-25.
- Pisoni C, Garofoli F, Tziolla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Balottin U, Tinelli C, Stronati M. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2016;29(5):771-6.
- Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic meta analysis. *General Hospital Psychiatry* 2016;39:24-31.
- Ponti L, Guarnieri S, Smorti A, Tani F. A Measure for the study of friendship and romantic relationship quality from adolescence to early-adulthood. *The Open Psychology Journal* 2010;3.
- Ritte RC, Hobfoll SE, Lavin J, Cameron RP, Hulsizer MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychology* 2000;19:576-85.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. Edinburgh: SIGN, 2012. (SIGN publication no. 127). Disponibile a: <http://www.sign.ac.uk>.
- Smorti M, Gemignani A, Bonassi L, Mauri G, Carducci A, Ionio C. The impact of COVID-19 restrictions on depressive symptoms in low-risk and high-risk pregnant women: a cross-sectional study before and during pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2022;22:191.
- Smorti M, Ginobbi F, Simoncini T, Pancetti F, Carducci A, Mauri G, Gemignani A. Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: an integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology* 2021.
- Smorti M, Ponti L, Tani F. The effect of maternal depression and anxiety on labour and the well-being of the newborn, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2019;39(4):492-497.
- Spielberger CD. *STAI-Y: State-Trait Anxiety Inventory- Forma Y*. Adattamento italiano a cura di Pedrabissi L, Santinello M. Firenze: Giunti OS; 1989.

- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006;166:1092-7.
- Underwood L, Waldie K, D'Souza S. *et al.* A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health* 2019;19:711-20.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67(6):361-70.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988;52(1):30-41.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di agosto 2023*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, settembre 2023*