



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

Determinanti sociali e salute mentale materna nel periodo perinatale: uno studio longitudinale

Social determinants and maternal mental health in the perinatal period:
a longitudinal study

Relatrice:

Prof.ssa Chiara Sacchi

Laureanda: Chiara Cesarini

Matricola: 2082105

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

INTRODUZIONE	1
1 SALUTE MENTALE MATERNA PERINATALE	3
1.1 LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ	3
1.1.1 Cambiamenti psicologici e sociali.....	3
1.1.2 Cambiamenti neurobiologici.....	6
1.2 LA PSICOPATOLOGIA MATERNA	10
1.2.1 L'ansia perinatale	11
1.2.2 La depressione perinatale	18
1.2.3 Aspettative sociali e stigma.....	22
2 DETERMINANTI SOCIALI	27
2.1 RADICI STORICHE E MODELLI TEORICI.....	28
2.2 DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE MATERNA	33
2.2.1 Lo status socioeconomico	33
2.2.2 La discriminazione	38
2.2.3 Tra Stato, regione e quartiere: i fattori contestuali.....	41
2.3 DAL CONTESTO SOCIALE ALLA SALUTE MENTALE: IL RUOLO DELLO STRESS	47
3 LA RICERCA	53
3.1 PRESENTAZIONE DELLO STUDIO LONGITUDINALE.....	53
3.2 OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA.....	54
3.3 METODO	56
3.3.1 Reclutamento del campione	56
3.3.2 Procedura.....	57
3.3.3 Strumenti	59
3.3.4 Piano delle analisi statistiche.....	62
4 RISULTATI DELLA RICERCA.....	65
4.1 ANALISI STATISTICHE DESCRITTIVE	65
4.1.1 Caratteristiche del campione	65

4.1.2 Caratteristiche delle variabili di interesse	68
4.2 VERIFICA DELLE IPOTESI	71
4.2.1 Analisi dei dati della prima ipotesi.....	71
4.2.1 Analisi dei dati della seconda ipotesi	73
4.2.2 Analisi dei dati della terza ipotesi	75
5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	79
5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	79
5.2 PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA	85
5.3 CONCLUSIONI E RICERCHE FUTURE.....	87
BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUZIONE

La transizione alla genitorialità rappresenta un processo di profonda riorganizzazione, contraddistinto da innumerevoli cambiamenti che, di conseguenza, comportano un'aumentata vulnerabilità per la donna. I fattori che intervengono modulando la salute mentale materna in questa fase delicata non possono essere ricondotti, in maniera semplicistica, a un'unica causa. Al contrario, è necessario adottare una prospettiva integrata, che consideri l'interazione dinamica di molteplici fattori: da quelli biologici a quelli psicologici, fino agli aspetti sociali, economici, culturali e ambientali. Questi ultimi, costituenti la macrocategoria delle determinanti sociali di salute, differiscono significativamente all'interno della popolazione e contribuiscono alle disuguaglianze osservabili nella salute degli individui, socialmente prodotte e ingiuste. Il presente lavoro di tesi si propone di approfondire la relazione tra i fattori sociali e la salute mentale materna, collocandosi all'interno del corpus di ricerche volte ad indagare le determinanti sociali del benessere psicologico materno perinatale. In particolare, l'attenzione si concentra sul ruolo dello status socioeconomico come possibile fattore di rischio o di protezione rispetto alla salute mentale materna, con un focus specifico sui sintomi ansiosi e depressivi durante la gravidanza e nel primo anno dopo il parto.

Nel primo capitolo è stato approfondito il tema della salute mentale materna perinatale. Innanzitutto, sono stati descritti i principali cambiamenti psicologici, sociali e neurobiologici che caratterizzano la transizione alla genitorialità e rendono tale periodo tanto trasformativo quanto delicato e vulnerabile. In seguito, ci siamo addentrati nella trattazione della psicopatologia materna perinatale, con particolare attenzione alla classificazione e all'impatto epidemiologico, ai principali fattori di rischio e alle conseguenze a breve e lungo termine sulla salute materno-infantile dell'ansia e della depressione, che risultano essere i due disturbi psichiatrici più frequenti in epoca perinatale. Infine, è stato esplorato il ruolo delle aspettative sociali e dello stigma che ancora oggi permeano la maternità, contribuendo a ostacolare il riconoscimento precoce e il trattamento del disagio psicologico.

Il secondo capitolo tratta il tema delle determinanti sociali della salute mentale materna perinatale, affrontando così l'argomento centrale del presente lavoro di tesi. In primo luogo, vengono approfonditi l'evoluzione storica e i principali modelli teorici che hanno contribuito a mettere in evidenza l'importanza del contesto sociale e ambientale di vita. Successivamente, ci si è focalizzati su alcune tra le principali determinanti sociali della salute mentale materna, quali lo status socioeconomico, la discriminazione e l'area geografica di residenza. Infine, viene descritto il ruolo dello stress come possibile meccanismo alla base della relazione tra determinanti sociali e salute mentale materna.

A partire dal terzo capitolo è stata descritta la ricerca del presente lavoro di tesi, che si colloca all'interno di uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova. In particolare, sono stati descritti la metodologia, gli obiettivi e le ipotesi di ricerca.

Nel quarto capitolo sono esposti i risultati della ricerca, successivamente discussi all'interno del quinto capitolo, nel quale, infine, vengono evidenziati anche i punti di forza e i limiti del lavoro e vengono offerti spunti per eventuali ricerche future.

1 SALUTE MENTALE MATERNA PERINATALE

1.1 LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITÀ

La transizione alla genitorialità delinea un processo di profonda trasformazione che inizia ancor prima della gravidanza, quando la coppia coniugale comincia a pensarsi coppia genitoriale, e si conclude invece quando il bambino ha un'età compresa tra i due e i tre anni (Wright & Leahey, 2005). Come il termine stesso suggerisce, non si tratta di qualcosa di statico, univoco o determinato, ma di un processo dinamico in continua evoluzione, caratterizzato da profondi cambiamenti che coinvolgono aspetti fisici, neurobiologici, psicologici, sociali e relazionali. La rappresentazione di sé nel ruolo genitoriale comporta una riorganizzazione dell'identità personale, della propria vita interiore, del senso di sé, della visione del mondo (Raphael-Leff, 1991).

Il seguente capitolo si propone di esplorare i principali cambiamenti neurobiologici, psicologici e sociali che accompagnano le donne in questa fase delicata della vita.

1.1.1 CAMBIAMENTI PSICOLOGICI E SOCIALI

Dal punto di vista psicologico e sociale, la transizione alla genitorialità rappresenta un processo di profonda riorganizzazione per entrambi i membri della coppia, comportando un riassetamento e una rielaborazione delle dinamiche sia interne che esterne degli individui, della coppia e della famiglia nel suo complesso (Parolin & Sudati, 2014). Le donne assistono a una modifica significativa del proprio status sociale, caratterizzata da un allontanamento dal luogo di lavoro e da una conseguente situazione di ritiro sociale, con un adattamento ai ritmi e ai bisogni del neonato. Inoltre, nello sviluppo di un'idea di sé come genitori, si verifica un riassetamento delle relazioni con

il proprio ambiente di riferimento, determinato da un cambiamento nei ruoli e nelle relazioni intergenerazionali. Questo processo implica la differenziazione dalla famiglia di origine, la condivisione dell'esperienza genitoriale e la rielaborazione della propria posizione di figlia nella relazione con i propri genitori (Parolin & Sudati, 2014).

Le numerose trasformazioni psicologiche vissute dalla donna durante la gravidanza la conducono a una riorganizzazione della rappresentazione di sé. Nell'acquisizione del ruolo materno, la donna attraversa un profondo processo di rielaborazione e riorganizzazione mentale che le consente di predisporre in un "assetto mentale" rappresentante la nascita di una nuova organizzazione psichica (Riva Crugnola, 2012). A tal proposito, diversi autori concettualizzano la genitorialità in termini di rappresentazioni (Simonelli, 2014). Queste sono costituite da un insieme di idee, affetti e aspettative che l'adulto nutre nei confronti di sé stesso, del partner, delle figure di riferimento e del bambino. Sono presenti già a partire dalla gravidanza e in continua evoluzione durante le fasi successive, dando forma a una specifica organizzazione mentale ed emotiva propria della condizione genitoriale (Stern, 1995).

Ad esempio, Bibring (1961) descrive la gravidanza come una "crisi maturativa", un percorso evolutivo che implica una riorganizzazione psichica profonda in cui la donna rivive le sue esperienze infantili, in particolare quelle di cura legate alle prime relazioni con la figura materna. Questo processo implica la necessità di un'elaborazione psichica, con lo scopo di integrare le rappresentazioni di sé che fino a questo momento hanno caratterizzato l'identità della donna, con la nuova rappresentazione di sé come madre del bambino che ha in grembo (Bibring, 1961).

Inoltre, con il concetto di "*costellazione materna*" Stern (1995) elabora l'idea di una condizione benignamente psicologica che la donna raggiunge durante la gravidanza, in particolar modo la prima, e che permane, approssimativamente, durante il primo anno di vita del figlio. Si tratta di una nuova organizzazione psichica che assume un ruolo centrale e predominante nella vita della donna, determinando una serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri, e relegando in secondo piano le precedenti organizzazioni. Secondo Stern vi è una nuova triade psichica, che riguarda tre principali aspetti identitari: il rapporto della madre con la madre, la donna come madre e il rapporto della madre con il bambino. Sulla base di pensieri, emozioni e stati d'animo riguardo al futuro incontro con il proprio bambino, nonché di vissuti e ricordi legati alle cure ricevute

nell'infanzia, si sviluppa una rete complessa di rappresentazioni, significati e aspettative che definisce la preparazione psicologica della donna alla maternità. Questa ristrutturazione psichica ha una durata molto variabile e viene vissuta da ogni donna non solo in relazione alla propria individualità, ma anche in base alle richieste implicite della cultura di appartenenza, risultando così influenzata da fattori sociali e culturali che determinano e plasmano l'esperienza materna.

All'interno della costellazione materna si articolano quattro temi dominanti. Il primo è il tema della vita-crescita, che si riferisce alla preoccupazione di essere in grado di garantire la vita e la crescita del bambino. Il secondo tema è quello della relazionalità primaria, che implica la capacità di coinvolgersi emotivamente in modo autentico per assicurare lo sviluppo psichico del bambino. Il terzo è il tema della matrice di supporto, che riguarda questioni relative alla disponibilità e al tipo di sostegno che la madre riceverà dal suo ambiente, nonché la sua capacità di accogliere e costruire una rete di supporto comprensiva e protettiva. Infine, il quarto tema è quello della riorganizzazione dell'identità, cioè la capacità della madre di adattare e riorganizzare la propria identità per svolgere al meglio la funzione genitoriale (Stern, 1995). Le rappresentazioni e i temi legati alla costellazione materna si arricchiscono e si definiscono progressivamente durante i primi quattro mesi di gravidanza, raggiungendo il loro apice intorno al settimo mese, per poi diminuire tra l'ottavo e il nono mese, probabilmente per lasciare spazio al "bambino reale" (Innamorati et al., 2008).

Infine, il concetto elaborato da Stern (1995) trova un parallelismo con il concetto winnicottiano di "preoccupazione materna primaria" (Winnicott, 1956). Con questo termine, l'autore si riferisce a uno stato mentale materno caratterizzato da intense preoccupazioni e da una chiusura dal mondo esterno in favore di un'esaltata sensibilità nei confronti del bambino, che permette di accrescere la capacità di cogliere i suoi segnali e rispondere adeguatamente ai suoi bisogni, favorendo il suo sviluppo relazionale, emotivo e psicologico. La donna entra in uno stato di completo assorbimento e investimento affettivo verso il bambino che, se non fosse giustificato dalla gravidanza o dalla presenza di un neonato, risulterebbe quasi di rilevanza clinica. Si tratta di una condizione psicologica temporanea, che si sviluppa gradualmente a partire dalla gravidanza, accentuandosi nell'ultimo periodo e perdurando fino alle prime settimane

dopo la nascita. Una volta superato, questo stato psichico adattivo alla funzione genitoriale difficilmente viene ricordato dalla madre (Winnicott, 1956).

La transizione alla genitorialità è un processo che non riguarda solo la donna, ma che comporta una riorganizzazione da parte di entrambi i membri della coppia. La relazione tra i partner va incontro a diverse trasformazioni e profonde rinegoziazioni sul piano affettivo-relazionale (Parolin & Sudati, 2014). Tra le principali trasformazioni vi è la transizione da sistema coniugale a sistema cogenitoriale, che implica non solo l'integrazione della figura genitoriale nella relazione di coppia, ma anche la rinegoziazione dei ruoli, delle dinamiche affettive e dei compiti condivisi. La coppia deve ridefinire la propria identità, con l'obiettivo di garantire un ambiente familiare sano e protettivo, fondato sulla collaborazione e sul sostegno reciproco nell'affrontare le responsabilità derivanti dall'assunzione del ruolo genitoriale (Parolin & Sudati, 2014).

Le modalità attraverso cui la donna e la coppia affrontano la transizione alla genitorialità rivestono un'importanza significativa non solo in merito al cambiamento dei loro ruoli da partner a genitori, ma anche per l'assunzione del ruolo genitoriale, con un impatto significativo sulla qualità dell'interazione e della relazione con il bambino che verrà (Parolin & Sudati, 2014).

1.1.2 CAMBIAMENTI NEUROBIOLOGICI

Il processo di transizione alla genitorialità è caratterizzato da intensi cambiamenti fisici e profonde trasformazioni neurobiologiche, che si rivelano funzionali nell'affrontare le esigenze della gravidanza e nel favorire i comportamenti di caregiving dopo il parto. A livello fisico, le fluttuazioni ormonali associate alla gravidanza determinano un'ampia gamma di cambiamenti nel corpo della madre, che si adatta al meglio per far fronte alle nuove esigenze fisiologiche (Naspo et al., 2018). Ad esempio, l'utero si espande per permettere la crescita del feto e le ghiandole mammarie si sviluppano e si specializzano in tessuto secretorio altamente attivo per la produzione di latte. Questi cambiamenti sono accompagnati da modifiche in vari sistemi del corpo, come quello cardiovascolare, respiratorio, intestinale e scheletrico, che si riorganizzano per rispondere alle nuove esigenze metaboliche e di crescita. In effetti, non c'è quasi

nessun sistema nel corpo che non modifichi la propria funzione per adattarsi alle necessità dettate dalla gravidanza (Naspo et al., 2018).

Tra i più importanti cambiamenti ormonali che si verificano durante la gestazione vi sono alterazioni nella produzione dell'ossitocina e della dopamina, che insieme a una diversa attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), sono funzionali alla promozione della sintonizzazione e dell'attaccamento con il bambino, favorendo i comportamenti di cura e protezione post partum (Slade & Sadler, 2018). Inoltre, si verificano picchi ormonali steroidei mai osservati prima, tra cui un marcato aumento del progesterone e degli estrogeni (Casey et al., 1993), che contribuiscono a variazioni nell'umore e nella stabilità emotiva (Di Pietro, 2002).

Il cervello non fa eccezione, infatti sono molti i cambiamenti adattivi che avvengono nel cervello materno durante il periodo perinatale per far fronte ai nuovi bisogni fisiologici e comportamentali (Grattan & Ladyman, 2020). Questi cambiamenti potrebbero riflettere, da un lato, l'esperienza stessa della transizione alla genitorialità e, da un altro, promuovere comportamenti di cura sensibili e appropriati (Venuti et al., 2018).

Per quanto riguarda i cambiamenti cerebrali strutturali, alcuni studi rilevano che il cervello umano è soggetto a importanti fenomeni plastici sin dall'inizio della gravidanza, sotto l'influenza delle numerose fluttuazioni ormonali che caratterizzano questa fase, e proseguono nel periodo dopo il parto grazie all'esposizione agli stimoli infantili (Hoekzema et al., 2017; Kim et al., 2010; Kim et al., 2014).

Un esempio è lo studio longitudinale condotto da Hoekzema e collaboratori (2017) volto a verificare se la gravidanza comporta cambiamenti stabili e duraturi nella struttura cerebrale. Gli autori hanno reclutato un gruppo sperimentale composto da donne in fase di pianificazione della gravidanza e un gruppo di controllo costituito da donne nullipare. I dati sono stati raccolti attraverso l'uso della risonanza magnetica (MRI) in due momenti distinti: 6 mesi prima della gravidanza e 2 mesi dopo il parto. Il confronto dei dati raccolti prima della gravidanza non mostra differenze significative tra i due gruppi mentre dall'analisi dei dati pre e post gravidanza emerge una diminuzione del volume della materia grigia nelle neomamme. Tali fenomeni di plasticità cerebrale si verificano in diverse strutture corticali, nello specifico in aree collocate lungo la linea mediana anteriore e posteriore (dalla corteccia frontale mediale alla corteccia cingolata anteriore e dal precuneo alla corteccia cingolata posteriore), nella corteccia prefrontale bilaterale (in

particolare nel giro frontale inferiore) e nella corteccia temporale bilaterale (Hoekzema et al., 2017). È stato inoltre osservato che queste aree corrispondono a regioni implicate nella cognizione sociale; in particolare, è stata riscontrata una sovrapposizione con le aree che stanno alla base della teoria della mente individuate da Schurz e collaboratori (2014). Tali aree, coinvolte nella capacità di attribuire stati mentali a sé e agli altri, nonché di comprendere le emozioni altrui, risultano quindi fondamentali per la genitorialità. Inoltre, Hoekzema e collaboratori (2017), tramite una sessione follow-up condotta 2 anni dopo il parto, evidenziano la permanenza nel tempo dei fenomeni di plasticità cerebrale precedentemente osservati. L'ipotesi avanzata dagli autori è che questa riduzione potrebbe rappresentare un pruning adattivo, scatenato dall'esperienza della gravidanza in quanto tale ed interpretato come l'espressione di una predisposizione biologica ad entrare in relazione con l'altro, facilitando così i comportamenti di cura.

Un altro studio longitudinale, volto a indagare i cambiamenti strutturali che avvengono nel cervello materno dopo il parto, è quello di Kim e collaboratori (2010). I dati sono stati raccolti attraverso la tecnica della morfometria basata sui voxel (*Voxel-based morphometry*) in due momenti distinti: 2-4 settimane dopo il parto e 3-4 mesi dopo il parto. Dall'analisi dei dati emerge un aumento del volume della materia grigia in specifiche strutture cerebrali: il mesencefalo, la corteccia prefrontale, il lobo temporale e il lobo parietale. In particolare, il lobo parietale riveste un ruolo fondamentale nell'elaborazione di informazioni somatosensoriali mentre la corteccia prefrontale è coinvolta nella regolazione emotiva e nella modulazione del comportamento. Di conseguenza, questi risultati dimostrano che le modificazioni strutturali che avvengono nel cervello materno necessitano dell'esposizione e dell'interazione diadica con il bambino. Inoltre, lo stesso pattern strutturale è stato individuato in altre aree sottocorticali: l'ipotalamo bilaterale, l'amigdala, la sostanza nigra e il globo pallido. L'aumento di volume della materia grigia in tali aree, che risultano fondamentali per la motivazione genitoriale, favorirebbe la messa in atto di comportamenti materni responsivi e il loro mantenimento nel tempo. Infine, nella seconda tappa dello studio, gli autori hanno indagato l'esperienza soggettiva della madre riguardo al proprio ruolo genitoriale e al proprio bambino, tramite intervista semi-strutturata, con l'obiettivo di verificare se questa esperienza favorisse i cambiamenti strutturali nelle aree cerebrali cruciali per la motivazione genitoriale, tra cui l'ipotalamo, la sostanza nigra e l'amigdala. I risultati

effettivamente mostrano che una percezione positiva del proprio bambino facilita l'aumento di volume della materia grigia (Kim et al., 2010).

La maggior parte delle ricerche si è focalizzata sullo studio dei cambiamenti neurobiologici materni, data la centralità della figura materna nel primo periodo dopo il parto e il contesto culturale che ha storicamente assegnato alla donna il ruolo principale nella cura del neonato. Nonostante ciò, alcuni studi più recenti esplorano i cambiamenti neurobiologici paterni, evidenziando come anche il cervello paterno sia soggetto a fenomeni di plasticità corticale nei primi mesi dopo la nascita. Un esempio è lo studio di Kim e collaboratori (2014), nel quale emerge un incremento del volume della materia grigia in alcune aree cerebrali, nello specifico lo striato, l'amigdala, l'ipotalamo, la corteccia prefrontale e regioni temporali superiori. Aree, queste, che risultano implicate nel circuito della ricompensa e nel processamento di stimoli salienti. Contemporaneamente, gli autori osservano un decremento del volume della materia grigia in aree che compongono il Default Mode Network, un circuito neurale attivo durante compiti autoreferenziali. L'ipotesi degli autori è che tali fenomeni di plasticità potrebbero suggerire un riallocazione delle risorse cognitive, con maggiore attenzione verso la genitorialità (Kim et al., 2014).

1.2 LA PSICOPATOLOGIA MATERNA

Gli aspetti finora descritti ci permettono di comprendere come la transizione alla genitorialità rappresenti un periodo, temporalmente circoscritto, di profonda trasformazione. Tale percorso è caratterizzato da forti sollecitazioni emotive e cambiamenti fisici, sociali e psicologici che rendono questo momento particolarmente delicato e vulnerabile, con la possibilità di portare la donna a sviluppare difficoltà di salute mentale. Di fatto, sebbene la gravidanza e il post partum siano fasi della vita della donna spesso vissute con gioia, allegria e senso di soddisfazione personale, è altrettanto vero che possono essere accompagnate da sentimenti di fragilità, paure e angosce (Jevitt et al., 2006). Il periodo perinatale rappresenta per la donna un momento di grande rischio per lo sviluppo o l'esacerbazione di psicopatologie, con sofferenze in grado non solo di compromettere la sua salute psicologica, ma anche di influire negativamente sulla qualità della relazione di coppia e del legame madre-bambino, talvolta ostacolando anche il normale sviluppo infantile (Monti et al., 2014). Le malattie mentali perinatali possono manifestarsi durante la gravidanza, così come fino a un anno dopo il parto (O'Hara & Wisner, 2014), esordendo per la prima volta durante tale periodo o costituendo una ricaduta di una condizione psichiatrica preesistente (Paschetta et al., 2014). Tra le principali patologie che possono presentarsi vi sono i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi del comportamento alimentare, la psicosi puerperale, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze e i disturbi di personalità (Paschetta et al., 2014).

In merito a ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta che circa il 10% delle donne in gravidanza e il 13% delle donne che hanno appena partorito soffrono di un disturbo mentale. Tali percentuali risultano ancora più elevate nei Paesi in via di sviluppo, raggiungendo il 15,6% durante la gravidanza e il 19,8% nel periodo post partum (OMS, 2020). I disturbi mentali in epoca perinatale, a causa della loro influenza determinante sulla mortalità materna entro il primo anno post partum, hanno stimolato negli ultimi decenni un notevole incremento d'interesse verso la salute mentale perinatale (Howard & Khalifeh, 2020). In particolare, nella letteratura scientifica compaiono numerosi studi che approfondiscono le caratteristiche della depressione e dell'ansia durante la gravidanza e nel periodo post partum, che risultano essere i disturbi psichiatrici più frequenti in epoca perinatale (Alipour et al., 2012; O'Hara et al., 2014; Paschetta et al., 2014). Il seguente

capitolo si propone quindi di esplorare le caratteristiche di questi due disturbi mentali, con particolare attenzione alla loro classificazione e impatto epidemiologico, i loro principali fattori di rischio e conseguenze a breve e lungo termine sugli indicatori di salute materno-infantili.

1.2.1 L'ANSIA PERINATALE

La presenza di ansia materna durante il periodo perinatale, quando si mantiene entro livelli considerati normali, riveste un significato fisiologico e risulta adattiva per la donna in preparazione al parto e al periodo post partum, oltre ad essere particolarmente funzionale alla sintonizzazione della madre nei confronti del nascituro (Ammaniti et al., 1995). Winnicott (1956) anticipa e sottolinea questa dimensione adattiva e fisiologica all'interno del concetto di "*preoccupazione materna primaria*", con il quale fa riferimento ad uno stato psicologico unico che permette alla madre di sintonizzarsi intensamente e quasi esclusivamente sui bisogni del neonato, favorendo il suo sviluppo relazionale, emotivo e psicologico. Nonostante ci sia una componente fisiologica d'ansia nel periodo prenatale, l'eccesso e la persistenza nel tempo possono invece portare all'instaurarsi di quadri psicopatologici ansiosi (Agostini & Minelli, 2016), con la possibilità di alterare l'acquisizione del ruolo materno e causare sofferenza psichica nella donna (Matthey et al., 2003).

La definizione e l'inquadramento nosografico dei disturbi d'ansia perinatale risultano ostici a causa di molteplici fattori, tra cui l'elevata comorbidità con i disturbi depressivi (Austin et al., 2010) e la sovrapposizione di sintomi fisici e psicologici tipici della gravidanza con quelli di un disturbo d'ansia specifico (Monti et al., 2014). Conseguentemente, anche il confronto e l'operazionalizzazione della psicopatologia ansiosa negli studi presenti nella letteratura scientifica risultano complessi. Tale complessità si riflette in una vasta gamma di costrutti inclusi all'interno del concetto di "ansia perinatale", nella presa in esame sia di disturbi d'ansia diagnosticati sia, più genericamente, di sintomi d'ansia autoriportati, oltre che nell'indagine di diversi periodi temporali, che presentano caratteristiche peculiari (Agostini & Minelli, 2016).

I principali quadri diagnostici ansiosi perinatali sono il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), il disturbo di panico (PD), il disturbo d'ansia sociale e le fobie specifiche.

Il *disturbo d'ansia generalizzato (GAD)* è caratterizzato da ansia e preoccupazioni eccessive, spesso percepite come difficili da controllare, rispetto ad eventi e attività quotidiane. Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5 (DSM-5), per porre diagnosi la sintomatologia deve presentarsi in modo continuativo per un periodo di tempo di almeno sei mesi (APA, 2013). Data la durata circoscritta del periodo gestazionale, considerare un arco temporale di sei mesi potrebbe risultare eccessivo e causare la potenziale esclusione di tutte quelle donne che presentano una sintomatologia significativa per un periodo inferiore (Misri et al., 2015). Nel tentativo di superare questa barriera alcuni autori propongono una riduzione temporale, definendo il GAD perinatale qualora vengano soddisfatti i criteri diagnostici del DSM-5 per una durata minima di un mese (Buist et al., 2011). Relativamente alla diagnosi, un'altra difficoltà che può presentarsi nel periodo perinatale riguarda il fatto che i sintomi fisici del GAD, quali irritabilità, tensione, difficoltà di concentrazione, stanchezza e insonnia, spesso risultano difficilmente distinguibili dalle normali preoccupazioni legate alla gravidanza e al periodo post parto (Misri et al., 2015). Il GAD è frequente nel periodo perinatale, con una prevalenza che oscilla tra l'8,5% e il 10,5% durante la gravidanza e tra il 4,4% e il 10,8% dopo il parto (Misri et al., 2015). I principali fattori di rischio individuati risultano essere l'aver già sofferto di GAD in precedenza, eventi di vita stressanti, aver subito un abuso o un trauma in età infantile, uno scarso supporto sociale e un basso livello di istruzione (Buist et al., 2011).

