



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Depressione post partum: l'importanza di uno screening precoce per l'individuazione delle donne a rischio. Analisi dei dati di uno studio osservazionale retrospettivo

Relatore: Dott. Busato Enrico
Correlatore: Dott.ssa Bottarel Mery

LAUREANDA: Pivato Ilaria

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

ABSTRACT IN ITALIANO.....	1
ABSTRACT IN INGLESE	3
INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1: LA DEPRESSIONE POST PARTUM	7
1.1 Definizione e sintomatologia.....	7
1.2 Fattori di rischio	8
1.2.1 Fattori di rischio Biologici	9
1.2.2 Fattori di rischio Psicologici	9
1.2.3 Fattori di rischio Ostetrici e Pediatrici	9
1.2.4 Fattori di rischio Sociodemografici.....	10
1.2.5 Altri fattori di rischio	10
1.3 Baby blues e psicosi puerperale	11
1.4 Prevenzione e Screening	12
1.4.1 Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	14
1.4.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	14
CAPITOLO 2 I PROGETTI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI DEPRESSIONE POST PARTUM.....	17
2.1 Progetto Istituto Superiore della Sanità.....	17
2.2 Progetti Regionali.....	17
SCOPO DELLO STUDIO	23
MATERIALI E METODI	25
RISULTATI.....	27
DISCUSSIONE.....	33
Limiti dello studio	37
CONCLUSIONI.....	39
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	41
ALLEGATI.....	45

ABSTRACT ITALIANO

INTRODUZIONE: La depressione post partum (DPP) è un disturbo psicologico che può insorgere nelle prime settimane o mesi successivi alla nascita di un figlio, con possibili ripercussioni negativi sul benessere psicofisico materno e sullo sviluppo del legame madre-bambino. Tipico dei primi giorni dopo la nascita è il “baby blues”, un fenomeno transitorio che colpisce circa l’80% delle puerpere e che tende a regredire spontaneamente entro poche settimane. Tuttavia, qualora i sintomi persistano o si aggravino, è necessario considerare la possibilità dello sviluppo della depressione post partum, soprattutto in presenza di fattori di rischio come mancanza di supporto familiare, disturbi psicologici precedenti e complicanze in travaglio e parto. Strumenti di screening come l’Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) sono ampiamente utilizzati nella pratica clinica per l’identificazione precoce della depressione post partum, permettendo una diagnosi tempestiva e l’implementazione di interventi preventivi e terapeutici.

SCOPO DELLO STUDIO: Lo studio condotto ha l’obiettivo di analizzare i risultati dello screening precoce per la depressione post partum mediante la somministrazione del questionario EPDS. La finalità è quella di identificare le donne in situazioni di fragilità e vulnerabilità a rischio di depressione post partum, e favorire una presa in carico precoce, con fini di prevenzione, trattamento e supporto (follow-up). Attraverso l’analisi dei dati, si intende minimizzare la cronicizzazione del disturbo, promuovendo una presa in carico mirata e personalizzata.

MATERIALI E METODI: Il presente studio di tipo osservazionale retrospettivo si basa su una raccolta dati sui questionari EPDS risultati ad alto rischio, compilati dalle puerpere durante la degenza in ospedale. Le informazioni sono state reperite nel programma CEDAPweb, nel periodo che intercorre tra Gennaio 2023 e Dicembre 2023.

RISULTATI: I risultati dello studio hanno evidenziato diverse informazioni demografiche e ostetriche relative alle puerpere. Nell’anno 2023 sono stati somministrati, a fronte di 2266 parti, 2230 questionari. Di essi l’84% delle donne è risultato a basso rischio, il 7,9% a medio e l’8,1% ad alto rischio. Il campione

analizzato includeva donne provenienti principalmente dall'Italia (55%), seguite da quelle dell'Est Europa (16%), Africa (16%), Asia (9%) e Sud America (3%). L'età media delle partecipanti era di 33,9 anni, con la fascia di età più rappresentata tra 31-35 anni (31,79%) e 36-40 anni (31,21%). La distribuzione della parità ha mostrato che il 54% delle donne era pluripara, mentre il 46% era nullipara. Per quanto riguarda le gravidanze a termine, l'82% delle puerpere ha avuto una gravidanza a termine, mentre il 18% ha espletato il parto prima delle 37 settimane gestazionali. In termini di tipologia di parto, il 51,4% delle puerpere ha avuto un parto eutocico, mentre il 48,6% ha avuto un parto distocico, i quali si suddividono in 10,7% con ventosa ostetrica e 89,3% con taglio cesareo.

DISCUSSIONE: Il presente studio concorda con la letteratura nell'affermare che l'EPDS risulta il metodo di screening ideale per la prevenzione della depressione post partum. L'analisi dei dati raccolti ha permesso di individuare i fattori di rischio comuni nelle donne risultate ad alto rischio. Ciò che emerge maggiormente è che l'alta percentuale di parti distocici complessivi suggerisce la necessità di un attento monitoraggio delle madri che hanno subito complicazioni durante il parto. Nonostante i risultati siano contrastanti con la letteratura, lo screening sistematico nel periodo post partum consente di identificare le donne non rientranti nei tradizionali fattori di rischio.

CONCLUSIONI: Lo studio evidenzia come la depressione post partum sia un disturbo che può avere ripercussione nella donna, nella coppia e nella relazione mamma-bambino. La rilevazione dei principali fattori di rischio consente un approccio più personalizzato nell'identificazione e gestione del disturbo. Nonostante i risultati non siano del tutto concordanti con la letteratura, lo screening permette di identificare le donne che sarebbero sfuggite al rilevamento del problema. Questo conferma l'importanza dello screening con EPDS come parte integrante della cura post partum, con l'obiettivo di migliorare il benessere psicologico delle madri e prevenire le complicazioni a lungo termine.

ABSTRACT INGLESE

INTRODUCTION: Postpartum depression is a psychological disorder that can occur in the first weeks after birth or months after the birth of a child, with potential negative repercussions on maternal psychological and physical well-being and on the development of the mother-child bond. In the first days after birth mothers can experience “baby blues”, a transient condition that affects about 80% of new mothers and that usually tend to resolve spontaneously within a few weeks. However, if the symptoms persist or worsen, it is possible that the mother develops postpartum depression, especially in the presence of risk factors such as lack of family support, previous psychological disorders or complication during labor and delivery. Screening tools like the Edinburgh Postnatal Depression Scale are widely used in clinical practice to prematurely identify postpartum depression, enabling a prompt diagnosis and the implement of preventive and therapeutic interventions.

AIM: The study aims to analyze the results of the early screening for postpartum depression through the administration of the EPDS questionnaire. The purpose is to identify fragile and vulnerable women there are at risk of developing postpartum depression and to promote early intervention for prevention, treatment and support (follow-up). By means of data analysis, the will is to minimize the chronicity of the disturb by promoting a targeted and personalized care.

MATERIALS AND METHODS: This retrospective observational study is based on data collected from high-risk EPDS questionnaires completed by new mothers during their hospital stay. Information was obtained from the CEDAPweb program between January 2023 and December 2023.

RESULTS: The study results highlighted various demographic and obstetric information related to the new mothers. In 2023, out of 2,266 births, 2,230 questionnaires were administered. Of these, 84% of women were identified as high risk, 7.9% as medium risk, and 8.1% as low risk. The analyzed sample included women mainly from Italy (55%), followed by those from Eastern Europe (16%), Africa (16%), Asia (9%), and South America (3%). The average age of participants was 33.9 years, with the most represented age groups being 31-35 years (31.79%) and 36-40 years (31.21%). The parity distribution showed that 54% of women were

multiparous, while 46% were nulliparous. Regarding term pregnancies, 82% of new mothers had a full-term pregnancy, while 18% delivered before 37 weeks of gestation. In terms of delivery type, 51.4% of mothers had a vaginal birth, while 48.6% had a cesarean delivery, divided into 10,7% with vacuum extraction and 89,3% with cesarean section.

DISCUSSION: The study agrees with the literature in stating that the EPDS is the ideal screening method for the prevention of postpartum depression. The analysis of the collected data enabled the identification of common risk factors among high-risk women. The high percentage of overall difficult deliveries suggests the need for careful monitoring of mothers who experienced complications during childbirth. Although the results are somewhat inconsistent with the literature, systematic screening in the postpartum period enables the identification of women who do not fall within traditional risk factors.

CONCLUSION: The study emphasizes that postpartum depression is a disorder that can have repercussions for the woman, the couple, and the mother-child relationship. The detection of key risk factors enables a more personalized approach in identifying and managing the disorder. Despite the results not being entirely in agreement with the literature, screening helps to identify women who may have escaped detection of the problem. This confirms the importance of the screening with the EPDS as an integral part of postpartum care, with the aim of improving the psychological well-being of mothers and preventing long-term complications.

INTRODUZIONE

La gravidanza e il parto sono dei momenti di grande instabilità psicologica, caratterizzati da cambiamenti ormonali sociali ed emotivi che possono influenzare negativamente il benessere della madre, del bambino e della coppia, determinandone un rischio per la salute. Sensazioni di disagio psicologico e malessere psicofisico dopo il parto, sono emozioni che si possono presentare nella vita di una donna con un'elevata incidenza(1), soprattutto dopo la nascita di un figlio. Questi sintomi si possono manifestare nei primi 10-15 giorni dopo il parto, definiti come baby blues, o permanere ed evolvere in depressione post partum.

La depressione post-partum rappresenta una condizione che compromette la salute sia della donna che del neonato, rendendo indispensabile un percorso di diagnosi precoce e una presa in carico personalizzata. Secondo i dati del Registro Nascita della Regione (2) è stato stimato che ogni anno in Veneto circa 1000 puerpere su 35 mila possano manifestare una forma grave di depressione tale da richiedere un trattamento farmacologico. Circa due donne su tre assumono psicofarmaci senza la supervisione di un medico specialista e circa una su dieci è stata ricoverata in un reparto psichiatrico ospedaliero a causa della gravità dei sintomi depressivi. Le statistiche diventano preoccupanti in quanto si stima che quasi una donna all'anno si sia suicidata nel periodo post-partum.

