



RAPPORTI ISTISAN 16|31

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

Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum

A cura di G. Palumbo, F. Mirabella, I. Cascavilla,
D. Del Re, G. Romano e A. Gigantesco



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum

A cura di

Gabriella Palumbo (a), Fiorino Mirabella (a), Isabella Cascavilla (a),
Debora Del Re (a), Giovanna Romano (b) e Antonella Gigantesco (a)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(b) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

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

Rapporti ISTISAN
16/31

Istituto Superiore di Sanità

Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum.

A cura di Gabriella Palumbo, Fiorino Mirabella, Isabella Cascavilla, Debora Del Re, Giovanna Romano e Antonella Gigantesco

2016, iv, 120 p. Rapporti ISTISAN 16/31 (in italiano e inglese)

Si stima che nel mondo occidentale – come risulta da molti studi epidemiologici, pur con ampia variabilità – la depressione post partum colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono. Sottovalutare questo disturbo può rappresentare una grave carenza in sanità pubblica. Nel presente volume sono riportati i risultati del progetto: “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione postpartum”. Oltre ai risultati, viene illustrata l’applicazione del modello d’intervento utilizzato e sono descritte le esperienze delle Unità Operative e dei Centri clinici supporter che hanno partecipato allo studio. Viene delucidato lo stato dell’arte in riferimento alla prevalenza e alle evidenze cliniche del problema e commentati i percorsi psicodiagnostici. Sono riportate le evidenze dell’importanza di un intervento precoce, anche in riferimento al rischio di suicidio e infanticidio e delineati i traguardi futuri di avanzamento scientifico.

Parole chiave: Depressione post partum; Prevenzione; Interventi psicologici

Istituto Superiore di Sanità

Prevention and early intervention for the risk of postpartum depression.

Edited by Gabriella Palumbo, Fiorino Mirabella, Isabella Cascavilla, Debora Del Re, Giovanna Romano and Antonella Gigantesco

2016, iv, 120 p. Rapporti ISTISAN 16/31 (in Italian and English)

It is estimated that in the Western world – as shown by many epidemiological studies, although with wide variability – the post partum depression affects approximately 10-15% of women that give birth. Underestimating this disorder can be a serious failing in public health. This volume presents the results of the project “Prevention and early intervention for the risk of postpartum depression”. In addition to the results, it describes the intervention model applied and the experience of the clinical and supporter centres that participated in the study. The state of the art regarding the prevalence and clinical evidence of the problem is reviewed and the psychodiagnostic methods and tools are examined. The topic on early intervention, also in reference to the risk of suicide and infanticide, is discussed. The further reaches of the research are outlined.

Key words: Postnatal depression; Prevention; Psychological interventions

Il rapporto rientra nell’ambito delle attività del progetto: “Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum”, realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute-CCM (Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie).

Per informazioni su questo documento scrivere a: gabriella.palumbo@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, Del Re D, Romano G, Gigantesco A (Ed.). *Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/31).

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

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: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*

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



INDICE

Prefazione

Ranieri Guerra iii

Introduzione

Gabriella Palumbo, Giovanna Romano 1

PARTE 1

Depressione post partum: aspetti epidemiologici, clinici e di prevenzione

Epidemiologia ed evidenze cliniche

Antonella Gigantesco 7

Esiti sullo sviluppo del bambino

Laura Vismara 18

PARTE 2

Depressione post partum: percorsi diagnostici e interventi psicologici

Policy of screening for postnatal depression in Australia. The importance of early identification and treatment

Jeannette Milgrom 27

Strumenti di screening e percorsi diagnostici della depressione post partum

Paolo Michielin 35

Applicazione in Italia dell'intervento psicologico di J. Milgrom

Gina Barbano, Marina Cattaneo 47

PARTE 3

Depressione post partum: un progetto di prevenzione e intervento dell'ISS

Progetto di prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum

Gabriella Palumbo 55

Efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico di J. Milgrom per puerpere con depressione post partum

Fiorino Mirabella, Gabriella Palumbo, Antonella Gigantesco 61

PARTE 4

Depressione post partum: le esperienze dei Servizi collaboranti al progetto ISS

Unità Operativa di Treviglio <i>Daniele Piacentini, Marina Cattaneo</i>	71
Unità Operativa di Treviso <i>Barbano Gina, Lisa Carniato, Paolo Michielin</i>	77
Unità Operativa di Campobasso <i>Valentina Ialenti, Tania Colardo, Manuel Alejandro Morales-García, Franco Veltro</i>	81
Ospedale Fatebenefratelli <i>Federica Faustini, Chiara Genna, Daniela De Berardinis, Maria Grazia Pellegrini</i>	85
Policlinico universitario Agostino Gemelli di Roma: il Centro Sor.Ge. e il lavoro multidisciplinare <i>Giovanni Scambia, Pietro Bria, Annafranca Cavaliere, Emanuele Caroppo</i>	87
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma: il Centro HERA e la presa in carico delle mamme straniere <i>Emanuele Caroppo, Simona Lombardi, Patrizia Brogna, Roberta D'Auria, Pietro Bria</i>	89

APPENDICE

Alcuni strumenti utilizzati nel progetto ISS

A1. Opuscolo informativo	93
A2. Modulo di valutazione psico-sociale e clinica	115
A3. <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)	119

PREFAZIONE

La depressione post partum è da alcuni anni oggetto di attenzione crescente da parte del mondo scientifico e della comunità degli operatori sanitari e sociali, in virtù del fatto che la gravidanza e il post partum rappresentano uno dei periodi della vita a maggior rischio per le donne di soffrire di disturbi depressivi.

Il Ministero della Salute ha consolidato, nel medesimo arco di tempo, uno specifico impegno sul tema, per promuovere sistematizzazione delle conoscenze, approfondimenti sulla diffusione di questi disturbi, sulle loro caratteristiche, sugli aspetti preventivi, sulla razionalizzazione dei percorsi diagnostici, clinici e assistenziali.

Poiché, infatti, è scientificamente comprovato che la depressione post partum è un disturbo prevenibile, diventa estremamente importante implementare azioni integrate fra diversi settori e a diversi livelli per favorire l'inclusione sociale e garantire il coinvolgimento dell'intera comunità.

Diagnosi e interventi precoci e strutturati risultano efficaci e ben accettati dalle donne.

Lo suggeriscono, avendo fornito risultati di grande interesse, i programmi di screening per l'individuazione delle donne a rischio di sviluppare depressione post partum, effettuato già in occasione della prima visita con il medico di famiglia o lo specialista, oppure nell'immediato post partum come parte integrante del benessere psicofisico della donna.

La Direzione Generale da me diretta ha ritenuto costruttivo finanziare e patrocinare il progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", e ad esso collaborare attivamente, in quanto ci è parso uno strumento particolarmente interessante perché affianca, alla definizione attenta di modalità di screening efficaci e fattibili nella pratica dei servizi italiani, una proficua valorizzazione del contributo di chi opera professionalmente sul campo e di chi vive in prima persona il peso della gestione quotidiana delle sue ricadute.

Questo volume, che raccoglie i risultati del lungo lavoro effettuato e lo traduce in alcuni significativi dati, è la testimonianza che la scelta si è rivelata corretta.

Le attività realizzate hanno permesso di costruire un rapporto comune di incontro, di riflessione e di lavoro sul quale sviluppare attenzione alla lettura dei fenomeni connessi ad iniziative che, nel nostro Paese, hanno spesso avuto avvisi dispersi e frammentari, anche geograficamente, impedendo poi, così, la diffusione, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, di linee di indirizzo e percorsi operativi definiti, condivisi e modelli trasferibili a livello nazionale. Le Unità Operative che hanno partecipato al progetto funzionano già come rete stabile in grado di diffondere il modello proposto nello stesso e di coinvolgere altri servizi a livello regionale.

Allo stesso tempo, proprio in virtù dei nodi problematici e delle carenze da colmare che il lavoro ha messo in evidenza, esso rappresenta anche il punto di partenza e lo stimolo per ulteriori momenti di confronto e arricchimento, sempre nella logica e nell'ottica di potenziare tutti i percorsi di risposta efficace ai cittadini portatori di bisogni complessi e di domanda di assistenza qualificata.

Poiché complessivamente il programma di screening si è dimostrato efficace, fattibile e sostenibile nella pratica dei servizi, è auspicabile, nel rispetto della piena autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni, la realizzazione di un sistema integrato per la diffusione del modello proposto.

Grazie alla utilizzazione dei professionisti già presenti nei servizi, infatti, un tale intervento non richiede ulteriori risorse ma solo un maggior coordinamento degli operatori e la loro crescita professionale.

In definitiva lo scopo principale è riflettere sull'importanza di attivare e implementare programmi di prevenzione e trattamento precoce della depressione post partum nella routine dei servizi, che vedano il coinvolgimento di più figure professionali nell'ottica di una integrazione multidisciplinare efficace e ciò al fine di poter agire sui fattori di rischio prima che la malattia si manifesti.

Dott. Ranieri Guerra
*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ministero della Salute*

INTRODUZIONE

Gabriella Palumbo (a), Giovanna Romano (b)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

Quando una madre si sente depressa nei mesi successivi alla nascita del suo bambino, i suoi sentimenti vengono spesso sottovalutati e considerati normali reazioni allo stress associato al dover prendersi cura di un neonato. La maggior parte delle madri riesce a superare questo momento, con risultati più o meno buoni, ma per molte altre il fatto che i loro problemi vengano ignorati o fraintesi può portare a difficoltà a lungo termine, con gravi conseguenze anche per il bambino e i loro familiari. È prioritario dare risposta a questa richiesta con programmi di prevenzione e promozione del benessere psicologico in grado di sviluppare nella madre abilità di *coping* che consentano di ridurre i sintomi della depressione postnatale, aumentare l'autostima, occuparsi delle difficoltà che possono insorgere nella coppia o tra madre e bambino e facilitare l'uso e lo sviluppo delle reti sociali esistenti.

La Depressione Post Partum (DPP) rappresenta, per caratteristiche cliniche e statistiche, la più rilevante complicanza psichica relativa al puerperio. Nel mondo occidentale si stima che colpisca circa il 10-15% delle donne che partoriscono (O'Hara & Swain 1996; Milgrom *et al.*, 2005a; Buist *et al.*, 2008; Pearlstein *et al.*, 2009; Breese McCoy, 2011).

I risultati degli studi condotti mostrano comunque un'ampia variabilità (Schardosim & Heldt, 2011). Variabilità che diventa ancora più marcata se si considerano anche gli aspetti territoriali (Villegas *et al.*, 2011) e culturali (Felice *et al.*, 2004; Halbreich *et al.*, 2006; Bina, 2008).

Molte sono anche le ragioni metodologiche a spiegare l'instabilità dei parametri epidemiologici su questo tema. Tra le più frequenti, la scelta del campione (troppo piccolo e/o scarsamente rappresentativo), il momento del post parto in cui viene effettuata la valutazione, lo strumento di screening adottato, il valore soglia utilizzato, la tendenza ad attribuire impropriamente ai risultati dello strumento di screening un valore diagnostico anziché far seguire a esso un secondo momento di valutazione clinica (Dennis, 2003). Sembra comunque accertato che solo una piccola percentuale di donne chiede aiuto e sostegno per problemi psichici durante la gravidanza e/o nel periodo immediatamente successivo (Marcus, 2009; Vesga-López *et al.*, 2008; Liberto, 2012).

La DPP non va confusa con il cosiddetto *baby blues* ('blues' significa malinconia), che costituisce una reazione emotiva all'esperienza del parto. Tale reazione è caratterizzata da tristezza, ansia, fluttuazioni dell'umore, irritabilità, stanchezza, facilità al pianto, ha un picco tra la terza e la quarta giornata e generalmente si risolve entro i primi 10-15 giorni dalla nascita del bambino. Una minoranza di queste donne invece va incontro ad un disturbo di depressione maggiore vero e proprio.

Proprio per approfondire il fenomeno e per trovarvi soluzioni efficaci, già nell'ottobre 2003 il Reparto di Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha organizzato un corso di tre giornate *full immersion* sulla diagnosi e il trattamento della DPP, tenuto da Jeannette Milgrom e Paul Martin dell'Università di Melbourne (Australia) che hanno messo a punto un intervento psicologico di gruppo presso il *Parent-Infant Research Institute (PIRI®)* e il *Department of Clinical and Health Psychology Austin Health, School of Psychological Sciences, University of*

Melbourne, di verosimile efficacia nel trattamento della DPP. Durante il corso i docenti hanno esposto i presupposti teorici del loro approccio, ne hanno illustrato la conduzione e hanno guidato i partecipanti nell'effettuazione di esercizi di *role-playing* di momenti comuni del trattamento.

L'efficacia di specifici interventi psicologici per la prevenzione e il trattamento della DPP è stata recentemente oggetto di diversi studi. Una revisione sistematica del 2009, che include sei studi controllati randomizzati, ha concluso che specifici interventi psicologici domiciliari sono efficaci nel trattamento della DPP (Leis *et al.*, 2009). Analoghi risultati sono stati ottenuti dall'intervento sopra citato messo a punto da Milgrom, confermato successivamente da studi controllati randomizzati (Milgrom *et al.*, 2005b; Milgrom *et al.*, 2011).

La DPP, oltre ad avere conseguenze dirette sulla salute della donna, interferisce sulla relazione madre-bambino con il rischio di importanti conseguenze nel corso degli anni (Milgrom *et al.*, 2006; Meneghetti, 2007; 2011). Quasi il 70% delle madri depresse riferiscono infatti difficoltà d'interazione e d'attaccamento. Diversi studi hanno evidenziato l'importanza di un adeguato interscambio madre-bambino nel prevenire conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Murray *et al.*, 1999; 2015; Kim-Cohen *et al.*, 2005).

Per prevenire tale disturbo sarebbe necessario effettuare uno screening della DPP, che è stato dimostrato, potrebbe essere effettuato routinariamente nella pratica dei servizi (Buist *et al.*, 2006).

In Italia, nonostante la disponibilità di semplici ed efficaci procedure di diagnosi e intervento precoce, nella comune pratica clinica, la DPP sfugge per lo più all'attenzione dei clinici. Sottovalutare questo disturbo può rappresentare una carenza in sanità pubblica se si considera la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari, nonché le limitazioni e i costi diretti e indiretti dovuti alla compromissione del suo funzionamento personale, sociale e lavorativo.

Questo rapporto è dedicato ai risultati conclusivi di un progetto di ricerca, avviato dall'ISS nel marzo 2012 e concluso nel marzo 2015, dal titolo "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

L'obiettivo principale del progetto era valutare la fattibilità dell'efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico, di provata efficacia, messo a punto da Milgrom e collaboratori, di prevenzione delle complicanze e intervento precoce della DPP (Milgrom *et al.*, 2003).

Nella prima parte del rapporto, vengono delineati gli aspetti epidemiologici, clinici e di prevenzione della DPP e gli esiti sullo sviluppo del bambino. Nella seconda parte viene descritto il modello messo a punto dalla professoressa J. Milgrom che presenta le evidenze dell'importanza dello screening e di un intervento precoce, anche in riferimento al rischio di suicidio e infanticidio e segna traguardi futuri di avanzamento scientifico; inoltre, vengono descritti i percorsi diagnostici e gli interventi psicologici della DPP. Nella terza parte viene illustrato il progetto ISS e i suoi risultati. Infine nell'ultima parte vengono descritte le esperienze delle Unità Operative e dei Centri clinici supporter che hanno partecipato allo studio.

Infine, in Appendice si trovano gli strumenti utilizzati nella fase di sensibilizzazione e screening: l'opuscolo informativo *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse* (Appendice A1), la scheda sui fattori di rischio psicosociali denominata *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica*, messa a punto dall'ISS (Appendice A2) e il questionario *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Appendice A3).

Il progetto è terminato ma ci auguriamo che tutto il lavoro svolto e delineato in questo rapporto possa essere di stimolo alla riflessione sull'importanza di attivare programmi di prevenzione e trattamento precoce della DPP nella routine dei servizi, che vedano il

coinvolgimento di più figure professionali nell'ottica di una integrazione multidisciplinare rivelatasi molto efficace.

Si ringraziano tutti coloro che hanno partecipato a vario titolo alla realizzazione di questo progetto: le mamme, i partner, gli operatori sanitari e le istituzioni.

Bibliografia

- Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care Women Int* 2008;29:568-92.
- Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. *South Med J* 2011; 104:128-32.
- Buist A, Condon J, Brooks J, Speelman C, Milgrom J, Hayes B, Ellwood D, Barnett B, Kowalenko N, Matthey S, Marie-Paule Austin MP, Bilszta J. Acceptability of routine screening for post natal depression. *J Affect Disord* 2006;93:233-7.
- Buist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JL, Gemmill AW, Brooks J, Ellwood D, Milgrom J. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyond blue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:66-73.
- Dennis CL. Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. In: Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T (Ed.). *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program; 2003. p. 71-196.
- Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004;82:297-301.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006;91:97-111.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:173-81.
- Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:3-13.
- Liberto TL. Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care* 2012;26:109-17.
- Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:15-22.
- Meneghetti A. *Project human being*. Roma: Ontopsicologia Editrice; 2011.
- Meneghetti A. *System and Personality*. Roma: Ontopsicologia Editrice; 2007.
- Milgrom J, Ericksen J, McCarthy R, Gemmill A. Stressful impact of depression on early mother infant relations. *Stress and health* 2006;22:229-38.
- Milgrom J, Eriksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for post natal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005a;39:833-9.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson; 2003.
- Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* 2005b;44:529-42.

- Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, Ross J, Gemmill AW. Towards parenthood: an antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord* 2011;130:385-94.
- Murray L, Fearon P, Cooper P. Postnatal Depression, Mother-Infant Interactions, and Child Development. In: Milgrom J, Gemmill AW (Ed). *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management*. Wiley-Blackwell, Chichester; 2015. p. 139-64.
- Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiat* 1999;40:1259-71.
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Review Psychiatry* 1996;8:37-54.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:357-64.
- Schardosim JM, Heldt E. Postpartum depression screening scales: a systematic review. *Rev Gaucha Enferm* 2011;32:159-66.
- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DF. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:805-15.
- Villegas L, McKay K, Dennis CL, Ross LE. Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health* 2011;27:278-88.

PARTE 1
Depressione post partum:
aspetti epidemiologici, clinici e di prevenzione

EPIDEMIOLOGIA ED EVIDENZE CLINICHE

Antonella Gigantesco

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fifth Edition*) (APA, 2013) (come del resto il DSM-IV e III) non riconosce la Depressione Post Partum (DPP) come una diagnosi separata da quella di disturbo depressivo maggiore. Per diagnosticare una DPP devono essere, infatti, soddisfatti i criteri definiti per l'episodio di depressione maggiore e i criteri per lo *specificatore* ad esordio nel periodo perinatale. Ovviamente l'episodio (o più episodi in caso di disturbo depressivo maggiore ricorrente) non deve essere meglio inquadrabile come disturbo schizoaffettivo e non deve essere sovrapposto a schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o disturbo psicotico non altrimenti specificato, inoltre non deve mai essere stato presente un episodio maniacale, ipomaniacale o misto.

Nella maggioranza dei casi l'episodio di DPP ha una durata di 3-6 mesi ma nel 25-30% dei casi persiste ad un 1 anno di distanza dall'esordio.

Per inciso, va segnalato che in Europa, il disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico (*burden*) totale di sofferenza e disabilità legato alle malattie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, questo disturbo è al terzo posto in ordine di importanza per il carico che provoca e, se non verrà contrastato, salirà al secondo entro il 2020 e al primo entro il 2030. Da un punto di vista di salute pubblica il disturbo depressivo maggiore costituisce uno dei problemi più seri e una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

La depressione si associa tipicamente a un aumento del tasso di morbilità e mortalità per malattie organiche concomitanti, in particolare cardiovascolari, e nelle sue manifestazioni estreme può portare al suicidio, a causa del quale muoiono in Italia circa 4 mila persone ogni anno. Più episodi di depressione maggiore si sono avuti, più è facile averne di nuovi. Circa il 50% delle persone, dopo avere avuto un primo episodio ne ha un secondo; dopo tre episodi, la probabilità di averne un quarto è del 90%.

Le donne presentano un maggiore rischio di esserne colpite rispetto agli uomini, con un rapporto stimato di 2:1. Nelle donne in età fertile la depressione è la seconda causa di invalidità totale dopo l'HIV/AIDS (WHO, 2001) e la prima causa di malattia in quelle di età compresa tra i 15 e i 44 anni, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Aspetti clinici

Le manifestazioni cliniche della DPP includono disturbi del sonno, perdita di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito, paura di fare del male al bambino, estrema preoccupazione e ansia nei confronti del figlio, stato d'animo di tristezza, abbattimento, pianto eccessivo, senso di valere poco, senso di colpa eccessivo, mancanza di speranza, difficoltà di concentrazione e di memoria, mancanza di energia, perdita di piacere e interesse nelle attività, pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere o pensieri di morte e di suicidio (Patel *et al.*, 2012).

I criteri temporali adottati dai sistemi di classificazione, come ad es. il DSM-5, sono spesso ritenuti dai clinici troppo restrittivi. Infatti è stato osservato che nel 50% dei casi la DPP insorge entro i primi 3 mesi dopo il parto e nel 75% dei casi entro i primi 6 mesi. Alcuni esperti nel campo considerano che l'esordio dei sintomi della DPP possa avvenire fino a 12 mesi dopo il parto (Gaynes *et al.*, 2005).

La DPP va in particolare distinta dal baby blues e dalla psicosi puerperale. Il quadro clinico noto come *baby blues* è molto diffuso ed è una reazione piuttosto comune dovuta principalmente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto e alla spossatezza fisica e mentale del travaglio e del parto; infatti, durante le due settimane immediatamente successive al parto colpisce dal 50 all'85% delle donne, pur non producendo effetti rilevanti a lungo termine né per la madre né per il figlio. Insorge perlopiù intorno al quarto giorno dopo il parto e si risolve entro il decimo. I sintomi sono tristezza, ansia, pianto, diminuzione del sonno, scarsa lucidità, irritabilità; tuttavia non è presente ideazione suicidaria e non è necessario un trattamento.

La psicosi puerperale è rara, con una prevalenza dello 0.1-0.2%, ma il rischio di suicidio e/o d'infanticidio ne fa una emergenza psichiatrica (Cohen *et al.*, 2010). Caratterizzata da un franco quadro psicotico, i sintomi includono irrequietezza, agitazione, disturbi del sonno, paranoia, disorganizzazione del pensiero, impulsività, allucinazioni e deliri. La psicosi puerperale ha un'insorgenza generalmente rapida: solitamente interviene entro le prime due settimane dal parto ed è più frequente nelle primipare di età inferiore o uguale a 35 anni (Cohen *et al.*, 2010).

La DPP è oggetto di attenzione clinica non solo perché comporta serie compromissioni del funzionamento sociale e personale delle donne che ne soffrono ma anche perché può avere ripercussioni sul partner (Roberts *et al.*, 2006) e sull'interazione madre-bambino (McMahon *et al.*, 2006). È infatti associata a scadimento della qualità di vita familiare (Da Costa *et al.*, 2006) e dello sviluppo emozionale (Goodman *et al.*, 2011), intellettuale (Sharp *et al.*, 1995) e cognitivo del bambino (Grace *et al.*, 2003). La depressione post partum limita in particolare il funzionamento della donna nel suo ruolo materno, infatti le madri che soffrono di DPP più frequentemente sospendono precocemente l'allattamento al seno, si attengono meno all'adozione di misure di sicurezza come usare seggiolini per bambini in automobile, e i loro figli presentano tassi inferiori di utilizzazione dei servizi di assistenza sanitaria preventiva e vaccinale (Field *et al.*, 2010).

Prevalenza

Negli ultimi 10 anni sono stati condotti molti studi di prevalenza tra cui oltre 200 pubblicati in lingua inglese e prodotte diverse rassegne sistematiche sull'argomento di cui almeno 7 possono essere considerate di soddisfacente qualità metodologica (Norhayati *et al.*, 2015). La quasi totalità degli studi si basano sull'impiego di strumenti di valutazione auto-compilati e sono stati condotti complessivamente in una quarantina di Paesi sia industrializzati che in via di sviluppo. Lo strumento auto-compilato più frequentemente utilizzato è la scala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox *et al.*, 1987).

La numerosità campionaria degli studi è molto variabile e va da meno di 100 a oltre 21.000 donne. Anche il periodo prescelto per la valutazione del disturbo risulta essere molto variabile e va da 0 a 12 mesi dopo il parto, anche se nella maggior parte dei casi corrisponde a 4 settimane dopo il parto. In una ventina di studi, complessivamente condotti in 15 Paesi, sono state utilizzate interviste cliniche strutturate.

La prevalenza registrata dagli studi che hanno usato strumenti auto-compilati varia dal 1,9% all'82,1%, registrate rispettivamente in Germania e negli Stati Uniti, Nei Paesi industrializzati la

prevalenza varia dal 5,2% al 74,0%, la più bassa è stata rilevata in Pakistan e la più alta in Turchia, Sempre nei Paesi industrializzati la prevalenza di DPP rilevata con lo strumento EPDS varia dal 5,5% al 34,4% a 4 settimane dal parto; dal 2,6% al 35,0% nel periodo dalla quarta all'ottava settimana dopo il parto; dal 2,9% al 25,5% a sei mesi dal parto e dal 6,0% al 29,0% a 12 mesi dal parto. Nei Paesi in via di sviluppo la prevalenza sulla base dell'EPDS è più elevata che nei Paesi industrializzati e va dal 12,9% al 50,7% a quattro settimane dal parto, dal 4,9% al 50,8% dalla quarta all'ottava settimana, dall'8,2% al 38,2% a 6 mesi e dal 21,0% al 33,2% a 12 mesi dal parto (Norhayati *et al.*, 2015).

Negli studi in cui ci si è basati sui criteri della ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th revision*) (WHO, 2007), la prevalenza di DPP varia dallo 0,1% in Finlandia al 26,3% in India (Norhayati *et al.*, 2015).

In meno di una decina di studi in cui è stata usata l'intervista *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) (First *et al.*, 2002) (che rappresenta lo strumento gold standard per la diagnosi dei disturbi psichiatrici di asse I) la prevalenza di DPP, registrata a 6-8 settimane dal parto va dal 4,3% (Chee *et al.*, 2005) (in uno studio condotto in Singapore a 6 settimane dal parto) al 19% (Bloch *et al.*, 2005) (in uno studio condotto in Israele a 6-8 settimane dal parto che ha incluso però anche la depressione sotto-soglia); la prevalenza nel periodo 0-5 mesi dal parto va dal 5% (Kitamura *et al.*, 2006) (in uno studio condotto in Giappone a 0-3 mesi dal parto) al 14,9% (Liabsuetrakul *et al.*, 2007) (in uno studio condotto in Thailandia a 3-5 mesi dal parto); infine la prevalenza registrata a 12 mesi dal parto va dal 17,1% (Ueda *et al.*, 2006) (in uno studio condotto in Giappone) al 37% (Giannandrea *et al.*, 2013) (in uno studio condotto negli Stati Uniti) su campioni però scarsamente numerosi (n. 70 e 192).

L'eterogeneità dei criteri adottati di definizione di caso, del periodo post-parto prescelto per la valutazione del disturbo e degli strumenti di valutazione utilizzati nonché dei diversi *cut-off* adottati rende molto difficile la confrontabilità dei risultati di tutti questi studi.

Se consideriamo i soli studi condotti in Europa che hanno adottato lo strumento EPDS con *cut-off* conservativo pari a o maggiore di 12 (scelta che assicura soddisfacenti sensibilità, specificità e valore predittivo positivo dello strumento) e che hanno valutato la presenza del disturbo nelle 4-8 settimane successive al parto, la prevalenza di DPP varia dall'8% (Blom *et al.*, 2010) (in uno studio condotto in Paesi Bassi a 2 mesi dal parto) al 16,7% (Gaillard *et al.*, 2014) (in uno studio condotto in Francia a 6-8 settimane dal parto).

Fattori di rischio

Fattori psicologici

Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, precedenti malattie psichiatriche, problemi di relazione con il partner ed eventi stressanti sono i più importanti fattori psicologici di rischio in puerpere provenienti sia da Paesi industrializzati che in via di sviluppo (Milgrom *et al.*, 2008).

Nei Paesi industrializzati importanti fattori di rischio sono rappresentati da presenza di depressione e/o ansia durante la gravidanza (Gaillard *et al.*, 2014; McGrath *et al.*, 2008), pregresse malattie psichiatriche (Raisanen *et al.*, 2014), problemi di relazione con il partner (Escriba-Aguir & Artazcoz, 2011), eventi stressanti (Escriba-Aguir & Artazcoz, 2011; Boyce & Hickey, 2005), eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino (Leung *et al.*, 2005) e atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza (Kitamura *et al.*, 2006). Gli stessi fattori di rischio sono stati documentati anche in puerpere residenti in Paesi in via di sviluppo

(Demirchyan *et al.*, 2014; Yagmur & Ulukoca, 2010; Kirpinar *et al.*, 2010; Kheirabadi *et al.*, 2009; Ho-Yen *et al.*, 2007; Aydin *et al.*, 2005).

Altri fattori psicologici documentati solo nei Paesi industrializzati riguardano pregressi disturbi mestruali (Bloch *et al.*, 2005) e intenzione di tornare rapidamente al lavoro. (Kozinszky *et al.*, 2011).

Fattori ostetrici e pediatrici

Donne i cui neonati sono affetti da una condizione medica patologica (Raisanen *et al.*, 2013), o nati prematuramente (Raisanen *et al.*, 2013) o con temperamento difficile (Eastwood *et al.*, 2012) sono più a rischio di DPP.

Nei Paesi in via di sviluppo donne che non avevano pianificato la gravidanza (Yagmur & Ulukoca, 2010), o che non la desideravano (Csatordai *et al.*, 2007), con precedente storia di perdita di un figlio (Yagmur & Ulukoca, 2010), che avevano sofferto di problemi durante la gravidanza (Agoub *et al.*, 2005) o che avevano bassi livelli di emoglobina durante il parto (Goshtasebi *et al.*, 2013) sono risultate essere più a rischio di sviluppare la DPP. Dopo il parto, le donne con neonati affetti da malattie (Demirchyan *et al.*, 2014), che non avevano conoscenze su come accudire il neonato (Ege *et al.*, 2008) o che presentavano difficoltà di allattamento (Zubaran & Foresti, 2013) sono risultate a maggior rischio di essere affette da DPP.

Fattori socio-demografici

Diversi studi segnalano come importante fattore di rischio un basso livello socio-economico sia nei Paesi sviluppati (Goyal *et al.*, 2010) che non (Ozdemir *et al.*, 2014). Tuttavia questo risultato è controverso dato che vi sono altri studi che mostrano il contrario (Deng *et al.*, 2014; Goker *et al.*, 2012).

Vi è invece accordo tra i diversi studi per quanto riguarda l'influenza del supporto sociale. Infatti studi condotti sia nei Paesi industrializzati (Eastwood *et al.*, 2012) che in quelli in via di sviluppo (Yagmur & Ulukoca, 2010) hanno mostrato che la mancanza di supporto sociale è un potente e indipendente fattore di rischio di sviluppo della DPP. Nei Paesi industrializzati altri fattori sono essere immigrate (Gaillard *et al.*, 2014) o vittime di violenza domestica (Dennis & Vigod, 2013).

Nei Paesi in via di sviluppo i fattori di rischio sono avere un marito disoccupato (Yagmur & Ulukoca, 2010), essere vittime di violenza domestica (Ahmed *et al.*, 2012), essere insoddisfatte per le proprie condizioni di vita (Demirchyan *et al.*, 2014) e poligamia (Ho-Yen *et al.*, 2007).

Altri fattori di rischio

I problemi di salute fisica (Gaillard *et al.*, 2014; Barbadoro *et al.*, 2012), scarsa accettazione del proprio corpo e del peso corporeo (Green *et al.*, 2006) sono associati alla DPP in donne provenienti sia da Paesi industrializzati che in via di sviluppo.