Diversamente, il *disturbo di panico (PD)* è caratterizzato da episodi inaspettati e ripetuti di paura o disagio intensi, che raggiungono il picco in pochi minuti e si presentano per almeno un mese. Tali episodi sono accompagnati da sintomi fisici e cognitivi, come, ad esempio, dolore al petto, tremori, palpitazioni, sensazione di asfissia, nausea, dolori addominali, paura di perdere il controllo e di morire. Sono presenti anche preoccupazioni significative riguardo al significato degli episodi, alle sue conseguenze o ai cambiamenti rilevanti nel comportamento, come l'evitamento o l'insorgenza di comportamenti agorafobici (DSM-5; APA, 2013). Diversi studi pubblicati negli anni '80 e '90 sull'insorgenza e il decorso del PD durante il periodo perinatale hanno osservato un miglioramento dei sintomi di panico durante la gravidanza ("effetto protettivo") e un successivo peggioramento dopo il parto. Tuttavia, come riportato nella revisione sistematica di Verhees e colleghi (2025), studi più recenti evidenziano un andamento più

eterogeneo, con prevalenze variabili del PD nelle diverse indagini. Ad esempio, Martini e colleghi (2020) osservano la presenza di attacchi di panico con maggior frequenza nelle prime fasi della gravidanza mentre in altri due studi gli autori riportano una prevalenza di PD uguale durante la gravidanza e dopo il parto, con percentuali rispettivamente dell'1,6% (Drake et al., 2012) e del 4.0% (Rambelli et al., 2010). Le donne con disturbo di panico perinatale presentano situazioni psicosociali peggiori, come un minor supporto sociale (Martini et al., 2020). Oltre a ciò, è stata osservata un'associazione con esiti infantili e materni, in particolare un minor peso del bambino alla nascita, maggior probabilità di sviluppare depressione postparto, difficoltà nell'allattamento e disturbi della regolazione (Verhees et al., 2025).

Il *disturbo d'ansia sociale (o fobia sociale)* è caratterizzato da una paura marcata e intensa in relazione a situazioni sociali nelle quali la persona è esposta al possibile giudizio degli altri. L'individuo teme di manifestare sintomi d'ansia, di apparire e agire in modo imbarazzante o umiliante e di essere giudicato negativamente (DSM-5; APA, 2013). Alcuni studi hanno osservato la prevalenza del disturbo nel periodo perinatale riportando percentuali pari al 4,6% nel primo trimestre di gravidanza (Farias et al., 2013), al 3,8% tra le 12 e le 15 settimane gestazionali (Borri et al., 2008) e al 4,1% nel periodo post partum (Giardinelli et al., 2012). Considerato ciò, Murray e colleghi (2007) hanno indagato le possibili implicazioni cliniche della fobia sociale nel periodo perinatale sulla qualità delle interazioni precoci e della relazione madre-bambino e rispetto allo sviluppo infantile. Questo ha portato ad osservare come le madri affette da fobia sociale presentano specifiche difficoltà genitoriali mentre i loro bambini mostrano segni precoci di ridotta responsività sociale.

Infine, le *fobie specifiche* sono caratterizzate da una paura intensa, marcata e sproporzionata verso un oggetto o una situazione specifica, che perdura per un periodo di almeno sei mesi. Lo stimolo fobico genera comportamenti di evitamento e provoca disagio clinicamente significativo (DSM-5; APA, 2013). Le percentuali di prevalenza del disturbo riportate nella letteratura scientifica sono elevate. Ad esempio, Borri e colleghi (2008) osservano una prevalenza del 10,7% in un campione di 1066 donne tra le 12 e le 15 settimane gestazionali, mentre Vesga-Lopez e colleghi (2008) registrano una prevalenza dell'8,7% in un campione di 994 donne nel periodo post-partum.

Recentemente, anche lo studio della tocofobia, ovvero la paura del parto quando assume una forma patologica, è stato oggetto di maggiore attenzione. Questo disturbo si manifesta nelle donne nullipare, primipare e pluripare, con conseguenze significative per la loro salute ed implicazioni per il travaglio, il parto e il periodo post partum (Dencker et al., 2019). In una revisione gli autori riportano una prevalenza complessiva della tocofobia del 14%, ma hanno anche osservato variazioni significative nei tassi di prevalenza, che oscillano tra il 3,7% e il 43%, e sono influenzati significativamente dalla provenienza geografica delle donne (O'Connell et al., 2017).

Oltre all'indagine dei quadri psicopatologici ansiosi più comuni, nella letteratura scientifica viene ampiamente indagato un insieme di ansie e paure specifiche del periodo perinatale. In particolare, Huizink e collaboratori (2004) osservano ed individuano un insieme di ansie caratteristiche del periodo gestazionale, chiamate "ansie specifiche della gravidanza" (*Pregnancy Specific Anxiety*, PSA). Sono considerate distinte dalle forme d'ansia che si possono ritrovare anche in altre fasi della vita per i contenuti e l'intensità con cui si presentano e si configurano come un quadro clinico peculiare caratterizzato da preoccupazioni, timori e paure per la gravidanza, il parto, la salute del bambino e la futura genitorialità. In particolare, si manifestano sotto forma di timori connessi ai cambiamenti fisici e corporei, preoccupazioni relative al dolore e la perdita di controllo durante il parto, paura per la propria vita e per quella del bambino, timori di incompetenza e ansie legate ai cambiamenti che il divenire madre comporta (Huizink et al., 2004). Altri ricercatori hanno approfondito l'insieme di ansie e paure che caratterizzano il periodo perinatale, come nel caso dello studio esplorativo condotto da Brockington e colleghi (2006). Nel periodo prenatale emergono con maggior frequenza la paura di anomalie fetali, la paura di morte fetale, la paura di non essere una madre adeguata, la tocofobia e la paura di ricevere uno scarso supporto sociale. Nel periodo postnatale invece, le ansie più frequenti riguardano la salute e la sicurezza del bambino, la paura della morte in culla, la paura di ricevere critiche o scarso supporto sociale e familiare (Brockington et al., 2006).

Un costrutto sovrapponibile alle PSA è quello di "ansie correlate alla gravidanza" (*Pregnancy-related Anxiety*, PRA), che comprende tre dimensioni principali: risposte affettive (emozioni), cognizioni e sintomi somatici (Bayrampour et al., 2016). Le preoccupazioni più frequentemente riportate includono l'ansia per la salute del feto, per la perdita del feto, per il parto e per le cure parentali e neonatali. Seppure in misura

minore, sono state documentate anche l'ansia per il proprio benessere, per l'immagine corporea, per aspetti legati all'assistenza sanitaria, per le difficoltà economiche e per il sostegno familiare e sociale (Bayrampour et al., 2016). Questo insieme di ansie caratteristiche del periodo gestazionale sono associate a diversi esiti negativi sulla salute materna e infantile. Maggiori livelli di PSA nelle donne in gravidanza, indagate tramite questionario self-report, risultano correlati a problemi comportamentali e temperamentali, punteggi di sviluppo motorio inferiori, problemi di regolazione dell'attenzione e ritardi nello sviluppo del bambino nel primo anno di vita (Huizink et al., 2002; Huizink et al., 2003). Kramer e collaboratori (2009) evidenziano una correlazione tra le PRA e un maggior rischio di nascita prematura. Blair e collaboratori (2011) hanno osservato il ruolo predittivo delle PRA sull'affettività negativa del bambino mentre in un altro studio, Erickson e collaboratori (2017) evidenziano un'associazione tra le PSA e il temperamento del bambino. Inoltre, le PRA possono avere un impatto negativo sulla vita quotidiana delle donne in gravidanza, esprimendosi attraverso atteggiamenti negativi e difficoltà di concentrazione, eccessiva ricerca di rassicurazioni e comportamenti di evitamento (Bayrampour et al., 2016). Infine, l'area delle PSA risulta essere particolarmente rilevante nei paesi a reddito medio-basso (LMIC), dove la prevalenza può arrivare fino al 55,7%, rispetto al 29% nei paesi ad alto reddito (Chandra & Nanjundaswamy, 2020).

Diversi studi hanno approfondito l'andamento dei sintomi ansiosi durante il periodo perinatale, esaminando la loro evoluzione nei tre trimestri di gestazione e nel post partum. Nel periodo prenatale, la sintomatologia ansiosa appare più elevata durante il primo e il terzo trimestre rispetto al secondo, seguendo un andamento che assume una forma a U (Lee et al., 2007; Teixeira et al., 2009; Figueireido & Conde, 2011; Liou et al., 2014). Tale tendenza sembra riflettere le specificità psicofisiche di ciascun trimestre in relazione all'adattamento psicologico alla gravidanza. Il primo trimestre è spesso caratterizzato da preoccupazioni legate ai cambiamenti fisici e ai sintomi ad essi associati, da timori e paure riguardo la possibilità che la gravidanza possa non proseguire, nonché dall'adattamento alle novità che la gravidanza stessa comporta. Durante questo periodo la prevalenza dei sintomi ansiosi è stimata intorno al 15% (Rubertsson et al., 2014). Nel secondo trimestre di gestazione, che si caratterizza per una maggior stabilità e per la comparsa dei movimenti fetali, ovvero i primi segnali di presenza del bambino, la stima di prevalenza risulta inferiore, pari al 6,6% (Andersson et al., 2003). Infine, durante il terzo trimestre di

gravidanza, periodo in cui possono emergere ansie e timori relativi al parto e alle nuove sfide legate alla nascita del bambino, i livelli di ansia tendono a salire nuovamente e la prevalenza è stimata tra il 18% e il 29% (Andersson et al., 2006; Britton, 2008).

Alcuni studiosi hanno esteso l'osservazione dell'andamento della sintomatologia ansiosa anche al periodo postnatale, evidenziando un decremento significativo rispetto alla gravidanza. Ad esempio, nello studio di Anderson e collaboratori (2006), la stima di prevalenza dei sintomi ansiosi nel terzo trimestre di gravidanza, pari al 29,2%, è molto superiore a quella rilevata dopo il parto, pari al 16,5%. Tale andamento è stato confermato anche più recentemente nella metanalisi di Dennis e collaboratori (2017), che hanno osservato una prevalenza dei sintomi ansiosi nel periodo prenatale compresa tra il 18,2% e il 24,6%, con una diminuzione nel periodo postnatale, dove la prevalenza si attesta al 15,2%.

Nonostante il decremento dei sintomi ansiosi nel post partum sia stato osservato in numerosi studi, Heron e collaboratori (2004) e Grant e collaboratori (2008) riscontrano come una discreta percentuale di donne, rispettivamente il 64% e il 47,6%, mantenga livelli d'ansia clinici anche dopo il parto. Tali dati suggeriscono sia una componente di stabilità e continuità nel tempo dell'ansia, piuttosto che una condizione transitoria legata al periodo perinatale, sia l'importanza di considerare la possibile influenza di vulnerabilità predisponenti nella donna in occorrenza di fattori scatenanti (Grussu & Bramante, 2016).

Tra i principali fattori di rischio dell'ansia perinatale vi sono la giovane età della madre, bassa autostima, problemi di salute mentale, storie di alcolismo e/o di fumo, basso supporto sociale, elevata conflittualità con il partner o con la propria famiglia, eventi di vita stressanti e il ricorso a PMA (Giardinelli et al., 2012; Lee et al., 2007).

Numerosi studi evidenziano come l'ampio spettro di manifestazioni ansiose che si possono presentare nelle donne nel periodo antenatale, che spazia da forme più lievi di sintomi ansiosi transitori fino a una diagnosi clinica di disturbo d'ansia, può avere effetti significativi sullo sviluppo del feto e sul successivo sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale infantile (Newman et al., 2017). Maggiori livelli di sintomatologia ansiosa nelle donne in gravidanza sono associati a un maggior rischio di complicazioni ostetriche, tra cui preeclampsia (Kurki et al., 2000) e nascita pretermine (Dole et al., 2003; Kramer et al., 2009; Pavlov et al., 2013). Un altro dominio che in diversi studi risulta

essere associato all'ansia materna prenatale è il temperamento del bambino nei primi mesi di vita (Huizink et al., 2002; Bergman et al., 2007), anche se i risultati relativi al potenziale effetto su questo dominio sembrano essere contrastanti (Erikson et al., 2017). Ad esempio, DiPietro e collaboratori (2006) non hanno trovato associazioni significative tra l'ansia materna antenatale e il temperamento dei bambini a 2 anni di vita. Inoltre, i figli di madri che riportano maggiori livelli di ansia in gravidanza presentano maggiori difficoltà nello sviluppo emotivo e comportamentale (Newman et al., 2017). Maggiori difficoltà emotive e comportamentali sono state osservate sia in bambini di 4 anni (O'Connor et al., 2002) sia in bambini di 6-7 anni (O'Connor et al., 2003). Inoltre, è stata evidenziata un'associazione con problemi sul versante esternalizzante, sintomi di ADHD e ansia a 8-9 anni (Van Den Bergh & Marcoen, 2004). Betts e collaboratori (2014) hanno evidenziato anche maggiori problematiche sul versante internalizzante a 14 anni. Sono stati esplorati anche gli effetti sul dominio cognitivo e ad esempio, Buitelaar e collaboratori (2003) hanno evidenziato punteggi inferiori nello sviluppo mentale e psicosociale a 8 mesi. Alcune ricerche evidenziano alterazioni strutturali cerebrali nei bambini di madri che presentavano alti livelli di ansia durante la gravidanza. Pur non essendo ancora completamente chiaro l'impatto di questi cambiamenti sul funzionamento quotidiano e sulle abilità dei bambini coinvolti, queste alterazioni cerebrali suggeriscono che l'ansia materna possa influenzare negativamente lo sviluppo cerebrale (Newman et al., 2017). Sono stati osservati numerosi effetti negativi sullo sviluppo infantile anche in relazione ad alti livelli di sintomi ansiosi materni nel periodo postnatale (Field et al., 2018). Sono stati osservati effetti sull'allattamento, in termini di minori probabilità di allattare al seno, maggiori difficoltà incontrate e maggiori probabilità di interrompere prima l'allattamento al seno (Fallon et al., 2016). Inoltre, è stata osservata un'associazione tra la sintomatologia ansiosa materna postnatale e un temperamento difficile del bambino, sia durante l'infanzia (Sameroff et al., 1982) sia nel primo periodo post partum (Britton, 2011; Reck et al., 2013). In un altro studio, Reck e collaboratori (2013) osservano che i neonati di madri con diagnosi di disturbo d'ansia mostravano maggior "*distress to novelty*", un predittore precoce dell'inibizione comportamentale. In merito allo sviluppo emotivo, è stata osservata una relazione tra l'ansia materna e difficoltà internalizzanti nei bambini a 7-8 anni (Barker et al., 2011).

1.2.2 LA DEPRESSIONE PERINATALE

La depressione è un disturbo psichiatrico grave e logorante, spesso ricorrente e cronico, ampiamente diffuso nella popolazione. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il disturbo depressivo maggiore (MDD) colpisce oltre 300 milioni di persone, rappresentando il principale fattore di disabilità a livello globale.

Le donne soffrono di depressione con una frequenza doppia rispetto agli uomini (Kessler et al., 1994), probabilmente a causa dei cambiamenti ormonali che intervengono in diversi momenti della loro vita, in particolare nel periodo perinatale (Desai et al., 2000). Inoltre, numerosi studi riportano un picco di insorgenza della depressione in età riproduttiva (Weissman & Olfson, 1995). Il periodo perinatale risulta infatti caratterizzato da una maggiore vulnerabilità per l'esordio e la ripresentazione di episodi depressivi (Dossett, 2008). La depressione perinatale comprende episodi depressivi maggiori e minori che si verificano durante la gravidanza o nei primi 12 mesi successivi al parto (Gaynes et al., 2005). Tale quadro clinico presenta una sintomatologia simile alla depressione che insorge in altri periodi di vita ma con alcune differenze, legate alla costellazione del funzionamento mentale della donna in gravidanza e nel post partum (Cramer et al., 1993; Monti et al., 2014). Le caratteristiche sintomatologiche tipiche del disturbo depressivo maggiore, quali labilità emotiva, fluttuazioni timiche, alterazioni dell'appetito, insonnia, difficoltà di concentrazione, vissuti di inutilità, di colpa e di inadeguatezza, sono accompagnate da pensieri relativi alle difficoltà che si possono presentare nell'assunzione del ruolo materno, come il timore di perdere il controllo, la sensazione di limitazione della propria libertà e tematiche relative all'interazione con il bambino (Niolu et al., 2016). Inoltre, è fondamentale evidenziare che un certo livello di sintomatologia somatica potrebbe essere espressione dei normali cambiamenti fisiologici presenti in gravidanza e nel post partum. Tuttavia, tali sintomi risultano più pronunciati nelle donne con depressione e, pertanto, possono rappresentare dei validi indicatori per accertare la presenza o l'assenza di depressione clinica (Grussu & Bramante, 2016).

La manifestazione clinica della depressione perinatale risulta complessa e variegata, con possibili differenze anche in termini di gravità del quadro sintomatologico (Fairbrother et al., 2015). Tra le forme più lievi, che non si configurano come psicopatologiche o concretamente depressive, vi è il "maternity blues" (MB), ovvero uno stato transitorio di reattività emozionale intensa che possono presentare le donne nei primi giorni dopo la

nascita di un figlio (Niolu et al., 2016). I giorni immediatamente successivi al parto costituiscono un periodo delicato per le neomamme, caratterizzato da molteplici sollecitazioni biologiche, psicologiche e sociali, che si sommano ad uno stato di intensa stanchezza fisica. Non sempre tale periodo è vissuto positivamente dalle donne, infatti molte possono manifestare questa condizione psicologica transitoria, nota in letteratura anche come “baby blues”, “postnatal blues” o “post-partum blues”. Il MB si caratterizza per la comparsa di sintomi psicologici e psicosomatici di lieve natura depressiva, come crisi di pianto, irritabilità, labilità emotiva, umore instabile, insonnia, ansia, perdita di appetito e scarsa concentrazione (Tosto et al., 2023). Come riportato in una recente revisione sistematica e meta-analisi, la stima di prevalenza complessiva del MB è del 39%, con variazioni che vanno dal 13,7% al 76%, a seconda dei contesti culturali e geografici (Rezaie-Keikhaie et al., 2020). Il MB non è considerato un segno di psicopatologia, poiché si tratta di una condizione transitoria che generalmente si risolve spontaneamente entro 10-15 giorni dal parto, senza necessitare di un trattamento specifico (Cohen et al., 2010). Tuttavia, rappresentando un fattore di rischio per lo sviluppo di depressione post partum (Reck et al., 2009), se i sintomi persistono oltre le due settimane potrebbero indicare l'insorgenza di un disturbo depressivo, richiedendo così un'ulteriore valutazione ed approfondimento (Cohen et al., 2010).

La depressione perinatale è definita dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali-5 (DSM-5; APA, 2013) come un episodio depressivo maggiore che si verifica durante la gravidanza (depressione prenatale, AND) o nelle 4 settimane successive al parto (depressione post partum, PPD), attraverso l'uso dello specificatore “con esordio nel peripartum” per il disturbo depressivo maggiore. Il nucleo sintomatologico è caratterizzato da umore depresso e marcata diminuzione di interesse o piacere per le attività quotidiane (anedonia). Altri sintomi includono significativa perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, mancanza di energia, sentimenti di autosvalutazione, di colpa eccessivi o inappropriati, scarsa concentrazione e pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria. Per poter formulare una diagnosi di MDD, è necessario che siano presenti cinque dei sintomi sopra citati e che siano presenti per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, per un periodo di almeno due settimane. Inoltre, i sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento quotidiano e non possono essere

ricondotti agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica. Infine, è necessario specificare la gravità (lieve, moderata o grave) e il decorso dell'episodio di MDD, se con o senza caratteristiche psicotiche e se si manifesta come episodio singolo, ricorrente o come MDD cronica (DSM-5; APA, 2013). Dunque, la nosografia psichiatrica ufficiale riconosce la depressione perinatale come entità clinica, sebbene, ancora oggi, non venga considerata come un quadro clinico a sé stante all'interno del DSM-5. Inoltre, riferendosi alle sole quattro settimane successive al parto, i criteri diagnostici del DSM-5 potrebbero portare all'esclusione di un numero rilevante di donne che presentano episodi depressivi ad insorgenza più tardiva. Per questo motivo numerosi studiosi concordano nel definire la depressione perinatale come una condizione clinica che include episodi depressivi maggiori e minori, i quali possono manifestarsi durante la gravidanza e fino ai 12 mesi successivi al parto (Gavin et al., 2005).

La prevalenza della depressione prenatale è stimata tra il 7% e il 20% nei paesi ad alto reddito, con tassi di prevalenza superiori nei paesi a basso e medio reddito (Biaggi et al., 2016). Nello specifico, recentemente Bennet e collaboratori (2016) hanno condotto una meta-analisi su 21 studi e 19.284 partecipanti, con l'obiettivo di osservare la prevalenza della depressione antenatale a seconda del trimestre di gravidanza. I risultati mostrano una prevalenza del 7,4% nel primo trimestre, del 12,8% nel secondo trimestre e del 12,0% nel terzo trimestre (Bennett et al., 2016). Riguardo invece la depressione post partum, la prevalenza si attesta intorno al 17%, con tassi di incidenza pari al 12% (Shorey et al., 2018).

Negli ultimi decenni numerosi studi hanno indagato i fattori di rischio della depressione post partum e, in misura minore, della depressione durante la gravidanza. I risultati suggeriscono la presenza di tre principali gruppi di fattori di rischio: storia di malattia psichiatrica, stress nel corso della vita e scarse relazioni sociali (O'Hara et al., 2014).

Una recente revisione (Miguez & Vazquez, 2021) volta ad identificare i principali fattori di rischio associati allo sviluppo di depressione durante il periodo specifico della gravidanza, ha sottolineato il ruolo di diverse variabili di natura psicologica, ostetrica e socio-demografica. Una storia personale o familiare di depressione o di altri disturbi psicologici costituisce uno tra i principali fattori di rischio psicologici, così come una scarsa percezione di supporto sociale, elevati livelli di ansia e stress durante la gravidanza ed esperienze di vita avverse. Tra le variabili relative alla storia ostetrica della donna vi

sono precedenti aborti, complicazioni verificatisi durante una gravidanza o un parto precedenti e una storia di parto cesareo. Inoltre, è stata evidenziata un'associazione con la presenza di sintomi fisici, come nausea, vomito e affaticamento, che possono avere effetti negativi sulla vita quotidiana delle donne. Riguardo le variabili socio-demografiche, che verranno meglio approfondite nel secondo capitolo, i principali fattori di rischio associati allo sviluppo di depressione prenatale sono un livello di istruzione inferiore, uno status socioeconomico più svantaggiato, nonché le caratteristiche del contesto socio-culturale di appartenenza della donna (Miguez & Vazquez, 2021).

Anche una gravidanza non pianificata o indesiderata rappresenta un fattore di rischio associato ad una maggiore probabilità di insorgenza di depressione durante la gravidanza (Koleva et al., 2011). Una possibile spiegazione risiede nel fatto che, oltre a comportare un notevole carico emotivo, queste donne potrebbero non essere preparate finanziariamente, psicologicamente o socialmente ad affrontare le sfide della gravidanza e, di conseguenza, potrebbero incontrare maggiori difficoltà a conciliare i bisogni materni con altre responsabilità familiari o lavorative (Sedgh et al., 2006).

Una recente revisione (Liu et al., 2022) volta ad identificare i principali fattori di rischio per lo sviluppo di depressione post-partum ha evidenziato, tra i fattori psicologici più rilevanti, un'associazione con la depressione durante la gravidanza e con una storia pregressa di depressione, sia prenatale che generale. Inoltre, sono emersi altri fattori di rischio fortemente associati, tra cui eventi di vita stressanti (Norhayati et al., 2015), esperienze di abuso e violenza (Zang et al., 2019) e la sindrome premestruale (Cao et al., 2020). I principali fattori associati al decorso cronico della depressione post-partum sono lo scarso supporto sociale o del partner, l'abuso sessuale infantile e una precedente storia psichiatrica, legata soprattutto ad episodi depressivi pregressi (Vliegen et al., 2014). Inoltre, l'insorgenza di sintomi depressivi durante la gravidanza è stata identificata come un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi depressivi post-partum più gravi e cronici (Vliegen et al., 2014). Tali dati suggeriscono che la tempistica dell'insorgenza dei sintomi potrebbe rappresentare un utile indicatore della prognosi di depressione post-partum, con traiettorie più gravi e croniche nelle donne con elevati sintomi depressivi prenatali (Lecumberri et al., 2022).

La depressione perinatale, se non adeguatamente trattata, può comportare gravi conseguenze per le madri, i loro figli, le loro famiglie e la società nel suo complesso. Basti

pensare che nei casi più gravi, i sintomi della madre possono progredire fino all'ideazione di autolesionismo o di fare del male al bambino o, nel peggiore dei casi, al suicidio o all'infanticidio (Van Niel & Payne, 2020). Sebbene la maggior parte delle ricerche si sia concentrata sull'impatto della depressione post-partum sullo sviluppo infantile, studi più recenti hanno approfondito anche la depressione antenatale, evidenziando le conseguenze deleterie che questa può avere per il feto, il parto e il legame madre-bambino (Stuart-Parrington & Stuart, 2014). In particolare, la depressione materna durante la gravidanza è stata associata a diversi esiti neonatali avversi, tra cui i più frequentemente riportati sono un aumento del rischio di nascita pretermine e un basso peso alla nascita. È stato osservato anche un aumento dei tassi di complicazioni prenatali come preeclampsia, anomalie della placenta e aborto spontaneo (Field et al., 2006;). Inoltre, l'AND è stata associata a disturbi del sonno materno, allattamento al seno meno esclusivo e percezione di un temperamento maggiormente difficile del neonato. Tra gli effetti negativi sullo sviluppo infantile sono stati riportati disturbi del sonno e alterazioni nell'attivazione cerebrale nei neonati, nonché disturbi internalizzanti ed esternalizzanti durante l'infanzia (Field, 2017).

Per quanto concerne la depressione post-partum, le conseguenze negative sulla salute materna, sullo sviluppo infantile e sull'interazione madre-bambino sono state ampiamente documentate. In particolare, la depressione postnatale influisce negativamente sulla qualità della vita delle madri, che presentano condizioni di salute fisica e psicologica peggiori, oltre ad avere maggiori difficoltà nelle loro relazioni sociali, una percezione di minor supporto sociale e una maggiore propensione verso comportamenti a rischio (Slomian et al., 2019). Inoltre, la depressione post-partum risulta associata a difficoltà nell'interazione madre-bambino, così come all'insicurezza dell'attaccamento e a una compromissione dello sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino, con un impatto particolarmente rilevante nei bambini che vivono in contesti socioeconomici svantaggiati (Craig & Howard, 2009).

1.2.3 ASPETTATIVE SOCIALI E STIGMA

Le conseguenze negative delle patologie psichiatriche perinatali sulla salute delle donne, dei loro figli e dell'intero nucleo familiare sono state ampiamente documentate e approfondite nella letteratura scientifica. Nonostante ciò, le donne affette da patologia

mentale perinatale spesso non ricevono cure adeguate, pur essendo queste concretamente disponibili (Dennis et al., 2006). Uno degli elementi che maggiormente influisce su tale mancato accesso alle cure è la sottostima dei disturbi psichiatrici durante il periodo perinatale. In particolare, la depressione perinatale, sebbene altamente diffusa, viene spesso trascurata o non diagnosticata correttamente (Van Niel & Payne, 2020). Si stima che meno della metà dei casi di depressione perinatale vengano identificati, con la conseguenza che la maggior parte rimane sconosciuta o non trattata (Bick & Howard, 2010). L'elevata sottostima diagnostica innesca quindi un circolo vizioso all'interno del quale, l'individuo, non riconoscendo i propri sintomi, si preclude l'accesso ai trattamenti, con il conseguente aumento dei rischi legati alla psicopatologia.

Altri studi evidenziano che spesso sono le donne stesse a scegliere di non comunicare la loro condizione psicopatologica e a mostrare una ridotta propensione a chiedere aiuto (Moore et al., 2016). Questo fenomeno può essere attribuito a una serie di fattori, tra cui la scarsa cultura e consapevolezza riguardo al tema della salute mentale perinatale. Molte donne, infatti, faticano a distinguere i tipici sintomi gestazionali da quelli che potrebbero essere indicativi di una malattia mentale. Inoltre, lo stigma associato alla salute mentale gioca un ruolo cruciale: la paura di essere giudicate come “cattive madri” costituisce un ostacolo significativo, disincentivando le donne a condividere i loro problemi di salute mentale e dal cercare il supporto di cui avrebbero bisogno (Moore et al., 2016).

