



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Corso Di Dottorato Di Ricerca In Medicina Dello Sviluppo E Scienze Della
Programmazione Sanitaria

Curriculum in Scienze della programmazione sanitaria

CICLO XXXIV

Valutazione dell'impatto delle azioni intraprese attraverso un programma regionale di supporto alla salute mentale materna

Coordinatore: Ch.mo Prof. Gianni Bisogno

Supervisore: Ch.ma Prof.ssa Paola Facchin

Dottorando: Dott.ssa Elisa Boscaro

*Una dedica speciale a P.F., ringraziandola per la
tenacia, la forza e l'onestà
che ha saputo trasmettermi ed insegnarmi,
imprescindibili nella vita e in questa professione,
ma soprattutto la ringrazio per la visione lucida e
approfondita del mondo, che infinitamente ammiro.*

Grazie

Sommario

1.	Riassunto.....	5
2.	Premessa.....	9
3.	Introduzione	12
a.	Patologia mentale in gravidanza	12
1.	Disturbi d’ansia.....	13
2.	Disturbo Depressivo in epoca perinatale	14
3.	Psicosi puerperale	17
4.	Disturbo bipolare	18
5.	Disturbo da uso di sostanze e disturbo da uso di alcol	19
b.	Fattori di rischio	22
c.	Esiti di salute nella donna	25
d.	Esiti di salute nel bambino	27
e.	Modalità di trattamento della depressione materna	31
f.	Perché parlare di prevenzione	35
g.	Progetto sulla Depressione Perinatale di Regione Veneto.....	37
4.	Scopo Della Tesi	43
5.	Materiali e Metodi.....	45
6.	Risultati	54
7.	Discussione	91
8.	Bibliografia	94
9.	Allegati.....	105

1. Riassunto

Abstract

La salute mentale materna in epoca perinatale è un tema di salute pubblica che deve avere un'attenzione prioritaria. Un mancato riconoscimento di un disturbo mentale perinatale può avere conseguenze infauste sul neonato, sulla donna e sulla loro famiglia. Purtroppo la patologia è decisamente poco riconosciuta, sia per una scarsa identificazione da parte dei servizi, sia per una scarsa ricerca di aiuto da parte delle donne, dovuta allo stigma nell'ambito della patologia mentale oltre che alla mancanza di informazione sul tema. In letteratura sono noti diversi fattori di rischio per lo sviluppo di depressione perinatale e sono, inoltre, disponibili test di screening, come ad esempio l'EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale, per individuare precocemente le donne più a rischio di sviluppare depressione perinatale. Infatti, ci sono evidenze che dimostrano l'efficacia di diversi trattamenti, da applicare in base alla complessità del singolo caso, che sono tanto più efficaci quanto più precocemente vengono intrapresi; questi vanno da interventi psicosociali quali visite domiciliari di monitoraggio e supporto, terapie psicoterapiche, individuali o di gruppo, fin' anche a terapie farmacologiche che si sono dimostrate, laddove necessarie e assunte sotto lo stretto monitoraggio di specialisti, sicure e vantaggiose nella valutazione rischio/benefici per la donna e il bambino. In regione Veneto è stato attivato uno specifico programma di screening nell'ambito del Progetto sulla Depressione Perinatale, universale, cioè proposto a tutte le puerpere ricoverate per il parto, effettuato con un test combinato (EPDS + questionario sui fattori di rischio), supportato da un sistema informativo basato su un algoritmo per il calcolo del rischio di sviluppare depressione e utile strumento di raccolta dati. Le donne grazie allo screening vengono suddivise in tre gruppi di rischio, alto, medio e basso, in base ai quali si differenziano i percorsi di presa in carico. E' stata realizzata un'ampia formazione degli operatori coinvolti su base regionale.

Scopo di questa tesi è valutare l'impatto delle azioni intraprese nell'ambito del progetto regionale, dalla formazione degli operatori, all'andamento dello screening nei primi quattro mesi di attività, all'efficacia del test combinato.

Materiali e metodi: sono state realizzate diverse analisi descrittive e multivariate utilizzando i dati raccolti durante la formazione, riguardanti i partecipanti ai corsi; inoltre sono stati analizzati i dati raccolti tramite il sistema informativo, relativi allo screening. Per verificare la presenza di patologia psichiatrica nei mesi successivi allo screening, nei flussi correnti regionali sono state rintracciate eventuali diagnosi psichiatriche a carico delle donne sottoposte a screening o uso di psicofarmaci. Si è condotta, infine, una sensitivity analysis del test utilizzato per condurre lo screening.

Risultati: Hanno partecipato alla formazione 1723 operatori sanitari operanti nel sistema sanitario del Veneto. Il 98% dei corsisti esprime un buon gradimento dei corsi. Il gruppo più numeroso è quello delle ostetriche, operatori maggiormente coinvolti nel progetto, che si sono dimostrate interessate all'argomento e hanno completato nel 93% dei casi la formazione. Sono stati eseguiti 6.233 screening su 10.829 parti avvenuti da settembre a dicembre 2020. L'aderenza allo screening è del 70% dopo i primi 4 mesi di implementazione (con trend crescente da settembre a dicembre). A livello regionale, il 7.6% delle donne sono state classificate ad alto rischio di sviluppare una depressione perinatale, mentre il 7.5% risultano essere a medio rischio. Il 2.2% delle donne sottoposte a screening si sono rivelate patologiche. Mediante la sensitivity analysis, dal confronto delle curve ROC, si è potuto dimostrare che l'utilizzo del test combinato è più efficace rispetto all'uso del solo EPDS, perché permette di ottimizzare sensibilità e specificità dello screening.

Abstract

Perinatal mental health is a public health issue, which deserves priority attention. Failure to identify perinatal mental disorders can result in dire consequences for the newborn, the woman, and their family. Unfortunately, such diseases are not detected as often as they should be. Causes are manifold: surely women seldom ask for help because of the stigma in the field of mental pathology, as well as for lack of information on the subject. In literature, a lot of papers point to the risk factors for the development of perinatal depression, and screening tests are also available, such as the EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale, to identify the women most at risk of developing perinatal depression at an early stage. In fact, the earlier any therapy is undertaken, the more effective it will be. There is evidence that demonstrates the effectiveness of different treatments. Treatment choice depends on the severity of the symptoms; possible treatments range from psychosocial interventions, such as home visits for monitoring and support, psychotherapeutic therapies for individuals or groups, up to pharmacological treatment. That last has proven to be safe and advantageous in risk/benefit assessment for women and children. In Veneto region, a specific screening program has been activated as part of the Perinatal Depression Project. Screening is universal, that is, proposed to all mothers hospitalized for childbirth; it is carried out with a combined test (EPDS + questionnaire on risk factors), supported by an information system. The web based information system is based on an algorithm calculating the risk of developing depression and it is an useful data collection tool. Screening scores divide women according to their risk of developing depression into three risk groups: high, medium and low. For each group the care pathways differ. Perinatal Depression Project included extensive training of the staff involved.

The aim of this thesis is to evaluate the impact of the actions taken within the regional project, from the training of operators, to the progress of the screening in the first four months of activity, to the effectiveness of the combined test.

Materials and methods: many descriptive and multivariate analysis were carried out using the data collected during the training, regarding the participants in the courses; in addition, the data collected through the information system relating to screening were analysed. To verify the presence of psychiatric pathology in the months following the screening, any psychiatric diagnoses of women undergoing screening or their use of psychiatric drugs were traced in the current regional data flows. Finally, a sensitivity analysis of the test used to conduct the screening was conducted.

Results: 1723 health workers operating in the Veneto health system participated in the training. 98% of the learners express a good satisfaction with the courses. Midwives accounted for the largest group,

as the most involved operators in the project, showing keen interest in the subject and having completed their training in 93% of cases. 6,233 women completed the screening test, on 10,829 deliveries from September to December 2020. Adherence to screening is 70% after the first 4 months of implementation (with an increasing trend from September to December). The algorithm classified 7.6% of women as at high risk of developing perinatal depression, while 7.5% were classified as at medium risk. In the months following delivery, psychiatric pathologies have been diagnosed for 2.2% of the screened women. Through the sensitivity analysis, from the comparison of the ROC curves, it was possible to demonstrate that the use of the combined test is more effective than the use of the EPDS alone, as it allows optimization of the sensitivity and specificity of the screening.

2. Premessa

La salute materno-infantile è un tema di enorme importanza sanitaria e richiede investimenti, progetti, energie e impegno, poiché rappresenta una componente fondamentale della salute pubblica delle popolazioni umane. L'epoca pre-concezionale, la gravidanza, il parto e il primo anno di vita del neonato, sono tappe tanto cruciali quanto settoriali per due componenti specifiche della società: quella femminile e quella delle nuove generazioni. La prima abbisogna di tutele, non solo perché per anni è stata erroneamente considerata in secondo piano rispetto a quella maschile, ma anche perché la donna da sempre assume il ruolo di fulcro della famiglia e sempre di più lo è anche in settori strategici della società, quali quello sociale, educativo, sanitario (si pensi alla predominanza femminile nell'occupazione scolastica e nel settore sanitario) e investire sulla sua salute femminile genera un ricavo positivo a cascata su tutti questi fattori. Le nuove generazioni sono linfa e futuro per la società; favorire la piena realizzazione del potenziale di salute di ciascun individuo richiede una attenta promozione della salute fin dal concepimento: le primissime tappe dello sviluppo, infatti, rappresentano un periodo cruciale per lo sviluppo cerebrale, che dipende da fattori genetici ed ambientali, in una relazione di reciproca dipendenza tra loro. Dallo sviluppo cerebrale dipende lo sviluppo delle abilità personali (fisica, sociale, emotiva, linguistica e cognitiva). Al pari di un difetto genetico, ambienti di vita insalubri possono giocare un ruolo cruciale nello sviluppo delle abilità del bambino e dell'adulto di domani. Intervenire precocemente laddove si riscontrino potenziali fattori di rischio o franche patologie che minano lo sviluppo cerebrale, permette di avvicinare quanto più possibile lo sviluppo al potenziale di sviluppo individuale.

Per queste ragioni, la salute materna e quella dei più piccoli devono rivestire una particolare importanza nel panorama dei servizi sanitari e nel pensiero del programmatore sanitario. Il settore materno infantile, infatti, è uno dei punti cardine dell'assistenza sanitaria in tutti i Paesi e alcuni modelli organizzativi sono oramai cose acquisite: si pensi, ad esempio, al percorso nascita, alle reti organizzative per l'assistenza al parto ecc...

Accanto a questo, negli anni si è registrata la crescente diffusione di alcune tecniche e procedure usate durante la gravidanza, al momento del parto e nel puerperio, che da una parte hanno favorito la diminuzione della mortalità perinatale e materna, ma dall'altra hanno eccessivamente medicalizzato questi eventi. Si dibatte molto quale sia il giusto equilibrio tra monitoraggio e fisiologia del parto, in un Paese in cui, con tutte le importanti variabilità regionali, la percentuale nazionale di cesarei è pari al 32,3% e il tasso di natimortalità è costante da anni e relativamente basso, pari a 2,6 nati morti ogni 1000 nati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale,

raccomandando che “l’assistenza al percorso nascita garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile, compatibilmente con la sicurezza”. Nonostante l’evento nascita rientri nella maggioranza dei casi nella fisiologia, nei Paesi maggiormente industrializzati negli ultimi decenni è stato promosso un modello clinico/organizzativo fondato prevalentemente sul contrasto ai fattori di rischio e sull’approccio tecnologico alla patologia ostetrica. Questo modello, se da un lato ha inciso positivamente sul tasso di morbosità e mortalità materno/infantile, nel tempo ha determinato un approccio a volte eccessivamente medicalizzato al percorso nascita. In tal modo, si è perso parzialmente di vista il carattere fisiologico dell’evento nascita, con il rischio di interventi assistenziali inappropriati rispetto all’evoluzione naturale del percorso. E’ necessario, pertanto, che l’assistenza, sia nell’accompagnamento alla gravidanza sia al parto che al puerperio, venga modulata in base alla valutazione del rischio organico individuale, nel rispetto della fisiologia, sapendo eventualmente cogliere e individuare la patologia da indirizzare a strutture e modelli organizzativi adeguati, mantenendo la donna e il nato al centro.

I diversi temi che compongono la salute materno infantile non devono essere intesi come canne d’organo, cioè separati gli uni dagli altri, ma interrelati fra di loro. Uno di questi temi è quello della salute mentale, che si connette direttamente nella rete dell’assistenza e dei modelli organizzativi che la compongono. Non è una canna d’organo ma è parte di una rete globale, perché alla salute concorrono fattori medici ma anche sociali, economici e biologici, e la stessa donna può avere un vissuto connotato da esperienze che la contraddistinguono e la rendono vulnerabile o resiliente in un momento della propria vita come quello della maternità. Da ciò scaturisce l’importanza all’attenzione per la storia di ciascuna e per la presenza di fattori di rischio, oltre al tema dell’interconnessione tra servizi, e da qui la necessità di programmare percorsi consolidati, nei casi in cui si ravvedano la concomitanza di diverse caratteristiche della donna (es. uso di sostanze, umore depresso, complicanze ostetriche, storia di violenza domestica...).

In questi anni di lavoro al progetto di dottorato e, in maniera più ampia, al Progetto regionale sulla depressione perinatale di Regione Veneto, si è proceduto, tappa dopo tappa, nel processo di programmazione sanitaria di un intervento che si occupasse della salute materna in un’ottica, come descritto sopra, di integrazione tra servizi ed intersettorialità. Grazie alla programmazione si passa dalla fase intuitiva della visione futura di sistema sanitario, alla definizione sistematica delle azioni da intraprendere per la sua realizzazione. Il processo di programmazione sanitaria si articola nelle fasi di ideazione, pianificazione, attuazione e valutazione. Nello specifico caso del nostro progetto, inizialmente è stata condotta una ricerca bibliografica per individuare i presupposti del problema di sanità pubblica costituito dalla depressione materna perinatale; è stato poi elaborato un sistema di sorveglianza basato sui flussi correnti della Regione Veneto (meglio descritto nel Capitolo 3.g), per

studiare la popolazione su cui intervenire e discriminare tra bisogni soddisfatti o meno. Dallo studio è emerso che il 2% delle donne ha sofferto di depressione perinatale ma che spesso vengono misconosciuti i sintomi iniziali e le donne giungono tardivamente ai servizi specialistici, spesso seguite solo dal medico di medicina generale con un trattamento farmacologico. Il 35% delle donne con una prima depressione perinatale recidiva al parto successivo. Tra il 2010 e il 2018 si sono registrati 5 suicidi materni entro l'anno dal parto. Confermata la rilevanza del tema in oggetto, è stato individuato un intervento che mirasse a sensibilizzare sul tema con una diffusa campagna informativa e una approfondita formazione per gli operatori del settore della salute; oltre a questo, è stato individuato uno strumento di screening e il timing più opportuno per raggiungere l'intera popolazione di madri nel *peri partum*. Infine, sono stati delineati i percorsi diagnostici e di presa in carico cercando di sfruttare i servizi già attivi sul territorio, ma declinati in un'ottica di integrazione tra servizi e attenzione al tema della depressione perinatale. Dal primo ottobre 2020 è stato implementato lo screening per la depressione perinatale in tutti i punti nascita della regione Veneto.

Il processo programmatico non va inteso come una serie di tappe rigidamente stabilite, è piuttosto un processo dinamico e flessibile, raffigurabile come una spirale di dimensione crescente, in cui ogni tappa apporta delle modifiche che impongono un nuovo giro di ideazione, pianificazione, attuazione, valutazione, volto al miglioramento del sistema ed eventualmente ad una rimodulazione delle attività qualora i risultati conseguiti evidenziassero scostamenti rispetto alle aspettative (1). Scopo di questo lavoro di tesi è valutare l'impatto degli interventi ideati a favore della salute mentale delle madri in Regione Veneto.

3. Introduzione

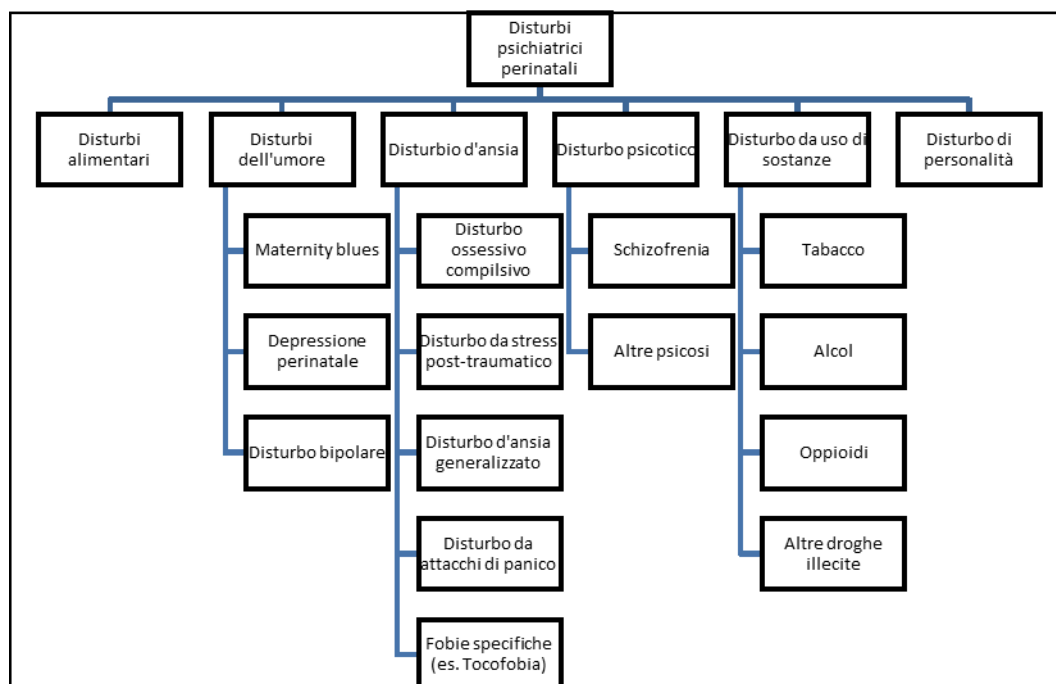
a. Patologia mentale in gravidanza

La gravidanza e il puerperio rappresentano un periodo particolare, complesso e tumultuoso, nella vita di una donna, che va incontro a numerosi cambiamenti ormonali, fisici, emozionali e psicologici. Non tutte le future madri si conformano allo stereotipo della donna incinta che “fiorisce” di buona salute; per molte madri l’inizio della gravidanza è un momento di stanchezza, cambio dell’appetito, nausea, perdita della libido ecc. Possono essere presenti ansie e preoccupazioni riguardo il futuro, dubbi sulla propria capacità di essere genitore ed incertezza sulla stabilità di relazioni importanti, ad esempio con il partner. Paure, ruminazioni e fantasie sul feto possono avere un effetto importante sullo stato psichico della madre, ma queste possono non essere menzionate spontaneamente, a meno che non vengano poste domande dirette e anche allora, solo se si è instaurato un clima di fiducia, è possibile avere un’apertura. Una depressione clinicamente significativa e sintomi d’ansia sono comuni nella fase iniziale della gravidanza e possono non essere evidenziati a meno che non vengano indagati in maniera specifica, tanto più che i sintomi psicosomatici della depressione possono essere confusi con quelli fisiologici della gravidanza (2).

Dopo il parto, la madre può provare una varietà di emozioni che vanno dalla gioia e contentezza a sentimenti di tristezza, vuoto e pianto. Questi sintomi rientrano in quello che viene definito “*maternity blues*”. Il “*maternity blues*” è una sindrome limitata nel tempo, che insorge tra il terzo e il quinto giorno dopo il parto, ed è caratterizzata da lievi sintomi depressivi che si risolvono rapidamente (in genere, entro dieci/quattordici giorni); raramente necessita di attenzione specialistica e non viene considerato patologico nel senso più stretto del termine (3). Tuttavia, sarebbe importante poter identificare le donne con i *maternity blues*, poiché il 20% dei casi evolve in un episodio depressivo maggiore nel primo anno dopo il parto. Dunque, se da una parte i cambiamenti fisiologici e psicologici durante e dopo la gravidanza sono normali, dall’altra possono essere terreno fertile per lo sviluppo di patologie mentali; inoltre, in detto periodo c’è un elevato rischio di ricaduta di disturbi mentali gravi.

Nella figura qui sotto (Fig.1) sono rappresentati i più comuni disturbi psichiatrici perinatali, tra i quali, quelli che si presentano con maggiore frequenza sono la depressione perinatale e i disturbi d’ansia. La patologia psichiatrica perinatale può configurarsi come riacutizzazione di una patologia pregressa oppure essere di nuova insorgenza.

Figura 1 Disturbi psichiatrici perinatali



1. Disturbi d'ansia

Già durante la gravidanza, nell'approssimarsi del parto e nel puerperio possono insorgere diversi disturbi d'ansia, che comprendono il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da stress posttraumatico, il disturbo d'ansia generalizzato, le fobie specifiche e il disturbo d'ansia non meglio specificato. Esiste, ad esempio, una specifica fobia rispetto al parto, che prende il nome di tocofobia. Nonostante nella popolazione generale i disturbi d'ansia si configurino come i disturbi psichiatrici più frequenti, il loro rapporto con la gravidanza e il puerperio ha ricevuto scarsa attenzione e gli studi presenti, oltre ad essere scarsi numericamente, sono poco specifici nella definizione delle categorie e presentano delle incongruenze metodologiche.

In una recente metanalisi di *Fawcett et al.* comprendente studi effettuati su una popolazione variegata e utilizzando interviste diagnostiche strutturate, è stata determinata una prevalenza del 20,8% di sviluppare un disturbo d'ansia durante la gravidanza o nel postpartum e del 5,5% di svilupparne due, valori di 1.5-2.5 volte superiori rispetto a metanalisi effettuate in precedenza (4). La metanalisi del 2016 di *Goodman et al.*, infatti, riportava prevalenze dell'8,5% (5). Tale discrepanza è da attribuirsi alla diversa numerosità di studi presi in considerazione e alla maggiore numerosità di campione del primo. Nello studio *Fawcett et al.* si è rilevata una lieve differenza tra la probabilità di sviluppare la patologia in gravidanza o nel postparto, con un rischio maggiore per la prima rispetto alla seconda

(21,1% vs. 18,0%). Tale studio ha dimostrato, infine, che i disturbi che si presentano più frequentemente nel peripartum sono le fobie specifiche, il disturbo generalizzato d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo e la fobia sociale.

Uno dei problemi nella rilevazione e valutazione della patologia ansiosa in questo specifico timing della vita della donna, è legato al fatto che si utilizzano scale di valutazione come il General Health Questionnaire-30, lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) e il Manifest Anxiety Scale (MAS) che non sono state strutturate specificatamente per la valutazione della psicopatologia in gravidanza. I sintomi ansiosi sono spesso incentrati sul tema della maternità e comprendono paure specifiche che comportano un alterato funzionamento psicosociale (6) (7).

Dal punto di vista evolutivo, i disturbi ansiosi in gravidanza si presentano come un forte fattore di rischio per il perdurare della patologia ansiosa e per l'insorgenza di depressione nel postpartum (8). I disturbi ansiosi in gravidanza e nel postpartum, infine, non sono solo un fattore predisponente, ma si presentano anche in comorbidità con i sintomi depressivi sia in gravidanza che nel postpartum (9). In una revisione sistemica del 2014, si rileva che il 6,3% delle donne presenta sintomi ansiosi in comorbidità con sintomi depressivi e che la loro sintomatologia risulta più grave di donne con un solo disturbo (10).

2. Disturbo Depressivo in epoca perinatale

La depressione perinatale rappresenta la più frequente affezione mentale in gravidanza e nel puerperio.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Ved. (DSM-V) non riconosce la depressione perinatale come una entità nosologica indipendente, mantenendo gli stessi criteri diagnostici dell'episodio depressivo maggiore comparsi durante la gravidanza o entro l'anno dal parto (11). In accordo con l'OMS e il Centers for Disease Control and Prevention, si definisce più correttamente questo disturbo psichiatrico "Depressione Perinatale", sostituendo la nomenclatura comunemente diffusa di "Depressione Post-partum" (12) (13).

Nella Figura 2 sono illustrati nello specifico i criteri. Devono essere presenti almeno cinque sintomi del gruppo A, tra i quali assolutamente uno tra l'umore depresso e l'anedonia.

Figura 2 Criteri diagnostici della depressione maggiore secondo il DSM V

Criteri Diagnostici della Depressione Maggiore secondo DSM-V																	
	La presenza di cinque o più tra i sintomi seguenti per un periodo di almeno due settimane con significativa alterazione del normale funzionamento dell'individuo. Almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse e piacere nel fare le cose:																
A.	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Umore depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza). Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Marcata diminuzione dell'interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, per la maggior parte della giornata, per la maggior parte dei giorni.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Significativa perdita di peso o aumento di peso, perdita o aumento dell'appetito nella quasi totalità dei giorni.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Insonnia e Ipersomnia quasi ogni giorno.</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Fatica e perdita delle energie per la maggior parte dei giorni.</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Sentimenti di indegnità o sensi di colpa eccessivi o inappropriati per la maggior parte dei giorni.</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Maggior difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione, per la maggior parte dei giorni.</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni suicidarie senza una programmazione specifica, oppure tentativi di suicidio o piano precisi per commettere suicidio.</td> </tr> </table>	1	Umore depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza). Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.	2	Marcata diminuzione dell'interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, per la maggior parte della giornata, per la maggior parte dei giorni.	3	Significativa perdita di peso o aumento di peso, perdita o aumento dell'appetito nella quasi totalità dei giorni.	4	Insonnia e Ipersomnia quasi ogni giorno.	5	Fatica e perdita delle energie per la maggior parte dei giorni.	6	Sentimenti di indegnità o sensi di colpa eccessivi o inappropriati per la maggior parte dei giorni.	7	Maggior difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione, per la maggior parte dei giorni.	8	Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni suicidarie senza una programmazione specifica, oppure tentativi di suicidio o piano precisi per commettere suicidio.
1	Umore depresso per la maggior parte del giorno, per la maggior parte dei giorni (es. sentirsi triste, vuoto, senza speranza). Nei bambini e negli adolescenti l'umore può essere irritabile.																
2	Marcata diminuzione dell'interesse o del piacere nel fare qualsiasi cosa, per la maggior parte della giornata, per la maggior parte dei giorni.																
3	Significativa perdita di peso o aumento di peso, perdita o aumento dell'appetito nella quasi totalità dei giorni.																
4	Insonnia e Ipersomnia quasi ogni giorno.																
5	Fatica e perdita delle energie per la maggior parte dei giorni.																
6	Sentimenti di indegnità o sensi di colpa eccessivi o inappropriati per la maggior parte dei giorni.																
7	Maggior difficoltà nel pensare e restare concentrati, oppure patologica indecisione, per la maggior parte dei giorni.																
8	Ricorrenti pensieri di morte (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni suicidarie senza una programmazione specifica, oppure tentativi di suicidio o piano precisi per commettere suicidio.																
B.	I sintomi causano una significativa sofferenza o comunque problematiche nell'area sociale, occupazionale o altre aree o funzioni significative.																
C.	L'episodio non è collegabile ad effetti psicoattivi di sostanze o farmaci																
D.	L'evento depressivo maggiore non è meglio spiegato da altri disturbi come: disturbo schizoaffectivo, schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante o altri specifici o aspecifici disturbi dello spettro psicotico.																
E.	Non si è mai verificato un episodio di mania o ipomania. Questo criterio non si applica agli episodi di mania o ipomania la cui causa è effetto di sostanze, farmaci o altre condizioni mediche.																

Tuttavia, secondo numerosi autori, anche una depressione che non soddisfi completamente i criteri del DSM-V necessita di essere valutata e considerata in termini di rischio depressivo e per la salute della donna e del bambino (14).

Le donne che vivono la depressione perinatale riferiscono un abbassamento del tono dell'umore, anedonia, perdita di energia e di libido, ansia, irritabilità, instabilità emotiva, pensieri compulsivi e suicidari, disperazione, senso di inutilità e di colpa, senso di inadeguatezza nel ruolo di madre ed eccessiva preoccupazione per la salute propria e del bambino. È frequente la presenza di sintomi somatici, che sono l'effetto dei normali cambiamenti fisiologici in gravidanza e nel post partum, ma che risultano maggiormente presenti in donne con depressione rispetto a chi ne è libera. Sono dunque validi marcatori di malattia, anche se vanno considerati con cautela e nel quadro complessivo (15).

La gravità del disturbo viene valutata in base al numero di sintomi sperimentati dalla donna tra quelli previsti dal DSM-V, sulla gravità di tali sintomi e sul grado di disabilità funzionale che essi provocano nella vita sociale, familiare e lavorativa della donna:

- Lieve: sono presenti pochi sintomi, o nessuno, in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, l'intensità dei sintomi è angosciante ma gestibile e i sintomi comportano minore compromissione del funzionamento sociale o lavorativo.
- Moderata: il numero di sintomi, l'intensità dei sintomi e/o la compromissione funzionale sono tra "lieve" e "grave".
- Grave: il numero dei sintomi è in eccesso rispetto a quelli richiesti per porre la diagnosi, l'intensità dei sintomi è seriamente preoccupante e non gestibile e i sintomi interferiscono in modo marcato con il funzionamento sociale e lavorativo (11).

A causa della mancanza di uniformità nella scelta dell'intervallo temporale per la valutazione dell'insorgenza del disturbo, stimarne la prevalenza non è semplice. Inoltre, negli studi presenti si riscontra una notevole variabilità per quanto riguarda le popolazioni indagate e gli strumenti di diagnosi e gli screening utilizzati, con relativi cut off. Una revisione sistematica del 2017 ha stimato una prevalenza di depressione peripartum globale dell'11,9% (16). In un'altra revisione sistematica del 2009, la prevalenza della depressione maggiore risultava compresa tra il 3,1% e il 4,9% durante la gravidanza e del 4,7% nel primo trimestre del puerperio. La prevalenza di depressione minore si attestava all'11% durante la gravidanza e al 13% a tre mesi dal parto (17). La prevalenza varia a seconda che si usino dei test di autovalutazione dall'1,9% all'82,1% nei paesi sviluppati; dal 5,2% al 74,0% nei paesi in via di sviluppo) o questionari e interviste strutturate come l'EPDS (Edinburgh postnatal depression scale). In questo caso, nei paesi ad alto reddito la prevalenza si attesta tra il 5.5% e il 34.4% alla quarta settimana dopo il parto, tra il 2.6 e il 35.0% all'ottava settimana, dal 2.9 al 25.5% al 6° mese e 6.0–29.0% nel primo anno. Nei paesi in via di sviluppo, invece, la prevalenza è più elevata, in particolare: a 4 settimane la percentuale varia dal 12.9% al 50.7%, dal 4.9% al 50.8% all'ottava settimana, dal 8.2% al 38.2% al 6° mese, e dal 21.0% al 33.2% nel primo anno dopo il parto (8).

Come già detto prima, Depressione Perinatale va distinta dal "Maternity Blues", un disturbo dell'umore lieve e temporaneo, definita una condizione benigna e direttamente legata alle alterazioni ormonali dovute al parto, che si verifica nei primi 7, massimo 10 giorni dopo di esso. I sintomi caratteristici comprendono: disforia, labilità dell'umore, crisi di pianto, ansia, insonnia, perdita dell'appetito e irritabilità (18). Anche la prevalenza di questa alterazione dell'umore non è chiara, poiché non ci sono criteri standardizzati per la diagnosi, quindi il range varia dal 26% all'84% con il variare dei criteri. A dispetto del suo carattere di gravità generalmente lieve, il baby blues può evolvere in depressione perinatale, riflettendo così la vulnerabilità psichica della donna legata al periodo riproduttivo (19) (20).

3. Psicosi puerperale

La psicosi puerperale, secondo il DSM-V, si può diagnosticare quando una donna soddisfa i criteri del Disturbo Psicotico Breve, descritti nella Figura 3, ed insorge durante la gravidanza o nelle 4 settimane dopo il parto (11).

Figura 3 Criteri diagnostici del Disturbo Psicotico Breve; DSM V

Criteri Diagnostici del Disturbo Psicotico Breve secondo il DSM-V	
A.	Presenza di uno o più dei sintomi seguenti:
	1 Deliri
	2 Allucinazioni
	3 Eloquio disorganizzato
4 Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	
B.	La durata di un episodio del disturbo è di almeno 1 giorno, ma meno di 1 mese, con successivo pieno ritorno al livello di funzionamento premorbo.
C.	Il disturbo non è meglio spiegato da un disturbo depressivo maggiore o da un disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche oppure da un altro disturbo psicotico come schizofrenia o catatonia e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza.

La psicosi puerperale si presenta con delle caratteristiche cliniche varie, che comprendono: umore euforico, disfórico o labile; comportamento bizzarro, disorganizzato; insonnia e sintomi psicotici quali deliri, allucinazioni, derealizzazione, depersonalizzazione. L'esordio è acuto, dopo un periodo di lucidità; una caratteristica è data dalla fluttuazione e repentino cambiamento della sua presentazione, con oscillazioni dell'umore e qualche volta con sintomi maniacali e depressivi coesistenti (2). Un recente studio di coorte ha tracciato tre tipi di profili sintomatici: casi caratterizzati da mania o agitazione, con irritabilità (34%); casi con depressione e/o ansia (41%); profilo atipico o misto (25%). Di tutti i casi studiati, il 25% delle pazienti mostrava disorganizzazione, il 20% disorientamento, il 10% disturbi della coscienza e 5% entravano in uno stato catatonico. Il 72% presentava ideazioni bizzarre o anormali, che nella maggior parte dei casi consistevano in manie di persecuzione e in una minoranza dei casi franche allucinazioni (21).

Una recente review sistematica ha evidenziato un'incidenza del disturbo tra i 0,89 e 2,6 casi su 1000 parti, rilevata analizzando un gruppo di studi effettuati in diversi paesi (22). Sebbene l'incidenza assoluta non sia elevata, il fenomeno non deve essere sottovalutato: il rischio relativo di sviluppare un primo episodio di psicosi è 23 volte più elevato rispetto ad ogni altro momento della vita della donna ed è inoltre associato al rischio di infanticidio e suicidio (23). I rischi possono sorgere a causa di un impulso nato in risposta ad allucinazioni o delirio; per esempio la convinzione che il bambino sia cattivo e posseduto dal demonio, o sia un angelo immortale. Un'altra possibile fonte di rischi nasce dal comportamento disorganizzato della madre e dal rischio che questa trascuri il bambino nei momenti di eccitazione maniacale (2).

Per i motivi precedentemente esposti, la psicosi puerperale si configura come un'emergenza psichiatrica e qualora insorgano sintomi psicotici è consigliato il ricovero, in particolare per la gravità della patologia e la drammaticità delle sue possibili conseguenze. La valutazione dovrebbe essere effettuata entro 4 ore dall'insorgenza dei sintomi e da uno specialista preferibilmente esperto in psicopatologia perinatale (24). La fisiopatologia della psicosi post partum non è definita, tuttavia esistono dei fattori di rischio che sono stati correlati con la sua insorgenza, in particolare: la primiparità, la presenza di fattori genetici predisponenti (quali varianti del trasportatore della serotonina 5-HTT) o ormonali (variazione dei livelli degli estrogeni e del progesterone), l'attivazione disfunzionale del sistema immunitario, la variazione del ritmo circadiano. La prognosi della psicosi postpartum, se trattata per tempo, è più favorevole rispetto ai disturbi psicotici insorti oltre al periodo perinatale, soprattutto se la regressione dei sintomi avviene rapidamente. Per il 20-50% delle donne, l'episodio psicotico insorto è legato ad una maggiore vulnerabilità del periodo perinatale e rimane limitato a tale specifico lasso temporale, mentre per il rimanente 50-80% di donne è correlato a ricadute e all'insorgenza di altre condizioni psichiatriche, con maggiore frequenza per il disturbo bipolare (25).

