

SALUTE MENTALE PERINATALE E CONSULTORI FAMILIARI

Pietro Grussu (a), Ilaria Lega (b)

(a) *Consultori Familiari Distretto Padova Sud, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova*

(b) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Salute mentale perinatale: una priorità di salute pubblica

La tutela della salute mentale materna e della coppia genitoriale dall'inizio della gravidanza al termine del primo anno di vita del bambino è oggi riconosciuta come una priorità di salute pubblica a livello internazionale. Garantendo attenzione, ascolto e supporto appropriato allo stato emotivo della donna che vive il profondo cambiamento biologico, psicologico e sociale che accompagna la nascita di un bambino, i professionisti sanitari possono giocare un ruolo cruciale nel determinare le traiettorie di salute future della donna, del bambino e dell'intero nucleo familiare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua il supporto alla salute mentale materna fra le azioni chiave da mettere in campo non solo per migliorare la condizione emotiva della madre, ma anche per promuovere il migliore sviluppo possibile del bambino (1). A livello globale l'OMS raccomanda di rendere disponibili interventi psicosociali a supporto della salute mentale materna, nella Regione europea sottolinea la necessità di politiche e servizi che promuovano sia la salute mentale che il benessere psicosociale dei genitori (2). La salute mentale perinatale materna e della coppia genitoriale è quindi considerato un bene collettivo da promuovere e proteggere per "cambiare l'inizio della storia, e con questo l'intera storia".

In Italia il documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" del Ministero della Salute ha inserito la salute mentale tra le 11 aree tematiche di maggiore rilevanza per la promozione della salute nei primi 2 anni di vita (3). Nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale sono chiamati in causa a pieno titolo i Consultori Familiari (CF), come servizio pubblico di prossimità gratuito dedicato alla salvaguardia della salute sessuale e riproduttiva della donna e al sostegno della famiglia nei diversi momenti del suo ciclo di vita. L'approccio olistico alla salute, la multidisciplinarietà e l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari che caratterizzano i CF consentono infatti di realizzare quella presa in carico centrata sulla donna – in grado di tenere nella medesima considerazione la salute fisica, emotiva e i bisogni sociali prima, durante e dopo la gravidanza – che rappresenta il presupposto necessario alle attività di promozione e tutela della salute mentale in epoca perinatale.

La ricerca sull'efficacia dei modelli di offerta di un servizio per la salute mentale perinatale sugli esiti di salute materna ha mosso solo in anni recenti i suoi primi passi e un modello di riferimento univoco è ancora in via di definizione (4). Collegando alcune delle evidenze pertinenti maggiormente consolidate è possibile tuttavia tratteggiare il ruolo che il CF può giocare in questo ambito e fornire una cornice di riferimento per la lettura e l'interpretazione dei contenuti presentati nei paragrafi successivi.

I disturbi d'ansia e depressivi sono fra le condizioni morbose che più spesso accompagnano la gravidanza (4): a livello internazionale la prevalenza dei disturbi depressivi in gravidanza è

stimata tra il 7% e il 12% (5), quella della Depressione Post Partum (DPP) intorno al 17% (6); i disturbi d'ansia hanno una prevalenza del 15-20% nel periodo prenatale, del 10% circa in quello postnatale (7,8). A questi disturbi si associano esiti avversi della gravidanza e feto-neonatali (9,10) ed effetti sfavorevoli a lungo termine sulla salute mentale e il comportamento del bambino, dall'età evolutiva all'adolescenza (10,11). Nelle prime settimane dopo il parto il rischio di sviluppare episodi nuovi o ricorrenti di disturbi mentali è elevato soprattutto per i disturbi gravi; fra questi la psicosi post partum, la cui incidenza è stimata in 1-2 casi ogni 1000 nati, rappresenta un'emergenza psichiatrica che spesso richiede il ricovero in ambiente specialistico, si associa a un aumentato rischio di morte materna per suicidio e più raramente di infanticidio (12).

Le raccomandazioni della linea guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sulla salute mentale materna prima e dopo la nascita (13) rappresentano il principale riferimento europeo per le buone pratiche relative al riconoscimento del disagio psichico e delle condizioni di rischio psicosociale perinatali. Il NICE raccomanda che tutti i professionisti sanitari pongano attivamente domande specifiche per valutare lo stato emotivo della donna al primo contatto in gravidanza, alle visite di controllo e nelle prime settimane dopo il parto come parte del monitoraggio di routine; in presenza di sospetto disagio lo stato emotivo deve essere valutato con strumenti di screening più approfonditi e/o con un colloquio clinico con un professionista delle cure primarie o della salute mentale, a seconda della gravità del problema.