Lo stigma può essere definito come una valutazione negativa e marcata nei confronti di una persona o di un gruppo di persone, a causa di una caratteristica ritenuta indesiderabile (Goffman, 1963), ad esempio una malattia mentale. Può presentarsi sotto forma di stigma esterno, che riguarda l'atteggiamento stigmatizzante adottato da parte degli altri, oppure di stigma interno, che può verificarsi quando gli individui stigmatizzati interiorizzano ed attribuiscono alla propria identità lo stigma esterno (Moore et al., 2017). Sono stati individuati alti livelli di stigma esterno nella popolazione generale (Crisp et al., 2000) mentre lo stigma interno è stato rilevato in circa un terzo delle persone con gravi malattie mentali (West et al., 2011). Gli effetti negativi dello stigma esterno sono ampiamente documentati e comprendono fenomeni come l'esclusione sociale, la discriminazione e la limitazione delle opportunità di vita. Lo stigma interno è stato associato ad esiti psicologici negativi, tra cui bassa autostima, insoddisfazione nella vita e l'attuazione di comportamenti evitanti la ricerca di aiuto (Corrigan et al., 2014).

Lo stigma associato alla malattia mentale perinatale differisce dallo stigma legato, sempre alle malattie mentali, ma in altri momenti della vita. Questo perché non riguarda solamente l'aver una patologia mentale, ma anche, e soprattutto, l'essere una madre con patologia mentale. Alcune donne potrebbero quindi preoccuparsi di essere considerate dagli altri delle “cattive madri” a causa della loro malattia mentale (stigma esterno) e, in alcuni casi, potrebbero interiorizzare tale pregiudizio (stigma interno) (Moore et al., 2016).

Narrazioni irrealistiche e idealizzate sulla gravidanza e la maternità contribuiscono significativamente alla reticenza delle donne nel chiedere aiuto. Le madri che soffrono di depressione, infatti, spesso faticano a riconoscere o ammettere il proprio stato di sofferenza a causa di un contesto culturale che idealizza questo periodo come un momento di sola felicità e realizzazione. Questo immaginario collettivo, che definisce la maternità come un'esperienza idilliaca, non lascia spazio alla possibilità che possano emergere emozioni e vissuti negativi, che, dunque, vengono rifiutati o minimizzati (Amato, 2021). Per molte donne, l'idea che la depressione possa manifestarsi durante la gravidanza è antitetica con la visione romantica e positiva di questo periodo della vita (Bennett et al., 2007). Di conseguenza, molte donne si sentono incapaci di esprimere il loro malessere, convinte che non si tratti di un'esperienza accettabile o legittima.

L'esacerbazione della depressione post partum è spesso alimentata dal conflitto tra le aspettative sociali e culturali legate alla maternità e la realtà dell'esperienza materna. Spesso le donne si trovano in contesti sociali che negano le difficoltà emotive legate alla transizione alla maternità, ostacolando così la richiesta di aiuto. Guedeney con il termine “*paradosso della madre depressa*” si riferisce a quelle situazioni in cui la neo-madre sente di non avere il diritto di essere infelice o triste in un momento in cui la società si aspetta felicità e realizzazione (Guedeney, 1989). Inoltre, quando la depressione viene riconosciuta, viene spesso giustificata in termini morali piuttosto che psicopatologici, portando le donne a vedersi come “cattive madri” (Guedeney, 1993). Questa condizione può ostacolare significativamente la capacità della donna di cercare supporto, e il ritardo nell'avvio di un intervento terapeutico adeguato è strettamente correlato all'aggravarsi dei sintomi della depressione post partum, nonché alla difficoltà di stabilire un legame emotivo con il proprio bambino (Dossett, 2008).

Pertanto, lo stigma associato ai sintomi psicopatologici crea un ulteriore ostacolo alla ricerca di aiuto, con il rischio che anche segni più gravi vengano sottovalutati o ignorati (Goodman JH, 2009). Questo può essere particolarmente pericoloso, considerando che i disturbi psichiatrici perinatali sono tra le principali cause di morte diretta nel periodo perinatale (The Lancet, 2023).

La gravidanza e il periodo dopo il parto sono fasi che possono essere caratterizzate da gioia e aspettative positive, ma anche da stress e difficoltà. Durante tale periodo avvengono numerosi cambiamenti fisiologici e psicosociali, e sia le madri che i padri sono chiamati a confrontarsi con una molteplicità di nuove sfide. Perciò, la gravidanza e il post partum rappresentano un momento caratterizzato da maggiore vulnerabilità per l'insorgenza o la ricaduta di malattie mentali, richiedendo un'attenzione particolare per garantire il benessere psicologico delle donne (Smith et al., 2011).

In questo primo capitolo abbiamo approfondito la transizione alla genitorialità come un periodo di profonda riorganizzazione a livello neurobiologico, psicologico e sociale, che espone la donna a molteplici sfide. L'intensità delle trasformazioni che avvengono in questa fase la rende particolarmente delicata e vulnerabile, aumentando il rischio di sviluppare problematiche di salute mentale. A tal proposito, abbiamo evidenziato le caratteristiche dell'ansia e della depressione durante la gravidanza e nel periodo post partum, in quanto risultano essere i disturbi psichiatrici più frequenti in epoca perinatale. Infine, abbiamo esplorato il ruolo delle aspettative sociali e dello stigma che ancora oggi circondando la perinatalità e influenzano la salute mentale materna, contribuendo a ostacolare il riconoscimento e il trattamento precoce del disagio psicologico. A partire da queste premesse, nel prossimo capitolo verranno approfondite le determinanti sociali che incidono sulla salute mentale materna perinatale, con particolare attenzione ai fattori contestuali e strutturali che condizionano l'esperienza di transizione alla genitorialità.

2 DETERMINANTI SOCIALI

Negli ultimi decenni si è progressivamente consolidata la consapevolezza che la salute non è determinata esclusivamente da fattori biologici o genetici, ma è profondamente influenzata da molteplici fattori sociali, economici, culturali e ambientali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le determinanti sociali di salute come “le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano”, influenzate a loro volta da un insieme più ampio di forze e sistemi economici, sociali e politici. Le differenze in tali condizioni portano a disuguaglianze nella salute degli individui, “prodotte socialmente (e quindi modificabili) e ingiuste” (Whitehead & Dahlgren, 2006).

La salute mentale, parte integrante della salute e del benessere degli individui, è anch'essa significativamente influenzata dal contesto sociale, economico e fisico e dal gradiente sociale in cui le persone vivono e lavorano. Tanto è vero che i fattori di rischio per molti disturbi mentali comuni sono fortemente associati alle disuguaglianze sociali: maggiore è la disuguaglianza sociale maggiore è il rischio di sviluppare un disturbo mentale (Allen et al., 2014).

Il seguente capitolo si propone di esplorare l'evoluzione storica, i principali contributi teorici e i principali studi che hanno contribuito a mettere in evidenza l'importanza del contesto sociale e ambientale in cui l'individuo è inserito. Successivamente, verranno evidenziate alcune tra le principali determinanti sociali - individuali e contestuali - della salute materna nel periodo perinatale. Infine, si esaminerà il ruolo dello stress come possibile meccanismo attraverso cui le determinanti sociali influenzano la salute mentale materna.

2.1 RADICI STORICHE E MODELLI TEORICI

Il concetto di salute – sebbene da sempre intrinsecamente progressivo – durante il XX secolo è stato testimone di una significativa maturazione teorica che ha permesso la transizione da una visione limitata alla sola dimensione biologica ad una prospettiva più ampia e complessa, capace di tenere conto della persona nella sua interezza, includendo così elementi precedentemente trascurati come gli aspetti psicologici e sociali. La svolta internazionale all'interno di questa evoluzione concettuale ha avuto luogo nel 1948 quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definì la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o infermità”. Indubbiamente, tale definizione ha contribuito a promuovere una visione multidimensionale della salute, intesa come il risultato della complessa interazione tra individuo e contesto.

Nonostante la formulazione dell'OMS risultasse avanguardistica per l'epoca, le radici storiche che hanno contribuito al riconoscimento dell'importanza dei fattori sociali nella determinazione della salute affondano nel XIX secolo. A tal riguardo, Rudolf Virchow (1821-1902), considerato oggi il padre della medicina sociale, fu uno dei primi medici a sottolineare il ruolo dei fattori sociali ed economici nell'eziologia e nella prevenzione delle malattie. Egli infatti, assunto dal governo prussiano con l'incarico di analizzare le cause della diffusione dell'epidemia di tifo che colpì l'Alta Slesia nel 1848, concluse nel suo rapporto che, di fatto, fossero i fattori politici e socioeconomici come malnutrizione, disoccupazione, condizioni abitative precarie, carenze educative e inadeguato accesso ai servizi sanitari, i principali determinanti dell'epidemia (Lange, 2021).

Nel medesimo periodo, al di là della Manica, lo scoppio della Seconda Rivoluzione Industriale permise non solo la trasformazione dei sistemi produttivi, ma fece emergere con chiarezza anche il legame tra condizioni sociali e salute. In particolare, il rapporto di Chadwick sullo stato di salute delle popolazioni lavoratrici meno abbienti in Inghilterra e Galles e l'analisi di Engels sulle condizioni di vita degli operai nelle città inglesi, misero in luce come salute, economia e politica fossero strettamente interconnesse (Chadwick & Richardson, 1887; Engels, 1972).

Malgrado questi contributi pionieristici, per decenni il paradigma dominante in medicina e sanità pubblica rimase fortemente centrato su un approccio biomedico, che concepiva

la malattia come il risultato di processi biologici isolati dal contesto personale e sociale dell'individuo. La longevità di tale visione fu dovuta ad una commistione di fattori legati al progresso scientifico e a quello sociale: le nuove scoperte in ambito medico consolidarono l'idea della malattia come fenomeno esclusivamente biologico, mentre l'aumento generale del benessere sociale, dovuto anche al miglioramento delle condizioni di vita, fu interpretato come la conferma indiretta dell'efficacia delle innovazioni in campo medico. Una svolta cruciale nella decostruzione di questa prospettiva giunse solamente nel 1977, anno in cui George Engel, medico psichiatra presso il Medical Center dell'Università di Rochester, pubblicò sulla prestigiosa rivista *Science* l'articolo intitolato *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, destinato ad esercitare una rilevante influenza negli anni successivi (Engel, 1977). L'autore propose una risposta fortemente critica al riduzionismo del modello biomedico che concepiva la malattia come interamente riconducibile a variabili biologiche. Infatti, a causa di questo modello predominante, la medicina si limitava a offrire mera assistenza, ignorando l'influenza delle dimensioni sociali, comportamentali e psicologiche e, pertanto, non riuscendo a cogliere la complessità dell'individuo. In contrasto, il modello biopsicosociale proposto da Engel offre un approccio integrato, che attribuisce pari importanza ai fattori biologici, psicologici e sociali. Il suo fondamento teorico risiede nella Teoria Generale dei Sistemi del biologo Ludwig von Bertalanffy, secondo cui la spiegazione scientifica dei fenomeni non può essere limitata alla parcellizzazione dell'evento in sottounità e al loro studio isolato, ma risulta necessario approfondire le relazioni che intercorrono tra ciascuna di esse. Trasposti questi aspetti in campo psicologico, secondo Engel, salute e malattia non derivano da variabili isolate, ma sono il risultato di un'interazione continua e dinamica tra dimensioni biologiche, psicologiche e sociali (Engel, 1977). Il carattere rivoluzionario di questo approccio ha favorito un significativo cambiamento concettuale, ponendo le basi degli attuali paradigmi di ricerca, ad esempio "le determinanti sociali della salute", e delle norme orientate all'erogazione dell'assistenza sanitaria, come il modello dell'assistenza "centrata sul paziente" (Duberstein et al., 2021).

Un ulteriore contributo proviene dalla teoria ecologica di Urie Bronfenbrenner (1979), che concepisce lo sviluppo umano come il risultato dell'interazione dinamica tra il soggetto e i molteplici sistemi ambientali che lo circondano. L'autore suddivise l'ambiente in quattro sistemi interconnessi: il microsistema, ovvero il livello più prossimo

all'individuo e che comprende le relazioni dirette e quotidiane; il mesosistema, che rappresenta le interazioni tra i diversi microsistemi; l'esosistema, ovvero i contesti in cui l'individuo non è direttamente coinvolto, ed infine il macrosistema, che fa riferimento all'insieme più ampio di norme, valori culturali e strutture sociali. Successivamente venne introdotto un quinto livello, il cronosistema, relativo ai cambiamenti che si verificano nel corso del tempo sia nella vita dell'individuo che nella società (Bronfenbrenner, 1999). Originariamente concepita per teorizzare lo sviluppo della prima infanzia, la teoria ecologica dei sistemi è stata poi utilizzata da ricercatori con diversi interessi disciplinari, contribuendo a sottolineare l'importanza di considerare l'individuo all'interno dei diversi ambienti in cui si trova inserito (Wilkinson, 2023).

In tempi relativamente brevi, una successiva pubblicazione in materia di “determinanti sociali della salute” giunse nel 1980, quando, sempre in area anglofona, fu pubblicato il *Black Report* (Gray, 1982). Tale lavoro fu commissionato dal governo inglese ad un gruppo di studiosi, coordinati da Sir Douglas Black, con l'obiettivo di indagare le disuguaglianze sanitarie tra le diverse classi sociali, nonché di esplorarne le cause e le relative implicazioni politiche. I risultati emersi dal rapporto evidenziarono una distribuzione diseguale della malattia nella popolazione britannica dovuta ad una correlazione tra status sociale e condizioni di salute tale per cui le classi più svantaggiate presentavano un tasso di mortalità superiore rispetto a quelle più agiate. Inoltre, venne concluso che tali disuguaglianze fossero principalmente attribuibili a una serie di fattori sociali che influenzano la salute, come il reddito, l'istruzione, l'abitazione, l'alimentazione, l'occupazione e le condizioni lavorative (Gray, 1982).

Quasi vent'anni più tardi, nel 1998, venne pubblicato il rapporto *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, che presentò i risultati di un'indagine approfondita – condotta sotto la direzione di Donald Acheson – sulle disuguaglianze sanitarie nel Regno Unito e con l'intento di individuare possibili aree di intervento al fine di ridurre le asimmetrie rilevate (Acheson, 1998). La ricerca è stata condotta sulla base del modello delle principali determinanti di salute, proposto per la prima volta da Dahlgren e Whitehead e rappresentato nella figura seguente.

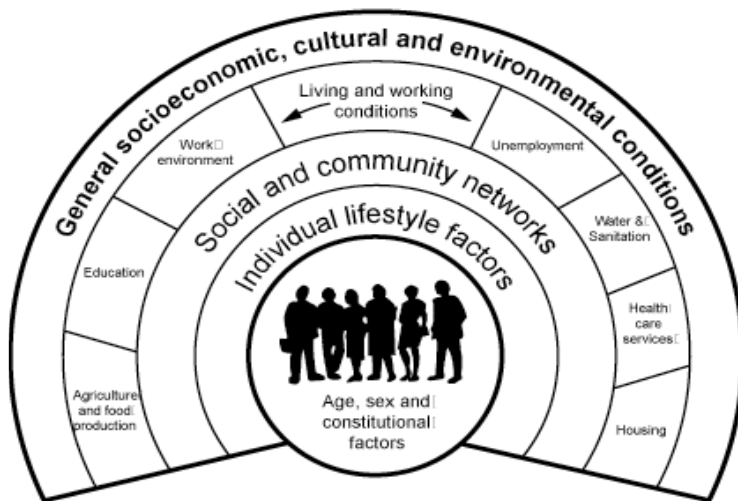


Figura 1: Modello delle principali determinanti di salute
 Fonte: Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, Sir Donald Acheson (1998)

Tale struttura è rappresentata come una serie di strati concentrici sovrapposti, che riflettono diversi livelli di influenze sulla salute, quest'ultima intesa, quindi, come il prodotto di complesse interazioni tra l'individuo e il suo ambiente sociale. Al centro si colloca l'individuo con le proprie caratteristiche biologiche – quali il sesso, l'età e il patrimonio genetico – che indubbiamente influenzano la salute, ma sono inevitabili. Attorno all'individuo, poi, si dispongono progressivamente vari strati di influenza che, diversamente, possono variare e su cui si può intervenire. Lo strato più interno rappresenta i comportamenti e lo stile di vita adottati dagli individui, come l'attività fisica o le abitudini alimentari. Segue poi la rete sociale che, ad esempio, può influenzare il benessere dell'individuo attraverso il supporto sociale. Nello strato successivo si trovano le condizioni di vita e di lavoro, come l'istruzione, l'occupazione, l'accesso ai servizi sanitari e l'ambiente domestico, in grado, questi, tanto di promuovere quanto di danneggiare la salute. Infine, il livello più esterno è rappresentato dalle condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali che caratterizzano la complessità sociale in cui l'individuo è inserito. Il modello evidenzia le interazioni reciproche tra i diversi strati e sottolinea come le determinanti della salute non agiscono in modo isolato, ma interagiscono tra loro in maniera dinamica. Ad esempio, gli stili di vita individuali sono influenzati dalla rete sociale e dalle condizioni di vita e di lavoro, a loro volta condizionate dal più ampio contesto sociale ed economico (Acheson, 1998). Quindi, i risultati dell'*Acheson Report* confermarono quanto emerso precedentemente nel *Black Report*,

ribadendo l'esistenza di ampie disuguaglianze nella salute – sia fisica che psicologica – strettamente correlate a fattori sociali ed economici (Acheson, 1998).

Un ulteriore contributo per la comprensione delle disuguaglianze nella salute proviene dai lavori di Michael Marmot, epidemiologo britannico che ha dedicato la sua carriera allo studio delle determinanti sociali della salute. Le sue ricerche, tra cui si annoverano i *Whitehall Studies* (Marmot et al., 1978; Marmot et al., 1991), hanno evidenziato il concetto di gradiente sociale di salute, secondo cui lo stato di salute non si articola semplicemente in una distinzione tra ricchi e poveri, ma si distribuisce lungo un *continuum* che riguarda l'intera popolazione. In altre parole, ogni livello più basso della scala socioeconomica è associato a un maggior rischio di malattia e mortalità. Gli individui in condizioni socioeconomiche intermedie mostrano esiti sanitari peggiori rispetto a chi è meglio collocato, ma migliori rispetto a chi è più svantaggiato. Questo fenomeno è stato definito da Marmot come “status syndrome”, al fine di sottolinearne la relazione tra la posizione sociale e quella di salute (Marmot, 2006). In linea con le evidenze emerse negli studi precedenti, nel 2010 Marmot guidò la redazione del celebre rapporto *Fair Society, Healthy Lives* (Marmot & Bell, 2012), che tradusse l'evidenza delle disuguaglianze sociali e del gradiente sociale di salute in una serie di raccomandazioni politiche. Tra i vari concetti fondamentali proposti, si ricorda prioritariamente l'universalismo proporzionato, ovvero l'adozione di politiche universali e proporzionate ai bisogni degli individui. A questi studi hanno fatto seguito una serie di altre ricerche, alle quali si riconosce il merito di aver sollevato la gravità del quadro epidemiologico e stimolato una profonda riflessione in materia di salute a livello globale. A fronte delle crescenti evidenze emerse, l'OMS istituì nel 2005 la *Commission of Social Determinants of Health* (CSDH), con l'obiettivo di analizzare le cause strutturali delle disparità sanitarie e proporre strategie globali per ridurle. Il rapporto conclusivo della Commissione – *Closing the Gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (2008) – ha evidenziato come le disuguaglianze di salute non sono soltanto ingiuste, ma anche evitabili e in larga parte prevenibili. Tale report sollecitava quindi i governi e le organizzazioni internazionali ad intraprendere un'azione congiunta e tempestiva finalizzata a colmare il divario di salute nell'arco di una generazione, e affermando al contempo che garantire equità nella salute è una questione di giustizia sociale imprescindibile.

2.2 DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE MENTALE MATERNA

La gravidanza e il post partum sono due periodi di profonda trasformazione per la donna, caratterizzati da un'accentuata vulnerabilità. In questo contesto, numerosi fattori sociali – sia individuali che contestuali – possono influenzare la salute mentale della donna e contribuire alle disuguaglianze osservate negli esiti di salute.

Un esempio lampante di tale relazione deriva dalle evidenze riguardo un chiaro gradiente socioeconomico associato alla salute mentale materna. Nello specifico, in Inghilterra, tra il 2003 e il 2004, circa il 20% delle donne appartenenti al quintile più basso per status socioeconomico ha riportato depressione postnatale, a fronte del 7% tra quelle appartenenti al quintile più alto (Marmot Review Team, 2010).

Come affermano Pardo e collaboratori (2024): “Forse non esistono due condizioni mediche e di sanità pubblica così strettamente legate come i disturbi mentali e le disuguaglianze sociali, e probabilmente hanno sia un effetto reciproco che moltiplicatore sulle disparità nella salute materna”.

In particolare, nel seguente capitolo verrà approfondito il ruolo dello status socioeconomico, delle diverse forme di discriminazione e del contesto geografico di residenza nell'influenzare la salute mentale materna.

2.2.1 LO STATUS SOCIOECONOMICO

Lo status socioeconomico (SES) è un concetto complesso e multidimensionale che, nel corso del tempo, è stato definito in modi diversi e operazionalizzato attraverso una molteplicità di indicatori. Tra le definizioni proposte nella letteratura scientifica, una delle più accreditate è quella di Mueller e Parcel (1981), secondo cui il SES rappresenta “la posizione relativa di una famiglia o di un individuo all'interno di una struttura sociale gerarchica, basata sul loro accesso o controllo rispetto a ricchezza, prestigio e potere”.

Tale costrutto riveste una particolare importanza nel contesto delle determinanti sociali della salute, permettendo una maggiore comprensione delle disuguaglianze nella distribuzione di salute e malattia all'interno della popolazione. In particolare, il legame tra il SES e la salute mentale è stato ampiamente riconosciuto e documentato dalla ricerca

scientifico (Kirkbride et al., 2024; Kivimäki et al., 2020), constatando come le persone in condizioni di povertà e svantaggio socioeconomico soffrono in misura significativamente maggiore di disturbi mentali e delle relative conseguenze negative (Campion et al., 2013; Patel & Kleinman, 2003).

Nei Paesi ad alto PIL pro capite (*High Income Countries*, HIC), fattori quali disoccupazione, basso reddito, classe sociale, bassi livelli di istruzione e condizioni di svantaggio materiale – tutti indicatori dello status socioeconomico – sono stati associati a un maggior rischio di sviluppare disturbi mentali comuni (*common mental disorders*, CMD), in particolar modo disturbi d'ansia e depressione (Fryers et al., 2005; Lorant et al., 2003; Zuelke et al., 2018). Inoltre, risultati simili sono stati osservati anche nei Paesi del *Global South* (*Low and Middle Income Countries*, LMIC). In particolare, Lund e collaboratori (2010) hanno condotto una revisione sistematica della letteratura epidemiologica, prendendo in esame 115 studi. I risultati hanno evidenziato come in oltre il 70% dei casi si riscontra un'indubbia associazione positiva tra diversi indicatori di povertà e i CMD. Più precisamente, le variabili che mostrano le associazioni più forti e coerenti con questi disturbi sono il basso livello di istruzione, l'insicurezza alimentare, la condizione abitativa, la classe sociale e lo stress finanziario (Lund et al., 2010).

Questi ultimi aspetti, di fatto costituenti la macrocategoria delle determinanti sociali della salute, si manifestano attraverso il concetto di gradiente sociale di salute, secondo cui le disuguaglianze di salute si distribuiscono lungo un continuum che interessa l'intera popolazione, e non soltanto gli individui più poveri o svantaggiati. All'interno della stratificazione sociale, coloro che occupano una posizione intermedia – che generalmente rispecchia il corrispettivo status socioeconomico di appartenenza – presentano esiti sanitari proporzionalmente peggiori rispetto ai gruppi più benestanti, ma superiori se rapportati a quelli più svantaggiati (Allen et al., 2014).

Numerosi studi hanno osservato la presenza di marcati gradienti socioeconomici rispetto a molteplici esiti di salute mentale, sia nei HIC che nei LMIC (Kirkbride et al., 2024). Ad esempio, i dati raccolti nell'ambito di un'indagine nazionale nel Regno Unito sulla salute mentale, condotta nei confronti di adulti residenti in abitazioni private, hanno mostrato che all'aumentare del reddito familiare, la probabilità di soffrire di un disturbo mentale comune diminuiva progressivamente (McManus et al., 2009). In particolare, lo studio ha evidenziato una distribuzione progressiva del rischio di presentare un CMD, con una

probabilità tre volte superiore tra gli uomini appartenenti al quintile di reddito più basso rispetto a quelli nel più alto (23,5% contro 8,8%). Le differenze più marcate riguardavano gli episodi depressivi, con una prevalenza che variava dallo 0,2% tra gli uomini con i redditi familiari più alti al 6,9% tra quelli più svantaggiati (McManus et al., 2009). Inoltre, come già presentato nell'introduzione del presente capitolo, risultati analoghi sono stati riportati anche in relazione alla salute mentale materna nel periodo perinatale. Le evidenze del Marmot Review Team (2010) confermano un chiaro gradiente socioeconomico, con tassi più elevati di depressione postnatale tra le donne in condizione di maggior svantaggio.

Alla luce di tutto ciò, sono state avanzate due ipotesi principali per spiegare l'associazione tra il SES e la salute mentale degli individui: la "teoria della causalità sociale" e la "teoria della selezione sociale" (Elstad & Krokstad, 2003). La prima sostiene che le disuguaglianze di salute derivino primariamente dalle differenze nello status socioeconomico (Johnson et al., 1999). In altre parole, la stratificazione sociale creerebbe un accesso diseguale alle risorse che aiutano gli individui ad evitare l'esposizione a fattori di stress dannosi (Kirkbride et al., 2024). Ne deriva che, i fattori tipicamente associati a un basso SES, come lo svantaggio economico, le avversità ambientali e lo stress cronico, contribuiscono all'insorgenza di disturbi psichiatrici (Johnson et al., 1999). Viceversa, livelli più elevati di ricchezza e reddito consentirebbero l'accesso a determinanti chiave per una buona salute mentale, come alloggi adeguati e sicuri, una sufficiente sicurezza alimentare e cure sanitarie efficaci (Kirkbride et al., 2024). Al contrario, la seconda ipotesi suggerisce che siano i disturbi psichiatrici stessi a determinare un peggioramento della condizione socioeconomica o l'impossibilità di uscire da condizioni di basso SES (Johnson et al., 1999). La letteratura scientifica ha messo in luce evidenze a sostegno di entrambe le teorie, suggerendo che l'associazione tra il SES e la salute mentale possa essere spiegata da una combinazione di meccanismi di causalità sociale e di selezione sociale (Johnson et al., 1999). Infatti, lo svantaggio socioeconomico costituisce sia un fattore di rischio che una conseguenza dei disturbi mentali, evidenziando così una relazione bidirezionale tra i due (Kirkbride et al., 2024).

La natura complessa e concettualmente astratta che caratterizza lo status socioeconomico si concretizza in una molteplicità di indicatori utilizzati per indagarlo, che possono variare a seconda degli scopi e degli argomenti dei vari studi (Boerma et al., 2018).

Tradizionalmente, nell'ambito della ricerca sulle disuguaglianze di salute, il SES è misurato attraverso indicatori quali il reddito, il livello di istruzione e l'occupazione (Shavers, 2007).