4. Disturbo bipolare

Il disturbo bipolare è un disturbo dell'umore a decorso cronico caratterizzato da episodi di mania e ipomania, alternati ad episodi di depressione. Possono essere altamente invalidanti se non trattati adeguatamente. La prevalenza di questa patologia è circa dell'1% nella popolazione generale (26). Poiché il disturbo bipolare insorge normalmente in adolescenza o all'inizio dell'età adulta, la sua gestione è una sfida quando si programma una gravidanza sia dal punto di vista terapeutico sia per il rischio di ricorrenza nel periodo perinatale. Sintomi ipomaniacali sono inoltre comuni nel puerperio

e si verificano nel 9,6%-20,4% delle donne affette (27). Inoltre, il tasso di ospedalizzazione subito dopo il parto è elevato per le donne affette da disturbo bipolare, con un'incidenza di ricovero del 9.24%, contro lo 0.04% delle donne prive di pregressi psichiatrici (28). In un altro studio, le donne affette da disturbo bipolare avevano un rischio aumentato di 23.3 volte di ricevere un ricovero psichiatrico rispetto alle altre donne a qualsiasi stadio di puerperio (23).

Le cause di scompenso nel postpartum includono fattori genetici (29) e l'importante fluttuazione degli ormoni sessuali dopo il parto, che, in donne neurobiologicamente predisposte, può portare a situazioni di disequilibrio (30). A questi, si aggiungono la deprivazione del sonno, le alterazioni del ritmo circadiano e il consistente lavoro intorno al neonato (31).

Le conseguenze psicosociali della fluttuazione dell'umore possono essere molto importanti e comprendono un aumentato rischio di abuso di sostanze, fumo, l'aumento di comportamenti potenzialmente rischiosi, violenze, mancata compliance alle cure mediche e malnutrizione. In uno studio condotto in Gran Bretagna, si è rilevato che il 10% delle morti postpartum sono da attribuirsi al suicidio e il 12% a cause psichiatriche (32).

Il successo terapeutico non può prescindere dalla corretta diagnosi, che spesso viene misconosciuta, a favore di una diagnosi di disturbo depressivo in comorbidità con abuso di sostanze o ansia (33). Metà delle donne che vengono etichettate come "resistenti alla terapia" per la depressione postpartum hanno in realtà una sottostante diagnosi di disturbo bipolare (34).

Vi è uno stretto legame intercorrente tra il disturbo bipolare e lo spettro di manifestazioni della psicopatologia perinatale. I risultati di alcuni studi, infatti, suggeriscono che anche l'insorgenza di un disturbo dell'umore in tale specifico lasso temporale possa essere una prima manifestazione del disturbo bipolare. Per questo motivo, una valutazione diagnostica che non tenga conto di tale possibilità può comportare una diagnosi errata e una mancata presa in carico (35) (36).

5. Disturbo da uso di sostanze e disturbo da uso di alcol

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) e quello da uso di alcol (DUA), infine, possono accompagnare uno dei suddetti disturbi psichiatrici oppure comparire primariamente e slatentizzare disturbi per cui il soggetto è predisposto o causarne la comparsa.

L'abuso di sostanze psicoattive, legali e illegali, in gravidanza è un problema di salute pubblica a causa delle conseguenze che comporta sulla salute materna e sullo sviluppo fetale. In generale, l'uso di sostanze nelle donne è in aumento; infatti, questi comportamenti, in un'epoca non troppo lontana, erano ritenuti consoni al mondo maschile, ma oggi sono entrati a far parte in modo pregnante anche del mondo femminile. La ricerca scientifica in ambito di medicina di genere dimostra una maggiore

vulnerabilità dell'organismo femminile per le sostanze psicotrope e una diversa risposta psico-comportamentale (37). Le donne sviluppano più velocemente dipendenza, i danni organici compaiono precocemente e i comportamenti assuntivi sono generalmente più rischiosi; inoltre, è frequente l'accoppiamento con partner forti tossicodipendenti e spesso presentano maggiori difficoltà nel percorso di cura. L'età d'inizio di consumo si sta abbassando per tutti (le più recenti stime indicano gli 11-12 anni) e nella popolazione delle adolescenti femmine è anche in aumento, in particolare è in aumento l'uso di alcol, fumo di tabacco e cannabis. L'uso di sostanze espone inoltre a rischi quali rapporti sessuali non protetti e gravidanze indesiderate. L'alcol, che rappresenta in assoluto la sostanza più dannosa per episodi di violenza, criminalità, incidenti, maltrattamenti familiari, è la sostanza più usata. Delle donne in età fertile, il 51% dichiara di usare alcol e il 15% si può classificare come *binge-drinker* (38).

Bere alcol, usare sostanze psicotrope, fumare tabacco in gravidanza può provocare dei danni al nascituro; questa informazione non sempre è conosciuta in modo approfondito. Spesso le donne che consumano abitualmente alcol, cannabis e fumano non ne sospendono l'uso in gravidanza, ma tendono solo a diminuirne la dose. Ad esempio, il tasso di consumo di alcol tra le donne in gravidanza, secondo le stime del CDC, scende al 7% e il *binge-drinking* a meno del 2% (39). Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, la prevalenza di utilizzatrici in gravidanza risulta difficile da determinare per una resistenza da parte delle madri di dichiarare l'abuso, per paura delle conseguenze (40). Secondo un report statunitense, il 5,9% delle gravide fa uso di sostanze illecite, l'8,5% beve alcol e il 15,9% fuma tabacco e spesso si tratta di poliassunzioni (41).

Considerando che le donne durante la gravidanza entrano spesso in contatto con il personale sanitario, aumentare la consapevolezza dei professionisti sulla prevalenza di questo problema può avere delle conseguenze positive sulle pazienti. Ricevere informazioni e supporto può avere un impatto sulla capacità di accedere ai servizi, di fare scelte di vita salutari e di aumentare il livello di salute di loro stesse e del proprio bambino. La Figura 4 riassume i potenziali effetti dell'assunzione di sostanze per il nascituro, a lungo e breve termine (40). Come si può vedere, tra queste, l'alcol è l'unica sostanza riconosciuta come teratogeno. Gli effetti che un agente teratogeno può provocare sul prodotto del concepimento sono principalmente due, embrionali ed embriotossici; i primi sono conseguenze che prevedono l'aborto spontaneo, il riassorbimento della cellula uovo o la morte endouterina. Gli effetti embriotossici sono conseguenze che permettono lo sviluppo del feto, però con malformazioni strutturali e/o funzionali. Le conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol comprendono un continuum di effetti che includono disabilità e problemi di tipo fisico, mentale, comportamentale e/o di apprendimento, con implicazioni che possono durare tutta la vita, riuniti nella recente definizione

di Spettro dei disordini feto-alcolici, fino alla sindrome pienamente espressa, la sindrome feto alcolica.

Figura 4 Effetti a breve e lungo termine dell'abuso di sostanze (40).

	<i>Tabacco</i>	<i>Alcool</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Stimolanti</i>	<i>Opiacei</i>
Effetti sulla gravidanza					
<i>Parto pretermine</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Ridotta crescita del feto</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Basso peso alla nascita</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Aborto spontaneo</i>	✓	✓		✓	
<i>Distacco di placenta</i>	✓			✓	
<i>Prematura rottura delle membrane</i>	✓			✓	
<i>Gravidanza ectopica</i>	✓				
	<i>Tabacco</i>	<i>Alcool</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Stimolanti</i>	<i>Opiacei</i>
Effetti sul nascituro					
<i>Deficit cognitivo</i>	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Teratogenicità</i>		✓			
<i>Mortalità infantile/ sindrome della morte improvvisa del lattante</i>	✓				✓
<i>Sindrome d'astinenza del neonato</i>		✓			✓
<i>Disturbi del comportamento</i>	✓	✓	✓	✓	✓

Nel caso in cui si riscontri un abuso di sostanze in gravidanza o nel postpartum, la paziente va immediatamente segnalata affinché cominci la presa in carico dal personale dedicato (24), come ad esempio i Servizi per le Dipendenze, definiti e inseriti strutturalmente nella cornice del Sistema Sanitario Nazionale, con la legge 162/90, che possono fornire consulenze o possibilità di trattamento. Anche il postpartum è un periodo critico per l'abuso di sostanze: oltre ai danni diretti sulla salute materna, l'abuso di alcol e di sostanze illecite può determinare l'incapacità da parte della madre di prendersi cura correttamente del proprio bambino, dell'instaurarsi di una corretta connessione emotiva, di seguire e contribuire positivamente al suo sviluppo (42).

Poiché sia i figli di madri depresse che quelli di madri con DUS e DUA sono maggiormente a rischio di neglect, abuso e maltrattamento in generale, la finestra perinatale si configura ancora una volta come un momento critico in cui agire per prevenire possibili esiti negativi di salute per tutto il nucleo familiare (43).

b. Fattori di rischio

In letteratura sono stati ampiamente studiati i molteplici fattori di rischio associati all'insorgenza della depressione e dei disturbi psicopatologici in gravidanza e nel puerperio; l'eziologia tuttavia non è del tutto chiara. L'obiettivo della prevenzione o della diagnosi tempestiva qualora si riscontrino delle manifestazioni di disagio psichico nel periodo perinatale non può prescindere dall'individuazione precoce di tali fattori di rischio. Tali predittori sono stati suddivisi in base all'area di appartenenza in uno dei seguenti sottogruppi, fisici e biologici, ostetrici e pediatrici, sociodemografici, culturali, che sono anche stati riassunti in Figura 5 e nella successiva immagine 6 (8).

Gli studi sui fattori di rischio ostetrici e pediatrici non mostrano risultati conclusivi, suggerendo però un'associazione tra depressione perinatale e gravidanza non programmata, difficoltà o incapacità di allattare, condizioni patologiche del neonato, parto prematuro e temperamento difficile del neonato, anamnesi positiva per aborto spontaneo o gravidanza complicata. I fattori ostetrici comprendono complicanze quali preeclampsia, iperemesi, parto prematuro, il parto operativo e le emorragie. Per quanto riguarda il parto cesareo, non vi è associazione a meno che non sia stato effettuato d'emergenza. Per eventi di vita stressante si intendono esperienze quali: la morte di una persona appartenente al proprio nucleo familiare, il divorzio o la fine di una relazione. Anche la perdita del lavoro o un trasferimento possono essere un trigger per l'insorgenza dei sintomi depressivi.

Figura 5 Fattori di Rischio per la Depressione Perinatale (8)

Categorizzazione dei fattori di rischio	
Fisici e biologici	Scarsa salute generale Sindrome premestruale BMI estremi Complicanze fetali Problemi fisici durante la gravidanza Gravidanza a rischio Complicazioni durante il parto
Socio demografici	Mancanza di supporto sociale Giovane età Basso stato socioeconomico Basso livello d'istruzione Disoccupazione Fumo
Culturali e religiosi	Matrimonio combinato
Psicologici	Precedenti disturbi psichiatrici Depressione in gravidanza, ansia prenatale, baby blues Eventi di vita stressanti Relazione di coppia insoddisfacente Stress per l'accudimento del bambino Avversione nei confronti della gravidanza Vittima di abuso fisico, psicologico o sessuale Violenza domestica Bassa autostima Gravidanza non desiderata/programmata

Figura 6 Rappresentazione schematica delle categorie di fattori di rischio

FATTORI DI RISCHIO PER DEPRESSIONE PERINATALE



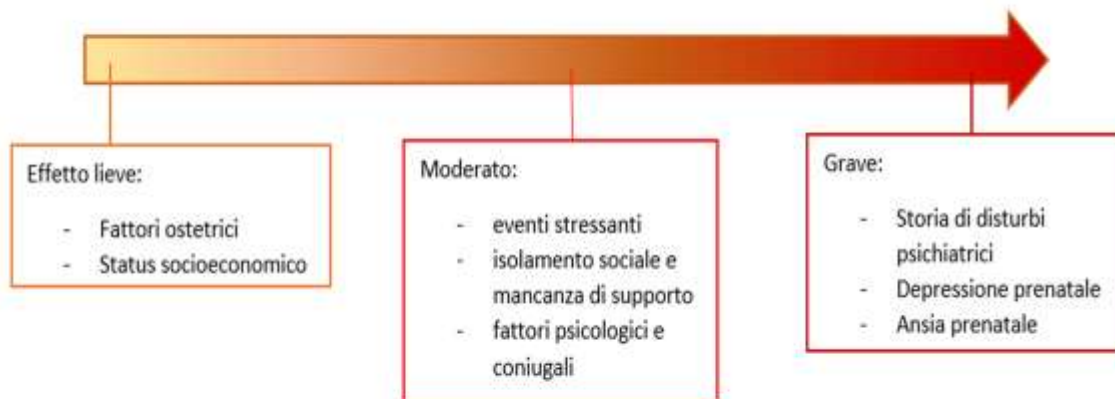
Per un corretto utilizzo dei fattori di rischio, in concerto con gli strumenti di screening nella stratificazione della popolazione in base al rischio di insorgenza di depressione perinatale, si deve tenere conto delle misure di associazione di tali fattori predittivi. E' stato individuato un gradiente di effetto sull'outcome psichiatrico, noto come effect size. In Figura 7, viene illustrato tale gradiente. Effetti lievi sono causati da fattori ostetrici e sullo status socioeconomico, mentre una pesatura maggiore ce l'hanno gli eventi stressanti, l'isolamento sociale e la relazione con il partner. Infine, il predittore maggiore è quello relativo alla psicopatologia pregressa (44) (45).

Lo studio di Milgrom del 2008 conferma che depressione e ansia in gravidanza, eventi di vita stressanti, storia di depressione e mancanza di supporto sociale sono i fattori di rischio con l'associazione più significativi (46). Questi fattori sono gli stessi identificati dai suddetti autori.

Figura 7 Classificazione dei fattori di rischio in base all'effect size, ovvero il peso di ciascuno sulla determinazione del rischio.

FATTORI DI RISCHIO PER DEPRESSIONE PERINATALE

Classificazione dei fattori di rischio in base al loro effect size



Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing research*, 45(5), 297-303.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.

Le difficoltà conseguenti alla scarsa padronanza della lingua incrementano l'isolamento sociale e comportano difficoltà nell'accesso e utilizzo dei servizi. Di particolare rilievo, quindi, è l'associazione della depressione nelle donne immigrate: spesso in questo gruppo di donne si rileva un basso livello socioeconomico e a causa della separazione dalla rete sociale e familiare nel paese d'origine hanno anche uno scarso supporto sociale. Inoltre, si tratta di una popolazione che ha una maggior probabilità di essere stata esposta a eventi di vita stressante, soprattutto nel caso dei richiedenti asilo. Questi fattori di rischio si manifestano in maniera differente a seconda del motivo della migrazione e dal tempo passato dalla stessa (47).

Alcuni studi hanno correlato fattori biologici, psichici e sociali con l'abuso di sostanze in gravidanza (48); è emerso che l'abitudine al fumo di sigaretta e alle sostanze illegali diminuisce con l'età, i tassi maggiori si riscontrano tra i 15 e i 24 anni; inoltre, un basso livello di istruzione (istruzione secondaria o inferiore) aumenta la probabilità del binge drinking in gravidanza, così come un basso reddito, la comorbidità psichiatrica, la storia personale di abuso o maltrattamento e la storia familiare di abuso di sostanze.

Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, organo consultivo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si è espresso sulla condizione della donna nel periodo perinatale e ha delineato alcune problematiche che ne incrementano la fragilità. Oltre ai fattori di rischio individuali, infatti, bisogna considerare come l'organizzazione della società nella sua complessità influenzi la vulnerabilità delle

persone. Il modello sociale attuale è infatti caratterizzato da mancanza di adeguate risorse economiche, dall'aumento del lavoro precario e dalla difficoltà di gestione degli orari, dalla complicata conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro, nonché dalla mancanza o insufficienza di supporto per la modificazione della struttura dei nuclei familiari e per la mancanza di servizi disponibili. Inoltre, poiché non sempre sono rispettate le norme vigenti in termini di garanzia del mantenimento dell'impiego nel caso di maternità, la libertà delle lavoratrici di intraprendere una gravidanza conservando il proprio ruolo lavorativo e di ricoprire gli stessi ruoli accessibili agli uomini è tutt'ora limitata. In Italia, infine, l'investimento pubblico nelle politiche sociali è inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, con un budget riservato alla famiglia rispetto alla spesa sociale totale limitato al 4,2%. Il documento è una presa di posizione sulla perentoria necessità di interventi a sostegno della maternità, poiché “la relegazione di una donna nella solitudine, sia essa materiale o morale, dinanzi all'impegno della maternità costituisce infatti violazione radicale della dignità umana della donna medesima e del figlio, e nel contempo rappresenta il fallimento dei vincoli solidaristici fondamentali per la convivenza civile” (49).

c. Esiti di salute nella donna

I disturbi mentali perinatali impattano pesantemente sulla salute della donna, del bambino e dell'intera famiglia e il mancato riconoscimento e trattamento aumenta il rischio per la donna di sviluppare comorbidità, oltre ad aumentarne la mortalità.

Tra i principali outcome, in un crescendo di gravità, si annoverano rischi ostetrici/ginecologici, cronicizzazione della patologia depressiva, alterazioni dell'attaccamento, atti auto ed eterolesivi.

I disturbi psichiatrici nel periodo prenatale debilitano la donna, rendendola vulnerabile a una serie di complicanze ostetrico-ginecologiche, che aggravano ancor più la situazione, sia per lei che per il feto. È noto che le donne con disturbi depressivi e/o ansiosi, soprattutto se presenti al terzo trimestre, vanno incontro ad un aumentato rischio di preeclampsia, hanno più probabilità di avere bisogno di anestesia epidurale e di dover affrontare un parto strumentale (50) (51).

Dopo il parto le donne possono mostrare deficit di sensibilità e nella capacità di rispondere alle richieste e ai bisogni del neonato, con conseguenze che alterano l'interazione diadica, che non è più affettivamente sintonizzata, ma varia da una modalità intrusiva e ostile nel relazionarsi col neonato, a comportamenti di ritiro e distacco (52) (53). Alti livelli di ansia perinatale correlano con una più elevata percezione di affaticamento e comportamenti di evitamento (54) (55).

È stata trovata anche una correlazione negativa tra sintomatologia ansiosa-depressiva e autostima e autoefficacia, mostrando che più aumenta il disagio psichico della donna, minore sarà la fiducia che ha in se stessa e nelle proprie capacità genitoriali (56).

E' noto che la relazione tra caregiver e bambino gioca un ruolo cruciale nello sviluppo globale del figlio. Un'alterazione di questa relazione può di conseguenza portare a deviazioni dal percorso evolutivo tipico. In alcuni casi si può arrivare a riscontrare vere e proprie forme di maltrattamento, fino al neonaticidio o infanticidio.

L'alterazione nella relazione può coinvolgere inoltre altri fratelli presenti e anche la relazione col partner ne può risentire, impoverendosi a causa di conflitti di coppia o di mancanza di vicinanza e supporto (57). A conferma che la depressione perinatale si configura come un problema di salute che non riguarda solo la donna, in una meta-analisi del 2010 è stata stimata la prevalenza di depressione nei nuovi padri e il rapporto che essa ha con la presenza di depressione nelle madri. Si rileva che la depressione paterna abbia una prevalenza del 10.4%, un fenomeno che sta acquisendo rilevanza e che presenta una correlazione moderata ma positiva con la presenza di depressione materna (58).

La depressione può perdurare nel tempo anche oltre un anno dopo la nascita del bambino, indicando che la patologia tende a recidivare e cronicizzare se non trattata (59). Uno studio più recente analizza la prevalenza di depressione a due anni dal parto in un campione di donne ad alto rischio, individuate tramite la somministrazione di EPDS a 2 settimane, selezionando tra di esse coloro con punteggi elevati. Il 30.6% di queste donne presentava ancora sintomi depressivi due anni dopo il parto, così distribuiti: il 16.1% sintomi lievi, il 4.8% moderati e il 9.7% severi (60). Questi risultati confermano l'importanza del supporto alla maternità, dello screening e del trattamento della depressione perinatale, per evitare la cronicizzazione della patologia nella popolazione più vulnerabile.

Gli effetti della cronicizzazione della depressione sono legati alla perdita di reddito e di giorni lavorativi, all'aumento di stress e all'insorgenza di difficoltà nella relazione con il partner (61).

Le conseguenze estreme e più drammatiche a cui può giungere la depressione o la psicosi postpartum non trattate sono gli atti auto ed eterolesivi.

Il suicidio rappresenta, nei paesi ad alto reddito, la principale causa di morte durante la gravidanza e nel primo anno successivo al parto (62). In Italia, uno studio condotto dal sistema di sorveglianza ostetrica (Italian Obstetric Surveillance System) ha messo in evidenza che tra il 2006 e il 2012 si sono verificati 67 casi di suicidio materno, con un rapporto dunque di 2.3 per 100 mila nati vivi, superiore a quello per emorragia ostetrica (1.92 per 100 mila nati vivi) (Donati et al, 2018), che per lungo tempo è stata considerata la più importante causa di morte (63). Il rapporto maggiore si è rilevato nel Nord Est con 4.56 casi per 100 mila nati vivi. Queste morti hanno rappresentato il 12% delle 549 morti verificatesi nel primo anno dopo il parto. Quattro suicidi sono stati commessi durante la gravidanza,

trentaquattro nei dodici mesi successivi al parto, diciotto dopo un IVG e undici dopo aborto spontaneo (64).

Vista la bassa incidenza del fenomeno, i dati e gli studi riguardanti i tentativi di suicidio o i fattori di rischio ad essi correlati sono poco numerosi. Tra le donne che si suicidano in gravidanza e nel post partum, il rischio maggiore si riscontra per donne di un'età compresa tra i 15 e i 19 anni o sopra i 40 anni, senza un partner, con livello d'istruzione basso e che abusano di sostanze (65) (66). E' interessante sottolineare come i 2/3 dei suicidi nel periodo perinatale vengono effettuati da donne con un disturbo psichiatrico noto, in particolare disturbo depressivo maggiore, abuso di sostanze e disturbo bipolare (67) (64). La diagnosi delle madri morte per suicidio nei primi sei mesi dopo il parto risulta essere nel 21% dei casi una grave depressione, abuso di sostanze nel 31% e psicosi nel 38% dei casi (68). Le donne che subiscono un ricovero in un reparto di psichiatria nel primo anno dopo il parto hanno un rischio di suicidio 70 volte maggiore delle donne della popolazione generale (69). Le donne con una storia di ospedalizzazione psichiatrica in un qualsiasi momento della vita, hanno invece un rischio di suicidio 27 volte superiore alla popolazione generale (70). L'ospedalizzazione pregressa costituisce quindi il fattore di rischio più importante nel rischio di suicidio o tentativo di suicidio.

Il 5% delle donne che muore suicida uccide anche il proprio bambino (69). Si tratta di un fenomeno drammatico ma fortunatamente raro, con un'incidenza stimata di 3 casi su 100,000.

In conclusione, le donne con depressione antenatale costituiscono una popolazione vulnerabile. Come evidenziato in precedenza, hanno un rischio elevato di sviluppo o di cronicizzazione della depressione perinatale e dovrebbero ricevere una speciale attenzione medica e un aumentato supporto psicosociale nel periodo della gravidanza, del parto e del puerperio (8).

d. Esiti di salute nel bambino

La depressione materna può presentarsi sotto forma di disinteresse della donna verso la gravidanza e il feto, con conseguente trascuratezza, sentimenti di irritabilità, tristezza, talvolta impotenza. Tutti questi fattori, rendendo la donna poco aperta e predisposta al lavoro di transizione all'essere madre e possono comportare difficoltà nell'instaurarsi di una relazione di attaccamento con il figlio.

Situazioni patologiche, a causa dei processi biochimici sottostanti alla depressione, si possono ripercuotere sul feto attraverso disregolazioni neuroendocrine e alterazioni anche gravi e irreversibili del suo sviluppo (71). Durante lo sviluppo prenatale il feto è, infatti, particolarmente vulnerabile agli effetti delle esposizioni ambientali con conseguenze che possono persistere nell'infanzia, fino

all'adolescenza e all'età adulta (72). Gli effetti dei disturbi di salute mentale materna, dunque, si hanno già a partire dall'epoca prenatale. La patologia materna può, infatti, influenzare gli esiti ostetrici e del parto e può influenzare negativamente lo sviluppo del cervello fetale (73). Alcuni studi mostrano come l'esposizione del feto allo stress materno può portare a danni evolutivi nel nascituro: parrebbe che un ambiente di vita intrauterino avverso possa stimolare nel neonato cambiamenti adattativi che lo preparano alla vita extrauterina, tuttavia se l'evento stressante persiste nel tempo, la risposta compensatoria adattiva e fisiologica allo stress procura danni, sia fisici sia emotivi, che possono influenzare anche le generazioni future attraverso meccanismi epigenetici (74) (75).

Nonostante sia ben documentato l'impatto di un disturbo materno prenatale, i meccanismi attraverso i quali le variabili psicosociali materne influenzano lo sviluppo devono ancora essere completamente chiarite; tuttavia, i progressi della biologia molecolare hanno portato alla luce il ruolo potenziale che la variazione epigenetica indotta dall'ambiente e le precoci esposizioni di vita hanno sugli esiti neuro-comportamentali del feto (72). A livello fisiologico, alcuni studi hanno trovato una differenza significativa nella misurazione del battito cardiaco e della reattività a stimoli esterni nei feti le cui madri erano depresse, riportando una responsività all'ambiente esterno minore e più lenta, ma una maggiore attività motoria soprattutto tra il 5° e 7° mese di gestazione (76) (77) (78). Da una parte le madri depresse riportano minori comportamenti di igiene e cura della gravidanza, che a volte sfociano in veri comportamenti a rischio come l'abuso di sostanze; dall'altra vi potrebbe essere un'associazione più diretta attraverso alterazioni biochimiche o ormonali nella madre, come i cambiamenti nelle secrezioni di catecolamine o cortisolo che possono influenzare la funzione placentare, che a sua volta influenza lo sviluppo del feto (76). Altri autori, invece, interpretano l'attività motoria intensificata a metà gestazione come una "reazione di allarme" del feto, che comporta una sorta di "esaurimento" durante la tarda gestazione, a causa dei continui sforzi adattativi. La prolungata esposizione ad un ambiente intrauterino avverso, seppur inizialmente adattiva, può nel lungo termine diminuire le riserve fisiologiche e comportamentali del feto, che si riflettono in una diminuita sensibilità alla stimolazione esterna (78).

La depressione è spesso associata ad una disregolazione catecolaminergica e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nell'adulto (79). Un'iperattività del sistema neuroendocrino materno durante la gravidanza genera una condizione di rischio per il feto poiché il cortisolo materno può attraversare la placenta e le catecolamine materne ne influenzano il flusso sanguigno (80). Molteplici studi e review confermano un'alterazione dei livelli ormonali e dei neurotrasmettitori nei figli di madri con una sintomatologia depressiva o ansiosa, ed un'alterata connettività funzionale tra diverse aree cerebrali (81). In questi bambini, risultano concentrazioni più alte di cortisolo e norepinefrina, mentre sono minori i livelli di dopamina e serotonina (82) (83) (84) (85). Esiste un equilibrio omeostatico tra

quanti e quali neurotrasmettitori vengono a formarsi nel corso del neurosviluppo, in che aree interagiscono e per quanto tempo. Modificazioni momentanee o permanenti di questo equilibrio possono causare alterazioni nel funzionamento cerebrale o del soma. Il cortisolo, comunemente definito l'ormone dello stress, se eccessivo per concentrazione e/o durata di esposizione è in particolar modo correlato ad un ritardo di crescita intrauterino, nascita prematura e basso peso alla nascita (86) (87) (88).

Una volta venuto al mondo, il bambino si sviluppa sul piano sociale, psicologico, comportamentale e cognitivo secondo le tappe di sviluppo tipiche, nel contesto di una relazione di cura coi genitori. La salute mentale dei genitori è universalmente riconosciuta come uno dei determinanti chiave in questa relazione di cura. Quando la relazione è buona, madre e bambino sono sensibili, reattivi e in sintonia l'uno con l'altro (89). Durante i periodi critici dello sviluppo del cervello, un'appropriata relazione di cura è particolarmente importante e può venir meno in caso di psicopatologia materna, che quindi può influire negativamente, anche a lungo termine, sullo sviluppo neurocognitivo e in generale sulla salute dei bambini (90).

Durante i primi anni di vita, i bambini sono particolarmente vulnerabili e dipendenti dal proprio caregiver per soddisfare le necessità primarie quali: nutrimento, sonno, bisogni di salute e stimolazione cognitiva. Le madri, nelle prime fasi di vita, spesso sono la principale fonte di accudimento dei propri figli: maggiore sarà la qualità della relazione parentale che si instaura, migliori saranno i risultati ottenibili in ambito di crescita e sviluppo neurocognitivo per i bambini. La presenza di psicopatologia nel postpartum può comportare una serie di effetti negativi nella crescita del bambino, dati dalla diminuzione della capacità parentali.

Il maltrattamento è la conseguenza più grave relativa alle pratiche parentali disfunzionali, che includono ridotta capacità di fornire un'educazione precoce, minore attenzione alla partecipazione ai bilanci di salute e agli appuntamenti vaccinali, minore attenzione alla sicurezza e alla possibilità di incidenti per il bambino (91). In particolare forme di maltrattamento grave, fra cui il neglect, possono comportare danni a lungo termine nei figli (92). I bambini possono subire forme di maltrattamento fisico, psicoemozionale, abuso sessuale o trascuratezza grave e mancato apporto e sostegno ai propri bisogni. I genitori costituiscono il sistema sociale più prossimale al bambino, per questo i fattori predittivi più importanti per il maltrattamento sono legati alle caratteristiche dei genitori stessi: una storia parentale di ansia, depressione e psicopatologia sono fattori di rischio associati al maltrattamento (93). Un'anamnesi positiva per disturbi psichiatrici, disturbi psichiatrici attivi e un basso livello d'istruzione sono i fattori di rischio con la più forte associazione per il neglect, che ha una prevalenza più elevata rispetto ad altri tipi di maltrattamento (92). Vi è infine un'ampia letteratura a sostegno della relazione tra l'abuso di sostanze e il maltrattamento minorile: i figli i cui genitori

abusano di sostanze sono due volte più a rischio di essere vittime di abuso fisico o sessuale, così come di neglect. L'associazione tra abuso di sostanze, depressione, maltrattamento o pratiche parentali negative (quali pratiche coercitive e punitive o sentimenti di ostilità verso i figli) è altresì ben documentato (94).

I neonati di madri depresse presentano una vulnerabilità maggiore fin dalla nascita: si registra più spesso un basso indice di Apgar e non raggiungono risultati ottimali nella Scala di valutazione del comportamento neonatale di Brazelton (NBAS) (95) (96). L'effetto della depressione materna sulla crescita fisica dei figli si manifesta nel primo anno di vita; molti studi riportano infatti una maggiore probabilità per le madri depresse di avere un figlio sottopeso o con arresto della crescita, rilevato a 3 e 12 mesi. Dopo i 12 mesi tale effetto non si rileva più, mentre figli di madri depresse (affette da depressione persistente, non episodica) hanno una probabilità maggiore di essere sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza (97) (98).

Alti livelli di stress, ansia e depressione materni sono associati ad una mancata regolazione di ritmi di nutrizione e sonno del bambino fino a 16 settimane dopo il parto. Poiché il sonno ristoratore è di importanza fondamentale per lo sviluppo cerebrale del neonato, pattern di sonno-veglia disfunzionali possono causare danni neurocognitivi precoci nella prole.

Dal punto di vista della nutrizione, è ben noto come l'allattamento giochi un ruolo fondamentale nella salute del bambino, nella creazione di una relazione diadica con la madre e nelle aspettative materne sulla genitorialità. L'allattamento materno è raccomandato dalla WHO in via esclusiva per i primi sei mesi di vita del bambino, poiché offre molteplici vantaggi sia alla madre che al bambino, riducendo l'incidenza di infezioni e allergie, migliorando lo sviluppo psicomotorio, riducendo il rischio di osteoporosi dopo la menopausa e il rischio di cancro al seno e all'ovaio (99). La Depressione Perinatale determina spesso una cessazione precoce dell'allattamento accorciando così il periodo di allattamento esclusivo; è inoltre associata ad atteggiamenti difficili nei confronti dell'allattamento, difficoltà e bassa confidenza in tale pratica (100). Parallelamente, le difficoltà precoci e insoddisfazioni nel metodo di nutrizione del neonato sono considerati un fattore di rischio per l'insorgenza della patologia.

Dal punto di vista del neurosviluppo, nel caso in cui la presenza di psicopatologia influenzi la qualità degli scambi e del comportamento materno, si può creare una disfunzione della relazione diadica tra le due parti in causa. In questi casi, in cui i bisogni del bambino non siano pienamente soddisfatti, si potrà sviluppare uno stile di attaccamento insicuro e problemi di attaccamento a lungo termine, ritardo nell'acquisizione delle tappe fondamentali dello sviluppo (tra cui ritardo e disturbi specifici del linguaggio). La cronicizzazione del disturbo nelle madri è un elemento determinante nell'insorgenza di tali effetti negativi nella prole (101).

I figli di madri che nel corso degli anni hanno avuto un aumento della sintomatologia depressiva riportano scarse funzioni esecutive a sei anni, livelli maggiori di difficoltà emotive e comportamentali; al contrario, una sintomatologia materna in remissione correla con buone prestazioni dei figli, a sottolineare i rischi di una patologia cronicizzata nelle madri (102). Dalla ricerca sulle competenze cognitive di bambini e adolescenti esposti a depressione materna emerge un quadro di prestazioni considerevolmente ridotte, con peggiori prestazioni scolastiche.

Anche una sintomatologia di spettro ansioso ostacola il normale sviluppo del bambino. L'ansia materna è associata a temperamento infantile difficile, aumento del cortisolo e difficoltà comportamentali nell'infanzia (103). Figli di madri che hanno sofferto disturbi d'ansia nel periodo perinatale riportano disturbi del sonno, crisi di pianto eccessive, paura dell'estraneo e minor coinvolgimento sociale probabilmente causati dai comportamenti di evitamento della madre (104).

In letteratura ci sono evidenze anche rispetto a conseguenze a lungo termine per i figli; sembra esserci, infatti, associazione tra depressione materna, sia prenatale che post partum, con la depressione dei figli in adolescenza: per gli adolescenti esposti alla psicopatologia materna il rischio di soffrire di depressione a loro volta aumenta di molto se confrontato con adolescenti non esposti (105) (106).

e. Modalità di trattamento della depressione materna

Come si evince chiaramente dal paragrafo precedente, una psicopatologia in gravidanza è fattore di rischio sia per la mamma che per il feto/neonato, con una molteplicità di esiti negativi nel breve e lungo termine. Ciononostante, si registra una sotto diagnosi di queste condizioni patologiche, sebbene siano noti e ben documentati i principali fattori di rischio; l'ovvia conseguenza è che queste donne non vengono trattate (107). In letteratura ci sono evidenze che confermano l'esistenza di trattamenti efficaci per questi disturbi, sia farmacologici che psicologici (108). Sono state analizzate quali fossero le preferenze delle madri riguardo le varie tipologie di trattamento, individuando una propensione maggiore per terapie non farmacologiche, in particolar modo counselling e psicoterapie che permettono di esprimere il proprio vissuto (107). La scelta del trattamento deve, quindi, tenere presente le decisioni e le preferenze della donna, tenendo però in considerazione la severità del disturbo. A donne con una sintomatologia lieve sarà possibile proporre trattamenti psicosociali, mentre terapie psicologiche più intense e strutturate, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o la psicoterapia interpersonale (IPT), sono più adatte nelle donne con disturbi moderati; infine, la terapia farmacologica è consigliata per quei casi in cui la sintomatologia si presenti in modo

severo causando compromissione del funzionamento, o nelle eventualità in cui la donna non risponda positivamente alla terapia psicologica (109).

