



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 44/2020

Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post-emergenza COVID-19

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Versione del 31 maggio 2020

Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post-emergenza COVID-19

Versione del 31 maggio 2020

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Gemma CALAMANDREI, Antonella GIGANTESCO
Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e Salute Mentale, ISS

Massimo DI GIANNANTONIO
Università di Chieti, Direttore DSM ASL Chieti, Presidente Società Italiana di Psichiatria

in collaborazione con:

Gabriella PALUMBO, Fiorino MIRABELLA, Sonia BRESCIANINI, Debora DEL RE, Laura CAMONI
(Reparto di Ricerca clinico-epidemiologica in salute mentale e comportamentale, Centro di Riferimento Scienze Comportamentali e la Salute mentale, ISS)
Gina BARBANO *(AULSS2 2 Marca Trevigiana, Consigliera Ordine degli Psicologi del Veneto)*
Marina CATTANEO *(ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale, Bergamo Ovest)*
Paolo MICHIELIN *(Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Padova)*
Cinzia NIOLU, Alberto SIRACUSANO *(Dipartimento Benessere della Salute Mentale e Neurologica, Dentale e degli Organi Sensoriali, Policlinico Tor Vergata, Roma)*

Si ringraziano per i contributi:

Monica VICHI *(Servizio Tecnico Scientifico di Statistica, ISS)*, Valentina GRIMALDI, Imma LA BELLA *(ASL Roma 2, Comitato Direttivo Federazione Italiana Medici Pediatri)*; Silvia GHIRINI *(Centro Nazionale Dipendenze e Doping, ISS)*; Eloise LONGO *(Dipartimento Neuroscienze, ISS)*; Loredana CENA, Antonio IMBASCIATI *(Osservatorio di Psicologia Clinica perinatale, Dipartimento di Scienze Cliniche Sperimentali, Università di Brescia)*; Franca ACETI, Gloria ANGELETTI *(Osservatorio Multicentrico per la Depressione Perinatale – Società Italiana di Psichiatria Lazio)*; Alberto DE STEFANO *(Onlus Volontari per il Policlinico Tor Vergata)*; Silvia FRATICELLI *(Università G. d'Annunzio Chieti-Pescara)*; Isabella BERARDELLI, Maurizio POMPILI *(Dipartimento di Neuroscienze Salute Mentale e Organi di Senso-Sapienza Università di Roma)*.

Istituto Superiore di Sanità

Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
2020, iii, 28 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020

L'emergenza creata dalla pandemia COVID-19 e la necessità di adottare misure di contenimento del contagio, come le limitazioni di movimento e il distanziamento sociale, può influire negativamente sulla salute delle donne nel periodo perinatale, aumentando il rischio di comparsa di alcuni disturbi mentali, come depressione e ansia. I Servizi che si occupano della salute della donna in gravidanza dovrebbero riorganizzare le procedure per far fronte a questa emergenza, con l'obiettivo di continuare a fornire un'assistenza di qualità e garantendo, al contempo, la sicurezza di utenti e operatori. Viene qui proposto l'adattamento ad un contesto di emergenza di un programma di intervento volto ad individuare tempestivamente le donne a rischio e fornire loro un trattamento basato su prove di efficacia.

Istituto Superiore di Sanità

Indications of an intervention plan for the management of perinatal anxiety and depression in COVID-19 emergency and post-emergency phase. Version of May 31, 2020.

ISS Working group Mental Health and Emergency COVID-19
2020, iii, 28 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020 (in Italian)

The emergency caused by the COVID-19 pandemic and the need to adopt contagion containment measures, such as movement restrictions and social distancing, can adversely affect the health of women in the perinatal period, increasing the risk of some mental disorders such as depression and anxiety. The health Services that deal with the health of pregnant women should reorganize the procedures to cope with this emergency, with the aim of continuing to provide quality assistance and at the same time guaranteeing the safety of users and operators. Here we proposed an adaptation to an emergency context of an intervention program aimed at promptly identifying women at risk and providing them with evidence-based treatment.

Per informazioni su questo documento scrivere a: gemma.calamandrei@iss.it

Citare questo documento come segue:

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020)

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

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



Indice

Premessa.....	iii
Introduzione	1
Un programma di intervento <i>evidence-based</i> per la gestione della salute mentale perinatale	3
Struttura del programma.....	4
Empowerment delle conoscenze sulla salute mentale perinatale	4
Identificazione del rischio ansioso-depressivo (screening)	4
Valutazione successiva.....	5
Trattamento.....	5
Follow-up	7
Adattamento del programma di intervento durante la pandemia COVID-19.....	8
Struttura del programma.....	8
Empowerment delle conoscenze sulla salute mentale perinatale	8
Identificazione del rischio ansioso-depressivo (screening)	8
Valutazione successiva.....	9
Trattamento.....	10
Follow-up	11
Conclusioni	12
Bibliografia	13
Appendice.....	17
A1. Scheda dati socio anagrafici	19
A2. EPDS	20
A3. GAD-7	22
A4. Scheda informazioni anamnestiche	23
A5. GHQ-12.....	26
A6. Moduli di trattamenti aggiuntivi.....	27
A7. Le quattro domande NICE	28

Premessa

L'emergenza creata dalla pandemia COVID-19 sta avendo un profondo impatto su tutti gli aspetti della società, anche quelli che riguardano il benessere mentale (United Nations, 2020). In questa situazione entrano in gioco molti fattori che possono influenzare il benessere psicologico della persona: la presenza di una minaccia di malattia concreta per se stessi o per gli altri, l'isolamento, la distanza sociale, la modifica delle abitudini quotidiane, la perdita della routine lavorativa, la sovrabbondanza di informazioni spesso inaccurate e contraddittorie tra loro. Tutto questo può aumentare incertezza, tensione, ma anche ansia e tristezza. Le situazioni di crisi sono quasi sempre accompagnate da un aumento di depressione, ansia, stress e altri disturbi mentali, ma anche da comportamenti dannosi e autolesionisti (Holmes *et al.*, 2020). Diversi studi hanno evidenziato come in caso di eventi epidemici straordinari è verosimile attendersi un aumento nella popolazione di sintomi ansiosi, diminuita capacità di affrontare lo stress, e un aumento del rischio di sviluppare sintomi depressivi e comportamenti auto ed etero-aggressivi fino a condotte suicidarie (Brooks *et al.*, 2020).

In questo quadro, le donne nel periodo perinatale, che va dal concepimento ai 18 mesi di vita del bambino, costituiscono una popolazione particolarmente vulnerabile agli effetti psicologici della pandemia (Saccone *et al.*, 2020). È esperienza comune per le donne in gravidanza e per le neomamme provare variazioni dell'umore e cambiamenti emotivi dovuti principalmente ad alterazioni ormonali e al carico 'percepito' di responsabilità materne. In genere, questo stato emotivo tende a risolversi naturalmente, tuttavia, dove esiste un ampio divario tra le aspettative o le risorse disponibili e la realtà della maternità, possono emergere e consolidarsi difficoltà psicologiche o disturbi mentali (Milgrom *et al.*, 2006; Sipsma *et al.*, 2016; Kim-Cohen *et al.*, 2005). Questa situazione può avere inoltre conseguenze su larga scala perché, durante il periodo perinatale, il benessere e la salute mentale della madre, del padre e del bambino sono strettamente correlati (Yeaton-Massey & Herrero, 2019). È noto, infatti, che le complicità perinatali dei genitori possono interferire con la relazione genitore-figlio, con ripercussioni negative sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (Milgrom *et al.*, 2006; Stefana & Lavelli, 2017; Kim-Cohen *et al.*, 2005). Gli studi di psicologia clinica perinatale (Imbasciati *et al.*, 2007; Imbasciati & Cena, 2015; Imbasciati & Cena, 2015b) mostrano chiaramente come la relazione madre-padre-bambino influenzi la costruzione della struttura neuropsichica del cervello del bambino, specialmente durante il periodo perinatale e, in una certa misura, per tutta la vita (Cortes Hidalgo *et al.*, 2019).

Il disagio psicologico e i disturbi psichiatrici che possono emergere nelle donne nella fase perinatale possono essere associati a impoverimento della qualità della relazione in famiglia e dello sviluppo emozionale, intellettuale e cognitivo e fisico del bambino (Stein *et al.*, 2014; O'Connor *et al.*, 2019), nonché aggravare i già elevati costi di trattamento cui i sistemi sanitari nazionali devono far fronte (Bauer *et al.*, 2014).

Nel presente scenario emergenziale risulta pertanto cruciale identificare precocemente e supportare le donne a rischio di ansia e depressione perinatale. Rimodulare i programmi già attivi nei Centri ospedalieri, nei Consultori e negli altri servizi che si occupano della donna in gravidanza nell'emergenza COVID-19, garantendo un trattamento efficace anche in presenza di misure di distanziamento sociale, può sostenere le donne in una fase di specifica vulnerabilità psicologica e ridurre il possibile impatto sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino.

Introduzione

Non c'è salute senza salute mentale perinatale (Howard *et al.*, 2014).