L'*occupazione*, intesa in senso lato e associata, quindi, a fattori come la classe sociale, il prestigio della professione e il livello socioeconomico, contribuisce a collocare gli individui all'interno della struttura sociale, definendo così l'accesso alle risorse, l'esposizione a rischi psicologici e pericoli fisici, oltre a influenzare comportamenti legati allo stile di vita, come, ad esempio, il fumo o il consumo di alcol (Braveman et al., 2005; Shavers, 2007). La relazione tra occupazione e salute mentale può essere interpretata alla luce tanto della teoria della "causazione sociale", quanto della "selezione sociale", precedentemente descritte. Infatti, se la "causazione sociale" concepisce l'occupazione stessa come un fattore a miglioramento della salute degli individui, di contro, la "teoria della selezione sociale" interpreta una buona condizione di salute come il miglior veicolo per ottenere e mantenere un impiego (Shavers, 2007). Numerosi studi hanno evidenziato il legame tra l'occupazione e la salute mentale materna nel periodo perinatale. In particolare, è stato osservato un rischio significativamente più elevato di ansia prenatale tra le donne disoccupate (Cena et al., 2020), così come una maggior prevalenza di sintomi ansiosi e depressivi, sia durante la gravidanza che dopo il parto, in assenza di un'occupazione (Biaggi et al., 2016; Yin et al., 2021; Cena et al., 2021). Risultati analoghi sono stati osservati anche nei casi in cui fosse il partner a trovarsi in una condizione di disoccupazione (Biaggi et al., 2016), suggerendo il ruolo determinante del contesto economico e lavorativo familiare. Al contrario, l'impiego stabile e continuativo della madre è stato associato a una riduzione del rischio di sviluppare ansia nel periodo prenatale (Cena et al., 2020). Inoltre, la disoccupazione sembra costituire un fattore critico nel determinare l'accesso e l'adesione alle cure postnatali raccomandate (Duberstein et al., 2021), oltre ad essere anche associata a comportamenti a rischio per la salute, quali il consumo di alcol e il fumo (Raatikainen et al., 2006).

L'*istruzione* rappresenta una delle misure più consolidate e utilizzate per definire il SES in età adulta, anche in virtù del fatto che, rispetto ad altri indicatori, comporta un rischio minore di incorrere nel problema della causalità inversa. Quest'ultimo si verifica quando non è possibile stabilire con certezza se sia la condizione socioeconomica a influenzare la salute o viceversa. Tuttavia, poiché il percorso educativo si completa generalmente

prima dell'insorgenza di problemi di salute, il legame causale risulta più facilmente interpretabile (Shavers, 2007). Il livello educativo può influenzare l'eziologia di numerosi esiti di salute attraverso molteplici meccanismi (Braveman et al., 2005): in primo luogo, un'istruzione più elevata tende ad aprire l'accesso a migliori opportunità occupazionali e a un maggiore potenziale di guadagno (Adler & Newman, 2002), elementi che si traducono in condizioni economiche più favorevoli e in una maggiore disponibilità di risorse materiali. Secondariamente, le persone con un livello di istruzione più elevato potrebbero aver sviluppato migliori abilità di pensiero critico, risoluzione dei problemi, nonché maggiori conoscenze generali e relative alla salute, tutti fattori che facilitano l'adozione di comportamenti e stili di vita salutari. Infine, livelli educativi più alti sono associati a condizioni lavorative migliori, una maggior stabilità economica e alla disponibilità di maggiori risorse psicologiche (Shavers, 2007). Nonostante ciò, le evidenze riguardo il legame tra l'istruzione e la salute mentale materna nel periodo perinatale risultano attualmente ancora controverse. Considerando, ad esempio, la depressione perinatale, alcuni studi non hanno rilevato un'associazione significativa con il livello di istruzione (Agostini et al., 2019; Husain et al., 2012), mentre altri lavori hanno osservato che un basso livello educativo materno costituisce un importante fattore di rischio (Martini et al., 2015; Matsumura et al., 2019; Yang et al., 2022).

Il *reddito* è un indicatore del SES che misura le risorse materiali a disposizione di un individuo o di una famiglia, le quali influenzano direttamente le opportunità e la qualità della vita quotidiana (Braveman et al., 2005). Un livello di reddito più elevato si associa, ad esempio, a una maggiore possibilità di sostenere una dieta sana e varia, di vivere in abitazioni adeguate e di partecipare ad attività ricreative (Shavers, 2007). Il legame tra povertà e benessere materno è stato ampiamente documentato. In particolare, condizioni economiche svantaggiate sono state associate a fattori di rischio che influenzano negativamente la salute sia della madre che del bambino (Ronsmans & Graham, 2006). Si pensi alle donne in condizioni di povertà, che possono presentare livelli più elevati di malnutrizione, un maggior consumo di alcol e sostanze stupefacenti e una maggiore esposizione a fattori di stress psicologico (Blount et al., 2021). Oltretutto, livelli di reddito più bassi sono stati associati a un maggior rischio di sviluppare depressione post partum (Benoit et al., 2007). Infine, il reddito è stato anche associato ad alcuni esiti neonatali: lo studio di Hadam e Rehkopf (2015), tra i vari pubblicati in merito, ha osservato una

relazione positiva tra disponibilità economica e peso alla nascita, osservando come un peso maggiore sia legato a una maggiore disponibilità economica.

2.2.2 LA DISCRIMINAZIONE

La discriminazione, e il suo legame con la salute, hanno assistito ad un'esponentiale attenzione da parte della comunità scientifica durante quest'ultimo ventennio. Nonostante questo reindirizzamento focale possa apparire un contributo vitale all'interno della letteratura accademica, l'inquadramento tematico si conferma tuttora predominante a livello interpersonale, ovvero tra individuo discriminato e individuo discriminante, tralasciando quindi la componente strutturale. Tale declinazione, la strutturale, osserva la discriminazione nelle sue manifestazioni meno visibili – rispetto a quelle interpersonali – ma ugualmente tangibili, concentrandosi sulle disuguaglianze perpetrate dalle strutture sociali, economiche e istituzionali. Tanto la recente attenzione verso questo tema quanto la sua delimitazione alla sola sfera interpersonale si riconducono, ancora una volta, alla tendenza in campo biomedico nel considerare unicamente il carattere genetico – escludendo le determinanti sociali – come il fattore a giustificazione dei diversi gradi di salute degli individui (Krieger, 2014).

Etimologicamente, il lemma *discriminazione* deriva dal latino *discriminatio -onis*, sostantivo del verbo *discriminare*, “Dis – Crimen”, ovvero dividere, separare; e infatti l'enciclopedia Treccani definisce il sostantivo come “il fatto di discriminare o essere discriminato; distinzione, diversificazione o differenziazione, operata fra persone, cose, casi o situazioni” (Treccani, Vocabolario Online). La parola latina di origine antroponomica *crimen* però, da cui deriva l'italiano *crimine* e l'inglese *crime*, sta a significare un'accusa, una colpa, un reato o un'offesa. Di conseguenza, se la parola discriminazione è rivolta a un individuo o una comunità assume una connotazione negativa, che sempre Treccani riporta come “diversità di comportamento o di riconoscimento di diritti nei riguardi di determinati gruppi politici, razziali, etnici o religiosi” (Treccani, Vocabolario Online). Sulla base di quest'ultima definizione, e riprendendo le distinzioni di discriminazione sopracitate, le disuguaglianze che un

individuo o una comunità possono subire – rispettivamente – da una prospettiva interpersonale si configurano come “discriminazione quotidiana”, mentre da una prospettiva strutturale si esprimono in relazioni ad aspetti quali il reddito, l’istruzione, l’occupazione, l’assicurazione sanitaria, l’incarcerazione e la rappresentanza politica (Krieger, 2014). Considerate queste evidenze scientifiche, Pascoe e Richman (2009) hanno condotto una revisione meta-analitica volta ad indagare proprio la correlazione tra la discriminazione percepita e la salute degli individui, dimostrando come la presenza di tale esperienza sia correlata ad un peggior stato di salute, sia fisica che mentale.

In relazione a quanto detto finora, di seguito saranno analizzate alcune forme di discriminazione che interessano maggiormente il periodo perinatale e che, come verrà dimostrato, incidono negativamente sulla salute materna e neonatale. La selezione delle forme di discriminazione qui analizzate è da intendersi come parziale e arbitraria, dettata unicamente da esigenze espositive circoscritte, e non pretende in alcun modo di esaurire l’ampia e complessa tematica della discriminazione.

Una prima forma di discriminazione, ampiamente studiata dalla comunità scientifica in quanto significativa nel determinare un peggior stato di salute mentale, è rappresentata dalla discriminazione razziale (Kirkbride et al., 2024). Tale pratica ingiusta è risultata particolarmente evidente negli Stati Uniti, tanto nelle sue declinazioni interpersonali quanto strutturali, come riportato da Nancy Krieger (2014). Anche Kirkbride (2024), sempre in relazione agli USA, riporta come il razzismo strutturale sia pervasivo all’interno del sistema abitativo, educativo, occupazionale, sanitario e legale. Tali dinamiche generano disuguaglianze significative nell’accesso a servizi essenziali, esponendo le minoranze etniche a maggiori fattori di rischio legati al contesto sociale e ambientale (Kirkbride et al., 2024). Inoltre, in aggiunta alla componente sistemica, si deve considerare anche la discriminazione interpersonale che gli individui subiscono – da parte del gruppo etnico maggioritario – attraverso esperienze di nullificazione e stereotipizzazione, e solo in quanto appartenenti ad una comunità etnica minoritaria. Tutto ciò è stato associato ad una maggiore probabilità di sviluppare stress, disturbi mentali comuni e, più in generale, di godere di una peggiore salute mentale (Kirkbride et al.,

2024). Le esperienze di discriminazione razziale comportano gravi conseguenze dirette sulla salute mentale delle madri (Bécares & Atatoa-Carr, 2016). A riprova di ciò, Segre e collaboratori (2021) hanno osservato come la discriminazione razziale percepita rappresenti una forma unica di stress significativamente associata a un rischio maggiore di sviluppare depressione post partum mentre van Daalen e collaboratori (2022) hanno riportato un'associazione con esiti di salute perinatale avversi quali parto pretermine, basso peso alla nascita, *small for gestational age* (SGA) e disturbi ipertensivi della gravidanza. Infine, Iyengar e collaboratori (2022) hanno osservato come le minoranze etniche afroamericane e ispaniche presentano una probabilità tre volte maggiore di riportare sintomi clinicamente rilevanti di stress al momento del parto e una probabilità doppia di riferire depressione post partum rispetto alle donne bianche di origine ispanica. Una seconda forma di discriminazione che può avere ricadute significative sulla salute mentale materna nel periodo perinatale è la discriminazione di genere. Nonostante si riconosca che genere e sesso siano concetti – seppur interagenti – distinti, nel presente studio, per ragioni di sintesi e coerenza concettuale, tali termini verranno utilizzati in modo intercambiabile, senza approfondire le differenze teoriche tra i due. Tuttavia, per correttezza espositiva, si segnala che l'OMS, relativamente ai concetti di sesso e identità di genere, riferisca come il primo riguardi “le diverse caratteristiche biologiche e fisiologiche di femmine, maschi e persone intersessuali, come cromosomi, ormoni e organi riproduttivi” mentre il secondo faccia riferimento “all’esperienza interna e profondamente sentita di una persona, che può corrispondere o meno alla fisiologia della persona o al sesso designato alla nascita”. Detto ciò, nell’articolato contesto della discriminazione di genere, di particolare interesse all’interno di questo studio, risulta essere la discriminazione legata alla gravidanza (*pregnancy discrimination*). Tale declinazione si riferisce ad ogni forma di trattamento sfavorevole nei confronti di una donna a causa della gravidanza, del parto o di condizioni mediche correlate. Si manifesta frequentemente in ambito lavorativo attraverso pratiche come l’isolamento sociale, il licenziamento, la diffusione di stereotipi, comportamenti ostili e svalutanti e il mancato accesso a pari opportunità (Hackney et al., 2020). Nel loro studio, Hackey e collaboratori (2020) hanno indagato l’influenza della discriminazione percepita durante la gravidanza

sulla salute materna e neonatale. I risultati indicano che la discriminazione percepita è associata, attraverso lo stress materno durante la gravidanza, a un aumento dei sintomi depressivi nel periodo post partum, così come a esiti neonatali peggiori, quali un peso alla nascita e un'età gestazionale inferiori, e un numero maggiore di visite mediche nei primi mesi di vita (Hackey et al., 2020). Questa forma di discriminazione si inserisce in un quadro più ampio di disuguaglianze di genere nei confronti del mercato del lavoro, e che interessano in particolare le madri. Nel contesto italiano, un recente documento redatto nel marzo 2025 e realizzato nell'ambito dell'Accordo interistituzionale CNEL - ISTAT in collaborazione con il Comitato per le Pari Opportunità del CNEL mostra evidenze a tal riguardo. I dati raccolti mostrano come nel 2023 il tasso di occupazione delle donne tra i 15 e i 64 anni era pari al 52,5% contro il 70,4% degli uomini. Inoltre, dietro questi valori medi si nascondono realtà molto eterogenee in cui le disparità si accentuano ulteriormente se si considerano le condizioni familiari. In particolare, mentre il 69,3% delle donne che vivono da sole ha un impiego, la percentuale scende al 62,9% nel caso in cui siano madri sole e al 57,2% se madri in coppia. Tra gli uomini, al contrario, si rileva una tendenza inversa, con un tasso di occupazione del 77% tra i single e dell'86,3% tra i padri in coppia. Questi dati evidenziano chiaramente come la maternità rappresenti un fattore di svantaggio occupazionale per le donne, contribuendo a un terreno fertile per dinamiche discriminatorie, con potenziali ripercussioni sulla salute mentale materna.

2.2.3 TRA STATO, REGIONE E QUARTIERE: I FATTORI CONTESTUALI

Le determinanti sociali della salute mentale materna perinatale non si esauriscono nei fattori individuali, ma comprendono anche le peculiarità del territorio di residenza. Il contesto politico, sociale e ambientale, le norme sociali e culturali, nonché il contesto storico di un Paese, inevitabilmente condizionano la vita degli individui (Allen et al., 2014). A più livelli quindi, che si tratti del Paese, della regione o persino del quartiere specifico, il luogo in cui una donna risiede influisce profondamente sul suo benessere fisico e psicologico.

A tal proposito, studi recenti evidenziano tassi di prevalenza dei disturbi mentali perinatali più elevati nelle aree rurali e nei contesti svantaggiati da un punto di vista socioeconomico (Pan et al., 2024). In particolare, nei contesti rurali la prevalenza di depressione perinatale è stimata intorno al 22% (Pan et al., 2024), valore molto più elevato rispetto alla stima di prevalenza globale del disturbo, pari all'11,9% (Woody et al., 2017). In linea con tali evidenze, uno studio condotto da Galbally e collaboratori (2022) su una coorte australiana ha evidenziato che le madri residenti in zone rurali riportano livelli più elevati di stress genitoriale e un minor accesso ad attività di supporto alla genitorialità. Sono stati ipotizzati diversi meccanismi per spiegare la relazione tra la residenza in aree rurali e la salute mentale materna. Uno di questi riguarda l'accessibilità e la qualità dei servizi perinatali, fattori che incidono fortemente sul benessere psicologico delle madri. La residenza in aree rurali è associata a una carenza di servizi di salute mentale, soprattutto nei settori specialistici come quello della salute mentale perinatale (Galbally et al., 2022). A ciò si aggiungono barriere di tipo geografico, come una maggior distanza per raggiungere strutture sanitarie specializzate, spesso aggravata da una scarsa disponibilità e adeguatezza di trasporti pubblici (Pan et al., 2024). Inoltre, il divario di conoscenze in merito alla salute mentale tra contesti urbani e rurali, unitamente alla maggior diffusione dello stigma associato ai disturbi mentali nei contesti rurali, potrebbe contribuire a una minore propensione alla richiesta di aiuto, ostacolando così l'identificazione, il trattamento e la gestione adeguata del disagio psichico (Fleischman et al., 2022; Pan et al., 2024). Infine, una maggiore prevalenza di depressione perinatale nelle aree rurali potrebbe essere, almeno in parte, riconducibile ad una più alta esposizione a fattori di rischio noti, come la povertà diffusa, la violenza domestica e il limitato supporto sociale, che risultano essere più frequenti in questi contesti (Pan et al., 2024).

Nonostante le evidenze appena riportate, la relazione tra ruralità e salute mentale perinatale appare complessa e non univoca. Ad esempio, lo stesso studio condotto da Galbally e collaboratori (2022) non ha riscontrato differenze significative nella prevalenza della depressione perinatale in base alla residenza in contesti rurali o urbani. Ulteriori studi confermano tale complessità: Ginja e collaboratori (2020) hanno osservato un rischio maggiore di insorgenza di ansia e depressione nelle donne residenti in aree rurali rispetto a quelle urbane, tuttavia, tale differenza non ha mantenuto la significatività statistica dopo l'aggiustamento per variabili quali lo status socioeconomico, la fase

perinatale e il supporto sociale. Analogamente, Nidey e collaboratori (2020) hanno riportato che il rischio di depressione perinatale era superiore del 21% tra le donne residenti in contesti rurali, ma, anche in questo caso, la differenza di rischio perdeva significatività statistica includendo altri fattori, quali l'istruzione materna e la copertura assicurativa sanitaria. Tali evidenze ribadiscono la complessità del rapporto tra il contesto geografico di residenza e la salute mentale perinatale, suggerendo che le differenze osservate potrebbero essere attribuibili a determinanti sociali sottostanti, come lo status socioeconomico o l'accesso ai servizi, piuttosto che alla ruralità in sé.

Parallelamente, diversi autori hanno indagato le caratteristiche delle grandi aree urbane e il loro potenziale impatto sulla salute mentale perinatale. Le metropoli, infatti, presentano una serie di peculiarità che possono influenzare il benessere psicologico materno in molteplici modi, fungendo sia da fattori di protezione che da fattori di rischio. In particolare, un gruppo di studiosi di New York (Pardo et al., 2024) osserva come l'elevata densità demografica e il marcato pluralismo culturale, caratteristiche tipiche delle metropoli, possono favorire una maggiore interazione sociale e vicinanza tra gli individui, oltre a una più ampia disponibilità e un accesso più agevole a risorse sanitarie e reti di supporto. D'altro canto, questi grandi agglomerati urbani, possono generare – inevitabilmente – condizioni quali emarginazione sociale, sovraffollamento e conflitti inter-etnici. Di conseguenza, vivere in contesti urbani di grandi dimensioni potrebbe comportare una maggiore esposizione a fattori stressanti, soprattutto per le persone in condizioni di vulnerabilità socioeconomica e per le minoranze, con potenziali ricadute negative sulla salute mentale nel periodo perinatale (Pardo et al., 2024).

Oltre alle caratteristiche intrinseche dei contesti rurali o metropolitani, numerosi studi hanno posto l'attenzione su fattori strutturali come lo status socioeconomico del quartiere di residenza (*Neighborhood socioeconomic status*, NSES). Molteplici revisioni hanno evidenziato un'associazione tra il vivere in quartieri caratterizzati da deprivazione socioeconomica e vari esiti di salute mentale (Mair et al., 2008; Richardson et al., 2015; Visser et al., 2021). Nel loro studio, Best e collaboratori (2024) hanno indagato l'influenza del NSES nel periodo perinatale, osservando un ruolo cruciale del contesto più ampio. In particolare, risiedere in un quartiere svantaggiato all'interno di una regione complessivamente benestante è risultato associato a un impatto maggiormente negativo sulla salute mentale materna rispetto al risiedere in un quartiere svantaggiato inserito in

una regione anch'essa socioeconomicamente deprivata. Secondo gli autori, tale risultato potrebbe essere spiegato da un insieme di fattori sociali: vivere in condizioni svantaggiate in un'area complessivamente benestante potrebbe comportare un maggior isolamento da un punto di vista sociale, oltre che un continuo raffronto con le condizioni economiche – generalmente migliori – degli altri residenti (Best et al., 2024). Il ruolo del contesto geografico è così ampio da valicare i confini e riflettersi anche a livello transnazionale: uno studio condotto da Kahn e collaboratori (2000) osserva come la distribuzione del reddito all'interno di una società rappresenti un'altra importante determinante di salute. In particolare, gli autori riportano come le donne in condizioni economiche svantaggiate che vivono in Paesi con bassa disuguaglianza di reddito mostrano un rischio minore di sintomi depressivi e una migliore percezione dello stato di salute rispetto a quelle che, pur con lo stesso reddito, risiedono in Paesi con alta disuguaglianza di reddito. Tale associazione, inoltre, sebbene riscontrata in tutto il campione, risultava particolarmente marcata per le donne con basso reddito familiare (Kahn et al., 2000).

Nella letteratura scientifica sono state indagate anche le caratteristiche geomorfologiche del luogo di residenza. In particolare, diversi autori evidenziano come il risiedere in aree prossime ad ambienti naturali e spazi all'aperto sembra influisca positivamente sulla salute mentale degli individui, i quali riportano una riduzione dei sintomi di stress, ansia e depressione (Allen et al., 2014). Tale evidenza è stata osservata anche in relazione alla salute mentale materna nel periodo perinatale, infatti, l'esposizione a maggior vegetazione urbana è stata associata a un rischio ridotto di depressione post partum (Sun et al., 2023). Inoltre, Subiza-Pérez e collaboratori (2021) hanno evidenziato un ruolo mediatore della coesione sociale del quartiere nella relazione tra le caratteristiche ambientali del quartiere e la salute mentale, anche se tali relazioni risultano evidenti unicamente nei gruppi con status socioeconomico medio o basso. Una spiegazione plausibile di tali risultati risiede nel fatto che gli individui in condizioni socioeconomiche svantaggiate potrebbero disporre di meno risorse per far fronte alle sfide della vita quotidiana e, di conseguenza, la presenza o l'assenza di una rete di supporto sociale risulterebbe particolarmente importante nell'influenzare la loro salute mentale (Subiza-Pérez et al., 2021; Yu et al., 2021).

Un ulteriore fattore ambientale indagato è l'inquinamento atmosferico, anch'esso partecipante al cluster dei fattori di rischio per l'aggravamento della salute mentale

materna nel periodo perinatale. Ad esempio, sono stati osservati maggiori livelli di stress e un maggior rischio di episodi depressivi durante la gravidanza nelle donne residenti in aree con concentrazioni più elevate di inquinanti ambientali (Gladka et al., 2018). Risultati simili sono stati osservati anche da Kanner e collaboratori (2021), che hanno riportato un incremento di vari disturbi mentali nelle donne maggiormente esposte a inquinanti ambientali. Infine, anche un'atmosfera domestica inquinata, in particolare attraverso il fumo di tabacco, è stata associata alla depressione perinatale (Amjad et al., 2025).

Tanto quanto il contesto geografico, anche quello politico-istituzionale del Paese di residenza può influenzare in modo significativo la salute mentale materna. All'interno delle politiche governative che tentano di conciliare la vita lavorativa con quella familiare, particolarmente rilevanti risultano essere quelle a sostegno della genitorialità. Infatti, è stato osservato come il congedo parentale supporti i genitori su più livelli contemporaneamente: garantendo stabilità economica, maggiore flessibilità e tempo per instaurare un legame con il proprio bambino (The Lancet Public Health, 2023). In relazione al congedo parentale, anche Heshmati e collaboratori (2023) hanno evidenziato come questa politica di welfare rappresenti un fattore protettivo rispetto al rischio di sviluppare disturbi psicologici nel periodo post partum, in particolare quando si tratta di congedi retribuiti della durata di almeno 2/3 mesi. Nonostante la letteratura scientifica internazionale rilevi un'evidente influenza positiva dei congedi parentali retribuiti sulla salute mentale, le politiche di welfare rimangono tuttora ancorate alle singole entità nazionali, e mostrano, quindi, ampie disparità tra i vari Paesi. A tal riguardo, l'International Organization of Labour (ILO) nel suo rapporto *Care at Work: Investing in Care Leave and Services for a More Gender Equal World of Work*, pubblicato nel 2022, riporta come siano solo 98 – dei 185 totali – i Paesi che rispettano gli standard della Convenzione n. 183, redatta dalla medesima organizzazione. Mentre tale Convenzione, pubblicata nel 2000, prevede nei suoi tre punti che il congedo non sia inferiore alle 14 settimane, ai due terzi dello stipendio ordinario e che sia elargito tramite assicurazione sociale obbligatoria o fondi pubblici; il rapporto del 2022 mostra – a vent'anni di distanza – il grado di adesione internazionale alla suddetta convenzione. Una classifica a livello continentale del medesimo studio dell'ILO, e qui di seguito riportata in ordine decrescente, riporta che le potenziali madri residenti in nazioni allineate con la

Convenzione n. 183 sopra citata siano: il 91.5% in Europa e Asia centrale, il 76.6% in Asia e nel Pacifico, il 40.8% in America Settentrionale e Meridionale, il 34.6% in Africa, mentre nessuno degli 11 Paesi arabi risulta conforme alle direttive dell'ILO (Addati et al., 2022). Nonostante ciò, la rivista *The Lancet Public Health*, riporta come non tutti i genitori godano delle medesime opportunità in materia di congedo parentale: i lavoratori autonomi, i lavoratori dell'economia informale, i genitori adottivi e quelli appartenenti alla comunità LGBTQI+, nonché i migranti, sono spesso esclusi da tali disposizioni (The Lancet Public Health, 2023). Infine, la situazione appare ulteriormente complessa se si prendono in considerazione altri parametri, come il diritto a permessi retribuiti per esami medici prenatali. Per quest'ultimo caso, all'interno della precedente pubblicazione, è riportato come siano ben 132 i Paesi in cui tale tutela risulta assente (The Lancet Public Health, 2023).

2.3 DAL CONTESTO SOCIALE ALLA SALUTE MENTALE: IL RUOLO DELLO STRESS

Lo stress è una risposta psicofisiologica che l'organismo mette in atto quando si confronta con compiti di natura emotiva, cognitiva o sociale che percepisce come minacciosi o eccessivamente richiesti (Selye, 1950).

Hans Selye – i cui lavori furono pionieristici nella ricerca sullo stress in ambito medico – concettualizzò la risposta allo stress in termini di “Sindrome Generale di Adattamento”, articolata in tre fasi progressive (Szabo et al., 2012). Quando l'individuo si trova di fronte a uno *stressor* vi è una prima fase di allarme, durante la quale l'organismo mette in atto una serie di meccanismi fisici e mentali per affrontare la minaccia. Se lo *stressor* persiste, segue la seconda fase di resistenza, in cui il corpo reagisce attivando l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) nel tentativo di adattarsi e mantenere un equilibrio. Infine, quando l'esposizione allo *stressor* si protrae e l'organismo non riesce più a contrastare l'azione prolungata degli agenti stressanti, subentra la terza ed ultima fase, ovvero la fase dell'esaurimento.

Sterling e Eyer (1988) contribuirono all'evoluzione del concetto di stress introducendo le nozioni di “allostasi” e “carico allostatico”. L'allostasi rappresenta il processo attraverso cui l'organismo mantiene l'omeostasi, regolando attivamente le proprie funzioni fisiologiche e mobilitando i sistemi neuroendocrini, immunitari e cardiovascolari per adattarsi alle mutevoli richieste ambientali. Tuttavia, un'attivazione prolungata o eccessiva di questi sistemi può condurre a un sovraccarico funzionale, noto come carico allostatico. Quest'ultimo comporta un accumulo di alterazioni biologiche che, nel lungo termine, possono predisporre a numerose patologie, incluse quelle cardiovascolari, metaboliche e mentali. (McEwen & Wingfield, 2003; Lantz et al., 2005).

Dal punto di vista delle scienze psicologiche, secondo il modello transazionale dello stress elaborato da Lazarus e Folkman (1984), lo stress è il risultato dell'interazione tra individuo e ambiente ed è mediato dalla percezione e dalla valutazione cognitiva degli eventi stressanti. L'esperienza di stress dipende da due processi cognitivi: la valutazione primaria, in cui l'individuo attua una prima valutazione per decretare la natura potenzialmente minacciosa dell'evento, e la valutazione secondaria, attraverso cui valuta le risorse disponibili per poterlo fronteggiare. Pertanto, lo stress viene sperimentato nel

momento in cui le richieste ambientali superano le risorse percepite come accessibili dall'individuo per soddisfare o attenuare tali richieste. Ne consegue che uno stesso stimolo può determinare livelli di stress differenti, a seconda della percezione soggettiva dell'individuo.

