



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia

**Corso di laurea in Psicologia dello Sviluppo e delle
Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

**Rilevazione della Depressione Post
Partum e Progetti Attivi**

**Post Partum Depression Detection and
Active Projects**

Relatrice

Prof.ssa/Prof. Caterina Suitner

Correlatrice esterna

Prof.ssa Alessandra Minello

Laureanda: Abbondanza Martina

Matricola: 2012641

Anno Accademico 2022\2023

Indice

Introduzione	5
1. La Depressione Post Partum	7
1.1 Quante donne come lei?.....	8
1.2 Il maternity blues.....	9
1.3 La depressione post partum.....	10
1.4 I fattori di rischio.....	10
1.5 Cosa è successo durante la pandemia?.....	13
2. La Rilevazione	15
2.2 <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>	15
2.3 Validazione EPDS durante la gravidanza.....	15
2.4 Validazione EPDS per i sintomi d'ansia	17
2.5 <i>Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI)</i>	18
2.6 Quando l'intervista diventa Questionario	18
2.7 La frequenza dei fattori di rischio	20
3. Progetti e Ricerche Attive nel Territorio Italiano	23
3.1 Progetto Brescia: da dove nasce e in cosa consiste.....	23
3.2 Il Progetto attivo presso l'ospedale di Padova e l'importanza dello screening	27
3.3 Perinatal Depression Research And Screening Unit	29
Conclusioni	31
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	33
RINGRAZIAMENTI	35

Introduzione

La tesi tratterà della *Depressione Post Partum* (DPP), una depressione che si distingue dalle forme più classiche di depressione in quanto si manifesta in un momento preciso della vita (dopo il parto), riguarda solo le donne e coinvolge pensieri riguardanti prettamente il parto, la cura del bambino e la costruzione della nuova identità materna. Nel primo capitolo verranno analizzati aspetti diversi: l'incidenza della DPP sulla popolazione italiana rispetto ai dati forniti dall'Istituto Superiore Di Sanità; i fattori di rischio nella distinzione effettuata da Di Blasio e Acquistapace in fattori distali e prossimali; l'influenza della pandemia da Covid 19 che ha visto un aumento dei casi di ansia e depressione specialmente in ambito perinatale; e la distinzione con il *baby blues*, fenomeno più frequente, che colpisce la maggior parte delle donne dopo il parto.

Il secondo capitolo invece si concentra su due strumenti di valutazione *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e *Postpartum Depression Predictors Inventory Revised* (PDPI-R). Di questi viene presentato il percorso di costruzione e lo sviluppo nel tempo da parte dei gruppi di ricerca. In particolar modo l'EPDS ha visto un ampliamento del suo utilizzo che si è esteso anche durante i mesi di gestazione e non solo dopo il parto e si è rivelato attendibile anche per la rilevazione dei sintomi d'ansia. Il PDPI R invece ha visto la rivisitazione e l'aggiunta di alcuni item che riguardano fattori di rischio degli ultimi anni e la trasformazione da intervista a questionario.

Infine, nell'ultimo capitolo, ho riportato dei progetti attivi che promuovono la cura e la prevenzione allo sviluppo della psicopatologia in ambito perinatale presso l'ospedale di Brescia, di Padova e di Pisa. L'ospedale di Brescia è stato uno dei primi a proporre una collaborazione fra diverse istituzioni territoriali volta alla cura e al sostegno della donna durante e dopo la gestazione. Di tale progetto esistono infatti molte documentazioni che ne delineano l'andamento e le evoluzioni nel tempo. Il progetto finanziato dalla Regione Veneto è, invece, più recente e ancora non tutte le città hanno deciso di aderirvi, Padova è entrata a farne parte da meno di un anno, a settembre 2022, motivo per il quale è attualmente difficile reperire dei dati aggiornati che sono ancora in fase di raccolta. In questo paragrafo ho fatto anche un riferimento all'importanza dello screening secondo quello che riportano due importanti studiosi italiani: Pietro Grossu e Rosa Maria Quatraro che hanno svolto innumerevoli ricerche sull'importanza di una rilevazione precoce e omogenea delle donne a rischio di sviluppare depressione post partum.

Per concludere, viene citato uno dei centri di ricerca più attivi in Italia negli ultimi anni sullo sviluppo della psicopatologia in ambito perinatale: il Centro degli Studi di Pisa. Il progetto prende il nome di *Perinatal Depression Research And Screening Unit* (PND- ReScU) ed è importante per le sue collaborazioni internazionali. Il referente è il prof Mauro Mauri, uno dei massimi esperti italiani in questo ambito.

Per arricchire l'elaborato, oltre allo studio tramite ricerche online e saggi, sono state svolte delle interviste con psicologhe e ostetriche che lavorano a stretto contatto con le gestanti per analizzare il fenomeno in maniera ancora più profonda.

Lo scopo della tesi è stato far luce su una problematica esistente che sta riguardando sempre più madri e che spesso rimane oscurata dall'idea che il periodo della maternità debba essere il più felice nella vita della donna.

Prendere coscienza di questa condizione e promuoverne la divulgazione è il primo passo verso la consolidazione di una consapevolezza comune sul tema della depressione post partum, che nel corso del tempo può favorirne l'individuazione, la cura e il sostegno. Scrivere questa tesi mi ha portato a uno sguardo nuovo nei confronti delle neomadri, non più solo gioire per esse nel vederle realizzate in qualcosa di così grande, ma chieder loro come stanno nell'accezione più profonda del termine.

CAPITOLO 1

LA DEPRESSIONE POST PARTUM

“Ancora il tuo pianto. Lo sento, anche se non lo ascolto. Ancora e ancora. Quel rumore stridulo rompe il silenzio della notte.

La tua insistenza mi ferisce, mi umilia, mi penetra dentro e mi crea dolore.

Un dolore profondo, sordo, nuovo per me, un dolore che mi spezza l'animo.

Quei toni striduli rimbalzano nella stanza e si diffondono oltre ogni barriera, non c'è luogo dove rifugiarsi, dove non sentirlo.

T'imploro di fermarti, ti prego di regalarmi un attimo di pace. Un momento senza chiedere, chiedere... chiedere qualcosa che non so darti.

Non ti capisco, amore mio.

Non riesco a saziare la tua avidità. Non ti conosco.

Tu non sei come me, non ti esprimi come me, tuo mondo mi è sconosciuto.

Ti parlo, dolcemente.

Ti accarezzo, teneramente.

Ti stringo per farti sentire il mio calore, ma tu mi guardi senza vedermi, ti divincoli, negandoti a me, rifiutando l'abbraccio.

Continui a piangere.

Ancora e ancora.

Ti stringo più forte, sempre di più.

Ti chiedo con forza di tacere.

Ti urlo con rabbia tutta la mia stanchezza.

Inutile, tutto inutile, niente spezza la tua prepotenza.

Ti stringo.

Ancora e ancora.

Più forte, sempre di più.

Più del mio amore, più della mia rabbia, più della mia stanchezza. Di più, ancora di più.

Ti amo, piccolina mia, ma non era questo che avevo immaginato, non era questo l'essere madre e figlia, non era questo il mondo d'amore dei miei sogni.

Ti amo quanto ti odio, ti voglio con me quanto vorrei lasciarti, ti sento mia quanto mi sei estranea.

Il tuo succhiare mi svuota, mi rende arida, mi toglie vita.

La tua bocca si avvinghia al mio seno, ma io non provo gioia nel nutrirti, mi sento solo spogliata di ogni intimità. Mentre tu ti nutri di me io muoio giorno per giorno.

Mi sono persa.

Non sono donna, non sono amante, non sono madre.

Non sono”

Così inizia il romanzo di Daniela Pecchi “*Al di là della gioia, il lato nascosto di essere madre*” che con queste parole dedicate alla figlia ormai grande ci racconta l’ambivalenza della maternità, la sua esperienza toccante fra la luce e il buio dell’essere diventata mamma.

Ci descrive le notti insonni, le delusioni, la solitudine, le aspettative.

Ci dice che non è come si aspettava.

E ci dice che è difficile da ammettere.

1.1 Quante donne come lei?

Secondo i dati aggiornati del Ministero della Salute le donne che soffrono di depressione post partum sono il 10-15% delle neomamme ed è un fenomeno interculturale, che colpisce sia le autoctone sia le straniere, indipendentemente dal paese di provenienza.

Negli ultimi anni in Italia l’Istat (Istituto nazionale di statistica) denuncia un forte calo di nascite e un parallelo aumento dell’età media del parto delle donne che si registra di 32,4 anni. L’Italia sta diventando un paese sempre più vecchio con età media 46.2 anni e questo porta con sé delle conseguenze rilevanti a livello di benessere economico e di tenuta sociale. Il 2021, secondo le stime Istat, segna un nuovo record negativo delle nascite, che calano al di sotto della soglia delle 400 mila (399.431). A rimanere basso è anche il numero di figli per madre che, negli ultimi 35 anni, non raggiunge la soglia di 2 che permetterebbe l’adeguato equilibrio fra generazioni, ma rimane inferiore all’1,5. (Istat 2021)

A diminuire, però, non è solo il tasso di natalità, ma anche la stabilità lavorativa che vede sempre più donne occupate in impieghi part time e, dopo la pandemia da COVID 19, in lavori con contratto a tempo determinato.

In queste condizioni la scelta della fecondità non è semplice: il futuro è precario e in Italia mancano tutele e incentivi adeguati a favore delle madri che spesso si ritrovano a dover scegliere fra il lavoro e la famiglia.