Questi dati allarmanti in ambito materno-infantile ha portato il Consultorio Familiare e l'UO di Ginecologia e Ostetricia dell'AULSS2 della Marca Trevigiana negli anni a implementare delle misure per prevenire il rischio di depressione post partum e attuare metodi di screening per il suo riconoscimento e trattamento tempestivo. Nonostante si stia ponendo più attenzione al tema della salute mentale, nella comune pratica clinica la problematica della depressione perinatale può sfuggire all'attenzione dei clinici. L'elevata prevalenza di questa patologia, unita alla sua frequente sottostima, impone la necessità di una particolare attenzione nella rapida identificazione dei disturbi depressivi più comuni, al fine di garantire un intervento tempestivo e appropriato. Pertanto, è essenziale adottare strumenti di screening in grado di rilevare precocemente i sintomi depressivi. Tra questi, la scala di Edimburgo per la depressione post-partum (EPDS) emerge come uno degli strumenti più sensibili e idonei per l'identificazione.

CAPITOLO 1: LA DEPRESSIONE POST PARTUM

1.1 Definizione e sintomatologia

La gravidanza e il post partum rappresentano per le donne uno dei periodi a maggior rischio di soffrire di disturbi depressivi. La depressione post partum (DPP) è un disturbo dell'umore di carattere psichiatrico maggiormente riscontrato durante il periodo neonatale. La DPP insorge nelle donne generalmente entro la 4°-6° settimana dal parto e può presentarsi anche a 3 mesi dalla nascita del figlio. Questo disturbo colpisce circa l'10% - 20% (3,4) delle donne, con episodi transitori o che possono durare da due a sei mesi, mentre nel 25-30% (4) dei casi la sintomatologia può persistere sino a un anno dopo l'esordio. Circa una donna su quattro con precedenti episodi di disturbo dell'umore presenta una maggior rischio di ricaduta, mentre secondo i dati ISTAT (2008) è stato stimato che su 576.659 nascite l'anno, almeno 46.000 donne possono manifestare i disagi emotivi della depressione perinatale (5).

I primi giorni del puerperio sono tipicamente caratterizzati da una certa instabilità emotiva e da uno stato di disagio. Questa alterazione definita come "*baby blues*" viene sperimentata dal 70-80% delle donne (5). Solitamente questo stato tende a rientrare spontaneamente in tempi brevi e dura all'incirca due settimane (6), motivo per cui, non trattandosi di uno stato patologico, non vi è necessità di un intervento farmacologico o psicoterapeutico. Qualora il disturbo non dovesse regredire e la donna dovesse sviluppare un vero e proprio stato depressivo, si definisce quindi di depressione post partum.

La DPP si presenta sotto varie manifestazioni cliniche di diversa gravità, come uno stato d'animo di tristezza e pianto eccessivo, senso di colpa, paura di nuocere al bambino, estrema preoccupazione e ansia nei confronti del figlio, abbattimento, disturbi del sonno, perdita di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito, senso di valere poco, perdita di piacere e interesse nelle attività, con possibili pensieri di morte e di suicidio nei casi più critici (3,6). Attività quotidiane banali e routinarie diventano di difficile gestione, le quali sommate alla cura del bambino, portano la donna a sentirsi sopraffatta, con perdita di interesse e piacere nel fare le cose.

Nel caso in cui nella puerpera compaiano alcuni sintomi specifici frequentemente durante la giornata e si perpetuano nel tempo per almeno due settimane, si effettua la diagnosi di depressione post partum. Essa può manifestarsi nelle donne con diversi livelli di gravità, rendendo fondamentale prestare attenzione ai "campanelli d'allarme" che possono includere umore depresso per la maggior parte del tempo, perdita di interesse e piacere nelle attività quotidiane, alterazioni del sonno accompagnate da intensa stanchezza, possibile risentimento verso il partner, scarsa cura di sé e una persistente sensazione di ansia. Molte donne con depressione presentano anche sintomi d'ansia e disturbi somatici non attribuibili a condizioni mediche specifiche. La presenza di sintomi depressivi può rendere difficile svolgere le attività quotidiane, come il lavoro, le faccende domestiche e il mantenimento dei rapporti sociali. La depressione post-partum influisce su ogni aspetto della vita della donna, causando compromissioni nel funzionamento sociale e personale, con un impatto negativo sulla relazione con il partner, sulla cura di sé e sull'interazione madre-bambino (1,3).

La comparsa dei sintomi limita la donna nel suo ruolo materno, spesso portando a una sospensione precoce dell'allattamento (3) e a un deterioramento della relazione madre-bambino. Questo può provocare nel bambino una serie di disturbi, che si manifestano nel periodo neonatale o durante l'infanzia, come ad esempio:

- ritardo sviluppo della parola (1);
- difficoltà nello sviluppo mentale e motorio, problematiche mentali (1,4);
- comparsa di depressione, ansia, aggressività, iperattività e rabbia (4).

1.2 FATTORI DI RISCHIO

Non è ancora nota la causa scatenante della depressione post partum ma sono stati identificati vari fattori di rischio riassumibili in: biologici, psicologici, ostetrici e pediatrici, socio-demografici e di altro tipo (3,4,6).

In generale, i fattori di rischio più importanti associati a un possibile sviluppo di depressione post partum sono una precedente storia di depressione o depressione post partum, mancanza di supporto familiare e da parte del partner (6,7).

1.2.1 Fattori Biologici

L'insorgenza di una gravidanza in madri adolescenti è associata a un aumento del rischio di sviluppare la DPP (1). Secondo uno studio (6), i tassi più elevati di depressione sono stati osservati nelle ragazze tra i 13 e i 19 anni.

La depressione può essere influenzata da alterazioni ormonali, in particolare dalla diminuzione del rilascio dell'ormone GnRH (6). Un calo improvviso di quest'ultimo può contribuire nell'insorgenza della depressione in madri suscettibili (3,6), poichè porta a una riduzione nella produzione di ormoni steroidei come gli estrogeni, che a sua volta aumenta la vulnerabilità alla depressione. Inoltre una diminuzione dei livelli di serotonina può compromettere la qualità e la quantità del sonno (6), influenzando negativamente sulle relazioni sociali e aumentare la tendenza a sviluppare pensieri ossessivi.

1.2.2 Fattori Psicologici

Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, malattie psichiatriche passate, abusi sessuali ed eventi stressanti accaduti nell'arco della vita, sono i fattori psicologici maggiormente associati alla depressione post partum. Importanti fattori di rischio sono rappresentati da scarsa autostima (3), tendenza al pessimismo, eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino e atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza. Sono stati riscontrati ulteriori fattori psicologici come precedente storia di grave sindrome premestruale (6).

1.2.3 Fattori Ostetrici e Pediatrici

Donne con neonati affetti da una condizione medica patologica, nati prematuramente o con temperamento difficile sono più a rischio di DPP. Il rischio si presenta anche nei casi di una gravidanza a rischio, qualora il parto venisse espletato mediante taglio cesareo d'urgenza o la madre venga ricoverata durante la

gravidanza. Complicanze in travaglio e post partum, come ad esempio emorragia post partum e prolasso di funicolo, sono state individuate come altri fattori predisponenti (6).

Un altro fattore di rischio è rappresentato dalla discrepanza tra aspettative della madre della gravidanza e parto (6). Coloro che hanno un grande desiderio di avere un parto naturale, ma lo effettuano tramite cesareo, sono più propense allo sviluppo della DPP rispetto ad altre.

Alcune condizioni legate alla gravidanza, come parto prematuro (prima delle 34 settimane gestazionali (3), nascita di un figlio con difetti congeniti, aumentato stress durante gravidanza e parto (8) e gravidanza indesiderata, possono contribuire nell'insorgenza della depressione.

La parità, a causa di una grande discrepanza tra vari studi (6), non può essere considerata un fattore nello sviluppo della depressione post partum. L'allattamento, soprattutto se esclusivo, funge come fattore protettivo nello sviluppo della depressione (6).

1.2.4 Fattori Socio-demografici

Diversi studi segnalano come il livello di educazione, supporto familiare e status economico rappresentino dei fattori di rischio per la depressione post partum. L'ambiente familiare, come il supporto da parte del proprio partner e dei familiari, possono influenzare l'insorgenza della DPP. Donne vittime di violenza sessuale o qualsiasi forma di violenza domestica possono essere più a rischio di depressione. Anche un basso livello di educazione e un basso reddito possono contribuire alla comparsa di sintomi depressivi (6,8).

1.2.5 Altri fattori di rischio

Oltre ai precedenti fattori elencati, lo stile di vita gioca un ruolo importante nello sviluppo di questo disturbo. Una dieta ricca di frutta, verdura, legumi, olio di oliva

e latticini potrebbe ridurre il rischio di depressione post partum di circa il 50% (6). Anche la qualità del sonno può influenzare l'insorgenza della DPP, severe privazioni di sonno sono infatti state riportate da donne depresse (6). L'esercizio fisico può essere benefico nella riduzione dei sintomi depressivi, grazie al rilascio di endorfine che aumentano in generale il benessere mentale. L'attività fisica promuove maggiore confidenza in sé stessi ed elimina i pensieri negativi verso la propria persona.

La depressione post partum è un disturbo che può manifestarsi in una donna indipendente dalla propria identità culturale, orientamento politico e status sociale (1,8).

1.3 Baby blues e psicosi puerperale

Nonostante la manifestazione dei sintomi della DPP presenti delle somiglianze tra altri disturbi dell'umore, essa va in particolare distinta dal baby blues e dalla psicosi puerperale.