L'esposizione a eventi stressanti non avviene in modo casuale e non è distribuita uniformemente nella popolazione, piuttosto, è influenzata da differenze nelle caratteristiche individuali e nelle circostanze ambientali (Cohen et al., 2019). Gli individui con risorse economiche limitate, in condizione di svantaggio sociale e i gruppi etnici storicamente emarginati sono esposti a livelli più elevati di molteplici fonti di stress nel corso della vita (Adam et al., 2020; Lantz et al., 2005). In particolare, diversi studi hanno evidenziato come gli individui con un basso SES sono esposti a un numero maggiore di stressor legati a problematiche finanziarie, relazionali, di mobilità e occupazionali rispetto a quelli con un livello socioeconomico più elevato (Businelle et al., 2013). Un risultato analogo, in termini di esposizione differente allo stress, è stato osservato anche nelle donne in gravidanza (Bordes et al., 2007). Ad esempio, nello studio condotto da Daalderop e colleghi (2022) è emerso che le donne con basso SES presentano sintomi di stress con una probabilità 2,5 volte superiore rispetto alle donne con un SES elevato. Lo status socioeconomico, così come altri fattori psicosociali come l'etnia, il background culturale, la condizione lavorativa, il livello di istruzione, l'accesso all'assistenza perinatale e la qualità delle relazioni con il partner, influiscono significativamente sui livelli di stress sperimentati della donna nel periodo perinatale (Cardwell, 2013).

Anche lo status socioeconomico del quartiere può influenzare in maniera simile l'esposizione a eventi stressanti. La residenza in quartieri caratterizzati da un basso SES è stata associata a livelli più elevati di stress (Everson-Rose et al., 2011). Non solo, molte delle caratteristiche contestuali comunemente percepite come stressanti – come la criminalità, l'inadeguatezza dei servizi, reti di trasporto insufficienti, il sovraffollamento, l'esposizione a episodi di violenza e la discriminazione basata sull'etnia o la classe sociale – sono significativamente più diffuse in quartieri con un livello socioeconomico inferiore (Baum et al., 1999; Evans & Kim, 2010).

Esperienze traumatiche e altri eventi stressanti tendono ad essere maggiormente presenti non solo nei gruppi in condizioni socioeconomiche svantaggiate, ma anche nelle

minoranze etniche (Hatch & Dohrenwend, 2007). Inoltre, alcune evidenze suggeriscono che l'esposizione prolungata a esperienze di discriminazione percepita comporta effetti biologici durati sul sistema dello stress, ad esempio influenzando il ritmo diurno del cortisolo (Adam et al., 2015). Ne consegue che, a fronte di una maggiore e più prolungata esposizione a *stressor* nel corso della vita, gli individui in condizioni socioeconomiche svantaggiate manifestano con maggior probabilità le conseguenze negative associate allo stress cronico (Lantz et al., 2005).

Non solo le differenze socioeconomiche, ma anche l'appartenenza a gruppi sociali soggetti a stigmatizzazione, emarginazione o accesso limitato alle risorse – come nel caso delle minoranze etniche o delle persone appartenenti alla comunità LGBTQI+ – potrebbe contribuire a un'esposizione più intensa allo stress e un'alterazione dei processi biologici ad esso associati (Adam et al., 2020). Sulla base di tali evidenze, alcuni autori avanzano l'ipotesi che le differenze nell'esposizione allo stress possano rappresentare percorsi o meccanismi plausibili, tra i vari, per spiegare l'emergere delle disuguaglianze di salute nella popolazione (Adam et al., 2020).

Lo stress può incidere negativamente sulla salute attraverso molteplici meccanismi, che coinvolgono la sfera affettiva, il comportamento e le risposte fisiologiche dell'organismo (Cohen et al., 2019). I meccanismi attraverso i quali lo stress può influenzare il rischio di malattia includono la disregolazione affettiva, ovvero la difficoltà nel gestire adeguatamente le proprie emozioni, che può tradursi in un maggior rischio di insorgenza di sintomi depressivi e ansiosi. Inoltre, un ulteriore meccanismo riguarda il ruolo dello stress nel promuovere comportamenti non salutari, spesso adottati come strategie di coping in risposta agli eventi stressanti (Cohen et al., 2019). Ad esempio, lo stress può favorire la tendenza a un'alimentazione scorretta, il consumo di alcol, tabacco e sostanze stupefacenti, con possibili gravi conseguenze per la salute sia della madre che del feto (Lawrence et al., 2022). Infine, da un punto di vista fisiologico, i principali sistemi neuroendocrini coinvolti sono l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e l'asse simpatico-surrenale midollare (SAM). In particolare, l'attivazione di tali sistemi comporta il rilascio, in grandi quantità, di alcuni ormoni nel sangue, tra cui l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH), l'ormone di rilascio dell'adrenocorticotropina (ACTH) e il cortisolo (Mulder et al., 2002; Cohen et al., 2019). L'alterazione di questi sistemi può compromettere il funzionamento di altri sistemi fisiologici, contribuendo a un'usura

dell'organismo e aumentando di conseguenza il rischio di malattie fisiche e psichiatriche (Cohen et al., 2019).

La transizione alla genitorialità e la genitorialità stessa, come illustrato nel primo capitolo, comportano trasformazioni profonde su più livelli nella vita di entrambi i genitori. In un contesto di vulnerabilità accresciuta, le richieste emotive, cognitive e relazionali derivanti dal ruolo genitoriale possono costituire una fonte di stress per le madri. Secondo Abidin (1992), lo stress genitoriale insorge di fronte a una discrepanza tra le richieste associate al ruolo genitoriale e la valutazione soggettiva del genitore in merito alle risorse disponibili per farvi fronte. Un elevato livello di stress genitoriale non compromette soltanto la salute delle madri, ma incide negativamente anche sulle dinamiche familiari e sullo sviluppo dei figli (McQuillan & Bates, 2017). Analogamente a quanto descritto precedentemente riguardo l'esposizione allo stress, anche lo stress genitoriale è influenzato dalla posizione sociale o dal gruppo sociale di appartenenza. Lo status socioeconomico, l'etnia, il genere e l'orientamento sessuale sono solo alcuni tra i fattori sociali che possono amplificare o ridurre le difficoltà legate al ruolo genitoriale e incidere sulla percezione delle proprie risorse (Nomaguchi & Milkie, 2017).

Diversi studi hanno indagato come il reddito, l'istruzione e l'occupazione – i principali indicatori del SES – siano associati allo stress genitoriale e possano influenzarne il livello di esposizione (Nomaguchi & Milkie, 2017). Ad esempio, difficoltà economiche e materiali, spesso legate ad un reddito insufficiente, rappresentano fattori significativi nell'aumento dei livelli di stress genitoriale (Gershoff et al., 2007). Parallelamente, la disoccupazione è associata a maggiore stress genitoriale per entrambi i genitori mentre i genitori con un lavoro retribuito tendono a presentare meno stress genitoriale (Nomaguchi & Johnson, 2016; Nomaguchi & Milkie, 2017). Riguardo l'istruzione vi sono evidenze contrastanti: le donne con un alto livello di istruzione, infatti, possono disporre di un maggior numero di risorse materiali, sociali e psicologiche per affrontare o mitigare gli stressor, ma allo stesso tempo possono trovarsi a dover rispondere a maggiori richieste professionali, con un conseguente aumento del conflitto tra lavoro e famiglia (Schieman & Glavin, 2011).

Oltre al SES, altre variabili possono incidere sui livelli di stress genitoriale. L'appartenenza a gruppi sociali storicamente marginalizzati, come le minoranze etniche o la comunità LGBTQI+, rappresenta un ulteriore fattore di vulnerabilità. I genitori

appartenenti a questi gruppi possono infatti essere esposti a discriminazione, stigmatizzazione o a una minore disponibilità di risorse e supporto sociale, con possibili ripercussioni sulla loro salute mentale e sulla qualità dell'esperienza genitoriale. Nel caso delle minoranze etniche, però, le differenze osservate nei livelli di stress genitoriale potrebbero essere attribuite a fattori correlati, come un reddito inferiore, minori opportunità educative o condizioni lavorative più precarie. Questi elementi, spesso interconnessi, rendono complessa l'interpretazione delle disuguaglianze nello stress parentale e sottolineano l'importanza di un approccio intersezionale (Nomaguchi & Milkie, 2017).

3 LA RICERCA

3.1 PRESENTAZIONE DELLO STUDIO LONGITUDINALE

Il seguente lavoro di ricerca si colloca all'interno di uno studio longitudinale condotto dal Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS) dell'Università di Padova. Tale studio, inserito nella cornice teorica della Programmazione Fetale e dello Stress Materno Prenatale (PNMS), si propone di indagare il benessere psicologico delle donne in gravidanza durante l'emergenza sanitaria da COVID-19. Inoltre, cogliendo l'opportunità offerta dalla ricerca in ambito di disastri naturali, che interessano trasversalmente l'intera popolazione (King & Laplante, 2015), intende esplorare le possibili conseguenze sullo sviluppo di un'esposizione in utero a tale condizione.

Lo studio si articola in cinque tappe temporali: la prima durante la gravidanza (t0) e le successive quattro nel periodo postnatale, rispettivamente a 6 mesi (t1), 12 mesi (t2), 18 mesi (t3) e 36 mesi (t4) post partum. Ad eccezione della quarta tappa, in tutte le altre il protocollo di ricerca ha previsto la compilazione di un questionario self-report composto da diversi strumenti per raccogliere dati riguardanti la salute mentale materna e lo sviluppo del bambino. Nella quarta tappa, invece, la valutazione si è distinta per l'impiego di strumenti osservativi e qualitativi, quali un'intervista finalizzata alla valutazione della funzione riflessiva genitoriale (Five Minutes Speech Sample Coded for Reflective Functioning; FMSS-RF, Sher-Censor, 2015) e un'osservazione dell'interazione madre-bambino (Emotional Availability Scale; EAS, Biringen, 2008). Durante tutte le fasi della ricerca il campione di donne reclutato è stato seguito interamente in modalità telematica, mediante l'utilizzo di diverse piattaforme digitali. Tra queste ultime, Qualtrics è stata impiegata per la somministrazione online dei questionari, Mailchimp per l'invio automatizzato delle e-mail e Zoom per lo svolgimento di incontri virtuali in videochiamata.

Nel seguente lavoro di ricerca sono stati utilizzati dati provenienti dalle prime tre tappe dello studio - ovvero in gravidanza, a 6 mesi e a 12 mesi dopo il parto - con l'obiettivo di concentrarsi sui fattori sociali e sulla salute mentale materna, con particolare attenzione alla sintomatologia ansiosa e depressiva.

3.2 OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA

Come discusso nei capitoli precedenti, la salute mentale materna nel periodo perinatale è influenzata da una molteplicità di fattori, non solo biologici e psicologici, ma anche sociali ed economici. Questi ultimi, oltre a riflettere le disuguaglianze strutturali presenti nella società, possono rappresentare tanto una fonte di vulnerabilità quanto una risorsa per la donna, influenzando la sua capacità di affrontare le sfide legate alla transizione alla genitorialità.

Alla luce di queste considerazioni, il presente lavoro di ricerca si pone come obiettivo quello di approfondire la relazione tra alcuni fattori sociali, indicativi dello status socioeconomico della donna, e la salute mentale materna perinatale, in particolare l'aspetto depressivo e ansioso durante la gravidanza e nel periodo post partum.

Il primo obiettivo della ricerca è quello di esplorare la relazione tra il reddito familiare annuo e la salute mentale materna perinatale, confrontando la sintomatologia depressiva e ansiosa materna tra le donne con reddito familiare annuo medio-basso, definito come inferiore a 25.000 euro, e le donne con reddito familiare annuo medio-alto, definito come maggiore di 25.000 euro, in tre diversi momenti del periodo perinatale: durante la gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2). Nella letteratura scientifica, il legame tra condizioni economiche svantaggiate e salute mentale è stato ampiamente riconosciuto. Come riportato nel capitolo 2, lo studio di McManus e collaboratori (2009) evidenzia come la probabilità di soffrire di disturbi mentali comuni diminuisca progressivamente all'aumentare del reddito familiare. Tale legame è stato osservato anche nel periodo perinatale: lo studio di Blount e collaboratori (2007), ad esempio, evidenzia che le donne con un reddito inferiore tendono a presentare maggiori sintomi depressivi e che tale tendenza persiste nel tempo. Dati questi presupposti, si

ipotizza che esista una differenza significativa nella condizione di salute mentale materna perinatale, in termini di sintomatologia depressiva e ansiosa, tra i due gruppi di reddito familiare annuo; in particolare, ci si attende che le madri appartenenti al gruppo con reddito familiare annuo medio-basso (< 25.000 euro) presentino una peggiore condizione di salute mentale materna perinatale, ossia una più alta presenza di sintomi depressivi e ansiosi in gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2) rispetto alle madri appartenenti al gruppo con reddito medio-alto (> 25.000 euro).

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, la ricerca vuole esplorare la relazione tra il livello di istruzione della donna e la salute mentale materna perinatale, confrontando la sintomatologia depressiva e ansiosa materna tra le donne con titolo di studio pari o inferiore al diploma di scuola media superiore e le donne con titolo di studio superiore al diploma di scuola media superiore in tre diversi momenti del periodo perinatale: durante la gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2). In letteratura, sebbene alcune ricerche non abbiano rilevato un'associazione significativa tra il livello di istruzione e la salute mentale materna (Agostini et al., 2019; Husain et al., 2012), numerosi altri studi indicano che un basso livello educativo materno rappresenta un importante fattore di rischio per la salute mentale nel periodo perinatale (Biaggi et al., 2016; Furtado et al., 2018; Martini et al., 2015; Matsumura et al., 2019; Yang et al., 2022). Dati questi presupposti, si ipotizza che esista una differenza significativa nella condizione di salute mentale materna perinatale, in termini di sintomatologia depressiva e ansiosa, tra i due gruppi con diverso livello di istruzione materna; in particolare, ci si attende che le madri appartenenti al gruppo con titolo di studio pari o inferiore al diploma di scuola media superiore presentino una peggiore condizione di salute mentale materna perinatale, ossia una più alta presenza di sintomi depressivi e ansiosi in gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2) rispetto alle madri appartenenti al gruppo con titolo di studio superiore al diploma di scuola media superiore.

Il terzo obiettivo del presente lavoro di ricerca è quello di indagare la relazione tra lo stato occupazionale della donna e la salute mentale materna perinatale, confrontando la sintomatologia depressiva e ansiosa materna tra le donne in stato di disoccupazione e le donne con impiego in tre diversi momenti del periodo perinatale: durante la gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2). Nella letteratura scientifica, il legame tra l'occupazione e la salute mentale materna nel periodo perinatale è stato

ampiamente documentato, con numerosi studi che riportano un rischio più elevato di ansia e sintomi depressivi tra le donne disoccupate (Biaggi et al., 2016; Cena et al., 2020; Cena et al., 2021; Yin et al., 2021) e, al contrario, un effetto protettivo dell'impiego stabile e continuativo (Cena et al., 2020). Dati questi presupposti, si ipotizza che esista una differenza significativa nella condizione di salute mentale materna perinatale, in termini di sintomatologia depressiva e ansiosa, tra i due gruppi con diverso stato occupazionale; in particolare, ci si attende che le madri appartenenti al gruppo con stato di disoccupazione presentino una peggiore condizione di salute mentale materna perinatale, ossia una più alta presenza di sintomi depressivi e ansiosi in gravidanza (t0), a 6 mesi post partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2) rispetto alle madri appartenenti al gruppo con impiego.

3.3 METODO

3.3.1 RECLUTAMENTO DEL CAMPIONE

Il campione preso in esame per la presente ricerca deriva dalla coorte di donne reclutate all'interno dello studio longitudinale condotto dal DPSS descritto precedentemente.

Tale coorte è composta da donne che hanno partecipato volontariamente alla prima tappa dell'indagine, svoltasi durante il lockdown nella primavera del 2020, e che hanno poi espresso la disponibilità per essere ricontattate per le fasi successive dello studio. La raccolta dati è avvenuta tramite la diffusione online di un questionario self-report, accessibile tramite un link pubblicato sui social media nel periodo compreso tra l'8 aprile e il 4 maggio 2020. Il numero totale di donne reclutate a t0 è $n = 2502$. Per poter partecipare all'indagine, le partecipanti dovevano soddisfare alcuni criteri di inclusione: essere incinta al momento della compilazione del questionario o aver trascorso almeno due settimane di gestazione durante il lockdown, essere maggiorenni, avere la residenza italiana e comprendere e parlare la lingua italiana in modo fluente. Sulla base di tali criteri, la numerosità totale di donne che hanno compilato interamente il questionario a t0 è di $n = 2090$, delle quali $n = 1611$ hanno acconsentito a proseguire la partecipazione alla ricerca, fornendo il proprio contatto per essere raggiunte per le fasi successive.

3.3.2 PROCEDURA

Il reclutamento a t0, quindi, si è basato sull'adesione volontaria a un questionario online, accessibile tramite un link pubblicato sui social media. Il questionario self-report ha indagato varie dimensioni relative al benessere psicologico, alla salute perinatale e alla salute mentale materna delle partecipanti, includendo specifici strumenti per la rilevazione di sintomi ansiosi e depressivi, come il Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al., 1996), l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987) e lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-ST; Spielberger et al., 1983). In aggiunta agli aspetti psicologici sono state indagate variabili relative al contesto pandemico e alle strategie di coping. Inoltre, il questionario ha raccolto informazioni relative alle caratteristiche socio-anagrafiche del campione, fra cui l'età, lo stato civile, il reddito familiare, il livello di istruzione e lo stato occupazionale. Come riportato in precedenza, il numero di donne che ha completato interamente il questionario a t0 è pari a $n = 2090$. Le partecipanti che avevano espresso il consenso a essere ricontattate ($n = 1611$), sono state nuovamente raggiunte a circa 6 mesi dal parto (t1), nel periodo compreso tra il 4 dicembre 2020 e l'8 maggio 2021. Il contatto è avvenuto tramite i recapiti forniti (indirizzo e-mail o numero di telefono), con l'intento di approfondire l'esperienza del parto, la percezione materna del comportamento del proprio bambino o della propria bambina e la salute mentale materna nel periodo post partum. In particolare, per la rilevazione di sintomi depressivi e ansiosi sono stati utilizzati nuovamente strumenti self-report quali l'EPDS e lo STAI-ST. In questa fase, sono state escluse le madri che hanno abortito, che hanno avuto parti gemellari e che avevano partorito da più di due settimane a t0. Considerando quanto sopra, la numerosità totale di madri che hanno compilato fino alla fine il questionario a t1 è pari a $n = 689$ soggetti.

La successiva tappa dello studio longitudinale si è svolta a 12 mesi post partum (t2), nel periodo compreso tra il 28 aprile 2021 e il 28 dicembre 2021. L'indagine è stata proposta a tutte le donne che a t0 avevano acconsentito alla possibilità di essere ricontattate. La raccolta dei dati è avvenuta tramite la somministrazione di questionari self-report e parent-report, con l'obiettivo di approfondire vari aspetti legati alla salute mentale materna, alla genitorialità, allo sviluppo del bambino o della bambina, alla pandemia e al coping. Anche in questa tappa, per la rilevazione di sintomi depressivi e ansiosi materni

sono stati somministrati l'EPDS e lo STAI-ST. La numerosità totale di donne che hanno compilato interamente tutti i questionari previsti in questa tappa (t2) è di $n = 281$ donne. La quarta fase dello studio (t3) si è svolta tra i 18 e i 24 mesi post partum, nel periodo compreso tra ottobre 2021 e ottobre 2022. Sono state contattate, tramite l'invio di due newsletter, tutte le donne che a t0 avevano fornito il consenso, escludendo però coloro che, nelle fasi successive, avevano espresso la volontà di non proseguire la ricerca. In questo modo è stato possibile inserire alcune partecipanti precedentemente perse, per un totale di $n = 84$ donne nuovamente incluse nel campione. Questa fase ha previsto la somministrazione di diversi strumenti: una breve intervista relativa alla funzione riflessiva genitoriale (Five Minutes Speech Sample Coded for Reflective Functioning; FMSS-RF, Sher-Censor, 2015), una misura di osservazione dell'interazione madre-bambino/a (Emotional Availability Scale; EAS, Biringen, 2008) e un questionario parent-report per indagare lo sviluppo comportamentale del bambino e della bambina (Child Behavior Checklist; CBCL, Achenbach e Rescorla, 2001). La numerosità totale per ciascun strumento è pari a $n = 63$ per la FMSS, $n = 85$ per la EAS e $n = 107$ per la CBCL. L'ultima fase dello studio longitudinale si è svolta a 36 mesi post-partum (t4), nel periodo compreso fra aprile e ottobre 2023. In questa tappa sono state ricontattate, tramite l'invio di una newsletter, le partecipanti che alla fase t2 avevano dato il consenso a essere coinvolte in future rilevazioni, oltre alle donne integrate nuovamente nel campione nella tappa precedente. L'obiettivo di questa fase era approfondire aspetti legati alla salute mentale materna, al benessere psicologico, alla genitorialità e al funzionamento familiare, nonché allo sviluppo comportamentale e sociale del bambino o della bambina. Il numero totale di partecipanti che hanno completato interamente il questionario in questa quarta fase è di $n = 128$ soggetti.

In ogni fase dello studio longitudinale appena descritto, le partecipanti hanno compilato l'assessment solo dopo aver letto un consenso scritto e aver esplicitamente acconsentito a partecipare. Tutte le fasi della ricerca sono state approvate dal comitato etico dell'Università di Padova.

Nel presente progetto di tesi, in particolare, sono state prese in considerazione le donne partecipanti alla prima tappa (t0) dello studio longitudinale del DPSS che hanno completato la compilazione dei questionari self-report relativi alle caratteristiche socio-

anagrafiche, alla sintomatologia depressiva (EPDS, Cox et al., 1987; BDI-II, Beck et al., 1996) e alla sintomatologia ansiosa (STAI-ST; Spielberger et al., 1983), per un totale di $n = 2144$ soggetti. Una parte di esse, pari a $n = 763$ donne, hanno proseguito la partecipazione alla seconda tappa (t1) dello studio e hanno completato i questionari self-report previsti per la sintomatologia depressiva (EPDS) e per la sintomatologia ansiosa (STAI-ST). Infine, $n = 344$ donne hanno partecipato anche alla terza tappa (t2) dello studio e hanno compilato i questionari self-report relativi alla sintomatologia depressiva (EPDS) e alla sintomatologia ansiosa (STAI-ST).

3.3.3 STRUMENTI

LE CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

La scheda delle caratteristiche socio-anagrafiche è stata creata ad hoc per lo studio longitudinale e ha lo scopo di raccogliere informazioni di natura anagrafica, socioculturale ed economica. Il questionario è stato somministrato alle partecipanti nella prima tappa (t0) della ricerca e riguarda informazioni quali l'età, il titolo di studio, lo stato civile, la regione di residenza, la nazionalità, lo stato occupazionale e la condizione economica familiare. Inoltre, alle partecipanti è stato chiesto di indicare se la relazione sentimentale attuale coincidesse con l'altro genitore del bambino, il numero di gravidanze precedenti (se presenti), l'eventuale presenza di altri figli o figlie oltre alla gravidanza in corso (specificandone il numero) e l'eventuale presenza di esperienze pregresse di perdita perinatale. Infine, sono stati indagati alcuni aspetti relativi all'esperienza dell'attuale gravidanza, tra cui la settimana gestazionale al momento della compilazione del questionario, se la gravidanza fosse stata pianificata e l'eventuale presenza di difficoltà di concepimento, ricorso a tecniche di fecondazione assistita, minacce di aborto o patologie gravidiche.

Nel seguente lavoro di tesi, tra le diverse informazioni raccolte attraverso il questionario socio-anagrafico, sono state selezionate quelle relative allo status socioeconomico delle partecipanti, ovvero la condizione economica familiare, il titolo di studio e lo stato occupazionale. In particolare, la condizione economica familiare è stata indagata tramite una domanda a scelta multipla, in cui alle donne è stato richiesto di selezionare una tra le

seguenti fasce di reddito annuale: “Bassa (reddito inferiore a 12.000 euro)”, “Medio bassa (reddito tra 12.000 e 25.000 euro)”, “Media (reddito tra 25.000 e 50.000 euro)”, “Medio alta (reddito tra 50.000 e 75.000 euro)” e “Alta (reddito maggiore di 75.000 euro)”. Anche il livello di istruzione è stato rilevato attraverso una domanda a scelta multipla, che prevedeva le seguenti opzioni di risposta: “Licenza elementare”, “Licenza media inferiore”, “Licenza media superiore”, “Laurea di primo livello (triennale)”, “Laurea di secondo livello (specialistica/magistrale/ciclo unico)” e “Dottorato di ricerca o specializzazione”. Per quanto riguarda la condizione occupazionale, è stato chiesto alle partecipanti di indicare se fossero attualmente impiegate o se avessero lavorato nel corso dell’ultimo anno e, in caso affermativo, di specificare la professione svolta.

BECK DEPRESSION INVENTORY-II (BDI-II)

Il *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck et al., 1996) è un questionario self-report finalizzato alla valutazione della gravità della sintomatologia depressiva riportata dalla persona. Gli aspetti indagati, di natura cognitiva, affettiva, somatica e comportamentale, riguardano tutti i principali domini sintomatologici della depressione, come riconosciuto dal DSM-5 (APA, 2013). Al soggetto viene chiesto di indicare quale affermazione meglio descrive come si è sentito durante le ultime due settimane, con particolare riferimento a sintomi quali anedonia, tristezza, senso di colpa o di fallimento, pessimismo, autocritica, disprezzo di sé, ideazione suicidaria, agitazione, difficoltà di concentrazione, irritabilità, indecisione, affaticamento, perdita di energia e di interesse per le attività quotidiane, alterazioni del sonno e dell'appetito (Dozois, 2010). Lo strumento è composto da 21 item, ciascuno dei quali è valutato su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3). Il punteggio totale, che può variare da 0 a 63, è ottenuto sommando i punteggi attribuiti a ciascun item. Un punteggio compreso tra 0 e 13 è indice di una depressione minima o assente, un punteggio tra 14 e 19 indica una depressione lieve, tra 20 e 28 si rileva un livello di depressione moderato, mentre un punteggio tra 29 e 36 è indicativo di una depressione severa.

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox et al., 1987) è un questionario self-report composto da 10 item che permette di individuare la presenza di

sintomi depressivi comuni nel periodo perinatale. Alla donna è richiesto di indicare, per ciascun item, espresso sotto forma di affermazione breve, quale tra le alternative proposte meglio rappresenta il suo stato d'animo nei sette giorni precedenti alla compilazione. La manifestazione sintomatologica indagata fa riferimento, in particolare, a sintomi quali anedonia, sensi di colpa, preoccupazione o ansia, paura o panico, senso di sopraffazione, difficoltà del sonno, tristezza, pianto e pensieri di farsi del male. Ciascun item è valutato su una scala Likert a 4 punti (da 0 a 3), da cui si ricava un punteggio totale compreso in un range tra 0 e 30. Gli autori della scala indicano come cut-off clinico un punteggio di 12-13, mentre per finalità di screening suggeriscono un punteggio inferiore, pari a 9-10 (Cox et al., 1987). Nella versione italiana di Benvenuti e collaboratori (1999) viene confermata la validità dell'intervallo di cut-off proposto precedentemente. Levis e collaboratori (2020) suggeriscono valori di cut-off specifici in base al periodo perinatale, considerati come possibili indicatori di donne che soffrono di depressione: in particolare, indicano un punteggio uguale o superiore a 14 per la versione prenatale dell'EPDS e un punteggio uguale o superiore a 10.5 per la versione postnatale.

STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY - FORM Y (STAI-ST)

Lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-ST; Spielberger et al., 1983) è un questionario self-report finalizzato a misurare sia la presenza e la gravità dei sintomi d'ansia segnalati nel momento presente, sia la tendenza generale a sperimentare stati ansiosi (Julian, 2011). Lo strumento è composto da 40 item totali, divisi in due sottoscale da 20 item ciascuna: la *State Anxiety Scale (S-Anxiety)* e la *Trait Anxiety Scale (T-Anxiety)*. La prima sottoscala è volta a misurare l'ansia di stato, ossia l'intensità con cui una persona prova ansia in un dato momento, mentre la seconda è volta a misurare l'ansia di tratto, ovvero la frequenza con cui una persona tende a percepirsi ansiosa in generale (Balsamo et al., 2013). Ciascun item è valutato su una scala Likert a 4 punti (da 1 a 4), la cui somma restituisce un punteggio totale compreso tra 20 e 80. Punteggi superiori o uguali a 40 sono considerati elevati ed indicativi di livelli intensi di ansia nel soggetto. Nel seguente lavoro di ricerca è stata utilizzata esclusivamente la scala *S-Anxiety*, con la finalità di ottenere informazioni sulla presenza di sintomatologia ansiosa nella donna nel periodo contestuale alla compilazione del questionario.