Il periodo perinatale è una fase particolarmente dinamica nella quale si avvicinano pensieri e stati d'animo contrastanti, piacevoli e preoccupanti nel contempo. Durante questa fase, nelle persone particolarmente "fragili", aumenta il rischio di comparsa o di riacutizzazione di disturbi mentali, come depressione e ansia per citare i più comuni, ma anche il disturbo post-traumatico da stress (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD) e la più rara, ma più grave, psicosi post-partum. Altri disturbi psichiatrici, tipici più del periodo post-partum, comprendono i disturbi alimentari (che possono peggiorare o ripresentarsi, in particolare quando il bambino è in fase di svezzamento) e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) (Meltzer-Brody *et al.*, 2018).

Secondo la World Health Organization (WHO), il 10% di donne in gravidanza e il 13% di donne che hanno appena partorito, soffrono di un disturbo mentale, principalmente la depressione. Nei Paesi in via di sviluppo la prevalenza della depressione ha un valore ancora più elevato: il 16% durante la gravidanza e il 20% dopo il parto (WHO, 2020).

Gli studi di prevalenza sulla depressione post partum sono molto eterogenei per disegno di studio, metodi e strumenti utilizzati, ma mostrano, in modo abbastanza uniforme, che la prevalenza è alta in tutto il mondo. Si stima che colpisca circa dal 10% al 20% delle donne durante il periodo perinatale (Korja *et al.*, 2018; Earls *et al.*, 2019; Underwood *et al.*, 2016; Hahn-Holbrook *et al.*, 2017; Okagbue *et al.*, 2019) ma è necessario sottolineare che data la difficoltà delle donne a riconoscere e a chiedere aiuto nel periodo perinatale, questo problema potrebbe essere sotto diagnosticato (O'Hara & McCabe, 2013; Misri & Swift, 2015).

Il disturbo d'ansia ha una prevalenza che varia dal 10% al 24% (6% se si tratta di disturbo d'ansia generalizzata, *Generalized Anxiety Disorder - GAD*) (Meltzer-Brody *et al.*, 2018; Dennis *et al.*, 2018; Yeaton-Massey & Herrero, 2019), mentre le altre manifestazioni tipiche nel periodo perinatale non sono molto comuni e hanno prevalenze più basse. La psicosi post partum, ha una prevalenza molto bassa (tra lo 0,1% e lo 0,2%) ma è associata a un aumento del rischio di suicidio e di infanticidio (Cohen *et al.*, 2010). Inoltre, comune è la comorbidità con il disturbo dell'umore e il disturbo d'ansia (Falah-Hassani *et al.*, 2016), raggiungendo il 40% in alcuni studi (Reck *et al.*, 2008; Austin *et al.*, 2010), ma anche in questo caso, spesso potrebbe essere sotto diagnosticata (Misri & Swift, 2015).

In Italia, i pochi studi condotti per valutare la prevalenza della depressione e dell'ansia perinatali mostrano una grande variabilità con percentuali che vanno da 1,6% a 26,6% per la depressione e da 6,4% a 20,5% per l'ansia (Currò *et al.*, 2009; Mauri *et al.*, 2010; Banti *et al.*, 2011; Girardi *et al.*, 2011; Giardinelli *et al.*, 2012; Elisei *et al.*, 2013; Palumbo *et al.*, 2016; Clavenna *et al.*, 2017; Di Venanzio *et al.*, 2017; Vizzini *et al.*, 2018).

Molti determinanti sociali, psicologici, comportamentali, ambientali e biologici influenzano la gravidanza e il percorso postnatale. Episodi di ansia e depressione durante la gravidanza, precedenti malattie psichiatriche, problemi di relazione con il partner, mancanza di supporto sociale, problemi economici, violenze subite, eventi stressanti eccessivo stress derivante dall'accudimento del bambino e atteggiamento negativo nei confronti della gravidanza sono tra i più importanti fattori di rischio (Palumbo *et al.*, 2017; Mirabella *et al.*, 2014).

Gli studi sul COVID-19 fino ad oggi disponibili suggeriscono che le donne in gravidanza e in età fertile e i loro bambini non hanno un rischio maggiore di essere infettati o di avere sintomi o conseguenze gravi rispetto alla popolazione nel suo complesso (Topalidou *et al.*, 2020). Inoltre, le prove attualmente disponibili

non mostrano evidenze che il virus possa essere trasmesso per via verticale (Chen *et al.*, 2020), ma risulta chiaro, alla luce delle conoscenze finora disponibili, che i neonati e i bambini che si sono infettati hanno un decorso della malattia più lieve e una prognosi migliore rispetto agli adulti (Ludvigsson, 2020).

Tuttavia, la quarantena, la perdita della routine e del supporto sociale possono impattare negativamente sulle madri che hanno appena partorito e sui loro bambini. Studi recenti che hanno preso in considerazione epidemie passate, hanno evidenziato che la quarantena genera preoccupazioni e reazioni di intensa paura in particolare nelle donne in gravidanza o che hanno appena partorito (Brooks *et al.*, 2020). In generale, la quarantena è stata associata ad alti livelli di stress (DiGiovanni *et al.*, 2004), depressione (Hawryluck *et al.*, 2004), irritabilità e insonnia (Lee *et al.*, 2005) e aumentato rischio di suicidio (Pompili *et al.*, 2014; Gunnell *et al.*, 2020; Thakur & Jain, 2020).

Per effetto delle politiche di contenimento della pandemia COVID-19, l'accesso diretto ai servizi sanitari e di cura dedicati alla salute (e in particolare alla salute mentale) è stato limitato alle sole "urgenze", rendendo così difficile accogliere le richieste della popolazione. I contatti telefonici, le videochiamate, i messaggi hanno in parte supplito a questa mancanza (Corbett *et al.*, 2020), ma occorre tener presente che queste forme di contatto richiedono "l'intenzionalità", mentre in tempi non emergenziali i contatti avvengono anche casualmente e, in caso di eventuali problemi le reti parentali e amicali (quando presenti e in grado di agire da *support network*) possono intervenire per fornire sostegno e aiuto.

Per effetto delle politiche di *lockdown*, è venuta a mancare la presenza fisica della rete parentale e amicale che costituisce un fattore protettivo per la salute mentale e soprattutto per il rischio di suicidio (Lega *et al.*, 2020; Gunnell *et al.*, 2020; Thakur & Jain, 2020). Tutto ciò, unitamente al diffuso sentimento di paura per l'infezione da COVID-19 contribuisce ad alimentare uno stato d'ansia e preoccupazione che può avere conseguenze gravi sulla salute mentale della donna, soprattutto nei soggetti più a rischio (Zeng *et al.*, 2020; Thapa *et al.*, 2020; Corbett *et al.*, 2020).

Inoltre, le donne e i bambini possono risentire più di altri della convivenza forzata entro le mura domestiche. Laddove le famiglie sono più a stretto contatto e trascorrono più tempo assieme, aumenta la probabilità che le donne e i figli siano esposti alla violenza soprattutto se in famiglia vi sono gravi perdite economiche o di lavoro; man mano che le risorse diventano più scarse, possono aumentare con le restrizioni anche forme di abuso, di potere e di controllo da parte del partner (WHO, 2002; Bradbury-Jones & Isham, 2020; Bradley *et al.*, 2020; Feng, 2020).

Infine, tra gli effetti dell'emergenza da COVID-19 è probabile un aumento del consumo di alcol, soprattutto nel medio e lungo periodo (Rehm *et al.*, 2020) definendosi come fattore di rischio diretto per il suicidio ma anche indiretto, perché possibile trigger di violenza domestica. Inoltre, l'aumento del consumo di alcol potrebbe causare un incremento delle nascite con sindrome feto-acolica, una grave patologia del neonato che può ripercuotersi sulla salute mentale della madre in quanto causa nel bambino gravi disturbi neurologici e neuropsicologici, tra cui: disturbi del sonno, riflesso di suzione ridotto, ritardo dello sviluppo mentale, disturbi della motricità fine, iperattività e impulsività, disturbi dell'udito (https://www.epicentro.iss.it/alcol_fetale/).

È probabile che gli effetti dannosi sopra descritti siano più gravi e prolungati in popolazioni particolarmente vulnerabili, come donne e uomini durante il periodo perinatale. Pertanto, dato che in questo particolare momento l'accesso ai servizi continua ad essere limitato a causa delle necessarie misure di distanziamento sociale o per il comprensibile timore a frequentare strutture ospedaliere, è necessario ripensare all'organizzazione di questi servizi e renderli pronti e capaci di supportare le donne e le loro famiglie.

Un programma di intervento *evidence-based* per la gestione della salute mentale perinatale

Il programma qui descritto si è dimostrato accettabile e sostenibile per intercettare i genitori che hanno bisogno di aiuto ed intervenire tempestivamente per arginare gli eventuali danni che la cronicizzazione della patologia può portare alla donna, al bambino, alla loro relazione, oltre che al clima familiare in generale. Tuttavia per la particolare vulnerabilità della donna in questo periodo, il programma è primariamente dedicato a cogliere il disagio psicologico in gravidanza e nel post partum delle donne. La maggioranza delle donne non cerca aiuto e le figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale, con le quali entrano in contatto sia durante la gravidanza che nel postparto per visite relative alla propria salute fisica e del bambino, possono, invece, essere in grado di riconoscere precocemente il disagio.