Il quadro clinico noto come baby blues è molto diffuso nei primi giorni dopo il parto ed è una reazione comune dovuta principalmente al drastico cambiamento ormonale nelle ore successive al parto, alla spossatezza fisica e mentale del travaglio e del parto (4). La sintomatologia è determinata da una brusca caduta ormonale di estrogeni e progesterone, che si manifesta con crisi di pianto, irritabilità, inquietudine, stati d'ansia. Questi episodi tendono a regredire spontaneamente entro 10 giorni senza compromettere la normale capacità materna, non producendo effetti rilevanti a lungo termine né per la madre né per il figlio (9). Il baby blues colpisce fino all'85% delle donne nelle prime due settimane immediatamente successive al parto. I sintomi riscontrabili sono tristezza, ansia, pianto, diminuzione del sonno, scarsa lucidità, irritabilità (1). Diversamente dalla depressione post partum, non è presente ideazione suicidaria e non è necessario un intervento farmacologico.

La psicosi puerperale è una malattia che insorge rapidamente dopo il parto, solitamente entro le prime due settimane, ed è più frequente nelle primipare di età inferiore o uguale a 35 anni (4). È rara, con una prevalenza dello 0.1-0.2% (1), ma

il rischio di suicidio e/o d'infanticidio la rende un'emergenza psichiatrica. È caratterizzata da un franco quadro psicotico, i sintomi includono irrequietezza, agitazione, disturbi del sonno, paranoia, disorganizzazione del pensiero, impulsività, allucinazioni e deliri.

1.4 Prevenzione e screening

Nelle prime settimane dopo il parto, è comune per alcune donne sperimentare sentimenti di malinconia tristezza immotivata, spesso associati al fenomeno del baby blues, che interessa circa l'80% delle puerpere. Tuttavia, è importante educare le donne a riconoscere i sintomi della depressione post partum che possono verificarsi in questo periodo (3). Questo disturbo è frequentemente sottovalutato dai professionisti sanitari, poiché le alterazioni dell'appetito, dell'umore e del sonno possono erroneamente essere attribuite a cambiamenti fisiologici tipici del post partum, ritardando così una diagnosi tempestiva (10).

L'educazione al riconoscimento dei sintomi, unita a uno screening sistematico della depressione post partum tramite EPDS, risultano efficaci nell'individuare le donne a rischio di sviluppare questo disturbo (3). Risulta quindi cruciale adottare delle misure per proteggere la salute mentale delle donne, attraverso azioni integrate tra diversi settori e a vari livelli per promuovere l'inclusione sociale. Se non riconosciuta e trattata tempestivamente, la depressione post-partum potrebbe ostacolare lo scambio reciproco di emozioni tra madre e bambino, compromettendo l'attaccamento, il cui ruolo è fondamentale per evitare ripercussioni negative sulla donna a lungo termine e sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (11). Uno studio condotto nel 2023 (12) ha riportato che le donne con diagnosi di depressione post partum, indipendentemente dai disturbi psichiatrici preesistenti, sono più a rischio di mortalità e di suicidio. Lo stesso studio sottolinea come nella pratica clinica, il periodo immediato dopo la diagnosi di depressione post partum risulta vitale per la prevenzione del suicidio stesso. Circa metà dei casi di madri che si sono suicidate avevano ricevuto una diagnosi di DPP, sebbene i tassi di suicidio siano stati analizzati insieme ad altri fattori.

I metodi di valutazione sperimentati per la prevenzione e screening della depressione post partum sono molteplici. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (10) raccomanda l'esecuzione di uno screening per l'individuazione dei sintomi depressivi, almeno una volta durante il periodo perinatale utilizzando strumenti validati e standardizzati. Qualora lo screening venga effettuato durante la gravidanza, l'ACOG suggerisce di ripeterlo nel post-partum (10). Le evidenze scientifiche (10) indicano che lo screening, pur risultando efficace da solo, offre benefici ottimali se integrato da interventi terapeutici o supporti specialistici in ambito di salute mentale, accompagnati da un adeguato follow-up e trattamenti mirati.

I questionari più indicati (4,10) per lo screening sono autosomministrati, caratterizzati da una modesta semplicità e comprensibili da chi li compila, facilmente analizzabili da qualsiasi operatore sanitario. Il criterio di validità fa riferimento ai concetti di sensibilità e specificità e a quelli collegati di valore predittivo positivo o negativo.

Per quanto riguarda lo screening generale della depressione vengono utilizzati metodi come lo *Screening opportunistico della depressione*, rivolto a tutti i pazienti che manifestano specifici sintomi depressivi o presentano segni che possono essere legati alla depressione; e il *PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 items)* il questionario più utilizzato nello screening della depressione nella popolazione generale (4,13). Il questionario PHQ-9 presenta una ridotta specificità per la depressione perinatale.

I questionari validati dalla letteratura per indagare nello specifico i sintomi depressivi nel periodo perinatale sono l'*EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)* di Cox, Holden e Sagovsky (1987) e il *PDSS (Postpartum Depression Screening Scale)* di Beck e Gable (2010) (4). Questi ultimi si distinguono dai precedenti, in quanto le scale utilizzate in altri periodi della vita, presentano il rischio di sovrapposizione di alcuni sintomi depressivi con manifestazioni ritenute comuni nel periodo della gestazione e del puerperio, come ad esempio mancanza di energia, disturbi del sonno e stanchezza, intercorrendo nel problema di fraintendimento e sovrastima di ciò che è realmente patologico (4,10).

L'obiettivo di un programma di screening per la depressione post partum è quello di identificare i sintomi che potrebbero non essere stati riconosciuti o segnalati

spontaneamente, consentendo un intervento precoce mirato ridurre morbilità e mortalità associato (13).

1.4.1 Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

Il PDSS è un questionario autosomministrato composto da 35 item, con risposte su una scala di 5 punti di accordo-disaccordo. Gli item sono suddivisi in 7 scale: Disturbi del sonno/Disturbi dell'alimentazione, Ansia/Insicurezza, Labilità emotiva, Confusione mentale, Perdita del senso di sé, Senso di colpa/Vergogna e Pensieri suicidari. È possibile inoltre calcolare un indice di Risposte incoerenti, che valuta l'accuratezza nella compilazione e l'affidabilità delle risposte, e un punteggio totale, utilizzato per identificare le persone con probabile depressione maggiore (cut-off = 60) e quelle con depressione maggiore (cut-off = 80). I primi 7 item costituiscono una forma breve del questionario, che permette di stimare la sintomatologia depressiva e può servire come screening preliminare per decidere se somministrare l'intero questionario. La sensibilità e la specificità sono generalmente superiori al 90%, sebbene la specificità con il cut-off di 60 sia circa al 70%.

1.4.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Il periodo perinatale rappresenta una occasione ideale per effettuare gli screening (10,13). Il questionario PHQ-9, nonostante sia consigliato come metodo di screening anche per la DPP dalle linee guida NICE del 2020 e con buone caratteristiche di sensibilità e specificità nello screening di essa (*Davis et al., 2013*) (4), risulta meno specifico e adatto rispetto all'EPDS.

L'EPDS è un questionario autosomministrato di 10 item, con risposta su una scala a 4 punti di frequenza e punteggi che vanno da 0 a 3. Il questionario è compilato dalla donna in pochi minuti rispondendo alle domande in base ai sintomi presentati negli ultimi 7 giorni (*Allegato 1*). Gli item indagano la maggior parte dei sintomi della depressione come senso di colpa, attacchi di panico, disturbi del sonno, ansia e tristezza(1). I primi due item sono formulati in senso positivo, ad esempio “2- Ho

guardato con gioia alle cose future”, mentre i restanti otto riguardano manifestazioni depressive e alterazione del tono dell’umore, come ad esempio “8- Mi sono sentita triste o infelice” e “10- Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente”. Viene poi calcolato il punteggio totale per ogni risposta, che va da 0 a 30.

Il questionario è stato tradotto in più trenta lingue e adattato alle realtà ospedaliere, risultando uno strumento ampiamente utilizzato e validato in molti paesi (1,8). A causa delle differenze presenti in termini di popolazione, lingua, momento della somministrazione del questionario e differenze di interpretazione delle domande, sono stati raccomandati (14) diversi cut-off scores a seconda delle varie traduzioni del questionario.

La versione Italiana dell’EPDS è stata tradotta da Carpinello et al nel 1997 (14). L’Italia utilizza nella pratica quotidiana principalmente l’EPDS per la sua semplicità ed efficienza e per la possibilità di somministrazione a donne straniere con scarsa conoscenza della lingua. L’EPDS viene considerato dalla maggior parte delle donne accurato, pertinente e di facile compilazione, trovando il questionario un mezzo utile per esprimere le proprie preoccupazioni emotive e comunicare le loro esperienze di vita (14). Contrariamente il PDSS richiede più tempo per la compilazione e l’intervento di un operatore che intervenga caso per caso (4).

Il punteggio dell’EPDS ottenuto non può essere utilizzato come strumento di diagnosi della DPP e come indicatore della gravità del disturbo (4,14), ma fornisce un indice di rischio. Il questionario risulta essere un supporto valido nella diagnosi della depressione post partum che, se necessaria, viene successivamente effettuata tramite una valutazione clinica individuale. Un punteggio di 9/10 ha un fattore predittivo negativo del 100% (14) e indica che sono stati riportati sintomi depressivi, rendendo necessario un colloquio clinico per un’ulteriore valutazione. Come in ogni test di screening, i risultati devono essere valutati in base al contesto clinico (10). Nonostante la disponibilità di semplici ed efficaci procedure di diagnosi precoce, nella comune pratica clinica la DPP può sfuggire per lo più all’attenzione dei professionisti sanitari. Considerato l’aumento del rischio di suicidio e infanticidio (2), la sofferenza soggettiva della donna e dei suoi familiari,

sottovalutare questo disturbo può essere simbolo di una grave carenza in tema di sanità pubblica.