Negli ultimi anni il percorso volto a indagare il benessere delle madri in Italia è seguito da Save the Children che, tramite l'utilizzo dei dati forniti dall'Istat, ne assegna una misura quantitativa valutata sui diritti che a esse vengono concessi riguardante tre domini principali:

- la cura: deriva dall'interazione dell'analisi sul tasso di fecondità (Istat 2019) e l'indice di asimmetria nel lavoro familiare (Istat, 2013));
- il lavoro: indaga rispetto alla partecipazione femminile al mercato del lavoro (Istat, 2020);
- i servizi: indica la presenza di presa in carico dei servizi socio-educativi per la prima infanzia e la partecipazione dei bambini ai servizi (Istat 2018\2019).

Rispetto a ognuno di questi domini dal 2018 viene calcolato il Mother's Index volto a misurare la condizione delle madri per la quale si è notato un andamento altalenante nel tempo: l'indice, infatti, rispetto al valore 100 di partenza nel 2018, è aumentato nel 2019 (101,615) e poi diminuito nel 2020 (100,120), mentre si attesta a circa 102 (101,911) nel 2021, mostrando un considerevole miglioramento della situazione.

I risultati ottenuti da questo tipo di analisi rendono conto, oltre alle informazioni sul benessere materno, dei divari esistenti a livello strutturale che non garantiscono alla donna l'adeguato supporto.

In questo clima generale di incertezza nei confronti del futuro, che è stato, inoltre, esacerbato dalla pandemia nel 2019, la presenza di un figlio da mantenere potrebbe generare sconforto e paura nelle madri favorendo l'insorgenza di problematiche di tipo depressivo.

Con il parto non nasce solo un bambino ma anche la nuova figura di madre che viene coinvolta in una riorganizzazione psicologica che Stern (1995) chiama "Costellazione Materna" indicando così tutte le nuove preoccupazioni e pensieri che ora vivono nella mente materna. La neomadre si trova di fronte a un grande cambiamento che genera molti dubbi: si chiede se sarà in grado di crescere il figlio -o i figli-, di dargli le giuste attenzioni, la cura di cui ha bisogno, di garantirgli la vita, inizia a pensare per due. Pian piano si crea l'immagine di questo bambino, fantastica su come sarà fatto, che personalità avrà, come sarà da grande e su come sarà il loro rapporto.

E non solo, in questo momento ci dice Stern la donna viene a contatto con la sé bambina accudita dalla propria madre e si ricongiunge alla sua figura di accudimento primaria come figlia andando a inserirsi in un triangolo che vede ai vertici la sua figura di madre attuale, quella di sua madre e lei come figlia, e il nuovo bambino concepito.

Dal punto di vista biologico, nel periodo dopo il parto si assiste a una importante elasticità celebrale con l'ispessimento degli assoni e l'aumento delle connessioni dendritiche. È un momento di transizione e riorganizzazione importante e come tale è caratterizzato da una forte fragilità e vulnerabilità della donna, per questo è importante prendersene cura.

È comune, nella narrazione contemporanea dell'esperienza del parto, che esso venga rappresentato come il periodo più florido della vita di una donna, la quale anche nella storia è spesso stata identificata con il nobile ruolo di procreatrice. Ma da indagine più approfondita è chiaro che questo si presenta come un periodo ambivalente, intriso di preoccupazioni e ansia non sempre bilanciate da uno stato di piacere ottimale e di sostegno alla cura.

È nella prospettiva psicodinamica che vengono colti i pensieri più profondi che attraversano la mente della donna in questo periodo: la neomadre è preoccupata rispetto alla cura e al mantenimento del figlio, si chiede se sta dando il suo supporto in maniera adeguata e se riuscirà a mantenerlo stabile nel tempo. I pensieri riguardano la storia personale di ognuna e riflettono in maniera soggettiva la condizione che la donna, in seguito al parto, dovrà affrontare.

1.2 Maternity Blues

Il post partum, noto anche come puerperio, indica il periodo successivo al parto in cui i cambiamenti fisici associati alla gravidanza si invertono, riportando la madre al suo stato pregravidico. Durante il post partum, oltre ai cambiamenti fisici, possono verificarsi anche cambiamenti ormonali che possono influire sullo stato emotivo della madre. In questo periodo può verificarsi il "baby blues" o "maternity blues"; in particolare c'è un crollo degli estrogeni e del progesterone e una notevole spossatezza sia fisica che mentale dovuta al travaglio e al parto.

Dura dai 7 ai 10 giorni circa e ha il suo picco intorno al terzo, in concomitanza con la montata latte. È detta infatti anche "crisi del terzo giorno".

La donna è turbata, il tono dell'umore è labile, le preoccupazioni e le ansie aumentano. In diverse testimonianze riportate nel saggio "Depressione Post Partum, Cause, Sintomi e Diagnosi" (Fanos, 2019) le donne descrivono questo momento come caratterizzato da forti crisi di pianto improvviso e inspiegate. Questa condizione, secondo i dati aggiornati del Ministero della Salute, colpisce il 70% delle donne e tende a recedere da sola in maniera naturale, è dunque una condizione transitoria che non compromette il funzionamento mentale e sociale.

Spesso in questo momento per alleviare i sintomi d'ansia e le preoccupazioni una pratica che viene svolta in molti ospedali è la *kangaroo care* o terapia *skin to skin* in cui si propone un contatto

prolungato con il neonato subito dopo la nascita. Dopo averlo lavato e sistemato il bambino viene adagiato sul petto nudo della madre. Entrambi poi vengono coperti con una coperta calda e lasciati insieme per almeno un'ora fino a dopo la prima poppata, comprende quindi l'allattamento al seno continuo che si svolge tenendo il bambino in una posizione eretta rispetto alla madre. Il contatto pelle a pelle può anche avvenire ogni volta che un bambino ha bisogno di conforto o di calmarsi e può aiutare ad aumentare la produzione di latte materno. In una ricerca svolta da Hanan A. Badr e Jaclene A. Zauszniewski nel 2017 viene confermato il ruolo importante che svolge l'ossitocina rilasciata in questo contatto madre bambino, e durante l'allattamento, in grado di alleviare sintomi depressivi. I risultati mostrano che l'aumento dei livelli di ossitocina porta a una diminuzione della depressione e dei sintomi d'ansia e può così facilitare un aumento della risposta materna al bambino e un maggiore legame.

Non sempre però questo è sufficiente a eliminare nella donna pensieri e preoccupazioni pervasive che potrebbero divenire un vero e proprio disturbo dell'umore se affrontato senza un adeguato supporto.

1.3 La depressione post partum

Nel DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) rientra per la prima volta nei disturbi dell'umore, con insorgenza specifica nel periodo postnatale, ma che vedremo può già insorgere anche prima del parto.

I sintomi che la caratterizzano sono anedonia, tono basso dell'umore, non sentirsi all'altezza del ruolo e una costante preoccupazione sullo stato del bambino e rispetto alla propria capacità di madre.

Il pensiero più profondo è colto dalla prospettiva psicodinamica che vede questo periodo così delicato alla luce delle pregresse relazioni che la madre aveva con il suo caregiver primario. Ai fini dell'accudimento e della comprensione dei bisogni del bambino la donna sperimenta internamente un processo regressivo che la riporta in contatto con le emozioni della propria infanzia.

Secondo la prospettiva psicodinamica, indicata nel saggio "Depressione Post Partum, Cause, Sintomi e Diagnosi" (Fanos, 2019), è inevitabile per la donna tornare con la mente al proprio vissuto infantile. La gravidanza è un periodo in cui si riattivano i conflitti e i vissuti della prima età, se questi sono stati attraversati positivamente portano alla donna un certo vigore nell'affrontare ansie e preoccupazioni spesso gestite in maniera ottimale e con il giusto supporto della propria madre, se invece l'identificazione con le proprie figure di attaccamento è negativa è più probabile che la donna abbia più difficoltà.

Un altro elemento importante e inevitabile che attraversa i pensieri materni giorno per giorno è un graduale processo di disillusione creato dall'inevitabile scarto fra il *bambino ideale* immaginato su cui ha fantasticato per nove mesi e il *bambino reale* che si ritrova ora davanti e la fatica di doverlo accudire.

1.4 I fattori di rischio

Di seguito vengono riportati fattori che possono concorrere allo sviluppo della depressione postparto.

I fattori di rischio sono molteplici e si intersecano a quelli protettivi per andare a creare la storia individuale di ogni madre. Non sono da cogliere nella loro singolarità come causa diretta ma nel loro insieme secondo un principio di causalità multifattoriale. È utile identificarli per muoversi in maniera preventiva.

Nel modello interpretativo di Di Blasio (2002) vediamo la distinzione in fattori distali e prossimali sia di rischio sia protettivi.

I fattori distali agiscono in maniera indiretta sulla salute materna, sono lo sfondo sui cui operano fattori più vicini e che coinvolgono la madre in prima persona ossia i fattori prossimali. I fattori prossimali si riferiscono a caratteristiche individuali e/o ambientali oppure a eventi che esercitano un'influenza diretta sulle relazioni che interseca la donna col bambino e le altre figure di accudimento.

I fattori di rischio distali individuati da Di Blasio sono:

1. basso livello di istruzione;
2. giovane età della madre;
3. famiglia monoparentale;
4. carenza di reti interpersonali e di integrazione sociale;
5. esperienze di rifiuto e/o violenza subite nell'infanzia;
6. sfiducia nelle norme e istituzioni sociali;
7. accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative;
8. accettazione della pornografia;
9. scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino.

i fattori prossimali:

1. psicopatologia dei genitori (avere alle spalle una storia di ansia o di depressione per esempio);

2. devianza sociale;
3. abuso di sostanze;
4. debole o assente capacità di assunzione delle responsabilità;
5. sindrome da risarcimento;
6. distorsione di emozioni e capacità empatiche; impulsività;
7. scarsa tolleranza alle frustrazioni; ansia da separazione; gravidanza e maternità non desiderate;
8. relazioni difficili con la propria famiglia e/o con quella del partner;
9. conflitti di coppia e violenza domestica;
10. malattie fisiche o disturbi alla nascita del bambino.