Prevenzione e trattamento

Prevenzione primaria

Le visite domiciliari da parte di ostetriche e infermieri e il supporto telefonico tra pari (come forma di mutuo autoaiuto) sia nel periodo della gravidanza che dopo il parto si sono mostrati efficaci nel ridurre il rischio di depressione post partum (Dennis & Dowswell, 2013).

Un recente trial ha mostrato che in un campione di puerpere asintomatiche che avevano ricevuto un intervento psico-sociale di tipo cognitivo-comportamentale 6 settimane dopo il parto condotto da professionisti formati, presentavano una riduzione del rischio di avere uno score ≥ 12 nello strumento EPDS 6 mesi dopo il parto rispetto al campione di puerpere che non erano state sottoposte all'intervento. (Brugha *et al.*, 2001).

Va segnalato che le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) non raccomandano alcun intervento psico-sociale a scopo preventivo (NICE, 2007), come parte integrante dell'assistenza e delle cure fornite di routine a tutte le donne nei periodi della gravidanza e post parto. Le stesse linee guida raccomandano invece una terapia breve cognitivo-comportamentale o interpersonale in donne che presentano un episodio di depressione perinatale sotto-soglia, o che presentano fattori di rischio.

Secondo le linee guida scozzesi (SIGN, 2012) le puerpere ad elevato rischio (cioè che hanno sofferto in passato di un disturbo psichiatrico), dovrebbero avere un piano scritto e dettagliato di cura per l'ultimo trimestre di gravidanza e per il periodo post partum e questo piano dovrebbe essere concordato e condiviso da tutti i servizi coinvolti nell'assistenza (servizio materno-infantile, di ostetricia, medico di base, servizi di assistenza domiciliare e servizio di salute mentale).

Screening

Gli strumenti *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS) (Stein & Van den Akker, 1992), EPDS (Cox *et al.*, 1987) e *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) (Beck & Gable, 2000) sono strumenti autocompilati specificamente messi a punto per lo screening della depressione nel periodo post partum. Lo strumento EPDS è quello che più di tutti è stato oggetto di studi di valutazione psicometrica.

La validazione dello strumento EPDS nella versione in lingua italiana è stata condotta in due studi da Carpiniello *et al.* (1997) e da Benvenuti *et al.* (1999). Nel primo, assumendo come *cut-off* 9/10, lo strumento ha mostrato una sensibilità pari a 100% e una specificità pari a 83%. Nel secondo, considerando lo stesso *cut-off* la sensibilità è stata 83% e la specificità 89%. Considerando invece *cut-off* 12/13, sempre in questo secondo studio, la sensibilità è stata pari a 56%, la specificità 99%, il valore predittivo positivo 91%. Va detto che tra i due studi ci sono differenze di metodo, ad esempio per quanto riguarda lo strumento *gold standard* adottato per il confronto, nel primo è stata usata l'intervista *Present State Examination* (PSE) (Wing *et al.*, 1974) e nel secondo la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan *et al.*, 1998).

L'organismo americano *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (ACOG, 2010) e la commissione inglese *UK National Screening Committee* non ritengono che debba essere effettuato uno screening universale della depressione durante la gravidanza e dopo il parto (<http://www.screening.nhs.uk/postnataldepression>). Tuttavia, il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2007) raccomanda ai professionisti sanitari (ostetriche, assistenti sociali, operatori che assistono a domicilio e medici di base) di rivolgere alle donne 2

domande sui sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e anedonia) al loro primo contatto coi servizi di assistenza e cura nel periodo della gravidanza e dopo il parto (in genere 4-6 settimane e 3-4 mesi dopo il parto).

Va detto però che queste 2 domande hanno mostrato di avere un valore predittivo positivo basso (32%) e che non sono disponibili dati sulla loro applicazione in campioni di donne in stato di gravidanza o nel periodo post-parto (NICE, 2007). Sempre secondo l'istituto NICE, allo scopo di individuare precocemente donne ad elevato rischio di disturbi dell'umore gravi e ricorrenti, andrebbe chiesto alle donne, in occasione dei loro contatti coi servizi, se sono state mai sottoposte a trattamento per disturbi psichiatrici, se hanno avuto pregresse malattie psichiatriche gravi come schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore con sintomi psicotici e se hanno una storia familiare di disturbo psichiatrico perinatale.

Trattamento

Episodio depressivo di gravità lieve¹ o moderata²

Per le donne con depressione lieve o moderata vi sono evidenze di efficacia di livello C (evidenze ottenute cioè da studi di coorte o da studi controllati randomizzati con meno di 200 partecipanti) per quanto riguarda alcuni interventi psicologici come strategie di autoaiuto, counselling non direttivo domiciliare, e le terapie cognitivo-comportamentale e interpersonale brevi (meglio se effettuate entro 1 mese dallo screening).

Secondo l'istituto NICE la terapia farmacologia antidepressiva è consigliata se la donna non vuole effettuare la terapia psicologica o se quest'ultima si dimostra inefficace o è indisponibile (Dennis & Vigod, 2013; Gelenberg *et al.*, 2010; NICE, 2007).

La terapia farmacologica nelle donne che allattano va ovviamente ponderata anche sulla base delle evidenze disponibili sui livelli di sicurezza del farmaco nel periodo dell'allattamento. Da questo punto di vista, alcuni antidepressivi (sertralina e paroxetina) (Weissman *et al.*, 2004; Davanzo *et al.*, 2011) sono considerati più sicuri di altri (fluoxetina e citalopram) in base alle concentrazioni di farmaco rilevate nel siero del neonato. Va detto comunque che non esistono evidenze sulla sicurezza di questi farmaci valutata a lungo termine nei bambini e sul profilo di sicurezza durante l'allattamento di mirtazapina, venlafaxina, doxepina e nefazodone (Davanzo *et al.*, 2011).

Episodio depressivo grave³

Anche in questo caso, il trattamento di prima scelta, per l'episodio depressivo grave o di gravità moderata ma con pregressa storia di depressione grave, è rappresentato dalla psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale o dalla psicoterapia interpersonale. Seguono la terapia farmacologica a base di antidepressivi e quella integrata (farmaci + psicoterapia). La terapia farmacologica andrebbe prescritta (Musters *et al.*, 2008) se la donna la richiede o se la psicoterapia da sola si dimostra inefficace.

¹ Nessuno o pochi sintomi in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, che determinano una minima compromissione funzionale.

² Alcuni sintomi in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, che determinano una moderata compromissione funzionale.

³ Molti sintomi in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, che determinano una marcata compromissione funzionale.

Aspetti prognostici

In presenza di episodi di depressione di gravità lieve o moderata e fattori di rischio psicosociali, la probabilità di avere episodi ricorrenti dipende dalla persistenza dei fattori di rischio (Musters *et al.*, 2008).

In presenza di episodi di depressione grave e in presenza di depressione con sintomi psicotici e di disturbo bipolare la probabilità di avere episodi ricorrenti è più elevata (Musters *et al.*, 2008).

Conclusioni

Diversi studi condotti nell'ultimo ventennio non hanno evidenziato un maggior rischio nelle donne di sviluppare una depressione nel periodo post partum rispetto ad altri periodi della vita. Qualche recente evidenza suggerisce tuttavia che al contrario aggiustando per gli altri fattori prognostici noti (vedi fattori di rischio) il parto rappresenta un fattore di rischio scatenante (Eberhard-Gran *et al.*, 2002).

Per quanto riguarda il disturbo bipolare, va segnalato un recente studio di coorte condotto in Danimarca (Munk-Olsen *et al.*, 2012) che ha seguito per un periodo di 15 anni 120,378 donne dopo il loro primo contatto coi servizi psichiatrici per qualsiasi disturbo psichiatrico ad eccezione del disturbo bipolare. Lo studio ha mostrato che le donne che avevano avuto il primo contatto coi servizi psichiatrici entro 30 giorni dal parto avevano un rischio superiore di conversione in diagnosi di disturbo bipolare ai contatti successivi rispetto alle donne che avevano avuto il primo contatto in un periodo diverso da quello post partum o nell'anno successivo al parto a partire dal secondo mese dopo il parto. Il rischio è risultato particolarmente elevato per le donne che avevano avuto il loro primo contatto entro i primi 14 giorni dopo il parto.

Come detto, la DPP limita il funzionamento della donna nel suo ruolo materno con possibili conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, emotivo, sociale e comportamentale del bambino (Grace *et al.*, 2003; Murray *et al.*, 1999; Kim-Cohen *et al.*, 2005).

Pertanto anche un singolo episodio depressivo, in assenza quindi di episodi ricorrenti, potrebbe aumentare il rischio di esiti negativi a lungo-termini sul bambino. Questo aspetto in particolare può rappresentare un'indicazione alla necessità di interventi preventivi da attuare nel periodo della gravidanza e fino a 6 mesi dopo il parto (Sockol *et al.*, 2013).

Va detto inoltre che il periodo perinatale offre alle donne opportunità uniche per interventi preventivi. In generale, infatti, il periodo della gravidanza è quello in cui si registra un aumento del ricorso ai servizi sanitari da parte delle donne, incluse quelle con scarse risorse finanziarie e basso status socio-economico.

Bibliografia

- Agoub M, Moussaoui D, Battas O. Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health* 2005;8:37-43.
- Ahmed HM, Alalaf SK, Al-Tawil NG. Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal depression scale. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285:1249-55.

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Obstetric Practice. Screening for depression during and after pregnancy. Committee opinion no. 453. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 pt 1):394-95.
- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- APA American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Aydin N, Inandi T, Karabulut N. Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum Province in Eastern Turkey. *Women Health* 2005;41:1-12.
- Barbadoro P, Cotichelli G, Chiatti C, Simonetti ML, Marigliano A, Di Stanislao F, Prospero E. Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women Health* 2012;523:52-68.
- Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res* 2000;49:272-82.
- Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005;88:9-18.
- Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV, Coolman M, Steegers EAP, Tiemeier H. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG* 2010;117:1390-98.
- Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:605-12.
- Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, Walters SJ. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med* 2011;41:739-48.
- Carpiniello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:280-5.
- Chee CY, Lee DT, Chong YS, Tan LK, Ng TP, Fones CS. Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *J Affect Disord* 2005;89:157-66.
- Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin N Am* 2010;33:273-93.
- 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.
- Csataordai S, Kozinszky Z, Devosa I, Toth E, Krajcsi A, Sefcsik T, Pal A. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns* 2007;67:84-92.
- Da Costa D, Dritsa M, Rippen N, Lowensteyn I, Khalife S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:95-102.
- Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, Minen F, Amaddeo A. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Med* 2011;6:89-98.
- Demirchyan A, Petrosyan D, Armenian HK. Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of a cohort of earthquake survivors in Armenia. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:229-37.
- Deng AW, Xiong RB, Jiang TT, Luo YP, Chen WZ. Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pac J Trop Med* 2014;7:244-49.

- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;28(2) CD001134. doi: 10.1002/14651858.
- Dennis CL, Vigod S. The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Viol Against Women* 2013;19:503-17.
- Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BEW. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:148.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:426-33.
- Ege E, Timur S, Zincir H, Geckil E, Sunar-Reeder B. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:585-93.
- Escriba-Aguir V, Artazcoz L. Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:320-26.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behav Dev* 2010;33:1-6.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014;215:341-46.
- Gaynes BN, Gavin N, Melzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ.)* 2005;119:1-8.
- Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Van Rhoads RS. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010.
- Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22:760-68.
- Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol* 2012;616759. doi: 10.5402/2012/616759.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall C, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011;14:1-27.
- Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anaemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013;31:398-402.
- Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues* 2010;20:96-104.
- Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:263-74.
- Green K, Broome H, Mirabella J. Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychol Health Med* 2006;11:425-31.
- Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:291-97.

- Kheirabadi GR, Maracy MR, Barekatin M, Salehi M, Sadri GH, Kelishadi M, Cassy P. Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan Province, Iran. *Arch Iran Med* 2009;12:461-67.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:173-81.
- Kirpinar I, Gözüm S, Pasinlioğlu T. Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *J Clin Nurs* 2010;19:422-31.
- Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, Ito M, Kudo N, Tada K, Kanazawa K, Sakumoto K, Satoh S, Furukawa T, Nakano H. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:121-30.
- Kozinszky Z, Dudas RB, Csatornai S, Devosa I, Toth E, Szabo D, Sikovanyecz J, Zadori J, Barabas K, Pal A. Social dynamics of postpartum depression: a population-based screening in South-Eastern Hungary. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:413-23.
- Leung SS, Martinson IM, Arthur D. Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Res Nurs Health* 2005;28:27-38.
- Liabsuetrakul T, Vittayanont A, Pitanupong J. Clinical applications of anxiety, social support, stressors and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33:333-40.
- McGrath JM, Records K, Rice M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behav Dev* 2008;31:71-80.
- McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:660-69.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:147-57.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69(4):428-34.
- Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:1259-71.
- Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ* 2008;8;337:a736. doi: 10.1136/bmj.a736.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2007. (NICE Clinical Guideline CG45). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg45>; ultima consultazione 9/10/2015.
- Norhayati MN, Hazlina NH Nik, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015;75:34-52.
- Ozdemir H, Ergin N, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychol Health Med* 2014;10:96-107.
- Patel M, Bailey KR, Jabeen S, Ali S, Barker CN, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved* 2012;23:534-42.
- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002-2010 in Finland. *BMJ Open* 2014;4(11):e004883.

- Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 2013 28;3(11):e004047.
- Roberts SL, Bushnell JA, Collings SC, Purdie GL. Psychological health of men with partners who have post-partum depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:704-11.
- SIGN. *Management of perinatal mood disorders*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf>; ultima consultazione 20/1/2016.
- Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmucker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;6:1315-36.
- Sheehan DV1, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33:1205-17.
- Stein G, Van den Akker O. The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *J Psychosom Res* 1992;36:67-75.
- Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. Impact of infant health problems on postnatal depression: pilot study to evaluate a health visiting system. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:182-89.
- Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, Wisner KL. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2004;161:1066-78.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms. An instruction Manual for the PSE and CATEGO Programme*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- World Health Organization. *International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10)*. Geneva: WHO; 2007.
- World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO; 2001.
- Yagmur Y, Ulukoca N. Social support and postpartum depression in low socioeconomic level postpartum women in Eastern Turkey. *Int J Public Health* 2010;55:543-49.
- Zubaran C, Foresti K. The correlation between breast feeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Health* 2013;4:9-15.

ESITI SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO

Laura Vismara

Dipartimento di Pedagogia, Psicologia, Filosofia, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari

La Depressione Post Partum (DPP) è la complicazione più comune nel periodo perinatale, colpendo circa il 10-15% delle donne e, come tale, rappresenta un problema per la salute della donna, del bambino e della famiglia (Robertson *et al.*, 2004). Per questa ragione è importante riconoscere quali siano i fattori prenatali che sono associati allo sviluppo di questa condizione.

In base alla letteratura, i predittori più forti di DPP sono la presenza di sintomi depressivi e ansiosi durante la gravidanza; una storia di disturbo depressivo; eventi di vita stressanti; conflittualità coniugale; percezione di basso sostegno sociale (Coelho *et al.*, 2011; Gaillard *et al.*, 2014).

Più recentemente, è stata rivolta attenzione anche alla compresenza di depressione perinatale paterna. La sintomatologia depressiva paterna si manifesta in modo più lieve e meno definito rispetto a quella materna, con un'incidenza che va dall'8,5% al 12,7% (Paulson & Bazemore, 2010). I disturbi depressivi descritti più frequentemente nei padri sono l'umore depresso, l'irrequietezza, l'irritabilità, la preoccupazione costante riguardo l'andamento della gravidanza e la salute del bambino, la perdita di interessi, le difficoltà di concentrazione e di rendimento sul lavoro, l'isolamento sociale, l'aumento o la diminuzione dell'appetito, il calo del desiderio sessuale e l'insonnia. Spesso è associata ad altri disturbi atipici, anche gravi; tra questi, sono particolarmente frequenti le sindromi ansiose, ma anche acting out comportamentali e disturbi di dipendenza. È stato inoltre evidenziato che, nel periodo perinatale, i padri manifestano alterazioni emotive che oscillano in relazione con gli stati psicologici e l'eventuale sofferenza emotiva della madre (Skari *et al.*, 2002; Baldoni & Ceccarelli, 2010).

Questi dati dimostrano la complessità del fenomeno della depressione perinatale e la necessità di adottare una prospettiva multifattoriale e multidimensionale per la comprensione del problema. In tale ottica, è opportuno considerare il contesto di vita nel quale i fattori di rischio e di protezione sia distali (es. scolarità, reddito) sia prossimali (es. stress genitoriale, sostegno sociale, sintomi psicopatologici), sia del passato sia attuali, interagiscono in modo dinamico tra di loro, influenzando lo sviluppo della persona (Sameroff & Fiese, 2000).

Depressione materna perinatale e implicazioni per il bambino

Da quanto sopra descritto, la DPP può, quindi, presentarsi secondo molteplici modalità, con effetti e traiettorie molto differenti a seconda delle caratteristiche individuali, psico-sociali e ambientali. Inoltre, se si considera la varietà di sintomi clinici che può caratterizzare un disturbo depressivo, ogni donna può manifestare un differente stile di parenting.

In particolare, è emerso che le madri affette da DPP possono comportarsi secondo due modalità principali: (a) assenza e non coinvolgimento e (b) ostilità e intrusività. Nel primo caso, le madri non sono responsive e sono incapaci di sostenere adeguatamente le iniziative interattive dei propri figli, che diventano, conseguentemente, confusi, tristi e disorganizzati. Nel secondo caso, le madri interferiscono con le attività dei propri bambini, utilizzando un atteggiamento

invadente contraddistinto da un tono di voce irritato e modalità di cura insensibili. I bambini tendono ad evitare lo sguardo delle madri e dedicano poco tempo all'esplorazione degli oggetti; inoltre, mettono in atto risposte ostili, che permettono loro di difendersi dall'intrusività materna. Tali dinamiche sono osservabili già a partire dai 3, 4 mesi di vita del bambino e i problemi sembrano essere maggiori con i figli maschi e nel caso di depressione grave e cronica. Secondo Weinberg, infatti, i maschi sarebbero più vulnerabili in quanto meno capaci, rispetto alle femmine, di regolare le proprie reazioni affettive nel caso in cui venga a mancare un supporto emotivo esterno (Murray, 2011).

In età successive, emergono altri problemi interattivi, che sembrano perdurare nonostante la remissione dei sintomi depressivi materni; tra questi, è stata evidenziata una maggiore presenza di attaccamento di tipo insicuro (Martins & Gaffan, 2000; Campbell *et al.*, 2004). L'instaurarsi di un legame di attaccamento del bambino al caregiver costituisce un compito chiave nello sviluppo che influenza sia le rappresentazioni che il bambino si forma di sé e degli altri, sia le modalità di elaborare pensieri e sentimenti relativi all'attaccamento. Esperienze di attaccamento ottimali facilitano la regolazione interattiva e l'autoregolazione delle emozioni, garantendo un funzionamento efficiente del Sé. Quando le rappresentazioni di sé e degli altri sono distorte, costituiscono un fattore di vulnerabilità.

Altre ricerche hanno rilevato una mancanza di sintonizzazione affettiva. Stern (1987) propone che la madre e il bambino condividano stati affettivi ed esperienze attraverso la sintonizzazione affettiva. In modo prevalentemente inconscio, le madri compiono una serie di azioni (vocalizzazioni, gesti...), che riflettono e rinforzano alcuni aspetti essenziali del comportamento del bambino e del suo presunto stato affettivo. Stern ritiene che la sintonizzazione affettiva della madre crei per il bambino una sorta di "comprensione" preverbale della natura intersoggettiva della regolazione degli affetti. La sintonizzazione affettiva consiste sostanzialmente nella corrispondenza cross-modale di intensità, ritmo e forma del comportamento: la madre non riproduce il comportamento manifesto del piccolo, ma un qualche aspetto di esso che riflette lo stato d'animo. Grazie a tale processo e competenza, il bambino può comprendere la partecipazione materna alla sua esperienza interiore. Nel contesto della depressione, invece, le madri dimostrano difficoltà a condividere e riflettere sul mondo interno del bambino, non riuscendo a rispondere ai suoi segnali in modo sincrono.

La ricerca ha mostrato come anche la responsività del caregiver sia un aspetto cruciale dell'interazione madre-bambino (Davidov & Grusec, 2006). A livello generale, può essere definita come il calore, la quantità e la qualità delle interazioni e la risposta del caregiver al distress del figlio. La responsività emerge negli scambi quotidiani tra caregiver e bambino e si manifesta nella cooperazione e la condivisione di affetti positivi. Un caregiver depresso, invece, mostra una scarsa responsività.

La natura dinamica di tali processi tuttavia richiama l'attenzione al ruolo attivo del bambino nel codeterminare la qualità interattiva col caregiver. Nondimeno, è essenziale rilevare il più precocemente possibile la problematica depressiva poiché essa insorge proprio quando il bambino è in uno stato di massima dipendenza; quando questi è altamente sensibile alla comunicazione dell'altro, dal momento che il suo sviluppo è influenzato profondamente dalle relazioni (Winnicott, 1965).

Per tale motivo, molti contributi scientifici e clinici hanno avuto quale scopo quello di studiare l'associazione tra depressione perinatale e diverse aree di funzionamento del bambino.

Effetti sullo sviluppo cognitivo del bambino

Diversi studi hanno messo in evidenza che la DPP materna è associata a difficoltà nell'acquisizione del concetto dell'oggetto nell'infanzia, un aspetto cruciale per lo sviluppo della capacità di formare rappresentazioni mentali, e di altre dimensioni dello sviluppo mentale e motorio valutato tramite le Bayley Scales (Bayley, 1969). Inoltre, è stato riscontrato un QI più basso nell'età prescolare, associato, in altre ricerche, a difficoltà di apprendimento. Tuttavia, alcuni dati contraddicono i risultati sopra-riferiti e le associazioni risultano significative solo per i bambini di genere maschile o in presenza di altri rischi, quale la bassa scolarità materna (Murray, 2011).

Tra le modalità interattive che sembrano influire in modo specifico sullo sviluppo cognitivo del bambino nel contesto della DPP, vi è innanzitutto la ridotta responsività (Milgrom *et al.*, 2004); anche la mancanza di contingenza (Tronick & Weinberg, 1997; Stanley *et al.*, 2004) gioca un ruolo specifico. La contingenza può definirsi come la prevedibilità del comportamento di ciascun partner in base al comportamento dell'altro, che consiste nell'adattamento momento per momento che ciascuno compie in relazione ai cambiamenti del comportamento dell'altro; nel tempo ciò viene interiorizzato nell'aspettativa di "come io ti influenzo" e "come tu mi influenzi" (Beebe *et al.*, 2008). Nel contesto della DPP, tale adattamento reciproco viene meno, con una incongruenza tra la coordinazione a livello attentivo e/o affettivo. Infine, la scarsa modulazione degli input per sostenere l'attenzione ha un impatto sugli esiti cognitivi. Infatti, le madri depresse forniscono e sviluppano delle interazioni non sincronizzate con i segnali del bambino, che impediscono l'attenzione sulle contingenze ambientali, compromettendo l'elaborazione dell'informazione (Murray, 2011).

Effetti della DPP sui problemi comportamentali

Molti studi, attraverso l'utilizzo di questionari report compilati dalle madri, hanno constatato un'associazione positiva tra problemi comportamentali e DPP; ad esempio, sono stati segnalati problemi nella gestione della rabbia, tristezza, paura, deficit d'attenzione, iperattività e comportamenti violenti in misura maggiore nei bambini le cui madri avevano sofferto di depressione post natale, rispetto ai figli di madri non depresse. Tuttavia, tale associazione sembra presente solo, o soprattutto, in condizioni di depressione cronica e/o grave. L'associazione con difficoltà comportamentali è stata confermata attraverso i report degli insegnanti, che rilevano una più elevata frequenza di problemi internalizzanti, di problemi internalizzanti in comorbidità con problemi esternalizzanti, di problemi esternalizzanti o di aggressività. Metodi osservativi hanno invece evidenziato una bassa qualità del gioco, preferendo quello fisico a quello creativo, e una scarsa responsività con i pari. Inoltre, è emersa una maggiore aggressività verso i pari, in presenza di conflitto genitoriale, e un basso senso di auto-competenza, importante fattore di resilienza (Murray, 2011). Tali studi sembrano quindi confermare che la DPP nei primi mesi di vita del bambino possa essere un fattore di rischio per lo sviluppo comportamentale e sociale del bambino anche a lungo termine. Tale relazione però sembra essere spiegata, non tanto dalla patologia depressiva in sé, ma dalla qualità interattiva madre-bambino.

Le modalità interattive che sembrano influenzare maggiormente la regolazione emotivo-comportamentale del bambino sono, da una parte, lo scarso sostegno di fronte alle difficoltà e la mancanza di sostegno alla auto-regolazione del bambino; dall'altra, l'ostilità e la coercizione (Murray, 2011).

Effetti in adolescenza: la trasmissione intergenerazionale della depressione

La letteratura ha provato che, in presenza di una DPP, vi è un aumentato rischio di sviluppare una sintomatologia depressiva dei figli in adolescenza (Lieb *et al.*, 2002; Weissman *et al.*, 2006). Tale associazione, però, sembra mediata dalla cronicità della DPP (Hay *et al.*, 2010).

Lo studio longitudinale di Cambridge, condotto dal gruppo di ricerca di Lynne Murray e Peter Cooper, (Murray *et al.*, 2011) ha evidenziato che, a 16 anni, i figli di madri con DPP hanno una probabilità di ricevere una diagnosi di depressione di 5 volte superiore, di quasi tre volte di ansia e una probabilità doppia di sviluppare comunque una problematica psicopatologica, confrontati a coetanei senza una storia di DPP materna.

Tra i meccanismi che gli studi hanno rilevato implicati nello sviluppo della depressione in adolescenza, vi è il contagio emotivo tramite il linguaggio. Le madri con una problematica depressiva perinatale hanno una compromissione del motherese, il linguaggio che l'adulto produce istintivamente nelle interazioni con i bambini piccoli, caratterizzato da volume relativamente alto, modulazione più alta della voce, articolazione lenta e accurata delle sillabe con enfaticizzazione della curva intonativa; nel contesto depressivo, tali aspetti vengono meno, con un maggiore utilizzo di pause, aritmie e un uso minore delle intonazioni esagerate (Field *et al.*, 1988).

L'associazione tra psicopatologia materna perinatale e quella del figlio nel medio-lungo termine sembra poter essere anche spiegata dagli effetti sull'asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico, principale effettore della risposta individuale di stress (Murray, 2011).

Infine, l'attaccamento insicuro e la bassa resilienza sembrano giocare un ruolo di rilievo (Martins & Gaffan, 2000; Toth *et al.*, 2009). A tale riguardo, si ipotizza un modello in cui la DPP è associata alla insicurezza dell'attaccamento che porta ad una bassa resilienza, che, a sua volta, è associata alla depressione (Martins & Gaffan, 2000; Atkinson *et al.*, 2000; Campbell *et al.*, 2004; Toth *et al.*, 2009).

Nell'ottica adottata della multifattorialità, si precisa che la persistenza delle problematiche a livello relazionale in età prescolare e scolare, la cronicità della depressione materna e il conflitto coniugale sembrano variabili rilevanti nel concorrere a definire la traiettoria evolutiva della DPP sino al manifestarsi dei sintomi depressivi nel figlio adolescente (Murray, 2011).

Conclusioni

Da quanto esposto, si può affermare che la depressione perinatale materna ha un effetto non solo sull'umore materno e sulla relazione della madre col bambino, ma anche sullo sviluppo del bambino. Diverse combinazioni di sintomi hanno effetti specifici su diverse aree di sviluppo del bambino. Inoltre, diversi fattori concorrono a definire sia le caratteristiche e manifestazioni depressive, sia le modalità di *parenting* e di interazione madre e bambino.

Lo sviluppo del bambino, dunque, è un processo multideterminato e aperto influenzato da una molteplicità di fattori psicologici, biologici e psico-sociali che, dinamicamente, nel loro insieme vanno a definire il *developing family system*.

Per questo, è importante proporre piani di intervento specifici, che non solo siano diretti al miglioramento dell'umore materno, ma anche alla qualità relazionale col bambino, in considerazione della costellazione di variabili coinvolte.

Ringraziamenti

Voglio ringraziare Lynne Murray e Peter Cooper che hanno ispirato il mio lavoro negli anni e, in particolare, il presente contributo. Ringrazio la Dottoressa Maria Carmen Ghiani (Vice presidente dell'Ordine degli Psicologi della Sardegna) e la Dottoressa Gabriella Palumbo (Reparto Salute Mentale, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore della Sanità), che, in occasione del Corso: "La salute della donna in epoca perinatale: percorsi di intervento precoce e prevenzione del rischio depressivo nella gravidanza e nel puerperio" organizzato tenutosi ad Olbia il 14 ottobre 2015 nell'ambito de "La Settimana del Benessere Psicologico Sardegna", mi hanno stimolato a condividere il comune interesse teorico, clinico e di ricerca per il benessere della donna, del bambino e della famiglia.

Bibliografia

- Atkinson L, Paglia A, Coolbear J, Niccols A, Parke KCH, Guger S. Attachment security: a meta-analysis of maternal health correlates. *Clin Psychol Rev* 2000;20:1019-40.
- Baldoni F, Ceccarelli L. La depressione perinatale paterna: una rassegna della ricerca clinica ed empirica. *Infanzia e Adolescenza* 2010;9:79-92.
- Bayley N. *The Bayley scales on infant development*. New York: The Psychological Corporation; 1969.
- Beebe B, Jaffe J, Chen H, Buck K, Cohen P, Feldstein S, Andrews, H. Six-week postpartum depressive symptoms and 4-month mother-infant self- and interactive contingency. *Infant Ment Health J* 2008;29:442-71.
- Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker S, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of preschool attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol* 2004;16:231-52.
- Coelho HF, Murray L, Royal-Lawson M, Cooper PJ. Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2011;129(1-3):348-53.
- Davidov M, Grusec JE. Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Dev* 2006;77:44-58.
- Field T, Healy B, Goldstein S, Perry S, Bendell D, Shanberg S. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non depressed adults. *Child Dev* 1988;59:1569-79.
- Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014;215:341-6.
- Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Dev* 2010;81:149-65.
- Lieb R, Isensee B, Hofler M, Pfister H, Wittchen UH. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365-74.
- Martins C, Gaffan, EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:737-46.
- Milgrom J, Westley D, Gemmill AW. The mediating role of maternal responsiveness in some longer-term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behav Dev* 2004;27:443-54.
- Murray L, Arteché A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:460-70.

- Murray L. *Depressione post-partum ed effetti sullo sviluppo affettivo del bambino: interventi di sostegno allo scaffolding materno e alla relazione madre-bambino*. Lezione Magistrale nell'ambito del Programma Visiting Professor 2010-2011, finanziato dalla Regione Sardegna, Università degli Studi di Cagliari, 2011.
- Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010;303:1961-9.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:289-95.
- Sameroff AJ, Fiese BH. Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ (Ed.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 135-59.
- Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, Emblem R. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: A prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002;109:1154-63.
- Stanley C, Murray L, Stein A. The effect of postnatal depression on mother–infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Dev Psychopathol* 2004;16(1):1-18.
- Stern DN. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boerighieri; 1987.
- Toth SL, Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple M. Maternal depression, children's attachment security, and representational development: an organizational perspective. *Child Dev* 2009;80(1):92-208.
- Tronick EZ, Weinberg MK. Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: Murray L, Cooper PJ (Ed.). *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford Press; 1997. pp. 54-81.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006;163:1001-8.
- Winnicott DW. *Ego distortions in terms of true and false self, in Id., The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press; 1965 (trad. it. *La distorsione dell'Io in rapporto al vero e falso Sé, in Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando Editore; 1974).

