

La Psicologia Perinatale in Piemonte

intercettare i bisogni,
accompagnare le famiglie
e promuovere la salute



a cura della Consulta Sanità



Indice

Razionale sulla base dei principali e più attuali documenti di riferimento	5
Intercettazione precoce e prevenzione	9
Prevenzione	9
<i>Cosa significa fare prevenzione in epoca perinatale?</i>	101
Indicatori di rischio e fattori di protezione	15
Screening di base	15
Screening di secondo livello (Psicologi e Psichiatri).....	16
Indagine e riconoscimento di situazioni ad alto rischio durante il colloquio in gravidanza	17
Diagnosi e trattamento	18
Diagnosi	18
Psicopatologia del periodo perinatale	18
Trattamento	25
<i>Tipologie di trattamento in epoca perinatale</i>	26
<i>Trattamento farmacologico pregresso</i>	27
Buone prassi nei vari ambiti perinatali	28
Attività ambulatoriali e Corsi di accompagnamento alla nascita.....	28
Reparti di Ostetricia e Ginecologia	29
Reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).....	29
<i>La figura paterna</i>	30
Trauma e lutto nella perinatalità	31
Trauma nella Perinatalità	31
Il Lutto Perinatale.....	32
Chi è lo Psicologo Perinatale: formazione e ambiti di intervento	35
Il ruolo dello Psicologo Perinatale in continuità tra ospedale e territorio	37
Riferimenti e modalità organizzative della Regione Piemonte - nomi e contatti	40
Bibliografia	41

Alle Colleghe e ai Colleghi dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte

L'idea di un documento ad uso delle Colleghe e dei Colleghi dell'Ordine nasce dalla considerazione che il punto di vista della Psicologia costituisca un apporto fondante e necessario per orientarsi nel complesso mondo della perinatalità.

In questo campo infatti parallelamente alle evidenze scientifiche, che enfatizzano il ruolo della Psicologia, noi Psicologhe/i abbiamo sempre più affinato competenze e messo in atto buone pratiche, per prenderci cura della molteplicità di condizioni, problemi e fragilità che possono caratterizzare questo periodo dell'esistenza: da prima del concepimento al primo anno di vita del bambino.

Condizioni che possono coinvolgere la donna, il partner, i bambini e la famiglia e i sistemi relazionali intorno a loro, impattando su vari livelli di salute mentale e fisica.

Con il termine *perinatalità* ci riferiamo infatti a fenomeni e processi evolutivi, che riguardano vissuti, sofferenze di persone diverse per età, genere e situazioni di vita e che necessitano di competenze e specializzazioni specifici per trattarne la complessità.

Nelle circostanze fisiologiche e in quelle patologiche, ma soprattutto in tutte quelle situazioni intermedie, che si situano lungo un continuum di disagio, l'intercettazione precoce e gli interventi tempestivi, a volte anche brevi, ma attuati al momento opportuno in integrazione multiprofessionale, risultano fare la differenza o essere determinanti per gli sviluppi successivi di relazioni favorevoli e di salute.

Per questo nella redazione del documento abbiamo pensato di:

- evidenziare il nostro ruolo di Psicologhe/i in modelli e linee d'intervento interdisciplinari efficaci, condivise e sostenibili in termini di prevenzione primaria e secondaria;
- fornire non solo un orientamento teorico, ma soprattutto un sostegno alla pratica di cura, nel momento in cui ci troviamo di fronte alle problematiche relative a questa fase della vita, aprendo un canale di confronto attraverso contatti e consulenze;
- contribuire a divulgare una cultura psicologica nell'ambito degli interventi perinatali nel confronto e dialogo con le altre figure professionali coinvolte nella presa in cura, in un'ottica di collaborazione e multidisciplinarietà dell'approccio;

- cooperare a depotenziare lo stigma del disagio e della malattia psichica;
- essere soggetto attivo nel cambiamento nella narrazione della maternità, della paternità e della prima infanzia, aprendo a nuove narrazioni possibili, che vadano oltre gli stereotipi e tengano conto degli aspetti socio-culturali in cui siamo immersi.

Ringrazio le Colleghe:

- Dott.ssa Giovanna Cacciato della SSD Psicologia Clinica della AOU Città della Salute e della Scienza
- Dott.ssa Alessandra Grimaldi della S.C. Psicologia dell'ASL VC
- Dott.ssa Paola Lombardo della S.C. Psicologia dell'ASLTO5
- Dott.ssa Sonia Scarponi della S.C. Psicologia dell'ASLTO3

che hanno partecipato alla redazione del documento, mettendo a disposizione la loro esperienza e la loro competenza.

Tutte Loro sono non solo esperte della materia, ma da anni lavorano con passione ed entusiasmo nel campo specifico, si confrontano a livello regionale sulle buone prassi e sulle linee guida.

Sono Colleghe che si mostrano sempre attente ai contatti di confronto e ricerca in reti, anche trasversali ai vari contesti lavorativi, per costruire prassi metodologicamente fondate e sempre in evoluzione all'interno della nostra comunità professionale.

Si ringraziano per la collaborazione la Dott.ssa Leila Battaglino, il Dott. Omar Giannino, il Dott. Alessandro Gullotta, la Dott.ssa Ilaria Quaranta e la Dott.ssa Cristina Viglietti.

Buon lavoro a tutte e a tutti.

Torino, 8 marzo 2024

Dott.ssa Monica Audisio

Coordinatrice Consulta Sanità OPP

Razionale sulla base dei principali e più attuali documenti di riferimento

Negli ultimi anni, il crescente interesse rivolto alla salute materno-infantile nei primi 1000 giorni di vita ha favorito la pubblicazione di diverse linee-guida e documenti di riferimento per tutti gli operatori coinvolti nell'ambito perinatale.

Per orientarci meglio, possiamo distinguere tre diversi tipi di linee guida:

- Assistenza prenatale: hanno come scopo l'individuazione di fattori di rischio, la promozione della salute attraverso l'informazione e la prevenzione e forniscono alcune direttive rispetto alla gestione di situazioni specifiche, sia fisiologiche che patologiche; sono solitamente rivolte all'équipe che si occupa della donna durante gravidanza e parto ma contengono anche indicazioni nutrizionali, consigli sull'attività fisica, sulla riduzione dell'uso di sostanze, sull'allattamento e sulla pianificazione familiare, rivolgendosi direttamente alla donna e a coloro che le stanno vicino;
- Morte perinatale: ad oggi sono stati pubblicati innumerevoli documenti che riguardano la morte perinatale, alcuni di questi sono linee guida sulla gestione della morte endouterina fetale (MEF) contenenti raccomandazioni sul comportamento clinico, altri contengono indicazioni su azioni e trattamenti evidence-based per la prevenzione della cronicizzazione del lutto in seguito a perdita perinatale, infine, alcune linee guida contengono entrambi gli aspetti, medico e psicologico;
- Salute mentale perinatale: un filone di documentazione ha come focus la salute mentale perinatale, materna e paterna, con l'intento di portare alla luce la situazione psicopatologica che può presentarsi durante il periodo perinatale e mettere in atto azioni preventive, quando è possibile, oppure trattamenti ove sia già presente un rischio per la salute mentale.

A **livello internazionale** uno dei principali documenti di riferimento sull'assistenza e la cura prenatale è "*Who Recommendations on Antenatal Care for a positive Pregnancy Experiences*", pubblicato dalla World Health Organization (WHO) nel 2016, conseguentemente aggiornato nel 2020, 2021 e 2022. Nel 2022 sono inoltre state pubblicate le linee guida aggiornate sull'assistenza al post-partum: "*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*". L'obiettivo è di assicurare un'esperienza di gravidanza e puerperio positiva, nel rispetto dei bisogni individuali, dando priorità ad un'assistenza centrata sulla persona. Il focus è il benessere della donna, del feto e dell'intero assetto familiare. Per approfondire la ricerca sulle diverse linee guida rivolte all'assistenza perinatale a livello internazionale si rimanda alla rassegna di Iannuzzi e colleghi del 2018, nella quale vengono raccolte e confrontate le linee guida pubblicate dai diversi Paesi europei.

Per quanto riguarda la documentazione internazionale di riferimento sulla gestione delle perdite perinatali e la prevenzione del lutto cronicizzato, nel 2016 è stata pubblicata la serie di *The Lancet* “*The ending preventable stillbirth*”, la quale rappresenta tutt’oggi un riferimento bibliografico fondamentale per tutti gli operatori addetti al periodo perinatale. Per la gestione clinica di queste perdite, tra i principali riferimenti bibliografici internazionali ci sono le linee guida del Queensland “*Stillbirth care*”, aggiornate al 2023. Altri tre documenti, aggiornati al 2020, sono stati pubblicati dalla Società Perinatale di Australia e Nuova Zelanda (PSANZ), con il titolo “*Clinical Practice Guideline: care around stillbirth ad neonatal death*”; dalla Società di Ostetrici e Ginecologi del Canada (SOCG), “*GL No. 394. Stillbirth investigation*”; dall’American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), in collaborazione con Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), “*Obstetric care consensus #10: Management of stillbirth*”. Si segnala, inoltre, il documento pubblicato da tre associazioni spagnole (Umamanita, El Parto es Nuestro e La Liga de La Leche) per la sua particolare attenzione agli aspetti psicologici, intitolato “*Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*”, pubblicato nel 2009. Proponiamo anche in questo caso, per approfondimenti, la rassegna sistematica sulle principali linee guida sulla morte endouterina fetale, pubblicata da Tsakiridis e colleghi nel 2022, “*Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines*”.



Rispetto alla promozione della salute mentale durante il periodo perinatale, si fa nuovamente riferimento ad un documento pubblicato nel 2022 dalla WHO: “*Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*”. L’obiettivo principale del documento è l’integrazione della salute mentale perinatale nei Servizi di salute mentale materno-infantili. Fornisce indicazioni utili all’individuazione della sintomatologia, al trattamento e ad una cura personalizzata che prenda in considerazione il contesto socioculturale della donna. Un documento meno recente, ma allo stesso tempo completo ed esaustivo sulla salute mentale perinatale è “*Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*”, pubblicato dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nel 2014 con alcuni aggiornamenti nel 2020 e nel 2021. Nel documento è possibile trovare raccomandazioni riguardo i principi dell’assistenza, le scelte per il trattamento ed il monitoraggio, il riconoscimento della sintomatologia, il piano di cura e il trattamento di specifiche psicopatologie. Lo sguardo è rivolto all’intera psicopatologia perinatale, includendo depressione, disturbi d’ansia, disturbi dell’alimentazione, uso e abuso di sostanze nonché disturbi severi come la psicosi, il disturbo bipolare e la schizofrenia. Infine, per quanto riguarda le linee guida europee rivolte nello specifico alla depressione perinatale, segnaliamo la revisione sistematica di Motrico e colleghi, pubblicata nel 2022.