Sono viste come fattore di rischio anche certe caratteristiche di personalità della madre come tratti di perfezionismo e di controllo o una bassa autostima che può portare a svalutazione delle proprie abilità e preoccupazioni rispetto al nuovo ruolo di madre.

Questi stessi elementi posti in un polo positivo (quindi alta autostima, assenza di psicopatologie nei genitori, presenza di una rete di supporto) sembrerebbero invece favorire lo sviluppo di una buona relazione madre bambino e contribuire a un tono positivo e propositivo dell'umore materno fungendo dunque da protezione e supporto per la donna e la sua relazione con il bambino.

In linea con questi fattori proposti da Di Blasio vediamo uno studio svolto in Italia proposto e finanziato dal ministero della salute nel 2014. Nella Azienda Ospedaliera Ospedale Treviglio Caravaggio, nella ASL della provincia di Bergamo e nella ULSS di Treviso sono state indagate 567 donne partecipanti ai corsi preparto. In seguito a una formazione sui sintomi della depressione post partum sono state sottoposte a uno screening durante la 6° e la 12° settimana dopo la nascita del bambino mediante la compilazione del questionario EPDS. Con un punteggio superiore al cutoff scelto di 12 risultano positive il 7.4% delle donne.

Oltre a questo, viene proposto loro di compilare un modulo che chiedeva di fornire informazioni personali di tipo socio-anagrafico quali per esempio età, titolo di studio, condizione professionale, stato civile, condizioni economiche, convivenza con un partner e numero di persone che componevano il nucleo familiare e altre cinque variabili così raggruppabili:

1. informazioni relative al parto
2. informazioni sul periodo preparto e gravidanza
3. informazioni su eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi

4. informazioni sullo stato d'animo nella vita prima dell'attuale gravidanza
5. informazioni sul sostegno familiare e sociale percepito

I risultati finali ci mostrano che delle 74 donne risultate positive la maggior parte avevano avuto un umore depresso e sofferto d'ansia, potevano contare poco sul supporto psicologico, non avevano un buon sostegno da parte della famiglia e del partner; molte presentavano una bassa autostima di sé e riportavano di avere avuto da bambine una madre critica nei loro confronti. Un'altra caratteristica riscontrata è quella della presenza di un neonato con un temperamento incline al pianto che metteva spesso le donne in difficoltà.

Questi risultati non sono discordanti dalla letteratura fatta eccezione delle condizioni economiche indigenti che non emergono come fattore discriminante.

1.5 Cosa è successo durante la pandemia?

Durante gli anni della pandemia da COVID 19 (2019-2020), secondo i dati del Ministero della Salute, c'è stato un aumento esponenziale di casi di ansia e depressione nella popolazione dato dallo stato di emergenza e dalle numerose restrizioni in atto. La depressione post partum non si è sottratta all'aumento significativo dei casi in questo periodo. Il tasso dei disturbi d'ansia e di depressione post-partum è più che raddoppiato nei primi mesi del 2020.

In Italia, fra il 2019 e il 2022, è stato condotto uno studio su un campione di oltre 14.000 donne finanziato dall'Istituto Nazionale della Sanità i cui risultati sono stati pubblicati sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*. Le donne, che hanno aderito alla ricerca, sono state sottoposte a screening presso i servizi pubblici territoriali partecipanti al progetto.

L'ipotesi era che le misure di restrizione e isolamento introdotte per contenere la diffusione della pandemia, la preoccupazione di contrarre il virus, l'incertezza sulle possibili conseguenze del virus e le altre conseguenze pratiche potessero aver aumentato la vulnerabilità della donna in questo periodo.

Alle donne è stato chiesto di compilare un modulo per raccogliere alcune variabili sociodemografiche (età, livello d'istruzione, condizione lavorativa, stato civile, condizione economica), se c'erano state altre gravidanze precedenti o aborti, se la donna aveva sofferto negli anni precedenti di depressione o altri disturbi e infine se godeva di una buona rete di sostegno amicale e familiare. Poi è stato chiesto loro di completare il questionario EPDS. I risultati mostrano un aumento dell'11,6% nel 2019 e al 25,5% nel periodo compreso fra novembre 2021 e aprile 2022

Emerge dallo studio che nelle donne che non hanno potuto frequentare per causa della pandemia i corsi preparto fossero più inclini allo sviluppo di un disturbo d'ansia e di depressione. Questi corsi, infatti, in Italia sono stati sospesi per via delle restrizioni e le donne hanno così ridotto il loro incontro con le altre gestanti che sarebbe stato utile per "normalizzare" il loro stato d'animo. Inoltre, sono stati limitati anche gli accompagnamenti alle visite ospedaliere e alle ecografie che potevano offrire supporto e sostegno alle donne.

Fra questi dati colpisce la significativa riduzione del rischio nella categoria di donne casalinghe rispetto alle donne con un lavoro, probabilmente dovuto al maggiore senso di protezione che potevano offrire al figlio rimanendo a casa durante il periodo pandemico e alla minor possibilità di contrarre il virus. Le considerazioni però rispetto al loro basso status economico potrebbero in ogni caso spiegare il rischio di ansia.

Un altro studio, noto a livello internazionale, rispetto alla diffusione della depressione post partum durante la pandemia è stato svolto in Canada presso l'Università di Alberta (Davenport MH, Meyer S, Meah VL, Strynadka MC and Khurana R, 2020) e ha coinvolto 900 donne di cui 520 in dolce attesa e le restanti neomamme da meno di un anno.

L'indagine è la prima di questo tipo (rispetto alla numerosità del campione) ed è stata svolta tra il 14 aprile e l'8 maggio 2020 attraverso un sondaggio divulgato tramite i social network Facebook, Instagram e Twitter. Sono stati raccolti dati di carattere generale rispetto alle donne (età, livello di istruzione, condizioni di salute psicofisica generale) ed è stato chiesto loro di rispondere a una serie di domande focalizzate sull'attualità rispetto a come stavano vivendo il periodo di isolamento se a casa con lavoro senza lavoro da sole, se avevano avuto esiti positivi di tamponi o se avessero avuto dei sintomi positivi nell'arco dell'anno. Alle stesse donne è stato poi chiesto di compilare il questionario EPDS per indagare i sintomi depressivi e per l'ansia lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

I risultati sono stati senza dubbio a favore di un aumento dei sintomi, un punteggio EPDS >13 (indicativo di depressione) è stato autoidentificato nel 15% degli intervistati prima della pandemia e nel 40,7% in questa ricerca. Anche per l'ansia si è visto un aumento dal 29 al 72%. Secondo i ricercatori questo aumento potrebbe essere dovuto non solo all'isolamento e alle preoccupazioni date dallo stato di emergenza, ma anche dalla riduzione dell'attività fisica (segnalata da oltre 6 donne su 10) in grado di apportare benefici positivi sulla salute della mamma e del bebè.

In linea con questa ricerca ne è stata condotta un'altra in America a San Francisco (King LS, Feddoes DE, Kirshenbaum JS, Humphreys KL, Gotlib, 2023) che ha coinvolto molte donne (725)

nel 2020 e aveva come obiettivo di confermare l'ipotesi che fossero in aumento quelle con sintomi depressivi durante la pandemia. Le donne erano divise in due coorti: pre-pandemica di donne che avevano svolto la gravidanza precedentemente e l'altra che invece era in attuale stato di gravidanza o subito dopo il parto. Anche qui l'aumento è significativo e vede che il 50% delle donne durante la pandemia riportava sintomi di ansia e depressione.

Lo stesso studio è interessante perché divide le avversità di questo periodo in *fattori più oggettivi* che riguardavano le conseguenze pratiche ossia i cambiamenti che nel pratico aveva dovuto affrontare la donna a livello lavorativo e della vita di coppia; dall'altra parte lo *stress soggettivo* rispetto all'assistenza medica, assistenza sociale, il travaglio e il parto. Quello che notano è che le donne che rispondevano positivamente ai 10 items sullo stress soggettivo erano anche quelle che riportavano sintomi depressivi significativamente più frequenti e intensi.

CAPITOLO 2

LA RILEVAZIONE

Come abbiamo visto la depressione post partum è un fenomeno relativamente frequente, secondo i dati dell'ISS colpisce il 15% delle donne, e ciò ha portato nel tempo allo sviluppo di numerosi metodi per indagarla sia sottoforma di interviste sia di questionari.

Risulta impossibile in questa sede entrare nel dettaglio di ogni specifico metodo. Si è dunque deciso di focalizzare il lavoro sull'analisi di due di questionari, analizzandone le caratteristiche e l'evoluzione storica, in particolare: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* sviluppato da J. L. Cox, J. M. Holden e R. Sagovsky (EPDS) e *Postpartum Depression Predictors Inventory Revised* sviluppato da Cheryl Tatano Beck, DNSc, CNM, FAAN (PDPI-R).