Il primo contatto della donna in gravidanza con i servizi sanitari deve sempre includere un'anamnesi accurata per disturbi mentali gravi pregressi o in atto con relativi trattamenti, la valutazione della storia familiare per disturbi mentali gravi del post partum nelle parenti di primo grado, la raccolta di informazioni su fattori di rischio psicosociale. Si raccomanda che tutti i casi in cui sia in atto, vi sia il sospetto o emerga una storia precedente di un disturbo mentale grave siano valutati tempestivamente da uno specialista della salute mentale garantendo la continuità fra i diversi servizi e livelli di assistenza (13).

Anche la US Preventive Services Task Force ha recentemente raccomandato l'offerta di interventi di supporto psicologico alle donne in gravidanza e nel periodo postnatale con condizioni di rischio per lo sviluppo di depressione perinatale per prevenire l'insorgenza di DPP (14). A tale proposito, è opportuno ricordare che le visite domiciliari per mamme e bambini nel periodo post natale raccomandate dall'OMS come strumento efficace nel promuovere la genitorialità responsiva si sono dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di sviluppare DPP (1,15).

Contesto culturale e normativo nazionale

L'interesse per la salute mentale perinatale da parte dei servizi sanitari è relativamente giovane nel nostro Paese. Il dibattito scientifico sul tema ha avuto il suo esordio in Italia nei primi anni '90 grazie alla pubblicazione del libro di Patrizia Romito dal titolo "La depressione dopo il parto" (16) e alla presenza del capitolo di Paola Benvenuti intitolato "Psicopatologia legata alle funzioni riproduttive" all'interno della prima versione del Trattato Italiano di Psichiatria (17), che per la prima volta rendevano disponibili in lingua italiana un approfondimento e una descrizione dettagliata dei maggiori disturbi psichiatrici riscontrabili in gravidanza e dopo il parto.

La svolta più importante in termini culturali e scientifici è senz'altro legata alla validazione italiana dell'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (18) avvenuta oltre 20 anni fa (19,20), che sollecitò l'avvio di molteplici progetti di ricerca permettendo di rilevare e divulgare le prime evidenze scientifiche sulla presenza di profili psicopatologici nelle donne italiane nel corso della loro esperienza perinatale. In questo clima culturale alcune équipe consultoriali cominciarono a porre maggiore attenzione alla salvaguardia della salute psicologica perinatale della donna, della coppia e della famiglia, facendo emergere i CF come luogo naturale in cui

collocare i programmi di tutela e promozione della salute globalmente intesa (21) nel ciclo di vita riproduttivo della donna e della famiglia nel suo divenire.

Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile (POMI) ribadiva nel 2000 l'importanza strategica dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), in ambito pubblico da anni patrimonio culturale e operativo dei CF, incontri gruppal di educazione alla salute perinatale in cui il modello didattico-pedagogico è stato completamente abbandonato in favore di metodologie mirate a sviluppare l'*empowerment* della donna e della coppia, favorire il parto spontaneo, facilitare il contatto precoce tra la madre e il bambino, incrementare e migliorare l'assistenza al puerperio, promuovere e sostenere l'allattamento e individuare precocemente eventuali sintomi di disagio emotivo (22,23).

Nel 2005 il documento "Aiuto alle donne in gravidanza e depressione postpartum" del Comitato Nazionale di Bioetica riconosceva la DPP come una condizione importante correlata alla nascita, che richiede una presa in carico globale centrata sul valore della persona umana che includa ciascun componente della famiglia (24). Nello stesso periodo Pierluigi Morosini dava avvio al progetto formativo e di ricerca coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sull'individuazione precoce, la diagnosi e la cura della DPP, improntato sul modello biopsicosociale di Jeannette Milgrom *et al.* (25) mentre un progetto di ricerca coordinato dall'Università di Pisa finanziato dal Ministero della Salute nel 2008 rendeva finalmente disponibili evidenze italiane robuste sull'epidemiologia dei disturbi mentali perinatali (26).

