

Interventi precoci e nuovi orizzonti in salute mentale di genere e perinatale

Gemma Calamandrei

Istituto Superiore di Sanità

Cinzia Niolu

UOC Psichiatria e Psicologia Clinica

Policlinico Tor Vergata Roma

**Gruppo di lavoro sulla Salute Mentale Perinatale,
Tavolo Tecnico Salute Mentale
Ministero della Salute**

Tabella XII. - Prevalenza dei disturbi mentali comuni in Italia nei diversi periodi di riferimento (tassi di prevalenza: percentuali pesate ed intervalli di confidenza)

	Prevalenza ad un mese % (IC 95%)			Prevalenza a 12 mesi % (IC 95%)			Prevalenza nel corso della vita (lifetime) % (IC 95%)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Qualsiasi disturbo mentale	1,6 (0,0-2,2)	4,7 (3,0-6,4)	3,2 (2,3-4,1)	3,9 (2,6-5,3)	10,4 (8,2-12,5)	7,3 (6,0-8,6)	11,6 (9,7-13,6)	24,4 (21,1-27,8)	18,3 (16,0-20,4)
Qualsiasi disturbo depressivo	0,9 (0,5-1,3)	2,1 (1,3-2,8)	1,5 (1,1-1,9)	2,0 (1,3-2,6)	4,8 (3,9-5,8)	3,5 (2,9-4,0)	7,2 (6,0-8,4)	14,9 (12,5-17,3)	11,2 (9,8-12,6)
Qualsiasi disturbo d'ansia	0,8 (0,4-1,3)	3,4 (2,1-4,7)	2,2 (1,5-2,9)	2,2 (1,0-3,4)	7,8 (6,1-9,6)	5,1 (4,0-6,3)	5,5 (4,0-7,1)	16,2 (13,4-19,0)	11,1 (9,3-13,0)
Qualsiasi disturbo da alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	2,0 (1,1-3,0)	0,1 (0,0-0,3)	1,0 (0,6-1,5)
Depressione maggiore	0,7 (0,4-1,1)	2,0 (1,2-2,7)	1,4 (0,9-1,8)	1,7 (1,1-2,2)	4,2 (3,4-5,0)	3,0 (2,6-3,4)	6,5 (5,5-7,5)	13,4 (11,4-15,4)	10,1 (9,0-11,2)
Distimia	0,4 (0,1-0,7)	0,6 (0,3-1,0)	0,5 (0,3-0,8)	0,7 (0,3-1,1)	1,3 (0,8-1,9)	1,0 (0,7-1,4)	2,3 (1,6-3,0)	4,4 (3,2-5,5)	3,4 (2,7-4,1)
Ansia generalizzata	0,0	0,3 (0,0-0,7)	0,2 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,2)	0,9 (0,4-1,4)	0,5 (0,3-0,8)	0,8 (0,4-1,2)	3,0 (2,0-4,0)	1,9 (1,3-2,5)
Fobia sociale	0,1 (0,0-0,2)	0,4 (0,1-0,7)	0,2 (0,1-0,4)	0,6 (0,2-1,1)	1,4 (0,7-2,1)	1,0 (0,6-1,5)	1,6 (0,8-2,3)	2,6 (1,6-3,6)	2,1 (1,4-2,8)
Fobia specifica	0,3 (0,0-0,7)	2,1 (1,0-3,2)	1,3 (0,7-1,8)	0,5 (0,2-0,9)	4,6 (2,9-6,4)	2,7 (1,7-3,6)	2,5 (1,4-3,6)	8,6 (6,2-10,9)	5,7 (4,3-7,0)
Disturbo Post-Traumatico da Stress	0,3 (0,0-0,6)	0,4 (0,0-0,9)	0,4 (0,1-0,6)	0,7 (0,0-1,7)	0,9 (0,2-1,5)	0,8 (0,2-1,4)	1,1 (0,1-2,1)	3,3 (1,7-4,9)	2,3 (1,2-3,3)
Agorafobia	0,1 (0,0-0,2)	0,3 (0,0-0,6)	0,2 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,2)	0,7 (0,3-1,1)	0,4 (0,2-0,6)	0,6 (0,1-1,1)	1,7 (0,9-2,5)	1,2 (0,6-1,7)
Disturbo di panico	0,1 (0,0-0,1)	0,5 (0,1-0,8)	0,3 (0,1-0,4)	0,3 (0,1-0,5)	0,9 (0,5-1,3)	0,6 (0,4-0,8)	0,9 (0,5-1,3)	2,2 (1,6-2,8)	1,6 (1,2-1,9)
Abuso di alcool	0,2 (0,0-0,5)	0,1 (0,01-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	0,2 (0,0-0,5)	0,0	0,1 (0,0-0,2)	1,6 (0,7-2,4)	0,1 (0,0-0,1)	0,8 (0,4-1,2)
Dipendenza da alcool	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,4 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)