PARTE 2
Depressione post partum:
percorsi diagnostici e interventi psicologici

POLICY OF SCREENING FOR POSTNATAL DEPRESSION IN AUSTRALIA. THE IMPORTANCE OF EARLY IDENTIFICATION AND TREATMENT

Jeannette Milgrom

Parent-Infant Research Institute and Department of Clinical and Health Psychology Austin Health, Melbourne School of Psychological Sciences University of Melbourne, Australia

The transition to motherhood involves adapting to huge physical, emotional, and social changes. Many mothers experience difficulties adjusting to the mothering role with its many demands and expectations. Myths about motherhood can create unrealistic expectations about pregnancy and motherhood. For some women, symptoms of depression are severe and 10-20% experience Postnatal Depression (PND) over the first year after the birth of their baby, with the point prevalence of major and minor depression combined being 12.9% (Gavin *et al.*, 2005). Major depressive disorders – those meeting DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fifth Edition*) criteria of the American Psychiatric Association (APA, 2013) – can be differentiated from the ‘baby blues’ in which 80-90% of women feel tearful 3-4 days after birth, generally for a short time. To meet diagnostic criteria, symptoms of PND are persistent, at least two weeks’ duration, and include:

1. depressed mood/irritability;
2. diminished interest in activities;
3. significant weight or appetite change;
4. sleeping problems e.g. insomnia or hypersomnia;
5. psychomotor agitation and/or retardation;
6. fatigue;
7. feelings of worthlessness/guilt;
8. inability to think clearly or concentrate;
9. recurrent thoughts of death and/or suicide.

PND is best understood as a condition that is triggered by biological, psychological and social factors. The key risk factors for PND include antenatal depression, antenatal anxiety, major life events, low social support levels, depression history and low self-esteem (Milgrom *et al.*, 2008). The long-term consequences of PND are profound: they affect the woman herself (ongoing mood symptoms), her infant (compromised infant development) and her partner (relationship breakdown) (Stein *et al.*, 2014).

PND, the hidden illness: the need to screen

Less than 60% of women seek help (Austin *et al.*, 2008). A number of reasons have been identified as barriers to help-seeking:

- denial: “it’s just a bad day”;
- shame: “what will other people think of me?”;
- belief that she can cope alone: “I’ll be ok”;
- expectations of motherhood: “I should be happy”;

- concerns that authorities might take their infant;
- cost and accessibility of services;
- loss of control.

Due to the long-term consequences and the difficulty with help-seeking, early identification of postnatal depression has become a major public health issue. There are several reasons to undertake screening for PND:

- postnatal depression is serious and has lasting consequences.
- postnatal depression is common.
- depression can be successfully assessed and treated.
- most depressed women will not be detected by other contacts within the health system and the majority will not actively seek help.

The most common screening tool is the 10 item self-rating screening scale, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox *et al.*, 1987). It is important to remember that the EPDS cannot diagnose depression, but is useful as a rapid screening tool that assists informed clinical judgements about emotional health care. The EPDS does not predict who will become depressed later on. So it is not a measure of the risk of becoming depressed in future. Screening identifies a sub-group likely to have a high prevalence of depression. Further assessment is needed to confirm the presence of depression using diagnostic procedures of this targeted group. Important points when using the EPDS are:

- screening tools are not diagnostic tools;
- screening tools give “permission to speak, permission to listen”;
- a structured approach to screening is needed;
- in practical terms, about six out of ten women who score positive (a score of 13 points or higher) on the EPDS will meet diagnostic criteria for Major Depression. The positive predictive value of the EPDS is 62% and around 40% of scores ≥ 13 are false positives for depression (Milgrom *et al.*, 2011);
- results indicate that the EPDS identifies a majority of women who receive a diagnosis of some sort. In our study, whilst 66.4% of screen-positive women (EPDS >13) suffered from a major depressive disorder, the remainder of women showed a range of diagnoses (Milgrom *et al.*, 2005). Furthermore, only 9.9% did not meet DSM-IV criteria for any psychiatric diagnosis (Milgrom *et al.*, 2005; Wisner *et al.*, 2013).

Similarly, in a study by Wisner *et al* (2013), 10,000 women were screened with EPDS at 4-6 weeks. Screen-positive women (14% screened positive on the EPDS >10) were invited to undergo psychiatric evaluations in their homes. The most common primary diagnoses were unipolar depressive disorders (68.5%); and almost two-thirds had comorbid anxiety disorders. Among screen-positive women given a diagnostic interview, primary diagnoses included unipolar depressive disorders (68.5%); bipolar disorders (22.6%); anxiety disorders (5.6%); substance abuse disorders (0.5%) and no diagnosis (2.1%).

Risk assessment

If a woman has a score of more than zero on item 10 of the EPDS (“The thought of harming myself has occurred to me”), the next step must always be to conduct a Risk Assessment to understand the likelihood of the woman harming herself or her infant and to determine the level and immediacy of suicidal intent. The four key points to ask about are:

- Suicidal thoughts: How frequent and powerful are these thoughts?

- Planning: What are the details of a woman’s plan to self-harm: how developed is her planning? Is her infant at risk?
- Lethality: Is the woman thinking of a specific method: how lethal is that method?
- Means: Does the woman have the means to carry out her plan using this method?

Acceptability of screening for antenatal women

Our findings on acceptability of screening for antenatal women are:

- 479 new mothers screened with EPDS were contacted by mail questionnaire (n. 432), phone (n. 21) and in person (n. 26).
- Mothers were interviewed by telephone one to two weeks after screening. They were asked about what it was like completing the EPDS; whether questions were upsetting or distressing and their experience of getting feedback from their midwife.

Most women reported few difficulties and considered screening important. Of these, 81.2% indicated that screening with the EPDS had been in the range of “Comfortable” to “Very Comfortable”. Almost all respondents (97%) felt that screening was desirable (Gemmill *et al.*, 2006; Leigh & Milgrom, 2007).

The debate

Advocating universal screening for depression requires a condition to be prevalent and knowing:

- Whether administration of the screening tool is feasible and acceptable as part of routine care;
- Whether depression can be diagnosed accurately;
- Whether depression can be successfully treated.

Screening with the EPDS meets the above conditions (Milgrom & Gemmill, 2015). Whilst there is a need for long-term studies, many countries now recommend routine screening with the EPDS as it provides a structured approach to depression identification. Not only is the EPDS an effective tool, it can help open up the conversation between the mother and her nurse (or other health professional) about how she has been feeling and is coping. The EPDS, when combined with further psychosocial questions, gives a fuller picture and understanding of emotional health and existing stressors which can then guide management. For a screening program to be effective, pathways of care must be integrated.

Recommended management

A model for a recommended screening program integrated with management of postnatal depression consists of a series of steps:

1. Screening for depression;
2. Diagnostic Assessment (including risk assessment) for women who score EPDS ≥ 13 ;
3. Asking questions around anxiety and psychosocial risk factors;
4. Understanding factors that contributed to depression as well as maintaining factors:
 - Precipitating factors: e.g. birth trauma;
 - Vulnerability factors: e.g. poor parenting model;
 - Maintaining and exacerbating factors: e.g. negative thinking, poor social support.
5. Offer management of depression if it is indicated.

Treating and managing PND can involve:

1. behavioural interventions;
2. cognitive interventions (CBT: Cognitive Behavioral Therapy);
3. relapse prevention;
4. partners.

PIRI's treatment programs

As PND is not just a biological illness, but is connected to both behaviour and thoughts, the best way to deal with it is to develop the skills to make positive changes not only in the way you act in your life, but also in the way you think.

We acknowledge the importance of the relationship between behaviour, thoughts and feelings. We use cognitive and behavioural strategies as the central approach (e.g. behavioural principles to reinforce small gains in positive interactions and cognitive restructuring to challenge distorted thinking regarding the infant).

We also draw from attachment theory with its focus on maternal sensitivity and developmental psychology to target elements of a successful interaction (e.g. responsiveness).

A biopsychosocial model of PND takes into account other important influences, including the role of partners.

Our approach to the treatment of PND has developed different evidence-based programs:

- *Getting ahead of Postnatal Depression* (Milgrom *et al.*, 2005)
This program uses CBT and includes fathers.
- *Happiness, Understanding, Giving and Sharing (HUGS)* (Milgrom *et al.*, 2006)
This a specialized mother-infant program following PND and it is combined with the CBT group or a treatment plan for depression that takes into account social support, marital communication and dealing with current and past life stresses including pregnancy and labour. Sessions include psycho-education, direct intervention in the mother-infant interaction and optional video feedback.
- *MumMoodBooster* (Danaher *et al.*, 2013)
It is an online PND treatment over 6 sessions with personalised phone coach, developed in collaboration with the Oregon Research Institute. It uses CBT and includes partner support website.

Perinatal mental health initiatives in Australia

Over the last 15 years, a number of initiatives have been implemented:

- *Phase 1: National Postnatal Depression Program (2001-2005)*
This phase aimed to:
 - implement screening and early intervention programs for antenatal and postnatal depression;
 - increase professional awareness of antenatal and postnatal depression and reduce stigma
 - educate women at risk;

- draw from a large database (>40,000);
 - involve all States/Territories across Australia (43 different health services);
- 40,000 pregnant women were screened across Australia and 200,000 reached with promotional material over four years.

It was found that:

- Case for screening outweighs that against.
 - The perinatal period is a time of increased risk of mood disorder (Milgrom *et al.*, 2008).
 - Screening is feasible and acceptable with adequate support and training.
 - Training improves knowledge and confidence.
 - Screening helps to acknowledge the emotional health needs of women.
 - Existing tools have the ability to identify distress using (e.g. the EPDS).
 - Stigma is not overcome by ignoring mental health issues (further work is required to overcome barriers for women to access and accept assistance).
 - It is cost effective to screen compared to the long term implications of depression (further research is needed but emerging research is very positive).
 - Specialist care is not needed in most cases (Buist *et al.*, 2002).
 - Raised awareness in women and professionals empowers women and families with information.
- *Phase 2: National Action Plan (2007)*
 The National Action Plan (NAP) leads the Australian Government to promote universal screening for PND in Australia.
 In 2007, a consortium of perinatal mental health experts around Australia received further funding from Beyondblue to develop a NAP to develop a framework that would fit strategically within Government jurisdictional perinatal agendas and liaised with bodies such as the Australian Health Ministers' Advisory Councils (AHMAC) and the National Mental Health Standing Committee (NMHSC). The NAP was presented to Government and led to an election promise in 2010 of \$85M for a National PND Plan to improve prevention and early detection of antenatal and postnatal depression. This occurred and has been a major achievement based on the evidence provided by the National PND Program and the support of Beyondblue an advocacy body for depression.
- *Phase 3: National Perinatal Depression Initiative (2008-2015)*
 Beyondblue in collaboration with key experts, the Australian Government and each State and Territory developed the National Perinatal Depression Initiative, a national framework promoting:
- universal, routine, perinatal psychosocial assessment by trained primary care and other health professionals
 - the identification of future risk and current problems early
 - ensuring appropriate pathways to care
- The implementation of the National Perinatal Depression Initiative led to the development of guidelines and this was a key strategic direction outlined in Beyondblue's NAP for Perinatal Mental Health. The resulting volume was *Clinical practice guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis - in the perinatal period* (Beyondblue, 2011); this document includes 8 recommendations and 44 good practice points. The major recommendations are outlined in Table 1.

Table 1. The 8 recommendations and related grades included in the Beyondblue's *Clinical practice guidelines for depression and related disorders - anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis - in the perinatal period* (2011)

Recommendations	Grade
1. As a minimum, all health professionals providing care in the perinatal period should receive training in woman-centred communication skills and psychosocial assessment	C
2. The EPDS should be used by health professionals as a component of the assessment of all women for symptoms of depression in the <i>antenatal</i> period	B
3. The EPDS should be used by health professionals as a component of the assessment of all women in the <i>postnatal</i> period for symptoms of depression or co-occurring depression and anxiety	B
4. A score of 13 or more can be used for detecting symptoms of major depression in the <i>postnatal</i> period	C
5. Non-directive counselling in the context of home visits can be considered as part of the management of mild to moderate depression for women in the <i>postnatal</i> period	C
6. Cognitive behavioural therapy should be considered for treating women with diagnosed mild to moderate depression in the <i>postnatal</i> period	B
7. Interpersonal psychotherapy can be considered for treating women with diagnosed mild to moderate depression in the <i>postnatal</i> period	C
8. Psychodynamic therapy can be considered for treating women with diagnosed mild to moderate depression in the <i>postnatal</i> period	D

Grade: Each therapeutic regime that exists to treat PND is rated according to the following grades:

- A *Body of evidence can be trusted to guide practice*
- B *Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations*
- C *Body of evidence provides some support for recommendations but care should be taken in its application*
- D *Body of evidence is weak and recommendation must be applied with caution*

Training professionals in screening of PND

An online program for training professionals in screening of PND was been developed, with the involvement of PIRI for content (ThinkGP, 2014).

This education is available as a series of 6 one hour activities:

- overview of perinatal mental health and the need to screen – education;
- depression screening using the EPDS – education;
- further assessment and management – education;
- pathways to care: collaborative practice – education;
- GP mental health treatment plans – education;
- management of perinatal depression – education;
- beyond babyblues ALM (Active Learning Module) – reinforcing activity;
- beyond babyblues ALM – evaluation.

The modules describe screening and further assessment of women in the perinatal period for possible depression and/or anxiety. A range of both pharmacological and non-pharmacological management modalities are discussed and the development of team based care arrangements are explored.

Since becoming available in 2011, over 5,900 health professionals have participated in the Beyondblue perinatal online training program to date.

Workforce training and development

Upon review, it was found that:

- State and territories projects vary in uptake of screening and differences in workforce expertise was evident. A Workforce Training and Development Committee was formed;
- Consumer support (e.g. the no-profit, self-help organisation PANDA, Perinatal Anxiety and Depression Australia) is important;
- Aboriginal and CALD (Culturally And Linguistically Diverse families) resources were needed;
- Many new initiatives occurred (e.g. PEHP-Perinatal Emotional Health Workers, specialist nurses in primary care, especially rural and remote).

A matrix “Framework for training professionals in management of PND and related disorders” was developed. This drew on the Beyondblue Practice Guidelines (2011) and aimed to:

- inform organisations currently providing professional development courses;
- promote best practice across Australia for perinatal mental health training, informed by clinical practice guidelines;
- provide guidance for new training and where the gaps lie.

Four levels of training were outlined:

1. Awareness/health promotion/prevention;
2. Basic skills;
3. Basic skills plus;
4. Intermediate skills;

Advanced assessment and intervention modules were added.

Current challenges are:

- maintaining the national focus as the National Perinatal Initiative comes to an end;
- building on the momentum to ensure screening continues;
- addressing the current gaps identified.

We now have the opportunity to:

- harness the extensive work undertaken to date;
- address the gaps;
- take perinatal mental health in Australia to the next level e.g. Introduce electronic screening;
- conduct further research on long-term impact.

References

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
- Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, Parker G. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2008;105(1-3):35-44.
- Beyondblue. *Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*. Melbourne: Beyondblue; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891>; ultima consultazione 25/1/2016.
- Buist AE, Barnett BE, Milgrom J, Pope S, Condon JT, Ellwood DA, Hayes BA. To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. *Med J Aust* 2002;177(7):S101.

- 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.
- Danaher BG, Milgrom J, Seeley JR, Stuart S, Schembri C, Tyler MS, Ericksen J, Lester W, Gemmill AW, Kosty D, Lewinsohn P. MomMoodBooster web-based Intervention for postpartum depression: feasibility trial results. *J Med Internet Res* 2013;15(11):e242.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.
- Gemmill AW, Leigh B, Ericksen J, Milgrom J. A survey of the clinical acceptability of screening for postnatal depression in depressed and non-depressed women. *BMC Public Health* 2006;6:211.
- Leigh B, Milgrom J. Acceptability of antenatal screening for depression in routine antenatal care. *Aust J Adv Nurs* 2007;24(3):14-8.
- Milgrom J, Ericksen J, McCarthy RM, Gemmill AW. Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health* 2006;22:229-38.
- Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:833-39.
- Milgrom J, Gemmill AW (Ed.). *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:147-57.
- Milgrom J, Mendelsohn J, Gemmill AW. Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *J Affect Disord* 2011;132:301-10.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384:1800-19.
- ThinkGP. *Beyond babyblues: Detecting and managing perinatal mental health disorders in primary care*. Chatswood: ThinkGP; 2014. Disponibile all'indirizzo: <https://thinkgp.com.au/education/beyond-babyblues-detecting-and-managing-perinatal-mental-health-disorders-primary-care>; ultima consultazione 25/1/2016.
- Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, Hanusa BH. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* 2013;70(5):490-8.

STRUMENTI DI SCREENING E PERCORSI DIAGNOSTICI DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM

Paolo Michielin

Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Screening opportunistico della depressione e PHQ-9

A differenza di quanto succede per gli screening oncologici e di altre malattie, quello della depressione può essere svolto dalle strutture e dai professionisti sanitari con modalità opportunistiche, senza cioè dover invitare specificamente le persone, ma piuttosto approfittando delle visite di routine e delle occasioni di contatto già previste per altri scopi.

Lo screening più generale (Maurer, 2012), che è stato sperimentato anche nel nostro Paese (Berardi *et al.*, 2002), è svolto dai Medici di Medicina Generale (MMG), in un contesto di *collaborative care* e con la partecipazione degli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale. Esso si rivolge a tutti i pazienti dell'MMG che mostrano specifici sintomi depressivi o lamentano in modo persistente manifestazioni che possono essere collegate alla depressione e non sono altrimenti spiegabili, quali il dolore addominale, articolare o il mal di schiena, la perdita di appetito e di peso, la faticabilità e spossatezza, il mal di testa e i disturbi del sonno. In alcune esperienze lo screening viene generalizzato, a prescindere dalla rilevazione di sintomi durante la visita, a tutte le persone che presentano rilevanti fattori di rischio individuali o di condizione, ad esempio a quelle che hanno una malattia cronica invalidante (Lossnitzer *et al.*, 2013) o ai *caregiver* di persone con demenza (Michielin *et al.*, 2007).

Gli strumenti psicometrici più indicati per lo screening sono i questionari autosomministrati, semplici, brevi, di facile comprensione e che possono essere valutati da qualsiasi operatore sanitario addestrato. Il requisito della validità per essi fa riferimento principalmente ai concetti di sensibilità e specificità, e a quelli collegati di valore predittivo positivo e negativo. Lo strumento più valido e più utilizzato per lo screening della depressione nella popolazione generale è il questionario di Kroenke, Spitzer e Williams (Kroenke *et al.*, 2001) (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire-9 items*), liberamente disponibile e tradotto in più di 30 lingue, con la possibilità dunque di somministrarlo anche a pazienti stranieri che abbiano poca dimestichezza con l'italiano. I nove item del questionario considerano gli stessi nove sintomi della depressione maggiore elencati nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fifth Edition*) e richiedono una valutazione su una scala di frequenza a 4 punti, da 0 "mai" a 3 "quasi ogni giorno", riferita alle ultime 2 settimane; il punteggio totale va, quindi, da 0 a 27. Una decima domanda, che non contribuisce al punteggio totale, riguarda le difficoltà causate dai sintomi nel funzionamento personale e sociale. Una procedura più efficiente prevede la somministrazione in prima battuta del solo PHQ-2 (Kroenke & Spitzer, 2002; Gjerdingen *et al.*, 2009). Esso utilizza le due domande sui sintomi centrali della depressione – umore depresso e perdita di interesse e piacere per le attività quotidiane – del PHQ-9 e prevede, in caso di risposta affermativa ad entrambe, la somministrazione dell'intero test, cioè di tutti e nove gli item più quello sul funzionamento. Il PHQ-2 ha mostrato un'elevata capacità di identificare, con il criterio della risposta affermativa ad entrambe le domande, le persone depresse (sensibilità dal 90 al 100%, considerando i diversi studi) ma una bassa accuratezza nel distinguerle da quelle non depresse (specificità dal 45 al 65%).

Il *cut-off* del PHQ-9 più usato per individuare le persone probabilmente depresse, e quindi meritevoli di un approfondimento diagnostico, è un punteggio totale maggiore di 10; utilizzato a questo scopo, il PHQ-9 è risultato avere sia una buona sensibilità (attorno all'85%, considerando i diversi studi) che una elevata specificità (vicina al 90%). Il punteggio del PHQ-9 può essere utilizzato anche sulla base di un algoritmo, strutturato su più *cut-off*, che suggerisce opzioni diagnostiche e di trattamento diverse, a seconda del livello di probabile gravità della sintomatologia (Kroenke & Spitzer, 2002). Gli intervalli di punteggio sono: 5-9, indicativo di lievi sintomi depressivi che richiedono solo un monitoraggio nel tempo, 10-14 sintomi moderati che devono far considerare l'opportunità di un trattamento farmacologico o di un supporto psicologico, 15-19 sintomi moderati-gravi che suggeriscono la necessità di un trattamento, anche combinato, farmacologico e psicoterapeutico, e maggiore di 19 – sintomi gravi che implicano la presa in carico da parte dello psichiatra e dei Servizi di salute mentale.

Utilizzando le indicazioni delle linee guida del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) per la depressione (NICE, 2009), l'algoritmo è stato successivamente perfezionato e articolato in 5 *gradini sequenziali*:

- il *primo gradino* è quello della valutazione; ai successivi gradini il paziente accede sulla base del punteggio ottenuto al PHQ-9, e delle altre indicazioni di gravità raccolte dal MMG, oppure in caso di insoddisfacente risposta agli interventi previsti nel gradino precedente;
- il *secondo gradino* è relativo alla depressione lieve, spesso reattiva ad eventi di vita (monitoraggio nel tempo, supporto e consigli da parte del medico, trattamenti psicologici brevi, inserimento in gruppi di auto-aiuto o trattamenti cognitivo-comportamentali a distanza);
- il *terzo gradino* riguarda la depressione moderata-grave (consulenza dello specialista al MMG, trattamenti farmacologici o psicoterapeutici, supporto sociale);
- il *quarto gradino* è sulla depressione moderata-grave, con ricadute o resistenza al trattamento, con comorbidità o con aspetti psicotici (presa in carico specialistica con programmi di trattamento combinati);
- il *quinto gradino* è relativo alla depressione grave, con rischio di suicidio e perdita dell'autonomia (presa in carico specialistica, multi professionale e a lungo termine, quando necessario ricovero psichiatrico).

Gli studi sulla validità degli strumenti di screening prevedono di identificare, attraverso una procedura clinico-diagnostica accurata e indipendente, tra tutte le persone reclutate quelle che presentano realmente il disturbo, di somministrare a tutte il test e di utilizzare il *cut-off* per distinguere le persone che probabilmente hanno quella diagnosi da quelle che non l'hanno. Dal confronto tra i risultati delle due procedure emerge, inevitabilmente, un certo numero di falsi positivi (persone identificate dal test come probabilmente depresse che in realtà non lo sono) e di falsi negativi (persone realmente depresse non identificate dal test di screening).

La sensibilità è la percentuale di persone realmente depresse identificate dal test (come formula:

$$\frac{\text{n. persone che superano il } \textit{cut-off}}{\text{n. persone realmente depresse}} \times 100.$$

Mentre la specificità è la percentuale di persone identificate come non depresse sul totale di quelle che realmente non lo sono:

$$\frac{\text{n. persone che ottengono un punteggio inferiore al } \textit{cut-off}}{\text{n. persone diagnosticate come non depresse}} \times 100$$

Il valore predittivo positivo è la percentuale di persone realmente depresse tra quelle identificate dal test come probabilmente depresse, mentre il valore predittivo negativo è la

percentuale di persone diagnosticate non depresse tra tutte quelle che hanno ottenuto al test un punteggio inferiore al *cut-off*. Sensibilità e specificità, così come i valori predittivi, dipendono dalle qualità psicometriche del test di screening e dai criteri diagnostici esterni utilizzati – in particolare dal fatto di considerare solo il disturbo depressivo maggiore o di includere anche la distimia, ma ancora di più dipendono dal *cut-off* che viene scelto. Quanto più esso viene abbassato e tanti più sono i casi individuati come probabilmente depressi, con il risultato di minimizzare i falsi negativi e di aumentare i falsi positivi. Nelle procedure di screening che prevedono di sottoporre le persone individuate dallo strumento a un successivo, e accurato, approfondimento specialistico per confermare l'ipotesi diagnostica e avviarle ad un trattamento, si cerca, in genere, di ridurre i falsi negativi, considerando che sarà possibile mettere in luce ed escludere i falsi positivi prima di attuare qualsiasi intervento, e si adottano, quindi, *cut-off* tendenzialmente bassi. Se si fa questa scelta, il maggior numero di falsi positivi rappresenta principalmente un problema organizzativo e di risorse impiegate – più casi da sottoporre all'approfondimento, oltre che un problema di corretta informazione preliminare (“il fatto di risultare positivo allo screening non significa essere sicuramente affetto da depressione e richiedere una cura, ma piuttosto aver bisogno di un approfondimento diagnostico sui sintomi depressivi”).

Anche quando lo strumento di screening è utilizzato come criterio principale per indagare la prevalenza di un disturbo nella popolazione, il risultato è fortemente condizionato dal *cut-off* scelto: quanto più esso viene abbassato tanto maggiore risulterà la prevalenza; per tale motivo, i dati di prevalenza di uno stesso disturbo in popolazioni diverse possono essere confrontati tra loro solo quando è stato utilizzato lo stesso test e lo stesso *cut-off*. Negli studi di prevalenza, inoltre, l'esigenza di ridurre il numero di falsi positivi è almeno altrettanto importante di quella di ridurre i falsi negativi e, di conseguenza, i *cut-off* sono tendenzialmente più alti.

Strumenti specifici per la depressione post partum: EPDS e PDSS

Il periodo perinatale rappresenta una occasione ideale per effettuare screening opportunistici. Infatti, in gravidanza tutte le donne seguono un programma di visite ostetriche (presso un consultorio familiare, un ospedale o uno specialista privato), con esami di laboratorio ed ecografie cadenzati per settimane e totalmente gratuiti, e un terzo di esse frequenta corsi di preparazione alla nascita.

Dopo la nascita, una parte delle donne frequenta ulteriori incontri del corso svolto in gravidanza (sulla relazione madre-bambino, sul massaggio infantile, ecc.), utilizza specifiche opportunità, come l'ambulatorio del puerperio, o riceve visite a domicilio da parte dell'ostetrica; tutte le donne, inoltre, incontrano il pediatra di fiducia per le prime visite al bambino e i bilanci di salute e, a partire dal terzo mese, portano il bambino a vaccinarsi. Quello perinatale è anche un periodo di frequente contatto delle donne con il proprio medico di famiglia.

Gli strumenti di screening della depressione usati in altri periodi della vita, e le stesse scale cliniche di depressione, sono afflitti dal problema della sovrapposizione di alcuni sintomi depressivi con manifestazioni comuni nel puerperio e dovute ad altre cause, come i disturbi del sonno, la faticabilità e mancanza di energia, la diminuzione della libido, e, quindi, dalla possibilità di fraintendere e sovrastimare ciò che è realmente patologico. Per questo motivo il PHQ-9, pur essendo uno strumento consigliato dalle linee guida NICE (2014) anche nella Depressione Post Partum (DPP) e pur avendo mostrato buone caratteristiche di sensibilità e specificità nello screening di essa (Davis *et al.*, 2013), sembra meno adatto e specifico della

EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) di Cox, Holden e Sagovsky (1987) e della PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*) di Beck e Gable (2010).

Questi due questionari sono stati, infatti, messi a punto appositamente ed esclusivamente per indagare i sintomi depressivi nel post partum, o comunque nel periodo perinatale, come si può dedurre già dal contenuto degli item: le difficoltà a dormire, ad esempio, vengono considerate solo se collegate all'umore triste o a momenti in cui il bambino dorme e i sensi di inadeguatezza e di colpa sono riferiti alla percezione di non essere una buona madre o a pensieri negativi sul bambino. In tal modo si evita di interpretare come sintomi esperienze comuni, come la difficoltà a dormire a causa di un neonato che dorme poco di notte o si sveglia spesso, e si ottengono informazioni clinico-diagnostiche più precise e utili.

L'EPDS è un questionario autosomministrato di 10 item, con risposta su una scala a 4 punti di frequenza e punteggi che vanno da 0 a 3; il periodo di riferimento per valutare i sintomi è l'ultima settimana e quello di somministrazione consigliato va dalla 6^a e la 12^a settimana dopo il parto. Gli item indagano la gran parte, ma non tutti i sintomi della depressione (mancano la perdita di interesse e piacere per le attività, la perdita di peso e dell'appetito – presenti nel DSM-5 – e alcune manifestazioni clinicamente rilevanti, come l'irritabilità); i primi due sono formulati in senso positivo, ad esempio “2- Ho guardato con gioia alle cose future”, mentre i restanti otto ammettono manifestazioni depressive, ad esempio “10- Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente”; viene calcolato in modo immediato un punteggio totale, che va da 0 a 30. Come scala unitaria l'EPDS ha mostrato una buona consistenza interna (alfa di Cronbach da 0,79 a 0,87 nei diversi studi e coefficiente *split-half* superiore a 0,80); anche la validità convergente è risultata buona (correlazioni con il BDI-Beck *Depression Inventory* e con la HDRS-*Hamilton Depression Rating Scale* attorno a 0,70).

L'EPDS è stata tradotta in più di trenta lingue – la maggior parte delle versioni è reperibile nel sito del Dipartimento della Sanità del Governo australiano (2006) – validata in molti Paesi, dal Cile, al Sud-Africa e agli Emirati Arabi, ed è stata utilizzata anche come strumento di screening della depressione in gravidanza.

Nello studio originario, condotto su sole 84 donne, l'EPDS aveva mostrato un'ottima sensibilità sia con il *cut-off* maggiore di 9 che con quello maggiore di 12 (rispettivamente 86% e 100%) e una buona specificità (76% con entrambi i *cut-off*). La rassegna sugli studi di validazione condotti successivamente in Paesi diversi ha rilevato (Gibson *et al.*, 2009) che nel post partum i *cut-off* più utilizzati restano quello maggiore di 9 (con sensibilità variabile da 59% a 100% e specificità da 44% a 97%) e quello maggiore di 12 (sensibilità da 34% a 100% e specificità da 49% a 100%), mentre in gravidanza è stato definito il *cut-off* maggiore di 14 (con sensibilità variabile da 57% a 100% e specificità da 93% a 99%). La variabilità dei risultati è più contenuta per la versione in lingua inglese; negli studi più importanti e con maggiore dimensione del campione, comunque, la sensibilità anche utilizzando il *cut-off* più alto è sempre risultata maggiore di 0,80 per quanto riguarda la depressione maggiore.

Il primo studio italiano di validazione dell'EPDS è stato condotto da Carpiello *et al.* (1997), mentre la traduzione attualmente utilizzata è quella del successivo studio di validazione di Benvenuti *et al.* (1999). Entrambi gli studi, condotti su piccoli campioni, utilizzavano come *cut-off* un punteggio maggiore di 8, ottenendo riscontri buoni in termini di sensibilità (rispettivamente 100% e 94%) e di specificità (83% e 87%). Da allora l'EPDS è stata ampiamente utilizzata nel nostro Paese, su campioni con alta numerosità, nel post partum ma anche in gravidanza – per esempio nello studio dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sullo screening e trattamento precoce della depressione post partum (Mirabella *et al.*, 2014) il campione è stato di 1.370 donne alla 8^a-12^a settimana dopo il parto e in quello di Balestrieri *et al.* (2012) è stato di 1.608 donne alla 12^a-15^a settimana di gravidanza. I *cut-off* sono stati innalzati a maggiore di 11 nel post partum e a maggiore di 12 in gravidanza (ottenendo

prevalenze del disturbo rispettivamente del 7,6% e del 8,3%). L'innalzamento è stato operato per ridurre i falsi positivi e considerando la minor prevalenza, rispetto ad altri Paesi occidentali, che la DPP sembra avere nel nostro Paese.