Un'altra tappa importante del percorso è stato il *Piano Nazionale per la Famiglia* del 2012, che puntava su potenziamento e riorganizzazione dei CF pubblici per superare l'eccessiva sanitarizzazione a vantaggio di una maggiore integrazione sociosanitaria e di una logica di *empowerment* in grado di facilitare lo sviluppo delle risorse personali, di rete e l'assunzione di una prospettiva riflessiva e relazionale (27): elementi fondamentali, per altro, dei percorsi di prevenzione e cura della DPP (28).

L'istituzione nel 2015 della sezione italiana della International Marcé Society for Perinatal Mental Health ha rappresentato un ulteriore momento di crescita importante per questa area clinica e di ricerca nel nostro Paese, cui sono seguite la pubblicazione nel 2016 del Manuale di psicopatologia perinatale (29) e nel 2018 del volume di Psicologia Clinica Perinatale (30), che hanno reso disponibili ai professionisti che a vario titolo e in diversi contesti si occupano di salute mentale perinatale uno spazio di confronto multidisciplinare e strumenti culturali e operativi aggiornati in lingua italiana, in collegamento con la comunità scientifica internazionale.

I CF hanno saputo intercettare molti di questi stimoli: in alcune esperienze locali la rilevazione precoce del rischio di DPP è da anni una realtà assistenziale quotidiana, ponendo i CAN come luogo privilegiato non solo per programmi di informazione ma anche di prevenzione del disagio psichico (31). In altre esperienze i CF sono stati individuati come luogo privilegiato in cui rendere disponibile il trattamento di una sofferenza emotiva intercettata altrove: l'ATS di Bergamo nel 2015-2018 ha implementato un programma di screening per la DPP nei centri vaccinali che ha raggiunto 5.951 mamme e indirizzato al CF le donne positive con necessità di un trattamento psicologico (32).

Il Ministero della Salute ha sostenuto con continuità progetti multiregionali di ricerca-intervento sul tema del disagio psichico perinatale: nel 2011 un progetto coordinato dal Reparto Salute mentale dell'ISS sull'efficacia nella pratica dei servizi sanitari italiani di un intervento psicologico di gruppo per il trattamento della DPP (33), nel 2012 un progetto coordinato dalla Regione Liguria sull'efficacia di un intervento multidisciplinare per la prevenzione del disagio psichico perinatale e delle disarmonie dello sviluppo infantile (34), nel 2015 un progetto coordinato dalla Regione Emilia-Romagna con la partecipazione del Reparto Salute della donna dell'ISS sul riconoscimento del disagio psichico perinatale e il sostegno alla maternità fragile da parte dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie (35) e il suicidio materno (36). Nel

2018 un finanziamento dedicato alla diagnosi, la cura e l'assistenza della DPP ha infine supportato la realizzazione di 16 progetti regionali, recentemente giunti alla loro conclusione (37).

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 riguardante la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha inoltre stabilito un importante compito nell'ambito della salute mentale perinatale che i servizi sono chiamati a svolgere a livello nazionale. In tale ottica il CF si pone come luogo di riferimento per effettuare il colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche, in caso di un sospetto disagio psicologico in gravidanza e/o in puerperio, individuato come prestazione specialistica per la tutela della maternità responsabile esclusa dalla partecipazione al costo.

Considerazioni sui dati dell'indagine

L'indagine ISS ha ricostruito un quadro di riferimento nazionale della frequenza con cui i CF riferiscono di occuparsi di DPP – utilizzata anche come proxy dell'attenzione al tema della salute mentale materna in senso più ampio – e dispongono di modalità formalizzate per il riconoscimento dei disturbi mentali e del rischio psicosociale perinatali e per l'integrazione con i servizi di salute mentale.

Il fatto che il 70% delle sedi di CF che si occupano di salute della donna svolga attività nell'ambito della DPP suggerisce una consapevolezza della rilevanza di questa patologia – e in senso lato della psicopatologia perinatale – e testimonia l'impegno della maggior parte dei CF nazionali in questo ambito, in particolare nel Nord-Est e in Lombardia, dove le sedi che dispongono di attività dedicate superano l'80%.