L'ostetrica, l'infermiere, lo psicologo, lo psichiatra, il ginecologo, il pediatra, il medico di base e tutti gli operatori del settore materno infantile possono essere chiamati in causa per individuare le donne a rischio, a patto che, insieme alle competenze professionali, abbiano disponibilità all'ascolto efficace, una adeguata preparazione psicologica e siano disponibili a lavorare in équipe.

Requisito di base del programma è quindi non solo una formazione specifica del personale coinvolto basata su conoscenze teoriche e applicative utilizzabili efficacemente nella pratica clinica quotidiana, ma anche una capacità personale di saper instaurare un clima familiare, empatico, accogliente, coinvolgente e assolutamente non stigmatizzante, affinché queste donne riconoscano le proprie difficoltà e accettino di farsi aiutare.

Per quanto riguarda lo screening e la valutazione più approfondita, sono stati individuati gli strumenti più frequentemente utilizzati nella letteratura scientifica e nell'esperienza italiana. Per l'utilizzo di altri interventi psicologici basati su evidenze, si suggerisce di riferirsi alla linea guida NICE (NICE, 2014) ed alla Linea guida Australiana (Austin *et al.*, 2017) sul trattamento della depressione, dell'ansia e dei disturbi correlati allo stress. Per la gestione dei trattamenti psichiatrici si suggerisce di riferirsi alle raccomandazioni delle società professionali riconosciute dal Ministero della Salute (si veda inoltre il Rapporto ISS COVID-19 23/2020 "Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale").

In questo Rapporto descriviamo un programma di intervento basato sull'evidenza per intercettare il disagio psicologico in una popolazione a rischio, adattabile a situazioni di emergenza quali la recente pandemia COVID-19. Il programma è attualmente attivo, oltre che in diversi Servizi del Veneto e della Lombardia, anche in molti Servizi di diverse regioni italiane, afferenti all'Osservatorio di Psicologia Clinica Perinatale dell'Università di Brescia (Cena *et al.*, 2020). Analoghi programmi mirati ad identificare le donne a rischio di disturbi d'ansia o depressione in gravidanza e nella fase post partum sono attivi presso i centri universitari italiani aderenti all'Osservatorio Multicentrico Depressione Perinatale (OMDP) situati nelle Regioni Lazio, Sicilia, Puglia, Campania, Abruzzo, Marche, Trentino Alto Adige.

In alcuni Centri/Servizi il programma già in uso prima della pandemia è stato rapidamente trasformato in fase emergenziale con un modello di intervento a distanza, che sta proseguendo anche nella fase post emergenziale laddove questo è necessario. L'adattamento del programma originario è descritto nella seconda parte di questo rapporto.

Struttura del programma

Empowerment delle conoscenze sulla salute mentale perinatale

Le donne vengono informate sull'importanza del benessere psicologico e sui problemi di salute mentale che possono verificarsi durante la gravidanza e dopo il parto, e sul loro impatto sia sulla salute della madre che sullo sviluppo del bambino e sulla vita di coppia durante i corsi di preparazione al parto ma anche con appositi fascicoli esplicativi distribuiti dalle ostetriche e dai ginecologi dei Consultori familiari e dei Reparti ospedalieri. È previsto che anche i padri possano aderire al programma di empowerment. Nella stessa occasione, viene loro proposta la possibilità di partecipare a una identificazione precoce (screening) del rischio di sviluppare reazioni ansioso-depressive durante il periodo perinatale. L'informazione può anche essere fornita nei Reparti ospedalieri al momento del parto e nell'immediato post parto prima della dimissione della donna e del neonato. La neomamma può essere inserita nel programma di screening anche nei mesi successivi al parto, in seguito alle informazioni ricevute nelle visite periodiche con ostetrici, ginecologi e pediatri di libera scelta. In alcune Aziende sociosanitarie (ad esempio quella di Bergamo Ovest dove il programma di screening è attivo da alcuni anni) lo screening viene proposto a tutte le donne che fanno il primo vaccino al figlio all'ottava settimana dopo il parto.

Presupposto di base per la partecipazione al programma è la firma dell'informativa sulla privacy e del consenso informato.

Identificazione del rischio ansioso-depressivo (screening)

Può essere eseguita da parte di professionisti del materno-infantile accuratamente formati, da psicologi e psichiatri, sia prima che dopo il parto per le mamme e i papà che accettano di aderire al programma di screening.

Le azioni di questa fase consistono nella raccolta dei dati socio anagrafici (età, titolo di studio, condizione professionale, ecc.) (Appendice A1) e nella somministrazione dei seguenti strumenti di screening:

1. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Appendice A2)

La EPDS (Cox *et al.*, 1987, versione italiana di Benvenuti *et al.*, 1999) è un questionario auto-compilato composto da dieci domande per valutare il rischio di depressione. Il cut-off è fissato a ≥ 12 , per assicurare una maggiore sensibilità, specificità e valore predittivo positivo.

Valutazione del rischio di suicidio

ATTENZIONE: Se la donna **ha un punteggio ≥ 1 alla domanda n. 10 dell'EPDS** (*"Il pensiero di farmi del male mi è passato per la mente"*), è importante capire, durante il successivo colloquio, se la donna è in pericolo di fare del male a se stessa o al bambino e valutare il livello e l'immediatezza della realizzazione degli intenti suicidari. Gli aspetti chiave da indagare sono:

- *Pensieri di suicidio*: quanto frequenti e forti sono questi pensieri?
- *Planning*: quali sono i dettagli del piano della donna di farsi del male: come ha sviluppato il suo piano? Il suo bambino è a rischio?
- *Letalità*: la donna sta pensando ad uno specifico metodo: quanto letale è quel metodo?
- *Mezzi*: la donna ha i mezzi che sono necessari per realizzare il piano ideato?

2. Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) (Appendice A3)

La GAD-7 (Spitzer *et al.*, 2006) è un questionario auto-compilato composto da 7 domande per la valutazione dell'ansia di stato (Cut-off ≥ 8).

La valutazione di screening è accompagnata da un breve (5 minuti) colloquio durante il quale viene indagato lo stato di salute generale (psicofisico e sociale) della persona.

Valutazione successiva

Se la donna riporta un punteggio ≥ 12 al questionario EPDS, oppure ≥ 8 al test GAD-7, la donna viene invitata ad una successiva valutazione (effettuata da psicologi o psichiatri dei Servizi) e a seguire un percorso di sostegno psicologico.

Strumenti per la fase di valutazione successiva:

1. Scheda delle informazioni anamnestiche (Appendice A4)

- Informazioni relative alla gravidanza e al parto
- Informazioni relative a esperienze di depressione o altri problemi psichiatrici nella vita
- Informazioni su eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi
- Informazioni relative al sostegno familiare e sociale percepito

2. General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg & Hillier, 1979) (Appendice A5)

Questionario auto-compilato composto da 12 domande che indaga il benessere generale e in particolare i sintomi depressivi ed ansiosi. Il cut-off è stato definito al punteggio 14 (scala Likert).

Le donne ricevono nei giorni (1-3) immediatamente successivi allo screening un feedback verbale sui risultati della valutazione. La restituzione dei risultati dello screening è effettuata dallo stesso professionista che lo ha eseguito.

Se viene confermato un rischio di depressione o ansia (è sufficiente uno dei due), si propone di seguire un percorso di sostegno psicologico. Se la persona è d'accordo in questa fase è importante dare indicazioni sull'operatore con cui prendere contatto successivamente. Inoltre, è preferibile che il trattamento fosse fornito negli stessi consultori o ospedali, evitando spostamenti di sede o invii ad altri servizi di salute mentale. Laddove sia necessario effettuare un invio presso un altro servizio (ad esempio un Dipartimento di Salute Mentale), si è rivelato maggiormente efficace un invio personalizzato, seguito direttamente dagli operatori e non lasciato alla libera iniziativa della donna.

Trattamento

Il trattamento proposto si basa sul modello messo a punto da Jeannette Milgrom e dalla sua équipe (Milgrom *et al.*, 2003) presso l'Istituto di ricerca australiano Parent-Infant Research Institute (PIRI®) dell'Heidelberg Repatriation Hospital e di provata efficacia sperimentale (*efficacy*).

È nato dall'adattamento delle tecniche della psicoterapia classica cognitivo-comportamentale per il trattamento specifico della depressione post-partum: in modo particolare integra il programma, prettamente comportamentale "The coping with depression" di Lewinsohn (Lewinsohn *et al.*, 1984) con le componenti cognitive descritte da Olioff (Olioff, 1991) ed è applicabile anche a problemi di ansia. L'applicabilità e l'efficacia del programma di trattamento nel contesto italiano è stata documentata con uno studio del 2015 promosso dall'ISS (Mirabella *et al.*, 2016).

Descrizione sintetica del trattamento

Tempi: 10 incontri di 1 ora o 1 ora e mezza ciascuno a seconda se svolti in modalità individuale o di gruppo.

Primo incontro: si cerca di favorire la conoscenza reciproca e creare le basi di una buona alleanza terapeutica. Si chiede alle donne quali aspettative hanno rispetto alla maternità e si fa un intervento sostanzialmente psicoeducativo, normalizzando la possibilità di non stare bene in un momento di vita così impegnativo. Si consegna la Tabella delle Attività quotidiane e la Scheda di valutazione del tono dell'umore giornaliero da fare a casa. Alle donne con disturbo d'ansia o comunque con prevalente sintomatologia ansiosa si propone l'analoga scheda che indaga il livello d'ansia sperimentato in momenti diversi della giornata.