Gli interventi psicosociali, dunque, vengono consigliati nei contesti di distress o disagio materno, quando la sintomatologia dalla madre è lieve. Per tali situazioni, si propongono contesti che possano offrire alla donna il supporto di cui ha bisogno per affrontare le momentanee difficoltà, in particolare i gruppi di auto-aiuto, peer-support, e anche counseling non direttivo, sono risultati strumenti efficaci nella misura in cui vengono forniti da professionisti preparati e competenti (107) (110).

Per quanto riguarda le psicoterapie, la terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale si sono dimostrate efficaci nel favorire la remissione della sintomatologia depressiva (109) (111). La terapia cognitivo-comportamentale, sia di gruppo che individuale, si basa sull'apprendimento di strategie comportamentali funzionali e nuove modalità di pensiero attraverso un processo di ristrutturazione cognitiva con l'obiettivo di modificare i pattern disadattivi che generano e mantengono una psicopatologia. La terapia interpersonale, invece, si focalizza sul miglioramento delle relazioni interpersonali dell'individuo e del suo funzionamento sociale. Indipendentemente dall'orientamento della psicoterapia, è fondamentale che venga promossa la salute ed il benessere della donna, accompagnandola nel processo di transizione alla genitorialità e, in parallelo, migliorata l'interazione madre-bambino, sostenendo aspetti della genitorialità come sensibilità e condivisione degli affetti.

Nell'ultimo decennio si indaga anche l'utilità e l'efficacia di programmi di Home Visiting nel contesto dei disturbi perinatali, sia in ambito preventivo che di trattamento. Le caratteristiche che lo rendono un valido strumento riguardano in maggior misura la figura professionale che svolge le visite domiciliari che, anche se non specializzata nel riconoscimento e trattamento di psicopatologie, deve avere un'adeguata formazione sulle capacità comunicative (112). È necessario, infatti, saper instaurare una relazione di alleanza e fiducia con la madre, che sia costruttiva e contraddistinta da ascolto, empatia e calore (112).

Le terapie farmacologiche vengono maggiormente consigliate nei casi di disturbi psichici severi o in condizioni di comorbidità, nei disturbi bipolari, quando non vi è responsività alla psicoterapia da sola, o quando la donna presenta ideazioni suicidarie (109).

Sono presenti varie linee guida a livello nazionale ed internazionale che si concentrano sia sulle modalità di utilizzo dei farmaci sia sulle pratiche cliniche più vantaggiose per la donna e per il suo bambino. Tra di esse ricordiamo le linee guida NICE "Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance" (24), le linee guida Australiane del progetto Beyond Blue "Clinical Practice Guidelines: Depression and related disorders –anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis –in the perinatal period" (113) e quelle italiane dell'Osservatorio Nazionale sulla

Salute della Donna “Prevenzione, Diagnosi e Trattamento della Psicopatologia Perinatale-Indicazioni di buona pratica clinica per la gestione della depressione perinatale” (114).

In generale, la farmacoterapia della depressione perinatale unipolare nella donna che non stia allattando è paragonabile a quella di un episodio Depressivo Maggiore che avviene al di là del periodo perinatale (115). Tuttavia, le donne con Depressione Perinatale sembrano avere dei sintomi ansiosi più marcati rispetto alle donne con disturbo depressivo non nel post partum; i sintomi ci mettono più tempo a rispondere al trattamento e spesso richiedono più di un agente farmacologico per raggiungere la remissione (116).

Le linee guida consigliano di scegliere il farmaco con il profilo di rischio più basso per la donna, il feto e il bambino (prendendo in considerazione le risposte ai farmaci presi in precedenza dalla donna); di usare la dose più bassa che garantisca l'effetto terapeutico, in quanto gli effetti avversi possono essere dose-dipendenti, e di incrementare progressivamente la dose se necessario; di non sotto dosare i farmaci per non sottoporre la donna e il bambino ai rischi sia del farmaco che del non trattamento e di usare un singolo farmaco quando possibile piuttosto che 2 o più farmaci. Inoltre, prima di cominciare il trattamento è indispensabile discutere con la donna e, se la stessa acconsente, con il partner e/o la famiglia, dei benefici dell'intervento dei farmaci psicotropi; delle conseguenze possibili del mancato trattamento e di cosa potrebbe accadere nel caso in cui fosse cambiato o interrotto bruscamente. È inoltre utile discutere di come i farmaci possano modificare la capacità della donna di prendersi cura del bambino (per esempio nel caso dell'effetto avverso come la sedazione) (24).

Gli Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) sono considerati il trattamento farmacologico di prima scelta per la depressione nel post partum. Sfortunatamente ci sono pochi studi randomizzati che abbiano analizzato l'efficacia degli antidepressivi nella depressione perinatale, tuttavia, quelli presenti, validano prevalentemente l'efficacia di sertalina, escitalopram, fluoxetina, venlafaxina e bupropione (115) (117).

Gli SSRI sono efficaci nel ridurre la sintomatologia e il rischio di ricaduta e sono ben tollerati, sebbene non vi sia evidenza della loro superiorità rispetto ad altri tipi di trattamento (118). Inoltre, attualmente non si può dichiarare nessun singolo antidepressivo migliore di un altro nel trattamento della depressione perinatale (119), malgrado ciò la sertalina è il farmaco il cui utilizzo è maggiormente documentato in letteratura. Come trattamento di seconda scelta possono essere usati anche gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina, gli antidepressivi triciclici e le benzodiazepine nel caso di sintomi ansiosi, in quanto riducono gli attacchi di panico e i disturbi d'ansia (114).

Nel caso in cui la severità degli episodi psicopatologici necessiti il ricovero, le linee guida di diversi paesi raccomandano che la madre sia ammessa al reparto con il bambino in un'unità dedicata. L'importante è evitare la separazione dal bambino quando sia possibile, diminuendo, così facendo, i

problemi con l'allattamento, difficoltà nell'accettare il ricovero o le valutazioni diagnostiche, ricoveri prolungati e problemi nella creazione di una relazione diadica con il bambino (24) (120).

Le decisioni cliniche devono essere effettuate caso per caso e con la condivisione della paziente, prendendo in considerazione caratteristiche individuali come età, peso, gruppo etnico, interazioni con altri farmaci (121). Dal punto di vista terapeutico, le donne si dimostrano spesso riluttanti all'utilizzo di farmaci antidepressivi, nonostante le informazioni fornite sui profili di sicurezza dei farmaci e sugli effetti avversi del non trattamento (107) (122) (123). Inoltre, sebbene la letteratura dimostri l'efficacia e l'assenza di effetti nocivi sul bambino dei farmaci durante l'allattamento, vi è una falsa credenza, sulla loro dannosità che rimane salda nella popolazione e costituisce una grande barriera al trattamento (124). Le preoccupazioni materne sono inoltre legate agli effetti avversi dei farmaci, alla dipendenza, alla convinzione che i sintomi si possano risolvere senza una terapia e allo stigma nei confronti dei farmaci antidepressivi. Queste preoccupazioni influenzano in modo significativo la compliance farmacologica, in termini di autoregolazione della somministrazione e della posologia, di cessazione precoce del trattamento o di mancanza di assunzione (107).

Le donne più propense ad utilizzare gli antidepressivi quando prescritti sono quelle che hanno già effettuato un trattamento; così come le donne che già hanno beneficiato di un trattamento non farmacologico sono più propense a sceglierlo una seconda volta (124) (125).

Il trattamento farmacologico in gravidanza deve tenere conto dei rischi per il feto, ovvero del rischio di aborto, di effetti teratogeni nel primo trimestre di gravidanza, di tossicità e possibilità di effetti a lungo termine sul neurosviluppo del bambino. Tutti i farmaci psicotropi attraversano la placenta, per cui si possono sviluppare degli effetti avversi attribuibili all'uso di antidepressivi in gravidanza.

Vi è concordanza in letteratura sulla sicurezza dell'assunzione di SSRI nel primo trimestre per cui non sono considerati teratogeni. C'è invece un'associazione tra l'uso di SSRI in gravidanza e prematurità o basso peso alla nascita; tuttavia bisogna tenere conto di un fattore confondente nel bilanciare il rischio e il beneficio dell'assunzione del farmaco: anche la depressione non trattata comporta un aumento del rischio di tali manifestazioni (126) (127).

Le complicanze neonatali che si sono registrate nei nati che sono stati esposti in epoca prenatale a inibitori della ricaptazione della serotonina e serotonina/norepinefrina sono una serie di sintomi non gravi e autolimitanti includenti ittero, tachipnea, ipoglicemia, irritabilità, distress respiratorio, letargia. Non è chiaro il meccanismo patogenetico alla base di tali disturbi, se sia una sindrome da astinenza o un effetto tossico del farmaco assunto dalla madre. Questi sintomi si risolvono in pochi giorni con una terapia di supporto. Inoltre, gli studi sull'impatto degli SSRI sono rassicuranti sull'assenza di conseguenze sul neurosviluppo a lungo termine (126).

Per concludere, in caso di psicopatologia severa, la letteratura evidenzia che la combinazione di una terapia farmacologica, accompagnata da una psicoterapia, costituisca l'alternativa migliore, poiché favorisce la remissione dei sintomi diminuendo il rischio di future ricadute (109).

f. Perché parlare di prevenzione

Come è stato sottolineato finora nella trattazione dell'argomento, la depressione nel particolare periodo della gravidanza e post partum ha esiti negativi per la donna e per il bambino ed ha la possibilità di essere trattata efficacemente, con ricadute positive sulla storia futura della donna e del bambino. Nell'ambito della psicopatologia perinatale disponiamo di numerosi strumenti che permettono di effettuare azioni di prevenzione.

Ci sono evidenze sull'utilità di interventi di prevenzione primaria già durante la gravidanza, a tappeto o nelle donne con storia pregressa di psicopatologia. È stato infatti dimostrato che un'adeguata comunicazione sul tema della depressione perinatale si associa ad esiti positivi sulla donna e sulla famiglia. La comunicazione può avvenire attraverso materiale informativo oppure mediante incontri di sensibilizzazione, prima o dopo il parto. Ricevere informazioni sulla depressione, da un lato riduce lo stigma sulla patologia, sostituendo i miti sulla malattia mentale con nozioni fondate, dall'altro lato funge da elemento facilitatore nel richiedere aiuto precocemente nel caso di comparsa dei primi sintomi (107) (59). C'è inoltre evidenza scientifica riguardante il rapporto benefico tra il mantenimento della salute mentale e uno stile di vita sano (alimentazione, un corretto ritmo sonno-veglia, attività fisica,...); il che porta a dire che fornire consigli adeguati per il raggiungimento di tale obiettivo può essere una strategia di prevenzione (113).

Inoltre, per le donne a più alto rischio è consigliato fornire supporto precoce come strategia di prevenzione; in particolare, si può programmare una dimissione protetta o un ricovero più lungo dopo il parto; fissare delle visite domiciliari e supportare le interazioni positive tra mamma e bambino (113).

Il punto focale della prevenzione secondaria consiste in una precoce identificazione e un conseguente trattamento tempestivo dei sintomi della psicopatologia perinatale. Lo strumento di screening ideale dovrebbe avere delle caratteristiche precise: essere rapido e facile da somministrare; poco costoso; avere una buona specificità e un'alta sensibilità; produrre un miglioramento degli esiti di salute.

I test più utilizzati nelle ricerche presenti in letteratura sono: L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (128), il Postnatal Depression Screening Scale (PDSS) (129), il Patient Health Questionnaire

(PHQ-9 e PHQ-2 (130), il Beck Depression Inventory (BDI) (131), e il Center for Epidemiological Studies Depression Scale (132).

L'utilizzo della scala EPDS è consigliato dall'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) ed è considerato vantaggioso poiché è rapido, facile da codificare e specifico per il periodo del puerperio; è inoltre autosomministrabile e disponibile in diverse lingue, tra le quali esiste la versione validata in italiano (133) (134). L'EPDS è un questionario costituito da dieci item, che indagano lo stato depressivo della donna rispetto all'incapacità di ridere, ai sensi di colpa immotivata, all'incapacità di rivolgersi alle cose con gioia, all'ansia e alla preoccupazione, al sentirsi spaventata, e sommersa dalle cose, alla difficoltà nel sonno, al sentirsi triste, al soffrire di pianto frequente ed infine all'aver pensieri auto ed eterolesivi. Dall'EPDS sono esclusi i sintomi somatici che potrebbero essere dovuti al particolare periodo di cambiamento correlato al parto (fatica, modificazioni nelle abitudini alimentari e nel sonno) (135). Il punteggio per ogni domanda varia da 0 a 3, il punteggio globale da 0 a 30; un cut-off di 12-13 ad un mese dal parto è associato alla rilevazione di una depressione maggiore, mentre un valore da 9 a 10 indica la presenza di un rischio depressivo per cui si consiglia una valutazione clinica. L'EPDS è lo strumento più in uso, ma presenta limitazioni legate alla scarsa capacità di individuare comorbidità che possono insorgere nel periodo perinatale, oltre a non cogliere gli aspetti legati a perdita di controllo, irritabilità, pensieri ossessivi, difficoltà di concentrazione, quadro depressivo espresso dal rallentamento psicomotorio. C'è quindi bisogno che il clinico affianchi allo di screening un accurato colloquio con la donna.

Un altro strumento di screening è il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), composto da 9 domande indaganti i criteri su cui si basa la diagnosi di depressione perinatale e la severità degli stessi. Il processo di screening si compone di due fasi: inizialmente vengono poste le prime due domande (PHQ-2), se la donna risponde positivamente ad almeno una delle due si somministrano le successive 7. È caratterizzato da velocità e facilità di utilizzo per cui è consigliato l'utilizzo nel contesto delle cure primarie (136).

Per la rilevazione e misurazione dell'ansia è stato sviluppato Lo State Trait Anxiety Inventory, un questionario composto da 20 items che permette anche la valutazione dell'intensità delle sensazioni provate (137). La scala STAI è più rapida (è composta da sole 6 domande) e quindi utile nello screening. Entrambe le scale sono state validate nel contesto della gravidanza e puerperio. Le criticità legate a questo strumento sono la mancata omogeneità nell'utilizzo dei cut-off e la necessità di tener conto nella valutazione della presenza di comorbidità con sintomi depressivi.

Come evidenziato in precedenza, i test di screening vanno affiancati a strumenti quali questionari o schede di valutazione dei fattori di rischio, poiché è improprio utilizzare i punteggi degli screening in termini esclusivamente dicotomici di presenza o assenza di depressione (138).

g. Progetto sulla Depressione Perinatale di Regione Veneto

Il progetto “Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum” nasce nel 2018 come intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, al fine di rispondere alla necessità di sostenere e promuovere la salute mentale perinatale. Il Ministero della Salute, con un bando rivolto alle Regioni, ha finanziato progetti regionali orientati al potenziamento o implementazione di percorsi di accompagnamento della donna nel periodo pre e post nascita di un figlio, finalizzati all’individuazione precoce di fattori di rischio di disagio psichico perinatale e ad un’efficace presa in carico della donna.

Il Ministero richiedeva che i Progetti fossero strutturati in obiettivi specifici, quali:

- 1. Informare e sensibilizzare la donna e i familiari sul disagio psichico e sull’opportunità di un intervento precoce.*
- 2. Individuare precocemente la popolazione femminile a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione standardizzati.*
- 3. Implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio al fine di ridurre l’incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale.*
- 4. Valutazione del programma.*

La scelta della Regione Veneto è stata quella di cogliere l’occasione del progetto ministeriale per strutturare un’offerta assistenziale attiva in tutto il territorio regionale, tramite la strutturazione di un percorso integrato di cura regionale e di specifici percorsi aziendali che coinvolgessero sia gli ospedali sede di Punti nascita che i territori, i distretti socio-sanitari, i consultori familiari, i medici di medicina generale, i pediatri di famiglia, i Dipartimenti di salute mentale e i Dipartimenti di prevenzione.

Nella definizione delle scelte strategiche e di quelle operative sono stati coinvolti diversi gruppi di lavoro multidisciplinari e interaziendali, che hanno seguito, nel prendere le decisioni, una metodologia evidence-based avvalendosi degli studi presenti in letteratura sull’argomento.

Il progetto è stato strutturato con un approccio comunitario e coinvolge sia la rete verticale ospedaliera, che quella orizzontale dei servizi territoriali, prestando attenzione ai punti critici di passaggio da un setting all’altro, dal territorio all’ospedale e viceversa.

Si metteranno ora in evidenza i punti più importanti sviluppati grazie al progetto.

1. Sistema di sorveglianza

Il macro-obiettivo che la Regione Veneto ha perseguito fin da subito è stato quello di implementare un'offerta assistenziale universale, strutturando una sorveglianza attiva multifonte sulla depressione perinatale a livello regionale. A tal proposito, è stato strutturato un sistema di sorveglianza attivo multifonte, sperimentato prima e implementato poi a regime, che si basa su fonti informative correnti interconnesse tramite l'identificativo unico regionale dell'individuo. Questi flussi correnti sono le schede di dimissione ospedaliera (SDO), il Registro Nascita o CedAP, il flusso della farmaceutica, il flusso della assistenza territoriale psichiatrica e il registro di mortalità; per le donne che hanno partorito in Veneto, tramite un complesso metodo di ripescaggio nelle sopra citate fonti, è stata possibile l'identificazione delle donne a rischio, delle donne con diagnosi e/o trattate, delle donne con scompenso psichiatrico e delle donne suicide. La fonte più informativa del sistema di sorveglianza è stata il flusso della farmaceutica che, da solo, ha permesso di rintracciare l'80% delle donne affette da disturbo psichiatrico; segue il flusso dell'Assistenza psichiatrica territoriale che individua il 30% delle donne e le SDO che rilevano il 9% delle stesse. Complessivamente, il sistema di sorveglianza rivela che in Veneto la prevalenza di parti complicati da depressione perinatale è dell'1,6%, mentre la prevalenza di donne che ha sofferto di depressione perinatale è del 2%; alcune donne, infatti, sono recidivate e hanno sofferto di disturbi perinatali in più di un parto. L'ammontare delle donne che recidivano è il 35% delle pluripare.

2. Screening e Percorsi di presa in carico

Misurata la consistenza del problema della depressione perinatale, sono stati individuati strumenti di screening e percorsi di diagnosi e presa in carico. Grazie al progetto, attualmente, lo screening della depressione perinatale è offerto attivamente a tutte le donne che partoriscono in tutti i punti nascita della Regione Veneto e, nel caso di rischio, un percorso diagnostico e di presa in carico, ospedaliero e/o territoriale. Esso rappresenta un'offerta assistenziale attiva ed universale nel territorio regionale, legata ad un percorso integrato delle cure con continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio.

La modalità di effettuazione dello screening è stata oggetto di un gruppo di lavoro (GdL) specifico, che si è focalizzato sulla scelta dello strumento di screening, sul timing e sul setting. Il gruppo, unanimemente, ha convenuto che lo strumento più utilizzato a livello internazionale e che si auspicava di utilizzare fosse l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), validato sia per la gravidanza che per il postpartum, disponibile in diverse lingue, riutilizzabile in ri-test successivi. L'EPDS viene utilizzato generalmente in autosomministrazione; il GdL, tuttavia, raccomandava che sarebbe stato

preferibile che accanto alla donna, durante la compilazione, ci fosse un facilitatore che aiutasse nella comprensione delle domande. Considerata l'ampia disponibilità in letteratura di studi riportanti i fattori di rischio per lo sviluppo di depressione perinatale, è stato deciso di associare all'EPDS la rilevazione dei fattori di rischio e perciò è stato realizzato un questionario ad hoc che assolvesse allo scopo. Lo screening individuato per la Regione Veneto, dunque, è uno screening combinato che unisce lo score ottenuto all'EPDS ai fattori di rischio. Il GdL si è anche soffermato sullo stabilire il peso di ciascun fattore di rischio nella determinazione del rischio di sviluppare una depressione perinatale. Considerato che il 99,4% dei parti in Veneto avviene nei Punti Nascita pubblici o convenzionati della regione, allo scopo di ottenere la maggior aderenza possibile allo screening, è stata presa la decisione di somministrare lo screening al punto nascita, durante il ricovero da parto, individuando nella seconda giornata post partum il timing più appropriato per permettere anche l'avvio della presa in carico delle donne a rischio. Come è noto, nella prima settimana post partum, è in atto uno stravolgimento ormonale, fisiologico e autolimitantesi, che può causare una alterazione del tono dell'umore che prende il nome di maternity blues; onde evitare numerosi falsi positivi legati a tale condizione benigna, nell'ambito del progetto, gli score all'EPDS utilizzati come cut-off rispettivamente per l'alto e il medio rischio in una donna senza alcun fattore anamnestico, sono ≥ 15 e ≥ 12 . È stato, dunque, volutamente posto un valore superiore allo standard (di solito è 12 per l'alto rischio) per contenere i falsi positivi.

Per le donne risultate ad alto rischio di sviluppare una depressione o già con sintomi franchi, è stato creato il percorso intraospedaliero di presa in carico. Il percorso è rivolto a tutte le donne ad alto rischio per le quali è necessaria una presa in carico immediata e multiprofessionale, oltre che una dimissione protetta con una forte integrazione tra attività ospedaliera e territoriale. Le unità operative coinvolte sono il Punto nascita e l'U.O. di Psichiatria di riferimento: le indicazioni del progetto sono che lo psichiatra esegua la valutazione nella sede di degenza della puerpera entro la dimissione prevista. I compiti dello psichiatra sono quelli di effettuare il percorso diagnostico, impostare la prima presa in carico della sofferenza psichica della donna e collaborare alla definizione ed attuazione del piano assistenziale in caso di dimissione protetta. Dall'inizio del progetto e sulla spinta di questo, in regione, gli ambulatori psichiatrici dedicati alla depressione perinatale sono passati da uno a tre ed anche in altre ULSS si sta lavorando per garantire uno spazio dedicato a questo particolare gruppo di utenza.

Per le donne a medio rischio, la proposta è quella di aggancio al Consultorio Familiare che tra le altre cose, potrà effettuare una visita domiciliare. In Veneto, già da diversi anni è attiva la pratica dell'home visiting, ma rappresenta un servizio declinato diversamente nel territorio per modalità di attivazione e per tipologia di utenti a cui si affaccia. Un primo approccio alla questione, per studiare

meglio il fenomeno e cercare di implementarlo, è stato censire i servizi attivi in ciascun distretto delle nove AULSS venete. Nel 65% dei distretti viene effettuata una visita domiciliare post partum in maniera proattiva a tutte le donne che partoriscono.

3. Sistema informativo

Ormai da una ventina d'anni, in Veneto, è stata informatizzata la rilevazione del Certificato di Assistenza al Parto, istituita a livello nazionale dal Decreto del Ministro della Sanità 16 luglio 2001, n.349. L'applicativo in uso nei punti nascita del Veneto permette di raccogliere numerose informazioni sull'evento nascita raccogliendo dati anagrafici e socio-demografici sui genitori, anamnestici sulla gravidanza attuale e sui concepimenti precedenti, dati relativi al parto e alcune informazioni sul nato come il peso, la lunghezza, la circonferenza cranica, il punteggio Apgar al 5° minuto, nonché eventuali dati legati alla natimortalità e alla presenza di malformazioni, così come stabilito dalla normativa nazionale. Nel corso degli anni il tracciato di rilevazione è stato più volte aggiornato per permettere la registrazione e il monitoraggio di nuove offerte assistenziali, ad esempio, le gravidanze a basso rischio ostetrico, le tecniche non invasive di indagine prenatale, oppure, le recenti tecniche di procreazione medicalmente assistita come la donazione di gameti; non da meno, con l'avvento del Progetto sulla depressione perinatale, si è deciso di ampliare l'applicativo del Registro Nascita con un modulo dedicato allo screening sulla depressione. Questo modulo permette la registrazione delle risposte date dalla neomamma all'EPDS e al questionario di rilevazione sui fattori di rischio e, grazie ad un algoritmo specificatamente creato, suddivide le donne in gruppi di rischio di sviluppare una depressione perinatale: alto, medio e basso. L'utilizzo del sistema informativo, perciò, facilita la valutazione degli screening permettendo all'operatore di ricevere indicazioni chiare su che percorso di presa in carico attivare per la donna, secondo quanto stabilito dal progetto. Al salvataggio dei dati, infatti, all'operatore compare un messaggio che mostra lo score all'EPDS, evidenzia l'eventuale positività all'item 10, indica la classe di rischio e mostra un messaggio che dice che tipo di percorso di presa in carico attivare.

4. Formazione degli operatori

Un ulteriore capitolo strutturale, sul quale si è deciso di investire perché durevole nel tempo, è stata la formazione degli operatori. In collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSSP), ente strumentale della Regione Veneto, che si occupa dello sviluppo professionale e della crescita organizzativa dei professionisti che lavorano nel Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto, sono stati creati pacchetti formativi sia asincroni che sincroni. Questi corsi di formazione oggi

rappresentano un patrimonio formativo regionale rilevante, frutto della partecipazione di formatori con curriculum e competenze di alto livello in merito alla depressione perinatale e che potrà essere utilizzato anche dopo la fine del progetto per la formazione dei nuovi operatori coinvolti nel percorso regionale depressione perinatale.

Le modalità formative sono state sia di tipo orizzontale, con pacchetti formativi per figura professionale specifica (ostetriche, ginecologi, pediatri, psicologi, psichiatri) che trasversali, come il modulo formativo cosiddetto “team building”, strutturato per Azienda ULSS, che ha visto la partecipazione di tutte le figure professionali coinvolte, sia ospedaliere che territoriali, con l’obiettivo di analizzare ed eventualmente ripensare la declinazione aziendale del percorso regionale, stimolati da attività di role-playing tramite casi simulati.

Il corso di formazione a distanza dedicato alle ostetriche è stato impostato come una formazione teorico-pratica sullo screening combinato con EPDS e rilevazione dei fattori di rischio, che riguardava oltre alle modalità di effettuazione dello stesso, anche l’utilizzo del sistema informativo dedicato. Un modulo è stato dedicato all’home visiting e all’atteggiamento più consono da tenere nel dialogo con la donna e la famiglia.

Il corso di formazione ad hoc per psichiatri e psicologi, invece, comprendeva nozioni di psicodiagnostica, con approfondimenti specifici sui test maggiormente riconosciuti in letteratura come strumenti efficaci per la diagnosi di depressione; un modulo riguardava la psicofarmacologia in gravidanza e puerperio e i rischi e benefici di quest’ultima. Infine, è stata data una particolare rilevanza alla psicoterapia, con un’attenzione speciale alla tecnica psicoterapica di gruppo elaborata dalla Prof.ssa Milgrom (139). Di estrema rilevanza, ovviamente, era il modulo di spiegazione del percorso relativo alla depressione perinatale e quindi l’apprendimento di cosa ci si aspettava dovessero fare questi operatori nell’ambito del progetto.

Il corso rivolto ai ginecologi proponeva due moduli principali: il primo era un excursus sulla psicopatologia in gravidanza e i suoi fattori di rischio; il secondo trattava la psicofarmacologia nel periodo perinatale.

Questi tre corsi sono stati fruibili dai discenti dall’Agosto 2020 per 12 mesi.

I corsi di formazione rivolti ai pediatri (ospedalieri e di libera scelta) e ai medici di medicina generale, a differenza dei precedenti, avevano unicamente l’obiettivo di sensibilizzare gli operatori sul tema della depressione materna, affinché questi operatori, che sono quelli che più spesso intercettano la donna nel periodo fertile, di gravidanza e di post partum, potessero divenire sentinelle attive del disagio psichico perinatale così da introdurre nei percorsi definiti nel progetto le donne bisognose d’aiuto. Questi due corsi sono stati attivi dal Novembre 2020 per 12 mesi.

In tre aziende ULSS, inoltre, sono stati proposti dei seminari di *team building* con un focus particolare sulla comunicazione tra operatori e con l'utenza. Il Team Building o "costruzione del gruppo", è una famiglia di attività e tecniche volte a promuovere l'interazione-integrazione fra i membri di un Team; è un processo che mira a costruire una rete permettendo ai vari membri di farsi conoscere e conoscere gli altri, stimolare la creatività e la condivisione di idee. Un *team*, per funzionare bene, ha bisogno della creazione di dinamiche positive che permettano il raggiungimento di obiettivi prefissati e concertati attraverso un metodo chiaro e definito, nel rispetto della specificità di ruoli e competenze di ogni membro, sempre coltivando una comunicazione efficace ed un buon clima di lavoro. Partendo dal presupposto che la comunicazione è uno strumento essenziale per la promozione della salute, forse ancor di più nell'ambito della salute mentale, la capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una relazione positiva ed armonica con un paziente e con i suoi familiari diviene indispensabile per tutti i processi assistenziali e per il loro esito e rende le persone parte attiva nel processo.

5. Campagna informativa

Per la campagna di sensibilizzazione sul tema della depressione perinatale sono stati realizzati un poster e 23 diverse brochure, che presentano una sezione specifica per ogni AULSS e distretto, in cui sono indicati i servizi e i numeri di telefono del territorio di residenza da chiamare nel caso la donna o i suoi familiari o conoscenti avessero bisogno di chiedere aiuto. Le brochure sono state tradotte in 7 lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, cinese). I materiali informativi sono stati stampati e resi disponibili alle Aziende ULSS per la distribuzione a Punti Nascita, Consulteri Familiari, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, ambulatori, alla grande distribuzione (supermercati) e alle farmacie aperte al pubblico.

4. Scopo Della Tesi

La tappa finale del processo di programmazione in sanità, prevede la valutazione delle attività che sono state prima programmate e poi implementate, al fine di verificarne l'efficacia ed eventualmente apportare correzioni.

Il macro obiettivo di questo lavoro di tesi è quello di valutare l'impatto delle attività implementate nel sistema sanitario Veneto con l'introduzione dello screening sulla depressione perinatale. Fanno parte del programma di screening, non solo lo strumento in sé utilizzato per effettuare il test di screening, ma anche il personale e le strutture coinvolte e la formazione a loro dedicata, che possono influire sulla riuscita del programma; il percorso individuato per la conferma diagnostica successiva all'individuazione di un test positivo; i meccanismi di recupero di eventuali falsi negativi. Di tutte queste componenti si costituisce il programma di screening e ciascuno è stato studiato in fase di programmazione e implementazione.

Vista la vastità degli interventi effettuati, si è scelto di suddividere in tre parti il lavoro, ciascuna con una finalità e una trattazione a sé stante, ma unita concettualmente alle altre nella valutazione di efficacia del programma di screening.

I tre lavori e i rispettivi obiettivi sono:

- 1) ***Valutazione della formazione degli operatori coinvolti nel network dedicato alla depressione perinatale:*** lo scopo di questo lavoro è verificare l'andamento, il gradimento e l'apprendimento ottenuti con i 3 principali corsi di formazione creati per il progetto. Di particolare interesse, è la valutazione del corso dedicato alle ostetriche, figure incaricate nel progetto di svolgere il test di screening; laddove si sia rilevato un loro apprendimento scarso, si è voluto procedere ad un'analisi dei determinanti di tale fallimento.
- 2) ***Valutazione del programma di screening regionale a tre mesi dall'implementazione su tutto il territorio regionale:*** l'obiettivo in questo caso è calcolare complessivamente, per ULSS e per punto nascita, l'aderenza allo screening, le modalità di risposta, l'esito dello screening e la discordanza d'esito dal valore atteso. La domanda a cui poi si è voluto rispondere è cosa influenza un esito di rischio di molto discorde all'atteso, sia in eccesso che in difetto, in termini di fattori legati al personale e alle caratteristiche intrinseche al punto nascita.
- 3) ***Validazione dello strumento di screening creato ad hoc per il progetto:*** lo scopo di questa terza parte è quello di verificare quanto il test prescelto centri l'obiettivo di individuare correttamente donne sane e donne malate. Obiettivo è quello di seguire nel tempo le donne

sottoposte a screening per verificare se divengono patologiche. Infine, si vuole calcolare la sensibilità, la specificità dello screening effettuato ed effettuare un confronto con eventuali altre modalità test (solo EPDS, rilevazione di solo alcuni fattori di rischio...).

5. Materiali e Metodi

1) Valutazione della formazione degli operatori coinvolti nel network dedicato alla depressione perinatale.

I corsi di formazione descritti nel Capitolo 3.g. sono stati organizzati come formazione a distanza, fruiti in modalità asincrona dai discenti attraverso piattaforma di e-learning. I tre corsi su cui è stata basata la valutazione della formazione sono quelli rivolti a ostetriche/infermieri, ginecologi e quello per psicologi/psichiatri: questi tre corsi sono partiti contemporaneamente. La fruizione di questi corsi era possibile dall'1 agosto 2020 al 15 luglio 2021. Al momento dell'iscrizione dei partecipanti sono stati raccolti con apposito format i dati anagrafici di ciascuno (nome, cognome, data di nascita, ULSS di appartenenza, struttura di appartenenza/affiliazione, profilo professionale). Dalla data di nascita è stata ricavata l'età e questa è stata categorizzata (<30, 30-39, 40-50, >50 anni).

Al termine del corso i partecipanti hanno compilato un questionario di verifica dell'apprendimento e un questionario di gradimento (quest'ultimo fin da subito in forma anonima). Il questionario di apprendimento era composto da quesiti a risposta multipla con una sola soluzione corretta, in numero di 12 domande per i corsi di ostetriche/infermieri e psicologi/psichiatri e 6 domande per quello dei ginecologi. Del questionario di apprendimento veniva registrata la data di effettuazione e la percentuale di risposte esatte ottenuta; quest'ultima è stata poi categorizzata in esito A (100%), A- (99%-85%), B (84%-80%), C (79%-70%) ed Insufficiente (<69%).

Nel rispetto della normativa sulla privacy, i dati sono stati anonimizzati e verranno qui trattati in forma aggregata.

E' stato fatto un focus specifico sulle ostetriche; sono stati aggregati i dati per punto nascita e si è individuato un parametro di interesse, inteso come il completamento del corso tra le iscritte al corso, e un parametro di coinvolgimento, stimato come percentuale dell'organico in servizio presso il punto nascita che completa il corso. Entrambi gli indicatori sono stati categorizzati in livello di interesse alto (dal 100% all'85%), medio (dall'84% al 75%), basso (< 75%) e livello di coinvolgimento alto (dal 100% al 90%), medio (dall'89% al 75%) e basso (<75%).

A ciascun Punto Nascita è stato attribuito il livello secondo la suddivisione regionale che considera standard strutturali e tecnologici, per cui l'Azienda Ospedaliera di Padova, quella di Verona, il punto nascita di Mestre, di Vicenza e di Treviso sono considerati terzo livello; i punti nascita di secondo livello sono quelli di Arzignano, Bassano, Belluno, Camposampiero, Castelfranco, Chioggia,

Cittadella, Conegliano, Feltre, Legnago, Mirano, Montebelluna, Oderzo, Portogruaro, Rovigo, San Donà, San Bonifacio, S. Cuore Negrar, Ospedale di Santorso, Ospedale Magalini di Villafranca e Ospedali Riuniti Padova Sud; i punti nascita di Adria, Valdagno e Venezia sono classificati di primo livello.

Infine, sono stati suddivisi i punti nascita per numero di parti avvenuti nell'anno 2020 (sia espressa come variabile qualitativa che categoriale <500, 500-1000, >1000), come indicato in tabella 1.

Si è poi proceduto a creare un dataset contenente le variabili finora descritte.

Tabella 1 Parti per ciascun punto nascita di Regione Veneto. I parti si riferiscono alla rilevazione CedAP 2020.