L'identificazione precoce di condizioni di rischio psicosociale per lo sviluppo di disturbi mentali perinatali e dei sintomi di tali disturbi richiede il coinvolgimento di servizi sanitari universali di primo livello, giacché solo una piccola parte delle donne giunge all'osservazione dei servizi specialistici per la salute mentale (38). Nel contesto italiano i CF rappresentano il principale presidio di riferimento per queste attività, affiancati dalla medicina generale già nel periodo preconcezionale e dalla pediatria di libera scelta nel periodo post natale. La valutazione dello stato emotivo e del rischio psicosociale perinatale secondo le raccomandazioni del NICE presuppongono un modello organizzativo che individui i professionisti da coinvolgere e formare, il momento della gravidanza o del periodo postnatale nel quale effettuare le valutazioni e gli strumenti sui quali esse devono basarsi. Per questo aspetto l'indagine ha evidenziato una criticità, poiché un protocollo formalizzato è disponibile solo nel 41% delle sedi di CF che si occupano di percorso nascita, con marcate differenze sia per area geografica (61,5% al Nord, 39% al Centro, 16,1% al Sud) che interregionali.

Le buone pratiche cliniche assistenziali dei disturbi mentali perinatali si basano sulla tempestività e la continuità dell'assistenza, che richiedono un percorso di cura che definisca i servizi sanitari coinvolti e i compiti, le modalità e la tempistica di intervento dei vari professionisti e (4,13). Un'operatività di questo tipo può difficilmente essere garantita in assenza di un protocollo per la presa in carico integrata. Anche per questo aspetto, quindi, l'indagine segnala la necessità di promuovere un miglioramento: la messa in rete con i servizi psichiatrici per l'assistenza alle donne con un disturbo mentale riconosciuto è mediamente disponibile solo nel 42,5% dei CF che si occupano di percorso nascita, con una marcata differenza fra Nord (56,5%) e Centro (51,4%) rispetto al Sud del Paese (15,8%). Poiché l'indagine ha rilevato che il 60,2% dei CF che svolgono attività per la DPP offre dei percorsi psicoterapeutici – senza rilevanti differenze per area geografica – possiamo presumere che almeno una parte delle donne con disagio psichico perinatale riceva un trattamento psicoterapico gratuito direttamente presso il CF,

che assolve quindi anche alla funzione di luogo di cura per le donne emotivamente sofferenti e per le loro famiglie.

Contribuiscono alla fotografia restituita dall'indagine sul tema in oggetto i risultati relativi ai CAN che, disponibili nel 73% circa dei CF, hanno riconosciuto i nuovi bisogni assistenziali legati ai cambiamenti socio-culturali della popolazione italiana e alle nuove conoscenze sulla complessità che connota la salute mentale perinatale. La necessità di intervenire in termini di prevenzione dei disturbi affettivi perinatali e di sensibilizzazione nei confronti delle possibili configurazioni psicopatologiche della gravidanza e del dopo parto ha sollecitato in diverse realtà territoriali la presenza degli psicologi all'interno dei CAN – più spesso al Sud (79,2%) rispetto al Nord (67,2%) e al Centro (58,9%) – anche con il compito di affrontare le tematiche affettive ed emotive disfunzionali, compresa la DPP.

La disponibilità di un incontro in puerperio, offerto dall'83% dei CF nazionali, può rappresentare un momento privilegiato per promuovere la salute mentale delle neomamme e intercettare sintomi di disagio emotivo o di veri e propri disturbi mentali insorti o divenuti più intensi dopo la nascita del bambino. Tuttavia, per la prevenzione e il riconoscimento del disagio psichico e per la riduzione delle disuguaglianze negli esiti di salute riveste un ruolo centrale la modalità di offerta di questo contatto, che può essere in sede o a domicilio, rivolto solo alla donna o a tutta la famiglia, basato su un approccio selettivo – che privilegi le donne con condizioni di vulnerabilità – o universale. L'offerta attiva di un contatto in puerperio alle donne in condizioni di disagio è più frequente nei CF del Nord (65,0%), rispetto al Centro (49,4%) e al Sud (34,1%). È degno di nota che circa il 90% o più dei CF di Friuli Venezia Giulia, Veneto e Umbria e tutti i CF della PA di Trento abbiano adottato l'offerta universalistica di una visita domiciliare in puerperio. Tuttavia, fra i CF che offrono un contatto in puerperio a livello nazionale, solo il 24,5% (39,2% al Nord; 24,5% al Centro; 5,8% al Sud) dispone di un protocollo di valutazione del disagio psichico nel dopo parto e di un'integrazione formalizzata con i servizi psichiatrici aziendali, evidenziando un ampio margine di miglioramento della qualità dell'assistenza fornita e l'urgenza di promuovere buone pratiche particolarmente nel Sud del Paese.