**Studio
ESEMED
(European Study of
the Epidemiology
of Mental
Disorders,
popolazione
generale, 2002)**

De Girolamo et al, Epidemiol Psychiatr Soc, 2005

- Tra il 10% e il 20% delle donne riferiscono sintomi depressivi in gravidanza e nel periodo postpartum con proporzioni più alte nei paesi a basso e medio reddito
- Circa il 25% di donne riportano sintomi ansiosi in gravidanza
- Ansia e depressione si presentano spesso in comorbidità
- Circa la metà delle donne che soffrono di depressione post partum era già depressa in gravidanza



- La depressione è una delle complicanze più serie e più frequenti della gravidanza e del postpartum
- E' una patologia ancora **sotto diagnosticata**: più del 50% delle donne con depressione in gravidanza e il 69,9% dopo il parto non riceve una diagnosi adeguata
- e **non trattata**: solo 8,5% riceve un trattamento adeguato (trattamento > di 6 mesi) in gravidanza e il 6,3% dopo il parto
- La maggioranza delle donne ha difficoltà a chiedere aiuto

Le stime dipendono dalla popolazione esaminata, dal periodo di tempo considerato e dagli strumenti utilizzati.

Fonte: WHO, 2020; Howard ML, World Psychiatry, 2020; Gelaye 2016, Field 2017

Cox EQ et al, J Clin Psych, 2016



Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis

Laura Camoni, Antonella Gigantesco, Giulia Guzzini, Elisa Pellegrini
and Fiorino Mirabella

Centro di Riferimento per le Scienze Comportamentali e la Salute Mentale, Istituto Superiore di Sanità,
Rome, Italy

Stima del rischio di depressione durante la gravidanza pari al **20,2%** (IC 95% 15,3-24,5) per punteggi all'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) ≥ 10

Nel postpartum la stima varia tra il **27,5%** (IC 95% 17,8-37,3) con un punteggio all'EPDS ≥ 9 **all'11,1%** (IC 95% 6,00-16,2) con punteggio ≥ 12 .



Network sulla Salute Mentale perinatale

Totale screening eseguiti
dal 2021 al 2023: **8512**



- 8 Regioni
- 20 Unità Operative: alcune Unità Operative coordinano altre strutture:
 - Osservatorio Multicentrico Depressione Perinatale di Tor Vergata (11 UO)

2 indagini




- **dati aggregati** retrospettivi sulle strutture e sulle madri per gli anni 2019, 2020 e 2021 (gennaio-settembre)
- **dati individuali** delle madri attraverso un applicativo online da novembre 2021 ad oggi