Secondo incontro: si introduce il modello cognitivo-comportamentale generale della depressione e dei disturbi d'ansia, ed eventualmente quello di specifici disturbi d'ansia di cui soffre la persona o, se l'attività è di gruppo, qualcuna delle partecipanti e si mostra l'impatto che i pensieri hanno su emozioni e comportamento. Si chiede alle mamme di riflettere sulla loro routine quotidiana e sulla possibilità di introdurre attività piacevoli. Si distribuisce un elenco con suggerimenti di attività piacevoli chiedendo di introdurne almeno una volta al giorno.

Terzo incontro: si insegna il Rilassamento Muscolare Progressivo di Jacobson (Jacobson, 1929) e si cerca di individuare insieme alle donne un "elimina-stress" che sia veloce, di facile applicazione e a portata di mano in caso di necessità (mini vacanza mentale, autoaffermazioni positive, telefonata a un'amica).

Quarto incontro: si lavora sull'assertività (Baggio, 2013) proponendo un insieme di tecniche di comunicazione per insegnare ad esprimere correttamente i propri bisogni, senza scadere in atteggiamenti aggressivi o, come capita sovente, passivi.

Quinto incontro: utilizzando il genogramma, si fa riflettere la donna sull'immagine di "mamma" che vorrebbe essere e che è fortemente influenzata dal modello ereditato dalla propria famiglia, da quello che il marito ha ereditato dalla propria e da immagini proposte dai mass media. La riflessione su queste idee, che si insinuano in modo automatico nella quotidianità della donna, porta ad affrontare altri pensieri, di cui spesso la donna è poco consapevole.

Sesto/settimo/ottavo incontro: si ripropone la triade di Beck (Beck, 1967) su pensieri/emozioni/comportamenti e si dedica tempo a scrivere insieme i pensieri che compaiono durante la giornata, analizzandoli in modo critico e insegnando alla donna a sostituirli con pensieri più utili e realistici. Il ruolo dei pensieri negativi e disfunzionali viene trattato considerando sia quelli che influenzano negativamente l'umore sia quelli che favoriscono i sintomi ansiosi, verificando ad es. con le donne che soffrono di attacchi di panico come le interpretazioni catastrofiche dei segnali somatici possano scatenarli. Si distribuisce un elenco di distorsioni cognitive, invitando la donna a trovare esempi personali. Si riflette su come diminuire i pensieri negativi e su come aumentare quelli positivi e funzionali.

Nono incontro: si riassumono le abilità acquisite aiutando a compilare una scheda personalizzata in cui sono dettagliati i passi fondamentali che hanno caratterizzato il trattamento: introduzione di attività piacevoli, organizzazione della giornata, tecniche di rilassamento, assertività, costruzione di un modello di mamma realistico e lavoro di ristrutturazione cognitiva. Si invita la donna a mettere per iscritto anche gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, che saranno un incentivo a continuare il processo di miglioramento.

Decimo incontro: vengono risomministrati i test compilati in fase di screening e si fissa un incontro di follow-up a sei mesi dalla fine del trattamento.

Sono anche disponibili dei moduli di trattamento aggiuntivi disegnati per approfondire la relazione madre/bambino e la relazione di coppia (vedi Appendice A6).

Follow-up

A conclusione del periodo di trattamento le donne vengono nuovamente sottoposte a valutazione con EPDS e GAD-7. Coloro che alla valutazione presentano ancora valori di rischio elevati (uguali o superiori ai cut-off) vengono invitati e accompagnati a farsi seguire dai servizi psichiatrici territoriali, dai consultori familiari o con visite domiciliare periodiche, a seconda dell'organizzazione locale dei servizi.

Una rappresentazione sintetica dell'articolazione del programma è riportata nella **Figura 1**.

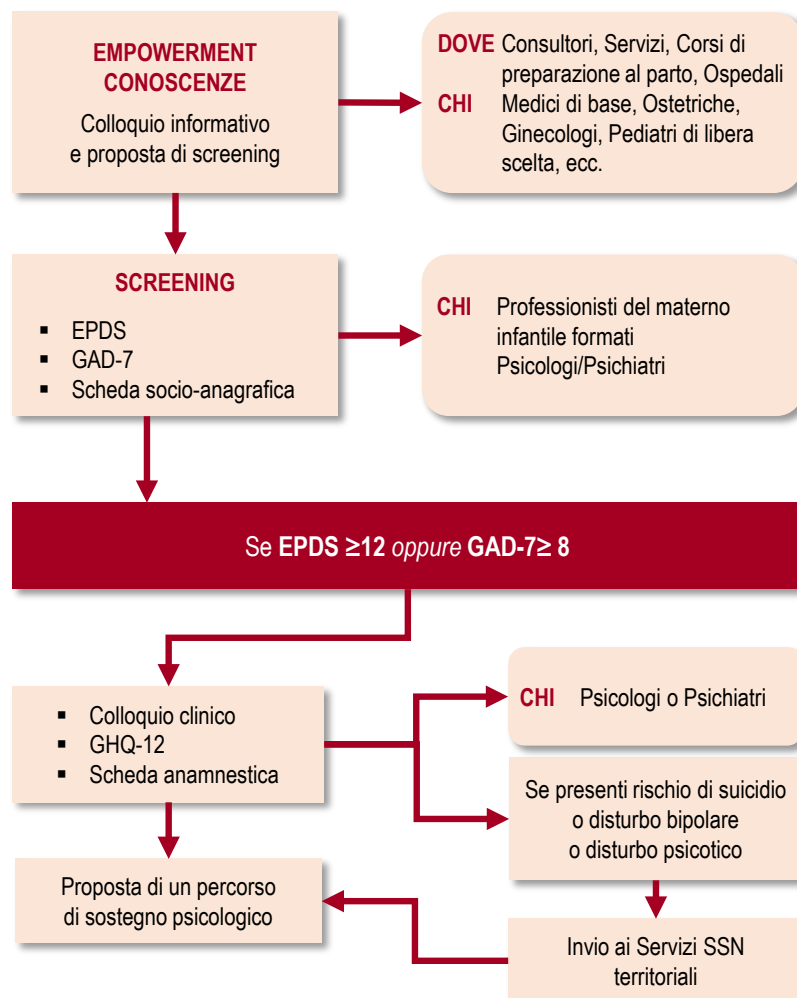


Figura 1. Programma di screening per ansia e depressione perinatale

Adattamento del programma di intervento durante la pandemia COVID-19

L'emergenza creata dalla pandemia COVID-19 e la necessità di adottare misure di contenimento del contagio, come le limitazioni di movimento e il distanziamento sociale, hanno imposto anche ai Servizi che si occupano della salute mentale della donna in gravidanza, una revisione di tutte le procedure in atto.

L'obiettivo deve essere quello di continuare a fornire un'assistenza alle donne in gravidanza e nel post partum che mantenga la qualità di quanto è stato offerto in questi anni, garantendo, al contempo, la sicurezza di utenti e operatori.

Le indicazioni che proponiamo in questo rapporto sono semplici modifiche al programma sopra descritto, che sono state sperimentate da alcuni Servizi italiani durante il periodo di *lockdown* e che possono ora essere applicate nella fase di parziale riapertura. Tale programma deve essere inteso come una possibile proposta. Qualora nei Servizi sia già funzionante un programma di intervento *evidenced based* non risulta necessario attivare un nuovo programma.

Struttura del programma

Empowerment delle conoscenze sulla salute mentale perinatale

Fatte salve le caratteristiche e l'importanza della fase formativa e informativa sopra esposta, che si rende necessario mantenere attraverso le modalità disponibili, si sottolinea che la fase di trattamento è stata sperimentata dall'inizio della pandemia in modalità *da remoto*, con una buona adesione delle donne che avevano già aderito al programma di screening. Si consiglia, quindi, di continuare a proseguire con questa modalità nel periodo successivo al *lockdown*, laddove necessario.

L'emergenza creata dalla pandemia COVID-19 e la necessità di adottare misure di contenimento del contagio, come le limitazioni di movimento e il distanziamento sociale, hanno imposto ai Servizi una revisione di tutte le procedure in atto. La sensibilizzazione al problema e la proposta dello screening può avvenire nei corsi di preparazione alla nascita che molti servizi hanno attivato nella modalità *da remoto*. Alla fine di ogni incontro del corso viene spedito alle partecipanti del materiale riassuntivo delle tematiche toccate.

Il programma di screening può anche essere presentato tramite materiale informativo (che contenga le informazioni complete per contattare telefonicamente o via mail gli operatori) nelle occasioni nelle quali è stato mantenuto per necessità il contatto con la struttura sanitaria: visite periodiche di routine durante la gravidanza nei Consultori o Reparti ospedalieri; al momento del parto e comunque prima della dimissione della donna e del bambino dal Reparto ospedaliero; nel corso delle visite successive al parto in particolare quelle con l'ostetrica, il ginecologo e il pediatra di libera scelta; la prima vaccinazione del bambino nei punti vaccinali.

