



Salute Mentale Perinatale: l'importanza dei primi 1.000 giorni di vita

Dott.ssa Gabriella Palumbo, Dott. Fiorino Mirabella, Dott.ssa Laura Camoni, Dott.ssa Isabella Cascavilla, Dott.ssa Debora Del Re, Dott.ssa Antonella Gigantesco

“Non c'è salute senza salute mentale perinatale” (1)

Il periodo perinatale (generalmente indicato dal concepimento a 18 mesi di vita) è un periodo di delicata transizione per le donne, per il *partner* e per le loro famiglie. Questa transizione può essere una felice fase della vita piena di aspettative positive per i genitori, ma può anche essere fonte di angoscia e di difficoltà che può manifestarsi come “baby blues”. Il “baby blues” è una fase di breve durata, caratterizzata da sintomi lievi, con un impatto minimo sul funzionamento sociale e personale delle donne, che tende a risolversi in modo naturale (entro i primi 10-15 giorni dopo il parto). Tuttavia, se c'è un ampio divario tra le aspettative o le risorse e la realtà della maternità, si possono verificare situazioni di sofferenza psichica per la donna e la coppia che, talvolta, possono portare alla comparsa di sintomi psicopatologici nella madre e ad effetti a breve/lungo termine sulla salute del bambino (2, 3).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 10% di donne in gravidanza e il 13% di donne dopo il parto soffrono di un disturbo mentale. Nei Paesi in via di sviluppo la prevalenza è anche superiore: il 16% durante la gravidanza e il 20% dopo il parto (4).

I più comuni disturbi mentali nelle donne durante la gravidanza e il *post-partum* sono le sindromi depressive e di ansia, disturbi non psicotici spesso associati alla presenza di sentimenti e pensieri specifici del ruolo genitoriale. La *psicosi post-partum*, decisamente più grave, ha una prevalenza molto bassa (0,1-0,2%), ma è associata ad un aumento del rischio di suicidio e infanticidio (5).

La Depressione *Post-Partum* (DPP) è oggetto di attenzione non solo perché comporta serie compromissioni del funzionamento sociale e personale delle donne che ne soffrono, ma anche perché può avere ripercussioni sul *partner* e sull'interazione madre-bambino (6). La DPP è associata a impoverimento della qualità di vita familiare e dello sviluppo emozionale, intellettuale e cognitivo del bambino; infatti, le madri che soffrono di DPP più frequentemente sospendono precocemente l'allattamento al seno, si attengono meno all'adozione di misure di sicurezza (come usare seggiolini per bambini in automobile) e i loro figli presentano tassi inferiori di utilizzazione dei servizi di assistenza sanitaria preventiva e vaccinale. Inoltre, questa condizione può interferire nella relazione madre-bambino con il rischio di conseguenze importanti nel corso degli anni. In questo campo, numerosi studi hanno messo in luce l'importanza di un adeguato scambio madre-figlio nel prevenire conseguenze negative a lungo termine sullo sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino (7).

Situazioni psichiche ansiose e depressive si possono verificare anche nei padri (8). La situazione psichica in cui si trovano i genitori (e/o altri *caregiver*) ha conseguenze sullo sviluppo neuro mentale del bambino: tali effetti possono evidenziarsi a breve termine nel comportamento o nell'umore del neonato, così come, talora imprevedibilmente, a lungo termine in età scolastica, con ripercussioni fino all'età adolescenziale.

Molti determinanti sociali, psicologici, comportamentali, ambientali e biologici influenzano la gravidanza e il percorso *post-natale*. 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 ed eventi stressanti sono tra i più importanti fattori di rischio (9). È, pertanto, fondamentale identificare le complicazioni perinatali fin dall'inizio della gravidanza, al fine di progettare interventi in grado di prevenire l'insorgenza della DPP anche attraverso lo sviluppo di percorsi individualizzati dedicati a promuovere la salute mentale della diade mamma-bambino, che tengano conto anche del *partner* e del contesto familiare e sociale in cui sono inseriti.

Una visione così complessa del problema richiede un intervento altrettanto complesso, che faccia entrare in campo *équipe* composte da più figure professionali. Particolare attenzione è stata posta, in questi ultimi anni, allo studio di un modello interpretativo bio-psico-sociale, che prevede la contemporanea considerazione di fattori biologici, psicologici e sociali nella valutazione della condizione di vulnerabilità psicologica della madre nel periodo perinatale.

In Italia, studi recenti suggeriscono l'importanza di uno screening e un intervento precoce (10) e, attualmente, sono in corso diversi programmi di ricerca e intervento a livello regionale, seppur non ancora adeguatamente integrati nella pianificazione delle cure e nella valutazione degli esiti. Inoltre, c'è una formazione limitata tra gli operatori sanitari e l'attenzione è ancora diretta in modo quasi esclusivo alla salute fisica della donna, mentre è meno sistematico e strutturato l'interesse nei confronti del suo benessere psichico. Ciò è dovuto anche all'assenza di Linee Guida nazionali per gli operatori sanitari riguardo l'approccio e la gestione della salute mentale perinatale, la cui messa a punto è quanto mai urgente e necessaria.





Alla luce della crescente evidenza che le esperienze nei primi anni di vita sono cruciali per un sano sviluppo e una vita produttiva, interventi e strategie di prevenzione dedicati a questo *target* dovrebbero essere tra le priorità in Sanità Pubblica.

Riferimenti bibliografici

- (1) Louise M Howard, Peter Piot, Alan Stein. No Health without Perinatal Mental Health. The Lancet, Vol 384 November 15, 2014.
- (2) Milgrom J, Ericksen JM, Mccarthy R, et al. Stressful impact of depression on early mother infant relations. Stress and health 2006; 22: 229-38.
- (3) Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 173-81.
- (4) WHO-Mental Health Action Plan 2013-2020. Disponibile sul sito: www.who.int/mental_health/maternal-child/en.
- (5) Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatr Clin N Am 2010; 33: 273-93.
- (6) Cena L., Imbasciati A., Baldoni F. (2012), Prendersi cura dei bambini e dei loro genitori, Springer, Milan.
- (7) Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Ante partum and post partum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Oct; 49 (10): 1.079-88.
- (8) Mahon C, Agius M The wider effects of Paternal Post Natal Depression: An overview. Psychiatr Danub. 2019 Sep; 31 (Suppl 3): 613-614.
- (9) Palumbo G, Mirabella F, Gigantesco A. Positive Screening and Risk Factors for Postpartum Depression. Eur Psychiatry 2017; 42: 77-85.
- (10) Mirabella F, Michielin P, Piacentini D, Veltro F, Barbano G, Cattaneo M, Palumbo G, Gigantesco A. Effectiveness of a postnatal psychological treatment for women who had screened positive for depression. Riv Psichiatr. 2016; 51 (6): 260-269.