Responsabile scientifico: Gemma Calamandrei

Approvato dal Comitato Etico dell'ISS il 30 giugno 2021

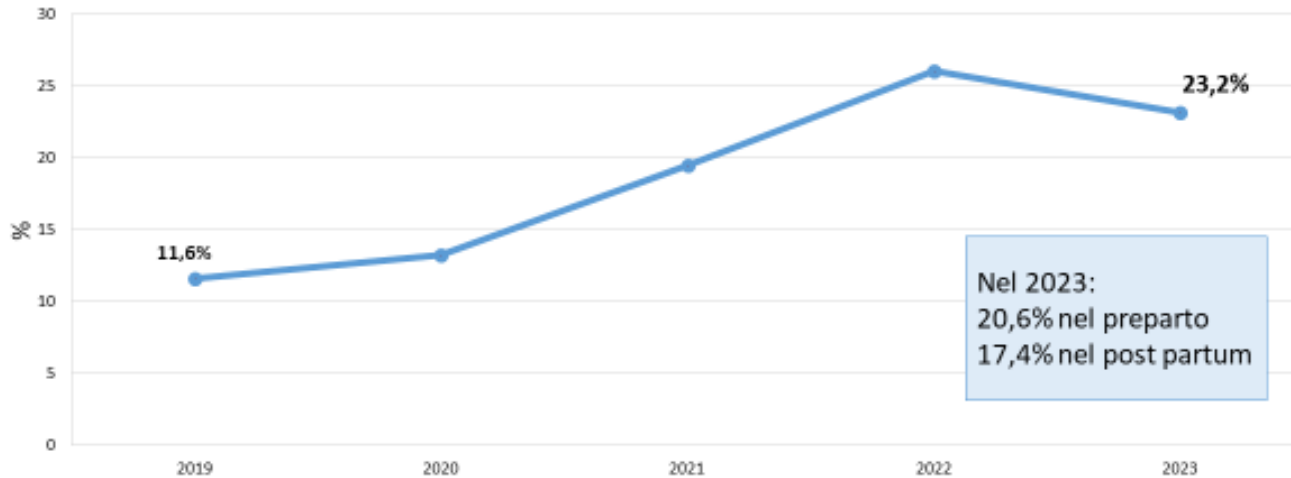


Article
The Impact of the COVID-19 Pandemic on Women's Perinatal Mental Health: Preliminary Data on the Risk of Perinatal Depression/Anxiety from a National Survey in Italy

Laura Camoni , Fiorino Mirabella, Antonella Gigantesco *, Sonia Brescianini, Maurizio Ferri, Gabriella Palumbo, Gemma Calamandrei  and on behalf of the Perinatal Mental Health Network †

Donne con EPDS ≥ 9 dal 2019 al 2023

Percentuale calcolata solo per le cinque unità operative che hanno segnalato in tutti e 5 gli anni



Journal of Affective Disorders 277 (2020) 5–13

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad

Research paper
 Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic

Catherine Lebel^{a,b,c,*}, Anna MacKinnon^{b,d}, Mercedes Bagshawe^{a,b,c}, Lianne Tomfohr-Madsen^{b,d,e,1}, Gerald Giesbrecht^{b,d,e,1}

^aDepartment of Radiology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada
^bAlberta Children's Hospital Research Institute, University of Calgary, 28 Okl Drive, Alberta T3B 6A8, Canada
^cHotchkiss Brain Institute, University of Calgary, Canada
^dDepartment of Psychology, University of Calgary, Canada
^eDepartment of Pediatrics, University of Calgary, Canada