Presupposto di base del programma è la firma dell'informativa sulla privacy e del consenso informato che può essere inviato tramite la mail all'indirizzo che la donna ha comunicato al primo contatto telefonico. In seconda opzione, per le donne che non dispongono di un indirizzo mail può essere sufficiente un'adesione confermata tramite le funzioni di uno smartphone.

Identificazione del rischio ansioso-depressivo (screening)

Può essere eseguita sia prima che dopo il parto per le mamme e i papà che accettano di aderire al programma di screening *da remoto*. Le azioni di questa fase consistono nella raccolta dei dati socio

anagrafici (età, titolo di studio, condizione professionale, ecc.) (Appendice A1) e nella somministrazione dei seguenti strumenti di screening:

1. Domande raccomandate dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) (Appendice A7) per lo screening di **sintomi depressivi** nelle donne in gravidanza al primo contatto con il servizio sanitario o durante la prenotazione della visita e durante il primo periodo dopo il parto:

- *Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni giù di morale, depressa o senza speranze?* (scala dicotomica Sì-No)
- *Durante l'ultimo mese ha provato per la maggior parte del tempo e dei giorni poco interesse o piacere nel fare le cose?* (scala dicotomica Sì-No)

2. GAD-2, due domande della scala per i disturbi di ansia generalizzata per lo screening dei **sintomi ansiosi**:

- *Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni nervosa, ansiosa o irrequieta?* (scala Likert a 4 livelli: da 0 a 3)
- *Durante l'ultimo mese le è capitato di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?* (scala Likert a 4 livelli: da 0 a 3)

Le domande sopra riportate possono essere formulate telefonicamente, durante un breve colloquio. In caso di risposta affermativa a una delle due domande sulla depressione, oppure, in caso di un punteggio uguale o superiore a 3 alla somma delle risposte alle due domande del GAD-2, o in caso di sospetto clinico la persona viene invitata ad effettuare un approfondimento attraverso una successiva valutazione.

Ruolo delle ostetriche, dei ginecologi e di altre figure del materno infantile

Lo screening può essere effettuato in maniera precoce anche dai ginecologi e dalle ostetriche e da tutte le altre figure che entrano in contatto con le donne durante le visite di controllo e le ecografie eseguite nel periodo prenatale, a partire dal primo trimestre di gravidanza, e nel periodo post-natale. Nel caso di positività ad una delle domande, è loro compito facilitare il contatto tra la persona e il Servizio per continuare il percorso con la valutazione successiva e il sostegno psicologico.

Ruolo dei pediatri di libera scelta

Va precisato che lo screening può essere effettuato anche dai pediatri di libera scelta, in occasione delle visite periodiche di controllo del neonato. Nel caso di positività ad una delle domande, è compito dello stesso pediatra facilitare il contatto tra la persona e il Servizio per continuare il percorso con la valutazione successiva e il sostegno psicologico.

Valutazione successiva

Da effettuare, da parte di uno psicologo o uno psichiatra, se la donna rientra nei criteri sopra indicati per quanto riguarda le quattro domande del NICE, con i seguenti **strumenti**:

- Se la donna riporta almeno una risposta positiva alle due domande sulla depressione, approfondire con:
 - **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** (Cox *et al.*, 1987, versione italiana di Benvenuti *et al.*, 1999). (Appendice A2)
- Se la somma delle risposte alle due domande del GAD-2 è uguale o superiore a 3, approfondire con:
 - **Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)** (Spitzer *et al.*, 2006) (Appendice A3)

In caso di EPDS maggiore o uguale a 12 oppure GAD -7 uguale o maggiore a 8, la donna viene invitata a seguire un percorso di sostegno psicologico e a effettuare una indagine anamnestica (Appendice A4) sintetica volta ad acquisire informazioni relative a:

- gravidanza e parto;
- esperienze di depressione o altri problemi psichiatrici nella vita;
- eventuali eventi stressanti negli ultimi 12 mesi;
- sostegno familiare e sociale percepito.

La somministrazione di questi test può essere effettuata da remoto. È possibile anche spedire l'EPDS e il GAD-7 in formato word tramite mail, eliminando la codifica delle risposte, preferibilmente predisponendoli in modo che la donna possa rispondere liberamente a ogni quesito, senza essere condizionata dal valore numerico corrispondente associato a ogni risposta. Lo psicologo/psichiatra restituisce telefonicamente, possibilmente entro i 3 giorni successivi, le informazioni della valutazione e concorda con la persona il programma da attuare.

Possono essere messe a disposizione applicazioni (App) dedicate da utilizzare da parte della mamma sullo smartphone, con lo scopo di raccogliere il diario emozionale, l'agenda degli appuntamenti online, l'EPDS settimanale (prassi eseguita dal servizio SOSmamma, attuato durante l'emergenza COVID-19 dal Policlinico di Tor Vergata di Roma da parte dell'Osservatorio Multicentrico per la Depressione Perinatale-OMDP; http://www.ptvonline.it/uo_ginecologia.asp#sos).

Successivamente allo screening è possibile anche proporre un colloquio di persona, stante la disponibilità a recarsi presso la struttura, alle donne che presentano alti punteggi all'EPDS o al GAD-7 e che si suppone abbiano un livello di depressione o ansia elevati. In questo caso devono essere rispettate le misure raccomandate per limitare la diffusione dell'epidemia.

Rimane raccomandato quanto descritto sopra relativamente alla valutazione del rischio di suicidio.

Gli incontri nella struttura devono essere tenuti secondo le attuali raccomandazioni: i colloqui di persona devono essere effettuati con necessari DPI (mascherina), mantenendo la distanza di sicurezza di almeno un metro tra utente e operatore. I colloqui devono essere scaglionati, in modo da evitare assembramenti e le sale d'attesa devono essere riorganizzate: è necessario prevedere meno sedie e distanziate, eliminare riviste e giornali. Inoltre, gli accompagnatori sono invitati ad aspettare fuori.

Trattamento

L'evoluzione più recente del modello ideato da Jeanette Milgrom, il programma *MumMoodBooster*, è stato adattato, mantenendo la sequenza degli argomenti previsti, per essere proposto anche online, dimostrandosi ugualmente efficace (Milgrom *et al.*, 2016).

La velocità delle misure di contrasto alla pandemia da COVID-19 non ha permesso di organizzare un intervento così strutturato, tuttavia, molti Servizi si sono riorganizzati offrendo una modalità di contatto con le utenti da remoto, utilizzando i mezzi tecnologici a disposizione della persona.

In particolare, il trattamento è stato effettuato sia individualmente che in gruppo utilizzando piattaforme di comunicazione online. Se effettuato in gruppo sono stati previsti quattro-cinque partecipanti per ogni gruppo che si riuniva per un'ora e mezza-due. Se effettuato individualmente, la durata dell'incontro era di un'ora sola. La parte, invece, relativa al rapporto madre/bambino, affidata alle ostetriche e alle educatrici dei consultori, può essere attivata come consulenza online su tematiche relative all'allattamento, svezzamento e bisogni dei bambini. Alcune strutture organizzano incontri di *home-visiting* online da parte di psicologhe specialiste *home visitors*. Laddove necessario o richiesto, rimane la possibilità di effettuare incontri *face-to-face* sempre mantenendo i necessari comportamenti di protezione e sicurezza, nel rispetto delle direttive nazionali per

limitare la diffusione del coronavirus. Si rimanda alle indicazioni contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19" per gli aspetti relativi all'applicazione di metodologie di intervento in remoto e alla scelta di piattaforme online che garantiscano qualità dell'intervento, sicurezza e protezione dei dati personali.

Follow-up

Anche in questa situazione emergenziale, a conclusione del periodo di trattamento le donne vengono nuovamente sottoposte a valutazione con EPDS e GAD-7, con le modalità sopra descritte. Coloro che alla valutazione presentano ancora valori di rischio elevati (uguali o superiori ai cut-off) vengono invitati e accompagnati a farsi seguire dai servizi psichiatrici territoriali, dai consultori familiari o con visite domiciliari periodiche, a seconda dell'organizzazione locale dei servizi, osservando le raccomandazioni precauzionali, quali distanza di sicurezza e uso di DPI. La **Figura 2** sintetizza l'articolazione del programma adattato nell'emergenza COVID-19.