Infine, poiché è stato dimostrato che lo screening della depressione post-partum può essere integrato nella pratica quotidiana dei servizi sanitari(4), è essenziale implementare servizi specifici di valutazione e intervento per prevenire lo sviluppo del disturbo depressivo.

CAPITOLO 2: I PROGETTI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI DEPRESSIONE POST PARTUM

2.1 Progetto Istituto Superiore della Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato nel Marzo 2012 e concluso nel 2015 il progetto "*Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum*" (15), finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Il progetto è stato promosso dal Ministero della Salute con il fine di implementare i percorsi di accompagnamento per la gravidanza, il parto e il periodo neonatale in tutte le nove ULSS del Veneto. L'obiettivo generale consiste nel valutare se un intervento psicologico di prevenzione delle complicanze della depressione post partum sia fattibile nella pratica dei servizi italiani, valutandone la sua efficacia in termini di remissione dei sintomi depressivi, aumento del benessere psicologico e miglioramento della qualità di vita delle puerpere(5). Nello specifico, gli obiettivi del progetto riguardano la definizione di modalità di screening concretizzabili e nell'individuazione di donne a rischio di depressione post partum, sensibilizzando donne e familiari sull'importanza di un intervento precoce.

2.2 Progetti regionali

Per la realizzazione di questi obiettivi sono state coinvolte 3 U.O del Veneto, tra cui l'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria 2 di Oderzo, Treviso e successivamente, nel maggio 2013 i 3 presidi ospedalieri di Roma (Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Ospedale Fatebenefratelli e il Presidio Ospedaliero GB Grassi, ASL Roma D) i quali, data la fase avanzata del progetto, hanno collaborato nella realizzazione del progetto.

Il progetto si è articolato in 5 fasi:

La *prima fase* ha previsto una formazione degli operatori sanitari attraverso corsi di formazione, durante i quali è stato messo a punto del materiale informativo di sensibilizzazione sul tema della depressione post partum.

La *seconda fase* ha riguardato lo screening delle puerpere tra la 6^a e la 12^a settimana dopo il parto. Le donne sono state sottoposte alla compilazione del questionario EPDS e successivamente sono stati somministrati il *Modulo di valutazione psico-sociale e clinica*, una scheda sui fattori di rischio psicosociali predisposta ad hoc dall'ISS e il *Positivity Scale (P-Scale)* per valutare la predisposizione a guardare e prendere in considerazione gli aspetti positivi della vita e del proprio futuro.

La *terza fase* ha previsto un approfondimento diagnostico tramite colloquio entro 1 settimana dalla somministrazione dei moduli, per tutte quelle puerpere risultate positive allo screening per la presenza di un disturbo depressivo. Gli strumenti di supporto utilizzati sono stati *Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI)*, *Short Form Health Survey -36 Items (SF-36)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, *Beck Depression Inventory (BDI-II)* e *Psychological Well-Being scales (PWB)*(4) riguardanti il benessere psicologico e la sintomatologia depressiva.

Nella *quarta fase* è stato attuato un intervento psicologico, se indicato, a tutte le donne positive allo screening. Le donne si sottopongono a un trattamento di gruppo o individuale, della durata di circa 10 settimane. Il trattamento è risultato efficace nel superare problematiche di organizzazione quotidiana comunicazione e gestione dell'ansia.

Infine, nella *quinta e ultima fase*, è stata prevista una valutazione degli esiti dell'intervento: i test somministrati alle donne in fase di iniziale sono stati proposti nuovamente all'ultimo incontro e a sei mesi dalla fine dell'intervento (follow-up).

Il progetto messo in atto ha suggerito che l'intervento rivolto alle puerpere con depressione post partum sia plausibilmente efficace anche nella pratica dei servizi italiani per le donne che vi aderiscono interamente, partecipando a tutti gli incontri pianificati. Inoltre sono stati evidenziati dei miglioramenti nelle condizioni di salute delle donne, riguardanti il benessere mentale, la presenza e la gravità dei sintomi depressivi (4).

Nello specifico, i risultati conseguiti dalle U.O del Progetto suggeriscono che, nel complesso, l'intervento è stato efficace a breve-medio termine per la maggior parte delle puerpere che lo hanno effettuato (4).

Per quanto riguarda la sede di Treviso dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, il progetto è stato attivato nel periodo compreso tra novembre 2012 e febbraio 2015 presso il Distretto Socio Sanitario Nord di Treviso e si è sviluppato in tre sedi differenti: il Consultorio familiare di Oderzo, il Consultorio familiare di Villorba e quello di Padernello.

Il progetto si è caratterizzato nelle fasi di *sensibilizzazione, screening, approfondimento, trattamento e follow-up*. La fase della sensibilizzazione è stata indirizzata alle donne tra il sesto e l'ottavo mese di gravidanza e si è svolta durante i corsi di preparazione alla nascita, durante i quali è stato presentato il tema e le caratteristiche del progetto. Il numero medio di partecipanti per ogni incontro è stato di 13 donne; tali incontri si sono tenuti per la durata di 63 corsi di preparazione al parto organizzati presso il Distretto Socio-Sanitario di Oderzo (28 corsi) e il Distretto Socio Sanitario di Villorba (35 corsi). Complessivamente hanno iniziato il trattamento 21 donne: di queste 19 lo hanno concluso e 2 lo hanno interrotto prima del suo termine; 12 donne non hanno ricevuto conferma della diagnosi.

In conclusione, il progetto ha contribuito a rafforzare la motivazione degli operatori nell'ambito della depressione post partum, offrendo opportunità di confronto tra le varie figure professionali coinvolte sul tema. Ha inoltre facilitato la collaborazione tra i professionisti appartenenti al Servizio.

A partire dal 2015, la Regione Veneto ha compiuto significativi progressi in merito alla gestione della depressione post-partum. In particolare, l'Azienda ULSS2 Marca Trevigiana ha implementato due strategie principali volte a garantire l'individuazione precoce dei sintomi depressivi e a promuovere una presa in carico tempestiva ed efficace. Queste strategie includono la somministrazione di uno screening sistematico a tutte le puerpere e l'istituzione di un ambulatorio dedicato, finalizzato a fornire un supporto specialistico.

Lo screening, effettuato mediante l'utilizzo del questionario EPDS, avviene entro la dimissione a 72h, così che si riesca a raggiungere un numero elevato di donne, soprattutto coloro maggiormente in difficoltà e più restie a chiedere aiuto. La successiva presa in carico, se necessaria, è caratterizzata da un follow-up di circa 12 mesi, che prevede test e percorsi psicologici specifici e di psicoterapia

personalizzata, avendo come attore principale la donna, ma successivamente ponendo un focus alla diade madre-bambino.

Nell'ambito del più recente Piano Regionale per la prevenzione, la diagnosi e la cura della depressione perinatale, nel 2018 è stato sviluppato il progetto esecutivo Regione Veneto *“Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”* (16). Per lo sviluppo del progetto pilota sono state coinvolte 14 unità operative, tra cui l'UOC Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale di Treviso, alle quali sono stati affidati lo svolgimento di compiti specifici in base all'organizzazione della singola unità.

Al punto nascita di Treviso sono stati assegnati compiti che riguardavano la sperimentazione dei percorsi intraospedalieri e ospedaliero-territoriali. Sono state inoltre promosse le partecipazioni ai gruppi di lavoro per definire i percorsi intra-ospedalieri per le puerpere ad alto rischio psicologico, in collaborazione con il dipartimento di salute mentale (CSM), definendo anche il percorso ospedale-territorio (dimissione protetta) delle puerpere ad alto o medio rischio psicosociale. Principalmente il progetto si caratterizza in 4 obiettivi specifici:

Obiettivo 1

Inizialmente si consegna alla donna e ai familiari del materiale informativo sul tema del disagio psichico e sull'opportunità di un intervento precoce, con l'obiettivo di sensibilizzare le donne sulla possibilità di richiesta di aiuto.

Obiettivo 2

L'obiettivo 2 auspica all'identificazione precoce delle donne a rischio di sperimentazione di disagio psichico perinatale attraverso la somministrazione di strumenti standardizzati, rendendo disponibili colloqui psicologici per affrontare la situazione di difficoltà.

Vista l'elevata prevalenza del disturbo depressivo e il suo rischio per la salute della donna, è necessaria un'identificazione tempestiva tramite lo strumento di screening EPDS, attuando una presa in carico immediata (16).

Obiettivo 3

Nel terzo obiettivo lo scopo principale prevede implementare i fattori che promuovono il benessere psichico, attraverso percorsi di sostegno alle donne con il fine di ridurre l'incidenza dei disturbi psicologici in epoca perinatale.

Obiettivo 4

Il quarto obiettivo prevede in conclusione, la valutazione a posteriori dell'efficacia del trattamento attuato, utilizzando i medesimi strumenti di screening di valutazione iniziale.

Le strategie di screening sono state elaborate e adottate nella procedura emessa nel 2021 *“Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”* applicata a punti nascita, Consultori Familiari e il Dipartimento di Salute mentale dell'Azienda per la gestione della sindrome depressiva. Lo scopo principale è quello di riconoscere precocemente i più comuni disturbi affettivi, le situazioni di fragilità e le patologie psichiatriche che si presentano nel post partum alle donne che partoriscono nei punti nascita dell'AULSS2 Marca Trevigiana.

La procedura (protocollo n°12465) fa riferimento al progetto esecutivo del 3 aprile 2018 prevede la consegna alla puerpera, in regime di ricovero, il questionario EPDS e un questionario composto da 14 domande riguardo alla storia personale della puerpera (*Allegato 1*). I moduli vengono consegnati dall'ostetrica nel corso della prima giornata dopo il parto ed entro la dimissione in modo cartaceo e compilato autonomamente dalla puerpera.

Entro la seconda giornata del parto vengono ritirati i questionari dall'ostetrica e successivamente inserite le risposte all'interno della sezione dedicata nel sistema informativo “CEDAPWeb”, che permette la visualizzazione del risultato dello screening in termini di rischio di depressione (basso, medio, alto).