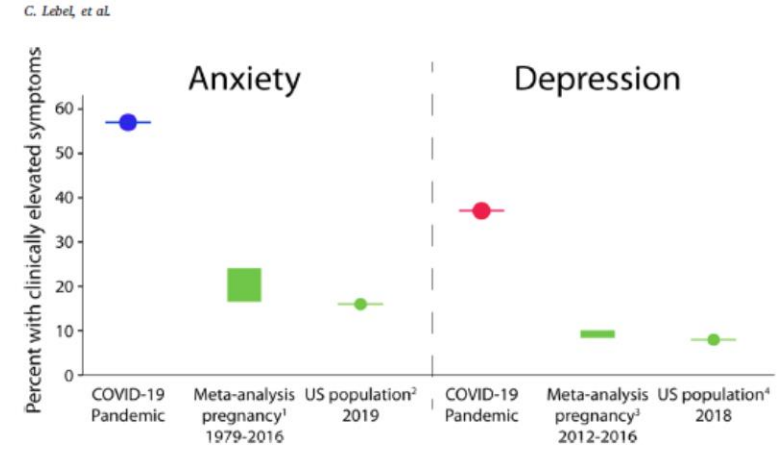
ARTICLE INFO

Keywords:
 Anxiety
 COVID-19
 Depression
 Pregnancy
 Stress
 Physical Activity

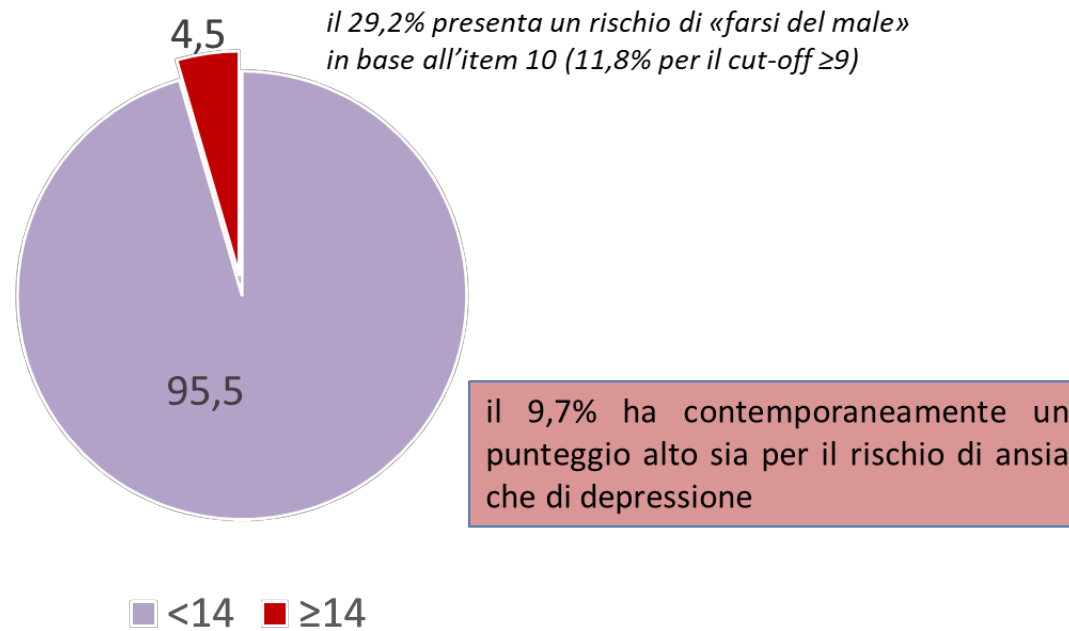
ABSTRACT

Background: Anxiety and depression symptoms in pregnancy typically affect between 10 and 25% of pregnant individuals. Elevated symptoms of depression and anxiety are associated with increased risk of preterm birth, postpartum depression, and behavioural difficulties in children. The current COVID-19 pandemic is a unique stressor with potentially wide-ranging consequences for pregnancy and beyond.

Methods: We assessed symptoms of anxiety and depression among pregnant individuals during the current COVID-19 pandemic and determined factors that were associated with psychological distress. 1987 pregnant participants in Canada were surveyed in April 2020. The assessment included questions about COVID-19-related stress and standardized measures of depression, anxiety, pregnancy-related anxiety, and social support.



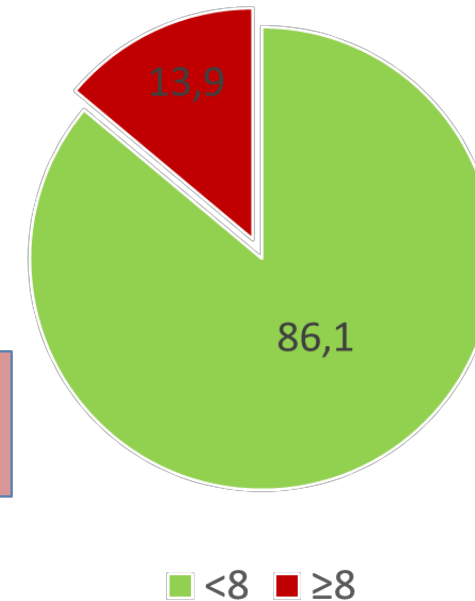
Donne con **EPDS ≥ 14** nell'anno 2023
(N=3544)



7,8% nel preparto
2,7% nel post partum

il 33,1% nel preparto e il 20,8% nel post parto
presenta un rischio «farsi del male» in base
all'item 10