3.3.4 PIANO DELLE ANALISI STATISTICHE

Le analisi statistiche del presente lavoro di ricerca sono state condotte attraverso l'utilizzo dei software R (Rcore Team, 2013) e RStudio (RStudio Team, 2016).

In primo luogo, sono state eseguite delle analisi descrittive al fine di valutare la frequenza, la media e la deviazione standard delle caratteristiche socio-demografiche e clinico-ostetriche delle donne partecipanti allo studio e incluse nel campione. In seguito, al fine di verificare la stabilità del campione nel tempo, sono state effettuate analisi della varianza (ANOVA) e test del chi-quadrato.

Con l'obiettivo di valutare le ipotesi di ricerca, sono state effettuate delle analisi di regressione. In particolare, sono stati testati dei *Modelli di Regressione Lineare*, controllando per variabili potenzialmente confondenti come: età, stato civile, pianificazione della gravidanza, parità e perdite fetali.

Preliminarmente, è stata eseguita una trasformazione delle variabili relative allo status socioeconomico al fine di poterle introdurre nelle analisi statistiche come variabili di natura dicotomica. In particolare, le cinque opzioni di risposta alla domanda relativa alla condizione economica familiare sono state accorpate in due categorie: condizione economica familiare medio-bassa, corrispondente a un reddito familiare inferiore a 25.000 euro annui, e condizione economica familiare medio-alta, pari a un reddito familiare superiore a 25.000 euro annui. Analogamente, le sei opzioni di risposta inerenti al titolo di studio sono state accorpate in due categorie: basso livello di istruzione come pari o inferiore alla Licenza Media Superiore, mentre alto livello di istruzione come superiore alla Licenza Media Superiore. Infine, lo stato occupazionale delle donne è stato suddiviso tra donne disoccupate e donne con un impiego.

Rispetto alla prima ipotesi, è stato considerato un modello di regressione lineare al fine di osservare se vi fossero differenze significative nei sintomi depressivi e ansiosi materni in base al reddito familiare annuo, analizzate in tre momenti distinti: durante la gravidanza (t0), a 6 mesi post-partum (t1) e a 12 mesi post partum (t2).

Riguardo la seconda ipotesi, è stato svolto un procedimento analogo al precedente al fine di osservare se vi fossero differenze significative nei sintomi depressivi e ansiosi materni in base al titolo di studio, analizzate nelle medesime tappe (t0, t1 e t2).

Infine, ancora una volta, lo stesso procedimento è stato considerato anche per la terza ipotesi, al fine di osservare se vi fossero differenze significative nei sintomi depressivi e ansiosi materni a t0, t1 e t2 sulla base del diverso stato occupazionale.

4 RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 ANALISI STATISTICHE DESCRITTIVE

4.1.1 CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Le caratteristiche sociodemografiche e clinico-ostetriche delle madri partecipanti alla ricerca sono riportate nella **Tabella 1**. Tutte le variabili sono state indagate tramite il questionario somministrato alle donne a t0, tranne per “tipo di parto” e “problemi durante il parto” che sono state rilevate a t1. Per le variabili numeriche sono riportate la media, la deviazione standard e il campo di variazione, mentre per le variabili categoriali sono indicate le frequenze assolute e relative. Tali valori sono mostrati, rispettivamente, per il campione di donne partecipanti alla prima tappa della ricerca (n = 2144), per coloro che hanno partecipato anche alla seconda tappa (n = 763) e, infine, per coloro che hanno preso parte a tutte e tre le fasi della ricerca (n = 344). Inoltre, nell’ultima colonna della tabella è riportato il valore di p-value derivante dalle analisi condotte per verificare la stabilità del campione nel tempo. In particolare, sono state effettuate analisi della varianza (ANOVA) per le variabili numeriche e test del chi-quadrato per le variabili categoriali.

Tabella 1. Variabili sociodemografiche e clinico-ostetriche del campione dello studio a t0 (n =2144), t1 (n = 763) e t2 (n = 344)

<i>Variabili</i>	<i>Valori campione a t0 (n= 2144)</i>	<i>Valori campione a t1 (n= 763)</i>	<i>Valori campione a t2 (n= 344)</i>	<i>p</i>
Variabili sociodemografiche				
Età, media, ds (range)	32.35, 4.66 (18-51)	32.70, 4.32 (19-47)	32.87, 4.34 (22-46)	.042
Nazionalità, n (%)				.038
Italiana	2076 (97.05%)	747 (98.03%)	337 (98.25%)	
Altro	63 (2.95%)	15 (1.97%)	6 (1.75%)	
Regione, n (%)				< .001
Nord	1449 (68.25%)	572 (75.66%)	265 (77.94%)	
Centro	341 (16.06%)	113 (14.95%)	47 (13.82%)	
Sud e Isole	333 (15.69%)	71 (9.39%)	28 (8.24%)	
Stato civile, n (%)				.063
Nubile	139 (6.60%)	37 (4.93%)	12 (3.54%)	
Convivente	768 (36.48%)	273 (36.35%)	115 (33.92%)	
Sposata	1168 (55.49%)	436 (59.06%)	210 (61.95%)	
Divorziata	15 (0.71%)	3 (0.4%)	2 (0.59%)	
Altro	15 (0.71%)	2 (0.26%)	0 (0%)	
Variabili clinico-ostetriche				
Età gestazionale a t0, media, ds (range)	24.84, 9.29 (3-41)	25.38, 9.04 (3-41)	25.60, 8.85 (5-40)	.056
Trimestre di gravidanza a t0, n (%)				.337

Primo trimestre	242 (11.32%)	75 (9.83%)	31 (9.01%)	
Secondo trimestre	703 (32.9%)	250 (32.77%)	112 (32.56%)	
Terzo trimestre	1099 (51.43%)	408 (53.47%)	187 (54.36%)	
Partorito da meno di 2 settimane	93 (4.35%)	30 (3.93%)	14 (4.07%)	
Gravidanza pianificata, n (%)				.003
No	497 (23.20%)	147 (19.27%)	63 (18.31%)	
Sì	1645 (76.80%)	616 (80.73%)	281 (81.69%)	
Numero di figli/e, n (%)				.003
Primipara	1525 (71.63%)	573 (75.59%)	263 (76.90%)	
Multipara	604 (28.37%)	185 (24.41%)	79 (23.1%)	
Perdite fetali, n (%)				.901
No	1655 (78.47%)	596 (79.26%)	268 (79.3%)	
Sì	454 (21.53%)	156 (20.74%)	70 (20.7%)	
Tipo di parto, n (%)				.511
Parto vaginale assistito	—	465 (61.18%)	212 (61.63%)	
Parto vaginale non assistito	—	100 (13.16%)	53 (15.41%)	
Parto cesareo programmato	—	88 (11.58%)	37 (10.76%)	
Parto cesareo d'urgenza	—	107 (14.08%)	42 (12.21%)	
Problemi durante il parto, n (%)				.720
No	—	545 (72.38%)	244 (71.35%)	
Sì	—	208 (27.62%)	98 (28.65%)	

4.1.2 CARATTERISTICHE DELLE VARIABILI DI INTERESSE

Nella **Tabella 2** sono indicate le caratteristiche delle variabili di interesse. In particolare, sono riportate le frequenze assolute e relative delle variabili riguardanti lo status socioeconomico (reddito familiare annuo, livello di istruzione e stato occupazionale) delle madri partecipanti alla ricerca e la media, la deviazione standard e il campo di variazione delle variabili relative alla sintomatologia depressiva e ansiosa materna. Tali valori sono mostrati, rispettivamente, per il campione di donne partecipanti alla prima tappa della ricerca (n = 2144), per coloro che hanno partecipato anche alla seconda tappa (n = 763) e, infine, per coloro che hanno preso parte a tutte e tre le fasi della ricerca (n = 344).

Le **Figure 1, 2 e 3** mostrano la distribuzione delle variabili relative alla salute mentale materna a t0, t1 e t2.

Tabella 2. Variabili relative allo status socioeconomico e alla salute mentale materna del campione dello studio a t0 (n = 2144), t1 (n = 763) e t2 (n = 344)

<i>Variabili</i>	<i>Valori campione a t0 (n = 2144)</i>	<i>Valori campione a t1 (n = 763)</i>	<i>Valori campione a t2 (n = 344)</i>
Status socioeconomico			
Reddito familiare annuo, n (%)			
Medio-basso (< 25.000 euro)	805 (37.55%)	227 (29.75%)	88 (25.58%)
Medio-alto (> 25.000 euro)	1339 (62.45%)	536 (70.25%)	256 (74.42%)
Titolo di studio, n (%)			
Basso (≤ Licenza Media Superiore)	930 (43.38%)	268 (35.12%)	113 (32.85%)
Alto (> Licenza Media Superiore)	1214 (56.62%)	495 (64.88%)	231 (67.15%)
Stato occupazionale, n (%)			
Non occupate	264 (12.31%)	60 (7.86%)	24 (6.98%)
Occupate	1880 (87.69%)	703 (92.14%)	320 (93.02%)
Salute mentale materna			
BDI-II, media, ds (range)	10.78, 6.74 (0-60)	—	—
EPDS, media, ds (range)	8.09, 5.28 (0-30)	9.69, 5.50 (0-29)	7.56, 4.59 (0-26)
STAI-ST, media, ds (range)	41.81, 11.13 (20-80)	42.78, 11.12 (20-80)	38.41, 10.25 (20-75)

Figura 1. Istogramma della distribuzione dei punteggi BDI-II a t0 (n = 2144)

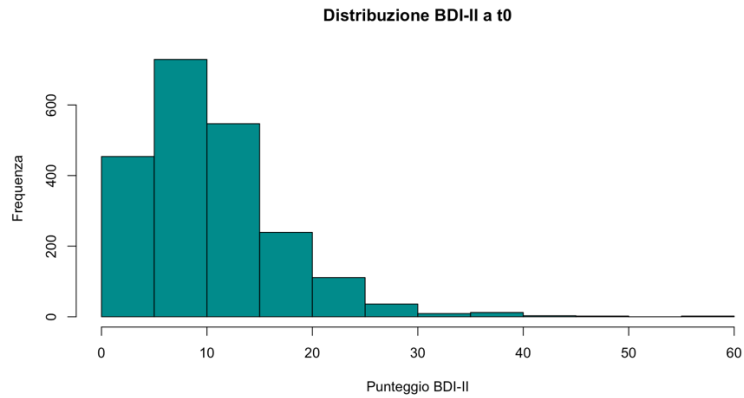


Figura 2. Istogramma della distribuzione dei punteggi EPDS a t0 (n = 2144), t1 (n = 763) e t2 (n = 344)

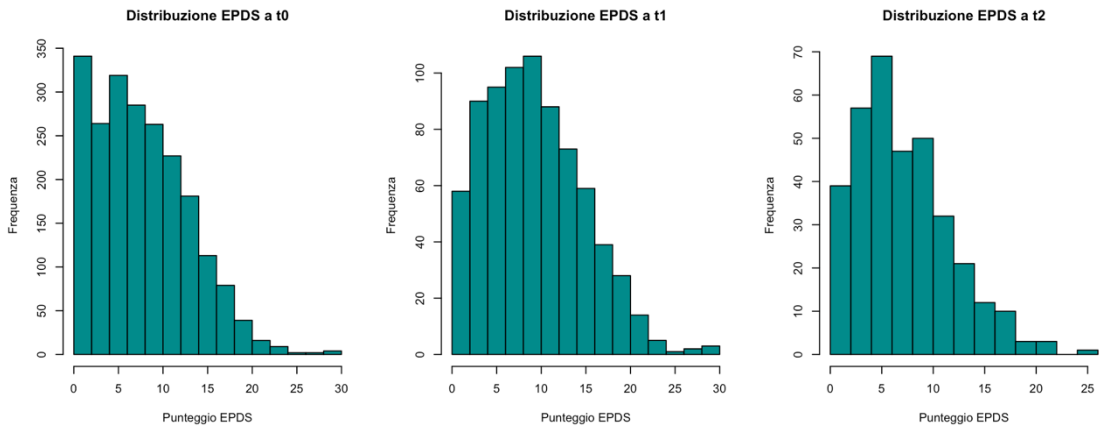
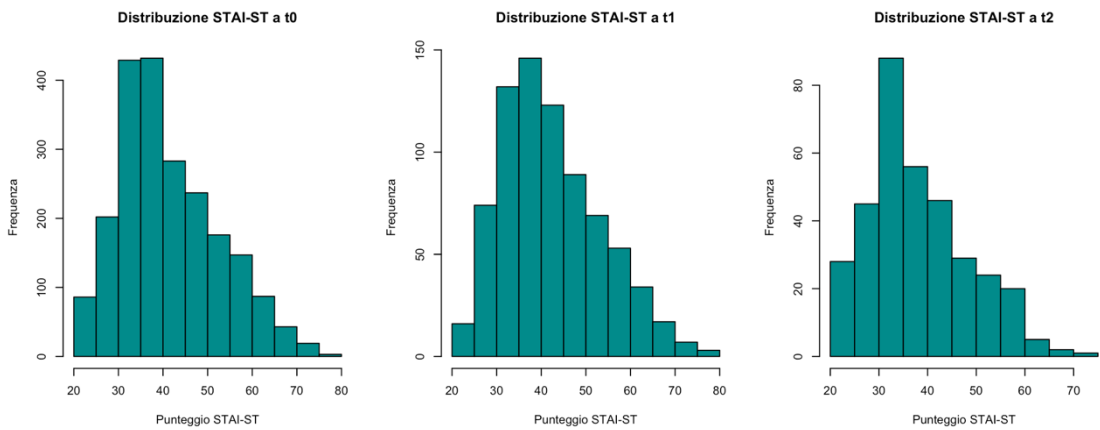


Figura 3. Istogramma della distribuzione dei punteggi STAI-ST a t0 (n = 2144), t1 (n = 763) e t2 (n = 344)



4.2 VERIFICA DELLE IPOTESI

4.2.1 ANALISI DEI DATI DELLA PRIMA IPOTESI

Rispetto alla prima ipotesi, sono state condotte delle analisi di *Regressione Lineare* includendo nei modelli un set di covariate (i.e., età, stato civile, gravidanza pianificata, parità, perdite fetali) e assumendo come soglia di significatività statistica un valore di $p\text{-value} < 0.05$. Rispetto alla relazione tra il reddito familiare annuo e la salute mentale materna in gravidanza (t_0), emerge una differenza significativa tra il gruppo con reddito familiare annuo medio-basso (< 25.000 euro) e il gruppo con reddito familiare annuo medio-alto (> 25.000 euro) nella sintomatologia depressiva, misurata tramite il BDI-II ($\beta = 1.94$; $SE = 0.30$; $t = 6.50$; $p < .001$) e l'EPDS ($\beta = 1.84$; $SE = 0.23$; $t = 7.92$; $p < .001$). Tali relazioni rimangono significative anche dopo l'inserimento delle covariate nei modelli, sia per i punteggi BDI-II ($\beta = 1.46$; $SE = 0.32$; $t = 4.55$; $p < .001$) che per i punteggi EPDS ($\beta = 1.38$; $SE = 0.25$; $t = 5.53$; $p < .001$). Inoltre, è emersa una differenza significativa nei sintomi ansiosi in gravidanza, misurati mediante lo STAI-ST, tra i due gruppi ($\beta = 2.63$; $SE = 0.49$; $t = 5.33$; $p < .001$), anche inserendo le covariate nel modello ($\beta = 2.13$; $SE = 0.53$; $t = 4.03$; $p < .001$).

Riguardo la relazione tra il reddito familiare annuo e la salute mentale materna a 6 mesi post partum (t_1), è emersa una differenza significativa tra il gruppo con reddito familiare annuo medio-basso e quello con reddito medio-alto nella sintomatologia depressiva, misurata mediante l'EPDS ($\beta = 2.00$; $SE = 0.43$; $t = 4.64$; $p < .001$), e la significatività persiste anche dopo l'aggiunta delle covariate nel modello ($\beta = 1.86$; $SE = 0.47$; $t = 4.00$; $p < .001$). Analogamente, emerge una differenza significativa tra i due gruppi nella sintomatologia ansiosa, misurata tramite lo STAI-ST ($\beta = 2.53$; $SE = 0.88$; $t = 2.89$; $p = .004$), anche inserendo le covariate nel modello ($\beta = 2.21$; $SE = 0.95$; $t = 2.33$; $p = .020$). Relativamente alla relazione tra il reddito familiare annuo e la salute mentale materna a 12 mesi post partum (t_2), emerge nuovamente una differenza significativa tra i due gruppi nei punteggi EPDS ($\beta = 1.51$; $SE = 0.56$; $t = 2.69$; $p = .007$), tuttavia, includendo nel modello le covariate, la significatività statistica non si è mantenuta ($\beta = 1.01$; $SE = 0.63$; $t = 1.60$; $p = .111$). Infine, non è emersa una differenza significativa tra i due gruppi nei

punteggi STAI-ST a t2 ($\beta = 1.53$; $SE = 1.27$; $t = 1.21$; $p = .229$), anche inserendo nel modello le covariate ($\beta = 0.82$; $SE = 1.42$; $t = 0.58$; $p = .563$).

Nelle **Tabella 3**, **4** e **5** sono riportati, rispettivamente per t0, t1 e t2, i principali risultati ottenuti dall'analisi dei dati. In particolare, per ciascun questionario psicologico indicato nella prima colonna, sono riportati la media e la deviazione standard dei punteggi del gruppo con reddito familiare annuo medio-basso (< 25.000 euro) e del gruppo con reddito familiare annuo medio-alto (> 25.000 euro). A seguire, sono presentati il valore di significatività statistica relativo al confronto tra i due gruppi nei modelli di regressione lineare senza covariate (p) e quello derivante dai modelli che includono le covariate (p-adj).

Tabella 3. *Punteggi BDI-II, EPDS e STAI-ST del gruppo con reddito medio-basso e del gruppo con reddito medio-alto in gravidanza (t0).*

	Reddito medio-basso (<i>n</i> = 805)	Reddito medio-alto (<i>n</i> = 1339)	p	p-adj*
BDI_t0	11.99 (7.71)	10.05 (5.98)	< .001	< .001
EPDS_t0	9.24 (5.76)	7.40 (4.84)	< .001	< .001
STAI_t0	43.46 (11.57)	40.83 (10.75)	< .001	< .001

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 4. *Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con reddito medio-basso e del gruppo con reddito medio-alto a 6 mesi post partum (t1).*

	Reddito medio-basso (<i>n</i> = 227)	Reddito medio-alto (<i>n</i> = 536)	p	p-adj*
EPDS_t1	11.10 (5.81)	9.11 (5.26)	< .001	< .001
STAI_t1	39.55 (11.04)	38.02 (9.82)	.004	.020

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 5. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con reddito medio-basso e del gruppo con reddito medio-alto a 12 mesi post partum (t2).

	Reddito medio-basso (n = 88)	Reddito medio-alto (n = 256)	p	p-adj*
EPDS_t2	8.69 (5.16)	7.18 (4.32)	.007	.111
STAI_t2	44.56 (11.74)	42.03 (10.77)	.229	.563

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

4.2.1 ANALISI DEI DATI DELLA SECONDA IPOTESI

Rispetto alla seconda ipotesi, sono state condotte delle analisi di *Regressione Lineare* includendo nei modelli un set di covariate (i.e., età, stato civile, gravidanza pianificata, parità, perdite fetali) e assumendo come soglia di significatività statistica un valore di $p\text{-value} < 0.05$. Rispetto alla relazione tra il livello di istruzione delle donne e la salute mentale materna in gravidanza (t0), emerge una differenza significativa nella sintomatologia depressiva, misurata tramite l'EPDS, tra il gruppo con un livello di istruzione pari o inferiore alla licenza media superiore e il gruppo con un livello di istruzione superiore ($\beta = 1.03$; SE = 0.23; $t = 4.51$; $p < .001$), e tale relazione si è mantenuta significativa anche dopo l'inserimento delle covariate nel modello ($\beta = 0.51$; SE = 0.25; $t = 2.07$; $p = .038$). La sintomatologia depressiva è stata indagata anche tramite il BDI-II e le analisi hanno mostrato una differenza significativa tra i due gruppi ($\beta = 0.70$; SE = 0.29; $t = 2.38$; $p = .017$), tuttavia, in questo caso, il modello ha perso significatività quando sono state aggiunte variabili confondenti come covariate ($\beta = 0.13$; SE = 0.32; $t = 0.40$; $p = .691$). Similmente, emerge una differenza significativa nella sintomatologia ansiosa, misurata tramite lo STAI-ST, tra i due gruppi ($\beta = 1.29$; SE = 0.48; $t = 2.66$; $p = .008$), tuttavia, includendo nel modello le covariate, la significatività statistica non si è mantenuta ($\beta = 0.53$; SE = 0.52; $t = 1.02$; $p = .308$).

In merito alla relazione tra il livello di istruzione delle donne e la salute mentale materna a 6 mesi post partum (t1), è emersa una differenza significativa tra i due gruppi nella sintomatologia depressiva, misurata mediante l'EPDS ($\beta = 1.57$; SE = 0.41; $t = 3.80$; $p < .001$), e la significatività persiste anche dopo l'aggiunta delle covariate nel modello ($\beta = 1.33$; SE = 0.44; $t = 3.03$; $p = .003$). Al contrario, non emerge una differenza significativa tra i due gruppi in relazione alla sintomatologia ansiosa, misurata tramite lo STAI-ST (β

= 1.42; SE = 0.84; t = 1.68; p = .093), neanche inserendo nel modello le covariate ($\beta = 1.03$; SE = 0.89; t = 1.15; p = .249).

Infine, riguardo la relazione tra il livello di istruzione delle donne e la sintomatologia depressiva materna a 12 mesi post partum (t2), emerge un quadro molto simile alla tappa precedente della ricerca. In particolare, emerge una differenza significativa tra i due gruppi nei punteggi EPDS ($\beta = 2.16$; SE = 0.51; t = 4.20; p < .001), anche dopo l'inserimento delle covariate nel modello ($\beta = 1.93$; SE = 0.54; t = 3.57; p < .001). Inoltre, dalle analisi è emersa una differenza significativa tra i due gruppi anche nella sintomatologia ansiosa, misurata tramite lo STAI-ST ($\beta = 2.51$; SE = 1.17; t = 2.15; p = .033), e tale relazione si è mantenuta significativa anche dopo l'inserimento delle covariate nel modello ($\beta = 2.56$; SE = 1.22; t = 2.10; p = .037).

Nelle **Tabelle 6, 7 e 8** sono riportati, rispettivamente per t0, t1 e t2, i principali risultati ottenuti dall'analisi dei dati. In particolare, per ciascun questionario psicologico indicato nella prima colonna, sono riportati la media e la deviazione standard dei punteggi del gruppo con un livello di istruzione pari o inferiore alla licenza media superiore (istruzione bassa) e del gruppo con livello di istruzione superiore alla licenza media superiore (istruzione alta). A seguire, sono presentati il valore di significatività statistica relativo al confronto tra i due gruppi nei modelli di regressione lineare senza covariate (p) e quello derivante dai modelli che includono le covariate (p-adj).

Tabella 6. *Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con livello di istruzione basso e del gruppo con livello di istruzione alto in gravidanza (t0).*

	Istruzione bassa (n = 930)	Istruzione alta (n = 1214)	p	p-adj*
BDI_t0	11.17 (7.03)	10.47 (6.50)	.017	.691
EPDS_t0	8.68 (5.52)	7.65 (5.04)	< .001	.038
STAI_t0	42.54 (11.68)	41.25 (10.66)	.008	.308

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 7. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con livello di istruzione basso e del gruppo con livello di istruzione alto a 6 mesi post partum (t1).

	Istruzione bassa (n = 268)	Istruzione alta (n = 495)	p	p-adj*
EPDS_t1	10.72 (5.55)	9.15 (5.41)	< .001	.003
STAI_t1	43.70 (10.94)	42.28 (11.20)	.093	.249

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 8. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con livello di istruzione basso e del gruppo con livello di istruzione alto a 12 mesi post partum (t2).

	Istruzione bassa (n = 113)	Istruzione alta (n = 231)	p	p-adj*
EPDS_t2	9.02 (5.26)	6.86 (4.05)	< .001	< .001
STAI_t2	40.09 (12.28)	37.58 (9.01)	.033	.037

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

4.2.2 ANALISI DEI DATI DELLA TERZA IPOTESI

Rispetto alla terza ipotesi, come per le due precedenti, sono state condotte delle analisi di *Regressione Lineare* includendo nei modelli un set di covariate (i.e., età, stato civile, gravidanza pianificata, parità, perdite fetali) e assumendo come soglia di significatività statistica un valore di *p-value* < 0.05. Rispetto alla relazione tra lo stato occupazionale delle donne e la salute mentale materna in gravidanza (t0), emerge una differenza significativa nella sintomatologia depressiva, misurata tramite l'EPDS, tra il gruppo di donne in stato di disoccupazione e il gruppo di donne con un impiego ($\beta = 1.27$; SE = 0.35; $t = 3.68$; $p < .001$), e tale relazione si è mantenuta significativa anche dopo l'inserimento delle covariate nel modello ($\beta = 0.86$; SE = 0.36; $t = 2.40$; $p = .017$). Tuttavia, non è emersa una differenza significativa tra i due gruppi quando i sintomi depressivi sono stati misurati tramite il BDI-II ($\beta = 0.82$; SE = 0.44; $t = 1.86$; $p = .063$), neanche dopo l'inserimento delle covariate nel modello ($\beta = 0.46$; SE = 0.50; $t = 1.01$; $p = .313$). Riguardo la sintomatologia ansiosa, è emersa una differenza significativa tra i due gruppi nei punteggi STAI-ST a t0 ($\beta = 1.54$; SE = 0.73; $t = 2.10$; $p = .035$), tuttavia,

includendo nel modello le covariate, la significatività statistica non si è mantenuta ($\beta = 0.85$; $SE = 0.75$; $t = 1.12$; $p = .262$).

Relativamente alla relazione tra lo stato occupazionale delle donne e la sintomatologia depressiva materna a 6 mesi post partum (t1), non è emersa una differenza significativa tra i due gruppi nei punteggi EPDS ($\beta = 1.37$; $SE = 0.74$; $t = 1.86$; $p = .063$), neanche inserendo nel modello le covariate ($\beta = 0.93$; $SE = 0.77$; $t = 1.21$; $p = .226$). Inoltre, dalle analisi è emersa una differenza significativa tra i due gruppi, sebbene al limite della soglia convenzionale, nella sintomatologia ansiosa misurata tramite lo STAI-ST ($\beta = 2.94$; $SE = 1.49$; $t = 1.97$; $p = .050$), tuttavia, includendo nel modello le covariate, la significatività statistica non si è mantenuta ($\beta = 1.91$; $SE = 1.55$; $t = 1.23$; $p = .218$).

Infine, rispetto alla relazione tra lo stato occupazionale delle donne e i sintomi depressivi e ansiosi materni a 12 mesi post partum (t2), non emerge una differenza significativa tra i due gruppi né nei punteggi EPDS ($\beta = 0.24$; $SE = 0.97$; $t = 0.25$; $p = .804$) né nei punteggi STAI-ST ($\beta = 1.66$; $SE = 2.17$; $t = 0.77$; $p = .444$). Tale andamento si è mantenuto anche dopo l'inserimento delle covariate nei modelli, sia per i punteggi EPDS ($\beta = -0.53$; $SE = 0.98$; $t = -0.54$; $p = .059$) che per i punteggi STAI-ST ($\beta = 0.20$; $SE = 2.20$; $t = 0.09$; $p = .926$).

Nelle **Tabelle 9, 10 e 11** sono riportati, rispettivamente per t0, t1 e t2, i principali risultati ottenuti dall'analisi dei dati. In particolare, per ciascun questionario psicologico indicato nella prima colonna, sono riportati la media e la deviazione standard dei punteggi del gruppo di donne in stato di disoccupazione (non occupate) e del gruppo di donne con un impiego (occupate). A seguire, sono presentati il valore di significatività statistica relativo al confronto tra i due gruppi nei modelli di regressione lineare senza covariate (p) e quello derivante dai modelli che includono le covariate (p -*adj*).