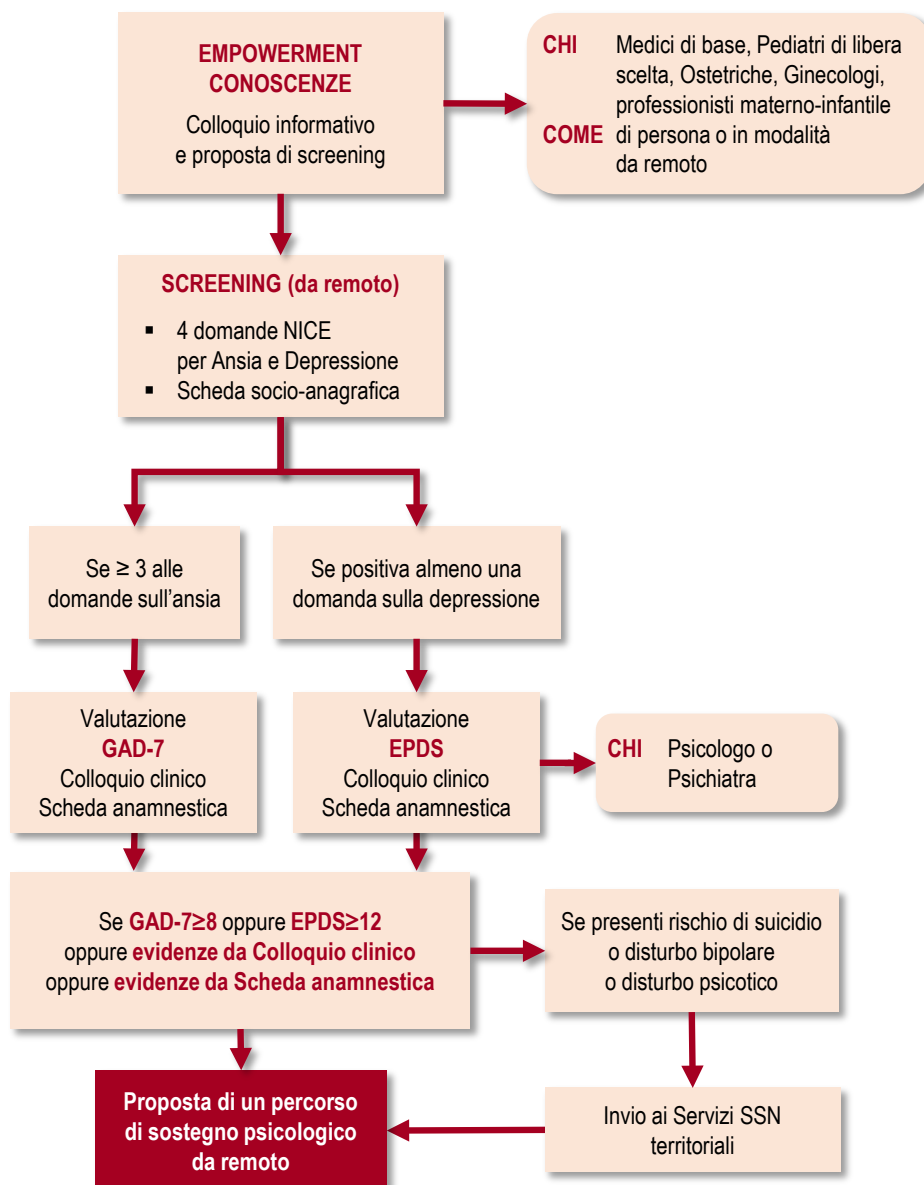


Figura 2. Programma di screening per ansia e depressione perinatale in situazioni di emergenza

Conclusioni

La pandemia da COVID-19 e le conseguenti misure adottate per la riduzione del contagio hanno avuto un significativo impatto sulle abitudini e sugli stili di vita delle persone, potenzialmente favorendo un significativo innalzamento dei livelli di stress, disagio psicorelazionale e ansia per il futuro. Questi aspetti possono verosimilmente costituire un fattore di rischio per la salute mentale delle donne che abbiano vissuto la gravidanza e l'immediato post partum durante la fase emergenziale della pandemia, facendo affiorare o peggiorando stati ansiosi o depressivi. È particolarmente urgente l'attivazione di programmi di screening della salute mentale perinatale come quello proposto già a partire dal primo trimestre di gravidanza, anche per prevenire danni psicofisici al feto e ripercussioni sullo sviluppo della relazione madre/bambino legati alle condizioni sopra descritte. È auspicabile l'avvio di campagne di informazione attraverso Consultori e i Reparti ospedalieri, ma anche utilizzando tutti i possibili canali di accesso delle donne al programma di screening, inclusi i medici di base, i pediatri e gli operatori sanitari dei centri vaccinali. Nell'attuale scenario emergenziale è auspicabile che il monitoraggio dello stato di benessere psicologico delle donne nel post partum venga mantenuto nel tempo, per intercettare eventuali forme di disagio psicologico legate all'esperienza dell'epidemia e che potrebbero manifestarsi anche a distanza di tempo.

Il programma descritto si propone come uno strumento di monitoraggio costante dei fattori di rischio perinatali e di uno screening precoce, attuabile anche in situazioni emergenziali con modalità di intervento a distanza, per offrire alla donna un trattamento appropriato, tempestivo ed efficace.

Bibliografia

- Austin MPV, Hadzi-Pavlovic D, Priest SR, *et al.* Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health* 2010;13:395-401.
- Austin MPV, Highet N and the Expert Working Group. *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2017.
- Baggio F. *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli; 2013.
- Banti S, Mauri M, Oppo A, *et al.* From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression–research & screening unit study. *Compr Psychiatry* 2011;52:343-51.
- Bauer A, Parsonage M, Knapp M, *et al.* *Costs of perinatal mental health problems*. Centre for Mental Health and London School of Economics, 2014.
- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
- Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *J Clin Nurs* 2020 Apr 12. doi: 10.1111/jocn.15296. [Epub ahead of print]
- Bradley NL, Di Pasquale AM, Dillabough K, *et al.* Health care practitioners' responsibility to address intimate partner violence related to the COVID-19 pandemic. *CMAJ* 2020 May 1. pii: cmaj.200634. doi: 10.1503/cmaj.200634. [Epub ahead of print]
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence *The Lancet* 2020;395:912–20.
- Cena L, Palumbo G, Mirabella F, *et al.* Perspectives on Early screening and prompt intervention to identify and treat maternal perinatal mental health. Protocol for a prospective multicenter study in Italy. *Front Psychol* 2020;11:365.
- Chen H, Guo J, Wang C, *et al.* Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet* 2020;395(10226):P809-P815.
- Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, *et al.* Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry* 2017;17:42 doi: 10.1186/s12888-017-1205-6.
- Cohen LS, Wang B, Nonacs R, *et al.* Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(2):273-93.
- Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, *et al.* Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020 Apr 13. pii: S0301-2115(20)30190-1. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.022. [Epub ahead of print].
- Cortes Hidalgo AP, Muetzel R, Luijk MPCM *et al.* Observed Infant-Parent Attachment and Brain Morphology in Middle Childhood- A Population-Based Study. *Dev Cogn Neurosci* 2019 Dec;40:100724. doi: 10.1016/j.dcn.2019.100724.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
- Curro V, De Rosa E, Maulucci S, *et al.* The use of Edinburgh postnatal depression scale to identify postnatal depression symptoms at well child visit. *Ital J Pediatr* 2009;35:32.
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018;210:315-23.
- DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, *et al.* Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror* 2004;2:265-72.
- Di Venanzio C, Pacitti F, Rossetti MC, *et al.* Perinatal depression screening and early treatment. *J Psychopathol* 2017;23:99-104.

- Earls MF, Yogman MW, Mattson G. AAP committee on psychosocial aspects of child and family health. incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics* 2019;143:20183259HQ.
- Elisei S, Lucarini E, Murgia N, et al. Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. *Psychiatr Danub* 2013;25(Suppl. 2) S258-S262.
- Falah-Hassani K, Shiri R, Dennis CL. Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *J Affect Disord* 2016;198:142-7.
- Feng J. COVID-19 fuels domestic violence in China. *Supchina*, 24 03 2020. [Online]. <https://supchina.com/2020/03/24/covid-19-fuels-domestic-violence-in-china> [Accessed 24 03 2020].
- Gabbielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
- Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 2012;15:21-30.
- Girardi P, Pompili M, Innamorati M, et al. Temperament, post-partum depression, hopelessness, and suicide risk among women soon after delivering. *Women Health* 2011;51:511-24.
- Goldberg DP, Hillier VF. A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9(1):139-45.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry* 2020 Jun;7(6):468-71. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1. Epub 2020 Apr 21.
- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs, T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry* 2018;8:248. doi:10.3389/fpsyt.2017.00248.
- Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1206-12.
- Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020 Apr 15;7(6):547-60.
- Howard LM, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. *The Lancet* 2014;384(9956):1723-4.
- Imbasciati A, Cena L. *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 1. neonato e radici della salute mentale*. Milano: Franco Angeli; 2015a.
- Imbasciati A, Cena L. *Psicologia clinica perinatale per le professioni sanitarie e psicosociali. Vol. 2: genitorialità e origini della mente del bambino*. Milano: Franco Angeli; 2015b.
- Imbasciati A, Dabrassi F, Cena L. *Psicologia clinica perinatale*. Padova: Piccin; 2007.
- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1929.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, et al. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:173-81.
- Korja R, Nolvi S, Kataja EL, et al. The courses of maternal and paternal depressive and anxiety symptoms during the prenatal period in the FinnBrain Birth Cohort study. *PLoS One* 2018;13:e0207856.
- Lee S, Chan LY, Chau AMY, et al. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 2005;61:2038-46.
- Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, et al. Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health* 2020;23(2):199-206. doi: 10.1007/s00737-019-00977-1. Epub 2019 May 18.
- Lewinsohn PM, Antonuccio DO, Steinmetz JL, et al. *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing Co; 1984.

- Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica* 2020;109(6):1088-95. doi:10.1111/apa.15270.
- Mauri M, Oppo A, Montagnani MS, *et al.* Beyond “postpartum depressions”: specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes. *J Affect Disord* 2010;127:177-84.
- Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, *et al.* Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews* 2018;26;4:18022. doi: 10.1038/nrdp.2018.22.
- Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, *et al.* Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women with Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res* 2016;18(3).
- Milgrom J, Ericksen JM, McCarthy R, *et al.* Stressful impact of depression on early mother infant relations. *Stress and health* 2006;22:229-38.
- Milgrom J, Martin PR, Negri LM (Ed.). *Depressione Postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Edizioni Erickson; 2003.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, *et al.* Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Rivista di Psichiatria* 2016;51(6):1-10.
- Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, *et al.* Positività allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi parto. *Rivista di psichiatria* 2014;49(6):253-64.
- Misri S, Swift E. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder in pregnant and postpartum women: maternal quality of life and treatment outcomes. *J Obstet Gynaecol Canada* 2015;37:798-803.
- NICE. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014. (NICE Clinical Guideline 192). <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- O'Connor E, Senger CA, Henninger M, *et al.* *Interventions to prevent perinatal depression: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force: evidence synthesis No 172*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2019. AHRQ publication 18-05243-EF-1.
- O'Hara MW, McCabe JE, Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:379-407.
- Okagbue HI, Adamu PI, Bishop SA, *et al.* Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. *Open Access Maced J Med Sci* 2019;7(9):1555-60.
- Olioff M. The application of cognitive therapy to postpartum depression. In: Vallis TM, Howes JL, Miller PC (Ed.). *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations*. New York: Plenum Press;1991:111-33.
- Palumbo G, Mirabella F, Cascavilla I, *et al.* Prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. *Rapporti ISTISAN 16/31*. 2016; Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. *Eur Psychiatry* 2017;42:77-85.
- Pompili M, Vichi M, Innamorati M, *et al.* Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health Soc Care Community* 2014;22(4):361-7. doi: 10.1111/hsc.12086. Epub 2013 Dec 6.
- Reck C, Struben K, Backenstrass M, *et al.* Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:459-68.
- Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, *et al.* Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev* 2020 May 2. doi: 10.1111/dar.13074. [Epub ahead of print]
- Saccone G, Florio A, Aiello F, *et al.* Psychological Impact of COVID-19 in Pregnant Women. *Am J Obstet Gynecol* 2020 May 6;S0002-9378(20)30527-5. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003.
- Sipsma HL, Callands T, Desrosiers A, *et al.* Exploring trajectories and predictors of depressive symptoms among young couples during their transition to parenthood. *Matern Child Health J* 2016;20:2372-81.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-7.

- Stefana A, Lavelli. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. *BMJ Open* 2017;7(2):e013824. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013824.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384(9956):1800-19.
- Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun* 2020 Apr 23. pii: S0889-1591(20)30643-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062.
- Thapa SB, Mainali A, Schwank SE *et al.* Maternal mental health in the time of the Covid-19 Pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020 May 6. doi: 10.1111/aogs.13894.
- Topalidou A, Thomson G, Downe S. COVID-19 and maternal mental health: are we getting the balance right. *medRxiv* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047969>.
- Underwood L, Waldie, K, D'Souza S, *et al.* A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(5):711-20.
- United Nations. *Policy Brief: Covid-19 and the need for action on mental health*. Executive Summary, 13 May 2020.
- Vizzini L, Popovic M, Zugna D, *et al.* Maternal anxiety, depression and sleep disorders before and during pregnancy, and preschool ADHD symptoms in the NINFEA birth cohort study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;28:521-31.
- WHO. *Mental health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/
- WHO. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Yeaton-Massey A, Herrero T. Recognizing maternal mental health disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2019;31:116-9.
- Zeng LN, Gang Chen LG, Mei Yang C, *et al.* *Women and Birth* 2020 May 1. pii: S1871-5192(20)30210-9. doi: 10.1016/j.wombi.2020.03.009. [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.009>.

Appendice

A1. Scheda dati socio anagrafici

Screening e intervento precoce
nelle sindromi d'ansia e di depressione perinatale

Istituto Superiore Sanità-SCIC

Informazioni socio-anagrafiche

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

A cura del Servizio

Nome..... Cognome

Codice identificativo |_|_|_|_|_|_|

Tel. Cell.....

Età |_|_| Nazionalità

Periodo della somministrazione:

prima del parto |_|

dopo il parto |_|

settimana |_|_|

Titolo di studio

Nessuno

Lic. Elementare

Lic. Media inferiore

Diploma

Laurea

Condizione professionale

Disoccupata

Casalinga

Studentessa

Lavoro retribuito saltuario/precario

Lavoro retribuito stabile

Pensione d'invalidità

Stato civile attuale

Nubile

Convivente/coniugata

Separata/Divorziata

Vedova

Le sue condizioni economiche

Gravi problemi (debiti, non può pagare l'affitto, ecc.)

Qualche problema (limitazione delle spese quotidiane, non può permettersi vacanze)

Standard più modesto, ma senza particolari difficoltà

Medio-alte (casa di proprietà, vacanze, ecc.)

A2. EPDS

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

Versione italiana di Benvenuti *et al.*, 1999

Ci piacerebbe sapere come si è sentita **nell'ultima settimana**.

La preghiamo di segnare con una **X** la risposta che meglio descrive come si è sentita nei **sette giorni appena trascorsi** e non soltanto come si sente oggi. Per aiutarla, ecco un esempio:

Sono stata felice

- Sì, sempre
- Sì, per la maggior parte del tempo
- No, non molto spesso
- No, per niente

Il che in pratica significa «Durante la scorsa settimana sono stata felice per la maggior parte del tempo».

Per favore completi le altre domande nello stesso modo

Nei sette giorni appena trascorsi:

1. Sono stata capace di ridere e di vedere il lato buffo delle cose

- ⓐ Come facevo sempre
- ① Adesso, non proprio come al solito
- ② Adesso, decisamente un po' meno del solito
- ③ Per niente

2. Ho guardato con gioia alle cose future

- ⓐ Come ho sempre fatto
- ① Un po' meno di quanto ero abituata a fare
- ② Decisamente meno di quanto ero abituata a fare
- ③ Quasi per nulla

3. Mi sono incolpata senza motivo quando le cose andavano male

- ③ Sì, il più delle volte
- ② Sì, qualche volta
- ① Non molto spesso
- ⓐ No, mai

4. Sono stata preoccupata o in ansia senza un valido motivo

- ⓐ No, per niente
- ① Quasi mai
- ② Sì, qualche volta
- ③ Sì, molto spesso

5. Ho avuto momenti di paura o di panico senza un valido motivo

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

6. Mi sentivo sommersa dalle cose

- ③ Sì, il più delle volte non sono stata per niente capace di far fronte alle cose
- ② Sì, qualche volta non sono stata capace di far fronte alle cose bene come al solito
- ① No, il più delle volte ho fatto fronte alle cose bene
- ④ No, sono riuscita a fronteggiare le situazioni bene come sempre

7. Sono stata così infelice che ho avuto difficoltà a dormire

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

8. Mi sono sentita triste o infelice

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

9. Sono stata così infelice che ho perfino pianto

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

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

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

A3. GAD-7

(Spitzer *et al.*, 2006)

Nelle ultime 2 settimane con quale frequenza le ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi?
(segni la sua risposta con una X)

	<i>Mai</i>	<i>Alcuni giorni</i>	<i>Per oltre la metà dei giorni</i>	<i>Quasi ogni giorno</i>
1. Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a	0	1	2	3
2. Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni	0	1	2	3
3. Preoccuparsi troppo per varie cose	0	1	2	3
4. Avere difficoltà a rilassarsi	0	1	2	3
5. Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a fermo/a	0	1	2	3
6. Infastidirsi o irritarsi facilmente	0	1	2	3
7. Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile	0	1	2	3

Punteggio totale _____

Elaborato dai dottori Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e Colleghi, con un finanziamento da parte della Pfizer Inc. Non è richiesto un permesso per la riproduzione, traduzione, visualizzazione o distribuzione.