A **livello nazionale**, nel 2019 in Italia è stato pubblicato dal Ministero della Salute il documento *“Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita”*, per evidenziare l’importanza ormai nota di interventi preventivi, protettivi e curativi dal momento del concepimento fino ai due anni di vita del bambino, i quali hanno un effetto importante a medio e lungo termine sulla salute di madre e bambino, ma anche ad ampio raggio sulla famiglia, la comunità e le generazioni future.

Rivolta all’assistenza prenatale, di recente in Italia è stata pubblicata la prima parte delle nuove linee guida sull’assistenza alla gravidanza fisiologica, pubblicate nel 2023 dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rispetto alla precedente pubblicazione, nel 2010, e al parziale aggiornamento, nel 2011, vengono aggiornate ed introdotte raccomandazioni riguardo alle informazioni da offrire durante il percorso nascita, considerando il contesto attuale e tenendo in considerazione il bisogno di ogni donna di domandare, esprimere liberamente dubbi ed essere rassicurata, con l’obiettivo di favorire scelte e decisioni consapevoli in gravidanza, durante il parto e nel puerperio. Segnaliamo anche il documento *“Standard Organizzativi per l’Assistenza Perinatale”* pubblicato nel 2021 dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN), il quale contiene un’interessante analisi della normativa italiana in merito al percorso nascita.

Un riferimento utile per migliorare l’assistenza in situazioni di natimortalità in Italia è stato pubblicato nel 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, un documento sulla gestione clinica della natimortalità nel quale viene approfondito il tema sulle competenze comunicative degli Operatori, come necessità per un’assistenza di qualità, e nel quale viene proposto un modello di audit clinico (Arduini et. al, 2008).

Rispetto alla salute mentale perinatale in Italia l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) indica come documento di riferimento le *“Linee guida di pratica clinica evidence-based per la prevenzione, lo screening e il trattamento della depressione peripartum”*, pubblicate nel 2023. Nel testo, scritto in inglese, vengono delineati gli aspetti principali della depressione perinatale, quali: prevalenza, incidenza, impatto, fattori di rischio, raccomandazioni cliniche, prevenzione, screening e trattamenti.

A **livello regionale** per il disagio psichico perinatale il documento di riferimento è il *“Profilo assistenziale condiviso per l’intercettazione precoce e per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum”*, pubblicato dalla Regione Piemonte, nel 2019. Nel documento è possibile trovare le indicazioni e le modalità per l’organizzazione di un sistema di prevenzione e presa in carico del disagio perinatale, nello specifico di quei disturbi psichici con insorgenza in gravidanza e nei primi mesi di vita neonatale. I principali obiettivi sono:

- ➔ Informare, sensibilizzare e garantire strumenti appropriati agli Operatori coinvolti in ambito perinatale, in particolare sull'individuazione di segnali di disagio o fattori di rischio per la comparsa di un disturbo vero e proprio;
- ➔ Prevenzione e riconoscimento precoce dei sintomi per una presa in carico tempestiva;
- ➔ Fungere da strumento di supporto evidence-based, integrato nel "Percorso Nascita", per gli operatori dell'area materno infantile.

Nel profilo assistenziale vengono trattate diverse tematiche fondamentali per un'adeguata assistenza alla salute mentale perinatale, quali:

1. Gli aspetti epidemiologici e clinici dei disturbi ad insorgenza nel periodo perinatale (depressione post-partum, maternity blues, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti, psicosi puerperale)
2. Prevenzione in fase preconcezionale, in gravidanza, in post-partum e nel puerperio
3. Gravidanze in condizioni patologiche
4. Diagnosi precoce e presa in carico (screening e rete di monitoraggio)
5. Indicazioni sulla costruzione e manutenzione della rete
6. Indicazioni sulla presa in carico ed interventi farmacologici
7. Raccolta dati e monitoraggio

Infine, vengono presentati in allegato alcuni strumenti utili al professionista che si interfaccia con la donna durante la gravidanza o il puerperio, come il modulo di screening, le domande di Whooley, la bilancia delle emozioni, la rete dei Servizi di vicinanza, gli strumenti della rete e due questionari (PHQ 9, EPDS).

Intercettazione precoce e prevenzione

Prevenzione

Il periodo perinatale rappresenta una “*crisi*”. Spesso si attribuisce a questo termine un connotato negativo, in realtà in Psicologia si definiscono “*crisi*” tutti quei passaggi esistenziali che comportano un cambiamento ed un riassetto del nostro modo di essere. Sono momenti in cui bisogna riorganizzare il proprio assetto mentale con il fine di fronteggiare il cambiamento.

Dal momento in cui i partner desiderano avere un figlio inizia un processo di rivoluzione identitaria: vengono esperite nuove emozioni, preoccupazioni, angosce e nuovi pensieri; vengono riattivati vissuti infantili; la madre subisce cambiamenti fisici e sperimenta sensazioni corporee del tutto nuove.

Quindi, anche quando non avvengono eventi avversi e non insorge una psicopatologia, il periodo perinatale rappresenta un momento critico.

Agli occhi della società la gravidanza, il parto ed il periodo neonatale appaiono idealizzati.

Il pensiero comune è spesso irrealistico poiché non vengono considerate le difficoltà e la presenza di emotività negativa, che sono invece naturali e normali in un passaggio tanto delicato, quale la genitorialità. La donna, in modo particolare, deve fare i conti con il falso mito della “*mamma perfetta*”, ossia una figura irrealistica di madre modello, la quale ha un istinto materno innato, un amore incondizionato per il proprio figlio fin dal primo momento in cui lo vede, una sintonizzazione immediata e la capacità di gestire tutti gli ambiti della propria vita in maniera analoga a quanto facesse prima della gravidanza.



In questo modo le pressioni culturali e sociali intensificano il sentimento di inadeguatezza dei neogenitori, i quali per timore di essere ritenuti genitori incapaci non si sentono liberi di esprimere i propri vissuti, favorendo l’emergere del senso di solitudine.

Inoltre, può accadere che, oltre alle difficoltà di un decorso fisiologico del periodo perinatale, i genitori si trovino a dover affrontare **situazioni avverse**, le quali possono coinvolgere la salute fisica della madre o del bambino e la salute mentale dei genitori (morte endouterina fetale, aborti spontanei, interruzione volontaria di gravidanza, parto pretermine, procreazione medicalmente assistita, diagnosi prenatale, patologia materna, parto complicato, ricovero in Terapia Intensiva Neonatale...).

Infine, è ormai noto che la presenza di eventi stressanti e situazioni traumatiche, presenti o passate, nella vita dei genitori e dei familiari possono essere vissute in modo amplificato in un momento così sensibile, e tutto ciò che non viene elaborato può venir trasmesso come eredità transgenerazionale.

Emerge quindi con sempre più evidenza la necessità di porre una sempre **maggior attenzione al periodo perinatale** e alle sue vicissitudini in un'ottica di prevenzione non solo medica, così da favorire *“uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”* (OMS, 2022) in linea con la definizione di salute dell'OMS.

Cosa significa fare prevenzione in epoca perinatale?

Agire preventivamente in epoca perinatale significa mettere in atto azioni che permettano di intercettare situazioni di rischio, con l'obiettivo di agire prima che insorga la problematica, in modo tale da evitarla, oppure agire tempestivamente quando è insorta, intervenendo così sul benessere psicofisico della donna, della coppia e sul futuro sviluppo neuro-evolutivo del bambino, nel breve e nel lungo termine.

È possibile individuare alcune azioni specifiche che agiscono in questo senso:

- Un passo fondamentale verso la prevenzione perinatale è la **continuità dell'assistenza**, la quale dovrebbe iniziare dal momento in cui si presenta il desiderio generativo fino ai primi anni di vita del bambino. Infatti, la pianificazione familiare e la presenza di Operatori sanitari che seguano il percorso della donna o della coppia, garantendo anche l'opportunità di un supporto psicologico, offrono un'assistenza maggiormente adeguata e la possibilità di intercettare eventuali disagi psicologici o fattori di rischio psicopatologici.
- Per fornire un'assistenza di qualità, oltre alla continuità sono necessari **coordinamento e collaborazione**, ossia Servizi e interventi multidisciplinari connessi tra loro, con l'obiettivo di prendersi cura di tutti gli aspetti di cui la donna e la coppia hanno bisogno.¹
- Per assicurare una **care** che prevenga disagi ed esiti psicopatologici in epoca perinatale è anche fondamentale che la **care** sia competente, personalizzata, rispettosa ed empatica, in modo tale da evitare negligenze, espressioni attive di violenza ostetrica e supplire alle eventuali carenze della struttura ospedaliera.

¹ La rete di assistenza, così come delineato nel “Profilo Assistenziale della Regione Piemonte nel 2019”, dovrebbe coinvolgere “Consultori familiari, Ambulatori Specialistici pubblici e privati, Punti Nascita, servizi attivati in puerperio, Pediatri di libera scelta e Medici di medicina generale, Servizi di Psicologia, di Psichiatria, di NPI, delle dipendenze, Servizi Sociali” (Regione Piemonte, 2019, p. 1)

- Fare prevenzione significa anche **sensibilizzare**. La ricerca sulle tematiche perinatali e la divulgazione di informazioni hanno molteplici vantaggi: abbattere i tabù e false credenze; incoraggiare la messa in atto di azioni preventive da parte della popolazione e degli Operatori sanitari; redigere linee-guida aggiornate; programmare ed implementare piani di intervento mirati e specifici per ogni contesto.
- Un altro importante fattore di prevenzione è **l'accessibilità dell'assistenza** la quale dovrebbe essere universale, così da permettere a chiunque di ricevere l'assistenza di cui ha bisogno: *“La salute perinatale non dovrebbe essere un lusso per pochi, frutto di incontri fortunati e casuali con operatori formati per sensibilità personale, ma diritto dell'intera comunità.”* (Palma, 2021)

La Psicologia Perinatale può fornire le competenze per l'applicazione di un'adeguata **prevenzione**. Questa dovrebbe essere implementata su tre **livelli di assistenza**:

- Livello primario: dovrebbe occuparsi di divulgazione fin dal momento del concepimento; screening ed intercettazione di vulnerabilità psicopatologica, sin dall'inizio della gravidanza e formazione degli Operatori. Inoltre, dovrebbe garantire la possibilità di usufruire di corsi di accompagnamento alla nascita che prevedano anche l'aspetto psicosociale.
- Livello secondario: dovrebbe garantire una continuità dell'assistenza anche nel periodo del post-parto, sostenendo la genitorialità per i primi anni di vita del bambino, prevenendo esiti psicopatologici quale la depressione post-partum ed eventi stressanti nel sistema familiare.
- Livello terziario: dovrebbe intervenire tempestivamente quando è in atto una condizione di fragilità, di esiti avversi della gravidanza o di conclamata psicopatologia in modo tale da prevenirne l'aggravamento e le ripercussioni nel lungo termine.