2.1 *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox JL et al, 1987)*

L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* è sicuramente il questionario più utilizzato a livello mondiale per individuare la possibilità dello sviluppo di depressione nelle madri dopo il parto. È un questionario autodiagnostico, che si compila in soli 5 minuti, a 10 item: cinque che esplorano l'umore disforico, tre che esplorano l'ansia e due che valutano i sentimenti di colpa e i pensieri suicidari. Per ciascuno viene chiesto di rispondere su una scala Likert a 4 punti, da 0 a 3, dove 0 indica l'assenza del sintomo e 3 indica la sintomatologia più acuta, alla donna viene chiesto di fare riferimento agli ultimi 7 giorni. Una volta eseguito il test, i valori vengono sommati ottenendo così un punteggio che va da 0 a un massimo di 30: un risultato finale compreso fra 0 e 8 indica un basso rischio di sviluppare la depressione postnatale, da 9 a 12 un rischio medio, mentre, superiore a 13, la donna viene considerata a rischio elevato. La scelta di un cut-off più basso, pur permettendo l'identificazione di un numero maggiore di casi, evidenzerebbe anche un maggiore numero di falsi positivi; un cutoff più alto, ridurrebbe il numero di falsi positivi, ma rischierebbe di non riconoscere i casi di depressione. Come tutti i metodi di screening, la EPDS non può identificare tutte le donne con depressione e alcune donne con punteggi elevati non risultano clinicamente depresse. L'adozione di un cut-off ≥ 13 è inoltre consigliato per minimizzare il numero di falsi positivi. La caratteristica principale di questo strumento, che lo differenzia da altri comunemente usati per rilevare la depressione (ad esempio il *Beck's Depression Inventory*, Beck et al. 1996), è il fatto di non includere item che fanno riferimento a dolori di tipo fisico a causa della possibilità di confondere i sintomi somatici della depressione con normali sintomi fisiologici in questa circostanza. Inoltre, come vedremo nel paragrafo successivo, l'assenza di item che si riferiscono al bambino ha portato a validare il test anche nel periodo precedente al parto (Bergink et al, 2011).

La EPDS nasce verso la fine del secolo scorso: l'aumento dell'incidenza di questo disturbo spinse J.L. Cox, J.M. Holden e R. Sagovsky a creare la scala, con lo scopo di riconoscere il disturbo nelle neomamme e poter offrire loro l'aiuto adeguato. Ciò che ha inoltre mosso i ricercatori di Cambridge è stata l'assenza di uno strumento che fosse realmente in grado di cogliere la presenza del disturbo nella popolazione.

L'inventario che viene generalmente usato per misurare la gravità della depressione è il *Beck's Depression Inventory* (BDI, Beck et al. 1996), questionario composto da 21 item a scelta multipla che indagano i sintomi e atteggiamenti depressivi nelle ultime due settimane. Provando a somministrare il test alle donne subito dopo il parto e andando poi a confrontare la diagnosi con il colloquio clinico, solo alcune di esse risultavano effettivamente depresse; questo per via di alcuni sintomi somatici che sono presenti nelle in seguito al parto e non sono correlati necessariamente con il disturbo depressivo. Era dunque necessario uno strumento ad hoc che individuasse i sintomi depressivi slegati dalla componente somatica. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, infatti, la caratteristica dell'EPDS è proprio l'assenza di questa tipologia di item.

Nella costruzione del test i ricercatori decisero di selezionare le domande da altre scale, in particolar modo dalla *Scala di Irritabilità, Depressione e Ansia* (IDA) (Snaith et al., 1978), dall' *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983), e dalla *Scala dell'Ansia e della Depressione* di Bedford & Foulds (1978), aggiungendo anche item di loro ideazione. Infine, grazie anche alla consultazione con ostetriche e psicologhe, vennero selezionati i 13 che avevano la maggior probabilità di rilevare la depressione postnatale. Si effettuò allora un trial clinico su 63 donne di Livingston (per i dettagli si veda Cox, 1986) il quale rilevò che gli items riflettevano bene i sintomi, a eccezione di alcuni riguardanti l'irritabilità, che quindi vennero eliminati. Fu così che arrivarono alla scala definitiva formata da 10 item, la quale venne nuovamente testata su 84 donne di Edimburgo, da cui il test prende il nome. Fra queste, 72 erano già state individuate come potenzialmente depresse. Le donne che vennero prese in considerazione per questo studio erano tutte a 3 mesi dal parto, con un'età media di 26 anni. Il 75% aveva partorito in modo naturale e il restante tramite taglio cesareo. Delle 84 solo 6 erano single, le altre erano sposate o con partner fisso. Le classi sociali a cui appartenevano le donne erano varie. Venne chiesto loro sia di compilare il questionario, sia di sottoporsi a un colloquio psichiatrico semi strutturato per la diagnosi specifica di DPP. A questo punto furono confrontate le diagnosi di depressione con i risultati dell'EPDS e venne riscontrato che un punteggio di 12\13 al test corrispondeva alla diagnosi di depressione fatta dal medico. Non vennero inoltre riportati casi di falsi positivi, fatta eccezione per 4 donne con un punteggio di 12 al test alle quali però venne assegnata una diagnosi di altre problematiche di tipo psichiatrico.

Una volta individuate le neomamme che soffrivano di depressione i ricercatori proposero loro degli interventi di counseling e a distanza di due settimane gli riproposero nuovamente sia al test, sia il colloquio clinico. Le pazienti svolsero a casa entrambe le somministrazioni e gli operatori notarono che la presenza di altre persone nella stanza portava la donna ad amplificare o minimizzare le sensazioni descritte. Quello che emerge è che i miglioramenti nell'intervista corrispondevano ai miglioramenti nel test, e per quanto riguarda le interviste che rimanevano stabili è da notare che anche i test corrispondenti non subivano variazioni. L'EPDS dimostra dunque un'alta sensibilità al cambiamento e rivela anche un aumento della sensibilità e specificità della scala qualora la donna non sia da sola durante la compilazione. Per quanto riguarda le proprietà psicometriche sono stati condotti diversi studi, in questa prima ricerca Cox JL et al. (1987) riportano un'affidabilità split-half di 0.88 con un coefficiente alfa di 0.87. La versione italiana dell'EPDS

riporta una sensibilità di 0.556 ed una specificità di 0.989, associate ad un punteggio di 12 (Benvenuti et al., 1999) ed una buona coerenza interna, con alfa di Crombach = 0.747.

In conclusione, i ricercatori sottolineano che l'EPDS non sostituisce la valutazione clinica: un punteggio appena al di sotto del cutoff non indica in tutti i casi la totale assenza di depressione, il test serve per facilitare il processo diagnostico che non può però avvenire senza la consultazione del clinico.

2.2 Validazione EPDS durante la gravidanza (Bergink et al. 2010)

Come ho accennato nel capitolo precedente la depressione post-partum non è un fenomeno che colpisce esclusivamente dopo la nascita del figlio ma può verificarsi nella donna anche a partire dai primi mesi di gestazione. Questo tipo di manifestazione precoce è un campanello d'allarme per il possibile sviluppo di una depressione ancora più profonda dopo il parto; pertanto, scovandola agli albori, si può agire in maniera preventiva. È per questo che vennero fatti studi per verificare se il test EPDS avesse validità anche durante la gravidanza.

In particolar modo, in Olanda nel 2010, un copioso gruppo di ricercatori (Veerle Bergink, Libbe Kooistra, Mijke P. Lambregtse-van den Berga, Henny Wijnend, Robertas Buneviciuse, Anneloes van Baarf, Victor Pop) decise di somministrare l'EPDS a un campione di 820 madri a 12, 24 e 36 settimane di gestazione. In contemporanea (alle stesse donne) venne fatta una diagnosi di episodio depressivo maggiore utilizzando la versione breve dell'*Intervista Diagnostica Internazionale Composita* (CIDI): un'intervista diagnostica strutturata sviluppata per ottenere i dati necessari per la diagnosi psichiatrica secondo i criteri del DSM IV e dell'ICD-10. In seguito, vennero valutati anche i sintomi d'ansia e di somatizzazione delle donne mediante le sotto scale specifiche della *Symptom Checklist 90* (SCL-90). Quest'ultima è una scala self-report per valutare i sintomi psicopatologici sperimentati dalla paziente negli ultimi 7 giorni su una scala Likert a 5 punti. Gli esiti di queste due somministrazioni vennero poi confrontati con i risultati dell'EPDS, evincendo come fosse riuscito a identificare la metà delle donne depresse a 12 settimane, con un cutoff pari a 11, mentre a 24 e 36 settimane erano state individuate un terzo delle donne depresse, con un cutoff pari o superiore a 10.

Alla trentaseiesima settimana il test evidenziò un calo di sintomi depressivi nelle gestanti evidenziato dal test, si passò dal 5,6% di casi positivi alla 12° settimana al 3,4% alla 36°, mentre si verificò un aumento di sintomi ansiosi evidenziato dalla sub-scala SCL-90. Per questo i ricercatori raccomandano un cutoff più basso in prossimità del parto, il che potrebbe riflettere un cambiamento della neurobiologia alla base della depressione con l'avvicinarsi al termine della gestazione.

Il presente studio conferma quindi che l'EPDS è una misura valida per rilevare la depressione anche durante la gravidanza e non solo in seguito alla nascita del figlio, consigliando un cutoff più basso man mano che ci si avvicina al parto. I risultati raggiunti da Veerle Bergink, Libbe Kooistra et al. vennero pubblicati nel 2011 all'interno del *Journal of Psychosomatic Research*.