Da ultimo, il tema della DPP è fra i più rappresentati nei CF che hanno svolto attività di ricerca negli ultimi 5 anni, rafforzando l'impressione che la scarsa diffusione di una “formalizzazione” delle attività sia in parte legata all'ingresso più recente all'interno dei servizi consultoriali di questa competenza – ancora in fase “sperimentale” – rispetto ad altre che li hanno contraddistinti fin dalla loro istituzione.

I dati raccolti dall'indagine nel 2018-2019 non hanno potuto intercettare le attività dei 16 progetti regionali sulla DPP finanziati dal Ministero della Salute, che in misura maggiore o minore hanno tutti coinvolto i CF e che possono quindi aver in parte modificato il quadro fin qui ricostruito. Fra le esperienze realizzate nell'ambito di tali progettualità di particolare interesse sono i risultati del progetto implementato in 10 ASST in Lombardia, che ha sperimentato l'efficacia nella pratica di un intervento di screening della depressione perinatale e di un'attività di *home visiting* basata su modello “Pensare positivo” dell'OMS (39). La Regione Piemonte e la Regione Emilia-Romagna hanno colto l'occasione del finanziamento per implementare un modello univoco di riconoscimento della depressione perinatale in tutti i servizi del percorso nascita regionali, a partire proprio dai CF. In entrambe le Regioni le domande di Whooley (40) sono state inserite all'interno della agenda/cartella della gravidanza, con l'immediato vantaggio di includere la valutazione dello stato emotivo fra gli aspetti indagati nei controlli abituali della gravidanza, in una dimensione dialogica e relazionale.

A seguito dell'epidemia COVID-19 il gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 ha proposto delle indicazioni da utilizzare nel contesto emergenziale, che si rivolgono ai CF soprattutto per il riconoscimento del disagio emotivo (41). Grazie alla rete sviluppata nell'ambito dell'indagine, il Reparto Salute della donna e dell'Età evolutiva dell'ISS in

collaborazione con la Società Marcé italiana per la salute mentale perinatale ha raccolto informazioni sull'impatto della pandemia sulla salute mentale e i bisogni di assistenza delle donne in gravidanza o nel periodo post natale fra le utenti dei CF di 9 Aziende sanitarie collocate in 8 Regioni italiane (42). Il 90% circa delle oltre 2.000 partecipanti ha individuato la necessità di una maggiore disponibilità di ascolto da parte dei professionisti sanitari, l'accesso a un professionista della salute mentale e a gruppi di supporto fra pari fra le risorse più importanti da rendere disponibili nel contesto pandemico.

Conclusioni

I CF dimostrano di possedere e di poter sviluppare ulteriormente modalità per intervenire nel promuovere e sostenere la salute emotiva delle donne/coppie in epoca perinatale e di individuazione precoce delle donne a rischio di psicopatologia. Alla luce dei nuovi LEA, il CF si pone come servizio di riferimento per il colloquio psicologico clinico in epoca perinatale con finalità diagnostiche: si rende pertanto necessario sviluppare e offrire stabilmente, al di fuori di una logica progettuale e soprattutto al Sud, buone pratiche ispirate alle raccomandazioni internazionali a cominciare da questa specifica attività, tenendo presente che le donne coinvolte in interventi di prevenzione della DPP apprezzano maggiormente la continuità di relazione con lo stesso operatore sanitario, il coinvolgimento del proprio partner e la possibilità di accedere a diverse visite con un'ostetrica o un *health visitor* formati su approcci centrati sulla persona o di tipo cognitivo-comportamentale (43).

La capillarità, la gratuità, l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari del territorio e la multidisciplinarietà che contraddistinguono i CF, ma soprattutto il profilo dei suoi operatori, formati a intervenire in maniera flessibile e centrata sulla donna e coinvolgendo i familiari nelle indagini, nel trattamento e nell'assistenza, li rendono servizi dalle potenzialità straordinarie per la promozione e la tutela della salute mentale perinatale, che il legislatore ha già in parte riconosciuto. Inoltre, come auspicato da recenti evidenze sulle barriere e le facilitazioni legate all'implementazione dei servizi a tutela della salute mentale perinatale (44), il CF può efficacemente facilitare sia la continuità e multidisciplinarietà dell'assistenza richiesta dalla donna in gravidanza o nel periodo postnatale che soffre di un disturbo mentale, sia la promozione dell'approccio *think family* fra tutti i professionisti sanitari, affinché forniscano un'assistenza attenta al momento del ciclo di vita della donna, al suo contesto di coppia, a quello familiare allargato e alla rete sociale di appartenenza (4).