*“Intervenire precocemente investendo sulla prevenzione perinatale ha un **quadruplo vantaggio** perché ha un effetto sulla salute della madre; sulla salute del bambino e futuro adulto; sull'intero sistema familiare e ha un ritorno economico”* (Palumbo et al., 2016, p. 7).

Indicatori di rischio e fattori di protezione

Il disagio psichico perinatale sfugge frequentemente all'osservazione clinica e meno del 50% delle donne che ne soffrono chiede spontaneamente aiuto.

Le forme più subdole, e quindi difficilmente rilevabili, di disagio psichico durante la gravidanza, il travaglio di parto o dopo il parto meritano una particolare attenzione da parte degli Operatori poiché possono rappresentare importanti campanelli di allarme. Tutti gli Operatori, pur avendo competenze e missioni diverse, devono essere adeguatamente preparati e formati all'ascolto attivo e non giudicante per riconoscere i segni di disagio.

Nella Regione Piemonte sono presenti reti perinatali multiprofessionali in ogni ASL e ASO appositamente pensate per la presa in cura del disagio psichico perinatale. Ancor prima di orientare e accompagnare la donna alla presa in cura specialistica, gli Operatori possono contare su una condivisione del caso con altri Colleghi e nello specifico con gli Operatori perinatali previsti nelle reti, orientare l'osservazione e ottimizzare l'intervento clinico oltretutto per ridurre il carico emotivo.

Il disagio può essere intercettato da parte degli Operatori perinatali attraverso i bilanci di salute e le occasioni di contatto previste dall'Agenda di gravidanza, nel percorso di assistenza alla gravidanza e dall'Agenda della salute del bambino, per quel che riguarda il percorso crescita.

L'Operatore, al momento dell'intercettazione del disagio, può avvalersi della consulenza di Psicologi, Psichiatri o Assistenti Sociali per valutare le necessità della donna e le modalità di intervento.

Inoltre programmi di screening in gravidanza e nel post-partum riducono la prevalenza del disagio psichico perinatale, aumentano i tassi di remissione dei sintomi depressivi e la risposta ai trattamenti.

La ricerca evidenzia che **l'identificazione precoce** ha un ruolo fondamentale nel trattamento e nella prevenzione, di particolare importanza anche in considerazione della gravità delle conseguenze di tali disturbi sulla mamma, sulla relazione di accudimento e sul legame di attaccamento madre bambino e sulla futura genitorialità.

Al fine di individuare precocemente il disagio ed eventuali condizioni psicopatologiche lungo tutto il percorso nascita e crescita è importante l'attivazione di una rete perinatale di monitoraggio che si prenda cura dello stato emotivo della donna oltre che di quello fisico.

I dati anamnestici possono essere rilevati senza porre direttamente i quesiti alla donna, ma nell'ambito più generale del colloquio svolto (molte delle risposte sono deducibili da quanto raccolto tramite l'Agenda di



gravidanza) e anche dalla comunicazione non verbale, considerando sempre che, più la donna si sentirà a suo agio, più sarà disponibile al dialogo ed eventualmente a comunicare il proprio malessere.

Appare quindi prioritario stabilire una buona intesa e ottenere la fiducia della donna piuttosto che esaminare ogni indicatore rischiando un suo atteggiamento di chiusura e difesa.

Il dialogo tra donna ed Operatore infatti deve poter essere considerato un'opportunità di aiuto per coloro che si rivolgono ai Servizi.

Di seguito una tabella riassuntiva degli indicatori di rischio perinatale.

Il primo passo verso l'intercettazione di una situazione di disagio psichico o di conclamata psicopatologia è, infatti, **la rilevazione degli indicatori di rischio.**

→ **Importante:** tutti gli Operatori coinvolti devono ricevere la formazione necessaria per poter riconoscere i fattori di rischio di psicopatologia in epoca perinatale.

TABELLA INDICATORI DI RISCHIO PERINATALE	
<ul style="list-style-type: none">• Continuativi (che caratterizzano stabilmente le condizioni della persona) di natura: biologica, psicologica o ecologica• Transitori (che caratterizzano un periodo o una situazione di forte stress)	
Indicatori di rischio biologico: <ul style="list-style-type: none">• Anemia da deficienza di ferro• Vulnerabilità ormonale• Malnutrizione materna• Uso/abuso di sostanze stupefacenti, alcool e farmaci• Insonnia	Indicatori di rischio ostetrico-ginecologico: <ul style="list-style-type: none">• Complicazioni in gravidanza:<ul style="list-style-type: none">- gravidanza non desiderata- precedenti aborti (IVG, aborti spontanei, ITG, morti endouterine)- precedenti esperienze traumatiche riguardanti la gravidanza- gravidanza da fecondazione assistita• Complicazioni durante il parto:<ul style="list-style-type: none">- parto distocico (taglio cesareo, forcipe, ecc.)- mancanza di supporto e di aiuto in sala parto percepito

<p>Indicatori di rischio neonatologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà relative all'allattamento • Precedenti esperienze traumatiche • Patologia del neonato (malformazioni, prematuranza, ecc.) • "Temperamento" difficile del bambino 	<p>Indicatori di rischio psicologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventi di vita stressanti (lutti recenti o non elaborati, violenza domestica, malattie gravi di una persona cara, separazioni, licenziamenti, traslochi, ecc.) • Difficoltà nel rapporto di coppia • Partner assenti • Solitudine, mancanza di supporto emotivo e sociale, conflitti con la famiglia d'origine, contesto ambientale che non funziona da "impalcatura" • Gravidanze in minorenni • Disoccupazione, perdita del lavoro recente, abbandono della professione dopo la nascita del bambino • Gravidanza e post partum in donna straniera con scarsa integrazione sociale
<p>Indicatori di rischio psicopatologico/psichiatrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Storia personale o familiare di disturbi psichiatrici • Farmacoterapia con psicofarmaci pregressa o in corso • Depressione o ansia in gravidanza • Maternity blues o depressione post partum in precedenti nascite 	<p>Indicatori sociali per l'attivazione del Servizio Sociale Ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona seguita dai Servizi Sociali • Persona seguita dai Servizi specialistici (Ser.D.-CSM) • Pregresso uso/abuso di sostanze stupefacenti, alcool e farmaci • Paziente giovane/minore età • Nuclei monogenitoriali • Contesto familiare con dinamiche relazionali problematiche • Disoccupazione, perdita del lavoro recente, abbandono della professione dopo la nascita del bambino • Gravidanza e post partum in donna straniera con scarsa integrazione sociale • Situazione di isolamento sociale, relazionale, abitativo/rete familiare lontana o assente • Recente migrazione e/o barriera linguistica in assenza di rete di sostegno • Disagio economico/disoccupazione • Precarietà /criticità abitativa • Violenza domestica • Basso livello di scolarità

PRINCIPALI FATTORI DI PROTEZIONE	
Relazione stabile con il partner	Reazione positiva del partner o della propria madre alla notizia della gravidanza
Presenza di supporto concreto	Presenza di supporto emotivo
Allattamento ben avviato	Stabilità socioeconomica
Paziente seguita in gravidanza e nel post partum dai Servizi Sanitari	Livello di scolarità

Screening di base

Intercettare una situazione di disagio è compito di **tutti gli Operatori sanitari** che vengono in contatto con la donna. Per farlo ci sono a disposizione strumenti di screening, alcuni di questi molto semplici e veloci, da poter utilizzare durante le visite di routine.

Rimangono comunque importanti, oltre all'utilizzo di strumenti, la capacità empatica, la creazione di un rapporto di fiducia con la paziente e la normalizzazione di vissuti negativi in gravidanza.

In caso di dubbi da parte dell'Operatore o di intercettazione di disagio, è necessaria una rete per invio e presa in carico della paziente nei Servizi specifici: Psicologia, Psichiatria, Servizio Sociale, Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, PLS e MMG (come previsto dal Profilo assistenziale Regionale del 2019).

→ **Importante:** gli Operatori coinvolti devono ricevere la formazione adeguata non solo a poter utilizzare alcuni di questi strumenti, ma specialmente all'ascolto empatico e all'attenzione della componente emotiva.

- Durante le visite è utile indagare la situazione della paziente attraverso il colloquio, utilizzando le **domande di Whooley:**

1. “Durante l’ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?”
2. “Durante l’ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?”

Una sola risposta positiva è sufficiente per la positività del test. Questo strumento di screening può essere affiancato dalla “bilancia delle emozioni”, specialmente nei casi di pazienti di origine straniera. Queste domande orientano relativamente all’abbassamento del tono dell’umore e alla sofferenza che ne consegue, alla riduzione o perdita del piacere.

Dopodiché l’Operatore può approfondire con la domanda: “C’è qualcosa che lei pensa possa aiutarla?”.

- Durante il colloquio è possibile anche indagare l’eventualità di violenza domestica. In questi casi l’Operatore deve prestare un ascolto attivo e verificare se sono stati coinvolti minori, sia come vittime dirette che come vittime di violenza assistita.

In queste situazioni la presa in carico da parte della rete territoriale deve avvenire il prima possibile.

→ **Importante:** l’Operatore sanitario è obbligato per legge a segnalare le situazioni di violenza domestica in gravidanza all’autorità giudiziaria. (Regione Piemonte, 2019).

- Nei casi in cui le pazienti siano di un’altra nazionalità sarebbe opportuno richiedere l’intervento di un mediatore culturale e verificare che lo strumento utilizzato sia interculturale, inoltre, bisogna tenere presente che il rischio di depressione è maggiore a causa della possibile lontananza dalla famiglia d’origine e dalla realtà culturale e ambientale diversa in cui si trovano.