A4. Scheda informazioni anamnestiche

SCREENING E INTERVENTO PRECOCE NELLE SINDROMI D'ANSIA E DI DEPRESSIONE PERINATALE
Istituto Superiore Sanità-SCIC

SCHEDA ANAMNESTICA E DEI FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI

Informazioni relative parto e al dopo parto

(nel caso di screening prenatale passare direttamente alla domanda 7 della sezione successiva)

1. Quanto l'esperienza del parto è stata positiva?
 Per niente Poco Abbastanza Molto
2. Ci sono state complicazioni per quanto riguarda il parto (ad es. cesareo non programmato)?
 no sì
se Sì, specificare _____
3. Allatta al seno
 no sì
4. Come era la salute del bimbo alla nascita?
 Buona Con qualche problema Con problemi gravi Con problemi molto gravi
5. Dopo la nascita del bambino, nei primi 7-10 giorni dopo il parto, ha avuto tristezza, tendenza al pianto, mancanza di speranza?
 no sì
6. Dopo la nascita del bambino ci sono stati uno o più dei seguenti problemi?
 - a. Salute personale no sì
se sì, specificare _____
 - b. Sonno personale no sì
 - a. Salute del bambino no sì
se sì, specificare _____
 - d. Sonno del bambino no sì
 - e. Alimentazione del bambino no sì
 - f. Temperamento del bambino
(piange molto, difficile da consolare, ecc.) no sì

Informazioni relative ai periodi pre-parto e della gravidanza

7. Ha avuto altre gravidanze prima di quest'ultima? no sì (quante? |_| |)
8. Ha già avuto altri figli prima di questo? no sì (quanti? |_| |)
9. Ha avuto aborti in passato? no sì
10. Per questa gravidanza, ha fatto ricorso alla procreazione medico-assistita? no sì
11. Questa gravidanza era programmata? no sì
12. Per questa gravidanza, ha partecipato ai corsi di preparazione al parto? no sì
13. Ha partecipato o partecipa ai corsi dopo il parto (relazione madre bambino, massaggio infantile, ecc.)?
 no sì

14. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno 2 settimane di fila) in cui si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa, per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni?
 no sì
15. Durante quest'ultima gravidanza, ha avuto un periodo piuttosto lungo (almeno 2 settimane di fila) in cui ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.) per la maggior parte della giornata, quasi tutti i giorni?
 no sì
16. Attualmente prende farmaci che le sono stati prescritti per problemi di depressione, ansia o altri problemi psicologici?
 no sì
 a) (se sì, quali? _____)

Eventi stressanti negli ultimi 12 mesi

17. Negli ultimi 12 mesi, le è successo una o più di queste cose?

a	grave malattia	f	problemi economici
b	grave incidente o sono stata vittima di una violenza	g	cambio di casa
c	un lutto molto significativo	h	separazione coniugale o interruzione di un rapporto sentimentale
d	cambio o perdita di lavoro	i	altri eventi importanti (specificare.....)
e	problemi sessuali		

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

nessuno lieve medio forte fortissimo, è stato terribile

Informazioni sullo stato d'animo nella vita, prima dell'attuale gravidanza

19. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, si è sentita giù di morale, abbattuta, depressa?
 no sì
 a) se sì, per questo problema, ha preso farmaci prescritti da un medico?
 no sì
 b) se sì, quali?.....
20. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, ha mai avuto un periodo di almeno 2 settimane di fila in cui quasi tutti i giorni e per la maggior parte del giorno, ha perso interesse per le cose che di solito le piaceva fare (incluso il lavoro, cucinare, curare il proprio aspetto, ecc.)?
 no sì
 a) se sì, per questo problema, ha preso farmaci prescritti da un medico?
 no sì
 b) se sì, quali?.....
21. Nel corso della sua vita, prima dell'attuale gravidanza, un medico le ha mai detto che lei soffriva di un problema di salute mentale (disturbo bipolare, schizofrenia, anoressia, ecc.)?
 no sì
22. Se sì, di quale disturbo soffriva? _____

Giudizio sul sostegno familiare e sociale percepito

23. In caso di bisogno, può contare su amici o parenti che non vivono con lei per aiuto pratico?

- Per niente Un po' Si sufficientemente Molto

24. Può contare su amici o parenti che non vivono con lei per sostegno psicologico?

- Per niente Un po' Si sufficientemente Molto

25. Quando si sente nervosa o preoccupata, suo marito/partner le sta vicino?

- Per niente Un po' Si sufficientemente Molto

26. Quando deve fare qualcosa o ha bisogno di aiuto pratico suo marito/partner le dà una mano?

- Per niente Un po' Si sufficientemente Molto

A5. GHQ-12

(Goldberg & Hillier, 1979)

Questionario sul Benessere Generale - GHQ-12

Nelle ultime due settimane si è sentito:

	Più del solito	Come al solito	Meno del solito	Molto meno del solito
1. in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo? es. Riesce a seguire il filo del discorso, a concentrarsi nella lettura, sul lavoro, ecc.	0	1	2	3
2. di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi?	3	2	1	0
3. di essere produttivo (aver fatto tante cose) nella maggior parte delle attività?	0	1	2	3
4. in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi?	0	1	2	3
5. costantemente sotto pressione?	3	2	1	0
6. di non essere in grado di superare le difficoltà?	3	2	1	0
7. in grado di ritagliarsi del tempo libero e goderne?	0	1	2	3
8. in grado di risolvere i suoi problemi?	0	1	2	3
9. infelice o depresso?	3	2	1	0
10. come se avesse perso la fiducia in se stesso?	3	2	1	0
11. come se avesse minore stima di sé?	0	1	2	3
12. con uno stato emotivo nel complesso felice?	0	1	2	3

A6. Moduli di trattamenti aggiuntivi

Il modello Milgrom prevede anche la possibilità di proporre **due moduli di approfondimento** dedicati rispettivamente all'interazione mamma/bambino e alla coppia.

PRIMO MODULO

È denominato **Baby HUGS** (Happiness, Understanding, Giving and Sharing): pacchetto di tre incontri, pensato per le donne con depressione che hanno delle difficoltà di relazione o di coping con i loro bambini di età inferiore ai 12 mesi.

Primo incontro: si osserva la relazione della diade madre-bambino e si cerca di rendere consapevoli le mamme che giocando con il proprio figlio possono trarre benefici sia per sé che per i bambini, perché aumentano le attività piacevoli. A questo scopo si propongono vari tipi di gioco e viene spiegato e mostrato il massaggio neonatale.

Secondo incontro: è dedicato all'imparare qualcosa sul bambino e all'osservare e capire i suoi segnali. Vengono presentati esercizi strutturati e attività di tipo interattivo non verbale, per incoraggiare i genitori a concentrarsi sui comportamenti positivi dei loro bambini. Si spiega alle mamme come diventare consapevoli delle diverse personalità dei bambini e dei loro stili relazionali preferiti, come migliorare le abilità di interazione e comunicazione efficace con i propri figli, aiutandole a comprendere i segnali e gli indizi che i figli trasmettono.

Terzo incontro: è dedicato ad analizzare i sentimenti e le risposte dei genitori ai segnali del neonato. Si analizza con i genitori (in questo incontro è particolarmente importante la presenza del padre) l'interpretazione che danno del comportamento del bambino per renderli consapevoli delle emozioni che il bambino suscita in loro e per capire e identificare assieme i pensieri e sentimenti problematici che si possono sviluppare nella relazione con lui. Si forniscono, quindi, strumenti per affrontare le situazioni problematiche e strategie di *problem solving*.

Anche in questo modulo è previsto un follow-up dopo qualche settimana.

SECONDO MODULO

Coinvolgimento dei papà. Ha lo scopo di coinvolgere i partner in incontri di coppia, perché possano essere d'aiuto nel percorso che la compagna sta intraprendendo e anche per dare loro uno spazio d'espressione. Pacchetto di tre incontri:

Primo incontro: è dedicato ad informare i neo padri su cos'è la depressione post partum. Vengono analizzati i sentimenti della coppia su cosa vuol dire essere genitore e in particolare vengono analizzati i sentimenti dei padri e forniti dei consigli su come affrontare i cambiamenti avvenuti dopo la nascita del figlio, per non sentirsi messi in disparte o non coinvolti.

Secondo incontro: affronta il tema dei cambiamenti avvenuti nella relazione di coppia dopo la nascita del bambino (per es. cambiamenti relativi alla sessualità) e si incoraggia la comunicazione, sottolineando l'importanza di dedicarsi a momenti di intimità e di tranquillità.

Terzo incontro: è un incontro di discussione riassuntiva utile per poter trarre le somme e raccogliere i feedback del lavoro svolto. Si stimola la coppia a usare gli strumenti presentati incoraggiandoli a sfruttarli, fornendo indicazioni di *problem solving* e su come affrontare i vissuti di paura che possono presentarsi in futuro.

A7. Le quattro domande NICE

Domande raccomandate dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) per lo screening dei sintomi depressivi e ansiosi nelle donne in gravidanza al primo contatto con il servizio sanitario, durante la prenotazione della visita o da remoto, sia nel periodo pre parto che dopo il parto.

Sintomi depressivi

1. *Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni giù di morale, depressa o senza speranze?*

no sì

2. *Durante l'ultimo mese ha provato per la maggior parte del tempo e dei giorni poco interesse o piacere nel fare le cose?*

no sì

È sufficiente che la donna risponda 'sì' a una delle due domande per proseguire la valutazione con il test EPDS

Sintomi ansiosi (GAD-2)

1. *Durante l'ultimo mese si è sentita per la maggior parte del tempo e dei giorni nervosa, ansiosa o irrequieta?*

0	1	2	3
---	---	---	---

(0 mai; 1 alcuni giorni; 2 oltre metà dei giorni; 3 ogni giorno)

2. *Durante l'ultimo mese le è capitato di non essere in grado di fermare o controllare le sue preoccupazioni?*

0	1	2	3
---	---	---	---

(0 mai; 1 alcuni giorni; 2 oltre metà dei giorni; 3 ogni giorno)

Se la somma è uguale o maggiore a 3 la persona presenta sintomi ansiosi. In questo caso si consiglia di proseguire la valutazione con il test GAD-7.

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19*. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2*. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2*. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2*. Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2*. Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 3 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 7 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020).
12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19*. Versione del 15 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 14 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).

15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev.).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. *Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)

30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiarri M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).
43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)
44. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020)