L'indagine dell'ISS ha evidenziato la carenza di personale e la progressiva riduzione delle sedi che grava sull'operatività dei CF e gli approfondimenti regionali dimostrano che le Regioni hanno percorso strade diverse, sia relativamente alla composizione delle équipe consultoriali, che alle attività da erogare direttamente nel CF o tramite l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari.

In questo scenario, è prioritario:

- istituire un gruppo tecnico multidisciplinare nazionale con rappresentanti dei diversi servizi impegnati nella tutela della salute delle donne, delle coppie e delle famiglie in epoca perinatale per promuovere lo sviluppo di una linea guida sulla salute mentale perinatale specifica per il contesto italiano, che possa valorizzare la cultura e l'esperienza maturata dai CF in oltre 50 anni di attività a tutela della salute affettiva, emotiva e relazionale della donna e della famiglia;
- mettere a punto linee di indirizzo che individuino e sostengano le competenze degli attori sociosanitari coinvolti nella promozione e tutela della salute mentale perinatale, stabiliscano gli obiettivi da raggiungere, le azioni necessarie a perseguirli e gli indicatori per valutarne l'impatto;

- costituire localmente specifici gruppi di lavoro per mettere a punto percorsi diagnostico terapeutici assistenziali che garantiscano a tutte le donne con un disturbo mentale perinatale, sospetto o riconosciuto, di ricevere il trattamento adeguato e a tutte le donne in gravidanza e nel periodo post natale di avere accesso agli strumenti di promozione della salute perinatale che i CF possono mettere in campo;
- individuare e rendere disponibili opportuni percorsi formativi per il personale sociosanitario coinvolto in questo ambito di salute pubblica.

Si tratta di un programma ambizioso, di cui l'esperienza del Regno Unito testimonia tuttavia con forza l'urgenza e la costo-efficacia: l'offerta di servizi per la salute mentale perinatale in linea con gli standard raccomandati dal NICE richiede circa 400 sterline per ogni nato, le conseguenze dei problemi di salute mentale perinatale non trattati impongono alla società costi complessivi pari a 10.000 sterline per ogni nato, 2/3 dei quali sono dovuti all'impatto negativo sulla salute bambino (45).

Bibliografia

1. World Health Organization. *Improving early childhood development: WHO guideline*. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332068>; ultima consultazione 05/04/2022.
3. Ministero della Salute. *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita - Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future*. Roma: Ministero della Salute; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3120_allegato.pdf; ultima consultazione 05/04/2022.
4. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):313-327. doi: 10.1002/wps.20769.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review [published correction appears in *Obstet Gynecol*. 2004 Jun;103(6):1344]. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
6. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
7. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210:315-23.
8. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML *et al*. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2019;80:18r12527.
9. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, *et al*. A metanalysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1012-2
10. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, *et al*. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384(9956):1800-19
11. Pearson RM, Evans J, Kounali D, *et al*. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(12):1312-1319. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.2163

12. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*. 2014;384(9956):1789-1799. doi:10.1016/S0140-6736(14)61278-2
13. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.
14. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Perinatal Depression: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2019;321(6):580-587. doi:10.1001/jama.2019.0007
15. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
16. Romito P. *La depressione dopo il parto. Nascita di un figlio e disagio delle madri*. Bologna: Il Mulino; 1992.
17. Benvenuti P. (1994). Psicopatologia legata alle funzioni riproduttive In: Cassano GB, Pancheri P (Ed.). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano: Masson; 1999. p. 2095-100
18. Cox J, Holden J, Henshaw C. *Perinatal mental health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. 2nd edition. London: RC Psych Publications; 2014.
19. Carpinello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1997;18:280-5.
20. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox JL. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. *J Affect Disord*. 1999;53(2):137-41.
21. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato. *Ann Ist Super Sanita* 2000;36(4):465-78.
22. Ministero della Sanità. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al «Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000». Roma, Ministero della sanità, DM 24 aprile 2000. *Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana* n. 131, Supplemento ordinario n. 89 del 7 giugno 2000.
23. Fattorini G. *I consultori in Italia*. Roma: L'asino d'oro; 2014.
24. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum..* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2005.
25. Migrom J, et al. *Depressione postnatale. Ricerca, prevenzione e strategie di intervento psicologico*. Trento: Erickson; 2003.
26. 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. *Comprehensive Psychiatry* 2011;52(4):343-51.
27. Simeone D. *Il consultorio familiare*. Milano: Vita e Pensiero; 2014.
28. Kleiman K. *Guarire dalla depressione postpartum*. Trento: Erickson; 2017.
29. Grussu P, Bramante A. *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Erickson; 2016.
30. Quatraro RM, Grussu P. *Psicologia clinica perinatale. Dalla teoria alla pratica*. Trento: Erickson; 2018.
31. Grussu P, Quatraro RM. Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *Eur Psychiatry* 2009;24(5):327-33. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.006.
32. Bramante A, Cattoni C, Rinaldi C. Salvagente mamma: screening per la rilevazione precoce dei disturbi nel post partum. In: *Congresso Nazionale Società Marcé Italiana per la Salute Mentale*