Screening di secondo livello (Psicologi e Psichiatri)

La scala di screening “**Edinburgh Postnatal Depression Scale**” (EPDS) può essere utilizzata perché tradotta in molte lingue (Anniverno et al., 2014). L’EPDS è un questionario autosomministrato che presenta 10 item con lo scopo di valutare lo stato psichico e la presenza di disagio psicologico della donna nell’ultima settimana. Può essere somministrato sia durante la gravidanza che nel post-parto. Così come tutti gli strumenti, anche la scala EPDS non va sostituita ad un colloquio clinico e ad una valutazione clinica.

Durante il colloquio con la donna possono essere approfondite le risposte positive poiché segnalano la presenza di rischio, specialmente all'item n.10 "ideazione suicidaria".²

Indagine e riconoscimento di situazioni ad alto rischio durante il colloquio in gravidanza

1. Ideazione suicidaria: "Ha mai pensato di farsi del male?"; "Ha mai pensato che la vita non vale la pena di essere vissuta?"; "Ha pensato come fare?".
2. Relazione madre-bambino: "Durante la gravidanza ha effettuato i controlli di routine?"; "Durante la gravidanza ha mai avuto comportamenti inadeguati o a rischio per il feto?"; "Ha mai pensato di colpirti la pancia per fare del male al bambino?"; "Ha mai provato odio o rifiuto nei confronti del feto?".

(Anniverno et al., 2014, p.29-30)

² "Domande di Whooley" (o "domande di riconoscimento); "Bilancia delle emozioni"; "Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)"; "Postpartum Depression Predictors Inventory" (PDPPI); "Patient Health Questionnaire-9 (PHQ 9)"; "General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)"; "Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)"; "Prenatal Attachment Inventory (PAI)"; "Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)"; "Maternal Attachment Inventory (MAI)"; "Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)"; "Postpartum Maternal Attachment Scale (PMAS)"; "Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS); "Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS); "Parent-to-Infant Attachment Questionnaire (PAQ)"; "Maternal Aggressive Behaviour Risk Assessment (MABRA)".

Strumenti: "Beck Depression Inventory (BDI)" ;"Beck Depression Inventory-II (BDI-II)"; "Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)"; "Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS); "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)"; Psychological Well-being Scales (PWB); Short-Form Health Survey-36 Items (SF-36)"; "Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)"; "Positivity Scale (P-Scale)"; "Childbirth Attitudes Questionnaire"; "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)"; "Intervista Stafford"

Diagnosi e trattamento

Diagnosi

L'incidenza di disturbi mentali riportati dalle donne nel periodo perinatale è di circa il 10% (Camoni et al., 2023). A causa delle diverse metodologie di studio questa stima ha un range di variabilità ampio (10-16%) (Anniverno et al., 2014).

In alcuni casi la diagnosi di disturbo mentale è preesistente, con presenza di terapia farmacologica o meno. In questi casi è doveroso porre un'attenzione particolare allo stato psicofisico della donna e, se presente una terapia farmacologica, consultare uno Psichiatra possibilmente specializzato nel periodo perinatale.

→ **Ricorda:** Interrompere l'assunzione di farmaci durante la gravidanza non è sempre la scelta migliore e va sempre attuata su indicazione dello Psichiatra.

Le ricerche attestano che la presenza di psicopatologia materna in epoca perinatale non ha ripercussioni solo sulla vita della donna, ma ha un impatto anche sulla relazione madre-bambino. Inoltre, è correlata ad una maggiore incidenza di complicanze ostetriche e, a lungo termine, si evidenziano effetti sullo sviluppo cognitivo del bambino (difficoltà nell'acquisizione del concetto dell'oggetto, QI più basso in età prescolare, difficoltà di apprendimento), problemi comportamentali (gestione della rabbia, tristezza, paura, deficit dell'attenzione, iperattività, aggressività, bassa qualità del gioco, scarsa responsività con i pari e basso senso di auto-competenza) e maggiore probabilità di sviluppare un disturbo depressivo in adolescenza.

Psicopatologia del periodo perinatale

Depressione in gravidanza	<p><u>Incidenza:</u> 7,4% (primo trimestre); 12,8% (secondo trimestre); 12% (terzo trimestre).</p> <p><u>Esordio:</u> difficile da individuare poiché solitamente i sintomi di depressione vengono considerati tipici sintomi gestazionali, inoltre, il personale sanitario non sempre effettua screening psicologici.</p> <p><u>Durata:</u> settimane o mesi.</p>
Maternity blues	<p><u>Incidenza:</u> 50-80%.</p> <p><u>Descrizione:</u> condizione para-fisiologica transitoria</p>

	<p>reversibile connotata da tristezza, irritabilità e pianto immotivato.</p> <p><u>Esordio</u>: 3-4 giorni dopo il parto.</p> <p><u>Durata</u>: ore o giorni, non più di 2 settimane.</p>
Depressione post-partum	<p><u>Incidenza</u>: 10-15%.</p> <p><u>Esordio</u>: entro 6 mesi dopo il parto.</p> <p><u>Durata</u>: settimane o mesi (30% dei casi fino ad 1 anno).</p> <p><u>Gravità</u>: lieve-moderata-grave</p>

Disturbo d'ansia generalizzato	<u>Incidenza</u> : 10-15%.
Fobie specifiche	<u>Esordio</u> : entro 6 mesi dopo il parto.
Disturbo post-traumatico da stress	<u>Durata</u> : settimane o mesi (30% dei casi fino ad 1 anno).
Attacchi di panico	
Disturbo ossessivo compulsivo (DOC)	<p><u>Incidenza</u>: 3-5%.</p> <p><u>Esordio</u>: 4-6 settimane dopo il parto (il 25% dei casi ha esordio nel puerperio).</p> <p><u>Durata</u>: settimane o mesi.</p> <p><u>Sintomi nel perinatale</u>: paura di stare da sola con il bambino; perdita appetito; tendenza a proteggere eccessivamente il bambino; vergogna; senso di colpa; preoccupazione per i pensieri aggressivi rivolti al bambino; messa in atto di comportamenti che eliminino oggetti potenzialmente utilizzabili per fare del male al bambino.</p>

<p>Tocofobia</p>	<p><u>Incidenza:</u> 6-10% delle donne in gravidanza; 13% della popolazione in età fertile.</p> <p><u>Descrizione:</u> paura del dolore che porta ad evitare di affrontare l'evento temuto, il parto naturale.</p> <p><u>Esordio:</u> può presentarsi in qualunque momento della gestazione, durante il parto o prima dell'esperienza gravidica.</p> <p><u>Classificazione:</u> <i>tocofobia primaria – tocofobia secondaria – tocofobia secondaria alla depressione in gravidanza.</i></p>
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Psicosi puerperale</p>	<p><u>Incidenza:</u> 0,1-0,2%; rischio di ricadute nelle successive gravidanze del 50%.</p> <p><u>Esordio:</u> entro due settimane dopo il parto</p> <p><u>Durata:</u> settimane o mesi.</p> <p><u>Gravità:</u> rappresenta un'emergenza psichiatrica, nella maggioranza dei casi è necessario il ricovero (possibilmente congiunto, con il bambino, in <i>mother and baby units – MBU</i>).</p>
<p>Disturbo bipolare (diagnosi pregressa)</p>	<p><u>Incidenze:</u> circa il 70% delle madri con disturbo bipolare soffre di almeno un episodio dopo il parto ed oltre il 90% degli episodi avviene nelle prime 4 settimane dopo il parto; la maggior parte delle donne con diagnosi di disturbo bipolare, specialmente di tipo II, soffre di depressione ed un episodio depressivo su quattro insorge oltre la quarta settimana dopo il parto.</p>
<p>Schizofrenia (diagnosi pregressa)</p>	<p>Ad oggi non è stata osservata una particolare relazione tra la schizofrenia e il puerperio, nonostante ciò, può essere necessario il ricovero anche se non c'è un peggioramento del quadro psicopatologico, per monitorare e facilitare la</p>

	relazione madre-bambino.
--	--------------------------

Disturbi alimentari in gravidanza (diagnosi pregressa)	<p><u>Incidenza:</u> 1 donna gravida su 20 ha un disturbo alimentare.</p> <p><u>Sintomatologia nel perinatale:</u> una remissione della sintomatologia durante la gravidanza è rara, si assiste, invece, ad una trasformazione della sintomatologia.</p> <p><u>Ripercussioni:</u> Inadeguato incremento ponderale; rischio di ricaduta del disturbo; maggiore vulnerabilità per un disturbo depressivo; possibili effetti negativi sull'andamento della gravidanza e sul parto; maggiore probabilità di prematurità e morte in culla; difficoltà nell'allattamento; effetti a lungo termine negativi sul feto; maggior rischio di sviluppare il disturbo nelle figlie.</p>
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Disturbo da uso di sostanze (diagnosi pregressa)	<p><u>Incidenza:</u> 6.5-11% delle donne con disturbo da dipendenza da sostanze sono in gravidanza o maternità (Italia); 5% delle donne in gravidanza tra 15 e 44 anni fa uso di sostanze (USA).</p> <p><u>Ripercussioni:</u> sofferenza fetale durante la gestazione; ritardo nella crescita intrauterina; alterazioni strutturali e somatiche alla nascita; anomalie congenite; disturbi funzionali; anomalie comportamentali a lungo termine.</p> <p><u>Gravità:</u> condizione di rischio per le funzioni genitoriali di cura e protezione; relazione genitore-bambino e sviluppo infantile ad elevata vulnerabilità.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>“Il bambino può fungere da possibilità di riscatto e di abbandono della condotta tossicomane” (Grussu & Bramante, 2016, p. 395).</i> ● Durante le visite prenatali dovrebbe essere
---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>presente lo screening rispetto all'uso o abuso di sostanze attuale o pregresso.</p>
Gravidanza nascosta	<p><u>Descrizione:</u> la donna, pur riconoscendo il proprio stato gravidico, decide di nascondere la gravidanza alle persone a lei vicine; anche se la donna è consapevole della gravidanza potrebbero essere presenti meccanismi non totalmente coscienti nell'atto di nascondersela.</p> <p><u>Durata:</u> giorni, mesi oppure finché la donna non decide di disvelare la propria condizione.</p>
Diniego della gravidanza	<p><u>Descrizione:</u> la donna si dimostra incapace di riconoscere il proprio stato gravidico ("gravidanza non riconosciuta") oppure nega la realtà della gravidanza (gravidanza negata), la sintomatologia tipica della gravidanza viene respinta razionalmente e interpretata soggettivamente con altre spiegazioni. Possono essere presenti deliri ("diniego della gravidanza psicotico").</p> <p><u>Variabilità:</u> il diniego della gravidanza è un concetto multidimensionale e si manifesta con un range ampio di consapevolezza, disfunzionalità e temporalità.</p> <p><u>Durata:</u> giorni, mesi oppure fino al parto.</p> <p><u>Possibili conseguenze:</u> comportamenti a rischio per il feto; disturbi psicologici postnatali; neonaticidio; maltrattamento; negligenza; abuso infantile.</p>
Pseudociesi	<p><u>Incidenza:</u> 1-6 casi su ventiduemila gravidanze (incidenza maggiore nei Paesi in via di sviluppo: in Africa 1 caso su 344 gravidanze).</p> <p><u>Descrizione:</u> la donna è convinta di essere incinta nonostante non ci sia prova dell'esistenza del feto (assenza clinica e strumentale del feto). Solitamente è associata a sintomi tipicamente gravidici</p>