	N parti 2020	CLASSE
Az.Osp. Pd-Piastra Ostetrica	2.608	>1000
Az.Osp. Vr	1.960	>1000
C.C. Abano Terme	932	500-1000
C.C. Pederzoli	1.109	>1000
O.C. Adria	310	<500
O.C. Arzignano	631	500-1000
O.C. Bassano	927	500-1000
O.C. Belluno	603	500-1000
O.C. Camposampiero	1.133	>1000
O.C. Castelfranco	659	500-1000
O.C. Chioggia	515	500-1000
O.C. Cittadella	1.049	>1000
O.C. Conegliano	1.040	>1000
O.C. Feltre	748	500-1000
O.C. Legnago	888	500-1000
O.C. Mirano	975	500-1000
O.C. Montebelluna	1.120	>1000
O.C. Oderzo	727	500-1000
O.C. Portogruaro	242	<500
O.C. Rovigo	632	500-1000
O.C. S.Donà	553	500-1000
O.C. San Bonifacio	1.370	>1000
O.C. Treviso	2.144	>1000
O.C. Valdagno	427	<500
O.C. Venezia	331	<500
O.C. Vicenza	2.373	>1000
O.CL. S. Cuore Negrar	1.092	>1000
Ospedale dell'Angelo	1.907	>1000
Ospedale di Santorso	1.378	>1000
Ospedale Magalini di Villafranca	639	500-1000
Ospedali Riuniti Padova Sud	602	500-1000
Totale	31.624	

E' stata condotta una analisi descrittiva dei risultati, con dati espressi in numero assoluto e percentuale. Successivamente è stata effettuata una analisi logistica multivariata al fine di indagare i determinanti di esito negativo al test di apprendimento delle ostetriche.

Per l'analisi logistica si sono considerate come variabili predittive il numero di parti, livello del punto nascita, livello di coinvolgimento e livello di completamento del corso, oltre alla classe di età delle ostetriche.

L'analisi logistica studia l'andamento di una variabile dipendente o caratterizzante in funzione di una serie di variabili esplicative o predittori, o meglio di un vettore costituito da una selezione di esse. La variabile di risposta è di tipo dicotomico, presente o assente, mentre le esplicative possono essere indifferentemente anch'esse dicotomiche, oppure qualitative a più modalità o quantitative.

E' possibile valutare la significatività complessiva del modello, oltre che quello di ciascun parametro stimato in esso introdotto. Attraverso l'analisi di regressione logistica è possibile ottenere gli *Odds Ratio* (OR) che rappresentano una misura di associazione ampiamente utilizzata in epidemiologia poiché approssima quanto è più probabile per un *outcome* essere presente fra i soggetti con $x=1$ rispetto a quelli con $x=0$. Questa interpretazione per l'OR deriva dal fatto che, quando si studiano eventi rari, tale misura approssima una quantità nota come Rischio Relativo.

Si sono considerate come variabili predittive il numero di parti, livello del punto nascita, livello di coinvolgimento e livello di completamento del corso, oltre alla classe di età delle ostetriche.

Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il package statistico "The SAS System".

2. Valutazione del programma di screening regionale a tre mesi dall'implementazione su tutto il territorio regionale

Per la valutazione dello screening sono stati utilizzati i dati raccolti grazie al sistema informativo che Regione Veneto ha realizzato specificatamente per il programma di screening dedicato alla depressione perinatale. Questo sistema si configura come modulo del più complesso sistema informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP); il CedAP è uno strumento di rilevazione dati esistente a livello nazionale, la cui compilazione è obbligatoria in occasione di ogni nascita. Le informazioni raccolte riguardano la gravidanza, l'assistenza alla stessa e al parto, gli esiti materni e neonatali. I dati sono disponibili in tempo reale, in quanto collegati tramite la rete regionale Intranet. Il CedAP è stato introdotto con il Decreto del 16 Luglio 2001 (n.349) e la sua applicazione è entrata in vigore il 1° gennaio 2002. La sua istituzione ha permesso di compensare mancanza di informazioni dovuta all'interruzione del flusso delle schede di nascita ISTAT conseguente all'entrata in vigore della legge 127/97 o "Bassanini bis". Il decreto del 2001, che affidava alle regioni la gestione del

flusso informativo che il CedAP avrebbe prodotto, ha determinato la creazione del Registro Nascita del Veneto. L'unificazione dell'intero sistema informativo e l'uniformità dei dati raccolti permettono di ottenere informazioni di carattere epidemiologico, sanitario e sociodemografico. In particolare, il CedAP raccoglie informazioni sull'evento nascita nella sua interezza ed è diviso in sei sezioni differenti. Quando una donna partorisce, l'ostetrica del punto nascita inserisce nel sistema informativo CedAP le risposte della rilevazione del certificato di assistenza al parto e il test di screening sulla depressione perinatale compilato in autosomministrazione dalla donna, col supporto dell'ostetrica, che svolge un ruolo di facilitatore. La compilazione viene effettuata online attraverso un'utenza e una password dedicate dalle ostetriche e dal personale medico che si sono occupati della donna e del bambino durante il parto. Dal 2020 si è aggiunta la compilazione del modulo sulla depressione perinatale, quindi l'ostetrica procede alla compilazione del test, composto da due questionari, l'EPDS e il questionario sui fattori di rischio, per un totale di 24 domande.

L'EPDS è un questionario standardizzato, autosomministrabile, disponibile in più di 20 lingue, internazionalmente riconosciuto nella prevenzione del disagio psichico perinatale. E' costituito da 10 item (da Q1 a Q10), che indagano lo stato depressivo della donna rispetto a: incapacità di ridere, sensi di colpa immotivata, incapacità di rivolgersi alle cose con gioia, ansia e preoccupazione, sentirsi spaventata, sentirsi sommersa dalle cose, difficoltà nel sonno, sentirsi triste, soffrire di pianto frequente, avere pensieri autolesivi. Dall'EPDS sono esclusi i sintomi somatici che potrebbero essere dovuti al particolare periodo di cambiamento correlato al parto (fatica, modificazioni nelle abitudini alimentari e nel sonno) (135). Il punteggio per ogni domanda varia da 0 (assenza di sintomi) a 3 (sintomi severi), mentre il punteggio globale, calcolato dalla somma dei punteggi delle singole risposte, va da 0 a 30. Valori EPDS ≥ 15 definiscono un alto rischio per l'EPDS, così come la domanda 10 positiva indipendentemente dallo score. Un punteggio $12 \leq EPDS \leq 14$ definisce un rischio medio. Sotto lo score di 12 il rischio per l'EPDS è basso.

Il questionario sui fattori di rischio è stato creato ad hoc per lo screening di Regione Veneto, basandosi sui dati presenti in letteratura. Tale questionario è composto da 14 domande (da Q11 a Q24) ed indaga la presenza dei principali fattori di rischio conosciuti per lo sviluppo di depressione post-partum, ovvero precedenti disturbi mentali, anche in gravidanze passate, assunzione di sostanza d'abuso (quali alcol, sostanze illegali), vissuto di violenza, qualità delle relazioni familiari e sociali, presenza di fattori stressogeni, come problemi economici, lutti recenti. La risposta alle domande è bimodale (sì/no), eccezion fatta per due quesiti di approfondimento (Q16 e Q20, che si attivano se la donna risponde sì all'uso di alcol e all'aver vissuto violenza), che chiedono una specifica sulla frequenza di uso d'alcol e su quando hanno vissuto una violenza.

L'integrazione dei due questionari avviene grazie ad un complesso algoritmo, che tramite il sistema informativo restituisce, in tempo reale, nel momento del salvataggio dello screening, un risultato di rischio.

L'alto rischio è definito dalla presenza di almeno una tra le seguenti condizioni:

- Punteggio EDPS \geq 15 anche senza fattori di rischio;
- Qualsiasi punteggio dell'EPDS con Q10 positiva.
- Punteggio EDPS \geq 12 e almeno una risposta positiva in Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q17.

Porta ad un rischio medio:

- Punteggio $12 \leq \text{EDPS} \leq 14$ anche senza fattori di rischio;
- Punteggio EDPS $<$ 12 e almeno una risposta positiva tra Q11, Q12, Q13, Q17, Q18;
- Punteggio EDPS $>$ 9 e almeno una risposta positiva alle seguenti domande del questionario di valutazione dei fattori di rischio tra Q21, Q22, Q23, Q24.

E' stata condotta un'analisi descrittiva dell'esito dello screening nel periodo Settembre-Dicembre 2020. E' stata calcolata l'aderenza allo screening per punto nascita, intesa come test somministrati sul totale di parti avvenuti nel periodo; l'aderenza è stata anche calcolata per singolo mese per valutare il trend. Si è descritta la distribuzione delle donne nei tre gruppi di rischio, regionale e per punto nascita, dell'intero periodo e per mese. Il tasso di alto rischio regionale è stato definito "valore atteso" e su questo è stato fatto un confronto tra i diversi punti nascita: i punti nascita con un tasso di alto rischio ≥ 9 o ≤ 5 sono stati definiti "risultati fuori range". Su questo evento è stata condotta una analisi logistica multivariata, riportando alcune variabili di gruppo (del singolo PN) sul dataset individuale, tenendo poi conto in fase di elaborazione dati della possibile correlazione data dai PN come cluster. I fattori presi in esame nell'analisi sono molteplici: alcune sono caratteristiche proprie della struttura in cui è avvenuto lo screening, ad esempio il numero di parti effettuati all'anno nel PN, il livello del PN; altri sono fattori riguardanti la formazione ricevuta dal personale operante nel punto nascita, quindi è stata analizzata l'influenza del livello di apprendimento delle ostetriche, l'interesse dimostrato da queste ultime tramite il completamento del corso e il coinvolgimento del PN alla formazione. Infine, tra le variabili, è stata valutata anche l'età delle ostetriche.

Si è proceduto poi ad una analisi descrittiva delle risposte ai questionari nei tre gruppi di donne, ad alto, medio e basso rischio, mediante l'analisi dei singoli item dei due questionari.

Infine, si è voluto studiare, quantitativamente e qualitativamente, i passaggi da un gruppo di rischio all'altro permessi dalla valutazione dei fattori rischio per mezzo dell'algoritmo sopra descritto, ovvero i passaggi da un gruppo di rischio definito dall'EPDS che aumenta di gravità per la presenza di uno o più fattori di rischio.

3. Analisi e validazione dello strumento di screening creato ad hoc per il progetto.

Per la validazione dello screening e una valutazione dell'accuratezza del test scelto, è stato condotto uno studio di coorte. Le donne sottoposte a screening (la coorte di partenza) è stata seguita nel tempo per verificare gli esiti di salute mentale nei mesi successivi al parto. Il metodo utilizzato è stato quello di ripescarle nei flussi informativi regionali grazie ad un identificativo anonimo, univoco, presente in tutti i flussi correnti regionali. Infatti, l'identificativo univoco, definito codice soggetto, è stato usato come chiave di aggancio tra CedAP, il flusso delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO), quello della farmaceutica ed il flusso dell'assistenza psichiatrica territoriale. La metodica utilizzata è quella del record linkage. E' stato necessario definire il gold standard per la conferma diagnostica di patologia psichiatrica. Si è definita malata una donna che dopo il parto è stata rintracciata nei suddetti flussi informativi regionali con una diagnosi psichiatrica e/o uso di psicofarmaci. A causa della latenza di aggiornamento dei flussi, è stato possibile seguire in modo completo le donne sottoposte a screening tra Settembre e Dicembre 2020 fino all'Aprile 2021.

Vengono ora brevemente descritti i diversi flussi informativi utilizzati, eccezion fatta per il CedAP, di cui si è parlato al punto 2.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è lo strumento ordinario che permette la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente che venga dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La SDO è parte integrante della cartella clinica, e la sua corretta compilazione è responsabilità del medico curante. L'introduzione della SDO con il Decreto Ministeriale del 28 Dicembre 1991 ha determinato la creazione di un flusso informativo che permette rilevazioni sistematiche di carattere epidemiologico, nonché un supporto a processi di programmazione, gestione, controllo delle attività di ospedali sia pubblici che privati.

Il contenuto informativo della SDO è ampio e standardizzato. In particolare, vi sono indicazioni anagrafiche del paziente, informazioni sulla struttura in cui avviene il ricovero e informazioni cliniche. Le diagnosi di patologia (divise in diagnosi principale di dimissione e diagnosi secondarie) e gli interventi/procedure effettuate durante il ricovero sono codificate tramite il sistema di Classificazione ICD9-CM, ovvero il codice dell'International Classification of Diseases, Clinical Modification.

Flusso della farmaceutica: Il decreto del 31 Luglio 2007 ha determinato l'istituzione di flussi informativi per il monitoraggio della distribuzione farmaceutica diretta e della farmaceutica convenzionata. Le strutture coinvolte nel monitoraggio sono le ASL (Azienda Sanitaria Locale), le

strutture di ricovero quali Presidi di ASL, AO (Azienda Ospedaliera), IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), ambulatori e altre strutture presenti sul territorio tra cui i SerD e le RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), gli istituti o i centri di riabilitazione, le farmacie territoriali convenzionate e gli istituti penitenziari.

Il Flusso Farmaceutica rileva, in relazione ad ogni singolo evento sanitario, informazioni riguardanti l'erogatore e dispensatore, l'assistito, la prestazione e il prescrittore.

Le informazioni sui canali di erogazione sono divise in due ambiti: la “*distribuzione diretta*” e “*convenzionata*”.

Secondo la legge del 16 novembre 2001, si definisce la distribuzione diretta “la forma di erogazione dei farmaci al paziente per il consumo al proprio domicilio”. In particolare, la *distribuzione diretta propriamente detta* comprende i farmaci erogati al paziente attraverso le strutture delle Aziende Sanitarie e in cui i farmaci sono acquistati dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere. Un secondo tipo di distribuzione diretta si definisce invece “*per conto*”: in questo caso i farmaci acquistati da dalle ASL/regioni vengono distribuiti all'assistito dalle farmacie territoriali grazie ad un accordo tra regione e distributori diretti. La “farmaceutica convenzionata” comprende invece l'erogazione a carico del SSN di medicinali da parte delle farmacie aperte al pubblico, sulla base di ricetta medica. Le informazioni riguardanti l'assistito comprendono invece un “Identificativo assistito” nel quale è riportato un codice anonimo, dati anagrafici e il codice indicante il tipo di esenzione dell'assistito.

Le informazioni relative alla prestazione comprendono il tipo e il codice del medicinale prescritto, distinguendo i medicinali in: autorizzati all'immissione in commercio, preparazioni magistrali e officinali, medicinali esteri non autorizzati in Italia, ossigeno o altri gas medicinali non dotati di codice AIC. La classificazione Anatomico Terapeutico Chimico (ATC) permette di identificare i farmaci all'interno del flusso. Tale classificazione è organizzata in modo da dividere i farmaci in gruppi differenti a seconda dell'organo o dell'apparato sul quale agiscono, oltre alle proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche.

Assistenza Psichiatrica Territoriale: In accordo con il D.G.R. n.1883 del 23 giugno 2009, il flusso informativo dell'Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT) rileva le caratteristiche anagrafiche e cliniche degli utenti dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), delle Aziende ULSS del Veneto e le prestazioni erogate. Per utenti si intendono tutti i pazienti che accedono ai DSM e ai Servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) con una diagnosi psichiatrica. Le prestazioni erogate comprendono invece tutte le prestazioni, escludendo le consulenze per utenti ricoverati in una struttura ospedaliera.

La cartella psichiatrica territoriale registra i dati anagrafici e clinici dell'utente e i dati relativi alle prestazioni erogate. La cartella viene aperta ogni qualvolta un paziente entri in contatto con il DSM e viene mantenuta attiva durante tutta la presa in carico del paziente.

Tutte le cartelle presentano la diagnosi codificata secondo la classificazione internazionale delle malattie versione ICD10. In accordo con la Legge 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sensibili del paziente vengono separati dai dati clinici e anagrafici alla trasmissione alla Regione.

Sono state definite malate le donne rintracciate in uno dei suddetti flussi con uno dei relativi codici ICD-9cm e ICD-10 di diagnosi e/o codici ATC di farmaci presenti in tabella 2.

Tabella 2 Criteri per la definizione delle donne patologiche.

Descrizione	ICD-9cm
Disturbi mentali indotti dall'alcol, Sindrome da dipendenza da alcol, Dipendenza da droghe, Abuso non dipendente di droghe.	291XY, 303XY, 304XY
Altre psicosi non organiche	298.3X-298.5X
Disturbi dell'umore episodici	296XY
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	300XY
Abuso di droghe, senza dipendenza	305.8X-305.9X
Descrizione	Codice ICD-10
Disturbi mentali e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive	F10.X-F19.X
Disturbi psicotici acuti e transitori	F23.X
Disturbi dell'umore	F30.X-F34.X, F38.X-F39.X
Disturbi nevrotici, legati allo stress e somatoformi	F40.X-F45.X, F48.X
Disturbi mentali e comportamentali associati al puerperio, non classificati altrove	F53.X
Abuso di sostanze che non producono dipendenza	F55.X
Farmaci	Codice ATC
Antidepressivi	N06A
Antipsicotici	N05A
Antipsicotici, derivati benzodiazepinici	N05BA
Ipnocici e sedativi, derivati benzodiazepinici	N05CD
Farmaci usati nei disturbi da uso di sostanze	N07B

E' stata calcolata la percentuale di vere malate nel periodo di screening. Questa valutazione è stata fatta anche per ciascun punto nascita, per effettuare delle considerazioni sulla capacità di ciascuna struttura di filtrare le donne patologiche. E' stata rilevata la distribuzione delle malate nei tre gruppi di rischio individuati con l'esito dello screening.

Per validare le scelte fatte per la definizione degli score dell'EPDS che definiscono i gruppi alto, medio e basso rischio a pochi giorni dal parto, è stato studiato il miglior valore soglia costruendo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic); per fare ciò, è stata considerata come variabile il

punteggio dato dalla somma del valore delle singole risposte, che è qualitativa e può andare da 0 a 30.

Dall'analisi ROC è stata ricavata l'omonima curva, la sensibilità (la proporzione di malati che vengono classificati in maniera corretta), la specificità (la proporzione di sani classificati correttamente) e l'indice di Youden (usato per determinare il cut-off che massimizza la sensibilità e la specificità di un test).

E' stata, infine, condotta una sensitivity analysis della sensibilità con diverse possibilità di test per definire il rischio di sviluppare patologia psichiatrica perinatale. L'esito del test poteva assumere tre modalità categoriali, alto medio e basso, come descritto sopra nel punto 2.

Si è voluta confrontare l'accuratezza del solo EPDS con quella del test combinato. Poi, all'interno della rilevazione dei fattori di rischio, si è voluto pesare l'utilità di ciascun sottogruppo immaginando di effettuare il test di screening associando all'EPDS un solo sottogruppo di fattori di rischio in ciascuno scenario. Il confronto è stato fatto realizzando tante curve ROC quanti gli scenari possibili. Per ciascuno scenario sono state calcolate sensibilità, specificità e indice di Youden. Sapendo che tanto maggiore è l'area sotto la curva ROC (AUC), maggiore sarà l'accuratezza di un test, sono state messe a confronto le curve realizzate secondo le diverse ipotesi di test. La teoria insegna che se l'AUC è 0,5 il test non è informativo, poiché sarebbe come se la curva corrispondesse alla bisettrice; in tal caso il test non riuscirebbe a discriminare tra malati e sani. Se invece l'AUC ha un valore compreso tra 0,5 e 1 allora il test risulta essere via via più accurato. Il test con l'AUC maggiore è, generalmente, il migliore.

6. Risultati

1) Valutazione della formazione degli operatori coinvolti nel network dedicato alla depressione perinatale.

Si sono iscritti ai corsi di formazione realizzati nell'ambito del progetto 1723 professionisti che lavorano nel sistema sanitario della Regione Veneto. I tre corsi che ora verranno valutati, perché rivolti a figure professionali direttamente chiamate a realizzare il progetto regionale, sono quelli dedicati ad ostetriche ed personale infermieristico dei punti nascita e dei consultori familiari, ginecologi e psicologi/psichiatri ospedalieri e territoriali. A questi tre corsi hanno partecipato complessivamente 1573 professionisti, suddivisi in 1163 ostetriche, 212 ginecologi e 198 psicologi e psichiatri. I restanti 150 professionisti hanno partecipato ai corsi per pediatri e medici di medicina generale.

Tabella 3 Iscritti ai corsi FAD rivolti a personale ostetrico, infermieristico, ginecologi, psicologi e psichiatri. Numeri assoluti e percentuale per Azienda ULSS.

Azienda ULSS	GINECOLOGI	OSTETRICHE_ INFERMIERI	PSICOLOGI_ PSICHIATRI	Totale	%
A.Ulss 1 Dolomiti	20	55	13	88	5,6
A.Ulss 2 Marca Trevigiana	70	200	26	296	18,8
A.Ulss 3 Serenissima	36	220	40	296	18,8
A.Ulss 4 Veneto Orientale	2	69	5	76	4,8
A.Ulss 5 Polesana	5	70	12	87	5,5
A.Ulss 6 Euganea	28	128	25	181	11,5
A.Ulss 7 Pedemontana	25	94	28	147	9,3
A.Ulss 8 Berica	5	126	16	147	9,3
A.Ulss 9 Scaligera	12	83	13	108	6,9
AOPD	2	50	5	57	3,6
AOUIVR	7	68	15	90	5,7
Totale	212	1163	198	1573	100,0

Nella tabella 3 sono espressi in valore assoluto e percentuale i numeri di iscritti per ciascuna ULSS, invece in tabella 4 sotto, si può vedere la percentuale di completamento del corso per figura professionale e per ULSS. Utilizzando quest'ultimo valore come proxy per l'interesse nei confronti dell'argomento trattato, si può osservare come l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'ULSS 7 Pedemontana dimostrino il maggior interesse, rispettivamente con un completamento del 91,1% e 85,7%.

Tabella 4 Percentuale di completamento del corso sugli iscritti allo stesso. Percentuali per ULSS, sui singoli corsi.

Azienda ULSS	OSTETRICHE_ PSICOLOGI_			Tutti
	GINECOLOGI	INFERMIERI	PSICHIATRI	
A.Ulss 1 Dolomiti	85,0	89,1	84,6	87,5
A.Ulss 2 Marca Trevigiana	58,6	82,0	73,1	75,7
A.Ulss 3 Serenissima	44,4	74,5	87,5	72,6
A.Ulss 4 Veneto Orientale	50,0	63,8	60,0	63,2
A.Ulss 5 Polesana	40,0	77,1	83,3	75,9
A.Ulss 6 Euganea	21,4	78,9	52,0	66,3
A.Ulss 7 Pedemontana	68,0	94,7	71,4	85,7
A.Ulss 8 Berica	20,0	63,5	75,0	63,3
A.Ulss 9 Scaligera	66,7	78,3	84,6	77,8
AOPD	50,0	78,0	80,0	77,2
AOUIVR	85,7	94,1	80,0	91,1
Totale	54,7	78,5	75,8	75,0

La data prevista per l'inizio delle attività di screening nei punti nascita era fissata per il primo di Ottobre. Nella tabella sottostante (Tab. 5) si può vedere quanti partecipanti hanno completato il corso delle ostetriche, dei ginecologi e quello per psicologi e psichiatri entro tale data. L'87,6% degli iscritti ai corsi ha rispettato suddetta scadenza; sono più solerti i partecipanti delle Aziende Ospedaliere e dell'ULSS 7 Pedemontana e 2 Marca trevigiana.

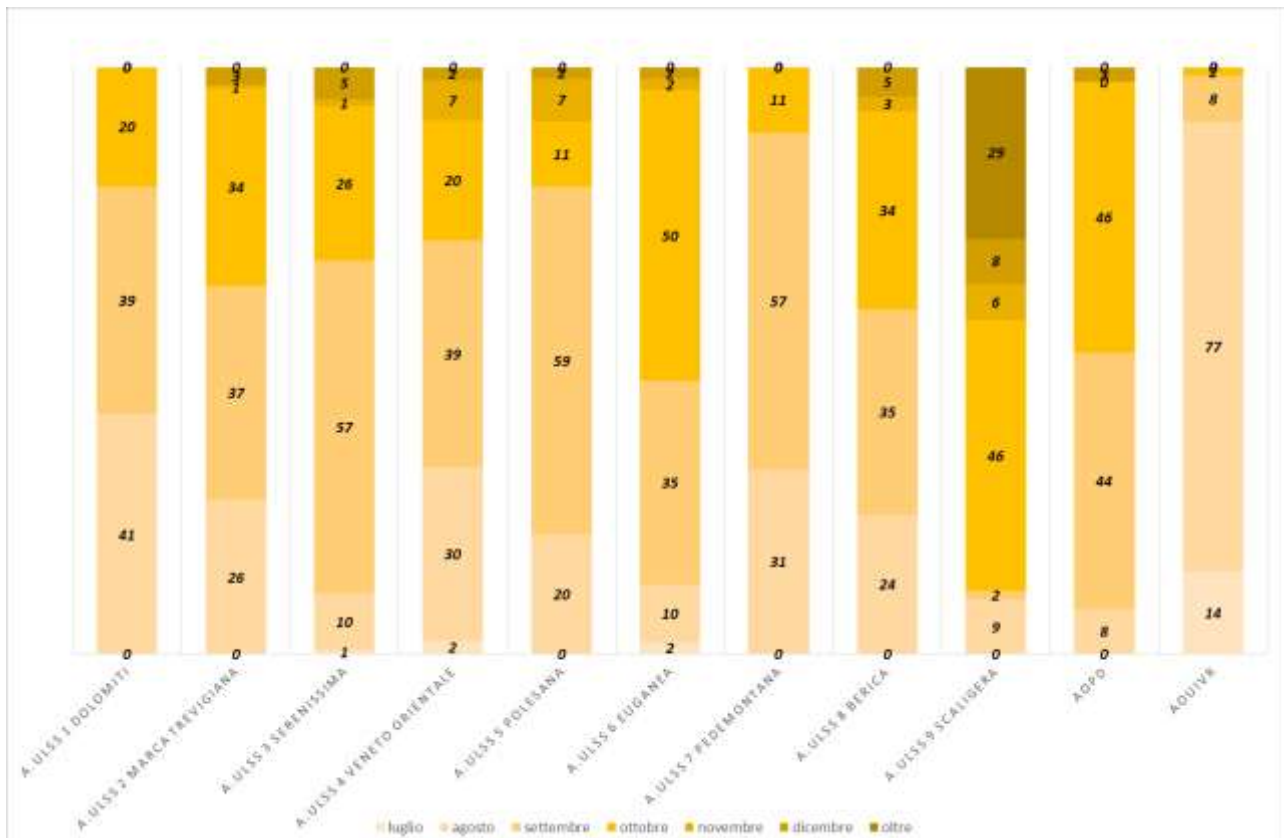
Tabella 5 Completamento del corso entro la partenza ufficiale del programma di screening. In giallo, il numero assoluto per mese di completamento e, in arancione, la percentuale di completamento dell'ULSS.

Azienda ULSS	GINECOLOGI				%	OSTETRICHE_ INFERMIERE				%	PSICOLOGI E PSICHIATRI				%	TOTALE				%
	2020-07	2020-08	2020-09	2020-10		2020-07	2020-08	2020-09	2020-10		2020-07	2020-08	2020-09	2020-10		2020-07	2020-08	2020-09	2020-10	
A.Ulss 1 Dolomiti	6	4	4		82	20	19	10		100	5	6		100	26	28	20		89	
A.Ulss 2 Marca Trevigiana	1	7	11	20	95	43	60	55		96	4	5	7		84	1	54	76	82	95
A.Ulss 3 Serenissima	3	3	6		75	1	16	93	43	93	4	13	15		91	1	23	109	64	88
A.Ulss 4 Veneto Orientale			1		100	1	13	17	9	91	1	2		100	1	14	19	10		81
A.Ulss 5 Polesana	2				100	11	32	6		91	3	6		90	16	32	12			87
A.Ulss 6 Euganea	2	3	1		100	2	10	35	50	96		6	6		92	2	12	44	57	87
A.Ulss 7 Pedemontana	6	6	5		100	28	51	10		100	1	4	6	8	95	1	38	63	23	98
A.Ulss 8 Berica		1			100	19	28	27		93		8	4		100	19	37	31		88
A.Ulss 9 Scaligera			4		50	6	1	30		57	1	2	2		45	7	3	36		55
AOPD		1			100	3	17	18		97	1	1	2		100	4	19	20		98
AOUIVR	1	4	1		100	9	49	5	1	100	5	5	1		92	10	58	11	2	96
Totale	2	30	30	41	89	13	218	358	259	93	1	23	53	57	89	16	271	441	357	88

Colpisce il dato delle ostetriche che completano il proprio corso entro ottobre nel 93% dei casi; in particolare quelle dell'Azienda Ospedaliera di Verona, dell'ULSS 1 Dolomiti e 7 Pedemontana hanno completato al 100% il corso entro l'avvio del programma.

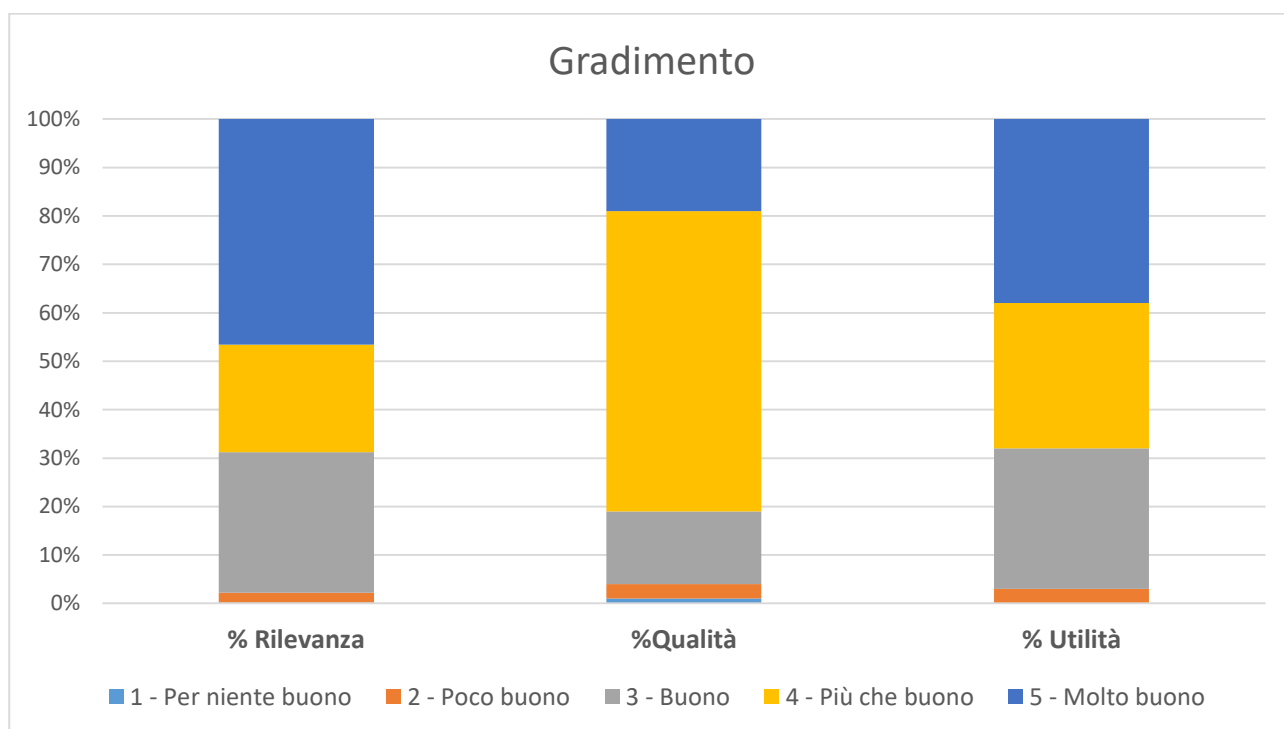
Nella figura 8, a colpo d'occhio è possibile vedere nelle tonalità più intense il numero di ostetriche per punto nascita che completano tardivamente la formazione. Si tratta comunque di numeri contenuti; una possibile spiegazione è legata alle differenze interne alle ULSS di comunicazione di avvio dei corsi, che probabilmente è stata più frammentaria in alcuni luoghi rispetto ad altri.

Figura 8 Numero assoluto di ostetriche che completano il corso nei diversi mesi. In tonalità più scura, quelle che completano il corso oltre la data ufficiale di partenza delle attività del progetto.



Al completamento del corso, veniva proposto ai discenti un questionario di gradimento, raccolto in forma anonima, che è stato completato da 9 corsisti su 10. L'analisi del gradimento non si discosta di molto tra le diverse figura professionali e mostra che complessivamente i corsi sono stati graditi dall'utenza; nello specifico i discenti nel 98% dei casi giudicano il tema trattato rilevante, nel 97% utile e nel 96% viene riconosciuta la qualità del format formativo, così come si può vedere nella figura 9.

Figura 9 Gradimento espresso complessivamente dai discenti nei confronti dei tre corsi.



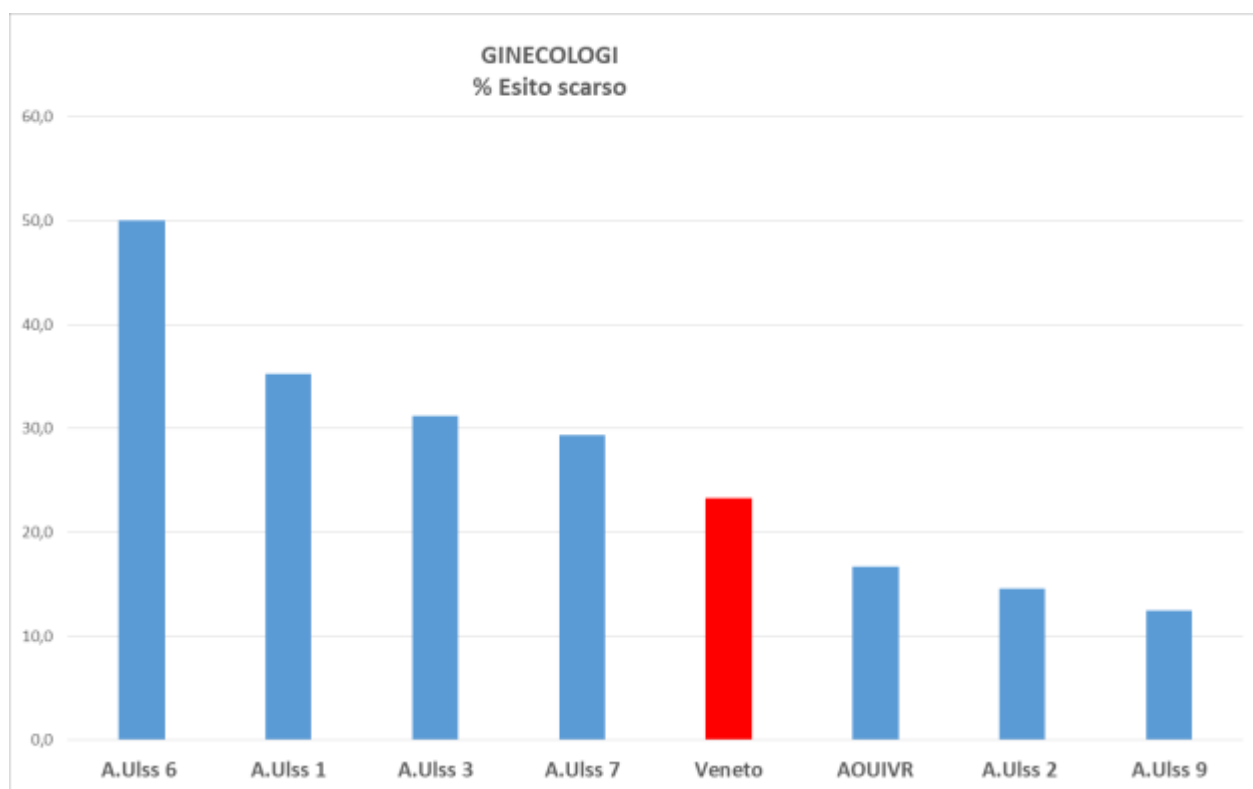
Al termine del corso, tutti coloro che avevano completato la formazione dovevano completare il questionario di valutazione. L'esito della valutazione di apprendimento ha dato i risultati consultabili in Tabella 6, suddivisi per ULSS di appartenenza. La maggior parte dei partecipanti ha ottenuto valutazioni che andavano dall'A alla B, in particolare il 77% dei ginecologi e il 75% delle ostetriche. Solo gli psicologi/psichiatri hanno ottenuto una percentuale di esito positivo leggermente inferiore, del 72%.