Se la donna risulterà a rischio basso, non è richiesto attivare il percorso di presa in carico. Nei casi in cui la donna risulta a rischio medio, il ginecologo/ostetrica invierà il modulo, alla segreteria del CF di riferimento territoriale di residenza della puerpera. La donna verrà successivamente contattata per un colloquio psicologico.

Qualora la donna risulti a rischio alto, verrà richiesta da parte del ginecologo una consulenza psicologica al Dipartimento di salute mentale (DSM) prima della

dimissione. Nell'eventualità in cui siano presenti sintomi come da tabella RAO (alterazioni comportamentali, alterazioni dell'umore, segni psicotici, terapia farmacologica, rischio per il bambino) dovrà essere richiesta una consulenza psichiatrica prima della dimissione.

Nella seconda fase di screening psicologico di 2° livello, lo psicologo effettua una consulenza con la puerpera entro la dimissione o 10 giorni dalla stessa, attraverso una batteria di test psicologici. Successivamente la donna verrà presa in carico dall'ambulatorio SIRIO, caratterizzato da colloqui psicologici e follow up a 3-6 e 12 mesi dal parto.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo studio condotto ha l'obiettivo di analizzare i risultati dello screening precoce per la depressione post partum mediante la somministrazione del questionario EDPS. L'analisi si focalizza sulle puerpere risultate nella fascia ad alto rischio, con l'obiettivo di individuare i principali profili di rischio che caratterizzano il campione analizzato. La finalità di questo studio è di identificare le donne in situazioni di fragilità e vulnerabilità a rischio di depressione post partum, per favorire una presa in carico precoce, con fini di prevenzione, trattamento e supporto (follow-up). Attraverso l'analisi dei dati, si intende minimizzare la cronicizzazione del disturbo, promuovendo una presa in carico mirata e personalizzata.

MATERIALI E METODI

Disegno

Studio osservazionale retrospettivo.

Popolazione

Lo studio ha previsto una raccolta dati presso presidio ospedaliero AULSS2 Ca' Foncello di Treviso. La popolazione ha compreso le puerpere sottoposte a questionario EPDS entro 72h dal parto, che hanno partorito presso il punto nascita di Treviso nel periodo che va da Gennaio 2023 a Dicembre 2023. È stata svolta un'analisi dei dati delle puerpere risultate ad alto rischio dopo la compilazione del questionario. Sono state escluse tutte le puerpere risultate a basso e medio rischio.

INTERVENTO

Svolgimento dello studio

Nella presente tesi è stato condotto uno studio volto ad analizzare i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario (EDPS).

Successivamente sono estratti i dati relativi alle puerpere classificate nella fascia ad alto rischio di depressione post partum, sulla base del punteggio ottenuto con il questionario EPDS. Le osservazioni raccolte e analizzate tramite la piattaforma Excel hanno incluso età, nazionalità, parità, tipo di parto, aborti e gravidanze a termine. Tali informazioni sono state successivamente analizzate mediante costruzione di grafici e tabelle, per evidenziare le correlazioni tra i vari fattori di rischio raccolti e il punteggio ad alto rischio dell'EPDS, contribuendo alla descrizione dettagliata dei risultati. Questo approccio ha permesso di indentificare e comprendere i principali profili di rischio in relazione alle donne risultate ad alto rischio, associati a una possibile diagnosi di depressione post partum, offrendo una visione delle correlazioni tra i vari fattori e la vulnerabilità alla DPP.

RISULTATI

Nell'anno 2023 nel punto nascita di Treviso sono stati registrati 2266 parti e sono stati effettuati 2230 questionari. Lo screening permette di identificare 3 fasce di rischio: basso, medio e alto.

La *Figura 1* rappresenta la distribuzione delle fasce di rischio. La maggior parte delle puerpere, l'84%, è risultato a basso rischio, il 7.9% a medio e l'8.1% ad alto.

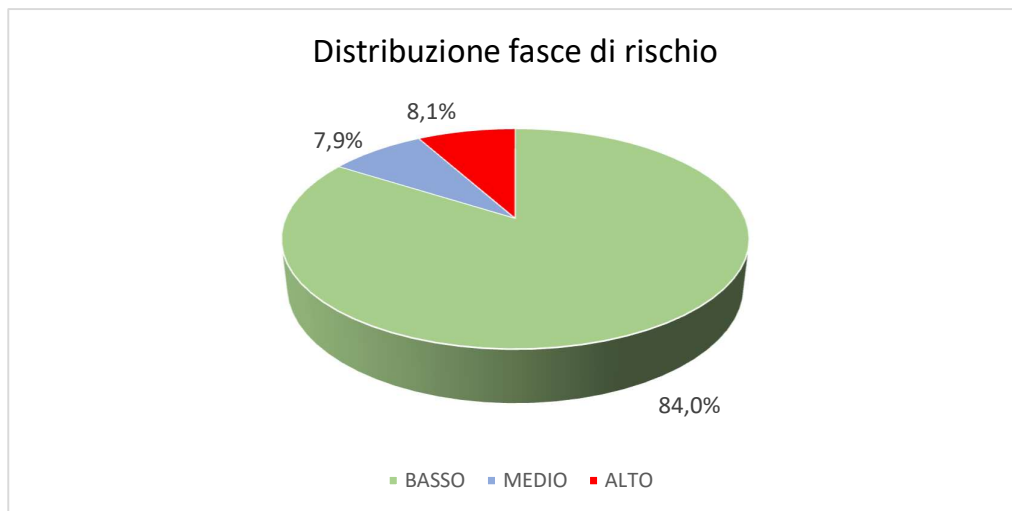


Figura 1 – Distribuzione Fasce di Rischio Questionario EPDS

Le *Figure 2* e *3* rappresentano le informazioni anagrafiche delle puerpere incluse nello studio, in particolare riguardo al paese di provenienza e alla fascia di età.

Nella *Figura 2* si osserva che il 55% delle madri è di origine Italiana mentre il restante 45% proviene da altre aree geografiche. Nello specifico, il 16% delle puerpere proviene dell'Est Europa, un altro 16% dall'Africa, il 9% dall'Asia e solo il 3% dal Sud America.

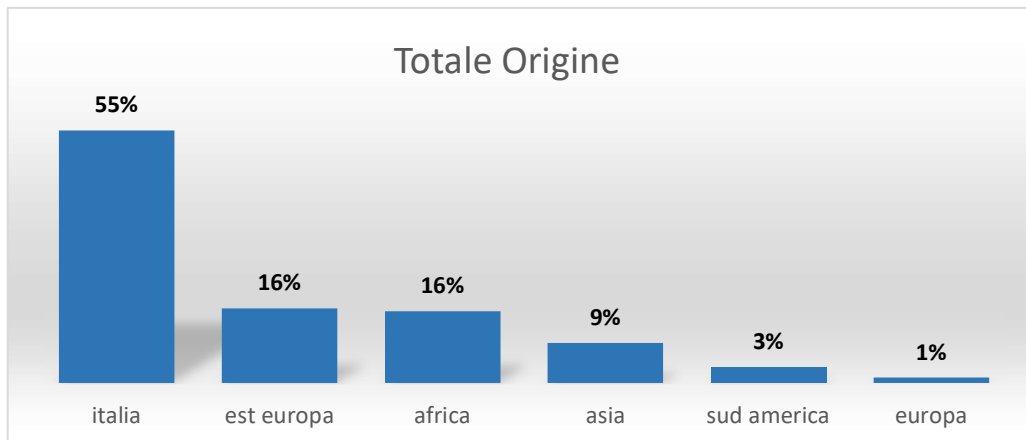


Figura 2 – Distribuzione Paese d'Origine

La *Figura 3* raffigura la distribuzione delle puerpere in base all'età. L'età media al parto del campione analizzato è di 33,9 anni, con una distribuzione relativamente ampia. La moda è di 38 anni, presentandosi nel 9,83% del campione analizzato. I dati mostrano che le due fasce d'età predominanti sono comprese tra 31-35 anni e 36-40 anni, rappresentando rispettivamente il 31,79% e il 31,21% del totale delle puerpere. Questi risultati indicano che la maggior parte delle donne del campione si colloca in una fascia d'età avanzata. Inoltre è possibile osservare come le fasce d'età più basse analizzate si collocano circa <25 anni e >40 anni per le più alte.

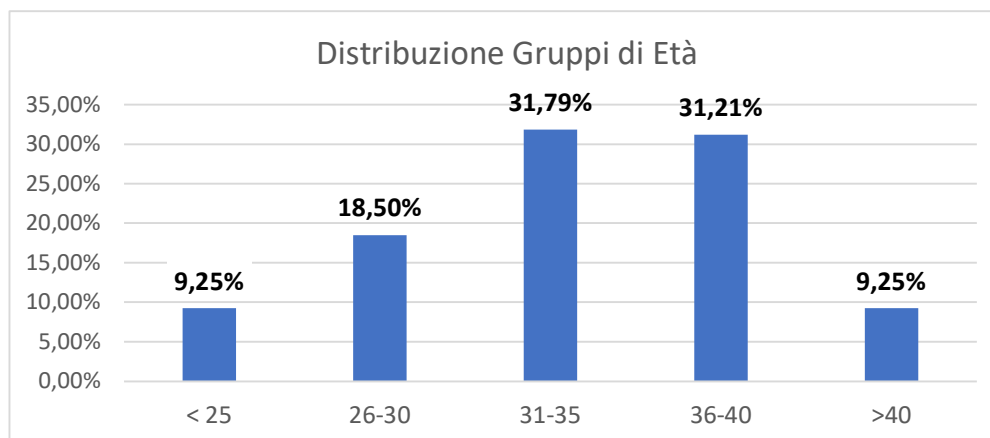


Figura 3 – Distribuzione per Gruppi di età

Le *Figure 4, 5, 6 e 7* illustrano i dati relativi agli aspetti ostetrici, includendo la parità, il tipo di parto, la presenza di gravidanza a termine e gravidanza insorta tramite procreazione medicalmente assistita. Viene offerta una visione complessiva delle caratteristiche ostetriche del campione in esame.