Donne con **GAD-7 ≥ 8** nell'anno 2023
(N=3544)



18,0% nel preparto
12,3% nel post partum

Impatto della depressione perinatale sulla salute della coppia genitoriale e del bambino

Per la madre

- Ha un effetto negativo sulla capacità di accudimento
- Aumento uso di alcool e di altre sostanze di abuso
- Aumento di peso per dieta inadeguata
- Aumento del rischio di suicidio



Per il padre



- Si associa a maggior rischio di depressione
- Disturbi relazione con il bambino

Per la coppia

- Compromette la relazione di coppia e le relazioni familiari estese

Per il bambino

- Aumento battito cardiaco fetale
- Riduzione lunghezza fetale
- Basso peso alla nascita
- Ritardo crescita intrauterina
- Disturbi sonno
- Sintomi psicosomatici (asma, eczema)
- Deficit sviluppo cognitivo ed emotivo
- Deficit sviluppo del linguaggio
- Disturbi dell'attaccamento



Fonte: Craig M et al, 2009; Cox EQ et al, 2016; Howard ML et al, 2020

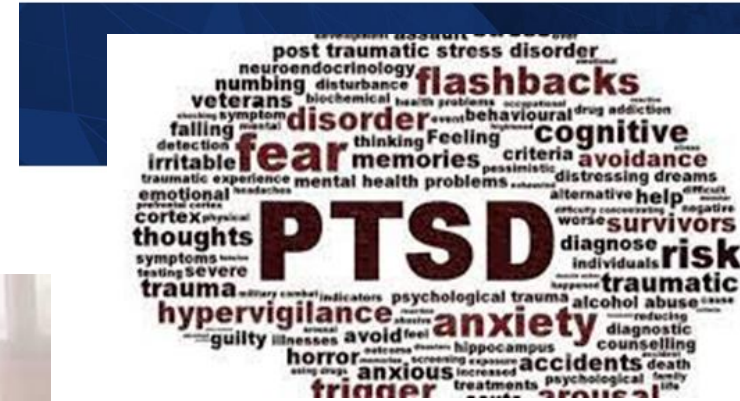
Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review

Natalie Cook¹, Susan Ayers², Antje Horsch³

Affiliations + expand

PMID: 28777972 DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.045

Free article



> J Affect Disord. 2018 Dec 1:241:71-79. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.067. Epub 2018 Jul 24.

The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study

Susan Garthus-Niegel¹, Antje Horsch², Myriam Bickle Graz³, Julia Martini⁴, Tilmann von Soest⁵, Kerstin Weidner⁶, Malin Eberhard-Gran⁷

Our results showed for the first time that maternal postpartum PTSD symptoms were prospectively associated with **less favorable child sleep**, thus increasing the risk of **developmental or behavioral problems** through an indirect, but treatable pathway.

- Associations between maternal PTSD and **low birth weight and lower rates of breastfeeding.**
- Evidence for an association between maternal PTSD and **preterm birth, fetal growth, head circumference, mother-infant interaction, the mother-infant relationship or child development**
- Associations between maternal PTSD and **infant salivary cortisol levels, and eating/sleeping difficulties**



NICE

National Institute for
Health and Care Excellence

- The perinatal period can be a time of increased risk for the initial onset, recurrence, and exacerbation of PTSD symptoms
- Women with a history of TRAUMA are at elevated risk for **bonding and attachment disturbances** with their infants
- Women with **demographic risk factors** (e.g. younger age, poverty, less than high school education), or a history of prior miscarriage, have over 6- times the risk of developing PTSD during pregnancy



2018 Osservatorio Multicentrico Depressione Perinatale OMDP

Lo scopo dell'Osservatorio Multicentrico per la Depressione Perinatale (OMDP) è quello di condurre un esteso programma di **screening precoce** per la depressione perinatale, **a partire dal primo mese di gravidanza**, con **criteri uniformi e condivisi**, che consentano in futuro di creare una rete profilattica e terapeutica, con percorsi terapeutici il più possibile omogenei.