Tabella 6 Valutazione finale raggiunta nei diversi corsi per Azienda Ulss di appartenenza.

Azienda ULSS	FIGURA PROFESSIONALE																	
	GINECOLOGI					OSTETRICHE_INFERMIERI					PSICOLOGI_PSICHIATRI							
	VALUTAZIONE_FINALE					VALUTAZIONE_FINALE					VALUTAZIONE_FINALE							
	A	A-	B	C	Ins	Tot	A	A-	B	C	Ins	Tot	A	A-	B	C	Ins	Tot
A.Ulss 1 Dolomiti	35,3		29,4		35,3	100	16,3	38,8	32,7	8,2	4,1	100	27,3	36,4	18,2	18,2		100
A.Ulss 2 Marca Trevigiana	24,4		61,0		14,6	100	23,8	23,8	28,0	20,7	3,7	100	5,3	21,1	36,8	31,6	5,3	100
A.Ulss 3 Serenissima	18,8		50,0		31,3	100	25,6	26,2	25,0	17,7	5,5	100	11,4	37,1	28,6	20,0	2,9	100
A.Ulss 4 Veneto Orientale			100,0			100	20,5	18,2	29,5	20,5	11,4	100		33,3	33,3	33,3		100
A.Ulss 5 Polesana	100,0					100	14,8	38,9	29,6	13,0	3,7	100	50,0	30,0	10,0		10,0	100
A.Ulss 6 Euganea	33,3		16,7		50,0	100	9,9	21,8	32,7	26,7	8,9	100	7,7	30,8	30,8	23,1	7,7	100
A.Ulss 7 Pedemontana	35,3		35,3		29,4	100	43,8	24,7	20,2	9,0	2,2	100	10,0	20,0	30,0	35,0	5,0	100
A.Ulss 8 Berica	100,0					100	23,8	21,3	20,0	18,8	16,3	100	16,7	25,0	16,7	25,0	16,7	100
A.Ulss 9 Scaligera	12,5		75,0		12,5	100	9,2	29,2	24,6	23,1	13,8	100		45,5	27,3	27,3		100
AOPD			100,0			100	10,3	23,1	33,3	28,2	5,1	100		25,0	50,0	25,0		100
AOUIVR	16,7		66,7		16,7	100	35,9	32,8	17,2	9,4	4,7	100	25,0	16,7	41,7	16,7		100
Totale	27,6		49,1		23,3	100	22,7	26,3	26,2	18,1	6,8	100	14,0	29,3	28,7	23,3	4,7	100

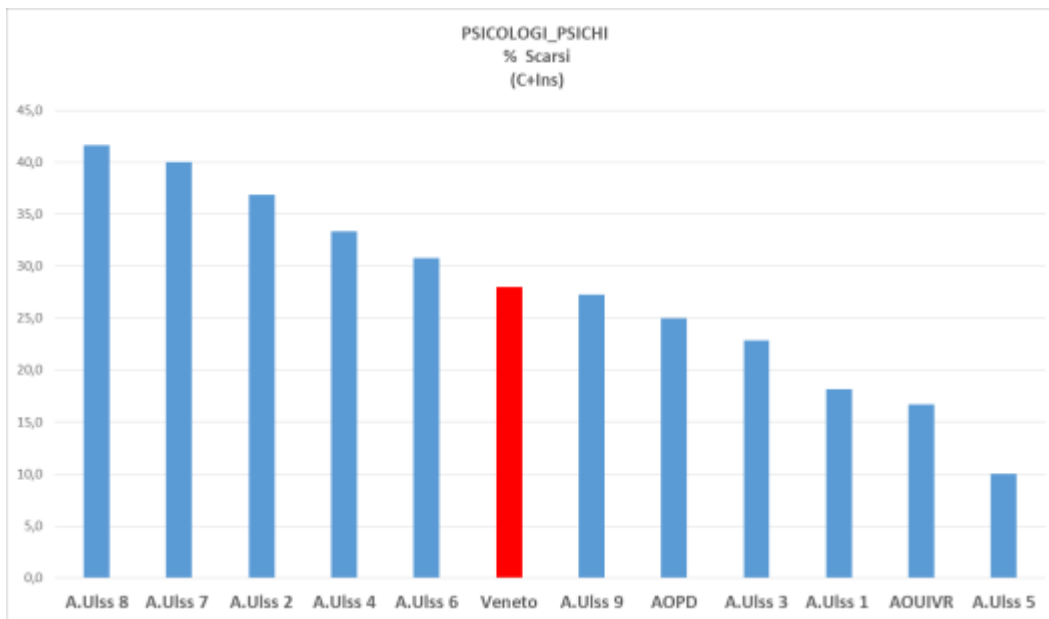
Tra i ginecologi il 25% dei partecipanti al corso ha ottenuto un risultato insufficiente. Nella figura 10, si possono vedere le ULSS del Veneto e la percentuale di esito scarso al questionario di apprendimento: a sinistra quelle con una percentuale superiore al valore medio del Veneto, a destra quelle “virtuose” con percentuale minore di esito scarso.

Figura 10 Ginecologi. Percentuale di esito scarso al test di valutazione dell'apprendimento. In rosso il valore regionale medio; a destra e a sinistra rispettivamente le Ulss con punteggi di valutazione migliori e peggiori.



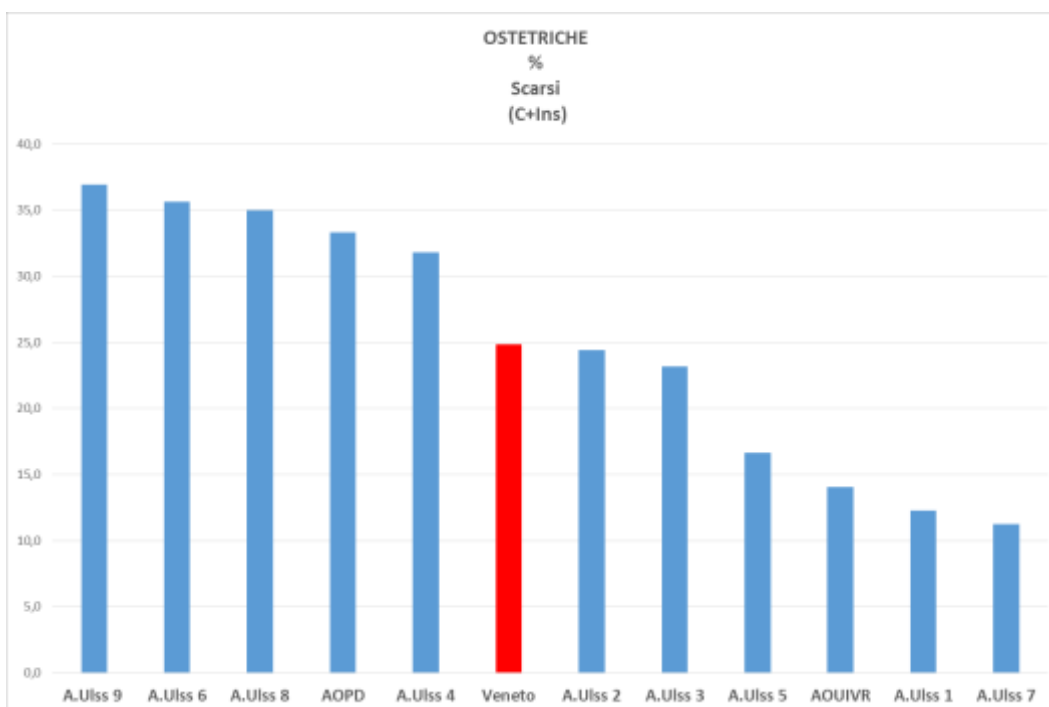
Al corso per psicologi e psichiatri, il 28% di chi ha completato il corso ha raggiunto una valutazione insoddisfacente, compresa tra “C” o “Insufficiente” al questionario di apprendimento. Nella figura 11, si possono vedere le ULSS del Veneto e la percentuale di esito scarso al questionario di apprendimento: a sinistra quelle con una percentuale superiore al valore medio del Veneto, evidenziato in rosso, a destra quelle “virtuose” con percentuale minore di esito scarso (AULSS 9, 3, 1 e 5, e le due Aziende Ospedaliere).

Figura 11 Psicologi e psichiatri. Percentuale di esito scarso al test di valutazione dell'apprendimento. In rosso il valore regionale medio; a destra e a sinistra rispettivamente le Ulss con punteggi di valutazione migliori e peggiori.



Infine, nella figura 12, si evidenzia in rosso il valore medio di esito scarso al corso delle ostetriche (25%): come si può vedere le ULSS 9, 6, 8, 4 e l'Azienda Ospedaliera di Padova hanno percentuali superiori alla media di esito scarso (votazioni C e Insufficiente).

Figura 12 Ostetriche e Infermiere. Percentuale di esito scarso al test di valutazione dell'apprendimento. In rosso il valore regionale medio; a destra e a sinistra rispettivamente le Ulss con punteggi di valutazione migliori e peggiori.



Si presentano ora più nel dettaglio i dati relativi alle ostetriche. In tabella 7, la distribuzione in numero assoluto e percentuale rispetto alla struttura di affiliazione. L' 81.7% lavora presso un punto nascita, il restante 18.3% (N=213) lavora nel territorio, principalmente in consultorio familiare.

Tabella 7 Suddivisione del personale ostetrico e infermieristico per struttura di affiliazione (punto nascita o distretto). Sono descritti il numero assoluto e la percentuale di iscritti e di personale che completa il corso FAD a loro dedicato.

	Iscritti		Completamento	
	N	%	N	%
Az.Osp. Pd-Piastra Ostetrica	51	4,4	40	78,4
Az.Osp. Vr	68	5,8	64	94,1
C.C. Abano Terme	3	0,3	1	33,3
O.C. Adria	19	1,6	12	63,2
O.C. Arzignano	45	3,9	19	42,2
O.C. Bassano	22	1,9	21	95,5
O.C. Belluno	31	2,7	25	80,6
O.C. Camposampiero	39	3,4	32	82,1
O.C. Castelfranco	12	1,0	11	91,7
O.C. Chioggia	22	1,9	18	81,8
O.C. Cittadella	46	4,0	39	84,8
O.C. Conegliano	26	2,2	21	80,8
O.C. Feltre	17	1,5	17	100,0
O.C. Legnago	3	0,3	2	66,7
O.C. Mirano	30	2,6	29	96,7
O.C. Montebelluna	36	3,1	21	58,3
O.C. Oderzo	25	2,1	18	72,0
O.C. Portogruaro	17	1,5	14	82,4
O.C. Rovigo	41	3,5	34	82,9
O.C. S.Dona'	44	3,8	26	59,1
O.C. San Bonifacio	12	1,0	8	66,7
O.C. Treviso	39	3,4	38	97,4
O.C. Valdagno	29	2,5	23	79,3
O.C. Venezia	28	2,4	22	78,6
O.C. Vicenza	32	2,8	20	62,5
O.CL. S. Cuore Negrar	21	1,8	19	90,5
Ospedali Riuniti Padova Sud	25	2,1	22	88,0
Ospedale Magalini di				
Villafranca	21	1,8	12	57,1
Ospedale dell'Angelo	100	8,6	67	67,0
Ospedale di Santorso	46	4,0	44	95,7
DISTRETTO AULSS 1	9	0,8	8	88,9
DISTRETTO AULSS 2	59	5,1	53	89,8
DISTRETTO AULSS 3	39	3,4	27	69,2
DISTRETTO AULSS 4	9	0,8	5	55,6
DISTRETTO AULSS 5	9	0,8	7	77,8
DISTRETTO AULSS 6	18	1,5	10	55,6
DISTRETTO AULSS 7	26	2,2	24	92,3
DISTRETTO AULSS 8	21	1,8	19	90,5
DISTRETTO AULSS 9	23	2,0	21	91,3
Totale	1163	100,0	913	78,5

La percentuale di completamento del corso di formazione è espressa in tabella 8; nella stessa tabella si può osservare la classe di completamento, attribuita secondo quanto stabilito nel capitolo materiali e metodi, per ciascun punto nascita.

Tabella 8 Percentuale e classe di completamento del corso. Il completamento del corso è stato utilizzato come parametro dell'interesse nei confronti del tema trattato.

	Completamento	
	%	CLASSE
Az.Osp. Pd-Piastra Ostetrica	78	MEDIO
Az.Osp. Vr	94	ALTO
C.C. Abano Terme	33	BASSO
O.C. Adria	63	BASSO
O.C. Arzignano	42	BASSO
O.C. Bassano	95	ALTO
O.C. Belluno	81	MEDIO
O.C. Camposampiero	82	MEDIO
O.C. Castelfranco	92	ALTO
O.C. Chioggia	82	MEDIO
O.C. Cittadella	85	ALTO
O.C. Conegliano	81	MEDIO
O.C. Feltre	100	ALTO
O.C. Legnago	67	BASSO
O.C. Mirano	97	ALTO
O.C. Montebelluna	58	BASSO
O.C. Oderzo	72	BASSO
O.C. Portogruaro	82	MEDIO
O.C. Rovigo	83	MEDIO
O.C. S.Dona'	59	BASSO
O.C. San Bonifacio	67	BASSO
O.C. Treviso	97	ALTO
O.C. Valdagno	79	BASSO
O.C. Venezia	79	BASSO
O.C. Vicenza	63	BASSO
O.CL. S. Cuore Negrar	90	ALTO
Ospedali Riuniti Padova Sud	88	ALTO
Ospedale Magalini di Villafranca	57	BASSO
Ospedale dell'Angelo	67	BASSO
Ospedale di Santorso	96	ALTO
DISTRETTO AULSS 1	89	ALTO
DISTRETTO AULSS 2	90	ALTO
DISTRETTO AULSS 3	69	BASSO
DISTRETTO AULSS 4	56	BASSO
DISTRETTO AULSS 5	78	MEDIO
DISTRETTO AULSS 6	56	BASSO
DISTRETTO AULSS 7	92	ALTO
DISTRETTO AULSS 8	90	ALTO
DISTRETTO AULSS 9	91	ALTO
Totale	79	MEDIO

Quanto più alta è la classe di completamento, maggiore è l'interesse dimostrato dalle ostetriche e infermiere per il tema trattato nel corso; questa variabile indica l'interesse nei confronti dell'argomento e varia in relazione al tipo di struttura, ad esempio sono percentualmente di più i distretti in cui si è registrato un alto interesse, rispetto ai punti nascita (figura 13). Probabilmente questo è dovuto alla competenza del territorio sulla problematica del disagio psichico perinatale.

STRUTTURE/INTERESSE

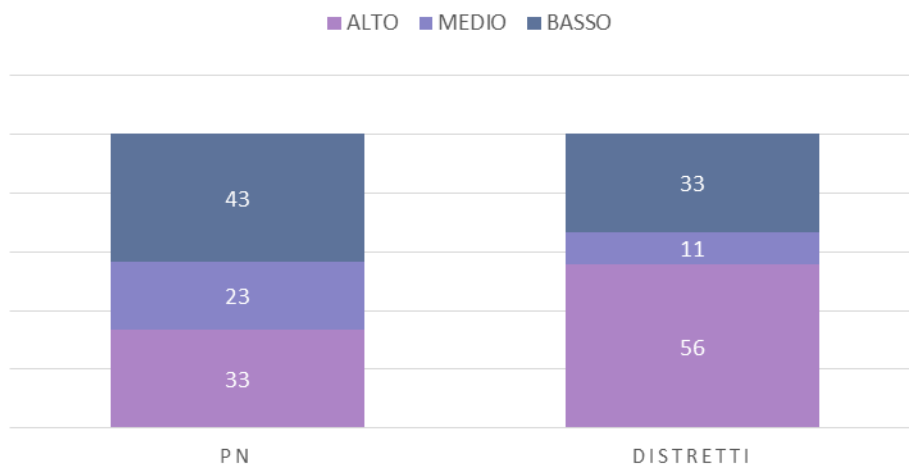


Figura 13 Classi di interesse nei punti nascita e nei distretti.

Considerando che, oltre all'interesse personale, a determinare l'apprendimento di una nuova procedura contribuisce anche il coinvolgimento del personale che opera nel punto nascita, si è proceduto al calcolo del personale ostetrico e infermieristico che ha completato il corso di formazione, noto l'organico di ciascun punto nascita. In tabella 9 è indicata la percentuale di organico coinvolto e la classe attribuita secondo le modalità stabilite in materiali e metodi.

Tabella 9 Coinvolgimento dei colleghi alle attività di formazione.

PUNTI NASCITA	% si test/ ORGANICO	CLASSE COINVOLGIMENTO
Az.Osp. Pd-Piastra Ostetrica	28	BASSA
Az.Osp. Vr	64	MEDIA
C.C. Abano Terme	3	BASSA
C.C. Pederzoli	4	BASSA
O.C. Adria	75	ALTA
O.C. Arzignano	49	BASSA
O.C. Bassano	50	BASSA
O.C. Belluno	93	ALTA
O.C. Camposampiero	100	ALTA
O.C. Castelfranco	79	ALTA
O.C. Chioggia	69	MEDIA
O.C. Cittadella	100	ALTA
O.C. Conegliano	72	MEDIA
O.C. Feltre	53	MEDIA
O.C. Legnago	8	BASSA
O.C. Mirano	66	MEDIA
O.C. Montebelluna	70	MEDIA
O.C. Oderzo	44	BASSA
O.C. Portogruaro	70	MEDIA
O.C. Rovigo	100	ALTA
O.C. S.Dona"	84	ALTA
O.C. San Bonifacio	19	BASSA
O.C. Treviso	53	MEDIA
O.C. Valdagno	68	MEDIA
O.C. Venezia	79	ALTA
O.C. Vicenza	30	BASSA
O.CL. S. Cuore Negrar	76	ALTA
Ospedale dell'Angelo	100	ALTA
Ospedale di Santorso	88	ALTA
Ospedale Magalini di	46	BASSA
OSPEDALI RIUNITI PADOVA	71	MEDIA
Totale PN Veneto	59	MEDIA

La distribuzione per classe d'età delle ostetriche che hanno partecipato alla formazione è visibile in figura 14. Il 67% del personale ostetrico e infermieristico che partecipa alla formazione e completa il corso è di età inferiore ai 40 anni.

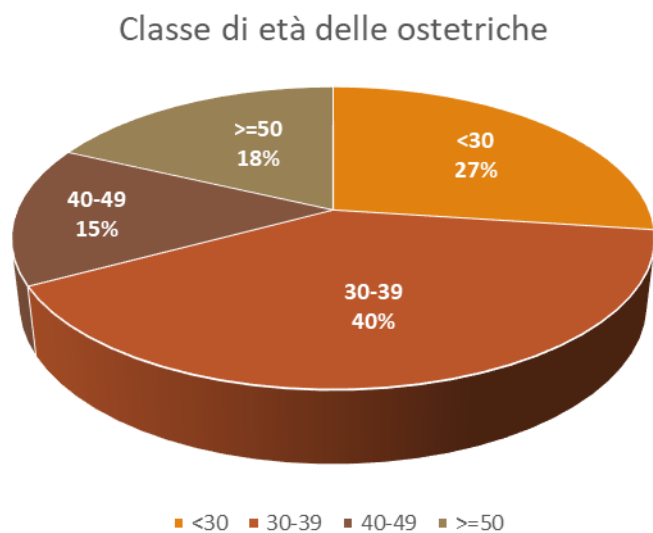


Figura 14 Distribuzione delle ostetriche per classe d'età.

Si riprende ora l'esito al test di apprendimento, raggruppando le ostetriche per struttura di affiliazione. Sono stati raggruppati gli esiti al test di apprendimento in maniera da dare una valutazione della conoscenza in tre livelli, alta, media e scarsa. Nella figura 15, è rappresentata la conoscenza acquisita con la formazione, dalle ostetriche di ciascuna struttura (punti nascita e consultori familiari); in rosso le percentuali di ostetriche che, dopo la formazione, hanno ancora una scarsa conoscenza sul tema, in blu una conoscenza media e in verde alta.

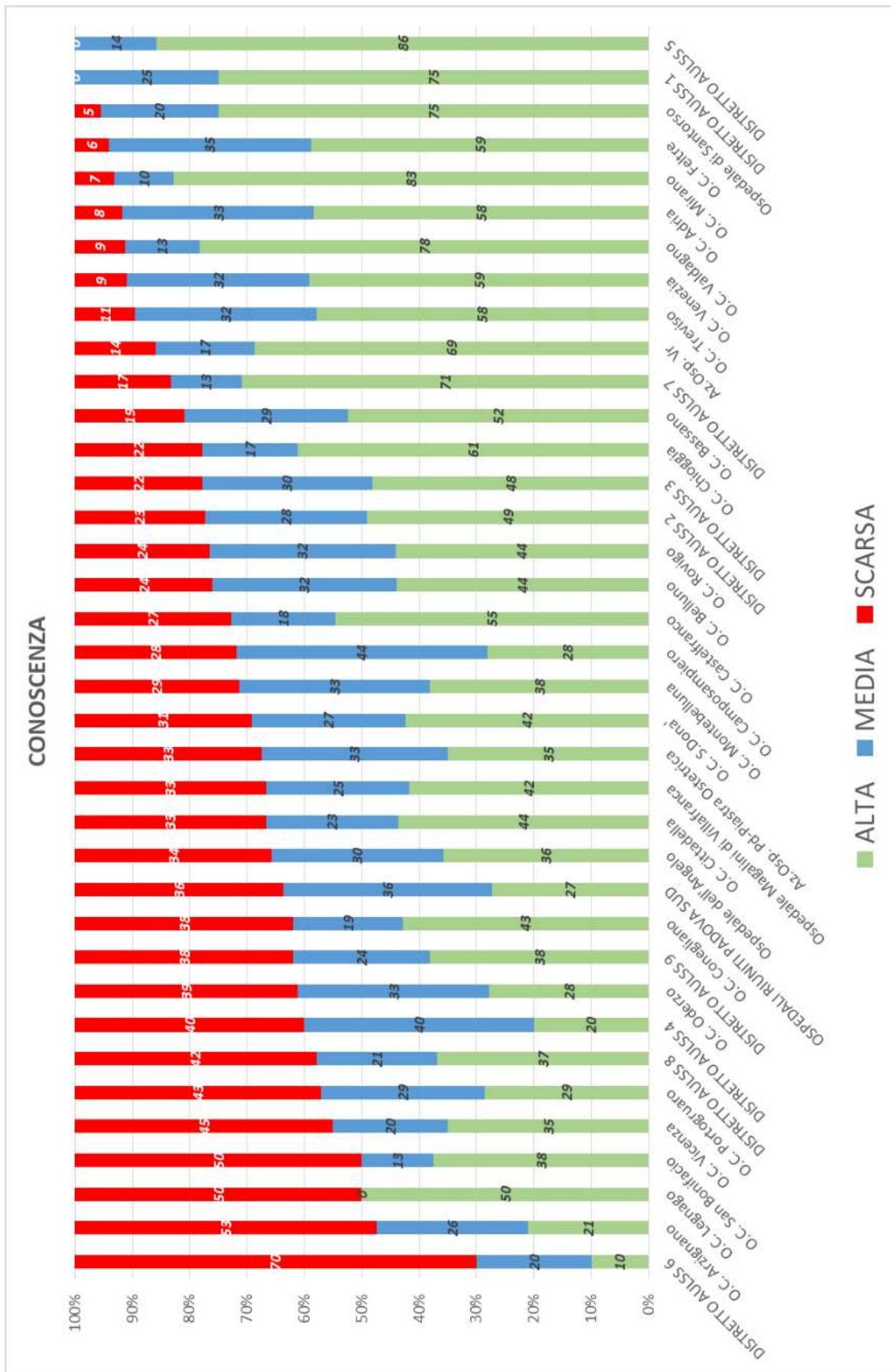


Figura 15 Apprendimento ottenuto dopo la formazione dalle ostetriche per affiliazione. In rosso una conoscenza bassa, in blu media e in verde alta.

Per approfondire i determinanti di un esito scarso al test di valutazione è stata condotta una analisi logistica multivariata effettuata per analizzare il campione di ostetriche che hanno ottenuto un risultato insoddisfacente al test di apprendimento. Nello specifico, sono state classificate 227 ostetriche come aventi una bassa conoscenza del tema della depressione perinatale (Figura 16).

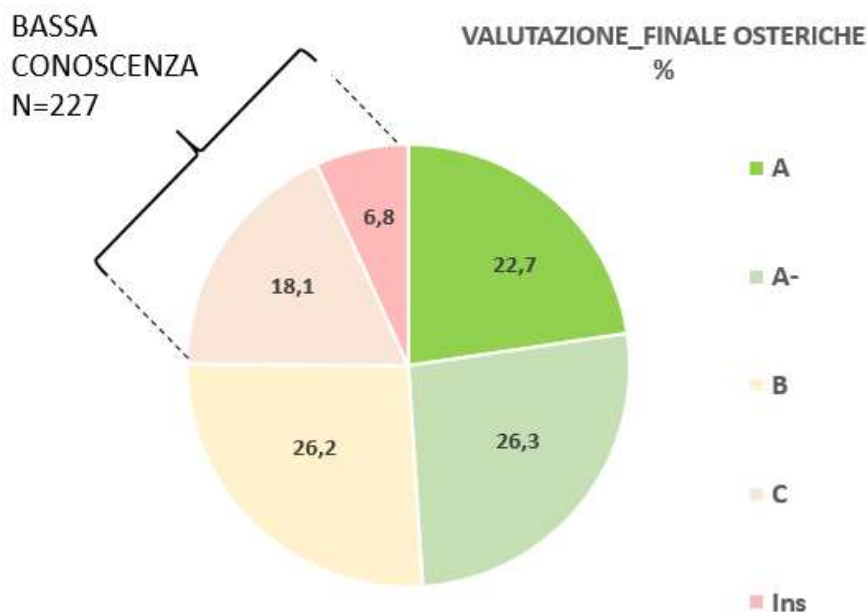


Figura 16 Distribuzione delle ostetriche per esito al test di valutazione

L'analisi logistica si dimostra efficace nello spiegare quali fattori determinano una bassa conoscenza ($p \leq 0.0001$). Nella tabella 10, si vedano i fattori predittivi di esito scarso dell'apprendimento, con i rispettivi Odds Ratio, gli intervalli di confidenza ed il *p value* (significativo < 0.05).

Far parte del personale di un punto nascita di primo livello risulta protettiva per un apprendimento scarso (OR: 0,2; IC 95%: 0,04 - 1,02), così come un basso coinvolgimento dei colleghi alle attività di formazione legate al Progetto si dimostra essere fattore di rischio (OR 1,7; IC 95%: 1,004 - 3,04). Allo stesso modo, un interesse alto, rappresentato da un alto completamento del corso da parte di chi vi si era iscritto, è protettiva rispetto all'apprendimento scarso (OR 0,5; IC 95%: 0,3 - 0,86). Infine, pur non risultando significativa, l'età delle ostetriche inferiore ai 30 anni sembra essere protettiva rispetto ad una bassa conoscenza dimostrata al test di apprendimento (OR: 0,6; IC 95%: 0,36 - 1,1).

Tabella 10 Risultati ottenuti dall'analisi logistica. Evento = cosa porta ad avere una scarsa conoscenza ($p < .00001$).

		Coeff	OR	OR 95%		P
Intercept		-0,7682				0,2364
PARTI	<500	rif				
	500-1000	-0,6777	0,508	0,147	1,755	0,2842
	>1000	-0,4119	0,662	0,188	2,335	0,5217
LIVELLO	I	-1,5547	0,211	0,044	1,020	0,0530
	II	0,3541	1,425	0,865	2,348	0,1646
	III	rif				
COINVOLGIMENTO	BASSO	0,5586	1,748	1,004	3,045	0,0484
	MEDIO	rif				
	ALTO	0,0642	1,066	0,677	1,680	0,7819
COMPLETAMENTO	BASSO	0,4253	1,530	0,970	2,414	0,0675
	MEDIO	rif				
	ALTO	-0,6297	0,533	0,331	0,859	0,0097
CLASSE_ETA_CORSO	<30	-0,4718	0,624	0,358	1,088	0,0964
	30_39	-0,0147	0,985	0,598	1,624	0,9539
	40_49	rif				
	>=50	0,0830	1,087	0,640	1,845	0,7586

concordanza (nodi concordanti): 66.3%

PREDITTORI CONSIDERATI: numero di parti per PN, livello del PN, coinvolgimento del PN al progetto, completamento del corso da parte delle ostetriche, età delle ostetriche

2. Valutazione del programma di screening regionale a tre mesi dall'implementazione su tutto il territorio regionale

Dal primo Ottobre 2020, in tutti i punti nascita della Regione Veneto, le puerpere sono state sottoposte allo screening per la depressione perinatale durante il ricovero per il parto. Già in settembre, tuttavia, era stato messo a disposizione delle ostetriche il modulo informatico legato al Cedap, che permette di somministrare e registrare lo screening. Come si può vedere in tabella 11, alcuni punti nascita hanno iniziato la somministrazione già a settembre. L'aderenza regionale nel periodo settembre-dicembre sfiora il 58%, con un trend in aumento e una crescita di circa 3 punti percentuali in ciascun mese, da ottobre a dicembre.

Tabella 11 Aderenza allo screening da settembre a dicembre 2020.

Azienda ULSS	Punto Nascita	% QUEST/PARTI				Totale
		sett	ott	nov	dic	
01_DOLOMITI	O. C. DI BELLUNO	13,5	97,9	96,2	89,8	73,5
	O. C. DI FELTRE	66,7	90,9	97,9	98,6	88,9
02_MARCA TREVIGIANA	O. C. DI CASTELFRANCO VENETO			76,3	71,4	35,7
	O. C. DI CONEGLIANO	14,1	94,3	100,0	100,0	74,5
	OSPEDALE CA FONCELLO TREVISO	23,6	97,5	98,3	94,4	76,9
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	15,6	98,3	100,0	99,0	80,0
	OSPEDALE DI ODERZO	27,3	94,0	88,7	92,9	74,4
03_SERENISSIMA	O. C. DI DOLO	37,0	77,4	80,0		56,3
	O. C. DI MIRANO	93,4	92,1	93,0	95,7	93,4
	OSPEDALE DELL'ANGELO - VE	75,8	88,7	83,7	76,4	81,6
	OSPEDALE DI VENEZIA	81,8	100,0	96,8	92,3	93,1
	P. O. DI CHIOGGIA	10,6	89,5	95,1	87,5	68,1
04_VENETO ORIENTALE	P. O. DI PORTOGRUARO	60,0	92,6	88,0	83,3	80,0
	P. O. DI SAN DONA' DI PIAVE	100,0	98,0	100,0	100,0	99,5
05_POLESANA	O. C. DI ROVIGO	87,0	87,0	93,9	86,3	88,5
	OSPEDALE DI ADRIA		80,0	92,3	80,0	66,1
06_EUGANEA	C. C. ABANO TERME					0,0
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	67,8	88,8	94,8	93,1	85,5
	OSPEDALE DI CITTADILLA	86,8	90,4	80,2	69,7	82,7
	OSPEDALI RIUNITI PADOVA SUD - MONSELICE	7,1	20,0	60,9	73,7	36,6
07_PEDEMONTANA	O. C. DI BASSANO DEL GRAPPA	52,7	91,4	95,7	91,5	80,7
	OSPEDALE DI SANTORSO	61,5	94,2	98,3	95,2	86,1
08_BERICA	O. C. DI ARZIGNANO	60,0	63,6	47,1	48,9	55,3
	O. C. DI VICENZA		69,3	87,4	90,2	61,0
	OSPEDALE DI VALDAGNO	20,0	75,7			25,7
09_SCALIGERA	C. C. PEDERZOLI - PESCHIERA DEL GARDA					0,0
	O. C. DI LEGNAGO	3,3	1,7	41,9	68,2	28,2
	OSPEDALE MAGALINI DI VILLAFRANCA					0,0
	OSPEDALE SACRO CUORE DI NEGRAR				1,1	0,3
	POLO OSP. DELL'EST VERONESE	43,4	43,4	55,8	97,9	57,3
98_A.O.U. PADOVA	A. O. DI PADOVA	19,0				5,0
98_A.O.U.I. VERONA	A.O.U.I. DI VERONA - OSPEDALE CIVILE MAGGIORE	81,7	87,0	76,9	77,6	80,2
TOTALE		34,4	62,9	66,1	69,9	57,6

I punti nascita privati accreditati (Abano Terme, Negrar, Pederzoli) hanno iniziato la formazione e la somministrazione dei questionari a febbraio 2021 e non si prestano ad un confronto con l'andamento dello screening negli altri punti nascita del sistema sanitario regionale.

Nel grafico qui sotto (Fig.17) si può vedere la percentuale di aderenza allo screening, ovvero le donne sottoposte al test sul totale delle donne che hanno partorito nel punto nascita nel periodo Settembre-Dicembre 2020. I migliori risultati, vedono percentuali di aderenza del 99.5%. Solo un punto nascita pubblico non ha effettuato screening nel periodo di osservazione.

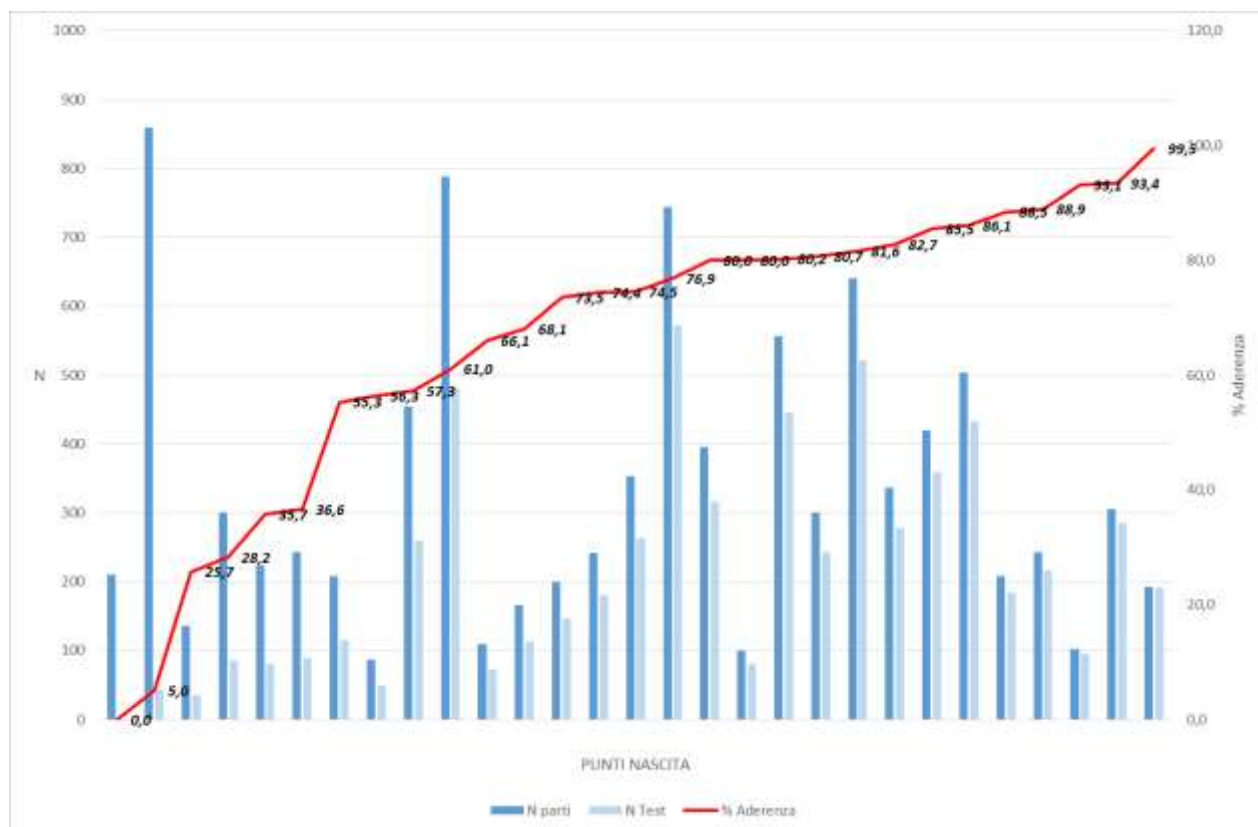


Figura 17 Aderenza allo screening nei 4 mesi di attività. Grafico combinato che mostra nelle barre i parti e i test di screening eseguiti e nella linea l'aderenza.