- Perinatale* 2018. *Libro degli Atti*. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.unica.it/retrieve/handle/11584/246571/295368/libroatti.pdf>; ultima consultazione 05/04/2022.
33. Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Palumbo G, Gigantesco A. Efficacia di un intervento psicologico rivolto a donne positive allo screening per depressione post partum. *Riv Psichiatr*. 2016;51(6):260-269. doi: 10.1708/2596.26728.
 34. Ministero della Salute. *Maternità fragile: studio sull'efficacia di un modello di intervento volto alla prevenzione secondaria del disagio psichico perinatale ed alla prevenzione primaria delle disarmonie dello sviluppo infantile*. Progetto CCM 2012. Roma: Ministero della Salute; 2012. <https://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=programmi/2012/maternita-fragile-prevenzione-secondaria&idP=740>
 35. Guidomei S, Lega I, Cicconetti C, Falcieri M, Castelli E, Donati S, Borsari S. Realizzazione di un intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità fragile nei servizi del percorso nascita della AUSL di Bologna. *Bollettino Epidemiologico Nazionale* novembre 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2019/novembre /disagio-psichico-perinatale-ausl-bologna>; ultima consultazione 05/04/2022.
 36. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S. Regional maternal mortality working group. Maternal suicide in Italy. *Arch Womens Ment Health* 2020;23(2):199-206.
 37. Ministero della Salute. *Depressione post-partum, approvati 16 progetti regionali dedicati alla donna nel periodo pre e post nascita di un figlio*. Ministero della Salute; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=null&id=3378; ultima consultazione 05/04/2022.
 38. Byatt N, Xu W, Levin LL, *et al*. Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *Int Rev Psychiatry* 2019;31:210-28.
 39. Lora A, Andreoni G, Barri M, Frisone E, Fumagalli S, Gargantini G, Leogrande M, Magliano L, Monzio Compagnoni M, Nespoli A, Pellegrini E, Perego P, Rovelli N, Sacchi P, Scuratti L, Zanini R. Il progetto BLUES: implementare pratiche innovative nelle attività di screening e di home visiting rivolte alle donne con depressione perinatale. *Boll Epidemiol Naz* 2022;3(1):29-39. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_040
 40. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, *et al*. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12(7):439-45.
 41. Camoni L, Brescianini S, Mirabella F, Calamandrei G, Barbano G, Cattaneo M, Del Re D, Michielin P, Palumbo G, Gigantesco A. A structured program for perinatal depression and anxiety to be adopted in the emergencies. *Ann Ist Super Sanita*. 2021 Jan-Mar;57(1):67-71. doi: 10.4415/ANN_21_01_10.
 42. Lega I, Bramante A, Lauria L, *et al*. The Psychological Impact of COVID-19 among Women Accessing Family Care Centers during Pregnancy and the Postnatal Period in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):1983. doi:10.3390/ijerph19041983
 43. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess* 2016;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370.
 44. Webb R, Uddin N, Ford E, Easter A, Shakespeare J, Roberts N, Alderdice F, Coates R, Hogg S, Cheyne H, Ayers S; MATRIx study team. Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jun;8(6):521-534. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30467-3.
 45. Bauer A, *et al*. *The cost of perinatal mental health problem*. London: Centre for Mental Health and London School of Economics; 2014.