La *Figura 4* mostra la distribuzione delle puerpere in base alla parità ostetrica, suddivise in due categorie: nullipara (donne che non hanno mai partorito) e pluripara (donne che hanno già avuto uno o più figli). Dai dati emerge che il 54% delle donne al parto è nullipara, mentre le pluripare, rappresentate dalla sezione verde, costituiscono il 46% del campione.

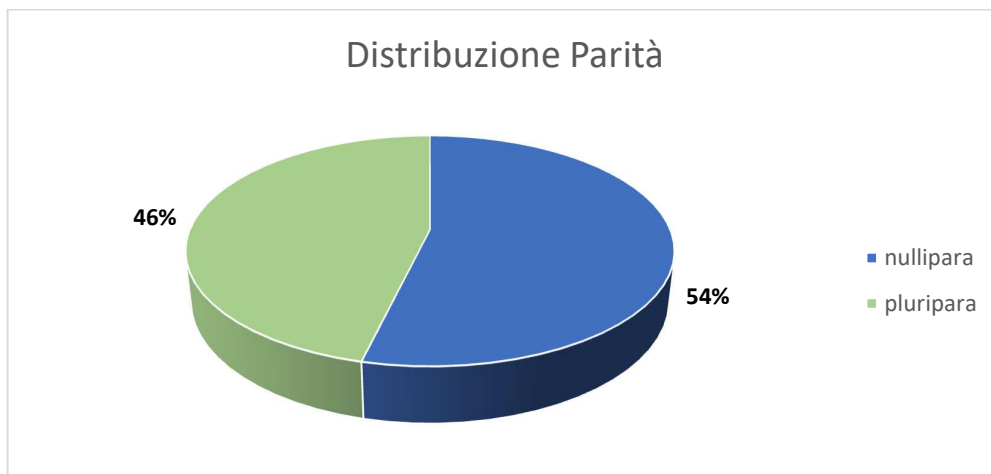


Figura 4 – Distribuzione Parità Ostetrica

La *Figura 5* indica la distribuzione delle gravidanze a termine. La maggior parte delle donne, l'82%, ha portato a termine la gravidanza. Al contrario, 18% delle puerpere, rappresentato dalla sezione blu, ha avuto una gravidanza prima del termine, partorendo quindi prima delle 37 settimane gestazionali.

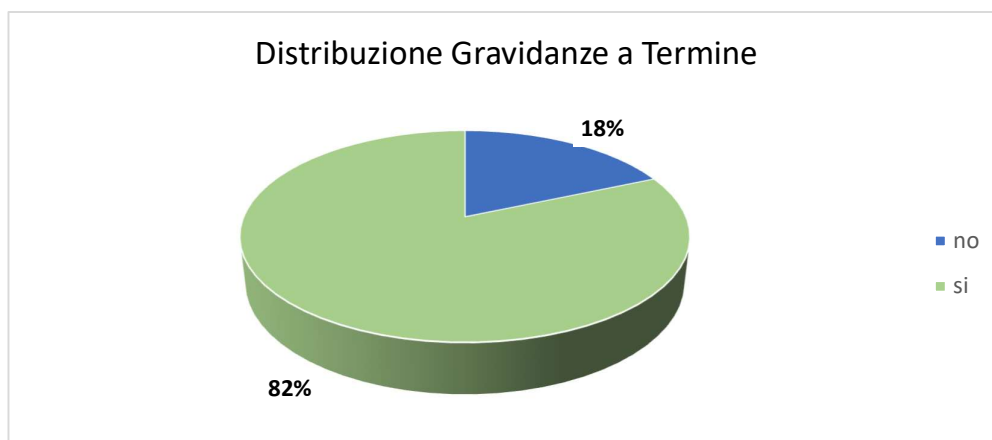


Figura 5 – Percentuale di Gravidanze a Termine

Come illustrato dalla *Figura 6*, il grafico a torta analizza la tipologia di parto. Poco più della metà delle donne, il 51,4%, ha avuto un parto eutocico, inteso come un parto vaginale fisiologico che inizia e espleta spontaneamente senza interventi strumentali. Il restante 48,6% dei parti è stato di tipo distocico, ovvero un parto che devia dalla fisiologia in quanto richiede l'intervento medico-ostetrico manuale o strumentale. Questa percentuale viene suddivisa in due categorie: distocico con ventosa ostetrica (VO) e distocico con taglio cesareo (TC). La maggior parte dei parti distocici, l'89,3%, è avvenuto con un taglio cesareo. La categoria taglio cesareo comprende quelli eseguiti in elezione e in urgenza/emergenza. Il restante dei parti distocici, il 10,7%, si è concluso con l'applicazione della ventosa ostetrica Kiwi®.

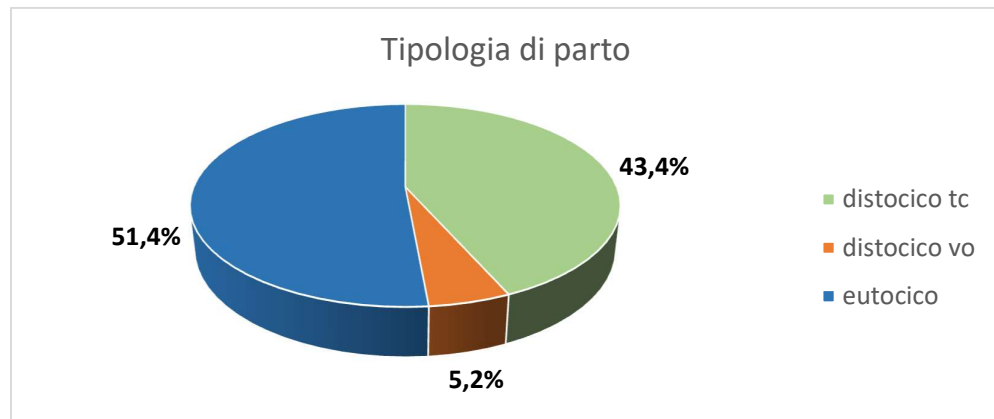


Figura 6 – Tipologia di Parto

DISCUSSIONE

Lo studio ha evidenziato come, secondo la letteratura, il questionario EPDS risulta il metodo di screening ottimale per identificare e prevenire il rischio di depressione post partum. La somministrazione precoce durante il periodo di degenza permette di individuare in modo sistematico un ampio numero di donne a rischio in un contesto controllato. Secondo i dati del 2023, la maggior parte delle donne si colloca nella fascia a basso rischio dello screening.

In relazione all'analisi dei dati delle donne risultate ad alto rischio, i risultati risultano contrastanti con la letteratura.

Dai dati emerge che più della metà delle donne è di origine italiana, mentre il rimanente proviene da altre aree geografiche, tra cui Europa dell'est, Africa e Asia. Una revisione sistematica condotta in Australia (14), che esamina le versioni tradotte dell'EPDS, sottolinea l'importanza di adattare i punteggi di cut-off in base alla traduzione e alle caratteristiche specifiche della popolazione, lingua, momento della somministrazione e interpretazione delle domande. Viene inoltre riportato che sebbene la depressione post partum sia un fenomeno universale che colpisce le donne indipendentemente dall'estrazione socio-economica, può manifestarsi in modi differenti a seconda del contesto culturale. Differenze nei livelli di istruzione, nell'abitudine di compilare i questionari con il supporto di partner o familiari, nelle espressioni linguistiche e nella concezione della depressione, possono influenzare la diagnosi e il trattamento. La mancanza di conoscenza sul disturbo e la qualità della traduzione del questionario rappresentano inoltre ulteriori sfide. Riguardo l'ultimo punto infatti, è fondamentale che la traduzione dell'EPDS sia effettuata con estrema cura, in quanto le parole possono assumere significati differenti a seconda del contesto culturale in cui vengono interpretate. Questo è particolarmente rilevante per le donne straniere, che costituiscono una parte significativa del campione analizzato. La presenza di una variegata rappresentanza culturale potrebbe influenzare i risultati dei questionari somministrati. Un approccio di analisi uniforme delle risposte alle domande, tra quelli in lingua italiana e quelli tradotti, potrebbe non cogliere appieno le caratteristiche culturali e linguistiche necessarie per una diagnosi accurata nelle donne di origine straniera. Considerata la percentuale delle donne straniere, è possibile ottenere dei risultati contrastanti e/o

non attendibili, in quanto si può verificare un elevato tasso di falsi positivi. Infatti, i cut-off scores utilizzati per i questionari tradotti in lingua sono i medesimi dei questionari italiani.

I risultati emersi dall'analisi dei dati mostrano un'età media delle puerpere pari 33,9 anni, valore che risulta in linea con il Report sulla Natalità dell'Istat del 2023, il quale riporta un'età media di 32,4 anni. Le due fasce d'età predominanti del campione sono 31-35 anni e 36-40 anni, indicando che la maggior parte delle donne del campione si colloca in un'età riproduttiva avanzata. Questa fascia d'età è tipicamente associata a una maggiore stabilità economica e sociale, ma potenzialmente anche a un rischio maggiore di complicazioni ostetriche e di stress psicologico legato alla gravidanza e al post-partum. Uno studio del 2021 pubblicato da *Mary Ann Liebert, Inc* intitolato *Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age* evidenzia come le donne in età avanzata soprattutto nella fascia d'età 40-44 anni, risultino maggiormente predisposte allo sviluppo della depressione post partum. Secondo lo studio, sebbene non esista una soglia d'età universalmente definita per identificare la gravidanza in età avanzata, si fa generalmente riferimento a donne con età superiore ai 35 anni. Le ragioni principali per il posticipo della maternità sono legate a fattori educativi e professionali: le donne con un livello di istruzione più elevato tendono a ritardare la gravidanza, anche a causa delle limitate opportunità di supporto lavorativo per le madri, con difficoltà nel bilanciare carriera e famiglia. Posticipare una gravidanza, oltre a un declino nella fertilità, è associato a un incremento del rischio di complicazioni ostetriche come preeclampsia, placenta previa, aborto spontaneo, taglio cesareo e diabete gestazionale, condizioni che possono avere un impatto negativo sulla salute fisica e mentale della madre. Tuttavia, alcuni studi contrastano questa visione (6,18). In particolare, uno studio del 2017 (6) evidenzia come le gravidanze in giovane età siano associate a un rischio più elevato di depressione post partum, in particolare tra le ragazze di età compresa tra 13 e 19 anni. In questo contesto, l'età avanzata sembrerebbe, invece, correlata a una riduzione del rischio di sviluppare questo disturbo.