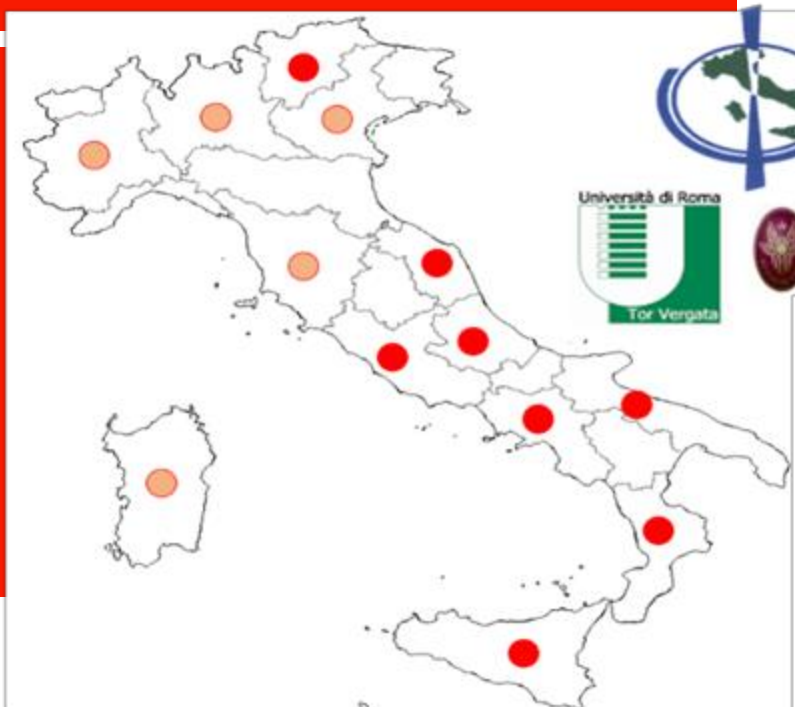
L'OMDP prevede la partecipazione di **Strutture Universitarie** e di **Strutture territoriali**

Centri Territoriali:

Dipartimenti di Salute Mentale di Roma e del Lazio
 Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano

Strutture Universitarie:

Università degli studi di Roma "Tor Vergata"
 Università degli studi di Roma "La Sapienza"
 (Policlinico Umberto I e Azienda Ospedaliera Sant'Andrea)
 Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
 Università "d'Annunzio" Chieti-Pescara
 Università degli studi di Foggia
 Università degli studi dell'Aquila
 Università della Campania "Luigi Vanvitelli"
 Università degli studi di Catania
 Università degli studi di Palermo
 Università Politecnica delle Marche
 Università degli studi di Bari



La salute mentale nel periodo perinatale

Uno sguardo tra diverse discipline

A cura di

Laura Camoni Gabriella Palumbo Antonella Gigantesco

In collaborazione con Gina Barbano Marina Cattaneo Laura Dal Corso

Presentazione di Jeannette Milgrom

Il Pensiero Scientifico Editore



«Auspico che il volume contribuisca ad **aumentare la consapevolezza dell'importanza del riconoscimento tempestivo e del trattamento dei disturbi mentali nel periodo perinatale** e concorra ad accrescere la necessità di sviluppare, diffondere e attuare ulteriormente programmi di empowerment familiare, screening e applicazione di buone pratiche per affrontare con strumenti più appropriati le situazioni di sofferenza psichica della madre, del bambino, del partner e della famiglia nel periodo perinatale. **Investire nei primissimi anni di vita significa contribuire alla costruzione di un futuro migliore.**»

Jeannette Milgrom

*Department of Clinical and health psychology
and Parent-infant research institute (PIRI),
Università di Melbourne, Australia*

Bisogni irrisolti

- **Formazione**
- **Screening**
- **Assistenza/ Unità madre-bambino**



NICE National Institute for Health and Care Excellence

NICE GUIDELINES 2014
per la gestione clinica della salute mentale nel periparto

“Le donne che necessitano di un ricovero per un disturbo mentale entro i 12 mesi dal parto dovrebbero normalmente essere ricoverate in una Unità Madre-Bambino specializzata, a meno che non vi siano ragioni specifiche per non farlo.”





Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

Tavolo Tecnico sulla Salute Mentale
Programma Nazionale 2023
Organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale
Garanzia di appropriatezza degli interventi psico-sociali
Trattamento riabilitativo e psico-sociali basati sulle evidenze
Indicazioni cliniche per tutte le fasce
EQUITA' ACCESSIBILITA' INCLUSIONE



Ministero della Salute



Ministero della Salute

GIORNATA MONDIALE DELLA
SALUTE MENTALE 2023

10 OTTOBRE 2023

Ministero della Salute

Auditorium "Cosimo Piccinno" | Lungotevere Ripa 1, Roma



Ministero della Salute

GIORNATA MONDIALE DELLA
SALUTE MENTALE 2023

WWW.SALUTE.GOV.IT



**TAVOLO TECNICO PER LA SALUTE MENTALE
MINISTERO DELLA SALUTE
GRUPPO DI LAVORO: SALUTE MENTALE PERINATALE**

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE PERINATALE: UN PERCORSO INTEGRATO DALLA PREVENZIONE ALLA CURA

A cura del gruppo di lavoro sulla Salute Mentale Perinatale
Gemma Calamandrei, Laura Camoni, Cinzia Niolu, Elisa Maria Fazzi,
Alberto Siracusano

Febbraio 2024

PUNTI-CHIAVE PER LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO INTEGRATO BASATO SULLE EVIDENZE

- Screening precoce dal primo trimestre della gravidanza
- Domande di Wooley inserite come indagine di routine in gravidanza e nel post-partum (ginecologo/a, ostetrica, personale infermieristico, pediatra)
- EPDS per valutare il rischio di depressione nelle donne positive alle domande di Wooley
- Approfondimento diagnostico per confermare quanto emerso dallo screening e per valutare la gravità
- Invio al trattamento a seconda del livello di gravità (trattamento cognitivo comportamentale o trattamento interpersonale per i casi medi e lievi e trattamento farmacologico per i casi gravi).
- Home visiting per i casi meno gravi e per un monitoraggio continuo del benessere della madre e della relazione con il bambino, nonché del neurosviluppo dello stesso
- Presa in carico e ricovero delle condizioni severe e a rischio suicidario con posti letto dedicati (MBU) nel postpartum con rooming in del bambino, per favorire la formazione del legame di attaccamento e prevenire i danni da separazione precoce dalla madre

PUNTI-CHIAVE PER LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO INTEGRATO BASATO SULLE EVIDENZE

OBIETTIVI

- Monitorare la prevalenza della depressione e dell'ansia nel periodo perinatale iniziando dal primo trimestre di gravidanza
- Effettuare la mappatura dei Servizi che si occupano di screening e di trattamento delle donne prima e dopo il parto
- Uniformare gli interventi nel campo della salute mentale perinatale secondo modelli basati sull'evidenza (EBM)
- Implementare Home Visiting per la presa in carico delle donne con un disturbo mentale lieve
- Ripensare le modalità del ricovero delle donne con un disturbo grave, secondo modelli che rispettino la relazione tra madre e bambino, con l'obiettivo di istituire Unità Madre-Bambino nel nostro Paese.

Società Scientifiche

- Associazione ginecologi extra ospedalieri – AGEO
- Associazione italiana di Epidemiologia -AIE
- Associazione italiana di ostetricia – AIO
- Associazione italiana di Psicologia -AIP
- Associazione italiana per la prevenzione e l'intervento precoce nella salute mentale – AIPP
- Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani – AOGOI
- Società italiana di psichiatria sociale – SIPS
- Società italiana di epidemiologia psichiatrica – SIEP
- Società italiana di ginecologia e ostetricia – SIGO
- Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica – SITI
- Società italiana di neonatologia – SIN
- Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza – SINPIA
- Società italiana di pediatria – SIP
- Società italiana di psichiatria- SIP
- Società italiana di psicopatologia – SOPSI
- Società italiana di riabilitazione sociale – SIRP
- Società italiana di scienze ostetriche-ginecologico-neonatali – SISOGN
- Società italiana medici pediatri – SIMPE
- Società italiana per le scienza infermieristiche in salute mentale – SISISM
- Associazione Nazionale Unitaria Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell' Età Evolutiva Italiani (ANUPI TNPEE)