La PDSS è un questionario autosomministrato di 35 item con risposta su una scala a 5 punti di accordo-disaccordo. Gli item formano 7 scale: Disturbi del sonno/Disturbi dell'alimentazione, Ansia/Insicurezza, Labilità emotiva, Confusione mentale, Perdita del senso di sé, Senso di colpa/Vergogna, Pensieri suicidari; è possibile inoltre ricavare un indice di Risposte incoerenti, che rileva l'accuratezza nella compilazione e l'affidabilità delle risposte date, e un punteggio totale che viene utilizzato per identificare le persone con probabile depressione maggiore o distimia (*cut-off* = 60) e quelle con depressione maggiore (*cut-off* = 80).

I primi 7 item del questionario costituiscono la forma breve della PDSS, una scala ridotta che, attraverso il calcolo di un punteggio totale, fornisce una stima della sintomatologia depressiva della donna ed è utilizzabile come primo passo nello screening per decidere se somministrare o meno l'intero questionario. La consistenza interna delle 7 scale è risultata buona (con valori dell'alfa di Cronbach da 0,83 a 0,94); la validità di costrutto è molto buona, così come quella concorrente (correlazioni attorno a 0,80 con l'EPDS e con il BDI-II). La sensibilità e la specificità sono risultate elevate, in genere superiori al 90%, con l'eccezione della specificità utilizzando il *cut-off* di 60 che risulta attorno al 70%. La PDSS è stata tradotta, adattata e tarata su un campione di 465 donne italiane (alla 3^a-12^a settimana dopo il parto) da Caretti, Monti, Agostini e Ragonese ed è distribuita dalle OS (Organizzazioni Speciali) (Beck & Gable, 2010).

Il punteggio dell'EPDS non può essere utilizzato come criterio diagnostico della DPP e come indicatore della gravità del disturbo (Holden, 1994); la scala inoltre non risulta sufficientemente sensibile al cambiamento terapeutico. Pur mantenendo in parte queste limitazioni, la PDSS sembra più utile nell'utilizzo clinico, anche per la ricchezza di informazioni qualitative che offre. In realtà, nella nostra esperienza l'EPDS si è mostrata sufficientemente sensibile nello stimare la gravità del disturbo e nel valutare l'esito dell'intervento di counseling o psicoterapeutico, come mostra la Tabella 1 sugli esiti di tre trattamenti (Michielin *et al.*, 2008; Piacentini *et al.*, 2013; Mirabella *et al.*, 2014) valutati anche con il BDI, strumento di ottima sensibilità. Un altro studio (Matthey, 2004) ha anche stimato che il suo RCI (*Reliable Change Index*), cioè la variazione di punteggio indicativo in modo affidabile di un cambiamento nella condizione clinica, è di 4 punti.

Tabella 1. Risultati della somministrazione pre-post trattamento cognitivo-comportamentale della DPP e al follow-up dell'EPDS e del BDI in diversi studi

Studi	Media	Trattamento		Follow-up			
		pre	post	1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi
Piacentini <i>et al.</i> , 2013	EPDS	16,7	6,7	7,5	5,9		7,2
	BDI	20,3	7,2	7,5	6,2		8,0
Michielin <i>et al.</i> , 2008	EPDS	17,1	7,0				
Mirabella <i>et al.</i> , 2014	EPDS	15,7	6,6			6,8	
	BDI	20,4	9,0			8,5	

Come strumento di screening l'EPDS in Italia è più utilizzata della PDSS per diversi motivi:

1. la maggior semplicità ed efficienza: l'intera PDSS è molto più lunga e quando si utilizza la versione breve è necessario comunque che un operatore decida, caso per caso, se

occorre proseguire con la somministrazione – cosa complicata nella somministrazione in gruppo;

2. l'esperienza d'uso più ampia e di lunga durata, in Italia e nel resto del mondo, e il maggior numero di studi condotti;
3. la possibilità di somministrare alle donne straniere che hanno scarsa familiarità con l'italiano la versione nella loro lingua;
4. la libera e gratuita disponibilità del materiale.

Nella nostra procedura routinaria di screening e valutazione, le donne positive all'EPDS effettuano un approfondimento, in particolare con l'intervista MINI-Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Sheehan *et al.*, 1998), per confermare la diagnosi e le donne che, pur negative allo screening, lamentano sintomi depressivi o mostrano segni obiettivi di depressione nel corso degli incontri di gruppo o delle visite ostetriche a domicilio vengono ugualmente sottoposte ad approfondimento. È quindi possibile identificare i falsi positivi e (almeno una parte de) i falsi negativi, e indagare le ragioni dell'errata classificazione.

Le donne che risultano falsi negativi generalmente sono riluttanti ad ammettere il proprio disturbo, spesso ne sono poco consapevoli, spiegano i sintomi con le difficoltà e lo stress della condizione di madre o se ne vergognano perché espressione di inadeguatezza e debolezza. Molte di queste persone presentano una prevalenza di sintomi psicomotori della depressione o disturbi di personalità in comorbidità o una condizione psico-sociale critica; anche l'intervista di approfondimento richiede allo psicologo un atteggiamento proattivo, paziente e persistente per arrivare a cogliere l'intera sintomatologia.

I falsi positivi sembrano, invece, più frequenti quando l'EPDS è somministrato al termine di incontri di gruppo, in cui le persone condividono le reciproche difficoltà e probabilmente sono portate ad enfatizzare il proprio disagio, e nelle persone con sintomatologia ansiosa (2 item dell'EPDS fanno riferimento ad ansia, paura e preoccupazioni).

Uno studio recente (Class *et al.*, 2013), peraltro, mostra come molte delle donne risultate false positive allo screening con l'EPDS presentino disturbi diagnosticabili, diversi dalla depressione ma non meno invalidanti (disturbi d'ansia, disturbi dell'adattamento e disturbi correlati a sostanze), ugualmente bisognosi di attenzione clinica e che andrebbero interpretati all'interno di un generale modello stress-vulnerabilità.

Percorsi diagnostici della depressione perinatale

I percorsi diagnostici, che generalmente si completano con la fase terapeutica e assistenziale diventando PDTA (*Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali*), sono specifici per malattia/disturbo e comprendono tutto l'iter che la persona compie dal primo contatto con le strutture sanitarie alla diagnosi e, se necessario, alla terapia e all'assistenza, anche nel lungo periodo.

I percorsi sono organizzati a tappe e per ognuna prevedono lo svolgimento di specifici accertamenti e/o interventi e i criteri in base ai quali la persona passa alla tappa successiva oppure esce in quanto non necessita di altre valutazioni o interventi; per maggior chiarezza sono illustrati con diagrammi di flusso. Al fine di definire gli interventi più appropriati e i criteri, i percorsi si basano sulle evidenze scientifiche e sulle linee guida disponibili per la diagnosi e il trattamento di quella malattia/ disturbo.

I percorsi hanno una forte componente organizzativa che consente di integrare l'attività di più figure professionali e di più servizi in una logica di comunicazione, di collaborazione e di

continuità nel tempo; la parte organizzativa definisce gli obiettivi, specifica i ruoli professionali, le responsabilità, i compiti e le modalità di intervento, i tempi.

Il percorso diagnostico della DPP inizia con la rilevazione della maggior parte dei fattori di rischio per il disturbo, nel corso di uno dei contatti che la donna ha con i professionisti e le strutture sanitarie dal 6° al 9° mese di gravidanza, più facilmente al termine di uno degli incontri dei corsi di preparazione al parto.

I fattori di rischio “confermati” dalla letteratura internazionale (concordanza di almeno il 75% degli studi), indicati dalle Linee guida e il cui legame con il successivo sviluppo della DPP è stato rilevato anche nelle ricerche italiane (Michielin *et al.*, 2008; Picentini *et al.*, 2009; Mirabella *et al.*, 2014) sono:

- episodio di depressione dopo un precedente parto;
- anamnesi di disturbi depressivi;
- sintomi depressivi in gravidanza;
- scarso sostegno familiare e sociale;
- eventi stressanti maggiori in gravidanza.

Tra i fattori di rischio minori (“probabili” o “possibili”) quelli emersi anche nelle ricerche italiane sono la presenza di sintomi ansiosi in gravidanza e la bassa autostima, accompagnata da uno stile cognitivo pessimistico e negativo; tra quelli rilevabili solo successivamente, ci sono le complicanze durante il parto, problemi di salute, di sonno e di alimentazione del bambino, sua facilità al pianto, rapporto difficile della donna con una madre molto critica.

Nelle medesime ricerche italiane non sono risultati, invece, fattori di rischio il rapporto di coppia insoddisfacente e/o conflittuale (probabilmente per la reticenza delle donne a riguardo – in una delle ricerche solo l’1% lo dichiara) e la condizione di disoccupazione, di marginalità sociale o di straniera (condizioni però sottorappresentate nei nostri campioni).

L’indagine sui fattori di rischio può essere svolta attraverso un’intervista o un questionario autosomministrato. Tra le prime possiamo menzionare la PDPI (Postpartum Depression Predictors Inventory) di Beck (2002) che comprende domande guida per indagare i 13 principali fattori, tra i secondi l’APQ (*AntePartum Questionnaire*) di Posner *et al.* (1997), composto di 40 item. Tutti questi strumenti hanno mostrato una discreta sensibilità e specificità nel predire lo sviluppo della DPP, ma non sono stati studiati e validati su campioni italiani.

Un questionario che ha mostrato nel nostro Paese facilità d’uso e validità è il *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica* (Appendice A2) utilizzato nella ricerca dell’ISS (Mirabella *et al.*, 2014). Esso è stato predisposto per la somministrazione durante il puerperio, raccoglie informazioni relative al parto, al parto e alla gravidanza, su eventi stressanti negli ultimi 12 mesi, sulla condizione psicologica prima della gravidanza e sul sostegno familiare e sociale percepito, ed è utilizzabile, tranne la prima parte, già durante la gravidanza.

Un aspetto caratterizzante il questionario è l’indagine di due costrutti psicologici, denominati “fiducia nelle proprie capacità e risorse sociali” e “vulnerabilità psicologica/capacità di fronteggiamento delle difficoltà” che sintetizzano un insieme di fattori di rischio/ di protezione e il modo individuale in cui vengono percepiti, e mostrano un buon valore predittivo.

L’indagine sui fattori di rischio permette di identificare le donne che devono essere considerate ad alto rischio perché presentano un fattore di particolare forza (in particolare, la DPP dopo una precedente gravidanza comporta un rischio di nuova comparsa attorno al 50%) o il concorso di più fattori (in una nostra indagine il 16% delle donne ne presenta 2 o più).

All’interno di un percorso di screening generalizzato della DPP, per queste donne deve essere previsto:

- un atteggiamento proattivo, dei professionisti e dei servizi, per motivarle e per mantenere la loro aderenza agli interventi programmati e allo screening post partum; alcuni fattori di

rischio infatti determinano anche una maggior probabilità di rifiutare lo screening (Grussu & Quatraro, 2015);

- un’attenzione particolare, nel corso delle visite e degli interventi programmati, al possibile emergere di sintomi depressivi, e un invito a partecipare ad attività opzionali che possono consolidare la presa in carico, come la ripetizione delle visite ostetriche a domicilio, la partecipazione a gruppi di auto-mutuo aiuto o a corsi post partum sulla relazione madre-bambino o sul massaggio infantile;
- la programmazione e l’offerta di interventi di sostegno psicologico e sociale e/o terapeutici per quelle condizioni che non rappresentano solo un fattore di rischio ma anche un disturbo, o comunque una condizione di grave disagio (come i disturbi depressivi o ansiosi in gravidanza e la mancanza di sostegno sociale).

Se lo screening alla 6^a-12^a settimana dopo il parto si limita alle donne ad alto rischio (che rappresentano circa un terzo del totale), queste indicazioni sono ancora più tassative e, comunque, tra le donne senza importanti fattori di rischio un numero rilevante, e non riconosciuto, potrà sviluppare la DPP (falsi negativi del percorso).

Alle donne risultate ad alto rischio può essere subito somministrato l’EPDS (Appendice A3), che si è mostrato valido come strumento di screening anche per la depressione in gravidanza e può fornire una linea di base rispetto alla quale confrontare il punteggio che si otterrà dopo il parto.

L’esordio della DPP può essere molto precoce, anche entro il 1° mese, o tardivo (circa un quarto delle donne sviluppa il disturbo dal 6° al 12° mese), ma nella maggioranza dei casi avviene tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto. Vi è perciò un generale consenso sul fatto che sia questo il periodo migliore per effettuare lo screening, ma che può essere opportuno somministrare l’EPDS anche prima della 6^a settimana o ripeterne la somministrazione anche dopo la 12^a, se si rilevano manifestazioni depressive.

Alcune ricerche (Gibson *et al.*, 2009) dimostrano che la modalità di compilazione più valida è quella individuale, senza la presenza del partner o di altri familiari, in un contesto adatto e riservato; anche la compilazione attraverso intervista telefonica sembra affidabile.

L’adesione allo screening è più alta se avviene nel corso degli incontri dei gruppi di preparazione al parto che vengono programmati nel puerperio, se è ricordata dall’ostetrica durante la visita a domicilio e da una telefonata qualche giorno prima dello screening; nel caso in cui una donna ad alto rischio non si presenti allo screening, la valutazione può essere svolta anche attraverso un’intervista telefonica.

Come detto in precedenza, lo strumento più agevole e valido per effettuare lo screening è l’EPDS; in alternativa, si può fare ricorso al PDSS o al PHQ-9.

Le donne che ottengono un punteggio maggiore di 11 vengono classificate come probabilmente depresse e invitate a svolgere un approfondimento psicodiagnostico.

Nella nostra esperienza, anche le donne che ottengono punteggi sotto soglia all’EPDS ma che, nel corso dei contatti con i servizi e in particolare delle visite ostetriche a domicilio, lamentano umore depresso e perdita di interesse per le attività o che mostrano segni obiettivi di depressione, importante rallentamento psicomotorio, passività e inadeguatezza vengono invitate a fare l’approfondimento.

L’approfondimento consta, innanzitutto, di interviste e test clinici per confermare la diagnosi di DPP e per fornire informazioni qualitative utili al trattamento.

Le interviste diagnostiche più conosciute sono la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis*) (First *et al.*, 2002), la SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) di Endicott e Spitzer (1987), la PSE (*Present State Examination*) (Wing *et al.*, 1974) e il suo sviluppo, le SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*)

(Wing *et al.*, 1990). La SADS e la PSE sono state anche modificate e adattate per l'uso in gravidanza e nel post partum.

L'intervista, altrettanto valida e diffusa delle precedenti, che sembra più efficiente e facilmente utilizzabile, perché breve, semplice e chiara, è la MINI-Plus (Sheehan *et al.*, 1998). Essa si basa sui criteri del DSM-IV e dell'ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th revision*) ed è organizzata in moduli autonomi per ogni disturbo considerato; la maggior parte dei moduli prevede una o due domande iniziali, di screening, che in caso di risposta negativa permettono di saltare la valutazione degli altri sintomi e di passare al modulo successivo.

Qualora la paziente risponda in modo positivo, si passa invece alla rilevazione di tutti i sintomi, completata con domande sulla disabilità associata, sull'eventuale concomitanza con malattie fisiche o con l'uso di sostanze, e su eventuali lutti recenti; per ultimo si rileva l'età in cui i sintomi si sono manifestati per la prima volta e quante volte si sono ripresentati nel corso della vita. La MINI-Plus consente la diagnosi di 24 disturbi del primo asse, del Disturbo antisociale di personalità e prevede un modulo di approfondimento del Rischio suicidario; è completata da algoritmi diagnostici per i disturbi psicotici e da regole gerarchiche da utilizzare in caso di comorbidità.

Per confermare la diagnosi di DPP si possono utilizzare i moduli del Disturbo depressivo maggiore e del Rischio suicidario, e, se la persona non soddisfa i criteri per la depressione maggiore, può essere aggiunto il modulo relativo al Disturbo depressivo persistente (distimia); così facendo, l'intervista richiede 15-20 minuti.

Insieme all'intervista strutturata, è necessario somministrare un questionario di depressione che può offrire una visione più ampia delle manifestazioni depressive, comprese quelle non indagate dall'EPDS e dalla MINI-Plus, valutarne la gravità, fornire contenuti e informazioni utili per il successivo trattamento e consentire una verifica della sua efficacia, attraverso la somministrazione alla fine.

Anche in questo caso gli strumenti validi e disponibili in lingua italiana sono numerosi; possiamo citare il CES-D (*Center for Epidemiological Studies-Depression*) Scale (Radloff, 1977) composto di 20 item che indagano soprattutto l'umore depresso e le lamentele somatiche (spesso prevalenti come sintomi nelle donne nordafricane), con un punteggio che va da 0 a 60 e un *cut-off* di 16; la SDS (*Self-rating Depression Scale*) (Zung, 1965) composta di 20 item con un punteggio da 20 a 80 e *cut-off* di 60, e il Questionario D di Sanavio *et al.* (1997), composto di 21 item dicotomici con un punteggio da 0 a 21 e un *cut-off* di 14 per le donne (e di 10 per i maschi).

Ma il questionario più utilizzato e considerato lo standard di riferimento è il BDI-II (Beck *et al.*, 2006). Esso comprende 21 gruppi di affermazioni, riferite ad uno stesso sintomo e ordinate per gravità, ad esempio item 12 "Perdita di interesse": 0) non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività, 1) sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima, 2) ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose, 3) mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa. La persona deve scegliere tra le quattro, l'affermazione che meglio descrive come si è sentita nelle ultime 2 settimane, e il punteggio totale varia quindi da 0 a 63. Il contenuto degli item deriva dall'osservazione clinica dei pazienti depressi, dai criteri del DSM-IV e dalla teoria cognitiva della depressione. Proprio il maggior rilievo dato ai sintomi cognitivi rispetto a quelli affettivi e comportamentali spiega la relativamente bassa concordanza che il BDI mostra con l'EPDS. Sia nella versione originale che nella versione italiana, gli indici di coerenza interna e di attendibilità test-retest sono ottimi, aggirandosi intorno a 0,85. Buone sono anche le indicazioni di validità, ma condizionate dalla scarsa capacità del BDI-II di discriminare tra depressione e ansia (come testimoniato da correlazioni attorno a 0,60 con le scale d'ansia); pur essendo una scala unitaria è possibile individuare due fattori: sintomi cognitivi e sintomi

affettivo-somatici. L'interpretazione dei punteggi più utilizzata è: 0-13 manifestazioni depressive assenti o minime, 14-19 sintomatologia lieve, 20-28 moderata e 29-63 grave, mentre il *cut-off* per la depressione maggiore è, nella popolazione clinica, 17.

In questo percorso diagnostico, il rischio di suicidio viene indagato dall'item n. 10 dell'EPDS, dagli item n. 2 e 9 del BDI-II e, soprattutto, dallo specifico modulo della MINI-Plus. Qualora questo rischio emerga, esso può essere approfondito somministrando la BHS (*Beck Hopelessness Scale*) di Beck e Steer (2009) che si compone di 20 item con risposta vero-falso. La scala misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro (pessimismo e mancanza di speranza), che rappresentano un fattore più legato all'ideazione e all'intenzione suicidaria della stessa depressione, e la cui modificazione rappresenta uno degli obiettivi principali della terapia cognitiva. Un semplice strumento per la quantificazione del rischio di suicidio nel breve-medio periodo è la SAD PERSONS Scale. L'acronimo è formato dalle iniziali dei 10 principali fattori di rischio (S, *Sex (male)*; A, *Age (<19 or >45 years)*; D, *Depression*; P, *Previous suicide attempt*; E, *Ethanol abuse*; R, *Rational thinking loss*; S, *Social supports lacking*; O, *Organized plan*; N, *No spouse*; S, *Sickness*) (Patterson *et al.*, 1983) che essa considera e che vengono valutati in termini di presenza-assenza, per un punteggio totale che va da 0 a 10; sulla base del punteggio ottenuto gli autori suggeriscono i provvedimenti terapeutici, di supporto e di controllo da prendere (es. per un punteggio da 7 a 10 sono consigliate cure intensive, anche in regime di ricovero e con stretta sorveglianza).

Per la sua semplicità e praticità la scala è largamente usata in psichiatria, in particolare nella consultazione in Pronto soccorso; sul piano della validità, non vi sono tuttavia studi che mostrino una sua reale capacità predittiva (Warden *et al.*, 2014) e desta perplessità il peso uguale attribuito ai diversi fattori (ad es. il genere maschile rispetto ai precedenti tentativi di suicidio).

Le donne con diagnosi di depressione ma senza apprezzabile rischio suicidario possono essere avviate, come prima scelta, ad una psicoterapia cognitivo-comportamentale o a una Terapia Interpersonale, individuali o di gruppo, mentre le donne depresse e a rischio di suicidio richiedono una presa in carico dei Servizi di salute mentale, multiprofessionale e a più lungo termine, con interventi integrati che possono comprendere il trattamento farmacologico e, quando necessario, anche il ricovero.

Bibliografia

- Balestrieri M, Isola M, Bisoffi G, Calò S, Conforti A, Driul L, Marchesoni D, Petrosomolo P, Rossi M, Zito A, Zorzenone S, Di Sciascio G, Leone R, Bellantuono C. Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1959-65.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *BDI-II Beck Depression Inventory*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2006.
- Beck AT, Steer RA. *BHS Beck Hopelessness Scale*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2009.
- Beck CT, Gable RK. *PDSS - Postpartum Depression Screening Scale*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2010.
- Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2002;31:394-402.
- Benvenuti P, Ferrara M, Nicolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.
- Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Rucci P, Pezzoli P, Paltrinieri E, Grazian N, Ferrari G. Depression in primary care. A nationwide epidemiology survey. *Fam Pract* 2002;19:397-400.

- Carpiniello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:280-5.
- Class QA, Verhulst J, Heiman JR. Exploring the heterogeneity in clinical presentation and functional impairment of postpartum depression. *J Reprod Infant Psychol* 2013;31(2):183-94.
- 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.
- Davis K, Pearlstein T, Stuart S, O'Hara M, Zlotnick C. Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. *Arch Womens Ment Health* 2013;16:271-7.
- Department of Health, Government of Western Australia. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions - validated*. Perth: State Perinatal Mental Health Reference Group; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Gov%20Western%20Australia%20Dept%20Health.pdf>; ultima consultazione 27/10/2015.
- Endicott J, Spitzer RL. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). *Acta Psychiatr Belg* 1987;87:361-516.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; November 2002.
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:350-64.
- Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009;7:63-70.
- Grussu P, Quatraro RS. Routine screening for postnatal depression in a Public health family service unit: a retrospective study of self-excluding women. *Psychol Health Med* 2015;20:266-73.
- Holden J. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in clinical practice. In: Cox J, Holden J (Ed.). *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994. p. 125-44.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
- Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals* 2002;32:509-21.
- Lossnitzer N, Herzog W, Störk S, Wild B, Müller-Tasch T, Lehmkuhl E. Incidence rates and predictors of major and minor depression in patients with heart failure. *Int J Cardiol* 2013;167:502-7.
- Matthey S. Calculating clinically significant change in postnatal depression studies using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disorder* 2004;78:269-72.
- Maurer DM. Screening for depression. *Am Fam Physician* 2012;85:139-44.
- Michielin P, Cenedese C, Cristofoli M., Zaros N. Applicabilità ed efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale e dei gruppi di auto-mutuo aiuto nei caregivers depressi di pazienti psichiatrici. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2007;29:B18-B25.
- Michielin P, Di Giorgi E, Spinella N, Favaretto G, Semenzin M, Mattioli Corona T. Screening e interventi psicoterapeutici e di sostegno per donne con depressione post-partum. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2008;14:103-10.

- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. *Riv Psichiatr* 2014;49:253-64.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. (NICE Clinical Guideline CG192). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>; ultima consultazione 26/10/2015.
- NICE. *Depression: the treatment and management of depression in adults (Update)*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009. (NICE Clinical Guideline CG90). Disponibile all'indirizzo: www.nice.org.uk/CG90; ultima consultazione 26/10/2015.
- Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983;24:343-5, 348-9.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Biffi G, Mirabella F, Gigantesco A. Risultati di un intervento cognitivo-comportamentale manualizzato nella Depressione post parto. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2013;15:379-89.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Volpi L, Biffi G, Mirabella F. Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009;18:214-20.
- Posner NA, Unterman RR, Williams KN, Williams GH. Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *J Reprod Med* 1997;42:207-15.
- Radloff LS. The CES-D Scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
- Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. *CBA 2.0 Scale Primarie. Una batteria a largo spettro per l'assessment psicologico*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1997: 113-27.
- Sheehan DV1, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2014;18:313-26.
- Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A, Regier D, Sartorius N. SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of psychiatric symptoms. An instruction Manual for the PSE and CATEGO Programme*. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
- Zung WK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.

APPLICAZIONE IN ITALIA DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO DI J. MILGROM

Gina Barbano (a), Marina Cattaneo (b)

(a) Azienda ULSS9, Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (Treviso)

(b) Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Treviglio (Bergamo)

Il trattamento proposto all'interno del progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" si basa sul modello messo a punto dalla Prof.ssa Jeannette Milgrom e dalla sua équipe (Milgrom *et al.*, 2003) presso l'istituto di ricerca australiano *Parent-Infant Research Institute* (PIRI[®]) dell'*Heidelberg Repatriation Hospital* e attivo ormai da più di trent'anni.

È nato dall'adattamento delle tecniche della psicoterapia classica cognitivo-comportamentale per il trattamento specifico della depressione post partum (DPP): in modo particolare integra il programma, prettamente comportamentale di Lewinsohn e collaboratori (1984) con le componenti cognitive descritte da Olioff (1991).

Il quadro teorico di riferimento in cui si inserisce il trattamento è un modello eziopatologico a più fattori, in cui elementi di vulnerabilità, aspetti socioculturali e fattori scatenanti fanno da substrato ad atteggiamenti mentali e strategie di comportamento disfunzionali e poco adattive, che mantengono la depressione.

La terapia cognitivo-comportamentale è *evidence-based* e ha ricevuto diverse validazioni scientifiche (Hofmann *et al.*, 2012). Per quel che riguarda la sua applicazione al trattamento della depressione risulta ugualmente efficace, sia a breve che a lungo termine, della terapia farmacologica con antidepressivi mantenuti per dodici mesi e risulta più efficace dei farmaci per quel che riguarda il mantenimento dei risultati nel tempo, soprattutto se i farmaci vengono somministrati per un periodo minore (Milgrom *et al.*, 2015).

In Italia i protocolli psicologici strutturati e validati non sono diffusi nella pratica clinica dei servizi pubblici e una donna con DPP potrebbe ricevere trattamenti molto diversi l'uno dall'altro anche semplicemente spostandosi nei servizi della sua stessa città.

Il progetto voluto dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità vuole essere un tentativo di dimostrare l'applicazione anche in Italia, in contesti clinici diversi (ospedali e consultori familiari), in Regioni diverse, di un trattamento ben strutturato, codificato e di dimostrata efficacia.

Il trattamento prevede 10 incontri dedicati esclusivamente alle donne con DPP e due moduli aggiuntivi, di tre incontri ciascuno, rivolti rispettivamente ai partner e all'interazione mamma/bambino.

All'istituto australiano PIRI i trattamenti si svolgono in gruppo: è un unico centro sovrazonale in cui confluiscono tutte le donne con difficoltà dopo il parto e i tempi di reclutamento delle donne sono abbastanza rapidi. Il trattamento – su indicazione della stessa Milgrom – può essere applicato anche individualmente, laddove le caratteristiche del Servizio non permettono di fare diversamente.

In Italia, a seconda dei contesti, è stata proposta la modalità di gruppo o quella dei colloqui individuali. A Bergamo, ad esempio, il Servizio è articolato in più sedi geograficamente distanti tra loro, mentre in altre realtà, come a Campobasso, c'è un'unica sede con un bacino d'utenza abbastanza contenuto, e diventa quindi difficile proporre alle donne di raggiungere l'unica sede distante da loro, oppure di restare in lista d'attesa finché non si raggiunge il numero minimo di

sei-otto mamme per formare un gruppo: in questi casi si è optato per un trattamento individuale. A Treviso, invece, con un bacino d'utenza abbastanza ampio, si effettuano terapie di gruppo. È estremamente importante che i gruppi siano omogenei per quel che riguarda il livello di depressione, l'età, le caratteristiche socio-economiche delle donne che vi partecipano.

Il trattamento di gruppo prevede incontri settimanali della durata di un'ora e mezza ciascuno per un totale di nove, più un incontro di verifica dei risultati raggiunti qualche settimana dopo; il trattamento individuale prevede una decina di colloqui di un'ora ciascuno, segue poi un incontro di follow-up con la somministrazione dei test.

Entrambe le modalità di trattamento sono efficaci. La terapia individuale permette di personalizzare al massimo l'intervento, offrendo alla donna un sostegno *ad personam*, mentre la terapia di gruppo ha l'enorme vantaggio di permettere la condivisione delle esperienze, il confronto e il supporto reciproco.

La terapia cognitivo-comportamentale prevede la distribuzione di materiale informativo e l'assegnazione di compiti a casa tra una seduta e l'altra (Baldini, 2004). Questo permette di calare nella quotidianità quanto discusso durante le sedute e coinvolgono le donne da subito, attivamente, nella lotta alla depressione. Ogni incontro inizia con la revisione dell'incontro precedente e la verifica dei compiti a casa e si chiude con l'assegnazione dei compiti per la settimana successiva.

Sia che si lavori in gruppo, sia che si lavori individualmente è importante al primo incontro favorire la conoscenza reciproca, per creare le basi di una buona alleanza terapeutica. Ci si presenta, si presenta il Servizio e, nel caso si lavori in gruppo, si definiscono le regole di base del gruppo: il rispetto della privacy, il sostegno reciproco, la partecipazione continuativa agli incontri. Si chiede alle donne quali aspettative avevano rispetto alla maternità e si fa un intervento sostanzialmente psicoeducativo, normalizzando la possibilità di non stare bene in un momento di vita così impegnativo. La psicologa spiega in cosa consiste la DPP e la differenza dal baby blues e dalla psicosi post partum (Cristescu *et al.*, 2015): informazioni molto importanti per le mamme, che spesso hanno al riguardo notizie confuse, desunte per lo più dai mass media. Come compiti a casa si chiede di compilare la Tabella delle Attività quotidiane (che varierà molto in base all'umore della donna) e la Scheda di valutazione del tono dell'umore giornaliero (che l'accompagnerà fino alla fine del percorso, mostrandole i miglioramenti).

Nel secondo incontro si introduce il modello cognitivo-comportamentale della depressione, si mostra l'impatto che i pensieri hanno su emozioni e comportamento. In attesa di iniziare il lavoro cognitivo – sicuramente più impegnativo – si chiede alle mamme di riflettere sulla loro routine quotidiana e sulla possibilità di introdurre attività piacevoli. È prassi iniziare le prime fasi del trattamento con un lavoro più semplice e concreto e lasciare a un secondo momento, in cui anche la fiducia nel servizio si è consolidata, il lavoro di ristrutturazione cognitiva. Si distribuisce un elenco con suggerimenti di attività piacevoli, si chiede loro di introdurne almeno una di queste attività al giorno nella settimana successiva e, visto che non è un compito che verrà loro spontaneo, di gratificarsi con un premio se ci riusciranno. Di solito i punteggi della scala che valuta l'umore lievitano considerevolmente quando la neomamma si impegna in attività, anche semplici, ricreative o di socializzazione (Razurel & Kaiser, 2015), da sola, col bimbo o con il compagno: è un segnale molto forte del fatto che può piano piano riprendere in mano la vita che conduceva prima.

Tra gli interventi comportamentali proposti all'inizio del trattamento, volti ad aumentare le abilità di base delle donne e a far capire loro che possono fronteggiare la DPP, vi sono le tecniche di rilassamento (Dennis, 2004), proposte al terzo incontro. Pianto, tristezza, apatia, sentimenti di inadeguatezza sono i sintomi cui pensiamo immediatamente quando sentiamo parlare di depressione, ma l'altra faccia della medaglia è rappresentata da sbalzi d'umore, irritabilità, insonnia, ansia, agitazione psicomotoria, che possono essere altrettanto invalidanti

nella vita quotidiana. Si invitano le donne a riconoscere in quali momenti della giornata provano maggiore stress e quali sintomi avvertono come primi segnali di ansia. Si insegna il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson (1929), il respiro lento e si cerca insieme a loro qualsiasi “elimina-stress” che sia veloce, di facile applicazione e a portata di mano in caso di necessità (mini vacanza mentale, autoaffermazioni positive, telefonata a un’amica, ecc.). Lo scopo è che la donna abbia la percezione di poter fare sempre qualcosa per contrastare il suo malessere e superare il momento critico. Il ripetere a casa gli esercizi permette di acquisire abilità e di metterle in pratica nella vita di tutti i giorni.