2.3 Validazione EPDS per i sintomi d'ansia (Swalm, Brooks, Doherty, Nathan, & Jacques, 2010)

Nel periodo del peri-partum non aumenta solo la possibilità di depressione nelle donne ma aumentano anche le problematiche di ansia, date le preoccupazioni legate al nuovo accudimento. Essendo l'EPDS il test di screening più utilizzato, nel 2010 Delphin Swalm, Janette Brooks, Dorota Doherty, Elizabeth Nathan, Angela Jacques, ricercatori australiani, decisero di indagare se potesse essere anche un buon rilevatore per i sintomi d'ansia. Lo studio venne condotto in Australia Occidentale e vi parteciparono 4833 donne alle quali venne somministrata la sottoscala per l'ansia presente nell'EPDS, già identificata dalle precedenti analisi fattoriali (Brouwers et al. 2001; Jomeen e Martin 2005). Queste ricerche suggeriscono che la sub scala dell'ansia è robusta e correla con le rilevazioni dello *State Trait Anxiety Inventory*, un inventario composto da 40 item che indaga sull'ansia di stato e di tratto (Spielberger et al. 1970).

Nell'EPDS si fa riferimento agli item 3, 4 e 5:

- "Le è mai stata diagnosticato un disturbo d'ansia?";
- "Ha sofferto di ansia durante la gravidanza in corso?";
- "In generale direbbe di essere una persona che si preoccupa?".

Questi, secondo le analisi, rispecchiano i sintomi d'ansia con un cutoff pari a 4 e hanno un'affidabilità interna accettabile allo 0.74 calcolato tramite l'indice di alpha di Crombach.

2.4 Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) (Beck CT, 1996)

Il secondo strumento su cui vorrei portare la mia attenzione è la *Postpartum Depression Predictors Inventory* (PDPI), frutto di un lavoro di meta-analisi condotto da Cheryl Tatano Beck nel 1996 (Beck CT, 1996).

La PDPI nasce, in questa prima versione, come intervista strutturata volta a indagare alcune aree specifiche che, se compromesse, potrebbero determinare una depressione postnatale. La forma dell'intervista favorisce il dialogo tra il medico e la paziente, permettendo la costruzione di una prima relazione di supporto per la donna.

In origine le aree indagate erano nove:

1. Depressione prenatale: la depressione durante la gravidanza è risultata essere uno dei più forti predittori di depressione post partum, può verificarsi durante uno o tutti i trimestri di gravidanza e, come abbiamo visto, può essere rilevata tramite il questionario EPDS.
2. Stress da cura dei figli: gli eventi stressanti legati alla cura dei bambini, fattori come l'insorgere di problemi di salute del neonato e difficoltà nella cura del bambino per quanto riguarda l'alimentazione e il sonno.

3. Stress di vita: indica l'insieme di eventi di vita stressanti, sia positivi che negativi, durante la gravidanza e il post partum che possono includere: cambiamenti coniugali, cambiamenti professionali, crisi di coppia e altri eventi (lutti, incidenti, furti...).
4. Supporto sociale: consiste nell'essere inseriti all'interno di una rete in grado di favorire sia aiuti pratici nella cura del bambino, sia un sostegno emotivo da parte di amici, parenti e del personale sanitario. Quando tutto questo manca la donna può sentirsi scoraggiata e non adeguata alla cura del figlio.
5. Ansia prenatale: può manifestarsi durante qualsiasi trimestre o durante tutta la gravidanza, è l'insieme di preoccupazioni che attraversa la donna per il nuovo ruolo di madre che dovrà ricoprire.
6. Soddisfazione coniugale: riguarda quanto la donna sia soddisfatta o meno del proprio rapporto col partner, quanto si senta felice e supportata. La mancanza di aspetti positivi nella relazione con il o la partner o il mancato supporto dell'altro genitore potrebbero danneggiare il benessere della donna;
7. Storia di depressione precedente: aver già sofferto di depressione può indicare una propensione della donna che quindi va tenuta sotto controllo.
8. Temperamento del bambino: indica le caratteristiche comportamentali innate nel bambino. Può per esempio trattarsi di un bambino difficile da consolare o con una forte propensione al pianto, o che potrebbe presentarsi come irritabile e/o imprevedibile; caratteristiche che possono mettere la madre in difficoltà.
9. Maternity blues: come illustrato nel primo capitolo si tratta di uno stato che la donna può attraversare nei giorni successivi al parto. Caratterizzato da crisi di pianto improvvise e forti preoccupazioni, tende a recedere spontaneamente. Qualora non succedesse nella donna potrebbe manifestarsi la depressione post partum.

Successivamente, sulla base di una metanalisi più aggiornata, condotta dallo stesso autore (Beck, 2001), sono stati aggiunti 4 item ulteriori:

1. Autostima: indica la valutazione complessiva che la donna ha di sé. Se l'autostima fosse bassa la neomamma potrebbe non sentirsi all'altezza del ruolo e avere una valutazione negativa delle proprie capacità, il che potrebbe portarla alla depressione.
2. Status socioeconomico: è il rango o lo stato della persona nella società, definito sia dal livello economico che dal livello di istruzione;

3. Stato civile: indica se la donna è single, sposata, convivente o divorziata.
4. Gravidanza indesiderata/non pianificata: è l'ultimo fattore e si riferisce alla pianificazione della gravidanza. Diversi studi hanno notato che portare avanti una gravidanza indesiderata può essere molto difficile per la donna, nella quale possono accrescersi ansie e preoccupazioni.

Con queste nuove aree l'intervista PDPI assume la forma dell'attuale *PDPI-Revised*. Dal momento che l'inventario si basa sui risultati di metanalisi, Beck raccomanda una revisione periodica in modo da includere altri dati significativi. Con la PDPI si passa dunque a un'analisi più profonda e qualitativa che restituisce aree specifiche riguardanti difficoltà soggettive, utili alla pianificazione di interventi.

2.5 Quando l'intervista diventa Questionario (Hanna et al. 2004)

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente il PDPI-R nasce come intervista semi strutturata e viene utilizzata dalle ostetriche formate e dal clinico per favorire l'incontro con le madri e rispondere in questo modo alla loro esigenza di essere ascoltate e comprese in questo periodo particolare. Nel 2004 però, per esigenze di ricerca, Hanna B, Jarman H, Savage S. decisero di chiedere agli autori la validazione degli item dell'intervista in una nuova forma di lista controllo somministrabile alle madri. Da questo momento la PDPI-R iniziò a essere utilizzata come check-list anche all'interno delle strutture ospedaliere.

Attualmente il questionario è composto da 39 domande riguardanti le aree sopra elencate, le ultime 7 sono specifiche per il postparto. Si chiede di rispondere agli item con un "sì" o "no", che assumono rispettivamente i valori numerici 0 e 1. I punteggi totali vengono in seguito sommati ottenendo così un valore compreso fra 0 e 32 per la versione prenatale e fra 0 e 39 nella somministrazione dopo il parto. Maggiore è il punteggio che si ottiene dalla somma dei risultati, maggiore è la probabilità che la donna possa sviluppare la depressione post partum (Beck & Rice, 2006).

Questo inventario nella sua nuova versione di questionario ha mostrato alte correlazioni con gli item EPDS, dimostrando così la validità degli item. Dopo questa validazione, verrà utilizzato in questa forma di check-list in numerosi studi successivi, come quello che verrà descritto nel prossimo paragrafo.

2.5 La frequenza dei fattori di rischio

Nel 2008 venne condotto uno studio nell'ambito della Perinatal Research and Screening Unit Study (PND-ReScU; Borri et al. 2008), una collaborazione in corso tra il Dipartimento di Psichiatria e il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP), della quale parleremo nell'ultimo capitolo, per identificare la frequenza dei fattori di rischio per la depressione post partum elencati nel PDPI-R.

La ricerca si svolse all'interno dell'AOUSP pisana e vide la partecipazione di 600 donne seguite in maniera prospettica al terzo e all'ottavo mese di gestazione e un mese dopo il parto, alle quali venne fatto compilare l'EPDS. Successivamente, qualora il cutoff fosse stato ≥ 13 , venivano sottoposte all'Intervista Clinica Strutturata per i disturbi di Asse I (SCID-1) secondo i criteri del DSM-IV (sviluppata da First et al., 1995) per confermare la diagnosi di DPP. Allora veniva loro somministrato il PDPI-R nella sua versione di checklist, con un cutoff scelto di 3,5 nella versione prenatale e di 5,5 nella versione completa. Per quanto riguarda la sensibilità del test risultò all'82%.

Emerse come i fattori più comuni fossero l'ansia prenatale (43,2%), la depressione prenatale (31,0%) e maternity blues subito dopo il parto (43,2%). Questi risultati sono in linea con le classifiche sui fattori di rischio (Ryan et al. 2005; Robertson et al. 2004) che li dividono in base alla dimensione del loro effetto in tre categorie: forte, moderato e piccolo. I più forti predittori di PPD sono l'esperienza di depressione o ansia durante la gravidanza o una precedente malattia depressiva. Lo stress della vita, la mancanza di supporto sociale e i problemi coniugali hanno invece un effetto moderato, mentre i fattori ostetrici e lo status socioeconomico hanno un effetto ridotto (Robertson et al. 2004).

CAPITOLO 3

PROGETTI E RICERCHE ATTIVE NEL TERRITORIO ITALIANO

Dopo aver descritto le problematiche e i dati legati alla depressione post partum e averne enunciato gli strumenti utili per favorirne la rilevazione, di seguito ci si soffermerà su alcuni progetti attivi nel territorio italiano. Lo scopo di quest'analisi è riferire una panoramica di quanto avviene nelle realtà ospedaliere italiane, prendendo come caso esemplare il progetto attivo nell'ospedale di Brescia e in quello di Padova. Per quanto riguarda la ricerca vedremo invece cosa si sta svolgendo presso L'AOU SP di Pisa.