In relazione all'analisi sulla parità ostetrica, dai risultati emerge che il campione risultata complessivamente omogeneo, con una prevalenza di donne primipare.

Tuttavia, la letteratura offre risultati contrastanti tra di loro. Secondo alcuni studi (6,7,19), le donne multipare sono maggiormente esposte al rischio di sviluppare la depressione post partum rispetto alle nullipare. La responsabilità che deriva dalla gestione di due o più figli potrebbe contribuire a un aumento del rischio di depressione post-partum (6). In contrasto a queste evidenze, uno studio effettuato in Giappone (20) ha esaminato la differenza tra nullipare e multipare in relazione alla frequenza della depressione post-partum, utilizzando diversi strumenti di valutazione, tra cui l'EPDS. Lo studio evidenzia come il tasso di depressione post partum sia più elevato tra le nullipare, le quali presentano anche livelli di ansia più alti, probabilmente dovuti all'inesperienza e alle insicurezze legate alla prima gravidanza. Queste discrepanze nella letteratura suggeriscono che la parità ostetrica, da sola, non può essere considerata come un fattore di rischio esclusivo per lo sviluppo di questo disturbo.

Ciò che si evince dall'analisi sulla distribuzione delle gravidanze, l'82% delle donne ha portato a termine la gravidanza. Questi dati risultano contrastanti con la letteratura. Diversi studi (21–23) riportano come un parto pretermine possa influenzare negativamente lo stato mentale della madre e il legame con il neonato, rendendo la nascita prematura un fattore di rischio significativo per la depressione post partum. In particolare, uno studio condotto nel 2023 da *Hofheimer et al.* intitolato *Risk Factors for Postpartum Depression and Severe Distress among Mothers of Very Preterm Infants at NICU Discharge* indica che le madri che risultano più a rischio sono coloro che partoriscono prima delle 30 settimane gestazionali. In tali casi, la prematurità e le eventuali patologie associate pongono notevoli sfide per la madre nel gestire la situazione.

Un ulteriore parametro analizzato riguarda il metodo di espletamento del parto. Nel complesso, i dati indicano che nonostante il parto vaginale fisiologico rappresenti la modalità predominante, una quota significativa di donne ha affrontato parti più complessi. L'alta percentuale di parti distocici complessivi suggerisce la necessità di un attento monitoraggio delle madri che hanno subito complicazioni durante il parto, in particolare di quelle che hanno affrontato interventi invasivi come il taglio cesareo (43,4%). Come riportato da vari studi (7,19,24), le donne che hanno avuto un taglio cesareo presentano un rischio maggiore di sviluppare la DPP rispetto a

coloro che hanno avuto un parto vaginale. Un'indagine recente del 2022 intitolata *Risk Factors of Postpartum Depression*, sottolinea come il taglio cesareo, sia elettivo che d'emergenza, è associato a una probabilità più alta di depressione postpartum. Questo è attribuibile non solo a un recupero fisico più lungo e a un maggior rischio di complicazioni post-operatorie, ma anche alle implicazioni psicologiche di un'esperienza di parto percepita come medicalmente più invasiva e stressante. Questo aspetto sottolinea l'importanza di monitorare attentamente le puerpere che hanno subito un intervento chirurgico o un parto strumentale.

Nonostante i risultati non siano del tutto coerenti con la letteratura, lo studio ha evidenziato come uno screening sistematico delle puerpere nel post partum permette di identificare quelle donne che, pur non rientrando nei tradizionali fattori di rischio, avrebbero potuto sfuggire al rilevamento del problema. Le osservazioni, rappresentate graficamente, hanno facilitato la descrizione dettagliata dei risultati e offerto una visione delle possibili correlazioni tra i vari fattori di rischio, fornendo così spunti di miglioramento e focus per migliorare le strategie preventive e interventi terapeutici mirati.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti che influenzano l'interpretazione dei risultati. La dimensione limitata del campione rende difficile ottenere dei risultati statisticamente significativi ed elaborare delle correlazioni tra fattori di rischio e sviluppo della depressione post partum.

Uno dei principali limiti dello studio è legato all'uso di un questionario di screening che è autosomministrato, compilato in autonomia dalle puerpere. I risultati quindi derivano dalle risposte fornite dalle donne, che rappresenta un limite che accomuna tutti gli strumenti self-report. Nonostante nell'introduzione al questionario sia riportato di compilare le domande in estrema sincerità, esiste la possibilità che le donne possano alterare le risposte per timore di giudizi esterni, della possibile stigmatizzazione del disturbo e della paura di essere identificate come persone affette da depressione. Di conseguenza, si deve considerare la potenziale presenza di falsi negativi nella valutazione del rischio. In alcuni casi infatti, donne che manifestano atteggiamenti che potevano essere riconducibili ad alto rischio possono, in realtà, risultare a basso rischio secondo i punteggi ottenuti dal questionario. Questo fenomeno evidenzia la possibilità che le risposte fornite non riflettano l'effettivo stato psicologico delle donne. Inoltre, il questionario dovrebbe essere consegnato e da personale esperto, e.g psicologi, i quali possono fornire alle donne una spiegazione chiara del questionario evitando possibili fraintendimenti riducendo il rischio di risposte inesatte. La presenza di un operatore esperto nel campo della salute mentale, permetterebbe di valutare in tempo reale possibili segni di disagio della madre che potrebbero non emergere dalle risposte al questionario.

La tempistica della somministrazione è un ulteriore aspetto critico, poiché il questionario viene somministrato entro le 72 ore dal parto, un periodo particolarmente delicato per la donna a causa degli sbalzi ormonali. Di conseguenza alcune madri che risultano ad alto rischio potrebbero in realtà sperimentare il baby blues, ad eccezione di quelle che presentano sintomi specifici secondo i criteri stabiliti (tabella RAO). In questo caso risulta più facile identificare le madri a rischio richiedendo eventualmente un consulto psichiatrico.

Un altro limite è rappresentato dalla possibile inaccuratezza della traduzione del questionario. La traduzione infatti non deve essere solo letterale, ma adattata alla cultura in quante alcune espressioni potrebbero non avere equivalenti diretti in altre lingue. Una traduzione inadeguata può richiedere un intervento da parte di un mediatore culturale, richiesta che non sempre può essere soddisfatta dalla struttura ospedaliera, e può influire negativamente sui risultati dello screening portando a una comprensione errata delle domande e a risposte incorrette

CONCLUSIONE

L'analisi dei dati dei questionari EPDS per la prevenzione della depressione post-partum riveste un ruolo cruciale nella promozione della salute mentale materna.

La depressione post partum è una condizione che può avere conseguenze significative sia per la madre che per il neonato, influenzando sul benessere psicologico della donna e sul legame madre-figlio, nonché sullo sviluppo emotivo e cognitivo del bambino. L'uso del questionario EPDS offre un metodo strutturato e scientificamente validato per individuare precocemente i sintomi depressivi e ansiosi nelle prime giornate dopo il parto. L'analisi dei punteggi del questionario consente agli operatori sanitari di identificare rapidamente le donne a rischio, fornendo loro un quadro dettagliato del livello di disagio emotivo presente.

Questo permette di stratificare il rischio in base all'intensità dei sintomi e di adattare gli interventi di supporto in modo più efficace, che vanno dalla consulenza psicologica e dal sostegno psicosociale, all'intervento terapeutico, se necessario. Inoltre, l'analisi dei dati aggregati dei questionari EPDS può offrire importanti informazioni epidemiologiche e consentire di rilevare tendenze e fattori di rischio specifici all'interno della popolazione materna. Ad esempio, può aiutare a comprendere meglio come fattori come l'isolamento sociale, la mancanza di supporto familiare, o le condizioni di stress possano influire sui livelli di depressione post-partum. Questi dati, analizzati su scala più ampia, possono essere utilizzati per creare programmi di prevenzione e politiche sanitarie mirate, promuovendo una maggiore consapevolezza del problema e l'adozione di strategie preventive nelle strutture sanitarie.