Il passo successivo prevede il lavoro sull’Assertività (Baggio, 2013): un insieme di tecniche di comunicazione che insegna ad esprimere correttamente i propri bisogni, senza scadere in atteggiamenti aggressivi o, come capita sovente, passivi. Si tratta di un ottimo strumento che si utilizza anche negli incontri di coppia.

Alcuni studiosi (Lewinsohn, 1974) arrivano a definire la depressione un problema essenzialmente di comunicazione e infatti è tra i primi aspetti a risultare problematici, sia che si tratti di un problema all’interno della coppia, sia che riguardi la famiglia allargata e i conoscenti. La donna depressa può non avere la forza di fare richieste mirate o può dare per scontato che gli altri “dovrebbero capire come si sente o cosa desidera” e, in generale, tende a chiudersi, considera il chiacchierare, a volte anche il solo rispondere a un messaggio telefonico, una fatica insormontabile e non è per nulla facile per chi le sta attorno e cerca di aiutarla.

Inizia poi il lavoro cognitivo vero e proprio facendo riflettere la donna sull’immagine di “mamma” che vorrebbe avere e che è fortemente influenzata dal modello ereditato dalla propria famiglia. Si può costruire con la donna, o in gruppo, il loro genogramma per mettere a confronto le idee derivate dalla propria famiglia con quelle che ha il marito e che a sua volta ha ereditato dalla propria. Possono emergere contrasti nella gestione del neonato: allattamento al seno/artificiale, stile rigido/più permissivo, lasciarlo un po’ piangere/intervenire subito, lettone/lettino nella sua cameretta, ecc. A volte il confronto con la propria madre o la suocera e l’influenza delle immagini proposte dai mass media porta le donne a fare propri dei “falsi miti” sulla maternità: è un periodo esclusivamente gioioso, le brave mamme sono sempre serene e pazienti, sanno sempre cosa fare, l’attaccamento al proprio bambino è privo di emozioni negative, bisogna farcela da sole, ecc. La riflessione su queste idee, che si insinuano in modo automatico nella quotidianità della donna, porta ad affrontare altri pensieri, di cui spesso la donna è poco consapevole.

Col sesto incontro si ripropone la triade di Beck su pensieri/emozioni/comportamenti, illustrata in precedenza, per sottolineare l’impatto che i pensieri hanno sul modo in cui la donna affronta la giornata. Si dedica del tempo a scrivere insieme i pensieri che compaiono in un dato momento della giornata, li si analizza in modo critico e si insegna alla donna a sostituirli con pensieri più utili e realistici (Beck, 1967). Spesso i pensieri negativi non sono obiettivi e contengono distorsioni cognitive, errori di ragionamento che portano a leggere la situazione in termini più rigidi, catastrofici e pessimistici di quanto in realtà sia. Tra il materiale informativo distribuito alle donne vi è un elenco di tali distorsioni, e la donna è invitata a trovare esempi personali. Si riflette su come diminuire i pensieri negativi e su come aumentare quelli positivi, funzionali. È un lavoro che molte donne trovano illuminante perché fornisce loro gli strumenti utili per gestire meglio i loro pensieri e, di conseguenza, il loro umore. Riferiscono con soddisfazione che lavorando sulla correzione dei pensieri riescono a contenere il malessere e a risolverlo in più breve tempo rispetto a prima o che situazioni, che in precedenza le mandavano in crisi, vengono gestite con una maggiore scioltezza e minor dispendio di energie.

In conclusione della terapia è opportuno dedicare un incontro per riassumere le abilità acquisite dalle donne, aiutandole a compilare una scheda personalizzata, in cui, oltre ai numeri di telefono del Servizio, sono dettagliati i passi fondamentali che hanno caratterizzato il

trattamento: introduzione di attività piacevoli, organizzazione della giornata, tecniche di rilassamento, assertività, costruzione di un modello di mamma realistico e lavoro di ristrutturazione cognitiva. Ogni donna può aver trovato giovamento più dall'utilizzo di una tecnica piuttosto che da un'altra: l'importante è che sappia individuare i primi segnali di un eventuale calo dell'umore e che si attivi prontamente per rimettere in pratica la strategia che più le era sembrata utile per quella particolare difficoltà. Si invita la donna a mettere per iscritto anche gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, che saranno un incentivo a continuare il processo di miglioramento.

All'ultimo incontro vengono risomministrati i test che la donna aveva compilato in fase di screening e si fissa un incontro di follow-up a sei mesi dalla fine del trattamento. Durante quest'ultima sessione con la risomministrazione dei test si verifica come la donna è riuscita a implementare nella sua quotidianità quanto appreso.

Il metodo Milgrom prevede la presenza di *due moduli aggiuntivi* dedicati rispettivamente all'interazione mamma/bambino e alla coppia.

Per quel che riguarda il primo modulo, denominato baby HUGS (*Happiness, Understanding, Giving and Sharing*) si tratta di un pacchetto di tre incontri, pensato per le donne con depressione che hanno delle difficoltà di relazione o di *coping* con i loro bambini di età inferiore ai 12 mesi. Si rivolge alle mamme con difficoltà di relazione, ma può esser utile anche per tutte le coppie. Si pone come obiettivo quello di fornire alle mamme un training sulle abilità di comunicazione positiva con i loro bambini. Si cerca di intervenire direttamente sulla diade madre-bambino in un contesto giocoso, di migliorare le abilità di comunicazione, osservazione e reattività del genitore, di mostrare il lato piacevole dell'essere genitore attraverso il gioco e il contatto fisico, di consentire alle madri di esprimere le proprie preoccupazioni, ansie e sentimenti negativi in un contesto non giudicante. Lo si può inserire alla fine del programma, subito prima del nono incontro.

Il *primo incontro* mette in luce il piacere che deriva da un'interazione efficace tra una madre e il suo bambino, sia verbale che non, e serve per osservare le difficoltà di relazione nella diade madre-bambino. Vengono presentati scopi e obiettivi di questo modulo cercando di sviluppare un contesto e un'atmosfera divertente, allegra e positiva. L'importante è rendere consapevoli le mamme che giocando si possono trarre benefici sia per sé che per i bambini, perché aumentano le attività piacevoli (vedi 2° incontro di gruppo). Vengono suggeriti vari tipi di gioco e descritto il massaggio neonatale e poi assegnati i compiti per casa: impegnarsi ad aumentare il contatto fisico tra genitore e bambino attraverso il massaggio e dedicare del tempo a giocare con il bambino e scoprire nuovi modi per entrare in relazione con lui.

Il *secondo incontro* è dedicato all'imparare qualcosa sul bambino e all'osservare e capire i suoi segnali. Vengono presentati degli esercizi strutturati e attività di tipo interattivo non verbale, tra cui le risposte allo stress, volte ad incoraggiare i genitori a concentrarsi sui comportamenti positivi dei loro bambini. Si spiega alle mamme come diventare consapevoli delle diverse personalità dei bambini e dei loro stili relazionali preferiti, come migliorare le abilità di interazione e comunicazione efficace con loro, aiutandole a comprendere i segnali e gli indizi che i figli trasmettono, come prestare attenzione ad aspetti quali il tono di voce, lo sguardo, il tatto che utilizzano, attraverso le risposte dei bambini. I compiti a casa sono giocare "faccia a faccia" per almeno 15 minuti al giorno, integrando il gioco alle attività routinarie con il bambino e fare un resoconto di un momento piacevole, un momento difficile, quello che ha fatto il bambino e come si è sentita.

Il *terzo incontro* è dedicato ad analizzare i sentimenti e le risposte dei genitori ai segnali del neonato. Si analizza con i genitori l'interpretazione che danno del comportamento del bambino: questo serve a farli diventare consapevoli delle emozioni che il bambino suscita in loro, a cercare di capire e identificare assieme i pensieri e sentimenti problematici che si possono

sviluppare nella relazione con lui. Identificare le emozioni non serve se non si forniscono anche utili strumenti su come affrontare le situazioni e su come procurarsi strategie di problem solving anche dopo il corso. Viene poi consegnata ai genitori la scheda “*cose da ricordare*” come promemoria delle cose da fare e di quello che hanno imparato nel gruppo. Viene consigliato un follow-up dopo qualche settimana, magari da inserire nello stesso incontro che si fa per il gruppo di terapia, che può servire per affrontare eventuali sentimenti problematici emersi.

Il secondo modulo è pensato per i papà. Il *primo incontro* è dedicato ad informare i neo padri su cos'è la DPP e a creare un rapporto tra le coppie. Vengono analizzati i loro sentimenti sull'essere genitore. Come viene fatto per il primo incontro con le madri, si dà il benvenuto alle coppie e si stabiliscono alcune regole quali il dovere alla riservatezza e alla fiducia, si stimola lo sviluppo dello spirito di gruppo e si motiva alla partecipazione. Scopo dell'incontro è imparare cos'è la DPP e incoraggiare la comunicazione efficace. Vengono analizzati i sentimenti dei padri e forniti dei consigli: anche la loro vita è cambiata e possono sentirsi messi in disparte o non coinvolti. Fornire aiuto e consigli pratici ai padri avrà un buon effetto sia su di loro che sulla madre.

Il *secondo incontro* affronta il tema dei cambiamenti avvenuti nella relazione di coppia dopo la nascita del bambino; s'incoraggia la comunicazione tra di loro e si sottolinea l'importanza di dedicarsi a momenti di intimità e di tranquillità. Vengono affrontate alcune delle tematiche più spinose del rapporto di coppia come la sessualità; i cambiamenti nella relazione sono infatti spesso fonte di scontro tra i partner. È importante parlare di tutti i cambiamenti avvenuti dalla nascita del figlio (intimità, tempo libero, ruolo di madre e moglie, ruolo del padre), far capire che i sentimenti che provano sono normali e incoraggiarli a prendersi del tempo per loro due. Allo stesso modo vengono incoraggiati a prendersi del tempo da passare ognuno per sé senza sentirsi in colpa. Si ribadisce l'importanza di comunicare: è l'elemento centrale per il buon funzionamento della coppia.

Il *terzo incontro* tocca il tema del “*farcela da soli*”. È utile indagare come le coppie stanno usando gli strumenti presentati e incoraggiarle a sfruttarli, fornire indicazioni di problem-solving e come affrontare i vissuti di paura. In questo incontro, piuttosto che presentare nuovo materiale, si discute su quanto affrontato, sul futuro, sui dubbi ancora presenti e sulle eventuali ricadute. È importante incoraggiare le coppie per i progressi fatti, sottolineare lo sforzo di ciascun partner nel cercare di capire i sentimenti dell'altro di fronte a nuove sfide. In sostanza far comprendere alle coppie l'importanza di comunicare e sostenersi a vicenda. Quest'ultimo incontro di discussione riassuntiva è particolarmente utile per poter trarre le somme e raccogliere tutti i feedback.

Bibliografia

- Baggio F (Ed.). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli; 2013.
- Baldini F. *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Milano: McGrawHill; 2004.
- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper e Row; 1967.
- Cristescu T, Behrman S, Jones SV, Chouliaras L, Ebmeier KP. Be vigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner* 2015;259:19-23, 2-3.
- Dennis CL. Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1252-65.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012;36:427-40.

- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1929.
- Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM (Ed.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley; 1974. p. 157-85.
- Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Steinmetz JL, Teri L. *The coping with depression course: A psycho-educational intervention for unipolar depression*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Co; 1984.
- Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:236-45.
- Milgrom J, Martin PR., Negri LM (Ed.). *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson; 2003.
- Olioff M. The application of cognitive therapy to postpartum depression. In: Vallis TM, Howes JL, Miller PC (Ed.). *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations*. New York: Plenum Press; 1991. p. 111-33.
- Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health* 2015;55:167-86.

PARTE 3
Depressione post partum:
un progetto di prevenzione e intervento dell'ISS

PROGETTO DI PREVENZIONE E INTERVENTO PRECOCE PER IL RISCHIO DI DEPRESSIONE POST PARTUM

Gabriella Palumbo

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato nel marzo 2012 e concluso nel marzo 2015 il progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Il progetto ha avuto i seguenti obiettivi:

1. valutare la fattibilità e l'efficacia nella pratica dell'intervento psicologico, di provata efficacia sperimentale, messo a punto da Milgrom e collaboratori, di intervento precoce e prevenzione delle complicanze della DPP (Milgrom *et al.*, 2003);
2. mettere a punto modalità di sensibilizzazione e informazione per le donne a rischio di DPP (e dei loro familiari) sull'importanza del disturbo in questione e sull'opportunità di un intervento precoce;
3. definire modalità di screening praticabili e accettabili nella realtà italiana per individuare le donne a rischio di DPP.

Per la realizzazione di questi obiettivi sono state coinvolte tre Unità Operative (UO):

- Azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo.
- Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 9 (ULSS) di Oderzo, Treviso;
- Azienda Sanitaria Regionale Molise (ASReM), Campobasso;

Nel maggio 2013, 3 presidi ospedalieri di Roma hanno manifestato il loro interesse ad essere coinvolti nel progetto:

- Policlinico Universitario Agostino Gemelli (Unità Operativa Complessa di consultazione psichiatrica; Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita nascente, del Bambino e dell'Adolescente; Centro per la Sorveglianza Gestionale (Sor.Ge.); Centro HERA (HEalth human caRe and social intercultural Assessment);
- Ospedale Fatebenefratelli (Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia; Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica);
- Presidio Ospedaliero GB Grassi, ASL Roma D (Area Tutela della Donna e del Bambino; Unità Operativa Semplice di Ginecologia e Ostetricia; Dipartimento Salute Mentale; Unità Operativa Semplice SPDC; Unità Operativa Semplice di Psicologia Ospedaliera).

Essendo già in una fase avanzata del progetto, si è deciso di avvalersi della loro collaborazione limitatamente al raggiungimento degli obiettivi 2 e 3 su menzionati, non per la raccolta dei dati utili per lo studio di efficacia di cui all'obiettivo 1.

Ogni UO ha formato un gruppo di coordinamento con rappresentanti di Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti Materno-Infantile, pediatri di base e altri attori coinvolti nei distretti sanitari competenti.

Lo studio ha previsto le seguenti fasi:

- messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione;
- formazione degli operatori sanitari;

- sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP;
- screening delle puerpere;
- approfondimento diagnostico-clinico;
- intervento psicologico, se indicato;
- valutazione degli esiti dell'intervento.

Messa a punto del materiale informativo di sensibilizzazione

Il Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS in collaborazione con le UO ha realizzato il materiale informativo di sensibilizzazione al problema della DPP, in particolare:

- un poster pubblicitario di invito alla partecipazione allo studio per le diverse UO;
- un opuscolo informativo *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse* (Appendice A1).

La prima stesura dell'opuscolo, da distribuire alle donne nei corsi di preparazione al parto e nei reparti di ostetricia e ginecologia, è stata sottoposta, da ogni UO, a un piccolo gruppo di puerpere (focus group di 7-8 puerpere) per valutarne la comprensione e l'accettabilità della veste grafica.

In seguito alla valutazione dei focus group, lo stile utilizzato è stato reso più divulgativo e sono stati aggiunti alcuni disegni e vignette.

Lo scopo dell'opuscolo è quello di fornire piccoli consigli pratici su come affrontare il periodo della gravidanza e del post partum e, in particolare, sensibilizzare e informare le donne sul rischio di depressione post partum e i loro familiari sulla opportunità di un intervento precoce.

I contenuti, trattati in forma sintetica e semplice sono i seguenti:

- falsi miti sull'amore materno;
- gravidanza;
- cambiamento;
- rapporto con il bambino;
- consigli pratici per la mamma;
- consigli pratici per il papà;
- campanello d'allarme;
- approfondimenti su cosa è la depressione post partum.

Vengono illustrati alcuni degli errori più comuni che spesso si commettono a livello sociale: intorno alla maternità ruotano tanti falsi miti, in conseguenza dei quali si alimentano stereotipi, sensi di colpa e condotte di comportamento disfunzionali.

Di taglio molto pratico e diretto è poi la sezione dedicata ai consigli pratici per le mamme. Altro aspetto da non sottovalutare è il mantenimento del giusto equilibrio nel rapporto di coppia, spesso offuscato da risentimenti, frustrazioni e incomprensioni.

Consigli anche per i papà i quali, molto spesso, sono tenuti in disparte e soffrono silenziosamente di tutti i cambiamenti che riguardano la "nuova" dimensione della "famiglia". L'ultima sezione è rivolta alla descrizione della depressione post partum, di quelli che sono i sintomi "campanello d'allarme", il cui riconoscimento tempestivo può consentirne una valutazione precoce approfondita.

All'interno dell'opuscolo erano stati inseriti i recapiti delle strutture coinvolte nel progetto alle quali le donne potevano fare riferimento. L'opuscolo è uno stimolo per tutte le donne a non dimenticare se stesse e le proprie esigenze.

Formazione degli operatori sanitari

È stato svolto un corso di formazione della durata di 2 giorni rivolto agli operatori che nei diversi servizi coinvolti avrebbero effettuato la sensibilizzazione al problema della DPP, lo screening e l'intervento psicologico della Milgrom.

Il corso è stato organizzato e svolto in ISS per gli operatori delle UO della Regione Lombardia, Veneto e Molise. Sono stati formati complessivamente 12 operatori (psichiatri, psicologi, ostetriche):

- 3 operatori per l'UO Azienda Ospedaliera Treviglio (Bergamo);
- 4 operatori per l'UO ULSS 9 di Oderzo (Treviso);
- 5 operatori per l'UO Distretto Sanitario di Campobasso.

Nell'approccio qui proposto, l'ostetrica, l'infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo, il pediatra, il medico di base possono essere chiamati in causa per la sensibilizzazione e lo screening con lo scopo di individuare le donne a rischio o già sofferenti di DPP; le figure professionali indicate per l'effettuazione dell'approfondimento clinico-diagnostico e il trattamento sono gli psicoterapeuti (psicologi clinici e psichiatri).

La formazione degli operatori dei presidi ospedalieri del Lazio è stata organizzata nelle rispettive sedi: Policlinico Gemelli, Ospedale Fatebenefratelli, Ospedale Grassi di Ostia ed hanno avuto la durata di una giornata riguardando esclusivamente le fasi di sensibilizzazione e di effettuazione dello screening. Ha fatto eccezione solo il Policlinico Gemelli in cui la formazione è durata 2 giorni perché ha incluso anche l'insegnamento del trattamento. Negli altri presidi, in caso di positività allo screening le donne erano seguite nelle unità di psicologia e di consultazione psichiatrica coinvolte e, se il caso, assistite con i trattamenti in uso di routine in quelle unità.

Complessivamente in questi presidi la formazione ha riguardato 19 operatori (psicologi, ostetriche, ginecologi e infermieri).

Sensibilizzazione delle puerpere al problema della DPP

La sensibilizzazione al problema della DPP è avvenuta prevalentemente prima del parto. Il progetto è stato presentato nella maggior parte dei casi in occasione di corsi di preparazione al parto, in un incontro ad hoc sul tema. Per i restanti casi, presso le unità ospedaliere di ginecologia, nei giorni successivi al parto. Solo l'UO di Treviso, che di routine effettua la visita ostetrica a domicilio nei primi giorni dopo il parto, ha sensibilizzato le donne anche in quella occasione.

Nei centri clinici del Lazio, la sensibilizzazione è avvenuta presso le unità ospedaliere di ginecologia e di ostetricia.

Agli incontri sono state fornite informazioni sulla natura della depressione post partum, sulle cause e sui campanelli d'allarme cui prestare attenzione. Gli incontri erano aperti anche ai partner delle donne in gravidanza e ai familiari interessati. A tutte le donne è stato consegnato l'opuscolo informativo e chiesto di partecipare al progetto e, in caso di assenso, di fornire il loro

nome e cognome, numero di telefono e data presunta del parto, per essere ricontattate tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto.

Screening delle puerpere

Tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto le puerpere che hanno aderito al progetto sono state ricontattate telefonicamente e sono state invitate a sottoporsi allo screening. In quell'occasione le donne hanno compilato e firmato il modulo del consenso informato e della privacy.

Lo screening ha previsto un colloquio individuale e la somministrazione del test di screening.

La fase dello screening è stata anche importante per accertare se la donna presentava pensieri suicidari in modo da poterla tempestivamente inviare al servizio psichiatrico competente per una presa in carico. Spesso al colloquio di screening era presente anche il partner.

Per lo screening della DPP è stata utilizzata l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), (Cox *et al.*, 1987) che è lo strumento più usato a livello internazionale, per le sue soddisfacenti caratteristiche di accuratezza e riproducibilità (Gibson *et al.*, 2009).

Per questo studio è stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti e collaboratori (Benvenuti *et al.*, 1999) Il punteggio *cut-off* scelto è stato di 12 o superiore (Milgrom *et al.*, 2003).

Assieme all'EPDS sono stati somministrati:

- *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica*, una scheda sui fattori di rischio psico-sociali predisposta *ad hoc* dall'ISS (Appendice A2);
- *Positivity Scale* (P-Scale) (Caprara *et al.*, 2012) per valutare la tendenza di base a guardare e prendere in considerazione gli aspetti positivi della vita e del proprio futuro.

Per tutte le donne, lo screening è stato effettuato tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto.

La sede dello screening è stata solitamente la struttura dove la donna aveva già fatto il corso di preparazione al parto nei consultori familiari o in uno degli ambulatori dell'ospedale e in alcuni casi negli ambulatori dei dipartimenti di salute mentale.

Approfondimento diagnostico-clinico

Le donne positive allo screening in base allo strumento EPDS sono state invitate per un colloquio di approfondimento diagnostico entro 1 settimana dall'effettuazione dello screening. Alle donne che hanno accettato di sottoporsi all'approfondimento sono stati somministrati i seguenti strumenti:

- *Mini International Neuropsychiatry Interview* (MINI) per la conferma di episodio di depressione maggiore in atto (Lecrubier *et al.*, 1997);
- *Beck Depression Inventory* (BDI-II) per la valutazione della gravità della sintomatologia depressiva (Beck *et al.*, 1996);
- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), per la valutazione dell'ansia di stato (Spielberger, 1989);
- *Short-Form Health Survey-36 Items* (SF-36), per la valutazione dello stato di salute generale fisica e mentale (Ware *et al.*, 1994);
- *Psychological Well-Being scales* (PWB), per la valutazione del benessere psicologico (Ruini *et al.*, 2003).

Intervento psicologico

Tutte le donne positive allo screening e all'approfondimento diagnostico sono state invitate a sottoporsi ad un trattamento psicologico. Il trattamento consiste nell'applicazione del modello d'intervento elaborato dalla professoressa Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003) al Parent-Infant Research Institute (PIRI®) dell'Heidelberg Repatriation Hospital di Melbourne.

Si tratta di un intervento psicologico ad impronta cognitivo-comportamentale per la depressione adattata allo specifico della depressione post partum. Il trattamento è stato dimostrato essere efficace e prevede l'insegnamento di abilità comportamentali, per il superamento di problemi di organizzazione quotidiana (Problem Solving), di comunicazione (Assertività), di gestione dell'ansia (Tecniche di rilassamento), e abilità cognitive (lavoro di ristrutturazione dei pensieri disfunzionali legati alla depressione). Il trattamento su indicazione della stessa Milgrom, può essere applicato sia in gruppo che individualmente. Il trattamento di gruppo prevede incontri settimanali della durata di un'ora e mezza ciascuno per un totale di nove, più un incontro di verifica dei risultati raggiunti qualche settimana dopo; il trattamento individuale prevede una decina di colloqui di un'ora ciascuno, segue poi un incontro di follow-up con la somministrazione dei test.

Inoltre sono previsti 2 moduli aggiuntivi, ciascuno composto da 3 incontri, uno con la presenza anche del partner e uno con la presenza del neonato.

Valutazione degli esiti dell'intervento

I test somministrati alle donne in fase di screening e approfondimento (Pre-Trattamento) sono stati riproposti all'ultimo incontro dell'intervento (Post-Trattamento) e a sei mesi dalla fine dell'intervento (follow-up).

L'elaborazione dei dati derivanti dalla somministrazione dei test è stata effettuata dall'ISS e i risultati dello studio nelle varie fasi sono riportati nel capitolo "Efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico di J. Milgrom per puerpere con depressione post partum".

Va segnalato che i risultati si riferiscono esclusivamente ai dati forniti dalle 3 UO ufficiali incluse nel Progetto ministeriale (delle Regioni Lombardia, Veneto e Molise) e non ai presidi ospedalieri laziali che a queste si sono aggiunti informalmente e comunque in una fase successiva, per conoscere l'approccio e per valutazione interna.

I risultati conseguiti dalle UO del Progetto suggeriscono che l'intervento, complessivamente, è stato efficace a breve-medio termine per la maggior parte delle puerpere che lo hanno effettuato, e sono coerenti con diversi studi che hanno valutato, anche mediante studi controllati randomizzati, in altri Paesi, lo stesso intervento o interventi analoghi rivolti alle puerpere basati su tecniche cognitive comportamentali (O'Connor *et al.*, 2016; Milgrom *et al.*, 2011).

Bibliografia

- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper e Row; 1967.
- Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The Positivity Scale. *Psychol Assess* 2012;24:701-12.
- 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.

- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:350-64.
- Lecrubier Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, Schembri C. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* 2011;27:11:95. doi: 10.1186/1471-244X-11-95.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson; 2003.
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;26:388-406.
- Ruini C, Ottolini F, Ravanelli C, Ryff C, Fava G. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Riv Psichiatr* 2003;38:117-30.
- Spielberger CD. *STAI State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y. Adattamento italiano a cura di Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 1989.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.

EFFICACIA NELLA PRATICA DEI SERVIZI ITALIANI DELL'INTERVENTO PSICOLOGICO DI J. MILGROM PER PUERPERE CON DEPRESSIONE POST PARTUM

Fiorino Mirabella, Gabriella Palumbo, Antonella Gigantesco
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità,
Roma*

Obiettivi dello studio

Il presente studio è stato realizzato nell'ambito del progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" con l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica dell'intervento messo a punto da Jeannette Milgrom per il trattamento precoce della Depressione Post Partum (DPP) (Milgrom *et al.*, 2003) consistente in una psicoterapia breve ad impronta cognitivo-comportamentale con componenti psicoeducative.

Metodi

Campione

Il campione di donne incluse nello studio di efficacia nella pratica è stato individuato fra le donne risultate positive al rischio di depressione post-partum nell'ambito del su citato progetto. L'arruolamento delle donne a cui proporre lo screening è avvenuto nella stragrande maggioranza dei casi nell'ambito di 158 corsi preparto attivati nell'arco di circa due anni (2012-2014), dei quali 84 presso l'Azienda Ospedaliera Treviglio-Caravaggio (Bergamo) e l'ASL di Bergamo, 63 nella Azienda ULSS9, Distretti Socio-Sanitari di Oderzo e di Villorba (Treviso) e 11 presso il Consultorio Materno-Infantile del Distretto Sanitario di Campobasso. Alcune donne sono state reclutate nell'unità di ginecologia dell'ospedale Cardarelli di Campobasso, direttamente nei 2 giorni successivi al parto. Nei distretti di Treviso, poiché di routine i servizi effettuano una visita ostetrica a domicilio nei primi giorni dopo il parto, alcune donne che non avevano partecipato ai corsi pre-parto sono state sensibilizzate allo screening in quella occasione.

In particolare, negli incontri sul tema della DPP previsti dai corsi pre-parto, il progetto è stato presentato alle partorienti (da psichiatri, psicologi, ostetriche o ginecologi) in giornate specificamente dedicate. Alle donne a cui è stato presentato il progetto è stato consegnato un opuscolo informativo dal titolo *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse*, messo a punto dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con gli operatori dei distretti sanitari e aziende sanitarie partecipanti al progetto (Appendice A1).

Alle partorienti che davano la loro adesione al progetto veniva chiesto di compilare una scheda contenente l'informativa sulla privacy, i propri dati anagrafici e la data prevista del parto per essere ricontattate da uno psicologo nel periodo utile per lo screening (tra 6^a e la 12^a

settimana dopo il parto) per compilare alcuni strumenti di valutazione delle loro condizioni di salute. Opuscolo e scheda venivano ovviamente forniti anche alle puerpere cui era stato proposta la partecipazione al progetto nell'Unità di Ginecologia dell'Ospedale Cardarelli e durante le visite ostetriche a domicilio nei distretti di Treviso.

Le donne a cui è stata proposta la partecipazione al progetto sono state complessivamente 2668. A tutte loro è stato spiegato che il progetto includeva la possibilità, in caso di positività allo screening e conferma diagnostica di DPP, di sottoporsi al trattamento Milgrom. 2211 (82,9%) hanno inizialmente accettato di aderire al progetto e fornito i dati per essere ricontattate.

Alla data cui si riferiscono i dati presentati in questo contributo, le donne che risultavano essere nel periodo utile per lo screening erano 2113 (95,6%):

- 1558 (73,7%) hanno accettato di sottoporsi allo screening,
- 555 (26,2%) hanno rifiutato, oppure sono risultate irreperibili o non si sono presentate all'incontro organizzato per effettuarlo.

Delle donne che si sono sottoposte a screening, 110 (7,1%) sono risultate positive in base allo strumento di valutazione EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Cox *et al.*, 1987), e di queste, 81 (73,6%) hanno accettato di effettuare un approfondimento clinico e di conferma diagnostica, mediante intervista semi-strutturata, nella settimana successiva allo screening, 27 (24,6%) hanno rifiutato l'approfondimento e sono uscite dal progetto e dal presente studio, e 2 (1,8%) sono state tempestivamente inviate ai Centri di Salute Mentale per presenza di pensieri suicidari, così come rilevati dallo strumento di screening EPDS.

Per 65 di queste 81 donne (80,2%) è stata confermata la diagnosi di episodio depressivo maggiore mediante MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Lecrubier *et al.*, 1997); a 64 di queste è stato proposto di sottoporsi al trattamento, mentre una donna ha accettato di essere immediatamente inviata al trattamento di routine previsto dal Centro di Salute Mentale in presenza di pensieri suicidari. 63 su 64 donne (98,4%) hanno accettato e iniziato il trattamento e una donna (1,6%) non ha accettato di iniziarlo.

Le 63 donne che hanno iniziato il trattamento avevano un'età media di 33 anni circa, la maggior parte di esse con titolo di studio di scuola media superiore o laurea (87%). Molte di loro (73%) hanno riferito di aver patito uno o più eventi stressanti negli ultimi 12 mesi e il 57% ha riferito di aver avuto prima dell'attuale gravidanza, nel corso della vita, un periodo di almeno due settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del tempo si erano sentite giù di morale, abbattute o depresse (Tabella 1).

Trattamento

Il trattamento è stato condotto in consultori familiari dei distretti sanitari area tutela materno infantile, ambulatori di medicina generale di ospedali generali, e centri psico-sociali dei Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti nel progetto, da psicologi clinici con specializzazione in psicoterapia. All'incirca metà delle donne ha effettuato il trattamento di gruppo; l'altra metà, in assenza del raggiungimento del numero minimo di partecipanti per costituire un gruppo in tempi brevi, lo ha effettuato in forma individuale.

Gli psicologi che hanno condotto il trattamento, hanno prima svolto un breve corso di formazione della durata di 12 ore, basato sul manuale sul trattamento messo a punto da Milgrom e collaboratori (Milgrom *et al.*, 2003).

I corsi sono stati condotti da tre psicologi a loro volta formati direttamente dalla professoressa Milgrom.