Tabella 9. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo in stato di disoccupazione e del gruppo con impiego in gravidanza (t0).

	Non occupate (n = 264)	Occupate (n = 1880)	p	p-adj
BDI_t0	11.50 (7.82)	10.68 (6.57)	.063	.313
EPDS_t0	9.21 (5.72)	7.94 (5.20)	< .001	.017
STAI_t0.	43.16 (11.96)	41.62 (11.00)	.035	.262

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 10. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con livello di istruzione basso e del gruppo con livello di istruzione alto a 6 mesi post partum (t1).

	Non occupate (n = 60)	Occupate (n = 703)	p	p-adj
EPDS_t1	10.97 (5.90)	9.59 (5.46)	.063	.226
STAI_t1	45.48 (12.02)	42.55 (11.01)	.050	.218

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

Tabella 11. Punteggi EPDS e STAI-ST del gruppo con livello di istruzione basso e del gruppo con livello di istruzione alto a 12 mesi post partum (t2).

	Non occupate (n = 24)	Occupate (n = 320)	p	p-adj
EPDS_t2	7.79 (4.80)	7.55 (4.58)	.804	.059
STAI_t2	39.96 (10.95)	38.29 (10.21)	.444	.926

*p-value calcolato con i fattori confondenti presi in esame

5 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Lo scopo del presente lavoro di tesi è quello di indagare la relazione tra alcuni indicatori dello status socioeconomico delle donne, quali il reddito familiare annuo, il livello di istruzione e lo stato occupazionale, e la salute mentale materna, in termini di sintomatologia ansiosa e depressiva, in tre diversi momenti del periodo perinatale: durante la gravidanza, a 6 mesi post partum e a 12 mesi post partum.

Sulla base di quanto emerso in letteratura, con la prima ipotesi di ricerca ci si aspettava che il gruppo di donne con un reddito familiare annuo medio-basso (< 25.000 euro) presentassero peggiori condizioni di salute mentale perinatale, e quindi maggiori livelli di sintomi ansiosi e depressivi, rispetto al gruppo di donne con un reddito familiare annuo medio-alto (> 25.000 euro), sia durante la gravidanza che a 6 e 12 mesi dal parto. Le analisi hanno supportato in parte la nostra ipotesi: le donne con reddito familiare annuo medio-basso presentano sintomi ansiosi e depressivi significativamente più elevati rispetto alle donne con reddito medio-alto, sia durante la gravidanza che a 6 mesi post partum, e la significatività si è mantenuta anche dopo l'inserimento delle covariate nei modelli. Questi risultati si possono definire in linea con la letteratura e confermano quanto già osservato in numerosi studi precedenti, i quali hanno evidenziato la relazione tra condizione economica e salute mentale materna. Ad esempio, un reddito annuo più basso è stato associato a maggiore sintomatologia depressiva antenatale (Mulligan et al., 2019) ed è anche stato identificato come fattore di rischio per la depressione post partum, sebbene con un livello di evidenza moderato (Kim et al., 2022). Inoltre, nella revisione a ombrello condotta da Dadi e collaboratori (2020) tra i fattori di rischio psicosociali più comunemente associati alla depressione prenatale figurano un basso status economico e difficoltà finanziarie. In aggiunta, Cena e collaboratori (2020) hanno osservato un rischio significativamente maggiore di sintomi d'ansia nelle donne in gravidanza che presentano problemi economici. Tali associazioni potrebbero riflettere il ruolo che il reddito riveste

nel modulare l'accesso a risorse materiali e ambientali, che a loro volta influenzano il benessere psicologico. Un reddito più basso, infatti, spesso si traduce in condizioni abitative meno favorevoli, maggiori difficoltà nel sostenere stili di vita salutari, limitato accesso alle cure e un'esposizione più frequente a fonti di stress (Blount et al., 2021; Shavers, 2007). In tal senso, il reddito può influire indirettamente sul benessere psicologico materno, modulando la disponibilità di risorse personali e ambientali che, a seconda del contesto, possono agire da fattori di rischio o di protezione per la salute mentale materna perinatale. In contrasto con le evidenze in letteratura e a differenza di quanto osservato nelle prime due tappe della ricerca, i modelli di regressione lineare proposti hanno mostrato una relazione tra reddito familiare annuo e salute mentale materna meno solida a 12 mesi dal parto: è emersa una differenza significativa tra i due gruppi solamente nella sintomatologia depressiva che, tuttavia, non si è mantenuta nel modello con le covariate. Tale risultato potrebbe riflettere l'azione concorrente di variabili di altra natura o il possibile intervento di ulteriori fattori non considerati nel modello. Ad esempio, nel loro studio Xiao e collaboratori (2024) non solo hanno osservato un'associazione negativa significativa tra il SES e il rischio di sintomi depressivi postnatali, ma hanno anche osservato che tale relazione è fortemente mediata dal supporto familiare. Questi risultati suggeriscono che variabili contestuali o relazionali non prese in considerazione nella nostra ricerca, come il supporto sociale, la qualità della relazione con il partner o l'adattamento al ruolo genitoriale, potrebbero svolgere un ruolo chiave e andrebbero considerate in future ricerche. Inoltre, è possibile che tali risultati siano dovuti, almeno in parte, alla composizione del campione, che non è rimasta del tutto stabile nel corso del tempo. In particolare, le analisi dell'ANOVA e i test del chi-quadrato condotti sulle caratteristiche socio-demografiche hanno evidenziato che, nel corso del tempo, il campione ha subito variazioni significative per alcune variabili, quali età, nazionalità, pianificazione della gravidanza, regione di residenza e parità. Ad esempio, un'età materna più giovane, una gravidanza non pianificata o non desiderata e la parità sono fattori comunemente associati a un incremento del rischio di sviluppare ansia e depressione nel periodo perinatale (Agnafors et al., 2019; Biaggi et al., 2016; Furtado et al., 2018; Lindblad et al., 2022; Qiu et al., 2020; Yang et al., 2022). Pertanto, non si può escludere che i cambiamenti osservati nelle caratteristiche socio-demografiche

sopracitate, dovuti alla diminuzione della numerosità campionaria nel tempo, abbiano influito sui risultati del presente studio.

Tramite la seconda ipotesi di ricerca, abbiamo indagato la relazione tra il livello di istruzione e la salute mentale materna perinatale, ipotizzando che le donne con un livello di istruzione inferiore alla licenza media superiore presentassero maggiori sintomi depressivi e ansiosi durante la gravidanza, a 6 mesi post partum e a 12 mesi post partum rispetto alle donne con un livello di istruzione superiore. In letteratura, gli studi che hanno indagato la relazione tra il livello di istruzione e la salute mentale materna hanno riportato risultati contrastanti: diversi studi hanno evidenziato come un basso livello di istruzione materna costituisca un importante fattore di rischio per la salute mentale durante il periodo perinatale (Biaggi et al., 2016; Furtado et al., 2018; Martini et al., 2015; Matsumura et al., 2019; Yang et al., 2022), mentre altri non hanno riscontrato un'associazione statisticamente significativa tra il livello educativo e il benessere psicologico materno (Agostini et al., 2019; Husain et al., 2012). I risultati della presente ricerca mostrano un quadro altrettanto complesso, solamente in parte in linea con le ipotesi formulate. In relazione alla sintomatologia ansiosa, i modelli di regressione lineare proposti mostrano una differenza significativa tra i due gruppi durante la gravidanza che, tuttavia, perde significatività una volta controllato per le covariate. Nessuna differenza significativa tra i gruppi è stata osservata a 6 mesi dal parto, mentre a 12 mesi riemerge una differenza significativa nei livelli di ansia. Ancora una volta, una possibile interpretazione dei risultati ottenuti potrebbe risiedere nei cambiamenti intervenuti nella composizione del campione nel corso del tempo. Le analisi condotte (ANOVA e test del chi-quadrato) hanno infatti evidenziato che alcune caratteristiche socio-demografiche e clinico-ostetriche, tra cui l'età materna e il numero di figli, sono variate significativamente. In letteratura, la giovane età e la multiparità sono state identificate come fattori di rischio dell'ansia nel periodo perinatale (Dennis et al., 2016; Field, 2018). Per cui, è possibile che tali cambiamenti abbiano influito sui risultati, contribuendo ad attenuare o accentuare le differenze tra i due gruppi nelle diverse fasi della ricerca. Per quanto riguarda la sintomatologia depressiva, l'andamento nel tempo appare più lineare: le donne con un livello di istruzione inferiore alla licenza media superiore riportano punteggi EPDS significativamente maggiori rispetto a quelle con un livello di istruzione superiore in tutte e tre le tappe della ricerca. Tale risultato è in linea con quanto approfondito nel capitolo

2, dove si evidenzia come un livello di istruzione più elevato si associa a migliori opportunità occupazionali, con ricadute positive sul reddito e sulla stabilità economica, a più sviluppate abilità di pensiero critico, a maggiori risorse psicologiche, nonché a un bagaglio di conoscenze, anche relative alla salute, che favoriscono stili di vita più salutari (Adler & Newman, 2002; Braveman et al., 2005; Shavers, 2007); tutti elementi che possono costituire risorse protettive della salute mentale materna.

Con la terza ipotesi di ricerca ci si aspettava che il gruppo di donne in stato di disoccupazione presentasse peggiori condizioni di salute mentale perinatale, e quindi maggiori livelli di sintomi ansiosi e depressivi, rispetto al gruppo di donne con un impiego, sia durante la gravidanza che a 6 e 12 mesi dal parto. Riguardo ai sintomi depressivi in gravidanza, misurati tramite l'EPDS, i risultati delle analisi hanno supportato la nostra ipotesi: emerge infatti una differenza significativa tra i due gruppi, con le donne in stato di disoccupazione che riportano sintomi depressivi significativamente più elevati rispetto alle donne con un impiego. In letteratura, in linea con questi risultati, diversi autori hanno evidenziato il legame tra disoccupazione e depressione materna. Ad esempio, Agostini e collaboratori (2015) hanno osservato un'associazione significativa tra la presenza di sintomi depressivi materni durante la gravidanza, rilevati tramite l'EPDS, e l'esperienza di disoccupazione o di una prolungata ricerca di lavoro. Analogamente, nella revisione sistematica e metanalisi di Yin e collaboratori (2021) la disoccupazione è risultata significativamente associata alla depressione prenatale. Tuttavia, è importante sottolineare che nella nostra ricerca, utilizzando il BDI-II per la valutazione dei sintomi depressivi, non è emersa una differenza significativa tra i due gruppi. L'assenza di significatività invita a considerare con cautela i risultati, suggerendo che le caratteristiche e specificità dello strumento utilizzato potrebbero ricoprire un ruolo rilevante e contribuire a risultati non del tutto sovrapponibili. L'EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*; Cox et al., 1987) è un questionario self-report composto da 10 item, specificamente pensato per rilevare la presenza di sintomi depressivi nel periodo perinatale. Il BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*; Beck et al., 1996), anch'esso un questionario self-report, include invece 21 item, può essere utilizzato in diversi contesti clinici con adulti e adolescenti a partire dai 13 anni di età, esplora tutti i principali domini sintomatologici della depressione secondo i criteri del DSM-5 ed è comunemente impiegato per valutare la gravità della

sintomatologia depressiva. Pertanto, sebbene entrambi gli strumenti siano considerati validi e affidabili per valutare i sintomi depressivi (Ji et al., 2012), le loro diverse peculiarità potrebbero aver contribuito ai risultati della nostra ricerca. Rispetto alla sintomatologia ansiosa materna prenatale, nel presente studio il gruppo di donne in stato di disoccupazione ha riportato sintomi ansiosi significativamente maggiori rispetto al gruppo di donne con un impiego. Tali risultati sono in linea con le ipotesi e la letteratura esistente, che evidenzia come le donne senza un lavoro presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare sintomi ansiosi durante la gravidanza rispetto alle donne con un impiego stabile (Cena et al., 2020). Tuttavia, nel nostro studio la differenza tra i due gruppi non si è mantenuta significativa una volta controllata l'influenza dei fattori potenzialmente confondenti, suggerendo che la relazione precedentemente osservata potrebbe essere spiegata dall'azione concorrente di fattori di altra natura. È interessante notare come nel modello con covariate risulti un'associazione significativa con la covariata relativa alla multiparità sia con la sintomatologia depressiva che con la sintomatologia ansiosa. Effettivamente, in letteratura tale associazione è stata più volte evidenziata (Furtado et al., 2018; Yang et al., 2022), ma sono anche state ampiamente discusse le conseguenze sociali e lavorative della multiparità. In particolare, per le donne, al crescere del numero di figli diminuisce non solo la partecipazione al mercato del lavoro, ma anche lo stipendio medio (Minello, 2022). Questo fenomeno è legato a diversi fattori, tra cui la difficoltà di conciliare lavoro e cura dei figli e la mancanza di servizi di supporto adeguati. Per cui, una tra le possibili interpretazioni di tale risultato potrebbe risiedere nell'effetto indiretto della multiparità sulla salute mentale materna perinatale, mediato dal peggioramento delle condizioni lavorative e socio-economiche delle madri. Infine, contrariamente a quanto evidenziato in letteratura, dalle analisi non è emersa una differenza significativa tra il gruppo di donne disoccupate e quello di donne con impiego nella sintomatologia depressiva e ansiosa postnatale, sia a 6 mesi che a 12 mesi dal parto. Nell'interpretazione di tali risultati, è importante riflettere in merito alla numerosità campionaria, in particolare alla evidente sproporzione numerica tra i due gruppi a t1 e t2, dove il numero di donne disoccupate è marcatamente inferiore rispetto a quello delle donne occupate. Tale squilibrio potrebbe aver limitato la capacità di testare adeguatamente i modelli statistici. Una bassa potenza statistica comporta un rischio maggiore di non rilevare effetti reali, portando a risultati meno precisi e meno

attendibili e una ridotta sensibilità dell'analisi nel cogliere differenze significative. Inoltre, è possibile che non siano emerse differenze significative tra i due gruppi per la modalità di categorizzazione adottata nello studio, che ha distinto in modo dicotomico tra stato di occupazione e disoccupazione, senza considerare caratteristiche legate al lavoro e aspetti dell'ambiente lavorativo. Di fatto, ricerche recenti non si sono limitate ad indagare l'influenza positiva della partecipazione al lavoro sulla salute mentale della donna, ma si sono concentrate anche su specifici aspetti legati alle caratteristiche dell'impiego, che potrebbero influire in modo significativo sul benessere psicologico materno durante il periodo perinatale. Ad esempio, Karl e collaboratori (2020) hanno osservato un'associazione significativa tra condizioni lavorative precarie, in particolare salari bassi o insufficienti, conflitto tra sfera lavorativa e vita privata e squilibrio tra sforzo e ricompensa, e i sintomi depressivi post partum, valutati attraverso l'EPDS.

5.2 PUNTI DI FORZA E LIMITI DELLA RICERCA

Il presente lavoro di ricerca ha contribuito ad arricchire la letteratura sulla relazione tra lo status socioeconomico, in particolare i suoi principali indicatori quali il reddito familiare annuo, il livello di istruzione e lo status occupazionale, e la salute mentale materna nel periodo perinatale, prendendo in analisi nello specifico la sintomatologia ansiosa e depressiva, sia durante la gravidanza che nel periodo post partum.

Un punto di forza di questo lavoro è costituito dalla struttura longitudinale del disegno di ricerca, il quale ha previsto la raccolta di informazioni a partire dalla gravidanza fino ai 12 mesi post partum, consentendo di ottenere informazioni dettagliate in ciascuna tappa. Questo ha permesso di individuare eventuali differenze significative tra i gruppi nei tre diversi momenti del periodo perinatale considerati. Allo stesso tempo, aver condotto analisi di tipo cross-sectional in ciascuna delle tre tappe (gravidanza, 6 mesi post partum e 12 mesi post partum), considerando separatamente i tre principali indicatori dello status socioeconomico, ha rappresentato un ulteriore punto di forza. Questo approccio ha consentito di osservare separatamente la relazione tra ciascun indicatore del SES e la salute mentale materna, offrendo la possibilità di cogliere le eventuali specifiche associazioni con la sintomatologia ansiosa e depressiva. Un ulteriore punto di forza è rappresentato dalla numerosità campionaria, particolarmente elevata nella prima tappa della ricerca ($n = 2144$), che ha permesso di svolgere analisi iniziali robuste e con un buon potere statistico.

Il presente lavoro presenta anche diversi limiti, tra cui alcuni relativi alla metodologia di assessment. In particolare, i dati relativi allo status socioeconomico delle partecipanti sono stati raccolti esclusivamente nella prima tappa della ricerca e, sebbene gli indicatori considerati siano generalmente stabili nel tempo, non si può escludere che alcune condizioni siano variate nel corso del periodo perinatale, potenzialmente influenzando i risultati delle successive analisi. Un ulteriore limite è rappresentato dalla possibile influenza di altre variabili o caratteristiche che potrebbero essere rilevanti per interpretare correttamente i risultati ottenuti sulla relazione tra SES e salute mentale materna perinatale, che non sono state prese in considerazione nelle analisi come fattori confondenti. Un esempio di ciò è il contesto temporale in cui sono stati raccolti i dati,

ossia durante la pandemia da COVID-19, che potrebbe aver influito sulla percezione dei sintomi ansiosi e depressivi materni, sovra o sottostimandoli. Non solo, la relazione tra salute mentale e fattori socioeconomici può cambiare nel tempo, in particolare in corrispondenza di eventi critici e cambiamenti socio-politici ed economici, come quelli introdotti dalla pandemia (Nicola et al., 2020). Sebbene tutte le partecipanti siano state esposte allo stesso contesto, non è possibile escludere che la pandemia abbia influito in modo differente sui sottogruppi specifici. Inoltre, un ulteriore limite riguarda la numerosità campionaria che, sebbene molto elevata nella prima tappa della ricerca, si è progressivamente ridotta nelle rilevazioni successive, e la suddivisione del campione in sottogruppi basati sugli indicatori del SES ha comportato una riduzione ulteriore delle dimensioni di alcuni sottogruppi. Riguardo a ciò, un esempio significativo è rappresentato dal confronto a 12 mesi post partum tra donne disoccupate ($n = 24$) e donne con impiego ($n = 320$), che potrebbe aver limitato la generalizzabilità delle analisi. Infine, un altro aspetto da considerare riguarda le variazioni nella composizione del campione. Alcune caratteristiche socio-demografiche e clinico-ostetriche delle partecipanti, quali età, nazionalità, regione di residenza, pianificazione della gravidanza e parità, hanno subito modifiche significative nel corso del tempo, che potrebbero aver influito sui risultati ottenuti nelle diverse tappe della ricerca.

5.3 CONCLUSIONI E RICERCHE FUTURE

Il contesto di vita della donna influenza inevitabilmente l'esperienza di transizione alla genitorialità e il suo benessere psicologico durante il periodo perinatale attraverso svariati meccanismi. I disturbi mentali perinatali emergono come fenomeni complessi, la cui eziologia non può essere ricondotta a un'unica causa, ma va compresa all'interno di una prospettiva integrata. A questo proposito, il modello biopsicosociale proposto da Engel (1977) offre una cornice teorica utile per riconoscere la complessità dei vissuti materni e comprendere e prevenire le disuguaglianze di salute presenti nella popolazione. Risulta fondamentale considerare l'interazione di molteplici fattori: da quelli biologici a quelli psicologici, fino agli aspetti sociali e ambientali, tra cui, come analizzato in questo lavoro, si può individuare lo status socioeconomico.

Il presente lavoro ha evidenziato come diversi indicatori dello status socioeconomico possano influenzare la salute mentale materna in diversi momenti del periodo perinatale, con particolare riferimento ai sintomi depressivi e ansiosi. Il reddito, il livello di istruzione e lo status occupazionale vanno considerati come rilevanti fattori sociali di rischio o di protezione, in grado di influenzare il benessere psicologico della popolazione generale e, nel nostro caso specifico, delle donne nel percorso di transizione alla genitorialità.

Dai risultati ottenuti e dalle riflessioni sui punti di forza e sui limiti del presente lavoro, emergono numerosi spunti per possibili ricerche future. In primo luogo, sarebbe interessante approfondire la relazione tra status socioeconomico e salute mentale materna stratificando il campione in più livelli, non limitandosi alla distinzione dicotomica tra due gruppi. Suddividere il campione in più sottogruppi, ad esempio sulla base di livelli crescenti di reddito, istruzione o status occupazionale, permetterebbe di indagare la presenza di un possibile gradiente sociale nella salute mentale, secondo cui le disuguaglianze di salute non interessano solamente gli individui più poveri o svantaggiati ma si distribuiscono lungo un continuum che interessa l'intera popolazione (Allen et al., 2014).

In secondo luogo, dato che la letteratura ha evidenziato l'influenza delle caratteristiche dell'impiego e dell'ambiente lavorativo sulla salute mentale materna nel periodo perinatale, studi futuri potrebbero approfondire tali aspetti, come la precarietà del lavoro, l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata, la stabilità contrattuale, il carico di lavoro e

l'impatto del rientro lavorativo in seguito al congedo parentale. Prendere in considerazione tali caratteristiche potrebbe offrire un contributo rilevante alla comprensione del benessere psicologico materno, permettendo di cogliere le sfumature che caratterizzano la relazione tra lavoro e salute mentale.

Inoltre, sarebbe interessante ampliare l'analisi ad altre determinanti sociali oltre allo status socioeconomico individuale. Come approfondito nel capitolo 2, fattori come l'area geografica di residenza – inclusi le condizioni socioeconomiche del quartiere, l'inquinamento atmosferico, le caratteristiche geomorfologiche e la distinzione tra aree urbane e rurali –, il contesto politico-istituzionale del Paese e l'esperienza di discriminazione potrebbero influenzare significativamente il benessere materno nel periodo perinatale.

Infine, considerando le evidenze in letteratura che documentano l'influenza del SES non solo sulla salute mentale materna, ma anche sulla qualità del parenting (Ayoub & Bachir, 2023) e sullo sviluppo infantile (Bradley & Corwyn, 2002), sarebbe interessante esplorare se e in che modo la qualità della funzione genitoriale possa agire da fattore moderatore o mediatore nella relazione tra condizioni socioeconomiche e outcome di sviluppo del bambino. Un simile approccio permetterebbe di approfondire i meccanismi sottostanti la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze.

In conclusione, lo status socioeconomico rappresenta un determinante sociale della salute mentale materna perinatale, con particolare riferimento alla sintomatologia ansiosa e depressiva. Continuare a indagare quest'area di ricerca appare fondamentale, non solo per approfondire la comprensione dei meccanismi che legano le condizioni socioeconomiche al benessere psicologico delle madri, ma anche per orientare pratiche di prevenzione e intervento più efficaci. In quest'ottica, è auspicabile una maggior sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari affinché siano in grado di riconoscere tempestivamente situazioni di vulnerabilità socioeconomica e di prestare attenzione all'impatto che tali condizioni possono avere sulla salute mentale materna.

BIBLIOGRAFIA

Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407–412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.

Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. UK Stationery Office, London 1998.

Adam, E. K., Heissel, J. A., Zeiders, K. H., Richeson, J. A., Ross, E. C., Ehrlich, K. B., Levy, D. J., Kemeny, M., Brodish, A. B., Malanchuk, O., Peck, S. C., Fuller-Rowell, T. E., & Eccles, J. S. (2015). Developmental histories of perceived racial discrimination and diurnal cortisol profiles in adulthood: A 20-year prospective study. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 279–291. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.018>

Adam, E., Villaume, S. C., & Hittner, E. (2020). Reducing stress disparities: Pathways to equity through the study of stress biology. In L. Tach, R. Dunifon, & D. L. Miller (Eds.), *Confronting inequality: How policies and practices shape children's opportunities* (pp. 11–47). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000187-002>

Addati, L., Cattaneo, U., & Pozzan, E. (2022). *Care at work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work*. International Labour Office.

Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health affairs (Project Hope)*, 21(2), 60–76. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.60>

Agnafors, S., Bladh, M., Svedin, C. G., & Sydsjö, G. (2019). Mental health in young mothers, single mothers and their children. *BMC psychiatry*, 19(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2082-y>

Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., & Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and child health journal*, 19(5), 1131–1141. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1613-x>

Agostini, F., & Minelli, M. (2016). Disturbi d'ansia nel periodo perinatale. In P. Grussu e A. Bramante (a cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale: Profili psicopatologici e modalità di intervento* (pp. 87-146). Trento: Erickson.

Amjad, S., Verghese, M., Bohlouli, S., Dennett, L., Chandra, S., Ospina, M. B., & Kozyrskyj, A. (2025). The Role of the Home Environment in Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Epidemiological Studies. *Environments*, 12(4), 112. <https://doi.org/10.3390/environments12040112>

Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), e37–e43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>

Amato, M. (2021). *Come vincere la depressione durante e dopo la gravidanza*. Sovera Editore.

American Psychiatric Association APA (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. & Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza: Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(1), 148–154. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.336>

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937–944. <https://doi.org/10.1080/00016340600697652>

Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection?. *Archives of women's mental health*, 13(5), 395–401. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0153-7>

- Ayoub, M., & Bachir, M. (2023). A Meta-analysis of the Relations Between Socioeconomic Status and Parenting Practices. *Psychological reports*, 332941231214215. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00332941231214215>
- Balsamo, M., Romanelli, R., Innamorati, M., Ciccarese, G., Carlucci, L., & Saggino, A. (2013). The state-trait anxiety inventory: Shadows and lights on its construct validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 475–486. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9354-5>
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*, 28(8), 696–702. <https://doi.org/10.1002/da.20856>
- Baum, A., Garofalo, J. P., & Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 131–144. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08111.x>
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023>
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy--a qualitative study. *BMC women's health*, 7, 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-7-13>
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bécares, L., & Atatoa-Carr, P. (2016). The association between maternal and partner experienced racial discrimination and prenatal perceived stress, prenatal and postnatal depression: findings from the growing up in New Zealand cohort study. *International journal for equity in health*, 15(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0443-4>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory* (II). Psychological Corporation.