Su un totale di 10.829 parti avvenuti nel periodo, sono state sottoposte a screening per i disturbi perinatali 6.233 partorienti.

L'algoritmo sottostante al sistema informativo ha restituito, dall'analisi dei test, nel 7,6% dei casi un risultato di alto rischio di sviluppare depressione perinatale, nel 7,5% un rischio medio mentre nell'84,9% le donne sono risultate a basso rischio (Fig. 18).

GRUPPI DI RISCHIO
6.233 DONNE

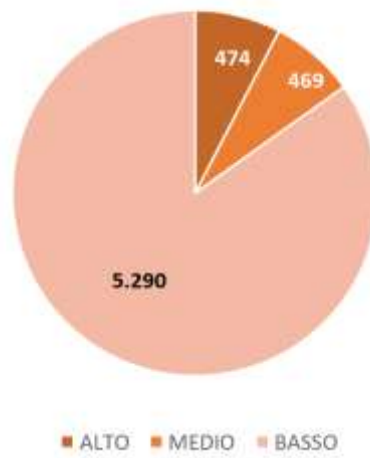


Figura 18 Distribuzione delle donne per gruppi di rischio

Come si può vedere in tabella 12, la percentuale di test positivo (considerando sia l'alto che il medio rischio) è andata assestandosi con l'andare dei mesi e con l'esperienza acquisita dalle ostetriche somministrando i test e si è ridotta progressivamente dal 18% al 15%.

Tabella 12 Percentuale di donne ad alto e medio rischio. Il dato viene presentato per punto nascita e per mese di esecuzione dello screening.

Azienda ULSS	Punto Nascita	RISCHIO ALTO					RISCHIO MEDIO				
		sett	ott	nov	dic	Totale	sett	ott	nov	dic	Totale
01_DOLOMITI	O. C. DI BELLUNO		13,4	4,0	6,8	7,5		4,3	18,0		7,5
	O. C. DI FELTRE	5,3	5,0	2,2	5,6	4,6	2,6	6,7	2,2	4,2	4,2
02_MARCA TREVIGIANA	O. C. DI CASTELFRANCO VENETO			4,4	2,9	3,8					0,0
	O. C. DI CONEGLIANO	14,3	6,2	6,7	7,8	7,2	7,1	3,6	4,5	7,8	5,3
	OSPEDALE CA FONCELLO TREVISO	1,4	4,1	5,6	1,5	6,8	12,5	1,4	3,9	7,9	7,9
	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	7,1	3,4	1,2	5,9	3,8	14,3	7,8	14,0	3,9	8,2
	OSPEDALE DI ODERZO	22,2	1,6	8,5	11,5	8,3	11,1	6,3	6,4	9,6	7,8
03_SERENISSIMA	O. C. DI DOLO	41,2	4,2			16,3	5,9	12,5			8,2
	O. C. DI MIRANO	14,8	12,2	10,0	4,5	1,2	14,8	9,8	4,5	1,7	9,8
	OSPEDALE DELL'ANGELO - VE	1,3	11,5	1,9	8,8	1,5	8,6	7,3	9,4	6,2	7,9
	OSPEDALE DI VENEZIA		8,7	16,7	12,5	1,5	16,7	13,4	3,3		7,4
04_VENETO ORIENTALE	P. O. DI CHIOGGIA			5,1	8,6	4,4	2,0	5,9		5,7	4,4
	P. O. DI PORTOGRUARO	16,7	2,0	4,5	13,3	13,8	5,6		13,6		5,0
05_POLESANA	P. O. DI SAN DONA' DI PIAVE	6,3	14,0	6,7	8,3	9,0	8,3	6,0	8,9	4,2	6,9
	O. C. DI ROVIGO	1,6	8,5	8,7	6,8	8,7	12,8	6,4	6,5	11,4	9,2
06_EUGANEA	OSPEDALE DI ADRIA			8,3	3,6	4,2				3,6	1,4
	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	1,3	5,3	6,6	3,2	6,1	3,8	8,4	7,7	11,6	8,8
	OSPEDALE DI CITTADELLA	7,7	5,3	4,6	8,7	6,5	7,7	12,0	7,7	4,3	8,3
07_PEDEMONTANA	OSPEDALI RIUNITI PADOVA SUD - MONSELICE			7,1	14,3	9,0	4,0	14,3	3,6	14,3	12,4
	O. C. DI BASSANO DEL GRAPPA	6,3	8,2	1,5		4,1	6,3	4,5	6,0	7,5	5,8
	OSPEDALE DI SANTORSO	6,8	7,6	9,6	8,9	8,8	1,2	4,6	7,0	8,9	7,2
08_BERICA	O. C. DI ARZIGNANO	6,7	5,7		13,4	6,9		5,7	8,3	8,7	5,2
	O. C. DI VICENZA		4,0	8,5	5,8	6,3		9,3	6,3	7,7	7,7
	OSPEDALE DI VALDAGNO		3,6			2,9		1,7			8,6
09_SCALIGERA	O. C. DI LEGNAGO				8,9	4,8					0,0
	POLO OSP. DELL'EST VERONESE	8,5	8,9	7,5	7,7	8,8	6,8	17,9	5,7	5,4	8,5
98_A.O.U. PADOVA	A. O. DI PADOVA	2,9				2,9	11,6				11,6
98_A.O.U.I. VERONA	A.O.U.I. DI VERONA - OSPEDALE CIVILE MAGGIORE	7,5	14,4	8,1	9,2	9,9	4,5	8,8	8,1	15,5	1,9
Totale		9,9	7,2	6,6	7,5	7,6	8,4	7,9	6,5	7,4	7,5

Tuttavia, nei diversi punti nascita si può notare una grande variabilità di percentuale di donne ad alto rischio. Nella figura 19 viene rappresentato il tasso di alto rischio registrato nei diversi punti nascita, che va dal 16,3% all'1,2%. E' chiaro che esiti ad alto rischio di molto superiori o inferiori (rappresentati in rosso nel grafico) rispetto alla media regionale (di 7,6%) possono avere un'origine differente dalla sola casualità del campione di donne sottoposte al test e meritano un approfondimento sui determinanti.

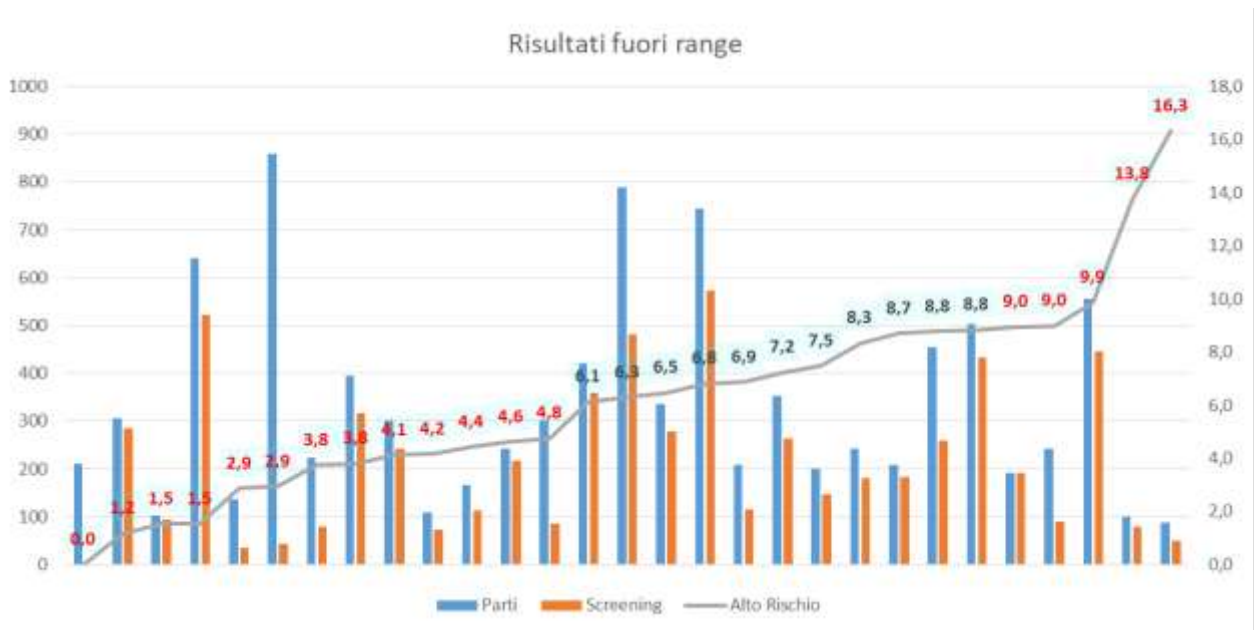


Figura 19 Tasso di esito ad alto rischio allo screening. Nelle barre il numero di parti e di screening effettuati per punto nascita; nella linea grigia il tasso di alto rischio registrato. I dati in rosso sono i valori troppo alti e troppo bassi di esito ad alto.

E' stata per questo condotta una analisi logistica multivariata i cui risultati sono riassunti nella tabella 13. Il modello risulta complessivamente significativo, con $p \leq 0.0001$.

Tabella 13 Risultati ottenuti dall'analisi logistica clusterizzata. Evento = cosa porta un PN ad ottenere valori di ALTO RISCHIO fuori range rispetto all'atteso regionale.

		Coeff	OR	OR 95%		P
Intercept		0,0977				0,6890
NUMERO PARTI PN	<500	rif				
	500-1000	0,3169	1,3729	0,9549	1,9737	0,0871
	>1000	0,7386	2,0929	1,3023	3,3636	0,0023
LIVELLO	I	rif				
	II	0,1565	1,1694	0,9301	1,4703	0,1803
	III	-0,6353	0,5298	0,3298	0,8511	0,0086
COINVOLGIMENTO	BASSO	rif				
	MEDIO	-0,2406	0,7861	0,5464	1,1310	0,1947
	ALTO	0,0031	1,0031	0,7341	1,3706	0,9846
COMPLETAMENTO	BASSO	rif				
	MEDIO	0,0322	1,0327	0,7675	1,3896	0,8318
	ALTO	0,0149	1,0150	0,7352	1,4011	0,9280
CLASSE_ETA_CORSO	<30	-0,0483	0,9529	0,9010	1,0077	0,0910
	30_39	-0,0741	0,9285	0,8823	0,9772	0,0045
	40_49	rif				
	>=50	-0,0157	0,9844	0,9332	1,0385	0,5645
Appendimento "scarso" delle ostetriche		0,0006	1,0006	0,9792	1,0224	0,9594

PREDITTORI CONSIDERATI: numero di parti per PN, livello del PN, coinvolgimento del PN al progetto, completamento del questionario da parte delle ostetriche, età delle ostetriche, livello di apprendimento delle ostetriche.

Il numero di parti risulta fattore di rischio, avendo un OR di 2 (IC 95%:1,3 - 3,4): quindi una numerosità elevata, sopra i 1000 parti all'anno, porta ad avere valori di alto rischio fuori range rispetto all'atteso regionale. Invece, essere un punto nascita di terzo livello (quindi con standard tecnologici e strutturali di alto livello) risulta fattore proteggente (OR=0,5; IC 95%: 0,32 - 0,85). Entrambi questi risultati sono statisticamente significativi. L'età delle ostetriche sembra influenzare l'esito dello screening: personale ostetrico di età inferiore ai 40 anni è fattore proteggente dall'ottenere esiti che si discostano di molto dall'atteso (OR: 0,93; IC 95%: 0,88 - 0,97). I fattori legati alla formazione, invece, sembrano non rientrare nella spiegazione del fenomeno, non essendo statisticamente significativi.

Verranno ora presentate nello specifico le risposte al test di screening fornite dalle donne. Come è stato già ampiamente spiegato nel Capitolo 3.g., il test di screening scelto per il Progetto è composto

da due test, combinati assieme grazie ad un complesso algoritmo descritto nella sezione Materiali e Metodi. Questi due test sono l'EPDS e il questionario sui fattori di rischio.

Si procederà ora alla descrizione, prima, delle risposte ai 10 item dell'EPDS e, successivamente, delle risposte al questionario sui fattori di rischio.

Delle 6.233 donne, 6.019 hanno risposto ad entrambi i questionari, 53 hanno risposto solo alla rilevazione anamnestica e 161 solo all'EPDS. Le successive elaborazioni prendono in considerazione le donne che hanno risposto ad entrambi.

La figura 20 sintetizza le risposte dell' EPDS suddividendo per ciascun quesito la modalità di risposta delle donne risultate ad alto, medio e basso rischio. Il gradiente di gravità crescente delle risposte corrisponde all'intensità crescente del colore dei segmenti delle barre. Come si può vedere le domande Q3, Q4, Q5 e Q6 sono quelle più significative sia nel gruppo di donne ad alto rischio che in quello del medio rischio. Alle domande *“Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male”*, *“Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo”*, *“Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo”* e *“Mi sentivo sommersa dalle cose”*, le risposte positive e con modalità 2 o 3, che indicano una frequenza alta nell'arco dei 7 giorni precedenti, portano alla luce soprattutto la sintomatologia ansiosa vissuta dalle donne di questi due gruppi. L'item 10, che riguarda il pensiero di farsi del male, per definizione, riguarda solo l'alto rischio, perché anche una risposta affermativa con frequenza molto bassa (es. 1_quasi mai), indica automaticamente il passaggio della donna alla classe di alto rischio, indipendentemente dal punteggio EPDS basso. Sorprendente il dato che il 75% delle donne ad alto rischio (n=276) abbia avuto pensieri autolesivi nei 7 giorni precedenti lo screening.

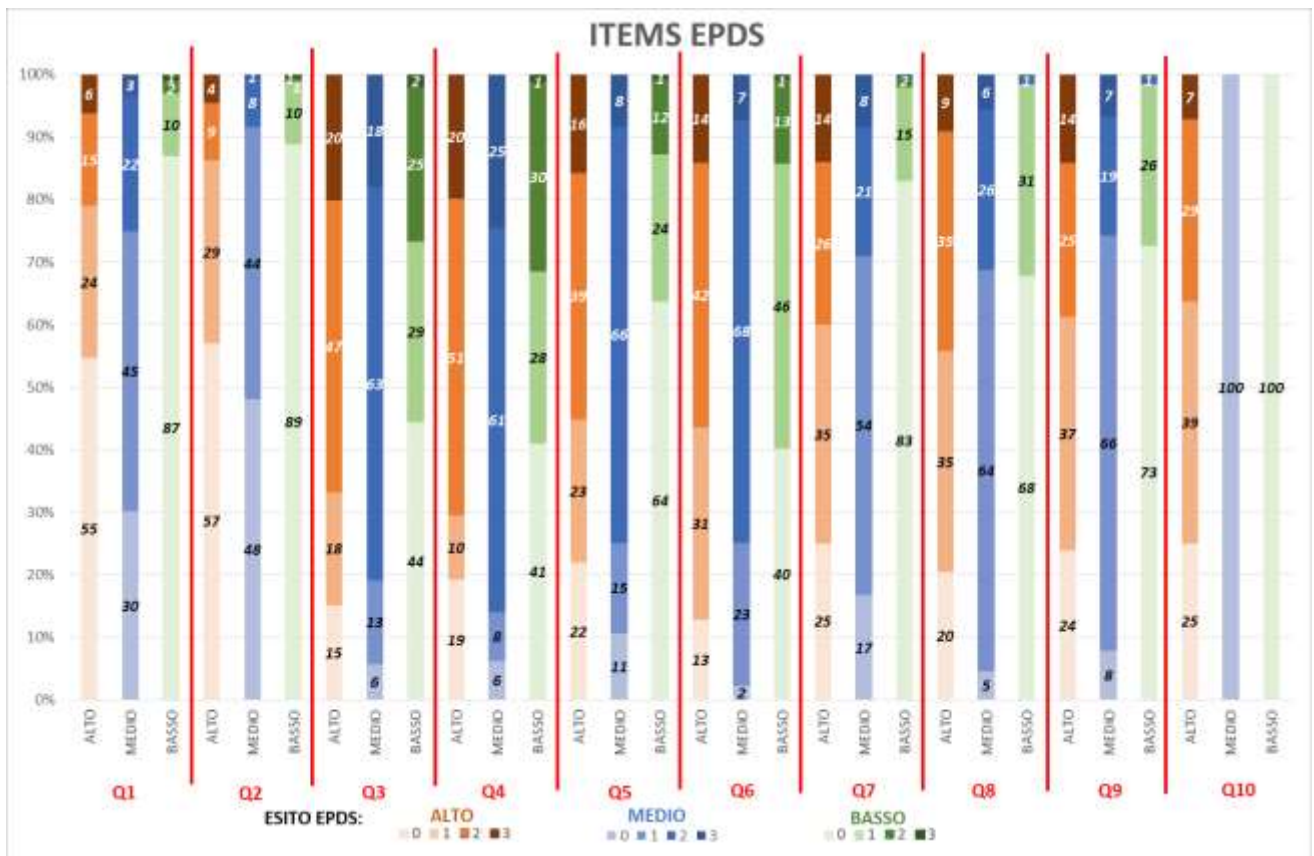


Figura 20 Risposte alle 10 domande dell'EPDS, suddivise per gruppo di rischio rispondente.

La seconda parte del test di screening è quella che riguarda la raccolta anamnestica, standardizzata in un questionario sui fattori di rischio. Il 53% delle donne dichiara almeno un fattore di rischio. Le varie domande del questionario sono state raggruppate per tematica nei sottogruppi di fattori di rischio che si possono vedere nel grafico qui sotto (Fig. 21). Risulta che il 26% delle donne sottoposte a screening ha almeno un fattore di rischio psichiatrico, il 16% ha abusato di sostanze stupefacenti o di alcol, il 10% afferma di aver subito violenza e il 32% ha almeno un fattore di rischio di tipo socio familiare. Alcune donne presentavano più fattori di rischio contemporaneamente.

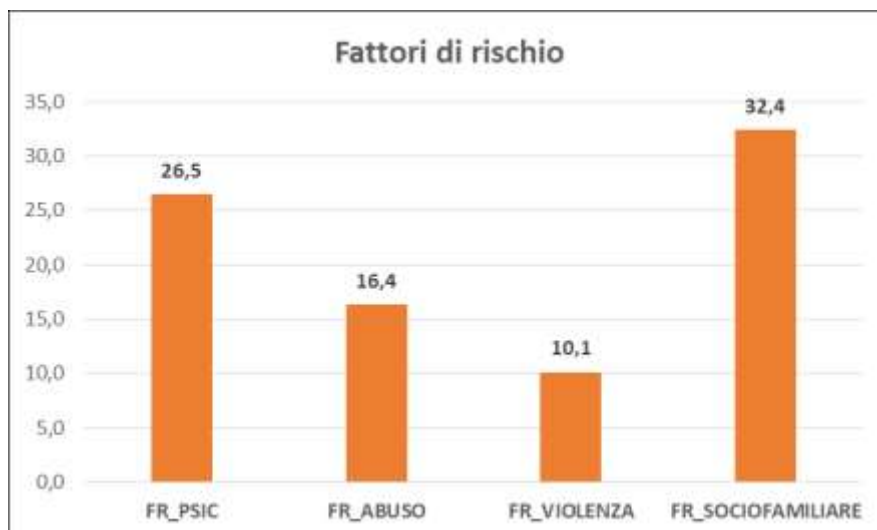


Figura 21 Percentuale di donne che dichiarano di avere fattori di rischio suddivisi nei sottogruppi: fattori di rischio psichiatrici, abuso di sostanze ed alcol, vissuto di violenza, fattori di rischio sociofamiliari.

I fattori di rischio psichiatrici considerati comprendono l'aver sofferto in passato o attualmente di disturbi psichici, aver assunto psicofarmaci, aver sofferto di baby blues nelle gravidanze precedenti. La distribuzione nei tre gruppi di rischio delle donne che rispondono positivamente ad almeno uno dei quesiti di questo sottogruppo di fattori di rischio mostra come il gruppo di rischio alto e quello medio abbiano una percentuale di molto superiore di positività rispetto al basso rischio, precisamente il 67% e il 56% dell'alto e del medio, rispetto al 10% nel gruppo a basso rischio (Figura 22).

Il quesito che riceve più risposte affermativo è quello in cui si chiede alla donna se si è sentita preoccupata, ansiosa, se ha avuto crisi acute di ansia o panico, anche senza una valida ragione, durante o prima della gravidanza (Q17); a questa domanda rispondo positivamente il 16% delle donne sottoposte a screening. Nel gruppo delle donne ad alto rischio la percentuale aumenta al 48%, e nel gruppo a medio rischio è al 40%.

Il 7% delle donne che effettuano lo screening dichiara di aver sofferto di disturbi psichici (sì a Q11), queste sono il 22% delle donne risultate ad alto rischio, il 12% di quelle a medio rischio e il 5% delle donne a basso rischio.

Il 5% delle donne sottoposte al test di screening dichiara di aver sofferto di baby blues nelle gravidanze precedenti (sì a Q18); questo fattore di rischio è più frequente nel gruppo di donne ad alto rischio (16%) e medio rischio (11%), mentre solo il 3,4% delle donne a basso rischio ha sofferto in precedenza di questo disturbo.

Il 9% delle donne dichiara di aver assunto psicofarmaci (sì a Q13). Questa abitudine sembra essere più diffusa nel gruppo ad alto e a medio rischio, dove rispettivamente il 23% e il 19,5% delle donne ha utilizzato farmaci per patologie psichiatriche o per l'ansia, l'umore o l'insonnia. La percentuale è più che dimezzata, invece nel gruppo di donne a basso rischio (Fig. 22).

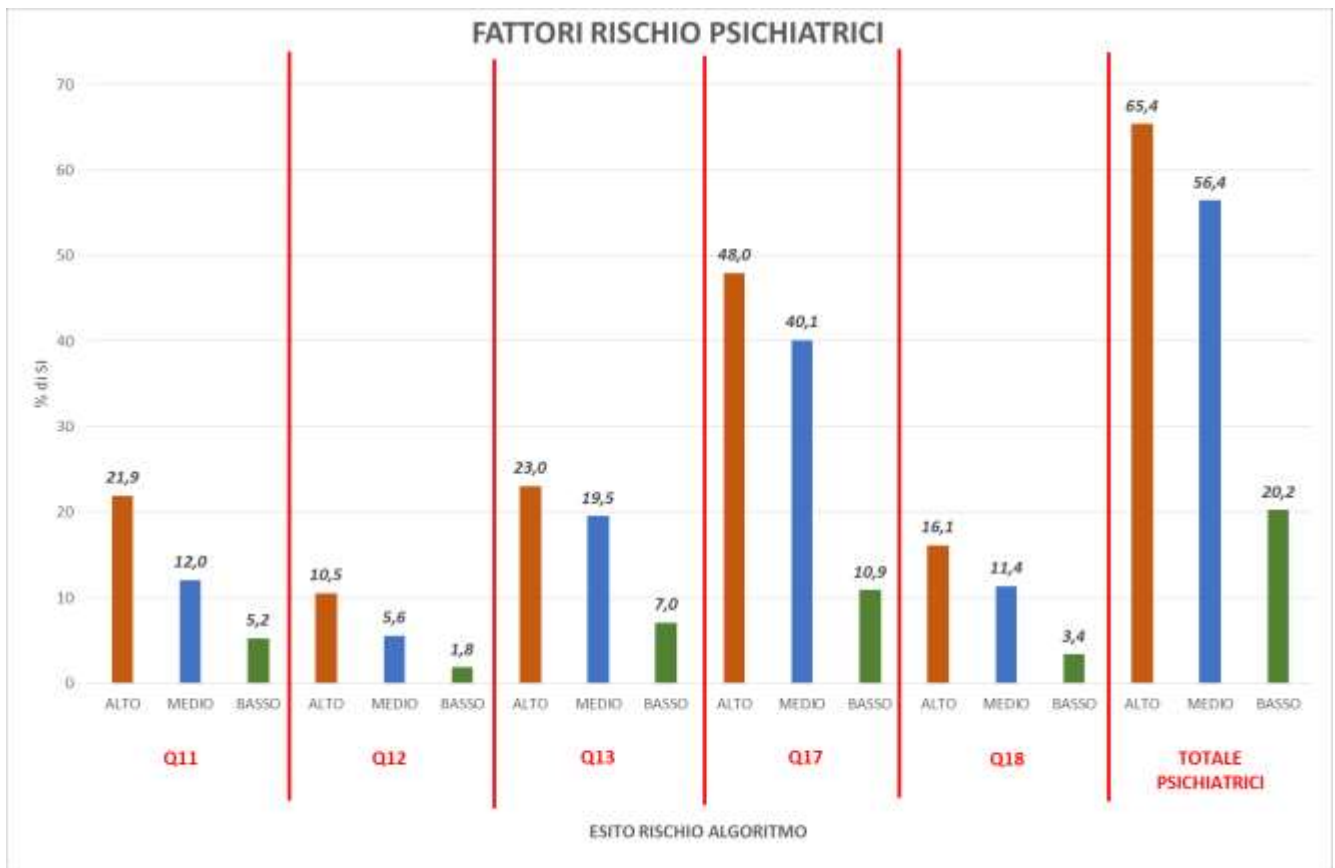


Figura 22 Risposte delle donne alle domande relative ai fattori di rischio psichiatrici

Il sottogruppo definito “Abuso” raggruppa i quesiti che indagano l’abitudine all’uso di sostanze stupefacenti (cannabinoidi, eroina, cocaina, stimolanti) ed alcol. Nel gruppo ad alto rischio quasi il 20% delle donne abusa di alcol e sostanze e si riscontra circa la stessa percentuale nel gruppo di donne a medio rischio, mentre questa abitudine si registra nel 13% delle donne classificate a basso rischio (Figura 23).

L’uso di droghe (risposta sì a Q14) viene dichiarato nel 3,5% delle donne testate; le differenze nei tre gruppi sono minime nell’alto e nel medio rischio (rispettivamente percentuali di uso del 5,2% e 5,4%) e lievemente inferiori nel basso rischio (3,2%).

Il 15% delle donne, invece, riferisce di aver abusato di alcol in vita propria e il 3,2% di averlo fatto frequentemente.

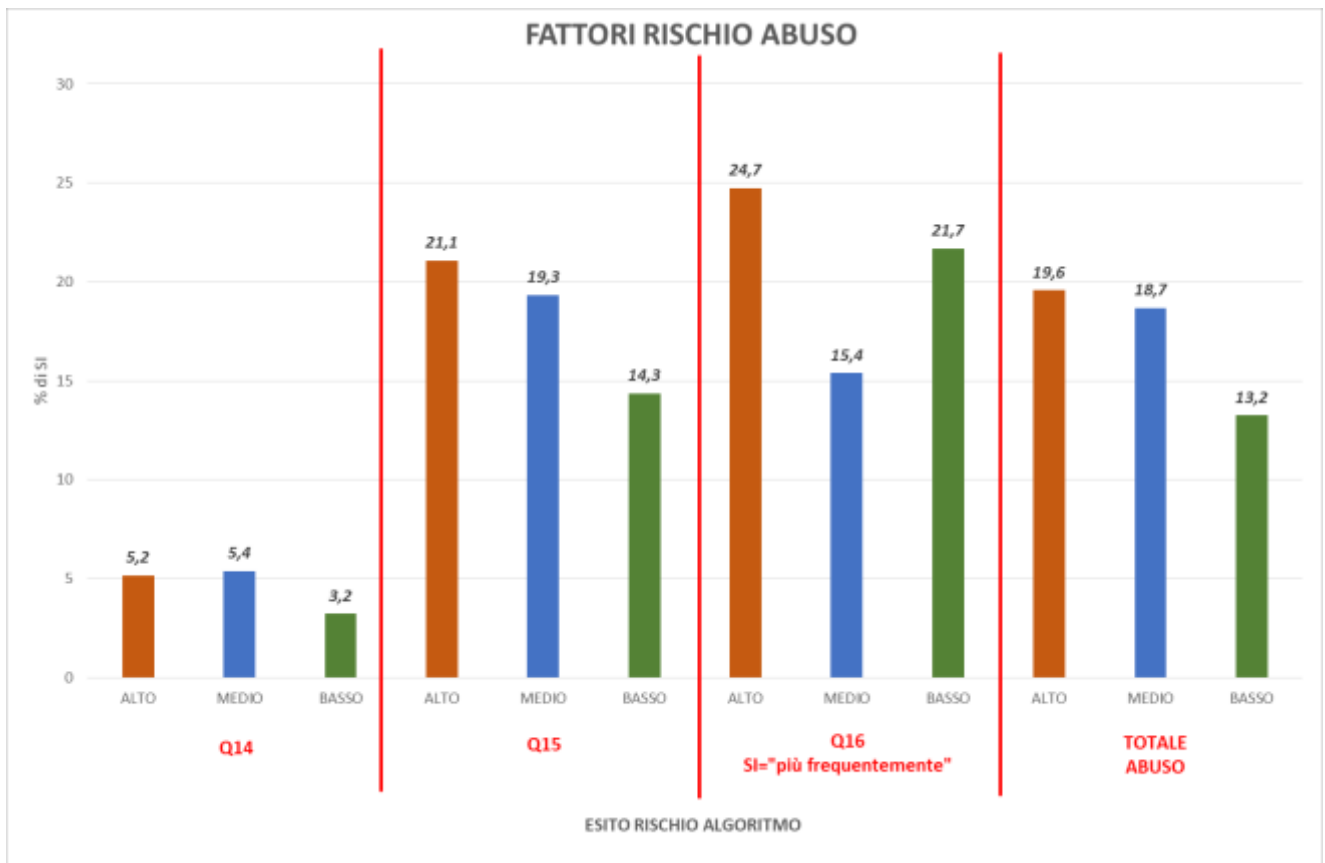


Figura 23 Risposte delle donne alle domande relative ai fattori di rischio abuso di sostanze ed alcol

Due quesiti indagano il vissuto di violenza della donna: in Q19 si chiede se la donna ha mai vissuto violenza anche solo psicologica e in Q20 si chiede se è successo di recente. Come si può vedere nel grafico 24, tra le donne del gruppo ad alto rischio quasi il 35% ha un episodio di violenza in anamnesi e nel gruppo a medio rischio la percentuale è del 19%. Il 55% delle donne ad alto rischio dichiara un episodio di violenza recente.

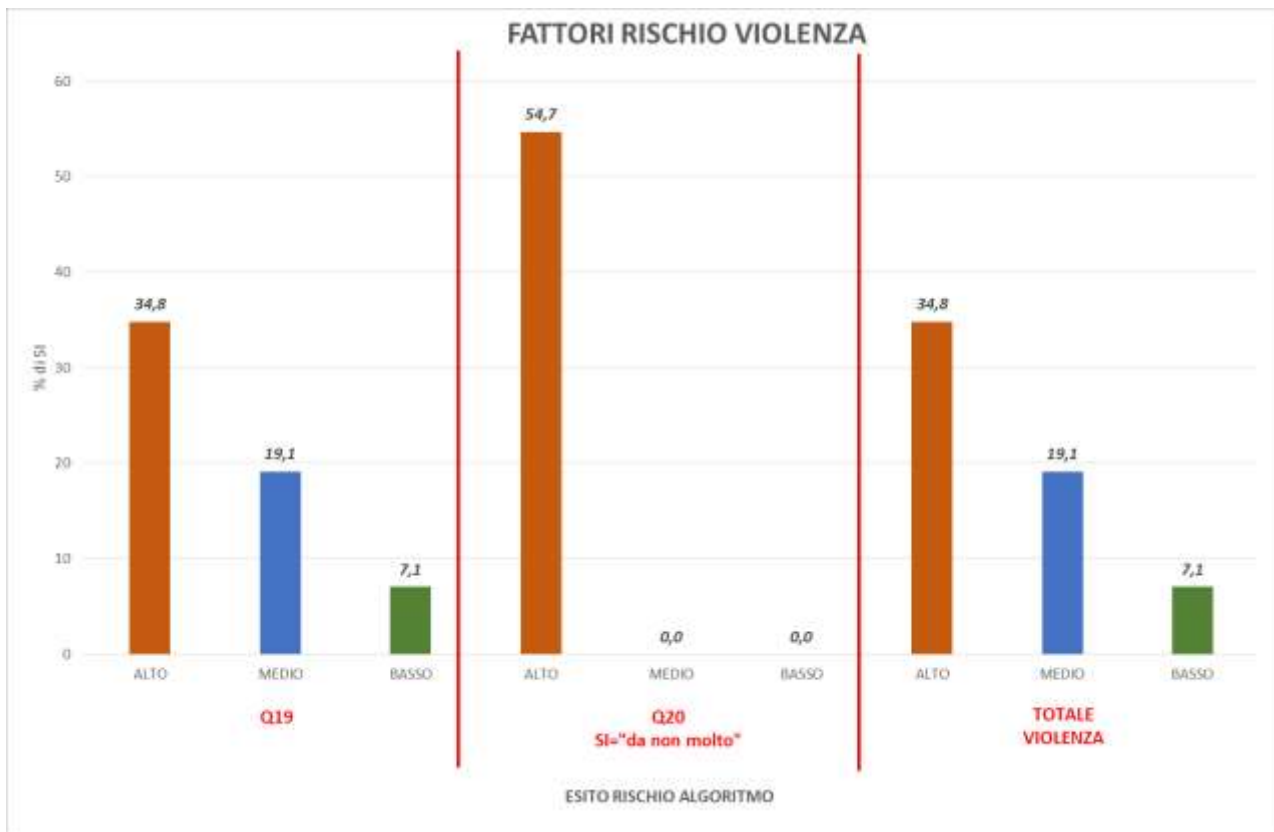


Figura 24 Risposte delle donne alle domande relative ai fattori di rischio vissuto di violenza

Tra i fattori di rischio socio familiari rientrano l'aver vissuto, durante la gravidanza, un lutto di una persona importante o eventi particolarmente stressanti, o ancora avere difficoltà economiche, organizzative o non avere una rete sociale robusta. In assoluto questi fattori di rischio sono i più diffusi, tanto che il 32% delle donne che hanno aderito allo screening presentano almeno un fattore di rischio di questo tipo. Nel medio rischio è presente almeno un fattore socio-familiare nel 66,5% dei casi e nell'alto rischio in quasi il 60% delle donne. Meno diffusi nel gruppo a basso rischio in cui solo 1 donna su 4 è positiva ad almeno uno dei quesiti. Sia nel gruppo ad alto che in quello a medio rischio, i due fattori più frequenti sono gli eventi particolarmente stressanti e le difficoltà organizzative ed economiche (Fig. 25).