Tabella 1. Descrizione del campione di donne che hanno iniziato il trattamento (N=63). Frequenze (percentuali) di variabili psico-sociali e demografiche

Variabili	Livelli	Valori
Età	Media (DS)	32,7 (4,1)
Nazionalità	Italiana	56 (88,9)
	Non italiana	7 (11,1)
Titolo di studio	Licenza elementare o media inferiore	8 (12,7)
	Licenza media superiore o laurea	55 (87,3)
Condizione professionale	Disoccupata	12 (19,1)
	Casalinga/studentessa	8 (12,7)
	Lavoro saltuario o precario	4 (6,3)
	Lavoro stabile	39 (61,9)
Condizioni economiche	Qualche problema	13 (20,6)
	Senza particolari difficoltà o medio-alte	50 (79,4)
Allattamento al seno	Sì	42 (66,7)
Partecipazione a corsi di preparazione al parto	Sì	52 (82,5)
Eventi stressanti negli ultimi 12 mesi	Sì	46 (73,0)
Umore depresso nella vita, prima dell'attuale gravidanza	Sì	36 (57,1)
Mancanza di interesse nella vita, prima dell'attuale gravidanza	Sì	21 (33,3)
Ansia nella vita, prima dell'attuale gravidanza	Sì	19 (30,2)
Possibilità di contare su amici o parenti:		
per aiuto pratico	Poco o per niente	11 (17,5)
	Sufficientemente o molto	52 (82,5)
per sostegno psicologico	Poco o per niente	29 (28,6)
	Sufficientemente o molto	34 (71,4)
Possibilità di contare su marito o compagno:		
per sostegno psicologico	Poco o per niente	20 (31,7)
	Sufficientemente o molto	43 (69,3)
per aiuto pratico	Poco o per niente	11 (17,5)
	Sufficientemente o molto	52 (82,5)

Strumenti di valutazione

Screening

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Per lo screening è stata adottata l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Cox *et al.*, 1987) che è sicuramente lo strumento più usato a livello internazionale, per le sue soddisfacenti caratteristiche di sensibilità, specificità e valori predittivi (Gibson *et al.*, 2009).

Per questo studio è stata adottata la versione italiana validata da Benvenuti e collaboratori (Benvenuti *et al.*, 1999), che oltre a essere la più recente, ha anche il merito di avere una migliore validità interna (alfa di Cronbach 0.79) (Appendice A3). Il punteggio *cut-off* scelto per valutare il rischio di depressione maggiore è stato di 12 o superiore (Milgrom *et al.*, 2003), in grado di assicurare una sensibilità del 56%, una specificità del 99% e un valore predittivo positivo del 91% (Benvenuti *et al.*, 1999). Punteggi crescenti denotano maggiore gravità.

Modulo di valutazione psico-sociale e clinica

È stato predisposto un modulo di base *ad hoc* per la rilevazione di alcune variabili psicologiche e socio-anagrafiche (età, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche, convivenza con un partner e numero di persone che componevano il nucleo familiare) e altre informazioni riassumibili nelle seguenti sezioni (Appendice A2):

1. *Informazioni relative al parto* (eventuali complicazioni durante il parto, problemi di salute/sonno/alimentazione personali e/o del bambino, temperamento del bambino e tipo di allattamento);
2. *Informazioni sul periodo preparto e sulla gravidanza* (se la donna aveva avuto altre gravidanze, se aveva fatto ricorso alla procreazione medico-assistita, se aveva avuto una gravidanza a rischio per problemi di salute o per problematiche di tipo genetico, se, subito dopo il parto, aveva avuto sintomi depressivi e/o ansiosi per almeno due settimane e se al momento della compilazione seguiva una terapia farmacologica per problemi psicologici);
3. *Informazioni su eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi* (grave malattia o incidente, perdita di una persona cara, fine o cambiamento di un ciclo di studi, cambiamenti o perdita del lavoro o problemi con i colleghi, problemi sessuali, problemi economici, separazione dal proprio coniuge o dai propri cari, furti, cambio di casa, problemi giudiziari);
4. *Informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza* (se la donna aveva sofferto di depressione per almeno due settimane o ansia per almeno sei mesi e se un medico le aveva diagnosticato una depressione/disturbo d'ansia);
5. *Informazioni sul sostegno familiare e sociale percepito* (supporto del partner, degli amici o dei parenti per aiuto pratico o sostegno psicologico in caso di bisogno, rapporto affettivo di coppia soddisfacente).

Approfondimento clinico-diagnostico

Beck Depression Inventory (BDI-II)

Per la misurazione della gravità della depressione. È composto da 21 item, con scala di risposta tipo Likert a 4 livelli (0-3: punteggi in ordine crescente di gravità) (Beck *et al.*, 1996).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

È stata valutata limitatamente l'ansia di stato che si compone di 20 item, con scala di risposta a 4 livelli (da 1 a 4, in ordine crescente di gravità) (Spielberger, 1989).

Psychological Well-being Scales (PWB)

Valuta il cosiddetto funzionamento psicologico positivo che include l'autostima e il senso di autoefficacia. La versione breve dello strumento che è stata utilizzata nel presente studio è composta da 18 item. La scala di risposta va da 1 a 6; punteggi più elevati corrispondono a migliore funzionamento e benessere psicologico (Ryff & Keyes, 1995; Ruini *et al.*, 2003).

Short-Form Health Survey-36 items (SF-36)

Tra i più usati strumenti per valutare gli esiti degli interventi sanitari. Composto da 36 item, indaga la percezione dello stato di salute. Gli item possono essere raggruppati in due distinte componenti (che producono due distinti punteggi), una riguardante la salute fisica (*Physical Component Summary*, PCS) con item che formano 4 sotto-scale (Attività fisica, Ruolo e salute fisica, Dolore fisico, e Salute in generale) e una componente riguardante il benessere mentale (*Mental Component Summary*, MCS) con item inseriti in altre 4 sotto-scale (Vitalità, Attività sociali, Ruolo e stato emotivo, Salute mentale). A punteggi maggiori corrispondono condizioni migliori (Ware *et al.*, 1994).

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

Intervista semi-strutturata per la valutazione diagnostica dei disturbi psichiatrici che adotta i criteri del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition*) e dell'ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th revision*) (Lecrubier *et al.*, 1997). Ha una struttura a moduli che consente di formulare 14 diagnosi di asse I. Nel presente studio è stato preso in considerazione il modulo relativo all'episodio attuale di depressione maggiore.

Positivity Scale (P-Scale)

Valuta la propensione all'ottimismo e a una visione positiva della vita e delle esperienze (Caprara *et al.*, 2012). È composto da 8 item. La scala di risposta di tipo Likert va da 1 a 5. A punteggio più elevato corrisponde una visione della vita più ottimistica.

Le donne che hanno effettuato il trattamento, e sono pertanto state incluse nel presente studio di efficacia nella pratica, sono state valutate con gli strumenti appena descritti oltre che nella fase di screening e approfondimento, prima dell'inizio del trattamento (T0), anche a conclusione del trattamento (T1) e sei mesi dopo (T2), ad eccezione della sola intervista MINI che è stata somministrata solo prima del trattamento per confermare la diagnosi.

Analisi statistica

Per valutare la significatività dei cambiamenti, dopo il trattamento, dei punteggi totali ottenuti negli strumenti di valutazione, è stato utilizzato il test dell'analisi della varianza per misure ripetute; per i confronti *post hoc* è stato adottato il metodo di Bonferroni. È stata inoltre calcolata la dimensione dell'effetto (*effect size*) con la formula del *d* di Cohen, sia a T1 (differenza tra T1 e T0) che a T2 (differenza tra T2 e T0). Per analizzare la rilevanza clinica dei cambiamenti in ogni singolo caso è stato calcolato il *Reliable Change Index* (RCI) di Jacobson & Truax (1991). Gli indici RCI sono stati calcolati sia a T1 che a T2.

I dati sono stati analizzati con SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versione 21.0 per Windows.

Risultati

Delle 63 donne che hanno accettato di sottoporsi al trattamento, 56 (88,9%) lo hanno completato partecipando a tutti gli incontri previsti, mentre le restanti 7 (11,1%) hanno partecipato solo ad alcuni incontri iniziali. Di queste ultime perciò non si dispone delle valutazioni post-trattamento. Non sono state osservate differenze tra questi 2 gruppi di donne (rilevate prima del trattamento) nei punteggi di tutti gli strumenti di misura, incluso lo strumento EPDS i cui punteggi erano di $15,9 \pm 4,1$ nel gruppo che ha completato il trattamento e $14,9 \pm 3,4$ nel restante gruppo di donne.

Oltre i $\frac{3}{4}$ delle donne che hanno completato il trattamento sono state rivalutate anche a distanza di 6 mesi dalla fine del trattamento (N=43; 76,8%). Le rimanenti 13 donne (23,2%) non si sono presentate all'incontro programmato per questa rivalutazione, adducendo a mancanza di tempo e scarsa organizzazione familiare. Non sono state osservate tra questi 2 gruppi differenze rilevate alla fine del trattamento nei punteggi di tutti gli strumenti di misura, incluso lo strumento EPDS i cui punteggi erano di $6,7 \pm 3,8$ nel gruppo di 43 donne e $7,2 \pm 3,0$ nel gruppo di 13 donne.

I confronti fra le medie relative alle tre valutazioni (pre-post-dopo 6 mesi) hanno evidenziato per tutti gli strumenti miglioramenti significativi specialmente sotto il profilo statistico ma anche clinico (Tabella 2). La differenza fra le medie dei punteggi è altamente significativa in tutti gli strumenti ($p < 0,001$), con dimensioni dell'effetto elevate tranne che in PWB e PCS in cui sono di media entità.

Il miglioramento clinico ha riguardato maggiormente la presenza e gravità dei sintomi depressivi, come rilevata da EPDS e BDI-II, e la salute mentale, come rilevata da SF-36-MCS; in particolare, per quanto riguarda il punteggio EPDS e SF-36-MCS, i risultati hanno mostrato che fino a oltre l'80% delle donne sottoposte al trattamento ha avuto un miglioramento clinicamente rilevante (Tabella 2).

Tabella 2. Condizione psicologica delle puerpere prima (T0) a conclusione (T1) e a sei mesi (T2) dall'intervento e significatività statistica (P); effect size; puerpere clinicamente migliorate (n., %) a T1 (n. 56) e a T2 (n. 43) per ciascuno strumento di valutazione

Strumento	T0	T1	T2	P (T0 vs T1 e T2)	Effect size		RCI>1,96 n. (%)	
	Media (DS)	Media (DS)	Media (DS)		T1	T2	T1	T2
EPDS	15,7 (4,8)	6,6 (3,9)	6,8 (4,7)	<0,001	1,90	1,85	40 (71,4)	31 (72,1)
BDI-II	20,4 (10,6)	9,0 (8,4)	8,5 (8,0)	<0,001	1,13	1,12	33 (58,9)	27 (62,8)
STAI	49,8 (12,8)	35,2 (9,6)	37,0 (11,6)	<0,001	1,14	1,01	29 (51,8)	23 (53,5)
PWB	75,0 (13,7)	84,1 (12,4)	82,0 (13,3)	<0,001	0,66	0,51	15 (26,8)	15 (34,9)
P-Scale	26,7 (4,9)	32,0 (5,2)	31,8 (5,1)	<0,001	1,10	1,04	28 (50,0)	23 (53,5)
SF-36								
PCS	68,8 (21,0)	82,4 (18,8)	82,3 (15,3)	<0,001	0,65	0,64	25 (44,6)	19 (44,2)
MCS	42,0 (18,2)	70,5 (16,8)	73,1 (16,6)	<0,001	1,57	1,71	42 (75,0)	36 (83,7)

DS: Deviazione Standard

Conclusioni

Nonostante alcuni limiti, i risultati di questo studio suggeriscono che l'intervento rivolto alle puerpere con DPP messo a punto da Milgrom sia verosimilmente efficace anche nella pratica

dei servizi italiani per le donne che vi aderiscono interamente, partecipando a tutti gli incontri pianificati. Risultati, questi, che possono definirsi molto incoraggianti, anche considerato che l'intervento proposto è breve e, specie se effettuato in gruppo, poco costoso.

Le variazioni osservate in termini di miglioramento delle condizioni di salute delle donne sono stati evidenti, specialmente sotto il profilo statistico ma anche clinico. Il miglioramento clinico ha riguardato maggiormente la presenza e gravità dei sintomi depressivi, e la salute mentale (come rilevata dall'SF-36), meno il funzionamento psicologico positivo. Altre evidenze hanno mostrato che per il miglioramento delle dimensioni del benessere secondo il modello di Ryff sono più indicate altre terapie, come la *well-being therapy* (Rafanelli *et al.*, 2002).

In generale, il miglioramento osservato a conclusione del trattamento è rimasto stabile a distanza di 6 mesi, anche se questo risultato va interpretato con cautela perché non riguarda tutte ma il 77% delle donne che hanno concluso il trattamento.

Il principale limite infatti dello studio è rappresentato dalla proporzione di donne perse al follow-up, per le quali a distanza di 6 mesi dalla fine del trattamento non è stato possibile raccogliere informazioni sulle loro condizioni di salute. Un altro limite è intrinseco al tipo di studio che essendo appunto di efficacia nella pratica non include un gruppo di controllo. Tuttavia, come già detto in questo Rapporto, l'intervento oggetto di questo studio è stato già sottoposto a studi di efficacia con disegno sperimentale (Milgrom *et al.*, 2015a; Milgrom *et al.*, 2015b) nell'intento di controllare tutte le possibili distorsioni; nel presente studio ci si è limitati ad accertare fino a che punto gli esiti osservati nella routine, con le pazienti, i colleghi e le risorse di cui si disponeva fossero simili a quelli osservati negli studi controllati. In ogni caso, va segnalato che le dimensioni dell'effetto osservate sembrerebbero deporre per miglioramenti che difficilmente possono essere attribuiti solo ad effetti aspecifici.

Bibliografia

- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company; 1996.
- Benvenuti P, Ferrara M, Nicolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.
- Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The Positivity Scale. *Psychol Assess* 2012;24:701-12.
- 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.
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:350-64.
- Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consul Clin Psychol* 1991;59:12-9.
- Lecrubier Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2015b;49:236-45.
- Milgrom J, Holt C, Holt CJ, Ross J, Ericksen J, Gemmill AW. Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Arch Womens Ment Health* 2015a;18:717-30.

- Milgrom J, Martin PM, Negri LM (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie d'intervento psicologico*. Trento: Erickson; 2003.
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Review Psychiatry* 1996;8:37-54.
- Rafanelli C, Conti S, Mangelli L, et al. Benessere psicologico e sintomi residui nei pazienti con disturbi affettivi. II Confronto tra well-being therapy e terapia cognitivo-comportamentale. *Riv Psichiatr* 2002;37:179-83.
- Ruini C, Ottolini F, Ravanelli C, Ryff C, Fava G. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Riv Psichiatr* 2003;38:117-30.
- Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995;9:719-27.
- Spielberger CD. *STAI State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y. Adattamento italiano a cura di Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 1989.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF 36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.

PARTE 4
Depressione post partum:
le esperienze dei Servizi collaboranti al progetto ISS

UNITÀ OPERATIVA DI TREVIGLIO

Daniele Piacentini, Marina Cattaneo

Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Treviglio-Caravaggio, Treviglio (BG)

Il progetto, realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è stato attivato nel periodo compreso tra novembre 2012 e febbraio 2015 presso il Distretto Socio-Sanitario Nord di Treviso e si è sviluppato nell'ASL di Bergamo, con l'aggiunta della collaborazione con il Consultorio familiare di Treviglio (dottoressa Myriam Regonesi) e con il Consultorio familiare di Romano di Lombardia (dottoressa Daniela Pecis).

Come primo step è stata condotta una fase di sensibilizzazione rivolta alle donne potenzialmente a rischio di sviluppare DPP, le donne in gravidanza che frequentano corsi di preparazione al parto. Appare sempre più evidente l'importanza di identificare fasce di popolazione a rischio (Werner *et al.*, 2015), in modo da predisporre interventi il più possibile mirati. Negli ospedali e nei consultori coinvolti, quindi, rispetto al normale calendario dei corsi, è stato introdotto un incontro aggiuntivo della durata di un'ora e mezza, tenuto dalla psicologa e interamente dedicato al tema della DPP.

A questo incontro sono invitati a partecipare anche i mariti e i famigliari delle donne incinte. Durante l'incontro, a carattere psicoeducazionale, si normalizza la possibilità di sviluppare una qualche forma di sofferenza dopo il parto e si danno tutte le informazioni sui campanelli d'allarme della DPP: tempi d'insorgenza, cause (O'Hara & Swain, 1996), sintomi (Milgrom, 1998), differenze da *maternity blues* (Pop *et al.*, 2015) e Psicosi puerperale (Wesseloo *et al.*, 2015). Si parla dei luoghi comuni legati alla maternità e delle immagini di mamma diffuse dai mass media (Roth *et al.*, 2012). Vengono spiegate le modalità di accesso al Servizio e il trattamento a disposizione e si distribuisce l'opuscolo informativo, messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse* (Appendice A1) che contiene anche i recapiti telefonici delle strutture aderenti. Le donne compilano una scheda con i loro dati anagrafici e la data prevista per il parto. Questo permette alla psicologa di ricontattarle due-tre mesi dopo il parto, nel periodo in cui sembra sia più opportuno identificare eventuali segnali di depressione e distinguerli da forme più lievi di malessere (Cristescu *et al.*, 2015), e di proporre loro un colloquio di screening. Anche se il servizio è principalmente rivolto al periodo dopo il parto, si lascia alle donne che ritengono di averne bisogno la possibilità di richiedere un colloquio anche mentre sono ancora in gravidanza.

Il Centro per il Bambino e la Famiglia (CBF) dell'ASL di Bergamo non è un consultorio familiare ma un centro specialistico che da anni si occupa di famiglie multiproblematiche e di casi di violenza su minori, collabora con alcuni studi pediatrici del territorio e di solito gli invii al servizio per la DPP provengono da loro. I pediatri sono figure professionali che sarebbe utile coinvolgere in modo più massiccio (Emerson *et al.*, 2014; Fernandez *et al.*, 2015). Anche le donne reclutate al CBF ricevono le stesse informazioni previste dalla fase di sensibilizzazione.

Tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto la psicologa ricontatta telefonicamente le donne e le invita a un colloquio di screening nella struttura dove hanno già fatto il corso di preparazione al parto. Le donne compilano e firmano il modulo del consenso informato e della privacy forniti dall'Istituto Superiore di Sanità. Durante il colloquio la psicologa raccoglie informazioni sull'andamento della gravidanza, sul parto e sui primi mesi dopo il parto. Si cerca di capire se esistano fattori statisticamente associati allo sviluppo di DPP (Mirabella *et al.*, 2014), prima fra

tutti la presenza di sintomatologia psichiatrica, sia pregressa sia presente dalla gravidanza e attuale.

Da uno studio effettuato a Bergamo (Piacentini *et al.*, 2009) su un campione di donne partecipanti ai corsi di preparazione al parto sono risultati fattori predittivi di DPP anche la presenza di una familiarità per la depressione (e per i disturbi psichiatrici in generale) e l'aver sviluppato un forte baby blues, condizione solitamente passeggera, legata allo squilibrio ormonale dopo il parto che può portare a pianto e instabilità emotiva nelle prime settimane di maternità.

È importante accertare se la donna presenta pensieri suicidari (Kim *et al.*, 2015) in modo da poterla tempestivamente inviare al Servizio psichiatrico competente per una presa in carico. Si valuta il rapporto con il bambino e il livello di empatia che manifesta nei confronti dei bisogni del figlio (Tsivos *et al.*, 2015). In ultimo vengono prese in considerazione le risorse rappresentate da parenti o conoscenti in grado di offrire sostegno pratico e supporto psicologico (Razurel & Kaiser, 2015).

Lo screening prevede, oltre al colloquio individuale, la somministrazione di un questionario *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica* (Appendice A2) per la raccolta delle informazioni anagrafiche e anamnestiche e la compilazione di due scale di valutazione. La prima è l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) di Cox (Cox *et al.*, 1987) nella versione italiana di Benvenuti (Benvenuti *et al.*, 1999) (Appendice A3): un questionario autocompilato, a dieci item, universalmente utilizzato per l'individuazione dei sintomi di DPP. Il criterio utilizzato per identificare i soggetti positivi è un punteggio maggiore o uguale a 12.

L'altra scala è la *Positivity Scale* (P-Scale) (Caprara *et al.*, 2012), questionario a otto item, autosomministrato, che valuta l'atteggiamento di positività e fiducia con cui il soggetto guarda alla propria esperienza e al futuro.

Qualora la donna risultasse positiva all'EPDS si procede con un approfondimento diagnostico, somministrando il Questionario sullo Stato di Salute SF/36 (Ware *et al.*, 1995), che dà due misurazioni soggettive, una del livello di funzionamento fisico percepito e una del livello psicologico, la Scala del Benessere Psicologico (*Psychological Well-being Scales*, PWB) di Ryff (Ruini *et al.*, 2003), che indaga il livello di soddisfazione e di sicurezza personale in diverse aree relazionali, il *Beck Depression Inventory II* (Beck *et al.*, 1961), per la misurazione della sintomatologia depressiva, lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, 1989), che registra il livello di ansia al momento della compilazione e la *Mini International Neuropsychiatry Interview – Episodio Depressivo Maggiore* (Sheehan *et al.*, 1998), un'intervista semi-strutturata che adotta i criteri del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition*) e dell'ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th revision*) e nuovamente la P-Scale (Caprara *et al.*, 2012).

Il trattamento consiste nell'applicazione del modello d'intervento elaborato dalla professoressa Milgrom (2003) al *Parent-Infant Research Institute* (PIRI[®]) dell'*Heidelberg Repatriation Hospital* di Melbourne. Si tratta di un modello operativo in Australia da più di trent'anni e che ha già ricevuto una mole consistente di validazioni scientifiche (Milgrom *et al.*, 2015; Sockol, 2015). Il percorso previsto è breve (circa 10/15 sedute), ben strutturato, basato su procedure *evidence-based* e – come ha voluto dimostrare questo progetto – replicabile in contesti differenti, non solo per territorialità ma anche per tipologia di servizi: aziende ospedaliere e consultori. Può essere applicato in un contesto di terapia di gruppo o in sedute individuali.

A Bergamo, vista la dislocazione del Servizio in più sedi anche geograficamente distanti tra loro, si è preferita la modalità dei colloqui individuali. Riuscire, infatti, a formare un gruppo in una determinata struttura avrebbe comportato il chiedere alle donne di spostarsi in sedi anche distanti dal loro domicilio o di restare nella sede dove avevano già fatto il corso pre parto,

posticipando l'inizio della terapia al raggiungimento di un numero minimo di sette-otto donne per gruppo. Visto l'impatto che la DPP ha sullo sviluppo del bambino (Tsivos *et al.*, 2015) e sulla serenità della vita familiare si è optato per un intervento precoce individuale, pur sapendo di dover rinunciare agli effetti benefici del confronto col gruppo.

Il trattamento prevede interventi psicoeducativi, comportamentali e cognitivi. Si spiega la natura della DPP, dando informazioni corrette, scientifiche, che talvolta contrastano con la lettura più semplicistica che ne danno le donne e i loro familiari. Gli interventi comportamentali mirano a coinvolgere la donna fin da subito in una risposta attiva al malessere. Prevedono la riorganizzazione quotidiana, l'introduzione di attività piacevoli, una maggiore socializzazione, tecniche di rilassamento per la gestione degli stati ansiosi e l'assertività per una migliore comunicazione nella coppia e con le rispettive famiglie d'origine. Gli interventi vengono calati nella realtà dei problemi quotidiani portati dalle donne. La parte cognitiva mira, invece, a una correzione dei pensieri disfunzionali legati alla depressione, allo sviluppo di uno stile di pensiero più realistico ed efficace, che porti a una visione equilibrata del ruolo di mamma. Anche i partner vengono coinvolti nel trattamento: si cerca di renderli alleati nella lotta alla depressione della donna ma si offre anche loro supporto in un momento sicuramente non facile (Sethna *et al.*, 2015).

Gran parte del lavoro nei colloqui di coppia è indirizzato a favorire la comunicazione reciproca di bisogni e aspettative. Il trattamento prevede anche che si intervenga per migliorare la relazione madre/bambino (Milgrom & Holt, 2014). Evidenze cliniche mostrano come questo rapporto possa continuare ad essere disturbato anche a un anno dal parto, quando nella madre non sono più evidenti sintomi depressivi (Milgrom & McCloud, 1996).

A Bergamo si sono rivelate fondamentali la collaborazione con i consultori familiari e la rete degli operatori, che ha reso possibile l'inserimento delle mamme con difficoltà negli Spazi Allattamento, nei corsi di massaggio infantile, nei percorsi con la puericultrice.

I test somministrati alle donne in fase di screening (Pre-Trattamento) sono stati ripresentati all'ultimo colloquio (Post-Trattamento) e a sei mesi dalla fine del percorso (follow-up). L'elaborazione statistica è stata svolta dall'Istituto Superiore di Sanità. La partecipazione al progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" ha permesso di verificare la fattibilità della trasposizione del trattamento della Milgrom dal contesto australiano a quello italiano, rendendo possibile un confronto tra regioni diverse, tra realtà più rurali e l'ambiente urbano della capitale.

A Bergamo non ci sono state grosse difficoltà nell'implementazione del progetto perché è andato ad inserirsi su un territorio già sensibilizzato a queste tematiche e su una rete di operatori (psicologi, psichiatri, ostetriche, ginecologi) già collaudata. Purtroppo l'articolazione del Servizio in più sedi geograficamente distanti tra di loro ha un impatto visivo ridotto rispetto a quanto accadrebbe se ci fosse un unico centro sovrazonale, con personale specificatamente formato, cui far riferimento per il trattamento dei disturbi perinatali. A questo proposito, forse a causa di tale frammentarietà, si è rivelato difficoltoso coinvolgere altre figure esterne al progetto, che hanno possibilità di entrare in contatto con le donne a rischio di sviluppare DPP, come i medici di medicina generale e i pediatri di base e questo nonostante l'organizzazione di eventi formativi *ad hoc*.

L'adesione al progetto ha portato comunque ad una maggiore collaborazione tra l'Azienda Ospedaliera Treviglio-Caravaggio e l'ASL di Bergamo e a una raccolta dati e a una valutazione tramite test più rigorosa e corposa rispetto al passato. Il limite maggiore del Servizio a Bergamo è il fatto che si rivolge principalmente alle donne che partecipano ai corsi di preparazione al parto: un campione molto ristretto rispetto a tutte le donne che partoriscono. Sono escluse donne che hanno più di un figlio, di livello socioeconomico basso, non acculturate, poco integrate o con altri problemi in aggiunta (disabilità, dipendenza, violenza intrafamiliare, ecc.). Si è tentato

inizialmente di reclutare tutte le donne che partorivano negli ospedali aderenti al Progetto, inviando a tutte loro dopo il parto l'EPDS e un'informativa sul Servizio, ma i risultati di uno screening così informale sono stati estremamente deludenti. È stata tentata la via del coinvolgimento di altre figure all'interno dell'ospedale, ad esempio i medici che effettuano le vaccinazioni attorno al secondo-terzo mese dopo il parto, ma il pesante carico di lavoro e il poco tempo da dedicare ad ogni singola donna non hanno permesso di gravare tali figure anche dello screening della DPP.

Dal punto di vista della compliance si è, invece, rivelata vincente la scelta dei corsi di preparazione al parto: alle donne viene illustrato il Servizio e hanno la possibilità di conoscere di persona la psicologa, che sarà la stessa che le contatterà dopo il parto, con cui faranno lo screening ed eventualmente anche il trattamento. L'adesione al programma è molto alta, quasi tutte le mamme compilano i test, sono pochi i drop-out durante il trattamento, che qui, come in Australia, risulta gradito alle donne.

Il bilancio di questi anni di progetto è sicuramente positivo. Il trattamento ha un ottimo rapporto costi/benefici, è strutturato e replicabile in contesti diversi. L'analisi dei dati di questa prima collaborazione interregionale è incoraggiante: il miglioramento ottenuto dalle donne è statisticamente significativo e si mantiene a sei mesi dalla conclusione del percorso. Il tipo di trattamento proposto è in accordo con quanto suggerito dalle linee guida internazionali (NHMRC, 2000; NICE, 2014) per il trattamento della depressione ad esordio nel post partum di intensità lieve o moderata. I dati sono sovrapponibili a quelli presenti in letteratura, con l'unica eccezione di un indice di prevalenza della DPP del 7-8%, inferiore al 10% di solito riportato (Breese McCoy, 2011), ma spiegabile con il tipo di campione adottato e con i criteri estremamente rigorosi (*cut-off* EPDS maggiore o uguale a 12) adottati nello studio.

In tempi di tagli forzati alla spesa pubblica sarebbe auspicabile una maggior attenzione ad interventi di breve durata e di dimostrata efficacia clinica. Il fatto che esista un manuale per i terapeuti che descrive nei dettagli il protocollo d'intervento ha il vantaggio immediato di renderlo replicabile e ha come conseguenza il fatto, assolutamente non secondario, di uniformare le procedure nei vari servizi, in modo che una donna con depressione post partum possa ricevere lo stesso trattamento indipendentemente dalla struttura cui si rivolge.

Bibliografia

- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord* 1999;53:137-41.
- Breese McCoy SJ. Postpartum depression: an essential overview for the practitioner. *South Med J* 2011;104:128-32.
- Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The Positivity Scale. *Psychol Assess* 2012;24:701-12.
- 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.
- Cristescu T, Behrman S, Jones SV, Chouliaras L, Ebmeier KP. Be vigilant for perinatal mental health problems. *Practitioner* 2015;259:19-23, 2-3.
- Emerson BL, Bradley ER, Riera A, Mayes L, Bechtel K. Postpartum depression screening in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2014;30:788-92.

- Fernandez Y, Garcia E, Joseph J, Wilson MD, Hinton L, Simon G, Ludman E, Scott F, Kravitz RL. Pediatric-Based intervention to motivate mothers to seek follow-up for depression screens: the Motivating Our Mothers (MOM) Trial. *Acad Pediatr* 2015;15:311-8.
- Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, Silver RK. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol* 2015;125:885-93.
- Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:236-45.
- Milgrom J, Holt C. Early intervention to protect the mother-infant relationship following postnatal depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014;15:385.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM (Ed.). *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson; 2003.
- Milgrom J, McCloud PI. Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine* 1996;12:177-86.
- Milgrom J. Postnatal depression: symptoms, risk factors and management. *Inter Psych Today* 1998;3:1-6.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Cascavilla I, Palumbo G, Gigantesco A. Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto. *Riv Psichiatr* 2014;49:253-64.
- NHMRC (National Health and Medical Research Council). *Postnatal depression. A systematic review of published scientific literature to 1999*. Canberra: Commonwealth of Australia; 2000.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. (NICE Clinical Guideline 192). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>; ultima consultazione 26/10/2015.
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Review Psychiatry* 1996;8:37-54.
- Piacentini D, Leveni D, Primerano G, Cattaneo M, Volpi L, Biffi G, Mirabella F. Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2009;18:214-20.
- Pop VJ, Truijens SE, Spek V, Wijnen HA, van Son MJ, Bergink V. A new concept of maternity blues: is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *J Affect Disord* 2015;15:74-9.
- Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health* 2015;55:167-86.
- Roth H, Homer C, Fenwick J. "Bouncing back": how Australia's leading women's magazines portray the postpartum "body". *Wom Birth* 2012;25:128-34.
- Ruini C, Ottolini F, Ravanelli C, Ryff C, Fava G. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Riv Psichiatr* 2003;38:117-30.
- Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani PG. Paternal depression in the postnatal period and early father-infant interactions. *Parent Sci Pract* 2015;2:1-8.
- Sheehan DV1, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
- Sokol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* 2015;177:7-21.
- Spielberger CD. *STAI State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y. Adattamento italiano a cura di Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 1989.