- Benoit, C., Westfall, R., Treloar, A. E. B., Phillips, R., & Jansson, S. M. (2007). Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *Journal of Mental Health, 16*(6), 719-730. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230701506846>
- Bergman, K., Sarkar, P., O'Connor, T. G., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1454–1463. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31814a62f6>
- Best, C., Ayers, S., Sinesi, A., Meades, R., Cheyne, H., Maxwell, M., McNicol, S., Williams, L. R., Alderdice, F., Jomeen, J., Shakespeare, J., & MAP Study Team (2024). Socioeconomic deprivation and perinatal anxiety: an observational cohort study. *BMC public health, 24*(1), 3183. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20608-4>
- Betts, K. S., Williams, G. M., Najman, J. M., & Alati, R. (2014). Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence. *Depression and anxiety, 31*(1), 9–18. <https://doi.org/10.1002/da.22210>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders, 191*, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child, 16*, 9-24. <https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823197>
- Bick, D., & Howard, L. (2010). When should women be screened for postnatal depression?. *Expert review of neurotherapeutics, 10*(2), 151–154. <https://doi.org/10.1586/ern.09.156>
- Biringen Z. (2008). Emotional Availability (EA)™ Scales; 4th Edition, penultimate draft.
- Blair, M. M., Glynn, L. M., Sandman, C. A., & Davis, E. P. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress (Amsterdam, Netherlands), 14*(6), 644–651. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.594121>
- Blount, A. J., Adams, C. R., Anderson-Berry, A. L., Hanson, C., Schneider, K., & Pendyala, G. (2021). Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and Implications for Healthcare Professionals. *International journal of environmental research and public health, 18*(15), 8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158206>

- Boerma, I. E., Mol, S. E., & Jolles, J. (2018). Parents Adjust the Quality of Their Home Literacy Environment to the Reading Interest of Their Third to Sixth Graders. *Parenting, 18*(4), 243–261. <https://doi.org/10.1080/15295192.2018.1524243>
- Borders, A. E., Grobman, W. A., Amsden, L. B., & Holl, J. L. (2007). Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. *Obstetrics and gynecology, 109*(2 Pt 1), 331–338. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000250535.97920.b5>
- Borri, C., Mauri, M., Oppo, A., Banti, S., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M. S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Bettini, A., Ricciardulli, S., Rucci, P., Montaresi, S., & Cassano, G. B. (2008). Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study. *The Journal of clinical psychiatry, 69*(10), 1617–1624. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1012>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology, 53*, 371–399. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA, 294*(22), 2879–2888. <https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879>
- Britton J. R. (2008). Maternal anxiety: course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and anxiety, 25*(9), 793–800. <https://doi.org/10.1002/da.20325>
- Brockington, I. F., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Archives of women's mental health, 9*(5), 253–263. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0134-z>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3–28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10317-001>
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of affective disorders, 131*(1-3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003>

- Buitelaar, J. K., Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G., & Visser, G. H. (2003). Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. *Neurobiology of aging*, *24 Suppl 1*, S53–S68. [https://doi.org/10.1016/s0197-4580\(03\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s0197-4580(03)00050-2)
- Businelle, M. S., Mills, B. A., Chartier, K. G., Kendzor, D. E., Reingle, J. M., & Shuval, K. (2014). Do stressful events account for the link between socioeconomic status and mental health?. *Journal of public health (Oxford, England)*, *36*(2), 205–212. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt060>
- Campion, J. (2013). Public mental health: the local tangibles. *The Psychiatrist*, *37*(7), 238–243. [doi:10.1192/pb.bp.113.042788](https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.042788)
- Cao, S., Jones, M., Tooth, L., & Mishra, G. D. (2020). History of premenstrual syndrome and development of postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *121*, 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.11.010>
- Cardwell M. S. (2013). Stress: pregnancy considerations. *Obstetrical & gynecological survey*, *68*(2), 119–129. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31827f2481>
- Casey, M.L., MacDonald, P.C., Sargent, I.L. & Starkey, P.M. (1993). Placental endocrinology. In C. W. G. Redman (Ed.), *The Human Placenta* (pp. 237–272). Blackwell Scientific.
- Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., & Stefana, A. (2020). Prevalence of maternal antenatal anxiety and its association with demographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *63*(1), e84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.82>
- Cena, L., Gigantesco, A., Mirabella, F., Palumbo, G., Trainini, A., & Stefana, A. (2021). Prevalence of Maternal Postnatal Anxiety and Its Association With Demographic and Socioeconomic Factors: A Multicentre Study in Italy. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 737666. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737666>
- Chadwick, E. & Richardson, B.W. (1887). *The Health of Nations: A Review of the Works of Edwin Chadwick*. London: Longmans.
- Chandra, P. S., & Nanjundaswamy, M. H. (2020). Pregnancy specific anxiety: an under-recognized problem. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *19*(3), 336–337. <https://doi.org/10.1002/wps.20781>

- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L., & Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 273–293. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.02.001>
- Cohen, S., Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual review of psychology*, 70, 577–597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Cox J.L, Holden J.M., Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Craig, M., & Howard, L. (2009). Postnatal depression. *BMJ clinical evidence*, 2009, 1407.
- Cramer, B., & Palacio Espasa, F. (1993). *Le psicoterapie madre-bambino: metodologia e studi clinici*. Tr. it. Masson, Milano, 1995.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Daalderop, L. A., Lagendijk, J., Steegers, E. A. P., El Marroun, H., & Posthumus, A. G. (2023). Psychological distress during pregnancy and adverse maternal and perinatal health outcomes: The role of socioeconomic status. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 163(3), 920–930. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14891>
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC public health*, 20(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of

childbirth: A systematic review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>

Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 33(4), 323–331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 485–493. <https://doi.org/10.1111/acps.12648>

Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>

Desai, H. D., & Jann, M. W. (2000). Major depression in women: a review of the literature. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, D.C. : 1996)*, 40(4), 525–537. [https://doi.org/10.1016/S1086-5802\(15\)30400-9](https://doi.org/10.1016/S1086-5802(15)30400-9).

DiPietro, J. A., Novak, M. F., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child development*, 77(3), 573–587. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x>

Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J., & Buekens, P. (2003). Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*, 157(1), 14–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwfl76>

Dossett E. C. (2008). Perinatal depression. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35(3), 419–434. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2008.04.004>

Dozois, D. J. A. (2010). Beck Depression Inventory-II. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.). *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, Volume 1, 4th Edition. (p. 210-211). John Wiley & Sons.

Roca Lecumberri, A., Gelabert Arbiol, E., Garcia-Esteve, L. (2022). Postpartum Depression. In M. Pecurdani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariante (Eds.). *Key Topics in Perinatal Mental Health* (p. 23-36). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3>

Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 15(2), 144–162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>

Duberstein, Z. T., Brunner, J., Panisch, L. S., Bandyopadhyay, S., Irvine, C., Macri, J. A., Pressman, E., Thornburg, L. L., Poleshuck, E., Bell, K., Best, M., Barrett, E., Miller, R. K., & O'Connor, T. G. (2021). The Biopsychosocial Model and Perinatal Health Care: Determinants of Perinatal Care in a Community Sample. *Frontiers in psychiatry*, 12, 746803. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.746803>

Elstad, J. I., & Krokstad, S. (2003). Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social science & medicine* (1982), 57(8), 1475–1489. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00514-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00514-2)

Engel, G. L. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Engels, F. (1972). *La situazione della classe operaia in Inghilterra*. Roma: Editori Riuniti.

Evans, G. W., & Kim, P. (2010). Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 174–189. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05336.x>

Erickson, N. L., Gartstein, M. A., & Dotson, J. A. W. (2017). Review of Prenatal Maternal Mental Health and the Development of Infant Temperament. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 46(4), 588–600. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.03.008>

Everson-Rose, S. A., Skarupski, K. A., Barnes, L. L., Beck, T., Evans, D. A., & Mendes de Leon, C. F. (2011). Neighborhood socioeconomic conditions are associated with psychosocial functioning in older black and white adults. *Health & place*, 17(3), 793–800. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.02.007>

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC psychiatry*, 15, 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>

Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 32(4), 740–758. <https://doi.org/10.1177/0890334416662241>

Farias, D. R., Pinto, T.deJ., Teofilo, M. M., Vilela, A. A., Vaz, J.dosS., Nardi, A. E., & Kac, G. (2013). Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. *Psychiatry research*, 210(3), 962–968. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.053>

Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant behavior & development*, 29(3), 445–455. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003>

Field T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant behavior & development*, 51, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>

Field T. (2017). Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of pregnancy and child health*, 4(1), 301. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000301>

Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, 14(3), 247–255. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0217-3>

Fleischman, E. K., Connelly, C. D., & Calero, P. (2022). Depression and Anxiety, Stigma, and Social Support Among Women in the Postpartum Period. *Nursing for women's health*, 26(2), 95–106. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.01.008>

Freguja, C., Romano, M. C., & Sabbadini, L. L. (2025). Il lavoro delle donne tra ostacoli e opportunità. Rapporto CNEL-ISTAT Documento di sintesi.

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>

Furtado, M., Van Lieshout, R. J., Van Ameringen, M., Green, S. M., & Frey, B. N. (2019). Biological and psychosocial predictors of anxiety worsening in the postpartum period: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 250, 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.064>

Galbally, M., Watson, S. J., Coleman, M., Worley, P., Verrier, L., Padmanabhan, V., & Lewis, A. J. (2023). Rurality as a predictor of perinatal mental health and well-being in an Australian cohort. *The Australian journal of rural health*, 31(2), 182–195. <https://doi.org/10.1111/ajr.12934>

- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*, *106*(5 Pt 1), 1071–1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence report/technology assessment (Summary)*, (119), 1–8. <https://doi.org/10.1037/e439372005-001>
- Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C., & Lennon, M. C. (2007). Income is not enough: incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child development*, *78*(1), 70–95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00986.x>
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G., & Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of women's mental health*, *15*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>
- Ginja, S., Jackson, K., Newham, J. J., Henderson, E. J., Smart, D., & Lingam, R. (2020). Rural-urban differences in the mental health of perinatal women: a UK-based cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, *20*(1), 464. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03132-2>
- Gładka, A., Rymaszewska, J., & Zatoński, T. (2018). Impact of air pollution on depression and suicide. *International journal of occupational medicine and environmental health*, *31*(6), 711–721. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01277>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, *108*(1-2), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Grattan, D. R., & Ladyman, S. R. (2020). Neurophysiological and cognitive changes in pregnancy. *Handbook of clinical neurology*, *171*, 25–55. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64239-4.00002-3>

Gray A. M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 12(3), 349–380. <https://doi.org/10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E>

Grussu, P., & Bramante, A. (2016). *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Erickson.

Guedeney N. (1993). A propos des mères déprimées: l'impact de la dépression sur les interactions précoces. Analyse des travaux anglo-saxons [Depressed mothers: the impact of depression on early interactions. An analysis of Anglo-Saxon studies]. *Annales de pédiatrie*, 40(8), 496–502.

Guedeney N. (1989). Les enfants de parents déprimés [Children of depressed parents]. *La Psychiatrie de l'enfant*, 32(1), 269–309.

Hackney, K. J., Daniels, S. R., Paustian-Underdahl, S. C., Perrewé, P. L., Mandeville, A., & Eaton, A. A. (2021). Examining the effects of perceived pregnancy discrimination on mother and baby health. *The Journal of applied psychology*, 106(5), 774–783. <https://doi.org/10.1037/apl0000788>

Hamad, R., & Rehkopf, D. H. (2015). Poverty, Pregnancy, and Birth Outcomes: A Study of the Earned Income Tax Credit. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 29(5), 444–452. <https://doi.org/10.1111/ppe.12211>

Hatch, S. L., & Dohrenwend, B. P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *American journal of community psychology*, 40(3-4), 313–332. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9134-z>

Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004>

Heshmati, A., Honkaniemi, H., & Juárez, S. P. (2023). The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *The Lancet. Public health*, 8(1), e57–e75. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00311-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00311-5)

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., & Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature neuroscience*, 20(2), 287–296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>

- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Huizink, A. C., de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(9), 1078–1085. <https://doi.org/10.1097/00004583-200209000-00008>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early human development, 79*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 44*(6), 810–818. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00166>
- Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B., & Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *Journal of affective disorders, 140*(3), 268–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.009>
- Innamorati, M., Sarracino, D., & Dazzi, N. (2008). L'intervista microanalitica nell'esplorazione della costellazione materna. *Infanzia e adolescenza, 7*, 149–158. <https://dx.doi.org/10.1710/387.4564>
- Iyengar, A. S., Ein-Dor, T., Zhang, E. X., Chan, S. J., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2022). Increased traumatic childbirth and postpartum depression and lack of exclusive breastfeeding in Black and Latinx individuals. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 158*(3), 759–761. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14280>
- Jevitt, C., Zapata, L., Harrington, M., & Berry, E. (2005). Screening for perinatal depression with limited psychiatric resources. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11*(6), 359–363. <https://doi.org/10.1177/1078390305284530>
- Ji, S., Long, Q., Newport, D. J., Na, H., Knight, B., Zach, E. B., Morris, N. J., Kutner, M., & Stowe, Z. N. (2011). Validity of depression rating scales during pregnancy and the postpartum

period: impact of trimester and parity. *Journal of psychiatric research*, 45(2), 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.017>

Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of abnormal psychology*, 108(3), 490–499. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.3.490>

Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(S11). <https://doi.org/10.1002/acr.20561>

Kahn, R. S., Wise, P. H., Kennedy, B. P., & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7272), 1311–1315. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1311>

Kanner, J., Pollack, A. Z., Ranasinghe, S., Stevens, D. R., Nobles, C., Rohn, M. C. H., Sherman, S., & Mendola, P. (2021). Chronic exposure to air pollution and risk of mental health disorders complicating pregnancy. *Environmental research*, 196, 110937. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.110937>

Karl, M., Schaber, R., Kress, V., Kopp, M., Martini, J., Weidner, K., & Garthus-Niegel, S. (2020). Precarious working conditions and psychosocial work stress act as a risk factor for symptoms of postpartum depression during maternity leave: results from a longitudinal cohort study. *BMC public health*, 20(1), 1505. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09573-w>

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, S., Lee, S., Stubbs, B., Koyanagi, A., Dragioti, E., Jacob, L., Carvalho, A. F., Radua, J., Thompson, T., Smith, L., Oh, H., Yang, L., Fornaro, M., Stickley, A., de Pablo, G. S., Tizaoui, K., Yon, D. K., Lee, S. W., ... Fusar-Poli, P. (2022). Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 140, 104761. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104761>

- Kim, P., Leckman, J. F., Mayes, L. C., Feldman, R., Wang, X., & Swain, J. E. (2010). The plasticity of human maternal brain: longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral neuroscience*, *124*(5), 695–700. <https://doi.org/10.1037/a0020884>
- Kim, P., Rigo, P., Mayes, L. C., Feldman, R., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2014). Neural plasticity in fathers of human infants. *Social neuroscience*, *9*(5), 522–535. <https://doi.org/10.1080/17470919.2014.933713>
- King, S., & Laplante, D. P. (2015). Using natural disasters to study prenatal maternal stress in humans. *Advances in neurobiology*, *10*, 285–313. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1372-5_14
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *23*(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet. Public health*, *5*(3), e140–e149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Krieger N. (2014). Discrimination and health inequities. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, *44*(4), 643–710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>
- Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M. W., & Bowman-Reif, J. (2011). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Archives of women's mental health*, *14*(2), 99–105. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0184-0>
- Kramer, M. S., Lydon, J., Séguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., Genest, J., Dassa, C., Chen, M. F., Sharma, S., Meaney, M. J., Thomson, S., Van Uum, S., Koren, G., Dahhou, M., Lamoureux, J., & Platt, R. W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *American journal of epidemiology*, *169*(11), 1319–1326. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp061>

- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and gynecology*, 95(4), 487–490. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00602-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00602-x)
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Lange, K. W. (2021). Rudolf Virchow, poverty and global health: From “politics as medicine on a grand scale” to “health in all policies.”. *Global Health Journal*, 5(3), 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.07.003>
- Lantz, P. M., House, J. S., Mero, R. P., & Williams, D. R. (2005). Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the Americans' Changing Lives Study. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 274–288. <https://doi.org/10.1177/002214650504600305>
- Lawrence, B. C., Kheifets, A., Carvalho, K., Dhaurali, S., Kiani, M., Moky, A., & Amutah-Onukagha, N. (2022). The Impact of Psychosocial Stress on Maternal Health Outcomes: A Multi-State PRAMS 8 (2016-2018) Analysis. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 15(2), Article 7. <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol15/iss2/7>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(5), 1102–1112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>
- Levis B., Negeri Z., Sun Y., Benedetti A., Thombs B. D. (2020) Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data, *BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Lindblad, V., Melgaard, D., Jensen, K. L., Eidhammer, A., Westmark, S., Kragholm, K. H., & Gommesen, D. (2022). Primiparous women differ from multiparous women after early discharge regarding breastfeeding, anxiety, and insecurity: A prospective cohort study. *European journal of midwifery*, 6, 12. <https://doi.org/10.18332/ejm/146897>

- Liou, S. R., Wang, P., & Cheng, C. Y. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30(6), 795–801. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.11.007>
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 31(19-20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social science & medicine* (1982), 71(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Mair, C., Diez Roux, A. V., & Galea, S. (2008). Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *Journal of epidemiology and community health*, 62(11), 940–946. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.066605>
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of epidemiology and community health*, 32(4), 244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* (London, England), 337(8754), 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-k](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-k)
- Marmot M. G. (2006). Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA*, 295(11), 1304–1307. <https://doi.org/10.1001/jama.295.11.1304>
- Marmot Review Team. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*. Retrieved from www.instituteofhealthequity.org
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public health*, 126 Suppl 1, S4–S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>

Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 175, 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>

Martini, J., Beesdo-Baum, K., Garthus-Niegel, S., & Wittchen, H. U. (2020). The course of panic disorder during the peripartum period and the risk for adverse child development: A prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 266, 722–730. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.018>

Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., Inadera, H., & Japan Environment and Children's Study (JECS) Group (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC psychiatry*, 19(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?. *Journal of affective disorders*, 74(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00012-5)

McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and behavior*, 43(1), 2–15. [https://doi.org/10.1016/s0018-506x\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/s0018-506x(02)00024-7)

McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. E. & Jenkins, R. (2009). Adult psychiatric morbidity in England: results of a household survey. Leeds, UK: Health and Social Care Information Centre.

McQuillan, M. E., & Bates, J. E. (2017). Parental stress and child temperament. In K. Deater-Deckard & R. Panneton (Eds.), *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes* (pp. 75–106). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_4

Míguez, M. C., & Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World journal of psychiatry*, 11(7), 325–336. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>

Minello, A. (2022). *Non è un Paese per madri*. Editori Laterza.

Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of women's health* (2002), 24(9), 762–770. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150>

Monti, F., Dellabartola, S., & Neri, E. (2014). La psicopatologia genitoriale. Ansia e depressione perinatale. In A. Simonelli (Ed.). *La funzione genitoriale* (pp. 241–264). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR mental health*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.2196/mental.5611>

Moore, D., Drey, N., & Ayers, S. (2017). Use of Online Forums for Perinatal Mental Illness, Stigma, and Disclosure: An Exploratory Model. *JMIR mental health*, 4(1), e6. <https://doi.org/10.2196/mental.5926>

Mueller, C. W., & Parcel, T. L. (1981). Measures of Socioeconomic Status: Alternatives and Recommendations. *Child Development*, 52(1), 13–30. <https://doi.org/10.2307/1129211>

Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early human development*, 70(1-2), 3–14. [https://doi.org/10.1016/s0378-3782\(02\)00075-0](https://doi.org/10.1016/s0378-3782(02)00075-0)

Mulligan, E. M., Flynn, H., & Hajcak, G. (2019). Neural response to reward and psychosocial risk factors independently predict antenatal depressive symptoms. *Biological psychology*, 147, 107622. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.11.008>

Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(1), 45–52. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01657.x>

Napso, T., Yong, H. E. J., Lopez-Tello, J., & Sferruzzi-Perri, A. N. (2018). The Role of Placental Hormones in Mediating Maternal Adaptations to Support Pregnancy and Lactation. *Frontiers in physiology*, 9, 1091. <https://doi.org/10.3389/fphys.2018.01091>

Newman, L., Judd, F., & Komiti, A. (2017). Developmental implications of maternal antenatal anxiety mechanisms and approaches to intervention. *Translational Developmental Psychiatry*, 5(1). <https://doi.org/10.1080/20017022.2017.1309879>

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review.

International journal of surgery (London, England), 78, 185–193.
<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>

Nidey, N., Tabb, K. M., Carter, K. D., Bao, W., Strathearn, L., Rohlman, D. S., Wehby, G., & Ryckman, K. (2020). Rurality and Risk of Perinatal Depression Among Women in the United States. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 36(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/jrh.12401>

Niolu, C., Lisi, G., & Bianciardi, E. (2016). La depressione perinatale. *Nóos*, 22(2), 99–112. <https://doi.org/10.1722/2480.25914>.

Nomaguchi, K., & Johnson, W. (2016). Parenting Stress among Low-Income and Working-Class Fathers: The Role of Employment. *Journal of family issues*, 37(11), 1535–1557. <https://doi.org/10.1177/0192513X14560642>

Nomaguchi, K., Milkie, M.A. (2017). Sociological Perspectives on Parenting Stress: How Social Structure and Culture Shape Parental Strain and the Well-Being of Parents and Children. In: Deater-Deckard, K., Panneton, R. (eds) *Parental Stress and Early Child Development*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4_3

Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>

O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 180, 502–508. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>

O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(7), 1025–1036. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187>

- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Pan, T., Zeng, Y., Chai, X., Wen, Z., Tan, X., & Sun, M. (2024). Global Prevalence of Perinatal Depression and Its Determinants Among Rural Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and anxiety*, 2024, 1882604. <https://doi.org/10.1155/2024/1882604>
- Pardo, C., Watson, B., Pinkhasov, O., & Afable, A. (2024). Social determinants of perinatal mental health. *Seminars in perinatology*, 48(6), 151946. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151946>
- Parolin, M., & Sudati, L. (2014). Il processo di transizione alla genitorialità. In A. Simonelli (a cura di), *La funzione genitoriale: Sviluppo e psicopatologia* (pp. 23-57). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S., & Ismail, K. M. (2014). Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(6), 501–509.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.009>
- Paschetta, E. (2016). Psicopatologia perinatale. In P. Grussu e A. Bramante (a cura di), *Manuale di psicopatologia perinatale: Profili psicopatologici e modalità di intervento* (pp. 23-46). Trento: Erickson.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Pavlov, M., Steiner, N., Kessous, R., Weintraub, A. Y., & Sheiner, E. (2014). Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 27(13), 1339–1342. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.858242>
- Qiu, X., Zhang, S., Sun, X., Li, H., & Wang, D. (2020). Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of psychosomatic research*, 138, 110259. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110259>

Raatikainen, K., Heiskanen, N., & Heinonen, S. (2006). Does unemployment in family affect pregnancy outcome in conditions of high quality maternity care?. *BMC public health*, 6, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-46>

Rambelli, C., Montagnani, M. S., Oppo, A., Banti, S., Borri, C., Cortopassi, C., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Mula, M., Cassano, G. B., & Mauri, M. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-partum depression: Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PND-ReScU) study. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 139–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.07.002>

Raphael-Leff, J. (1991). *Psychological Processes of Childbearing*. London: Chapman and Hall.

RCore Team. (2013). *A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing.

Reck, C., Müller, M., Tietz, A., & Möhler, E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 404–412. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.009>

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of affective disorders*, 113(1-2), 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.003>

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001>

Richardson, R., Westley, T., Gariépy, G., Austin, N., & Nandi, A. (2015). Neighborhood socioeconomic conditions and depression: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(11), 1641–1656. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1092-4>

Riva Crugnola, C. (2012). *La relazione genitore-bambino. Tra adeguatezza e rischio*. Milano: il Mulino.

Roca Lecumberri, A., Gelabert Arbiol, E., Garcia-Esteve, L. (2022). Postpartum Depression. In M. Pecurdani, A. Bramante, V. Brenna, & C. Pariante (Eds.). *Key Topics in Perinatal Mental Health* (p. 23-36). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-91832-3>

Ronsmans, C., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering group (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet (London, England)*, 368(9542), 1189–1200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69380-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69380-X)

RStudio Team. (2016). *RStudio: Integrated Development for R*.

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*, 17(3), 221–228. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0>

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 108(5), 492–498. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00122.x>

Sameroff, A. J., Seifer, R., & Elias, P. K. (1982). Sociocultural variability in infant temperament ratings. *Child development*, 53(1), 164–173. <https://doi.org/10.2307/1129649>

Schieman, S., & Glavin, P. (2011). Education and work-family conflict: Explanations, contingencies and mental health consequences. *Social Forces*, 89(4), 1341–1362.

Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F., & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 9–34. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.009>

Sedgh, G., Bankole, A., Oye-Adeniran, B., Adewole, I. F., Singh, S., & Hussain, R. (2006). Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *International family planning perspectives*, 32(4), 175–184. <https://doi.org/10.1363/3217506>

Selye, H. (1950). *Physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta.

Segre, L. S., Mehner, B. T., & Brock, R. L. (2021). Perceived Racial Discrimination and Depressed Mood in Perinatal Women: An Extension of the Domain Specific Stress Index. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 31(3), 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.12.008>

Shavers V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, 99(9), 1013–1023.

Sher-Censor E. (2015). Five Minute Speech Sample in developmental research: A review, *Developmental Review*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.005>.

Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, *104*, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>

Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale: Sviluppo e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Slade, A., & Sadler, L. S. (2018). Pregnancy and Infant Mental Health. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (4th ed., pp. 25–40). The Guilford Press.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, *15*, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., & Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and child health journal*, *15*(3), 401–409. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6>

Spielberger, C. D. (2012). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t06496-000>

Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629–649). John Wiley & Sons.

Stern D.N. (1995). *La costellazione materna*. Boringhieri, Torino.

Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports*, *16*(9), 468. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>

Subiza-Pérez, M., García-Baquero, G., Babarro, I., Anabitarte, A., Delclòs-Alió, X., Vich, G., Roig-Costa, O., Miralles-Guasch, C., Lertxundi, N., & Ibarluzea, J. (2021). Does the perceived neighborhood environment promote mental health during pregnancy? Confirmation of a pathway through social cohesion in two Spanish samples. *Environmental research*, *197*, 111192. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111192>

Sun, Y., Molitor, J., Benmarhnia, T., Avila, C., Chiu, V., Slezak, J., Sacks, D. A., Chen, J. C., Getahun, D., & Wu, J. (2023). Association between urban green space and postpartum depression,

and the role of physical activity: a retrospective cohort study in Southern California. *Lancet regional health. Americas*, 21, 100462. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100462>

Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: a retrospective 75 years after his landmark brief "letter" to the editor# of nature. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 15(5), 472–478. <https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919>

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 142–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>

The Lancet (2023). Perinatal depression: a neglected aspect of maternal health. *Lancet (London, England)*, 402(10403), 667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01786-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01786-5)

The Lancet Public Health (2023). Supporting parents for a healthy equitable future. *The Lancet. Public health*, 8(1), e1. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00321-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00321-8)

Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., & Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of personalized medicine*, 13(1), 154. <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>

Van Daalen, K. R., Kaiser, J., Kebede, S., Cipriano, G., Maimouni, H., Olumese, E., Chui, A., Kuhn, I., & Oliver-Williams, C. (2022). Racial discrimination and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*, 7(8), e009227. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009227>

Van den Bergh, B. R., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child development*, 75(4), 1085–1097. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x>

Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>

Venuti P., Simonelli A., Rigo P. (2018). Basi biologiche della funzione genitoriale. Condizioni tipiche e atipiche. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Verhees, F. G., Bendau, A., Unger, S., Donix, K. L., Asselmann, E., & Martini, J. (2025). Panic disorder during pregnancy and the first three years after delivery: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 25(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07127-1>

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805–815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>

Visser, K., Bolt, G., Finkenauer, C., Jonker, M., Weinberg, D., & Stevens, G. W. J. M. (2021). Neighbourhood deprivation effects on young people's mental health and well-being: A systematic review of the literature. *Social science & medicine (1982)*, 270, 113542. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113542>

Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard review of psychiatry*, 22(1), 1–22. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013>

Weissman, M. M., & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science (New York, N.Y.)*, 269(5225), 799–801. <https://doi.org/10.1126/science.7638596>

West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma research and action*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization.

Wilkinson, K. (2023). Maternal (perinatal) mental health and employment: An agenda for research and practice. *Human Resource Management Journal*, 33(2), 346–361. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12434>

Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal preoccupation. The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*. London: Routledge.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

World Health Organization. *Commission of Social Determinants of Health (CSDH) 2005*

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (Commission on Social Determinants of Health, Final

Report). World Health Organization.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.

World Health Organization. (2020). *Maternal Mental Health*.

World Health Organization. (n.d.). Constitution of the World Health Organization. *World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization. (n.d.). *Gender*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1

World Health Organization. (n.d.). Social determinants of health. *World Health Organization*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). F.A. Davis Company.

Xiao, Y., Cui, Y., Li, F., Zeng, W., Rozelle, S., Shi, C., Xu, J., Shi, J., Li, G., & Jiang, F. (2024). The mediating effect of family support in the relationship between socio-economic status and postpartum depressive symptoms. *BMC public health*, 24(1), 3374. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20849-3>

Yang, K., Wu, J., & Chen, X. (2022). Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 22(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3>

Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J., Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical psychology review*, 83, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>

Yu, R., Leung, G., Chan, J., Yip, B. H. K., Wong, S., Kwok, T., & Woo, J. (2021). Neighborhood Social Cohesion Associates with Loneliness Differently among Older People According to Subjective Social Status. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(1), 41–47. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1496-z>

Zhang, S., Wang, L., Yang, T., Chen, L., Qiu, X., Wang, T., Chen, L., Zhao, L., Ye, Z., Zheng, Z., & Qin, J. (2019). Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *55*, 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.005>

Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., Enzenbach, C., Zachariae, S., Loeffler, M., Thiery, J., Villringer, A., & Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of affective disorders*, *235*, 399–406. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.073>