A questo proposito, nel saggio *“Lacrime Cancellate, Perché è Urgente uno Sguardo Nuovo sulla Salute Mentale delle Madri”* di Emanuela Castello (2022), l'autrice svolge un lavoro molto accurato di raccolta dei diversi progetti attivi in Italia nell'ambito della perinatalità riportando anche storie di madri in difficoltà e interventi di psichiatri e psicologi che collaborano ai progetti. Nella mia tesi, per questioni di spazio e di tempo, non potrò riportarli tutti in maniera integrale, e mi soffermerò in modo particolare su tre, consigliando però la lettura completa del libro, che ha lo scopo di divulgare quali movimenti stanno attraversando l'Italia rispetto all'argomento.

Come si evince da questo testo, e in maniera ridotta anche da questo elaborato, non esiste una direzione univoca nazionale volta alla promozione della salute in ambito perinatale, ma viene attuata in maniera molto frammentaria e diversa per ogni provincia. Ciò porta a un divario abbastanza sentito dalle madri rispetto alla natalità: nel nostro paese partorire in un posto o in un altro può fare davvero tanto la differenza in quanto non viene dato ovunque un aiuto omogeneo.

3.1 Progetto Brescia: da dove nasce e in cosa consiste

Nell'università di Bristol nel 2012 venne condotta una ricerca su oltre 4.500 partecipanti (Pears et al., 2012), fra genitori e bambini, la quale ha dimostrato che i figli di donne che hanno sofferto di depressione durante e dopo la gravidanza hanno una maggiore probabilità di soffrirne entro i 18 anni di età (Pears et al., 2012). Questo per via di due motivi: da un lato per l'aumento del cortisolo nelle madri depresse, ormone dello stress, che danneggia il feto già dalla gestazione; dall'altro per la cura del neonato, che in queste circostanze diviene più assente e distaccata, che potrebbe avere un'influenza negativa sul legame di attaccamento. Come si può leggere nel documento dell'ASL di Brescia in cui vengono riportate le parole di Rebecca Pears, epidemiologia e ricercatrice presso l'università di Bristol: “Questi risultati suggeriscono che curare la depressione in gravidanza, indipendentemente dall'ambiente di provenienza, può essere la mossa più efficace per prevenire la depressione nei figli”. La stessa Pears spiega che le persone più adatte a curare la depressione in gravidanza sono i medici ginecologi, che sembrerebbero avere più influenza e contatto con la futura madre rispetto a psicologi e neurologi.

È a partire da questi risultati che l'ASL di Brescia nel 2014 si è mossa per creare un piano meticoloso di cura e sostegno alle donne nel periodo perinatale. Un piano che risulta vincente anche dal punto di vista economico in quanto -come riporta il documento-: “è dimostrato che interventi di prevenzione nei primi anni di vita, fra cui in particolare gli interventi domiciliari di sostegno alla genitorialità, sono più utili e meno costosi rispetto a interventi più tardivi finalizzati a rimediare situazioni ormai deteriorate nel bambino più grande o nell'adolescente”. (pp. 5, ASL Brescia, 2014).

Nel territorio bresciano sono presenti in tutto 29 Consultori Familiari, 15 pubblici e 14 privati, che operano in sintonia seguendo le linee operative predisposte dalla ASL. Nel 2012 l'affluenza ha toccato livelli altissimi, in tutto 42.423, spartiti fra pubblico e privato, e di questi utenti il numero più rilevante è rappresentato da donne e madri che chiedono di essere seguite nel percorso nascita. A seguito delle numerose richieste e delle conseguenti sollecitazioni da parte degli enti impegnati in questo settore, è stato avviato, in tutto il territorio, un percorso di collaborazione interistituzionale con l'obiettivo di costruire prassi operative comuni per la rilevazione di situazioni di fragilità materne e attivare la presa in carico della donna e della famiglia. Lo scopo è di offrire interventi omogenei in tutte le sedi sia pubbliche che private e promuovere il dialogo fra di esse.

Gli enti coinvolti in questo progetto sono:

- Consultori Familiari;
- Punti Nascita delle Aziende Ospedaliere;
- Pediatri di Famiglia;
- Medici di Medicina Generale;
- Servizi Sociali dei Comuni;

I Consultori Familiari sono in prima linea nell'accoglienza delle famiglie tramite un contatto diretto con le madri e i padri che qui possono rivolgersi per chiedere aiuto e promuovono consulenze e incontri formativi sia singoli che di gruppo rispetto alla genitorialità. Qui sono presenti inoltre gli psicologi che, qualora identifichino situazioni gravi della madre che possano compromettere la vita del neonato, hanno il compito di inviarla d'urgenza a una consultazione psichiatrica alla quale avranno accesso immediato senza lunghi tempi d'attesa.

Per quanto riguarda i punti nascita invece sono state riconfermate le prassi già in atto sulla “Dimissione protetta-integrata per la puerpera e il neonato” che consiste nello screening tramite EPDS delle madri ricoverate e la conseguente assistenza a coloro che riportano situazioni di rischio. La donna rimane in contatto con le ostetriche che la reindirizzeranno ai consultori in caso di bisogno.

Anche il pediatra di famiglia svolge un ruolo importante in questa collaborazione: è infatti un punto

di riferimento per le madri nei primi anni di vita del bambino. L'invito che viene fatto a questa figura professionale, specialmente nelle cinque visite che vengono svolte nel primo anno di vita del bambino, è di effettuare indagini anamnestiche non solo in ambito strettamente patologico-sanitario ma anche rispetto alla storia familiare e alla condizione attuale della madre e del padre al fine di individuare possibili situazioni di disagio. In queste visite centrale è l'ascolto rispetto alla condizione materna, e, se vengono individuati fattori di rischio, è compito del medico indirizzare la donna verso i consultori presenti nella zona per ricevere un sostegno ancora più mirato e personalizzato.

Un'altra figura a contatto con la famiglia è il medico di base che conosce la storia dei singoli componenti del nucleo familiare ed è informato rispetto alle patologie sia fisiche che psichiatriche che potrebbero compromettere la relazione con il bambino.

Infine, ci sono i Servizi Sociali del Comune che seguono diverse situazioni familiari in difficoltà, sia con problemi economici che di integrazione a livello locale. Quando questi servizi entrano in contatto con situazioni a rischio o già fortemente danneggiate si attivano nella creazione di progetti di sostegno coinvolgendo l'equipe consultoriale locale. In questo caso possono essere coinvolte anche associazioni di volontariato presenti nel territorio che possono offrire supporto e sostegno alle famiglie con neonati.

Gli enti comunicano fra di loro tramite mail in via ufficiale, ma nel tempo la rete si è resa sempre più unita e fitta favorendo così il contatto diretto e umano anche fra gli operatori che lavorano nei servizi sopra citati in modo da creare una comunicazione più informale e veloce che fa sentire la donna accolta in un'organizzazione unita di ascolto e non disgiunta. Un ruolo fondamentale infatti viene dato alla relazione che si instaura con la madre, la quale favorisce la motivazione alla cura e al miglioramento e può portare a un maggiore coinvolgimento dei percorsi proposti.

Un'altra novità è infine la forte collaborazione fra servizi pubblici che collaborano con centri privati che si occupano di nuclei familiari, in particolar modo i "Centri di Aiuto alla Vita", con questi la ASL ha sottoscritto un accordo per la condivisione di progetti di intervento per le famiglie con figli entro il primo anno di vita.

Una delle prime direzioni in cui l'ASL bresciana si è mossa, ancora prima di creare questa rete, è stata la formazione ad hoc di tutto il personale presente nei consultori e negli ospedali rispetto ai rischi della maternità e della genitorialità, in modo da facilitare il riconoscimento dei fattori di stress e poter attivare la prevenzione e il supporto il prima possibile secondo le linee guida sempre dettate dalla ASL. È stato chiesto agli operatori di essere in grado di riconoscere fattori di rischio specifici sia distali che prossimali ripresi dalla distinzione effettuata da Di Blasio e Acquistapace (2004), che li suddividono in fattori distali e prossimali, come riportato nel primo capitolo di

questa tesi.

Il consiglio ai medici e alle ostetriche è di valutare questi fattori in relazione anche ai fattori protettivi che possono salvaguardare certe situazioni, fra questi abbiamo: buone capacità empatiche, forte motivazione al miglioramento, supporto sociale adeguato, autonomia economica, buone capacità di gestire i conflitti.

La linea guida è di attivare l'intervento di sostegno al nucleo familiare dopo aver rilevato almeno tre indicatori di rischio oppure quando anche solo uno manifesta una tale gravità da indurre i medici a una presa in carico immediata. L'invio viene fatto agli operatori dei consultori che svolgono la funzione di centro di controllo occupandosi di reindirizzare le madri e le famiglie presso il gruppo o il centro che può dargli l'aiuto più adeguato.

Da questo progetto si può notare come una delle prime direzioni in cui la ASL di Brescia si è mossa sia stata la formazione del personale, una formazione ad hoc adeguata sia sui contenuti che riguardano la condizione materna e paterna sia sulle prassi da seguire per offrire il sostegno più conforme alle esigenze familiari.

Ed è proprio a questo proposito che per sottolineare l'importanza di questa prima e fondamentale mossa compiuta dalla ASL bresciana riporto le parole di Alessandra Bramante, psicologa e psicoterapeuta fondatrice e presidente della Società Mercè Italiana per la Salute mentale perinatale, che nella sua introduzione al Congresso Nazionale tenutosi a Padova nel 2018 sulla "Salute Mentale Perinatale" disse:

"Anche se la depressione perinatale è oggi riconosciuta come una delle complicanze mediche più comuni durante la gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, troppo spesso è sotto-diagnosticata. Ma la depressione e l'ansia perinatale non identificate e, quindi, non trattate, possono avere gravi conseguenze non solo sulla la donna, ma anche sul neonato, sulla relazione mamma-neonato e sull'intera famiglia.