- Tsivos ZL, Calam R, Sanders MR, Wittkowski A. Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: a systematic review. *Int J Womens Health* 2015;7:429-47.
- Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 Health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33:264-79.
- Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* 2015;18:41-60.
- Wesseloo R, Burgerhout KM, Koorengel KM, Bergink V. Postpartum psychosis in clinical practice: diagnostic considerations, treatment and prevention. *Tijdschr Psychiatr* 2015;57:25-33.

UNITÀ OPERATIVA DI TREVISO

Barbano Gina (a), Lisa Carniato (a), Paolo Michielin (b)

(a) Azienda ULSS9, Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (Treviso)

(b) Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Il progetto, realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è stato attivato nel periodo compreso tra novembre 2012 e febbraio 2015 presso il Distretto Socio-Sanitario Nord di Treviso e si è sviluppato in tre sedi differenti, il Consultorio familiare di Oderzo, il Consultorio familiare di Villorba e quello di Padernello.

Il progetto ha coinvolto diverse figure professionali tra cui la psicologa ricercatrice incaricata, gli psicologi, le ostetriche e i ginecologi del Servizio.

La fase della sensibilizzazione è stata indirizzata alle donne che si trovavano tra il sesto e l'ottavo mese di gravidanza e si è svolta durante i corsi di preparazione alla nascita. In quell'occasione è stato presentato il progetto dell'ISS, condotto dalla psicologa e dalle ostetriche del Consultorio familiare di ciascun Distretto, spiegando il rischio di sviluppare una Depressione Post Partum (DPP) e come affrontarla. Il numero medio di partecipanti per ogni incontro di sensibilizzazione è stato di 13 donne; tali incontri si sono tenuti nell'ambito di 63 corsi di preparazione al parto organizzati presso il Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (28 corsi) e il Distretto Socio Sanitario di Villorba (presso le sedi di Villorba e Padernello) (35 corsi).

Durante gli incontri di informazione e sensibilizzazione ad ogni donna è stato consegnato l'opuscolo informativo, *Come prevenire la depressione post partum e sentirsi nuovamente se stesse* (Appendice A1), realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Inoltre, per facilitare anche la partecipazione delle donne straniere è stato distribuito loro un depliant sulla depressione post partum tradotto in 10 lingue diverse, realizzato dal Servizio. Nello stesso incontro sono state inoltre anticipate le modalità e finalità dello screening. A ogni donna è stato proposto di partecipare al progetto e, in caso di assenso, di fornire il proprio nome e cognome, numero di telefono e data presunta del parto per essere ricontattata dalla 6^a e la 12^a settimana dopo il parto per lo screening, che consiste in un colloquio e la somministrazione di un questionario *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica* (Appendice A2) e due scale di valutazione.

A pochi giorni dal parto ogni donna del Distretto ha ricevuto la visita dell'ostetrica a domicilio e questo è stato anche il momento per ricordare alle donne la partecipazione al progetto e per individuare eventuali situazioni a rischio psico-sociale. Tutte le donne sensibilizzate (complessivamente 819) sono state quindi ricontattate dopo il parto per partecipare ad un incontro condiviso con l'ostetrica e la psicologa e per essere sottoposte allo screening sulla depressione post natale.

Delle 819 donne sensibilizzate hanno partecipato allo screening 572 donne, la dispersione tra il numero di donne sensibilizzate e il numero di donne sottoposte allo screening è riferibile a una diversa adesione agli incontri tra il pre e il post partum, a difficoltà di gestione del neonato, a difficoltà negli spostamenti e talvolta alle condizioni di maltempo. L'incontro di post partum è stato condotto in parte dall'ostetrica che ha raccolto informazioni sul parto e sviluppato i temi sulla relazione mamma-bambino e in parte dalla psicologa incaricata che ha ripresentato il progetto e il tema della depressione, ha consegnato e raccolto la nota informativa e il consenso informato e ha poi proceduto con la somministrazione dei questionari per lo screening in modalità di gruppo.

A questo incontro le donne hanno partecipato con il loro bambino e la condivisione di gruppo ha indubbiamente favorito l'adesione al progetto, anche se a volte l'attenzione prestata al neonato non sempre ha favorito un'attenta compilazione dei questionari. Lo screening ha compreso l'utilizzo di tutti gli strumenti descritti nel capitolo "Efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico di J. Milgrom per puerpere con depressione post partum" di Mirabella *et al.*

Al termine della compilazione dei questionari ogni donna è stata informata che all'eventuale positività allo screening sarebbe stata ricontattata per un approfondimento individuale. Complessivamente 50 donne su 572 (8,7%) sono risultate positive allo screening con punteggio uguale o maggiore di 12 all'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) e sono state tutte contattate per sottoporsi all'approfondimento. Di queste, 34 donne positive allo screening (68,0%) hanno accettato di sottoporsi all'approfondimento, le altre hanno rifiutato per il non riconoscimento soggettivo di bisogno.

Delle donne che hanno completato gli approfondimenti una è stata inviata al servizio di competenza perché a rischio suicidio sulla base della scala EPDS (Cox *et al.*, 1987) (all'item 10 "il pensiero di farmi del male mi è mai passato di mente" qualunque risposta diversa dallo 0 (mai) e dell'approfondimento clinico. L'approfondimento è stato svolto con l'utilizzo di ulteriori questionari e mediante colloquio clinico.

Nella fase di approfondimento sono stati utilizzati tutti gli strumenti descritti nel capitolo "Efficacia nella pratica dei servizi italiani dell'intervento psicologico di J. Milgrom per puerpere con depressione post partum" di Mirabella *et al.*

Alla somministrazione degli strumenti è seguito il colloquio clinico. La diagnosi di depressione post partum è stata confermata sulla base del colloquio clinico e dell'intervista semi-strutturata *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Lecrubier *et al.*, 1997).

Alle donne alle quali è stata confermata la diagnosi è stato proposto il trattamento cognitivo-comportamentale sulla depressione post natale ideato da Jeannette Milgrom (Milgrom *et al.*, 2003).

Complessivamente hanno iniziato il trattamento 21 donne e di queste 19 lo hanno concluso e 2 lo hanno interrotto prima del suo termine; 12 donne non hanno ricevuto conferma della diagnosi.

Il trattamento si è svolto con modalità di gruppo quando è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti, in caso contrario con modalità individuale. Complessivamente sono stati attivati 2 gruppi nel Consultorio di Oderzo e 2 gruppi nel Consultorio di Villorba.

Il trattamento della depressione post natale sul modello Milgrom è composto di 9 incontri con le mamme (più uno di verifica e mantenimento) più tre incontri con i rispettivi partner.

I contenuti di ciascun incontro sono stati i seguenti:

- 1° *incontro*: psicoeducazione sulla depressione post partum, consegna scheda di monitoraggio dell'umore e schede informative;
- 2° *incontro*: psicoeducazione sul modello bio-psico-sociale della depressione e interventi comportamentali di aumento delle attività piacevoli, consegna schede informative e compiti a casa;
- 3° *incontro*: revisione dell'incontro precedente e dei compiti a casa e addestramento alla tecnica del Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson (1929);
- 4° *incontro*: addestramento all'assertività ed esercizi di *role playing*, consegna schede e compiti a casa;
- 5° *incontro*: revisione dei compiti a casa, storia familiare e genogramma;
- 6° *incontro*: si introduce in modo più strutturato il tema del legame tra pensieri e umore con lo scopo di fornire l'"anello mancante" e di mostrare la forza delle autoaffermazioni (pensieri) come strumento per modificare l'umore;

- 7° *incontro*: prosegue il lavoro cognitivo iniziato negli incontri precedenti. Lo scopo è quello di concentrarsi sulle tecniche che permettono di aumentare i pensieri positivi e di diminuire quelli negativi o di autodisapprovazione;
- 8° *incontro*: lo scopo è quello di aiutare le madri a mettere in discussione le loro credenze irrazionali e i pensieri automatici ad esse associati;
- 9° *incontro*: lo scopo è di avviare una discussione di gruppo sulle abilità apprese. Questo incontro è l'ultimo incontro regolare con le madri di questo gruppo. Sarà difficile per loro dirsi addio, così come lo sarà per il terapeuta. È una buona idea che il terapeuta renda l'incontro finale diverso dagli incontri precedenti preparando un dolce o un tè per festeggiare.
- 10° *incontro*: consolidare quello che ho imparato. Questo incontro è di mantenimento. Dovrebbe svolgersi non oltre tre o quattro settimane dopo l'ultimo incontro della terapia di gruppo.

Sono stati aggiunti due moduli clinici:

- *Coinvolgere i papà*
 - 1° *incontro con i partner - I padri e la depressione post natale*. Psicoeducazione sulla depressione post partum e spazio alla paternità;
 - 2° *incontro con i partner - La relazione di coppia e le modalità di aiuto e supporto alle compagne*;
 - 3° *incontro con i partner - Farcela da soli*. Il contenuto dei primi due incontri è molto ricco e questo incontro finale si concentra sul modo in cui le coppie stanno usando gli strumenti presentati e sull'incoraggiarle a usarli.
- *La presenza dei bambini: il baby HUGS*
 Il modulo del baby HUGS – *Happiness* (serenità), *Understanding* (comprensione), *Giving* (dare), e *Sharing* (condividere) – può essere inserito alla fine del programma, subito prima del nono incontro. Il programma è composto da alcuni incontri strutturati per favorire l'interazione tra genitori e figli.
 - 1° *incontro - Giochiamo!* Gioco e contatto fisico. Lo scopo è quello di mettere in luce il piacere che deriva da un'interazione efficace tra una madre e il suo bambino, così come l'importanza della comunicazione non verbale. È anche un'opportunità per osservare le difficoltà di relazione nella diade madre-bambino che verranno affrontate negli incontri successivi;
 - 2° *incontro - Impariamo qualcosa sul nostro bambino*. Osservare e capire i suoi segnali;
 - 3° *incontro - Analizziamo i nostri sentimenti*. Risposte dei genitori ai segnali del neonato.

A fine trattamento ad ogni donna sono stati somministrati tutti i questionari usati in fase di approfondimento e sono stati così comparati e restituiti i risultati ottenuti. Ogni donna è stata ricontattata a distanza di 6 mesi per un follow-up, nel corso del quale sono stati nuovamente somministrati tutti i questionari ed è stato valutato e discusso il mantenimento dei benefici raggiunti.

A fine progetto i follow-up a 6 mesi di distanza dalla conclusione del trattamento sono stati 18 e solo 1 donna è risultata non disponibile.

Il progetto, comprensivo delle fasi di sensibilizzazione, screening, approfondimento, trattamento e follow-up, ha dimostrato la sua fattibilità all'interno del Servizio del Consultorio familiare ed è stato realizzato grazie al lavoro condiviso di un'équipe multiprofessionale. Ha contribuito ad implementare la motivazione degli operatori all'ambito della depressione post partum, ha dato occasione di discussione tra le varie figure professionali sul tema depressione

post partum, ha permesso la collaborazione delle diverse figure professionali appartenenti al Servizio.

Bibliografia

- 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.
- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1929.
- Lecrubier Y, Sheehan DV. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-31.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM (Ed.) *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson; 2003.

UNITÀ OPERATIVA DI CAMPOBASSO

Valentina Ialenti, Tania Colardo, Manuel Alejandro Morales-Garcia, Franco Veltro
ASReM, Dipartimento di Salute Mentale, Campobasso

Nel periodo perinatale, la donna è particolarmente vulnerabile nei confronti del disturbo depressivo. Infatti, secondo alcuni studi (Gaynes *et al.*, 2005; Banti *et al.*, 2011), la depressione maggiore e minore presenta tassi di prevalenza che variano rispettivamente tra l'8,5% e l'11% in gravidanza e tra il 6,5% e il 12,9% nel primo anno post partum. Tuttavia, solo una piccola percentuale dei casi viene identificata e trattata, con importanti conseguenze negative sulla salute mentale della madre, del partner, sulla relazione coniugale e sullo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale del bambino (Banti *et al.*, 2011). Appaiono quindi fondamentali l'identificazione dei fattori di rischio e uno screening precoce, al fine di attuare un tempestivo trattamento.

Allo stato attuale limitati sono gli studi che sostengono prove a favore dell'efficacia di screening routinari per la depressione nell'immediato periodo post partum (Reay *et al.*, 2011). Tuttavia l'American Academy of Pediatrics raccomanda lo screening routinario sia nel periodo post partum che ad ogni visita di controllo del nuovo nato (fino ad un anno di età) sulla base delle seguenti evidenze: la depressione post partum è attualmente sottostimata, mentre lo screening ne aumenta il riconoscimento (Mishina & Takayama, 2009; Earls, 2010).

La necessità di effettuare screening routinari si basa in parte sulla storia naturale del disturbo così come riportato in una meta-analisi di Gaynes e collaboratori (2005) di 28 studi che hanno incluso circa 15.000 donne. La prevalenza di diagnosi di depressione post partum basata sulla valutazione da colloqui clinici è stata del 3,8% a 4 settimane, aumentando al 4,7% a 12 settimane e 5,6% a 26 settimane. La crescente prevalenza del disturbo fino a 6 mesi dopo il parto ne suggerisce un esordio tardivo.

Anche il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2004, 2007) sottolinea l'importanza dello screening quale strumento utile per ridurre l'impatto della depressione superando il divario tra l'esistenza di trattamenti efficaci e l'ampio numero di soggetti che non ricevono gli stessi; divario dovuto alle scarse motivazioni delle pazienti nel cercare assistenza (sottovalutazione dei sintomi, sensazione di potercela fare da sole, timori relativi alla stigmatizzazione sociale), all'attitudine dei professionisti nel riconoscere la condizione e alle carenze nella rete assistenziale.

Gli strumenti di screening dunque risultano di particolare utilità nell'individuare situazioni a rischio o potenzialmente tali e nel monitoraggio e controllo delle stesse, ma non possono sostituire né il colloquio né l'osservazione clinica (NCCPC, 2006) inoltre non rappresentano uno strumento diagnostico.

Jardri *et al.* (2010) e Morrell *et al.* (2009) sottolineano che se il personale sanitario utilizzasse, ai primi segnali di malessere della donna, uno strumento o scala di valutazione per la depressione, come ad esempio la scala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox *et al.*, 1987), si riuscirebbe ad individuare una situazione potenzialmente a rischio riducendo il rischio di complicanze e avendo anche una ricaduta positiva sul sistema sanitario in termini di costi di prevenzione piuttosto che di cura.

Inoltre gli strumenti di screening sono utili in quanto raccolgono un buon numero di informazioni, soprattutto se affiancati dall'osservazione diretta degli esperti, e risultano tanto

più efficaci quanto più sono chiari nelle istruzioni, veloci e di facile compilazione (Venkatesh *et al.*, 2014).

Anche se molti strumenti di screening sono auto compilati, come lo stesso EPDS, è necessaria una formazione adeguata degli operatori il cui compito è quello di approfondire con domande i contenuti emersi dalle scale di valutazione (Beyondblue, Clinical Practice Guidelines, 2011). Nell'Unità Operativa di Campobasso nell'ambito del progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" il primo step è stato caratterizzato dalla costituzione di un gruppo di coordinamento formato da rappresentanti del Dipartimento di Salute Mentale, del Distretto Sanitario, da pediatri di base che hanno aderito volontariamente, da professionisti del Consultorio Materno-Infantile e dal Direttore dell'Unità di Ginecologia dell'Ospedale "Cardarelli". In questo modo si è formato un comitato tecnico-scientifico, con lo scopo di migliorare l'accessibilità delle donne al progetto.

La Direzione del comitato è stata affidata al Distretto Sanitario, così come la base operativa è stata collocata nella sede dell'Azienda Sanitaria Locale, quindi al di fuori del circuito della salute mentale.

Sono state svolte alcune riunioni per scegliere le soluzioni migliori al fine di favorire una puntuale informazione sul progetto e una possibile capillare azione di sensibilizzazione e adesione allo screening. Nelle riunioni è stata presa in considerazione soprattutto la modalità di coinvolgimento del personale dell'Unità ospedaliera del reparto di Ginecologia. Il comitato all'unanimità ha deciso di responsabilizzare le ostetriche e la direzione infermieristica di quel reparto; allo stesso modo il personale del consultorio e in particolare il medico che da anni svolge corsi preparto.

Si è deciso altresì di usare l'opuscolo informativo (Appendice A1) e i poster informativi sul progetto in sede distrettuale, presso l'ospedale, il Consultorio Materno Infantile, alcuni studi di pediatria e le sedi dei corsi preparto tenuti da privati, oltre il Centro di Salute Mentale.

All'inizio dello screening sono state sensibilizzate e dunque reclutate per lo studio 907 donne. Il reclutamento è avvenuto, per gran parte (circa il 90%), presso l'Unità Operativa Ospedaliera di Ginecologia e solo in minima parte (10%) presso i corsi preparto. Delle 907 donne 452 hanno manifestato la volontà di aderire al progetto, mentre 455 hanno espresso un parere contrario.

Delle 452 donne aderenti, sono state sottoposte a screening 356 e individuate 8 a rischio di depressione post partum. Inoltre 2 donne avevano un punteggio all'EPDS superiore a 24 e sono state pertanto direttamente inviate ai servizi psichiatrici. Le restanti 96 non hanno effettuato lo screening per differenti motivi.

La valutazione effettuata da operatori precedentemente formati, è avvenuta tra la 6^a e la 12^a dopo il parto e si è avvalsa di strumenti ad hoc quale EPDS (Appendice A3), Positivity Scale (Caprara *et al.*, 2012) e un *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica* (Appendice A2).

Dalla nostra esperienza lo screening ha avuto sicuramente il merito di evidenziare situazioni a rischio ma, nella nostra realtà la percentuale rilevata è stata più bassa rispetto alla media nazionale (circa il 2% vs 10-12%).

Le cause potrebbero essere:

- la sottovalutazione dei sintomi da parte delle donne, dovuta ad un atteggiamento culturale predominante di tipo "normalizzante", cioè di non riconoscere i sintomi come conseguenza di uno stato psicologico specifico, ma come se fossero plausibili di uno stato generale di affaticamento, isolamento, ecc;
- la convinzione di potercela fare da sole a superare uno stato di disagio anche grazie all'aiuto della rete familiare, un aspetto culturale particolarmente diffuso nella regione Molise, ancora centrata, anche economicamente, sulla famiglia;

- in accordo con il punto precedente la difficoltà nella regione Molise, nel riconoscere l'istituzione come servizio alla persona, soprattutto in ambito sanitario e territoriale e nell'aderire a progetti istituzionali con finalità di prevenzione e di promozione della salute;
- la presenza di pregiudizi in termini di stigma sociale in caso di adesione al programma di screening. Questo aspetto è diffuso soprattutto nel campo della salute mentale, come osservato anche nel trattamento dei disturbi d'ansia o depressivi non legati al parto, con la conseguenza che le persone rifiutano l'opportunità anche gratuita o a basso costo di trattamenti efficaci. Infatti se si considera il numero totale di donne sensibilizzate (907) allo screening, ben 455 donne a cui era stato proposto il percorso di screening e valutazione hanno rifiutato.

Un ulteriore fattore legato alla bassa adesione al programma offerto è relativo alla procedura utilizzata per l'effettuazione dello stesso screening. Spesso le donne hanno difficoltà a raggiungere fisicamente il luogo in cui fare la valutazione, per questioni pratico-logistiche (distanze chilometriche, impossibilità di lasciare il bambino), e dunque rifiutano a priori l'aiuto offerto oppure risultano drop-out proprio nel periodo utile (6^a 12^a settimana) risultando irreperibili (nel nostro campione 43) o rifiutando apertamente (53).

Indubbiamente lo screening invece è uno strumento potenzialmente valido e fattibile nella routine dei servizi, efficace ed efficiente poiché la individuazione precoce e tempestiva abbate i futuri costi di un disturbo che si cronicizza o diventa più grave per il ritardo del trattamento.

Vi è necessità nelle zone interne come la Regione Molise di una continua campagna informativa con tutti i mezzi che sono a disposizione, soprattutto con testimonianze in prima persona di donne che hanno aderito e hanno ottenuto benefici. Una delle soluzioni potrebbe essere quella di uno spazio su siti web che si occupano di salute, fornendo informazioni sui risultati positivi, recapiti telefonici dove poter acquisire dettagli del programma di screening. Inoltre occorre un intervento flessibile e adattato alle esigenze del territorio prevedendo modalità alternative ma altrettanto utili.

Bibliografia

- Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramacciotti D, Montagnani MS, Camilleri V, Cortopassi S, Rucci P, Cassano GB. From the third month of pregnancy to 1 year post partum. Prevalence, incidence recurrence and new one set of depression. Results from the perinatal depression-research and screening unit study. *Compr Psychiatry* 2011;52:343-51.
- Beyondblue. *Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*. Melbourne: Beyondblue; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891>; ultima consultazione 25/1/2016.
- Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The Positivity Scale. *Psychol Assess* 2012;24:701-12.
- 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.
- Earls MF. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and post partum depression into pediatric practice. *Pediatrics* 2010;126:1032-9.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess* 2005;119:1-8.

- Jardri R, Maron M, Pelta J, Thomas P, Codaccioni X, Goudemand M, Delion P. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. *Midwifery* 2009;26:622-9.
- Mishina H, Takayama JI. Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:789-93.
- Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, Brugha T, Barkham M, Parry GJ, Nicholl J. Clinical effectiveness of Health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomized trial in primary care. *BMJ* 2009;338:a3045.
- NCCPC (National Collaborating Centre for Primary Care). *Routine postnatal care of women and their babies*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). London: Royal College of General Practitioners (UK); 2006.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2007. (NICE Clinical Guideline CG45). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg45>; ultima consultazione 9/10/2015.
- NICE. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2007. (NICE Clinical Guideline CG23). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg023>; ultima consultazione 29/10/2015.
- Reay R, Matthey S, Ellwood D, Scott M. Long term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *J Affect Disorder* 2011;129:94-103.
- Venkatesh KK, Zlotnick C, Triche EW, Ware C, Phipps MG. Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics* 2014;133:e45-53.

OSPEDALE FATEBENEFRATELLI

Federica Faustini (a), Chiara Genna (b), Daniela De Berardinis (a), Maria Grazia Pellegrini (a)
(a) *Unità Operativa Psicologia Clinica, Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma*
(b) *Unità Operativa Complessa Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma*

Il lavoro svolto all'interno dell'Ospedale Fatebenefratelli ha visto il coinvolgimento delle Unità Operative di Ostetricia e di Psicologia Clinica. 513 donne sono state sensibilizzate dalle ostetriche presso l'Ambulatorio della gravidanza e introdotte al progetto; 301 di loro hanno accettato di essere ricontattate dopo il parto, approfittando del controllo ecografico che viene fatto ai neonati presso l'ambulatorio pediatrico a due mesi dalla nascita. Tra queste, 130 hanno deciso di effettuare la valutazione recandosi presso l'Unità Operativa di Psicologia Clinica.

Il modello fondante del progetto è stato quello della ricerca intervento, modello che ha consentito a ostetriche e psicologhe di sperimentare un nuovo ruolo come ricercatore clinico. Nello specifico, la valutazione mediante appositi test standardizzati, ha permesso l'individuazione di donne positive allo screening e pertanto a rischio di depressione post partum (DPP) e successivamente l'effettuazione di un intervento clinico mirato in forma preventiva.

Risultati dello screening: riflessioni in merito all'esperienza della ricerca intervento

L'osservazione dei colloqui svolti, l'analisi dei questionari somministrati, il confronto con le altre figure professionali coinvolte, hanno permesso di tracciare alcune considerazioni e di delineare alcune questioni poste dalle mamme sulle quali è stato possibile riflettere:

- una prima questione ha riguardato la fattività di creare, attraverso uno stile relazionale collaborante, un modello culturale condiviso tra le diverse figure professionali che hanno operato all'interno del progetto e che era già presente nell'immaginario delle mamme in relazione al fatto che i servizi sanitari dovrebbero occuparsi di questa fase della loro vita, poter usufruire di figure professionali differenti e cooperative, che accompagnino e che supportino la donna dalla gravidanza fino ai primi mesi dopo la nascita del bambino;
- un secondo aspetto ha riguardato la possibilità di offrire alle mamme, all'interno di un setting valutativo e attraverso lo stimolo offerto dalle domande poste nei vari questionari, uno spazio di ascolto personale dove poter ripensare alla propria identità: come compagna, come madre, come figlia e come donna e che fosse trasversale al processo diagnostico implicante o meno la possibilità di disagio psichico.

Il dato interessante, in questo caso, è stato quello di poter osservare, nel loro vissuto, un tema che sembra accomunare sia le donne che sono risultate positive allo screening, sia quelle che non sembrano essere a rischio di DPP, ossia quello di considerare la maternità come processo relazionale in cui l'amore materno può portare con sé aspetti ambivalenti.

Conclusioni

Da quanto emerso finora, ci siamo posti l'interrogativo su come si possa rispondere in maniera efficace e innovativa ai bisogni dei genitori e su come si possa migliorare la funzione di accompagnamento verso l'assunzione da parte della coppia del suo ruolo genitoriale.

Potrebbe essere utile proporre una continuità nell'assistenza alla coppia dalla gravidanza al primo periodo dopo la nascita del bambino, che accompagni i genitori nel loro percorso emozionale, nella gestione e integrazione di eventuali aspetti ambivalenti e che li guidi nell'assunzione del proprio ruolo.

Gli interventi di gruppo sono preferibili perché basati anche sulle potenzialità del mutuo aiuto al fine di insegnare alle mamme a riconoscere il rapporto tra pensieri, emozioni e comportamenti. Gli obiettivi perseguibili sono: aiutare ad identificare e a monitorare le convinzioni erranee legate alla maternità e i pensieri disfunzionali legati ad una bassa autostima per sostituirle con pensieri più costruttivi e invitare a discutere le somiglianze e differenze negli stili genitoriali propri, del partner, dei propri genitori.

POLICLINICO UNIVERSITARIO AGOSTINO GEMELLI DI ROMA: IL CENTRO SOR.GE. E IL LAVORO MULTIDISCIPLINARE

Giovanni Scambia (a), Pietro Bria (a, b), Annafranca Cavaliere (a), Emanuele Caroppo (a, b),

(a) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma*

(b) *Centro di Ricerca HERA, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Il Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma si è inserito nel progetto dell'Istituto Superiore di Sanità "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum", nell'ambito di una collaborazione tra il Centro Sor.Ge. (Centro per la Sorveglianza Gestazionale) del Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, del Bambino e dell'Adolescente, l'Unità Operativa Complessa (UOC) di Consultazione Psichiatrica e il Centro HERA (*HEalth Human CaRe and social intercultural Assessment*), con il suo gruppo di psichiatri e psicologi.

Il Centro Sor.Ge. è un centro di diagnosi strumentale ultrasonografica prenatale nel quale accedono principalmente pazienti per effettuare:

- approccio consapevole alla diagnosi prenatale non invasiva (I trimestre – test combinato);
- servizio di diagnosi prenatale con Ecografia ostetrica e Flussimetria ostetrica (gravidanze a basso e alto rischio);
- monitoraggio cardiocografico fetale (CTG) in gravidanza fisiologica (>38 settimane gestazionali) e in gravidanze a rischio (epoca gestazionale variabile a seconda della patologia materna e/o fetale);
- sorveglianza della gravidanza protratta e oltre termine;
- ambulatorio "Mamme del Mondo";
- pazienti con malattie infettive sessualmente trasmesse in gravidanza.

L'implementazione del progetto è stata realizzata da dicembre 2013 fino a maggio 2014. La prima fase è stata finalizzata alla sensibilizzazione delle donne in gravidanza. La scelta della popolazione da sensibilizzare è caduta selettivamente sulle donne gravide che accedevano al Centro Sor.Ge. a partire dalle 38 settimane di gestazione fino al parto per effettuare il monitoraggio cardiocografico (CTG), che è un controllo strumentale routinario a fine gestazione per indagare il benessere del feto.

Si è scelto questo momento, tra le varie possibilità per il reclutamento delle donne, in quanto il suddetto esame è caratterizzato da una durata minima di venti minuti, tempo in cui spesso la donna è sola nell'ambulatorio, predisposta pertanto all'ascolto del medico sensibilizzatore.

Durante l'esecuzione del CTG il medico ha presentato il progetto alla donna, illustrandone obiettivi e organizzazione, e dopo aver chiarito eventuali dubbi, ha consegnato il predisposto opuscolo informativo. La donna che decideva di aderire, lasciava i suoi dati e recapiti per poter essere ricontattata dopo il parto, in modo da concordare l'effettuazione dello screening 6-8 settimane dopo il parto stesso, occasione in cui le veniva offerta anche una visita ginecologica di controllo post partum.

Porre lo screening combinato alla visita ginecologica a 6-8 settimane dal parto e nello stesso ambulatorio in cui era avvenuta la sensibilizzazione è stata una scelta mirata, nel tentativo di favorire l'accesso ad una struttura familiare e offrendo una prestazione (la visita ginecologica) obbligatoria nell'iter del partum.

I nostri risultati hanno mostrato che delle 240 donne sensibilizzate con queste modalità, 211 hanno dato la disponibilità ad essere ricontattate dopo il parto.

La seconda fase è consistita nel ricontattare queste 211 donne per concordare un appuntamento. Di queste, 97 hanno accettato di fissare l'appuntamento, 60 non hanno risposto ai tentativi di chiamata o hanno rimandato più volte l'appuntamento senza infine presentarsi e 54 hanno revocato la loro disponibilità ad effettuare lo screening per mancanza di tempo e difficoltà organizzative, attuale disinteresse a partecipare, o visita del post partum già effettuata in altro presidio sanitario.

Delle 97 donne con cui era stato programmato l'appuntamento, 50 si sono effettivamente presentate il giorno dell'appuntamento concordato, sottoponendosi allo screening.

Le donne che hanno aderito sono state visitate dal ginecologo ed hanno effettuato lo screening e l'approfondimento in caso di positività all'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), con la batteria di test previsti nel protocollo di ricerca somministrati dalle psicologhe della UOC di Consultazione Psichiatrica e del Centro HERA che hanno partecipato allo studio e che erano sempre presenti in ambulatorio nei giorni concordati per l'appuntamento. Quattro donne (8%) sono state avviate al trattamento.

Si è cercato di comprendere anche quali fossero state le motivazioni che avessero portato le rimanenti 47 donne a non presentarsi il giorno dell'appuntamento, ricontattandole. Le motivazioni addotte sono state principalmente difficoltà organizzative e lontananza.

Analizzando i dati ottenuti, si può evidenziare quindi un'iniziale ed entusiastica disponibilità di adesione al programma, non confermata però dalla maggior parte delle donne dopo il parto, per le accresciute difficoltà organizzative e per la mancanza di tempo in questo delicato periodo della loro vita. In particolare erano presenti delle difficoltà a raggiungere agilmente e in tempi contenuti il Centro da parte di donne che risiedevano in aree urbane e suburbane più distanti.

Le visite di routine per il monitoraggio CTG e quelle di controllo successive al parto rappresentano un'opportunità per sensibilizzare ed effettuare lo screening della depressione post partum. Benché le condizioni siano molto favorevoli, in particolare per il rapporto di fiducia creatosi tra la donna e i medici che l'hanno seguita per tutta la gravidanza, l'effettuazione dello screening risente fortemente delle difficoltà di ordine pratico delle donne dopo il parto.

È auspicabile a nostro parere l'introduzione di percorsi nascita che possano intercettare e accogliere tutti i bisogni della donna dalle prime fasi della gravidanza fino al puerperio mirando alla prevenzione come obiettivo prioritario per arginare le conseguenze che la depressione del post partum potrebbe avere sullo sviluppo del bambino e sull'armonia della famiglia.

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI ROMA: IL CENTRO HERA E LA PRESA IN CARICO DELLE MAMME STRANIERE

Emanuele Caroppo (a, b), Simona Lombardi (b), Patrizia Brogna (b), Roberta D'Auria (b),
Pietro Bria (a, b),

(a) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma*

(b) *Centro di Ricerca HERA, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Già da tempo al Policlinico Gemelli di Roma è in atto la riflessione e la proposta di riorganizzazione per il miglioramento della presa in carico dell'utenza straniera. Da qualche tempo è stato istituito il Centro di ricerca universitario HERA e in tutti gli Istituti e le aree sanitarie i progetti si orientano verso la riflessione interculturale.