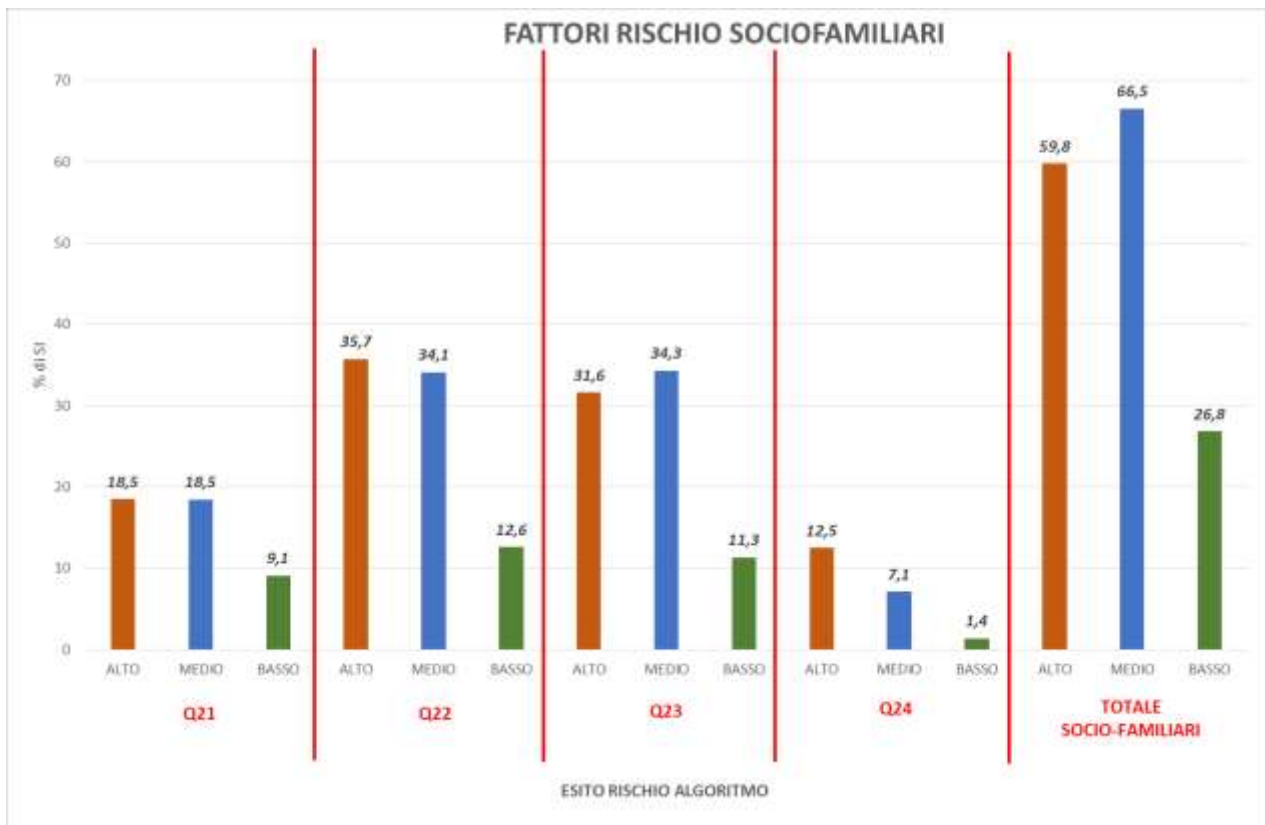


Figura 25 Risposte delle donne alle domande relative ai fattori di rischio sociofamiliari

Dopo aver descritto le risposte a ciascun quesito che compone lo screening combinato, si è voluto confrontare i risultati di rischio ottenuti con l'uso del solo EPDS con quelli rilevati dall'uso del test combinato, "EPDS + Questionario sui fattori di rischio". Come si può vedere nella figura 26, con l'uso del questionario sui fattori di rischio, ci sono dei passaggi da un gruppo di rischio a quelli di rischio superiore per gravità. I passaggi, per definizione intrinseca all'algoritmo, possono avvenire solo da un gruppo di rischio più basso ad uno più alto, come descritto in materiali e metodi; infatti, come si può notare, se il test EPDS ha dato un punteggio che rientra nel gruppo ad alto rischio, le risposte date nel questionario sui fattori di rischio non modificano il risultato finale calcolato dall'algoritmo.

Se invece il rischio calcolato con l'EPDS è medio, la somministrazione del questionario sui fattori di rischio permette l'inclusione del 62% (N=111) di donne di tale gruppo nel gruppo ad alto rischio.

Infine, dal gruppo con EPDS basso, grazie alla rilevazione dei fattori di rischio, vengono ripescate 460 donne (8,3%): 398 (7,2%) passano al medio rischio e 62 (1,1%) rientra nel gruppo ad alto rischio.

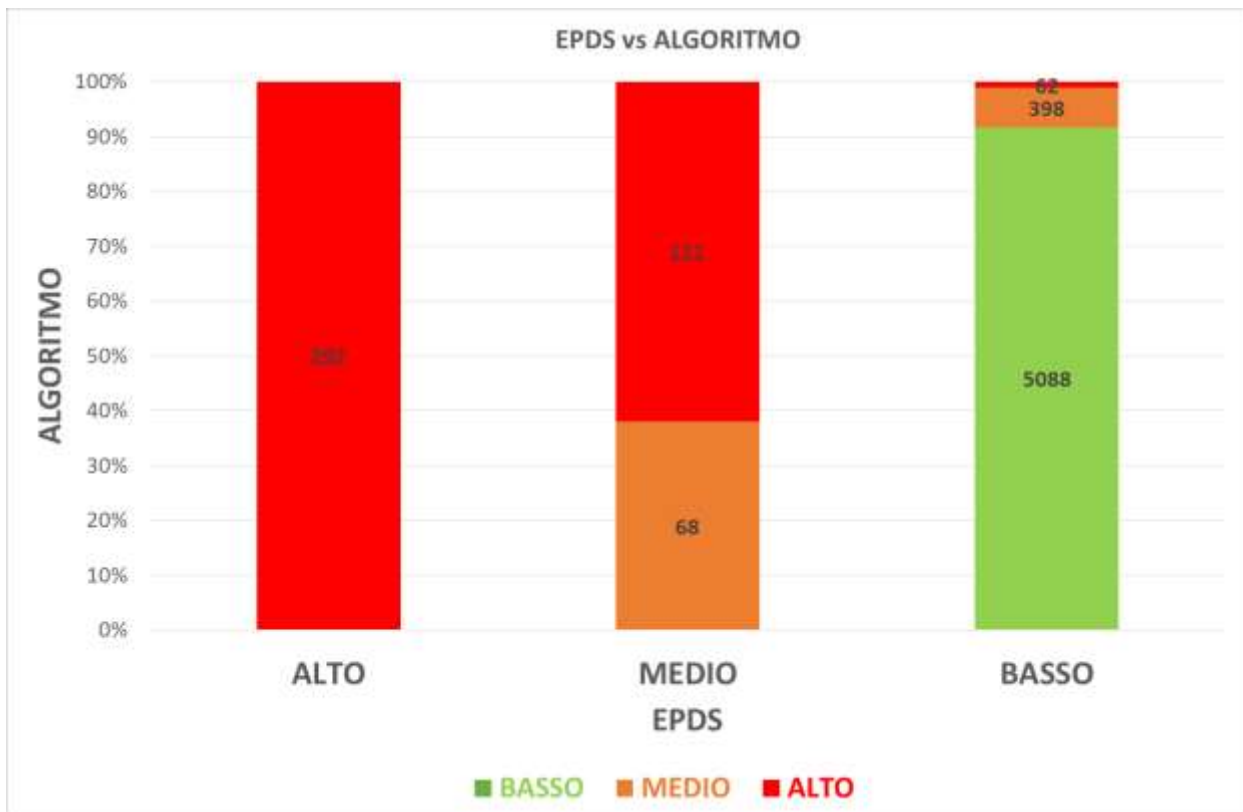


Figura 26 Passaggi da un gruppo di rischio all'altro grazie all'aggiunta del questionario sui fattori di rischio rispetto al solo EPDS. Nelle barre la suddivisione per gruppo di rischio ottenuta col solo EPDS; con i colori rosso, arancione e verde la porzione di donne che si spostano rispettivamente nel gruppo ad alto, medio e basso rischio.

In figura 27, sono stati analizzati singolarmente i sottogruppi di fattori di rischio che più influenzano i passaggi da un gruppo all'altro. I fattori psichiatrici sono particolarmente rilevanti nel passaggio dal medio all'alto rischio e dal basso al medio, essendo responsabili di circa il 60% dei passaggi.

L'abuso di alcol e sostanze, invece, così come il vissuto di violenza si mostrano meno rilevanti dei fattori psichiatrici per i passaggi tra gruppi: sono circa un 15% le donne a medio rischio secondo EPDS che si spostano al gruppo ad alto rischio per la presenza in anamnesi di uso di sostanze o alcol e ancora meno (circa 5%) che transitano a causa di fattori di rischio legati alla violenza.

Anche la classe di fattori di rischio definiti socio-familiari si dimostra poco influente nel ripescaggio di casi a rischio, andando ad intercettare per lo più casi a basso rischio secondo il punteggio dell'EPDS e portandoli al gruppo medio; questa fattispecie si verifica nel 5% dei casi definiti a basso rischio dal solo test EPDS.

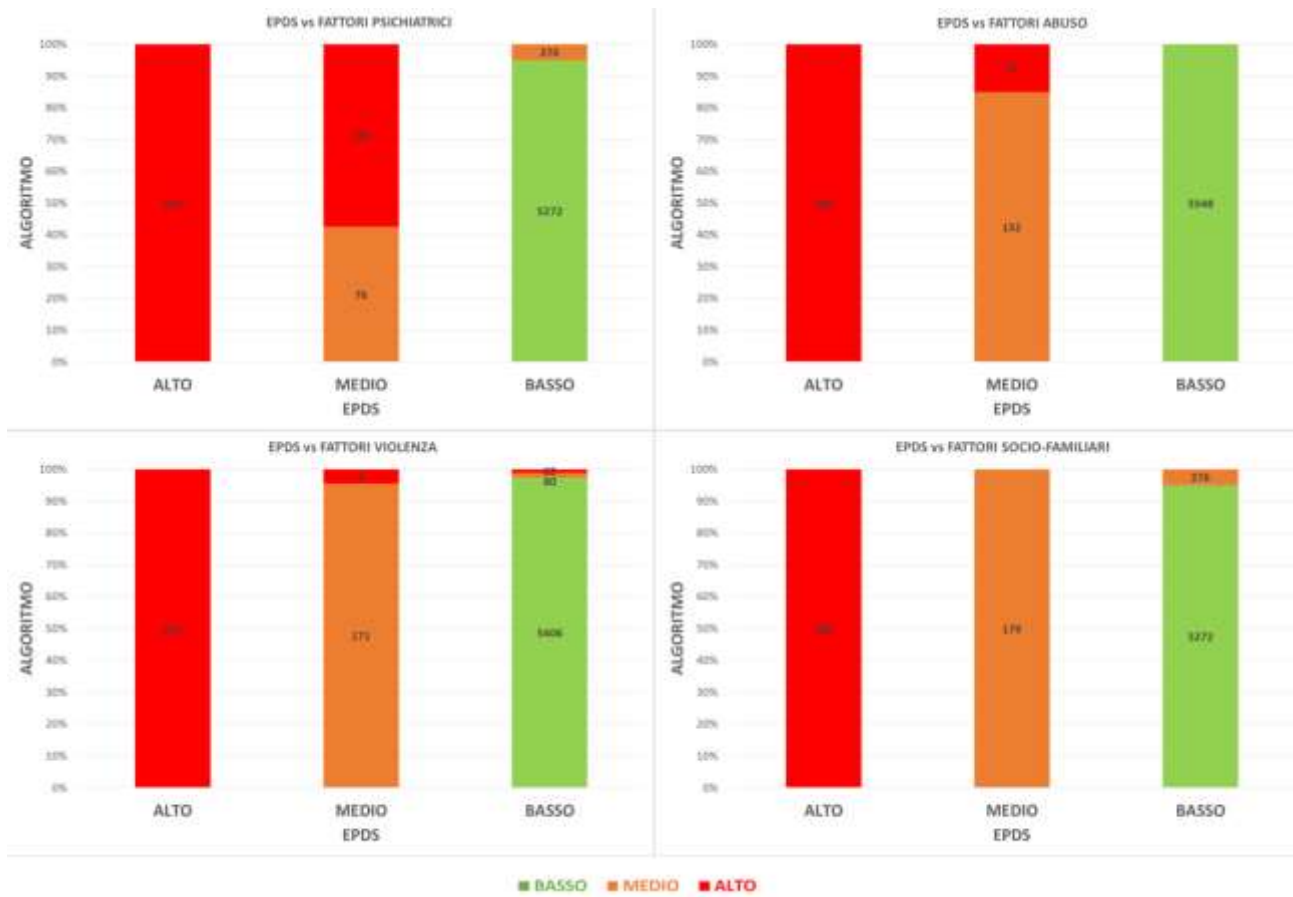


Figura 27 Passaggi da un gruppo di rischio inferiore ad uno maggiore dovuti all'aggiunta dei singoli gruppi di fattori di rischio al solo EPDS.

3. Analisi e validazione dello strumento di screening creato ad hoc per il progetto.

Per una valutazione di efficacia dello screening combinato, è stato innanzitutto necessario definire il *gold standard* per attribuire alle donne l'esito di "malata", nel caso dopo lo screening venisse diagnosticata una patologia psichiatrica. La metodologia e le fonti informative utilizzate sono descritte nella sezione materiali e metodi.

Sono 139 le donne che a distanza di tempo dallo screening hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica, corrispondente al 2,2% della popolazione sottoposta al test.

Nella figura 28, sono rappresentate le tre fonti informative come cerchi che si intersecano tra loro. La fonte della cartella di assistenza psichiatrica, che da sola apporta quasi il 64% delle diagnosi, sembra essere la più informativa, seguita dalla farmaceutica (56%).

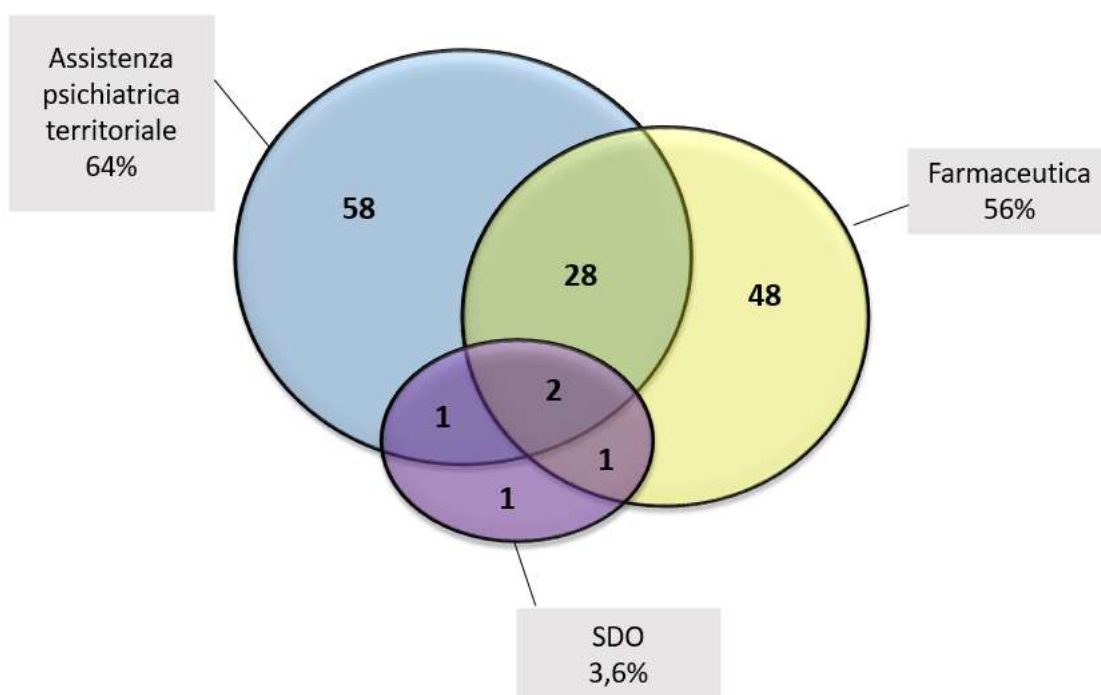


Figura 28 Fonti informative per la definizione delle donne malate (*gold standard*)

Ci si è chiesti, poi, a partire dal gruppo di rischio individuato con lo screening, quante donne risultassero poi vere malate: il 14% delle donne ad alto rischio confermano il sospetto diagnostico sollevato con lo screening, così come il 3,6% delle donne a medio rischio. Circa l'1,1% delle donne a basso rischio si rivela invece malata (Figura 29).

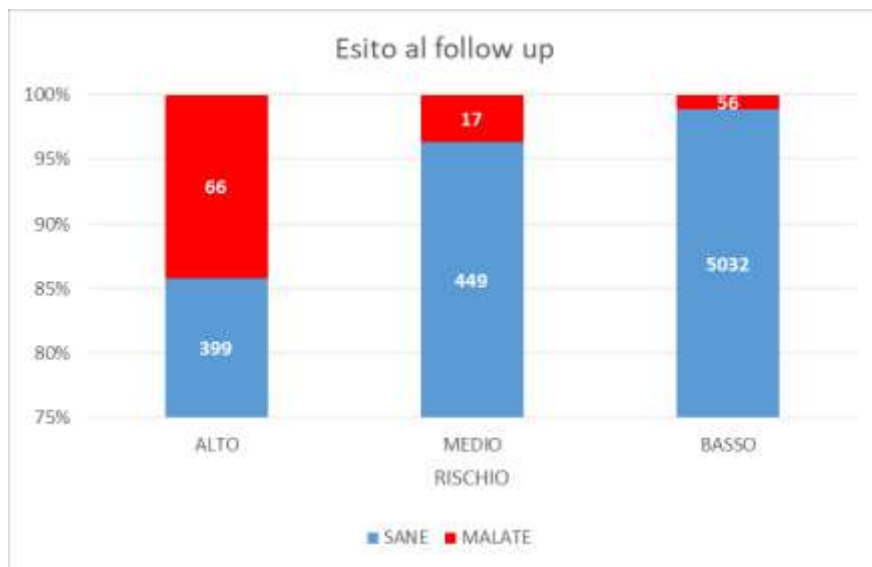


Figura 29 Capacità di filtraggio dei casi patologici del test di screening.

Nella tabella 14 si possono vedere i valori assoluti di veri positivi, falsi positivi, falsi negativi e veri negativi necessari al calcolo della sensibilità, specificità e valori predittivi positivo e negativo (VPP e VPN), per ciascun punto nascita e dell'intero programma regionale.

La sensibilità e la specificità del programma di screening di Regione Veneto sono rispettivamente del 60% e 85%. Il VPP è 0,089 e il VPN è 0,89.

Come si può notare c'è una estrema variabilità nella distribuzione delle donne patologiche nei diversi punti nascita. La variabilità si riflette ovviamente sull'accuratezza del test, infatti i valori di sensibilità oscillano dallo 0,33 all'1 e la specificità va dallo 0,70 all'1. Così come il VPP e il VPN dei singoli punti nascita hanno una grande variabilità, che sicuramente ha delle componenti operatore dipendenti, ma andrebbero rivisti con dati più consistenti.

Si rendono evidenti due punti nascita in particolare, Padova e Rovigo. La prima registra un'aderenza molto bassa allo screening, del 5% (Tab.11), ma un valore VPP dello 0,14, superiore a quello medio regionale di 0,089 (Tab.14), facendo pensare ad una selezione pre-test del campione sottoposto a screening, anziché ad uno screening universale come indicato nel progetto regionale.

Rovigo, invece, ha una numerosità di donne patologiche superiore agli altri centri, 13 donne sulle 139 patologiche individuate col gold standard (9%).

Tabella 14 La tabella rappresenta le classiche tabelle 2x2 per il calcolo della sensibilità e della specificità, dove A= veri positivi, B=falsi positivi, C=falsi negativi e D=veri negativi. Sono stati così calcolati sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e valore predittivo negativo.

	TEST				All	N	SENSIBILITA	SPECIFICITA	VVP	VVN
	+		-							
	DPP_SI	DPP_NO	DPP_SI	DPP_NO						
	A	B	C	D						
A. O. DI PADOVA	2	12	0	29	43	1,000	0,707	0,143	1,000	
A.O.U.I. DI VERONA - OSPEDALE CIVILE MAGGIORE	2	84	3	344	433	0,400	0,804	0,023	0,991	
O. C. DI ARZIGNANO	2	11	1	97	111	0,667	0,898	0,154	0,990	
O. C. DI BASSANO DEL GRAPPA	3	26	3	210	242	0,500	0,890	0,103	0,986	
O. C. DI BELLUNO	6	16	1	124	147	0,857	0,886	0,273	0,992	
O. C. DI CASTELFRANCO VENETO	0	0	0	12	12		1,000		1,000	
O. C. DI CONEGLIANO	3	29	4	215	251	0,429	0,881	0,094	0,982	
O. C. DI DOLO	0	12	0	32	44		0,727	0,000	1,000	
O. C. DI FELTRE	2	17	3	187	209	0,400	0,917	0,105	0,984	
O. C. DI LEGNAGO	0	4	0	55	59		0,932	0,000	1,000	
O. C. DI MIRANO	2	53	1	226	282	0,667	0,810	0,036	0,996	
O. C. DI ROVIGO	13	20	0	149	182	1,000	0,882	0,394	1,000	
O. C. DI VICENZA	4	62	5	400	471	0,444	0,866	0,061	0,988	
OSPEDALE CA FONCELLO TREVISO	7	75	5	465	552	0,583	0,861	0,085	0,989	
OSPEDALE DELL'ANGELO - VE	4	92	6	407	509	0,400	0,816	0,042	0,985	
OSPEDALE DI ADRIA	2	2	2	65	71	0,500	0,970	0,500	0,970	
OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	4	47	1	307	359	0,800	0,867	0,078	0,997	
OSPEDALE DI CITTADELLA	9	32	3	232	276	0,750	0,879	0,220	0,987	
OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	4	33	4	261	302	0,500	0,888	0,108	0,985	
OSPEDALE DI ODERZO	2	27	4	147	180	0,333	0,845	0,069	0,974	
OSPEDALE DI SANTORSO	6	60	4	357	427	0,600	0,856	0,091	0,989	
OSPEDALE DI VALDAGNO	1	4	1	24	30	0,500	0,857	0,200	0,960	
OSPEDALE DI VENEZIA	1	16	0	78	95	1,000	0,830	0,059	1,000	
OSPEDALI RIUNITI PADOVA SUD - MONSELICE	0	19	0	70	89		0,787	0,000	1,000	
P. O. DI CHIOGGIA	1	10	1	101	113	0,500	0,910	0,091	0,990	
P. O. DI PORTOGRUARO	0	15	0	65	80		0,813	0,000	1,000	
P. O. DI SAN DONA' DI PIAVE	0	30	2	159	191	0,000	0,841	0,000	0,988	
POLO OSP. DELL'EST VERONESE	3	40	2	213	258	0,600	0,842	0,070	0,991	
Totale	83	848	56	5032	6019	0,597	0,856	0,089	0,989	

Si è voluto verificare la bontà del cut off dell'EPDS, che normalmente viene utilizzato a 12 per test somministrati ad un mese dal parto. Il sovrapporsi dello screening al fisiologico sbalzo ormonale dei primi giorni post-partum preoccupava molto in fase di progettazione dell'intervento; per questo, è stato scelto un cut off per l'alto rischio a 15 punti. Grazie alla curva ROC costruita inserendo nel modello la variabile continua del punteggio all'EPDS è stata studiata la sensibilità e la specificità dell'EPDS al variare del valore soglia per l'alto rischio (Figura 31). L'area sotto la curva del test di screening con solo EPDS è buona, pari allo 0.72. In generale un test risulta più accurato quanto più la sua curva ROC si avvicina all'angolo superiore sinistro del grafico e il punto più vicino a tale angolo rappresenta il valore di cut off che massimizza contemporaneamente sensibilità e specificità del test.

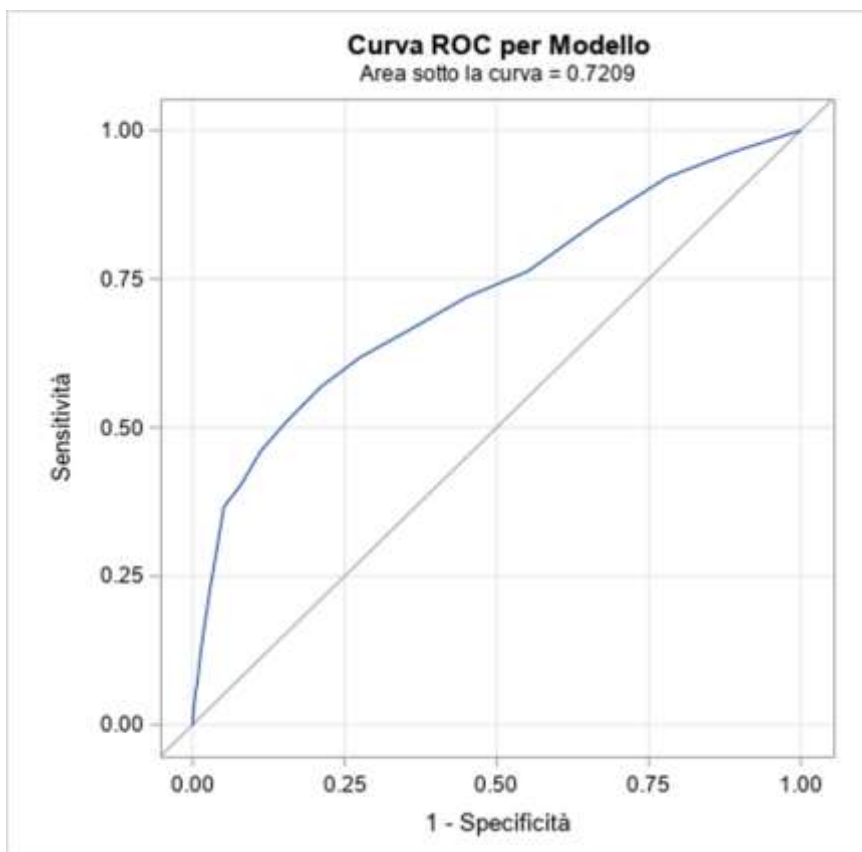


Figura 30 Curva ROC che studia la variabile continua dell'esito del test EPDS. AUC 0.7209; ($p < .0001$)

L'indice di Youden permette di individuare il valore soglia del test che massimizza sensibilità e specificità. Come si può vedere nella tabella 15, per l'EPDS nell'immediato post partum, il cut off più vantaggioso risulta essere 16, (Indice di Youden=0,357) molto prossimo quanto stabilito in fase di programmazione dell'intervento (cut off 15; Indice di Junden=0,356).

Tabella 15 Output sas, ROC MODEL. Valori di sensibilità, 1-specificità e Indice di Youden al variare del cut off del test EPDS.

VALORE SOGLIA	_SENSIT_	_1MSPEC_	Indice di Youden
0	0	0,00034	-0,000340136
1	0,014388	0,00068	0,013708217
2	0,014388	0,00119	0,013198013
3	0,028777	0,002041	0,026736162
4	0,043165	0,003912	0,039253903
5	0,057554	0,004762	0,052792052
6	0,064748	0,007313	0,057435276
7	0,100719	0,011054	0,089665003
8	0,122302	0,013605	0,108696716
9	0,151079	0,017517	0,13356213
10	0,215827	0,026871	0,18895659
11	0,28777	0,038776	0,248994274
12	0,366906	0,051701	0,315205795
13	0,402878	0,079082	0,323796065
14	0,460432	0,112245	0,348186757
15	0,510791	0,155102	0,355689326
16	0,568345	0,211054	0,357290902
17	0,618705	0,276361	0,342344492
18	0,661871	0,352551	0,309319483
19	0,719424	0,45051	0,268914256
20	0,76259	0,55068	0,211909656
21	0,848921	0,669218	0,179703176
22	0,920863	0,780272	0,140591201
23	0,964029	0,889796	0,074232859
28	1	1	0

Si vuole ora presentare l'analisi della sensibilità, riproposta in diversi scenari.

Sempre mediante l'analisi della curva ROC è stato fatto un confronto tra le performance del solo EPDS e del test combinato. In questa analisi si dovuto confrontare l'esito dei test come variabile categoriale, espressa nelle tre modalità di rischio (alto, medio e basso).

Come si può vedere nel grafico nella pagina accanto (Fig. 32), anche solo visivamente, l'area sotto la curva relativa al test combinato è maggiore rispetto a quella del solo EPDS, a conferma dell'utilità della rilevazione anamnestica ($p < .0001$). L'area sotto la curva, con l'uso del test combinato, infatti, aumenta a 0.74 rispetto al test singolo con EPDS ($AUC = 0.67$). In tabella 15, tutti i valori a confronto. Nel grafico successivo (Fig. 33), è stato fatto un confronto tra diversi scenari: oltre alle curve di solo EPDS e di test combinato, sono stati ipotizzati test che in aggiunta all'EPDS rilevassero i sottogruppi di fattori di rischio presi singolarmente.

Se considerassimo solo l'EPDS la sensibilità sarebbe del 42% e la specificità del 93%. Invece, prendendo i risultati dell'algoritmo, si ottiene una sensibilità del 60% e una specificità del 85%; pur abbassandosi, la specificità rimane comunque alta e migliora anche la sensibilità (Tab. 16).

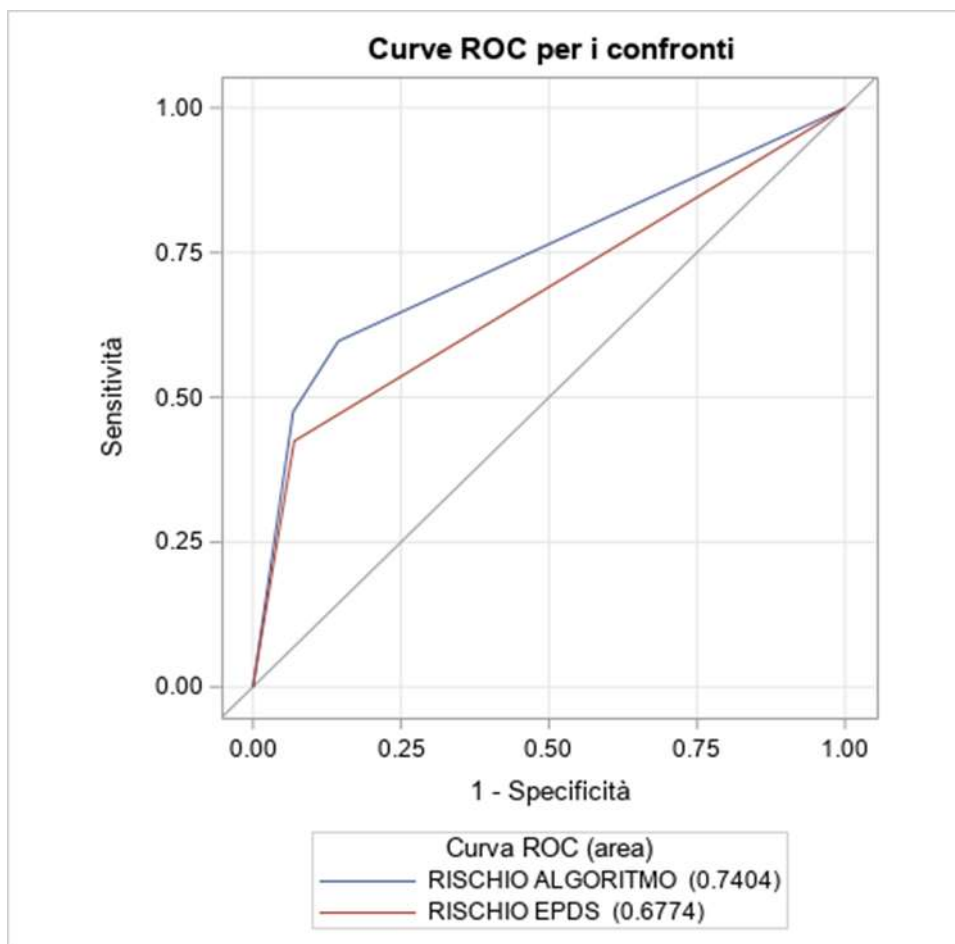


Figura 31 Confronto tra le Curve ROC del solo EPDS e del test combinato grazie all'algoritmo che unisce EPDS e questionario sui fattori di rischio.

esito_EPDS	Frequenza	_PROB_	_POS_	_NEG_	_FALPOS_	_FALNEG_	_SENSIT_	_SPEC_	_1MSPEC_
1EPDS_ALTO	292	0,126715	37	5625	255	102	0,266187	0,956633	0,043367
2EPDS_MEDIO	177	0,124294	59	5470	410	80	0,42446	0,930272	0,069728
3EPDS_BASSO	5550	0,014414	139	0	5880	0	1		1

esito_ALGORITMO	Frequenza	_PROB_	_POS_	_NEG_	_FALPOS_	_FALNEG_	_SENSIT_	_SPEC_	_1MSPEC_
1_ALTO	465	0,141955	66	5481	399	73	0,47482	0,932143	0,067857
3_MEDIO	466	0,036481	83	5032	848	56	0,597122	0,855782	0,144218
4_BASSO	5088	0,011006	139	0	5880	0	1		1

Tabella 16 Output sas ROC Model per EPDS e test combinato. Valori di veri positivi, veri negativi, falsi positivi e falsi negativi, sensibilità, specificità, 1-specificità.

Infine, sono stati analizzati gli esiti per singolo fattore di rischio, cioè immaginando di applicare in aggiunta all'EPDS solo un sottogruppo di fattori di rischio. Nell'immagine 33 si vede che la curva ROC del test composto da EPDS e fattori di rischio sociofamiliari così come EPDS e rischio di abuso di sostanze ed alcol migliora minimamente rispetto al solo EPDS. Invece il sottogruppo di fattori di rischio psichiatrici e quelli relativi alla violenza migliorano la curva (da AUC solo EPDS= 0.68; AUC EPDS+FR_PSIC= 0.71; AUC EPDS+FR_VIOLENZA=0.72).

Sicuramente, lo screening combinato con la rilevazione di tutti i fattori di rischio da un apporto considerevole alla curva, arrivando ad un'area di 0.74 ($p < .0001$).