In conclusione, l'uso del questionario EPDS e l'analisi accurata dei suoi risultati non solo permettono di offrire interventi tempestivi alle neomamme, ma contribuiscono anche alla costruzione di un sistema di assistenza sanitaria più consapevole e proattivo nella gestione della salute mentale perinatale. Un approccio strutturato alla prevenzione della depressione post-partum attraverso il monitoraggio EPDS rappresenta, quindi, un importante strumento per migliorare il benessere della madre, del neonato e della famiglia nel suo complesso. Data l'importanza negli ultimi anni sul tema della salute mentale, dai risultati dei dati raccolti si auspica a una maggiore formazione in tema di depressione post partum dei professionisti sanitari, nello specifico riguardo la diagnosi e il riconoscimento

dei sintomi, e la sua gestione, implementando dei percorsi formativi dedicati sul tema per affrontare le aspettative e la realtà di questa condizione.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol.* 2021;92(2):153–64.
2. “Depressione materna: rete di sorveglianza e di aiuto per le neo-mamme e visite a domicilio dopo il parto, il Ministero della Salute sceglie e finanzia il progetto Veneto”, Portale della Regione Veneto, comunicato n° 1060 [Internet]. 2020 [citato 30 gennaio 2024]. Disponibile su: <https://www.regione.veneto.it/web/guest/article-detail?articleId=5047077>
3. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 giugno 2020 [citato 11 settembre 2024];118(3). Disponibile su: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n3a01e.pdf>
4. Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, Del Re D, Romano G, Gigantesco A. «Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post-partum», Istituto Superiore di Sanità, Rapporto 1631, 2016. [Internet]. [citato 29 gennaio 2024]. Disponibile su: https://www.iss.it/documents/20126/1773424/DEF_Rapporto_Istisan_DPP.pdf/243364ab-8dad-f20a-06b5-0ddd026e55e4?t=1576431590387
5. «Prevenzione e Intervento Precoce per il Rischio di Depressione Post Partum», Istituto Superiore di Sanità, 2011. [Internet]. [citato 14 aprile 2024]. Disponibile su: https://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2011/sostegnoPnp&GS/pre-v-complic/39-depressione-post-partum_Iss.pdf
6. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.* 9 agosto 2017;6:60.
7. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus.* 14(10):e30898.
8. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet.* maggio 2022;44(5):452–7.
10. Committee on Obstetric Practice. «Screening for Perinatal Depression», The American College of Obstetricians and Gynecologists, No. 630, 2015.
12. Hagatulah N, Bränn E, Oberg AS, Valdimarsdóttir UA, Shen Q, Lu D. Perinatal depression and risk of mortality: nationwide, register based study in Sweden. *The BMJ.* 10 gennaio 2024;384:e075462.
13. Beck A, Hamel C, Thuku M, Esmacilisaraji L, Bennett A, Shaver N, et al. Screening for depression among the general adult population and in women during pregnancy or the first-year postpartum: two systematic reviews to

- inform a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Syst Rev.* 22 agosto 2022;11:176.
14. Edinburgh Depression Scale Translated Government of Western Australia Department of Health.pdf.
 15. «Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum», Centro Nazionale per la Prevenzione contro le Malattie [Internet]. Ministero della Salute; 2011 [citato 29 gennaio 2024]. Disponibile su: <https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1487&idP=740>
 16. Progetto esecutivo «Misure afferenti alla Prevenzione, alla Diagnosi, Cura e Assistenza della Sindrome Depressiva Post Partum», Regione Veneto, 2018. [Internet]. [citato 12 aprile 2024]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3378_listaFile_itemName_15_file.pdf
 17. Regione Veneto. SCREENING SULLA DEPRESSIONE PERINATALE (EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale)..pdf.
 18. Sidebottom AC, Vacquier M, LaRusso E, Schulte AK, Nickel A. Prenatal and postpartum depression diagnosis in a large health system: prevalence and disparities. *Ann Med.* 2023;55(2):2281507.
 19. Adeyemo EO, Oluwole EO, Kanma-Okafor OJ, Izuka OM, Odeyemi KA. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci.* dicembre 2020;20(4):1943–54.
 20. Nakamura Y, Okada T, Morikawa M, Yamauchi A, Sato M, Ando M, et al. Perinatal depression and anxiety of primipara is higher than that of multipara in Japanese women. *Sci Rep.* 13 ottobre 2020;10(1):17060.
 21. Hofheimer JA, McGowan EC, Smith LM, Meltzer-Brody S, Carter BS, Dansereau LM, et al. Risk Factors for Postpartum Depression and Severe Distress among Mothers of Very Preterm Infants at NICU Discharge. *Am J Perinatol.* luglio 2024;41(10):1396–408.
 22. Roubinov D, Musci RJ, Hipwell AE, Wu G, Santos H, Felder JN, et al. Trajectories of depressive symptoms among mothers of preterm and full-term infants in a national sample. *Arch Womens Ment Health.* agosto 2022;25(4):807–17.
 23. Khemakhem R, Bourgou S, Selmi I, Azzabi O, Belhadj A, Siala N. Preterm birth, mother psychological state and mother- infant bonding. *Tunis Med.* dicembre 2020;98(12):992–7.
 24. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep.* 24 febbraio 2022;12(1):3128.
 25. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a

qualitative study. Int J Qual Stud Health Well-Being. dicembre
2020;15(1):1722564.

ALLEGATI

Allegato 1 - Questionario screening depressione post partum Regione Veneto



SCREENING SULLA DEPRESSIONE PERINATALE Regione Veneto

Gent.ma Signora,

Congratulazioni per la nascita del/della suo/a bambino/a!

Se nei prossimi giorni dovesse provare tristezza non giustificata, immotivate crisi di pianto, ansie non deve allarmarsi, perché tutto ciò può essere dovuto all'improvviso riequilibrio ormonale che determina un cambiamento dello stato dell'umore. Questo stato viene definito *maternity blues*.

Il più delle volte questi sintomi scompaiono, ma in alcuni casi peggiorano fino ad uno stato depressivo. In questi casi è importante un intervento precoce e tempestivo. Per questo abbiamo deciso di proporle il seguente questionario: esso serve per individuare le donne che si trovano in una condizione di maggiore fragilità.

La preghiamo pertanto di impiegare qualche minuto del suo tempo per rispondere a questo questionario, che è uno strumento internazionalmente validato a favore delle puerpere. Grazie per il suo impegno.

Risponda alle seguenti 10 domande dell'Edinburgh Postnatal Depression Scale pensando agli ultimi sette giorni; seguiranno poi 14 domande del "Questionario parte 2" riferite alla sua storia personale. La preghiamo di essere sincera nella compilazione poiché non si tratta di esprimere giudizi o una valutazione ma semplicemente di poterLe offrire un aiuto da parte dei servizi ospedalieri e territoriali dedicati, utile a Lei e a suo/a figlio/a.

Compilando il presente questionario, Lei esprime il suo consenso affinché i suoi dati personali siano conosciuti dai professionisti solo se essi saranno eventualmente chiamati a svolgere azioni per Lei di aiuto e di assistenza. I dati non nominativi ed eventualmente aggregati potranno essere utilizzati anche per valutare la rete assistenziale e l'attività dei punti nascita.

Nome _____ Cognome _____

Questionario parte 1 (EPDS, Edinburg Postnatal Depression Scale)

Negli ultimi 7 giorni:

- 1) Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose:
 - a) Come facevo sempre
 - b) Adesso, non proprio come al solito
 - c) Adesso, decisamente un po' meno del solito
 - d) Per niente

- 2) Ho guardato con gioia alle cose future:
 - a) Come ho sempre fatto
 - b) Un po' meno di quanto ero abituata a fare
 - c) Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
 - d) Quasi per nulla

- 3) Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male:
 - a) Sì, il più delle volte
 - b) Sì, qualche volta
 - c) Non molto spesso
 - d) No, mai



- 4) Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo:
- a) No, per niente
 - b) Quasi mai
 - c) Sì, qualche volta
 - d) Sì, molto spesso
- 5) Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo:
- a) Sì, moltissimi
 - b) Sì, qualche volta
 - c) No, non molti
 - d) No, per niente
- 6) Mi sentivo sommersa dalle cose:
- a) Sì, il più delle volte non sono stata capace di far fronte alle cose
 - b) Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
 - c) No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
 - d) No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre
- 7) Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire:
- a) Sì, il più delle volte
 - b) Sì, abbastanza spesso
 - c) Non molto spesso
 - d) No, per nulla
- 8) Mi sono sentita triste o infelice:
- a) Sì, il più delle volte
 - b) Sì, abbastanza spesso
 - c) Non molto spesso
 - d) No, per nulla
- 9) Sono stata così infelice che ho perfino pianto:
- a) Sì, il più delle volte
 - b) Sì, abbastanza spesso
 - c) Solo di tanto in tanto
 - d) No, mai
- 10) Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente:
- a) Sì, molto spesso
 - b) Qualche volta
 - c) Quasi mai
 - d) Mai
-



Questionario parte 2

- 11) Hai mai sofferto di disturbi psicologici o psichici?
 - a) No
 - b) Sì
- 12) Ne hai sofferto nelle precedenti gravidanze?
 - a) No
 - b) Sì
- 13) Hai mai assunto farmaci per l'ansia la tristezza o i disturbi psicologici, riuscire a dormire, rilassarti, calmare le tue ansie?
 - a) No
 - b) Sì
- 14) Hai mai fatto uso di sostanze come cannabis, marijuana, eroina, cocaina, anfetamine?
 - a) No
 - b) Sì
- 15) Ti è mai capitato di bere troppo fino anche a star male?
 - a) No
 - b) Sì
- 16) Se sì, una sola volta, o più frequentemente?
 - a) Una sola volta
 - b) Più frequentemente
- 17) Durante o prima della gravidanza, ti è capitato di sentirti preoccupata, ansiosa, avere delle crisi acute di ansia o panico, di non riuscire ad affrontare le cose, anche senza una valida ragione?
 - a) No
 - b) Sì
- 18) Durante la tua precedente gravidanza e dopo il parto, ti è capitato di sentirti triste, infelice, di piangere apparentemente senza ragione, di sentirti senza speranza verso il futuro, piena di sensi di colpa, come se non riuscissi più a fare niente (per un periodo di più di 4 giorni consecutivi)
 - a) No
 - b) Sì
- 19) Hai mai vissuto sulla tua pelle episodi di violenza anche solo psicologica?
 - a) No
 - b) Sì
- 20) Se sì, molto tempo fa o da non molto?
 - a) Molto tempo fa
 - b) Da non molto



- 21) Durante la gravidanza c'è stato un lutto di una persona per te molto importante?
- a) No
 - b) Sì
- 22) Di recente sono successi degli eventi molto gravi o eccezionali che ti hanno molto stressata?
- a) No
 - b) Sì
- 23) Quando tornerai a casa dopo la dimissione credi ci potranno essere delle difficoltà economiche, organizzative, o nel pianificare la tua vita?
- a) No
 - b) Sì
- 24) Ti senti sola?
- a) No
 - b) Sì