	<p>(rigonfiamento addominale; aumento del volume dell'utero; flusso mestruale ridotto; amenorrea; nausea; modificazione del seno e contrazioni).</p> <p><u>Diagnosi differenziale:</u> delirio di gravidanza; pseudo-gravidanza; gravidanza simulata; <i>couvade</i>.</p> <p><u>Durata:</u> solitamente le regolari visite ostetriche durante il primo trimestre e le procedure diagnostiche aiutano la donna a prendere atto di non essere incinta, risolvendo così la pseudociesi.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Disturbo della relazione madre-bambino	<p><u>Incidenza:</u> 1% (rifiuto minacciato: avversione verso il bambino e tentativo di sottrarsi dalle cure).</p> <p><u>Descrizione:</u> presenza di un sentimento negativo persistente nei confronti del proprio bambino.</p> <p><u>Manifestazioni cliniche:</u> severo ritardo nella risposta materna; ostilità e rifiuto.</p> <p><u>Sintomi:</u> rifiuto del bambino con risposta affettiva patologica; mancanza di sentimento; antipatia/ostilità/odio; mancanza di interazione; ricerca di una via di fuga dalla cura del bambino; desiderio segreto che il bambino scompaia, venga rubato o muoia; rabbia patologica con irritazione/urla/maltrattamento.</p> <p><u>Fattori di rischio specifici:</u> gravidanza non desiderata; reazione negativa nei confronti del bambino; depressione in gravidanza o nel postparto; relazione difficile con la propria madre; temperamento del bambino; eventi stressanti al momento della nascita (abbandono da parte del padre; parto traumatico).</p> <p><u>Gravità:</u> vengono considerate madri ad alto rischio, a causa delle ripercussioni a lungo termine sul bambino e del rischio di maltrattamento, abuso infantile, trascuratezza e (più raramente) filicidio.</p>
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Suicidio materno	<p><u>Incidenza:</u> 3.5-11 ogni centomila gravidanze (la più comune causa di morte durante la gravidanza e nel</p>
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>primo anno dopo il parto); durante il periodo perinatale l'ideazione suicida è presente nel 5-14% delle donne.</p> <p><u>Prevenzione:</u> valutazione attenta di rischio suicidario nella prassi clinica in gravidanza e nel post parto; valutazione del grado di rischio (basso-medio-elevato); nel caso di rischio di suicidio è doverosa una contemporanea valutazione di rischio per il bambino; avere dei protocolli; maggiore attenzione alle donne che presentano specifici fattori di rischio (gravidanza non desiderata; precedente esito avverso in gravidanza; storia psichiatrica; psicopatologia attuale).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importante: Il suicidio materno avviene in modo più violento e con metodi maggiormente inusuali rispetto al suicidio delle donne nella popolazione generale, significa che sono presenti alti livelli di intenzionalità e di psicopatologia.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Omicidio		
Neonaticidio	Uccisione del neonato entro le prime 24 ore di vita.	<u>Incidenza di psicopatologia:</u> 85% 49% disturbo psicotico.
Infanticidio	Uccisione del bambino da un giorno di vita fino al primo anno.	17% disturbi di personalità. 25% disturbi d'ansia.
Figlicidio (materno/paterno)	Uccisione del figlio, più grande di un anno.	7% disturbi organici.
Figlicidio-suicidio	Uccisione del figlio seguito da suicidio del genitore.	1% disturbi dell'umore. (Mastronardi et al., 2012)

Disturbi affettivi nei padri	<p><u>Incidenza:</u> 10.4% a livello mondiale.</p> <p><u>Esordio:</u> 3-6 mesi dopo il parto (26.6%); primo/secondo trimestre (11%); terzo trimestre (12%); primi 3 mesi dopo il parto (7.7%); secondo semestre dopo il parto (10%).</p>
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><u>Durata:</u> fino a 6 mesi dalla nascita.</p> <p><u>Descrizione:</u> difficoltà emotiva che può interferire negativamente sulla gravidanza, la vita di coppia, la salute mentale della madre, la relazione genitore-bambino e lo sviluppo del figlio; manifestazione differente rispetto a quella materna; spesso non diagnosticata.</p> <p><u>Sintomatologia:</u> umore depresso; disturbi d'ansia; disturbo ipocondriaco; disturbi di somatizzazione; difficoltà ad elaborare e regolare le emozioni; acting out comportamentali; disturbi del controllo degli impulsi; dipendenze patologiche; crisi di rabbia; disinteresse ed evitamento della vita familiare; relazioni extraconiugali; attività fisica compulsiva; gioco d'azzardo; rischio suicidario.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Regione Piemonte, 2019; Grussu e Bramante, 2016)

Trattamento

In caso di psicopatologia è necessario strutturare e proporre un piano di intervento specifico che prenda in considerazione le caratteristiche biopsicosociali e la storia personale di ogni donna.

- Ricorda: il primo passo del trattamento è **l'indagine** sulla presenza di condizioni ad alto rischio (ideazioni suicidarie; disturbo della relazione madre-bambino, trascuratezza o maltrattamento nei confronti del bambino; in gravidanza azioni che danneggino il feto e comportamenti a rischio)

Tutti gli Operatori coinvolti devono essere in grado di condurre l'indagine sulle condizioni ad alto rischio, ignorare questo tipo di indagine è altamente rischioso per la paziente e per il bambino.

Considerati gli effetti della psicopatologia perinatale sullo sviluppo del bambino, il trattamento non deve essere mirato solo al miglioramento dell'umore materno, ma deve agire anche sulla relazione madre-bambino.

Ad oggi la letteratura indica alcuni trattamenti maggiormente efficaci nel periodo perinatale, e, per alcune patologie vengono consigliati i trattamenti più adeguati.

Tipologie di trattamento in epoca perinatale

Psicoeducazione	Supporto psicologico
Tecniche di rilassamento	Psicoterapie
Musicoterapia	Mindfulness
Psicotraumatologia (EMDR)	Trattamento farmacologico

Per mezzo degli **interventi psicoeducativi** si trasmettono alla paziente, e alle persone a lei vicine, alcune conoscenze e competenze che le permettono di monitorare i propri sintomi e di avere maggiore consapevolezza della propria patologia. In questo modo potrà sviluppare nuove strategie personali e potrà aumentare anche l'aderenza ad eventuali altri trattamenti. In base alla gravità della patologia, della storia personale e delle esigenze della paziente è possibile attuare un intervento di **psicoterapia**, effettuato da uno Psicoterapeuta professionista, specializzato nel periodo perinatale.

Gli orientamenti che dalle ricerche attuali risultano maggiormente efficaci nel periodo perinatale sono: la terapia cognitivo-comportamentale; la terapia interpersonale, la terapia psicodinamica e, specialmente in caso di esperienze traumatiche, è possibile utilizzare la **tecnica EMDR** (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Altrettanto importante è la messa a disposizione di un supporto psicologico da un Professionista, anche non specializzato in psicoterapia, che offra un ascolto empatico e non giudicante e la possibilità di un dialogo aperto per esplorare le tematiche che causano disagio e sofferenza alla donna. Infine, ci sono alcune tecniche particolarmente adatte al periodo della gravidanza e del post-parto perché coinvolgono sia il corpo che la mente, quali le tecniche di rilassamento (Meditazione, Yoga, Rilassamento muscolare progressivo di Jacobson...).

In alcuni casi è però necessario un **intervento farmacologico**, a seconda del livello di gravità del disturbo, della compromissione della salute della donna e del bambino e della presenza di fattori di rischio per la vita. Nonostante ci siano dei rischi nella somministrazione di psicofarmaci durante la gravidanza, questi andranno valutati dallo Psichiatra specialista per il caso specifico.

Trattamento farmacologico pregresso

Se la paziente presenta psicopatologia pregressa con trattamento farmacologico, l'Operatore sanitario al momento della gravidanza non deve consigliare arbitrariamente la sospensione degli psicofarmaci, poiché la scelta è di competenza dello Psichiatra di riferimento (possibilmente specializzato per il periodo perinatale) ed è inoltre consigliata la consulenza in un centro di tossicologia clinica. Infatti, non trattare il disturbo durante la gravidanza può essere dannoso per la donna, per la gravidanza, per il parto, per il puerperio, per la crescita intrauterina e neonatale, e può provocare danni neuronali al feto. (Regione Piemonte, 2019)

Buone prassi nei vari ambiti perinatali

Tra i Servizi socio-sanitari coinvolti nel periodo perinatale troviamo: Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Reparti di Terapia Intensiva Neonatali, Ambulatori di Psicologia Perinatale, Consultori familiari e i Corsi di accompagnamento alla nascita. Gli Operatori che lavorano in questi ambiti ed entrano in contatto con la donna e la coppia durante la transizione alla genitorialità hanno il compito di seguire alcune indicazioni per una cura ed una *care* di qualità.