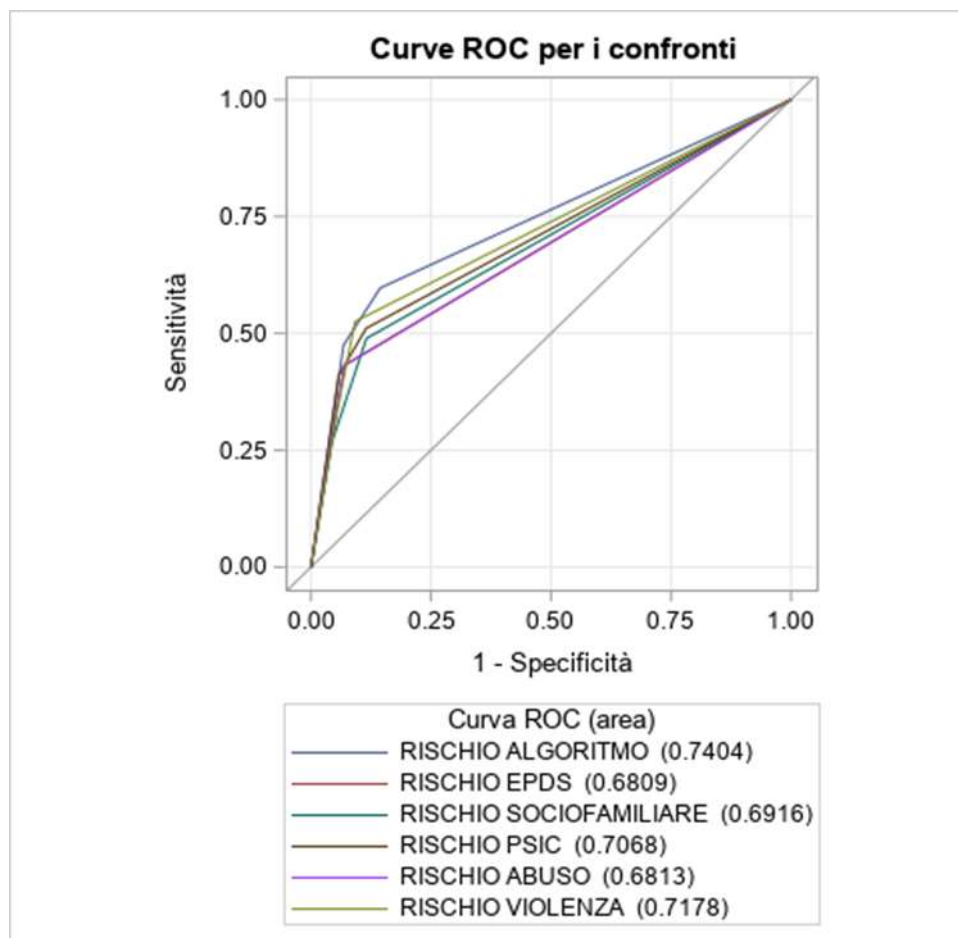


Figura 32 Curve ROC nei diversi scenari di test (combinato, solo EPDS, sottogruppi di fattori di rischio assieme ad EPDS)

Tabella 17 Output sas ROC Model per i diversi scenari di test. Valori di veri positivi, veri negativi, falsi positivi e falsi negativi, sensibilità, specificità, 1-specificità

RISCHIO	_SOURCE_	_PROB_	_POS_	_NEG_	_FALPOS_	_FALNEG_	_SENSIT_	_SPEC_	_1MSPEC_
1_ALTO	RISCHIO ALGORITMO	0,141955	66	5481	399	73	0,47482	0,932143	0,067857
3_MEDIO	RISCHIO ALGORITMO	0,036481	83	5032	848	56	0,597122	0,855782	0,144218
4_BASSO	RISCHIO ALGORITMO	0,011006	139	0	5880	0	1	0	1
1_ALTO	RISCHIO EPDS	0,128492	23	5724	156	116	0,165468	0,973469	0,026531
3_MEDIO	RISCHIO EPDS	0,126715	60	5469	411	79	0,431655	0,930102	0,069898
4_BASSO	RISCHIO EPDS	0,014239	139	0	5880	0	1	0	1
1_ALTO	RISCHIO SOCIOFAMILIARE	0,126713	37	5625	255	102	0,266187	0,956633	0,043367
3_MEDIO	RISCHIO SOCIOFAMILIARE	0,068132	68	5201	679	71	0,489209	0,884524	0,115476
4_BASSO	RISCHIO SOCIOFAMILIARE	0,013467	139	0	5880	0	1	0	1
1_ALTO	RISCHIO PSIC	0,144313	57	5542	338	82	0,410072	0,942517	0,057483
3_MEDIO	RISCHIO PSIC	0,039773	71	5204	676	68	0,510791	0,885034	0,114966
4_BASSO	RISCHIO PSIC	0,012898	139	0	5880	0	1	0	1
1_ALTO	RISCHIO ABUSO	0,131666	42	5603	277	97	0,302158	0,952891	0,047109
3_MEDIO	RISCHIO ABUSO	0,118421	60	5469	411	79	0,431655	0,930102	0,069898
4_BASSO	RISCHIO ABUSO	0,014239	139	0	5880	0	1	0	1
1_ALTO	RISCHIO VIOLENZA	0,127083	46	5564	316	93	0,330935	0,946259	0,053741
3_MEDIO	RISCHIO VIOLENZA	0,107571	73	5340	540	66	0,52518	0,908163	0,091837
4_BASSO	RISCHIO VIOLENZA	0,012209	139	0	5880	0	1	0	1

7. Discussione

Dai risultati pocanzi presentati si può complessivamente ricavare una valutazione positiva degli obiettivi del progetto. La formazione degli operatori è stato un capitolo importante che ha coinvolto moltissimi operatori del settore salute della Regione Veneto. Il gradimento dei corsi è stato alto. Il 79% delle ostetriche, globalmente, ha completato il corso; questo dimostra quanto la salute femminile, non solo fisica ma anche mentale, sia cara a queste professioniste. Ci sono poi delle differenze all'interno del gruppo e risultano più interessate all'argomento le ostetriche del territorio, per le quali si stimano percentuali di completamento superiori alle colleghe ospedaliere. Questo è probabilmente dovuto alla predisposizione dei consultori familiari al tema della depressione perinatale, poiché storicamente sono le strutture preposte ad affrontare questa problematica. Seppur di interesse ostetrico, il tema dei disturbi psichici perinatali fino a prima del progetto era esclusiva competenza territoriale, sia per quanto riguarda la prevenzione che la presa in carico; i punti nascita, a meno di casi eclatanti, erano in seconda linea sul tema. Con il progetto è stata implementata una pratica che mira ad anticipare e universalizzare la determinazione del rischio di ciascuna donna di poter sviluppare disagio psichico, coinvolgendo quindi anche i punti nascita, finora meno coinvolti. Sono circa il 25% delle ostetriche che completano il corso quelle che ottengono un risultato insoddisfacente al test di apprendimento finale e dall'analisi multivariata si apprendono i determinanti di questo insuccesso. Far parte del personale di un punto nascita di primo livello risulta protettivo per un apprendimento scarso, facendo pensare che un ambiente meno frenetico, con pochi parti all'anno e una casistica di partorienti per lo più con gestazioni fisiologiche, permetta al personale di dedicarsi alla formazione sul tema della depressione perinatale. Un basso coinvolgimento dei colleghi alle attività di formazione legate al Progetto si dimostra essere fattore di rischio per uno scarso apprendimento, rafforzando l'idea che esistono dinamiche di gruppo che portano i professionisti ad influenzarsi a vicenda; dove un tema viene considerato dal gruppo importante e valevole di impiego di risorse (in termini di tempo ed operatori), l'apprendimento ne beneficia con livelli più alti. Allo stesso modo, un interesse alto, rappresentato da un alto completamento del corso da parte di chi vi si era iscritto, è protettivo rispetto all'apprendimento scarso.

Si è potuto apprendere che le ostetriche che partecipano alla formazione sono per la maggior parte giovani, di età inferiore ai 40 anni, e la giovane età è risultata anche favorire l'apprendimento alla formazione.

L'altro grande risultato del progetto è il sistema informativo che, oltre a facilitare la procedura di decodifica del test, fornendo all'ostetrica un risultato immediato e standardizzato, permette la raccolta di una grandissima quantità di dati. L'aver raccolto in appena 4 mesi oltre 6.200 test di screening

contenenti anche i questionari EPDS è un grande risultato che in letteratura non ha probabilmente eguali. Ci sono punti nascita che sfiorano addirittura il 100% di aderenza allo screening delle proprie partorienti e il valore medio di aderenza, dopo 4 mesi di attività, è del 70%.

L'algoritmo sottostante al sistema informativo suddivide le donne in gruppi di rischio; sommando l'alto e il medio rischio, si ottiene una percentuale regionale di positività allo screening del 15%. Nonostante sia difficile il confronto con i dati di letteratura, in cui nei diversi studi si trovano differenti setting, timing e cut off di screening, il 15% di positività, composta da un 7,6% ad alto rischio e un 7,5% a medio, sembra paragonabile ai dati di letteratura. I dati italiani disponibili, basati su interventi di screening, riportano prevalenze variabili dal 4,7% al 13%. I valori minimi di prevalenza di rischio di sviluppare depressione sono riportati da Clavenna (140) e si riferiscono a rilevazioni effettuate tramite somministrazione di EPDS con cut off 12-13 durante i bilanci di salute pediatrici. La prevalenza del 13% riportata invece da Grussu e Quartaro (141) è stata individuata mediante somministrazione di EPDS con cut-off di 9 e del questionario GHQ-12 tra la sesta e l'ottava settimana post-partum.

Dall'EPDS si evince che il sintomo più frequente è l'ansia, in particolar modo nelle donne a medio rischio. L'altro dato interessante è che il 4,4% delle donne sottoposte a screening ha avuto pensieri suicidari, ben il 75% delle donne ad alto rischio. Questa percentuale sembra piuttosto alta e andrebbe verificata nel tempo.

Il questionario sui fattori di rischio, poi, mostra uno spaccato che spesso è sommerso, in particolar modo in ambiente materno infantile in cui lo stereotipo di infanzia e maternità vuole che la malattia, la violenza e le avversità non ci siano. Ecco invece che il 10% delle donne dichiara di aver vissuto sulla propria pelle episodi di violenza e che il 32% dichiara difficoltà economiche, familiari o anche solo di non avere una rete sociale sufficiente.

Utilizzare lo screening combinato permette il recupero di circa un 8% di donne che altrimenti non giungerebbero ai servizi perché classificate come a basso rischio; inoltre, porta ad una valutazione più repentina del 62% delle donne che per l'EPDS sarebbero classificate a medio rischio, indirizzandole ad una valutazione psichiatrica entro la dimissione. I fattori di rischio psichiatrici sono responsabili della gran parte di questi passaggi da un gruppo di rischio inferiore ad uno maggiore e questo, come si è visto nell'analisi di sensibilità, porta una notevole ottimizzazione del test.

Il 2,2% delle donne sottoposte a screening ha poi sviluppato una patologia psichiatrica; questo dato è in linea con quello del sistema di sorveglianza che stima una prevalenza di disturbi perinatali del 2% (Capitolo 3.g.). Contrariamente ai primi dati del sistema di sorveglianza, realizzato in fase programmatoria dell'intervento, il flusso più informativo nel ripescaggio delle donne patologiche è il flusso dell'assistenza psichiatrica territoriale che individua il 64% delle donne; prima

dell'implementazione del programma di screening e la creazione dei percorsi diagnostici e di presa in carico, la percentuale di puerpere rintracciabili nel flusso era del 31%. Questo è un risultato importante, anche perché in precedenza la fonte principale era quella della farmaceutica, che individuava l'80% delle puerpere affette da disagio psichico. Seppure il dato meriti di essere rivalutato con un follow up più lungo, può essere visto come un indicatore di risultato positivo dell'intero programma di screening, poiché il progetto ha permesso l'emersione di casi che altrimenti non sarebbero giunti all'attenzione psichiatrica.

Il 60% delle donne risultate positive allo screening (considerando alto e medio rischio assieme) vengono poi confermate patologiche. L'1% delle donne a basso rischio invece, viene diagnosticata e questa è un sottogruppo che meriterebbe di essere studiato meglio per individuare eventuali fattori predittivi che non sono stati considerati. Il valore predittivo positivo è relativamente contenuto, del 8,9%, a favore invece di un VPN molto alto dell'99%. Questa predilezione del valore predittivo negativo risulta condivisa, soprattutto visti gli outcome infausti descritti nell'introduzione.

Il valore predittivo positivo nei diversi punti nascita sembra avere una grande variabilità. In alcuni casi sembra che questo possa essere dovuto ad una selezione in ingresso delle donne che si sottopongono al test di screening, scegliendo solo quelle che clinicamente manifestano campanelli d'allarme di disagio psichico. Eclatante è il caso dell'Az. Ospedaliera di Padova che, contrariamente alle indicazioni del progetto, sembra somministrare il test in maniera selettiva.

Dall'analisi ROC emerge che il cut off scelto per l'EPDS nei primi giorni dopo il parto (score 15) ottimizza al meglio i valori di sensibilità e specificità del test. Allo stesso modo, dall'analisi della sensibilità, si può cogliere come l'unione di tutti i fattori di rischio raccolti nel questionario anamnestico migliori l'accuratezza del test di screening, confermando l'utilità di aggiungere al solo EPDS un'intervista strutturata alla donna sui fattori di rischio ricavati dalla letteratura.

8. Bibliografia

1. **G. Damiani, M.L. Specchia, W. Ricciardi.** *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria.* s.l. : Idelson-Gnocchi, 2018.
2. **Goldberg, .** *The Maudsley Handbook of Pratical Psychiatry.* Roma : Il pensiero Scientifico Editore, 1999. ISBN 88-7002-933-6.
3. *Mood disturbance in the early puerperium: a review.* . **C., .** Suppl 2:S33-42., s.l. : Arch Womens Ment Health., 2003;, Vol. 6 . doi:10.1007/s00737-003-0004-x.
4. *The Prevalence of Anxiety Disorders during Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis.* **Fawcett EJ, Ph D, Fairbrother N, et al.** 4, s.l. : J Clin Psychiatry., 2019, Vol. 80. . doi:10.4088/JCP.18r12527.
5. *Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis.* . **Goodman JH, Watson GR, Stubbs B.** s.l. : J Affect Disord., 2016;, Vols. 203:292-331. . doi:10.1016/j.jad.2016.05.033.
6. *Pregnancy anxiety : A systematic review of current scales.* **Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J.** 176, s.l. : J Affect Disord., 2015.
7. *Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome ? .* **Huizink AC, Mulder EJH, Robles PG, Medina D, Visser GHA, Buitelaar JK.** 79:81-91., s.l. : Early Hum Dev, Vol. 2004.
8. *Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.* **Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA.** s.l. : J Affect Disord., 2015, Vol. 175.
9. *Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women.* **Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY.** 2, s.l. : J Women's Heal, 2014, Vol. 23.
10. *Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a PopulationBased Sample of Women.* **Sherry L. Farr, PhD1, Patricia M. Dietz, DrPH1, Michael W. O'Hara, PhD2, Kim Burley1 J, Y. Ko P.** s.l. : J Womens Heal , 2014. doi:10.1089/jwh.2013.4438.
11. **Association, American Psychiatric.** *Manuale diagnostico e tatistico dei disturbi mentali.* Milano : Raffaello Cortina Editore, 2014. ISBN 978-88-6030-660-9.
12. *Heterogeneity of postpartum depression: A latent class analysis.* . **Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, et al.** s.l. : The Lancet Psychiatry. , 2015;, Vol. 2.
13. **Prevention., Centers for Disease Control and.** *Prevalence of Selfreported Postpartum Depressive Symptoms—17 States, 2004–2005.* 2005.
14. *Postpartum depression: a disorder in search of a definition.* **Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DKY.** s.l. : Arch Womens Ment Health., 2010;, Vols. 13(1):37-40.

15. *Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy.* **Nylen KJ, Williamson JA, O'Hara MW, Watson D, Engeldinger J.** s.l. : Arch Womens Ment Health, 2013;, Vol. 16.
16. *Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression.* **Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG.** s.l. : J Affect Disord., 2017, Vol. 219.
17. *Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence.* **Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.** s.l. : Obstet Gynecol., 2005, Vol. 106.
18. *Prospective Study of Postpartum Blues. Biologic and Psychosocial Factors.* **O' Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ.** s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 1991.
19. *The Structure of Women's Mood in the Early Postpartum.* **Buttner MM, O'Hara MW, Watson D.** s.l. : Assessment., 2012, Vols. 19(2):247-256.
20. *Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum.* . **Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C.** s.l. : J Affect Disord. , 2009, Vols. 113(1-2):77-87.
21. *Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study.* **Kamperman AM, Veldman-Hoek MJ, Wesseloo R, Robertson Blackmore E, Bergink V.** s.l. : Bipolar Disord., 2017;19(6):450-457. doi:10.1111/bdi.12523.
22. *The global prevalence of postpartum psychosis: A systematic review.* . **VanderKruik R, Barreix M, Chou D, et al.** s.l. : BMC Psychiatry. , 2017;17(1):1-9.
23. *New parents and mental disorders: a population-based register study.* . **Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB.** s.l.: JAMA, 2006, Vol. 296. doi:10.1001/jama.296.21.2582.
24. **NICE.** *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance.* . s.l. : NICE Guidel, 2014.
25. *Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholia in motherhood.* **Bergink V, Rasgon N, Wisner KL.** s.l. : Am J Psychiatry, 2016;173(12):1179-1188.
26. *Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication.* **Kathleen R. Merikangas, , et al.** s.l. : Arch Gen Psychiatry. 2007, Vol. 64.
27. *Pregnancy and Bipolar Disorder.* **Sharma V, Pope CJ.** 11, s.l. : J Clin Psychiatry, 2012, Vol. 73.
28. *Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations.* . **Bernard L. Harlow, , et al.** s.l. : Arch Gen Psychiatry., 2007, Vol. 64.
29. *Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene.* **Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L, et al.** s.l. : Br J Psychiatry, 2008, Vol. 193.

30. *Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression.* **Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR.** s.l. : Am J Psychiatry., 2000, Vol. 157.
31. *Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period.* **Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, et al.** s.l. : Am J Psychiatry. , 2004, Vol. 161.
32. *Suicide: the leading cause of maternal death.* **M., .** s.l. : Br J Psychiatry, 2003, Vol. 183.
33. *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.* **Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al.** s.l. : Arch Gen Psychiatry. , 2007, Vol. 64.
34. *Bipolar II postpartum depression: Detection, diagnosis, and treatment.* **Sharma V, Burt VK, Ritchie HL.** s.l. : Am J Psychiatry, 2009, Vol. 166.
35. *Missed bipolarity and psychiatric comorbidity in women with postpartum depression.* **Sharma V, Khan M, Corpse C, Sharma P.** s.l. : Bipolar Disorder., 2008, Vol. 11.
36. *Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression : Findings from the international BRIDGE study. .* **Azorin J, Angst J, Gamma A, et al.** s.l. : J Affect Disord., 2012, Vol. 136.
37. *Do women have more adverse drug reactions? M, .* s.l. : Am J Clin Dermatol., 2001, Vols. 2, 349-51.
38. *Binge drinking - United States.* **Kanny D., Liu Y, Brewer RD.** United States : MMWR Surveill Summ 2013, 2011, Vols. 62: pp 77-80.
39. **Prevention, Centers for Disease Control and.** *Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age - USA 2006-2010.* s.l. : MMWR Morb Mortal Wkly Rep.
40. *Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus.* **Behnke M, Smith VC.** s.l. : Pediatrics., 2013, Vols. 131(3). doi:10.1542/peds.2012-3931.
41. **Administration, Substance Abuse and Mental Health Services.** *National Survey on Drug Use and Health: Summary of Methodological Studies, 1971–2014 [Internet].* Rockville : CBHSQ Methodology Report., 2014.
42. *Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: importance of pre and postnatal maternal reflective functioning.* **Marjukka P, Pyykkönen N, Helenius H.** s.l. : Infant Ment Heal J., 2012;, Vols. 33(1):70-81.
43. *Postpartum Substance Use and Depressive Symptoms: A Review. .* **Chapman SLC, Wu L-T.** s.l. : Women Heal. , 2013;, Vols. 53(5):479–503.
44. *A meta analysis of predictors of postpartum depression.* **Beck, .** 297-303, s.l. : Nursing research, 1996, Vol. 45(5).
45. *Predictors of postpartum depression: an update.* **Beck, .** 275-285, s.l. : Nursing research, 2001, Vol. 50 (5).

46. *Antenatal risk factors for postnatal depression : A large prospective study.* **Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al.** s.l. : J Affect Disord., 2008, Vols. 108:147-157.
47. *Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis.* . **Anderson FM, Hatch SL, Comacchio C, Howard LM.** s.l. : Arch Womens Ment Health. , 2017, Vols. 20(3):449-462.
48. *Epidemiology and Effects of Substance Use in Pregnancy.* **Cook JL, Green CR, Ronde S De, et al.** s.l. : J Obs Gynaecol Can, 2017, Vols. 2017:906-915.
49. **Bioetica., Comitato Nazionale per la.** Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum. Roma : Doc Approv nella Sed plenaria del 16 dicembre 2005., 2005.
50. *Preeclampsia Risk in Relation to Maternal Mood and Anxiety Disorders Diagnosed Before or During Early Pregnancy.* . **Qiu, C., Williams, M. A., Calderon-Margalit, R., Cripe, S. M., & Sorensen, T. K.** s.l. : American Journal of Hypertension,, 2009, Vols. 22(4), 397–402. .
51. *Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes.* . **Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F., & Lee, D. T. (2001).** 830–834., s.l. : Psychosomatic medicine,, Vol. 63(5).
52. **Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P.** *Postnatal depression, mother-infant interactions, and child development: Prospects for screening and treatment.* s.l. : Wiley Blackwell, 2015.
53. *The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task.* . **Stanley, C., Murray, L., & Stein, A.** s.l. : Development and psychopathology, , 2004, Vols. 16(1), 1–18.
54. *The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: from birth to 6 months.* . **Taylor, J., & Johnson, M.** s.l. : Midwifery, 2013, Vols. 29(5), 526–534.
55. *Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour.* **Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C.** s.l. : Archives of women's mental health, , 2014, Vols. 17(5), 433–442.
56. *Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence.* . **Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E.** s.l. : Infant behavior & development,, 2012, Vols. 35(2), 264–272.
57. *The impact of maternal depression on familial relationships.* . **L., .** Abingdon, England : International review of psychiatry , 2003, Vols. 15(3), 243–255. .
58. *Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis.* **Paulson, J. F., & Bazemore, S. D.** s.l. : JAMA, 2010, Vols. 303(19), 1961–1969.
59. *Postpartum depression beyond the early postpartum period.* **H., Goodman J.** s.l. : Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, 2004, Vols. 33(4), 410–420.
60. *A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms.* **Horowitz, J. A., & Goodman, J.** s.l. : Research and theory for nursing practice, , 2004, Vols. 18(2-3), 149–163.

61. *Postpartum Depression*. . **Stewart, D. E., & Vigod, S.** s.l. : The New England journal of medicine, , 2016, Vols. 375(22), 2177–2186.
62. *Suicidalité en période périnatale [Suicidality during perinatal period]*. **Guillard, V., & Gressier, F.** s.l. : Presse medicale , 2017, Vols. 46(6 Pt 1), 565–571.
63. *Regional Maternal Mortality Working Group (2018). Maternal mortality in Italy: Results and perspectives of record-linkage analysis*. . **Donati, S., Maraschini, A., Lega, I., D'Aloja, P., Buoncristiano, M., Manno, V.** s.l. : Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, Vols. 97(11), 1317–1324.
64. *Maternal suicide in Italy*. **Lega, I., Maraschini, A., D'Aloja, P., Andreozzi, S., Spettoli, D., Giangreco, M., Vichi, M., Loghi, M., Donati, S.,** s.l. : Archives of women's mental health, , 2020, Vols. 23(2), 199–206.
65. *Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum*. . **Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L.** s.l. : Archives of women's mental health, 2005, Vols. 8(2), 77–87.
66. *Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses*. **Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L.** s.l. : Journal of psychiatric research, 2017, Vols. 84, 284-291.
67. *Suicide: the leading cause of maternal death*. . **M.,** . s.l. : The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 2003, Vols. 183, 279–281.
68. **Cantwell, R., Clutton-Brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., Harper, A., Hulbert, D., Lucas, S., McClure, J., Millward-Sadler, H., Neilson, J., Nelson-Piercy, C., Norman, J., O'Herlihy, C., Oates, M., Shakespeare, J., de Swiet, M.,** *Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. s.l. : BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 2011.
69. *Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission*. . **Appleby, L., Mortensen, P. B., & Faragher, E. B.** s.l. : The British journal of psychiatry : the journal of mental science,, 1998, Vols. 173, 209–211.
70. *Psychiatric risk factors associated with postpartum suicide attempt in Washington State, 1992-2001*. . **Comtois, K. A., Schiff, M. A., & Grossman, D. C.** s.l. : American journal of obstetrics and gynecology, , 2008, Vols. 199(2), 120.e1–120.e1205.
71. *Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review*. **Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M.** s.l. : Infant behavior & development,, 2006, Vols. 29(3), 445–455.
72. *Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways*. . **Monk, C., Spicer, J., & Champagne, F. A.** s.l. : Development and psychopathology, , 2012, Vols. 24(4), 1361–1376.
73. *Perinatal anxiety and depression: issues, outcomes and interventions. Infants of parents with mental illness: Developmental, clinical, cultural and personal perspectives*, . **Priest, S. R., & Barnett, B.** s.l. : Australian Academic Press., 2008, Vols. 25–44.

74. *Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health.* . **Babenko, O., Kovalchuk, I., & Metz, G. A.** s.l. : Neuroscience and biobehavioral reviews, , 2015, Vols. 48, 70–91.
75. *Ancestral experience as a game changer in stress vulnerability and disease outcomes.* . **Metz, G. A., Ng, J. W., Kovalchuk, I., & Olson, D. M.** s.l. : BioEssays : news and reviews in molecular, cellular and developmental biology,, 2015, Vols. 37(6), 602–611.
76. *The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation.* . **Allister, L., Lester, B. M., Carr, S., & Liu, J.** s.l. : Developmental neuropsychology, 2001, Vols. 20(3), 639–651.
77. *Maternal depression and increased fetal activity.* . **Dieter, J. N., Field, T., Hernandez-Reif, M., Jones, N. A., Lecanuet, J. P., Salman, F. A., & Redzepi, M.** s.l. : Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 2001, Vols. 21 (5), 465-473.
78. *Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus.* . **Emory, E. K., & Dieter, J. N.** 1094, 287–291., s.l. : Annals of the New York Academy of Sciences, , 2006.
79. *Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders.* . **Ressler, K. J., & Nemeroff, C. B.** s.l. : Depression and anxiety, 2000, Vols. 12 Suppl 1, 2–19.
80. *Transfer of maternal psychosocial stress to the fetus.* . **Rakers, F., Rupprecht, S., Dreiling, M., Bergmeier, C., Witte, O. W., & Schwab, M.** 2017, Vols. Neuroscience and biobehavioral reviews.
81. *Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants.* **Qiu, A., Anh, T. T., Li, Y., Chen, H., Rifkin-Graboi, A., Broekman, B. F., Kwek, K., Saw, S. M., Chong, Y. S., Gluckman, P. D., Fortier, M. V., & Meaney, M. J.** s.l. : Transational psychiatry, 2015, Vols. 5(2), e508.
82. *Prenatal depression effects on neonates.* **Lundy, B. L., Jones, N. A., Field, T., Nearing, G., Davalos, M., Pietro, P. A., Schanberg, S., & Kuhn, C.** s.l. : Infant Behavior and Development,, 1999, Vols. 22(1), 119–129.
83. *Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review.* . **Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M.** 29(3), 445–455., s.l. : Infant behavior & development, , 2006.
84. *Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care.* . **Brummelte, S., & Galea, L. A.** s.l. : Hormones and behavior, , 2016, Vols. 77, 153–166.
85. *Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review.* **S., .** s.l. : Neuroscience,, 2017, Vols. 342, 154–166.
86. *A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction.* **Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J.** s.l. : Archives of general psychiatry, 2010, Vols. 67(10), 1012-1024.
87. *The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation.* . **Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J.** s.l. : American journal of obstetrics and gynecology, 1993, Vols. 169(4), 858-865.

88. *Maternal panic disorder: Infant prematurity and low birth weight.* . **Warren, S. L., Racu, C., Gregg, V., & Simmens, S. J.** s.l. : Journal of anxiety disorders, , 2006, Vols. 20(3), 342–352.
89. *The theory of the parent-infant relationship.* . **W., Winnicott D.** s.l. : The International journal of psycho-analysis,, 1960, Vols. 41, 585–595.
90. *Attachment and the regulation of the right brain.* **N., Schore A.** s.l. : Attachment & human development, , 2000, Vols. 2(1), 23–47.
91. *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review.* . **T.,** . s.l. : Infant behavior & development, , 2010, Vols. 33(1), 1–6.
92. *Risk factors for child neglect: A meta-analytic review.* . **Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G., & Assink, M.** s.l. : Child abuse & neglect,, 2018, Vols. 77, 198–210.
93. *Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature.* . **Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J.** s.l. : Aggression and Violent Behavior,, 2009, Vols. 14(1), 13–29.
94. *Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential.* . **Hien, D., Cohen, L. R., Caldeira, N. A., Flom, P., & Wasserman, G.** s.l. : Child abuse & neglect, , 2010, Vols. 34(2), 105–113.
95. *Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Bi.* **Berle, J. Ø., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. A.** s.l. : Archives of women's mental health, 2005, Vols. 8(3) 181-189.
96. *Fetal heart rate variability mediates prenatal depression effects on neonatal neurobehavioral maturity.* . **Figueiredo, B., Pinto, T. M., Pacheco, A., & Field, T.** s.l. : Biological psychology, 2017, Vols. 123, 294–301.
97. *Maternal depression and childhood obesity: a systematic review.* . **Lampard, A. M., Franckle, R. L., & Davison, K. K.** s.l. : Preventive medicine,, 2014, Vols. 59, 60–67.
98. *Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth.* . **Fariás-Antúnez, S., Xavier, M. O., & Santos, I. S.** s.l. : Journal of affective disorders, , 2018, Vols. 228, 143–152.
99. **WHO., World Health Organization. Infant young child feeding counselling: An integrated course.** Infant young child feeding counselling: An integrated course. *World Health Organization.* [Online] WHO, 27 Gennaio 2015.
<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/>.
100. *Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature.* . **Dias, C. C., & Figueiredo, B.** s.l. : Journal of affective disorders, , 2015, Vols. 171, 142–154.
101. *Impact of Postpartum Mental Illness Upon Infant Development.* . **Hoffman, C., Dunn, D. M., & Njoroge, W.** s.l. : Current psychiatry reports, , 2017, Vols. 19(12), 100.

102. *Maternal depression trajectories from pregnancy to 3 years postpartum are associated with children's behavior and executive functions at 3 and 6 years.* . **Park, M., Brain, U., Grunau, R. E., Diamond, A., & Oberlander, T. F.** s.l. : Archives of women's mentalhealth, 2018, Vols. 21(3), 353-363.
103. *Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression.* . **O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & Alspac Study Team.** s.l. : Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, , 2002, Vols. 41(12), 1470–1477.
104. *Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior.* **Reck, C., Müller, M., Tietz, A., & Möhler, E.** s.l. : Journal of anxiety disorders, , 2013, Vols. 27(4), 404–412.
105. *Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study.* . **Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S., & O'Keane, V.** s.l. : Journal of affective disorders,, 2009, Vols. 113(3), 236–243.
106. *Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years.* **Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., & Stein, A.** s.l. : JAMA psychiatry, 2013, Vols. 70(12), 1312–1319.
107. *Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review.* **Dennis CL, Chung-Lee L.** s.l. : Birth. , 2006, Vols. 33(4):323-331.
108. *Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression.* . **Goodman, J. H.** s.l. : Birth, 2009, Vols. 36(1), 60-69.
109. *Depression in pregnancy.* **Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M.** s.l. : British Medical Journal (Online),, 2016, Vol. 352 i1547.
110. *Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature.* . **Hadfield, H., & Wittkowski, A.** s.l. : Journal of midwifery & women's health, , 2017, Vols. 62(6), 723-736.
111. *Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial.* **Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J.** 2015 : Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, Vols. 49(3), 236-245.
112. *Maternal depression in home visitation: A systematic review.* . **Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Bosse, N. R., Teeters, A. R., & Van Ginkel, J. B.** s.l. : Aggression and Violent Behavior, 2010, Vols. 15(3), 191-200.
113. **Austin M-P HN and the GEAC.** *Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals.* s.l. : Melbourne: Beyondblue: The National Depression Initiative, 2011.
114. **ON.Da.,** . *Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale.* 2010.

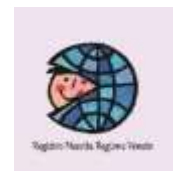
115. *Therapeutics of postpartum depression*. **Thomson M, Sharma V**. s.l. : Expert Rev Neurother., 2016;, Vols. 17(5):495-507.
116. *Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment*. . **Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S, Ph D**. s.l. : *Depress Anxiety*. , 2000, Vols. 72(February 1999):66-72.
117. *Antidepressant treatment for postnatal depression (Review)*. . **Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K**. s.l. : *Cochrane Database Syst Rev*., 2014, Vols. (9):1-59.
118. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for post-partum depression (PPD): A systematic review of randomized clinical trials*. . **De Crescenzo F, Perelli F, Armando M, Vicari S**. s.l. : *J Affect Disord*. , 2014, Vols. 152-154(1):39-44.
119. *Postpartum Depression : Diagnostic and Treatment Issues*. **Sharma V, Sharma P**. s.l. : *J Obstet Gynaecol Canada*. , 2012, Vols. 34(5):436-442.
120. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. **Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM**. s.l. : *Lancet*. , 2014, Vols. 384(9956):1789-1799.
121. *Antenatal screening for postnatal depression : a systematic review*. . **Austin M-P, Lumley J**. s.l. : *Acta Psychiatr Scand*. , 2003, Vols. 107:10-17.
122. *Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression*. . **JH.,** . s.l. : *Birth*. , 2009, Vols. 36(1):60-69.
123. *Preferences and Perceived Barriers to Treatment for Depression during the Perinatal Period*. **O'Mahen HA, Flynn HA**. s.l. : *J Women's Heal.*, 2008, Vols. 17(8):1301-1309.
124. *Patient choice of treatment for postpartum depression: A pilot study*. . **Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, et al.** s.l. : *Arch Womens Ment Health*. , 2006, Vols. 9(6):303-308.
125. *Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression*. . **JH.,** . s.l. : *Birth*. , 2009, Vols. 36(1):60-69.
126. *Depression During Pregnancy and Postpartum*. . **Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S**. s.l. : *Curr Psychiatry Rep.*, 2016, Vols. 18(3):1-9.
127. *Depression during Pregnancy*. . **T.,** . s.l. : *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. , 2015, Vols. 29(5):754-764.
128. *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. . **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R**. s.l. : *Br J Psychiatry*., 1987, Vols. 150:782-786.
129. *Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing*. . **Beck C, Gable R**. s.l. : *Nurs Res*. , 2000.
130. *Patient Health Questionnaire (Phq-9)*. . **W., Spitzer K&**. 1999, Vols. 9:9-10.

131. *An inventory for measuring depression.* **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** s.l. : Arch Gen Psychiatry. , Vol. 1961.
132. *The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population.* . **LS.,** . s.l. : Appl Psychol Meas., Vol. 1977.
133. *Screening for perinatal depression.* . **Committee., The American College of Obstetricians and Gynecologists.** s.l. : Obs Gynecol., 2015.
134. *Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Italy.* . **Carpiniello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG.** s.l. : J Psychosom Obstet Gynaecol. , 1997, Vols. 18(4):280-285.
135. *Screening for Depression During Pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS).* . **Murray D, Cox JL.** s.l. : J Reprod Infant Psychol., 1990, Vols. 8(2):99-107.
136. *Depression screening:a practical strategy.* . **Nease DEJ, Malouin JMM.** s.l. : J Fam Pract. , 2003, Vol. 52(6):466; author reply 467.
137. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI).* **Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R.** s.l. : Consult Psychol Press. , 1970.
138. *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Indicazioni metodologiche e analisi critica dello strumento.* **Grussu P, Quatraro RM.** s.l. : G Ital di Psicol. , 2005, Vols. XXXII(4):821-833.
139. **J. Milgrom, di Jeannette Milgrom (Autore), Paul R. Martin (Autore), Lisa M. Negri (Autore), Rosa Maria Quatraro (a cura di), Pietro Grussu (a cura di), S. Banal (Traduttore).** *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico.* s.l. : Erickson, 2003.
140. *Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy.* **Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, et al.** s.l. : BMC Psychiatry. , 2017;, Vols. 17(1):1-7.
141. *Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from ante-natal classes.* . **Grussu P, Quatraro RM.** s.l. : Eur Psychiatry. , 2009, Vols. 24(5):327-333.
142. *Predictors of Postpartum Depression-* . **CT.,** . s.l. : An Update. Nurs Res., 2001, Vols. 50(5):275-285.
143. *Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature.* . **Robertson E, Ph D, Grace S, Ph D, Wallington T, Stewart DE.** 2004, Vols. 26:289-295.
144. **GEAC, Austin M-P HN and the.** *Clinical Practice Guidelines for Depression and Related Disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals.* s.l. : Melbourne: Beyondblue: The National Depression Initiative, 2011.

9. Allegati

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 per niente 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