Alla luce di tutto ciò appare evidente la necessità di investire economicamente in progetti di prevenzione per identificare precocemente le donne a rischio di psicopatologia perinatale. In particolare, visto anche lo stigma associato alla sofferenza psichica collegata alla nascita di un bambino, siamo noi operatori che dobbiamo essere formati per poter identificare queste donne e prenderle in carico. La formazione ha un ruolo fondamentale e costituisce una delle "mission" principali della Società Mercè Italiana per la Salute Mentale Perinatale. Il secondo congresso nazionale della Mercè Italiana nasce da questa esigenza e la presenza di illustri ospiti stranieri, che da molti anni si occupano di psicopatologia perinatale non può che arricchire tutti i soci che saranno presenti all'evento" (Padova 12 maggio

2018)

3.1 Progetto attivo presso l'ospedale di Padova e l'importanza dello screening

Un po' meno documentato, ma comunque presente, è il progetto che è stato attuato in tutta la Regione del Veneto riguardante la prevenzione e la cura delle madri dopo il parto. Il protocollo dal nome "Misure afferenti alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum" è stato attivato nella regione nel 2018 e con tempi diversi ogni ospedale ha deciso di aderirvi. A Padova è stato avviato a settembre 2022, motivo per cui è difficile reperire i dati che sono ancora in fase di raccolta. Il progetto si svolge all'interno dell'ospedale e vede la puerpera come protagonista. Come prima cosa è stato attuato un piano di informazione e divulgazione rispetto alla depressione post-partum e altri sintomi che possono riguardare la madre in questo periodo tramite la distribuzione di brochure cartacee ed una campagna territoriale informativa basata sulla diffusione di piccoli manifesti. Il messaggio che si cerca di trasmettere è che la maternità e l'arrivo di un figlio sono sicuramente un passo importante e di grande felicità per la donna e per la famiglia, ma non sono solo questo, è importante mettere in luce la presenza anche di un altro lato della medaglia che riguarda le preoccupazioni, le contraddizioni, l'umore negativo che possono colpire la donna in questo momento e avere un peso tale da ostacolarla nella sua cura del bambino. Leggendo diverse testimonianze e tramite il dialogo con alcune ostetriche dell'ospedale, è emerso frequentemente che le donne non si sentono legittimate a provare queste sensazioni negative, si sentono sole, credono di essere le uniche in tale situazione e provano un senso di colpa enorme nel non aderire alle aspettative altrui e ai luoghi comuni sulla mamma felice dopo il parto. Lo scopo della divulgazione è proprio iniziare a creare un terreno di dialogo e svelare che questa condizione esiste, non è un problema e può essere affrontata tramite la condivisione e il supporto. Una volta conclusa questa formazione, la donna viene seguita dalle ostetriche durante il parto le viene fatto compilare il test EPDS, strumento valido e veloce, al fine di individuare il prima possibile donne a rischio. Successivamente, alle madri che presentano cutoff abbastanza elevati (superiori a 9\10), viene proposta una presa in carico da parte di un clinico.

La prassi qui riportata di sottoporre al test ciascuna delle neomamme assume il nome di "processo di screening" ed è assai importante per la rilevazione precoce del sintomo, e soprattutto per l'individuazione della sintomatologia depressiva nelle madri che non si sarebbero rivolte al clinico di propria volontà, nonostante il disagio percepito. A parlarne sono Rosa Maria Quatraro e Pietro Grussu, due degli studiosi italiani nell'ambito della perinatalità con fama internazionale, i quali riportano la definizione di screening nell'ultimo capitolo del loro saggio dal titolo "Psicologia Clinica Perinatale, dalla Teoria alla Pratica" (pp 500):

“Lo screening è un processo di identificazione, nella popolazione apparentemente sana, di coloro che potrebbero essere a rischio di un disturbo o di una patologia. Devono essere offerte a chi partecipa informazioni, test aggiuntivi e trattamento appropriato per ridurre il rischio e/o qualunque complicazione che può derivare dal disturbo o dalla patologia” (National Screening Committee, 2013, pp. 5)

I ricercatori riportano che l'importanza dello screening in questa precisa fase della vita deriva dalle conseguenze che la depressione materna può avere sul feto, in quanto la donna con questo tipo di problematica potrebbe avere difficoltà a interagire col bambino e gli altri componenti familiari, non garantendo il necessario accudimento. Lo screening viene effettuato dal medico o dall'ostetrica tramite un dialogo di questo tipo: «È prassi per noi in questo ambulatorio chiedere a tutte le donne in gravidanza cosa stanno provando emotivamente. Ci interessa conoscere un po' di cose circa la sua salute dal punto di vista emotivo» (Grossu, 2018, pp. 507) o tramite la compilazione di questionari veloci che richiedono approssimativamente 5 o 10 minuti per essere completati, quali per esempio EPDS o PDPI-R visti nel capitolo precedente. Come già ricordato questi strumenti non sono diagnostici, ma utili a evidenziare un rischio e ad allertare il clinico rispetto al fatto che la donna sta provando alti livelli di sintomi stressanti che possono indicare una depressione in atto. Infine, non si può parlare di screening se la compilazione dei test non è inserita all'interno di programmi che garantiscono la presa in carico delle donne il cui tono dell'umore viene considerato di tipo depressivo o con tendenze psicotiche.

Per concludere, tornando al progetto finanziato dalla Regione Veneto, da un'intervista con l'ostetrica Cristina Panizzi che lavora presso la USL di Padova nel reparto nascite, è emerso quanto lo screening permetta alle ostetriche il contatto ravvicinato con la madre e il sostegno che passa anche solo dall'ascolto della donna che sente il bisogno di parlare e cercare conforto.

L'ostetrica sottolinea però anche una problematica non indifferente ossia la mancanza di tempo a disposizione delle ostetriche per prestare la giusta cura e attenzione alle madri. “Ci sarebbe bisogno di più personale e di più tempo, per non ridurre la compilazione del test a un lavoro distaccato e frettoloso fatto solo come prassi e non come primo passo di cura”. Da quello che sostiene la Dott.ssa Panizzi l'evoluzione data dalla somministrazione del test EPDS a tutte le madri è arrivata ma senza che le risorse per poterla compiere in maniera ottimale fossero attive e presenti.

L'ostetrica riferisce che il lavoro viene svolto nel migliore dei modi e con tutta la sensibilità e l'empatia possibile da parte del personale di cui lei fa parte, ma a volte la mancanza di tempo non permette loro di stare troppo tempo con le madri che invece avrebbero bisogno di ancora più supporto; questo avviene a causa della mancanza di personale sanitario che possa seguire adeguatamente tutte le puerpere.

Le donne generalmente sono sorprese e felici di essere sottoposte a questo tipo di trattamento in quanto il fatto di effettuare uno screening e proporre un aiuto permette di velocizzare la presa di coscienza della donna della sua situazione e sottrarla dalla condizione più difficile di doversi muovere per chiedere aiuto. Molte donne faticano proprio in questo per cui è ottimale che la proposta gli venga fatta da fuori in maniera tranquilla e professionale.

3.3 Perinatal Depression Research And Screening Unit (PND- ReScU): la ricerca che si svolge a Pisa in ambito perinatale.

Anche Pisa è una città che negli ultimi anni sta facendo passi da gigante per quanto riguarda la ricerca in ambito perinatale. A partire dal 2004 presso il Dipartimento di Psichiatria dell'Università si è costituita un'equipe di ricerca composta da medici, psichiatri e psicologi che, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia (Unità Operative I e II) e l'Unità Operativa di Psicologia (Azienda Sanitaria Locale 5), si propone l'obiettivo di prevenire, individuare e gestire la psicopatologia del periodo perinatale. Il progetto vede la collaborazione con istituzioni internazionali, in particolar modo con l'università di Pittsburgh, Columbia (New York) e California (San Diego), che ha permesso di realizzare vari progetti e scrivere diverse pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali. Gli obiettivi primari del Perinatal Depression Research Screening Unit sono stati quelli di valutare l'efficacia di uno screening per l'identificazione precoce ed il trattamento dei disturbi di ansia e dell'umore nel periodo perinatale e di definire una batteria di strumenti facilmente utilizzabili in un ambito di prevenzione primaria.

La collaborazione fra i diversi dipartimenti e la particolare attenzione data dalla ricerca in questo ambito ha permesso di sviluppare un percorso di assistenza e cura alla madre denominato "Percorso Nascita" che inizia con il ritiro, presso i consultori del territorio, del "Libretto di Gravidanza", che, oltre a una piccola introduzione sulla salute perinatale, riporta tutti gli esami periodici da effettuarsi durante la gestazione. Le prestazioni previste dal Libretto sono gratuite e assicurano il monitoraggio della gravidanza fisiologica.

L'intera equipe consultoriale accompagna la donna durante tutto il percorso, sostenendola fisicamente ed emotivamente. In alcuni consultori sono presenti, inoltre, i mediatori culturali che aiutano le donne straniere ad orientarsi in un paese che ha pratiche e strutture diverse da quello di origine.

Il centro di ricerca si dirama dunque in tre attività principali: la ricerca, su cui si fonda il progetto; la formazione alla quale vengono sottoposti periodicamente tutti gli operatori sanitari degli ospedali e dei consultori; e l'assistenza alle madri nel periodo di gestazione e dopo il parto.