Attività ambulatoriali e corsi di accompagnamento alla nascita

- Le attività consultoriali di supporto alla genitorialità sono lo strumento migliore per la continuità dell'assistenza: infatti, la presa in carico di una donna e di una coppia già durante la gravidanza può proseguire durante il parto e fino ai primi anni del bambino.
- Consultori familiari e Ambulatori di Psicologia Perinatale sono efficaci nella presa in carico precoce del disagio psichico e di psicopatologie perinatali, offrendo anche l'osservazione genitore-bambino per un efficace intervento preventivo sulla relazione.
- I corsi di accompagnamento alla nascita, se ben strutturati, sono un'importante risorsa di supporto per il periodo prenatale e di preparazione al parto; questi dovrebbero offrire anche la partecipazione di una figura professionale come lo Psicologo o lo Psicoterapeuta specializzato in Psicologia Perinatale, per offrire supporto e informazioni rivolte alla salute mentale e agli aspetti psicosociali che riguardano il bambino.
- Un servizio meno frequentemente offerto, ma molto efficace come supporto alla genitorialità, sono i Corsi post parto, i quali hanno l'obiettivo di accompagnare, sostenere ed aiutare attraverso la psicoeducazione i neogenitori ad affrontare i primi mesi, a volte critici, con il bambino. (Lauria et al., 2022)



Reparti di Ostetricia e Ginecologia

- Gli interventi non dovrebbero avere come obiettivo solo la cura del sintomo e l'assistenza non dovrebbe essere solo medica; è fondamentale l'ascolto e la considerazione della situazione che sta vivendo la donna in quel momento e prestare attenzione alla sua storia riproduttiva. In questo modo saranno gli Operatori stessi a mettere in pratica alcune accortezze, rispettando le fragilità e le difficoltà della donna, prendendo in considerazione il suo stato emotivo e agendo in modo personalizzato con ogni paziente.
- È consigliabile la presenza di uno Psicologo specializzato in reparto, così da promuovere un intervento integrato a quello medico: prendersi cura della qualità di vita della paziente è un fattore di prevenzione per la sua salute globale.
- È necessario che ogni figura dell'équipe disciplinare conosca il ruolo delle altre e chieda un consulto se necessario. Collaborazione e stima reciproca favoriscono un'assistenza di qualità.
- È necessaria la creazione e l'applicazione di protocolli specifici per le varie aree di intervento, questi andrebbero discussi insieme a tutte le figure appartenenti all'équipe.

(Polenta et al., 2021)

Reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN)

- È un Reparto soggetto ad eventi dolorosi e potenzialmente traumatici per i neogenitori, i quali si sentono spesso soli e sono esposti ad un maggior rischio di sviluppare un disturbo mentale.
- Sono necessari interventi multidisciplinari che coinvolgano diverse figure professionali: Neonatologi, Ostetriche, Ginecologi, Infermieri, Psicologi e Pediatri.
- Va considerato anche il carico emotivo a cui sono sottoposti gli Operatori che lavorano in questo Reparto poiché possono essere a rischio di burnout a causa delle difficili realtà con cui si confrontano.
- La presenza di uno Psicologo specializzato in Reparto è fondamentale sia per i genitori che per gli Operatori.
- Il supporto psicologico deve essere fornito anche nel periodo post-ospedaliero, poiché queste famiglie solitamente si troveranno ad affrontare una realtà quotidiana più difficile rispetto a coloro che hanno vissuto un decorso fisiologico della gravidanza. (Colombo et al., 2021)

La figura paterna

Negli ultimi anni il padre è stato sempre più coinvolto nell'assolvimento di funzioni emotive nei confronti del proprio figlio, però, tuttora le ricerche e la conoscenza dei vissuti paterni sono molto scarse. Ad oggi è nota l'importanza della figura paterna fin dal momento della gravidanza e specialmente nei primi mesi di vita del bambino: egli funge da supporto alla diade-madre bambino, come base sicura per la propria famiglia, diventando egli stesso figura di attaccamento per il bambino, specialmente attraverso l'interazione con lui, la quale inizialmente sarà prevalentemente fisica. Sappiamo inoltre come, anche per il papà, la transizione alla genitorialità sia un periodo di vulnerabilità, specialmente per alcuni fattori specifici (priorità professionali; analfabetismo emotivo; sentimenti di esclusione dal nucleo madre-bambino; precedenti esperienze negative con il proprio padre).

Le ricerche mettono in luce come la presenza di disturbi affettivi nei padri, in particolar modo di depressione paterna, possa avere ripercussioni a breve o lungo termine sulla coppia, sul sistema familiare e sullo sviluppo psicofisico del figlio. Per queste ragioni è fondamentale non trascurare i vissuti emotivi dei padri anche nei contesti di assistenza sanitaria, in modo tale da intercettare il disagio psichico ed intervenire precocemente anche su condizioni meno conosciute. (Marcaccio & Scarponi, 2021)

Trauma e lutto nella perinatalità

Trauma nella Perinatalità

Il termine trauma deriva dal greco τραῦμα (-ατος) “ferita” e può essere considerato come *“L’effetto di un evento o stimolo percepito come perturbante che tende a stravolgere, ferire appunto, l’organizzazione dinamica raggiunta da un individuo o un sistema.”*

Il trauma è quindi l’acquisizione brusca e violenta di esperienze molto cariche dal punto di vista emotivo e del tutto spaventose e inaccettabili per la persona ed il suo contesto. Questa esperienza è tale da stravolgere completamente l’apprendimento biopsicosociale precedente. Tutto viene rimesso in discussione, tutti si sentono in alto mare.

Il trauma nel lutto perinatale è legato al contatto diretto del soggetto con paure, esperienze di dolore fisico e psichico, al contatto con la realtà della morte in modo *brusco*, non mediato e *non elaborabile nell’immediato*.

Quando parliamo di trauma psicologico parliamo di qualcosa che non ha significato e non è *significabile*: il trauma corrisponde *all’impossibilità di dare un senso* ed un significato, coerente e ad un episodio che si situa “fuori” dall’esperienza di vita normale dell’individuo. Nessuno di noi vorrebbe vivere questa esperienza e affrontare la sua bizzarria. È molto frequente che le persone traumatizzate sperimentino reazioni fisiche molto intense, flashback e pensieri intrusivi come se vivessero costantemente “dentro al trauma” in una sorta di presente infinito senza possibilità di integrazione.

Definiamo come traumi il lutto, la malattia grave, gli incidenti, le perdite di sicurezze personali.

Quando si parla di **periodo perinatale** si parla di quell’arco di tempo che va dal concepimento ai primi mesi di vita del bambino, un periodo incredibilmente critico e vulnerabile non solo per la formazione del legame con la madre e ma anche per la stabilizzazione dei sistemi di adattamento di base del nascituro, che da tale legame dipendono, e che regolano lo stato di salute fisica, psichica ed emotiva. L’arrivo di un bambino è un momento decisivo di potenziale trasformazione per i genitori e la famiglia e quindi è un importante fattore di salute sociale.

Tutto ciò che accade in questo periodo e che investe la madre, il padre, il suo corpo o la relazione col bambino, può avere un impatto importante e talvolta determinante su molteplici piani, proprio per la sensibilità e la criticità del periodo. Eventi dolorosi come lutti, perdite, crisi di coppia, ma anche situazioni fisiche che allontanano la gravidanza e il parto dalla fisiologia, possono avere un effetto dirompente per la relazione madre-bambino.

La morte di un bambino in gravidanza o dopo il parto è un trauma perinatale a tutti gli effetti: interrompe in modo brusco e violento il processo di genitorialità e il legame con il bambino, è uno shock emotivo di grande intensità e produce un lutto profondo e pervasivo che può durare dai 6 mesi fino a due anni successivi all'evento.

Il Lutto Perinatale

Il lutto perinatale viene inteso dalla letteratura scientifica come una profonda esperienza di sofferenza causata dalla perdita del bambino, che può avvenire durante o nei momenti successivi alla gravidanza. La perinatalità può essere considerata come un periodo che va dal pre-concepimento fino ad un anno dopo il parto. In questo arco temporale diversi sono gli eventi che possono configurarsi come traumatici, quali: aborto spontaneo, morte intrauterina, morte intraparto, interruzione di gravidanza, morte post natale ed anche infertilità.

Secondo fonti ISTAT si registrano 138,5 casi di aborto spontaneo per 1000 nati vivi, mentre per quanto riguarda la morte intrauterina fetale si è registrato un tasso di 2,4 nati morti per 1000 nati ed un tasso di mortalità perinatale di 4,1 morti per 1000 nati (ISTAT, 2016).

L'impatto traumatico del lutto perinatale coinvolge diverse figure: la coppia genitoriale è da considerarsi come vittima primaria del trauma. In particolare, tra il 4-25% delle donne coinvolte è a rischio di sviluppare un PTSD; inoltre, la nascita di un bambino morto predispone ad ansia e depressione ed acutizza problematiche pregresse.

A seguire familiari e amici sono vittime secondarie mentre soccorritori e Operatori sono le vittime terziarie. La morte del feto o del neonato si configura come traumatica perché viola gli assunti di base sulla concezione del mondo: non è nell'ordine naturale degli eventi che i genitori sopravvivano ai propri figli. Si configura quindi come una perdita *innaturale*, impensabile poiché interferisce con il processo di attaccamento in formazione, e *paradossale* in quanto rappresenta la sovrapposizione tra due eventi opposti nel continuum di vita che sono la nascita e la morte.

Il lutto non elaborato diventa trauma. Di conseguenza rielaborare il trauma favorisce: l'avvio del lutto, previene il PTSD, evita blocchi relazionali nella coppia, previene l'attaccamento di tipo disorganizzato nei figli che già ci sono ed, infine, contrasta la trasmissione intergenerazionale del lutto taciuto.

Il sistema nervoso del bambino piccolo è molto plastico, questo significa che si organizza in base agli stimoli che riceve dall'interscambio emotivo e corporeo con il caregiver. Il livello di massima neuroplasticità si esprime nell'arco di tempo che va dalla fase fetale della gestazione a i primi due anni di vita.

Tutte le esperienze vissute in questa finestra temporale vengono immagazzinate nella memoria somatica, non come ricordi poiché l'ippocampo, struttura cerebrale deputata al consolidamento del ricordo sottoforma di immagine, *non giunge a maturazione prima del secondo anno di vita.*

La memoria del periodo gestazionale e dei primi due anni di vita è una memoria somato-sensoriale e viscerale definita "implicita" che non affiora alla coscienza, e questo spiega perché non si possono avere ricordi dell'origine della propria esistenza.

Se in questo periodo dello sviluppo altamente critico il feto prima e il neonato dopo crescono in un contesto sano sia da un punto di vista biologico che emotivo-relazionale, lo sviluppo dell'organismo psicofisico sarà possibilmente sano e potrà esprimere il suo massimo potenziale, altrimenti i deficit relazionali rischiano di lasciare le loro impronte sotto forma di alterazioni della regolazione del sistema nervoso.