Si riflette su possibili miglioramenti sia nella direzione progettuale che nella presa in carico delle pazienti presso Centri specializzati e attrezzati dove afferiscono sia le mamme italiane che le immigrate, in particolare creando spazi clinici dove le donne temporaneamente presenti in Italia, con difficoltà linguistiche, culturali, sociali o socio-economiche, possano essere accolte e seguire periodici controlli ostetrici e post-natali, dedicando loro percorsi facilitati e ottimizzati.

Per il Centro HERA:

“L'analisi della condizione materna e delle sue derive psicopatologiche è stata proposta alla luce della cornice culturale all'interno della quale tali patologie si presentano, così da poter considerare i sintomi non solo come indici di malattia di un individuo, ma anche come espressione del disagio di una persona all'interno di uno specifico contesto culturale, delle tensioni, contraddizioni, espressioni e dei giochi di potere in esso insiti”. (Bria *et al.*, 2010)

Il Centro di ricerca HERA rivaluta in chiave culturale le categorie diagnostiche e gli interventi clinici della cura a favore della salute delle donne e della tutela di genere.

Un obiettivo auspicabile è, di certo, il miglioramento delle procedure di accoglienza per le donne straniere con difficoltà.

Già alla prima accettazione il personale sanitario dovrebbe essere in grado di verificare le competenze linguistiche della donna e, se necessario, attivare una procedura di mediazione culturale.

Successivamente presso le stanze di degenza (ricovero per gravidanza a rischio, travaglio o parto e post partum), l'obiettivo da porsi dovrebbe includere la soddisfazione dei bisogni delle donne immigrate che spesso si trovano in situazioni di isolamento familiare e socio-culturale.

Ad esempio, la possibilità di accogliere le partorienti in stanze singole offre la possibilità alla donna di avere accanto il marito o altro familiare che, spesso, diventa un importante elemento di mediazione. Inoltre, lo spazio dedicato favorisce la libertà psicologica di mettere in atto alcuni dei comportamenti culturali appartenenti al proprio contesto di origine.

Il personale sanitario dovrebbe sempre porre, durante la gravidanza e il periodo peripartum, una particolare attenzione ai loro specifici bisogni cercando di rassicurarle e informarle dettagliatamente sulle procedure sanitarie riguardanti loro stesse e il nascituro.

L'ostetrica, il medico e tutto il personale infermieristico e non, potrebbero farsi aiutare dal marito o dal familiare (se a conoscenza della lingua) oppure dal mediatore culturale, se la paziente non comprende la lingua italiana.

La paziente straniera è sicuramente una paziente che, anche per problemi linguistici, richiede che le venga dedicato un tempo maggiore: va spesso, quindi, a configurarsi una situazione di difficoltà tra l'operatore che si sente incalzato dall'urgenza e la paziente che non si sente ben curata e perde fiducia anche nella struttura a cui si è rivolta.

La direzione verso cui attualmente è necessario procedere è quella centrata sul sostegno e la comunicazione a più livelli: formazione interculturale del personale sanitario e miglioramento dei contesti informativi e di supporto per le pazienti straniere.

Riguardo l'utenza si può certamente lavorare per favorire un accesso migliore alle donne immigrate presso i Servizi materno-infantili dell'ospedale dove l'équipe è in grado di accogliere una domanda globale di assistenza non solo riguardanti la salute, ma spesso anche per problemi sociali complessi. Si rende importante la presenza di psicologi o assistenti sociali nell'équipe che potrebbe più agevolmente veicolare e inviare i bisogni verso i Servizi Territoriali.

Inoltre, riguardo il personale sanitario l'istituzione di corsi periodici centrati sulle tematiche interculturali potrebbe concretamente generare la formulazione di nuove possibilità applicative atte a sviluppare una sempre più efficace metodologia di mediazione culturale e presa in carico.

In concreto si potrebbe pensare di creare degli spazi integrati in cui confluiscono varie figure professionali che possano garantire: accoglienza e individuazione della domanda, servizio di mediazione linguistica e culturale, visite ostetriche in gravidanza e puerperio, visite ginecologiche, colloqui sociali, colloqui psico-sociali individuali e di coppia, gruppi di preparazione alla nascita, gruppi di discussione su tematiche specifiche (mutilazioni genitali femminili, diritto di famiglia) invio ad altri Servizi dell'Ospedale e a strutture territoriali.

Riguardo l'attività di mediazione culturale si potrebbero strutturare progetti a più livelli finalizzati a raggiungere gli utenti per informare, facilitare l'accesso alla struttura, esplicitare o chiarire domande ai loro bisogni, tradurre per loro documenti e prescrizioni sanitarie e, finalizzati, nel contempo, a formare gli operatori.

Il mediatore potrebbe essere presente durante la visita medica per aiutare nella raccolta dell'anamnesi, per esporre eventuali sintomi e bisogni espressi dalla paziente, per chiarire la modalità di assunzione dei farmaci, delle terapie e di eventuali indagini successive.

Riguardo i gruppi di preparazione al parto, oltre a favorire l'accesso alle mamme straniere, si potrebbero organizzare degli incontri specifici che tengano conto delle varie culture riguardo la nascita, ma che, nel contempo, aiutino a comprendere i diversi aspetti della gravidanza così come è concepita nella cultura occidentale.

Una buona attività di mediazione strutturata e coordinata con le comunità straniere attraverso i loro referenti, potrebbe rispondere in maniera più efficace alle esigenze delle pazienti e degli operatori in cui risulta indispensabile la consapevolezza di non dover "progettare per" ma "progettare con".

Bibliografia

Bria P, Caroppo E, Brogna P, Colimberti M, Callieri B. *Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni*. Roma: SEU Società Editrice Universo; 2010.

APPENDICE
Alcuni strumenti utilizzati nel progetto ISS

APPENDICE A1. Opuscolo informativo



COME PREVENIRE LA DEPRESSIONE POST PARTUM E SENTIRSI NUOVAMENTE SE STESSA



COME PREVENIRE LA DEPRESSIONE POST PARTUM E SENTIRSI NUOVAMENTE SE STESSE

Questo opuscolo è stato realizzato nell'ambito del Progetto "Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum" finanziato nel marzo 2012 dal Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) (CUP-I85J11000900005).

INTRODUZIONE



PER CHI È QUESTO OPUSCOLO?

Per tutte le future mamme, le neomamme e... i loro familiari ed amici.

QUAL È IL SUO SCOPO?

Fornire consigli pratici su come gestire il periodo della gravidanza e del post partum e, in particolare, sensibilizzare ed informare le donne sul rischio di depressione post partum e i loro familiari sulla opportunità di un intervento precoce.

COSA CONTIENE QUESTO OPUSCOLO?

Alcune informazioni sintetiche su:

- Falsi miti dell'amore materno
- Gravidanza
- Cambiamento
- Rapporto con il bambino
- Consigli pratici per la mamma
- Consigli pratici per il papà
- Campanello d'allarme
- Approfondimenti su cosa è la depressione post partum

CURATORI

G. Palumbo, I. Cascavilla, D. Del Re, F. Mirabella e A. Gigantesco
Reparto Salute Mentale, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità;
F. De Angelis, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Facoltà di
Medicina e Psicologia, Sapienza, Università di Roma.

In collaborazione con le Unità Operative del Progetto, operanti
nelle seguenti ASL e Az. Ospedaliere: Az. ULSS 9, Distretto
Sanitario di Oderzo, Treviso; A.S.R.eM. Distretto Sanitario di
Campobasso; Azienda Ospedaliera di Treviglio, Bergamo

BREVE BIBLIOGRAFIA

- Depressione post natale. J. Milgrom, P.R. Martin, L.M. Negri. Edizioni Erickson, 2003.
- La depressione. Che cosa è e come superarla. P. Morosini, D. Piacentini, D. Leveni, G. McDonald, P. Michielin. Avverbi Edizioni, 2004.
- Sistema e Personalità. A. Meneghetti. Psicologica Editrice, Roma 2007.
- Diventiamo mamma e papà. J. Milgrom, J. Ericksen, B. Leigh, Y. Romeo, E. Loughlin, R. McCarthy, B. Saunders. Edizioni Erickson, 2012.

FALSI MITI DELL'AMORE MATERNO



GENITORI NON SI NASCE...
SI DIVENTA!

Cara mamma, la nascita di un bambino, nei paesi occidentali, così come in altre culture, viene considerata da sempre come un evento gioioso. E' un momento di festa, soddisfazione e speranza.

In realtà, nonostante la nascita sia considerata un evento gioioso, *vivere il nuovo ruolo materno in prima persona comporta oltre che cambiamenti di vita e della routine quotidiana, anche nuove e crescenti responsabilità.*

I pianti del proprio bambino, le eventuali preoccupazioni per le sue condizioni di salute, le notti in bianco richiedono un grande investimento emotivo e una grande resistenza fisica da parte di entrambi i genitori.



FALSI MITI DELL'AMORE MATERNO

Essere genitori comporta quindi un lavoro continuo e impegnativo e una grande capacità di adattamento alla nuova realtà.

I compiti infatti possono essere molto impegnativi, c'è una gran quantità di cose da imparare anche per chi non è alla prima esperienza: ogni gravidanza, ogni parto, ogni bambino possono comportare esperienze diverse. **Accade spesso, infatti, di convivere con aspettative poco realistiche che si rivelano fonte di pensieri negativi.**

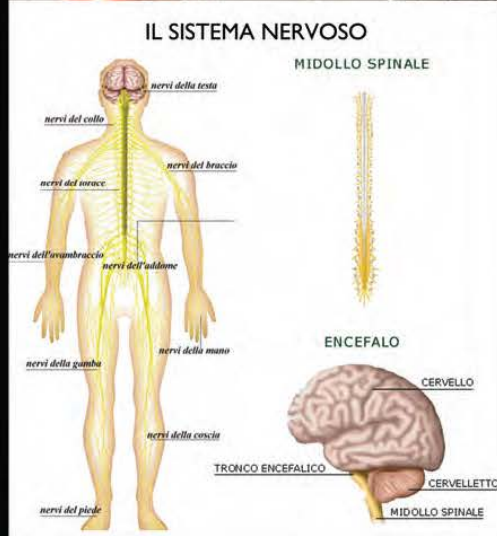
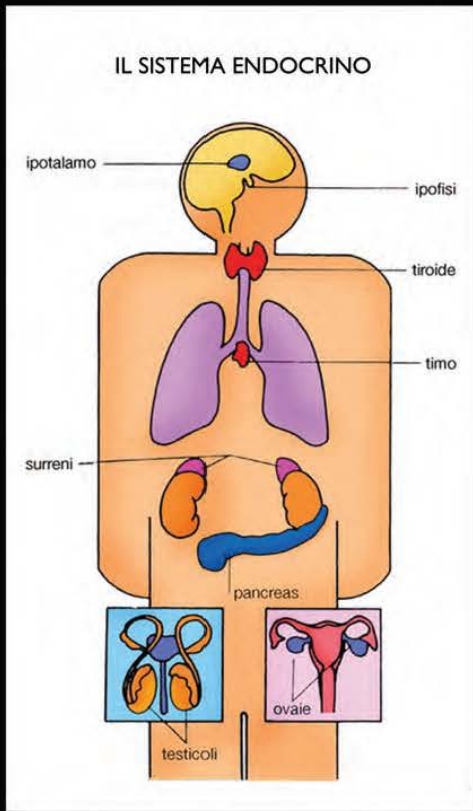
Ad esempio, si pensa che le donne in gravidanza siano sempre felici, che la vita non cambierà, che avere un bambino migliorerà il matrimonio, che si saprà istintivamente come occuparsi del bambino o ancora, che c'è qualcosa di sbagliato se non si riesce ad affrontare la situazione.

Accade spesso, infatti, di convivere con aspettative poco realistiche che si rivelano fonte di pensieri negativi.

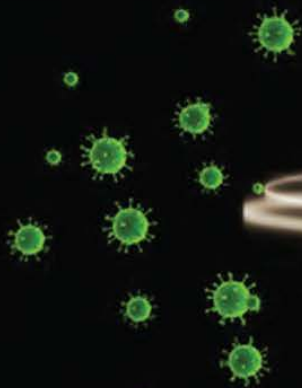


A volte, ci possono essere dei veri e propri **'Falsi miti dell'amore materno'**, come ad esempio: "l'amore materno è del tutto incondizionato", oppure "le madri dovrebbero porre sempre al primo posto i bisogni del bambino". Alcune mamme si annullano totalmente per il loro piccolo: trascurano completamente le loro esigenze fisiche e psicologiche, il loro rapporto di coppia e tutto quanto non sia strettamente connesso alla cura del piccolo. La paura di essere considerate delle madri inadeguate, alimentata da queste aspettative poco realistiche, può portare le donne a sentirsi colpevoli e ad essere poco inclini a cercare aiuto, dimenticando che ci vuole del tempo per adattarsi alla maternità.

***E' bene ricordarlo:
genitori non si nasce, si
diventa...***



IL SISTEMA IMMUNITARIO





LA GRAVIDANZA: UN POTENZIALE INASPETTATO!

Per il buon funzionamento del nostro organismo è molto importante l'azione coordinata di 3 sistemi:

immunitario, endocrino e nervoso.

Il sistema endocrino è quello che, attraverso la produzione degli ormoni, regola le funzioni dell'organismo.

I cambiamenti durante la fase mestruale e ovulatoria, ad esempio, sono tutti dettati dagli ormoni.

Il sistema immunitario vigila sulla nostra integrità fisica, difendendoci da tutti i possibili agenti dannosi.

Il sistema nervoso si comporta come un grande coordinatore che riceve informazioni di ogni tipo dall'ambiente esterno e dall'ambiente interno del nostro corpo, consentendoci di agire attivamente nel mondo, di pensare, di immaginare, ma anche di sentire.

La gravidanza rappresenta un momento particolare in cui questi 3 sistemi si potenziano a vicenda e possono dare alla donna una sorta di percezione di "invincibilità" che è probabilmente funzionale a proteggersi e a proteggere la nuova vita che si sta sviluppando dentro di lei.

LA GRAVIDANZA: UN POTENZIALE INASPETTATO!

Estrogeni e progesterone aumentano costantemente durante la gravidanza per conservare l'endometrio, la parete dell'utero sulla quale si forma l'embrione, preparare la ghiandola mammaria per la lattazione e inibire lo sviluppo di nuovi follicoli ovarici.

Gli estrogeni non agiscono soltanto a livello ovarico e uterino, ma hanno anche un'azione sul sistema cardiovascolare, sulle ossa, sulla pelle, sui muscoli, e, in genere, hanno un'azione benefica sul tono dell'umore. Il progesterone, in genere, induce un senso di maggiore tranquillità e rilassamento.

Una cosa che sicuramente avrai notato, o che probabilmente noterai più in là, è che la donna in gravidanza ha una sorta di sensibilità più spiccata. Tutte le percezioni che la donna avverte sembrano quasi potenziate. Cambiano gli odori, i sapori, i gusti.

Da tutte queste cose, possiamo dedurre che la gravidanza è un fatto eccezionale.



*È una forza nuova, un'energia vitale
che senti nascere dentro di te.*

CAMBIAMENTO



ABITUARSI AL CAMBIAMENTO

Mentre la gravidanza è per lo più un momento molto positivo in cui la donna riceve attenzioni e vive serena in attesa del figlio in arrivo, il periodo che va immediatamente dopo il parto e che dura circa 6-8 settimane, rappresenta un momento più difficile.

Intanto c'è un altro sconvolgimento ormonale con cui fare i conti, ossia la caduta brusca degli estrogeni e del progesterone. A ciò si aggiungono le nuove esigenze del bambino da soddisfare e le aspettative della famiglia e della società, da non deludere! Per fortuna dal punto di vista fisiologico, la condizione ormonale si riequilibra entro poche settimane, i dolori e la fatica del travaglio passano e in genere vengono dimenticati.

CAMBIAMENTO

E allora perché a volte ci si sente depresse?

Il cambiamento di ruolo, il timore per le imminenti responsabilità, l'aspetto fisico, sono tutte cose nuove che potrebbero generare preoccupazione e farti sentire triste.

Mentre per 9 mesi sei stata al centro dell'attenzione di tutti, ora tutte le attenzioni sono rivolte a tuo figlio. Cambia anche la relazione con il tuo partner. Il modo in cui il tuo compagno ti vede ora è un pò diverso, ma soprattutto è diverso il modo in cui tu immagini che lui ti veda. Spesso cambia anche la tua vita sessuale.

**NO
Stress**

E il rapporto con il bambino?

Ci si può sentire non all'altezza del ruolo materno che si è chiamate a svolgere, si può temere di fare qualcosa di sbagliato.

A volte, ci si può sentire in colpa perché ci piacerebbe fare qualcosa di piacevole invece di vivere in assoluta dipendenza da lui.



Tutti questi cambiamenti e tutte queste prove non ti devono scoraggiare perché si può trovare la forza per affrontarli.



CONSIGLI PRATICI PER LA MAMMA



“Se hai cura del tuo benessere psico-fisico, hai contemporaneamente cura del tuo bambino”.



✓ Cerca di fare lunghe docce rilassanti ed esercizi di respirazione, soprattutto la sera prima di andare a dormire. Cerca di dormire o anche solo di riposare, se ti è possibile quando il bambino dorme e, non sentirti in colpa se sei riuscita a ritagliarti un angolo tranquillo tutto tuo, il bambino starà bene anche se dorme in un'altra stanza.

✓ Cerca di mangiare bene e se ti è possibile, alimentati con cibi naturali e freschi.



CONSIGLI PRATICI PER LA MAMMA

- ✓ Non sentirti colpevole dei sentimenti di inadeguatezza che potresti provare, i pensieri negativi si possono cambiare e non ti impediranno di essere una brava madre.
- ✓ Abbi cura del tuo aspetto esteriore. Vestiti bene, truccati se eri già abituata a farlo.



- ✓ Fai passeggiate nel parco o al mare, se facile da raggiungere.

Esci, di tanto in tanto, per riprendere qualche vecchia piacevole abitudine (hobby, chiacchierare con amici, ballare, suonare, etc.)



- ✓ Non trascurare totalmente le tue esigenze per tuo figlio. Lui è importante, ma per prima cosa vieni tu. Se tu non stai bene, lui potrebbe soffrirne e tu ti sentiresti peggio.



- ✓ Ottimizza i tempi. Pulisci e lava mentre il tuo bambino è sveglio e lo osservi. Riposati, come già detto, mentre lui si riposa e... non ti sentire in colpa di chiedere un' aiutino' a qualcuno che ti è vicino.
- ✓ L'aiuto 'pratico' in questa fase della vita è fondamentale. Non devi affrontare tutto da sola perché questo ti impedirebbe di dedicare qualche attenzione a te stessa, necessaria al recupero del tuo benessere. E allora, chiedi aiuto ai tuoi amici, ai familiari, ai vicini di casa. Loro saranno felici di aiutarti per un po' e tu sarai capace, appena possibile, di ricompensarli. Non delegare totalmente, però, la cura di tuo figlio ad altre persone perché tu sei per lui la figura più importante.





Consigli pratici per il Papà

Caro papà, l'arrivo di un figlio comporta dei cambiamenti nella relazione di coppia sia da un punto di vista psichico che fisico. Ti potrà capitare di percepire la tua partner distratta da te e presa dai bisogni del bambino o di sentirti messo da parte e poco amato.



Potrai sentirti inadatto o insicuro su come accudire tuo figlio; a volte ti sentirai non particolarmente utile per la crescita del bimbo.



CONSIGLI PRATICI PER IL PAPÀ



L'arrivo di un figlio comporta dei cambiamenti nella relazione di coppia sia da un punto di vista psichico che fisico

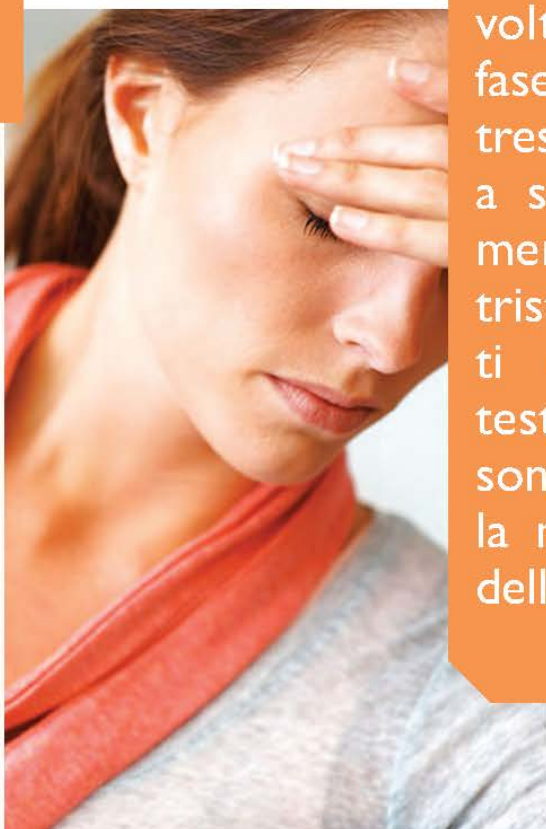
Per integrarti in quella che è una nuova realtà di coppia e per aiutare la tua compagna nel delicato momento del post partum, può essere utile offrirle aiuto nei lavori domestici, mostrarti disponibile all'ascolto e al dialogo e allo stesso tempo esprimere tranquillamente i tuoi pensieri e le tue emozioni.



Una cosa importante che potresti cercare di fare, nell'interesse di tutta la famiglia, è spingere la tua donna a coltivare i suoi interessi ed attività per lei piacevoli e ricreative.



CAMPANELLO D'ALLARME



Cara mamma, a volte, in questa fase della vita, potresti non riuscire a scacciare dalla mente pensieri tristi, negativi che ti occupano la testa e che possono durare per la maggior parte delle giornate.

CAMPANELLO D'ALLARME



Potresti avere delle alterazioni del ritmo del sonno o dei cambiamenti nell'appetito, o momenti di forte stanchezza che non ti fanno apprezzare i momenti gioiosi di questa nuova realtà.



Potresti provare risentimento verso il tuo partner, perché ti saresti aspettata da lui comportamenti diversi, o semplicemente più sostegno.

Anche la scarsa cura personale, una sensazione di ansia o una mancanza di interesse per le cose della vita quotidiana sono campanelli d'allarme che devono farti capire che hai bisogno di aiuto.



APPROFONDIMENTI

APPROFONDIMENTI

Che cos'è la depressione post partum?

In oltre il 70% delle madri si può verificare, nei giorni immediatamente successivi al parto, una reazione piuttosto comune, denominata 'baby blues' ('blues' significa malinconia), caratterizzata da una indefinibile sensazione di malinconia, tristezza, irritabilità e inquietudine, che raggiunge il picco 3-4 giorni dopo il parto e tende a svanire nel giro di pochi giorni, generalmente entro i primi 10-15 giorni dal parto. La sua insorgenza è dovuta principalmente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto (crollo degli estrogeni e del progesterone) e alla spossatezza fisica e mentale dovute al travaglio e al parto.

Distinta dal 'baby blues' è la 'depressione post partum', i cui sintomi sono più intensi e duraturi. Questa colpisce, con diversi livelli di gravità, circa dall'8 al 12% delle neo mamme ed esordisce generalmente entro tre mesi dalla nascita del figlio.

Quali sono le cause?

Le teorie principali ritengono che possono essere sia di ordine biologico che genetico, che psico-sociale.

Cause biologiche

La depressione può essere causata da cambiamenti nella regolazione dei cosiddetti neurotrasmettitori quali la serotonina e la noradrenalina, sostanze chimiche che controllano nel cervello il passaggio degli impulsi nervosi. La diminuzione della noradrenalina porta a minore iniziativa (minore capacità, ad esempio, di lavarsi, di uscire, etc.). La diminuzione della serotonina porta a un peggioramento nel sonno, ad avere una cattiva interazione con gli altri e aumenta la tendenza a pensare ossessivamente alle stesse cose.

Cause genetiche

I parenti di primo grado di una persona con disturbo depressivo maggiore hanno un rischio 2-3 volte più alto di avere nella loro vita un episodio depressivo.

Cause psico-sociali

Il rischio di depressione è maggiore nelle persone tese, con scarsa stima di sé, tendenti al pessimismo, poco fiduciose. Gli episodi depressivi possono essere preceduti e favoriti da eventi e situazioni stressanti che vengono vissuti da chi è portato alla depressione come difficoltà o perdite gravi e insuperabili o come fallimenti.

Talvolta invece i sintomi della depressione compaiono senza fattori scatenanti, senza che sia avvenuto niente di particolare, come se si 'girasse un interruttore'.

QUALI SONO I SINTOMI PIÙ FREQUENTI?

- Tristezza, abbattimento, sentirsi giù per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno.
- Perdita di interesse e di piacere nei confronti di attività che prima di solito piacevano.
- Senso di valere poco, di essere una fallita, di essere inutile o senso di vuoto.
- Senso di colpa eccessivo, convinzione di essere indegni.
- Difficoltà a concentrarsi a lungo nelle cose che si fanno o di prendere decisioni, anche piccole.
- Incapacità di pensare lucidamente.

- Disturbi del sonno: chi è depresso si può svegliare troppo presto al mattino senza sentirsi riposato o può avere difficoltà nell'addormentarsi. Vi sono però persone depresse che dormono troppo.
- Cambiamenti nell'appetito: per lo più le persone depresse perdono l'appetito e dimagriscono, altre invece mangiano di più, come se cercassero conforto o distrazione nel cibo.
- Agitazione, irrequietezza o invece rallentamento: il rallentamento si manifesta con maggiore lentezza nel fare le cose.
- Perdita di energia, facile stanchezza.
- Pensieri ricorrenti che non vale la pena di vivere.

Ci sono interventi preventivi?

... Oggi è possibile fare prevenzione!

Lo studio approfondito, in particolare, sui fattori di rischio psico-sociali hanno permesso di mettere a punto interventi preventivi efficaci.



INFORMAZIONI RELATIVE AI PERIODI PRE-PARTO E DELLA GRAVIDANZA

5. Ha avuto altre gravidanze prima di quest'ultima? No Sì (quante? |__|)
6. Ha già avuto altri figli prima di questo? No Sì (quanti? |__|)
7. Per questa gravidanza, ha fatto ricorso alla procreazione medico-assistita? No Sì
8. Questa gravidanza è stata valutata a rischio per suoi problemi di salute? No Sì
9. Questa gravidanza è stata valutata a rischio per problematiche di tipo genetico? No Sì
10. Ha partecipato ai corsi di preparazione al parto? No Sì
11. Ha partecipato o partecipa ai corsi dopo il parto (relazione madre bambino, massaggio infantile, ecc.)? No Sì
12. Ha avuto la visita ostetrica a domicilio dopo il parto? No Sì
13. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno 2 settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni? No Sì
14. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno 2 settimane di fila) in cui ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.) per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni? No Sì
15. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo lungo (almeno 6 mesi di fila) in cui si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito, quasi ogni giorno? No Sì
16. Attualmente prende farmaci che le sono stati prescritti per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici? No Sì
 se **Sì**, quale è il nome del farmaco/i ?

EVENTI STRESSANTI NEGLI ULTIMI 12 MESI

17. Negli ultimi 12 mesi, le è successo una o più delle seguenti cose?

a	grave malattia	i	furto di una cosa importante o perdita di una cosa importante
b	grave incidente o sono stata vittima di una violenza	l	cambio di casa
c	una persona cara è morta o ha avuto una grave malattia fisica o psichica	m	separazione coniugale o interruzione di un lungo rapporto sentimentale
d	una persona cara ha avuto un grave incidente o è stata vittima di una violenza fisica	n	separazione dai propri cari per motivi di lavoro o di salute
e	fine di un ciclo di studi o cambio di studi	o	guai con la polizia o con la giustizia (procedimenti penali o civili in corso)
f	cambio o perdita di lavoro	p	altri problemi gravi sul lavoro (es. coi colleghi)
g	gravi problemi sessuali	q	problemi con il partner
h	problemi economici	r	altri cambiamenti importanti (specificare.....)

18. Quanto disagio, sofferenza, stress queste cose le hanno procurato?

- nessuno lieve medio forte fortissimo, è stato terribile

19. In che periodo degli ultimi 12 mesi le è successo?

- nell'ultimo mese negli ultimi 2-3 mesi prima, anche se sempre nell'ultimo anno

INFORMAZIONI SULLO STATO D'ANIMO NELLA VITA, PRIMA DELL'ATTUALE GRAVIDANZA

20. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa?
 no sì
21. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.)?
 no sì
22. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 6 mesi di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita apprensiva, ansiosa, facilmente preoccupata per molte cose e più del solito?
 no sì
23. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un medico le ha mai detto che lei soffriva di un problema di salute mentale (psicosi, disturbo bipolare, schizofrenia, anoressia, ecc.)?
 no sì
 Se sì, di quale disturbo soffriva?

GIUDIZIO SUL SOSTEGNO FAMILIARE E SOCIALE PERCEPITO

24. In caso di bisogno, può contare su amici o parenti che non vivono con lei per aiuto pratico?
 per niente un po' sì sufficientemente molto
25. Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per sostegno psicologico?
 per niente un po' sì sufficientemente molto
26. Durante la sua infanzia, quando era bambina, le sembrava che sua madre fosse troppo critica nei suoi confronti?
 mai sì raramente spesso sempre
27. Durante la sua infanzia, quando era bambina, le sembrava che sua madre fosse troppo protettiva nei suoi confronti?
 mai sì raramente spesso sempre
28. Durante la sua infanzia, quando era bambina, le sembrava che sua madre le desse tutto l'aiuto di cui aveva bisogno?
 mai sì raramente spesso sempre
29. Attualmente ha un rapporto affettivo di coppia? no sì
 Se sì, come lo valuta:
30. È soddisfatta di questo rapporto?
 per niente un po' sì sufficientemente molto
31. Quando si sente nervosa o preoccupata, suo marito/il suo compagno le sta vicino?
 per niente un po' sì sufficientemente molto
32. Quando deve fare qualcosa o ha bisogno di aiuto pratico suo marito/il suo compagno le dà una mano?
 per niente un po' sì sufficientemente molto
33. La compilazione del presente modulo è avvenuta:
 nel corso di una visita ostetrica di controllo, presso il consultorio/l'ospedale/la clinica
 nel corso di una visita ostetrica di controllo, presso il proprio domicilio
 presso il proprio domicilio, non nel corso di una visita ostetrica
 altro (*specificare*.....)

DATI RELATIVI ALL'INTERVENTO

(a cura dell'operatore)

Tipo di intervento:

① individuale

② di gruppo (numero componenti)

Data inizio trattamento |__| |__| |__|

Data (eventuale) interruzione trattamento |__| |__| |__|

Data fine trattamento |__| |__| |__|

APPENDICE A3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)Versione Italiana di Benvenuti *et al.*, 1999

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|

U.O. A cura del Servizio

Nome Cognome Codice |_|_|_|_|_|_|

Tel. Cell.

Data di nascita del bambino |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lei di recente ha avuto un bambino. 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

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, qualche volta
- ① 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

- ③ Sì, moltissimi
- ② Sì, qualche volta
- ① No, non molti
- ④ No, per niente

6. Mi sentivo sommersa dalle cose

- ③ 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
- ① 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

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, abbastanza spesso
- ① Non molto spesso
- ④ No, per nulla

8. Mi sono sentita triste o infelice

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, abbastanza spesso
- ① Non molto spesso
- ④ No, per nulla

9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, abbastanza spesso
- ① Solo di tanto in tanto
- ④ No, mai

10. Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente

- ③ Sì, molto spesso
- ② Qualche volta
- ① Quasi mai
- ④ Mai

Grazie per la collaborazione

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di dicembre, 1° Suppl.*

*Stampato in proprio
Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, dicembre 2016