A condurre e coordinare il progetto è il professor Mauro Mauri, docente di psichiatria dal 1996 e

direttore della U.O. Psichiatria 2 Universitaria presso l'AOUP; è inoltre membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia (SINPF) e della Associazione Italiana affiliata all'International Society for Bipolar Disorder (ISBD) ed è famoso per le diverse pubblicazioni scientifiche su riviste di alto rilievo nazionale e internazionale.

Dunque, possiamo dire che Pisa è uno dei centri più all'avanguardia in Italia per quanto riguarda la ricerca in ambito perinatale.

Per concludere, sempre nella stessa città, all'interno del progetto PND-ReScU, negli ultimi anni, è stata inglobata l'associazione Oramamma, fondata a Firenze nel 2015 dalla psicologa Camilla Corezzi, che si arruola in prima linea nella divulgazione e prevenzione rispetto allo sviluppo della psicopatologia in ambito perinatale, offrendo un sostegno fisico ed emotivo concreto alle madri durante il percorso di gravidanza e dopo il parto. In Oramamma lavorano psicologi, psicoterapeuti e psichiatri esperti di perinatalità che offrono sostegno e consulenza gratuitamente.

Conclusioni:

L'Italia rimane uno dei paesi più arretrati rispetto alla promozione del benessere della neomamma nel puerperio: qui, infatti, la donna viene seguita medicalmente nel periodo precedente alla nascita del bambino tramite corsi di preparazione al parto e visite ginecologiche, ma spesso, dopo il congedo dall'ospedale, l'assistenza si interrompe.

Diverso è in altri paesi, come per esempio la Germania, dove le madri sono seguite da ostetriche durante il periodo di allattamento con visite domiciliari, le quali offrono un supporto sia pratico che emotivo alla donna. Oltre a questo, in Germania, è assai efficace anche la protezione lavorativa data dalla legge della maternità "Mutterschutzgesetz" (MuShtG) che garantisce il posto di lavoro alla donna al rientro del periodo di maternità e può durare fino a un massimo di 3 anni coinvolgendo, allo stesso modo, la figura paterna.

Un altro paese in Europa, che merita di essere citato per i diritti e le tutele a favore dei neogenitori, è la Svezia, il primo che ha previsto fin da subito il congedo sia materno che paterno e l'assistenza ostetrica postnatale. Il congedo -conosciuto come "*föräldraledighet*"- è di 480 giorni ed è previsto anche per le coppie omosessuali. Un sistema decisamente moderno che consente non solo di far stare insieme la neofamiglia nelle prime settimane, ma anche di organizzarsi, successivamente, in modo autonomo sulla base delle esigenze lavorative sia della mamma che del papà (Yale School of Public Health, 2018).

Queste condizioni pongono la donna in una posizione più protetta rispetto a quella italiana, più precaria, in cui la maternità porta con sé la paura della perdita del lavoro e pone ancora, per la maggior parte, la sua fiducia nell'ausilio dei nonni paterni e materni nell'accudimento dei figli (Minello 2022)

L'assenza di assistenza e la scarsità di tutele volte al sostegno della madre dopo il parto può mettere la donna in una situazione di disagio e insicurezza provocando un senso di paura nei confronti del futuro che si manifesta, spesso, con sintomi di ansia e di depressione. Laddove manca, dunque, l'ausilio adeguato la maternità risulta un'impresa ancora più ardua che spesso si scontra con le proiezioni comunemente attribuite a questo periodo.

Lo scopo di questa tesi è di mettere in luce l'altro lato della medaglia rispetto alla salute della donna in ambito perinatale e riflettere sui modi attraverso cui viene rilevata la depressione post partum. Come si può evincere a partire dal primo capitolo la nascita di un figlio non è sempre un periodo sereno come da molti viene dipinto, ma si colora diversamente di donna in donna e prende forma dall'intersezione di attributi personali di ciascuna con le peculiarità di tipo culturale e normativo

inerenti alla maternità del paese in cui vive. È un periodo di transizione importante che ognuna affronta a suo modo e che spesso viene appiattito da un dialogo comune che non mette in risalto le differenze e le difficoltà personali ma tende a esaltare le uguaglianze e a stigmatizzare la donna a portare con sé il sorriso anche quando non le si addice, anche quando il suo umore è invece triste e preoccupato. Questo tipo di ricerca è volto a sollecitare e legittimare ogni tipo di reazione personale e soggettiva all'evento della maternità e far riflettere rispetto alla mancanza di ausilio adeguato fornito alle donne che spesso si ritrovano sole, il quale si riflette nel calo di nascite fornito dall'Istat degli ultimi anni. La tesi è strutturata in un andamento ascendente che parte dall'individuazione del problema, ossia l'insorgenza della psicopatologia in ambito perinatale, passa allo sviluppo dei test creati per la rilevazione delle sintomatologie più acute e per l'individuazione dei fattori di rischio, e infine giunge alle proposte più pratiche di conforto e sostegno analizzando tre diversi progetti che offrono cura e prevenzione alle neomamme prima e dopo il parto.

Come documentato dallo scritto "Le Equilibriste, la maternità in Italia 2022" di Save the Children (2022) in Italia è assente un percorso di nascita strutturato che garantisca alla madre un'assistenza ostetrica dall'inizio della gestazione fino al periodo di allattamento e uno screening prenatale volto a una valutazione socioeconomica che permetta di individuare, fin dall'origine, eventuali fragilità del nucleo familiare. I consultori, inoltre, non seguono direttive comuni su tutto il territorio e andrebbero rafforzati garantendo la presenza di figure professionali adatte a far fronte alle nuove necessità familiari.

Secondo anche quanto riportato nel documento, risulta necessaria un'azione nazionale volta al sostegno delle neomamme alle quali venga concessa la possibilità di usufruire, se necessario, di un'assistenza domiciliare durante il periodo postnatale per promuovere l'allattamento, il supporto psicologico, l'iscrizione al nido e un eventuale aiuto materiale e sociale.

Concludendo, è in questa direzione che UNICEF (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), ente volto a tutelare i diritti dell'infanzia in Italia, ha deciso di operare promuovendo "Ospedale Amico dei Bambini e delle Bambine" (BFHI - Baby-Friendly Hospital Initiative) progetto che garantisce alle madri e ai neonati cure e supporto adeguato durante e dopo la loro permanenza in ospedale. Tale percorso può essere avviato dai punti nascita sia pubblici che privati e ha come scopo il miglioramento dell'assistenza generale fornita alla madre e il sostegno durante l'allattamento (UNICEF 2019).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:

Badr, H., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 179–183.

Daniela Pecchi (2021). “Al di là della gioia, il lato nascosto di essere madre” (pp. 5-6)

Daniel Stern (1995). “La Costellazione Materna” (pp.115-120)

Massimo Ammaniti, Silvia Cimino, Cristina Trentini (2010). “Quando le madri non sono felici, la depressione post-partum”

Vassilios Fanos, Thamianos Fanos (2013). “La depressione post-partum, cause sintomi e diagnosi”

ASST Spedali Civili di Brescia, 2017 “Fragilità in area materno-infantile: procedura operativa disagio psicologico perinatale”

Mirabella, F., Michielin, P., Piacentini, D., Veltro, F., Barbano, G., Cattaneo, M., ... & Gigantesco, A. (2014). Positive screening and risk factors of postpartum depression in women who attended antenatal courses. *Rivista di Psichiatria*, 49(6), 253-264.

Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms are not OK: COVID-19 and maternal mental health. *Frontiers in global women's health*, 1.

Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of

the COVID-19 pandemic on women’s mental health. *Archives of women's mental health*, 23, 741-748.

King, L. S., Feddoes, D. E., Kirshenbaum, J. S., Humphreys, K. L., & Gotlib, I. H. (2023). Pregnancy during the pandemic: the impact of COVID-19-related stress on risk for prenatal depression. *Psychological Medicine*, 53(1), 170-180.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., Van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of psychosomatic research*, 70(4), 385-389.

Swalm, D., Brooks, J., Doherty, D., Nathan, E., & Jacques, A. (2010). Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*, 13, 515-522.

Beck, C. T., Records, K., & Rice, M. (2006). Further development of the postpartum depression predictors inventory revised. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), 735-745.

Hanna, B., Jarman, H., & Savage, S. (2004). The clinical application of three

screening tools for recognizing post partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 72-79.

Oppo, A., Mauri, M., Ramacciotti, D., Camilleri, V., Banti, S., Borri, C., ... & Cassano, G. B. (2009). Risk factors for postpartum depression: the role of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit (PNDRScU) study. *Archives of women's mental health*, 12, 239-249.

Emanuela Castello, 2021 “Lacrime cancellate, perché è urgente uno sguardo nuovo sulla salute mentale delle madri”.

Regione Lombardia, ASL di Brescia, 2014 “Percorso integrato per il sostegno della maternità e paternità fragile”.

Rosa Maria Quatraro, Pietro Grussu, 2018 “Psicologia Clinica Perinatale, dalla Teoria alla Pratica” (pp. 500).

Progetto esecutivo 2017 “Misure afferenti alla prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum”.

Congresso Nazionale Padova, 12 Maggio 2018, “sulla Salute Mentale Perinatale: dalle attuali politiche socio-sanitarie italiane alle attività dei servizi offerti alla popolazione”.

Ministero della salute, 2 Marzo 2023, Depressione post Partum
<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?>

[id=4496&area=Salute
%20donna&menu=patologie](https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4496&area=Salute%20donna&menu=patologie)

Perinatal Depression Research And Screening Unit (PND-ReScU), 2015

[https://
depressionepostpartum.wordpress.com/](https://depressionepostpartum.wordpress.com/)