Alla nascita il sistema nervoso non è maturo a sufficienza per attivare le funzioni precipue dell'organismo umano e questo spiega perché il neonato non cammina, non parla, non afferra gli oggetti se non per via riflessa. Con l'incessante interscambio con gli stimoli ambientali si acquisiscono gli schemi motori, posturali e cognitivi che, insieme alla maturazione delle strutture

nervose, porteranno gradualmente nell'arco di tre anni a sviluppare le diverse abilità e competenze come camminare, parlare, afferrare gli oggetti con intenzione e manipolarli, pianificare l'azione e così via.

La nascita per il bambino non è un momento facile perché dall'ambiente uterino caldo, avvolgente e ovattato dove si è sviluppato a partire dall'incontro di due cellule, si ritrova all'improvviso travolto da una spinta fisiologica ad attraversare lo stretto canale del parto per affiorare alla vita.

L'ambiente extrauterino è costituito da una miriade di stimolazioni visive, uditive, tattili, olfattive sconosciute al bambino fino al momento della nascita e da cui si sente improvvisamente assalito.

Il parto naturale è dunque di per sé un'esperienza traumatica per ogni nascituro, ma lo diventa ancora di più se il parto si presenta lungo e doloroso o se il cordone ombelicale si avvolge intorno al collo procurandogli ipossia, se il bambino si pone in posizione podalica o se la sua fuoriuscita viene forzata dall'ausilio della ventosa. Tutte queste condizioni determinano sofferenza perinatale e neonatale e rappresentano per il nascituro minacce alla sua sopravvivenza, a cui inevitabilmente risponde con paura, alti livelli di attivazione ed elevata contrazione motoria.

Causa di trauma profondo è anche la nascita prematura, dove il bambino sin dalle prime ore viene separato dalla madre per essere curato in incubatrice.

Il contatto fisico amorevole con il corpo della madre svolge sin da subito una vitale e indispensabile funzione organizzatrice del sistema nervoso nascente ed è garanzia di accoglienza, sicurezza e protezione, pertanto il bambino può percepire questo distacco prematuro come pericolo di morte.

Questo pericolo può essere percepito in modo ancora più intenso in caso di morte della madre durante o per il parto.

Le primissime fasi dello sviluppo possono venire profondamente compromesse da esperienze traumatiche come interventi chirurgici precoci, una malattia del bambino o della madre, un decesso in famiglia, l'essere nati in tempo di guerra o durante un disastro naturale o in condizioni di grave povertà oppure in un clima emotivo familiare di depressione.

Tutti questi vissuti possono incidere negativamente sul processo di attaccamento tra madre e bambino.

Chi è lo Psicologo Perinatale: formazione e ambiti di intervento

La Psicologia Clinica Perinatale è l'applicazione del metodo clinico alle situazioni che riguardano la nascita (prima, durante e dopo): l'oggetto della conoscenza, nonché dell'aiuto che può dare lo Psicologo, è il feto, il neonato, il bambino. Tuttavia, questi non è concepibile come unico centro della Psicologia Perinatale: infatti, come ha ben evidenziato Winnicott (1975), *“Non esiste un bambino, esiste, semmai, una madre col bambino”*. Non è dunque concepibile un neonato come entità passibile di conoscenza psicologica: l'oggetto della Psicologia Clinica Perinatale è quindi la gestante col suo feto, la partoriente col suo neonato, la mamma col suo bambino. E c'è anche il padre. E un entourage familiare e sociale. La Psicologia Clinica Perinatale ha allora come suo oggetto unitario l'insieme relazionale che lega una coppia al figlio che questa decide di avere e che si colloca in un insieme sia familiare sia collettivo, costituito dall'organizzazione dei Servizi Assistenziali istituiti per proteggere e aiutare il processo di nascita, nonché in un più vasto contesto culturale e sociale.

La Psicologia Perinatale dedica la sua attenzione al periodo che comincia dal desiderio di avere un figlio e giunge fino ai primi anni di vita del bambino e si pone, inoltre, come disciplina *pionieristica* nel campo delle



nuove forme di genitorialità: famiglie ricomposte, monoparentali, multiculturali, omoparentali. Essa studia e si occupa di sostenere la triade madre-padre-figlio nella transizione alla genitorialità, avvalendosi di un approccio multidisciplinare, favorendo la salute dei singoli e valorizzando la qualità delle relazioni. L'importanza del lavoro integrato con altre figure professionali è una

caratteristica che contraddistingue il lavoro dello Psicologo Perinatale sia che operi in ambito Pubblico sia a livello del Privato Sociale.

Attualmente non esistono linee guida rispetto alla definizione della figura professionale dello Psicologo Perinatale che appare ancora legata ad alcune indicazioni “di massima”: iscrizione all'Ordine degli Psicologi; partecipazione a corsi di specializzazione/Master (della durata di circa 150/200 ore); significativa esperienza (almeno 2 anni) nel settore; partecipazione a workshop e/o seminari; eventuali supervisioni condotte da professionisti esperti.

Partendo dal presupposto che la formazione rappresenta uno strumento fondamentale al fine di rendere sempre più efficaci e proficui gli interventi dei Professionisti della salute

mentale perinatale, occorre tuttavia sottolineare che la semplice specializzazione in Psicologia Clinica non è sufficiente ma appare fondamentale un'ulteriore formazione specifica.

Alla luce di quanto fin qui delineato, quindi, occorre colmare diverse lacune presenti nell'attuale panorama formativo italiano.

Il ruolo dello Psicologo Perinatale in continuità tra ospedale e territorio

Garantire la continuità delle cure tra Servizi ospedalieri e Servizi territoriali ha l'obiettivo di consentire una sincronizzazione degli interventi attivati, consentendo un'armonizzazione delle cure con importanti ricadute sulla qualità e sull'appropriatezza dei trattamenti erogati, percepita anche da parte della paziente e dei suoi caregiver.

Nel periodo perinatale ciò significa mirare a formulare una presa in carico adeguata in continuità assistenziale rivolta alle donne, alle coppie madre-bambino, ai neonati e alle famiglie. Tutto ciò assume valenza ancora più incisiva nei delicati momenti di passaggio quali: dalla ricerca di gravidanza al suo avvio, i ricoveri in gravidanza e nel passaggio dal parto al post partum.



Sul versante della percezione soggettiva dell'individuo che si trova ad essere preso in cura nel SSN e/o nel privato, infatti, la sensazione di coesione tra i Servizi assistenziali prima, durante e dopo la fase di ricovero ospedaliero, genera un

vissuto di compattezza e sicurezza, fornendo alla persona la sensazione di un sistema di cura contenitivo e comunicativo, presente nel corso di tutto l'arco dell'evento clinico in corso (Hinshelwood, 2007).

Nello specifico dell'ambito psicologico perinatale la strutturazione di percorsi definiti e complessi riferiti a una buona pratica nelle continuità delle cure, svolge inoltre due importanti funzioni psicologiche:

- l'aumento dell'auto efficacia nella paziente che si trova a vivere una gravidanza, un parto, la nascita e il periodo post partum, sapendo di potersi riferire a validi "alleati e sostenitori" in tutte le fasi del percorso di genitorialità;
- la percezione di contenimento correlata alla presa in carico globale integrata del percorso diagnostico terapeutico, grazie all'attivazione di un gruppo multidisciplinare, la "rete perinatale", essenziale per poter facilitare il percorso stesso di cura.

Lo Psicologo Perinatale, sia sul territorio che in ospedale, definisce il suo intervento all'interno di una cornice più ampia multiprofessionale e in un continuum assistenziale.

Tale continuità assistenziale e la multidisciplinarietà necessitano, per poter essere efficaci, di seguire procedure e strategie specifiche definite, che possano garantire l'alternarsi e il collaborare di diverse professionalità e di diversi Servizi, in una dimensione di *liaison* professionale.

Oltre l'intervento clinico durante l'iter di cura, allo Psicologo Perinatale spetta il compito di presentare alla paziente quanto attivo e presente nel periodo perinatale a livello assistenziale, mettendosi lui stesso in contatto con gli altri Operatori della rete e/o attivando modalità utili per essere contattato dagli altri Operatori.

Molti dei suddetti obiettivi sono annoverati all'interno del *"Profilo assistenziale regionale condiviso per l'intercettazione precoce e per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum"*, documento utile a favorire l'intercettazione precoce del disagio psichico e la presa in cura multiprofessionale.

Nella rete perinatale sono presenti i Referenti di:

- Consultori Familiari o Consultori Pediatrici, Reparti di Ostetricia e Ginecologia, Reparti di Pediatria e Reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN)
- Servizi di Psicologia (Ospedalieri e Territoriali)
- Dipartimenti di Salute Mentale (Ospedali e Centri di Salute Mentale)
- Servizio Sociale Professionale Aziendale (SSPA)
- Neuropsichiatria infantile (NPI)
- Servizi delle Dipendenze (SerD)
- Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Medicina Generale (MMG)

Nella Regione Piemonte e in ogni ASL vi sono dei Referenti perinatali che hanno il compito di attivare le reti perinatali formate da un Rappresentante per ogni Servizio coinvolto, mantenere attive le reti perinatali, stilare PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) perinatale, facilitare i passaggi di cura tra ospedale e territorio anche extra aziendali.

Lo Psicologo Perinatale è attivo all'interno della rete, si avvale di strumenti di supporto all'intercettazione precoce delle problematiche riscontrate (es. PHQ9, Scala di Edimburgo ecc...) e alla comunicazione delle stesse agli Operatori di altre aree attraverso relazioni cliniche che descrivano gli indicatori di rischio e quanto rilevato, per proporre il sostegno della rete perinatale e l'attivazione delle specifiche competenze professionali specialistiche al suo interno, previo consenso informato firmato dalla paziente.

La formazione del Personale sanitario su approcci psicologici perinatali integrati, la sensibilizzazione della comunità dei Curanti e la promozione di una cultura aperta nei confronti della salute mentale materna sono aspetti chiave per il successo di un sistema dinamico di continuità delle cure in ambito perinatale.

L'obiettivo finale è garantire che ogni donna e ogni nucleo familiare abbia accesso a un supporto integrato mente-corpo, promuovendo la sua salute mentale e il benessere durante la transizione alla maternità e il passaggio alla genitorialità, con l'intento di creare un tessuto connettivo che consenta nella paziente una percezione soggettiva di contenimento e supporto.

Riferimenti e modalità organizzative della Regione Piemonte - nomi e contatti

REFERENTI RETE SANITARIA PER L'INTERCETTAZIONE PRECOCE DISAGIO PSICHICO PER LA PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM E MODALITA' DI INVIO			
AZIENDE SANITARIE	E-MAIL DI INVIO AI SERVIZI	E-MAIL REFERENTE AZIENDALE	NOTE
ASL Città di Torino	consultori.segreteria@ascittaditorino.it	cristina.biglia@ascitta di torino.it	La mail va inviata specificando la residenza della donna, per segnalazioni ai consultori familiari e/o pediatrici della città (la segreteria provvede a inoltrare al consultori di competenza).
ASLTO3	psicologia.perinatale@aslto3.piemonte.it	sscarponi@aslto3.piemonte.it	La mail va inviata, specificando la residenza della donna, per segnalazioni ai servizi o ai punti nascita di Pinerolo e Rivoli.
ASLTO4	retedpp@aslto4.piemonte	apastore@aslto4.piemonte.it	La mail va inviata, specificando la residenza della donna, per segnalazioni ai servizi o ai punti nascita di Cirié, Ivrea e Chivasso.
ASLTO5	reteperinatale.moncalieri@aslto5.piemonte.it reteperinatale.nichelino@aslto5.piemonte.it reteperinatale.chieri@aslto5.piemonte.it reteperinatale.carmagnola@aslto5.piemonte.it	lombardo.paola@aslto5.piemonte.it	La mail va inviata in base alla residenza della donna per segnalazioni ai servizi o al Punto nascita di Moncalieri o Chieri.
ASL Città della Salute	psicologiaperinatale@cittadellasalute.to.it	gcacciato@cittadellasalute.to.it	La mail va inviata per presa in carico della donna che partorirà al punto nascita S. Anna.
ASO Maurizioano	psicologia@mauriziano.it	alaezza@mauriziano.it	La mail va inviata per segnalazione della donna che partorirà al Punto nascita Maurizioano.
ASL VC	psicologia.vercelli@aslvc.piemonte.it	alessandra.grimaldi@aslvc.piemonte.it	
ASL BI	consopsi@aslbi.piemonte.it		
ASL NO		sarajane.rassa@asl.novara.it	
ASL VCO		laura.vittoni@aslvc.it	
ASL CN1	servizio.perinatale@aslcn1.it	elena.paschetta@aslcn1.it	
ASL CN2		gintravaia@aslcn2.it	
ASL AT		aporzio@asl.at.it	
ASL AL		ccaristo@aslal.it	
ASO CUNEO	psicologia@ospedale.cuneo.it		
ASO NOVARA		edit.shadi@maggioreosp.novara.it	

Bibliografia

- A.C.G.; S.F.F.; T.D.B.R. Metz. (2020). Obstetric Care Consensus #10: Management of Stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*, 3(222).
- American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). *Guidelines for perinatal care. Eight edition*. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists .
- Anfossi, m. (s.d.). Il lutto invisibile e tagliato: comprendere e supportare le perdite perinatali. Cuneo.
- Anniverno, R., Bramante, A., Petrilli, G., & Mencacci, C. (2014). Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per professionisti della salute. Milano: Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.Da).
- Arduini, D., Avagliano, L., Barbati, A., Buttarello, B., Basevi, V., Corchia, C., & Vernocchi, A. (2008). *La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale*. (D. Baronciani, G. Bulfamante, & F. Facchinetti, A cura di) Roma: Il pensiero scientifico editore.
- Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli; Oftalmico Milano; O.N.Da. (2014). Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee guida per i professionisti della salute. (R. Anniverno, A. Bramante, G. Petrilli, & C. Mencacci, A cura di) Regione Lombardia.
- Bayley, N. (1969). *The Bayley scales on infant development*. New York: The Psychological Corporation.
- Camoni, L., Mirabella, F., Gigantesco, A., Brecianini, S., Ferri, M., Palumbo, G., & Calamandrei, G. (2023). *Network Italiano Salute Mentale Perinatale: dati del primo anno di attività*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Cartabellotta, A., Laganà, A. S., D'amico, V., Alterio, T., & Starace, F. (2015). Linee guida per la salute mentale della donna in gravidanza e dopo il parto. *Evidence*, 8(7).
- Ciao Lapo*. (s.d.). Tratto da Ciao Lapo ETS- Tutela della gravidanza e della salute perinatale: <https://www.ciaolapo.it/>
- Colombo, V., Melchiorri, E., & Buchi, A. (2021). Lo psicologo in terapia intensiva neonatale. Prevenzione, sostegno, formazione. *Rivista degli Psicologi della Regione Marche psicoin*, 15(1).
- COST Action Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-PPD). (2023). *Evidence-based Clinical Practice Guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression*. Tratto da Riseupppd: https://www.riseupppd18138.com/uploads/2/6/9/7/26978228/riseupppd_clinicalpracticeguidelines.pdf
- Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra: Australian Government department of Health.
- Di Tommaso, M., Vannacci, A., & Mecacci, F. (2023). Gestione della morte endouterina fetale (mef). Prendersi cura della natimortalità. Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia.
- El Parto es Nuestro; Umamanita. (2009). *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal . Una colaboración del las asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro .*

- Flenady, V., Oats, J., Gardner, G., Masson, V., McCowan, L., Kent, A., & Khong, Y. (2020). Clinical Practice Guideline for care Around Stillbirth and Neonatal Death. Brisbane, Australia: NHMRC Center of research Excellence in Stillbirth.
- Gandino, G., Vanni, I., & A. B. (2018). *A cerchi concentrici. La complessità della perdita perinatale e le sue perturbazioni*. UTET università.
- Grussu, P., & Bramante, A. (2016). *Manuale di psicopatologia perinatale. Profili psicopatologici e modalità di intervento*. Trento: Centro Studi Erickson S.p.A.
- Guideline Queensland Clinical. (2023). Stillbirth Care. Queensland: Queensland Clinical Guideline Steering Committee, Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network.
- Ianuzzi, L., Branchini, L., Clausen, J., Ruiz-Berdùn, D., Gille, P., Healy, M., & Downe, S. (2018). Perinatal outcomes and women's positive pregnancy experience: a comparison between the World Health Organization guidelines and recommendation in European national antenatal care guidelines. *Minerva ginecologica*, 70(6), 650-662.
- Istituto Superiore di Sanità. (2023). Gravidanza fisiologica. Informazioni alle donne in gravidanza. Roma.
- Lauria, L., Lega, I., Pizzi, E., Bortolus, R., Battilomo, S., Tamburini, C., & Donati, S. (2022). Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 22/16 pt. 1).
- Leduc, I. (2020). Stillbirth Investigation. *J Obstet Gynaecol Can*, 42(1), 92-99.
- Macdonald, C., Sharma, S., M, K., & Jewell, D. (2021). Postnatal care: new NICE guideline for the "Cinderella Service". *British Journal of General Practice*, 42(1), 394-395.
- Marcaccio, S., & Scarponi, S. (2021). Quando Nasce un Papà. *Rivista dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche psicoi*, 15(1).
- Mastronardi, V., De Vita, L., & Umani Ronchi, F. (2012). Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio. *Rivista di Psichiatria*, 11S-16S. doi:doi 10.1708/1140.12565
- Ministero della Salute. (2019). *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.
- Ministero della Salute. (2021). *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita - documento per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e la prevenzione della salute nei bambini e delle generazioni future*. Italia: Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita: dal concepimento ai due anni di età.
- Motrico, E., Moreno-Peral, P., Urico, K., Hancheva, C., Brekalo, M., Ajaz, E., & Lambregtse Van Den Berg, M. (2022). Clinical practice guidelines with recommendation for peripartum depression: A European Systematic Review. *Wiley*, 146(4), 325-339.
- Murray, L., Arteché, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 460-470.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) & Royal College of Obstetricians & Gynecologists. (2021). Antenatal care. NICE Guideline. Regno Unito.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and Postnatal mental health: Clinical management and service guidance (update). Clinical guideline. Regno Unito.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2022). *Organizzazione Mondiale della Sanità. Rapporti internazionali*.
- Palma, E. (2021). Transizione alla genitorialità. Attraversare la crisi tra mito e realtà. *Rivista dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche*, 15(1).
- Palumbo, G., Mirabella, F., Cascavilla, I., Del Re, D., Romano, G., & Gigantesco, A. (2016). *prevenzione e intervento precoce per il rischio di depressione post partum. Rapporti Istisan 16/31*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Polenta, S., Mini, E., & A, B. (2021). Il ruolo dello psicologo nel reparto di ostetricia-ginecologia. *rivista dell'Ordine degli psicologi della Regione Marche*, 15(1).
- Regione Piemonte. (2008). *Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza fisiologica*. Regione Piemonte.
- Regione Piemonte. (2019). *Profilo assistenziale condiviso per l'intercettazione precoce e la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum*. Regione Piemonte.
- SNLG-ISS. (2011). *Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011 (Linea Guida 20)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Tratto da <https://www.epicentro.iss.it/itos/LineeGuida>
- Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), Associazione ginecologi Universitari Italiani 1992 (AGUI). (2023). Gestione della morte endouterina fetale (MEF). Prendersi cura della natimortalità. Tratto da https://www.sigo.it/blog/linee_guida/gestione-della-morte-endouterina-fetale-mef-prendersi-cura-della-natimortalita/
- Società Italiana di Neonatologia (SIN). (2021). *Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale*. Roma: IdeaCpa Editore.
- Stern, D., & Bruschiweiler-Stern, N. (2017). *Nascita di una madre*. Milano: Edizioni Mondadori.
- The American College of Obstetrician and gynecologists. (2018). ACOG Practice bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstetrics & Gynecology*, 132(5), 197-207.
- The Lancet. (2016, January 20). *The Lancet. An Executive Summary for The Lancet's Series*. Tratto da Stillbirths 2016: ending preventable stillbirths: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summm.pdf>
- Tsakiridis, I. G. (2022). Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines. *Journal of perinatal medicine*, 132(5), 796-813.
- WHO. (2016). *WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World health Organization.
- WHO. (2018). *WHO recommendation: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). *Improving early child development: WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2022). *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization. Tratto da <https://iris.who.int/handle/10665/349316>
- WHO. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health service*. Geneva: World health Organization.
- WHO. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health service*. Geneva: World health Organization.
- WHO. (2022). *Stillbirth*. Geneva: World health Organization.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World health Organization.
- WHO, United nation Children's Fund, World bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World health Organization.